

Cecilia Dinardi, Birgit Lie,
Nora Sveaass og Nerina Weiss

Torturutsatte i den norske asylprosessen

En utredning av Norges forpliktelser,
og anbefalinger til praksis

Cecilia Dinardi, Birgit Lie, Nora Sveaass og Nerina Weiss

Torturutsatte i den norske asylprosessen

En utredning av Norges forpliktelser,
og anbefalinger til praksis

Fafo-rapport 2021:18

Fafo-rapport 2021:18

© Fafo 2021

ISBN 978-82-324-0608-1

ISSN 2387-6859

Innhold

Forord	6
Akronymer og forkortelser	7
Sammendrag	9
Rettslig gjennomgang.....	10
Initiativer for identifisering og dokumentasjon av tortur og CIDT	13
Gjennomgang av praksis og erfaringer	14
Anbefalinger	16
1 Innledning	20
1.1 Torturutsatte i asylprosessen	21
1.2 Torturidentifisering i asylprosessen	23
1.3 Rapportens hovedelementer	24
1.4 Rapportens disposisjon	25
2 Institusjoner og definisjoner	27
2.1 Innledende betraktninger.....	27
2.2 Ansvarlige myndigheter og organisasjoner på asylfeltet	28
2.3 Den nye asylflyten	29
2.4 Asylprosessen	30
2.5 Sårbare asylsøkere.....	33
2.6 Tortur og grusom og umenneskelig behandling.....	35
2.7 Torturutsatte asylsøkere	36
2.8 Torturutredninger	37
3 Metode og framgangsmåte	39
3.1 Rettslig gjennomgang	39
3.2 Gjennomgang av relevante utredninger og forskning.....	40
3.3 Kvalitative intervju med ansatte i utlendingsforvaltningen	40
3.4 Kvalitative intervju med helsepersonell og eksperter på torturutsatte og rehabilitering.....	40
3.5 Intervju med torturutsatte.....	41
3.6 Gjennomgang av intervjurapporter.....	41
Del 1 Rettslig gjennomgang	42
4 Internasjonal rett	44
4.1 Internasjonale rettskilder	44
4.2 Torturforbudet og non refoulement-prinsippet	46
4.3 Flyktningkonvensjonen	58
4.4 Barn som er ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling	59
4.5 Retten til å søke asyl og til en asylprosess	61
4.6 Nærmere om den torturutsattes rettsstilling i asylprosessen.....	65
4.7 Istanbulprotokollen – IP	68
4.8 Helserettigheter	72
4.9 Tortur- og CIDT-utsattes rett til rehabilitering og beskyttelse mot nye krenkelser.....	73
4.10 Avsluttende refleksjoner	76
4.11 Oppsummering	78

5 Nasjonal rett	80
5.1 Forholdet mellom internasjonal og nasjonal rett	80
5.2 Rettskilder og deres anvendelse i nasjonalretten	81
5.3 Flyktningkonvensjonen og grunnlag for oppholdstillatelser	84
5.4 Non refoulement og vernet mot utsendelse	85
5.5 To-trinns prosess ved kartlegging av faktum i asylsaken	86
5.6 Bevisbyrden, beviskravet og troverdighetsvurderingen	86
5.7 Plikten til å utrede og begrunne beslutninger i asylsaker	90
5.8 Særlig om saksbehandlingen i saker om tortur og CIDT	95
5.9 Eksempler fra rettspraksis som belyser svakheter i saksbehandlingen	99
5.10 Norges periodiske rapporteringer til torturkomiteen	104
5.11 Helselovgivningen	106
5.12 Forebygging	108
5.13 Oppsummering	109
Del 2 Initiativer for identifisering og dokumentasjon av tortur og CIDT	113
6 Det internasjonale arbeidet for identifisering og dokumentasjon av tortur og CIDT	115
6.1 Istanbulprotokollen	115
6.2 Andre relevante retningslinjer og håndbøker	116
6.3 FNs TK – anbefalinger vedrørende identifiseringsprosedyrer i asylprosessen	117
6.4 OHCHR/UNVFT om torturofre i en migrasjonskontekst	118
6.5 EUs mottaksdirektiv og identifisering av sårbarhet	118
6.6 Identifiseringspraksis i noen europeiske land	120
6.7 Oppsummering	124
7 Offentlige strategier, føringer og tiltak knyttet til asyl, helse, sårbarhet og tortur i Norge	126
7.1 Offentlige utredninger og stortingsmeldinger	126
7.2 Etablering av Psykososialt senter og regionale team for flyktninger	128
7.3 Ny modell for arbeidet i volds- og overgrepfeltet foreslått og vedtatt i 2002	129
7.4 Rundskriv, retningslinjer og veiledere vedrørende helsetilbud	130
7.5 Rapporter og utredninger om tiltak knyttet til flyktningers og asylsøkeres helse	132
7.6 Norges rapportering til FNs torturkomité	139
7.7 Norges rapportering til rasediskrimineringskomiteen i FN (CERD)	141
7.8 Oppsummering	142
Del 3 Gjennomgang av praksis og erfaringer	144
8 Erfaringer og praksis i utlendingsforvaltningen	146
8.1 Holdninger og kjennskap til sårbare grupper, herunder tortur og CIDT	147
8.2 Identifisering av tortur i praksis	150
8.3 Betydningen av dokumentasjon av tortur og CIDT	159
8.4 Konsekvenser av den framtidrettede vurderingen	162
8.5 Oppfølging av torturutsatte	163
8.6 Oppfølging av ansatte i utlendingsforvaltningen	164
8.7 Oppsummering	166
9 Erfaringer fra mottak – helsetjenester, retningslinjer og tiltakskort	167
9.1 Sårbare i mottak	167
9.2 Bruk av tiltakskort i kontakten med sårbare asylsøkere	168
9.3 Mottak og kartlegging	170
9.4 Oppsummering	170

10 Erfaringer og tiltak i helsesektoren vedrørende torturutsatte asylsøkere	172
10.1 Torturutsattes erfaringer med utlendingsforvaltningen og helsesektoren	173
10.2 Praksis på førstelinjenivå	175
10.3 Om utredning og behandling av torturutsatte i distriktpsykiatriske sentre (DPS)	177
10.4 Erfaring med torturutsatte i faglige ressurs- og kompetansemiljøer.....	180
10.5 Helsepersonell ved Nasjonalt ankomstsenter	184
10.6 Oppsummering	185
Del 4 Konklusjon og anbefalinger	187
11 Oppsummering av Norges forpliktelser	188
12 Diskusjon og konklusjon.....	194
12.1 Torturkonvensjonen i utlendingsforvaltningen.....	194
12.2 Vurdering av sårbarhet i asylprosessen	196
12.3 Helsetjenester og henvisningsprosedyrer.....	197
12.4 Saksbehandling, saksgang og vei gjennom systemet	198
12.5 Styrking og tilgjengeliggjøring av kompetanse	198
13 Anbefalinger	200
13.1 Anbefaling på flere nivåer	200
13.2 Anbefalinger etter ansvarshavende institusjon	201
Referanser	204
Appendiks 1Henvisningsprosedyre	209
Appendiks 2 Hvem vi har snakket med	212
Appendiks 3 Intervjuguider.....	213

Forord

Denne rapporten utgjør sluttrapporteringen for prosjektet «Utredning om torturutsatte i asylprosessen». Prosjektet ble utført på oppdrag av Utlendingsdirektoratet (UDI) og har som formål å utrede Norges forpliktelser og anbefalt praksis overfor torturutsatte i asylprosessen. Vi har foretatt en gjennomgang av alle faser i asylprosessen, ankomst til Norge, møte med Politiets utlendingsenhet (PU) og første samtale der, selve asylintervjuet, arbeidet med å framskaffe dokumentasjon av betydning for søknaden, herunder forhold som også skal belyses fra norske myndigheters side, vurdering av mulige helseutfordringer i løpet av prosessen og tiltak i forbindelse med dette samt bosituasjonen i mottak mens asylprosessen pågår. Prosjektet har lagt særlig vekt på de rettslige forpliktelsene utlendingsforvaltningen har overfor torturutsatte i asylprosessen og rommer en oversikt over erfaringer og praksis med identifisering, dokumentering og oppfølging av torturutsatte asylsøkere i Norge.

Prosjektet ble gjennomført av Cecilia Dinardi (advokat, Elden Advokatfirma), Nora Sveaass (dr. psychol., professor emerita ved Psykologisk institutt, UiO), Birgit Nanki Johanne Lie (dr. med., Sørlandet sykehus) og Nerina Weiss (dr. polit., Fafo) som også var prosjektleder. Vi har anvendt en kombinasjon av ulike kvalitative tilnærminger og metoder, og rapporten består av en juridisk utredning av internasjonal og nasjonal rett og rettspraksis, en gjennomgang av offentlige dokumenter, tidligere utredninger i tilknytning til asylprosessen og relevant forskningslitteratur, en utredning av rapporter fra asylintervju samt funn basert på kvalitative intervju med ledere og ansatte i utlendingsforvaltningen, helsepersonell, torturutsatte og internasjonale eksperter.

Vi ønsker å takke alle våre respondenter som tok seg tid til å møte oss på ulike digitale plattformer og dele av sin erfaring. Takk til førstelinjen i PU, UDI og UNE, som ga oss et innblikk i sin arbeidshverdag i en svært krevende tid, preget både av utfordringer knyttet til pandemien og store strukturelle endringer i utlendingsforvaltningen. En spesiell takk til de torturutsatte som var villige til å fortelle om sine erfaringer til oss. Takk til Rachel Elisabeth Eide, Mi Hanne Christiansen, Linn Krane og Marie Børge Bjørnstad fra UDI for god dialog gjennom hele prosjektperioden. Vi ønsker også å takke referansegruppen vår bestående av Leila Berge, Jan Paul Brekke, Florentina Grama, Inga Laupstad, Gro Saltnes Lopez, Irene Marstrøm og Katarzyna Maria Piesla. På Fafo ønsker vi å takke Annette Brunovskis for nøye kvalitetssikring og Fafos informasjonsavdeling for tilrettelegging av rapporten for publisering.

Oslo, mai 2021

Cecilia Dinardi, Birgit Lie, Nora Sveaass og Nerina Weiss

Akronymer og forkortelser

AØ	Ankomstsenter Østfold, nå Nasjonalt ankomstsenter
A	UDIs asylavdeling
BAFF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.
BK	FNs barnekonvensjon
CAT	Convention against Torture / Committee against Torture
CCPR	Committee for Civil and Political Rights (Human Rights committee)
CEAS	Common European Asylum System
CERD	Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination
CHR	Commission on Human Rights Resolution
CIDT	Cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (Grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff)
CJEU	EU-domstolen
CPT	Den europeiske torturforebyggingsmekanismen
CRC	Convention on the Rights of the Child/ Committee on the Rights of the Child
COBs	Concluding observations by UN
DUF	UDIs datasystem
ECOSOC	FNs økonomiske og sosiale råd
EF	Det europeiske fellesskapet
EFTA	European Free Trade Agreement
EMA	Enslig mindreårig asylsøker
EMD	Den europeiske menneskerettsdomstolen
EMK	Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen
EØS	Det europeiske økonomiske samarbeidsområdet
FK	FNs flyktningkonvensjon
FMC	Flyktningsmedicinsk center Sverige
FN	Forente Nasjoner
Hdir	Helsedirektoratet
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
iMMO	Institute for Human Rights and Medical Assessment
IP	Istanbulprotokollen
IRCT	International Rehabilitation Council for Torture Victims
KDK	FNs kvinnekonsensjon

LHBTIQ	lesbisk, homofil, bifil, trans, interkjønn eller queer
LOIPR	List of issues prior to reporting
MLR	Medico-legal reports
MOT	Mottakets datasystem
MVdomstol	Migrasjonverkets domstol (Sverige)
NAV	Arbeids- og velferdsetaten
NGO	Ikke-statlig organisasjon
NKVTS	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
NOAS	Norsk organisasjon for asylsøkere
OAU-konvensjon	Afrikas flyktningkonvensjon
ODA	Avtale mellom EFTA statene om en domstol
OHCHR	FNs høykommissær for menneskerettigheter
ØKS	FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter
OPCAT	Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment tilleggsprotokollen til torturkonvensjonen
OUS	Oslo universitetssykehus
PHBURA	Psykisk helsevern Barn, Unge og Rusavhengige
PHV	Psykisk helsevern
POD	Politidirektoratet
PTSD	Posttraumatisk stresslidelse
PU	Politiets utlendingsenhet
PUMA	Politiet og utlendingsforvaltningen i mottaks- og ankomstfasen
RVTS	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
SINTEF-IFIM	SINTEF – Institutt for industriell miljøforskning
SP	FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter
SPST	Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer, Sørlandet Sykehus
SPT	Subcommittee on Prevention of Torture
SUS	Stavanger Universitetssykehus
TA	Tilrettelagt avdeling i asylmottak
TK	FNs torturkonvensjon
TKS	Transkulturelt senter
UDI	Utlendingsdirektoratet
UiB	Universitetet i Bergen
UNE	Utlendingsnemnda
UNHCR	FNs høykommissær for flyktninger
UNN	Universitetetssykehuset Nord-Norge
VCLT	Wien-konvensjonen

Sammendrag

Til tross for totalforbudet mot tortur er tortur utbredt praksis i flere land. Tortur utøves som fysisk og psykisk vold på måter det ikke synes å være grenser for når det gjelder grusomhet. Torturens siktemål er gjennom intendert smertepåføring å bryte ned en person både psykisk og fysisk, og regnes som en av de mest brutale forbrytelsene mot menneskeheten. Generelt kan det sies at torturerfaringer vil være noe mennesker lever med livet ut (Elsass, 1997; Genefke, 1986). Konsekvensen av tortur kan være fysiske skader og smerter som er invalidiserende og av livslang varighet. Tortur vil alltid etterlate alvorlige spor i sinnet, og for mange torturutsatte vil det være de psykologiske senskadene som er mest omfattende, smertefulle og ofte langvarige. Det er nettopp de psykologiske ettervirkningene som kan gjøre det så vanskelig å få frem historier om erfart tortur.

Den europeiske menneskerettskonvensjonen artikkel 3, FNs konvensjon mot tortur artikkel 1 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 7 forbyr tortur, grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CIDT). Retten til frihet fra tortur og CIDT er rettigheter av absolutt karakter og av grunnleggende betydning, og risiko for overtredelse av disse menneskerettighetene ligger i kjernen av det som utgjør forfølgelse etter FNs menneskerettserklæring artikkel 14 om retten til å søke asyl, og flyktningkonvensjonen artikkel 1 A(2). Flyktningkonvensjonen artikkel 33(1) og Torturkonvensjonen artikkel 3 har et forbud mot retur til forfølgelse, tortur og umenneskelig behandling, det såkalte *non refoulement-prinsippet*, som er selve grunnsteinen i asylretten. Det innebærer et vern mot retur til steder og situasjoner der personen kan utsettes for «irreparable harm», og oppstiller et særregent returvern mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. I tillegg til FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter og torturkonvensjonen følger dette også av den europeiske menneskerettskonvensjonen artikkel 2, 3 og 13.

Ifølge dette internasjonale regelverket har stater et aktivt ansvar for å påse at handlinger som strider mot torturforbudet ikke finner sted, og at de blir etterforsket når de forekommer. Stater har videre et aktivt ansvar for at ofre for tortur blir identifisert, undersøkt og utredet, og at retten til erstatning, og eventuelt rehabilitering blir oppfylt. Stater anbefales derfor å styrke mekanismer og prosedyrer for identifisering av personer utsatt for tortur.

Denne rapporten beskriver hvilke forpliktelser Norge har, og hva som er anbefalt praksis overfor torturutsatte i asylprosessen etter internasjonal og nasjonal rett. Datamaterialet er samlet ved hjelp av ulike kvalitative metoder for å belyse og drøfte prosjektets overordnede mål. En rettslig gjennomgang av internasjonale og nasjonale konvensjoner, lov- og regelverk og rettspraksis gjør rede for forpliktelser og rettigheter som knytter seg til torturofre generelt, til asylsøkere i sin alminnelighet og til personer med erfaring fra tortur og andre former for grusom og umenneskelig behandling som søker om beskyttelse. Noe av det som beskrives på grunnlag av analysen av rettspraksis, vil dreie seg om tydelige og uomtvistelige forpliktelser, mens andre vil ha karakter av å være sterke føringer basert på traktatorganers anbefalinger, direktiver og rettsavgjørelser. Noen igjen vil vise til praksiser og erfaringer som har vist seg nyttige i arbeidet med torturutsatte og med torturutsatte i asylprosessen. I

denne sammenhengen er det viktig å trekke fram at oppmerksomheten i det internasjonale arbeidet vedrørende tortur og asyl i hovedsak har vært på å sikre at tortur ikke skal skje, og at personer ikke skal returneres til situasjoner der det er fare for tortur. Hva det vil si å ha vært torturert, og hva det vil si for asylprosessen, har det vært mindre oppmerksomhet på, skjønt dette også er i endring (OHCHR, 2017).

Som del av datainnsamlingen i prosjektet, gjennomførte vi kvalitative intervjuer med ledere og ansatte i utlendingsforvaltningen og med helsepersonell og hjelpeapparatet. Vi gjennomgikk offentlige dokumenter, utredninger samt forskningslitteraturen på feltet. For å kunne trekke på internasjonal erfaring intervjuet vi også nasjonale og internasjonale eksperter innen arbeid med torturutredning og rehabilitering. Brukererfaringer er viktig og særlig når prosjektet omhandler sårbare grupper, for å sikre at de nødvendige hensyn kan tas. Vi har derfor også innhentet torturutsattes erfaringer med utlendingsforvaltningen. Til sammen gjennomførte vi kvalitative intervjuer med 93 personer. Et sentralt mål har vært å drøfte hvilken rolle og betydning torturerfaringer har og bør ha i asylprosessen, og hvordan slike erfaringer blir identifisert, håndtert og fortolket i asylprosessen. Vi har sett på dette med tanke både på de torturutsattes situasjon i løpet av selve prosessen og på den vekt som tillegges slike erfaringer i forbindelse med vurdering og beslutning om beskyttelse. Konkret er derfor hele bredden av asylprosessen tatt inn i gjennomgangen, der ulike sektorer i norsk offentlighet er involvert med spesifikke ansvarsområder og oppgaver. Anbefalingene som framkommer i rapporten, viser følgelig til de ulike sektorenes ansvarsområder og til viktigheten av samarbeid og kommunikasjon mellom dem.

Rettslig gjennomgang

Rapportens Del 1 består av en gjennomgang og analyse av det juridiske rammeverket vedrørende forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig og nedverdiggende behandling (CIDT), non refoulement-prinsippet og de torturutsattes rettsstilling i asylprosessen. Formålet er å utrede hva som er Norges folkerettslige forpliktelser på dette området, og hvordan disse korresponderer med norsk rett. Det vil som ledd i denne gjennomgangen bli sett nærmere på hvilke rettigheter torturutsatte har, og i særdeleshet asylsøkere når det gjelder helsehjelp og rehabilitering, og hvordan disse etterleves i gjeldende rett.

Forholdet mellom internasjonal rett (også kalt folkerett) og norsk rett er i utgangspunktet dualistisk og innebærer at folkeretten må inkorporeres for å gjelde som norsk rett. I asylfeltet gjelder sektormonisme, noe som betyr at menneskerettighetene og andre regler som har «til formål å styrke individets stilling», skal gjelde som norsk rett. De har gjennomslagskraft i forhold til utlendingsloven dersom dette er i utlendingslovens favør. Dersom det skulle oppstå tvil ved anvendelsen av en bestemmelse, innebærer Utlendingsloven § 3 at man skal anvende det tolkningsalternativ som gjør at folkerettsbrudd unngås. Regler i flyktningkonvensjonen, EMK eller folkerettslig sedvanerett om rettigheter i asylprosessen må respekteres av lovgiver (Ot.prp. nr. 75 (2006-2006) s. 401). Realisering av rettighetene som følger av disse konvensjonene, forutsetter tilgang til en prosedyre for å avklare beskyttelsesbehov, og det er særlig relevant å se på hvilke prosessuelle rettigheter torturutsatte har i asylprosessen. For å forstå Norges folkerettslige forpliktelser og konvensjoner er domstolsavgjørelser også en viktig rettskilde, spesielt avgjørelser fra overnasjonale domstoler som EMD (ECHR) og EU-domstolen (CJEU). Selv om EMK ikke inneholder spesifikke regler om flyktninger og asyl, har EMD-avgjørelser bidratt sterkt til å trekke grensene for medlemsstatenes handlingsrom når det gjelder flyktninger. EU-charteret om

grunnleggende rettigheter har fått en indirekte betydning for norske rettskilder ved hjelp av andre folkerettslige avtaler Norge har inngått, og som folkerettslig forbilde for tolkningen av Grunnloven kapittel E. Både EU-domstolen og EMD ser til hverandre i tolkningsfasen og EU-Charteret blir innfortolket og anvendt i EMDs anvendelse av EMK-retten, som Norge er bundet av.

Asyl- og flyktningretten regulerer viktige rettigheter for alle, inkludert torturutsatte som har behov for beskyttelse. En person som søker asyl, må bli anerkjent som flyktning for å kunne få det innvilget, og i løpet av asylprosessen skal det foretas en vurdering av om søkeren kan anses som flyktning etter flyktningkonvensjonen, og etter norsk rett skal det foretas en vurdering etter utlendingsloven § 28 første ledd bokstav b. En mangelfull tilgang på en rettferdig og rettssikker asylprosess vil kunne få alvorlige konsekvenser for de berørte, ikke minst for en torturutsatt asylsøker, og er i seg selv å betrakte som et brudd på internasjonale forpliktelser. Det følger av konvensjoner og deres respektive autoritative tolkninger og av internasjonal rettspraksis at asylsøkere skal møte en rettssikker, effektiv og ikke-diskriminerende asylprosess. Asylsøkeren skal ikke minst vernes mot å bli returnert dersom det er en betydelig risiko for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved retur. En tilfredsstillende asylprosess er derfor avgjørende både for at de som har et reelt behov for beskyttelse får det, at det blir gjort konkrete vurderinger og beslutninger av alternative oppholdsgrunnlag der det anses nødvendig og i tråd med individets rettigheter, og at de som ikke har grunnlag for opphold kan returneres raskt.

Forbudet mot tortur og mot refoulement er av absolutt karakter og rettslig bindende for Norge, noe som følger av folkerettslig sedvanerett, EMK, torturkonvensjonen samt praksis fra EMD. Dette tilsier en særlig plikt til håndhevelsen av folkerettslige forpliktelser gjennom effektive, administrative og lovgivningsmessige tiltak i norsk rett.

1 – Norge har en plikt til å vedta lover og andre administrative tiltak som sikrer oppfyllelsen av forbudet mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og sikrer vernet mot utsendelse etter non refoulement-prinsippet.

2 – Norge har en plikt til å sikre en asylprosess der det blir gjort en grundig og forsvarlig vurdering av alle relevante risikofaktorer for framtidig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved vurderingen av beskyttelsesbehov og ved spørsmålet om vern mot utsendelse.

3 – Norge har en plikt til å sikre i asylprosessen at saksbehandlingen i asylprosessen ikke relativiserer risikovurderingen til den torturutsatte, samt følge likhetsprinsippet, prinsippet om ikke-diskriminering, det absolutte forbudet mot tortur og vernet mot utsendelse til tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling.

4 – Norge har en plikt til å sikre at asylsøkerens tidligere opplevelser av overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling inngår i vurderingen av framtidig risiko for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved vurderingen av beskyttelsesbehov og spørsmålet om vern mot utsendelse til tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling.

5 – Dersom helsemessige forhold utgjør en relevant risikofaktor for den torturutsatte, skal det ved vurdering av beskyttelsesbehov og vern mot utsendelse foretas en konkret vurdering av risikoen for alvorlig, hurtig eller irreversibel forverring av helsetilstanden som vil kunne medføre intens smerte eller kortere levealder.

6 – Norge bør kodifisere i lov, forskrift, eller gjennom andre administrative tiltak, klare og konkrete prosedyrer og retningslinjer for identifisering av sårbare og torturutsatte asylsøker.

7 – Norge bør implementere Istanbulprotokollen og den bør inngå som en del av reglene for kartlegging og dokumentasjon av tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling i saksbehandlingen i asylprosessen.

8 – Norge har en plikt til å gjennomføre helseundersøkelser av asylsøkere, og en særlig helseoppfølging av torturutsatte, under asylprosessen og ved ivaretagelsen av asylsøkere i mottak.

9 - Norge har en særlig plikt til å identifisere barn som har blitt utsatt for overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og sikre en forsvarlig helseoppfølging.

10 – Norge har en plikt til å følge opp og sikre de torturutsattes rett til helsehjelp og rehabilitering. Utlendingsmyndigheter plikter å varsle til rett helseinstans om den torturutsattes skader etter overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling straks de har blitt avdekket under asylprosessen.

11 – Norge har en plikt til å sikre torturutsatte en rett til rehabilitering, uavhengig av deres oppholdsstatus. Dersom helseutredning underbygger alvorlige torturskader med behov for rehabiliteringstiltak, bør slike tiltak iverksettes.

12 – Norge har en plikt til å sikre opplæring og kompetanseheving når det gjelder torturforbudet, identifisering av torturerte og dokumentasjon, inkludert Istanbulprotokollen, og innen rettsanvendelsen og tolkningen av den rettslige vurderingen av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling i asylsaken.

13 - Det skal sikres nødvendig kompetanse i de etater og sektorer med ansvar for helsemessig oppfølging og andre liknende tiltak overfor asylsøkere utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, inkludert torturidentifisering og dokumentasjon.

14 - Norge har en plikt til å sikre effektive tiltak til å forebygge tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og til å sikre at situasjonen til sårbare personer, i særdeleshet sårbare i asylprosessen, inkludert torturutsatte, ikke forverres eller utvikler seg på måter som kan utgjøre alvorlige belastninger på personen eller samfunnet som helhet.

Initiativer for identifisering og dokumentasjon av tortur og CIDT

I dag er utredning, identifisering og dokumentasjon av tortur ansett som en svært sentral del av arbeidet mot tortur, inkludert i forbindelse med flukt og beskyttelse. Viktigheten av denne type utrednings- og dokumentasjonsarbeid har vært knyttet til det å kunne frambringe informasjon og dokumentasjon til bruk i rettslige sammenhenger både for å kunne definere ansvarsforhold i forbindelse med tortur og som ledd i ofrenes rett til erstatning. I tillegg er utrednings-, dokumentasjons- og kartleggingsarbeid av vesentlig betydning for behandling og rehabilitering av torturofre. Alle tiltak for å identifisere og utrede tortur og ulike former for umenneskelig behandling innebærer omfattende utfordringer, ofte fordi personer med slike erfaringer kan ha problemer med å rapportere om dem, både på grunn av skam, frykt og skader.

I rapportens Del 2 beskrives det internasjonale arbeidet som er gjort de siste 25 årene for å utvikle standarder, prosedyrer og retningslinjer for torturutredning og dokumentasjon. Vi beskriver regionale initiativer, først og fremst EU-initiativer, for å sikre at identifisering av torturerte gjennomføres som en del av asylprosessen. Istanbulprotokollen (Manual for effective investigation and documentation of torture and CIDT) er det mest sentrale og kjente dokumentet i denne sammenhengen.

Til tross for en rekke gode initiativer og tiltak, både nasjonalt og internasjonalt, er identifisering av torturerte asylsøkere stadig preget av tilfeldigheter og manglende systematikk. Samtidig er det mange eksempler på at dette arbeidet er i ferd med å styrkes i enkelte land, og i Norge har vi en god del å lære av noen av de pågående prosjektene, ikke minst når det gjelder tiltak som kan sikre at identifisering gjennomføres, og at funn på bakgrunn av dette kan bidra i asylprosessen. Det framstår som helt sentralt at det gjennomføres gode helseundersøkelser tidlig i asylprosessen, og at personer som enten identifiseres som mulige torturutsatte eller selv rapporterer at de har vært utsatt for tortur eller andre former for grusom behandling, må få tilgang til uavhengig helsepersonell med kompetanse til å gjennomføre torturvurderinger etter internasjonale standarder, først og fremst Istanbulprotokollen. Slike undersøkelser vil komme i stand enten etter initiativ fra landets utlendingsmyndigheter, fra advokater eller fra helsepersonell involvert i helsekontroller. Videre er det viktig at torturutredninger gjennomføres uten økonomiske forpliktelser for den enkelte asylsøker. Samtidig må torturutredning anerkjennes som et spesialisert og krevende arbeid som ikke kan gjøres som gratistjenester av helsepersonell utenfor det offentlige systemet.

Vi mener, med særlig referanse til Istanbul-prinsippene, at det påhviler myndighetene et ansvar for å henvise til, bestille og finansiere slike utredninger samt sørge for at slike tjenester er tilgjengelige og har den nødvendige kompetanse. Det må etableres mekanismer og prosedyrer som gjør det mulig å identifisere personer utsatt for tortur og umenneskelig behandling og videre kartlegge og eventuelt dokumentere skader som følger av dette. Det må etableres tiltakskjeder som ligger under administrasjon av eller i et formalisert samarbeid med offentlige myndigheter både innen utlednings- og innvandrerfeltet og innen helsefeltet. Sist med ikke minst må det være en klar forståelse av hva slike utredninger kan bidra med og hvordan de skal brukes i asylprosessen.

Gjennom årene er det i Norge blitt tatt mange ulike initiativer og iverksatt ulike prosjekter for å styrke og systematisere helseutredning av asylsøkere og arbeidet med å identifisere sårbarhet og asylsøkere med spesielle behov, herunder identifisere og dokumentere tortur og torturskader. Det siste vil være relevant både for

asylprosessen og for vurderingen av nødvendige helsetiltak og rehabilitering. Både i denne og andre rapporter (f. eks, Røde Kors, 2020) pekes det på at manglende identifiseringsprosedyrer kan bidra til å redusere tilgangen på oppfølging og videre behandling, inkludert rehabilitering til torturutsatte.

Som det framgår av gjennomgangen i rapporten, mangler det ikke på gode eller velbegrunnede forslag fra norske myndigheter i form av offentlige meldinger, utredninger og rapporter gjennomført på oppdrag fra offentlige myndigheter, eller retningslinjer og veiledere utarbeidet med tanke på flyktningers helse og velferd. Og situasjonen virket særlig løfterik da det i 2011, i et samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedepartementet ble besluttet å gjennomføre et oppdrag med i alt 56 tiltak, der flere direkte berørte tematikken i den foreliggende rapporten. Flere av tiltakene initiert av departementene i fellesskap, førte til etablering av ekspertgrupper for å utrede og fremme forslag både om utredning, identifisering og oppfølging. Ved gjennomgang av disse tiltakene, nøyaktig ti år etter at ISF-rapporten først ble publisert, og som de facto la grunnlaget for flere av de nevnte tiltakene, bør mulige hindringer eller andre forhold som kan forklare mangelfull iverksettelse av tiltakene, drøftes og løsninger finnes.

Norske myndigheter har lenge erkjent sitt ansvar på dette området, anerkjent sentrale prinsipper og utviklet nødvendige faglige retningslinjer og veiledere for å sørge for en tilfredsstillende ivaretagelse av flyktningers helse og velferd. Men i rapporten har vi tatt til orde for at god nok implementering av tiltak basert på dette omfattende arbeidet og de allerede utarbeidede anbefalingene ikke foreligger eller ikke er sluttført i tilstrekkelig grad. Finansiering med takster for utførte tjenester med klar oppgavefordeling når det gjelder dokumentasjon av tortur og rutiner for tilsyn av helsetjenestene til torturutsatte er blant det som ikke er gjennomført. Det gjenstår en god del arbeid for å få på plass en fullverdig oppfølging av torturutsatte og sårbare asylsøkere (inkludert identifisering), som lar seg gjennomføre i praksis med de forutsetninger som dette krever med hensyn til samarbeid over etatsgrenser, retningslinjer og regelverk, evaluering av tiltak, relevant kompetanse innen ulike sektorer, økonomi og styring.

Gjennomgang av praksis og erfaringer

Denne delen beskriver praksis og erfaringer med torturutsatte i utlendingsforvaltningen, mottak og helsevesenet. Gjennomgangen er basert på om lag 80 kvalitative intervju og en analyse av et utvalg av 12 asylintervjuerapporter. I samtalen med ansatte og ledere i UDI, UNE og PU utforsket vi hvordan ansatte i de ulike avdelingene møter torturutsatte, i hvor stor grad det søkes aktivt etter informasjon om torturerfaringer, hvordan og om identifisering og dokumentasjon av tortur gjøres, og hvorvidt torturutsatte blir fulgt opp i løpet av asylprosessen. Også i samtalen med mottaksansatte spurte vi etter identifisering og oppfølging av sårbare i mottak samt de ansattes erfaringer fra samarbeid med helsesektoren. Intervjuene med helsepersonell dreide seg om deres erfaringer med asylsøkere med torturerfaringer og deres kjennskap til, og anvendelse av, Istanbulprotokollen. Spørsmål knyttet til prosedyrer, retningslinjer og tiltakskort var viktig i samtale med alle disse yrkesgruppene.

Et hovedfunn som kan utledes fra gjennomgangen av praksis i utlendingsforvaltningen, mottak og helsesektoren, er gjennomgående fravær av retningslinjer, rutiner, prosedyrer og kompetanse samt tydelig ansvarsfordeling mellom etatene og mellom sektorene med henblikk på asylsøkere utsatt for tortur. Mens det kan sies å være god kunnskap om sårbarhet generelt, og gode retningslinjer og prosedyrer i forbindelse

med visse sårbare grupper, for eksempel ofre for menneskehandel, er tilsvarende prosedyrer fullstendig fraværende når det gjelder torturutsatte. Dette gjelder tiltakskort og rutiner beregnet både på saksbehandlere og mottaksansatte.

Kunnskap om hva tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling er, hvilke rettigheter slike erfaringer utløser, og hvilken betydning de kan ha for saksgangen, er mangelfull. Blant ansatte i utlendingsforvaltningen fant vi en del usikkerhet og uklarhet rundt definisjonen av tortur og annen grusom og umenneskelig behandling. De færreste av våre respondenter kjente til innholdet i torturkonvensjonen og hva denne de facto innebærer, ikke bare i en asylsammenheng, men også hva den måtte innebære av forpliktelser mer generelt. Istanbulprotokollen er likeledes ukjent for de fleste ansatte i utlendingsforvaltningen.

Mangel på retningslinjer og rutiner, manglende kompetanse om tortur og dens følger samt uklarhet knyttet til Norges rettslige forpliktelser overfor torturutsatte gjør at arbeidet med identifisering, dokumentasjon og oppfølging av torturutsatte er mangelfullt. Blant annet finner vi at ansatte i førstelinjen i utlendingsforvaltningen på den ene siden og ansatte i mottak og i helsesektoren på den andre siden har en ulik vurdering når det gjelder muligheten til å få fram historier og erfaringer om tortur og andre overgrep. Saksbehandlere mener at de stort sett erfarer at søkeren selv ofte kommer med torturanførsler, også uoppfordret. På grunnlag av dette blir det derfor heller ikke spurt etter slike opplevelser direkte. Derimot viste helsepersonell ofte til at torturhistorier «sitter langt inne», og at det er forbundet med store vanskeligheter å snakke om dem. De erfarer at det kan gå svært lang tid, selv når kontakt er etablert, før personer forteller om tortur eller andre former for overgrep de har vært utsatt for.

Siden asylprosessen (både i UDI og UNE) skal være framtidsrettet, der framtidig risiko for forfølgelse skal vurderes (flyktningkonvensjonen/TK), og siden det per dags dato mangler retningslinjer og rutiner i forbindelse med tortur og torturutsatte i denne prosessen, er det også stor usikkerhet knyttet til hvilken betydning tortur skal få i troverdighetsvurderinger og vurdering om asylstatus. Mens asylsøkerens tidligere torturerfaringer vil kunne gi indikasjoner på risiko for at asylsøkeren vil bli forfulgt ved hjemkomst, er det å ha blitt utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, som beskrevet, i seg selv ikke tilstrekkelig grunn til å få beskyttelse. Det er opp til asylsøkeren å sannsynliggjøre at torturen og forfølgelsen vil gjenta seg ved retur. Det at det knyttes begrenset betydning til torturens rolle i vurdering av saken, gjør også at det ikke stilles særlige oppfølgingsspørsmål, og søkeren blir bare unnaksvis oppfordret til å dokumentere eventuelle torturskader. Informasjon om helsehjelp handler derfor mer om å behandle akutte fysiske eller psykiske helseplager enn om å innhente vurdering av eventuelle torturskader eller rehabiliteringsbehov. Dermed vil også muligheten for å vurdere retten til rehabilitering, eventuelt muligheter for rehabilitering ved retur være sterkt redusert.

I intervjuene med mottaksansatte var vi særlig opptatt av retningslinjer og tiltakskort utviklet av UDI for å fange opp særlig sårbare asylsøkere i mottak, da først og fremst personer utsatt for tvangsekteskap, barneekteskap, vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse. Blant de sentrale retningslinjene er først og fremst den om sårbare rent generelt (UDI 2015-029), som omtaler flere former for sårbarhet, dog ikke tortur. Kunnskap om og erfaring med bruk av tiltakskort som spesifiserer visse sårbarhets-kategorier, samt prosedyrer i tilknytning til hver av disse, vurderes å være tilfredsstillende hos UDI-ansatte. Det er enighet om at slike forhold må følges opp, og at det er viktig at informasjon tilflyter UDI-systemet med tanke på de ulike fasene i asylprosedyren. De mottaksansatte vi snakket med, hadde stort sett en del kjennskap til

tortur, og de mottaksansatte forsøker å tilrettelegge forholdene best mulig for dem som de mener kan være eller som oppleves som traumatiserte personer.

Også i gjennomgangen av erfaring og tiltak i helsesektoren finner vi gjennomgående manglende kjennskap til eller kunnskap om Istanbulprotokollen, tortur og torturskader. Problemer her ses i sammenheng både med manglende kunnskap om mulige tiltak hvis tortur indentifiseres, og med fraværet av tilgjengelige tiltak. Helsepersonell mangler rutiner for hvor og hvordan de kan formidle informasjon om gjennomgått tortur og dens følger i asylprosessen. Likeledes mangler informasjon og rutiner om muligheter for utredning så vel som behandling og rehabilitering av torturskader, og mange viser til begrenset tilgang på og kunnskap om behandling av torturskader. Istanbulprotokollen er ukjent for de fleste helsepersonell i kommunene. Videre anses ikke arbeidet med torturutredning og oppfølging som en prioritert oppgave. Og fordi oppgaver i tilknytning til utredning av tortur ikke er definert og kategorisert som tjenester på lik linje med andre tilsvarende utredninger og erklæringer i helsevesenet, faller de mellom to stoler. Derfor blir dette heller ikke gjort. Mange av dem vi intervjuet, etterlyste klarere regelverk på dette området, som ikke bare kan definere torturutredning og eventuelt oppfølging som relevante og viktige oppgaver i tjenesten, men som også kan skape de nødvendige rammene i form av tidsbruk og takster.

Anbefalinger

Anbefalinger til Justis- og beredskapsdepartementet

- Forskriftsfeste en sårbarhetsdefinisjon i utlendingsforskriften, i form av en ikke-uttømmende liste, hvor torturutsatte er nevnt som en av flere sårbare grupper.
- Forskriftsfeste en plikt for UDI til å varsle rett helseinstans om torturutsatte asylsøkeres skader etter tortur.
- Instruer UDI om å identifisere torturutsatte under asylintervjuet, herunder særskilt kartlegging av barn, og foreta en konkret og begrunnet vurdering av behovet for innlevert dokumentasjon om tortur* i vurderingen av risikospørsmålet og rehabiliteringsbehov i utlendingsloven § 28 og i vurderingen av om det foreligger sterke menneskelige hensyn i utlendingsloven § 38.
- Instruer UDI om å foreta en konkret og begrunnet vurdering av risikofaktorer for fremtidig tortur og deres vekt og betydning som vurderingsgrunnlag.

Anbefalinger til Utlendingsdirektoratet

- Ta inn spørsmål om søkeren har vært utsatt for tortur i ankomstregistreringsskjemmet som Politiets utlendingsenhet bruker
- Innhent og undersøk opplysninger om asylsøkerens opplevelser knyttet til å ha vært utsatt for tortur, herunder helsemessige konsekvenser i asylintervjuet.
- Informer og oppfordre søkere som anfører å ha blitt utsatt for tortur om å legge frem eksisterende helseerklæring eller annen dokumentasjon. Hvis slik dokumentasjon ikke foreligger, skal UDI bestille en torturutredning.
- Innhent og undersøk opplysninger om asylsøkerens helsetilstand, herunder behov for rehabilitering som del av vurderingsgrunnlaget.
- Sikre at informasjon om sårbarhet, herunder tortur, hensyntas gjennom hele asylprosessen.

- Lag tiltakskort for torturutsatte til både asylavdelingen og mottaksansatte.
- oppdater retningslinjen om intervju om innhenting av opplysninger om tortur.
- Gi kompetanseheving om torturutsattes rettigheter og Norges forpliktelser overfor torturutsatte, og opplæring i konsekvenser av å ha vært utsatt for tortur og hvilken betydning dette kan ha for evnen til å forklare seg konsistent i asylintervjuet og dermed for troverdighetsvurderingen, og hvilken betydning det har for risikovurderingen at søkeren har vært utsatt for tortur.
- Lag samtykkeerklæring for at UDI skal kunne videreformidle informasjon om tortur til rett helseinstans og for at mottak kan informere UDI.
- Etabler en måte for UDI-ansatte og mottaksansatte å få oppfølging i etterkant av møter med torturutsatte asylsøkere.
- Innnta i kravspesifikasjonene for mottak at mottaksansatte skal identifisere sårbare, herunder torturutsatte og at mottaksansatte som mottar informasjon om at beboere i mottak har vært utsatt for tortur, skal registrere informasjonen i MOT-systemet og innhente samtykke for å videreformidle informasjonen til UDI.
- Gi opplæring til mottaksansatte om tortur og de følger dette kan ha både psykisk og fysisk å kunne tilrettelegge bosituasjonen på best mulig måte, inkludert bidra med å etablere kontakt med helsevesenet.
- Evaluer implementering og virkning av disse anbefalingene etter en femårsperiode i samarbeid med Helsedirektoratet.

Anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet

- Lag en nasjonal handlingsplan for identifisering av torturutsatte, dokumentasjon av skader som følge av tortur, og rehabilitering til torturutsatte.
- Etabler et sentralt fagmiljø innen rettsmedisin for gjennomføring av torturutredninger i tråd med Istanbulprotokollen, som kan fungere som en faglig ressurs for leger og psykologer som skal gjennomføre slike utredninger.
- Øremerk midler i budsjett til kommunene for å gjennomføre innledende helsekartlegging og utvidet helseundersøkelse.
- Etabler prosedyrer for identifisering, utredning og oppfølging av sårbare asylsøkere som beskrevet i annekset 1, blant annet ved å
 - Forskriftsfeste at identifisering av torturutsatte skal skje i tråd med Istanbulprinsippene
 - Forskriftsfeste at asylsøkere skal tilbys helsekartlegging på Nasjonalt ankomstsenter.
 - Forskriftsfeste at asylsøkere skal tilbys en utvidet helseundersøkelse dersom den innledende helsekartleggingen tilsier at det er helsemessige oppfølgingsbehov, inkludert behov for rehabilitering av skader som følge av opplevd tortur.
 - Forskriftsfeste at helsetjenesten har ansvaret for gjennomføring av torturutredninger i tråd med Istanbulprotokollen.

Anbefalinger til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse

- Sett en egen prosedyretakst for torturutredning lik som takst for spesialisterklæring.
- Ta inn i veileder IS-1022 at lege på Nasjonalt ankomstsenter skal vurdere om torturutredning kan gjennomføres på ankomstsenteret eller om det skal henvises til en spesialistutredning.

- Lag samtykkeerklæring for helsepersonell for å kunne videreformidle informasjon om tortur til UDI.
- Gi kompetanseheving om identifisering og dokumentasjon av tortur til leger og spesialisthelsetjenesten i form av obligatoriske og gjentatte, timetellende kurs.
- Evaluer implementering og virkning av disse anbefalingene etter en femårsperiode i samarbeid med Utlendingsdirektoratet.

Anbefaling til Helsetilsynet

- Før tilsyn med helsetjenestene til torturutsatte.

Anbefaling til Kunnskapsdepartementet

- Ta inn kunnskap om tortur i alle relevante utdanningsløp, eventuelt styrk pensum, undervisning og praksis om dette som tema i relevante utdanningsløp.

*I alle anbefalinger skal «tortur» også inkludere annen grusom og umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

«States shall ensure that complaints and reports of torture or ill-treatment are promptly and effectively investigated. Even in the absence of an express complaint, an investigation shall be undertaken if there are other indications that torture or ill-treatment might have occurred. The investigators, who shall be independent of the suspected perpetrators and the agency they serve, shall be competent and impartial. They shall have access to, or be empowered to commission investigations by, impartial medical or other experts. The methods used to carry out such investigations shall meet the highest professional standards and the findings shall be made public.»¹

«The effective investigation and documentation of injuries due to torture must culminate in an expert report based on the Istanbul Protocol»²

¹ Principles on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment

Recommended by General Assembly resolution 55/89 of 4 December 2000

² Norsk svar til FNs torturkomité 2016

1 Innledning

Til tross for totalforbudet mot tortur er tortur utbredt praksis i flere land. Tortur utøves som fysisk og psykisk vold på måter det ikke synes å være grenser for når det gjelder grusomhet. Torturens siktemål er gjennom intendert smertepåføring å bryte ned en person, både psykisk og fysisk. Tortur regnes som en av de mest brutale forbrytelsene mot menneskeheten, ikke bare fordi det innebærer alvorlig og intendert smertepåføring, men fordi det er snakk om handlinger utført med støtte av eller med godkjenning fra myndigheter og myndighetspersoner, og som sådan veldig ofte holdes skjult eller benektes, blant annet for å hindre ansvar og rettsforfølgelse (Iacopino, 2020; Sveaass & Woolf, 2020). Det at overgrepene ikke synliggjøres eller straffes, er også noe av det som gjør torturerfaringer ekstra vonde og belastende. I den sammenheng er tiltak for å dokumentere tortur med sikte på straffeforfølgning og erstatning til ofre viktig.

Konsekvensen av tortur kan være fysiske skader og smerter som er invalidiserende og av livslang varighet. Tortur vil alltid etterlate alvorlige spor i sinnet, og generelt kan det sies at torturerfaringer vil være noe mennesker lever med livet ut (Elsass, 1997; Genefke, 1986). For mange torturutsatte vil det være de psykologiske senskadene som er de mest omfattende, smertefulle og ofte langvarige. Mens noen former for tortur retter seg direkte mot menneskekroppen i form av grov vold som etterlater spor og sår, er det andre former for tortur som påfører alvorlig psykiske smerte, uten at disse fører til spor som er synlige for andre (Quiroga & Modvig, 2020). Slike former for tortur har som mål å knekke integritet, vilje og forstand. Ydmykelser, ofte av seksuell karakter, grove trusler, informasjon om at andre nærstående utsettes for tortur, det å tvinges til å overvære tortur av andre, forvirringsstrategier for å miste «grepet på virkeligheten» er eksempler på dette. Fingerte henrettelser, nesten-drukning eller nesten-kvelning er også meget skremmende og destruktive metoder som medfører stor angst både i situasjonen og i ettertid. Slike metoder blir omtalt enten som «psykiske torturmetoder» eller kanskje enda bedre «ikke-fysiske» torturmetoder (Başoğlu, Livanou, & Crnobaric, 2007).

Mennesker som har vært utsatt for tortur, blir preget av dette på mange ulike måter. Nettopp fordi de psykologiske senskadene kan være omfattende og innebære endringer i tilknytning til selvopplevelse, selvforståelse, identitet og til og med personlighet, vil både emosjonelle og kognitive endringer ofte rapporteres. Dette gir seg til uttrykk både ved endrede emosjonelle reaksjoner, som angst, usikkerhet, sinne og fortvilelse, og ved at kognitive funksjoner bærer preg av de traumatiske erfaringene. Konsentrasjonsproblemer, vanskeligheter med å huske smertefulle hendelser, problemer med å beskrive erfaringer, problemer med å plassere hendelser i tid og sted kan være noe som mange torturerte sliter med i ettertid. Dette kan ikke bare føre til at de har problemer med å gjøre rede for det de har opplevd, men de opplever det ofte som bekræftelser på at de faktisk har mistet sin integritet og verdi og sitt tidligere funksjonsmønster, noe som igjen kan gi emosjonelle utslag (Codepu, 1989; Crelisten & Schmid, 1995).

Tortur påvirker ikke bare den som selv blir direkte utsatt for tortur, men har store konsekvenser for familien og miljøet rundt (Codepu, 1989; Gordon, 2001;

Montgomery, 1992). Det er med dette som utgangspunkt at FNs torturkomité (CAT) viser til at nær familie til torturerte personer også må regnes som ofre for tortur. Det gjelder også personer som er blitt påført smerte som konsekvens av å hjelpe torturerte eller hindre at tortur skjer (CAT, 2012b, s.3). Tortur utgjør altså en alvorlig trussel både mot den som utsettes for den, for familien og for samfunnet rundt og kan bidra til å skape stor utrygghet og ustabilitet for mange og over lang tid.

Som det vil fremgå av den foreliggende rapporten, vil arbeidet med å identifisere mennesker som har vært utsatt for tortur løftes frem som en særlig sentral oppgave. Torturutsatte er ofte selv ikke i en situasjon der de kan fremsette klager om dette, eller på annen måte gjøre kjent at de har vært utsatt for slike overgrep. Det kan være både psykologiske, sikkerhetsmessige, sosiale og økonomiske grunner til dette. Det internasjonale regelverket knyttet til torturertes rettigheter, til torturforbudet og forpliktelse til å forebygge tortur hviler på forutsetningen av at handlinger som ifølge konvensjoner og lovverk er forbudte, blir identifisert, dokumentert, rapportert og etterforsket (TK art 3,4,11,13,14 se også Sveaass, 2017). Stater har et aktivt ansvar for å påse at handlinger som strider mot torturforbudet ikke finner sted, at handlinger blir etterforsket, og at ofre blir identifisert, undersøkt og utredet. Det å etablere systemer som gjør det mulig å identifisere tortur og umenneskelig eller grusom behandling hos personer som søker beskyttelse i et annet land, må i lys av dette betraktes som en forutsetning for at de særlige forpliktelsene knyttet til vern mot retur til tortur eller forhold som kan medføre alvorlig skade, og de forpliktelsene som er knyttet til rett til rehabilitering etterlevs. Norge ble ved to anledninger, begge i 2018, anbefalt av FN komiteer å etablere mekanismer og prosedyrer for identifisering av særlig sårbare personer, både potensielle barnesoldater som ankommer til Norge (CRC, 2018), og asylsøkere som har vært utsatt for tortur (CAT, 2018). Gjennomgående anbefales stater å sikre implementering av konvensjonsforpliktelsene gjennom å styrke mekanismer og prosedyrer for identifisering av personer utsatt for tortur. Dette blir grundigere redegjort for senere i rapporten.

1.1 Torturutsatte i asylprosessen

Hvilke forpliktelser har et land som Norge overfor torturutsatte etter internasjonal og nasjonal rett, og hvilke konkrete forpliktelser kan løftes fram i forbindelse med de torturutsatte i asylprosessen? Det er dette denne rapporten søker å beskrive. Den vil også se nærmere på anbefalt praksis på dette området, slik dette framkommer i ulike anbefalinger, retningslinjer og direktiver.

For å kunne svare på disse spørsmålene har det vært nødvendig å se på forpliktelser og rettigheter som knytter seg til torturofre generelt, til asylsøkere i sin alminnelighet og til slutt til personer med torturerfaringer som søker om beskyttelse. Noe av det som beskrives på grunnlag av analyse av rettspraksis, vil være tydelige og uomtvistelige forpliktelser, andre vil ha karakter av å være sterke føringer basert på traktatorganers anbefalinger, direktiver og rettsavgjørelser. Noen igjen vil vise til praksiser og erfaringer som har vist seg nyttige i arbeidet med torturutsatte og konkret med torturutsatte i asylprosessen. I denne sammenhengen er det viktig å trekke fram at oppmerksomheten i det internasjonale arbeidet vedrørende tortur og asyl i hovedsak har vært på å sikre at tortur ikke skal skje, og at personer ikke skal returneres til situasjoner der det er fare for tortur. Hva det vil si å ha vært torturert, og hva det vil si for asylprosessen, har det vært mindre oppmerksomhet på, skjønt dette også er i endring (OHCHR, 2017).

Et sentralt mål har vært å løfte fram og drøfte hvilken rolle og betydning torturerfaringer har og bør ha i asylprosessen, og hvordan slike erfaringer blir identifisert, håndtert og fortolket i asylprosessen. Vi har sett på dette med tanke både på de torturutsattes *situasjon i løpet av selve prosessen og på den vekt som tillegges slike erfaringer i forbindelse med vurdering og beslutning om beskyttelse*. Konkret er derfor hele bredden av asylprosessen vært inntatt i gjennomgangen, der ulike sektorer i norsk offentlighet er involvert med spesifikke ansvarsområder og oppgaver. Anbefalingene som framkommer i rapporten, viser følgelig til de ulike sektorene og til viktigheten av samarbeid og kommunikasjon mellom dem.

Vi har stilt spørsmål om hvordan tortur som tema blir omtalt, beskrevet og drøftet i den norske asylprosessen, og på hvilken måte forståelsen av tortur, av de torturutsattes situasjon og eventuelle tiltak for å utrede skader, tilrettelegge særlige forhold eller tilby behandling er eksplisitt til stede i asylprosessen. En slik gjennomgang har vist at torturbegrepet i stor grad er fraværende, også i sammenhenger der det ville vært nærliggende å ta dette med, for eksempel i forbindelse med identifisering av og tiltak for å følge opp særlig sårbare grupper asylsøkere. Det betyr at i eksisterende retningslinjer har tortur, torturskader og hvilken rolle dette skal ha, veldig begrenset plass. Dette blir beskrevet nærmere i rapporten. Videre framstår manglende kunnskap om og for lite kompetanse når det gjelder tortur og torturskader, som et erfart problem, uttrykt både fra utlendingsforvaltning så vel som fra helsesektoren.

I rapporten har vi gjennomgående valgt å bruke begrepet «torturutsatt» om dem som har erfart denne formen for menneskerettighetsbrudd. Begrepet «torturoverlever» ville vært et alternativ, men vi har valgt å holde oss til det førstnevnte begrepet. Samtidig vil vi noen steder i rapporten anvende «torturoffer» eller «offer for tortur». Dette vil særlig skje der vi drøfter de folkerettslige bestemmelsene og rettighetene. Vi vil her blant annet vise til torturkomiteens praksis med å bruke begrepet siden det er torturofre og ikke torturoverlever eller torturutsatte som rettighetene er knyttet til (CAT, 2008).

Det er vanskelig å vite hvor mange mennesker som er blitt utsatt for tortur forut for ankomst til Norge. Røde Kors anslår i sin rapport *Torturert og glemt* at det i Norge er mellom 10 000 og 35 000 mennesker med fluktbakgrunn som har opplevd tortur. Dette estimatet er gjort på bakgrunn av publiserte studier fra Norden som viser til at mellom 15 og 25 prosent av personer med fluktbakgrunn har vært torturutsatt (Fosse & Dersyd, 2007; se også Høyvik, Lie, & Willumsen, 2019; Lie, Lavik, & Laake, 2001; Røde Kors, 2020). Legger vi det siste estimatet til grunn, vil tallet være betydelig høyere. Manglende oversikt over personer med torturerfaringer kan i seg selv være et problem og noe som har sammenheng med at det per i dag ikke er noen systematisk identifisering eller tiltak rettet direkte mot torturutsattes situasjon på nasjonalt plan. Samtidig finnes en del undersøkelser og studier av mindre grupper og utvalg. Et eksempel på dette er NKVTS-rapporten fra 2007 om psykisk helse i mottak (Jakobsen et al. 2007), der deltakere oppgir følgende: 76,5 prosent har vært «nær ved å bli drept», 67 prosent har opplevd drap på familie og/eller venner, 31,4 prosent av kvinnene og 13,6 prosent av mennene har opplevd å bli voldtatt (for hele utvalget utgjør dette 21,5 prosent). Videre var det lite forskjell mellom kjønnene når det gjelder torturerfaringer. I utvalget var det 57,3 prosent som oppga å ha blitt torturert (Jakobsen, Sveaas, Johansen, & Skogøy, 2007). En undersøkelse gjennomført av NKVTS i 2020 beskriver store kjønnsforskjeller hos personer som rapporterer tortur. Mens 34.6% av mennene i utvalget, som besto av syriske flyktninger som kom til Norge mellom 2015 og 2018, rapporterte om torturerfaringer, var det blant kvinnene 18.4% som rapporterte om det samme (Fjeld-Solberg, Nissen, Cauley, & Andersen, 2020).

1.2 Torturidentifisering i asylprosessen

Identifisering og dokumentasjon av tortur er, som vil bli beskrevet flere steder i rapporten, av meget stor betydning i arbeidet med å forby, forebygge og behandle tortur og torturskader. Rapportering, undersøkelse og etterforskning påstått tortur er blant de forpliktelsene som følger av FNs torturkonvensjon og forutsetninger både for å straffe og forebygge tortur. For det enkelte torturoffer vil identifisering være viktig når det gjelder oppreisning og erstatning så vel som muligheter til behandling og rehabilitering (Sveaass, Gaer, & Grossman, 2020). I tilknytning til asylprosessen vil dokumentasjon av tortur kunne ha en viktig rolle i saksbehandling og vurdering av søknad om beskyttelse. Torturutredning og dokumentasjon bør inngå som relevant informasjon ved vurdering av troverdighet, beskyttelsesbehov, fare for tortur ved tilbakesendelse, skader etter tortur og eventuelt av behov for rehabilitering. Konkret vil retten til rehabilitering for torturofre, slik dette defineres i CAT artikkel 14, måtte ses opp mot muligheter til rehabilitering ved eventuell retur og dermed også tillegges vekt i vurdering av beskyttelse og ikke-retur.

I rapporten gir vi *Istanbulprotokollen* (2004) ganske stor plass, som den mest sentrale og anerkjente protokollen for utredning og dokumentasjon av tortur, også i forbindelse med søknad om asyl (International Rehabilitation Council for Torture Victims, 2009). Som det vil framgå av rapporten, er spørsmålet om identifisering av torturutsatte i Norge reist ved flere anledninger. Diverse tiltak har vært foreslått for å sikre en bedre praksis med hensyn til identifisering, utredning og dokumentasjon av skader etter tortur både til selve asylprosessen og i forbindelse med oppfølging og eventuell rehabilitering. Til tross for dette viser erfaring og studier at torturerfaringer ikke kommer tilstrekkelig fram i løpet av asylprosessen (Røde Kors, 2020; Sveaass, Vevstad, & Brekke, 2012), og at situasjonen i dag med henblikk på identifisering av torturutsatte er preget av uklarhet og manglende systematikk. I sin rapport beskriver Røde Kors (2020) blant annet hvordan fravær av systematiske identifiseringsprosedyrer i praksis hindret oppfølging og rehabilitering av flyktninger utsatt for tortur (se også Lønning, Houge, Laupstad, & Aasnes, 2021). Rapporten omtaler identifisering av torturutsatte i Norge som vilkårlig og preget av manglende kunnskap og kjennskap til internasjonale protokoller for identifisering og rehabilitering. I rapporten sies følgende: «utredning og dokumentasjon av torturskader er grunnleggende både når det gjelder overholdelse av torturforbudet og retten til og omfang av rehabilitering. Utredningen er en essensiell forutsetning for å kunne iverksette behandling og rehabilitering» (Røde Kors 2020).

I rapporten vil vi vise til ulike retningslinjer og prosedyrer for identifisering og dokumentasjon av tortur og umenneskelig behandling generelt, og konkret, for identifisering av dette hos asylsøkere. Vi vil vise til anbefalinger blant annet fra internasjonale organer, og i særdeleshet til anbefalinger fra FNs torturkomite der stater ofte anbefales å etablere mekanismer og prosedyrer for å identifisere og dokumentere tortur, og for å sikre at personer som har vært utsatt for tortur får tilgang til medisinsk undersøkelse (se del 1 rettslig gjennomgang).

Når vi i det følgende omtaler slike mekanismer og/eller prosedyrer er det med tanke på tiltak som må etableres for å gjennomføre utredning, dokumentasjon, videre henvisning osv. Dette dreier seg om de funksjonene som må være på plass for å få til en god og forsvarlig flyt i en prosess som skal identifisere og dokumentere tortur. I praksis betyr dette etableringen av rutiner, retningslinjer og standarder, etablering av ansvarlige enheter med klart definerte oppgaver i tilknytning til dette, tilrettelegge for systematisk utredning, avklare når og hvem som skal gjennomføre dette og på hvilke kriterier. For utlendingsmyndighetene vil dette blant annet innebære en

tydeliggjøring av ansvaret for å innhente relevant informasjon om tortur og umenneskelig behandling, det vil si tiltak som kan opplyse saken, og en avklaring av hvilken vekt slik informasjon skal tillegges i asylprosessen. For helsemyndigheter vil det dreie seg om etablering av tydelige undersøkelser og henvisningsprosedyrer, samt tydeliggjøring av ansvar for gjennomføring av dette. Dette vil kreve ordninger for å finansiere virksomheten og styrking av opplæring og kompetanse til helsepersonell. En gjennomgang av undersøkelser og henvisningsprosedyrer i forbindelse med torturutredninger er presentert i anneks 1.

En rekke anbefalinger fra TK viser til viktigheten av at slikt identifiseringsarbeid implementeres, og at det bør skje i samsvar med Istanbul protokollen og dennes prinsipper, videre til viktigheten av å konkretisere slike prosedyrer, formalisere dem og gjøre dem til en del av arbeidet i forbindelse med oppfylning også av de øvrige forpliktelsene under konvensjonen. Dette vil bli grundigere beskrevet senere i rapporten.

1.3 Rapportens hovedelementer

I det følgende vil vi utrede Norges forpliktelser og anbefalt praksis overfor torturutsatte i asylprosessen. Rapporten har fire hovedelementer:

Det første elementet er en gjennomgang av nasjonal og internasjonal rett og rettspraksis. Vi utreder de rettslige forpliktelsene Norge har, og hvilken rettsstatus internasjonale konvensjoner og regelverk har på dette området. Videre skiller vi mellom hva Norge er rettslig forpliktet til, og hva Norge er anbefalt å gjøre. Vi beskriver forpliktelser knyttet til torturutsattes situasjon generelt, men vil i hovedsak se på torturutsatte i asylprosessen. Vi mener at den rettslige gjennomgangen vil gi de viktigste rammene for hvordan utlendingsforvaltningen og helsesektoren bør møte de torturutsatte i asylprosessen.

Det andre elementet er en presentasjon av internasjonale og nasjonale initiativer for identifisering og dokumentering av torturutsatte. Vi beskriver Istanbulprotokollen, som er den viktigste manualen for dokumentasjon av tortur og annen grusom og umenneskelig behandling. Videre går vi gjennom en rekke offentlige utredninger og stortingsmeldinger samt ulike prosjekter vedrørende flyktninger, asylsøkere, helse og tortur, alle initiert av norske myndigheter over en periode på 30 år. Denne delen avsluttes med å vise til dialogene i tilknytning til Norges rapportering i FN i forbindelse med tortur og torturutredninger. Disse gir et godt grunnlag for de vurderingene som gjøres også i denne rapporten, og bidrar med verdifulle perspektiv når det gjelder anbefalinger og implementering.

For det tredje utreder vi hvordan utlendingsforvaltningen og helsesektoren i praksis etterlever forpliktelsene overfor torturutsatte i asylprosessen. Vi utforsker hvilken betydning anførsler om tortur har i vurdering av asylsøknaden, og hvilke rutiner og prosedyrer som iverksettes dersom saksbehandlere, mottaksansatte eller helsepersonell får holdepunkter for at tortur har funnet sted forut for ankomst til Norge. Vi vil gjennomgå rutiner og prosedyrer for å utforske konkrete handlingsalternativer og faktiske muligheter for identifisering og dokumentasjon i tråd med anbefalt praksis og Istanbulprotokollen. Videre ser vi på hvordan helsesektoren er organisert og rustet til å utrede og følge opp torturutsatte.

For det fjerde vil disse tre elementene munne ut i en rekke anbefalinger om måter å utvikle, gjennomføre og sikre rutiner og framgangsmåter på med henblikk på de torturutsattes situasjon i asylprosessen. Anbefalingene vil gjelde alle asylsøkere uavhengig av alder, også barn. I rapporten har vi derimot ikke hatt anledning til å gjøre en spesifikk gjennomgang vedrørende medfølgende barn og enslige mindreårige

asylsøkere og deres rett til beskyttelse og vern mot retur. Gjennomgående viser vi til betydningen av gode prosedyrer for å kunne fange opp, utrede og dokumentere skader som resultat av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, også seksuelle handlinger som må anses for å være brudd på torturforbudet. De faktiske tiltakene som blir anbefalt i denne rapporten, vil ikke kun dreie seg om oppgaver og ansvar innen utlendingsforvaltningen, men må med nødvendighet også omhandle tiltak som ansvarsmessig ligger under andre deler av forvaltningen, først og fremst helsemyndighetene.

Felles ansvaret og det konkrete samarbeidet mellom ulike etater helt avgjørende for å oppnå de mål som settes. Og da tenker vi på de mål som er basert på de forpliktelsene som myndighetene har samlet sett, og på de mål som myndighetene har satt seg basert på sterke humanistiske tradisjoner og prinsipper om likeverd og likebehandling.

1.4 Rapportens disposisjon

Rapporten behandler et omfattende datamateriale og favner bredt. Samlesingen av den rettslige utredningen med gjeldende praksis vil kunne være av interesse for flere lesergrupper. Rapporten er også tenkt å kunne være et kunnskapsgrunnlag for det praktiske arbeidet med identifisering og dokumentering av tortur, for utlendingsforvaltningen så vel som for helsetjenestene. Disposisjon gjenspeiler rapportens fire hovedelementer: 1 gjennomgang av gjeldende rett, 2 internasjonale og nasjonale initiativer for identifisering og dokumentasjon av tortur, 3 gjeldende praksis og 4 konklusjon og anbefalinger. Delene innledes med en kort oppsummering av de respektive kapitlene, datagrunnlaget og hovedfunnene.

I kapittel 2 gir vi en oversikt over etater, institusjoner og organisasjoner som har en vesentlig rolle i asylprosessen. Vi understreker at det er vesentlig ikke å se utlendingsforvaltningen isolert. Identifisering, dokumentasjon og oppfølging av torturutsatte er et ansvar som utlendingsforvaltningen, helsesektoren og mottakene (og dermed også kommunene) må samarbeide om. Vi gir også en kort innføring i den nye asylyflyten, slik den er implementert i Nasjonalt ankomstsenter i Råde, og avklarer viktige begreper. I kapittel 3 redegjør vi for datagrunnlaget og metodevalgene våre. Rapporten er basert på et utvalg av kvalitative metoder og tilnæringer, med hovedvekt på den rettslige gjennomgangen og kvalitative intervju med ledere og ansatte i førstelinjen i utlendingsforvaltningen og i primær- og spesialisthelsetjenesten, med internasjonale eksperter på torturfeltet samt med torturutsatte asylsøkere og flyktninger.

Kapitlene 4 og 5 utgjør *Del 1 – rettslig gjennomgang av gjeldende rett*. Kapittel 4 omhandler internasjonal rett med et tyngdepunkt på FNs konvensjoner, Istanbulprotokollen og den europeiske menneskerettskonvensjonen. Søkelyset vil være på forbudet mot tortur, grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling og hvilke forpliktelser dette innebærer for enkeltstater. Kapittel 5 tar for seg hvordan folkeretten, og spesielt torturforbudet, er inkorporert og implementert i norsk rett. Vi vil legge spesielt vekt på utlendingsloven og dens forskrifter. Her beskriver vi også helselovgivningen og hvordan den har betydning for rapportens tematikk, nemlig identifisering, dokumentasjon og oppfølging av torturutsatte i asylprosessen. I begge kapitlene presenterer vi også rettspraksis som omhandler tortur. Menneskerettigheter og internasjonal rettspraksis har stor betydning for utlendingsretten, og domstolsavgjørelser er viktige rettskilder i denne sammenhengen. Vi vil derfor presentere

domstolsavgjørelser fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) og EU-domstolen samt relevant rettspraksis fra Høyesterett og underrettsinstanser.

Kapitlene 6 og 7 utgjør *Del 2 – Internasjonale og nasjonale initiativer for identifisering og dokumentasjon av tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling*. I kapittel 6 gjennomgår vi det arbeidet som over de siste 25 årene er blitt utviklet med siktemål å etablere praksis og ordninger som sikrer at tortur, som det alvorlige menneskerettighetsbruddet det er, gjøres til gjenstand for rettslig behandling, samtidig som det kan bidra til styrking av totalforbudet og legge grunnlag både for erstatninger og rehabilitering. Istanbulprotokollen som det mest sentrale dokumentet i denne sammenhengen vil bli ytterligere presentert, denne gangen med vekt på identifisering av helseskader, fysiske og psykiske. Videre vil regionale initiativer, først og fremst gjennom EU-direktiver, bli presentert. Basert på offentlige dokumenter, utredninger og rapporter presenterer vi i kapittel 7 en gjennomgang av tidligere initiativer og utredninger igangsatt av norske myndigheter. Vi viser til det politiske arbeidet rundt torturutsatte i utlendingsforvaltningen samt utredningsarbeidet som er blitt gjort de siste 30 år. Den foreliggende rapporten kan anses som en forlengelse av det omfattende arbeidet som har funnet sted over en lengre periode, samtidig som det er et nytt og oppdatert forsøk på å fremme anbefalinger og tiltak knyttet til identifisering og dokumentering av torturutsatte og til bedre oppfølging av disse i asylprosessen.

Kapitlene 8–10 utgjør rapportens *Del 3 – Gjennomgang av praksis og erfaringer*. I kapittel 8 beskriver vi hvordan torturutsatte møtes og følges opp i utlendingsforvaltningen. Vi beskriver dagens mekanismer for identifisering, dokumentasjon og oppfølging og hvordan ansvarsfordelingen fungerer. Et viktig punkt i denne sammenhengen er drøfting av hvilken betydning tortur har i asylprosessen, det vil si, hva det innebærer å skulle identifisere og dokumentere tortur, og hvilke aspekter ved torturerfaring som blir vurdert som relevante og vesentlige i vurderinger av den enkelte asylsak. Dette innebærer også vurdering og eventuell oppfylling av særskilte rettigheter knyttet til det å være et torturoffer, ifølge internasjonale konvensjoner (CAT og andre). Kapittel 9 gir en kort beskrivelse av mottaksansattes arbeid med sårbare i mottak. Vi ser særlig på retningslinjer og tiltakskort utviklet av UDI for å fange opp sårbare asylsøkere i mottak og på hvordan mottaksansatte opplever kontakten og samarbeidet med utlendingsforvaltningen på den ene siden og med helsesektoren på den andre. Kapittel 10 omhandler helsesektorens rolle og betydning i identifisering, dokumentering og oppfølging av torturutsatte i asylprosessen. Vi har intervjuet helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten og presenterer deres erfaringer med torturutsatte samt deres kjennskap til og anvendelse av Istanbulprotokollen. Samarbeid mellom helsesektoren og utlendingsforvaltningen vil være et sentralt tema her.

Kapitlene 11-13 utgjør rapportens *Del 4 – Konklusjon og anbefalinger*. Med utlendingsforvaltningens fornyede oppmerksomhet på en god asylprosess in mente har vi valgt å presentere anbefalinger knyttet til de ulike fasene i asylprosessen. I tillegg kommer strukturelle og juridiske anbefalinger samt generelle anbefalinger som gjelder torturutredning og oppfølging.

2 Institusjoner og definisjoner

I det følgende presenteres relevante etater og organisasjoner innen utlendingsfeltet, en framstilling av asylprosessen og noen begreper som benyttes i rapporten. Kapitlets første del omhandler asylprosessen. Vi presenterer sentrale etater og institusjoner, deres rolle i asylprosessen og den nye asylflyten. Vi peker særlig på viktigheten av den tverrfaglige og tverrsektorielle innsatsen på dette området, først og fremst utlendingsetaten og helsetjenesten. Kapitlets andre del er en gjennomgang av sentral terminologi og begreper med mål å tydeliggjøre hvordan disse forstås og anvendes i rapporten. Her ønsker vi også å vise til viktige sider ved denne tematikken som vi ikke går videre inn på i rapporten, først og fremst knyttet til de omfattende skadene som tortur kan ha hos dem som utsettes. Derimot beskriver vi retningslinjer og prinsipper for torturutredning og viser også til at disse i liten grad er implementert i praksis. Vi argumenterer for at det er behovet for å sette torturutsatte i en større sårbarhetskontekst. Det er gjennom kartlegging av sårbarhet at tortur kan identifiseres. Å se tortur i en større sårbarhetskontekst gir mulighet til å utvikle nødvendige tiltak i tråd med det som allerede finnes når det gjelder oppfølging og prosedyrer for andre sårbare grupper.

2.1 Innledende betraktninger

For å kunne yte noe overfor personer som har vært utsatt for tortur, må det framkomme kunnskap eller informasjon om at slike overgrep har skjedd eller kan ha skjedd. Slik kunnskap kan eksistere på gruppenivå, som dersom en chilensk flyktning kan vise til opphold i en av de mest kjente og beryktede konsentrasjonsleirene under militærdiktaturtiden (f.eks. Tres Alamos), eller dersom en flyktning tidligere har sittet uten lov og dom i et syrisk fengsel, vil det herske liten tvil om at personen har vært utsatt for tortur. Men den viktigste kilden vil alltid være den informasjon eller dokumentasjon om tortur som personen selv framlegger. Det kan dreie seg om dokumentasjon som stammer fra menneskerettighetsorganisasjoner, ulike FN-organisasjoner, helsepersonell eller liknende, og som medbringes til det nye landet, eller om det personen selv forteller enten i asylintervjuet, til helsepersonell, til frivillige organisasjoner eller mottakspersonell, både tidlig i prosessen og senere.

Noen torturerte ønsker ikke å snakke om sine torturopplevelser, og informasjon om mulig tortur kan være basert på informasjon fra familie eller andre nære personer, inkludert helsepersonell. Noen vil aktivt unnlate å fortelle fordi de frykter represalier overfor familie i eget land, fordi de ikke stoler på asylprosessen eller av andre grunner unnlater å fortelle. For en del av de torturutsatte vil også selve erfaringen være av en slik art at de opplever det som skamfullt og vanskelig å snakke om – det gjelder i særlig grad tortur av seksuell art og som retter seg mot kjønnsorganer eller på annen måte målrettet ydmyker personers identitet som mann eller kvinne. Andre igjen unnlater å fortelle fordi det blir for vanskelig å gjengi det som skjedde, både fordi det er for smertefullt å erindre i detalj, og fordi detaljer eller rekkefølge ikke er lett å hente fram eller beskrive. Hendelsen fortoner seg som kaotisk hos den enkelte, og det ikke å ha ord for å gjøre rede for dette er vanskelig. Det ikke å føle seg i stand til å fortelle,

det vil si redsel for ikke å fullføre, for å virke rotete og kaotisk, for å feile på detaljer osv., kan også bidra til problemer med det å skulle berette. Så er det de som ikke skjønner at det de har opplevd, befinner seg i en kategori som for eksempel menneskerettighetsbrudd, tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Disse vil ikke fortelle om slike opplevelser enten på grunn av skam, manglende kunnskap om kategoriene eller, fordi man ikke anser opplevelsene for å være noe som skal fortelles, «det skjedde med alle andre også». Sist, men ikke minst vil det å kunne etablere kunnskap om tortur eller andre former for grove overgrep hos en eller flere som søker beskyttelse, ofte være avhengig av et samarbeid på tvers av etatene, der kommunikasjonslinjer som tillater at observasjoner og informasjonen kan settes sammen og vurderes, er etablert. Da vil kunnskap for eksempel om «mareritt, roping og våketid om natten» observert i mottak, kombinert med depressive reaksjoner framkommet hos helsepersonell, ulike reaksjoner som framkommer i løpet av dagen med andre mennesker, for eksempel i aktivitets- eller opplæringssammenheng, samt bakgrunnskunnskap om hvor personen kommer fra osv., kunne bidra til et bilde som kan indikere tortur eller ulike former for overgrep. Med andre ord er det å etablere prosedyrer som kan styrke muligheten for å få fram den informasjonen som er nødvendig for å kunne vurdere omfang og kategori av overgrep og et eventuelt beskyttelsesbehov, avgjørende for i praksis å kunne etterleve de juridiske forpliktelsene så vel som anbefalte tiltak på feltet.

2.2 Ansvarlige myndigheter og organisasjoner på asyfeltet

Tre etater er involvert i selve asylprosessen. Det er Politiets utlendingsenhet (PU), Utlendingsdirektoratet (UDI) og Utlendingsnemnda (UNE). Når det gjelder helse og helsetilbud til asylsøkere har helsedirektoratet en helt sentral rolle som sektoransvarlig. I tillegg arbeider Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS) tett opp mot utlendingsforvaltningen og har viktige roller ovenfor mennesker i ulike stadier av asylprosessen.

PU er underlagt Politidirektoratet og har «som hovedoppgave å registrere og identifisere alle asylsøkere. Enheten skal også uttransportere asylsøkere som har fått avslag på søknaden og andre utlendinger som bortvises eller utvises fra landet.» (Ot.prp.nr.75, 2006-2007). PU er UDIs saksforberedende organ. PU har i forbindelse med asylregistreringen ansvar for å sette riktig prosedyrekode i Datasystemet for utlednings- og flyktningsaker (DUF). Prosedyrekoden legger grunnlaget for UDIs differensiering av de ulike sakstypene og er av stor betydning for den videre saksbehandlingen.

UDI er den sentrale etaten i utlendingsforvaltningen, og skal iverksette regjeringens innvandrings- og flyktningspolitikk. UDI «skal legge til rette for ønsket og lovlig innvandring og sørge for at de som oppfyller vilkårene, får komme til Norge³. UDI består av flere avdelinger med ulike ansvarsområder: UDIs asylavdeling gjennomfører asylintervjuet og behandler søknader om asyl etter utlendingsloven. Denne avdelingen organiserer og gjennomfører dessuten uttak av overføringsflyktninger «i samsvarende med gjeldende retningslinjer og føringer i årlige oppdrag fra departementet» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020 s.4). UDIs regions- og mottaksavdeling har ansvar for innkvartering av asylsøkere og omsorg for enslige, mindreårige asylsøkere i aldersgruppen 15–18 år. (Det er Barne- og familiedepartementet som har

³ <https://www.udi.no/om-udi/om-udi-og-utlendingsforvaltningen/hvem-gjor-hva-i-utlendingsforvaltningen/>

omsorgsansvaret for enslige, mindreårige asylsøkere og flyktninger under 15 år.) Returenheten skal motivere til selvorganisert retur og assistert retur og behandler søknader om assistert retur for personer uten lovlig opphold. UDI skal også «bidra til at politiet kan iverksette tvangsretur» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020 s.4).

Landinfo er utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon. Den er administrativt underlagt UDI, men enheten er faglig uavhengig og kan ikke instrueres i faglige spørsmål av ansvarlig departement, UDI eller UNE.⁴ Arbeidet består av innhenting, vurdering og tolking av informasjon om ulike land og dessuten videreformidling av generelle vurderinger og analyser (St.meld.nr.21, 2003-2004).

UNE er klageinstansen for utlendingssaker og statsborgersaker og behandler klager på UDI-vedtak etter utlendingsloven, utlendingsforskriften og statsborgerloven. Avdelingen for forberedelse og saksflyt foretar innledende vurderinger av sakene og styrer sakene i riktig saksløp. Nemndledere har samme kompetanse som dommere og behandler alle typer saker. De er uavhengige beslutningsfattere, som ikke kan instrueres i den enkelte sak. UNE ble opprettet som et uavhengig kontroll- og håndhevsorgan som administrativt hører inn under Justis- og beredskapsdepartement. Men UNEs uavhengighet, som innebærer at den kun kan styres gjennom lov og forskrift, har etter opprettelsen i 2001 vært endret i flere omganger. Forbudet mot at departementet kunne gi nemnda generelle instruksjoner om lovtolkning og skjønnsutøvelse, ble fjernet i november 2015 i forbindelse med «flyktningkrisen» høsten 2015, hvor også Norge fikk uvanlig stor tilstrømning av flyktninger og asylsøkere (Prop.16L, 2015-2016). I desember 2017 ble forbudet mot generell instruksjon av nemnda igjen innført, blant annet for å sikre nemndas rolle som et selvstendig, domstolliknende organ, unntatt politisk styring.

Helsedirektoratet (Hdir) er faglig rådgiver, iverksetter vedtatt politikk og forvalter lov- og regelverk innenfor helsesektoren. Hdir arbeider opp mot regionale helseforetak og kommuner og har det overordnede ansvaret for å sikre helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Dette gjøres blant annet gjennom utarbeidelsen av *Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (IS-1022)* som beskriver rettigheter, ansvar og organisering av helsetjenester til disse. Veilederen beskriver også anbefalte og obligatoriske tiltak, som turberkoloseundersøkelsen. Mens UDI har ansvar for mottaksdrift og selve håndteringen av asylsakene, er Helsedirektoratets oppgave å sikre helsetjenester til den samme befolkningen, herunder også å bidra til at viktig helseinformasjon kommer fram, og til at tortur blir utredet. Slik sett har Helsedirektoratet en sentral rolle også i asylprosessen, selv om den per i dag ikke er formalisert.

Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS) er en uavhengig organisasjon som arbeider for å fremme asylsøkeres rettssikkerhet i Norge. På oppdrag fra UDI driver NOAS informasjons- og veiledningsprogrammet for nyankomne asylsøkere på Nasjonalt ankomstsenter i Råde og på ankomstransitt for enslige mindreårige asylsøkere på Mysebu i Viken. I tillegg tilbyr NOAS gratis rettshjelp til asylsøkere som har fått avslag hos UDI eller UNE.

2.3 Den nye asyflyten

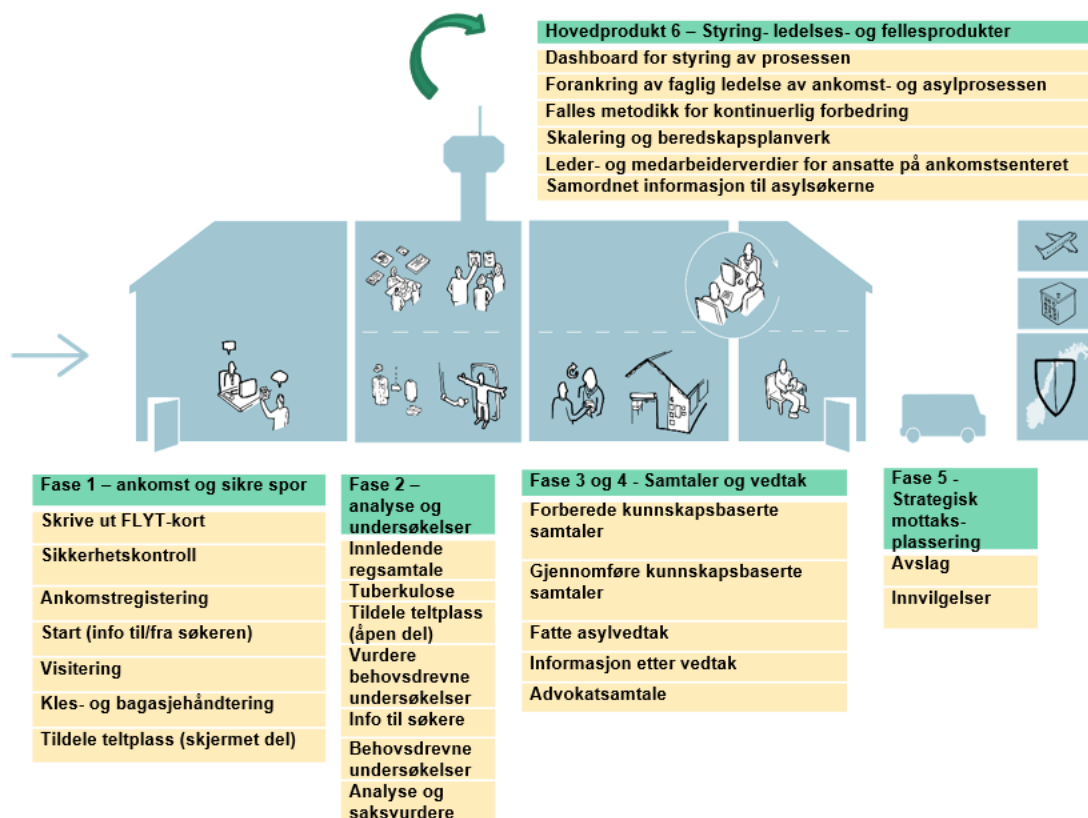
Etter det høye antallet asylsøkere til Norge høsten og vinteren 2015 ble det tydelig at et tettere samarbeid mellom PU og UDI var nødvendig for en bedre og mer effektiv asylsaksbehandling. Prosjektet Politiet og Utlendingsforvaltningen i Mottaks- og

⁴ <https://landinfo.no/om-oss/>

Ankomstfasen (PUMA) ble etablert. Hovedmålet var «å anbefale en effektiv og sikker ankomstfase, styrke etatens evne til å håndtere svingninger i ankomstene og å skape effektive kontaktpunkter med asylsøkere»⁵. Samtidig som kravet til kvalitet og rettsikkerhet i asylprosessen forblir uendret, skal en raskere og mer effektiv asylprosess sikres gjennom et tettere og mer effektivt samarbeid mellom etatene. Samlokalisering av PUs og UDIs saksbehandlere i Nasjonal ankomstsenter i Råde ble offisielt gjennomført høsten 2020. Grunnet covid-19 og smittevernsituasjonen i 2020 og våren 2021 har samlokaliseringen hatt liten effekt til nå. Mens PU er fysisk til stede i ankomstsenteret, blir de fleste asylintervjuene for tiden gjennomført via Skype eller i UDI sine kontorer i Oslo. I det følgende vil vi beskrive den nye asylflyten, slik den er tiltenkt i henhold til PUMA. I kapittel 8 vil vi beskrive utfordringer, men også mulighetene, som ligger i den nye asylflyten.

2.4 Asylprosessen

Oversikt over ny ankomst- og asylprosess på ankomstsenteret. (UDI, 2020)



Når en utlending ankommer Norge, har vedkommende rett til å søke beskyttelse ved grensen og ved hvilken som helst politistasjon og en plikt til å framsette søknaden uten ugrunnet opphold.⁶ Vanligvis henvises søkeren til Politiets utlendingsenhet (PU) ved Nasjonalt ankomstsenter i Råde. Ved registreringen blir søkeren sikkerhetsvisitert og vurdert opp mot de til enhver tid gjeldende smittevernstiltak. Medbrakt

⁵ <https://www.politiet.no/om/organisasjonen/sarorganene/politiets-utlendingsenhet/ankomstfasen-asylsokeres-mote-med-politiet/#undefined>

⁶ Utlendingsloven § 28 jamfør § 93 første ledd, første setning

bagasje og klær blir rutinemessig nedfrost i 48 timer for å verne mot eventuelle skadedyr. Søkeren får utlevert klær og toalettsaker.

Asylsøkeren blir registrert hos politiet eller gjennomfører egenregistrering i data-systemet START. I forbindelse med dette mottar asylsøkeren også kortfattet og standardisert informasjon om asylprosessen, og søknaden blir opprettet i utlendingsforvaltningens datasystem. Søkeren oppgir sine personalia og leverer ID-dokumenter, og politiet visiterer søkeren, tar fingeravtrykk og tar bilde for identifiserings- og verifiseringsformål. I denne samtalen informeres asylsøkeren også om sine rettigheter som følge av utlendingsloven. Disse innebærer blant annet retten til å benytte seg av fullmektig, retten til fritt rettsråd ved avslag på asylsøknaden, retten til å settes i kontakt med hjemlandets representasjon, UNHCR og en norsk flyktningsorganisasjon (utlendingsloven § 82 og § 98). Saken blir så videreformidlet til PUs ID-avdeling som foretar videre undersøkelser og sammenfatter en rapport som videreformidles til UDI.

Innen to døgn etter ankomst gjennomfører politiet en innledende registrerings-samtale. Formålet er 1) identitetsavklaring, 2) kriminalitetsforebygging og 3) avgjørelse av videre saksgang. Politiet gjennomgår spørsmål knyttet til identitet, som personalia, nasjonalitet, hvor man kommer fra, familiebakgrunn osv. Ved behov gjennomføres en språkttest, elektroniske enheter (mobiltelefon, laptop o.l.) undersøkes, og det gjennomføres søk i sosiale medier. Videre blir det gjennomført en samtale om reiseruten og ferden fra hjemlandet gjennom Europa og til Norge og kort om grunnlaget for at det søkes om beskyttelse. Etter registrerings-samtalen avgjør PUs saksbehandlere det videre saksforløpet eller sporet, hvorvidt søkerens sak skal behandles i hurtigprosedyre, i prosedyren for enslige mindreårige asylsøkere eller har en «Dublinsak», eller om søknaden skal behandles i ordinært saksforløp (UDI 2010-081). Asylsøkere fra land som anses som generelt trygge eksempelvis EU, USA, Canada og Australia, får sin asylsøknad behandlet i hurtigprosedyre, vanligvis innen et par dager. Har asylsøkeren oppholdt seg i et trygt tredjeland innen EØS før innreise til Norge, blir vedkommendes søknad registrert som Dublin-sak. UDI vil da først vurdere om det er Norge eller et annet Dublin-land som har ansvar for å vurdere beskyttelsesbehov. Enslige mindreårige (EMA) får utnevnt en representant før registrering hos PU, og de får tildelt advokat. Aldersvurdering, og eventuelt språktest utføres ved behov. Saksforløpet for EMA følger ellers den ordinære prosedyren.

Få dager etter registreringen ved politiets utlendingenhet blir søkere invitert til en informasjons- og veiledningssamtale hos NOAS, som har kontor i ankomstsenteret. Asylsøkere har krav på tilbud om individuell veiledning fra en uavhengig organisasjon i forbindelse med at søknaden om asyl framsettes, og er frivillig for søkere.⁷ I samtalen blir det gitt informasjon om asylprosessen og søkerens rettigheter og plikter, samt veiledning i egen sak. NOAS' ansatte har taushetsplikt, også overfor norske myndigheter, men dersom det under samtalen framkommer opplysninger om sårbarhet, herunder torturerfaring, kan NOAS bistå med formidling av informasjon til helsetjenesten og utlendingsforvaltningen, etter søkeres ønske og samtykke.

I løpet av de tre første dagene blir det også gjennomført en obligatorisk tuberkuloseundersøkelse av Sykehuset Østfold Kalnes. Denne undersøkelsen gjennomføres i sykehusets egne lokaler på ankomstsenteret. I tillegg har asylsøkere mulighet til å kontakte kommunehelsetjenesten i Råde, som også har egne lokaler på ankomstsenteret (se kapittel 10). Kommunehelsetjenesten følger opp smittevern, vaksinerings-

⁷ Jamfør utlendingsforskriften § 17-17

oppfølging av tuberkulosesvar, akutte helseplager, gravide og andre aktuelle grupper.⁸

Innen 16 dager etter ankomst vil asylsøkeren bli innkalt til et asylintervju. Formålet er å «innhente tilstrekkelig pålitelig informasjon til at UDI kan vurdere om søkeren har krav på beskyttelse eller kan gis opphold på humanitært grunnlag» (UDI 2013-011). Ansvarsfordelingen mellom saksbehandleren og asylsøkeren er slik at søkeren har «ansvar for å sannsynliggjøre sine anførsler og legge fram nødvendig dokumentasjon» (Ot.prp.nr.75, 2006-2007, s.88). Saksbehandleren har ansvar for å «påse at saken er så godt opplyst som mulig» (Forvaltningsloven § 17). Asylintervjuets utgangspunkt er den frie forklaringen, der søkeren kan legge fram sin sak. Følgende punkter skal kartlegges gjennom intervjuet:

- hva som er årsaken til søknaden om beskyttelse, og innhente tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere om faktum er tilstrekkelig sannsynliggjort
- hva søkeren frykter ved retur til hjemlandet
- hvorfor søkeren er forfulgt (årsakssammenheng)
- om hjemlandets myndigheter har evne og vilje til å beskytte søkeren ved retur
- om søkeren har tilgang til et trygt område i hjemlandet, og om det er urimelig å henvise søkeren dit
- om det foreligger grunner til opphold på humanitært grunnlag
- om noen av opplysningene gir grunnlag for vurdering av utelukkelse fra flyktningstatus
- om noen av opplysningene gir grunnlag for å forelegge saken for departement, jamfør Indikatorlisten (UDI, GI-08/2018)

I tillegg skal intervjuet ifølge UDI retningslinjer «bidra til å identifisere sårbare søkere med særskilte behov slik at intervjueren kan gjøre nødvendige tilpasninger under intervjuet, bidra til nødvendig oppfølging og avverge akutt fare ved trusler mot persons eller andres sikkerhet». Saksbehandleren skal også innhente tilstrekkelig informasjon til at UDI kan tilrettelegge for kvalitet og effektiv behandling av søknaden om beskyttelse, tidlig integrering og raske returer» (UDI 2013-011). Et asylintervju kan vare fra noen timer til en hel arbeidsdag. Dersom intervjuet ikke er ferdigstilt innen normal tid, vil saksbehandleren gjennomføre et fortsettelsesintervju. Dersom vedtaksenheten eller Utlendingsnemnda har behov for å innhente tilleggsopplysninger, kan asylsøkeren kalles inn til et tilleggsintervju. Når det under asylintervjuet framkommer opplysninger eller det finner sted ekstraordinære hendelser herunder reaksjoner hos asylsøkeren som gir grunn til helsemessig oppfølging av vedkommende, utløser dette en særlig plikt til oppfølging og varsling. Disse oppfølgings- og varslingsprosedyrene vil bli nærmere behandlet i kapittel 5.

I den nye asylflyten er det et uttalt mål at 70 prosent av alle vedtak fattes innen 21 dager, mens søkeren fortsatt oppholder seg i Nasjonalt ankomstsenter i Råde. I de tilfellene der det ikke er mulig å fatte vedtak innen 21 dager, blir asylsøkeren overført til et transitt- eller asylmottak et annet sted i landet. De kan eventuelt bo utenfor mottak, men vil ikke motta økonomisk støtte utenfor mottaksapparatet, med mindre særlige forhold tilsier det («alternativ mottaksplass»). Samme forhold gjelder dersom en asylsøker får avslag på søknaden, men får tillatelse til å bli i Norge mens Utlendingsnemnda behandler en klage, og de som har fått endelig avslag av UNE. Disse har

⁸ <https://www.politiet.no/om/organisasjonen/sarorganene/politiets-utlendingsenhet/ankomstfasen-asylsokeres-mote-med-politiet/#undefined>

fortsatt tilbud om plass i mottak, og mottar økonomisk støtte, dog en lavere sats enn andre asylsøkere.

Det finnes i dag ulike typer mottak. Ordinære mottak «skal være et enkelt, men akseptabelt innkvarteringstilbud som sikrer beboernes grunnleggende behov og den enkeltes behov for trygghet» (UDI, GI-13/2017). Dersom asylsøkeren har særskilte oppfølgingsbehov, noe som primært omfatter «personer med psykiske eller fysiske lidelser» og «personer som trenger hjelp og oppfølging i forhold til hverdagsmestring gjennom aktiviteter i dagliglivet og botrening», kan asylsøkeren få plass i et mottak med tilrettelagt avdeling (TA). TA er døgnbemannet og skal ha minimum to ansatte med helse- eller sosialfaglig utdanning på bachelornivå og ha en ansatt som er autorisert eller offentlig godkjent spesialsykepleier innen psykiatri i 100 prosent stilling (UDI 2011-043). For personer i mottak med behov for oppfølging ut over det ordinære mottak og tilrettelagte avdelinger kan tilby, har UDI særskilte boløsninger, hvor beboere får tett oppfølging fra både driftsoperatør, kommune og spesialisthelsetjeneste. Asylsøkere som med stor sannsynlighet vil få oppholdstillatelse, kan også bli innkvartert i integreringsmottak. Disse gir tilbud om integreringsfremmende aktiviteter til beboere på et asylmottak. Beboernes kompetanse kartlegges tidlig, og de forplikter seg til å følge kommunens kvalifiseringsprogram på fulltid.⁹ Enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år får tilbud om plass i egne mottak. I slike mottak er det høyere krav til mottakenes bemanning og oppfølging av beboere.¹⁰ I likhet med TA er EMA-mottak døgnbemannet. Kravene til bemanning og drift har sammenheng med omsorgsansvaret.

Når UDI har avgjort saken og søkeren får opphold i Norge, starter bosettingsprosessen som IMDi har ansvar for. Dersom UDI vurderer at søkeren ikke har behov for beskyttelse, ei heller for opphold på humanitært grunnlag, kan søkeren akseptere vedtaket (som normalt sett innebærer utreiseplikt) og forlate Norge, eventuelt søke om assistert retur eller klage på vedtaket. Dersom UDI ikke ser grunn til å omgjøre sitt vedtak, blir klagen oversendt til Utlendingsnemnda for videre behandling.

Asylsøkeren som har fulgt en ordinær asylprosess, har krav på fem timer gratis advokatbistand. Når vedtaket blir påklaget, blir iverksettelsen av vedtaket som oftest utsatt, og søkeren får lov til å oppholde seg i Norge og bo på mottak mens klagesaken blir behandlet. Søkeren beholder i denne fasen den økonomiske støtten. Søkeren har mulighet til å legge fram ny informasjon som kan bidra til sakens opplysning, og dersom UNE har behov for det, kan asylsøkeren bli innkalt til et nemndsmøte.

2.5 Sårbare asylsøkere

I det følgende vil vi gi en kort redegjørelse for begrepene «sårbarhet» og «sårbarhet med spesielle behov» i asylprosessen, slik disse omtales både i EUs direktiver, i annet internasjonalt regelverk og i norsk regelverk (se del 1 og kapittel 6). Forholdet mellom det å være «sårbar» og det å ha «spesielle behov» har vært gjenstand for omfattende drøftinger og utredninger (AIDA, 2020; Brekke, Sveaass, & Vevstad, 2010). I dag pågår et prosjekt ved Institutt for samfunnsforskning, Vulner: Flyktningers sårbarhet (2020–2023)¹¹, som blant annet har som siktemål både å drøfte sårbarhetsbegrepet fra et kritisk og sammenliknende perspektiv med utgangspunkt i flukt og migrasjon og å utrede spørsmålet «Hvordan blir flyktningers sårbarhet forstått, vurdert, formet

⁹ <https://www.udi.no/asylmottak/jobber-i-mottak/integrering-i-mottak/integreringsmottak/>

¹⁰ <https://www.udi.no/asylmottak/ulike-typer-asylmottak/>

¹¹ <https://www.samfunnsforskning.no/prosjekter/flyktningers-sarbarhet/index.html>

og skapt gjennom lovverket?»¹². Blant annet kan en person være sårbar uten å ha spesielle behov, og en person kan ha spesielle situasjonsbestemte behov uten nødvendigvis å være generelt sårbar. En asylsøker med skadet ben vil være sårbar i den forstand at vedkommende i en viss periode kan ha spesielle og konkrete behov. Gravide kvinner vil for eksempel ofte være å betrakte som i en sårbar situasjon eller tilhøre en sårbar gruppe, men denne type sårbarhet er tidsbegrenset. Andre med kroniske lidelser og problemer, som enten skyldes sykdom eller skader i tilknytning til påførte overgrep, vil kunne være å betrakte som både tilhørende en sårbar gruppe og ha spesielle behov. Mennesker som har vært utsatt for tortur eller andre alvorlige overgrep, vil oftest være å anse både som sårbare og som i behov av tilrettelegte forhold eller hjelp. Det å være asylsøkende med slike erfaringer vil selvsagt kunne forsterke denne sårbarheten. Sårbarhet i asylprosessen må også forstås dit hen at enkelte former for sårbarhet kan tilsi at søkeren har behov for særlig tilrettelegging av asylprosessen. Det kan dreie seg om forhold ved mottaket, for eksempel boforhold tilpasset kvinner som har vært utsatt for seksuell tortur/voldtekt, eller boforhold som kan muliggjøre hensyn overfor personer for eksempel med hodesmerter etter tortur. Videre tas det hensyn til kjønn på intervjuer og tolk, eventuelt intervjuer/tolk med særlig kompetanse, bistand eller fysiske tilrettelegginger i intervjusituasjonen, mottaksplassering nært behandlingstilbud eller støttetiltak, henvisning til lege eller spesialist for dokumentasjon av helseopplysninger (f.eks. torturskader m.m.). Det kan også være mer "trivielle" forhold som gjør at en er sårbar i den forstand at en har behov for tilrettelegging i mottak eller under intervju, eks. aleneforeldre med små barn, analfabeter og kvinner hvis kulturelle bakgrunn gjør dem ubekvemme med å snakke med menn de ikke kjenner, uten at de nødvendigvis har vært utsatt for overgrep. Barn og unge, særlig de enslige mindreårige asylsøkerne, vil i de fleste situasjoner være å anse som sårbare eller potensielt sårbare (Brekke et al., 2010; Sveaass et al., 2012). Det å etablere torturutsatte enda tydeligere som sårbare og som noe som i de fleste situasjoner medfører økt sårbarhet og spesielle behov, er derfor viktig.

EUs mottaksdirektiv (artikkel 21) viser til at medlemsstater skal ta i betraktning den særlige situasjonen til mennesker som er sårbare, og regner opp følgende: barn, enslige mindreårige, mennesker med funksjonshemminger, eldre mennesker, gravide kvinner, aleneforeldre med små barn, ofre for menneskehandel, mennesker med alvorlige sykdommer, mennesker med psykiske lidelser og mennesker som har vært utsatt for tortur, voldtekt eller andre alvorlige former for psykologisk, fysisk eller seksuell vold, som ofre for kjønnslemlestelse. Listen anses ikke å være uttømmende. Medlemsstatene bør ifølge direktivet ta dette inn i den delen av lovverket som implementerer direktivet. Det tidligere direktivet nevnte også konkret ofre for tvangsgifte, personer i en ubeskyttet situasjon og seksuell legning.

Når det gjelder identifisering, legges det i direktivet særlig vekt på å identifisere sårbare med spesielle behov, konkretisert som spesielle forhold i forbindelse med mottaket og asylprosess (artikkel 22). Samtidig understrekes det at kun sårbare personer i tråd med artikkel 21 (se over) er å betrakte som personer med spesielle mottaksbehov, og som dermed kan nyte godt av den spesielle støtten som direktivet legger opp til (artikkel 22). For å kunne identifisere sårbare og de behov de måtte ha, er en bred og omfattende identifiseringsprosedyre nødvendig. Som vi vil vise til senere i rapporten, er det gjort en rekke forsøk på å etablere slike ordninger. I det følgende vil vi legge til grunn at for å kunne fange opp sårbare asylsøkere med spesielle behov, og konkret personer som har vært utsatt for tortur og andre alvorlige overgrep,

¹² www.samfunnsforskning.no/prosjekter/flyktingers-sarbarhet/index.html

inkludert voldtekt og andre former for seksuelle overgrep, må det etableres et identifiseringssystem. Et slikt system må i utgangspunktet favne bredt, og det inkludere mennesker med ulike former sårbarhet. I neste omgang vil et slikt system kunne bidra til å fange opp individer som det er grunn til å utrede videre med tanke på skader etter tortur eller annen grusom, umenneskelige eller nedverdiggende behandling eller straff. I identifiseringsprosedyren vil det være mange som vil ha behov for helsetiltak eller støtte uten at de nødvendigvis tilhører gruppen utsatte for tortur eller liknende. Men en bred identifisering eller kartleggingsprosedyre er vesentlig for å få tak i hele spekteret av sårbarhet.

Med andre ord ligger veien til å identifisere mennesker som har vært utsatt for tortur eller andre former for alvorlige overgrep, i gode identifiseringsprosedyrer for sårbare og sårbare med spesielle behov generelt. Forutsetningen for å kunne nå fram til torturutsatte personer er gode kartleggingsprosedyrer og gode sårbarhetsvurderinger.

2.6 Tortur og grusom og umenneskelig behandling

Torturdefinisjonen (OHCHR, 1984) viser til intenderte og villedede handlinger der mennesker påføres alvorlig smerte, fysisk og eller psykisk, i den hensikt å oppnå informasjon eller tilståelse, enten fra personen selv eller en tredje person, eller for å straffe vedkommende for en handling som personen selv eller tredje person har utført eller mistenkes å ha utført. Hensikten med slik smertepåføring kan også være å skremme eller true personen, eventuelt en tredje person, eller hvilken som helst grunn basert på diskriminering av enhver art. Videre heter det at slik smertepåføring skal være påført av eller etter initiativ eller samtykke fra en person i offentlig tjeneste eller fra andre som handler i et offisielt øyemed for å komme inn under torturdefinisjonen i FNs torturkonvensjon (TK). Ordlyden i artikkel 1, der det engelske ordet «acquiesce» er brukt om samtykke, kan vise til både et aktivt og et mer stilltiende eller passivt samtykke. Tortur kan være noe som utføres på grunnlag av aktiv handling eller være resultat av fravær av handling (OHCHR, 2011). Tortur må heller ikke tolkes for snevert og ikke begrenset til å forstås som en konkret eller spesifikk handling. I OHCHR's tolkning fra 2011 heter det «Torture is not an act in itself, or specific type of acts, but it is the legal qualification of an event or behaviour, based on the comprehensive assessment of this event or behavior» (s. 2).

FNs torturkonvensjon anvender begrepet «Torture and Other Cruel, inhuman or degrading treatment or punishment». På norsk oversettes dette gjerne med «tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff». På engelsk forkortes dette ofte med «CIDT» eller «ill-treatment». I denne rapporten vil vi bruke «tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling». Mens tortur defineres i artikkel 1 i konvensjonen, viser artikkel 16 til staters forpliktelse til også å forebygge grusom og nedverdiggende behandling «når slike handlinger blir utført av eller på tilskyndelse av eller med samtykke eller aksept fra en offentlig tjenestemann eller annen person som opptre i embets medfør» (TK, artikkel 16). Videre spesifiseres det at flere av konvensjonens artikler er direkte appliserbare på handlinger omtalt som umenneskelig behandling (10, 11, 12 og 13). I praksis kan det være vanskelig å skille mellom tortur og andre former for umenneskelig behandling (OHCHR, 2011), og arbeidet for å forby og forhindre både tortur og umenneskelig behandling utgjør en helhetlig forpliktelse, ikke minst fordi handlinger som anses som umenneskelig behandling, ofte fører til og legger grunnlaget for tortur. Torturkomiteen har vist til at det vil kunne anses som brudd på konvensjonen utelukkende å se på handlinger som uttrykk for

umenneskelig behandling, der det også kan forekomme elementer av tortur (CAT, 2008; Mendez & Nicolescu, 2017).

Det er dette som gjør det så nødvendig å ha et «bredt og inkluderende» identifiseringsystem som gjør det mulig å fange opp personer som har vært utsatt for ulike former for overgrep og utrede og dokumentere disse nærmere, for deretter å kunne slå fast om personen har vært utsatt for tortur, umenneskelig behandling eller andre former for grove overgrep, med andre ord, handlinger som faller inn under TKs bestemmelser. Sentralt blir også forståelsen av utøver av vold, der en under visse forhold kan forstå handlingen som tortur når denne er utført av private aktører i situasjoner der ansvarlige myndigheter har visst, eller burde ha visst, om overgrep og unnlatt å gripe inn, forebygge eller beskytte, og i neste omgang unnlatt å undersøke eller straffefølge (CAT, 2008).

I rapporten har vi valgt å legge vekt på de juridiske og definatoriske beskrivelsene av tortur og annen grusom og umenneskelig behandling og har ikke inkludert de mer deskriptive aspektene av tortur og grusom og umenneskelig behandling. Vi omtaler dermed ikke ulike former for tortur eller torturmetoder, forskjeller mellom psykisk og fysisk tortur eller de ulike skadene etter tortur og grusom behandling. Slike skader kan være av umiddelbar og akutt karakter, eller de kan være mer langsiktige og inkludere psykiske og fysiske eller medisinske skadevirkninger, inkludert skader etter seksuell tortur og overgrep. Derimot vil vi sette søkelyset på den grundige medisinske undersøkelsen og kartleggingen av slike skader som vi i det følgende definerer som identifisering og torturdokumentasjon, og som vi anser som en helt grunnleggende forutsetning for at mennesker utsatt for tortur og andre former for grove overgrep, inkludert seksuelle overgrep, skal ha tilgang til muligheter og rettigheter i tråd med det som internasjonale menneskerettigheter viser til, inkludert i asylprosessen.¹⁵

2.7 Torturutsatte asylsøkere

I rapporten benytter vi som beskrevet over begrepet «torturutsatt», og vi omtaler den gruppen mennesker som har vært utsatt for tortur, som torturutsatte. Det dreier seg selvsagt ikke om en ensartet gruppe, men individer som har det til felles at de har vært utsatt for alvorlige overgrep. Bakgrunnen for at de har erfart slike overgrep, hvilke metoder som er anvendt for å skape smerte, noe som kan rangere fra ydmykende, nedverdiggende eller angstskapende tale til systematisk påføring av slag eller elektrisk strøm, er heller ikke gjort rede for i rapporten. De mange og ulikeartede bakgrunnshistoriene til torturutsatte og hvordan dette vil virke ulikt inn på den enkelte muligheter til å overleve eller utholde tortur, vil også være vesentlig i forbindelse med vurdering av den enkelte sak, men i vår sammenheng umulig å differensiere. Den store variasjonen i senvirkninger hos torturerte i seg selv et omfattende forskningsfelt, men noe som ikke kan berøres her, utover det helt overflatiske (Quiroga & Modvig, 2020; Rasmussen, 1990). Mens noen vil kunne reagere med omfattende traumereaksjoner og endring av personlighet etter kortvarig tortur, vil andre kunne overleve de mest brutale handlinger og forhold over tid og allikevel være i stand til å leve et tilnærmet normalt liv i ettertid. Det å beskrive den effekten som tortur har, både på kort og lang sikt, er viktig for mange formål, ikke minst behandling og erstatning, og som vi skal vise til, også for å kunne vurdere behov for beskyttelse. Men tortur hverken skal eller kan vurderes på grunnlag av de konsekvensene det har

¹⁵ Vi har valgt å vedlegge to av Istanbulprotokollens kapitler, nemlig kapittel 5 om fysiske torturskader og relevante undersøkelser og kapittel 6 om psykiske torturskader og relevante undersøkelser. (UN, 2004)

på den torturerte. Det er handlingens brutalitet, intensjon og sammenheng som bestemmer hvorvidt det er tortur eller ikke, ikke grad av skader i ettertid (OHCHR, 2011).

Det vil som nevnt over være stor spennvidde i de overgrepserfaringer som mennesker som søker beskyttelse, har, fra krigsrelaterte overgrep i hjemlandet, forfølgelse, fengsling og tortur til det å være vitne til overgrep og drap på andre, også nære personer. Blant flyktninger er det dessuten mennesker som har vært utsatt for trusler over tid, og som har vært utsatt for vold i sammenhenger knyttet til meningsytringer og demonstrasjoner. I dag blir ofre for overdrevet maktbruk fra politiet, også på åpen gate, i fredelige, men ikke nødvendigvis lovlige demonstrasjoner, sett på som utsatte for staters brudd på torturkonvensjonen. Tortur er ulovlig også i væpnet konflikt, og angrep mot sivil befolkning, herunder seksuelle overgrep overfor kvinner som ledd i krigføring, blir i dag sett på ikke bare som krigsforbrytelser, men også tortur (Agger, 1989; Edwards, 2006; Skjelsbæk, 2012). For mange asylsøkere kan selve fluktruten være svært risikofylt, og fraværet av beskyttelse fra offentlige myndigheter underveis i flukten kan gjøre asylsøkere svært utsatte for overgrep underveis. Et økende problem er politivold ved landegrenser, ikke bare i Europa, men på andre kontinenter også, og da særlig ved EUs yttergrenser (Schindel, 2019). En økende tendens til frihetsberøving og fengsling av asylsøkende personer er sett på med stort alvor (IOM, 2016; UNHCR, 2014).

2.8 Torturutredninger

Med torturutredning vil det i det følgende forstås spesialistutredninger av torturskader både av psykisk og fysisk art. Disse omtales gjerne internasjonalt som «*medico-legal documentation of torture and ill treatment*». I norsk sammenheng vil det være naturlig å sidestille disse med spesialisterklæringer. Mye av dette arbeidet i dag baserer seg på *Istanbulprotollen*, også kjent som «*Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*», eller på norsk: *Manual for grundig undersøkelse og dokumentasjon av tortur og annen grusom, umenneskelige eller nedverdiggende behandling eller straff* (Iacopino, 2020; UN, 2004). Denne blir omtalt og vist til flere steder i rapporten (se kapittel 4.7 og kapittel 6.1) og blir stort sett omtalt som Istanbulprotokollen.

Når tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling avdekkes i løpet av asylprosessen, må utlendingsforvaltningen vurdere å henvise til spesialistutredning fra eksempelvis klinisk rettsmedisin, psykologi, psykiatri, gynekologi o.l. som ledd i korrekt utredning og dokumentasjon. Det er viktig at torturutredning gjennomføres tidlig i asylprosessen for å kunne inngå som saksdokument i forbindelse med vurderingen. I tillegg til utredning og dokumentasjon når det gjelder slike skader, må det vurderes hvorvidt det er nødvendig med videre oppfølging, for eksempel innen helsetjenesten, noe som kan være av betydning for selve asylprosessen. Rask identifisering av alvorlige helseplager og rask intervensjon vil kunne redusere risiko for kronifisering, det vil si at lidelser kan bli langvarige, plagsomme og i siste instans kreve mer omfattende tiltak siden.

Som det vil framgå i rapporten, er det en gjennomgående anbefaling fra en rekke ulike hold, inkludert TK, at dokumentasjon av torturskader bør være basert på Istanbulprotokollen. En torturutredning basert på denne består av objektive funn av somatisk og psykologisk art. Man tar i bruk kroppsskisser, det vil si stiliserte tegninger av menneskekroppen) fra Istanbulprotokollen (UN, 2004) og benytter disse i registrering av synlige funn. Det tas bilder av ytre skader eller følger av skader, og i

rapportteksten henvises det til dette. Skademekanismer til funn, det vil si, måter skaden er påført på eller har oppstått gjengis som det blir fortalt, og funn bedømmes ut fra objektive kriterier på følgende måte:

- 1 **Ikke konsistent:** Skaden kunne ikke være forårsaket av det beskrevne traumet.
- 2 **Konsistent med:** Skaden kan ha vært forårsaket av traumet, men det er ikke spesifikt, og det kan være andre årsaker.
- 3 **Svært konsistent:** Skaden kan være forårsaket av traumet, og det er få andre mulige årsaker.
- 4 **Typisk for:** Skaden er vanlig ved slike traumer, men det kan være andre årsaker.
- 5 **Diagnostisk for:** Skaden kan bare være skjedd slik det er beskrevet.

Psykologisk kartlegging, også beskrevet i Istanbulprotokollen, kan gjøres med verktøy som Harvard Trauma Questionnaire og PTSS 16 (HPRT, 2011; Lie et al., 2001), ofte brukt som screeningsverktøy i arbeid med traumatiserte flyktninger, som foreligger på mange språk. I anneks 1 vil vi gjøre rede for anbefalt prosedyre for identifi- sering og kartlegging av fysiske og psykiske skader som følge av tortur, eller andre former for umenneskelig behandling eller overgrep.

3 Metode og framgangsmåte

I dette prosjektet har vi tatt i bruk ulike kvalitative metoder for å belyse og drøfte prosjektets overordnede mål. En sentral del av datainnsamlingen besto av en rettslig gjennomgang av internasjonale og nasjonale konvensjoner, lov- og regelverk og rettspraksis. I tillegg gjennomførte vi kvalitative intervju med ledere og ansatte i utlendingsforvaltningen og med helsepersonell og hjelpeapparatet for å utforske praksis, erfaringer og holdninger overfor torturutsatte i asylprosessen. Vi så det som hensiktsmessig å gjennomgå offentlige dokumenter og utredninger samt gjennomføre en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen på feltet. For å kunne trekke på internasjonal erfaring intervjuet vi også nasjonale og internasjonale eksperter innen arbeid med torturutredning og rehabilitering. Brukererfaringer er viktig og særlig når prosjektet omhandler sårbare grupper, for å sikre at de nødvendige hensyn kan tas. Vi har derfor også innhentet torturutsattes erfaringer med utlendingsforvaltningen. Til sammen gjennomførte vi kvalitative intervju med 93 personer.

3.1 Rettslig gjennomgang

En viktig del av oppdraget har vært den rettslige gjennomgangen av internasjonal og nasjonal rett med særlig vekt på Norges folkerettslige forpliktelser og hvordan disse blir ivaretatt i gjeldende rett. Norge har ratifisert og dermed bundet seg til flere internasjonale konvensjoner med direkte relevans for spørsmålet om identifisering og oppfølging av torturutsatte og annen grusom eller umenneskelig behandling, i særdeleshet FNs torturkonvensjon og den europeiske menneskerettskonvensjonen.

I den rettslige gjennomgangen er det benyttet juridisk metode etter folkeretten og etter nasjonalretten. Ved traktattolkning i folkeretten er Wien-konvensjonen og dens bestemmelser i artikkel 31–33 og 53 anvendt. Hovedbestemmelsene for tolkning av traktater inneholder fire momenter som det må tas hensyn til i enhver traktattolkning: «ordinary meaning», «context», «object and purpose» og «good faith». I tillegg følger det av artikkelen at disse tolkningsmomentene ikke bare tolkes separat, men også leses og anvendes i sin helhet. Dette betyr videre at man i praksis ikke kan basere tolkningen av en bestemmelse kun på ordlyden til begrepene som er brukt, eller kun på traktatens angivelige formål, men på en tolkning i sin helhet. I tillegg er ICJ-statuttene artikkel 38(1) anvendt når det gjelder folkerettslig sedvanerett, der to vilkår må være oppfylt: Det må foreligge fast og ensformig statspraksis, «general practice», og kravet til opinio juris må være oppfylt. Dette innebærer at praksisen må utøves av statene i den tro at den er rettslig bindende, «accepted as law».

I nasjonal sammenheng gjennomgikk vi lovene og de tilhørende forskriftene som omhandler tematikken som skal undersøkes i dette oppdraget. Vi har gjennomgått gjeldende forskrifter og retningslinjer for gjennomføring av asylintervju og sett nærmere på hvordan og eventuelt i hvilken grad de sikrer gode nok prosedyrer for å avdekke torturutsatte og sårbare asylsøkere. Sentrale områder i gjennomgangen har vært å se på hvordan opplysninger om torturerfaringer blir dokumentert og vektlagt i asylprosessen, prosedyrer for det som skjer eller bør skje når det framkommer opplysninger eller indikasjoner om tortur i løpet av asylintervjuet, inkludert framlegging

av medbragt dokumentasjon mv. Vi har sett på betydningen av retningslinjer med hensyn til å utrede og dokumentere torturskader som ledd i asylprosessen, og betydningen av dokumentasjon av tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling for vurdering av selve asylsaken.

3.2 Gjennomgang av relevante utredninger og forskning

Som vi skal vise blant annet i kapittel 6, har det allerede blitt foretatt flere utredninger om norske forhold på denne tematikken de siste årene. Flere av disse utredningene og rapportene ble skrevet av forskere i prosjektteamet. I dette prosjektet har vi samlet den allerede eksisterende kunnskapen gjennom en kort gjennomgang og vurdering av tidligere forsøk og innspill fra utlendingsforvaltningens og helsemyndighetenes side med tanke på å styrke arbeidet med å ivareta torturutsatte. Det er med grunnlag i dette materialet, samt ny informasjon som har framkommet gjennom datainnsamlingen, at anbefalinger og forslag med henblikk på tiltak og praksis har blitt utviklet.

3.3 Kvalitative intervju med ansatte i utlendingsforvaltningen

For å kunne komme med klare anbefalinger til praksis så vi det som nyttig å få et innblikk i nåværende praksis og erfaringer. Vi gjennomførte derfor 29 kvalitative intervju med ledere og ansatte i utlendingsforvaltningen. Ulik fortolkning av Norges forpliktelser og ulik praksis hva angår avdekking av tortur og oppfølging av torturutsatte, vil kunne hindre etterlevelse av de nasjonale og internasjonale forpliktelsene Norge har på dette feltet. I samtale med de ansatte ønsket vi derfor å få innblikk i de ansattes arbeid med torturutsatte og hva som skjer dersom det oppstår en bekymring for at asylsøkeren kan ha blitt utsatt for tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling. Vi var interessert i rutiner, forståelser av og holdninger til tortur og utforsket hvordan samarbeid med andre institusjoner innen utlendingsforvaltningen og helsevesenet fungerer når det gjelder identifisering, dokumentasjon og oppfølging av torturutsatte. Å arbeide med torturutsatte og håndtere fortellinger om tortur og annen grusom og umenneskelig behandling til daglig kan være svært belastende. Situasjonen med covid-19 og redusert kollegakontakt grunnet hjemmekontor har økt presset på førstelinjen. Et viktig spørsmål handlet derfor om rutiner for ivaretagelse av de ansatte. Samtalene ga god informasjon om nåværende holdninger og praksis og dermed om hvilke anbefalinger vi bør komme med.

Vi gjennomførte samtaler med ansatte i henholdsvis UDI, PU, UNE, POD, Hdir og på mottak. Grunnet situasjonen med covid-19 ble alle intervju gjennomført digitalt på Teams eller Skype.

3.4 Kvalitative intervju med helsepersonell og eksperter på torturutsatte og rehabilitering

Vi gjennomførte kvalitative intervju med fastleger og annet kommunalt ansatt helsepersonell, DPS-ansatte med stillingskategoriene psykiater og psykologspesialist fra elleve ulike klinikker samt med ulike kompetansemiljøer. Sistnevnte besto av RVTS-ene, Transkulturelt senter i Stavanger, Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer (SPST), Rettsmedisinsk institutt i Oslo, Rettsmedisinsk avdeling Tromsø, helsepersonell ved Nasjonalt ankomstsenter i Råde, ansatt ved Overgrepsmottaket,

Oslo kommune og Røde Kors-ansatte som arbeidet med rapporten *Torturert og glemt* (2020). Til sammen ble det gjennomført intervju med 38 personer.

Målet med intervjuene var å få oversikt over prosedyrer for identifisering av torturutsatte, erfaring med dokumentasjon av torturskader, kjennskap til og bruk av Istanbulprotokollen, kompetanse om torturskader og behandling, tilbud om helsehjelp til personer utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, erfaringer med tiltak blant helsepersonell og kjennskap til mottaksforhold. Intervjuskjemaer som ble brukt, er å finne i appendiks 2.

I tillegg intervjuet vi 15 internasjonale eksperter om deres erfaringer med torturidentifisering og -oppfølging, med særlig søkelys på relevante råd og «best practices» på feltet. Blant disse var personer som er medlemmer av relevante traktatorganer (CAT/SPT), medisinske eksperter som til daglig er engasjert i torturutredninger, blant dem rettsmedisinere, psykiatere og spesialister i allmenntmedisin, samt jurister og psykologer engasjert som rådgivere eller forskere både i myndighetsorganer og akademia.

3.5 Intervju med torturutsatte

En viktig del av datainnsamlingen er å dokumentere brukererfaringer. Vi gjennomførte intervju med elleve personer som hadde vært utsatt for ulike former for tortur før ankomst til Norge. Blant dem som ble intervjuet, nå bosatte flyktninger, hadde noen kommet som overføringsflyktninger og andre som asylsøkere. Formålet med disse samtalene var å høre om torturutsattes egne erfaringer med utlendingsforvaltningen og formidle hvordan deres torturerfaringer ble identifisert og dokumentert, og hvordan de selv opplevde å bli fulgt opp i og etter asylprosessen. Deres innsikt og erfaring vil gi et viktig innblikk i hvordan den norske stat og utlendingsforvaltningen især best kan ivareta torturutsatte i asylprosessen.

3.6 Gjennomgang av intervjurapporter

I forbindelse med prosjektet mottok vi tolv asylintervju fra UDI, og vi har valgt å betrakte dem som eksempler på asylintervju både når det gjelder form, type spørsmål og dialog og presentasjon av informasjon som er framkommet. De tilsendte intervjuene besto av intervju med fire asylsøkere fra Eritrea og åtte fra Sudan, gjennomført i perioden 2016 (2), 2018 (6), 2019 (2) og 2020 (2). Av de intervjuede fra Sudan var seks kvinner og to menn. En av disse var 15 år på tidspunktet for intervjuet. Av de intervjuede fra Eritrea var tre menn og én kvinne. Totalt er det altså syv kvinner og fem menn. Vår lesing og vurdering av asylintervjuene vil altså kun være basert på de tolv vi har fått tilgang til, og det vites ikke om disse på noen måte representerer framgangsmåter som er enhetlige i systemet. Ikke desto mindre er de som tolv eksempler nyttige, for de gir et innblikk i hvordan en del spørsmål formuleres og følges opp, og i hvordan uttalelser fra den intervjuede blir møtt. Våre betraktninger i det følgende vil være basert på vår vurdering av de tolv utvalgte intervjuene, og kan anses som innspill når det gjelder gjennomføring av intervju, særlig der temaene er tortur, grusom og umenneskelig behandling, skader etter slik behandling og eventuelt frykt for gjentakelse.

Del 1 Rettslig gjennomgang

Denne delen av rapporten består av en rettslig gjennomgang og analyse av det juridiske rammeverket vedrørende forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig og nedverdiggende behandling (CIDT¹⁴), *non refoulement*-prinsippet og de torturutsattes rettsstilling i asylprosessen. Gjennomgangen vil særlig dreie seg om hva som er Norges folkerettslige forpliktelser på dette området, og hvordan disse korresponderer med norsk rett.

Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 3, FNs konvensjon mot tortur (TK) artikkel 1 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 7 forbyr bruk av tortur, grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Retten til frihet fra tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling er rettigheter av absolutt karakter og av grunnleggende betydning, og risiko for overtredelse av disse menneskerettighetene vil ligge i kjernen av hva som vil kunne utgjøre forfølgelse etter FNs menneskerettserklæring artikkel 14 om retten til å søke asyl¹⁵ og flyktningkonvensjonen artikkel 1 A(2). Flyktningkonvensjonen artikkel 33(1) og Torturkonvensjonen artikkel 3 har et forbud mot retur til forfølgelse, *non refoulement-prinsippet*, som er selve grunnsteinen i asylretten. Det innebærer et vern mot retur til steder og situasjoner der personen kan utsettes for «irreperable harm»,¹⁶ og oppstiller et særegent returvern mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling som i tillegg til SP og TK følger av den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 2, 3 og 13.

Forholdet mellom internasjonal rett (også kalt folkerett) og norsk rett er i utgangspunktet dualistisk og innebærer at folkeretten må inkorporeres for å gjelde som norsk rett. I asylfeltet gjelder sektormonisme, noe som betyr at menneskerettighetene og andre regler som har «til formål å styrke individets stilling», skal gjelde som norsk rett. De har gjennomslagskraft i forhold til utlendingsloven dersom dette er i utlendingslovens favør. Dersom det skulle oppstå tvil ved anvendelsen av en bestemmelse, innebærer § 3 at man skal anvende det tolkningsalternativ som gjør at folkerettsbrudd unngås.¹⁷ Regler i flyktningkonvensjonen, EMK eller folkerettslig sedvanerett om rettigheter i asylprosessen må respekteres av lovgiver.¹⁸ Realisering av rettighetene som følger av disse konvensjonene, forutsetter tilgang til en prosedyre for å avklare beskyttelsesbehov, og det er særlig relevant å se på hvilke prosessuelle rettigheter torturutsatte har i asylprosessen. For å forstå Norges folkerettslige forpliktelser og konvensjoner er domstolsavgjørelser også en viktig rettskilde, spesielt avgjørelser fra overnasjonale domstoler som EMD (ECHR) og EU-domstolen (CJEU). Selv om EMK ikke inneholder spesifikke regler om flyktninger og asyl, har EMD-avgjørelser bidratt sterkt til å trekke grensene for medlemsstatenes handlingsrom når det gjelder

¹⁴ CIDT: «Cruel, Inhuman or Degrading Treatment»

¹⁵ Einarsen (2000), side 113 om FNs verdenserklæring om menneskerettigheter av 1948 artikkel 14: «Everyone has the right to seek to enjoy in other countries asylum from perspecution»

¹⁶ [ThePrincipleNon-RefoulementUnderInternationalHumanRightsLaw.pdf \(ohchr.org\)](#)

¹⁷ Utlendingsloven § 3

¹⁸ Ot.prp. nr. 75 (2006-2006) s. 401

flyktninger¹⁹. EU-charteret om grunnleggende rettigheter har fått en indirekte betydning for norske rettskilder ved hjelp av andre folkerettslige avtaler Norge har inngått, og som folkerettslig forbilde for tolkningen av Grunnloven kapittel E. Både EU-domstolen og EMD ser til hverandre i tolkningsfasen og EU-Charteret blir innfortolket og anvendt i EMDs anvendelse av EMK-retten, og som Norge er bundet av.

Asyl- og flyktningretten regulerer viktige rettigheter for alle, inkludert torturutsatte som har behov for beskyttelse. En person som søker om asyl, må bli anerkjent som flyktning for å kunne få innvilget asyl, og i løpet av asylprosessen skal det foretas en vurdering av om søkeren kan anses som flyktning etter flyktningkonvensjonen, og etter norsk rett skal det foretas en vurdering etter utlendingsloven § 28 første ledd bokstav b. En mangelfull tilgang på en rettferdig og rettssikker asylprosess vil kunne få alvorlige konsekvenser for de berørte og ikke minst for en torturutsatt asylsøker og er i seg selv å betrakte som et brudd på internasjonale forpliktelser. Det følger av konvensjoner og deres respektive autoritative tolkninger²⁰ og av internasjonal rettspraksis at asylsøkere skal møte en rettssikker, effektiv og ikke-diskriminerende asylprosess. Asylsøkeren skal ikke minst vernes mot å bli returnert dersom det er en betydelig risiko for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved retur. En tilfredsstillende asylprosess er derfor avgjørende både for at de som har et reelt behov for beskyttelse får det, at det blir gjort konkrete vurderinger og beslutninger av alternative oppholdsgrunnlag der det anses nødvendig og i tråd med individets rettigheter, og at de som ikke har grunnlag for opphold kan returneres raskt.²¹ Det vil som ledd i denne gjennomgangen bli sett nærmere på hvilke rettigheter torturutsatte har, og i særdeleshet asylsøkere når det gjelder helsehjelp og rehabilitering, og hvordan disse etterleves i gjeldende rett.

Med dette som et viktig bakteppe vil søkelyset i del 1 være på hvilke folkerettslige forpliktelser som ligger i prosessen der en torturutsatt søker asyl i Norge. En gjennomgang av nasjonal rett der det blir sett nærmere på hvordan implementeringen forholder seg sammenliknet med gjeldende folkerettslige forpliktelser, blir presentert og behandlet under del 2.

¹⁹ Vevstad, side 18

²⁰ CAT – The Committee Against Torture, the body of 10 independent experts that monitors implementation of the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading or Punishment og UNHCR – Refugee Status Determination; www.unhcr.org/refugee-status-determination.html

²¹ For eksempel på grunnlag av rett til humanitært opphold, subsidiær beskyttelse på grunnlag av fare for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling eller på grunnlag av retten til rehabilitering som ikke anses å bli ivaretatt ved retur.

4 Internasjonal rett

4.1 Internasjonale rettskilder

Fra forløperen til FN opprettet i 1921, vedtakelsen av FNs verdenserklæring i 1948 og fram til i dag er det blitt opprettet en rekke internasjonale instrumenter for mennesker på flukt og i behov for beskyttelse. Den helt sentrale internasjonale konvensjonen i denne sammenheng er *Convention relating to the status of refugees* – flyktningkonvensjonen av 1951 – med tilleggsprotokoll av 1967.²² Konvensjonens artikkel 1 A(2) har en generell definisjon av «flyktning» og utgjør i dag den universelle flyktningdefinisjonen. FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR²³) ble opprettet i 1951 og har som sin primære oppgave å gi bistand og beskyttelse til flyktninger globalt. Vi har i tillegg fått flere regionale flyktninginstrumenter²⁴ og har fått på plass flere menneskerettighetskonvensjoner som gir vern mot utsendelse av personer som risikerer tortur eller mishandling, og som gjelder selv om de ikke anerkjennes som flyktninger, som EMK, SP og TK. Disse konvensjonene bidrar til å styrke beskyttelsen av asylsøkere og flyktninger. I tillegg til konvensjoner har vi sedvaneretten som har oppstått og utviklet seg over tid. Retten til å søke asyl er et eksempel på dette og henger tett sammen med flyktningkonvensjonen som har sitt utløp i UDHR art. 14, som ifølge UNHCR er «grounded in Article 14 of the Universal Declaration of humans rights, which reconizes the right of persons to seek asylum from persecution in other countries, the United Nations Conventions relating to the Status of Refugees, adopted in 1951, is the centrepiece of international refugee protection today», og noe Norge også har anerkjent som et sedvanerettslig prinsipp.²⁵

Den 4. november 1950 ble den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) vedtatt,²⁶ den er juridisk bindende for Norge og har i tillegg et effektivt kontrollapparat. At konvensjonen er juridisk bindende, har ført til at enkelte rettigheter har blitt presisert og begrenset slik at EMK ikke går like langt i beskrivelsen av sine rettigheter, slik flere FN-konvensjoner gjør.²⁷ Imidlertid har EMK i flere omganger blitt utvidet og nærmere presisert gjennom tilleggsprotokoller. En viktig forskjell mellom EMK og FN-konvensjonene er at EMK har en domstol, Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD), som kan avsi bindende dommer, mens FN-organenes vedtak ikke er rettslig bindende. I 1966 ble to konvensjoner («convenants») vedtatt, om henholdsvis økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) og om sivile og politiske rettigheter (SP), og i 1984 ble FNs konvensjon mot tortur (TK) vedtatt. Disse og andre konvensjoner som senere har blitt vedtatt, omhandler sentrale

²² Denne ble undertegnet i Genève 28. juli 1951 og trådte i kraft 22. april 1954. Tilleggsprotokollen vedtatt i 1967 bestemte at reglene i konvensjonen skulle gjelde for alle, uansett når de flyktet, og hvor de flyktet fra.

²³ United Nations High Commissioner for Refugees

²⁴ Som Latin-Cartagena-deklarasjonen av 1984 og Afrikas flyktningkonvensjon (OAU-konvensjonen) i 1969

²⁵ NOU 2004: 20, punkt 4.1

²⁶ EMK trådte i kraft samme år, og i 1953 ratifiserte Norge konvensjonen.

²⁷ Innføring i folkerett, side 249

områder innen menneskerettigheter, og Norge har sluttet seg til ni av de ti såkalte kjernekonvensjonene.²⁸

I løpet av 90-tallet har det vokst fram et omfattende europeisk asyl- og migrasjonspolitisk samarbeid. Amsterdamtraktaten trådte i kraft den 1. mai 1999 og Lisboa-traktaten den 1. desember 2009 og utgjør det sentrale rettsgrunnlaget for EUs arbeid med sikte på å harmonisere medlemsstatenes flyktning- og asylpolitikk. EU har etablert et felles asylsystem, Common European Asylum System (CEAS)²⁹, som består av en rekke rettsakter som er bindende for EUs medlemsstater, og som er bygget opp rundt flere sentrale rettsakter om hvem som er å anse som flyktning, og hvem som ellers anses å ha behov for internasjonal beskyttelse (statusdirektivet),³⁰ om asylprosess (prosedyredirektivet),³¹ om midlertidig beskyttelse³², Dublin II, Eurodac-forordningen³³, mottak for asylsøkere (mottaksdirektivet)³⁴ og felles standarder i medlemsstatene for retur av tredjelandborgere med ulovlig opphold (returdirektivet).³⁵ Det legges tradisjonelt sett vekt på direktivene i tolkningen av Norges forpliktelser på utlendingsfeltet.³⁶ EU-domstolen har gjennom sin praksis utviklet og innfortolket viktige og grunnleggende rettigheter med særlig vekt på individenes rettsstilling,³⁷ og den 7. desember 2000 ble det vedtatt et EU-charter bestående av en rettighetskatalog på 54 artikler som gjelder sosiale, politiske, kulturelle og økonomiske rettigheter.³⁸ Den består blant annet av en rekke rettigheter med særlig betydning for asylsøkere og flyktninger og for asylprosessen.

EU-charteret, også kalt grunnrettighetspakten, fikk gjennom Lisboa-traktaten status som rettslig bindende, og har gjennom årene fått en særlig framtrædende posisjon i EU-domstolens rettspraksis. EU-domstolen henviser aktivt til bestemmelser i Charteret, og dette gjelder i flere saker som også er EØS-relevante. Charteret består av bestemmelser som gjelder sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, friheter og prinsipper. EU-charteret har ikke en direkte virkning for Norge, men indirekte gjennom folkerettslige avtaler Norge har forpliktet seg til og som blant annet innebærer å innføre direktiver og forordninger som bygger på en forutsetning om at charteret skal gjelde.

²⁸ Tilleggsprotokollen til Torturkonvensjonen (OPCAT) regnes i dag blant de ti kjernetraktatene.

²⁹ Artikkel 78 i Lisboa-traktaten og artikkel 18 i EUs charter om grunnleggende menneskerettigheter utgjør det rettslige fundamentet for dagens CEAS.

³⁰ Statusdirektivet, Council directive on minimum standards for the qualification and status of third country nationals and stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content of the protection granted (2004/83/EC)

³¹ Prosedyredirektivet, 2005/85/EC

³² 2001/55/EC

³³ 343/2003 + 2725/2000

³⁴ Mottaksdirektivet, 2003/9/EC

³⁵ Returdirektivet, 2008/115/EF

³⁶ HR-2017-1212, avsnitt 56–60

³⁷ C-4/73 *J.Nold, Kohlen – und Baustoffgrosshandlung v Commosiion of the Euroepan Communities, Judgment of the Court 15. May 1974*. For at grunnleggende rettigheter skulle virke effektivt, var det nødvendig for EU-domstolen å se til de konstitusjonelle tradisjonene som var felles for medlemsstatene, og den kunne derfor ikke opprettholde «measures which are incompatible with fundamental rights recognized and protected by the Constitutions of those States» avsnitt 13.

³⁸ TEU artikkel 6 første punkt: «The union recognize the rights, freedoms and principles set out in the Charter of Fundamental Rights of the European Union of 7. December 2000, as adapted at Strasbourg, on 12. December 2007, which shall have the same legal status as the Treaties»

4.2 Torturforbudet og non refoulement-prinsippet

Bestemmelsene om forbudet mot tortur og grusom, nedverdiggende og umenneskelig behandling og forbudet retur til tortur eller andre alvorlige menneskerettsbrudd, er nedfelt i EMK artikkel 3, torturkonvensjonen (TK) artikkel 1 og 3, og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 7. Innholdet i disse bestemmelsene er i all hovedsak det samme, men de overvåkes og tolkes av ulike organer, noe som har en særlig rettskildemessig betydning. Dette gjør det også hensiktsmessig med behandling av de ulike bestemmelsene hver for seg og enkelte steder samlet under de respektive temaer der det faller naturlig. I tillegg finnes det andre konvensjoner og EU/EMD-rett/-praksis som inneholder bestemmelser om torturforbud, og som det vil bli vist til der de har sin relevans for det som blir gjennomgått og behandlet.

Torturforbudets absolutte karakter

Torturforbudet anses i dag som bindende også for stater som ikke har sluttet seg til den aktuelle konvensjonen, er av overordnet rang³⁹ og anses som en internasjonal norm etter jus cogens-prinsippet. I TK artikkel 2 nummer 2 heter det at «Ingen særlige omstendigheter av noen art, hverken krigstilstand eller trussel om krig, intern politisk ustabilitet eller annen offentlig krisesituasjon kan påberopes for å rettferdiggjøre tortur».

I torturkomiteens generelle kommentar nummer 4 (2017) er torturforbudets absolutte karakter også presisert.⁴⁰ Ifølge Wien-konvensjonens artikkel 53 beskrives jus cogens som «a norm accepted and recognized by the international community of States as a whole as a norm from which no derogation is permitted and which can be modified only by a subsequent norm of general international law having the same character». Torturforbudet er etter dette en tvingende norm innen folkeretten og anerkjent av verdenssamfunnet. Dette innebærer et absolutt forbud mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling⁴¹ og overgår enhver juridisk forpliktelse en stat måtte ha.⁴²

I artikkel 2 nummer 1 blir det stadfestet i første avsnitt at alle parter i konvensjonen skal ta «effective legislative, administrative, judicial or other measures to prevent acts of torture in any territory under its jurisdiction». I artikkel 4 nummer 2 heter det videre at «Each State Party shall ensure that all acts of torture are offences under its criminal law», og at «Each State Party shall make these offences punishable by appropriate penalties which take into account their grave nature». Lest i sammenheng med hverandre følger det av disse bestemmelsene at partene har en plikt etter konvensjonen til å vedta lover eller vedta andre administrative tiltak som bidrar til å oppfylle pliktene som følger av konvensjonen.

Torturkonvensjonen i artikkel 2 nummer 1 og artikkel 4 om kriminalisering av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling gjelder særlig forpliktelsen om å forebygge tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Straffeforfølgning og effektiv etterforskning av torturhandlinger og påtale er for å hindre ytterligere forekomst av tortur. I tillegg til TK er Optional Protocol to the Convention against

³⁹ Prosecutor v. Furundzija, 10. desember 1998, avsnitt 153: «prohibition of torture laid down in human rights treaties enshrines an absolute right, which can never be derogated from, not even in time of emergency» og «because of the importance of the values it protects, this principle has evolved into [...] jus cogens»

⁴⁰ General Comment No. 4 (2017) av 9. februar 2018, premiss 8

⁴¹ Wien-konvensjonen, artikkel 53

⁴² Jurisdictional Immunities of the State (*Germany v Italy: Greece Intervening*), 2. februar 2012 (ICJ Reports 2012, pr. 99, para 99)

Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – OPCAT⁴⁵ sentral i denne sammenheng. Det følger av dette at det er en nær sammenheng mellom torturforbudet og formålet om en effektiv forebygging av tortur (Sveaass, 2017).

Med andre ord er både torturforbudet og forbudet mot refolement av absolutt karakter og rettslig bindende for Norge, noe som tilsier en særlig plikt til å få i stand en tilfredsstillende håndhevelse av disse folkerettslige forpliktelsene gjennom effektive, administrative og lovgivningsmessige tiltak i norsk rett.

«Tortur» og grusom, nedverdiggende og umenneskelig behandling (CIDT)

«Tortur»

FNs torturkonvensjon – The Convention against Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment (TK) har som hovedmål å forby og forhindre tortur og annen grusom, nedverdiggende og umenneskelig behandling og forplikter statene til å undersøke og straffeforfølge i saker der personer kan ha blitt utsatt for denne type krenkelser. Definisjonen av «tortur» framkommer i torturkonvensjonens artikkel 1 nummer 1:

«For the purposes of this Convention the term «torture» means by any act which severe pain or suffering, whether physical or mental, is intentionally inflicted on a person for such purposes as obtaining from him or a third person information or a confession, punishing him for an act he or a third person has committed or is suspected of having committed or intimidating or coercing him or a third person, or for any reason based on discrimination of any kind, when such pain or suffering is inflicted by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity. It does not include pain or suffering arising only from, inherent or incidental to lawful sanctions.»

For at en handling skal anses som tortur etter torturkonvensjonen, er det dermed et krav til hva slags handling som utøves mot en person, hvilken skyldgrad som foreligger, hvilket formål handlingene har, herunder diskriminering, og det er et krav om at handlingen er utøvet av en offentlig tjenesteperson eller på delegering eller tillatelse. Det er i tillegg et krav om at en aktør fra myndighetene er involvert på en direkte eller mer indirekte måte. Dermed kan den nærmere tolkningen av «tortur» i artikkel 1 nummer 1 ut fra sin ordlyd deles inn i fire kumulative komponenter: 1 handlingens karakter, 2 torturutøverens intensjon, 3 formålet og 4 handlingens medvirkning av en offentlig tjenesteperson eller en på delegering eller tillatelse.

1 Handlingens karakter

Ordet «act» i artikkel 1 er ikke ment å gis en snever betydning, men skal snarere undergis en utvidet tolkning som dekker både handlinger og utelatelser. I en avgjørelse fra EMD framkommer det spesifikke uttalelser som stadfester en slik forståelse av «act», der for eksempel fratakelse av mat og andre nødvendige eiendeler blir ansett som en «act of torture». ⁴⁴ «Severe pain or suffering» skal forstås som smerte og lidelse

⁴⁵ OPCAT, 18. desember 2002, trådt i kraft 22. juni 2006, 2375 UNTS 237

⁴⁴ EMD, «The Greek case», Danmark v. Greece, Communication 331/67

av både fysisk og psykisk karakter, og sistnevnte vil også kunne gjelde handlinger der offeret blir utsatt for trusler om tortur eller hånet på en særlig krenkende måte.⁴⁵

2 Torturutøverens intensjon

Tolkningen av ordlyden i artikkelen tilsier at smerter og lidelser må ha blitt påført personen med overlegg for at det skal kunne klassifiseres som tortur. Dette betyr igjen at handlinger påført ved uaktsomhet ikke anses som tilstrekkelig for å kvalifisere til tortur. Mens handlinger som blir påført på grunn av uaktsomhet («negligence») ikke anses som tilstrekkelig for å kvalifisere til tortur, kan handlinger påført på grunn av hensynsløshet/uforsiktighet («recklessness») anses som tortur.

3 Formålet

Et eller flere av formålene med handlingen slik det framgår i artikkel 1, må være til stede for å kunne anse handlingen som tortur. Handlingens formål må dermed være å framtvinge en tilståelse, oppnå informasjon, straffe, utsette offeret for trusler eller tvang eller å diskriminere. CAT har i sine uttalelser påpekt at dette er en retningsgivende opplisting, men ikke uttømmende. EMD har definert «tortur» som bevisst umenneskelig behandling som påfører meget alvorlig og grusom lidelse.⁴⁶ Hvis behandlingen har et bestemt formål, for eksempel å få informasjon, skremme eller straffe offeret, vil det tale for at det er tortur.

4 Medvirkning av offentlig tjenesteperson eller delegering

Handlingen må være utøvet av en offentlig tjenesteperson eller på delegering eller med samtykke fra en offentlig tjenesteperson. «Other person acting in an official capacity» er et uttrykk som CAT har kommentert nærmere som ledd i tolkningen og forståelsen av artikkelen. CAT har i forbindelse med en konkret sak uttalt at ordlyden i artikkel 1 gjelder ikke bare personer som handler på vegne av offentlige myndigheter, men også myndigheter som kan likestilles som en offentlig myndighet innenfor et bestemt område. Dette er imidlertid noe som må vurderes for hvert konkrete tilfelle og til enhver tid, noe CAT i ulike uttalelser også har vist at kan føre til ulikt resultat og anvendelse om samme forhold. Saken fra 1998 som gjaldt forholdet i Somalia der CAT kom til at den aktuelle somaliske klanen som utøvde myndighet i sitt område, skulle anses som en offentlig myndighet etter artikkel 1, ble tre år senere vurdert motsatt. Dette, basert på en ny og konkret vurdering av de nye forholdene.⁴⁷

EMD har gjennom sin rettspraksis også bidratt til en nærmere presisering av hva som rammes av artikkel 2 i relasjon til «other person acting in an official capacity». Stater har blitt gjort ansvarlige for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling som har blitt utført av private aktører som har blitt likestilt som offentlige tjenestepersoner som dermed utgjorde et brudd på EMK artikkel 3, og som er tilsvarende TK artikkel 1.⁴⁸ Det er i tillegg relevant å vise til komiteen til FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter og deres generelle kommentar nummer 20 vedrørende konvensjonens artikkel 7 om torturforbudet. Der har komiteen uttalt at «It is the duty of the State party to afford everyone protection through legislative and other measures as may be necessary against the acts prohibited by article 7, whether

⁴⁵ Committee against Torture, A/45/44, avsnitt 190.

⁴⁶ Saadi mot Italia (2008), avsnitt 136

⁴⁷ CAT/C/22/d/120/1998, side 9, punkt 5.1 og CAT/C/28/D/177/2001, side 7, punkt 6.4

⁴⁸ A mot Storbritannia, 23. september 1998, Z og andre mot Storbritannia 10. mai 2001, DP og JP mot Storbritannia, 10. oktober 2002, Pantea mot Romania, 2. juni 2003.

inflicted by people acting in their official capacity, outside their official capacity or in a private capacity».⁴⁹

EMD har i tillegg gjennom sin praksis bidratt til viktige presiseringer om torturbegrepet. Saken *Aydin mot Tyrkia (2004)* gjaldt en 21 år gammel tyrkisk kvinne som ble voldtatt av tyrkisk politi mens hun befant seg i tre dagers varetekt. Det ble framhevet at det var særlig alvorlig at voldtekten ble utført av tjenestepersoner i politiets varetekt. Det ble satt bind for øynene hennes, hun ble kledd naken, slått, plassert i et dekk og spylt med høytrykkslange før hun ble voldtatt av flere av politimennene. EMD uttalte i denne saken for første gang at voldtekt i seg selv var tilstrekkelig til å kunne subsummeres under begrepet «tortur» i EMK artikkel 3. Det ble vist til både fysiske og psykiske smerter samt traumer av voldtekten. I *Selmouni mot Frankrike (1999)* ble en marokkansk borger torturert av fransk politi mens han satt i deres varetekt. Han ble slått mange ganger over hele kroppen og dratt etter håret. Han måtte løpe i en korridor mens politimenn forsøkte å spenne ben på ham. Han ble tvunget til å knele foran en ung kvinne. Videre ble han urinert på av en politimann som blottet seg for ham og kom med seksuelle tilnærmelser. Han ble truet med blåselampe og sprøyte. Mishandlingen varte i flere dager. Dette ble ansett som tortur. I *Akkoc mot Tyrkia (2000)* ble en kvinne i varetekt kledd naken av tyrkisk politi. Deretter ble hun tvunget til å gå mellom politioffiserene, mens de berørte henne og trakasserte henne verbalt. Hun ble slått kraftig og spylt med vekselvis kaldt og varmt vann. Hun fikk elektrosjokk og ble lenket til en dør i to dager og tvunget til å høre på mishandling av andre personer. I tillegg ble hun fortalt at barna hadde blitt pågrepet og skulle tortureres, noe som medførte intens frykt. Dette ble også ansett som tortur.

5 «Cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (ill-treatment)» – CIDT

I tillegg til forbudet mot tortur regulerer torturkonvensjonen et forbud mot andre alvorlige krenkelser mot mennesker som ikke er av samme alvorlighetsgrad som tortur, men som like fullt anses som særlig beskyttelsesverdige. Dette følger av artikkel 16:

«Each State Party shall undertake to prevent in any territory under its jurisdiction other acts of cruel, inhuman or degrading treatment or punishment which do not amount to torture as defined in article I, when such acts are committed by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity. In particular, the obligations contained in articles 10, 11, 12 and 13 shall apply with the substitution for references to torture of references to other forms of cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.»

Denne artikkelen skal sikre at ingen form for mishandling mot mennesker, hverken fra offentlige tjenestemenn eller på vegne av offentlige tjenestemenn, finner sted. I motsetning til begrepet «tortur» er det i konvensjonen ikke gitt en nærmere definisjon av denne type krenkelser mot mennesker. CAT har imidlertid kommet med uttalelser vedrørende tolkningen av «acts of cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (ill-treatment).» I sin generelle kommentar nummer 4 framgår at «alvorlig smerte eller lidelse» ikke alltid kan vurderes objektivt, men at vurderingen av denne avhenger av hvilke negative fysiske eller psykiske følger krenkelsene har medført for det enkelte individet. Ved vurderingen må det i tillegg tas i betraktning de relevante omstendigheter for det konkrete tilfellet, herunder den type krenkelse

⁴⁹ CCPR General Comment nummer 20, avsnitt 2

mishandlingen gjelder, individets kjønn, alder, helse og sårbarhet, eller «and other status or factors.»⁵⁰ Det er en samlet vurdering som må ligge til grunn for å kunne bestemme om det er snakk om mishandling etter artikkel 16 eller tortur. Viktig her er også vurderingen av intensjon og hensikt. Det særegne med denne type krenkelser er altså at det ikke er definert noen objektive kriterier som vil kunne skille den fra kategorien «tortur», noe som gjør vurderingen og anvendelsen mer kompleks og krevende.

FNs spesialrapportør for tortur i perioden 2004–2010, og en av forfatterne av boken om torturkonvensjonen og OPCAT med kommentarer og av FNs rapport om Guantánamoleiren, Manfred Nowak, er professor i menneskerettigheter med lang fartstid innen feltet. Han hevder på grunnlag av analyse og tolkning av artiklene 1 til 16 i torturkonvensjonen, i lys av deres formål, gjeldende praksis og CAT sine uttalelser, at skillet mellom tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling ligger i «the purpose of the conduct and the powerlessness of the victim rather than the intensity of the pain or suffering inflicted».⁵¹ Hans forståelse indikerer dermed at en viktig faktor som bidrar til å skille mellom tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, er at tortur kjennetegnes av offerets maktesløshet i situasjonen, og at dette utgjør et sentralt kriterium, snarere enn graden av smerte og lidelse som vedkommende blir påført. Grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling som påføres mennesker i situasjoner av maktesløshet for offeret, for eksempel i forbindelse med arrestasjoner, vil det være nærliggende å anse som torturhandlinger. Den europeiske menneskerettighetskommisjonen har ved flere anledninger sett på *formålet* med mishandlingen som påføres mot offeret, som avgjørende for å kunne skille mellom tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling.⁵²

Det vi kan utlede fra TK, SP, EMK og EMD, er dermed at torturbegrepet og annen grusom og nedverdiggende behandling-begrepet er dynamiske, og at forståelsen av disse utvikles gjennom tolkning fra traktatorganer, autoritative tolkningsuttalelser fra konvensjonskomiteer og ikke minst gjennom rettspraksis. Handlinger som ikke tidligere var å betrakte som tortur, kan i dag være det fordi statene har en høyere standard med hensyn til å forby og forebygge tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Selv om en handling alene ikke er tortur, kan flere handlinger samlet utgjøre tortur.⁵³ Gjennomgangen viser at spørsmålet om vi har å gjøre med tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, krever grundige vurderinger av flere konkrete momenter. Vurderingen må bygge på det konkrete saksforholdet og på det aktuelle tidspunktet og må gjøres i lys av nye og eventuelt endrede omstendigheter. Dette er noe av det som forklarer at det ikke foreligger konkrete definisjoner av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling i artikkelen, bortsett fra TK artikkel 1.

EMDs presisering om at EMK skal tolkes «in light of the present-day conditions», innebærer, hva gjelder artikkel 3, at handlinger som tidligere ble ansett som annen grusom og nedverdiggende behandling, kan, under den konkrete vurderingen i en sak, lede til at de anses som tortur i dag.⁵⁴ EMDs etablerte syn på tolkningen av EMK, herav av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, («the fact that the

⁵⁰ General Comment nummer 4 (2017) av 9. februar 2018, premiss 17

⁵¹ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment of punishment, UN Doc. E/CN.4/2006/6, avsnitt 39

⁵² Se EMD, «The Greek Case», Danmark v. Greece, Communication 3321/67

⁵³ Selmouri mot Frankrike (1999), avsnitt 101

⁵⁴ Se EMD, Selmouni mot France og Dikme mot Tyrkia, Application no. 20869/9, 11. juli 2000 avsnitt 96

Convention is a living instrument which must be interpreted in the light of present-day conditions») samsvarer dermed med synet på FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 7. Komiteen til SP uttalte følgende om artikkel 7 i sin generelle kommentar nummer 20:

«The Covenant does not contain any definition of the concepts by article 7 nor does the Committee consider it necessary to draw up a list of prohibited acts or to establish sharp distinctions between the different types of punishment or treatment; the distinctions depend on the nature, purpose and severity of the treatment applied».⁵⁵

Dette betyr at det fra et tidlig tidspunkt har vært en intensjon og forståelse om at tolkningen av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling må undergis en dynamisk tolkning og utvikling gjennom rettspraksis. FNs konvensjon om barns rettigheter har i artikkel 37 nedfelt et forbud mot tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling mot barn. FNs barnekomité (CRC) har i sin generelle kommentar nummer 13 beskrevet nærmere om særlige forhold som vil bety tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling for barn: «This includes violence in all its forms against children in order to extract a confession, to extrajudicially punish children for unlawful or unwanted behaviours, or to force children to engage in activities against their will, typically applied by police and law-enforcement officers, staff of residential or others institutions and persons who are marginalized, disadvantaged and discriminated against and who lack the protection of adults responsible for defending their rights and best interests. This includes children in conflict with the law, children in street situations, minorities and indigenous children, and unaccompanied children. The brutality of such acts results in life-long physical and psychological harm and social stress.»⁵⁶

Det kan på bakgrunn av denne analysen utledes at fagpersoner som skal foreta vurderinger av om det kan legges til grunn at en person har vært utsatt for tortur, eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling, må ha en tilfredsstillende forståelse av, og sikker kunnskap om, de konkrete momentene som inngår i vurderingen. Det vil være relevant å se hen til både ordlyden i Torturkonvensjonen og tolkningsuttalelser fra CAT og EMD. Hvorvidt det dreier seg om tortur, beror på en konkret vurdering i den enkelte sak, i tråd med definisjonen av begrepet. Annen grusom og nedverdiggende behandling utgjør ikke krenkelser av samme alvorlighetsgrad som tortur, men anses på selvstendig grunnlag som alvorlige menneskerettsbrudd og er derfor også omfattet gjennom forbudsbestemmelser i konvensjoner. Annen grusom og nedverdiggende behandling er ikke definert i noen bestemmelser slik torturbegrepet er, og tilsier en mer sammensatt vurdering som i særlig grad stiller krav til momenter som må bygge på det konkrete saksforholdet, på det aktuelle tidspunktet og nye og eventuelt endrede omstendigheter. Når ofrene for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling er barn, kreves det særskilt kunnskap om hva konsekvensene av overgrepene.

Forholdet mellom torturforbudet og non refoulement-prinsippet

Torturkonvensjonen artikkel 3 nummer 1 slår fast:

⁵⁵ Committee on Civil and Political Rights, General Comment nummer 20 om artikkel 7 i SP, avsnitt 4

⁵⁶ CRC/C/GC/13, para 26

«No State Party shall expel, return ('reouler') or extradite a person to another State where there are substantial grounds for believing that he would be in danger of being subjected to torture.»

Etter TK artikkel 2 nummer 1 plikter enhver konvensjonspart å treffe effektive lovgivningsmessige, forvaltningsmessige, judicielle eller andre tiltak for å forhindre torturhandlinger på noen områder under dens jurisdiksjon. I relasjon til artikkel 2 er det tydeliggjort i artikkel 3 at ingen konvensjonspart skal utvise, sende tilbake eller utlevere en person til en annen stat når det er skjellig grunn til å tro at vedkommende vil være i fare for å bli utsatt for tortur der. Risikoen for tortur skal vurderes i lys av den enkeltes personlige omstendigheter og situasjonen i hjemlandet. Det må være en forutsigbar, reell og personlig («foreseeable, real and personal») risiko.⁵⁷ En teoretisk mulighet eller mistanke («mere theory or suspicion») er ikke nok.⁵⁸ Men det krever heller ikke at det er svært sannsynlig («highly probable») at personen vil bli utsatt for tortur.

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter angir et forbud mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling, og i artikkel 7 er det slått fast: «Ingen må utsettes for tortur eller for grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. I særdeleshet må ingen, uten sitt frie samtykke, utsettes for medisinske eller vitenskapelige eksperimenter».

FNs menneskerettighetskomité (MRK) har som mandat å overvåke at sivile og politiske rettigheter i konvensjonen blir etterlevet. Statene skal sende periodiske rapporter til denne komiteen om iverksettelse av tiltak og om hvordan konvensjonen etterleves.⁵⁹ Komiteen har også anledning til klagebehandling av enkeltsaker. MRK vedtar også tolkningsuttalelser, *General Comments*, til de enkelte konvensjonsbestemmelsene. MRK har tolket artikkel 7 slik at den gir vern mot utsendelse til områder hvor det er betydelig grunn for å tro at det er en reell risiko («substantial grounds for believing that there is a real risk») for tortur eller mishandling. Risikoen må være en nødvendig og forutberegnelig konsekvens («necessary and foreseeable consequence») av retur.⁶⁰ De sentrale momentene i denne vurderingen er personens individuelle forhold og situasjonen i hjemlandet.

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 3 slår fast at: «No one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment or punishment». Artikkel 3 i EMK er nærmest likelydende med de respektive artiklene i TK og SP, om forbud mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, der non refoulement-prinsippet er innlemmet gjennom EMD sin praksis. EMK artikkel 3 tydeliggjør også et absolutt torturforbud og gjelder både i forbindelse med statens egne handlinger og i forbindelse med å sikre at ingen sendes til tortur eller mishandling utenfor egne landegrenser. EMD har i denne sammenheng også tolket bestemmelsen slik at den har virkning utover eget territorium. Bestemmelsen beskytter mot enhver form for utsendelse, herunder også mot tvangsretur av asylsøkere⁶¹ der det er en reell fare for tortur eller mishandling, og der vedkommende heller ikke kan sendes til et

⁵⁷ CAT/C/32/D/214/2002, M.A.K. mot Tyskland (2004) avsnitt 13.5, CAT/C/32/D/135/1999, S.G. mot Nederland (2004), avsnitt 6.3, CAT/C/41/D/285/2006, A.A. et al. mot Sveits (2008) avsnitt 7.6, CAT/C/42/D/324/2007, X mot Australia (2009) avsnitt 7.3

⁵⁸ CAT, General Comment nummer 1 (1996), punkt 6

⁵⁹ SP artikkel 40

⁶⁰ A.R.J. mot Australia (1996) avsnitt 6.8, G.T. mot Australia (1997) avsnitt 8.1, og Byahuranga mot Danmark (2004) avsnitt 11.2 og Dawood Khan mot Canada (2006) avsnitt 5.4

⁶¹ EMDN-1991.15576, Cruz Varaz mot Sverige (1991) og Utlendingsrett (2018), side 326

trygt land hvis det vil kunne føre til videresending derfra til et land eller område hvor personen risikerer tortur eller mishandling, jamfør «kjede-refoulement».⁶²

EMD har slått fast at forbudet mot tortur gjelder uten geografiske begrensninger⁶³ og betyr at en konvensjonsstat går ikke fri for ansvar selv om torturen skjer i en annen del av verden, så lenge handlingen som førte til torturen, skjedde innenfor konvensjonsstatens jurisdiksjon. Dermed har torturforbudet en ekstraterritoriell virkning.⁶⁴ EMK artikkel 3 supplerer og utfyller flyktningrettens forbud mot refoulement der den i motsetning til flyktningkonvensjonens artikkel 33 oppstiller et absolutt forbud mot retur til forfølgelse,⁶⁵ og omfatter ikke bare konvensjonsflyktninger, men alle som risikerer tortur og grusom og nedverdiggende behandling.

At EMK artikkel 3 også omfatter et forbud mot utsendelse til tortur, ble første gang slått fast i EMD-saken *Soering mot Storbritannia*.⁶⁶ Dette er en av EMDs storkammeravgjørelser av 7. juli 1989 hvor det er uttalt at i tilfeller der det er spørsmål om å sende en person ut av en konvensjonsstat, vil bestemmelsen være brutt når «substantial grounds have been shown for believing that the person concerned, if extradited, faces a real risk of being subjected to torture or to inhuman og degrading treatment or punishment in the requesting country».⁶⁷ Dette tilsier et vern mot utsendelse når det er betydelig grunn til å tro, «substantial grounds» for «believing», at personen utsettes for en reell fare, «real risk», for tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff i mottakerlandet. Dette er første gang EMD slo fast at forbudet mot tortur ikke bare gjelder for eget land, men også tortur i andre land ved utsendelse. Saken gjaldt en 18 år gammel gutt fra Tyskland som studerte i USA. Han hadde en amerikansk kjæreste, og både han og kjæresten hadde store psykiske problemer. Han drepte hennes foreldre som hadde vært imot forholdet, og begge flyktet til Storbritannia hvor de ble pågrepet av britisk politi. Britiske myndigheter ville utlevere ham til USA, hvor han var tiltalt for overlagt drap. Straffesaken skulle avgjøres i en stat som hadde dødsstraff. Spørsmålet for EMD var om han kunne utleveres til mulig dødsstraff i USA. Dødsstraff var ikke i seg selv i strid med konvensjonen, jamfør artikkel 2 nummer 1., men han risikerte lang ventetid på en dødscelle, normalt seks-åtte år. Domstolen mente at dette var «umenneskelig behandling» sett hen til hans unge alder og psykiske problemer. Utsendelse til lang ventetid på dødscelle var derfor i strid med artikkel 3. Domstolen vurderte at selv om artikkel 3 i ordlyden ikke ga et uttrykkelig forbud mot utsendelse til tortur eller mishandling, måtte det innfortolkes i bestemmelsen. Det å sende noen til tortur og mishandling ville stride mot konvensjonens formål og var uforenlig med «den felles art av politiske tradisjoner, idealer, frihet og rettsstatsprinsipper». Selv om utsendelse til tortur eller umenneskelig behandling ikke var omfattet av ordlyden i artikkel 3, måtte det etter EMDs oppfatning innfortolkes i lys av EMKs formål.⁶⁸ At utsendelse av asylsøkere «may give rise to an issue under Article 3», er senere gjentatt av domstolen i en lang rekke saker.⁶⁹

Det faktum at asylsøkeren har blitt påført tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, kan i seg selv være et moment i vurderingen av om det er risiko

⁶² 14038/88, *Soering mot Storbritannia* (1989), EMDN-2004-1948, *Salah Sheekh mot Nederland* (2007) avsnitt 141, *M.M.S. mot Belgia og Hellas* (2011) avsnitt 286 og *Hirsi og Jemaa mot Italia* (2012) avsnitt 146

⁶³ *Soering mot Storbritannia*, avsnitt 86–87

⁶⁴ Artikkel 1

⁶⁵ Artikkel 15, nummer 2

⁶⁶ 14038/88, *Soering mot Storbritannia* (1989)

⁶⁷ 14038/88, *Soering mot Storbritannia* (1989), avsnitt 91

⁶⁸ 14038/88, *Soering mot Storbritannia*, avsnitt 88

⁶⁹ EMDN-1993-22414, *Chahal mot Storbritannia*, mfl.

for framtidig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, som i tillegg kan gi grunnlag for beskyttelse og opphold. I EMD-saken *NA mot Storbritannia (2008)*⁷⁰ handlet det om en ung etnisk tamilsk mann fra Sri Lanka som hadde søkt om asyl i Storbritannia, men fått avslag. Spørsmålet var om han kunne returneres til Sri Lanka. EMD svarte nei. Han risikerte overgrep fra myndighetene som forfulgte etniske tamiler med tilknytning til den tamilske frigjøringsorganisasjonen LTTE. Klager var ikke medlem av LTTE, men hadde en profil som kunne gi mistanke om det. Han var ung etnisk tamil fra deres kjerneområde, hans bror og en rekke slektninger hadde vært LTTE-medlemmer, i tillegg hadde han blitt arrestert og mishandlet en rekke ganger på grunn av mistanke om deltakelse i LTTE. Kroppen bar synlige tegn på tortur. Hvis han ble returnert til Sri Lanka, kunne politiet på flyplassen fatte mistanke på grunn av merkene, hans tidligere arrestasjoner og profil. I så fall var det en reell fare for at han ville bli tatt inn til avhør og mishandlet igjen. Dette ga rett til vern etter artikkel 3.

Det følger av EMD-praksis at det må foretas en samlet vurdering av samtlige risikofaktorer, noe som kommer klart til uttrykk i EMDs storkammeravgjørelse av 23. august 2016 i saken *J.K. og andre mot Sverige*⁷¹. Det blir uttalt i dommen at «Moreover, although a number of individual factors may not, when coinsidered separately, constitute a real risk, the same factors may give rise to a real risk when taken cumulatively and when considered in a situation of general violence and heightened security ...». Denne avgjørelsen følger opp tidligere kammeravgjørelser, herunder også saken *R.C. mot Sverige*, avsnitt 56.⁷²

I EMDs storkammeravgjørelse av 15. november 1996, *Chahal mot Storbritannia*⁷³, anførte søkeren at det forelå et brudd på artikkel 3 om vern mot umenneskelig behandling ved retur til hjemlandet. Chahal var en indisk sikh-aktivist bosatt i Storbritannia som kjempet for opprettelsen av en sikh-stat i India, og som var en ledende skikkelse blant sikher. Han var mistenkt for medvirkning til terrorhandlinger i India og Storbritannia, og britiske myndigheter ville at han skulle utvises til India av hensyn til rikets sikkerhet. Storbritannia anførte at artikkel 3 ikke ga absolutt vern mot utsendelse, men EMD var ikke enig i dette. Utsendelse ville medføre en krenkelse av artikkel 3 som var et absolutt vern som ikke kunne fravikes. Risikoen for overgrep kunne ikke avveies mot behovet for utsendelse. Det var en reell fare for mishandling av Chahal i India og derfor kunne han ikke sendes tilbake. Det stilles et strengere rettssikkerhetskrav når spørsmålet om artikkel 3 er brutt, enn ved spørsmålet om brudd på artikkel 8. EMK artikkel 13 skal ikke bare vurderes i sammenheng med spørsmål om brudd på artikkel 8 om retten til familieliv.

I EMD-saken *Saadi mot Italia* fra 2008⁷⁴ ble spørsmålet om ufravikelighet reist, og EMD uttalte at utsendelse ville krenke artikkel 3, og fastholdt prinsippene som i Chahal-saken. Risikoen kunne ikke avveies mot den trussel han representerte. EMD har lagt til grunn at det ikke må være overveiende sannsynlig at søker risikerer tortur eller overgrep.⁷⁵ Hvis en gruppe utsettes for systematisk tortur eller mishandling i hjemlandet, er det i utgangspunktet tilstrekkelig å påvise at søkeren tilhører denne

⁷⁰ EMDN-2007-25904, *NA mot Storbritannia (2008)*

⁷¹ EMD- 2012-59166, *J.K. og andre mot Sverige (2016)*

⁷² EMD- 2012-59166, *J.K. og andre mot Sverige (2016)*, avsnitt 95 og 41827/07, *R.C. mot Sverige (2010)*

⁷³ EMD-1993-22414, *Chahal mot Storbritannia mfl.*

⁷⁴ EMDN-2006-37201

⁷⁵ *Saadi mot Italia (2008)* avsnitt 140, 13163/87, *Vilvarajag mot Storbritannia (1999)* avsnitt 111

gruppen, for eksempel en etnisk eller religiøs minoritet. Da er det en reell fare for overgrep.⁷⁶

I tillegg til at det skal foretas en samlet vurdering av ulike risikofaktorer, er et annet vurderingstema de påregnelige konsekvenser ved retur ut fra den generelle situasjonen i hjemlandet og de mer individuelle omstendigheter i saken.

Artikkel 3 gir vern mot utsendelse til tortur, herunder fysiske og psykiske overgrep, og i noen spesielle tilfeller kan humanitære forhold anses som så vanskelige at de også kan gi rett til vern mot utsendelse. I saken *Sufi og Elmi mot Storbritannia (2011)*⁷⁷ påpekte domstolen at utsendelse til enkelte leire for internt fordrevne i Somalia ville krenke artikkel 3 på grunn av de humanitære forholdene. Det ble vist til mangelen på mat og vann og faren for overgrep i leirene. I saken *M.S.S. mot Belgia og Hellas (2011)*⁷⁸ konstaterte domstolen at en returnert asylsøker ble utsatt for nedverdiggende forhold i Hellas fordi han måtte leve flere måneder på gaten i «ekstrem fattigdom». Utsendelsen fra Belgia til Hellas var derfor i strid med artikkel 3.

Utsendelse av personer med alvorlige helsevansker vil også kunne innebære en krenkelse av artikkel 3, selv om det skal mye til, og er relevant i lys av retten til rehabilitering og retten til helse samt praksis fra EMD. Dersom personen ikke vil få tilgang til rehabilitering ved retur, vil dette kunne sette personen i en situasjon som oppfyller terskelen EMD har satt i Paposhvili-saken, som «alvorlig, hurtig og irreversibel forverring av helsetilstanden som enten medfører intens smerte eller betydelige kortere levealder». Dette er bare aktuelt for personer som har alvorlige lidelser, og som ikke kan få behandling i hjemlandet. Det må foreligge helt spesielle omstendigheter – «very exceptional circumstances».⁷⁹ Konvensjonen er ment å sikre sivile og politiske rettigheter og ikke retten til medisinsk behandling i hjemlandet. Det må ikke forventes at statene skal oppveie for ulikhetene i behandlingstilbudet mellom rike og fattige land ved å gi ubegrenset helsehjelp til alle utlendinger.⁸⁰

I saken *D mot Storbritannia (1997)*⁸¹ ble helseanførsler gitt medhold. Klageren kom fra St. Kitts og hadde blitt arrestert og fengslet i Storbritannia for kokainsmugling. Under soning fikk han påvist AIDS og mottok behandling. Etter soning ville britiske myndigheter utvise ham til St. Kitts. På det tidspunktet hadde han framskreden AIDS og bare noen få måneder igjen å leve. Domstolen mente retur til St. Kitts ville innebære umenneskelig behandling og en krenkelse av artikkel 3. Det ble vist til de spesielle omstendighetene i saken, at han var i en avsluttende fase av en dødelig og uhelbredelig sykdom. Han ville ikke få behandling, støtte eller omsorg på St. Kitts. Omsorg fra en veldedig organisasjon og avanserte medisiner i Storbritannia gav ham en viss livskvalitet. Hvis han ble sendt til St. Kitts, ville han miste alt og bli påført akutt mental og fysisk smerte. Dette ga rett til vern etter artikkel 3.

EMD har også gitt vern i forbindelse med andre fysiske helseproblemer. Et klart eksempel på dette er saken *Paposhvili mot Belgia (2016)*⁸². Klageren var en georgisk statsborger som hadde flyktet til Belgia og fått asyl sammen med kone og barn. Noen år senere ble han dømt for flere straffbare forhold som ga grunnlag for utvisning, og det ble fattet et utvisningsvedtak. Mens han satt i fengsel, ble han diagnostisert med

⁷⁶ Saadi mot Italia, avsnitt 132

⁷⁷ EMDN-2007-8319

⁷⁸ EMDN-2009-30696

⁷⁹ D mot Storbritannia (1997) avsnitt 54, N mot Storbritannia (2008) avsnitt 43 og EMDN-2010-41738, Paposhvili mot Belgia (2016), avsnitt 181

⁸⁰ EMDN-2007-25904, NA mot Storbritannia (2008), avsnitt 44 og EMDN-2010-41738 Paposhvili mot Belgia (2016) avsnitt 192

⁸¹ EMDN-1996-30240, D mot Storbritannia

⁸² EMDN-2010-41738, Paposhvili mot Belgia (2016)

leukemi, og det ble konstatert at sykdommen var livstruende. Hans tilstand var stabil som en direkte følge av behandlingen og medisinene han fikk, og det ble konstatert at han uten dette ville ha mindre enn seks måneder igjen å leve. EMD uttaler at utlendingsmyndighetene ikke hadde undersøkt den foreliggende medisinske informasjonen, i lys av artikkel 3, særlig ikke når det gjaldt søknaden om å forbli i landet på medisinsk grunnlag. EMD kom til at utlendingsmyndighetenes vurdering om at det ikke forelå noen risiko for behandling som stred med artikkel 3, var utilstrekkelig, fordi de ikke hadde tatt den medisinske informasjonen med i vurderingen. I Georgia ville han ikke få tilgang til nødvendig helsebehandling og medisiner, og EMD kom til at utsendelse til Georgia ville utgjøre en krenkelse av artikkel 3. Det ble holdt fast at det må foreligge helt spesielle omstendigheter, men at det ikke kreves at man er nær ved å dø slik som i St. Kitts-dommen.⁸³

Artikkel 3 kan også gi vern under andre spesielle omstendigheter når alvorlig syke personer risikerer en alvorlig, hurtig og irreversibel forverring av helsetilstanden som enten medfører intens smerte eller betydelig kortere levealder. Det skal fortsatt være en høy terskel for vern mot utsendelse, og det forutsettes at man ikke kan få tilstrekkelig behandling i hjemlandet. For psykiske helseproblemer er det en streng praksis og noe som normalt ikke tilsier rett til vern, og det må altså foreligge helt spesielle omstendigheter.⁸⁴

I *Aswat mot Storbritannia (2013)*⁸⁵ kom domstolen til at utlevering av en paranoid schizofren terrormistenkt til et «maximum security»-fengsel i USA ville forverre hans fysiske og psykiske tilstand såpass mye at han hadde rett til vern etter artikkel 3. CAT (TK) presiserer at både fysiske og psykiske overgrep kan utgjøre tortur, og denne tolkningen av begrepet «tortur» er dermed blitt lagt til grunn gjennom EMD-praksis.

I *N mot Sverige (2010)* hadde en afghansk kvinne flyttet fra sin afghanske ekte-mann, søkt om skilsmisse og hatt et forhold til en svensk mann mens hun var i Sverige. I Afghanistan risikerte hun sosial utstøtelse, stigmatisering, diskriminering og vold i hjemmet. I tillegg ville hun ha begrensede muligheter til å bevege seg utendørs og tjene til livets opphold. Dette ble samlet sett ansett som en krenkelse av artikkel 3.

EU-charteret artikkel 4 har også en bestemmelse om forbud mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling i samsvar med EMK artikkel 3, og mot refoulement, *non refolement-prinsippet*, i artikkel 19 (2). Bestemmelsene er likelydende som i SP, TK og EMK. EUs statusdirektiv⁸⁶ er et av de viktigste instrumentene i det felles-europeiske asylsystemet og har en bestemmelse i artikkel 15 om hva gir grunnlag for subsidiær beskyttelse og hvem dette gjelder for. Det er i bestemmelsen oppstilt vilkåret «alvorlig skade» som åpner for at subsidiær beskyttelse⁸⁷ skal gis dersom noen har grunn til å frykte dødsstraff, henrettelse, tortur eller annen grusom og

⁸³ EMDN-2010-41738, Paposhvili mot Belgia (2016)

⁸⁴ EMDN-1998-44599, *Bensaid mot Storbritannia (2001)* om schizofreni, EMND-2003-10249 *Dragan mot Tyskland (2004)* om depresjon og selvmordsfare, EMND-2009-10611, *Husseini mot Sverige (2011)* om PTSD, depresjon og selvmordsfare, EMND-2004-7702 *Salkic mot Sverige (2004)*, EMDN-2009-23505 *Nacic mot Sverige (2010)* og 75203/12 *Kochieva mot Sverige (2013)* om barnefamilier med alvorlige depresjoner.

⁸⁵ EMDN-2012-17299, *Aswat mot Storbritannia*

⁸⁶ 2004/83/EC

⁸⁷ «Subsidiær beskyttelse» gjelder i EU-retten og dens direktiver for tredjelandsborgere eller en statsløs person som ikke kvalifiserer som flyktning etter Flyktningkonvensjonen, men som vil kunne møte en reell risiko for «alvorlig skade» som dødsstraff, henrettelse, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling hvis vedkommende sendes tilbake til opprinnelseslandet.

nedverdiggende behandling. Utlendingsloven § 28 1. b, svarer til statusdirektivet 15 b og c (EMK art. 3).

EU-domstolen har behandlet flere saker som har fått en særlig betydning for forståelsen av direktivene og øvrige internasjonale rettskilder, og viser klare eksempler på saker der tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, eller retten til rehabilitering, har blitt anvendt som direkte grunnlag for å innvilge asylsøkere opphold under «subsidiær beskyttelse» i et land. Et eksempel på dette er *Elgafaji-saken* fra 2009⁸⁸ som gjaldt søknad fra et irakisk ektepar om midlertidig beskyttelse i Nederland. De fikk avslag, men det nederlandske «Council of State» tok saken til EU-domstolen og stilte spørsmål om innholdet av «alvorlig skade» i tilfelle generell vold i henhold til artikkel 15 (c) innebærer noe annet enn tilfellene av alvorlig skade som ellers er nevnt i artikkel 15 (a) og (b). Domstolen påpekte blant annet at statusdirektivets artikkel 15 (c) og EMK artikkel 3 er forskjellige, men at det er samsvar mellom dem, og at tolkning av statusdirektivet må stemme overens med menneskerettighetsforpliktelsene i EMK. EU-domstolen viste også til at EMD i en avgjørelse fra 2008 bekrefter at man ikke kan utelukke at et voldsnivå kan være av en slik karakter at det i helt spesielle tilfeller vil være i strid med EMK artikkel 3 å gjennomføre retur.

EU-domstolens sak *MP mot Storbritannia (2018)*⁸⁹ har særlig betydning når det gjelder vurderingen av returvern, flyktningstatus og subsidiær beskyttelse når det gjelder retten til rehabilitering. Saken gjaldt en mann fra Sri Lanka som hadde ankommet Storbritannia i 2005 som student og fått avslag på oppholdstillatelse. Han hadde senere søkt om asyl og fått avslag da også. Han hadde opplyst i asylsøknaden at han hadde blitt torturert av medlemmer av hjemlandets sikkerhetsstyrke Liberation of Tigers of Tamil Eelam (LTTE) og blitt påført betydelige psykiske skader i form av PTSD og depresjon. Det ble slått fast av domstolen at hans hjemland er forpliktet etter TK artikkel 14 til å sikre ham «rehabilitation and redress», men at Sri Lanka samtidig ble vurdert å ikke ha et adekvat helsesystem til å kunne sikre ham disse rettighetene. Det ble ansett å være en høy risiko for suicidalitet dersom han ble returnert, og det ble konkludert med at han risikerte å bli utsatt for annen grusom og nedverdiggende behandling, «ill-treatment», ved retur. EU-domstolen vurderte at selv om en asylsøker som risikerer denne type behandling, i mange tilfeller er omfattet av flyktningkonvensjonen, gir tilføyelsen en økt rettssikkerhetsgaranti for dem som ikke oppfyller konvensjonskravene. Et siste alternativ for subsidiær beskyttelse gjelder når det kan forventes alvorlig skade som følge av generell vold som kan ramme hvem som helst, og hvor som helst. EU-domstolen uttalte at Den nasjonale domstolen i UK derfor må fastslå hvorvidt personen (MP), på bakgrunn av all tilgjengelig informasjon, ved retur til hjemlandet risikerer å bli bevisst fratatt tilgang på nødvendig behandling for fysiske og psykiske senskadene fra torturen han ble utsatt for av hjemlandets myndigheter. Det vil være tilfellet, blant annet hvis det kan etableres at myndighetenes ikke er villige til å sørge for at han eller hun kan rehabiliteres, på tross av sine forpliktelser etter Torturkonvensjonen artikkel 14. Dette vil også være tilfellet dersom landet åpenbart har en diskriminerende praksis som gjør det vanskeligere for visse etniske grupper, eller enkelte grupper mennesker, som den som MP tilhører, å få tilgang til helsebehandling for senskader av tortur begått av hjemlandets myndigheter.⁹⁰

⁸⁸ 62007CJ0465, Judgment of the Court (Grand Chamber) of 17. February 2009, *Elgafaji and Noor Elgafaji v Netherlands*

⁸⁹ 62016CJ0353, Judgment of the Court (Grand Chamber) of 24 April 2018, *MP v. UK*

⁹⁰ EMDN-1996-30240, “*D v. The United Kingdom*” premiss 58 i dommen

Ved vurderingen av vern mot utsendelse vil diplomatiske garantier fra hjemlandet ha betydning, så lenge de har et reelt innhold og blir fulgt opp i tilstrekkelig grad.⁹¹ EMD har i sak *R.C. mot Sverige* uttalt følgende om kravet til at det foreligger bevis som taler for at retur vil stride med vernet etter EMK artikkel 3:

«In principle, the applicant has to adduce evidence capable of proving that there are substantial grounds for believing that, if the measure complained of were to be implemented, he would be exposed to a real risk of being subjected to treatment contrary to Article 3 [...] Where such evidence is adduced, it is for the Government to dispel any doubts about it.»⁹²

TK artikkel 3 og FK artikkel 33 har bestemmelser som regulerer non refoulement-prinsippet. SP art. 7 og EMK art. 3 er tolket av henholdsvis FNs Menneskerettskomité og EMD, til å gjelde ekstraterritorielt, og beskytter asylsøkere mot tvangsretur, også til land der det er risiko for å bli sendt til et tredjeland hvor tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling kan finne sted. EMD-praksis slår fast at risiko for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling ikke kan avveies mot statens behov for utsendelse av asylsøkeren. Tortur som asylsøkeren har blitt påført, er i seg selv et moment i vurderingen av om det foreligger en risiko for framtidig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, og som vil kunne tilsi et vern mot utsendelse. EMD presiserer at det må foretas en totalvurdering av samtlige risikofaktorer i den konkrete sak og har konstatert at humanitære forhold av en viss alvorlig karakter, vil kunne tilsi en reell risiko for framtidig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og utløse et vern mot utsendelse etter artikkel 3, men at terskelen for dette er høy. Tilsvarende gjelder når alvorlige syke personer risikerer en alvorlig, hurtig og irreversibel forverring av helsetilstanden som enten medfører intens smerte eller betydelig kortere levealder. EU-domstolen har, ved tolkning av EUs direktiver og EMK artikkel 3, avsagt prejudisielle avgjørelser om fortolkningen av EU-retten som de nasjonale domstolene er bundet av når de skal behandle den konkrete saken. EU-domstolens fortolkning av statusdirektivet lest i sammenheng med TK artikkel 14 innebærer at retten til frihet fra tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og retten til rehabilitering kan i en konkret sak danne grunnlaget for opphold og subsidiær beskyttelse i et land..

4.3 Flyktningkonvensjonen

Flyktningkonvensjonen oppstiller i artikkel 1 A nummer 2 vilkårene for hvem som regnes som «flyktning». I dag er konvensjonen ratifisert av de fleste land i verden, noe som gjør den til et av de viktigste instrumentene i internasjonal flyktningrett. Flyktningkonvensjonen gir flyktninger en rekke grunnleggende rettigheter, den gjelder i utgangspunktet forholdet mellom stater og gir i seg selv ikke noe rettskrav på flyktningstatus.⁹³ For at en person skal regnes som flyktning etter artikkel 1 A nummer 2, må personen være «outside the country of his nationality» på grunn av en «well-founded fear of being persecuted for reasons for race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion». I tillegg må personen være «unable or, owing to such fear, unwilling to avail himself of the protection of that country». Personen må dermed ha en *velbegrunnet frykt* for forfølgelse, og dette er tolket som en viss sjanse for at personen faktisk vil bli utsatt for forfølgelse. Basert

⁹¹ Jamfør Muhammed Alzery mot Sverige (2006) avsnitt 11.5

⁹² R.C. mot Sverige (2010) premiss 50

⁹³ Rt. 2015 side 1388 avsnitt 122

på rettspraksis har formuleringen «real chance of being persecuted» blitt lagt til grunn. Denne terskelen innebærer ikke et krav om sannsynlighetsovervekt, men at forfølgelse må være noe mer enn en fjern mulighet.⁹⁴ Flyktningen skal i tillegg være avskåret fra å få beskyttelse mot forfølgelsen i hjemlandet sitt. For at en person kan sies å få beskyttelse i hjemlandet, må beskyttelsen være «effektiv».⁹⁵ Det er en konkret vurdering der beslutningstakeren må se til hvilke beskyttelsesmekanismer som finnes på statsnivå, for eksempel med tanke på lovgivning og straffeforfølgning, og hvordan dette følges opp i praksis.

Flyktningkonvensjonen artikkel 33 nummer 1 fastsetter at ingen flyktning skal sendes til et område hvor hans «liv eller frihet ville være truet». Dette er kjernen i den internasjonale flyktningbeskyttelsen. Denne bestemmelsen kan medlemsstatene ikke reservere seg mot, jmfør artikkel 42. Den som er flyktning etter artikkel 1 A(2), vil ha rett til vern etter artikkel 33 nummer 1. Selv om ordlyden i artikkel 33 nummer 1 er noe snevrere enn i artikkel 1 A(2), er det antatt at bestemmelsene omfatter samme personkrets.⁹⁶ Den såkalte internfluktlæren innebærer at en person kan henvises til å søke beskyttelse i eget hjemland når det er mulig, framfor å søke internasjonal beskyttelse. Dette er en lære som ikke framgår direkte av ordlyden i vilkårene for flyktningstatus eller i andre deler av flyktningkonvensjonen. Internfluktlæren har sin rettslige forankring i en fortolkning av ordlyden i flyktningkonvensjonen og harmonerer godt med formålet i flyktningkonvensjonen, som er å gi beskyttelse til dem som ikke har beskyttelse i sine hjemland. Etter flyktningkonvensjonen er en forutsetning for å falle inn under non refoulement-prinsippet i FK artikkel 33 at personen får status som flyktning, jmfør FK artikkel 1 A. FK artikkel 33 nummer 1 gir ikke et absolutt vern mot utsendelse og gir ikke vern til personer som kan utelukkes fra flyktningstatus etter artikkel 1 A på grunn av alvorlige forbrytelser. Den gir heller ikke beskyttelse til personer som utgjør en fare for rikets sikkerhet eller samfunnet i asyl landet, jmfør artikkel 33 nummer 2. Bestemmelsen gir derfor svakere beskyttelse enn EMK artikkel 3, TK artikkel 1 og SP artikkel 7.

4.4 Barn som er ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling

Beskyttelse mot tortur og ivaretagelsen av torturutsatte i asylprosedyren er noe som gjelder alle mennesker herunder også barn. For barn vil tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling virke ekstra negativt inn på deres psykologiske, emosjonelle, og sosiale utvikling, og noe som vil medføre varige følger. Under den 63. sesjonen til torturkomiteen i 2018, organiserte OMCT en tematisk orientering om hvordan Torturkonvensjonen kommer til anvendelse når det gjelder barn, og om viktige aspekter om barns rettsstilling. Det ble særlig fremhevet betydningen av sårbarhets- og identifiseringsvurderinger rettet mot barn utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og om effektive beskyttelsestiltak. Under denne sesjonen

⁹⁴ Goodwin-Gill (2011) side 37

⁹⁵ Se UNHCR avsnitt 17 og statusdirektivet 2011 (EP/Rdir 2011/95/EU) artikkel 7 nummer 2

⁹⁶ Atle Grahl-Madsen, *Commentary on the Refugee Convention 1951* (1963, publisert i 1997) s. 138, Paul Weiss, *The Refugee Convention 1951*, Cambridge 1995, s. 303 og 341, James Hathaway, *The Rights of Refugees under International Law*, Cambridge 2005, s. 307, Guy Goodwin-Gill og Jane McAdam, *The Refugee in International Law*, Oxford 2007, s. 234, Elihu og Daniel Bethlehem, *The Scope and Content of the Principle of Non refoulement*, E. Feller V. Turk and F. Nicholson, *Refugee Protection in international Law: UNHCR Global Consultations on International Protection*, Cambridge 2003, avsnitt 123 og Terje Einarsen, *Retten til vern som flyktning*, Bergen 2000, bridge 2003, avsnitt 123, og Terje Einarsen, *Retten til vern som flyktning*, Bergen s. 194 f.

kunne Jorge Barudy, barnepsykiater og direktør for *Exit Foundation*, informere om psykologiske studier om torturens innvirkning på barn og om vitenskapelige funn som viser at tortur kan gi irreversible traumer på barn. Barudy uttalte at tortur «*by its severity and repetition, can exhaust the natural processes that children have to manage their pain and suffering. He affirmed that torture might have a direct impact on the neurological functioning.*»

FNs barnekonvensjon har en artikkel som gjelder tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og som slår fast at barn har menneskerettigheter og krav på spesiell beskyttelse. I artikkel 37 bokstav a første punktum framgår at: «*Partene skal sikre at a) Intet barn utsettes for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.*» FNs barnekonvensjon definerer omfattende rettigheter til barn som har vært utsatt for tortur. Staten må blant annet gjennom lovgivning og praktiske og økonomiske prioriteringer sørge for at barn som har vært utsatt for tortur, får nødvendig rehabilitering. Konvensjonen vil i så måte ofte sette rammene for den minstestandard som gjelder når barn er involvert. Barnekonvensjonen og prinsippet om barnets beste kan også få betydning i saker som i utgangspunktet gjelder foreldrenes kartlegging av hvorvidt de er torturutsatt og videre deres tilgang til rehabilitering, fordi manglende kartlegging og rehabilitering til en voksen kan føre til en situasjon som er belastende for barnet og som derfor ikke er i tråd med barnets beste. Barnekonvensjonen overvåkes av en ekspertkomité.⁹⁷

I FNs barnekomiteens General Comment No 8 om «*The right of the Child to protection from corporal punishment and other cruel or degrading form of punishment*»⁹⁸ er fysisk avstraffelse, tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, betegnet som alvorlige krenkelser mot barn som tilsier et særlig ansvar for medlemsstaten til å aktivt bekjempe og forebygge gjennom nasjonale tiltak herunder kodifisering i nasjonal retten.⁹⁹ Det blir i tillegg særlig vist til artikkel 39 om rehabilitering av barn. Komiteen uttaler blant annet at «*There should be an interdisciplinary approach to planning and providing care and treatment, with specialized training of the professionals involved. The child's view should be given due weight concerning all aspects of their treatment and in reviewing it.*»¹⁰⁰ I Barnekomiteens General comment No 9 om «*The rights of children with disabilities*»¹⁰¹ blir det trukket frem at særlig er i større grad utsatt for alvorlige krenkelser slik som for blant annet tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, også særlig barn med funksjonsnedsettelse. Det blir tydeliggjort av komiteen, de særlige behovene denne gruppe barn vil ha; «*Particular attention should be paid hereon areas where the rights of children with disabilities are more likely to be violated or where special programmes are needed for their protection.*»¹⁰²

Barnekomiteen har også fremhevet viktigheten av at medlemsstatene har tilstrekkelig kunnskap om de mange ulike arenaer der barn kan risikere å bli utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og som tilsier en særlig vaksomhet og kunnskap. I komiteens General Comment No 13 blir det uttalt at «*The Committee is also aware of widespread and intense violence applied against children in State institutions and by State actors including in schools, care centres, residential homes, police custody and justice institutions which may amount to torture and killing of children, as*

⁹⁷ Committee on the Rights of the Child (CRC)/Barnekomiteen

⁹⁸ CRC/C/GC/8, 2. mars 2007

⁹⁹ CRC/C/GC/8, para 30

¹⁰⁰ CRC/C/GC/8, para 37

¹⁰¹ CRC/C/GC/9, 27. februar 2007

¹⁰² CRC/C/GC/9, para 34

*well as violence against children frequently used by armed groups and State military forced.*¹⁰⁵

Det kan på denne bakgrunn legges til grunn at barn er særlig utsatt da det både knytter seg en betydelig større risiko for alvorlige krenkelser enn for voksne, og fordi barn i tillegg er en gruppe som kan bli utsatt for tortur innen flere situasjoner og arenaer enn det som ellers forekommer blant voksne. Endelig er det et viktig moment når det gjelder saker om barn, at deres mer begrensede mulighet til å gjøre krav på egne rettigheter og til å kunne si ifra om krenkelser de blir utsatt for, gjør dem mer utsatt for krenkelser og for risikoen til å ikke bli beskyttet, få viktig helsehjelp og til at de ikke får gjort krav på deres rett til rehabilitering.

4.5 Retten til å søke asyl og til en asylprosess

Forbudet mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling anses å være en av de mest sentrale bestemmelsene for spørsmålet om forbudet mot refolement og dermed for asyl. Torturforbudets grunnleggende betydning og absolutte karakter gjør at risiko for tortur vil ligge i kjernen av hva som utgjør risiko for forfølgelse etter menneskerettighetserklæringen i artikkel 14, flyktningkonvensjonen artikkel 1 A(2), og EU-charter artikkel 18. En slik asylprosess vil videre kreve prosedyrer for identifisering av personer som kan stå i fare for å bli utsatt for tortur eller annen umenneskelig behandling. Uten en velfungerende asylprosedyre vil ikke konvensjonsstatene kunne være sikre på at de som sendes ut ikke risikerer forfølgelse i strid med torturforbudet.

Det er i dag enighet om at menneskerettighetserklæringen gir uttrykk for folkerettslig sedvanerett, og dette gjelder dermed også for retten til å søke asyl i artikkel 14 hvor det er fastslått at «Everyone has the right to seek and to enjoy in other countries asylum from persecution». Artikkel 14 gir uttrykk for en individuell rettighet med et selvstendig normativt innhold som går ut på at alle mennesker har rett til å be om beskyttelse i et annet land. Den gir imidlertid ingen materiell rett til å få innvilget asyl, men en prosessuell rett til å få fremmet en asylsøknad der de har denne type systemer. En rett til å søke asyl er også nedfelt i EUs charter artikkel 18:

«The right to asylum shall be guaranteed with due respect for the rules of the Geneva Convention of 28 July 1951 and the Protocol of 31 January 1967 relating to the status of refugees and in accordance with the Treaty establishing the European Community.»

Ved vurderingen av en søknad om asyl må personens beskyttelsesbehov avklares, og kjernen vil være om vedkommende risikerer forfølgelse i hjemlandet. En prosess for å avklare flyktningstatus og om søkeren har et behov for beskyttelse, er å betrakte som en «asylprosess».

Forbudet mot refolement er blant de rettighetene som oppstår umiddelbart i det en flyktning underlegges en stats jurisdiksjon. Staten vil stå i fare for å bryte sine forpliktelser hvis den sender ut en asylsøker før det er avklart om han eller hun fyller vilkårene etter flyktningdefinisjonen. UNHCR har derfor uttalt at non refolement-prinsippet også gjelder for asylsøkere.¹⁰⁴ En forutsetning for at forbudet skal overholdes, er at den som påstår seg å være utsatt for forfølgelse i hjemlandet, får sin påstand om flyktningstatus undersøkt, og retten til en asylprosess må også på denne bakgrunn anses å være som en direkte følge av returvernet. Stater som i sin

¹⁰⁵ CRC/C/GC/13, para 3 (i)

¹⁰⁴ UNHCR (1997), para (d)

utlendingslovgivning knytter konvensjonens rettigheter til formell flyktningstatus, er også forpliktet til å undersøke om vilkårene for flyktningstatus er oppfylt.¹⁰⁵ Uten en asylprosess som kan bevise at en person har rettigheter under konvensjonen, vil man i praksis kunne undergrave konvensjonens formål. En slik plikt kan forankres i prinsippet om at også folkerettslige avtaler skal holdes og tolkes i god tro, jamfør Wien-konvensjonen artikkel 31 og 26. Flyktningkonvensjonens artikkel 1 A(2) og artikkel 33, tolket i god tro, tilsier dermed at man må innfortolke en plikt til å ta imot og behandle asylsøknader. Det følger av dette at vi dermed har en rett til en asylprosess som kan innfortolkes i konvensjonen. Norge er forpliktet til å legge til rette for en asylprosedyre.

I CATs generelle kommentar nummer 3 til torturkonvensjonen artikkel 3 framgår det at for å få sikre full implementering av artikkel 3, må konvensjonsstatene treffe lovgivningsmessige, administrative, rettslige og andre forebyggende tiltak mot mulige brudd på prinsippet om «*non-refoulement*».¹⁰⁶ Det blir nærmere presisert at dette bør skje ved å sikre at den enkeltes rett til å få sin sak undersøkt, individuelt og ikke kollektivt, av vedkommende blir nøye informert om saksgangen og om sine prosessuelle rettigheter, samt tilgang til advokatbistand. Det blir videre tydeliggjort i avsnitt 18, at personen som anfører å ha blitt utsatt for tortur, skal henvises itl en uavhengig medisinsk undersøkelse i samsvar med Istanbulprotokollen (om Istanbulprotokollen sender under punkt 1.7). Det understrekes også at som ledd i å garantere prinsippet om «*non-refoulement*»¹⁰⁷ må stater gjennomføre effektiv opplæring av medisinsk og annet personell engasjert i arbeid blant annet med asylsøkere og migranter, i identifisering og dokumentasjon av tegn på tortur, i tråd med Istanbulprotokollen. I CAT sin generelle kommentar nummer 4 blir det ytterligere tydeliggjort hvilke tiltak og prosedyrer konvensjonstater bør ta i betraktning for oppfyllelse av vernet mot utsendelse.¹⁰⁸ Alt dette må kunne forstås som viktige betingelser i en asylprosess. Alt dette må kunne forstås som viktige betingelser knyttet til en asylprosess.

En rett til å søke asyl og en rett til en asylprosess reiser spørsmålet om hva slags krav som kan stilles til asylprosessen. Flyktningkonvensjonen pålegger ikke konvensjonsstatene å følge en bestemt prosedyre ved avklaring av en persons flyktningstatus,¹⁰⁹ men hver enkelt konvensjonsstat må utforme en asylprosess «*having regard to its particular constitutional and administrative structure*».¹¹⁰ Imidlertid følger det ut fra flyktningkonvensjonens system og formål at det bør følge en asylprosess eller asylprosess for å kunne oppfylle pliktene i konvensjonen. De enkelte elementene som følger av flyktningdefinisjonen og hensynet til en rettssikker behandling av saken, tilsier at det er behov for en konkret, individuell, grundig og rettferdig asylprosess. I lys av dette og UNHCR sine prinsipper antas det at det må foreligge en asylprosess, av en viss kvalitet med visse rettssikkerhetsgarantier, og at det stilles noen minimumskrav til asylsaksbehandlingen.

EMK artikkel 6 gir individer en rett til en rettferdig og offentlig rettergang innen rimelig ved en uavhengig og upartisk domstol. Selv om denne bestemmelsen ikke primært retter seg mot saksbehandlingen i forvaltningen, men til den etterfølgende behandlingen i domstolene, vil den bli sett under ett når det gjelder kravet til rett til avgjørelse innen rimelig tid. Artikkel 13 om retten til effektivt rettsmiddel og artikkel

¹⁰⁵ Hathaway (2014) side 26

¹⁰⁶ General Comment, No. 4, avsn. 12 og 13

¹⁰⁷ General Comment nummer 4, avsnitt 12 og 13

¹⁰⁸ General Comment nummer 4, avsnitt 29

¹⁰⁹ UNHRCR (2011), avsnitt 189

¹¹⁰ UNHCR (1977), avsnitt 14 og 23

14 om forbudet mot diskriminering har også betydning når det gjelder saksbehandling i offentlig forvaltning. Artikkel 13 gir enhver person hvis rettigheter EMK er blitt krenket, rett til en «effektiv prøvingsrett ved en nasjonal myndighet». Artikkel 14 oppstiller et aksessorisk diskrimineringsforbud som innebærer at forvaltningen i saker som berører EMK-rettighetene, ikke kan praktisere en saksbehandling som gjør forskjeller etter blant annet kjønn, rase, hudfarge eller språk. SP har også tilnærmet samme prosessuelle rettigheter som følger i EMK. SP artikkel 14 om rettferdig rettergang stiller særskilte krav til saksbehandlingen i forvaltningen utover det EMK artikkel 6 gjør, slik denne bestemmelsen er tolket i praksis.¹¹¹ Det følger av Barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1 at offentlige myndigheter ved alle handlinger som berører barn skal legge til grunn «barnets beste» som «et grunnleggende hensyn». Dette innebærer at forvaltningen må ta hensyn til barnets beste både under saksbehandlingen og i den konkrete avgjørelsen som treffes. I artikkel 12 blir dette nærmere presisert hvor det stilles krav til saksbehandlingen. EU-charteret artikkel 41 har en bestemmelse om rett til god forvaltning, og om at enhver har rett til å få sin sak behandlet upartisk, rettferdig og innenfor en rimelig frist. Artikkel 41 omhandler særlig retten til å bli hørt, til dokumentinnsyn, og en plikt for forvaltningen til å begrunne sine avgjørelser. EU-domstolene har gitt uttrykk for at den bestemmelsen er et uttrykk for en alminnelig rettsgrunnsetning som binder medlemsstatenes forvaltningsorganer ved behandlingen av EU-saker.¹¹² I EU-sammenheng inngår retten til god forvaltning som en menneskerettighet. Retten til en asylprosess henger tett sammen med tilgangen til en etablert asylprosess og en effektiv håndheving av torturforbudet og non refoulement-prinsippet. Dette er noe som har kommet til uttrykk gjennom flere avgjørelser i EMD. En sentral avgjørelse er storkammeravgjørelsen *Hirsi Jamaa og andre mot Italia*. Denne avgjørelsen viser at tilgang til en fungerende asylprosess er en forutsetning for at forbudet mot refoulement i artikkel 3 kan overholdes. Tilslutning til flyktningkonvensjonen trekkes fram av EMD som en viktig indikator på om man kan stole på at artikkel 3 vil bli respektert. Dommen illustrerer at selv om rettighetene i EMK, plikten til non refoulement i flyktningkonvensjonen og retten til å søke asyl er underlagt ulike rettslige regimer, henger de i praksis tett sammen.

Ordlyden i menneskerettighetserklæringen artikkel 14 gir en rett til å søke asyl i form av å fremme en asylsøknad. Det følger en rett til å søke asyl også av flyktningkonvensjonen i form av en rett til å få avklart flyktningstatus. Flyktningkonvensjonen og EMK utleder en rett til en prosess for å avklare henholdsvis spørsmålet om beskyttelsesbehovet og vern mot utsendelse. UNHCR sine krav til asylprosessen er prosesskrav som blant annet går ut på at en asylsøker må få nødvendig veiledning om prosedyren, få tilgang til tolk og mulighet for å kontakte UNHCR for bistand i søknadsprosessen. Disse kravene er ikke bindende, men de er med på å sikre «impartiality» og «objectivity» i tråd med prinsippet om likhet for loven.¹¹⁵ Videre framgår det av EMD sin praksis at tilgang til en asylprosess er en forutsetning for å overholde forbudet mot tortur etter EMK artikkel 3.

Rett til en asylprosess etter EMK er noe som kommer fram når artikkel 3 tolkes i sammenheng med konvensjonens prosessrettigheter. EMD har med utgangspunkt i artikkel 3 og 13 utviklet sterke prosessuelle garantier for behandlingen av asylkrav.

Da forbudet mot refoulement er innfortolket i EMK artikkel 3 og utsendelse av asylsøkere derfor «may give rise to an issue under Article 3», må asylsøkerens prosessuelle rettigheter fastlegges i tråd med konvensjonens rettsikkerhetsgarantier. I

¹¹¹ Høstmælingen, Njål (2012), *Internasjonale menneskerettigheter* side 195

¹¹² Christoffer C. Eriksen og Halvard H. Fredriksten, *EØS-rettslige rammer for ny forvaltningslov, 2017*

¹¹⁵ UNHCR (1977) avsnitt 16

Hirsi-saken¹¹⁴ blir asylsøkerens prosessgarantier forankret i flyktningrettens non re-foulement-prinsipp og den tilhørende retten til å få avklart flyktningstatus. Det blir gitt en grundig oppsummering av hvilke krav som stilles til asylsaksbehandlingen etter EMK.¹¹⁵ Det blir sett på prosessrettighetene i flyktningretten og EMK i sammenheng og der de blir knyttet til non re-foulement-prinsippet. EMD ved dommer Pinto de Albuquerque, slår fast at for å sikre en slik prosess må visse konkrete garantier komme til anvendelse overfor alle asylsøkere, og at disse garantiene er anerkjent både i flyktningretten og den globale samt regionale menneskeretten:

«For the refugee-status determination procedure to be individual, fair and effective, it must necessarily have at least the following features: (1) a reasonable time-limit in which to submit the asylum application; (2) a personal interview with the asylum applicant before the decision on the application is taken; (3) the opportunity to submit evidence in support of the application and dispute evidence submitted against the application; (4) a fully reasoned written decision by an independent first-instance body, based on the asylum-seeker's individual situation and not solely on a general evaluation of his or her country of origin, the asylum-seeker having the right to rebut the presumption of safety of any country in his or her regard; (5) a reasonable time-limit in which to appeal against the decision and automatic suspensive effect of an appeal against the first-instance decision; (6) full and speedy judicial review of both the factual and legal grounds of the first-instance decision and; (7) free legal advice and unrestricted access to UNHCR or any other organization working on behalf of UNHCR.»¹¹⁶

I Hirsi-saken kommer EMD dermed fram til at asylsøkere må gis en rimelig tidsfrist for å fremme asylsøknaden, det må finne sted et personlig intervju, en adgang til å fremme egne samt imøtegå andres bevis, det må være en skriftlig avgjørelse av en uavhengig førsteinstans basert på asylsøkerens individuelle situasjon, rimelig klagefrist og oppsettende virkning av klagen, full overprøving av førsteinstansens avgjørelse, fri rettshjelp og tolk samt adgang til UNCHR. Utover dette avslår domstolen i stor grad å henvise direkte til flyktningkonvensjonen og viser i stedet til menneskerettslige rettssetninger som vernet mot utsendelse. EMD har dermed særlig søkelys på om prosessen er effektiv nok til å forhindre utvisning til grove menneskerettsbrudd. Av EMKs tilleggsprotokoll 4, artikkel 4, som forbyr kollektiv utvisning av utlendinger, kan det utledes en plikt til å behandle asylsøknader individuelt. Artikkel 13, som gir rett til et effektivt prøvingsmiddel, stiller krav både til tilgangen til asylprosessen og til beslutningstakers vurdering. Statene plikter å sikre migranter en reell tilgang til en asylprosess. Dette innebærer blant annet en plikt til å gi informasjon, sikre rettshjelp og tolk. Artikkel 13 stiller et krav om at beslutningsprosessen ikke er mangelfull og kan tjene som en skranke mot vedtak og prosedyrer som ikke i tilstrekkelig grad bidrar til håndhevingen av disse prosessuelle rettighetene.

Denne gjennomgangen viser at vi har en rett til å søke asyl og en rett til en asylprosess som i tillegg stiller krav til beslutningsprosessen. Disse prosessuelle rettighetene anses videre som en nødvendig betingelse for oppfyllelsen og realiseringen av flere materielle rettigheter, som torturforbudet og non re-foulement-prinsippet.

¹¹⁴ Hirsi Jamaa og andre mot Italia

¹¹⁵ Hirsi Jamaa og andre mot Italia, side 59–79

¹¹⁶ Hirsi Jamaa og andre mot Italia, side 72

4.6 Nærmere om den torturutsattes rettsstilling i asylprosessen

De sentrale rettighetene til torturutsatte og det grunnleggende og absolutte forbudet mot refolement tilsier et særlig behov for grundige og kvalifiserte vurderinger og for en forsvarlig ivaretagelse av de torturutsattes rettsstilling i asylprosessen. Den komplekse og sammensatte vurderingen av spørsmålet om tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling er et aktuelt tema i hver konkret sak og tilsier behovet for klare og effektive identifiseringsverktøy i saksbehandlingen. Dette igjen krever en asylprosess med tilstrekkelig grad av planlegging, kompetanse og kvalitet.

Når det gjelder bevisbyrden og risikovurderinger, har CAT uttalt at bevisbyrden i utlendingssaker ligger hos asylsøkeren, og at vedkommende må legge fram opplysninger som tilsier at han eller hun risikerer tortur. Har en person lagt fram informasjon som kan gi grunn til å frykte tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, skifter bevisbyrden over på myndighetene. Da må de bevise at det er trygt å returnere.¹¹⁷ I EMD-saken *F.G. mot Sverige (2016)* ble tilsvarende syn slått fast. Det ble lagt til grunn at bevisbyrden i utgangspunktet ligger hos søkeren, og at vedkommende må legge fram opplysninger og bevis som kan tyde på at det er en reell fare for overgrep. Dersom søkeren klarer det, skifter bevisbyrden. Da må staten tilbakevise at det er en slik risiko.¹¹⁸ Det heter i dommens avsnitt 34 at:

«Moreover, the Court acknowledges, that, owing to the special situation in which asylum seekers often find themselves, it is frequently necessary to give them the benefit of the doubt when it comes to assessing the credibility of their statements and the documents submitted in support thereof. However, when information is presented which gives strong reasons to question the veracity of an asylum seeker's submissions, the individual must provide a satisfactory explanation for the alleged discrepancies.»

«In principle, the applicant has to adduce evidence capable of proving that there are substantial grounds for believing that, if the measure complained of were to be implemented, he would be exposed to a real risk of being subjected to treatment contrary to Article 3 of the Convention. Where such evidence is adduced, it is for the Government to dispel any doubts about it.»

I relasjon til bevisvurderingen i asylsaker har CAT kommet med noen sentrale uttalelser om troverdighetsvurderingen av torturutsatte og om at det må tas høyde for at torturofre kan ha vanskelig for å gi en klar og presis framstilling av torturen på grunn av traumer. Komiteen har uttalt at det til en viss grad må godtas uklare og motstridende opplysninger med den begrunnelse at «complete accuracy can seldom be expected from victims of torture».¹¹⁹ Dette inngår dermed som et ytterligere hensyn som det i asylprosessen må tas høyde for. CAT legger vekt på at risikovurderingen i utlendingssaker er framtidsrettet, og at det må foreligge en framtidig fare på avgjørelsestidspunktet. Et sentralt moment vil dermed være om asylsøkeren allerede har blitt utsatt for tortur, og det må identifiseres om og i så fall hva slags skader vedkommende har blitt påført. Medisinske undersøkelser og erklæringer som kan dokumentere tortur og ettervirkninger, vil i denne sammenheng ha stor betydning for

¹¹⁷ Komiteens General Comment nummer 1: Refoulement and communications (implementation of article 3 in the context of article 22) (1996) punkt 5 og klagepraksis i *Aemei mot Sveits (1997)* avsnitt 9.6, *M.A.K. mot Tyskland (2004)* avsnitt 13.5 og *Chedli Ben Ahmed Karoui mot Sverige (2002)* avsnitt 10.

¹¹⁸ *F.G. mot Sverige (2016)*, avsnitt 34

¹¹⁹ *Alan mot Sveits (2002)*, avsnitt 11.3

rettsstillingen til en torturutsatt asylsøker. Det er i tillegg sentralt, som presisert gjennom EMD-praksis, at når det er aktuelt og behov for det, skal det foretas de nødvendige undersøkelser for å avklare forholdet omkring asylsøkerens helse foretas, som kan tilsi et særskilt behov for beskyttelse etter konvensjonsrettigheter. Som vi har gjennomgått, vil helsemessige forhold i spesielle tilfeller kunne utløse et vern mot utsendelse. Medisinske helseundersøkelser vil også i denne sammenheng ha en særlig betydning for asylsøkerens rettsstilling, både hva gjelder personens rettigheter til helsehjelp og rehabilitering og til en rettssikker saksbehandling.

CAT har i forbindelse med sin tilbakemelding til Hellas i 2019 vedrørende statens asylsystem¹²⁰ påpekt at det må være etablere og klare retningslinjer med tilhørende opplæring om identifisering av torturofre blant asylsøkere som er i behov for internasjonal beskyttelse. Samme år rettet CAT også en klar oppfordring til Portugal om å sikre etableringen av effektive mekanismer for rask identifisering av torturofre blant asylsøkere.¹²¹ CAT har i tillegg i 2019 påpekt i sin tilbakemelding til Nigeria at staten må ha klare retningslinjer relatert til opplæringsprogrammer for identifisering av asylsøkere utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling.¹²² CAT rettet en særlig kritikk for mangelen på identifikasjonsprosedyrer vedrørende sårbare personer som torturutsatte i Nigeria.¹²³ Tilsvarende kritikk ble også rettet mot Kypros i 2019 der det i tillegg blir understreket at det må etableres indentifiseringsprosedyrer for å vurdere og ivareta de spesielle behovene til asylsøkere og særlig torturutsatte. Det blir særlig framhevet et behov for en effektiv og rask gjennomføring av undersøkelser av torturutsatte og at det må være etablert prosedyrer som kan sikre gjennomføringen av grundige medisinske, psykologiske og psykiatriske undersøkelser av potensielle torturofre.¹²⁴

Et annet og viktig moment er om det finnes et «gjennomført mønster for grove, åpenbare eller omfattende brudd på menneskerettigheter» i hjemlandet, jamfør TK artikkel 3 nummer 2. Dette tillegges ofte stor vekt, men vil ikke alene medføre en krenkelse av artikkel 3. Det avgjørende er om den enkelte asylsøker risikerer tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Det er ikke adgang til å overse eller relativisere risikoen for tortur av hensyn til rikets sikkerhet.¹²⁵ Kypros ble gitt en frist for å utbedre manglene som blir kritisert og blir særskilt anmodet om en forbedring av screeningssystemet for å sikre tidlig identifisering, henvisning, bistand og støtte til sårbare asylsøkere som har blitt utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Kypros ble oppfordret til å treffe effektive tiltak for å sikre en grundig etterforskning av alle tilfeller av kjønnsbasert vold, særlig mot flyktninger, asylsøkere og innvandrerkvinner og -jenter, og særlig de tilfellene som dreier seg som statens unnlatelser.¹²⁶

I desember 2009 presenterte Europakommisjonen forslag til endringer og tilleggsbestemmelser i EUs prosedyredirektiv, som gjelder for alle medlemsland med unntak av Danmark. Norge er ikke formelt bundet av EUs direktiver på asylfeltet, men slik det er vist til i gjennomgangen, har EU-landenes politikk likevel stor betydning for utviklingen i Norge, og norske myndigheter har gjentatte ganger uttrykt et ønske om

¹²⁰ CAT/C/GRC/CO/7, 2019, para. 19, litra d

¹²¹ CAT/C/PRT/CO/7, para 38, lidra d

¹²² CAT/C/NER/CO/2, para 26, litra c

¹²³ Para 26

¹²⁴ CAT/C/CYP/CO/5, para 32

¹²⁵ CAT/C/18/D/39/1996, Tapia Peaz mot Sverige (1997), avsnitt 145, CAT/C/18/D/34/1995 Aemei mot Sveits, para. 9.8, CAT/C/34/D/233/2003, Agiza mot Sverige (2005), para. 13.8' CAT/C/38/D/300/2006 Tebourski v. France para. 8.3

¹²⁶ Para 46

harmonisering mellom norsk og europeisk regelverk og praksis. Arbeidet for en felles asyl- og migrasjonsplattform i EU er intensivert, og jo mer samkjørt asylpolitikk i EU-landene blir, jo viktigere er det at Norge følger med på utviklingen. Det er en stor vektlegging av de medisinske aspektene i asylprosessen i Europa, noe som innebærer at det også i Norge er nødvendig med nye ordninger tilpasset psykisk syke asylsøkeres forutsetninger og behov, i tråd med Istanbulprotokollens prinsipper. Direktivet inneholder viktige bestemmelser om asylprosesser og individuell prøving av asylsaker i første instans. Felles prosedyreregler utgjør derfor, i utgangspunktet, en viktig byggestein i CEAS. Prosedyredirektivet inneholder rettssikkerhetsgarantier om blant annet muligheten til personlig intervju for asylsøker, rett til informasjon, rett til å kommunisere med UNHCR, rett til advokatbistand og rett til å klage på negativt vedtak. Direktivet inneholder dessuten særlige regler for enslige mindreårige asylsøkere og henviser til at medlemslandene skal utøve prosedyrereglene på en kjønns sensitiv måte. I artikkel 4 er det slått fast at nasjonale myndigheter skal sørge for opplæring og ekspertise om traumer blant ansatte i utlendingsforvaltningen. Artikkel 17 omhandler helseundersøkelser og rettsmedisinske rapporter og sier blant annet at utlendingsmyndighetene skal sørge for helseundersøkelser i tilfeller hvor det er rimelig grunn til å tro at asylsøkeren lider av PTSD. Helse dokumentasjon skal særlig vektlegges i vurderingen av asylforklaringens troverdighet.

Med endringene i mottaksdirektivet ble det fra juli 2015 definert som en forpliktelse for EUs medlemsland å identifisere og støtte personer som har vært utsatt for tortur, og som søker om asyl i medlemslandene. Både EUs prosedyredirektiv og mottaksdirektiv rommer spesielle bestemmelser for identifisering av tortur i forbindelse med at personer søker om asyl. I tillegg pålegger det medlemslandene å vurdere om asylsøkere utsatt for traumatiske erfaringer også har spesielle behov i forbindelse med mottakssituasjonen.¹²⁷ Returdirektivet fra 2008¹²⁸ innebærer en videreutvikling av Schengen-regelverket og har to hovedformål: samordne returpraksisen av utlendinger som oppholder seg ulovlig innenfor EU og på Schengen-territoret, og virke slik at medlemslandene øker sin bruk av frivillig retur.¹²⁹ Returdirektivet omfatter kun tredjelandborgere, og begrepet er definert i returdirektivets artikkel 3(1) som enhver person som ikke er EU-borger etter Romtraktaten¹³⁰ artikkel 17 nummer 1, og som ikke har rett til fri bevegelighet i henhold til fellesskapsretten som følger av grenseforordningen¹³¹ artikkel 2(5). Returdirektivet er et av resultatene av EUs returprogram fra 2002, som inneholder en felles strategi for EUs returpolitikk og gjelder både frivillig og tvungen retur.¹³² Returdirektivets artikkel 8(6) innebærer en plikt for staten til å ha et effektivt tilsynssystem i samsvar med kravene i direktivet. Hensynet bak dette er å sikre rettssikkerheten til utlendinger som skal returneres, i tråd med folkerettslige forpliktelser og i særlig grad non refoulement-prinsippet.

Prosedyredirektivets artikkel 18 omhandler helseundersøkelser og rettsmedisinske rapporter som gjelder tegn som kan indikere tidligere opplevd forfølgelse eller skade. Det følger av bestemmelsen at utlendingsmyndighetene skal sørge for helseundersøkelser i tilfeller hvor det er rimelig grunn til å tro at asylsøkeren lider av PTSD. Helse dokumentasjon skal særlig vektlegges i vurderingen av asylforklaringens

¹²⁷ Eu reception directive; irect 2016, side 39 og EUs «Medical examination in the asylum procedure» Article 18 Directive 2013/32/EU (2017)

¹²⁷ EP/Rdir/2008/115/EF/ punkt 10 og 20

¹²⁸ 2008/115/EF

¹²⁹ EP/Rdir/2008/115/EF/ punkt 10 og 20

¹³⁰ Traktaten om opprettelse av Det europeiske fellesskap

¹³¹ Forordning/2006/562/EF

¹³² Return Action Programme for the European Union

troverdighet. I tillegg pålegger det medlemslandene å vurdere om asylsøkere utsatt for traumatiske erfaringer også har spesielle behov i forbindelse med mottakssituasjonen.

Den grunnleggende betydningen torturforbudet og vernet mot utsendelse har og den særlige plikten staten har til å beskytte disse rettighetene, tilsier at staten må ha en velfungerende asylprosess. De krevende og til dels komplekse vurderingene, som på den ene siden knytter seg til selve saksbehandlingen i asylprosessen til en torturutsatt og på den andre siden til de viktige rettighetene som staten skal beskytte, tilsier et særlig behov for en grundig prosedyre, der innhenting av dokumentasjon blir gjort når det er behov for det, medisinske undersøkelser blir gjennomført, og der saksbehandlere besitter den nødvendige kompetansen og identifiseringsverktøyene som gir grunnlag for beslutninger.

4.7 Istanbulprotokollen – IP

Istanbulprotokollen («The manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment») er en manual for etterforskning, utredning og dokumentasjon av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Den anses å være de første internasjonale retningslinjene for dokumentasjon av tortur og torturens konsekvenser og ble et offisielt FN-dokument i 2001.

Istanbulprotokollen ble utarbeidet av mer enn 75 eksperter innen jus, helse og menneskerettigheter i løpet av en periode på tre år og ble utgitt og forelagt FNs høykommissær for menneskerettigheter den 9. august 1999. Både FNs generalforsamling og den daværende FNs menneskerettighetskommisjon har sterkt oppfordret til å reflektere over prinsippene i protokollen som et nyttig verktøy for å bekjempe tortur. CAT viser regelmessig til protokollen i sine anbefalinger til medlemslandene. FNs spesialrapportør for tortur har understreket i sine generelle anbefalinger fra 2003 viktigheten av Istanbul-prinsippene i sammenheng med å etablere uavhengige nasjonale myndigheter for etterforskning: hastighet og uavhengighet av undersøkelser av rettsmedisinske tjenester av statlige etterforskningsorganer og innhenting av rettsmedisinske bevis.

FNs menneskerettighetskommisjon sin resolusjon av 23. april 2003 om menneskerettigheter og rettsvitenskap viste til disse prinsippene som et nyttig verktøy for å bekjempe tortur. På samme måte ble det henvist til Istanbulprotokollen i resolusjonen om nasjonale etterforskningsmyndigheters kompetanse til å forhindre tortur.¹³³ Istanbulprotokollen er også blitt vedtatt av flere regionale organer. Den afrikanske kommisjonen for menneskerettigheter drøftet viktigheten av Istanbulprotokollen under sin 32. ordinære samling i oktober 2002 og konkluderte med at undersøkelser av alle påstander om tortur eller mishandling skal gjennomføres raskt, upartisk og effektivt og være guidet av Istanbul-prinsippene.

Selv om Istanbulprotokollen ikke er et rettslig bindende dokument, forplikter folkeretten statene til å undersøke og dokumentere hendelser av tortur og andre former for mishandling og til å straffe de ansvarlige på en effektiv, hurtig og upartisk måte. Som ledd i dette anses Istanbulprotokollen som et sentralt og viktig verktøy for identifisering og undersøkelser i saker vedrørende tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Den europeiske union har henvist til Istanbulprotokollen i sine retningslinjer for EUs politikk mot tortur og annen grusom og nedverdiggende

¹³³ Commission on Human Rights Resolution 2003/33, 57th meeting, 23. April 2003

behandling overfor tredjeland, som ble vedtatt av rådet for generelle anliggender i 2001. EUs retningslinjer nevner at stater bør «gjennomføre hurtig, upartisk og effektiv etterforskning av alle påstander om tortur i samsvar med Istanbul-reglene som er vedlagt CHR-resolusjon 2000/43», og at de skal «etablere og drive effektive innenlandske prosedyrer for å svare på og etterforske klager og rapporter om tortur og mishandling i samsvar med Istanbul regler». Andre institusjoner og organisasjoner har gjentatt FNs og andre organers anbefalinger i sine rapporter, uttalelser og kommentarer (inkludert Rådgivende råd for jurister og Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions). Gjennomgående vises det til Istanbulprotokollen, som omtales som et nyttig verktøy i arbeidet med å bekjempe tortur, og der regjeringer oppfordres til å reflektere over prinsippene i protokollen og med henvisninger til at alle undersøkelser og dokumentasjon vedrørende anførsler om tortur bør utføres omgående, upartisk og effektivt og ledes av Istanbul-prinsippene.

Det er en stadig økt oppmerksomhet rundt Istanbulprotokollens betydning og anvendelse, noe som også kommer til syne gjennom rettspraksis, både internasjonalt og nasjonalt. I *Bati mot Tyrkia*¹³⁴ dreide det seg om en person som hadde anført at han var blitt torturert av representanter fra myndighetene. Det ble uttalt at der det er grunn til å tro at noen kan ha blitt torturert, skal nasjonal lovgivning legge til rette for en grundig og effektiv etterforskning av dette. Videre ble det vist til at uansett hvilken metode som benyttes for undersøkelser av tortur, må myndighetene handle så snart en offisiell klage er fremmet. Også der det ikke er fremmet en klage, men der det er tilstrekkelig klare indikasjoner på at tortur eller mishandling har funnet sted, skal undersøkelse i tråd med Istanbulprotokollen finne sted. Det vises til at myndighetene må ta hensyn til de spesielle omstendighetene til torturofre og det faktum at dette er personer som ofte vil kunne være mindre klare eller villige til å beskrive og gjøre gjeldende de krenkelsene de har blitt utsatt for. I *Oxbey mot Tyrkia* blir den samme forståelsen som i Bati-saken lagt til grunn, om torturundersøkelser og anvendelsen av Istanbulprotokollen. Tilsvarende gjelder i saken *Aksoy mot Tyrkia* (1996). En høyesterettsavgjørelse fra Storbritannia¹³⁵ illustrerer også den praktiske betydningen anvendelsen av Istanbulprotokollen har i asylsaker.

Istanbulprotokollen har som mål å sette en internasjonal standard for vurderingen av ofrenes tilstand, som angivelig har gått gjennom tortur og grusom og umenneskelig behandling. Medisinsk ekspertise anses som viktig i arbeidet med å undersøke og etterforske tortursaker og for å bringe til veie funn. I relasjon til torturutsatte i asylprosessen er Istanbulprotokollen primært adressert til personer som arbeider i helsetesenet, som gjennomfører medisinske undersøkelser og behandling av torturutsatte, medisinsk ekspertise som deltar i undersøkelsen eller etterforskningen av tortursaker, og til dem som ellers er satt til å gi en vurdering i forbindelse med saksbehandling i asylsaken. Det anses også av betydning for advokater, dommere, nemndledere og saksbehandlere å anerkjenne fagkunnskap om undersøkelse av torturutsatte og sørge for å tilegne seg nødvendig kompetanse og knytt til seg fagkompetanser.

CAT har rettet en særlig kritikk til flere land for mangelen på eller fravær av etablerte prosedyrer for identifisering og undersøkelse av sårbare asylsøkere, i særdeleshet personer som har vært utsatt for tortur og som kan være potensielt ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. I 2019 ble en slik kritikk rettet blant annet mot Kypros der både mangelen på prosedyrer for identifisering av

¹³⁴ EMD-1996-33097

¹³⁵ KV (Sri Lanka) (Apellant) Secretary of State for the Home Department (Respondent) 2019 UKSC 10, 06.03.19

torturerte asylsøkere og manglende tilgang på medisinske undersøkelser tidlig i asylfasen ble påpekt. I anbefalingene ble staten sterkt oppfordret til å etablere tiltak for å sikre en rask og effektiv gjennomføring av medisinske undersøkelser av potensielle ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, og i samsvar med Istanbulprotokollen.¹³⁶ CAT ber spesifikt om tilbakemelding på om sårbarhetsprosedyrer brukes konsekvent på alle asylsøkere, om hvilke tiltak som er satt inn for å ivareta og beskytte sårbare asylsøkere, og om identifiseringsprosedyrene er nedfestet i nasjonallovgivningen.¹³⁷

Når en ser på Torturkomiteens praksis og anbefalinger samlet sett i forbindelse med identifisering og dokumentasjon av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, synes det rimelig å konkludere at dette inngår som en del av de forutsetninger som må være til stede for at flere av de øvrige forpliktelsene skal kunne bli oppfylt. En kan knytte identifisering av tortur både til forpliktelsene til å etterforske, straffe, forebygge og rehabiliterer eller gi erstatning til personer utsatt for tortur. Konkret vises det til nødvendigheten av å implementere Istanbul protokollen med henblikk på identifisering og dokumentasjon både i den generelle kommentaren nummer 3 om rehabilitering¹³⁸ og den generelle kommentaren nummer 4 som tiltak som kan bidra til å forebygge brudd på non-refoulement prinsippet.¹³⁹ I tilknytning til identifisering av sårbarhet hos asylsøkere, konkret personer som har vært utsatt for tortur og umenneskelig behandling, samt identifisering av personer som er i behov for beskyttelse, er etableringen av mekanismer og prosedyrer for å identifisere dette, tilgang på medisinsk vurdering samt opplæring av relevant personell i slike oppgaver, tillagt stor betydning. Vi viser her til CATs COBS overfor en rekke land, som vist overfor. Tidligere leder av TK, Jens Modvig, uttalte i intervjuet vi gjennomførte med ham for dette prosjektet følgende:

«Jeg mener det er en fast del af CAT's jurisprudence at sikre, at statsparter identificerer torturofre blandt asylansøgere og migranter. Det sker alt for sjældent og det har jo den konsekvens, at den behandling, de er berettiget til, bliver forsinket betragsligt. Og som komiteen har skrevet i GC3, er dette at betragte som konventionsbrud, da torturofre har krav på behandling umiddelbart eller i hvert fald uden forsinkelse. Jeg mener også, at det er CAT's praksis at tortur og ill-treatment skal kortlægges i forbindelse med refugee status determination fordi tidligere tortur eller ill-treatment kan være indikativt for risikoen for fremtidig tortur og ill-treatment. Enig i at dette er præciseret i GC4.»

Sist men ikke minst er Istanbulprotokollen og Istanbulprinsippene som de fleste land, inkludert Norge, har gitt sin tilslutning til, som et sterkt og autoritativt veiledende dokument, tydelig på dette punktet. Istanbul protokollen er et ikke-bindende dokument, og stater anbefales å anvende denne som ledd arbeidet med å undersøke, dokumentere, straffeforfølge osv tortur/CIDT. Selv om det altså anses som et "non-binding document", kan det vises til folkerettens forpliktelse til å undersøke og dokumentere tortur og andre former for menneskelig behandling og straffe de ansvarlige slik dette vises til i konvensjonene, for eksempel CAT artikkel 4.¹⁴⁰

¹³⁶ CAT/CYP/CO/5, para 17

¹³⁷ Para 33 a)

¹³⁸ GC No 3, avsnitt 13

¹³⁹ GC No 4, avsnitt 18, d og g.

¹⁴⁰ "...to punish those responsible in a comprehensive, effective, prompt and impartial manner. The IP is a non-binding document. However, international law obliges governments to investigate and

De såkalte Istanbulprinsippene viser til viktigheten av:

«1. The purposes of effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (hereinafter “torture or other ill-treatment”) include the following: (a) Clarification of the facts and establishment and acknowledgement of individual and State responsibility for victims and their families; (b) Identification of measures needed to prevent recurrence; (c) Facilitation of prosecution and/or, as appropriate, disciplinary sanctions for those indicated by the investigation as being responsible and demonstration of the need for full reparation and redress from the State, including fair and adequate financial compensation and provision of the means for medical care and rehabilitation.

2. States shall ensure that complaints and reports of torture or ill-treatment are promptly and effectively investigated. Even in the absence of an express complaint, an investigation shall be undertaken if there are other indications that torture or ill-treatment might have occurred. The investigators, who shall be independent of the suspected perpetrators and the agency they serve, shall be competent and impartial. They shall have access to, or be empowered to commission investigations by, impartial medical or other experts. The methods used to carry out such investigations shall meet the highest professional standards and the findings shall be made public.»

I IP heter det for øvrig:

«Among the concerns addressed by the Committee in its annual reports to the General Assembly is the necessity of States parties to comply with articles 12 and 13 on the Convention against Torture to ensure that prompt and impartial investigations of all complaints of torture are undertaken. For example, the Committee has stated that it considers a delay of 15 months in investigating allegations of torture to be unreasonably long and not in compliance with article 12.19 The Committee has also noted that article 13 does not require a formal submission of a complaint of torture, but that “[i]t is sufficient for torture only to have been alleged by the victim for [a State Party] to be under an obligation promptly and impartially to examine the allegation.»

I den nye Istanbulprotokollen avsnitt 15, heter det i tillegg at:

«Among the concerns addressed by the Committee in its Concluding Observations and decisions on individual complaints is the necessity of States parties to comply with articles 12 and 13 of the CAT to ensure that prompt and impartial investigations of all allegations of torture are undertaken. The Committee has noted that article 13 does not require a formal submission of a complaint of torture, but that “[i]t is sufficient for torture only to have been alleged by the victim for [a State party] to be under an obligation promptly and impartially to examine the allegation”.¹⁴¹ Indeed, even without a complaint, the State is obliged to investigate ex officio if there are reasonable indications that an act of torture has taken place. The Committee’s jurisprudence also emphasises that under articles 12 and 13 of the CAT, investigations into torture should include

document incidents of torture and other forms of ill-treatment and to punish those responsible in a comprehensive, effective, prompt and impartial manner”

¹⁴¹ A/50/44, Committee against Torture, Communication No. 6/1990, *Parot v. Spain*, 26 July 1995, para. 10.4.

a medical examination that complies with the Istanbul Protocol;¹⁴² examine possible complicity of medical personnel;¹⁴³ bring to justice those responsible for the torture and provide redress and reparation to victims.”¹⁴⁴

Det kan på denne bakgrunn være rimelig å konkludere med at selv om stater forpliktelse til å identifisere og dokumentere tortur, og som ledd i dette, etablere de nødvendige mekanismer, prosedyrer og kompetanser til at dette faktisk kan skje, ikke springer direkte ut av konvensjonsteksten og dermed ikke er å betrakte som juridisk bindende forpliktelser i og for seg, er disse å anse ikke bare som meget sterke anbefalinger, men også som forutsetninger for at de faktisk juridisk bindende forpliktelsene skal kunne oppfylles.

4.8 Helserektigheter

Retten til helse er en universell menneskerettighet og av stor betydning for menneskets funksjon og livskvalitet. I 1946 ble retten til helse inntatt i fortalet til Verdens helseorganisasjon (WHO) sin konstitusjon.¹⁴⁵ FNs verdenserklæring om menneskerettigheter i 1948 dannet grunnlaget for at retten til helse i dag er anerkjent som en grunnleggende menneskerettighet i flere internasjonale og regionale konvensjoner verden over. FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) har en egen bestemmelse om torturutsattes behov for fysisk eller psykisk helsehjelp i artikkel 12. ØSK-konvensjonens ekspertkomité beskriver at retten til helse må forstås slik at det tas hensyn til individets biologiske og sosioøkonomiske forutsetninger og til statens tilgjengelige ressurser. Komiteen definerer noen grunnleggende elementer for å oppfylle retten til helse: tilstrekkelige helsefasiliteter, at helsefasilitetene må respektere medisinsk etikk, være kulturelt tilpasset og av god kvalitet.¹⁴⁶ Andre internasjonale og regionale menneskerettighetskonvensjoner som også omhandler helserektigheter og er av spesiell betydning, er FNs kvinnekonvensjon av 18. desember 1979 (KDK) og FNs barnekonvensjon av 20. november 1989 (BK).

ØSK artikkel 12 første ledd tilsier en avveining av på den ene siden retten til høyest oppnåelig helsetilstand og på den annen retten til å være frisk. Retten til helse kan forstås som enhver sin rett til å ha tilstrekkelige forutsetninger for å kunne oppnå god psykisk og fysisk helse, og det er på dette nivået at statenes menneskerettslige forpliktelser etter ØSK artikkel 12 spiller en særlig viktig rolle. Retten til helseytelser for den enkelte etter ØSK artikkel 12 forutsetter et tilgjengelig og godt fungerende helsesystem og en rett til primærhelsetjenester for alle. Helsetjenestene må være i tilstrekkelig omfang, tilgjengelige for alle, medisinsk og kulturelt akseptable og av tilstrekkelig kvalitet.¹⁴⁷ Selv om det er knyttet et ressurs- og tidsforbehold til realiseringen av rettigheter etter ØSK, har ØSK-komiteen formulert statenes kjerneforpliktelser («core obligations») til å oppfylle et minimum av forpliktelsene etter konvensjonen, umiddelbart og uavhengig av ressurser.¹⁴⁸

ØSK artikkel 2 annet ledd forbyr diskriminering på konvensjonens område. ØSK-komiteen har definert diskriminering som forskjellsbehandling som direkte eller indirekte er basert på forbudte grunner til diskriminering, og hvor hensikten eller

¹⁴² CAT/C/57/D/551/2013, Communication No. 551/2013, *Elaiba v. Tunisia*, 9 August 2016, para. 7.10.

¹⁴³ CAT/C/61/D/661/2015, *Rakishev v. Kazakhstan*, para. 10.

¹⁴⁴ CAT/C/56/D/578/2013, Communication No. 578/2013, *E.N. v. Burundi*, 2 February 2016, paras. 7.7–9.

¹⁴⁵ Høstmølingen 2003, side 27 og 28

¹⁴⁶ CESCR 2000, punkt 9, 30 og 12 bokstav a–d

¹⁴⁷ General Comment nummer 3 (1990), avsnitt 10 jamfør Declaration of Alma Ata (1978)

¹⁴⁸ General Comment nummer 14 (2000), avsnitt 43, se også Høstmølingen (2003) side 302

resultatet er å svekke eller oppheve like rettigheter etter konvensjonen. I tillegg til helserettigheter etter ØSK artikkel 12 og som tilkommer alle uansett alder, har vi barns helserettigheter i Barnekonvensjonen artikkel 24. KDK artikkel 12 inneholder helserettigheter i forbindelse med kvinners rett til svangerskapsomsorg og fødsels-hjelp.

Når det gjelder torturutsatte i asylprosessen og deres rett til helsehjelp, er dette belyst i flere internasjonale rettskilder. Torturkonvensjonen artikkel 14 har en egen bestemmelse om rehabilitering av torturutsatte som sier at «Enhver konvensjonspart skal sikre at offeret for en torturhandling får [...] en så fullstendig rehabilitering som mulig». Ifølge torturkomiteens ekspertkomité (CAT 2012) må rehabiliteringen være helhetlig og inkludere medisinsk og psykologisk bistand i tillegg til juridiske og sosiale tjenester. Den torturutsatte må gis den helsehjelpen vedkommende er i behov av, for å kunne gjenopprette en tilfredsstillende funksjon. Staten plikter å gi nødvendig helsehjelp til den torturutsatte og sørge for rehabilitering. Torturkomiteen har gitt en detaljert tolkning av hvordan staten skal gjennomføre rehabiliteringen, som innebærer at staten må ha en langsiktig og integrert tilnærming.¹⁴⁹ Det blir spesielt bedt om at staten sikrer en regelmessig opplæring om Istanbulprotokollen til helsepersonell og andre som jobber med asylsøkere.¹⁵⁰ Torturkomiteen har tolket artikkel 14 til å gjelde også for torturofre som befinner seg utenfor den stat hvor torturen fant sted, altså ekstraterritoriell anvendelse.

4.9 Tortur- og CIDT-utsattes rett til rehabilitering og beskyttelse mot nye krenkelser

TKs artikkel 14 som ble gjennomgått i forrige punkt, omhandler altså en rett til behandling og rehabilitering for torturutsatte og pålegger staten som mottar personer med torturskader og annen grusom og nedverdiggende behandling, å gi oppreisning og tilgang til en så fullstendig rehabilitering som mulig;

«Each state Party shall ensure in its legal system that the victim of an act of torture obtains redress and has an enforceable right to fair and adequate compensation, including the means for as full rehabilitation as possible.»

Torturkomiteen har i sin generelle kommentar nummer 3 uttalt at statspartene har en forpliktelse til å sikre at ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling har en gratis og rask tilgang til rehabiliteringstjenester. Komiteen uttaler at «redress» omfatter både effektive midler og erstatning, noe som innebærer iverksettelse av tiltak av restituerende, rehabiliterende, kompenserende og forebyggende karakter. Det blir videre understreket at statene bør ta hensyn til at ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling kan lide av fysiske eller psykiske skader som tilsier et vedvarende behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester. Videre uttaler komiteen at «Once their health fragility and need for treatment have been medically certified, they should not be removed to a State where adequate medical services for their rehabilitation are not available or guaranteed.»¹⁵¹ I 2019 rettet CAT kritikk mot Kypros for mangel på systemer og ordninger for identifisering av torturutsatte asylsøkere i deres asylprosess og framhevet blant annet at ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling må sikres øyeblikkelig rehabilitering og

¹⁴⁹ CAT General Comment, 11–15.

¹⁵⁰ CAT/CYP/CO/5, para 33, g)

¹⁵¹ General Comment nummer 4, avsnitt 21, og General Comment nummer 3, avsnitt 2

gis en prioritert behandling i asylprosessen.¹⁵² MP-dommen som ble nærmere beskrevet under punkt 4.2.3, slår fast at staten er forpliktet etter TK art. 14 til å sikre den tortur eller CIDT-utsatte, «*rehabilitation and redress*». EU-domstolen uttalte at Den nasjonale domstolen i UK at det skal vurderes hvorvidt personen (MP), på bakgrunn av all tilgjengelig informasjon, ved retur til hjemlandet risikerer å bli *bevisst* fratatt tilgang på nødvendig behandling for de fysiske og psykiske senskadene fra torturen han ble utsatt for av hjemlandets myndigheter. Dette ville være tilfellet blant annet hvis det kan etableres at myndighetene ikke er villige til å sørge for at han eller hun kan rehabiliteres, på tross av sine forpliktelser etter Torturkonvensjonen artikkel 14. Dette ville også være tilfellet dersom landet åpenbart har en diskriminerende praksis som gjør det vanskelig for visse etniske grupper, eller enkelte grupper mennesker, som den som MP tilhører, å få tilgang til helsebehandling for senskader av tortur begått av hjemlandets myndigheter.

Professor i internasjonal rett og menneskerettigheter Malcolm David Evans har i sin bok *Research Handbook on Torture* sett nærmere på betydningen av torturforbudet sett fra ulike ståsteder. For en torturist vil forbudet innebære at hans eller hennes handlinger er i strid med grunnleggende menneskerettigheter, og vedkommende må straffeforfølges. For den torturutøvende stat som ikke kan straffes på samme måte som et individ, innebærer forbudet at staten må holdes ansvarlig for brudd på folkerettslige forpliktelser. Fra torturofferets ståsted er torturforbudet sentralt når det gjelder statens plikt til å sikre at ingen blir utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, «no one shall be subject to such ill-treatment». Hvis statens forpliktelser er forsvarlig ivaretatt gjennom etablerte beskyttelsestiltak som sikrer at ingen blir utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, skal det i utgangspunktet ikke være behov for behandling av torturutsatte, da dette ikke vil inntreffe. Det er dette forfatteren omtaler i sin bok, om torturforbudets todelte dimensjon der elementet av forbud er uløselig bundet til forebygging som et viktig internasjonalt instrument mot tortur.¹⁵³

Til EUs nye statusdirektiv er det foreslått at det under saksbehandlingen alltid skal gjøres en vurdering av hvorvidt asylsøker kan henvises tilbake til et annet sted i hjemlandet, EUs statusdirektiv spesifiserer vilkårene for å få beskyttelse. Direktivet handler også om rettigheter og integreringstiltak for dem som har fått beskyttelse. Statene må blant annet sørge for at de som har fått beskyttelse, har tilgang på helsehjelp på samme måte som borgerne av den aktuelle staten, jmfør artikkel 30 nummer 1. Det er også bestemt at staten, når det er nødvendig, må gi adekvat helsehjelp til personer som har fått beskyttelse, og som har særlige behov, inkludert behandling av psykiske lidelser, jmfør artikkel 30 nummer 2. Torturutsatte er spesielt nevnt i bestemmelsen.

EUs mottaksdirektiv inneholder i tillegg viktige bestemmelser om hvordan sårbare asylsøkere skal ivaretas, som mindreårige, funksjonshemmede og personer som har vært utsatt for tortur, voldtekt eller andre former for fysisk eller seksualisert vold mv.¹⁵⁴ Evalueringen av reglene i 2007 viste at bare seks av medlemslandene hadde tatt reglene om sårbare asylsøkere med spesielle behov på alvor og iverksatt tiltak for å identifisere disse. I henhold til nåværende direktiv skal de tas hensyn til. Mottaksdirektivet inneholder regler om hvordan asylsøkere skal mottas, og angir minstestandarder for blant annet tilgangen til helsetjenester. Når direktivet skal implementeres i nasjonal rett, er statene forpliktet til å ta hensyn til om en asylsøker for eksempel

¹⁵² CAT/CYP/CO/5, para 33, d)

¹⁵³ Evans, *Research Handbook on Torture* (2020), side 4

¹⁵⁴ Dette er nærmere beskrevet under punkt 2.5.

har vært utsatt for tortur eller annen form for alvorlig psykologisk, fysisk eller seksuell vold, jmfør artikkel 21. I artikkel 22 er det lagt særlig vekt på viktigheten av å identifisere sårbare med spesielle behov, og det vises særlig til forhold i forbindelse med mottaket og asylprosessen. Direktivet slår også fast at statene må sikre at barn som har vært utsatt for tortur, henvises til rehabiliteringstjenester, jmfør artikkel 23. Statene må dessuten sikre at det er lagt til rette for tilstrekkelig psykisk helsehjelp, og at det blir gitt kvalifisert hjelp når det er nødvendig. I artikkel 25 er det bestemt at personer som har blitt torturert, må få nødvendig behandling for skadende de er påført, særlig tilgang på tilstrekkelig medisinsk og psykologisk behandling og omsorg. Det følger videre av samme bestemmelse at personer som jobber med torturutsatte, må få tilstrekkelig opplæring i hvilke behov denne gruppen har, jmfør artikkel 25. I forbindelse med innføringen av direktivet ble alle stater blant annet pålagt å rapportere hvordan torturutsatte ble identifisert av staten. Det felleseuropeiske regelverket pålegger altså EU-staten konkrete plikter overfor asylsøkere som er torturert.

FNs barnekonvensjon artikkel 37 bokstav a første punktum¹⁵⁵ har en bestemmelse om forbud mot tortur og om rettigheter for barn som har vært utsatt for tortur. Staten må blant annet gjennom lovgivning og praktiske og økonomiske prioriteringer sørge for at barn som har vært utsatt for tortur, får nødvendig rehabilitering. Konvensjonen vil i så måte ofte sette rammene for den minstestandard som gjelder når barn er involvert. Barnekonvensjonen og prinsippet om barnets beste kan også få betydning i saker som i utgangspunktet gjelder foreldrenes kartlegging av hvorvidt de er torturutsatt, og videre deres tilgang til rehabilitering fordi manglende kartlegging og rehabilitering til en voksen kan føre til en situasjon som er belastende for barnet, og som derfor ikke er i tråd med barnets beste.

FNs barnekomité har i sin General comment No 15 «On the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health»¹⁵⁶ er det uttalt at «Children are entitled to quality health services, including prevention, promotion, treatment, rehabilitation and palliative care services. At the primary level, these services must be available in sufficient quantity and quality, functional, within the physical and financial reach of all sections of the child population, and acceptable to all. The healthcare system should not only provide health-care support but also report the information to relevant authorities for cases of rights for cases of rights violations and in justice, with functional referral systems linking communities and families at all levels of the health system».¹⁵⁷ Det er i tillegg fremhevet at komiteen, plikten medlemsstaten har med å sikre adekvat behandling og rehabilitering til barn med psykiske lidelser.¹⁵⁸

Det hviler etter dette en klar plikt for staten til å sikre torturofrenes rett til helsehjelp, og til tiltak av rehabiliterende, restituerende, kompenserende og forebyggende karakter. Der det gjelder torturskader som tilsier et vedvarende behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester, skal staten i tillegg legge til rette for det. For at staten skal være i stand til å sikre disse viktige rettighetene knyttet til helse og rehabilitering, krever det at det finnes kvalifisert helsehjelp og konkrete og tydelige regler om

¹⁵⁵ FNs Barnekonvensjon artikkel 37: «States Parties shall ensure that no child shall be subjected to torture or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Neither capital punishment nor life imprisonment without possibility of release shall be imposed for offences committed by persons below eighteen years of age;»

¹⁵⁶ CRC/GC/C/15, 17. april 2013

¹⁵⁷ CEC/GC/C/15, para 25

¹⁵⁸ CEC/GC/C/15, para 39

identifisering av sårbare asylsøkere. Det knytter seg særlige plikter for staten til å sikre helsehjelp og rehabilitering til barn som er ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling.

4.10 Avsluttende refleksjoner

Store psykiske lidelser, frykt og språklige og kulturelle barrierer er noe av det som ofte vil gjøre seg gjeldende for en torturutsatt asylsøker ved ankomst til et beskyttelsesland og i asylintervjuet. Noen vil klare å fortelle kun fragmenter av torturen eller mishandlingen som har funnet sted, og flere faktiske forhold framstår uklare og upresise. Flere vil oppleve, som en direkte følge av traume fra torturopplevelser, at de ikke klarer å huske konkrete tidsangivelser, navn på personer eller steder eller fargen på huset der han eller hun ble holdt fanget. Atter andre vil oppleve så store psykiske smertetrykk og utrygghet omkring asylintervjusituasjonen, den fremmede tolken eller saksbehandleren at det i seg selv vil gjøre betingelsene for en trygghetsfremmende intervjusituasjon svært utfordrende. Når en torturutsatt asylsøker kommer med uklare og motstridende opplysninger, skal det i særlig grad tas i betraktning av saksbehandleren om det er rimelig grunn til å likevel godta opplysningene, og ikke tilskrive dem som en del av en troverdighetsvurdering til ugunst for søkeren. Barn har, i form av å være barn og med mindre forutsetninger for å kunne gi uttrykk for de alvorlige krenkelsene de har blitt utsatt for og fordi de i større grad er sårbare, ha større vansker med å bli sett og identifisert som ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. For barn vil tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling medføre alvorlige konsekvenser for varige og irreversible skader. Det stiller derfor særlige krav til tilrettelegging for helsehjelp og rehabilitering til barn.

En rett til å søke asyl og til en asylprosess tilsier en plikt for staten til å etablere en rettferdig og effektiv asylprosess i den nasjonale retten. Fravær av dette er i seg selv å betrakte som brudd på folkerettslige forpliktelser. Identifisering av asylsøkere som kan være utsatt for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, eller som kan stå i fare for å bli utsatt for det, er grunnleggende og samtidig kompleks. Det stilles krav til en god forståelse av hva som er tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, både rettslig og faktisk og både generelt og ved den konkrete vurderingen av saken. Spørsmålet om en person har blitt utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, tilsier grundige og konkrete vurderinger der det må foretas en vurdering av det konkrete saksforholdet, det aktuelle tidspunktet og nye og eventuelt endrede omstendigheter. Konkrete og tydelige identifiseringsprosedyrer anses også som helt nødvendige for å identifisere sårbare asylsøkere og dernest for at statens plikter om å beskytte asylsøkere mot refoulement kan bli forsvarlig håndhevet og ivaretatt.

Staten er folkerettslig forpliktet til å verne torturutsatte mot utsendelse der det er fare for forfølgelse, og der det er en reell risiko for at personen vil bli utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Vern mot utsendelse henger sammen med en reell fare for forfølgelse og risiko for framtidig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og gjelder både for asylsøkere som har blitt utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, og for dem som ikke har det. Vern mot utsendelse gjør seg også gjeldende der det dreier seg om alvorlige helsevansker hos asylsøkeren, som tilsier at vedkommende ikke kan returneres dersom opprinnelseslandet ikke er i stand til å sikre asylsøkerens grunnleggende helserettigheter og nødvendig rett til behandling og rehabilitering. Identifiseringsmekanismer som del av asylprosessen må derfor i tilstrekkelig grad kunne omfatte undersøkelser

i relasjon til alle disse områdene som gjør seg gjeldende i den konkrete sak. Dette igjen tilsier at saksbehandleren ved indikasjon eller mistanke om tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling eller ved mistanke om risiko for framtidig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling plikter å kartlegge dette nærmere, ikke bare for vurderingen av om det er fare for framtidig forfølgelse, men for vurderingen av om det finnes helsemessige eller humanitære forhold som på andre grunnlag tilsier en rett til beskyttelse¹⁵⁹ og vern mot utsendelse, og som staten er folkerettslig forpliktet til å sikre.

Kombinasjonen av flere vanskelige forhold, som psykiske vansker, en krevende fluktreise, utrygghet ved å være i et fremmed land, et fremmed språk, en annerledes kultur og en utrygg setting som første asylintervju kan representere, vil for flere oppleves som overveldende og vanskelig. Dette tilsier behovet for en særlig aktsomhet i asylprosessen og intervjuet av asylsøkeren, der personens uttrykk og formidling, både verbale og non-verbale, aktivt vurderes. Det skal gjøres konkrete vurderinger av forhold ved asylsøkeren, som bør følges opp dersom det er grunn til å tro at personen kan være offer for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Det skal foretas aktive og konkrete vurderinger av hvorvidt det er et behov for et ytterligere asylintervju av asylsøkeren, om det må innhentes flere opplysninger, og ikke minst om det skal gjennomføres en helseundersøkelse etter prinsippet i Istanbulprotokollen. Det kreves etablerte ordninger for nødvendig opplæring og oppfølging av saksbehandlere i asylsaker og helsepersonell som arbeider med eller kommer i kontakt med torturutsatte asylsøkere. Asylsøkeren skal ha tilgang til rettshjelp i sin asylsak. Flyktningkonvensjonen pålegger ikke konvensjonsstatene å følge en bestemt prosedyre ved avklaring av en persons flyktningstatus, imidlertid følger det ut fra flyktningkonvensjonens system og formål at det bør følge en asylprosess eller asylprosess for å kunne oppfylle pliktene i konvensjonen. De enkelte elementene som følger av flyktningdefinisjonen og hensynet til en rettssikker behandling av saken, tilsier at det er behov for en konkret, individuell, grundig og rettferdig asylprosess. I lys av dette og UNHCR sine prinsipper, må det foreligge en asylprosess av en viss kvalitet og det må stilles visse rettssikkerhetsgarantier, og at det stilles noen minimumskrav til asylsaksbehandlingen. Statene plikter å sikre migranter en reell tilgang til en asylprosess, noe som innebærer en plikt til å gi informasjon, sikre rettshjelp og tolk. Artikkel 13 stiller et krav om at beslutningsprosessen ikke er mangelfull, og kan tjene som en skranke mot vedtak og prosedyrer som ikke i tilstrekkelig grad bidrar til håndhevingen av disse prosessuelle rettighetene.

For å muliggjøre forpliktelsene etter EMK artikkel 3 må konvensjonsstaten treffe de nødvendige lovgivningsmessige, administrative, rettslige og forebyggende tiltak mot mulige brudd på non refoulement-prinsippet. Dette innebærer at staten må sikre asylsøkeren en rett til en asylprosess og med de prosessgarantier som følger av det, og som tilsier et særlig krav til at det gjennomføres en medisinsk undersøkelse for å identifisere og dokumentere tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og ettervirkninger.

Bevisbyrdereglene i asylsaker tilsier at der vedkommende har lagt fram opplysninger som kan gi grunn til å tro at det kan dreie seg om tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, skifter bevisbyrden over på myndighetene som da må bevise at det er trygt å returnere den torturutsatte asylsøkeren. Dette utløser et direkte behov for dokumentasjon og identifisering av asylsøkerens situasjon.

¹⁵⁹ I form av en tillatelse om opphold slik det for eksempel følger av utlendingsloven § 38

Uten en velfungerende asylprosess vil ikke konvensjonsstatene kunne være sikre på at de som sendes ut, ikke risikerer forfølgelse i strid med torturforbudet eller annen grusom og nedverdiggende behandling på grunnlag av humanitære eller andre helsemessige forhold.

Torturutsatte har rett til helsehjelp og til rehabilitering, og dette stiller krav til at staten har tilstrekkelige helsefasiliteter, at helsefasilitetene respekterer medisinsk etikk, at de er kulturelt tilpasset, og at de er av god kvalitet. Staten skal sikre torturofferet en «så fullstendig rehabilitering som mulig», og rehabiliteringen skal være helhetlig og inkludere medisinsk og psykologisk bistand i tillegg til juridiske og sosiale tjenester. Den torturutsatte må gis den helsehjelpen han eller hun er i behov av, for å kunne gjenopprette en tilfredsstillende funksjon. Staten plikter å gi nødvendig helsehjelp til den torturutsatte og sørge for rehabilitering, samt sikre opplæring av personell, og dette omfatter både effektive midler og behandling av skader påført som følge av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Dette igjen innebærer iverksettelse av tiltak av restituerende, rehabiliterende, kompenserende og forebyggende karakter. Staten skal ta hensyn til at tortur- og annen grusom og nedverdiggende behandling-ofre kan lide av skader som tilsier et vedvarende behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester.

Det foreligger noen minstestandarder i henhold til EUs mottaksdirektiv for blant annet tilgangen til helsetjenester og hvordan asylsøkere skal mottas, som det er relevant for Norge å se hen til, selv om vi ikke er bundet av direktivet. Når direktivet skal implementeres i nasjonal rett, er statene forpliktet til å ta hensyn til om en asylsøker for eksempel har vært utsatt for tortur eller annen form for alvorlig psykologisk, fysisk eller seksuell vold. Statene må også sikre at det er lagt til rette for tilstrekkelig psykisk helsehjelp, og at det blir gitt kvalifisert hjelp når det er nødvendig identifisering.

4.11 Oppsummering

Forbudet mot tortur og mot refoulement er av absolutt karakter og rettslig bindende for Norge, noe som følger av folkerettslig sedvanerett, EMK, torturkonvensjonen samt praksis fra EMD. Dette tilsier en særlig plikt til håndhevelsen av folkerettslige forpliktelser gjennom effektive, administrative og lovgivningsmessige tiltak i norsk rett.

Gjennomgangen av de folkerettslige forpliktelser viser at det knytter seg noen grunnleggende plikter for Norge når det gjelder torturutsatte i asylprosedyren. Norge har en plikt til å vedta lover og andre administrative tiltak som sikrer oppfyllelsen av forbudet mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, som sikrer vernet mot utsendelse etter non-refoulement prinsippet. Det er en plikt til å sikre at det i asylprosedyren til en torturutsatt foretas grundige og forsvarlige vurderinger av alle relevante risikofaktorer for fremtidig tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, samt sikre at risikovurderingen av den torturutsatte ikke relativiseres, at den er ikke-diskriminerende og at en risiko for overgrep ikke avveies mot behovet for utsendelse. Asylsøkerens tidligere opplevelser av overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling skal sikres i asylprosedyren og inngå som et av momentene i vurderingen av fremtidig risiko for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Dersom helsemessige eller humanitære forhold utgjør en relevant risikofaktor for den torturutsatte og spørsmålet om beskyttelsesbehov og vern mot utsendelse, skal det foretas en utredning av dette i asylprosedyren og en konkret

vurdering av risikoen for alvorlig, hurtig eller irreversibel forverring av helsetilstanden.

Norge har en plikt til å etablere i lov, forskrift eller andre administrative tiltak, mekanismer for identifisering av sårbare og torturutsatte asylsøkere der det inngår klare og konkrete prosedyrer og retningslinjer. Det er en plikt for Norge til å gjennomføre helseundersøkelser og særlig helseoppfølging under asylprosessen, og ved ivaretagelsen av asylsøkere i mottak. Norge bør implementere Istanbulprotokollen og den bør inngå som en del av reglene for saksbehandling ved kartlegging og dokumentasjon av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling i asylprosedyren.

De torturutsatte skal få sikret sin rett til helsehjelp og til rehabilitering. Utlendingsmyndighetene plikter å varsle til rett helseinstans om den torturutsattes skader etter overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, straks de har blitt avdekket under asylprosedyren. Norge har en plikt til å sikre torturutsatte en rett til rehabilitering uavhengig av deres oppholdsstatus. Dersom helseutredning underbygger torturskader med behov for rehabiliteringstiltak, bør slike tiltak iverksettes.

For overholdelse av de folkerettslige forpliktelser har Norge en plikt til å sikre opplæring og kompetanseheving når det gjelder torturforbudet, identifisering av torturutsatte og dokumentasjon, inkludert Istanbulprotokollen. Det skal sikres nødvendig kompetanse i de etater og sektorer med ansvar for helsemessig oppfølging og andre liknende tiltak overfor asylsøkere utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Norge har en plikt til å sikre opplæring, kompetanseheving og evaluering, om rettsanvendelsen og tolkningen av den rettslige vurderingen av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Situasjonen til sårbare personer, i særdeleshet sårbare i asylprosessen inkludert torturutsatte, må følges opp slik at det ikke blir forverret eller utvikler seg på en måte so kan utgjøre alvorlige belastninger på personen eller samfunnet som helhet.

Barn er en av de mest sårbare individer, med størst risiko for alvorlige, varige og irreversible skadefølger, og som det kan være særlig utfordrende å identifisere og beskytte. Barn står i tillegg i risiko for å bli ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling innen flere arenaer enn det som gjelder for voksne. Norge har en plikt til å sikre en klar implementering av lover og prosedyrer som kan sikre en effektiv avdekking av barn som har blitt utsatt for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og at det i tillegg umiddelbart blir gjennomført en helsekartlegging med etterfølgende og tilpasset helsebehandling og rehabilitering.

5 Nasjonal rett

Hvilken grad av gjennomslagskraft menneskerettighetskonvensjoner har i norsk lovgivning, vil avhenge av hvordan rettighetene er beskyttet i den nasjonale retten. Det vil dermed ha relevans hvordan de er gjort til del av nasjonal rett og om det dreier seg om lov, forskrift, rundskriv, retningslinjer eller nasjonale veiledere. I denne gjennomgangen vil det bli sett nærmere på hvordan implementeringen i norsk rett forholder seg sett opp mot gjeldende folkerettslige forpliktelser. Det er relevant å se på hvorvidt praksis og prosedyrer i asylsaker som gjelder torturutsatte tilfredsstillende internasjonale minstestandarder, og hvordan regler som gjelder i asylprosedyren er presisert og tydeliggjort. Det er sentralt å se på hvilke innholdsmessige krav som må være oppfylt i saksbehandlingen av asylsaker, i denne sammenheng særlig ved forhold som gjelder torturutsatte, og hvorvidt disse er i overensstemmelse med gjeldende rett. Dette har betydning for sentrale vurderinger i asylsaken, hvilke momenter utlendingsmyndighetene vektlegger, ved spørsmålet om en asylsøker har sannsynliggjort at vedkommende er tortur- eller CIDT-utsatt, og i neste omgang hvilken betydning og vekt det har i den konkrete saken

5.1 Forholdet mellom internasjonal og nasjonal rett

Forholdet mellom norsk og internasjonal rett betraktes som et dualistisk system og innebærer at folkeretten og den nasjonale retten anses for å utgjøre to atskilte retts-systemer. For at en folkerettslig regel skal få internrettslig virkning innenfor den nasjonale rett, må regelen først særskilt gjennomføres i norsk rett, enten gjennom inkorporasjon og/eller gjennom transformasjon.¹⁶⁰ Etter utlendingsloven § 3 skal loven «anvendes i samsvar med internasjonale regler som Norge er bundet av når disse har til formål å styrke individets stilling». Slike internasjonale regler vil dermed ha umiddelbar internrettslig virkning.¹⁶¹ Ifølge forarbeidene må de internasjonale reglene gi individet «et spesielt vern eller spesielle rettigheter» for å være omfattet av bestemmelsen. Det er dermed i første rekke snakk om en inkorporasjon av de internasjonale menneskerettighetene. Bestemmelsen må ses i lys av Grunnloven § 92 hvor det framkommer at norske myndigheter skal «respektere og sikre» menneskerettighetene. I tillegg må bestemmelsen ses i sammenheng med menneskerettighetsloven som inkorporerer en rekke menneskerettslige konvensjoner i nasjonal rett.

Utlendingsloven § 3 omfatter alle folkerettslige forpliktelser og det stilles ikke noe krav til rettsgrunnlaget, utover at Norge som stat må være bundet av de internasjonale reglene. Både konvensjoner, sedvanerett og alminnelige rettsgrunnsetninger er dermed omfattet. Bestemmelsen innebærer at tolkningen av loven som er mest i samsvar med Norges internasjonale forpliktelser legges til grunn.¹⁶² Dersom det likevel oppstår motstrid mellom utlendingsloven og internasjonale menneskerettighets-

¹⁶⁰ Vevstad (2010, side 41

¹⁶¹ Ot.prp.nr. 75 (2006-2007), side 401

¹⁶² Ibid, side 401

forpliktelser skal de internasjonale reglene brukes til «erstatning for eller med gjennomslagskraft over lovbestemmelser som eventuelt går i motsatt retning».¹⁶³

Formålet med inkorporasjonsregelen i utlendingsloven § 3 er å styrke rettsstillingen til utlendinger. Det er kun internasjonale regler som er til gunst for individet som vil slå igjennom overfor norske regler ved motstrid. Gir utlendingsloven et sterkere vern skal den ikke settes til side eller tolkes slik at beskyttelses innskrenkes.¹⁶⁴

5.2 Rettskilder og deres anvendelse i nasjonalretten

Internasjonale rettskilder

Helt grunnleggende på utlendingsrettens område og vår gjennomgang, er at EMK art. 3 om forbud mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling, og de prosessuelle rettighetene som følger av flere artikler i EMK og FNs konvensjon mot tortur (TK) som Norge har ratifisert. Torturkonvensjonen er ikke en del av menneskerettsvernet etter menneskerettsloven §§ 2 og 3, og gjelder ikke som norsk lov. Imidlertid er Norge, ved å ha ratifisert konvensjonen, internasjonalt forpliktet til å etterleve konvensjonens innhold på lik linje med andre menneskerettslige forpliktelser. Dette må ses i sammenheng med Grunnloven § 92 som sier at Norge skal «sikre og respektere» menneskerettigheter Norge har forpliktet seg til og som inkluderer torturkonvensjonen. Den omstendighet at Norge har ratifisert og forpliktet seg til å etterleve torturkonvensjonen, men ikke har gjort den til norsk lov, gjør at oppfølgingen og vurderingene fra FNs torturkomité om Norges etterlevelse av konvensjonsforpliktelsene har en særlig betydning. Høyesterett har kommet med retningslinjer om at avgjørelsene fra FNs menneskerettskomité skal tillegges «betydelig vekt» og med dette utgangspunktet vil FN-komiteenes tolkninger som den store hovedregel bli lagt til grunn av norske domstoler.¹⁶⁵ Torturforbudet er også inkorporert i flere bestemmelser i straffeloven.¹⁶⁶

Den primære rettskilden innenfor flyktning- og asylfeltet er FNs konvensjon om flyktningers stilling som inneholder regler om flyktningstatus mv. De sentrale rettskildene i relasjon til tortur- og CIDT-utsatte er FNs konvensjon om forbudet mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling, SP og EMK. Disse konvensjonene regulerer i noe ulik grad hvilke krav og rettigheter de ulike gruppene har og hvilke vilkår som stilles til behandlingen av asylsaker i asylprosedyren. Ved tolkningen av hvilke krav som stilles til saksbehandlingen i asylsaken til en torturutsatt og til bevis-

¹⁶³ NOU 2004:20, side 373 og Ot.prp.nr.75 (2006-2007), side 401

¹⁶⁴ Vevstad (2010), side 42

¹⁶⁵ Rt. 2008 s. 1764, avsnitt 81

¹⁶⁶ Straffeloven §§ 102 første ledd bokstav f, om forbrytelser mot menneskeheten der noen torturerer en person i vedkommende varetekt eller kontroll ved å forårsake alvorlig psykisk eller fysisk smerte, § 103 første ledd bokstav b) om kristforbrytelser mot person der noen påfører en beskyttet person stor lidelse eller betydelig skade på kropp eller helse, særlig ved tortur eller annen grusom eller umenneskelig behandling, og kjernebestemmelsen i straffeloven om forbud mot tortur, § 175 som forbyr straffer med fengsel inntil 15 år en offentlig tjenestemann som påfører en annen person skade eller alvorlig fysisk eller psykisk smerte med forsett (a) om å oppnå opplysninger eller en tilståelse, (b) om å avstraffe, true, eller tvinge noen, (c) påføre en annen person skade eller alvorlig smerte eller psykisk smerte på grunn av personens religion eller livssyn, hudfarge, nasjonale eller etniske opprinnelse, seksuelle orientering, kjønn, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk eller nedsatte funksjonsevne. Siste leddet i bestemmelsen angir en presisering om at det også regnes som tortur at handlinger som nevnt i første ledd begås av noen som handler etter oppfordring med uttrykkelig eller underforstått samtykke fra en offentlig tjenestemann. Straffeloven § 175 gjelder grov tortur som straffes med fengsel inntil 21 år og der det er presisert at ved avgjørelsen av om torturen er grov, skal det særlig legges vekt på om har ført til tap eller fare for tap av menneskeliv

og troverdighetsvurderingene, vil det være et stort innslag av såkalte *soft law-kilder*.¹⁶⁷ Soft law-kilder er ikke formelt bindende for medlemsstatene, men vil likevel være veiledende for innholdet i konvensjonen, eller danne utgangspunkt for folkerettslig sedvanerett. Det finnes ikke noe komité eller lignende organ for Flyktningkonvensjonen slik det finnes for de andre konvensjoner som kan avgi bindende tolkninger om hvordan flyktningkonvensjonen skal forstås av medlemsstatene. Imidlertid ble det opprettet et tilsynsorgan i form av FNs Høykommissær for flyktninger (UNHCR) som i henhold til artikkel 35 nr. 1, er pålagt å overvåke medlemsstatenes anvendelse av konvensjonen. På denne bakgrunn gir UNHCR anbefalinger til medlemsstatene om hvordan de ulike bestemmelsene i flyktningkonvensjonen bør forstås. De viktigste tolkningsanbefalingene fremkommer i UNHCRs «håndbok» om innholdet i flyktningbegrepet. UNHCR gir også ut «Guidelines on International Protection». UNHCR sine anbefalinger er ikke rettslig bindende overfor medlemsstatene, men de vil likevel kunne ha betydning for tolkningen av hvilke krav som følger av flyktningkonvensjonen. Dette kan begrunnes med at statene i henhold til flyktningkonvensjonen artikkel 35 nr. 1 er pålagt å samarbeide med UNHCR om tilsynet med anvendelsen av konvensjonens bestemmelser. Tolkningalternativene som UNHCR fremmer vil dermed kunne gi grunnlag for en universell forståelse av konvensjonens innhold på tvers av ulike jurisdiksjoner. Det følger av forarbeidene til utlendingsloven at «UNHCRs anbefalinger skal veie tungt ved norske myndigheters tolkning av flyktningkonvensjonen».¹⁶⁸ Det at flyktningkonvensjonen ikke inneholder eksplisitte regler om saksbehandlingen i asylprosedyren, om bevis- og troverdighetsvurderinger, eller særskilte saksbehandlingsregler om torturutsatte søkere, medfører at UNHCRs anbefalinger bør tillegges stor vekt ved fortolkningen av hvilke krav som stilles til medlemsstatenes etablering og kartlegging av faktumet og vurderingene i asylsaker herunder saker om tortur- og CIDT-utsatte.

Norge anerkjenner at enhver person har en rett til å søke om asyl og at en person som anerkjennes som flyktning har en rett til asyl.¹⁶⁹ I den nye utlendingsloven ble det i tillegg gjort en endring i formålsbestemmelsen, nemlig fra å vise til «utlendinger som er forfulgt» til «utlendinger som har krav på beskyttelse etter alminnelig folkerett eller internasjonale avtaler som Norge er bundet av».¹⁷⁰ Formålet med dette var for å tydeliggjøre at det er tale om å ivareta Norges internasjonale forpliktelser.¹⁷¹

I lovforarbeidene til den nye loven blir det lagt til grunn at man skal legge stor vekt på UNHCRs anbefalinger og på denne bakgrunn ble det foreslått at det skulle inntas i loven en direkte henvisning til Flyktningkonvensjonen artikkel 35. Det vurderes at UNHCR sine uttalelser og anbefalinger skal veie tungt ved norske myndigheters tolkning av Flyktningkonvensjonen.¹⁷²

Menneskerettighetskonvensjoner som TK, EMK, SP, BK, og KDK vil ha betydning for tolkningen av innholdet i flyktningretten. EUs direktiver angir innen flere områder minstestandarder for, for å nevne noen, vurderingen av hvorvidt asylsøkere skal innvilges flyktningstatus, om saksbehandlingsregler i asylprosedyren, og om mottak og ivaretagelsen av asylsøkere. Direktivene er ikke rettslig bindende for Norge, men det er likevel flere grunner til at direktivene utgjør en relevant tolkningsfaktor. I forarbeidene til utlendingsloven fremkommer det blant annet at det er «heldig å

¹⁶⁷ Eksempler på soft law-kilder er anbefalinger og deklarasjoner

¹⁶⁸ Ot.prp.nr. 75 (2006-2007), side 72

¹⁶⁹ Ot.prp.nr. 75, side 130

¹⁷⁰ Utlendingslov § 1 tredje ledd

¹⁷¹ Ot.prp.nr. 75, side 43

¹⁷² Ot.prp.nr. 75 side 16 og 73

signalisere ovenfor omverdenen at Norge fører tilnærmet samme politikk på dette området som de fleste andre europeiske land». ¹⁷³

Nasjonale rettskilder

I Grunnlovens § 2 framgår at Grunnloven skal «sikre demokrati, rettsstaten, og menneskerettighetene», og etter § 110 c heter det at staten «har plikt til å respektere og sikre menneskerettighetene» I Grunnloven § 92 er det slått fast en generell plikt for staten til å respektere og sikre menneskerettighetene slik disse framgår av internasjonale konvensjoner som Norge er bundet av. Grunnlovens bestemmelser står over andre lover (lex superior), og det samme gjelder menneskerettighetsprinsippene slik disse er nedfelt i menneskerettsloven av 1999. I Grunnloven § 93 heter det at: «Ingen må utsettes for tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.» Bestemmelsen omhandler frihet fra tortur og andre inngripende integritetskrenkelser. Menneskerettsutvalget som i sin tid foreslo en ny § 93 i Grunnloven, viste til at «retten til liv er inntatt i de fleste moderne konstitusjoner i Europa og i EUs Charter of fundamental rights, samtidig som retten til liv står sentralt plassert i Verdenserklæringen og i de internasjonale menneskerettighetskonvensjoner.» ¹⁷⁴ Det ble videre vist til at torturforbudet i den tidligere bestemmelsen var for snevert, og at torturforbudet ikke bør være begrenset til å gjelde i avhørssituasjoner. ¹⁷⁵ Dagens ordlyd i § 93 er identisk med EMK artikkel 3.

Gjennom lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 1999 §§ 2 og 3 har enkelte helt sentrale menneskerettskonvensjoner blitt inkorporert i norsk rett med forrang foran annen lovgivning. Det er EMK, SP, ØSK og BK. I bestemmelsens § 1 framgår lovens formål, som er å styrke menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Selv om Torturkonvensjonen ikke er gjort om til norsk lov, har konvensjonens artikkel 1 om torturforbudet, blitt inkorporert i norsk rett. ¹⁷⁶ I lovforarbeidene fremgår at Norges hovedmål med gjeldende utlendingslov er å bidra til en rettssikker og human asylpolitikk, til å synliggjøre de folkerettslige forpliktelser på en bedre måte enn tidligere, og at norsk lov skal anvendes i samsvar med internasjonale regler som Norge er bundet av, når disse har til formål å styrke individets stilling. ¹⁷⁷ Norge har ikke tiltrådt EU-samarbeidet men er medlem av EØS-samarbeidet og EMK. ¹⁷⁸ EUs Charter of Fundamental Rights har ikke status som relevant rettskilde i norsk rett, men har likevel en indirekte betydning for norsk rett ved at EU-domstolen og EMD ser til hverandre i tolkningsfasen, og fordi dette får følger for Høyesterett som må anlegge tilsvarende metodiske tilnærming i rettsspørsmål om grunnleggende rettigheter i EØS-retten. Det menneskerettslige og absolutte vernet mot utsendelse som følger av EMK art. 3, TK art. 3 og SP art. 7 er også gjort om til norsk rett. Når en person søker internasjonal beskyttelse mot forfølgelse og overgrep

¹⁷³ Ibid, side 73

¹⁷⁴ Grunnlovsforslag 32 (2011–2012), Dok. nr. 12.32 (2011–2012) av 28. september 2012, side 2

¹⁷⁵ Ibid., side 2

¹⁷⁶ Straffeloven §§ 174 og 175 m.fl. inneholder straffebud mot tortur mens utlendingsloven § 73 jf. § 28 gir et vern mot utsendelse for utlendinger som står i nærliggende fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling (CIDT) eller straff i mottakerstaten.

¹⁷⁷ Ot.prp.nr.75, punkt 1.1, side 13 og utlendingsloven § 3.

¹⁷⁸ Se lov av 27. november 1992 nr. 109 om gjennomføring av norsk rett av hoveddelen i avtale om De europeiske økonomiske samarbeidsområdet (EØS) m.v. (EØS-loven). Avtalen mellom EFTA-statene og EU ble inngått i 1992 men trådte ikke i kraft før 1994. EMK ble vedtatt av Europarådet i Roma 4. november 1950, men trådte ikke i kraft før 1953. Den ble ratifisert av Norge i 1951 og inkorporert i norsk rett ved lova v 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling.

vil flyktningkonvensjonens rettigheter om hvem som kan anses som flyktning og retten til ikke å bli returnert når det er fare for flyktingens liv eller sikkerhet, non refoulement-prinsippet etter artikkel 33(1), gjøres gjeldende. Personer som ikke anses som flyktning etter konvensjonen vil imidlertid fortsatt kunne ha en rett til vern mot utsendelse etter andre menneskerettskonvensjoner og de mest sentrale er EMK art. 3, TK art. 3, og SP art. 7.

Det sentrale rettsgrunnlaget ved flyktningvurderingen er utlendingsloven. Lovens formål er å regulere og kontrollere utlendingers inn- og utreise, samt opphold i Norge. Videre skal loven sikre at utlendinger som har krav på beskyttelse etter alminnelige folkerett eller internasjonale avtaler som Norge er bundet av, får realisert disse rettighetene.¹⁷⁹ Utfyllende regler til utlendingsloven er gitt i utlendingsforskriften. Utlendingsloven inneholder ingen uttrykkelige bestemmelser om de torturutsatte i asylprosedyren og om bevisbruderingen i asylsaker. Sistnevnte blir behandlet i lovens forarbeider i NOU 2004:20, Ot.prp.nr. 75(2006-2007) og Innst.O.nr.42. Ved tolkningen av utlendingsloven vil en sentral rettskilde være praksis fra Høyesterett og flere vil kunne gi veiledning for hvilke krav som stilles til vurderingene i asylsaker. Rettspraksis fra lavere instanser har mindre rettskildemessig vekt, men vil likevel være relevante, særlig for å forstå den praktiske rettsanvendelsen i asylsaker. Utlendingsmyndighetenes praksis kommer til uttrykk blant annet gjennom rundskriv, instruks eller retningslinjer og gjennom UDIs og UNEs vedtak i enkelte saker.

5.3 Flyktningkonvensjonen og grunnlag for oppholdstillatelser

I utlendingsfeltet har vi i Norge ulike oppholds- og arbeidstillatelser som innvilges og de deles i ulike hovedkategorier; visum (innreisetillatelser), familieinnvandrings-tillatelser, asyl og opphold på humanitært grunnlag, arbeidstillatelser og utdanningstillatelser. For en torturutsatt asylsøker vil det sentrale oppholdsgrunnlag være bestemmelsen i utlendingsloven § 28 om oppholdstillatelse for utlendinger som trenger beskyttelse (asyl), og utlendingsloven § 38 om oppholdstillatelse på grunn av sterke menneskelige hensyn eller særlig tilknytning til riket.

Etter utlendingsloven § 28 skal asylsøkeren innvilges flyktningstatus der utlendingen ved retur til hjemlandet vil være utsatt for en overgrepssfare som gir rett til internasjonal beskyttelse. For at en person skal ha krav på flyktningstatus kreves at personen oppfyller bestemte vilkår og disse følger av flyktningkonvensjonen artikkel a A (2) som formulerer den universelle flyktningdefinisjonen som er transformert til norsk rett gjennom utlendingsloven § 28 (1) a. Etter ordlyden vil en asylsøker oppfylle kravene for flyktningstatus dersom vedkommende befinner seg på norsk grense eller territorium og: «... har en velbegrunnet frykt for forfølgelsen på grunn av etnisitet, avstamning, hudfarge, religion, medlemskap i en spesiell gruppe eller på grunn av politisk oppfatning, og er ute av stand til, eller på grunn av slik frykt er uvillig til, å påberope seg sitt hjemlands beskyttelse, jf. flyktningkonvensjonen, artikkel 1 A og protokoll 31. januar 1967». Utlendingsloven § 28 (1) a må leses i sammenheng med §§ 29 og 30 som utdyper innholdet i begrepene «forfølgelse» og «grunnlaget for forfølgelse». Bestemmelsene gjengir i det vesentlige det folkerettslig gjeldende flyktningbegrepet og kan dermed betraktes som en form for kodifisering av folkeretten, slik at denne gjelder internt i norsk rett.¹⁸⁰ En person regnes som flyktning så snart

¹⁷⁹ Utlendingsloven § 1a

¹⁸⁰ Vevstad (201), side 155

vedkommende oppfyller vilkårene i utlendingsloven § 28 (1) a. Det er dermed ikke den formelle anerkjennelsen som gjør at en person anses for å være en flyktning, men det at personen befinner seg i en slik situasjon som flyktningdefinisjonen beskriver. Av sentral betydning er vilkåret om at søkeren må sannsynliggjøre en tilknytning til en eller flere *konvensjonsgrunner*. Dette innebærer at frykten for forfølgelse må være «på grunn av» bestemte forhold dersom søkeren skal være omfattet av flyktningkonvensjonens vern. Tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling er en klar konvensjonsgrunn som følger av TK, SP og EMK, og som vil bli ansett å kunne gi krav på flyktningstatus. Utlendingsloven § 28 er en rettighetsbestemmelse¹⁸¹ der det i ordlyden fremgår at hvis de nærmere angitt vilkårene er oppfylt, *skal* asylsøkeren anerkjennes som flyktning. Dette samsvarer med art. 1 i flyktningkonvensjonen der det framgår at begrepet flyktning «shall apply» til en som oppfyller vilkårene. I norsk rett er internfluktlæren tydelig ansett som et unntak, der det i utlendingslovens § 28 femte ledd fremgår at «retten til anerkjennelse som flyktning ... gjelder *ikke* dersom utlendingen kan få effektiv beskyttelse i andre deler av hjemlandet enn det området søkeren har flyktet fra.»¹⁸²

En person kan få opphold i Norge etter utlendingsloven § 38 fordi det foreligger «sterke menneskelige hensyn» eller fordi personen har «særlig tilknytning» til Norge. Dette er det som i forarbeidene kalles for «opphold på humanitært grunnlag».¹⁸³ For å avgjøre om det foreligger «sterke menneskelige hensyn» skal det gjøres en totalvurdering av saken. I bokstavene a til d er det gitt anvisning på at det blant annet skal vurderes om det foreligger «tvingende» helsemessige forhold, om personen har vært offer for menneskehandel, og om sosiale eller humanitære forhold ved retursituasjonen gir grunnlag for oppholdstillatelse. I tredje ledd er også vist til at terskelen for når barn kan få opphold etter første ledd er litt lavere enn for voksne. Fjerde ledd viser at innvandringspolitiske hensyn skal vektlegges i vurderingen av om en oppholdstillatelse skal gis.

Norges internasjonale forpliktelser stanser som tidligere beskrevet ikke ved flyktningkonvensjonen, og forbudet mot utsendelse etter EMK artikkel 3 gjør seg gjeldende for alle individer.¹⁸⁴ Selv om flyktningkonvensjonen i seg selv ikke gir noe rettskrav på flyktningstatus, gir utlendingsloven § 28 første ledd bokstav a likevel i utgangspunktet en rett til anerkjennelse som flyktning etter nasjonal rett når søker oppfyller vilkårene i konvensjonen, og må tolkes i samsvar med konvensjonens folkerettslige innhold.¹⁸⁵

5.4 Non refoulement og vernet mot utsendelse

Det følger av utlendingsloven § 73 annet ledd første punktum at en utlending ikke kan sendes til et område der vedkommende vil stå i reell fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff, jamfør lovens § 28 første ledd bokstav b. Vernet mot utsendelse, *non refoulement*, er absolutt og skal tolkes i lys av torturforbudet i Grunnloven § 93 og EMK artikkel 3, TK artikkel 3 og SP artikkel 7.¹⁸⁶ Vernet mot refoulement som følger av tortur-

¹⁸¹ Rt. 2015 s 1388 avsnitt 229

¹⁸² Otp.prp.nr. 75 (2006-2007), side 415

¹⁸³ Ot.prp.nr. 75 (2006-2007), side 152

¹⁸⁴ Ot.prp. nr. 75 (2006-2007) s. 15

¹⁸⁵ Se Proposisjonen side 73. I den grad det skulle være motstrid mellom lovteksten og konvensjonen, må rettsanvenderen i samsvar med utlendingsloven § 3 legge til grunn det alternativ som gir mest gunstig løsning for søkeren, se Vevstad m.fl.2018 s. 154-155 og 168-170.

¹⁸⁶ Rt. 2015 s. 93, avsnitt 57

konvensjonen artikkel 3, som ikke er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven, er inkorporert i norsk utlendingsrett. Utlendingsloven § 74 innebærer at en utlending som er vernet mot utsendelse etter § 73, og som ikke kan få oppholdstillatelse på annet grunnlag, kan gis en midlertidig oppholdstillatelse etter § 74.

Bestemmelsen kommer til anvendelse i alle former for vedtak etter loven, jamfør fjerde ledd første punktum, og det er ikke nødvendig å søke om beskyttelse etter § 73. Utlendingsmyndighetene må på eget initiativ vurdere om utlendingen er vernet mot utsendelse. Det kan imidlertid forekomme situasjoner hvor det vil være i strid med folkeretten å pålegge retur, fordi utsendelse i seg selv må karakteriseres som umenneskelig behandling uten at det er overgrepshandlinger i hjemlandet som utgjør den umenneskelige behandlingen. Dette kan typisk dreie seg om forhold rundt asylsøkerens helsesituasjon eller der barnets beste utgjør et grunnleggende hensyn hvor EMK i flere saker har kommet til at retur til hjemlandet vil utgjøre umenneskelig behandling og derfor være i strid med EMK artikkel 3. Det er dermed en rett til vern mot utsendelse etter andre konvensjoner enn FK, særlig etter EMK artikkel 3, TK artikkel 3 og SP artikkel 7, og noe som er forankret i den nasjonale lovgivningen.

5.5 To-trinns prosess ved kartlegging av faktum i asylsaken

Et generelt utgangspunkt ved vurderingen og fastsettelsen av flyktningstatus er ifølge UNHCRs Håndbok av to trinn: det er først nødvendig å klarlegge de relevante fakta i saken og videre må flyktningdefinisjonen anvendes på de fakta som er fastslått.¹⁸⁷ Vurderingen av hvorvidt asylsøkeren er tortur- eller CIDT-utsatt, og asylsøkerens troverdighet, retter seg dermed ikke mot tolkningen av innholdet i flyktningdefinisjonen, men mot hvilket faktum som skal legges til grunn som bevist. Bevis- og troverdighetsvurderinger har derfor en nær tilknytning til hvilke faktum som legges til grunn og hvilken betydning og vekt faktum vil få i den konkrete sak.

5.6 Bevisbyrden, beviskravet og troverdighetsvurderingen

Ved kartleggingen av faktum i en asylsak må det først fastsettes hvem som har ansvaret for å opplyse saken, også omtalt som spørsmålet om hvem som har bevisbyrden. Dette har betydning for hvem som skal bære risikoen dersom det foreligger tvil om sakens faktum, og har nær sammenheng med hvilken plikt myndighetene har til å utrede saken. Det neste er å ta stilling til hvor stor sannsynlighet som kreves for at vilkårene i flyktningdefinisjonen skal anses for å være oppfylt, altså beviskravet. Vurderingen av dette spørsmålet avhenger av hvilket beviskrav som gjelder på det aktuelle rettsområdet. Dersom gjeldende beviskrav i en asylsak er oppfylt, vil det faktumet i saken danne grunnlag for den videre risikovurderingen, altså vurderingen av sannsynligheten for at asylsøkeren vil risikere å bli utsatt for framtidig forfølgelse med bakgrunn i faktumet i saken. Hvordan saksbehandleren går fram for å avgjøre om en asylsøkers forklaring er troverdig eller ikke vil være av vesentlig betydning for muligheten til å få innvilget asyl, ettersom hvilket faktum som legges til grunn vil være styrende for den videre vurderingen av om søkeren regnes som flyktning. Hvordan saksbehandleren går fram for å kartlegge og undersøke faktum i saken vil også ha stor betydning for den torturutsatte asylsøker og vurderingen av alternative oppholdsgrunnlag og vern mot utsendelse.

¹⁸⁷ Håndboken (2003), punkt 29

Etter internasjonal rett ligger ansvaret for opplysningen av en asylsak i utgangspunktet hos asylsøkeren.¹⁸⁸ UNHCRs Håndbok peker på at det er et generelt juridisk prinsipp at bevisbyrden hviler på den som fremsetter et krav, og at de relevante fakta i en sak derfor i første omgang må skaffes til veie av asylsøkeren selv.¹⁸⁹ Samme utgangspunkt kommer frem i EUs statusdirektiv artikkel 4 nr. 1 der søkeren kan pålegges å legge fram alle opplysninger som er nødvendige for å underbygge søknaden om internasjonal beskyttelse. Hovedregelen om bevisbyrden gjelder også i norsk rett og etter utlendingsloven kan en asylsøker pålegges å møte personlig for å gi opplysninger som kan ha betydning for vedtaket i saken sin.¹⁹⁰ Søkeren plikter videre å gjøre sitt beste for å fremlegge nødvendig dokumentasjon og medvirke til innhenting av nødvendige opplysninger.¹⁹¹ Forarbeidene til utlendingsloven understreker at myndighetene må kunne kreve at personer som påberoper beskyttelsesreglene i loven, legger fram de opplysninger vedkommende kan om relevante forhold.¹⁹²

Beviskravet ved etablering av faktum i asylsaker er ikke regulert i verken konvensjoner eller utlendingsloven.¹⁹³ Det har likevel en betydning for asylsaken og asylprosedyren, og dermed for torturutsatte asylsøkere, at det i asylfeltet ikke finnes rettsregler om hvordan vurdere bevis og troverdighet. Myndighetene har ikke vurdert det som hensiktsmessig å ha egne bevisbestemmelser i utlendingsloven, med henvisning til at det må foretas en samlet vurdering av bevisene i saken. I asylsaker er det en særegenhet at de ofte må avgjøres på grunnlag av mangelfulle bevis og at opplysningene fra søkeren ofte vil være ukontrollerbare, og bakgrunnsinformasjon vil kunne være mangelfull og av usikker kvalitet. Derfor vil det legges til grunn at det må foretas en helhetlig vurdering av bevisene i saken.¹⁹⁴ UNHCRs Håndbok peker på den spesielle situasjonen til personer som søker om flyktningstatus, vanskelighetene knyttet til bevisførsel som dette medfører og at beviskravet ikke bør være for strengt. Utsagn som ikke kan underbygges må likevel ikke aksepteres som sanne dersom de er i strid med den generelle forklaringen til asylsøkeren.¹⁹⁵ I henhold til UNHCRs anbefalinger blir troverdighet etablert hvor asylsøkeren har avgitt en forklaring som anses for å være «capable of being believed»,¹⁹⁶ et utsagn som tilsier at beviskravet bør legges lavere enn alminnelig sannsynlighetsovervekt. Statene herunder Norge, har anerkjent at det skal foreligge klare prosedyrer for å vurdere spørsmålet om søkeren kvalifiserer til internasjonal beskyttelse og at dette inkluderer å fastslå fakta i en sak, individuelt, upartisk og objektivt.¹⁹⁷ Det er videre presisert i forarbeidene at UNHCRs Håndbok skal følges og i 2015 kom det et forslag til kodifisering av disse bevisreglene og retningslinjer.

Det følger av forarbeidene til utlendingsloven at asylsøkerens anførsler skal legges til grunn for vurderingen av flyktningstatus så lenge de er «noenlunde sannsynlige»¹⁹⁸ og innebærer at søkerens forklaring ikke må være det mest sannsynlige

¹⁸⁸ Robberstad (2009), side 279-280 og Rt. 1992-64, side 70.

¹⁸⁹ UNHCRs Håndbok (2003), side 189-190

¹⁹⁰ Utlendingsloven § 83, første ledd

¹⁹¹ Utlendingsloven § 93, fjerde ledd

¹⁹² Ot.prp.nr. 75, side 88

¹⁹³ NOU 2004:20, side 117-118

¹⁹⁴ Ot.prp.nr. 75, side 88

¹⁹⁵ UNHCRs Håndbok (2003), punkt 197

¹⁹⁶ UNHCR, 1998 Note, para. 11 («Credibility is established where the applicant has presented a claim which is coherent and plausible, not contradicting generally known facts, and therefore is, on balance, capable of being believed.»)

¹⁹⁷ UNHCR, The Hungarian Helsinki Committee (HHC), THE European Commission and UNHCR, The European Asylum Support Office (2015), *Credibility, Assessment in Asylum Procedures*, para. 4

¹⁹⁸ Ot.prp.nr. 75, side 414

alternativet, men at forklaringen heller ikke kan være helt usannsynlig. Bevisterske-
len for at det anførte faktumet skal legges til grunn vil videre variere mellom ulike
saker, avhengig av konsekvensene av en eventuell uriktig avgjørelse i søkerens dis-
favør. Dette innebærer at «jo alvorligere konsekvensene fortoner seg, jo mindre skal
det til å gi vedkommende beskyttelse».¹⁹⁹ Det senkede beviskravet henger sammen
med myndighetenes bevisbyrde for at det er trygt å returnere asylsøkeren til hjem-
landet og for at vedkommende ikke utsettes for forfølgelse ved retur. Dersom det fo-
religger tvil om bevisbedømmelsen følger det videre av forarbeidene at tvilen skal
komme asylsøkeren til gode så lenge konsekvensene av en uriktig avgjørelse vil kunne
innebære av asylsøkeren blir utsatt for forfølgelse. Det samme gjelder dersom utlen-
dingsmyndighetene ikke har mulighet til å foreta en optimal opplysning av saken på
grunn av hensynet til effektiv ressursutnyttelse.²⁰⁰ I UNHCRs Håndbok pekes det på
at det fortsatt vil kunne være manglende bevis for en asylsøkers forklaring selv om
vedkommende har gjort et oppriktig forsøk på å underbygge sin historie. I slike tilfel-
ler vil det være nødvendig å la tvilen komme asylsøkeren til gode. Det understrekes
imidlertid at dette bare bør være tilfelle når alt tilgjengelig bevismateriale er samlet
inn og kontrollert, og asylsøkeren generelt anses for å være troverdig. Videre må asyl-
søkerens utsagn ikke stride mot allment kjente fakta.²⁰¹ Et unntak for tilfeller hvor
saksbehandleren har benyttet alle tilgjengelige midler uten at dette har bidratt til å
avklare tvilsspørsmål. I slike tilfeller bør tvilen likevel komme asylsøkeren til gode så
lenge redegjørelsen framstår som troverdig og det ikke finnes gode grunner for det
motsatte.²⁰²

UDIs nye retningslinjer om hvordan saksbehandlere i Asylavdelingen (ASA) skal
vurdere bevis og troverdighet i søknader om beskyttelse er fra mars 2020.²⁰³ Disse er
i overensstemmelse med forarbeidene til utlendingsloven og dekker flere av anbefal-
ingene og retningslinjene fra UNHCRs håndbok²⁰⁴. Da det i dag ikke finnes bestem-
melser for bevis- og troverdighetsvurderingen i asylsaken, gir disse retningslinjer
ingen forankring i regler som saksbehandlerne er bundet av, men kun en veiledning
om fremgangsmåte. Retningslinjene er oppdatert og sist endret 20.05.20, og det er nå
klargjort at når det vurderes identitetslementer av betydning for forfølgelsesfaren,
skal det anvendes et dempet beviskrav.

Asylsøkerens forklaring i asylintervjuet anses å være det mest sentrale beviset i
saken og det knytter seg en rekke kvalitative krav til gjennomføringen av asylinterv-
juet. Det blir i retningslinjene påpekt at i «*vurderingen skal vi ta hensyn til eventuelle
faktorer som kan påvirke søkerens evne til å legge fram informasjon og faktorer som kan
påvirke vår vurdering av troverdighet*» herunder om graden av detaljer i søkerens for-
klaring er rimelig i lys av søkerens bakgrunn og forutsetninger og om type detaljer
indikerer en reell, personlig erfaring.²⁰⁵ Retningslinjene under punkt 4.3.2 er av sær-
lig betydning for torturutsatte under saksbehandlingen; de handler om forhold det
skal tas hensyn til når det gjelder søkerens evne til å forklare seg, at det må ses hen
til faktorer i den konkrete sak som kan påvirke asylsøkerens evne til å forklare seg, og
at det kan dreie seg om ulike faktorer som kan påvirke evnen til å legge fram infor-
masjon under intervjuet. Det fremkommer at for å sikre mest mulig riktig

¹⁹⁹ Rt. 2011, side 1481, avsnitt 45

²⁰⁰ Ot.prp.nr. 75, side 88

²⁰¹ UNHCRs Håndbok (2003) punkt 203 og 204.

²⁰² Ibid. Punkt 196

²⁰³ RUDI-2020-6

²⁰⁴ UNHCRs Håndbok, avsnitt 195-219

²⁰⁵ RUDI-2020-6, punkt 4.3.1

saksbehandling er det viktig å identifisere aktuelle og relevante faktorer som kan gjøre at søkerens forklaring kan framstå som vag, ufullstendig eller selvmotsigende. Det kan dreie seg om forhold knyttet til søkerens identitet eller bakgrunn, for eksempel alder, kjønn, utdanning, sosial status eller fysisk og psykisk helse. Kulturforskjeller kan også føre til misforståelser. Det kan også dreie seg om begrensninger i persepsjon og hukommelse som kan påvirke søkerens forklaring. Det heter at «*Personer opplever og forstår hendelser og situasjoner forskjellig, avhengig av hvem de er og hva som er viktig for dem. Hva en person husker vil også variere, avhengig av blant annet hvor viktig hendelsen er for personen, hvor lenge det er siden hendelsen fant sted, om det var en kompleks hendelse eller en hendelse som er repetert mange ganger. Hvilke spørsmål vi stiller søkeren under intervjuet kan påvirke hva søkeren husker og forteller om.*»

Retningslinjene tar også for seg at det kan inntreffe at enkelte asylsøkere unnlater å oppgi relevant informasjon fordi de har hatt negative opplevelser med myndighetspersoner andre steder, eller fordi de frykter at tolken vil kunne bryte sin taushetsplikt om det som blir forklart.²⁰⁶ Andre kan også unngå å fortelle om sentrale hendelser på grunn av skam eller frykt for reaksjoner fra andre, for eksempel personer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, som frykter forfølgelse på grunn av kjønnsidentitet eller seksuell orientering. Om torturutsatte blir det konkret angitt at de av flere grunner kan være ute av stand til å fortelle detaljert og sammenhengende om hva de har opplevd. Traumatiske opplevelser påvirker både hva vi legger merke til, hvordan vi husker og hva vi klarer å gjenfortelle. Dette blir påpekt som ledd i det saksbehandler også skal ta hensyn til i sine vurderinger av asylsøkerens troverdighet i asylintervjuet.

I retningslinjenes punkt 4.3.3 er det vist til faktorer det er viktig å ta hensyn til som påvirker saksbehandlerens vurdering av troverdighet. Det er viktig at den enkelte er seg bevisst hva som påvirker den enkeltes vurdering av troverdighet, og evnen til å opptre nøytralt og objektivt. Egen erfaringsbakgrunn, utdanning, hvilken situasjon den enkelte er i og kulturen i enheten den enkelte arbeider i, kan påvirke troverdighetsvurderingen. Det oppfordres til å utvise særlig forsiktighet mot å gjør seg opp en mening om troverdigheten av opplysninger for tidlig. Det blir fremhevet at det ligger en risiko for å ha havne i «*bekreftelsesfellen*» når saksbehandlere behandler mange like søknader, og noe den enkelte skal være oppmerksom på. På bakgrunn av dette understrekes viktigheten med at den enkelte «*både under intervjuet og i behandlingen av søknaden hele tiden er åpen for, og undersøker, alternative hypoteser*» og saksbehandleren under asylintervjuet «*søker å falsifisere, heller enn å bekrefte det vi anser som mest sannsynlig.*»

Disse retningslinjer består altså av en oversikt av rettskilder og gir i tillegg en veiledning til hva det er viktig for saksbehandleren å ta *skal ta hensyn til* i sine vurderinger. Det antas at gjeldende utlendingsrett, generelt og asylrett, spesielt overholder de fleste internasjonale minimumsregler om saksbehandling, men i relasjon til torturutsatte i asylprosedyren er det i lys av Norges folkerettslige forpliktelser, enkelte svakheter som tilsier et særlig behov for endringer i gjeldende rett og praksis. Det er i dag ingen forskriftsfesting av regler for vurdering av bevis og risiko i asylsaker generelt, og slik det blant annet er beskrevet i Cecilie Schjatvedts rapport om bevis- og troverdighetsvurderinger i asylsaker, foreligger det mangler til disse retningslinjer. Det er i hennes rapport konkret foreslått flere presiseringer og endringer herunder at bevisvurderingsregler blir forskriftsfestet.²⁰⁷ Det er heller ingen særskilte retnings-

²⁰⁶ Eksempler på vanskelige situasjoner som asylsøkeren kan være i er tvangsekteskap eller menneskehandel, og som gjør at vedkommende unngår å fortelle om dette, av frykt for represalier.

²⁰⁷ Cecilie Schjatvedt (2020), *Bevis og troverdighetsvurderinger i asylsaker i Utlendingsdirektoratets asylsøknadsrapport 2018. Anbefalinger til regelutvikling*, side 147

linjer om tortur og CIDT-utsatte i asylsaker og hva som gjør seg særlig gjeldende ved bevis- og troverdighetsvurderingen i søknaden om beskyttelse. Det er en særlig krevende kartlegging av faktum og vurdering av bevis og troverdighet i asylsaker om torturutsatte, og vurderingen og beslutningen i den enkelte sak vil ha store konsekvenser for den berørte, og katastrofale følger, dersom beslutningen baserer seg på en feil vurdering av faktum og bevis. Derfor bør saksbehandlingen av denne type saker tilsi tydelig og klare regler som kan bidra til å sikre på best mulig måte vurderingen i den enkelte sak.

5.7 Plikten til å utrede og begrunne beslutninger i asylsaker

Det følger av utlendingsloven § 3 at internasjonale forpliktelser kan sette rammer og en minstestandard for saksbehandlingen i norsk utlendingsrett, er det særlig relevant å se hen til EMK artikkel 3 om torturforbudet og non refoulement sammenholdt med artikkel 13 om kravet til en forsvarlig og rettsikker asylsaksbehandling. Det er i tillegg sentralt å se på EUs prosedyredirektiv som, selv det ikke er rettslig bindende for Norge, likevel har en betydning for Norge og harmoniseringen av asylregler i Europa.²⁰⁸ I tillegg til forvaltningslovens generelle regler om veiledningsplikt etter § 11, følger det av utlendingsloven § 82 noen særskilte regler om veiledning, og som tilsier at politiet er pålagt å veilede utlendinger om retten til fullmektig, rettshjelp og om muligheten for søkeren til å bli satt i kontakt med UNHCR.

Forvaltningsloven²⁰⁹ gir alminnelige regler om hvordan forvaltningssaker skal behandles, og det er presisert i utlendingsloven § 80 at forvaltningsloven gjelder når ikke annet følger av loven. UDI og UNE er forvaltningsorganer og skal følge forvaltningsloven. Avgjørelser som treffes i et forvaltningsorgan, skal blant annet følge regler om utredningsplikt og krav om et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Det følger av forvaltningslovens bestemmelser at en avgjørelse må bygge på et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å sikre at beslutningen er lovlig, hensiktsmessig og ikke vilkårlig. Grunnlaget for beslutningen vil være opplysninger om de faktiske forhold i saken som kan ha betydning for avgjørelsen, og som gjelder både konkrete forhold, men også generell kunnskap som kan være nødvendig for å bedømme usikre opplysninger eller en framtidig utvikling og virkninger av mulige avgjørelser. Dette omhandler også opplysninger om nødvendig rettslig grunnlag og rettslige rammer for avgjørelser. I Norge er det lagt til grunn at forvaltningsorganet har det endelige ansvaret for at det har et forsvarlig beslutningsgrunnlag for sine vedtak («offisialprinsippet».)²¹⁰

Etter forvaltningsloven § 11 a har utlendingsmyndighetene en plikt til å forberede og avgjøre saker «uten ugrunnet opphold». Det følger av forvaltningsloven § 17 en

²⁰⁸ Ot.prp.nr. 75, side 318: Det følger av direktivet at medlemslandene skal sikre at det blir innhentet presis og oppdatert informasjon fra ulike kilder, og at saksbehandlere skal ha kunnskap om asyl og flyktningrett. EUs prosedyredirektiv artikkel 10 omhandler rettigheter for søkeren som skal sikres av medlemsstatene ved førsteinstansbehandlingen og går ut på at søkeren skal gis informasjon om prosedyren, rettigheter, plikter, og at dette må formidles på et språk som søkeren med rimelighet kan forvente at søkeren forstår. Det framgår at søkeren ikke skal bli nektet muligheten til å kommunisere med UNHCR eller en organisasjon som arbeider på vegne av UNHCR. Artikkel 12 har bestemmelser om gjennomføringen av asylintervjuet, og i artikkel 13 bestemmelser om forholdende rundt asylsintervjuet. Artikkel 14 handler om at det skal utarbeides en rapport fra hvert intervju, og artikkel 15 gjelder om en rett til juridisk bistand og representasjon, at asylsøkere skal ha muligheten til å konsultere med juridisk rådgiver og at medlemslandene skal, ved negativt førsteinstansvedtak sørge for gratis juridisk bistand etter nærmere angitte regler. Artikkel 17 omhandler rettigheter til enslige mindreårige asylsøkere, om å få oppnevnt en representant.

²⁰⁹ Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker

²¹⁰ NOU 2019: 15, punkt 21.1, side 321 og 322

plikt for utlendingsmyndighetene til å utrede saken og det innebærer at forvaltningen har et ansvar for sakens opplysning. Det må foretas en avveining mellom på denne siden asylsøkerens rettssikkerhet og på en annen hensynet til en effektiv saksbehandlingstid. Forsvarlighetsprinsippet stiller samtidig kvalitetskrav til saksbehandlingen og som ikke kan gå på bekostning av hensynet til effektiviteten. Da utlendingsmyndighetene har bevisbyrden for at det er trygt å returnere, forutsetter et eventuelt avslag i en asylsak at det er foretatt en grundig saksbehandling, og at det er innhentet relevante og nødvendige opplysninger for å kunne foreta en forsvarlig vurdering. Utlendingsmyndighetene har et ansvar for både å ivareta søkerens beskyttelsesbehov, og for at det treffes riktige vedtak, og samtidig for å ta hensyn til innvandringskontroll og likebehandling og at det ikke innvilges beskyttelse til personer som ikke trenger det. Lovforarbeidene beskriver at dette i praksis innebærer en avveining mellom grundighet i saksbehandlingen og effektiv ressursutnyttelse. En del saker vil måtte avgjøres på bakgrunn av de opplysninger som foreligger, uten at de er optimalt opplyst, og uten at det er hensiktsmessig å gjennomføre ytterligere undersøkelser. Eventuell tvil om beskyttelsesbehov vil imidlertid i slike tilfeller måtte komme søkeren til gode.²¹¹

Det er dermed et viktig utgangspunkt etter forvaltningsretten at den som søker en rettighet, må sannsynliggjøre at vilkårene for å bli tilkjent den aktuelle retten er oppfylt, og samtidig at forvaltningsorganet etter forvaltningsloven § 17 påser at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.²¹² Forvaltningsloven § 17 første ledd første punktum fastslår at et forvaltningsorgan har en alminnelig utredningsplikt i saker om enkeltvedtak.²¹³ Ved anvendelsen og forståelsen av bestemmelsen må det foretas en avveining mellom på den ene siden en best mulig opplysning av saken og på den annen behovet for en rask saksbehandling og forsvarlig bruk av ressurser. Ved denne avveiningen vil flere faktorer kunne spille inn, som hvor viktig saken er for partene og det offentlige, hvor mye saken allerede har blitt utredet, hvor relevant, nødvendig eller viktig det er å foreta konkrete utredninger i saken, om saken er ved førsteinstans- eller klagesaksbehandling, osv. Etter utlendingsforskriften § 17-2 annet ledd følger det en plikt for utlendingsmyndighetene til å sikre at saken blir best mulig opplyst, og at det klarlegges ut fra grunnlaget for asylsøknaden eller ut fra livssituasjonen til asylsøkeren om det er særlige behov som må tas med i vurderingen.

Bestemmelsen i forvaltningsloven § 25 oppstiller et krav til begrunnelse ved avgjørelser i asylsaker der de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn bør nevnes. I avgjørelser som treffes skal det fremkomme de rettsreglene som er anvendt og det faktum som er lagt til grunn. Bestemmelsen i § 25 stiller også en plikt til å nevne de avgjørende hovedhensyn, eller at det hvilke retningslinjer ved skjønnsutøvelsen som er anvendt. Et asylvedtak skal dermed oppfylle vilkårene for begrunnelse som følger av § 25.

I UDIs retningslinjer om gjennomføring av asylintervjuet finnes en nærmere angivelse av hvordan utredningsplikten slik den også følger av forvaltningsloven § 17 og utlendingsforskriften § 17-2, skal finne sted.

Dette er retningslinjer og rutiner for hvordan saksbehandlere i ASA (Asylavdelingen) skal gjennomføre intervjuer i søknader om beskyttelse²¹⁴. Det er gjort endringer i retningslinjes punkt 2.1 der det er lagt til at det skal være et formål å innhente tilstrekkelig informasjon til at UDI kan tilrettelegge for kvalitet og effektiv

²¹¹ Ot.prp. nr. 75, side 88

²¹² Ot.prp. nr. 75, punkt 17.1, side 318

²¹³ Hans Petter Graver, Alminnelig forvaltningsrett, 4. utg., Oslo 2015 s. 427 og HR-2017-2376-A

²¹⁴ RUDI-2013-11

behandling av søknaden om beskyttelse, tidlig integrering og raske returer. Videre er avsnittet med definisjonen av sårbare herunder ofre for tortur, fjernet. Det er i retningslinjene framhevet at et viktig formål med asylintervjuet er «å bidra til å identifisere sårbare søkere med særskilte behov slik at intervjueren kan: bidra til å avverge fare ved eventuelle trusler mot personens eller andres sikkerhet, tilrettelegge for at søkere med særskilte behov får så god anledning som mulig til å legge fram sin sak».

²¹⁵ Retningslinjene tar for seg en konkret og gjennomgående veiledning av hvordan asylintervjuet skal gjennomføres. Det framgår en nærmere prosedyre om saksbehandlerens rolle og kompetanse, fordelingen av intervjuet, forberedelser, innledende prosedyrer, informasjonsinnhenting osv. Under punkt 3.5 er det retningslinjer om forberedelser til intervjuet med søkere med særskilte behov. Dersom det er informasjon i saken som indikerer at søkeren kan ha særskilte behov, skal intervjueren under forberedelsene vurdere om det blant annet er behov for å innhente nødvendig informasjon om relevante temaer, for eksempel menneskehandel, kjønnsrelatert forfølgelse, tortur, kjønnslemlestelse, tvangsekteskap, vold i nære relasjoner og negativ sosial kontroll. Dersom det vurderes et behov for ekstra kompetanse for å gjennomføre intervjuet, skal nærmeste leder vurdere om intervjuet bør gjennomføres av en saksbehandler med særskilt kompetanse, eller om to intervjuere kan være til stede under hele eller deler av intervjuet.

I retningslinjene er fortsettelses- og tilleggsintervju og prosedyrer for kvalitetssikring av intervjuet og asylintervjurapporten nærmere beskrevet. Sistnevnte foregår ved at en erfaren saksbehandler leser asylintervjurapporten som en del av vurderingen av vedtaket, intervju faglig koordinator/rådgiver, enhetsleder eller andre erfarne saksbehandlere bisitter på intervjuet, og det gjennomføres årlige kvalitetsmålinger og gjennomganger av asylintervjurapporten.^[24]

Asylavdelingen benytter en strukturert intervjumetode som blir betraktet som et godt verktøy for målrettet og effektivt å kunne lede søkeren gjennom de temaene som må utredes, og for å få god kvalitet i informasjonen fra intervjuet. Denne metoden framgår som vedlegg i retningslinjene.^[25]

Det er imidlertid ikke gjort nærmere rede for særlige forhold som gjør seg gjeldende for torturutsatte og «tortur» er nevnt kun et sted i forbindelse med hva som kan være relevant å innhente informasjon om. Torturutsatte utgjør en gruppe sårbare asylsøkere som det anses som særdeles viktig å identifisere i asylprosedyren og som det er viktig behov for å kartlegge for i neste omgang kunne vurdere hvorvidt der er i behov for internasjonal beskyttelse og der de vil kunne gjøre gjeldende viktige rettigheter med henvisning til ulike konvensjonsgrunner. Til tross for dette er det ikke viet plass retningslinjene til å presisere og klargjøre nærmere disse særlige forhold som gjelder for torturutsatte i asylintervjuet. I stedet er det gjort en endring om at definisjonen av sårbare er tatt bort. Det anses på denne bakgrunn som viktig med endringer, ikke bare i retningslinjer, men ved forskriftsfesting, som kan bidra til å sikre

²¹⁵ Ibid, punkt 2.1

^[24] RUDI-2013-1, punkt 11

^[25] I vedlegg 2 finner vi veiledning om informasjon som skal gis til søkeren under asylintervjuet, og vedlegg 3 er veiledning om hvordan man skriver asylintervjurapporten. Vedlegg 4 er tiltakskortet om veiledning om hvordan intervjuere i asylavdelingen skal håndtere søkere med alvorlige fysiske eller psykiske helseproblemer. Vedlegg 5 er tiltakskortet om veiledning om hvordan saksbehandlere i asylavdelingen skal legge til rette for å identifisere og følge opp mulige ofre for kjønnslemlestelse. Vedlegg 6 er tiltakskortet om veiledning om hvordan saksbehandlere skal legge til rette for å identifisere og følge opp ofre for menneskehandel. Vedlegg 7 er tiltakskortet om veiledning om hvordan saksbehandlere skal legge til rette for å identifisere og følge opp mulige ofre for tvangsekteskap.

regler som både gjenspeiler det særlige betydning utredning og identifisering av tortur- og CIDT-utsatte i asylprosedyren har, og som saksbehandler er bundet av.

Det finnes i dag retningslinjer for utlendingsmyndighetene om identifisering og oppfølging av mulige ofre for menneskehandel,^[13] som tar for seg utlendingsmyndighetens utredningsplikt til å identifisere ofre for menneskehandel, i tråd med forvaltningsloven § 17. Det framgår at det skal legges til rette for at ofre kan bli identifisert, slik at de kan få bistand og beskyttelse. Det er særlig framhevet viktigheten av at det foreligger tilstrekkelig kompetanse til å identifisere og kunnskap om hvilke rettigheter og tiltak det kan være aktuelt å bidra til å utløse. Det er nærmere angitt retningslinjer for gjennomføring av asylsintervju der saksbehandler bør ha særskilt opplæring i temaet.^[14]

Det finnes også retningslinjer for håndtering av asylsaker om kjønnslemlestelse, og her blir det særskilt vist til hva kjønnslemlestelse er, til utlendingsloven § 28 og flyktningkonvensjonen. Det blir knyttet noen merknader til risikovurderingen og kravet til risiko i denne type saker, og det blir framhevet at kjønnslemlestelse ikke bare er et overgrep, men også noe som må regnes som «forfølgelse» etter flyktningkonvensjonen, og at det må regnes som umenneskelig behandling etter EMK artikkel 3.^[15] Det blir også her vist til utlendingsmyndighetenes utredningsplikt, og her er det i tillegg beskrevet at

«forvaltningsorganet til en viss grad er pliktig til å henvende seg til parten for å få supplerende opplysninger der avgjørelsesgrunnlaget ikke er tilstrekkelig, for eksempel ved å stille spørsmål om et utelatt moment. Kravet til forvaltningens grundighet må avveies mot hensynet til rask saksbehandling og en forsvarlig bruk av ressursene.^[16]

I oppsummeringen konkluderes det med at det bør legges til grunn at utlendingsforvaltningen må av eget tiltak foreta en konkret risikovurdering i alle saker der denne type overgrep er anført, der hverken asylsøkeren eller dennes foreldre eller omsorgspersoner har anført denne type overgrep dersom generelle og/eller kjente individuelle forhold i saken etter en samlet vurdering tilsier det.^[17] Det er vist til at underlivsundersøkelse av asylsøkeren er noe forvaltningen også skal vurdere å foreta, at flyktningretten bare gir rett til beskyttelse mot framtidige overgrep, og at dersom barnet allerede har blitt utsatt for kjønnslemlestelse, kan det få betydning at det ikke lenger foreligger et behov for internasjonal beskyttelse mot denne type overgrep. Den andre grunnen det blir vist til, og som taler for å gjennomføre en undersøkelse, er at «selv om det ikke finnes grunnlag for beskyttelse, skal det for øvrig alltid vurderes om det er grunnlag for opphold på grunn av sterke menneskelige hensyn til Norge jf. lovens § 38».^[18]

En annen retningslinje som er relevant å ta med i gjennomgangen, er den som gjelder kjønnsrelatert forfølgelse, og som blant annet tar for seg asylsaker som gjelder lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og intersex-personer (LHBT). Et av formålene med rundskrivet er «å synliggjøre denne gruppen asylsøkere i større grad,

^[13] RUDI-2011-7

^[14] RUDI-2011-17, PUNKT 4.3

^[15] GI-2012-3, punkt 4.2.1

^[16] GI-2012-3, punkt 5.1

^[17] GI-2012-3, punkt 5.4

^[18] GI-2012-3, punkt 6

klargjøre relevante begreper og beskrive korrekt praksis».^[19] Under punkt 2.2 om vurdering og avgjørelse av saken heter det at:

«I denne type saker kan det være en utfordring å vurdere troverdighet og hvorvidt faktiske anførsler skal anses tilstrekkelig sannsynliggjort til å bli lagt til grunn. Det dreier seg ofte om svært personlige forhold og omstendigheter mange vil kunne ha vanskelig for å forklare seg om overfor fremmede. Departementet understreker at det skal foretas en fri bevisbedømmelse av sakens faktum, basert på alle foreliggende opplysninger. Om søkeren ikke har fremmet alle relevante opplysninger ved første anledning, har vært tilbakeholden med detaljer, vist usikkerhet under asylintervjuet mv., vil ikke slike omstendigheter alene tilsi at forklaringer ikke kan legges til grunn.»

Den 02.03.2013 ble det utarbeidet retningslinjer for i hvilken utstrekning anførsler om helsemessige forhold kan gi grunnlag for opphold etter utlendingsloven § 38, der det er gitt avslag på tillatelse etter utlendingsloven § 28. Denne ble sist endret 28.11.2019. Det er særlig vist til utlendingsloven § 28 annet ledd om retten til oppholdstillatelse som flyktning der det ved retur til hjemlandet er en overgrepssfare som gir rett til internasjonal beskyttelse, herunder krenkelse av EMK artikkel 3 om forbudet mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling.^[20] Det blir i tillegg vist til EMD-praksis om at det vil være i strid med EMK artikkel 3 å pålegge retur også i andre tilfeller som tilsier «ekstraordinære forhold» knyttet til for eksempel vedkommende sin helse. Med henvisning til forarbeidene vil i denne type tilfeller utlendingsloven § 38 gi grunnlag for opphold.^[21] For dokumenteringen av helsemessige forhold er det i retningslinjene gitt en nærmere beskrivelse av prosedyrer for hva som kreves for framleggelse av helseerklæringer, og hvilke bestemmelser som gjelder for helsepersonellens utstedelse av erklæringer mv. Det er påpekt at der det er uklarheter knyttet til vesentlige punkter i erklæringer om lidelsens karakter, alvorlighetsgrad mv., må dette avklares for eksempel ved at saksbehandleren kontakter utstederen.^[22] Når det gjelder innhenting av dokumentasjon, framgår det under punkt 3.2 at «ved tvil om slike anførsler er tilstrekkelig dokumentert, skal UDI be søkeren legge frem ytterligere dokumentasjon, eventuelt fra spesialist.»

Under punkt 7, om helhetsvurderinger vedrørende helseanførsler, blir det vist til sentrale og relevante momenter i den totalvurderingen UDI skal foreta, og som det også blir påpekt i vedtaket at er vurdert. Det framgår at:

«Helsemessige forhold skal veie særlig tungt der de har bakgrunn i det anførte asylgrunnlaget, som for eksempel følger av tortur eller skader med tilknytning til en krigssituasjon eller lignede i hjemlandet. Motsatt blir helsemessige forhold som er en reaksjon på personens livssituasjon som asylsøker, eventuelt har oppstått etter at UDI har avslått søknaden, normalt ikke tillagt vekt.»^[23]

Det blir her presisert at helseerklæringer fra helsepersonell med kompetanse til å foreta selvstendige diagnostiske vurderinger (lege, tannlege eller psykolog) veier tyngst.

Et viktig utgangspunkt for utlendingsloven er at den er en fullmaktslov som overlater til regjeringen å styre innvandringspolitikken gjennom forskriftsverket, noe som har

^[19] G-2012-8, punkt 1

^[20] RUDI-2012-20, punkt 2.2

^[21] RUDI-2012-20, punkt 2.2

^[22] RUDI-2012-20, punkt 3

^[23] RUDI-2012-20, punkt 7.1.1

gjort at utlendingsforskriften har blitt svært omfattende.²¹⁶ Forskrifter har som kjent generelle regler om rettigheter og plikter og er bindende akkurat som lover. Mens lover vedtas av Stortinget, blir forskrifter vedtatt av departementet. En forskrift må ha hjemmel i lov, altså må Stortinget i en lov ha bestemt at et departement i forskrift kan gi regler om et bestemt forhold. Til forskjell fra forskrifter er rundskriv orienteringer fra departementet eller direktoratet, om tolkning av lover og forskrifter, og kan i motsetning til forskrifter ikke binde borgere.

5.8 Særlig om saksbehandlingen i saker om tortur og CIDT

I lovforarbeidene til den nye utlendingsloven blir det gitt støtte for lovutvalgets synspunkt om at langt flere prinsippsspørsmål bør reguleres i loven framfor i forskriften.²¹⁷

Forskriftsfesting og tydelige og konkrete retningslinjer anses i denne sammenheng som særlig viktig for å sikre en best mulig anvendelse av regler av stor betydning og som gjør seg særlig gjeldende for torturutsatte i asylprosessen.

Gjennom oppdatering og endringer som fant sted med den nye utlendingsloven, er det i større grad gjort en regulering av utlendingsfeltet gjennom lovbestemmelser. Dette har bidratt til at reglene er mer tilgjengelige i dag, og at endringer i regelverket i større grad blir kontrollert av Stortinget. I tillegg til lov og forskrift gir instruks og rundskriv angivelse på hvordan reglene skal anvendes i praksis. Det ansvarlige departement kan gi rundskriv og instruks til UDI og UNE. UDI kan selv utforme rundskriv som beskriver hvordan regelverket skal forstås, og UNE har interne retningslinjer som sine saksbehandlere. Siden 2015 har det vært en rekke endringer av rutinene for behandling av asylsøknader med det formål å bedre og samtidig effektivisere saksbehandlingen. Utlendingsforskriften inneholder saksbehandlingsregler om behandlingen av søknader om tillatelser og om bortvisning, utvisning, utlendingspass mv. I tillegg inneholder forskriften nærmere regler om UNE og om de ulike avgjørelsesformene i UNE.

Det har fra lovgiver vært et klart ønske om fleksibilitet, og utlendingsloven er derfor i stor grad bygget som en rammelov, hvor de nærmere reglene er gitt i forskrift^[7], og hvor det finnes en rekke bestemmelser som utfyller og presiserer lovens regler. Forskriftens bestemmelser i §§ 17-1 til 17-35 gir en mer utfyllende forskriftsregulering av saksbehandlingen, og disse må ses og tolkes i sammenheng med de mer eller mindre spesielle lov- og forskriftsbestemmelser.

Endringer i den nye loven

I den nye utlendingsloven er det gjort en endring der beviskravet er dempet, og det ikke lenger er et krav om sannsynlighetsovervekt for at en asylsøker skal anerkjennes som flyktning. Rimelig tvil skal komme søkeren til gode, terskelen for vern etter § 73 skal etter Flyktningkonvensjonen artikkel 33 om vern mot utsendelse være den samme som for anerkjennelse som flyktning. Dette betyr at § 28 skal tolkes i samsvar med dette, og Norge har dermed fått et videre flyktningbegrep enn det som følger av Flyktningkonvensjonen. I rapporten *Bevis – og troverdighetsvurderinger i Utlendingsdirektoratets asylsvedtak i 2018. Anbefalinger til regelutvikling (2021)* er det gjort en omfattende gjennomgang av dette spørsmålet, der det blant annet blir foreslått en forskriftsfesting av bevisreglene i asylsaker. Dette har vært som ledd i å styrke en best mulig anvendelse av gjeldende regler. Dette må kunne sies å ha en særlig betydning

²¹⁶ Utlendingsloven § 80

²¹⁷ Ot.prp. nr. 75, side 44

også for torturutsatte, der mange av de viktige hensyn som gjøres gjeldende, virker direkte inn på flere temaer og særlig når det gjelder risikovurderingen av den torturutsatte og kartlegging og utredning i saken.

Fremme asylsøknaden «uten ugrunnet opphold»

Etter den nye utlendingsloven § 93²¹⁸ skal en asylsøknad framsettes uten ugrunnet opphold, og formålet med denne nye bestemmelsen er å øke muligheten for at asylsøkeren har identitetsdokumenter i hende, og gjøre det lettere å få saken best mulig opplyst.²¹⁹ Det er påpekt at tidspunktet for framsettelseskrav av en søknad kan få betydning for vurderingen av asylsøkerens troverdighet, men at dette er noe som vurderes konkret. Særlige forhold vil kunne tilsi at forsinkelsen likevel ikke bør tillegges betydning for søkerens troverdighet. Søknaden bør da behandles gjennom en vanlig individuell vurdering, noe både UNHCR og lovforarbeidene påpeker.²²⁰ Selv om dette framstår som avklart både av det som følger av folkeretten og av nasjonalretten, kan det være grunn til å se på om dette er godt nok forankret i retningslinjer, og blant annet om dette i særlig grad kan gjøre seg gjeldende for torturutsatte asylsøkere.

Relevante forhold og hensyn i totalvurderingen av den torturutsattes asylsak

Det skal foretas en totalvurdering av de hensyn som gjør seg gjeldende i den enkelte sak, og dette er noe som også blir tydeliggjort i lovforarbeidene. Både lovutvalget og departementet har lagt til grunn fire hovedkategorier med sentrale hensyn: a) helsemessige forhold, b) humanitære eller sosiale forhold ved retursituasjon, c) vurdering av utlendingens tilknytning til Norge gjennom familie og/eller botid, og d) der utlendingen er enslig mindreårig og uten forsvarlig omsorg ved retur.²²¹

Lovutvalget foreslo at helsemessige forhold skal vurderes restriktivt og særlig i relasjon til at de fleste land asylsøkere kommer fra, har et vesentlig dårligere helsetilbud enn det Norge har, og kan ikke i seg selv være et grunnlag. Det er uttalt at det må dreie seg om 1 en akutt og livstruende sykdom som vedkommende kan få behandling for i Norge som ikke finnes i hjemlandet, 2 en kronisk livstruende sykdom, for eksempel kreft eller AIDS, og i siste fase av sykdomsstadiet, og 3 at forhold ved helsehjelpen i Norge er av avgjørende betydning for å sikre vedkommende en verdig livsutfoldelse, og det er en forutsetning at det ikke er noe adekvat behandling eller helsehjelpstilbud i søkerens hjemland, og 4 at søkeren har en alvorlig psykisk lidelse som han har startet behandlingen av i Norge før saken er avgjort, og at det ikke vil være medisinsk forsvarlig å avbryte og fortsette i hjemlandet.²²²

Om saker som gjelder helsemessige forhold, blir det i lovforarbeidene vist til at det må dreie seg om saker av en viss alvorlighetsgrad. I saker som gjelder barn, vil det være en lavere terskel for å innvilge opphold og rett til beskyttelse, noe som er blitt tydeliggjort i herværende lov. Det skal også være sentralt for vurderingen om saken gjelder en utlending som søker om oppholdstillatelse utelukkende på grunnlag av helsemessige forhold, eller om vedkommende kan anføre andre humanitære eller beskyttelsesrelaterte argumenter for at det bør gis tillatelse.

²¹⁸ Jf. flyktningkonvensjonen artikkel 31, nr. 1

²¹⁹ Ot.prp. nr. 75, side 16

²²⁰ Ot.prp. nr. 75, side 130

²²¹ Ot.prp. nr. 75, side 154

²²² Ot.prp. nr. 75, side 148

I saker der anførselene i hovedsak gjelder forskjellen i helsetilbudet i Norge og søkerens hjemland, er praksis generelt svært restriktiv. Dette anses som nødvendig både ut fra innvandringsregulerende hensyn og ut fra hensynet til å beskytte asylinstituttets integritet. I saker hvor lidelsen er oppstått eller diagnostiseres i Norge, og hvor behandling er igangsatt her og konsekvensene ved retur kan bli alvorlige, vil likevel innvandringsregulerende hensyn kunne ha mindre betydning. En praktisk viktig type helsesaker er de som gjelder anførsler om at søkeren har alvorlige psykiske problemer som følge av tidligere opplevelser. Det anføres ofte at alvorlighet ved lidelsen forsterkes av den usikkerhet utlendingen opplever på grunn av situasjonen som asylsøker. For at det skal kunne gis opphold i denne type situasjoner, må det normalt kreves at helsevanskene har sammenheng med tidligere forfølgelse eller liknende i hjemlandet.²²³ Dette igjen viser hvor viktig og avgjørende det vil være for den torturutsattes rettsikkerhet i asylprosessen at det blir foretatt en grundig og konkret vurdering av saken der alle relevante forhold og opplysninger blir undersøkt.

Det er vist til at det i noen saker kan foreligge relevante beskyttelseshensyn selv om situasjonen ikke er så alvorlig at det utløser rett på asyl. I atter andre saker kan det være mer rendyrkede humanitære forhold som gjør seg gjeldende, for eksempel at utlendingen har vært utsatt for overgrep, at vedkommende har alvorlige helseproblemer, eller at det er knyttet vanskelige humanitære eller sosiale forhold til retursituasjon. Det blir i relasjon til dette framhevet at når vi er utenfor rammen for Norges internasjonale forpliktelser og spørsmålet ikke lenger gjelder beskyttelse mot framtidig fare, er det nødvendig å foreta en avveining i forhold til innvandringsregulerende hensyn.²²⁴

For den torturutsatte vil den konkrete vurderingen av disse forholdene og at det blir foretatt en tilfredsstillende anvendelse av de generelle forvaltningsrettslige regler knyttet til kravet om grundige og forsvarlige vurderinger og til utredningsplikten, dermed være av stor og ofte avgjørende betydning.

I lovforarbeidene er det vist til at i saker som gjelder helsemessige forhold, skal saksbehandleren som regel forholde seg til erklæringene som foreligger fra helsepersonell, samtidig som at det er erfaringer fra praksis der mange erklæringer har mer karakter av «partsinnlegg enn av helsefaglige uttalelser», og videre at det i en del saker framgår at den som har utferdiget helseerklæringer, har lagt til grunn opplysninger gitt av asylsøkeren, men som ikke stemmer med utlendingsmyndighetens vurdering basert på foreliggende opplysninger i saken. Det blir påpekt at helsevesenet må forholde seg til pasientens opplysninger og vil sjelden ha tilgang på informasjon som ligger i en utlendingssak. Det utledes av dette at hvilken betydning opplysninger i en helseattest skal få for utfallet i en utlendingssak, må derfor avgjøres av utlendingsmyndighetene og ikke helsevesenet.²²⁵

Det som imidlertid ikke blir berørt i lovforarbeidene, er at det forekommer eksempler fra dagens praksis der viktige helseerklæringer som det ikke er et berettiget grunnlag for å avskrive, ikke blir vurdert eller tatt med i betraktning i asylsaken, noe som har alvorlige konsekvenser for utfallet i saken. Flere saker hvor dette har forekommet, er saker som gjelder torturutsatte asylsøkere. Dette indikerer et særskilt behov for å skjerpe og tydeliggjøre saksbehandlingsprosedyrer og retningslinjer for behandlingen og vurderingen av helseerklæringer.

²²³ Ot.prp. nr. 75, side 158

²²⁴ Ot.prp. nr. 75, side 152

²²⁵ Otp.prp. nr. 75, side 155

Lovforarbeidene viser til retningslinjene av 17.06.13 om behandling av asylsaker med anførsler om at helsemessige forhold²²⁶ tillegges særlig vekt der de har sin bakgrunn i det anførte asylgrunnlaget, og at det bør legges særlig vekt på helseerklæringer som underbygger det anførte asylgrunnlaget, samt at helseopplysninger bør legges fram så tidlig som mulig. Dette igjen understreker at det blir foretatt en riktig vurdering av helseerklæringen ved behandlingen av asylsaken.

Et annet sentralt hensyn ved vurderingen av asylsaken er når det dreier seg om sosiale eller humanitære forhold ved retursituasjonen. Dette hensynet vil ofte gjøre seg gjeldende for kvinner utsatt for seksuelle overgrep og som risikerer sosial stigmatisering eller problemer i egen familie ved retur. Det kan også dreie seg om kvinner som har vært utsatt for menneskehandel eller tvangsprostitusjon. Barn er også en særlig aktuell gruppe, for eksempel enslige mindreårige som ikke vil kunne bli tatt hånd om av foreldre ved retur, og der det har vært praksis i Norge å innvilge opphold.²²⁷

Om forhold knyttet til økonomisk nød, boligmangel og mangel på infrastruktur er terskelen generelt høy for å danne grunnlag for opphold, men i noen tilfeller må personer som tilhører enkelte grupper, anses som særlig sårbare. For eksempel kan dette gjøre seg gjeldende i saker der situasjonen for barnefamilier, eldre og syke ved retur til områder som er sterkt preget av krigsødeleggelse, vil være så vanskelig at retur anses humanitært utilrådelig.

Norges anser seg som forpliktet til å forbygge og bekjempe menneskehandel,²²⁸ og en forpliktelse som det er viktig og riktig at har blitt presisert og tydeliggjort i lovforarbeidene til utlendingsloven²²⁹.

Tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon (OPCAT) som Norge også har ratifisert, inneholder viktige forpliktelser for Norge når det gjelder forebygging og bekjempelse av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, som er minst like relevant og viktig innen utlendingsretten. Denne er imidlertid ikke berørt i lovforarbeidene. Lovforarbeidene viser til vanskene med å identifisere ofre for menneskehandel i asylsaker, noe som dessverre er en kjent utfordring, og som det er viktig å synliggjøre. Ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling utgjør også en gruppe personer i asylsaker som det er noen særlige og velkjente vansker med å få identifisert, noe som ikke blir berørt i lovforarbeidene. Det kan være en klar risiko for forfølgelse ved retur, både for ofre for menneskehandel og for tortur. Dette er personer som i flere tilfeller ikke vil kunne bli hensatt til å søke beskyttelse i hjemlandet, og som vil kunne ha rett til flyktningsstatus og asyl etter beskyttelsesbestemmelsene. Selv om det ikke foreligger en fare for forfølgelse som gir rett til flyktningsstatus, kan det forekomme situasjoner hvor det vil være aktuelt at den som har vært offer for menneskehandel eller for tortur, kan innvilges opphold i Norge.

Barn som er ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling

Barnekonvensjonen gjelder som norsk lov med forrang foran annen norsk lovgivning,²³⁰ jamfør menneskerettsloven, og barns menneskerettslige vern er også særlig regulert i Grunnloven § 104. Det er viktig med en barnesensitiv tilnærming ved anvendelsen av bestemmelser innen asylfeltet og der de særlige hensyn som gjør seg

²²⁶ RUDI pkt. 6.2.1 og 6.2.6

²²⁷ Otp.prp. nr. 75, side 157

²²⁸ FNs konvensjon mot grenseoverskridende kriminalitet og tilleggsprotokollen for å forebygge, bekjempe og straffe handel med mennesker, den såkalte *Palermoprotokollen*

²²⁹ Ot.prp. nr. 75, side 157

²³⁰ Menneskerettsloven § 2 nr. 4 jf. § 3

gjeldende for asylsaker som gjelder barn, blir tilstrekkelig tatt i betraktning og vektlagt.

For torturutsatte asylbarn, både de som ankommer uten voksne eller omsorgspersoner, og medfølgende asylbarn, vil det være særlig viktig at de så tidlig som mulig i prosessen blir identifisert og gitt nødvendig oppfølging og helsehjelp. For vurderingen av deres asylsak vil en slik klarlegging også være verdifull for deres rettsstilling. Det følger av folkeretten og er lagt til grunn i lovforarbeidene til utlendingsloven at det kan være grunn til å legge større vekt på helseproblemer og traumatiske opplevelser hos barn enn hos voksne. Ved vurderingen av asylsaker som gjelder torturutsatte barn, og der helsemessige eller humanitære forhold er relevante for saken, vil det være en lavere terskel for å innvilge oppholdstillatelse enn til voksne.

Det anses å være av særlig betydning at det er etablert identifiseringsmekanismer i regler og prosedyrer som, allerede ved ankomst, kan fange opp og identifisere asylbarn med tidligere opplevelser av overgrep, tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Dette anses som nødvendig for å sikre at barn kan bli gitt den oppfølgingen og helsehjelpen de har krav på, og slik at dette blir lagt til rette for allerede ved mottak. Fordi risikoen for skadefølger er betydelig større for barn enn hos voksne, bør alle nyankomne asylbarn gjennomgå en helseundersøkelse som i tilstrekkelig grad kan bidra til å avdekke torturutsatte.

Kjønnsperspektivet

Dersom en kvinne står i fare for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, er hun vernet av utlendingsloven § 73 om overgrepssansøksler relatert til kjønn. Det skal ved vurdering tas i særlig betraktning UNHCR sine retningslinjer om kjønnsrelatert forfølgelse og kravet til årsakssammenheng, kravet om at risiko for forfølgelse foreligger grunnet eksempelvis medlemskap i en spesiell sosial gruppe, og om at det skal være en vid tolkning av kravet til årsakssammenheng i disse tilfellene. Det er nødvendig med et helhetlig kvinneperspektiv ved tolkning av Flyktningkonvensjonen. Det skal være, slik det framgår i lovforarbeidene, et særskilt kjønnsperspektiv ved flyktningrettslige vurderinger og særlig om at kvinner kan være utsatt for andre typer overgrepssituasjoner enn menn, som vold i hjemmet, tvangsekteskap, kjønnslemlestelse, for å nevne noen eksempler.²³¹

5.9 Eksempler fra rettspraksis som belyser svakheter i saksbehandlingen

I en sak av 16. november 2011 behandlet Høyesterett prinsippene for bevisvurderingen i en sak som gjelder gyldigheten av UNEs vedtak om å avslå asyl og om vern mot utsending av en familie fra Iran til områder der det er fare for forfølgelse. Høyesterett gjennomgår rettstilstanden når det gjelder bestemmelsene om oppholdstillatelse for utlendinger som trenger beskyttelse (asyl), og om vernet mot tilbakesending og hva som kan sies å være beviskravet eller tvilsrisikoen ved vurderingen i en konkret sak. Høyesterett legger til grunn at:

«Ved vurderingen av om det foreligger en reell fare for forfølgelse, skal asylforklaringen legges til grunn så langt den fremstår som noenlunde sannsynlig, og søkeren selv har medvirket til å opplyse saken så langt det er rimelig og mulig. Asylsøkerens generelle troverdighet er et relevant moment som skal tas

²³¹ Ot.prp. nr. 75, side 89

i betraktning. Det kreves ikke sannsynlighetsovervekt for at forklaringen er riktig. I den forbindelse må konsekvensene av en eventuell uriktig avgjørelse i asylsøkerens disfavør vurderes. Jo alvorligere konsekvensene fortoner seg, jo mindre skal det til for å gi vedkommende beskyttelse.»²³²

Høyesterett uttaler videre at

«Konkret utleder jeg av dette at eventuelle selvmotsigelser, uklarheter og utelatelser i forklaringen, som ikke kan begrunnes på tilfredsstillende måte, kan få betydning for bevisvurderingen. Forklaringer som gradvis tilpasses, eller suppleres av nye forhold som tidligere ikke har vært nevnt, vil lett bidra til å svekke den generelle troverdigheten. Dette vil særlig være tilfellet der forklaringen endres etter at det grunnlaget som først ble påberopt, viser seg ikke å føre frem.»²³³

Med bakgrunn i disse rettslige utgangspunkter utleder Høyesterett at eventuelle selvmotsigelser, uklarheter og utelatelser i forklaringen som ikke kan begrunnes på tilfredsstillende måte, kan få betydning for bevisvurderingen.

Borgarting lagmannsretts dom av 9. januar 2017²³⁴ gjelder et UNE-vedtak om avslag på asyl vedrørende en etiopisk asylsøker. Det var flere forhold ved asylsøkerens forklaringer som ble vurdert som lite troverdige. Det hadde blitt lagt fram helseerklæringer fra asylsøkerens fastlege som av lagmannsretten, med unntak av symptomer på PTSD og observasjon av arr under fotsålene, hadde blitt vurdert som gjengivelser av asylsøkerens egne opplysninger. Lagmannsretten fant ikke å kunne legge særlig vekt på disse da opplysningene om tortur som asylsøkeren skal ha blitt utsatt for, i betydelig grad hadde blitt endret og «bygget ut» i forhold til forklaringen han hadde gitt i asylintervjuet.

«Elektrisk tortur mot genitalier er så alvorlig at det er lite trolig at han ikke hadde fortalt om det alt i sin første forklaring, hvis dette virkelig hadde funnet sted. Han har tidligere forklart seg om slag, men har ikke tidligere sagt at disse var målrettet mot fotsålene i en slik utstrekning at slagene (pisking) medførte arrdannelse.»

Borgarting lagmannsretts dom av 28. mai 2018²³⁵: Saken gjelder irakisk asylsøker der UNE vedtok avslag på asyl etter utlendingsloven § 28. Asylsøkeren hadde drevet med alkoholsalg og vært i konflikt med militsen. UNE la til grunn at han hadde vært kidnappet, men at han ikke sto i fare for forfølgelse ved retur. Lagmannsretten kom til at han hadde blitt torturert under kidnappingen, at det hadde blitt framsatt trusler mot ham fordi han hadde regimekritiske videoer på internett, og at han kunne få problemer fordi han var sunnimuslim. Lagmannsretten la videre til grunn det mildere kravet «noenlunde sannsynlig» og fant at vilkårene for opphold etter § 28 var oppfylt. I den konkrete vurderingen la lagmannsretten til grunn at mannen hadde, med bakgrunn i at han solgte alkohol, blitt kidnappet og mishandlet med slag over hele kroppen og fått store sår. Legeerklæringen fra sykehuset og opplysningene om at han hadde anmeldt forholdet, hadde også blitt lagt til grunn. For lagmannsretten hadde mannen forklart at mishandlingen ved kidnappingen hadde vært grovere enn han hadde forklart seg om i asylintervjuet. Han forklarte i retten at han hadde blitt

²³² Rt. 2011, side 1481, avsnitt 45

²³³ Rt. 2011, side 1481, avsnitt 46

²³⁴ LB-2016-17114

²³⁵ LB-2018-85405

voldtatt ved at en metallgjenstand hadde blitt presset opp i endetarmen hans. Dette ble en sentral opplysning som kom på et sent tidspunkt i saken, etter at forvaltningsavgjørelser hadde gått mot ham, noe som taler mot at hans forklaring legges til grunn. På den annen side forklarte mannen at voldtekt av menn er svært skambelagt i Irak, og at han derfor ikke hadde fortalt om dette før. Asylintervjuet hadde i tillegg blitt gjennomført av en kvinnelig intervjuer, og han hadde opplevd det som umulig å fortelle om dette til en kvinne. En venn av ham som er advokat i Irak, og som hadde vært i kontakt med ham da han var på sykehuset etter mishandlingen og voldtekten, kunne bekrefte at voldtekt er svært skambelagt, og han hadde blitt bedt om ikke å fortelle om det og om at ingen måtte snakke om det. Ut fra det samlede bevisbildet kom lagmannsretten til at det er «noenlunde sannsynlig» at voldtekten fant sted, og la det derfor til grunn. Etter den samlede bevisførselen la lagmannsretten til grunn at mannen kan være utsatt for forfølgelse, i det han er i søkelyset etter at han ble kidnappet og mishandlet, og fordi det hadde kommet trusler til ham i senere tid. Det ble videre lagt til grunn at eventuelle reaksjoner mot mannen ved en eventuell retur neppe vil bli svært drastiske, «men at han tidligere vært utsatt for tortur og grov mishandling, og lagmannsretten kan ikke helt utelukke at det kan bli tilfelle også nå».²³⁶

Borgarting lagmannsretts dom av 23. mars 2020²³⁷: Saken gjelder gyldigheten av UNEs avslag på krav om asyl, oppreisning og fastsettelsesdom for brudd på grunnleggende rettigheter etter internasjonale konvensjoner og Grunnloven. De sentrale faktiske spørsmål i saken var om ankende part ble dømt til pisking av iransk domstol i 2007, og om denne straffen ble gjennomført etter at hun i 2017 ble tvangsreturnert fra Norge til Iran. Lagmannsretten kom til at samtlige vedtak og beslutninger truffet tidligere enn utsendelsen i mars 2017 om asyl og utvisning, var ugyldige, og at det forelå brudd på EMK artikkel 3. Lagmannsretten avviste påstandene om brudd på Grunnloven, FNs torturkonvensjon artikkel 3, EMK artikkel 8 og FNs barnekonvensjon artikkel 3. Lagmannsretten er enig med staten i at det var uheldig at A ikke etterkom anmodning om å la seg undersøke medisinsk da hun kom tilbake til Norge. Ut fra de øvrige bevis som foreligger, får imidlertid denne omstendighet ikke avgjørende betydning. Det blir uttalt at generell lav troverdighet fritar ikke utlendingsmyndighetene fra å vurdere konkrete opplysninger fra en asylsøker om at vedkommende risikerer å bli utsatt for tortur ved retur til hjemlandet. Lagmannsretten går over til å se nærmere på As opplysninger om piskestraffen og utlendingsmyndighetenes behandling av disse. Lagmannsretten kom til at EMK artikkel 3 var krenket.

Borgarting lagmannsretts dom av 31. mars 2020²³⁸: UNE hadde kommet til at en afghansk gutt hverken oppfylte vilkårene for asyl etter utlendingsloven § 28 eller § 38. Ved vurderingen av vilkårene for asyl etter utlendingsloven § 38 var et sentralt spørsmål om det forelå tvingende helsemessige forhold som alene eller i kombinasjon med andre sterke menneskelige hensyn kunne gi ham opphold. Lagmannsretten kom til at UNEs vedtak måtte oppheves. Asylsøkeren hadde i sin asylforklaring opplyst at han hadde rømt fra fangenskap hos IS, at han hadde blitt utsatt for tortur og seksuelle overgrep, blitt utsatt for fastbinding, vold og anale voldtekter og vært vitne til drap. Han ble gitt helsebehandling og fikk påvist alvorlig PTSD med psykotiske symptomer, ble henvist til traumebehandling og behandling for blod i avføring og lekkasje av blod/slim. Dette ble dokumentert gjennom ulike helseerklæringer og en torturutredning som påviste skader på asylsøkerens kropp. Det ble gjort funn på hans armer,

²³⁶ Det framgår av forarbeidene at «tidligere overgrep ofte kan være en indikasjon på at utlendingen risikerer forfølgelse ved retur», jf. Ot.prp. nr.75 (2006–2007) punkt 5.2.3.4 side 88.

²³⁷ LB-2019-27055

²³⁸ LB-2019-129330

bein, rygg og føtter som var samsvarende med hans forklaring om tortur. Lagmannsretten kom til at UNE hadde sett bort fra flere helseerklæringer som var sentrale i saken, noe som hadde blitt begrunnet med at de ikke oppfylte de formelle kravene UNE har satt til helseerklæringer i veilederen, FV-4 av 18.07.18, og fordi en av overlegene som hadde utstedt flere av erklæringene, ble ansett som inhabil. UNE hadde under saksbehandlingen bedt om oppdaterte erklæringer, noe som ble framlagt, men som UNE ikke omtaler i sin beslutning. UNE hadde kommet til at asylsøkeren har PTSD, men at dette ikke var alvorlig nok til å gi grunnlag for opphold, og hadde samtidig lagt til grunn at asylsøkeren har PTSD med psykotiske symptomer uten å begrunne nærmere hvorfor helseerklæringen om dette ikke ble tillagt vekt. Lagmannsretten kom til at bevisene ga grunnlag for å si at asylsøkeren lider av en særlig alvorlig PTSD med psykotiske symptomer. Lagmannsretten kom til at UNE hadde lagt uriktig og mangelfullt faktum til grunn på et punkt av betydning for vedtaket. Saksbehandlingsfeilene kunne derfor ha virket inn på vedtakets innhold, noe som mest sannsynlig reflekterer at UNE har sett bort fra eller tillagt flere helseerklæringer for liten vekt. Lagmannsretten kom videre til at denne feilen har virket bestemmende på vedtakets innhold, og at UNEs vedtak er ugyldig.

Borgarting lagmannsretts dom av 17. august 2020²³⁹: Lagmannsretten fant at en asylsøker fra Eritrea hadde beskyttelsesbehov etter utlendingsloven § 28. Asylsøkeren forklarte at hun hadde blitt fengslet og mishandlet i Eritrea. Under asylprosessen hadde det blitt foretatt undersøkelser og derav dokumentering av asylsøkerens fysiske og psykiske skader, som ble vurdert å ha en direkte tilknytning til mishandlingen i fengslet. Arrene ble undersøkt av en overlege som hadde vært Norges representant i Europas komité mot tortur, som konkluderte med at arrene var forenlige med piskeslag, at arrene er typiske for personer som har vært utsatt for tortur, og at det er vanskelig å påføre seg selv slike skader. Arr over håndleddene ble vurdert som forenlige med sår påført av stripsing. Asylsøkerens forklaring ble i tillegg underbygget av at hun fikk påvist diagnosen PTSD med høy aktivering, der symptomtrykket lå langt over terskelen for hva som kreves for å sette en slik diagnose. Asylsøkerens psykiske skader ble vurdert som forårsaket av fengslingen i Eritrea. Om asylsøkerens forklaring og troverdighet framsto forklaringer på enkelte punkter som selvmotsigende og lite presise, men det ble samtidig påpekt at det skal utvises «forsiktighet med uten videre å legge avgjørende vekt på enhver selvmotsigelse, vaghet eller mangel på opplysninger i en asylsøkers forklaringer». Det blir videre uttalt at:

«Det er en alminnelig erfaring at også sannferdige vitner kan huske eller gjengi enkelte faktiske forhold feil. I denne saken er det også flere forhold som kan bidra til uforsettlige feil i As forklaring. Forutsatt at hennes forklaring er riktig, har hun vært gjennom svært traumatiske opplevelser i fengsel og på flukt. Dette kan påvirke hennes hukommelse og evne til å gjengi visse hendelser presist. Presisjonsnivået i en asylforklaring vil også preges av at dialogen går gjennom tolk. Det kan også forekomme misforståelser og tilbakehold av opplysninger som følge av kulturelle barrierer og mangel på tillit, samt motvilje mot å utlevere seg om private og smertefulle hendelser som bl.a. voldtekter. Tiden kan også påvirke hukommelsen. Det gikk mellom 9 – 10 måneder fra fengselsoppholdet i Eritrea og flukten til asylintervjuet i september 2009, nærmere to år til før tilleggsintervjuet i juni 2011, og ytterligere halvannet år før A avga erklæringen i 2013.»

²³⁹ LB-2019-192982

Staten hadde vist til at asylsøkeren hadde forklart seg uoversiktlig og lite detaljert om utreisen og grensekryssingen. Lagmannsretten kunne ikke se «at dette svekket asylsøkerens troverdighet, at det ikke kan forventes at alle mennesker vil være like ordrike og detaljerte når de blir bedt om å gi beskrivelser fra en slik reise, særlig når de kanskje ikke selv skjønner hvilken betydning reisen som sådan har for saken». Det ble videre påpekt at utlendingsmyndighetene hadde anledning til å stille oppfølgings-spørsmål dersom de ønsket ytterligere informasjon eller klargjøringer, men at lagmannsretten ikke kunne se at det ble gjort. Lagmannsretten kom til at asylsøkerens forklaring var sannsynliggjort, det ble lagt til grunn at hun ble fengslet i Eritrea som følge av forholdet til sin ektefelle, at det forelå objektive bevis i form av skader etter tortur, og at det ikke er tilstrekkelige holdepunkter for at forklaringen hennes er uriktig. På denne bakgrunn ble UNEs vedtak opphevet.

Borgarting lagmannsretts dom av 19. august 2020²⁴⁰: Lagmannsretten fant det ikke noenlunde sannsynlig at fire brødre fra Irak hadde beskyttelsesbehov etter utlendingsloven § 28. Som asylgrunnlag ble det av brødrene vist til at de hadde blitt utsatt for tortur som følge av farens angivervirksomhet for amerikanske styrker. Det var ikke bestridt at to av brødrene hadde blitt kidnappet og mishandlet i henholdsvis 2009 og 2015, og at en av dem fikk kuttet av en finger. Det ble imidlertid ikke vurdert å foreligge en årsakssammenheng mellom disse hendelsene og farens virksomhet for amerikanerne, og det ble særlig vist til at faren selv aldri hadde blitt utsatt for noen hevnaksjoner. Det framgår at brødrene ikke visste hvem som hadde stått bak kidnappingene de ble utsatt for. De konkrete torturhendelsene eller omstendighetene rundt dette som ble påberopt av brødrene, er for øvrig ikke nærmere omtalt i dommen. Lagmannsretten kom til at det ikke forelå noen fare for tortur, og at EMK artikkel 3 og Grunnloven § 92 ikke kom til anvendelse.

Borgarting lagmannsretts dom av 8. mars 2021²⁴¹: Denne saken gjelder UNEs vedtak om avslag på grunnlag av politisk aktivitet vedrørende en kurder fra Iran, der lagmannsretten kom til at vedtaket om avslag var gyldig. Asylsøkeren hadde under asylintervjuet oppgitt en annen identitet enn ved ankomst, og forklaringen på hvorfor han hadde oppgitt ulike navn, ble vurdert som helst usannsynlig, i likhet med flere deler av hans forklaring om hans påberopte fare for forfølgelse. Det var flere motsigelser, feil og unøyaktigheter i asylsøkerens forklaringer som ledet til at lagmannsretten etter en samlet vurdering fant at han ikke var å anse som troverdig. I tilknytning til rettens risikovurdering, ble det foretatt en framtidrettet vurdering av om det foreligger en «reell fare» for forfølgelse. Anførselen om at asylsøkerens bror hadde blitt torturert av iranske myndigheter som følge av at asylsøkeren hadde lastet opp eller delt brorens taler/innlegg som han fant på internett, ble ikke ansett som sannsynliggjort. Lagmannsretten fant etter en samlet vurdering at det heller ikke forelå en reell risiko for forfølgelse i forbindelse med at vedkommende returnerer til Iran.

I Norge er det en tingrettsavgjørelse hvor Istanbulprotokollen er nærmere omtalt, og der saken tar for seg konkrete drøftinger av undersøkelser av en torturutsatt asylsøker.²⁴²

Statene har en plikt til å sikre en effektiv prøvingsrett i saker som handler om torturforbudet etter EMK artikkel 3 og om spørsmålet om asylsøkeren skal sendes ut av Norge. Det er opp til statene hvordan de sikrer en effektiv prøvingsrett, og rettshjelp anses å være en nødvendig del av det å sikre at artikkel 13 overholdes. Høyesterett²⁴³

²⁴⁰ LB-2019-72563

²⁴¹ LB-2020-41727

²⁴² TOSLO-2014-23975.

²⁴³ Rt.2012-1985, avsnitt 88

har uttalt at UNE er å anse som en domstol etter EMKs system, og at behandlingen fyller kravene EMD stiller til en effektiv prøvingsrett. Rettshjelp anses i særlig grad som nødvendig for å overholde non refoulement-prinsippet om at ingen skal sendes tilbake til et land hvor de risikerer tortur, mishandling eller andre alvorlige menneskerettsbrudd. I torturkomiteen sine merknader til Norges sjette og syvende periodiske rapport fikk Norge kritikk for manglende rettshjelp i forbindelse med noen typer utvisningssaker, og det blitt uttalt at:

«The Committee regrets that the legal safeguards prescribed by law are not always guaranteed to all asylum seekers and foreign nationals pending expulsion, such as the right to information concerning their rights in a language they understand and the right to free legal aid in the case of expulsion. The Committee notes with concern the publishing of a consultation paper by the State party of the possibility to restrict further the right to free legal aid (arts. 3, 11 and 16). In order to fulfil its obligations under article 3 of the Convention, the State party should guarantee all necessary legal safeguards to ensure the rights of persons facing expulsion or return. The State party should also offer appropriate legal aid to foreigners in all expulsion cases if necessary to safeguard their rights and establish procedures to ensure that foreign nationals are informed of their rights in a language they understand.»²⁴⁴

Til tross for kritikken har reglene i hovedsak forblitt uforandret.

5.10 Norges periodiske rapporteringer til torturkomiteen

I forbindelse med Norges femte periodiske rapport til torturkomiteen i 2005 blir Norge bedt om å gi supplerende opplysninger om antallet asylsøknader som Norge så langt hadde innvilget, med grunnlag i at asylsøkeren har blitt utsatt for tortur, eller fordi asylsøkeren kunne risikere å bli utsatt for tortur ved retur til hjemlandet. Norges svarer at de ikke har noen statistikk over dette, men bemerker at de fleste søkere med behov for beskyttelse på grunn av risiko for å bli torturert, men som ikke får status som flyktning, får beskyttelse på humanitært grunnlag.²⁴⁵ I torturkomiteens konkluderende observasjoner fra 2008²⁴⁶ blir Norge kritisert for at konvensjonen ikke i større grad er blitt innlemmet i nasjonal rett, og det framheves at en tydeligere innlemming vil bidra til å øke bevisstheten om, og håndhevelsen av, de ulike rettighetene i konvensjonen. Komiteen stilte seg positive til at Norge hadde innarbeidet en ny bestemmelse i straffeloven som forbyr tortur, men bemerket samtidig at ordlyden i definisjonen av tortur i straffeloven, i motsetning til definisjonen i artikkel 1 i konvensjonen, oppregner spesifikke former for diskriminering som mulige motiver i stedet for som i konvensjonens artikkel 1 å referere til «enhver form for» diskriminering. Komiteen anbefaler å bruke ordlyden slik den er brukt i konvensjonen, for å sikre at definisjonen av tortur omfatter alle former for diskriminering som mulig motiv ved påføring av psykisk eller fysisk smerte. Komiteen viser videre til Norges «48-timers prosedyre» for avvisning av asylsøkere fra land som generelt anses som trygge, og hvis søknad vurderes å være åpenbart ubegrunnet etter et asylintervju. I relasjon til dette blir Norge oppfordret til å legge til rette for at det gis *en reell vurdering* av hvert enkelt

²⁴⁴ CAT/C/NOR/CO/6-7, avsnitt 16

²⁴⁵ Norges femte periodiske rapport til CAT, innsendt 31.12.2004 og publisert 14.02.2005, og CATs anmodning om supplerende opplysninger datert 05.05.07

²⁴⁶ CAT/C/NOR/CO5 – Conclusions and recommendations of the Committee against Torture

tilfelle under en slik prosedyre, og kontinuerlig overvåking av situasjonen i de landene som prosedyren gjelder for.²⁴⁷

I Norges sjette periodiske rapport av 13. juli 2011 blir det vist til at prinsippene og anbefalingene er integrert i opplæringsprogrammet for saksbehandlere i UDI og i prosedyrer for intervju av asylsøkere. Det blir redegjort for at UDIs kvalitetsstandard for asylintervju fokuserer på hvordan man kan få pålitelig informasjon under asylintervjuet, og er basert på eksisterende og nasjonale og internasjonale regler og retningslinjer og forskning innen undersøkelsesintervju. Det er oppgitt at alle asylintervjuere er opplært til å være klar over at tortur kan påvirke asylsøkerens evne til å komme med sin sak. Intervjuere er opplært til å stille spørsmål som ikke er ledende, gi en trygg setting der formålet med intervjuet blir avklart, og tilnærme seg søkerne på en kultursensitiv måte. Det blir videre vist til at det er anerkjent at ofre for tortur kan ha vanskeligheter med å komme med sin sak på grunn av skader eller på grunn av fysiske eller psykiske helseproblemer. Det er også anerkjent at tortur kan påvirke søkerens hukommelse. Saksbehandlere bli introdusert for intervjumetoder som kan hjelpe søkeren med å huske, og får verktøy for å identifisere sårbare søkere og tilpasse intervjusituasjonen til den enkelte søkerens behov. I tillegg inviterer UDI forelesere til å gi grundig informasjon om spesielle temaer. For eksempel har UDI arrangert et foredrag om tortur og et foredrag om symptomene på traumer og stress og om hvordan man best kan håndtere disse i intervjusituasjoner.²⁴⁸

I torturkomiteens brev til Norge av 24. juli 2014 med spørsmål til Norges rapport for 2016²⁴⁹, var et av spørsmålene hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre at relevante medisinske fagpersoner systematisk får grundig og praktisk opplæring i bruken av Istanbulprotokollen, for dokumentasjon av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling av straff (16 c).

Dette spørsmålet svarte Norge på i sin rapport av 16. desember 2016²⁵⁰ der det ble vist til oppdateringen og digitaliseringen av Helsedirektoratets veileder om helsetjenester for asylsøkere, flyktninger og gjenforente familier²⁵¹ som ble gjort i 2015. Det blir opplyst om det nye kapittelet som ble inntatt veilederen, om torturutsatte og om at helsepersonell skal være kjent med symptomer på tortur, diagnostikk, behandling og oppfølging, i samsvar med Istanbulprotokollen. Nærmere om veilederen blir det påpekt at det som ledd i en effektiv undersøkelse og dokumentasjon må vurderes om det vil være nødvendig med en evaluering av en spesialist innen rettsmedisin, psykologi, psykiatri eller gynekologi, i arbeidet med å undersøke om det foreligger torturskader. En slik undersøkelse fra en spesialist skal kulminere i en torturutredning basert på Istanbulprotokollen. Det blir endelig vist til at en slik oppdatering av veilederen har blitt gjort med sikte på å bidra til å sikre tidlig identifisering av ofre for traumer, tortur eller krigsskader og for å gi en god oppfølgingstjeneste.

Når det gjelder levering av helsetjenester til torturutsatte, opplyser Norge at dette i utgangspunktet er lagt under ansvaret til kommunehelsetjenesten, og at det er retningslinjer innen psykisk helsevern om at personer utsatt for traumer som hovedregel skal få oppfølging i kommunen. Dersom de blir henvist til spesialisthelsetjenesten, bør symptomene overstige de forventede normale reaksjonene på alvorlige hendelser. Hvis det er mistanke om at pasienten har utviklet PTSD, bør spesialisthelsetjenesten vurdere pasienten og begynne behandling eller gi veiledning til

²⁴⁷ CAT/C/NOR/CO/5 av 23.11.07

²⁴⁸ CAT/C/NOR/Q/5

²⁴⁹ CAT/C/MOR/QPR/8

²⁵⁰ CAT/C/NOR/Q/5 par. 118

²⁵¹ IS-1022

primærhelsetjenesten. Det blir særlig understreket at veilederen vil gjøres tilgjengelig for alt helsepersonell.²⁵² Det anbefales i veilederen at kommunen tilbyr alle flyktninger og asylsøkere en medisinsk undersøkelse tre måneder etter ankomst til Norge, for å fastslå helsetilstanden og for å kunne identifisere behov for psykologisk eller somatisk oppfølging. Denne undersøkelsen har som formål å kunne avdekke psykiske helseproblemer og ethvert behov for psykososial oppfølging som måtte foreligge. Det blir vist til tiltakene vedrørende odontofobi og at disse skal utføres i samarbeid med De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).²⁵³

Til tross for at Norge har rapportert om flere konkrete og viktige tiltak og retningslinjer og ikke minst formidlet en konkret handlingsplan om framtidige prosesser, har ikke alt blitt gjennomført eller fulgt på en tilfredsstillende måte. Det er for eksempel fortsatt et behov for tilrettelegging for tidlig identifisering av torturutsatte med siktemål å tilby god oppfølging. Selv om den nasjonale veilederen inneholder svært mye verdifullt og gode verktøy, kan en ikke si at dette er gjenspeilet i den praktiske anvendelsen. Det er per i dag ingen praksis som faktisk identifiserer tortur, eller som bidrar til utredning og videre oppfølging. Den eneste lovpålagte undersøkelsen er tuberkulosekontrollen. De øvrige tiltakene Norge viser til fra veilederen, er kun å betrakte som anbefalinger og dermed i liten grad som forpliktende eller bindende. Når det gjelder Istanbulprotokollen, har den til tross for redegjørelsen i Norges rapporteringer ennå ikke blitt implementert.

5.11 Helselovgivningen

I Norge inndeles retten til helsehjelp etter sykdommens alvorlighetsgrad, hvor akutt behovet for behandling er, og på hvilket nivå helsetjenesten skal ytes. Dersom en persons behov for helsehjelp og lovens vilkår for helsehjelp er oppfylt, vil vedkommende kunne ha et rettskrav på helsehjelp som kan fremmes for myndighetene, og som også kan kreves behandlet for domstolene.²⁵⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer den enkeltes rett til helsehjelp og herunder retten til øyeblikkelig hjelp som omfatter helsehjelp fra både spesialisthelsetjenesten, jmfør § 2-1 a, og kommunehelsetjenesten, jmfør § 2-1 b. Øyeblikkelig hjelp omfatter hjelp som er «påtrengende nødvendig», jmfør helsepersonelloven § 7, og som må utføres innen 24 timer. Det er den enkelte helsearbeider som vurderer om hjelpen er påtrengende nødvendig, og det er her rom for et visst skjønn. Retten til helsehjelp for asylsøkeren, flyktninger og familiegjennforente gjelder fra de kommer til Norge for å søke beskyttelse, og asylsøkere skal ha samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen.

I tråd med våre folkerettslige forpliktelser slik de følger av torturkonvensjonen artikkel 14 og komiteens uttalelser,²⁵⁵ har torturofre som blir mottatt i Norge, en rett til rehabilitering og dermed til en tilgang til rehabiliteringstjenester for en mulighet til et bedret liv og bedre helse. Imidlertid er det i dag ingen implementering i norsk rett som legger til rette for at asylsøkere som har blitt utsatt for tortur eller CIDT, får realisert denne retten. Tvert om indikerer gjeldende rett snarere skranker for torturofrenes rett til helsehjelp og ivaretagelse, når det i dag legges opp til å differensiere utlendingenes tilgang til nødvendige helsetjenester basert på deres oppholdstatus.²⁵⁶

²⁵² CAT/C/NOR/Q/5 par. (119)

²⁵³ CAT/C/NOR/Q/5 par. (120)

²⁵⁴ Se Rt. 1990 s 874 - Fusadommen

²⁵⁵ GC nr. 3

²⁵⁶ Prioriteringsforkriften

Voksne asylsøkere har, i motsetning til den øvrige befolkning, ingen rett til omsorgstjenester fra kommunen innen nasjonal lovgivning. Personer med endelig avslag på søknaden om beskyttelse og personer uten lovlig opphold i landet har rett til øyeblikkelig helsehjelp og helsehjelp som er helt nødvendig, og som ikke kan vente.²⁵⁷

Det følger av våre folkerettslige forpliktelser et viktig prinsipp om ikke-diskriminering og likhetsprinsippet, der torturkomiteen i særlig grad framhever at nødvendig helsehjelp ikke skal redusere eller gå ut over et mer omfattende rehabiliteringsløp. Dette kan ikke sies å være tilstrekkelig ivaretatt i norsk rett i dag og er noe som klart bør forbedres. I de tilfeller der helseutredninger underbygger alvorlige torturskader med behov for rehabilitering, bør det være etablerte regler og ordninger som gjør at denne retten blir realisert.

Helsepersonell har ansvaret for å vurdere behovet for å bestille kvalifisert tolk i møte med pasient med begrensede norskkunnskaper. Helsepersonell kan trenge tolk for å utøve informasjons- og veiledningsplikten. Samarbeid med kvalifisert tolk kan være en forutsetning for å sikre pasientens rett til blant annet å få forståelig informasjon og å kunne gi informert samtykke til helsehjelp, jamfør pasient- og brukerrettighetsforskriften §§ 3-5 og 4-1. Særlig viktig for helsetilbudet til asylsøkere er det at det i tilstrekkelig grad tas hensyn til den enkeltes forutsetninger for forståelse, kommunikasjon og evne til å gi nødvendig og relevant informasjon om egen helse.

Asylsøkere har varierende forutsetninger for å ta til seg informasjon, særlig i situasjoner der alt oppleves nytt og til dels stressende, noe som ikke minst gjelder for ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Språklige og kulturbetingede barrierer vil også kunne gjøre det utfordrende å kommunisere og få viktig informasjon. Kartlegging av asylsøkeren ved ankomst anses for å være en særlig viktig fase i arbeidet med å avklare asylsøkerens behov for helsehjelp og relevant informasjon for vurderinger i asylprosessen. Kartleggingen i ankomstfasen krever at det finnes gode nok prosedyrer for utførelsen av arbeidet som skal gjøres, og at den enkelte saksbehandler og helsearbeider besitter en god nok kompetanse og rolleforståelse. Det er endelig viktig at prosesser i asylprosessen og helsekartleggingen er tydelig forankret i lov, forskrifter og retningslinjer fra myndighetene. Det er de ikke i dag, noe som klart bør komme på plass slik torturkomiteen har gitt sterke anbefalinger om til flere stater.

Helseattester og helseerklæringer i asylsaker, herunder saker som gjelder torturutsatte asylsøkere, er viktige og nødvendige når det gjelder ivaretagelsen av retten til helsehjelp og sentrale for å sikre riktig hjelp til rett tid. Dette er i tillegg viktig som dokumentasjon i asylprosessen, både for å dokumentere konsekvensen av tortur, forfølgelse og andre menneskerettighetsbrudd og for vurdering av opphold på humanitært grunnlag.²⁵⁸

Norges forpliktelser slik de er gjennomgått under del 1, tilsier at det må være etablert identifiseringsprosedyrer som er kodifisert i lov eller forskrift, og som på den måten kan sikre den enkeltes behov for oppfølging eller helsehjelp. Helseundersøkelse tre måneder etter ankomst bør bli fulgt opp, og det bør være et fungerende tverrfaglig team og en god tilgang til ordinære tjenester så raskt som mulig. En nærmere beskrivelse av helseundersøkelser og prosedyrer for torturutredning er beskrevet i annekset.

²⁵⁷ Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 6

²⁵⁸ Helsedirektoratet (2015). Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. april 2020, lest 23. mars 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

Det eksisterende helsetilbudet er i dag beskrevet i Helsedirektoratets veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente som sist ble faglig oppdatert den 24.04.2020. Et særlig viktig punkt er i veilederens kapittel 7-2 hvor det blant annet framgår at:

«Dersom det avdekkes at pasienten har vært utsatt for tortur eller liknende er det avgjørende for nødvendig helsemessig behandling og rehabilitering at fysiske og psykiske følger av tortur og andre overgrep som asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente har vært utsatt for, identifiseres tidlig.»

Det er positivt med en slik presisering, men det er dessverre noe som under dagens gjeldende rett i liten grad lar seg gjøre å realisere når retten til helsehjelp, rehabiliteringstjenester og omsorgstjenester til torturutsatte ikke korresponderer med veilederens intensjon.

Kompetent helsepersonell må vurdere oppfølging og eventuelle tiltak for å sikre god oppfølging og bistand, herunder hvem som kan utføre forsvarlig undersøkelse og påfølgende utredning og dokumentasjon av tortur og torturskader. Helsepersonell må vurdere om det vil være behov for spesialistutredning, som eksempelvis klinisk rettsmedisin, psykologi/psykiatri, gynekologi, som ledd i korrekt utredning og dokumentasjon. Korrekt utredning og dokumentasjon av torturskader skal resultere i en sakkyndigrapport basert på Istanbulprotokollen. Det må i tillegg vurderes hvorvidt eventuelle avdekkede skader vil gjøre det nødvendig med videre oppfølging, og eventuelt på hvilken måte dette bør skje.

Dersom det gjennomføres en undersøkelse av et antatt offer som ledd i en sakkyndig utredning, forutsetter det innhenting av informert skriftlig samtykke.

Med bakgrunn i foreliggende rettigheter slik de framgår av folkerettslige konvensjoner som Norge har forpliktet seg til å etterfølge, er det i dag lagt til grunn at en asylsøker eller en overføringsflyktning har rett til undersøkelse og dokumentasjon av sine torturskader basert på Istanbulprotokollen. For en god nok håndhevelse av denne retten bør logistikken ved gjennomføring, hvem som skal undersøke, når og hvordan, og nødvendige kompetansekrav til fagpersonene være tilstrekkelig ivarettatt og sikret i foreliggende prosedyrer og retningslinjer. Dette anses ikke å være implementert i gjeldende rett på en tilfredsstillende måte. Det foreligger per i dag ingen prosedyrer for identifisering av sårbare i asylprosessen, noe som kan utgjøre en utfordring for sårbare asylsøkere, herunder for torturutsatte.

Norge har en plikt til å forebygge tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og til å hindre at personer utsettes for slike menneskerettsbrudd. Dette innebærer et særlig ansvar for å ivareta ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og beskytte dem mot situasjoner som det er rimelig grunn til å anta at kan forverre deres helse.

5.12 Forebygging

I 2016 ble en omfattende studie om forebygging av tortur publisert²⁵⁹, og den anses å være en av de mest omfattende studier som er gjort innen feltet. Funn fra studien har vist at forebygging av tortur faktisk virker, og det ble identifisert konkrete beskyttelsestiltak som skilte seg ut. I tillegg til straffeforfølgning ble arbeidet som utføres av overvåkingsorganet – OPCAT – ansett som effektivt. Tilsvarende ble vurdert når det

²⁵⁹ Dr Richard Carver and Dr Lisa Handley, *“Does Torture Prevention work?”* (2016). Studien ble gjennomført i regi av Association of the Prevention of Torture (APT) der 16 land i en periode på over 30 år (1984–2014) var med i studien.

gjelder etableringen av nasjonale forebyggende mekanismer, samarbeid med FNs underkomiteer for forebygging av tortur og forebyggingsorganet i Europa (CPT).²⁶⁰ CPT beskriver tredjeparts varslings, tilgang til en advokat og en uavhengig medisinsk undersøkelse som «treenigheten» i arbeidet med å bekjempe tortur og forebygge.²⁶¹ Det var i tillegg funn om implementering av folkerettslige forpliktelser, der det ble påvist svakheter og utfordringer med å få til en fullstendig implementering og håndhevelse av den nasjonale lovgivningen. Det var et gap mellom lov og praksis. Evans viser til at det ikke er en eneste juridisk mekanisme som kan sies å ha en særlig korrelasjon til reduksjon i tortur.²⁶² Studien konkluderte blant annet med at andre viktige funn som tydet på utfordringer med forebygging av tortur, og implementering av lov, er manglende kompetanse og opplæring blant politiansatte.²⁶³ I tillegg ble det avdekket at juridisk bistand og gjennomføring av medisinske undersøkelser i flere land fungerte mindre bra, fordi det var mangel på tilgang på personer med nødvendig kompetanse.

5.13 Oppsummering

Norge er aktivt og deltakende i arbeidet med å sikre en best mulig implementering av relevante konvensjoner og de folkerettslige forpliktelser Norge er bundet av. Menneskerettighetene er i dag hjemlet i Grunnloven, og forbudet mot tortur er spesifikt hjemlet i grunnlovsbestemmelsens § 93 i tillegg til i særlovgivningen. Vern mot utsendelse etter non refoulement-prinsippet som følger av EMK og SP, er gjort om til norsk lov, i tillegg til at det er inkorporert i utlendingsloven. Gjennomgangen viser at Norge har en tilfredsstillende implementering og kodifisering i lov når det gjelder disse sentrale og grunnleggende konvensjonsrettighetene. At det har funnet sted en grunnlovsfesting av disse rettighetene, må også kunne sies å være et særlig viktig skritt som ledd i å styrke gjennomslagskraften og håndhevelsen, da innholdet i bestemmelsen sikres et langvarig vern av grunnleggende menneskerettigheter ettersom grunnlovsendring krever to tredjedels flertall over to stortingsperioder.²⁶⁴

Med bakgrunn i den rettslige gjennomgangen ser vi at Norge har gjort et betydelig arbeid med å inkorporere viktige folkerettslige forpliktelser vedrørende søkere i asylprosessen, der dette også har en direkte betydning for torturutsatte søkere. Samtidig er det innenfor enkelte områder et særlig behov for å sikre en tydeliggjøring og presisering av sentrale rettigheter i forskrifter og retningslinjer når det gjelder de torturutsattes rettsstilling i asylprosessen. Det gjelder i særlig grad ved vurdering av asylsaker der det er behov for å tydeliggjøre utrednings- og begrunnelsesplikten. Tilsvarende behov gjelder for identifisering av sårbare og torturutsatte asylsøkere og de særlige krav til innhenting av opplysninger, gjennomføring av undersøkelser, kartlegging av alle relevante risikofaktorer ved vurderingen av beskyttelsesbehov og vern mot utsendelse. Rettsstillingen til torturutsatte bør sikres ved at dette i større grad blir tydeliggjort i forskrift og der retningslinjer angir en konkret beskrivelse av prosedyrer og vurderinger som skal foretas i saker som gjelder torturutsatte i asylprosessen. En forskriftsfesting av det helsetilbudet som ligger i den nasjonale veilederen og

²⁶⁰ European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment av 26. november 1987 som trådte i kraft 1. februar 1989, ETS no 126.

²⁶¹ CPT standards, Strasbourg 2015 CPT/Inf/E (2002-Rev.2015)

²⁶² Evans, side 56

²⁶³ Evans, side 60

²⁶⁴ Grunnloven § 121

forskriftsfesting av torturutsatte som en sårbar gruppe, anses som viktig for hvordan det blir tilrettelagt og vurdert for den torturutsattes rettsstilling i asylsaken.

For en effektiv og best mulig fungerende asylprosess er det i tillegg viktig med interne evalueringer av interne rutiner og saksbehandlerens kompetanse, faglig og rettslig. Erfaringer fra saksbehandlere og rettspraksis viser klare utfordringer flere møter på i arbeidet med å utrede og vurdere asylsaker som gjelder torturutsatte. Mangelfulle forklaringer fra torturutsatte som skyldes trauma, psykiske vansker eller sosiale eller kulturelle barrierer som, sammenholdt med andre bevis, i større grad burde blitt godtatt, blir i stedet utelukkende vurdert innen troverdighetssporet og uten hensyn til asylsøkerens manglende forutsetninger grunnet torturskader. De torturutsattes sårbarhet gjør at det for mange kan oppleves særlig vanskelig å sette ord på det som har hendt, eller huske detaljer. Dette er et viktig hensyn som aktivt bør tas i betraktning i asylprosessen, og som ikke uten videre skal adresseres som en del av troverdighetsvurderingen. Når for eksempel en asylsøker gir lite konkrete eller detaljerte forklaringer, eller det framkommer motstridende opplysninger, vil det ha stor betydning for den torturutsattes rettsstilling og mulighet til helseoppfølging om dette blir tolket som et uttrykk for at asylsøkeren bevisst forklarer seg uriktig, eller for at han som en direkte følge av torturskader ikke har maktet å forklare seg så grundig eller detaljert som ønsket. Domstolene har gjennom praksis vist at slike mangelfulle vurderinger av bevis og troverdighet har ført til svært inngripende resultater for den torturutsatte asylsøkeren, både når det gjelder utfallet i asylsaken og tilgangen til helserettigheter.

Dette er en indikasjon på vansker eller mangler i asylprosesser som anses å være av så stor betydning for rettsstillingen til den torturutsatte at det tilsier en klar styrking i gjeldende rett. Det er behov for å tydeliggjøre rutiner ved gjennomføringen av asylintervjuet og vurderingen av opplysninger som der framkommer. Plikten til å foreta en grundig og forsvarlig vurdering og undersøkelser i asylsaken bør komme tydeligere fram. Det bør komme tydeligere fram i retningslinjer at det skal foretas en vurdering av alle relevante risikofaktorer vedrørende den torturutsatte, at det skal gjennomføres helseundersøkelser og helseoppfølging som til enhver tid anses som nødvendig i den konkrete sak. Det skal framkomme retningslinjer som beskriver hvordan tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling skal anvendes. Feil og svikt som inntreffer i denne fasen av asylsaken til torturutsatte, ser ut til å henge sammen med at det ikke er en tilfredsstillende bevissthet om statens plikter knyttet til å identifisere tortur og CIDT. Forhold som kan relatere seg til mulig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, kan ha en tilbøyelighet til å bli «ekspektet ut av saken» fordi de utelukkende blir sett i lys av troverdighetsvurderingen og ikke i lys av forbudet mot tortur, annen grusom og nedverdiggende behandling og mot refolement som Norge er forpliktet til.

Det er grunn til å spørre om dagens nasjonale veileder og UDIs retningslinjer er gode nok virkemidler for å sikre en enhetlig praksis i tråd med internasjonale standarder slik det også er tydelig anbefalt av torturkomiteen. Norge har overfor torturkomiteen både bekreftet og anerkjent behovet for å sikre en tidlig identifisering av torturutsatte med siktemål å tilby god oppfølging. På den annen side er det lite samsvar mellom dette og det som i dag er gjeldende praksis. Dette tilsier et klart behov for tydeligere prosedyrer og et mer tilgjengelig regelverk på dette felt. Det anses på denne bakgrunn som viktig med forskriftsfesting av både identifiseringsprosedyrer, Istanbulprotokollen og definisjon av sårbare grupper, herunder torturutsatte. Det foreligger omfattende retningslinjer i form av rundskriv, veiledere og tiltakskort med detaljert og omfattende veiledning for saksbehandling og gjennomføring av

asylintervju i saker vedrørende tilfeller av kjønnslemlestelse, kjønnsforfølgelse og menneskehandel. Det finnes imidlertid ikke noe rundskriv, veileder eller tiltakskort som direkt retter seg mot torturutsatte i asylprosessen, det samme gjelder personer utsatt for seksuelle overgrep og voldtekt utover det som ligger i de øvrige sårbarhets-tiltakskortene.

Den store mengden rundskriv og ulike retningslinjer gjør at asylfeltet framstår fragmentert og lite oversiktlig. At det i tillegg kan oppleves noe krevende å orientere seg og finne fram til disse på UDIs nettsider, gjør det neppe enklere. Et mer oversiktlig og tilgjengelig regelverk og oppdatert nasjonal og internasjonal rettspraksis innenfor asylfeltet der torturutsattes rettsstilling er tydelig og tilgjengelig, vil bidra til bedre tilgang til gjeldende rett og rettsanvendelsen av den i saksbehandlingen.

Rundskriv om kvalitetssikring av saksbehandling og asylintervju kan med fordel evalueres med sikte på å vurdere prosedyrer som i større grad kan sikre enhetlig praksis i tråd med gjeldende standard.

Identifisering av torturutsatte har en viktig betydning for retten til helsehjelp og til rehabilitering. Opplæring av saksbehandlere i asylprosesser er avgjørende for å sikre en best mulig identifisering av torturutsatte.

Endelig er det særlig viktig at barneperspektivet i relasjon til gruppen torturutsatte er tydeligere belyst i gjeldende retningslinjer. Barn kan også være ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling, og det er et særlig behov for å gode prosedyrer som kan ivareta dem, i lys av at de er sårbare både fordi de er barn, og fordi de er torturofre. Det anses som grunnleggende at enslige mindreårige undergis en gjennomgående helsekartlegging slik at ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling blir identifisert så tidlig som mulig. Det er en risiko for framtidige skader og særlig utviklingsskader for barn som tilsier et strengere krav til utredning og oppfølging. Rammene for arbeidet med denne rapporten har ikke gitt rom for en gjennomgående utredning av barn som torturutsatte, men dette anses å være et viktig område som det er behov for å utrede nærmere.

Dagens utlendingsforskrift § 17-2 rommer en presisering vedrørende særlige behov når det gjelder kvinner i asylprosessen, og det er egne bestemmelser i forskriften som presiserer nærmere hvilke særlige behov som gjelder for barn i asylprosessen. Det er imidlertid ingen presisering i forskriften om torturutsatte eller om sårbare grupper.

Det er i dag ingen prosedyrer for helsekartlegging av nyankomne asylbarn, noe som gjør det vanskeligere å identifisere torturutsatte barn fra et så tidlig stadium som mulig. Dette anses å være en særlig mangel i den eksisterende asylprosessen da dette gjør at barn med særlig behov for oppfølging og helsehjelp ikke får tilgang til viktige rettigheter de har som sårbare barn.

I dagens retningslinjer bør den betydelige sårbarheten det medfører å være kvinne og samtidig torturutsatt, og hvilke ekstra hensyn dette tilsier, og behovet for tilretteleggelser i asylprosessen komme tydeligere fram.

Fra folkeretten kan vi utlede flere regler og retningslinjer om de vurderinger som skal foretas i den konkrete sak om sterke menneskelige hensyn og om tolkningen og anvendelsen av torturbegrepet og annen grusom og nedverdiggende behandling. Vurderingen i asylprosessen anses generelt som vanskelig og er samtidig en vurdering av særlig betydning da den dreier seg om spørsmål som berører grunnleggende menneskerettigheter til individer. Tilsvarende vansker knytter seg til bevis- og risikovurderingen i den konkrete asylsak og til rettsanvendelsen av disse i tråd med folkeretten. I lovforarbeidene til gjeldende utlendingslov er det uttalt at:

«De sakene som særlig skaper store utfordringer i praksis, er de sakene hvor det er nødvendig å foreta en samlet vurdering av flere forskjellige menneskelige hensyn. Fordi det ikke er mulig eller hensiktsmessig å løse slike saker gjennom en detaljert lov- eller forskriftsregulering, er det behov for en vid skjønnsbestemmelse også i en ny lov.»²⁶⁵

²⁶⁵ Ot.prp.nr. 74, side 95

Del 2 Initiativer for identifisering og dokumentasjon av tortur og CIDT

En viktig del av arbeidet med å overholde det internasjonale torturforbudet er innsatsen for å sikre at de som begår slike handlinger, blir holdt strafferettslig ansvarlige for det de har gjort, gitt tillatelse til eller på annen måte bidratt til med hensyn til tortur. En helt grunnleggende forutsetning for at dette skal bli mulig, er utredning og dokumentasjon av påført tortur, konkret gjennom å beskrive skader og reaksjoner, både fysiske og psykiske. En viktig forutsetning er også at dette skjer på en måte som holder best mulig faglig og rettslig standard. Utvikling av internasjonale standarder for utredning og dokumentasjon av tortur og torturskader har dermed vært høyt prioritert over lengre tid, et arbeid som har frambragt helt nødvendige retningslinjer for slik virksomhet. Viktigheten av denne type utrednings- og dokumentasjonsarbeid har vært knyttet til det å kunne frambringe informasjon og dokumentasjon til bruk i rettslige sammenhenger både for å kunne definere ansvarsforhold i forbindelse med tortur og som ledd i ofrenes rett til erstatning. I tillegg er utrednings-, dokumentasjons- og kartleggingsarbeid av vesentlig betydning for behandling og rehabilitering av torturofre.

I det følgende beskrives det internasjonale arbeidet som er gjort over de siste 25 årene for å utvikle standarder, prosedyrer og retningslinjer for torturutredning og dokumentasjon. Istanbulprotokollen (Manual for effective investigation and documentation of torture and CIDT) er det mest sentrale og kjente dokumentet i denne sammenhengen. Det er tidligere gjort rede for denne, men den vil nå bli ytterligere presentert, denne gangen med vekt på identifisering av helseskader, fysiske og psykiske. Det vil også bli vist til andre retningslinjer for utredninger av tortur.

I dag er utredning, identifisering og dokumentasjon av tortur ansett som en svært sentral del av arbeidet mot tortur, inkludert i forbindelse med flukt og beskyttelse. I del 2 vil vi derfor løfte fram viktigheten av å innføre prosedyrer som sikrer at dette skjer. Konkret vil vi beskrive regionale initiativer, først og fremst EU-initiativer, for å sikre at identifisering av torturerte gjennomføres som en del av asylprosessen. Vi vil deretter vise til eksempler på tiltak og prosjekter i enkelte europeiske land som ledd i det nasjonale arbeidet med å overholde de relevante EU-direktivene med sikte på identifisering og videre dokumentasjon av torturskader, basert på prinsipper og standarder i Istanbulprotokollen. Vi vil peke på at til tross for en rekke gode initiativer og tiltak er identifisering av torturerte asylsøkere stadig preget av tilfeldigheter og manglende systematikk. Samtidig er det mange eksempler på at dette arbeidet er i ferd med å styrkes i enkelte land, og vi mener at vi i Norge har en del å lære av noen av de pågående prosjektene, ikke minst når det gjelder tiltak som kan sikre at identifisering gjennomføres, og at funn på bakgrunn av dette kan bidra i asylprosessen.

I denne delen har vi også valgt å ta med en gjennomgang av de mange ulike initiativer og prosjekter som har vært iverksatt i Norge med det siktemål å styrke både

helseutredning av asylsøkere og arbeidet med å identifisere sårbarhet og asylsøkere med spesielle behov, og ikke minst identifisere og dokumentere tortur og torturskader. Det siste vil være relevant både for asylprosessen og for vurderingen av nødvendige helsetiltak og rehabilitering. Denne gjennomgangen baserer seg på en rekke offentlige dokumenter, utredninger og rapporter primært etter initiativ fra norske myndigheter, valgt ut fordi vi mener disse eksemplifiserer mye av det som har vært forsøkt igangsatt, ønsket og intendert. Men gjennomgang viser også at en del av de sentrale initiativene ikke i tilstrekkelig grad er blitt fulgt opp i praksis. Det er ikke lett å forklare dette på et systemnivå, men vi håper at gjennomgangen kan bidra med å vise til noen av de hindringene som stadig må overkommes for at systematisk identifisering, dokumentasjon, videreformidling av kunnskap og anvendelse av denne i asylprosessen skal kunne skje. Og her tenker vi også på prosesser som kan ligge til grunn for et mer systematisk rehabiliteringsarbeid. Konkret vil disse hindringene bli omtalt i forbindelse med de anbefalingene til norske myndigheter som springer ut av det foreliggende prosjektet.

6 Det internasjonale arbeidet for identifisering og dokumentasjon av tortur og CIDT

I det følgende presenteres en kort gjennomgang av det internasjonale arbeidet med å utvikle retningslinjer og protokoller for identifisering og dokumentasjon av tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling. Målet har vært å utvikle internasjonale retningslinjer for utredning og dokumentasjon i forbindelse med etterforskning og strafferettslige prosesser i tilknytning til anklager om tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, som grunnlag for dokumentasjon i forbindelse med søknad om beskyttelse og i forbindelse med krav om erstatninger og rettsoppgjør, inkludert behandling og rehabilitering etter tortur. Vi vil konkret drøfte anvendelsen av slike retningslinjer på asylfeltet og vise til erfaringer og prosedyrer etablert med henblikk på dette i ulike land. Av interesse her er kritikk og anbefalinger fra FNs TK til stater vedrørende asylfeltet og særlig identifisering av torturerte asylsøkere. Vi vil primært konsentrere oss om initiativer og tiltak innen EU som organisasjon og erfaringer, prosedyrer og retningslinjer utviklet i et lite antall europeiske land: Danmark, Finland, Nederland, Storbritannia, Sveits, Sverige og Tyskland. Disse landene ble valgt fordi alle har hatt miljøer som har arbeidet med disse spørsmålene, og fordi forskere i dette prosjektet har hatt anledning til å følge kollegaers arbeid med disse prosessene over en lengre periode.

6.1 Istanbulprotokollen

Tidligere i rapporten har vi vist til Istanbulprotokollen og gitt eksempler på hvordan denne er blitt gjenstand for anbefalinger fra traktatorganer til medlemsland, først og fremst fra CAT, og også beskrevet noen eksempler på rettsavgjørelser der det har vært vist til protokollen (se kapittel 4.7). Istanbulprotokollen (2004) er uten tvil det mest omfattende og også det best kjente instrumentet for utredning og dokumentasjon av tortur. Den rommer en gjennomgang av menneskerettslige forpliktelser og avtaler, av prosedyre for undersøkelse både somatisk og psykologisk samt de såkalte IP-prinsippene som viser til staters ansvar og oppgaver i forbindelse med torturutredninger og dokumentasjon. Protokollen inneholder også en medisinsk sjekkliste for undersøkelser. Som tidligere beskrevet vedtok FNs høykommissær at IP skulle inntas som et FN-dokument (i 2001), og i 2004 ble protokollen publisert under navnet *Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (Professional training series. No. 8/Rev.1, UNITED NATIONS. New York and Geneva, 2004). Protokollen ble publisert på de seks FN-språkene (arabisk, kinesisk, engelsk, fransk, russisk og spansk). Senere er den blitt oversatt til følgende språk: azari, catalan, georgisk, tysk, ungarsk, indonesisk, koreansk, portugisisk, serbisk, spansk og tyrkisk.

Protokollen er siden publiseringen inntatt og referert til i en rekke FN-rapporter og resolusjoner, blant annet i anbefalinger fra FNs torturkomité, og flere spesialrapportører har vist til denne og anbefalt opplæring av relevant personell i protokollen. En oppdatert og utvidet versjon av Istanbulprotokollen vil bli publisert i løpet av 2021 eller 2022.²⁶⁶ Denne versjonen inneholder informasjon om identifisering av tortur hos barn.

Istanbulprotokollen har altså en særstilling som retningslinje for dokumentasjons- og utredningsarbeid av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Den nye utgaven legger tydelig vekt både på staters ansvar for at utredning og dokumentasjon finner sted, og på helsefaglige organisasjoners etiske forpliktelse og ansvar med hensyn til konkret anvendelse av manualen for dokumentasjon og rapportering. Protokollen omtales som et dokument som gir «authoritative guidance» vedrørende torturdokumentasjon, utredning og rapportering, og stater må anse protokollen som et bindende dokument – ikke rettslig bindende på samme måte som traktatene, men som et dokument som må anerkjennes og implementeres i alle prosedyrer i forbindelse med torturforbud og forebygging. Istanbulprotokollens rolle i internasjonal strafferett og dens normative verdi på en rekke områder er blant annet beskrevet i IRCT (2009), *Shedding light on a dark practice. Using the Istanbul Protocol to document torture*.

De såkalte Istanbul-prinsippene inngår som protokollens Annex 1 (IP 2004, s. 59) og beskriver prinsipper og forpliktelser som stater har ifølge internasjonale konvensjoner og traktater vedrørende etterforskning og utredning i forbindelse med tortur, samt prinsipper for helsepersonells vurdering og dokumentasjon av tortur. Dette dokumentet oppsummerer de sentrale prinsippene og målene i IP og er blitt et dokument som også stater viser til som uttrykk for sitt engasjement for å motarbeide tortur (se også Norges rapport til CAT i 2012).

6.2 Andre relevante retningslinjer og håndbøker

Det er også utviklet andre retningslinjer og håndbøker i forbindelse med utredning og dokumentasjon av tortur, som *Medical Investigation and Documentation of Torture. A Handbook for Health Professionals* (Peel, Lubell, & Beynon, 2012). Viktig i denne sammenhengen er også *The Torture Reporting Handbook. How to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights* (Giffard, 2000). Denne beskriver prosedyrer i forbindelse med rapportering og anmeldelse av tortur og er et dokument som anvendes av mange som er engasjert i rettslig oppfølging av tortur og torturanklager.

Redress²⁶⁷, som er en engelsk organisasjon som arbeider spesielt mot straffefrihet for torturforbrytelser, er en sentral organisasjon og ressurs i dette arbeidet. Redress baserer mye av sitt arbeid på IP og de øvrige manualene og retningslinjene for torturdokumentasjon og -utredning. Den har i mange konkrete saker bidratt til å få i gang etterforskning og rettsforfølgelse i forbindelse med tortursaker, også i internasjonale domstoler. En samling av de ulike manualene og instrumentene utviklet for å kunne dokumentere og utrede tortur som ledd i arbeidet med torturforbudet, forebygging av tortur, rehabilitering og koblingen mellom dette og gjeldende menneskerettighetsforpliktelser er samlet på nettstedet Mental Health and Human Rights info

²⁶⁶ Det er Vincent Iacopino som er hovedansvarlig også for revisjonen. Nora Sveaass er en av de ni primærforfatterne for den oppdaterte utgaven. Birgit Lie har deltatt i revisjonsprosessen av IP kapittel V om «Physical evidence».

²⁶⁷ <https://redress.org/>

(www.hhri.org). I tillegg har denne databasen en omfattende oversikt over temaer knyttet til tortur, skader, behandling osv.

Gjennom prosjektet Care full ble det utarbeidet retningslinjer for hvordan Istanbulprotokollen konkret kunne anvendes i asylprosessen, i forbindelse med gjennomføring av medisinske utredninger, de såkalte «medico-legal reports» (Bruin, Reneman, & Bloemen, 2006). Manualen «Medical Examination in the Asylum Procedure» (2016) beskriver erfaringer og prosedyrer for utarbeidelse av helseutredninger i forbindelse med asylprosessr og viser konkret både til Istanbulprotokollen og til andre relevante håndbøker for torturidentifisering (se f.eks. Peel et al., 2012) beskrevet over.

6.3 FNs TK – anbefalinger vedrørende identifiseringsprosedyrer i asylprosessen

FNs torturkomité har ved en rekke anledninger, i forbindelse med periodisk rapportering, kommentert og kritisert fraværet av ordninger for å identifisere og fange opp torturerte asylsøkere i asylprosessen og anbefalt at dette etableres i de respektive stater, inkludert opplæring om dette.

Følgende eksempler beskriver dette godt: Til Hellas i 2019: «(d) Formulate clear guidelines and related training on the identification of torture victims and others in need of international protection among asylum seekers and migrants» (CAT/C/GRC/CO/7 (CAT 2019)). Videre ble Kypros samme år anbefalt å «(d) Ensure the establishment of effective mechanisms to promptly identify victims of torture among asylum seekers» (CAT/C/PRT/CO/7 (CAT 2019)). Tilsvarende anbefaling fikk også Latvia: «(c) Ensure the creation of an effective mechanism to promptly identify victims of torture among asylum seekers and exempt them and other persons with specific needs, such as children, pregnant women and nursing mothers, from detention». (CAT/C/LVA/CO/6 (CAT 2019)). Også NER ble anbefalt både å etablere retningslinjer og tilby opplæring i identifisering av personer som trenger beskyttelse, inkludert torturofre og personer utsatt for menneskehandel: «(c) Formulate clear guidelines and related training programmes on the identification of asylum seekers and migrants who are in need of international protection, including victims of torture, ill-treatment and trafficking». (CAT/C/NER/CO/1 (CAT 2019)). Stater ble også minnet om ansvaret de har for medisinsk evaluering av torturerte asylsøkere og om sitt ansvar for å drive opplæring i og etablere prosedyrer i tråd med Istanbulprotokollen.

I anbefalingene til Kypros het det følgende:

«32. While welcoming the new procedures outlined by the State party for identifying vulnerable persons, the Committee is concerned by reports indicating a lack of procedures to identify, assess and address the specific needs of asylum seekers, including survivors of torture. It is also concerned about the lack of prompt examination of alleged victims of torture and the lack of procedures to ensure a thorough medical and psychological or psychiatric examination of potential torture victims when signs of torture or trauma are detected during personal interviews of asylum seekers or irregular migrants. The Committee regrets that, according to the State party report (CAT/C/CYP/5, para. 130), statistics concerning the number of victims of torture among asylum seekers are not tracked, and is therefore concerned that a more effective early identification procedure for victims of torture has not been established (arts. 1, 2, 3, 4,

10)» CAT/C/CYP/CO/5 (CAT 2019). Staten ble sterkt anbefalt å sikre «timely medical examinations of alleged victims of torture and ill-treatment comply with the procedures set out in the Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (the Istanbul Protocol), and in particular that they are conducted by trained, independent health experts with the support of professional interpreters.»

Videre ble de oppfordret til å lage oversikt over hvor mange asylsøkere som er blitt henvist til torturutredning, resultatet av disse og antall asylsøkere som ble videre henvist til rehabilitering på grunnlag av tortur. Sist, men ikke minst ble staten anbefalt å gjennomføre regelmessig opplæring til relevant personell i Istanbulprotokollen (CAT/C/CYP/CO/5 (CAT 2019)). Tilsvarende anbefaling ble gitt til Latvia om å sikre at «(c) [...] the Istanbul Protocol is made an essential part of the training for all medical professionals and other public officials involved in work with persons deprived of their liberty and asylum seekers» (CAT/C/LVA/CO/6 (CAT 2019)). I anbefalingene til Latvia ble det også vist til «(d) [...] the insufficient capacity to identify asylum seekers, refugees and other persons in need of international protection who are survivors of torture and the lack of adequate protection and care for survivors of sexual and gender-based violence» (arts. 2, 3, 11–13 and 16).

Disse få og nylige eksemplene på anbefalinger på asylfeltet i forbindelse med medlemsstaters rapportering til CAT viser tydelig at komiteen forventer at torturerte asylsøkere skal identifiseres, at det skal være et system på plass som gjør dette mulig, at torturerte asylsøkere skal få tilbud om legeundersøkelse, at Istanbulprotokollen skal være retningsgivende for dette arbeidet, at det må sikres opplæring i identifiseringsarbeidet, spesielt IP, og at personer med behov for rehabilitering skal identifiseres og viderehenvises til helsemessig oppfølging og rehabilitering.

6.4 OHCHR/UNVFT om torturofre i en migrasjonskontekst

I en rapport fra 2017 minner FNs høykommissjonær for menneskerettigheter at mennesker er rettighetshavere uavhengig av sin rettslige status, og at de har rett til beskyttelse mot overgrep selv om de er på flukt (OHCHR, 2017). Det vises til at i lys av staters internasjonale forpliktelser skal torturofre identifiseres så fort som mulig etter ankomst. I sine anbefalinger ber de stater om å operasjonalisere det internasjonale regelverket for beskyttelse av sårbare asylsøkere, i særdeleshet personer som har vært ofre for tortur, også der disse ikke kvalifiserer for internasjonal beskyttelse. Samtidig løftes det fram forpliktelsene som stater har overfor sårbare asylsøkere, i særdeleshet torturerte, til beskyttelse, erstatning og rehabilitering.

6.5 EUs mottaksdirektiv og identifisering av sårbarhet

Til tross for EUs mottaksdirektiv²⁶⁸ med vekt på identifisering av sårbarhet, herunder identifisering av personer som har vært utsatt for tortur, voldtekt eller andre former for alvorlig psykologisk, fysisk eller seksuell vold, og som søker beskyttelse i europeiske land, er det få stater som har innarbeidet tydelige retningslinjer når det gjelder dette. Først og fremst er det få land som har lovfestet noen form for identifiseringsprosedyre, men også det å utvikle systematiske prosedyrer for slik identifisering og retningslinjer for oppfølging etter identifisering, er meget begrenset. En evaluering

²⁶⁸ eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0033&from=EN

gjennomført på oppdrag av EU-kommisjonen avslørte allerede i 2007 at det var store mangler når det gjaldt implementering av EUs mottaksdirektiv fra 2003, særlig med hensyn til håndtering av sårbare asylsøkere (Brekke et al., 2010). På grunnlag av dette ble et nytt og større prosjekt igangsatt,²⁶⁹ finansiert av Det europeiske flyktningfondet (ERF). Målet var å finne *løsninger* på hvordan sårbare, inkludert personer utsatt for tortur, kunne identifiseres og håndteres. Seks EU-land ble invitert til å delta i studien, og Norge fikk anledning til å delta som det syvende landet, på initiativ fra UDI, som også finansierte norsk deltakelse. Anbefalingen fra studien var blant annet å lovregulere prosedyrer for identifisering, å holde fast ved kobling mellom sårbarhet og spesielle behov og sikre at alle får individuell vurdering, at spesielle behov følges opp, og at helsetilbud til ofre for tortur, overgrep og vold sikres og tilpasses (Brekke et al., 2010, s. 81-83).

En viktig oppfølging av dette europeiske initiativet ble det såkalte PROTECT-prosjektet, senere Protect-Able, fra 2012 (se protect-able.eu), der flere ulike europeiske organisasjoner i samarbeid utviklet et lettfattelig og kortfattet spørreskjema som skulle være enkelt å bruke. Skjemaet skulle bidra til å synliggjøre behov eller forhold som ville kunne gjøre en videre evaluering av helsetilstand og psykologisk sårbarhet ønskelig eller nødvendig. Med utgangspunkt i denne første screeningen skulle de som først møter asylsøkerne, for eksempel sosialarbeidere, migrasjonsmedarbeidere eller frivillige, få de holdepunktene de eventuelt trengte for å kunne henvise til helsepersonell for videre utredning. Hensikten var først og fremst å styrke muligheten til å gjøre psykologisk og medisinsk assistanse bedre tilgjengelig for denne gruppen etter en individuell vurdering. Studien ga nyttig innsikt og kunnskap til feltet, og i 2012 ble arbeidet utvidet til å omfatte opplæring og undervisning i i alt ni ulike medlemsland samt styrking av arbeidet med å gjennomføre tidlig identifisering både i de enkelte landene og på europeisk nivå. Protect-Able regnes i dag for å være et EU-støttet initiativ, og det såkalte PROTECT questionnaire er blitt utviklet for bruk i møter med nyankomne asylsøkere. Målet har vært å anvende dette i kartlegging av ca. 10 000 per år, men det foreligger ikke informasjon om hvorvidt dette har vært mulig.

Basert på materiale fra i alt åtte EU-medlemsland (Østerrike, Finland, Frankrike, Tyskland, Ungarn, Italia, Nederland og Sverige) gjennomførte International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) et prosjekt med siktemål å få et innblikk i eksisterende identifiseringsprosedyrer og retningslinjer vedrørende sårbarhet og tortur. Undersøkelsen avdekket store mangler i alle land med henblikk på identifisering, utredning og dokumentasjon samt helseoppfølging og rehabilitering av asylsøkere utsatt for tortur (IRCT, 2016). Rapporten konkluderer med at altfor mange asylsøkere i europeisk sammenheng ikke fanges opp, og altså «faller mellom sprekkene». Anbefalingene fra rapporten vedrørende identifisering av torturutsatte asylsøkere var følgende:

Medlemsstatene bør tydelig definere prosedyrer for systematisk identifisering av sårbare asylsøkere, inkludert torturofre i nasjonal asyilovgivning og politikk. Videre bør tiltak for å identifisere torturofre iverksettes så snart en asylsøknad er mottatt. Medlemsstater oppfordres til å gjøre dette gjennom anvendelse av spesialiserte screeningverktøy, og til at en slik identifikasjonsprosedyre harmoniseres i hele EU. Sist, men ikke minst bør alt personell som jobber med torturofre (innvandringsmyndigheter, ansatte ved mottakssentre, sosialarbeidere, NGO-ansatte og helsepersonell), få styrket opplæring i og kompetanse med henblikk på å gjenkjenne symptomer og tegn på torturtraumer (IRCT, 2016).

²⁶⁹ <http://protect-able.eu/presentation/>

Både på grunnlag av EUs direktiver og prosjekter som dette synes det nærliggende å initiere tiltak, som tidlig helseundersøkelse, med henblikk på en første identifisering av sårbarhet som igjen gir mulighet for videre henvisning og nærmere undersøkelse, utredning av skader etter tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling og eventuell dokumentasjon.²⁷⁰

6.6 Identifiseringspraksis i noen europeiske land

Informasjonen i det følgende er basert på intervju med ressurspersoner involvert i utredning, undersøkelse og dokumentasjon av asylsøkere i de land som er tatt med her, samt relevante rapporter, artikler og dokumenter. Vi vil spesielt se på gode eksempler på identifiseringspraksis, prosedyrer og i særdeleshet vilkår for spesialistutredninger/erklæringer («medico-legal reports») og hvilken rolle disse antas å ha i asylprosessen.

Hva skjer i tidlig fase, det vil si ankomstregistrering og første helsekontakt

I samtlige land tatt med her gjennomføres politiregistrering og gjennomgang av asylsøkers dokumenter rett etter ankomst. Når det gjelder tidlig helseundersøkelse, har *Danmark* og *Finland* utviklet egne prosedyrer, men i begge land pågår det arbeid med endringer og forbedringer på dette feltet. I *Danmark* gjennomføres en helsescreening av en erfaren sykepleier, på om lag 30 minutter, i løpet av de første dagene etter ankomst. Asylsøkere blir ofte spurt om søvnproblemer og om de har vært frihetsberøvet. Dersom de svarer ja på dette, blir de gjerne oppfordret til å si litt mer om hva de har vært utsatt for, og konkret om de har vært utsatt for tortur. Dette utgjør per i dag ikke noen standardisert prosedyre. Derimot arbeides det med utvikling og utprøving av et screeninginstrument til bruk ved første helseundersøkelse. Her vil det være et særlig søkelys på hva slags type overgrep asylsøkeren kan ha vært utsatt for, der type overgrep konkret knyttes til torturdefinisjonen i FNs konvensjon. Skjemaet som tas i bruk, er utviklet for at sykepleiere skal bruke det i sin første helsescreening av de nyankomne, og denne første screeningen vil være nyttig med tanke på videre henvisning. En gjennomgang av dette materialet (i alt 2000 helsescreening-undersøkelser) er nå gjennomført og beskrevet i en artikkel som snart publiseres. I materialet fant man at 21 prosent antakelig hadde vært utsatt for tortur, basert på en registrering som fant sted én–to dager etter ankomst. Den reelle prevalens, mener forskerne, er sannsynligvis høyere. Selve screeningsinstrumentet blir publisert sammen med artikkelen. Per i dag er det altså ingen systematisk identifisering av sårbarhet, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, men ny protokoll skal bidra til dette i Danmark (personlig kommunikasjon, Jens Modvig 2021).

I *Finland* er det Migrasjonsverket som har ansvaret for mottak av asylsøkere. Helsepersonell gjør helseundersøkelse på nyankomne i løpet av de første to ukene av oppholdet, men denne har hittil ikke vært standardisert. Et samarbeid mellom Institutt for velferd og det finske folkehelseinstituttet har bidratt til at disse undersøkelsene nå skal bli mer systematiske. Blant helseproblemer som registreres, er blant annet infeksjonssykdommer, psykiske helseproblemer og direkte spørsmål vedrørende tortur og/eller andre former for traume eller overgrep. En pilotering av en protokoll utviklet innenfor rammen av en større undersøkelse (Tertu-prosjektet) der forskere intervjuer 1000 asylsøkere (protokollene for voksne og barn er vedlagt rapporten), er

²⁷⁰ Se også «questionnaire» i [protect-global-eng.pdf \(protect-able.eu\)](#) og anbefalinger med hensyn til «conditions».

igangsatt. Ved implementering av det nye prosjektet (bruk av protokollene) vil identifisering av sårbarhet, tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling bli bedret i tidlig fase. I *Nederland* blir nyankomne asylsøkere tilbudt en 30 minutters samtale med sykepleier. I løpet av denne samtalen vil sykepleier kunne registrere og observere reaksjoner og tegn på uro eller skade og vil kunne henvise videre til utvidet helseundersøkelse, men vedkommende skal ikke stille spørsmål ved observasjonene, for eksempel gå inn på hvordan eventuelle skader har skjedd, eller beskrivelser av hvorfor personer reagerer med stor angst eller depresjon.

I *Sverige* og *Tyskland* gjennomføres ikke rutinemessig helsekontroll i tidlig fase og heller ingen systematisk identifisering av torturutsatte. I Tyskland får alle en generell medisinsk undersøkelse en tid etter at de er kommet til mottaket. En veileder til helsepersonell anbefaler at helsetjenesten i den forbindelse skal spørre om tortur og undersøke eventuelle somatiske skader. Det er ikke klart om dette faktisk gjennomføres per i dag. Men også i Tyskland pågår det et prosjekt mellom die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAFF) og Familiedepartementet om utprøving av et mer omfattende kartleggingsinstrument til bruk ved ankomst. Dette prøves ut i noen delstater. Asylsøker skal først intervjues av sykepleier, og der det blir påvist behov for videre henvisning på grunnlag av kartleggingsskjemaet, blir personen henvist til dette. Det er håp om at denne prosedyren vil bli implementert på landsbasis.

I Sverige er det utarbeidet retningslinjer for primærhelsetjenestens ansvar og oppgaver dersom det i forbindelse med vanlige helseundersøkelser framkommer at personen skal ha vært utsatt for tortur. Det kreves i første omgang ikke medisinsk personell med ekspertise på torturskader. Derimot oppfordres helsepersonell til å beskrive det som blir fortalt eller vist av pasienten, i form av journalnotat, som videresendes til Migrasjonsverket. Det dreier seg om å beskrive mulige indikatorer på at skadene kan ha oppstått som følge av tortur (Vestre Gøteland, 2017). Etter dette er det å anse som Migrationsverkets ansvar å henvise den asylsøkende til en ekspert i rettsmedisin eller torturskader (hälsa, 2020; Segenstedt, Zamacona Aguirre, Hallstedt, Hökfelt, & Petersson, 2015).

Systematisk helsescreening eller undersøkelse ved ankomst gjennomføres hverken i England, Nederland, Sveits eller Storbritannia, men asylsøkere har tilgang på helsepersonell i forbindelse med mottak. Alvorlige psykiske lidelser vil som oftest gi grunnlag for videre henvisning og eventuelt hospitalisering ved behov. Det er stor variasjon med hensyn til undersøkelser av torturskader, og for de fleste land gjelder det at disse oftest finner sted på grunnlag av initiativ fra advokat.

Identifisering av sårbarhet, tortur og CIDT og videre utredning

I Storbritannia er mye av arbeidet med spesialistutredninger i forbindelse med tortur («medico-legal reports») lagt til et par organisasjoner eller stiftelser som i mange år har utviklet faglig kompetanse og prosedyrer for identifisering og dokumentasjon av tortur hos asylsøkere: Freedom from Torture (tidligere Medical Foundation) og Helen Bamber Foundation. Disse tar imot både voksne og barn til utredning. De har sine egne faste leger og psykologer eller psykiatere, både i selve organisasjonen og i et nettverk av profesjonelle som har fått opplæring om torturutredninger av ekspertene ved de to stiftelsene. Utgangspunktet for henvisning kan være at informasjon om tortur eller alvorlig skade framkommer under asylintervjuet, og da vil intervjuer kunne foreslå at søker får kontakt med en av de to stiftelsene, gjerne i samarbeid med vedkommendes advokat. Men i praksis er det stort sett advokater som tar initiativ til dette og henviser til de relevante instansene, i noen saker også allmennleger, eller

personer eller organisasjoner involvert i arbeid med flyktninger (Freedom from torture, 2020).

Basert på retningslinjene og anbefalingene i EUs direktiver, og i særdeleshet prosessdirektivet artikkel 18, ble det i 2016, som referert i kapittel 4, utviklet en manual for helseprofesjonelle og jurister for medisinske utredninger i asylprosessen («Medical Examination in the Asylum Procedure», 2016). Arbeidet ble gjennomført av Institutt for menneskerettigheter og medisinske utredninger i Nederland (Institute for Human Rights and Medical Assessment, iMMO) i samarbeid med Parcour d'Exil i Frankrike og Cordelia Foundation (Ungarn).

I Nederland er det iMMO som står for det største omfanget av torturutredninger. Instituttet er en ikke-statlig organisasjon, men kan også arbeide på oppdrag fra myndigheter. Retningslinjene her er at når det kommer fram i løpet av et asylintervju at en person har vært utsatt for tortur, og saksbehandler mener det er grunnlag for en grundigere utredning, kan personen henvises til utredning hos iMMO. Nederlandske myndigheter har i tillegg opprettet en egen faggruppe bestående av noen få leger med kunnskap innen rettsmedisin. Også disse gjennomfører utredninger, men betydelig kortere og ikke nødvendigvis basert på Istanbulprotokollen, noe iMMO er veldig opptatt av. I alt får iMMO ca. seks henvisninger om utredning fra migrasjonsmyndighetene i året. Der det ikke gjøres slike henvisninger, kan søker selv, eventuelt søkers advokat, henvise til instituttet for torturutredninger. Det er i alt om lag 150 slike henvendelser i året, og da gjennomføres grundige IP-utredninger. Lederen i iMMO understreker betydningen av at torturutredninger ikke kun er medisinske eller diagnostiske vurderinger, men setter både tortur og skade i en større sammenheng og ser på personens nåværende funksjon i lys av de belastninger som personen har vært utsatt for (Aarts, Van Wanrooij, Bloemen, & Smid, 2019; Reneman, 2005; Robertson & Berger, 2019).

Når det gjelder torturutredninger i Danmark, i henhold til Istanbulprotokollen, er det myndighetene som ber om det, og det er totalt under fem i året. I tillegg til utredningene bestilt fra myndigheter forekommer det noe oftere at leger som er knyttet til Amnesty, blir engasjert i dette arbeidet, oftest etter henvisning fra advokater.

I Sveits finnes det få eller ingen eksempler på at migrasjonsmyndighetene selv har bedt om utredninger i forbindelse med tortur. De utredninger som gjøres, er i hovedsak med utgangspunkt i advokaters henvisning til eksperter knyttet til Amnesty og andre sivilsamfunnsorganisasjoner. Når dette skjer, iverksettes Istanbulprotokollundersøkelser av eksperter, som oftest en liten gruppe fagpersoner, det vil si psykologer og leger og spesialister innen rettsmedisin. En full IP-utredning er stipulert til ca. 50 timer totalt. I noen tilfeller har leger uten spesialkompetanse gjennomført slike, men med veiledning av medisinske eksperter. Kostnadene ved slike undersøkelser blir i Sveits ofte dekket av organisasjoner som er engasjert i arbeid med flyktninger, men i de tilfeller der saker har vært i retten og opphold gitt etter det, har myndighetene i ettertid refundert utgiftene (Hruschka, 2019; Parak, 2020).

I Sverige defineres det som et ansvar som påhviler Migrasjonsverket og Migrasjonsverkets domstol å be om utredning av tortur og torturskader. Dette skjer primært som følge av at det foreligger informasjon fra primærhelsetjenesten om at søker skal ha beskrevet eller gitt uttrykk for å ha vært torturert. I slike tilfeller vil Migrasjonsverket, eventuelt deres domstol, bestille utredninger, enten fra Røde Kors eller fra Flyktningmedicinsk Center (FMC). Av ca. 20 bestillinger i året til hvert av de tre Røde Kors-sentrene som i hovedsak foretar torturutredninger, er i gjennomsnitt 17 bestilt av Migrasjonsverket. Resten bestilles av advokater eller andre. Det gjennomføres både helseutredninger og torturutredninger i henhold til IP. I Røde Kors' egen

rapport *Torturskader i asylprosessen* (2020) vises det til at dette ansvaret i mange tilfeller ikke følges opp på tilstrekkelig måte. I rapporten framkom en del eksempler der annen dokumentasjon var blitt forevist i løpet av asylprosessen, men at dette ikke hadde utløst bestilling av torturutredning, eventuelt at slik bestilling først var kommet etter at vedtak var fattet.

I Finland er det i dag stort sett advokater som henviser til torturutredninger, og disse skjer i helseinstitusjonene som det enkelte mottaket har avtale med. Noen fagfolk der har kunnskaper om slike utredninger, andre ikke. Det er helt tilfeldig om personen henvises til noen som har slik erfaring og kunnskap. Det er et ønske om at innføring av den nye protokollen for helseintervjuet vil gjøre det lettere å henvide videre. Protokollen vil inneholde de ti traumerelaterte spørsmålene hentet fra Protect. Planen er at det på bakgrunn av det som kommer fram i denne undersøkelsen, skal kunne gjennomføres videre utredninger.²⁷¹

I Tyskland finnes det ikke noe klart system for videre henvisning med sikte på utredning av torturskade, men når det avdekkes erfaringer som tilsier at videre utredning er ønskelig, kan vedkommende asylsøker bli henvist tilbake til helsetjenesten i mottaket eller til den kommunale helsetjenesten for slik utredning. Dette arbeidet vil da gjøres av den eller de helsefaglige medarbeiderne som måtte være på vakt, og ikke nødvendigvis noen med særskilt kompetanse når det gjelder torturutredning (Felde, Flory, & Baron, 2020).

Ansvar og finansiering

Det finnes altså ulike ordninger i de ulike land for hvordan torturutredninger iverksettes og finansieres. I Danmark dekkes slike utredninger av myndighetene når disse bestilles derfra. Når undersøkelser derimot gjennomføres med utgangspunkt i andre «bestillere», for eksempel fra advokater eller annet helsepersonell, og det er leger for eksempel i Amnesty som utfører disse, gjøres dette «pro bono» – det vil si at det finansieres uten vederlag, eller at Amnesty eller andre frivillige finansierer det. I Finland er det også slik at når undersøkelsen bestilles av MV, er det de som betaler utredningen, men i Finland kan slike utredninger i tillegg skje etter initiativ fra de enkelte mottakene, og da er det disse som finansierer undersøkelsene, også når de gjøres etter anmodning fra advokat. Problemet da er at det forventes at den ordinære helsetjenesten som mottakene har avtale med, gjør jobben, uten at disse nødvendigvis har den nødvendige kompetansen på feltet.

Som beskrevet over er det de nederlandske myndighetene som dekker utgiftene ved utredninger når de tar initiativet overfor iMMO, men i dag gjøres de fleste torturutredningene av det fagteamet som migrasjonsmyndighetene har etablert. iMMO er som stiftelse avhengig av økonomisk støtte fra privatpersoner og andre givere for å kunne gjennomføre IP-undersøkelser uten belastning for den enkelte asylsøker.

I Sveits er det et prinsipp for fagpersonene involvert i torturutredninger at de ikke skal gjennomføre disse pro bono. Grunnen er at det dreier seg om ekspertutredninger, det er krevende spesialistarbeid som ikke kan gjennomføres uten godtgjørelse. Rapportene skal representere sakkyndige utredninger. Som nevnt over har myndighetene i noen tilfeller dekket utgiftene til utredningene der opphold er innvilget etter at slike rapporter er framlagt.

²⁷¹ <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/developing-the-health-examination-protocol-for-asylum-seekers-in-finland-a-national-development-project-terttu->

Rolle i videre vurdering

Det er ikke helt klart på hvilken måte utredningene legges til grunn eller påvirker vurderingen av beskyttelse mer generelt i noen av de landene vi har vært i kontakt med. Men det framkom både fra Finland, Nederland, Sveits, Sverige og Storbritannia flere eksempler på saker der opphold var blitt innvilget etter at omfattende dokumentasjon vedrørende tortur var blitt framlagt, både innen rammen av rettssystemet og i den generelle saksbehandlingen.

I Storbritannia legges det vekt på at «evidence provided in the MLR must not be given 'no weight' in the overall consideration of the claim», med andre ord er det ikke helt klart hvilken rolle torturdokumentasjon har for selve vedtaket, men myndighetene er forpliktet til ikke å tilsidesette denne informasjonen i vurderingen, også med tanke på videre oppfølging.

I Nederland er det mange saker som omgjøres etter at det legges fram grundig torturdokumentasjon. Det gjelder særlig saker som går videre til rettssystemet. Der er omgjøringsprosenten ifølge iMMO temmelig høy, og ca. 70 prosent av saker der IP-utredninger legges til grunn, omgjøres. Myndighetene selv rapporterer at omgjøringsprosenten deres ligger rundt 40 prosent når det foreligger solid dokumentasjon (fra intervjuet). Samtidig hender det at helseopplysninger og også torturutredninger blir trukket i tvil fra migrasjonsmyndighetenes side. Til tross for dette erfarer iMMO at rapporter som utarbeides på grunnlag av asylsøker eller advokat selv, blir lagt vekt på som et utgangspunkt.

I Finland ble det framhevet at innføring av den nye protokollen vil bidra til å få fram informasjon om helse og eventuelle overgrep, og at dette som framkommer på grunnlag av helseprotokollen, blir viktig for asylprosessen. Det er også blitt utviklet en veileder for hvordan protokollen skal brukes, og dette er utviklet sammen med helsesystemet. Det er et samarbeid mellom helsesektoren og dem som bestemmer i migrasjonsverket.

6.7 Oppsummering

Få land har utviklet eller gjennomført systematiske og tidlige helseundersøkelser ved ankomst, men Danmark og Finland er i ferd med å innarbeide nye prosedyrer. Mens noen av landene, i særdeleshet Storbritannia og Sverige, har gode retningslinjer med hensyn til henvisning av asylsøkere med spesielle behov når det gjelder helsehjelp og videre utredning, er inntrykket at det ofte er litt tilfeldig hvem som faktisk blir henvist til videre utredning, og hvem som tar ansvaret for at slike følges opp. Både Sverige, Nederland og Storbritannia har etablerte og faste miljøer som foretar torturutredninger både på grunnlag av henvisning og bestillinger fra asylmyndigheter, og fra andre, inkludert advokater. I de øvrige landene mobiliseres fagpersoner fra ulike miljøer, inkludert frivillige organisasjoner som Amnesty, til å gjennomføre slike utredninger dersom det blir aktuelt. Samtidig framgikk det både fra Nederland og Sverige at det er en tendens til at de offisielle bestillingene om torturutredninger stadig blir færre, uten at dette kan synes å ha noe med antall torturerte personer å gjøre. I alle land der vi intervjuet fagfolk, var det noen som hadde tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre slike torturutredninger. Problemene var derimot både at søkere som skulle utredes, ikke nødvendigvis ble henvist til personer med slik kompetanse, at det manglet et nødvendig formelt system eller rammer for å kunne gjennomføre torturutredninger, eller at det ikke var klare prosedyrer for hvordan slike utredninger skulle spille inn i prosessen.

Organiseringen og finansieringen av slike undersøkelser er meget varierte. Mens torturutredninger i Storbritannia gjennomføres av to stiftelser, finansieres de enten av stiftelsen selv og dermed også av leger som gjør jobben pro bono eller mot meget lav betaling, eller det betales av advokatfirma når advokaten ber om slike utredninger. I Sveits er det myndighetene som betaler de uhyre få gangene slike undersøkelser er bestilt, og dette skjer oftest etter at saken er avsluttet i retten. Undersøkelsen betales dermed på etterskudd av myndighetene, mens det i andre tilfeller er innsamlede/private midler som har finansiert undersøkelsene. I Sverige blir som beskrevet undersøkelser bestilt gjennom Røde Kors og Flyktningmedisinsk sentrum. Da er man sikret ekspertutredninger, og disse finansieres av bestiller. Foreligger ikke offentlig bestilling, men bestilling via personen selv eller advokat, og utredning vurderes som nødvendig, dekkes det av organisasjonenes egne budsjett.

Det framstår som helt sentralt at det gjennomføres gode helseundersøkelser tidlig i asylprosessen, og at personer som enten identifiseres som mulige torturutsatte eller selv rapporterer om at de har vært utsatt for tortur, må få tilgang til uavhengig helsepersonell med kompetanse til å gjennomføre torturvurderinger etter internasjonale standarder, først og fremst Istanbulprotokollen. Som beskrevet over vil slike undersøkelser komme i stand enten etter initiativ fra landets utlendingsmyndigheter, fra advokater eller fra helsepersonell involvert i helsekontroller. Videre er det viktig at torturutredninger gjennomføres uten økonomiske forpliktelser for den enkelte asylsøker. Samtidig må torturutredning anerkjennes som et spesialisert og krevende arbeid som ikke kan gjøres som gratisjenester av helsepersonell utenfor det offentlige systemet.

Vi mener, med særlig referanse til Istanbul-prinsippene, at det påhviler myndighetene et ansvar for å henvise til, bestille og finansiere slike utredninger samt sørge for at slike tjenester er tilgjengelige og med den nødvendige kompetanse. Noen steder ligger denne ekspertisen hos frivillige organisasjoner, som for eksempel i Sverige, i Storbritannia og i Nederland, ofte med samarbeidsavtaler med det offentlige, dog ikke helt systematisk og konsekvent. Andre steder gjøres alle slike undersøkelser av helseprofesjonelle med kompetanse på slike utredninger, som ikke gjør det som del av det offentlige helsevesenet, men enten pro bono eller finansiert av midler framskaffet gjennom idealistiske initiativer.

Med andre ord – for å kunne nå de mål og forpliktelser formulert både i de relevante menneskerettighetskonvensjonene og i EUs direktiver, må det etableres mekanismer og prosedyrer som gjør det mulig å identifisere personer utsatt for tortur og nedverdiggende behandling og videre kartlegge og eventuelt dokumentere skader som følger av dette. Det må etableres tiltakskjeder som ligger under administrasjon av eller i et formalisert samarbeid med offentlige myndigheter både innen utlednings- og innvandrerfeltet og innen helsefeltet.

7 Offentlige strategier, føringer og tiltak knyttet til asyl, helse, sårbarhet og tortur i Norge

Dette kapittelet rommer en oversikt over relevante offentlige utredninger, meldinger, rapporteringer (også til FN), initiativer og tiltak foreslått av norske myndigheter i tilknytning til flyktninger, asylsøkere, helse og tortur. Det er neppe en uttømmende oversikt, men de følgende rapportene er valgt ut fordi de gir et innblikk i tidligere anbefalinger og prioriteringer, noe som sammen med en vurdering av den aktuelle situasjonen som beskrives i *denne* rapporten, synes å gi et verdifullt perspektiv på det som denne prosjektrapporten har som formål å bidra til.

7.1 Offentlige utredninger og stortingsmeldinger

Over en periode på 30 år er det blitt utarbeidet en rekke offentlige utredninger og stortingsmeldinger om flyktninger, innvandrere, asylsøkere, om deres tilpasning til det norske samfunn og om det helse- og sosialfaglige tilbudet til disse gruppene. De sentrale stortingsmeldingene i perioden 1978–2001 som på ulike måter viser til arbeidet med flyktninger i Norge, er inkludert og vil bli kort omtalt i det følgende. Senere meldinger og offentlige utredninger vil bli referert til under andre overskrifter, det vil si i tilknytning til spesifikke problemstillinger.

Det som særlig vil bli framhevet, er omtalen av forhold og tilbud som asylsøkere, flyktninger og innvandrere kan benytte på lik linje med den øvrige befolkningen, samt særlige tilbud utviklet for denne gruppen. Dette gjelder et tilbud med særlig vekt på de spesielle behov og belastninger denne gruppen kan ha på grunn av tidligere overgrep, forfølgelse og tap erfart forut for eller under flukt. Betydningen av å ta hensyn til kulturforskjeller samt forskjeller i språk og religion blir også framhevet som nødvendig for å kunne tilrettelegge tilbudene på en best mulig måte og sikre en reell likeverdighet.

Stortingsmelding nummer 84 (1978-1979) om Norges hjelp til flyktninger understreker blant annet betydningen av å «videreutvikle vår flyktningberedskap, gi den enkelte flyktning et best mulig startgrunnlag i vårt samfunn, og å sikre flyktningene ikke bare de samme rettigheter som norske borgere, men også likeverdige livsvilkår» (s. 4). Konkret viser meldingen til at:

«Behovet for en utvidet helsetjeneste for nyankomne flyktninger har meldt seg med full tyngde i den senere tid. Dette skyldes det økte antall flyktninger som er tatt imot i Norge i 1970-årene (jfr. Tabell side 43), og at flertallet av dem kommer fra kulturer forskjellig fra den norske, samtidig som mange har vært utsatt for tortur og fengsling eller kommer fra krigsområder. Tortur og fengsling medfører ofte psykosomatiske eller psykiske lidelser. Dessuten er mulighetene for så vel fysiske som psykiske senvirkninger store. I tillegg kommer språkvansker og kulturforskjeller som stiller større krav til helsetjenesten for

denne gruppen enn for befolkningen for øvrig. Alle disse faktorer til sammen medfører at behandlingen tar relativt lang tid, samtidig som det kreves spesialkunnskaper av legene» (s. 48).

Stortingsmelding nummer 74 (1979-1980) om innvandrere i Norge omtaler det ansvar som både sosial- og helsetjenesten har med hensyn til å yte nødvendige tjenester til denne gruppen, og betydningen av at disse legges til rette på en slik måte at de blir tilgjengelige for gruppen det er snakk om (se side 75–82). Informasjon og veiledning trekkes fram som vesentlig, samt forebyggende tiltak. Når det gjelder helsetiltak, vises det til at «Helsetjenestens utgangspunkt har vært at innvandrere så snart som mulig etter ankomsten til landet får de samme tilbud som nordmenn når det gjelder forebyggende helsearbeid og andre helsetjenester. Men man bør ha en spesiell ordning som sikrer at alle som kommer til landet får gjennomgå en første helseundersøkelse» (side 81). Stortingsmeldingen understreker videre betydningen av å organisere og styrke tiltak av «mentalhygienisk og psykiatrisk betydning» (se punkt 4.7.3, side 83). «Siktepunktet vil være at innvandrernes helseproblemer enten de er av psykiatrisk eller allmennmedisinsk natur må bli en selvsagt oppgave for det etablerte helsetjenesten. Et viktig utgangspunkt vil være en systematisering og kritisk vurdering av erfaringer man hittil har samlet på dette området» (s. 83).

INOU 1986: 8 om flyktnings tilpasning til det norske samfunn beskrives funn basert blant annet på flyktnings egne opplevelser av tilpasningsprosessen til det norske samfunn. NOU-en viser blant annet til at informantene som deltok i undersøkelsen ga uttrykk for at det ofte ville vært behov for «spesiell bistand for å hankses med de psykiske ettervirkningene av ulike påkjenninger de hadde blitt utsatt for før de kom til Norge» (s. 30). En av anbefalingene var blant annet at et tettere samarbeid på et nordisk nivå burde undersøkes med særlig tanke på erfaringer fra Danmark vedrørende rehabilitering av torturofre (s. 30).

Stortingsmelding nummer 39 (1987-1988) om innvandringspolitikken gir en samlet vurdering av innvandringspolitikken og representerer et utvidet grunnlag for å diskutere regjeringens forslag til ny utlendingslov. Under overskriften «Fremtidige mål og prinsipper» (s. 47) vises det til «idealet om det solidariske velferdssamfunn basert på prinsipper om likhet og likeverdighet mellom samfunnsmedlemmene og preget av rettferdighet i fordelingen av samfunnsgodene og samfunnspliktene med sikte på størst mulig velferd for alle». Det understrekes at dette vil kreve kompensatoriske tiltak for å dekke ulike behov og for å kunne redusere ulikheter. Det understrekes videre at innvandrere skal betjenes av offentlige tjenester som også tar hensyn til innvandreres forutsetninger (s. 48). Dette vil kreve økt opplæring og kompetanse både i den sentrale og den lokale forvaltning. Videre vises det til at «for at innvandrere skal behandles likeverdig kreves ofte særskilte tiltak» (s. 49).

Stortingsmelding nummer 17 (2000-2001) Asyl- og flyktningpolitikken i Norge gjennomgår prinsippene for behandlingen av asylsøknader, bosetting av flyktnings, tilskudd og finansieringsordninger. Det vises til internasjonale forpliktelser, konkret til FNs torturkonvensjon fra 1984, der

«Flyktnings blir særskilt omtalte i artikkel 3, som forbyr landa å returnere ein flykting til heimlandet dersom det er grunn til å tru at vedkomande vil bli torturert. Landa blir òg pålagde å vurdere menneskerettsituasjonen i heimlandet når det skal takast ei avgjerd om eventuell heimsending» (s. 25).

Meldingen peker på at behovet for kunnskap om den psykiske helsa til asylsøkere og flyktnings er stort. Meldingen peker videre på at det ikke finnes noen full oversikt

over omfanget av torturskader blant flyktninger i Norge, men «at undersøkingar tyder på at opptil 20–25 pst. av vaksne flyktningar har vore utsette for fysisk tortur, medan ein mykje større prosentdel sannsynlegvis har vore utsette for psykisk tortur. Fysisk tortur blir ofte utført på måtar som ikkje etterlèt seg synlege arr, og kan derfor vere vanskeleg å oppdage.» (s. 78)

Et nødvendig søkelys på psykisk helse blir også omtalt:

«Forskning viser at det er viktig å vere merksam på psykiske problem hos barn i mottak. Ei førebels vurdering av den psykiske helsa skal inngå som ein del av første gongs helseundersøking i transittmottak. Det er viktig at dei einslege mindreårige får tilbod om ein oppfølgingssamtale og ei grundigare helseundersøking også i det ordinære mottaket, slik at eventuelle hjelpebehov kan avklarast tidleg.»(s. 152)

Det sentrale budskapet i disse meldingene, og følgelig de politiske målsettingene Norge har hatt, er at flyktninger skal anses som en del av velferdssamfunnet, at det etablerte helsevesen og sosialtjeneste skal være tilgjengelig for flyktninger, og at det ikke skal bygges opp noe eget system, hverken helsevesen eller annet, som skal betjene flyktninggruppen spesielt. I meldingene er det beskrevet både tiltak som benyttes på lik linje med den øvrige befolkningen, og egne tilbud utviklet med tanke på de særlige behov og belastninger denne gruppen kan ha i tilknytning til tidligere overgrep, forfølgelse og tap erfart forut for eller under flukt. Det å ta i betraktning kulturforskjeller samt forskjeller med hensyn til språk og religion blir også framhevet som nødvendig for å kunne tilrettelegge tilbudene på en best mulig måte og sikre en reell likeverdighet. En politikk som altså formulerte like muligheter for innvandrerbefolkningen og tiltak for å sikre integrering og inkludering i vertsamfunnet, ble sentrale prinsipper i prosessen med å utvikle også flyktninghelsetjenestemodellen i Norge.

7.2 Etablering av Psykososialt senter og regionale team for flyktninger

Det som kjennetegnet den norske modellen i disse årene (1986–2002), var kombinasjonen av integrerte og spesialiserte tjenester. Initiativet for å etablere spesialiserte tjenester kom hovedsakelig fra bekymrede fagpersoner som hadde jobbet i flyktningleirer, forskere på området og solidaritets- og menneskerettighetsorganisasjoner og aktivister (Hauff, 1992). Oppsettet for en slik kombinasjonsmodell ble presentert i 1988 i et dokument fra Helsedirektoratet, datert 18. februar 1988: «Videreføring av psyko-sosialt team for flyktninger i Norge»²⁷². Da hadde allerede det nasjonale psykososiale teamet, Psykososialt team for flyktninger i Norge, med dr. Edvard Hauff som leder, vært i funksjon siden det ble opprettet av Sosialdepartementet i 1986. Teamet var lagt til Psykiatrisk avdeling, Vinderen i Oslo.

I dokumentet fra Helsedirektoratet vises det blant annet til protokollen mellom staten og Kommunal- og arbeidsdirektoratet og KS om mottak av flyktninger og personer med opphold på humanitært grunnlag, «Staten peker på behovet for psykososiale tjenester og tar opp mulighetene for en fastere etablering av slike tjenester i enkelte fylkeskommuner allerede i 1988» (Helsedirektoratet, 1988, s. 1). Helsedirektoratets plan for videreføring av psykososialt team innebar iverksetting av tiltak på tre nivåer: På nasjonalt nivå var det Psykososialt team som nasjonal spisskompetansegruppe tilknyttet Helsedirektoratet og Psykiatrisk institutt, med oppgave blant

²⁷² Helsedirektoratet, 18.2.1988; 367/88 I MD/rw

annet å videreutvikle og samordne kompetansebyggende tiltak for kommunalt og fylkeskommunalt helsepersonell, tilby undervisning og konsulenttjenester, også til helse- og innvandringsmyndighetene og innvandreneres organisasjoner. På fylkesnivå ble det foreslått å opprette polikliniske psykososiale team blant annet for å kunne yte direkte tjenester til flyktninger med psykososiale problemer, i tillegg til veiledning og undervisning med sikte på kompetanseheving innen helse-, sosial- og innvandreteretaten. Det ble i dokumentet foreslått etablering av 2 fylkeskommunale team, senere ble kjent som regionale psykososiale team.

På kommunalt nivå viser dokumentet til at det er der hovedtyngden av det psykososiale arbeidet vil finne sted, i helse-, sosial- og flyktning-/innvandreteretaten. Videre understrekes det at «de fylkeskommunale teamene bør fungere som en styrking av tiltak i primærkommunene» (Helsedirektoratet, 1988, s. 5).

I 1989 ble det opprettet regionale psykososiale team i Trondheim, Bergen og Tromsø. I Kristiansand ble teamet etablert først i 1998. Som forberedelser i arbeidet med å utvikle disse miljøene gjennomførte Psykososialt Team i Oslo et omfattende opplærings- og veiledningsprogram for dem som ble ansatt i teamene. Disse programmene strakk seg over tre semestre parallelt med arbeidet med oppbygging og iverksettelse av arbeidet.

Psykososialt Team i Oslo ble i 1990 etablert som et senter ved Universitetet i Oslo, Psykososialt senter for flyktninger, med forpliktelse til å fremme respekt for menneskerettighetsprinsippene og samtidig oppfylle de vitenskapelige kravene om objektivitet og uavhengighet i forskning så vel som i det kliniske arbeidet. Senteret arbeidet på nasjonalt nivå, med sikte på å gi hjelp til fagpersoner så vel som til flyktninger i forskjellige deler av landet og holde tett kontakt med de regionale teamene.

Mottak av et etter hvert stort antall flyktninger og politikken med spredt bosetting for flyktninger understreket behovet for å styrke de regionale teamene (Lie, Sveaass, & Hauff, 2014). De etter hvert fire regionale psykososiale teamene gav dermed undervisning, opplæring og rådgivning til helsepersonell i primærhelsetjenesten og i sykehuspoliklinikker. I tillegg skulle en del av tiden brukes til kliniske programmer, med prioritering av behandling av sterkt traumatiserte flyktninger samt kliniske undersøkelser og teoretiske studier på dette feltet.

7.3 Ny modell for arbeidet i volds- og overgrepfeltet foreslått og vedtatt i 2002

En utredning og forslag til ny modell for volds- og overgrepfeltet ble utarbeidet og vedtatt i Helsedirektoratet i 2002. Denne berørte blant annet nedleggelse av spesialiserte kliniske tjenester for flyktninger, inkludert tjenester for torturofre ved de psykososiale teamene og psykososialt senter. Disse ble i sin opprinnelige form lagt ned, og nye sentre for kunnskapsutvikling og forskning om traumer og vold ble etablert. Psykososialt senter ble lagt til Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), som en avdeling kalt Flyktningehelse og migrasjon. NKVTS utgjorde det nye nasjonale senteret om vold og traumatisk stress med hovedvekt på forskning og informasjon. De regionale teamene ble lagt inn i de fire regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Hverken NKVTS eller noen av RVTS-ene hadde noen form for klinisk mandat eller plattform for å kunne videreføre klinisk arbeid.

Tortur eller overlevende etter tortur ble ikke tatt med som et spesielt fokusområde i NKVTS og i RVTS, men i praksis dreide en god del av forskningen ved NKVTS innen seksjonen migrasjon og flyktningehelse seg også om torturtraumer.

En rekke forsøk, ikke minst fra de ansatte i det tidligere psykososiale senteret og de regionale psykososiale teamene for flyktninger, ble gjort for å inkludere klinisk virksomhet som del av virksomheten eller noe som var knyttet til de nye kompetansemiljøene. Det som i særlig grad sto i fokus, var muligheten både for å drive klinisk opplæring og kliniske tjenester i forbindelse med tortur og torturrehabilitering. Noen av de tidligere ansatte klinikerne fikk etter hvert anledning til å vedlikeholde noe av det kliniske arbeidet som privat praksis eller i delstillinger i spesialisthelsetjenesten ved siden av arbeidet i senteret. NKVTS og RVTS skulle med andre ord ikke fungere som basis for klinisk virksomhet.

Etter mye forhandlingsvirksomhet tillot noen regionale myndigheter kombinerte stillinger for noen av de tilknyttede fagpersonene ved RVTS-ene. Dette gjorde det mulig for RVTS Nord å ta imot noen flyktninger i behandling. I RVTS Midt etablerte man Klinik for traumer og tortur som gir et kortvarig psykoterapeutisk tilbud til flyktninger.

Hverken RVTS Sør eller Vest har integrerte tilbud om kliniske tjenester til traumatiserte flyktninger. Derimot har to helseforetak i sør og vest, Sørlandet sykehus og Stavanger universitetssykehus, etablert hvert sitt kliniske tilbud som kan ta imot et begrenset antall traumatiserte flyktninger, og en god del av disse er personer som har vært utsatt for tortur.

Kort oppsummert – det fagmiljøet som hadde utviklet seg og spesialisert seg på traumatiserte flyktninger og behandling av disse, fra midten av 80-tallet og fram til år 2003, inkludert et tett faglig samarbeid både med de øvrige nordiske landenes fagekspertise på dette området, og med fagpersoner i et globalt nettverk knyttet til rehabilitering av torturerte flyktninger, ble dermed splittet opp og svekket. Den videre forskning og fagutvikling også på det kliniske området skulle framover bli gjennomført uten noen faglig klinisk basis å gjøre dette på.

Et faglig fellesskap og et pionerarbeid ble tilsidesatt og oppdelt, til tross for at kombinasjonsmodellen, der offentlig helsetjeneste arbeidet med støtte fra og i samarbeid med spesialiserte tjenester, stadig hadde vist seg som et verdifullt tilskudd, i tillegg til at forskning på feltet lenge hadde løftet fram behovet for tilgang på særlig kompetanse på området, utredning og behandling av mennesker med torturerfaringer (se blant annet Lønning et al., 2021).

7.4 Rundskriv, retningslinjer og veiledere vedrørende helsetilbud

De første retningslinjene for helsetjenestetilbud til innvandrere og asylsøkere, *Rundskriv IK-09/93*, ble vedtatt og innført i 1993 og erstattet tidligere midlertidige retningslinjer, IK-45/87. Sommeren 1999 ble den såkalte transittveilederen for mottak av kosovoflyktninger vedtatt. Denne hadde også en midlertidig karakter.

I 2003 kom veilederen om helsetjenester, *2003:IS-1022 Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger. Veileder utarbeidet av Helsedirektoratet*. Veilederen er basert på regelverk, relevant litteratur og erfaringer fra fagmiljøet og erstattet det tidligere rundskrivet fra 1993, *IK-09/93 Retningslinjer for helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*. Veilederen har hele tiden vært beregnet på helsepersonell og personell i administrative stillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten og har vært et meget viktig bidrag med hensyn til helsetjenester til flyktninger og asylsøkere. Veilederen har også vært tiltenkt som nyttig retningslinje for ansatte i mottak og på ulike beslutningsnivåer i kommuner, fylkeskommuner og helseforetak.

Veilederen bidro med å synliggjøre temaet tortur og torturskader hos flyktninger og foreslo videre tiltak. Her sto følgende: «Ved akutte tegn på nylig gjennomgått traumatisering/tortur bør det tilbys legeundersøkelse og oppfølging» (2.1.1) og «Ved mistanke om fysisk eller psykisk skade etter tortur bør asylsøker innkalles til en samtale med lege eller sykepleier. Fysiske skader etter tortur kan være vanskelig å oppdage. Ved funn av skader eller alvorlige posttraumatiske reaksjoner bør det henvises til spesialisthelsetjenesten» (3.4.2).

I 2010 kom en oppdatert versjon av veilederen, *2010: IS-1022. Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og innvandrere*. Her var det tatt inn en god del flere referanser til tortur, blant annet med direkte linker til relevante dokumenter (Helsedirektoratet, 2010a).

Seks år etter kom den nyeste utgaven, *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Nasjonal veileder* (Helsedirektoratet, 2016). Denne veilederen hadde ytterligere utvidet informasjon om og referanser til tortur og torturskader, også denne med linker til viktige dokumenter. Veilederen viste til følgende vedrørende tidlig identifisering av oppfølgingsbehov, kapittel 4.2:

«Personer med særskilte behov bør identifiseres og følges opp så tidlig som mulig etter ankomst til landet. En innledende helsekartlegging vil kunne bidra til å avdekke akutte helseplager i en tidlig fase og sørge for nødvendig behandling. Asylsøkere med oppfølgingsbehov bør identifiseres tidlig for å ivareta sikkerheten i mottak og i samfunnet forøvrig».

Videre bør kartleggingen gjøres av sykepleier eller annet kvalifisert helsepersonell, og samtalen bør tilrettelegges via kvalifisert tolk. Kartleggingen bør ikke være omfattende, men bestå av enkle spørsmål som omfatter somatisk sykdom, psykiske plager eller lidelse, graviditet, faste medisiner, funksjonsnedsettelse som trenger tilrettelegging, fengsel, krigshandlinger, vold, tortur, seksuelle overgrep, livsfare, gjentagende mareritt og flashback.

Med andre ord la veilederen opp til en mulighet til å identifisere slike forhold. Det har hele tiden vært frivillig for asylsøkeren å delta i kartleggingen, og det måtte innhentes skriftlig samtykke for videreformidling av informasjon (se også kapittel 10).

Et viktig poeng som er framhevet i siste versjon av veilederen, berører behovet for å videreformidle informasjon til UDI som kan vise seg nyttig i selve asylprosessen. Om dette sier veilederen at:

«Helsepersonell kan utlevere opplysninger til Utlendingsdirektoratet på bakgrunn av opplysninger som fremkommer under kartleggingen om behov for tilrettelegging i mottak, under asylintervju og i behandling av søknad om beskyttelse, såfremt det er innhentet samtykke til det» (Helsedirektoratet, 2016).

Det heter også at:

«helsepersonell skal ikke spesifikt spørre om mulige menneskerettighetsbrudd under kartleggingssamtalen. Opplysninger om mulige menneskerettighetsbrudd som søkeren gir av eget initiativ eller som framkommer under kartleggingen skal helsepersonell derimot utlevere til Utlendingsdirektoratet forutsatt at søkeren samtykker til utleveringen».

7.5 Rapporter og utredninger om tiltak knyttet til flyktningers og asylsøkeres helse

Den følgende oversikten viser noen av de initiativene som er tatt av norske myndigheter med siktemål å utrede eller foreslå tiltak innen psykisk helse for flyktninger og asylsøkere. Kun det som har direkte å gjøre med det nåværende prosjektets målsetting, vil bli referert.

Psykisk helse og mottak

På begynnelsen av 90-tallet ble det klart at det var en del alvorlige helseproblemer blant mange overføringsflyktninger, og myndighetene så et behov for å sikre bedre innhenting av helseopplysninger om nyankomne flyktninger. I mars 1993 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som så på hvilke tiltak som burde være tilrettelagt før ankomst, og hvordan helsetjenestetilbudet for flyktninger kunne bedres. Det ble foretatt en gjennomgang av eksisterende prosedyrer og tiltak ved mottak av overføringsflyktninger med sikte på å sikre så langt og så tidlig som mulig en diagnostisering av personer med behandlingstrengende lidelser. En viktig målsetting var å vurdere om eksisterende rutiner for blant annet kartlegging av helsetilstand var tilfredsstillende, samt vurdere om det var behov for økt kunnskap og kompetanseheving for gjennomføring av helsekartlegging av flyktninger. I juli 1993 avga arbeidsgruppen en rapport med tittelen *Tiltak for bedring av flyktningers psykiske helse*. I rapporten pekte arbeidsgruppen på flere tiltak og drøftet blant annet muligheter for gjennomføring av helseundersøkelse og henvisning til psykisk helsevern tidlig i mottaksperioden dersom første helseundersøkelse skulle avdekke slike behov (s. 6), samt «screeningsundersøkelse for å kartlegge type problemer og bruk av helsetjenester like etter ankomst» (s. 20–22).

På oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet og UDI gjennomførte SINTEF-IFIM et forskningsprosjekt om levekår og livskvalitet i norske asylmottak (Lauritsen & Berg, 1999). Blant hovedkonklusjonene var at levekårene i asylmottak representerer en tilleggsbelastning for mennesker som allerede befinner seg i en vanskelig situasjon, og at lang ventetid, trang økonomi, manglende tilgang på arbeid og mangel på psykososiale tilbud er forhold som får til dels alvorlige følger for helse- og livskvaliteten til beboerne. Et behov for forbedringer både når det gjaldt generelle rammevilkår og flere forhold rundt driften av mottakene, ble også beskrevet. Anbefalinger var blant annet redusert tid i mottak, sterkere vektlegging av helseoppfølging, både somatisk og psykologisk, mer vekt på aktiviteter og arbeid og tettere oppfølging av beboerne.

Med utgangspunkt i de pågående diskusjonene om tidlige helseundersøkelser og systematisk «screening» av nyankomne asylsøkere fikk kunnskapssenteret for helsetjenester i 2003 i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å utrede muligheter og hensiktsmessighet av systematisk helsescreening (Gulbrandsen et al., 2004). Prosjektet konkluderte med ikke å anbefale iverksetting av rutinemessig og systematisk identifisering av psykisk helse i stor skala blant asylsøkere. Begrunnelsen var blant annet at undersøkelser av flyktninger tyder på at behovet er større enn i en normalbefolkning, og at asylsøkere er i en mer usikker situasjon enn flyktninger, noe som kan indikere et enda større behov. Videre vises det til at ikke alle asylsøkere er ofre for massevold eller forfølgelse, og kan derfor ha mindre behov for hjelp. I dag er det ikke et tilstrekkelig tilbud om hjelp til asylsøkere med erkjent behov for psykiatrisk hjelp. En systematisk identifisering av asylsøkere med behov for psykiatrisk hjelp vil føre til et ytterligere press på helsetjenesten. Konklusjonen var at «medisinsk sett anbefaler vi

ikke rutinemessig systematisk identifisering av psykisk lidelse i stor skala blant asylsøkere».

Et prosjekt med siktemål å utrede «gode grep» og verdifulle erfaringer med hensyn til psykisk helse i mottak ble gjennomført i 2005 etter oppdrag fra UDI. Prosjektet resulterte i rapporten «*Det hainnle om å leve ...*» *Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak (Berg, Sveaas, & Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2005)*. Prosjektet så på det psykososiale miljøet og på god praksis med vektlegging av forhold i mottak som bidrar til å forebygge psykiske problemer hos beboere og øke deres mestringsevne. Dette innebar blant annet gode rutiner for oppfølging av beboere som har psykiske problemer, både arbeidet som utføres på selve mottaket, og samarbeid med relevante og eksterne instanser (kommuner, fylkeskommuner, sykehus og andre, deriblant frivillige organisasjoner). I rapporten blir det blant annet anbefalt å redusere ventetiden på asylsøknaden, gjeninnføre norskopplæring på mottakene, få i stand et meningsfullt aktivitetstilbud og videreutvikling av samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

I forlengelsen av prosjektet om screening av psykiske helse, fikk NKVTS i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (Jakobsen et al., 2007) å utprøve og vurdere ulike kartleggingsinstrumenter i mottak, med henblikk på å anbefale hva som på best mulig måte fanger opp psykiske problemer. I undersøkelsen ble det benyttet kartleggingsinstrumenter utviklet og anvendt i tidligere undersøkelser om psykisk helse. Målgruppen var voksne asylsøkere med kort opphold i Norge. Anbefalinger fra prosjektet var blant annet at kartleggingsinstrumenter basert på selvutfylling til en viss grad er anvendelige for asylsøkere med noe skolegang, det vil si god lese- og skrivedyktighet på eget morsmål, men at de fanger dårlig opp PTSD, men er noe bedre for angst og depresjon. Når det gjelder asylsøkere med lite eller ingen formell skolegang – med behov for bistand fra tolk i utfyllingen av spørreskjemaene – var konklusjonen at skjemaene i liten grad fanget opp psykiske lidelser.

Prosjektet viste til behovet for å se på ulike muligheter som finnes for å fange opp psykiske problemer, og behovet for helsehjelp blant asylsøkere, særlig med tanke på at det ofte dreier seg om mennesker utsatt for ekstreme belastninger. Blant annet ble det pekt på at med kvalifisert personell i transittmottakene ville det gi muligheter til å gjennomføre observasjoner i miljøet og kunne gi gode rammer for å observere og identifisere personer som bør tilbys en eller flere samtaler med psykiatrisk skolert helsepersonell, om ønskelig supplert med et diagnostisk intervju.

Betydningen av å inkludere registrering av torturskader i helsesjekken under oppholdet i transittmottak ble påpekt, og dette ville bidra til å identifisere asylsøkere med helseproblemer og deres behov for hjelp. Behovet for opplæring og veiledning også av helsepersonell som kan foreta systematiske samtaler om psykisk helse, ble framhevet, blant annet fordi det ofte ikke vil være tilstrekkelig å basere dette på helsepersonell knyttet til mottak. Dette arbeidet krever tid, kunnskap, kultursensitivitet og tilgang på kvalifisert personell (Jakobsen et al., 2007).

Helsedirektoratets fagråd for innvandrerhelse

Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (SOHEMI) ble etablert i 2005. Forumet gikk senere over til å bli et fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen. Fra 2019 heter det Fagråd for innvandrerhelse. Helsedirektoratet hadde også en ressursgruppe for asylsøkere og flyktninger som ble nedlagt

omkring 2008, der Birgit Lie mfl. var med.²⁷³ I 2010 fremmet SOHEMI en rekke omfattende anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende Nasjonal helse og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010-2011)), blant annet med råd om lovpålagt første gangs helseundersøkelse og kartlegging og sikret behandling av torturskader.²⁷⁴

Tortur og tannhelse

Et viktig tiltak var arbeidet med tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi, initiert av Helsedirektoratet. Rapporten *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi* (IS-1855) (Helsedirektoratet, 2010b) var basert på forslag i stortingsmelding (Høyvik & Woldstad, 2018; se også Høyvik et al., 2019; St.meld.nr.35, (2006-2007)). Rapporten anbefalte etablering av tilrettelagt behandling til blant andre overlevende etter tortur etter bestemte kriterier (jf. rapportens punkt 1.9.1 Inngangskriterier tortur). Målgruppen er voksne personer over 20 år som har vært utsatt for tortur eller overgrep (seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner), eller som har odontofobi, jamfør Helsedirektoratets definisjoner i Helsedirektoratets rapport IS-1855. Flyktninger og asylsøkere som befinner seg i asylmottak, omfattes ikke av tilbudet, jamfør Nasjonal veileder [IS-1022 Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiejenforente](#).

Tiltaket ble kort etter definert som et nasjonalt prosjekt, som finansieres av staten ved tilskudd (se vedlagt tilskudsregelverk). Fylkeskommuner og regionale odontologiske kompetansesenter kan søke om tilskudd og har ansvar for oppbygging og utvikling av tilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten, i samarbeid med de regionale sentrene mot vold og traumatisk stress, universitetene og andre kompetansemiljøer. Tiltaket har vært inkludert i statsbudsjettet siden 2012. Torturutsatte er dermed inn tatt som gruppe i statsbudsjettet, men kun i forbindelse med tannhelsetilbudet.²⁷⁵ Målet med midlene til tannbehandling til spesielle grupper er å tilby ikke bare direkte tjenester, men også kunnskapsutvikling, kapasitetsbygging og bevisstgjøring til resten av tjenesten, slik at de kan tilby tilpassede og egnede tjenester. Det tilrettelagte TOO-tilbudet er under evaluering som skal være ferdig 1. juli 2021.

Sårbare asylsøkere

En studie gjennomført av forskernettverket Odysseus på oppdrag av EU-kommisjonen i 2009, med mål om å vurdere håndtering av sårbare asylsøkere i seks ulike EU-land, åpnet muligheten for at også norske forskere kunne delta og dermed inkludere norske erfaringer i forskningsarbeidet. Det europeiske prosjektet kom til etter at en evaluering av EUs mottaksdirektiv i 2007 hadde vist seg å være dårlig implementert, særlig med henblikk på sårbare asylsøkere. Med støtte fra UDI ble noen norske forskere engasjert, og på bakgrunn av dette ble en norsk versjon av studien publisert i

²⁷³ www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-likeverdige-helse-og-omsorgstjenester-til-innvandrerbefolkningen-sohemi#referaterogsaksdokumenter

²⁷⁴ Brev fra SOHEMI 26.08.2010 «Innspill til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vedr Nasjonal helse- og omsorgsplan 'Bedre helse og helsetjenester i et multi-etnisk Norge'»

²⁷⁵ For året 2017–2018 ble 20 millioner kr bevilget til dette prosjektet, i 2018–2019 10 millioner kr og i 2019–2020 15 millioner kr. Disse tjenestene er en del av den vanlige statlige finansieringen av regional tannpleie, hvor de ekstra pengene som tildeles hvert år til vanlig pleie, gis spesielt til tannpleieprosjektet, med sikte på å dekke hele spekteret av personer som trenger spesialorganisert tannpleie, inkludert torturoverlevende. Det er blitt antydnet at ca. 2 prosent av pengene er blitt brukt på behandling og støtte til torturoverlevende, mens resten dekket tjenester til andre grupper.

2010, nemlig *Sårbare asylsøkere i Norge og EU. Identifisering, organisering og håndtering* (Brekke et al., 2010).

Rapporten peker på at Norge ikke har en samlet helhetlig regulering av mottaksarbeidet på samme måte som medlemslandene, og at arbeidet med asylsøkere i venteperioden er regulert i en rekke skriv og retningslinjer. Undersøkelsen viser også at «Norge ikke har en formalisert prosedyre for identifisering av sårbare personer med spesielle behov». I stedet behandles slike tilfeller når de oppdages, og dessverre vil det ofte være høyst vilkårlig om slike forhold identifiseres. Dette kan true identifiseringen av sårbare individer, særlig i tilfeller der sårbarheten ikke er synlig (fra sammendraget). På en annen side peker rapporten på at det er en åpen dør til identifisering og oppfølging gjennom hele asylprosessen, og at spesielle behov kan rapporteres og bli fulgt opp med tiltak på hvilket som helst tidspunkt i prosessen. Et problem som drøftes i rapporten, er «manglende systematikk når det gjelder identifisering, dokumentasjon og oppfølging, i særdeleshet når det gjelder mennesker som har vært utsatt for tortur, men også når det gjelder andre sårbare grupper og individer. Prosedyrens ad hoc karakter drøftes». Rapporten understreker viktigheten av at det utvikles retningslinjer for innhenting av dokumentasjon knyttet til sårbarhet. Slik informasjon kan være avgjørende for asylsaken og for å sikre riktig oppfølging og behandling.

Rapportens anbefalinger var følgende: lovregulere mottaksforhold og sårbarhet/spesielle behov²⁷⁶; identifisere sårbarhet, også i Dublin-saker; utarbeide identifiseringsmekanisme; etablere en definisjon av sårbarhet; etablere rettigheter til identifiserte sårbare asylsøkere; øke oppmerksomheten om EUs arbeid på feltet; styrke kompetanse og ansvar; en trinnvis og fleksibel metode for identifisering over tid og av ulike deler av systemet (mottak, helse, politi, UDI osv.). Dette krever styrking av kompetanse og tydeliggjøring av ansvar.

ISF-rapporten fra 2010 kom til å legge mye av grunnlaget for det videre arbeidet med identifisering av sårbarhet, kartlegging av tortur og oppfølging av særlig sårbare i mottak og ved bosetting. I kjølvannet av ISF-rapporten var oppdragsbrev av 5. juli 2012²⁷⁷, der Justis- og beredskapsdepartementet sammen med Helse- og omsorgsdepartementet ber Utlendingsdirektoratet og Helsedirektoratet om konkrete forslag til tiltak for å bedre situasjonen for sårbare asylsøkere og beboere i mottak. Med bakgrunn i dette foreslo direktoratene i et omforent svarbrev, datert 20. oktober 2012, totalt 56 mulige tiltak, mange med direkte referanse til ISF-rapporten. I møte mellom Justisdepartement og Helse- og omsorgsdepartementet 22.11.2012 ble de foreslåtte tiltakene drøftet. UDI og Helsedirektoratet foreslo at oppfølgingen av oppdragsbrevet skulle være et tverretatlig prioritert satsingsområde med øremerkede midler i en periode på tre til fem år, slik at direktoratene kunne få muligheten til å lage en felles strategi i et langsiktig perspektiv (Jong, 2013). Dette ville gi mulighet til kontinuerlig evaluering og justering av tiltak. Videre skulle oppdraget strekke seg over flere år, noe som forutsatte et samarbeid med andre etater innen barnevern, utdanning, arbeids- og velferdsområdene.

Tiltakene var fordelt på følgende måte: 23 tiltak med UDI som ansvarlig, 20 tiltak med Helsedirektoratet som ansvarlig og 11 samarbeidstiltak. Tiltakene ble spilt inn som store satsingsområder på innvandrersfeltet. Etter tilbakemelding fra departementene besluttet direktoratene å igangsette gjennomføringen av en rekke av de foreslåtte tiltakene. I det følgende beskrives noen av disse tiltakene, men kun to blir omtalt mer konkret (nemlig tiltak 42 og 45).

²⁷⁶ Som første del av lovregulering og spesiallovgivning må det stilles krav til etablering av en identifiseringsmekanisme for å sikre at sårbare asylsøkere identifiseres.

²⁷⁷ Deres ref. 201100793-/AAT

Sentrale tiltak i oppdraget:

ISF-rapportens anbefaling 3 om å «Utarbeide identifiseringsmekanisme» (Brekke et al. 2010, s. 84) utgjorde basis for flere tiltak, blant andre tiltak 19, 27, 28, 45 og 54 som alle, på ulike måter, dreide seg om retningslinjer for identifisering av torturutsatte, inkludert revisjon av veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (Helsedirektoratet, 2010a), oppfølging av utsatte barn og gjennomføring av pilotprosjekt. Anbefaling 5 i rapporten, «Etablere rettigheter til identifiserte sårbare asylsøkere» (Brekke et al., 2010, s. 84), ga grunnlag for tiltak 29, «Kartlegge behovet for tverrfaglig behandlingstilbud for personer med tortur- og krigsskader». Anbefaling 6 om å «Etablere rutiner for kommunikasjon» lå til grunn for tiltak 32 om «nødvendigheten av nye tiltak for å bedre tilgjengelighet til kommunale helse- omsorgstjenester for beboere i mottak».

«Styrke kompetanse og ansvar» (Brekke et al. 2010, s. 85) (anbefaling 8) ble videreført i tiltak 40 om å utarbeide opplæringspakke for ansatte i mottak, men anbefaling 10, «Sikre dokumentasjon av tortur» (Brekke et al. 2010, s. 86), lå til grunn for tiltak 42, «Utredning hvordan Istanbulprotokollen kan implementeres». For å gjennomføre dette arbeidet ble en ekspertgruppe bestående av Birgit Lie, Nora Sveaass og Sissel Rogde etablert. Kun to av disse tiltakene eller prosjektene beskrives i mer detalj i det følgende, nemlig tiltak 42 og 45. Men først noen ord om tildelingsbrevet vedrørende noen av disse tiltakene.

Statsbudsjettet for 2013

Statsbudsjettet for 2013 – *kapittel 720 Helsedirektoratet – tildeling av bevilgning*. Her ble det blant annet vist til følgende tiltak:

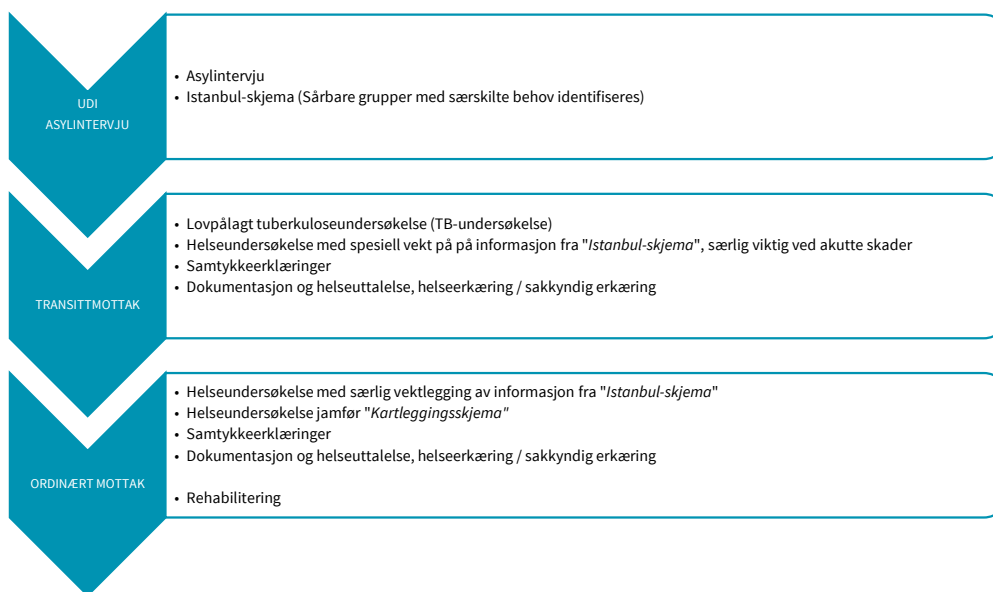
- «Helsedirektoratet skal sikre at kommunehelsetjenesten har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om tortur, fysisk og psykisk vold som asylsøkere kan ha vært utsatt for, jf. Istanbulprotokollen, samt asylsøkeres rett til helsetjenester (punkt 2.2.2.1 Primærhelsetjenesten)
- Helsedirektoratet skal kartlegge bruk av tolk for innvandrerbefolkningen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene innenfor tilgjengelige ressurser (Kap. 762, post 73 om spesielle oppdrag)
- Helsedirektoratet skal, med bistand fra UDI, utarbeide en opplæringspakke for ansatte i asylmottak
- Helsedirektoratet skal utarbeide et kartleggings skjema for førstegangsundersøkelse med vekt på tortur, psykisk helse, traumer og annen sårbarhet til bruk i transittmottak
- Helsedirektoratet skal, med bistand fra UDI, kartlegge mulige rehabiliteringstilbud til barn som har vært offer for eller vært vitne til krigshandlinger eller andre overgrep»

Det framgår at tiltak vedrørende sårbarhet, psykisk helse og identifisering var tydelig nedfelt i statsbudsjettet for 2013.

Tiltak 42: Sårbare grupper med særskilte behov. Traumatiserte, torturerte og krigsskadde

For å følge opp tiltak 42 ble det av Helsedirektoratet nedsatt en ekspertgruppe for å utrede og foreslå rutiner for identifisering og utredning av torturutsatte i forbindelse med ankomst og første asylintervju. Kartleggings skjema og prosedyrer ble utarbeidet. Ekspertgruppen besto av Sissel Rogde (professor rettsmedisin), Birgit Lie (dr.med.)

og Nora Sveaass (dr.psychol.). Arbeidet resulterte i forslag til nytt kapittel 7 til veilederen «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente». Kapittelet «Sårbare grupper med særskilte behov. Traumatiserte, torturerte og krigsskadde» inneholdt en introduksjon til Istanbulprotokollen, en gjennomgang av forpliktelser i forbindelse med dokumentasjon, litt om betydning av slike utredninger, om gjennomføring av tidligere helseundersøkelser, om mulige prosedyrer i asylintervjuet og om sakkyndigerklæringer i forbindelse med tortur og torturskader. Anbefalinger om styrket kompetanse på dette området samt sikring av at sakkyndige er tilgjengelige for slike oppdrag, var tatt med. Gjennomgående i det foreslåtte kapittelet ble det vist til andre deler av Helsedirektoratets veileder som forutsetning for å kunne gjennomføre de anbefalte tiltak. Nedenstående illustrasjon er hentet fra det foreslåtte kapittel 7.



Tiltaket skulle også romme nyttige hjelpemidler for bruk i asylintervjuet, blant annet en henvisning til et kort informasjonsskriv om dokumentasjon av tortur og grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff med referanse til vedlegg i veileder IS-1022 (2010) «Hvorfor dokumentere overgrep?». Dersom det er behov for samtykke til videresending av informasjon og forespørsel om undersøkelse, understrekes det at

«informasjonen formidles ved hjelp av kvalifisert tolk. Personen skal orienteres om muligheter for utredning av torturskader og om den potensielle betydningen som dokumentasjon av torturerfaringer kan ha med hensyn til å belyse asylsaken, utgjøre et dokument ved senere rettsoppgjør og som grunnlag for videre sosial- og helsemessig oppfølging».

Kapittelet ble ikke inntatt i sin helhet i Helsedirektoratets veileder, men under oppdateringen og digitaliseringen av veilederen i 2015/2016 ble store deler av kapittelet tatt inn i henholdsvis kapittel 4.2 «Tidlig identifisering av oppfølgingsbehov», der tidlig kartlegging av sårbarhet og rask sikring av helsetjenester ble vektlagt, og i kapittel 7.2 «Traumatiserte, torturerte og krigsskadde» der Istanbulprotokollen og torturutredninger blir omtalt (Helsedirektoratet, 2016).

Anbefalingen om å innføre en egen takst for refusjon av ressursbruk til bestilling, utredning og dokumentasjon av torturskader eller annen form for overgrep ble ikke

fulgt opp. Anbefalingen om at Istanbulprotokollens prosedyrer inngår som et ordinært og rutinemessig tilsynsystem og som ett aspekt ved «helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente», er heller ikke blitt fulgt opp.

Tiltak 45: Identifisering, tilrettelegging og oppfølging av sårbare asylsøkere med særskilte behov i ankomsttransitt: Helsedirektoratet

Tiltak 45 var et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og UDI og hadde som formål å kartlegge og styrke tidlig identifisering, tilrettelegging og oppfølging av sårbarhet i ankomsttransitt. Trettifem kartleggingssamtaler ble gjennomført for å avdekke sårbarhet og sikre oppfølging. Den påfølgende rapporten, *Identifisering, tilrettelegging og oppfølging av sårbare asylsøkere med særskilte behov i ankomsttransitt: Erfaringer og anbefalinger fra prosjekt 2013-2014*, ble ikke publisert. Følgende anbefalinger framkom av prosjektet:

- Mottaksforhold for asylsøkere generelt, og for sårbare asylsøkere med særskilte behov spesielt, må lovreguleres. Det må presiseres i lov at dersom sårbarhet identifiseres, skal det følges opp på en adekvat måte.
- Ulike aktører vil ha ulikt ansvar på ulike nivåer og i ulike etater. Ansvarsforhold må derfor klargjøres henholdsvis i utlendingslovgivning og i kommunal- og helseomsorgslov. Det må klargjøres at helseetaten har hovedansvaret for tidlig gjennomføring av selve sårbarhetskartleggingen.
- Begrepsinnholdet av «sårbarhet» og spesielle behov må defineres nærmere. Det er samtidig viktig å knytte en slik form for «legaldefinisjon» til behovet for oppfølging det enkelte individ måtte ha. Dette vil bidra til å sikre kausalitet mellom identifisert sårbarhet og behov for hjelp.
- Loven må fastsette at alle asylsøkere skal gjennomgå en hurtig behovskartlegging ved ankomst, en såkalt triagering. Dette gjøres av helsetjenesten i transitt. Dette punktet inkluderer personer i 48 timers prosedyre, dublinere og enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år.
- Det må iverksettes tiltak som gjør gjennomføring av utredning/dokumentasjon av torturskader mulig. En slik utredning/dokumentasjon av torturskader kan inngå som et viktig dokument i asylprosessen og danne grunnlag for videre helsehjelp.
- Ansvar til saksbehandlere i utlendingsforvaltningen for å avdekke ulike former for sårbarhet må tydeliggjøres i lovs form. Dette gjelder særlig sårbarhet knyttet til alvorlige menneskerettighetsbrudd. Dersom sårbarhet identifiseres, og det er spørsmål om spesielle behov, må asylanten henvises for utredning av eventuelle helseproblemer. Det må innføres rutiner for hvem som skal varsles om sårbarhet, hva det skal varsles om, og hvordan henvisninger formidles.
- Gjennom lovgivning må det også legges til rette for at sårbarhet i Dublin-saker identifiseres og ivaretas på tilsvarende måte som andre asylsøkere i ordinær prosedyre.
- Kommunikasjonskanaler mellom helsetjenestene og utlendingsmyndighetenes asylforvaltning og mottakssystem må etableres i samsvar med personvern- og datasikringsregelverk slik at nødvendig informasjon med asylsøkeres samtykke kan formidles mellom instansene.
- Videre må det utarbeides bestemmelser om hvordan nødvendig informasjon kan gis videre i spesielle tilfeller hvor søker ikke gir sitt samtykke.

- Særskilte bestemmelser om koordineringsansvar må utarbeides. For å identifisere sårbare med oppfølgingsbehov anbefales at mottaket sikrer en koordinerende funksjon.

Etter at pilotprosjektet ble avsluttet, oversendte Helsedirektoratet prosjektrapport med anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet (22.5.2015) med følgende vurdering:

«Direktoratene mener det er viktig å styrke tidlig identifisering og oppfølging av asylsøkere med særskilte behov. Vi mener dette målet kan oppnås ved å innføre en systematisk identifiseringsmekanisme for å avdekke nødvendige oppfølgingsbehov hos asylsøkere. Utlendingsdirektoratet har sammen med Helsedirektoratet vurdert anbefalingene fra prosjektet. Direktoratene mener at flere av de anbefalte tiltakene bør implementeres.»

I nytt brev fra HOD (16.03.2017) bes Helsedirektoratet om «å gå gjennom rapporten og gi Helse- og omsorgsdepartementet sin vurdering av hvilke av anbefalingene fra direktoratene av 22. mai 2015 som fortsatt er aktuelle». I svar, juni 2017, opprettholder direktoratet en del av anbefalingene, blant annet at Istanbulprotokollens prosedyrer bør inngå som en del av helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Derimot anbefaler Helsedirektoratet ikke å lovfeste en legaldefinisjon av sårbarhet og spesielle behov og foreslår at «en nærmere definisjon eller eksempelliste bør gis gjennom sektorvise retningslinjer eller veiledere». Det understrekes videre at «for å kartlegge asylsøkeres helse i en tidlig fase kreves helsepersonell med nødvendig kompetanse og kvalifisert tolk med de utgiftene det medfører», og også at det må arbeides videre med å sikre kommunikasjon mellom de ulike nivåene i asylprosessen.

Etter dette er videre hendelsesforløp uklart. I lys av at en del av disse spørsmålene igjen blir reist i forbindelse med det foreliggende prosjektet, hadde det vært nyttig med en avklaring av status for de ulike samarbeidstiltakene som ble fremmet.

7.6 Norges rapportering til FNs torturkomité

I det følgende oppsummeres noen av de viktigste svarene fra Norge på spørsmål stilt fra FNs torturkomité i forbindelse med to ulike periodiske høringer (2012, 2016). Tidligere høring, 2008, er vist til i kapittel 4. Svarene på spørsmål stilt av komiteen utgjør som kjent den periodiske rapporten fra norske myndigheter til FN. Kun de deler av rapporten som direkte berører temaer i den foreliggende rapporten, blir tatt med i det følgende. Også anbefalinger fra CAT er tatt med her.

Spørsmål, svar og anbefalinger i 2012

I forbindelse med den periodiske rapporteringen i 2012 ble Norge bedt om å redegjøre²⁷⁸ for hvilke tiltak som ble iverksatt for a) å tilby adekvat undervisning («adequate training») for relevant personell i å identifisere psykisk og fysisk tortur og umenneskelig behandling av frihetsberøvede mennesker, b) å integrere Istanbulprotokollen i undervisningsprogram for leger og andre fagfolk som arbeider med identifisering og dokumentasjon av tortur, og spesielt der asylsøkere oppgir å ha blitt utsatt for tortur i hjemlandet sitt.

På spørsmål om adekvat opplæring vedrørende tegn på tortur viste Norge (CAT, 2012a) til Helsedirektoratets veileder, til Odontofobiprojektet og til NKVTS som

²⁷⁸ https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fNOR%2fQ%2f7&Lang=en

kompetansemiljø med vekt på forskning, samarbeid med andre i feltet vold og traumatisk stress samt opplæringstiltak på ulike nivåer.

På spørsmål om Istanbulprotokollen (IP) og opplæring svarte Norge at IP var integrert i opplæring av UDIs personell, og at særlige hensyn tas til potensielle torturutsatte i intervjuet. Vi velger å innlemme hele det norske svaret her:

«97. The principles and recommendations of the Istanbul Protocol are integrated into the training programme for caseworkers at the Directorate of Immigration and into procedures for interviewing asylum-seekers.

98. The Directorate's quality standard for asylum interviews focuses on how to obtain reliable information during the interview, and is based on existing national and international rules and guidelines, and research in the field of investigative interviewing. All interviewers are trained to be aware that torture can affect the asylum-seeker's ability to present his or her case. The interviewers are trained to pose non-leading questions, provide a safe setting where the purpose of the interview is clarified, and approach the applicant in a culturally sensitive manner.

99. It is recognized that victims of torture may have difficulty in presenting their case for reasons of shame, or due to physical or psychological health problems. It is also recognized that torture can affect the applicant's memory. The caseworkers are introduced to interview methods that can help the applicant remember, and are given tools to identify vulnerable applicants and adapt the interview setting to the needs of the individual applicant. In addition, the Directorate invites lecturers to give in-depth information on special topics. For example the Directorate has arranged a lecture on torture and a lecture on the symptoms of trauma and stress and on how best to deal with these in the interview setting».

I Norges svar til CAT framkommer det altså at kjennskap til Istanbulprotokollen og *Istanbulprinsippene* i UDI-systemet er tilfredsstillende. Dette er en meget viktig observasjon, for i praksis betyr det at Norge gjør gjeldende paragraf 2 i Istanbul-prinsippene, som tilsier at dersom tortur avdekkes eller identifiseres, skal dette utredes i tråd med IP-standarder.

Spørsmål, svar og anbefalinger i 2016

I forbindelse med rapportering i 2016 ble Norge spurt under artikkel 10 i UNCAT om iverksatte tiltak for å sikre at relevant helsepersonell systematisk fikk grundig og praktisk opplæring i Istanbulprotokollen (CAT, 2016). Her svarte Norge at veilederen er blitt oppdatert og digitalisert (CAT, 2018). Videre anfører norske myndigheter:

«118. Health professionals must be familiar with symptoms of torture, diagnostics, treatment and follow-up in compliance with the Istanbul Protocol. Health professionals must consider whether an evaluation by specialists such as a forensic clinician, psychologist, psychiatrist or gynaecologist will be a necessary part of effective investigation and documentation. The effective investigation and documentation of injuries due to torture must culminate in an expert report based on the Istanbul Protocol.»

Videre understrekes det at veilederen vil gjøres tilgjengelig for alt helsepersonell (119), «thereby helping to ensure the early identification of victims of trauma, torture

or war injuries and to provide good follow-up health care». Det vises også til tiltakene i forbindelse med odontofobi og at dette utføres i samarbeid med RVTS-ene, og at NOK 27,3 millioner var avsatt til dette formålet (120).

Dette viktige tiltaket vedrørende odontofobi er uten tvil et pionerarbeid i internasjonal sammenheng. Derimot vil vi i del 3 hevde at det er en viss usikkerhet knyttet til påstanden om tilrettelegging for tidlig identifisering av torturutsatte med siktemål å tilby god oppfølging. Det er riktig at veilederen inneholder svært mye verdifullt og godt materiale som kan gjøre en slik prosess mulig, men det er lite som tyder på at dette har resultert i en praksis som faktisk identifiserer tortur eller bidrar til utredning og videre oppfølging. Den eneste lovpålagte undersøkelsen er tuberkulosekontrollen. De øvrige tiltakene som omtales i veilederen, er å betrakte som forslag.

Alternative rapporter til FNs torturkomité

Temaer knyttet til Istanbulprotokollen og identifisering av torturerte asylsøkere i Norge ble også vist til i de alternative rapportene som ble sendt til Genève forut for Norges periodiske rapportering i CAT (Norwegian NGO Forum for Human Rights, 2018). I disse ble komiteen bedt om å spørre om opplæring i å identifisere tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling hos asylsøkere (Issue 12) og om hvordan IP faktisk er innarbeidet og anvendt i løpet av asylprosessen. Organisasjonene bak rapporten minner om at norske myndigheter ikke synes å ha implementert denne på en tilfredsstillende måte, at det ikke gjennomføres «medico-legal» rapportering der det foreligger indikasjoner på tortur. I rapporten foreslås det at komiteen gir følgende anbefaling til Norge:

«All asylum seekers should have a health check upon arrival and health personnel carrying out these health checks should be trained in the Istanbul Protocol. – Signs of torture should be examined and be subject to forensic reports in accordance with the Istanbul protocol. – Provide systematic, thorough and practical training in the application of the Istanbul Protocol to all relevant health personnel. – Re-establish specific and specialized rehabilitation centres for torture survivors in each health region.»

7.7 Norges rapportering til rasediskrimineringskomiteen i FN (CERD)

Også rasediskrimineringskomiteen har vært opptatt av temaer av relevans for feltet asylsøkere, tortur, helse og likeverdige tjenester. På punktet om vold og traumatisk stress²⁷⁹ viser norske myndigheter til etablering av NKVTS og RVTS, som har som formål å styrke kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress, og at dette innbefatter traumatiserte flyktninger. Det vises også til at NKVTS ikke har kliniske oppgaver, men at RVTS bidrar aktivt til «more coherent services by promoting improved competence and improving inter-disciplinary and inter-agency cooperation in the region» (CERD, 2011). Videre heter det at «the work of developing knowledge and competence in the various services to improve the treatment and follow-up of refugees, asylum-seekers and other trauma victims continues» (CERD, 2011).

Disse svarene beskriver godt de kompetansehevende oppgavene som de nasjonale og regionale kompetansemiljøene representerer, men sier lite om at de regionale miljøene heller ikke tilbyr kliniske tjenester, og om hvordan tilgang på likeverdige

²⁷⁹ Equality in health services: Work on violence and traumatic stress 5 I E No. 4

helsetjenester faktisk sikres i praksis. Anbefalingen kan tyde på et ønske om mer konkret dokumentasjon på dette.

Anbefalingene til Norge i forbindelse med behandling av Norges kombinerte rapport (den 19 & 20 til CERD) i 2010 dreide seg om (para 21) at staten må sikre en tilfredsstillende standard med hensyn til fysisk og psykisk helse for personer som ikke er borgere av Norge, gjennom best mulige helsetjenester, og at tilgangen på offentlige helsetjenester i mottak måtte styrkes.

Alternativ rapport til CERD

Også i forbindelse med Norges rapportering til CERD var det utarbeidet en alternativ rapport fra norske menneskerettighetsorganisasjoner (Linløkke, 2010). Denne viser til manglende anvendelse av Istanbulprotokollen i asylsaker og en risiko for at torturerte asylsøkere går gjennom prosessen uoppdaget og uidentifisert. Anbefalingene til komiteen var som følger:

«Establish specialized resource clinics that may serve and collaborate with mainstream services, acting as a base for clinical work, research, and dissemination of knowledge and information.

Organize mainstream services in such a way that they take care of the important aspects of such work – namely time, multidisciplinary collaboration and sense of security for traumatized patients.

Establish routines for documenting the assessment of victims of torture living in Norway, and the extent to which treatment is offered and received.» (Linløkke, 2010)

7.8 Oppsummering

Som det framgår av gjennomgangen, mangler det hverken på gode eller velbegrunnede forslag fra norske myndigheter i form av offentlige meldinger, utredninger og rapporter gjennomført på oppdrag fra offentlige myndigheter samt retningslinjer og veiledere utarbeidet med tanke på flyktningers helse og velferd. Og situasjonen virket særlig løfterik da det i 2011, i et samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedepartementet ble besluttet å gjennomføre et oppdrag med i alt 56 tiltak, der flere var av direkte relevans for den tematikken som den foreliggende rapporten handler om. Flere av tiltakene førte til at faggrupper ble nedsatt for å utrede og fremme forslag på grunnlag av disse.²⁸⁰ Ved gjennomgang av disse tiltakene, nøyaktig ti år etter at ISF-rapporten først ble publisert, og som de facto la grunnlaget for flere av de nevnte tiltakene, bør mulige hindringer eller andre forhold som kan forklare mangelfull iverksettelse av tiltakene, drøftes. Som det framgår av gjennomgangen over, har norske myndigheter lenge erkjent sitt ansvar på dette området, anerkjent sentrale prinsipper og utviklet nødvendige faglige retningslinjer og veiledere med mål om å implementere en tilfredsstillende ivaretagelse av flyktningers helse og velferd.

På den annen side kan det argumenteres at en god nok implementering av tiltak basert på dette omfattende arbeidet og konkret på de allerede utarbeidede anbefalingene ikke foreligger eller ikke er slutført i tilstrekkelig grad. Finansiering med takster for utførte tjenester med klar oppgavefordeling når det gjelder

²⁸⁰ Det ble inngått formelle kontrakter og arbeidsavtaler med eksperter/fagpersoner med utgangspunkt i navngitte tiltak.

dokumentasjon av tortur og rutiner for tilsyn av helsetjenestene til torturutsatte er blant det som ikke er implementert. Det gjenstår en god del arbeid for å få plass en fullverdig oppfølging av torturutsatte og sårbare asylsøkere (inkludert identifisering), som lar seg gjennomføre i praksis med de forutsetninger som dette krever med hensyn til samarbeid over etatsgrenser, retningslinjer og regelverk, evaluering av tiltak, relevant kompetanse innen ulike sektorer, økonomi og styring.

Del 3 Gjennomgang av praksis og erfaringer

Denne delen beskriver praksis og erfaringer med torturutsatte i utlendingsforvaltningen, mottak og helsevesenet. Gjennomgangen er basert på om lag 80 kvalitative intervju og en analyse av et utvalg av 12 asylintervjurapporter. I samtalen med ansatte og ledere i UDI, UNE og PU utforsket vi hvordan ansatte i de ulike avdelingene møter torturutsatte, og spesielt hvordan og i hvilken grad identifisering og dokumentasjon av tortur gjøres, og hvorvidt torturutsatte blir fulgt opp. Også i samtalen med mottaksansatte spurte vi etter identifisering og oppfølging av sårbare i mottak samt de ansattes erfaringer med å samarbeide med helsesektoren. Intervjuene med helsepersonellet dreide seg om deres erfaringer med torturutsatte og kjennskap til, og anvendelse av, Istanbulprotokollen. Spørsmål knyttet til prosedyrer, retningslinjer og tiltakskort var viktig i samtale med alle disse yrkesgruppene.

Et hovedfunn som kan utledes av gjennomgangen av praksis i utlendingsforvaltningen, mottak og helsesektoren, er gjennomgående fravær av retningslinjer, rutiner, prosedyrer, kompetanse samt tydelig ansvarsfordeling mellom etatene og mellom sektorene med henblikk på asylsøkere utsatt for tortur. Mens det kan sies å være god kunnskap om sårbarhet generelt, og gode retningslinjer og prosedyrer i forbindelse med visse sårbare grupper, for eksempel ofre for menneskehandel, er tilsvarende prosedyrer fullstendig fraværende når det gjelder torturutsatte. Dette gjelder tiltakskort og rutiner beregnet både på saksbehandlere og mottaksansatte.

Kunnskap om hva tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling er, hvilke rettigheter slike erfaringer utløser, og hvilken betydning de kan ha for saksgangen, er mangelfull. Blant ansatte i utlendingsforvaltningen fant vi en del usikkerhet og uklarhet rundt definisjonen av tortur og annen grusom og umenneskelig behandling. De færreste av våre respondenter kjente til innholdet i torturkonvensjonen og hva denne de facto innebærer, ikke bare i en asylsammenheng, men også hva den måtte innebære av forpliktelser mer generelt. Istanbulprotokollen er likeledes ukjent for de fleste ansatte i utlendingsforvaltningen.

Mangel på retningslinjer og rutiner, manglende kompetanse om tortur og dens følger samt uklarhet knyttet til Norges rettslige forpliktelser overfor torturutsatte gjør at arbeidet med identifisering, dokumentasjon og oppfølging av torturutsatte er mangelfullt. Blant annet finner vi uenighet mellom ansatte i førstelinjen i utlendingsforvaltningen på den ene siden og ansatte i mottak og i helsesektoren på den andre siden når det gjelder tilgang på historier om tortur både i asylintervjuet og i andre sammenhenger, det vil si hvorvidt disse lett kommer fram i samtaler og intervju. Saksbehandlere er gjennomgående optimistiske til at søkeren kommer med torturanførsler selv. Det blir derfor ofte heller ikke spurt etter slike opplevelser direkte, og såkalte døråpnere, spørsmål om skader eller helseforhold ved slike, forblir derfor ofte usagte eller ikke sagt direkte. Derimot viste helsepersonell ofte til at torturhistorier «sitter langt inne», og at det ofte kan gå meget lang tid, selv når kontakt

er etablert, før personer forteller om tortur eller andre former for overgrep de har vært utsatt for.

Siden asylprosessen (både i UDI og UNE) skal være framtidsrettet, der framtidig risiko for forfølgelse skal vurderes (flyktningkonvensjonen/TK), og siden det per dags dato mangler retningslinjer og rutiner knyttet til torturutsatte i denne prosessen, er det også stor usikkerhet rundt hvilken betydning tortur skal få i troverdighetsvurderinger og vurdering om asylstatus. Mens asylsøkernes tidligere torturerfaringer vil kunne gi indikasjoner på risiko for at asylsøkeren vil bli forfulgt ved hjemkomst, er det å ha blitt utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, som beskrevet, i seg selv ikke tilstrekkelig grunn til å få beskyttelse. Det er opp til asylsøkeren å sannsynliggjøre at torturen og forfølgelsen vil gjenta seg ved retur. Det at det knyttes begrenset betydning til torturens rolle i vurdering av saken, gjør også at det ikke stilles særlige oppfølgingsspørsmål, og søkeren blir kun unntaksvis oppfordret til å dokumentere eventuelle torturskader. Informasjon om helsehjelp handler derfor mer om å behandle akutte fysiske eller psykiske helseplager enn om å innhente vurdering av eventuelle torturskader eller rehabiliteringsbehov.

I intervjuene med mottaksansatte var vi særlig opptatt av retningslinjer og tiltaks-kort utviklet av UDI for å fange opp særlig sårbare asylsøkere i mottak, da først og fremst personer utsatt for tvangsekteskap, barneekteskap, vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse. Blant de sentrale retningslinjene er først og fremst den om sårbare rent generelt (UDI 2015-029), som omtaler flere former for sårbarhet, dog ikke tortur. Kunnskap om og erfaring med bruk av tiltaks-kort som spesifiserer visse sårbarhets-kategorier, samt prosedyrer i tilknytning til hver av disse, vurderes å være tilfredsstillende hos UDI-ansatte. Det er enighet om at slike forhold må følges opp, og at det er viktig at informasjon tilflyter UDI-systemet med tanke på de ulike fasene i asylprosessen. De mottaksansatte vi snakket med, hadde stort sett en del kjennskap til tortur, og de mottaksansatte forsøker å tilrettelegge for dem som de mener kan være eller oppleves som traumatiserte, på beste måte.

Også i gjennomgangen av erfaring og tiltak i helsesektoren finner vi gjennomgående manglende kjennskap til eller kunnskap om Istanbulprotokollen, tortur og torturskader. Problemer her ses i sammenheng med både manglende kunnskap om mulige tiltak hvis tortur indentifiseres, og med fraværet av tilgjengelige tiltak. Helsepersonell mangler rutiner for hvor og hvordan de kan formidle informasjon om gjennomgått tortur og dens følger i asylprosessen. Likeledes mangler informasjon og rutiner om muligheter for utredning så vel som behandling og rehabilitering av torturskader, og mange viser til begrenset tilgang på og kunnskap om behandling av torturskader. Istanbulprotokollen er ukjent for de fleste helsepersonell i kommunene. Videre anses ikke arbeidet med torturutredning og oppfølging som en prioritert oppgave. Og fordi oppgaver i tilknytning til utredning av tortur ikke er definert og kategorisert som tjenester på lik linje med andre tilsvarende utredninger og erklæringer i helsevesenet, faller slike mellom to stoler. Derfor blir dette heller ikke gjort. Mange av dem vi intervjuet, etterlyste klarere regelverk på dette området, som ikke bare kan definere torturutredning og eventuelt oppfølging som relevante og viktige oppgaver i tjenesten, men som også kan skape de nødvendige rammene i form av tidsbruk og takster.

8 Erfaringer og praksis i utlendingsforvaltningen

Formålet med dette kapittelet er å beskrive hvordan utlendingsforvaltningen møter torturutsatte i asylkjeden i dagens Norge. Vi har snakket med ledere og ansatte i førstelinjen i PU, UDI og UNE. I tillegg fikk vi innsyn i tolv asylintervjurapporter fra UDI. Vi ønsket å få et innblikk i arbeidshverdagen i de ulike avdelingene og spurte spesielt hvordan førstelinjen i utlendingsforvaltningen jobber med identifisering og dokumentasjon av tortur, og om og hvordan torturutsatte blir fulgt opp. Med hensyn til dette var vi spesielt interessert i hvordan retten til helsehjelp blir ivaretatt. Rehabilitering av personer som har opplevd tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, ligger strengt tatt utenfor rammene av dette prosjektet. Ikke desto mindre er identifisering og oppfølging av direkte relevans for senere tilbud og tiltak når det gjelder rehabilitering. Dette poenget løftes tydelig fram i Røde Kors-rapporten *Torturert og glemt?* (2020), der manglende systematikk og vilkårlighet med hensyn til identifisering av torturutsatte knyttes til manglende oppfølging og rehabilitering. I arbeidet med denne rapporten ønsket vi på et mer overordnet plan å få en bedre forståelse av hvilken betydning torturkonvensjonen og det som følger av denne, har i de ulike etatene involvert i utlendingsforvaltningen, og hvordan dette griper inn i den enkeltes arbeid.

Under datainnsamlingsperioden for herværende prosjekt ble asylflyten endret og trådte i kraft 1. november 2020. Den nye asylflyten hadde vært på plass i for kort tid for at førstelinjen kunne si noe konkret om hvordan denne ville påvirke deres arbeid. Som nevnt tidligere var samlokaliseringen av de ulike funksjonene ennå ikke iverksatt på grunn av koronapandemien. Dermed hadde få av respondentene fått erfaring med endrede samarbeidsmåter mellom PU og UDI. Gitt at de fleste av UDIs saksbehandlere opererte fra hjemmekontor eller fra UDI sine lokaler i Oslo, hadde kommunikasjonen mellom UDI og PU ikke endret seg nevneverdig fra tiden før PUMA trådte i kraft. Den planlagte «åpen-dør-policy» som var et sentralt mål for samlokalisering av PU og UDI, har ikke kunnet tre i kraft grunnet pandemien. Det er et håp og forventning blant de ansatte om at samlokalisering og tettere kontakt mellom UDI og PU vil kunne lette saksgangen på lengre sikt. Dette gjelder først og fremst saker der det «er mye å diskutere» (altså ved ID-tvil og der det må foretas flere undersøkelser).

Koronapandemien har medført en ekstraordinær situasjon i hele landet og har medført særlige utfordringer i asylfeltet. Smittevernregler har blitt innført for å forebygge og bekjempe covid-19, og dette har samtidig ført til ulike vansker i asylsprosessen. Det ble innført sterke smittevernregler i landet, noe som førte til forsinkelser i asylsaksgangen. Saksbehandlingen og ivaretagelsen av nyankomne asylsøkere har gjort det nødvendig med flere og strengere forholdsregler som samtidig har gjort arbeidet mer krevende. Ansatte i PU forteller for eksempel om krav om bruk av visir, munnbind og smittefrakk, som i seg selv utgjør en slitasje på personellet og en økt utfordring i kontaktetableringen og kommunikasjonen med asylsøkere.

Gitt de kontekstuelle forutsetningene spurte vi førstelinjen om deres erfaringer i utlendingskjeden før den nye asylflyten trådte i kraft, og hvordan de forventet at den nye asylflyten ville påvirke arbeidet med sårbare asylsøkere generelt og med torturutsatte mer spesielt. I tidligere kapitler har vi beskrevet de ulike stadiene i asylprosessen (se kapittel 2.4), ansvarsfordeling mellom etatene (se kapittel 2.2), gjort rede for manglende retningslinjer i tilknytning til torturutsatte (se kapittel 7) og at torturkonvensjonen ikke synes å være tilstrekkelig implementert (se del 1).

Som vi har vist i tidligere kapitler, finnes det få retningslinjer når det gjelder torturutsatte. For at ansatte i førstelinjen skal kunne identifisere torturutsatte og sørge for dokumentasjon og tilstrekkelig oppfølging, må de derfor ha god kjennskap til hva tortur og annen grusom og umenneskelig behandling er, hvilke konsekvenser den kan ha, og hvilke tegn som kan tyde på at en person har blitt utsatt for tortur. Ansatte vil også måtte ha kjennskap til torturkonvensjonen for å vite hvilke rettigheter den torturutsatte har, og hvilke forpliktelser den ansatte skal følge opp i møte med den torturutsatte.

8.1 Holdninger og kjennskap til sårbare grupper, herunder tortur og CIDT

Som vi har vist i kapittel 5, finnes det flere retningslinjer og tiltakskort for ulike sårbare grupper. Utfordringen er, som vi har vist tidligere, at sekkebetegnelsen «sårbare asylsøkere» omfatter en bred variasjon av utfordringer og erfaringer med svært ulike rettigheter knyttet til hver enkelt kategori, som også vil innebære varierende behov for oppfølging. På grunnlag av samtaler med de ansatte fant vi at kunnskap og bevissthet om sårbare grupper og deres behov er rimelig godt etablert i utlendingsforvaltningen. Ansatte i utlendingsforvaltningen refererer ofte til bestemte grupper, som ofre for menneskehandel, gravide eller personer med fysiske eller psykiske helseproblemer, noe som henger naturlig sammen med at det er utviklet tiltakskort for disse ulike kategoriene. Man er klar over at sårbarhet må skilles fra behov for hjelp og tilrettelegging (jf. kapittel 2). I tillegg til de klart definerte sårbare gruppene knyttes sårbarhetsbegrepet i intervjusammenheng ytterligere til søkerens evne til å gi en sammenhengende, plausibel og detaljert fri forklaring.

«Når jeg sier sårbarhet, så tenker jeg at det kan ha sammenheng med hvem du er, mangel på utdanning, det kan være forhold i din situasjon her og nå, det kan være hendelser i din erfaringsbakgrunn, traumerelaterte ting. Her er det store individuelle forskjeller, og man må se an hver enkel situasjon.»

I *Leveranserapporten sårbare asylsøkere* (UDI, 2019) framheves det at «identifisering er en forutsetning for at sårbare asylsøkere skal få den oppfølgingen og tilretteleggingen i asylsøkerprosessen og under opphold på AØ som de har behov for». Det understrekes derfor behov for kompetanse for å kunne identifisere sårbare asylsøkere. Kompetanse eksemplifiseres med kjennskap til indikatorer for ulike type sårbarhet samt kjennskap til psykiske og fysiske helseplager. Videre understrekes det behov for å legge til rette for identifisering gjennom hele asylsøkerprosessen. Ifølge leveranserapporten skal tilretteleggingen skje gjennom informasjon, tillit og ekstra spørsmål i asylprosessen og under oppholdet på nasjonalt ankomstsenter.

I løpet av asylprosessen legges det inn såkalte døråpnere, nemlig spørsmål som gir asylsøkeren anledning til å fortelle om ulike former for sårbarhet. I registreringssamtalen utforskes mulige helseutfordringer eller om «det er noe vi bør vite om deg». Eventuell sårbarhetsproblematikk som framkommer, skal videreformidles til UDI

gjennom UDIs datasystem DUF. Videre kan sårbarhet mer generelt og anførsler om tortur framkomme under helseundersøkelsen ved ankomst og i løpet av informasjonssamtalen med NOAS. NOAS og helsearbeidere har taushetsplikt og vil bare formidle opplysninger om sårbarhet etter søkeres ønske og samtykke. Søkere veiledes om å gi opplysninger om sårbarhet til UDI, og en del foretrekker å opplyse om slike forhold selv. Ifølge ansatte i UDI anslås det at færre enn hver tiende anførsel om sårbarhet formidles gjennom helsearbeidere eller NOAS.

I løpet av selve asylintervjuet vil saksbehandleren kunne stille åpne spørsmål om helse og sårbarhet flere ganger. I starten av intervjuet stilles det spørsmål som «Føler du deg i god form?», «Er du klar til å gjennomføre intervjuet i dag?», «Er det noe jeg bør vite før vi starter?». Saksbehandlere uttrykker at de er klar over at disse spørsmålene sjelden fører til klare svar fra søkeren, som bidrar til å avdekke sårbarhet. Ikke desto mindre anses slike spørsmål som viktige, og de blir stilt. «Det er mer et ritual, men jeg tenker fortsatt at det er viktig å ha den type døråpnere. For det kan jo trigge ting som kan komme senere.»

Ansatte i PU, UDI og UNE har altså rutiner for hvordan de skal håndtere sårbare grupper, i første rekke disse som er definert i kategorier nedfelt i tiltakskort. Betydningen av identifisering og håndtering av sårbare varierer dog sterkt mellom de tre etatene. Ansatte i PU anså det ikke som politiets oppgave først og fremst å skulle fange opp alle de sårbare gruppene: «Det man er mest opptatt av, er å fange opp sårbare grupper i forbindelse med kriminelle handlinger som ligger til bunn. For eksempel, dersom det er snakk om offer for menneskehandel, er politiet nødt til å foreta noen grep.» Registreringssamtalen, mente flere ansatte i PU, var dårlig egnet til å fange opp sårbarhet. Som saksforberedende organ for UDI ble det altså heller ikke ansett som PUs oppgave. Hovedoppgaven her ligger i å oppklare identiteten til søkeren og å avklare forhold rundt sikkerhet og trusler. Ansatte i PU mente klart at det var UDIs ansvar å fange opp og følge opp sårbare grupper. Dessuten påpekte enkelte ansatte i PU at de i kraft av å representere politiet ikke var rette instans til å utrede sårbarhet nærmere:

«Vi vet også at søkere ikke nødvendigvis har samme forholdet til politiet som vi har her i Norge. Det kan være vanskeligere å stole på og åpne seg for politiet enn for en som er ansatt i UDI. Fordi de kanskje erfaringsmessig ikke stoler på politiet. Kanskje på grunn av land(ene) de kommer fra, de kan ha blitt behandlet dårlig, dårlige erfaringer, korrupsjon, press osv. Man ser at det kan være mer hensiktsmessig at UDI tar den samtalen, selv om kanskje vi har gjort funnene.»

Til tross for at de ansatte i PU uttrykte skepsis med tanke på rolle og mulighet til å avdekke sårbarhet, mener ansatte i UDI at de får gode indikatorer for sårbarhet og også tortur fra registreringsrapportene.

«Det er relativt ofte at det ligger indikatorer for sårbarhet i rapporten. Selv om jeg er helt enig og oppfatter at det i hovedsak er sikkerhet og ID og reise i forhold til menneskesmugling som de kartlegger, spør de også hvorfor søkeren søker om beskyttelse, og om helse. Det er ofte under de to spørsmålene at ting som at de har blitt fengslet, blitt tatt av noen, sliter med hodepine fordi jeg har blitt slått, at sånne indikatorer fremkommer.»

I tillegg kommer det en UDI-ansatt kaller «erfaringsbaserte hint». UDI-ansatte spesialiserte seg ofte på spesifikke landområder. Små antydninger vil da kunne tolkes

inn i den spesielle landkonteksten og gi indikatorer for sårbarhet generelt og tortur spesielt.

«Sudan, for eksempel, er et av landene som er kjent for å ha veldig mange tortursaker. Da ble det erfaringsbaserte hint. Med en gang man har en sudaner som kommer fra en liten etnisk gruppe, og som forteller han har opplevd noe, så visste vi. Har du vært fengslet i Sudan, er sannsynligheten svært høy for at du har blitt utsatt for tortur.»

Andre indikatorer er ansatte i UDI derimot usikre på om kan fanges opp fra rapporten de får fra PU. Dette gjelder spesielt søkerens atferd som ikke blir uttrykt verbalt: «Der- som de ikke svarer på spørsmål rundt helse, men der søkeren åpenbart sliter eller svetter/stresser, unngår øyekontakt og så videre, tror jeg ikke det [at en PU-ansatt nødvendigvis skriver dette ned i sin rapport].»

Ansatte i UDI var seg bevisst sitt ansvar for å avdekke ulike typer sårbarhet. Flere framhevet spesielt betydningen av forberedelser forut for og i den innledende fasen av asylintervjuet:

«Vi bruker nok mer tid i dag både på forberedelse og den innledende fasen enn vi gjorde i begynnelsen. Vi har erfart betydningen av det. Man leter jo hele tiden etter elementer man kan kutte for å spare ressurser. For det er jo klart at vi balanserer kvalitet og kvantitet, som vi alle gjør. Men det er en dyr besparelse å spare ved innledningen. Det koster så mye i andre enden.»

Trygghet og tydelighet anses som viktige forutsetninger for at søkeren kan gi en fri og detaljert forklaring og dermed gi saksbehandleren et best mulig beslutningsgrunnlag.

Mens utlendingsforvaltningen har etablert en sensitivitet overfor sårbare asylsøkere, og i praksis også tilrettelegger selve intervjusituasjonen, finnes det store forskjeller i hvilken grad ulike rettigheter og oppfølgingsbehov er kjent og nedfelt i lover og praksis. Per dags dato er det utviklet retningslinjer for noen sårbare grupper, som ofre for menneskehandel, LHBTIQ-personer, psykiske helseproblemer, vold i nære relasjoner, kjønnslemlestelse, tvangsekteskap, barneekteskap og enslige mindreårige asylsøkere. Personer som har vært utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, og også personer utsatt for voldtekt eller andre former for seksuell vold, representerer derimot grupper som ikke har eksplisitte retningslinjer eller handlingsmønstre for saksbehandling av sine saker.

Praksis overfor torturutsatte i saksbehandlingen er derfor gjennomgående preget av fravær av retningslinjer, rutiner og klar ansvarsfordeling mellom utlendingsforvaltningens etater samt mellom utlendingsforvaltningen og helsesektoren og kommunalsektoren. Kunnskap om hva tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling er, hvilke rettigheter erfaringer med dette utløser, og hvilken betydning dette kan ha for saksgangen, må også anses å være mangelfull. De færreste av våre respondenter kjente til innholdet i torturkonvensjonen og hva denne de facto innebærer i en asylsammenheng, eller hva den måtte innebære av forpliktelser mer generelt. Flere av dem vi snakket med, hadde gjort seg kjent med Istanbulprotokollen og retningslinjer knyttet til denne i forkant av og som direkte konsekvens av intervjuavtalen med oss. Men det framgikk klart at ingen egentlig hadde hatt kjennskap til denne fra tidligere. Vi fant også en del usikkerhet og uklarhet om definisjonen av tortur og annen grusom og umenneskelig behandling som de ansatte i førstelinjen la til grunn i sitt arbeid.

For eksempel medgir saksbehandlere at «Hva definisjonen på tortur er, er ikke klin-kende klart». En annen nevner også at «Hvordan man definerer tortur, kan sikkert ha ulik betydning for forskjellige [stadier i søkerprosessen?]. Det er derfor viktig å defi- nere hva man egentlig snakker om, først, og å lage en ordentlig definisjon».

Stort sett var det kjent at torturdefinisjonen knyttes til overgrep som på ulike må- ter er utøvd av eller med vitende av myndighetspersoner. Ikke desto mindre hørte vi et par eksempler der de ansatte knyttet torturdefinisjonen opp mot handlingene (uavhengig av hvem overgriperen var). På spørsmål om å komme med eksempler på asylsøkeres torturerfaringer hentet fra egen praksis fortalte noen ansatte om tilfeller av grov vold i nære relasjoner, der søkeren ble utsatt av torturliknende handlinger av partneren sin. Noen skilte også mellom grader av tortur, der «lett tortur» er alt fra dårlige fengselsforhold til slag som alle fanger må antas å være utsatt for: «I noen av sakene våre forteller søkeren at de ble slått litt i forbindelse med arrestasjon. Iran er for eksempel et slikt land som er kjent for at fanger blir slått litt i innledende fase. Da har vi denne terskelen for hva som skal til får å ha rett til beskyttelse.»

Når det gjelder annen grusom eller umenneskelig behandling, er det større usik- kerhet:

«Den er ofte litt vanskelig. Vi kan ha saker der det er etniske minoriteter som blir diskriminert i hjemlandet, men hvor mye er nok der? Det kan være vans- kelig. Alt kommer an på hvilket land de kommer fra, og forholdene i landene, men vi har stort sett høy terskel for hva vi kaller for umenneskelig behandling. Det er vanskelig å si noe konkret, da det vil variere fra land til land.»

Tidligere studier har vist at personers erfaring med tortur og andre grove overgrep ikke kommer tilstrekkelig fram i løpet av asylprosessen (Brekke et al., 2010; Freedom from torture, 2020; Røde Kors, 2020), noe som gjør videre utredning og dokumenta- sjon av slike forhold utilgjengelig for behandling i løpet av asylprosessen. Vi har tid- ligere i rapporten gjort rede for at det ikke foreligger noen spesielle retningslinjer i den norske utlendingsforvaltningen for personer som har blitt utsatt for tortur eller annen grusom eller umenneskelig behandling, da konkrete retningslinjer skulle tilsi systematisering av og tilbakeføring av informasjon, slik det gjelder for øvrige sårbar- hetskategorier. Saksbehandlere har dermed ingen formell plikt til å avdekke og iden- tifisere torturutsatte, slik de har med ofre for menneskehandel. Ansatte i utlendings- forvaltningen har heller ingen rapporteringsplikt når det gjelder torturutsatte. Derfor anses en klar definisjon på tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling, eller en tydelig avgrensning mellom de to begrepene, heller ikke å være nødvendig: «I utlendingsforvaltningen trenger du ikke skille ut tortur, derfor er det nok ikke mye teori rundt hva forskjellen er på tortur og annen grusom eller umenneskelig behan- ling.»

8.2 Identifisering av tortur i praksis

I utforskningen av identifiseringspraksis i utlendingsforvaltningen har vi lagt vekt på følgende aspekter: for det første å belyse de ansattes holdninger til hvordan opple- velser av tortur og annen grusom og umenneskelig behandling kommer fram, for det andre å se på hvordan anførsler om tortur håndteres og, for det tredje å utrede betyd- ningen av slike erfaringer for saksgangen.

Anførsler om tortur og annen grusom og umenneskelig behandling i asylintervjuet

I dag ser saksbehandlere lite behov for å spørre inngående etter opplevelser av tortur eller annen grusom eller umenneskelig behandling eller være var for indikasjoner som skulle kunne tilsi tortur. Identifisering skjer, slik det framgår fra samtaler med respondenter, ved at søkeren forteller selv. De fleste saksbehandlerne forteller at de ikke har hatt mistanke om at tortur har forekommet, og dermed ikke har sett behov for å spørre etter slike opplevelser.

I innledningen redegjorde vi for at det ligger i «torturens natur» å være noe det er vanskelig å snakke om. I kapittelet der vi omtaler helsepersonells rolle og oppgaver i forbindelse med helse og torturidentifisering (kapittel 10), viser vi også at helsepersonellet er bekymret for at erfaringer knyttet til tortur ofte ikke kommer fram, og at dette kan være vanskelig å få tak i. Denne bekymringen deles derimot ikke av de fleste av de personene i utlendingsforvaltningen vi har snakket med. Den ansatte i utlendingsforvaltningen ga tvert imot ofte uttrykk for en generell forståelse av at personer som har opplevd tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, forteller om sine opplevelser relativt lett. «[Fortellinger om tortur] er noe som kommer fram i den frie fortellingen under asylintervjuet. Det blir selv tatt opp av asylsøkeren.» Noen av saksbehandlerne var klar over at søkeren ofte trengte litt tid til å komme inn på temaet, og at tortur først ble tatt opp mot slutten av asylintervjuet. «Alle de årene jeg jobbet med asylsøkere, opplevde jeg at hvis det var torturofre, var det sjelden du fikk det i første setning når du snakker med dem. Det er noe du får etter å ha jobbet noen timer med asylhistorien. Tortur er sjelden noe søkerne begynner med å fortelle om.» Saksbehandlere så også noe variasjon basert på søkerens landbakgrunn når det gjaldt hvor lett og direkte søkeren fortalte om sine opplevelser av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. En ansatt forteller for eksempel at søkere fra Midtøsten og Kaukasus pleier å være relativt frittalende, mens søkere fra Eritrea generelt sett var mindre åpne om torturopplevelsene sine.

Forståelsen av at tortur uansett kommer fram i den frie fortellingen i asylintervjuet, bidro til at vi fant liten bekymring blant de ansatte i UDI for den nye asylflyten og målet om at 70 prosent av alle sakene skal avgjøres innen tre uker (under pandemien ble dette utvidet til 31 dager grunnet karantene ved innreise), en bekymring som ble fremmet av både helsepersonell og ansatte i mottaket. Sistnevnte var tydelige på at mange asylsøkere ikke hadde «landet» ordentlig før de ble innkalt til asylintervjuet, noe som ville kunne gjøre fortellingen av vanskelige og ofte skamfulle erfaringer utfordrende. En mottaksansatt uttrykte det som følgende:

«I utgangspunktet skal man fortelle alt i asylintervjuet, men man er så fersk, man har ikke landet. Man er ganske påvirket av menneskesmuglere, hva som er lurt å si, hva som ikke er lurt å si. UDI har blitt veldig flinke til å gjennomføre gode intervju. Vi erfarer gang på gang at når beboere får avslag, da sitter de med mye mer dokumentasjon og informasjon, men nå er det for sent, for da har de mistet troverdighet. Jeg skjønner at UDI og myndighetene går fort. Det kan gagne dem som er rustet, som har god utdanning, som er motivert til en nystart i Norge. Det rammer veldig mange. Alle EMA, for eksempel, har ingen sjanse å komme seg før de har landet og kjent det litt på kroppen. Slik har det blitt.»

Ansatte i utlendingsforvaltningen framhever derimot at en saksbehandlingstid på tre uker ikke er noe nytt, og at dette har vært et mål også før ny asylflyt trådte i kraft. Få så derfor behov for en lengre saksbehandlingstid til å gi søkeren større mulighet til å

komme med sine opplevelser om tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Skadevirkningene av lang ventetid, som er blitt beskrevet i tidligere rapporter (Weiss, Djuve, Hamelink, & Zhang, 2017), anføres som den viktigste grunnen her. Saksbehandlere setter også spørsmålstegn til hvorvidt søkere først «lander» ved ankomst til Norge. Mange søkere, argumenteres det, har vært underveis i svært lang tid og har derfor hatt god mulighet til å forberede seg til asylintervjuet på veien. De henvises også til den skadelige virkningen av lang ventetid.

Uavhengig av deres syn på den nye asylprosessen, var saksbehandlere svært tydelige på at det ikke blir fattet vedtak uten et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag. Alle vi snakket med, framhevet at det var stor åpenhet fra ledelsens side til å slippe saken og overlate videre undersøkelser til kollegaene i «backoffice» (ref. kapittel 2 og beskrivelsen av asylprosessen der).

Når saksbehandleren spør etter helseplager

Som vi har vist innledningsvis i dette kapittelet, legger saksbehandlere i PU, UDI og UNE inn såkalte døråpnere, spørsmål som inviterer søkeren til å utdype om blant annet mulig sårbarhet. Spørsmål om helseproblemer anses å være nyttige for å avdekke ikke bare helseproblemer og tilretteleggingsbehov, men også overgrep, tortur og annen grusom og umenneskelig behandling. Til tross for at saksbehandlerne var klar over at slike spørsmål til dels kun var symbolske, især i starten av asylintervjuet, mente man dog at gjentatte spørsmål om helse ville kunne «tune» søkeren inn til dette feltet.

I gjennomgangen av asylintervjurapportene undersøkte vi blant annet hvordan slike spørsmål om helse stilles. Vi finner da at måten spørsmål om helse formuleres på, er av stor betydning: I asylintervjurapportene vi fikk innsyn i, ser vi at saksbehandlere gjennomgående har spurt om alvorlige helseplager. Det var derimot stor variasjon i hvorvidt spørsmålene genererte svar og informasjon utover akutte helseplager, som ulike typer sårbarhet. I flere asylintervjurapporter så vi at spørsmål rundt helseproblemer var generelt formulert, ofte i slutten av intervjuet: «Har du noen form for helseproblemer?» Det kan være at slike mer generelle spørsmål som ikke også konkret viser til for eksempel skader eller store smerter, gjør at søkere forholder seg til situasjonen her og nå, eventuelt uten å løfte fram det som måtte henge igjen av tidligere skader.

I et av intervjuene utdypet saksbehandleren nærmere hva som mentes med fysiske plager: «for eksempel smittsomme sykdommer, funksjonsnedsettelse, store smerter/skader på kroppen» eller psykiske helseplager «som for eksempel angst, søvnproblemer eller depresjon». En slik måte å spørre på vil gi grunnlag for å fortelle om skader etter overgrep og dermed gi saksbehandleren viktig informasjon også for vurdering av asylsøknaden.

Når søkere forteller om tortur og overgrep

I vår gjennomgang av intervjurapporten ser vi at søkeren flere steder nevner eller antyder temaer og hendelser som kan peke på opplevelser av overgrep, tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling. I tråd med våre funn fra intervjuene med saksbehandlere ser vi også i rapportene at det i de fleste tilfellene ikke går i dybden av slike hendelser. For det meste avslutter saksbehandleren slike fortellinger med spørsmål som ikke forholder seg til historiens hovedinnhold, men som er ment til å underbygge fortellingens troverdighet.

I en av rapportene forteller den kvinnelige søkeren at mange kvinner ble voldtatt ved en vannpost, at mange kvinner ble bortført og tvangsrekruttert. Når søkeren har avsluttet sin fortelling om denne delen av historien, er saksbehandlerens oppfølgings-spørsmål: «Hva heter vannposten, og hvor ligger den?» Det er tydelig at saksbehandlerens hovedprioritet er å verifisere fortellingens troverdighet gjennom å plassere søkeren der hun hevder at hun var. Navn på vannposten og geografien rundt anses derfor som viktig. Manglende oppfølgings-spørsmål knyttet til selve hendelsene søkeren forteller om – voldtekter, bortføringer og tvangsrekrutteringer – gjør det derimot umulig å få klarhet i hvorvidt søkeren selv har vært vitne til slike hendelser, om hun har blitt truet med voldtekt eller bortføring, eller om hun er en av kvinnene som har blitt utsatt for voldtekt. Med tanke på betydningen av identifisering av sårbarhet, og især tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling, kunne saksbehandleren prøvd å åpne opp for eventuelle vanskelige deler av fortellingen og dermed få viktig informasjon om søkerens opplevelser i hjemlandet. Under hele forklaringen av denne delen av historien, og spesielt i beskrivelsene av vannposten framstår søkeren som ordknapp. Dette problematiseres av saksbehandleren som understreker viktigheten av detaljerte beskrivelser. Saksbehandleren konsentrerer seg med andre ord om hendelsene før og etter overgrepet og om detaljer ved denne konteksten.

En annen kvinne forteller at hun og flere ble tatt til fange, og at mange av kvinnene ble voldtatt. Igjen er neste oppfølgings-spørsmål om konteksten rundt: «Hvor var bortføringen, altså hvor fant dette sted?» Senere i samtalen kommer intervjuer tilbake til voldtekten, med ønske om at kvinnen skal forklare historien igjen. Til tross for at saksbehandleren aldri selv har fått svar på om søkeren ble eller ikke ble voldtatt, antar saksbehandleren at søkeren ble voldtatt. Søkeren korrigerer og forteller hun ble holdt og truet, men ikke voldtatt da. Hun forteller også at foreldrene ble drept og hun selv torturert under fangenskapet. Denne delen av fortellingen blir fulgt opp av spørsmålet «Var det kun en gang at politiet lette etter deg, eller var det flere ganger?» Så fortsetter samtalen om datoer og fastsetting av politiets forsøk på å arrestere henne. Dette er et eksempel på at man kunne ha utforsket noe nærmere hva som hadde skjedd med søkeren, noe mer om voldtekten, om skader og eventuelle lege-konsultasjoner etter dette. Også drapene på foreldrene blir hengende noe og konsekvensene for henne i liten grad beskrevet. I tillegg ble det ikke gjort tilstrekkelig for å avklare den misforståelsen som oppsto.

I en av asylintervjurapportene er det derimot oppfølgings-spørsmål og formuleringer som bekrefter at saksbehandler forstår alvoret i historien som fortelles, at det kan være vanskelig å snakke om, og at personen er modig som velger å fortelle. En kvinne som forteller om voldtekt i forbindelse med arrest og avhør, formidler tydelig at dette er tungt. Hun ber om pause, men intervjuer foreslår at hun forteller med en gang for å slippe å grue seg i pausen, noe som kvinnen aksepterer som en god idé. Hun får vite at hun ikke behøver å fortelle om selve voldtekten, men at hun kan si litt om det som skjedde etterpå. Men det er skapt et rom for at voldtekten framstår som et alvorlig traume som har preget henne, noe som bekreftes gjennom måten oppfølgings-spørsmål om tiden etterpå var. Søkeren forteller blant annet at hun gikk til lege for å undersøke seg da det var mulig.

Håndtering av anførsler om tortur eller CIDT

Når anførsler om tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling framkommer i møte med PU, skal dette registreres, og PU vil nedfelle slike anførsler i registreringsrapporten. Kommer slike anførsler i løpet av asylintervjuet, vil dette dokumenteres der. Saksbehandlere er tydelige på at mange søkere vil ha behov for

tilrettelegging i løpet av asylintervjuet. De er for eksempel bevisste på at søkeren kanskje vil ha behov for å ta flere pauser i løpet av asylintervjuet. Samtidig kunne vi registrere at saksbehandlere er opptatt av å avslutte fortellinger om voldsopplevelser før det tas pauser, slik at søkeren ikke behøver å grue seg lenger enn nødvendig til å fortelle om sine opplevelser. Dersom saksbehandleren får inntrykk av at historiene rommer noe som er «dypt og alvorlig», vil saksbehandleren kunne be asylsøkeren om å ta kontakt med helsepersonell eller eventuelt selv sette vedkommende i kontakt med helsepersonell, slik at søkeren kan få hjelp senere. Det vil da være snakk om hjelp i form av samtale eller kontakt. Saksbehandlere vil også informere mottaket der søkeren bor, slik at nødvendig tilrettelegging kan settes i gang raskt. Utredning hos helsepersonell til bruk i den videre prosessen blir det derimot ikke referert til.

Flere saksbehandlere har uttrykt bekymring over at de fleste intervjuene for tiden gjennomføres på skjerm. Saker med sårbare asylsøkere skal som regel ikke tas online. Men grunnet den langvarige situasjonen med covid-19 blir også disse sakene gjennomført digitalt. Flere peker på risikoen for at asylsøkeren ikke vil kunne bli like godt ivare tatt som dersom intervjuet blir gjennomført ansikt til ansikt.

«Teams fungerer ikke veldig bra for de sårbare. Da må konsekvensen være at vi må være litt mer romslig i vurderingen vår.» Saksbehandlere refererer her til et prosjekt som ble gjennomført i 2017, der intervjuing via skjerm ble evaluert (UDI, 2017). I disse rapportene kom det fram at det var langt vanskeligere for saksbehandlere å kartlegge ulike former for overgrep og liknende når intervju ble gjort via skjerm. Saksbehandlere kjenner seg igjen i at det er vanskeligere å kartlegge voldserfaringer via Teams, men, som en saksbehandler sier, «jeg har heldigvis ikke opplevd til nå at det er et problem». Implisitt ligger det at intervju gjennomført digitalt ikke anses som et problem for saksbehandlerens evne til å vurdere saken, opplyse den tilstrekkelig og vurdere troverdighet. Det er mindre klart hvorvidt asylintervju som er gjennomført digitalt, heller ikke er et problem for asylsøkeren, dersom viktige detaljer om fluktbakgrunnen ikke har blitt kartlagt under intervjuet.

Etter det vi har forstått på grunnlag av vår datainnsamling, er det stor variasjon i hvorvidt saksbehandlere spør etter flere detaljer enn det søkeren selv forteller, og hvorvidt søkeren blir oppfordret til å fortelle mer om eller å utdype eventuelle torturerfaringer. Også på bakgrunn av det begrensede antallet asylintervjurapporter vi har gjennomgått, synes det rimelig å si at saksbehandler gjennomgående lytter til det som bli fortalt om overgrep, tortur eller liknende. Derimot er saksbehandlere i mindre grad opptatt av å få fram detaljert informasjon rundt slike hendelser. Flere ganger er det eksempler på at personen viser til hendelser som kan indikere tortur, voldtekt og liknende, men at saksbehandlere ikke kommer med oppfølgingsspørsmål som «Kan du si noe mer om dette?» eller «Er dette fortalt til noen andre tidligere?». Det virker som om betydningen av å bekrefte at meldingen er hørt og kanskje trenger utforskning, og at informasjon om slike hendelser er viktig for saken, er fraværende. Muligheten for å høre om slike overgrep for eksempel er blitt rapportert til andre, eventuelt om de er blitt undersøkt eller dokumentert av helsepersonell eller andre organisasjoner, blir dermed mindre.

Noen saksbehandlere forteller om et stort ubehag, både for seg selv og søkeren, knyttet til fortellinger om tortur. «Jeg føler ofte at det var ganske ukomfortabelt, for både meg som intervjuer og for den jeg intervjuet, å gå inn på de detaljene. [...] Et beskyttelsesintervju er ikke et sted der en kan gå inn i de detaljene.» Det er også en bekymring hos saksbehandlerne at spørsmål om tortur og flere detaljer om slike erfaringer vil opprøre søkeren unødvendig, og at det blir vanskelig å lukke samtalen på en god måte.

«Vi ønsker heller ikke å grave i det fordi vi ikke er helsepersonell, vi som sitter i intervjuet, og det er ikke sikkert vi klarer å lukke en dør hvis vi åpner den. Noen ønsker å fortelle om det selv, og da er det vær så god. Men hvis vi har mistanke og de ikke ønsker å fortelle, så respekterer vi det. Har ikke noen gang fått andre retningslinjer enn det.»

Andre saksbehandlere forteller at de spør dersom de føler at fortellingen «skurrer» og de merker antydninger til at personen sitter med en torturopplevelse. «Dersom søkeren sier at 'ja, i fengsel skjedde det grusomme ting', vil vi prøve å finne ut av det.» Saksbehandleren forteller at vedkommende pleier å ta forbehold, som for eksempel «Dersom du ønsker å snakke om det, vil jeg gjerne høre», eller «Skjedde det noe i fengselet som du vil fortelle om?». Dersom man mistenker at torturen har foregått over lang tid, kan saksbehandlere be søkeren om å beskrive en dag eller en hendelse. Spesielt i saker der det handler om seksuelle overgrep, og søkeren viser tydelig tegn på ubehag og skam, har saksbehandlere god erfaring med å spørre direkte om søkeren har blitt voldtatt. «En typisk ting vi gjør ved voldtektssaker hvor de ikke vil si det og det blir et følelsesladet intervju, så sier jeg for eksempel 'Kanskje jeg skal si det for deg, så kan du si om det var det som skjedde eller ikke, ja eller nei: Er det slik at du ble voldtatt?». Søkeren har da mulighet til å svare ja eller nei, men slipper å bruke ordene voldtekt etc. selv. En annen saksbehandler bekrefter at dette anses for å være et godt grep. «Det har en veldig god metakommunikativ verdi når du kan si 'Har jeg forstått deg riktig når jeg sier at du har blitt utsatt for et seksuelt overgrep?' Det er da ikke de som sier det, men du får bekreftet at du har forstått det riktig.»

Saksbehandlere er tydelige på at de må avveie hvor mye de graver og spør etter detaljer når de samtidig skal respektere at søkeren ikke orker å snakke om visse temaer.

«Veldig ofte føler jeg at dersom vi kommer til et punkt hvor en søker sier at dette er noe vedkommende ikke vil snakke om, så har vi allerede etablert at søkeren har blitt utsatt for noe som kan defineres som tortur. Tror at hvis man følger de retningslinjene, det vi lærer i intervjuopplæringen, så skal man ikke tvinge noen til å fortelle om traumatiske opplevelser. Men det som går an å gjøre, er å si at de ikke trenger å beskrive selve hendelsen. Det viktigste er omstendighetene rundt, hva ble sagt, for å vite hvorfor det skjedde. Det har jeg opplevd mange ganger, hvor jeg har sagt til søker fordi de sier selv med ord eller kroppsspråk at de ikke klarer å fortelle om dette, da kan jeg med sikkerhet si at de ikke trenger å gå inn i detaljene på det som skjedde, fordi jeg vet at her har vedkommende blitt utsatt for tortur, og dermed er det på en måte etablert.»

Som det kommer fram i sitatene over, er det viktig for saksbehandlerne å ivareta søkeren og hindre retraumatisering. Saksbehandlerne unngår derfor det som anses å være unødvendige detaljer og beskrivelser av tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling. Saksbehandleren må kun ha nok informasjon til å kunne etablere at tortur eller grusom og umenneskelig behandling har funnet sted. Av og til deduseres denne informasjonen av asylsøkerens vegring eller manglende evne til å snakke om visse opplevelser. I noen tilfeller benyttes en kommunikasjonsmetode der saksbehandleren spør direkte om asylsøkeren har blitt voldtatt eller utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling. Så fokuseres det på detaljene i forkant, rundt og etter hendelsen for å etablere historiens troverdighet.

Betydningen av tortur for saksgangen

Et viktig aspekt ved asylintervjuet er troverdighetsvurderingen. Det er altså helheten av fortellingen som skal ha betydning for utfall av saken, der man vektlegger detaljnivå og internt og eksternt samsvar i historien (Bollingmo, Skilbrei, & Wessel, 2014). Selve torturopplevelsen vektlegges derimot kun i liten grad.²⁸¹ «Det er et stort bilde. Hvis vi ikke legger tortur til grunn, ikke tror på historien, så er det kvotert ut. Hvis tortur legges til grunn, altså at det har skjedd, vil det allikevel ikke alltid ha noen betydning. Vi gjør en framtidsrettet vurdering, hva som vil skje ved en retur.» Saksbehandleren forklarer videre:

«Fokuset for intervjuet er å avdekke om vedkommende har krav på beskyttelse, og i hvert fall der jeg jobbet, så var ikke tortur ansett for et kriterium for å få asyl. Det var den fremtidsrettede risikoen du var ute etter å avdekke. Så brukte man heller den historien om tortur og andre typer av forfølgelse mer som et grunnlag for å sannsynliggjøre at du har vært utsatt for forfølgelse i fortid, og for så å se om sannsynligheten er til stede for at du vil bli utsatt for det samme.»

Hele asylprosessen (både i UDI og UNE) er framtidsrettet. Her siteres flyktningkonvensjonen som peker på risikoen for å bli utsatt for forfølgelse, der flyktnings liv eller frihet vil være truet ved retur (se også kapittel 4). Mens asylsøkernes opplevelser vil kunne være indikasjoner på sannsynligheten for at asylsøkeren vil bli forfulgt ved hjemkomst, er opplevelsen av å ha blitt utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling ingen grunn i seg selv til å få beskyttelse. Det er opp til asylsøkeren å sannsynliggjøre at torturen og forfølgelsen vil gjenta seg ved retur.

I risikovurderingen legger saksbehandlerne stor vekt på omstendighetene rundt torturopplevelsen og på hendelsene rett før og etter voldshendelsen, altså på *hvorfor* og *når* tortur har skjedd heller enn *at* tortur har skjedd. Dette forklares med at tortur i seg selv ikke gir automatisk rett til asyl. Med andre ord, dersom personen har blitt utsatt for tortur i fengselet, men søkeren har sonet sin dom og «myndighetene er ferdig med søkeren» og saken avsluttet, vil hendelsene i fengslet ikke tillegges særlig stor betydning i risikovurderingen. En saksbehandler forklarer det slik:

«Gitt at du var fengslet i noen dager, men at det ikke kom til en siktelse eller dom, politiet fant ingen ting, da er det ikke noe grunn til å tro at vedkommende lenger er i myndighetenes søkelys. Kanskje bodde du i landet i to–tre år etter fengslingen fant sted og det ikke hendte noe, da vil hendelsen eller torturen neppe ha noen avgjørende betydning.»

Har tortur skjedd i en spesiell krigskontekst som ikke lenger er aktuell, eller framstår som en enkeltstående hendelse, vil den heller ikke ha betydning for saken.

Tortur vil heller ikke tillegges betydning i saker der søkeren i kraft av å komme fra spesielle land, som Syria eller Eritrea, har stor sjanse for å få innvilget sin asylsøknad. «Det er ikke avgjørende for utfallet i saken om [asylsøkeren] ble torturert i Eritrea eller ikke.» Fortellinger om tortur kan derimot bidra til å sannsynliggjøre anførselen om beskyttelsesbehov. En saksbehandler forklarer dette med et eksempel om Eritrea:

«Eritreere er det ofte litt vanskeligere med, fordi mange ikke har dokumenter med god nok notoritet. Så selv om de leverer dokumenter, så vil det være forklaringen deres som vi ser på. Da må man gå dypere inn i tortur. Men det er

²⁸¹ Dersom tortur er identifisert, kan torturopplevelsen spille inn på vurdering av troverdighet i den forstand at saksbehandleren vil være oppmerksom på at torturopplevelser vil kunne påvirke søkerens evne til å fortelle sammenhengende og detaljert.

ikke torturen i seg selv som vil gi dem tillatelse. Det er de øvrige forholdene i landet, at nesten alle risikerer militærtjeneste, fengsel og tortur dersom de unndrar seg tjeneste. Selv det å være familiemedlem til en som har desertert, kan være tilstrekkelig. Det er ikke torturen i seg selv i de sakene, men noen ganger må de fortelle om det fordi vi trenger å høre at de sannsynliggjør sin historie. Gjennom å sannsynliggjøre sin historie sannsynliggjør de at de er eritreere. Torturen blir et biprodukt på en måte.»

Som vi har beskrevet tidligere, er tortur i utgangspunktet i seg selv ingen innvilgingsgrunn. Ingen av saksbehandlerne kunne huske at tortur ble avgjørende for en sak. Det handler alltid om en helhetsvurdering. Dette kan tyde på at tortur i liten grad vurderes som en særlig viktig informasjon/hendelse i vurdering av beskyttelse. «Formålet ligger i å opplyse asylsaken. Formålet ligger ikke i å dokumentere tortur som har vært.» Dette kommer også tydelig fram i vår gjennomgang av asylintervjuene. En mannlig søker forteller for eksempel om gjentatte arrestasjoner, transport med bind for øynene, avhør under tortur og stadig slag med stokker. Saksbehandleren stiller ingen spørsmål om skader etter dette til tross for at søkeren nevner tydelige arr etter slag. Derimot fortsetter saksbehandleren med oppfølgingsspørsmål om trakasseringer etter løslatelsen og søkerens redsel for at slik trakassering og plaging kunne ha fortsatt framover.

I noen tilfeller kan det faktumet at asylsøkeren har opplevd tortur, være indikasjon på en større sannsynlighet for en framtidig risiko for forfølgelse. Etiopia er et land der innvilgelsesandel i 2020 lå på 48 prosent.²⁸² Torturopplevelsen kan være avgjørende for utfall av saken: «Mange risikerer kortvarig fengsling som ikke vil nå opp til beskyttelse. Hvis det er snakk om kortvarig fengsling der det også er snakk om voldtekt, som vi legger under tortur, eller tortur, blir dette noe annet enn kortvarig fengsling uten slike hendelser. Da må vi gå inn på det.»

Det å få fram beretninger om torturerfaringer framstår med andre ord som vesentlig dersom det kan belyse risiko for framtidig tortur. Derimot vil tidligere erfaringer i seg selv ikke anses som viktige for selve asylvurderingen.

Betydningen av tortur og CIDT utenfor hjemlandet

Et annet viktig aspekt i forbindelse med identifisering og vurdering av anførsler av tortur er at tortur må ha skjedd i hjemlandet for i det hele tatt å bli vurdert som del av asylgrunnlaget. Det er i dag allment kjent at flyktninger blir utsatt for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling på flukt. Systematisk voldtekt, tortur, CIDT og slaveliknende arbeidsforhold har blant annet blitt godt dokumentert i Libya (Barbieri, 2020; Beşer & Elfeitori, 2018; De Guttry, Capone, & Sommario, 2018). Noen hevder at så mange som 85 prosent av migranter som har ankommet Italia via Libya, har blitt utsatt for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling i den nordafrikanske staten (Barbieri, 2020). Liknende rapporter finnes fra Sinai (Rozen, 2019). Vi spurte derfor saksbehandlere hvordan de forholdt seg til fortellinger om tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling som skjer en route.

Saksbehandlere erkjenner at dette kan være svært problematisk. De vi snakket med, var fullt klar over situasjonen i Libya og Sinai. De var også fullt klar over at asylsøkerne kan ha opplevd forferdelige ting underveis. Utfordringen lå i at slike

²⁸² <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylvedtak-etter-statsborgerskap-og-utfall-2020/>

opplevelser – til tross for at de kunne være svært belastende for både søkeren og for saksbehandleren – for det meste var irrelevant for asylsaken.

«Jeg har vært borti situasjoner der søkerne forteller, kommer inn på det de har opplevd under reisen. Det er info vi ikke behøver. Her er det vanskelig å vite, hvis de forteller, så må man la dem fortelle, men man vil ikke oppmuntre dem, for det er ikke info vi har behov for. Her har de opplevd mye, uten at det blir et tema.»

saksbehandlere forklarte disse avgjørelsene med at deres vurdering hele tiden er framtidsrettet. Det betyr at en søker som for eksempel anfører å ha blitt torturert i Libya, allikevel trygt vil kunne returnere til sitt hjemland i Vest-Afrika. Torturen hadde jo skjedd en route og ikke i hjemlandet. Anførsler om tortur vil kun få betydning dersom skadene etter tortur har vært så alvorlige at man kunne vurdere opphold på humanitært grunnlag. Kun i slike tilfeller, der saksbehandleren vurderer at saken eventuelt kan nå opp til en tillatelse under § 38, vil man etterspørre dokumentasjon.

Tortur utført av andre enn hjemlandets myndigheter utfordrer dagens asylsystem og peker på et uavklart forhold mellom flyktningkonvensjonen og torturkonvensjonen. For å få klarhet i hvordan internasjonale eksperter vurderer betydningen av tortur en route på asylsaken, spurte vi tidligere leder av Subcommittee on Prevention of Torture, Sir Malcom Evans: Evans bekrefter at det vanligvis er risikoen ved retur til hjemlandet som blir vurdert, og at dersom en person ble torturert «in transit», ville det på ett nivå være irrelevant for denne risikovurderingen. Men Evans sier samtidig:

«BUT – I think I would argue that much depends on the possible link between the torture and the country concerned. For example, if a person were tortured by traffickers who took a person from the home country but the torture took place en route (as is very often the case), then the fact that those traffickers may still be able to operate within the country of origin is a risk factor should the victim be returned there. In other situations, if there is a risk that following a return, the victim might find themselves being moved to, or able to be accessed by the agents of the country in which they were tortured, then that too ought to be a factor. There are many other permutations, but the underlying approach is probably clear from these two examples.»

Evans bekrefter med andre ord at man ikke kan anta at all tortur som har skjedd en route, automatisk betyr at asylsøkeren bør få beskyttelse.

«But I think it is absolutely the case that being a torture heightens ones' vulnerability and so an even higher level of scrutiny needs to be applied and a different set of riskfactors need to be taken into account when making a determination. And that ought also to include an assessment of the availability for support and securing redress. If that were hampered by a return to the country of origin, then I think that too ought to be a factor to take into account.»

Evans konkluderer med at «tortur en route» ikke kan bli avfeid simpelthen fordi den «har skjedd et annet sted». «The question should be the effect of the return of the victim and if that would be negative in terms of their recovery, then in my view it ought not happen, even if there were no real risk they would be tortured on their return.»

Mens det altså er noe usikkerhet knyttet til hvordan tortur utført utenfor hjemlandet skal vektes i vurderinger om status, er en klar identifisering og dokumentasjon av tortur og dens skader fortsatt svært relevant for troverdighetsvurderingen og

søkerens evne til å fortelle om sin historie. Vi mener derfor at det fortsatt er svært viktig for søkerens rettssikkerhet å spørre etter og kartlegge torturopplevelser som ikke har direkte relevans for vurdering av status.

8.3 Betydningen av dokumentasjon av tortur og CIDT

«Når en utlending får avslag på søknad om oppholdstillatelse etter utlendingsloven §28 (beskyttelse), skal utlendingsmyndighetene av egen tiltak vurdere om han eller hun bør få opphold etter utlendingsloven §38, jf §28 sjuende ledd.» (UDI, 2013-020) Her spiller helseanførsler en viktig rolle. Disse skal være dokumentert skriftlig ved oppdatert helseerklæring utstedt i Norge. Kommer det fram helseanførsler under asylintervjuet, som vil kunne ha avgjørende eller sentral betydning for utfallet, «skal UDI avvente å fatte vedtak inntil saken er tilstrekkelig opplyst med tilfredsstillende erklæring». Fysiske og psykiske helseproblemer alene danner i utgangspunktet ikke grunnlag for opphold, med mindre lidelsene når opp mot kravene som framgår under punkt 4.1 og 4.2 i retningslinjen UDI 2013-020. Helsemessige forhold skal derimot veie særlig tungt der de har bakgrunn i det anførte asylgrunnlaget, som for eksempel følger av tortur eller skader med tilknytning til en krigssituasjon eller liknende i hjemlandet.

Saksbehandlerens synspunkt på dokumentasjon

På spørsmål om asylsøkere selv frambringer dokumentasjon på opplevelser av tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, er svaret gjennomgående negativt. «Det hadde vært fint om helsedokumentasjon fantes, men det gjør det aldri.» En annen saksbehandler sier vedkommende ikke kan huske at søkerne noen gang hadde med seg dokumentasjon: «Det har vært veldig sjelden. De færreste har kunnet dokumentere. Noen viser fram skadene sine under intervjuet.»

Gitt lite foreliggende helsedokumentasjon i forkant av asylintervjuet kan saksbehandlere i prinsippet be søkeren om å framskaffe en legeerklæring. Saksbehandlere forteller at «det ikke finnes føringer om å få torturanførsler dokumentert». (Retningslinjen UDI 2013-020 anses tilsynelatende som ikke aktuell i visse tilfeller, siden dette gjelder for helseanførsler ved avslag.) Det er dermed opp til saksbehandleren å vurdere hvorvidt dokumentasjon er nødvendig eller ønskelig, og hvilken form denne skal ha. Ifølge respondentene våre blir dokumentasjon av torturanførsler ikke gjort regelmessig.

I en av asylintervjurapportene forteller søkeren blant annet at vedkommende har vært hos lege med skadene sine etter løslatelse fra fengselet, der overgrepet fant sted. Saksbehandleren viser ingen interesse for dette legebesøket og spør heller ikke om det finnes eventuell dokumentasjon eller rapport fra legen. Saksbehandleren spør heller ikke om skadene søkeren fikk av overgrepet i fengselet, stadig plaget vedkommende og kanskje kunne gi grunnlag for en ny utredning, dokumentasjon og medisinsk oppfølging.

Med dokumentasjon menes det her ikke vurdering av medbragt informasjon, men initiativ til å gjennomføre utredninger og dokumentasjon i Norge, på grunnlag av asylsøkers fortelling om tortur. Noen saksbehandlere mente at det er temmelig uvanlig å oppfordre til at dette gjøres. «Der er ingen automatikk i det og kommer an på saken. Hvis alle som hadde opplevd tortur, skulle sendes til legen, hadde det vært lite hensiktsmessig.» Saksbehandlere ga uttrykk for at spørsmål om henvisning til lege er mindre knyttet til dokumentasjon enn til at saksbehandler oppfatter søkers behov for medisinsk eller psykologisk hjelp (jf. UDI 2013-011V4 Tiltakskort – fysisk og psykisk

sykdom). «Jeg kan ta en litt på-siden-prat og si at det du har fortalt i dag eller det du har opplevd, er veldig alvorlig. Du sier at du sliter med søvn. Jeg vil anbefale deg på det sterkeste å snakke med en lege. Litt avhengig av hvor åpen søkeren er, kan man forklare at det kan være til hjelp å snakke med noen videre.» Ifølge saksbehandlerne er asylintervjuet ofte den første gangen søkerne har fortalt om torturopplevelsen sin i detalj. Noen saksbehandlere er derfor usikre på om de ikke utsetter søkeren for en ekstra belastning ved å be vedkommende gå til legen og eventuelt skulle få anførselene dokumentert.

«Vet ikke om det alltid hadde vært til søkerens beste heller, men kanskje ikke det vi er ute etter her? Det å komme med en sånn historie er tøft, mange sier at dette er en historie de aldri har fortalt til noen før, og takk for at du hørte på, nå kan jeg begynne å glemme det. Men det kan de ikke hvis vi skal begynne med dokumentasjon og helseundersøkelser osv. Vet ikke hvor ofte det hadde vært til søkerens beste. Men det er jo ikke opp til meg å vurdere.»

Andre saksbehandlere ser derimot betydningen av et legebesøk i etterkant av asylintervjuet. «Da prøver jeg å si og trygge dem med at det har et formål, at det å fortelle om det kan være bra for deg, ikke bare rent mentalt, men det kan også være et formål for saken.» Mens denne beretningen helt klart legger vekt på å sikre at søkeren benytter seg av medisinsk oppfølging, antyder saksbehandleren, mer i en bisetning, betydningen av dokumentasjon for saken.

I de tilfellene saksbehandleren etterspør dokumentasjon, blir søkeren anmodet om å ta kontakt med en lege og få innsendt en legeerklæring til UDI, slik at dokumentasjonen kan vedlegges saken. Det er nedfelt praksis at det er søkerens plikt å framskaffe dokumentasjon (UDI, 2013-020). Søkeren får et standardbrev fra saksbehandleren, der det er gitt informasjon til hva legen skal gjøre. Brevet må søkeren ta med seg til legen. Standardbrevet er utformet for fastleger. Dersom det er behov for spesialistutredning, må fastlegen henvise videre. Ifølge saksbehandlerne vi har snakket med, har søkeren en frist på tre uker til å framskaffe nødvendig dokumentasjon. Dette nevnes ofte på slutten av asylintervjuet.

Saksbehandlerne er klar over at det er svært krevende og ofte umulig å kunne framskaffe dokumentasjon innen den gitte tidsfristen. Dette gjelder spesielt dersom det er behov for utredning ved spesialist. Man er også klar over at den nåværende situasjonen med covid-19 gjør det vanskeligere å skaffe nødvendig dokumentasjon i tide. Det er dog muligheter til å få utsatt fristen for innlevering av eventuell dokumentasjon. Uansett er saksbehandlere usikre på hvor ofte dette i realiteten skjer.

«Dokumentasjon etter Istanbulprotokollen ber vi ikke om før vi fatter et vedtak. En ordinær fastlege har ikke kapasitet til å sette seg inn i det. Da må de henvise videre til RVTS eller likende. Det blir en så omfattende prosess at det må være noe spesielt i saken som gjør at hele asylsaken står og faller på om søkeren snakker sant eller ikke.»

Dokumentasjon som vurderingsgrunnlag

Hvorvidt dokumentasjon anses som viktig eller ei, avhenger av hvilken betydning tortur tillegges som vurderingsgrunnlag. Hvorvidt en asylsøker får opphold, og hvorvidt historien om opplevd tortur blir avgjørende, avhenger til syvende og sist av asylsøkerens troverdighet og landporteføljen. Dokumentasjon er viktig i de sakene hvor sannsynligheten for en negativ avgjørelse er stor. Her vil dokumentasjon kunne hjelpe til å nå opp til beskyttelse eller til å få opphold under § 38-bestemmelsen. En

saksbehandler gir et eksempel der dokumentasjon bidro til at asylsøkeren fikk opphold etter utlendingsloven § 38:

«Jeg hadde en sak på en etiopier som normalt sett per i dag ville ligget an til å få avslag på grunn av forholdene i Etiopia. Søkeren har gjennomgått tortur. Han hadde vært syk før torturen, og torturen trigget en psykisk sykdom hos personen. Dette førte til at han fikk en 38-tillatelse. Dokumentasjon på tortur var her avgjørende for saken.»

God dokumentasjon kan med andre ord påvirke utfall av saker. Den vil kun være av betydning dersom fortellingens troverdighet ikke er satt i tvil. Da kan torturopplevelsen og dokumentasjon av skadene derfra ha betydning for å få opphold på humanitært grunnlag, etter § 38. Men terskelen er veldig høy: «I utgangspunktet får du ikke opphold på det grunnlaget, på et helsemessig grunnlag. Det skal være en høy terskel og godt dokumentert. Samtidig skal det ikke være et [tilstrekkelig helse-] tilbud i hjemlandet.»

Dersom dokumentasjon eller helseerklæringer foreligger, opplever saksbehandlere også svært varierende kvalitet og brukbarhet av disse. «Noen leger sier at vedkommende var her og fortalte at han hadde vært fengslet, og at han ble slått der. Dette synes legen er helt urimelig, synes at vi skal gi ham tillatelse osv. Det kan være på det nivået.» Det holder med andre ord ikke at legen tar søkerens påstand om at skade har skjedd under tortur, for god fisk.

«Vi vet godt at det kan være en ulykke på fabrikken. Legen kan ikke vite [at søkerens påstand er sant], han var ikke vitne. I noen tilfeller kan legen se at det er åpenbare tegn på sånn og sånn, men at legen skriver en bekreftelse på at dette skjedde under tortur, på samme måte som han ville gjort hvis jeg sa at noe skjedde meg ved en ulykke, fordi legen ikke har noen grunn til å ikke tro på søkeren.»

For at dokumentasjon skal oppleves som nyttig, må den ha en detaljert beskrivelse av symptomer, sannsynliggjøre tortur som årsak for symptomene, gi en detaljert diagnose og beskrive behandlingsbehovet: «Hvis vi får den siste versjonen, trenger vi ikke noe særlig mer, da har vi ganske mye å gå ut fra.» Fraværet av gode rutiner både for innhenting av dokumentasjon, krav til utredningene og til anvendelsen av disse utgjør altså en sentral problemstilling.

I intervjuene med utlendingsforvaltningen så vi en klar forskjell mellom ansatte i UDI og UNE i hvordan tortur og dokumentasjon av denne ble vurdert. Vi fant, for eksempel, en langt større tilbøyelighet blant nemndledere til å legge vekt på torturanførsler enn blant UNE og UDI sine saksbehandlere. En nemndleder forklarer følgende:

«Hvis du har en sak hvor du faktisk mener at tortur er lagt til grunn, så ligger han jo på en måte godt an når det gjelder spørsmålet om han skal få beskyttelse i Norge. En ting er at når du har vært utsatt for en sånn handling, ligger det litt i kortene at du igjen kan bli utsatt for det, i hvert fall hvis situasjonen er den samme. En annen ting er at hvis det er dokumentert helseskader som følge av tortur, og de skadene er meget alvorlige, kan du av den grunn få oppholdstillatelse, og hvis skadene eller sykdommen skyldes tortur, er tersklene lavere enn for de som kommer hit med en medfødt sykdom eller noe som skyldes noe annet.»

Vi så også at ansatte i UNE la stor vekt på god dokumentasjon av tortur: «Veldig viktig for oss at vi har god dokumentasjon. En som faktisk har vært utsatt for tortur, eller som har alvorlige skader i følge av tortur, ligger bedre an i forhold til å få oppholdstillatelse i Norge. Det kan ha en avgjørende betydning for saken.» Disse betraktningene peker på vesentlige sider av behandling av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling som tema i utlendingssakene, både når det gjelder vurdering av den betydning torturerfaringer har for asylsøknader, og når det gjelder rutiner og retningslinjer for det vi forstår som dokumentasjon og utredninger. Det har ikke vært mulig å få en tilstrekkelig god oversikt over hva som i praksis vises til som dokumentasjon, om dette dreier seg om generelle helseerklæringer, grundigere legeerklæringer eller mer omfattende torturdokumentasjon basert på Istanbulprotokollen.

8.4 Konsekvenser av den framtidsrettede vurderingen

Søkelyset på framtiden og den begrensede betydningen torturopplevelser får i seg selv, kan oppleves som svært krevende for asylsøkerne. Spesielt på mottak opplever (og deler) ansatte beboernes frustrasjon:

«Faren er at det beboerne har opplevd, har null betydning. Mange blir jo forvirret. De kan ikke spå om fremtiden, de kan ane hva som venter dem. De kan bare fortelle hva de har opplevd. UDI og norske myndigheter er ikke så interessert i hva som skjedde, men vil finne ut hva som skal skje. Personen og søkeren blir satt i en merkelig situasjon, der de må tenke seg scenarier. Det er store utfordringer. Mange beboere er vant til helt andre systemer og blir hårsår hvis man sier det betyr ingenting det du har opplevd. For eksempel, en dame med uavklart status og som har brukt fem år på reise. Hun blir satt ut, at det hun har opplevd underveis, ikke betyr noe for asylsaken. Hvordan skal du forklare til henne at det ikke betyr noen ting for hvorvidt hun kan bli boende i Norge?»

Ved siden av utfordringer med ulik vektning av tidligere opplevelser peker mottaksansatte på et annet aspekt: I likhet med helsepersonell har denne mottaksansatte erfart at mange asylsøkere *ikke* forteller om torturopplevelsen sin, hverken i registreringsamtalen eller under asylintervjuet: «Det er mange som ikke forteller. Det er skambelagt og tøft, mange som går med det og vil ikke la noen nærme seg. Som har lært å leve med det.» Utlendingsforvaltningens holdninger til opplevelser av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og den begrensede betydningen disse har som del av vurderingsgrunnlaget, gir heller ingen motivasjon for søkeren til å berøre slike vanskelige og ofte svært smertefulle opplevelser. «Hva er vitsen med å fortelle, når det ikke har betydning for saken, for oppfølging og behandlingen videre?» Den mottaksansatte peker på sammenhengen mellom asylsaken og muligheten til behandling: «Så lenge asylsaken ikke er avklart, har beboere ingen rett til eller mulighet for behandling, med mindre denne anses som strengt nødvendig.» I dag har over en tredjedel av alle beboere i mottak en uavklart asylstatus, det vil si avslag med utsatt iverksettelse, er ureturnerbar eller har avslag med utreiseplikt.²⁸⁵ Mottaksansatte opplever at det er spesielt krevende å få tilstrekkelig helsehjelp til denne gruppen (Bendixsen, Jacobsen, & Søvig, 2015). Til en viss grad gjelder det også personer med opphold, men som fortsatt oppholder seg i mottak (Weiss et al., 2017).

²⁸⁵ <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-statsborger-skap-og-status-i-soknad-2020/>

8.5 Oppfølging av torturutsatte

Det finnes per dags dato ingen retningslinjer for hva en saksbehandler skal gjøre dersom han eller hun får opplyst av asylsøkeren at vedkommende har opplevd tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. I UDI sitt regelverk er referanser til tortur sterkt underrepresentert, det samme gjelder for PU og UNE. Vanligvis blir søkeren informert om retten til helsehjelp. I asylintervjurapportene ser vi at dette gjøres i de fleste intervjuene. Noen ganger suppleres dette med at søkeren blir informert om at alvorlige helseproblemer må dokumenteres, og hvordan søkeren kan gå fram. For eksempel får søkeren informasjon om å kontakte mottaket for å få informasjon og hjelp til å kontakte legen og å skaffe slik dokumentasjon.

I intervjuene med saksbehandlerne i utlendingsforvaltningen fant vi større usikkerhet knyttet til oppfølging av torturutsatte.

«Det er vanskelig å vite hva man skal gjøre. Forrige uke intervjuet jeg en søker som sa at han var utsatt for tortur, og han hadde noen helseproblemer som følge av det. Da blir jeg usikker på hva jeg skal gjøre. Ut over at jeg sier at han har rett på helsehjelp. Men har jeg noen flere forpliktelser til å handle? Hva er vi forpliktet til å gjøre? For det er jeg veldig usikker på.»

Saksbehandlere i alle tre etater var tydelige på at dersom utlendingsforvaltningen har en plikt til å identifisere, dokumentere og følge opp personer som har opplevd tortur, er det en forutsetning at slikt nedfelles i retningslinjer. Flere ganger har saksbehandlere i utlendingsforvaltningen vist til paralleller til ofre for menneskehandel. For slike personer finnes det klare prosedyrer for å identifisere, utrede og sette i kontakt med hjelpeapparatet. Ikke minst er saksbehandlere i alle de tre etatene omforent om at de har plikt til å identifisere ofre for menneskehandel.

Det er stort behov for bedre henvisningskjeder og prosedyrer. Saksbehandlere refererer til ofre for menneskehandel, der man kan henvise til ROSA-prosjektet, eller LHBTIQ-personer, som henvises til Skeiv Verden. Personer som har vært utsatt for tortur, henvises til fastlegen. Dette oppleves som utilstrekkelig. Saksbehandlerne er heller ikke trygge på at søkeren får den hjelpen han trenger etter at saken er ferdigbehandlet i utlendingsforvaltningen. «Problemet er at når søkeren får en innvilgelse, er den saken glemt hos oss. Vi oppfordrer søker til å søke hjelp, men vi vet ikke hva som skjer videre med den personen.» Saksbehandlere uttrykker usikkerhet og bekymring rundt ivaretagelsen av asylsøkerne, spesielt etter at de har gjennomført asylintervjuet.

Saksbehandlere i asylavdelingen kan kontakte mottaket og varsle ansatte der om at søkeren har behov for oppfølging eller tilrettelegging. Men så fort vedtaket er fattet, forteller saksbehandlerne at de ikke lenger innsyn i saken og vil dermed heller ikke få vite hvorvidt eventuell henvisning til mottak eller lege har blitt fulgt opp. (Dette samsvarer ikke med opplysninger fra UDI om at saksbehandlere har tilgang til saken i DUF, blant annet for å behandle en eventuell klage). Saksbehandlere forteller også om tilfeller der de på egen hånd valgte å melde videre, «men jeg opplevde at det ikke var noen klare ansvarsforhold. Er det asylavdelingens ansvar å følge opp, eller er det mottaksavdelingen? Hvilken rolle har politiet? Skal de kun trekkes inn dersom det er fare for liv og helse?»

Usikkerhet rundt hvorvidt søkerne faktisk blir fulgt opp videre i systemet, deles også av ansatte i mottak: «Du skal være alvorlig syk for å få noe hjelp mens du bor i et mottak. Nesten annenhver person har en form for posttraumatisk lidelse. Det tas for gitt, han er jo asylsøker. Noen får sovetabletter, men ingen vil sette i gang med samtaleterapi før bolig og alt rundt er på plass» (intervju med mottaksansatt, tidligere

prosjekt). Det er derfor behov for tydeligere retningslinjer i hver enkelt etat og avdeling samt en klar ansvarsfordeling mellom utlendingsetaten og helsesektoren.

8.6 Oppfølging av ansatte i utlendingsforvaltningen

Som avslutning på intervjuene våre spurte vi de ansatte om deres ønsker og behov knyttet til deres møte med torturutsatte. Tilbakemeldingene dreide seg for det meste om økt kompetanse og ivaretagelse av de ansatte i forbindelse med krevende intervju om vold og tortur. Videre ble det formidlet et ønske om mer kunnskap om hele asylprosessen og ikke minst om styrket tillit og samarbeid mellom ansatte fra ulike etater.

Behov for kompetanseøkning

Gjennomgående ble det etterspurt mer kompetanse på feltet, gitt at torturofre er en sårbar gruppe med særlige rettigheter og oppfølgingsbehov. Flere ansatte pekte spesielt på betydningen av å kunne skille mellom trauma og manglende troverdighet. Gitt at tortur i seg selv har begrenset betydning for saken, og at saksbehandlere heller gjør en helhetsvurdering der fortellingens troverdighet står sentralt, blir manglende evne til å skille mellom trauma og troverdighet ansett som et dilemma. Førstelinjen har fått en del opplæring på troverdighetsvurderinger. Saksbehandlere skal blant annet ta hensyn til flere faktorer i sin vurdering av saken. Man skal være bevisst på at sårbarhet og traumatiske erfaringer kan påvirke søkerens evne til å fortelle detaljert. Traumatiske erfaringer kan også påvirke søkerens evne til å fortelle sammenhengende og konsistent. Mange er informert om måter traumer kan påvirke hukommelse på, og saksbehandlere skal ta i betraktning kunnskapen fra forskning på hukommelse som sier at man mister, legger til eller endrer visse detaljer, altså at det kan skje forskyvninger og endringer når det gjelder å erindre alvorlig belastende erfaringer. «Men har du vært i Tyskland når du sier at du var i Eritrea, så har du en motstrid som må forklares. Du skal få mulighet til å forklare, og det kan være gode grunner til det. Du kan ha surret med datoer osv. Men da må vi inn i det.» Til tross for at grunnlaget synes å være på plass, føler flere saksbehandlere fortsatt at de har for begrenset kompetanse til å kunne skille mellom trauma og manglende troverdighet. Når skyldes uklarhet og motstridende informasjon at hukommelsen er påvirket av trauma, og når skyldes det at fortellingen er oppdiktet? Flere saksbehandlere ønsket derfor mer systematisk opplæring og økt bevissthet blant de ansatte.

«Veldig vanskelig å skille de tingene. Jeg vet ikke om jeg alltid klarer det. Jeg tror at det er et veldig stort dilemma. I en viss grad – vi har fått noe opplæring, vi kunne få mer opplæring. Tror ikke at alle er bevisste nok. Her er det noe av det vanskeligste med jobben vår. Noen ganger vil det falle på landinfo, de objektive ting. Type risiko, at det ikke finnes sjanse for gjentakelse. Det blir jo den enkelte vurderingen. Måten man forteller på, kan være et resultat av traumer, eller at historien ikke er troverdig. Da må man være veldig bevisst. Her finnes det store forbedringspotensialet.»

Ved siden av økt kompetanse om tortur og trauma etterspurte saksbehandlere henvisningskompetanse og samhandlingskompetanse. Det anses som viktig å kjenne til hele systemet, ikke bare utlendingsforvaltningens tre etater, men også mottaksapparatet og helsesektoren. Kjenner man systemet, kjenner man til helsetilbudet der søkeren bor? Vet de mottaksansatte hvem de skal henvise beboerne videre til? Kjenner de systemet godt nok til å kunne legge til rette for at beboere kommer seg til de

instansene som kan gi nødvendig tilbud? Og i hvilken grad føler andre etater seg bundet av prioriteringer og retningslinjer utviklet innen UDI?

Tillit og kjennskap til ansatte i de andre etatene

I samtalene med ansatte fra de tre etatene så vi gjentatte ganger at det finnes lite kunnskap om og også svært varierende tillit til ansatte fra andre etater. Særlig framgår det at det er lite tillit blant ansatte i UDI til ansatte som gjennomfører registreringssamtalen. Det oppleves at for eksempel ansatte i UDI og PU har svært ulik utdanningsbakgrunn og erfaring på utlendingsfeltet:

«Vi vet for lite om dem som jobber i PU, hvilke krav som stilles til dem, og hvilken opplæring de får. Hvor mye opplæring i traumeforståelse får de? Jeg har jobbet i mange år og har lest en del politiregistreringer der du åpenbart ser at her er det så lite kulturkompetanse, så lite landkompetanse, traumekompetanse.»

Manglende tillit til ansatte i andre etater går hånd i hånd med begrenset kontakt med og kunnskap om andre etaters arbeidshverdag.

Prinsippene fra PUMA II-prosjektet har – i hvert fall på papiret – tatt tak i noen av de utfordringene som er kjent (og som vi også har dokumentert i andre prosjekter der vi utforsket hele asylkjeden). Samlokalisering skulle bidra til bedre dialog mellom ansatte fra ulike etater, gi bedre innblikk i arbeidsmetoder og hverdag og forbedre samarbeidsprosesser. Som nevnt tidligere har samlokaliseringen ikke manifestert seg grunnet pandemien. Ansatte i både PU og UDI forteller fortsatt om lite kommunikasjon dem imellom. De fleste ansatte er derimot positive til en slik omorganisering og positive til at mer kontakt vil bidra til bedre forståelse og kommunikasjon. En mulighet til å styrke kontakt og dermed også tillit mellom etatene vil være å gjennomføre kompetansehevingstiltak på tvers av etatene.

I tillegg ble det satt i gang en «buddyordning» der man koblet ansatte fra PU og UDI til en sak. Denne ordningen ble gjennomgående positivt mottatt av UDI-ansatte, som er positive til å kunne ha direkte kontakt med saksbehandlerne i PU, be om ekstra undersøkelser etc. Ansatte i PU opplever derimot denne ordningen som ekstra belastende. I motsetning til UDI-ansatte, som kun har én eller to saker om gangen, sitter PU-ansatte med opptil fem saker samtidig. Hver PU-ansatt må derfor forholde seg til flere UDI-ansatte, noe som oppleves stressende og belastende.

Ivaretagelse av de ansatte

Flere saksbehandlere vi har snakket med, forteller at møter med asylsøkere kan oppleves som emosjonelt krevende. Belastninger kan komme fra spesielt dramatiske fortellinger, usikkerheten om asylsøkeren blir godt nok ivaretatt i systemet, eller bevisstheten om at asylsøkeren ikke når opp til beskyttelse, til tross for at vedkommende har fortalt om svært krevende opplevelser i hjemlandet eller på flukt. Mange saksbehandlere var, som vi har beskrevet tidligere, også bekymret for ikke å klare å avslutte fortellinger om vold og tortur på en god måte. «Man tør ikke, ikke bare fordi man er redd for hvordan man skal reagere i etterkant, men for at man ikke skal klare å lukke. Man er redd for å stille gale spørsmål, hva gjør mennesket foran meg hvis jeg stiller et spørsmål på feil måte. Man må ha et sikkerhetsnett hvis man skal utrede det her.» Spørsmål om hvordan saksbehandlere i PU, UDI og UNE blir ivaretatt, ble derfor stilt til alle vi har snakket med.

Saksbehandlere forteller om svært ulik erfaring med oppfølging etter krevende intervju. Mens noen har praktisert «åpent-dør-policy» overfor kollegaene og delt erfaringer med disse, har andre hatt erfaring med en mer strukturert veiledning tidligere. Det fortelles om regelmessige møter med en veileder, der saksbehandlerne fikk anledning til å snakke om sine erfaringer. Denne institusjonaliseringen av selv-ivaretagelse, som blant annet fantes i UDI, er for tiden ikke i bruk.

Til tross for at den emosjonelle belastningen ikke ble trukket fram som betydelig av de fleste, hadde mer en halvparten av de vi snakket med, følt behov for debrifing etter møte med asylsøkere. Flere saksbehandlere var derfor også bekymret for at for lite søkelys på selv-ivaretagelse, eller annen form for debrifing, ville kunne ha negativ effekt på saksbehandlerne evne til å gjøre en god jobb. Mens de fleste saksbehandlerne forteller om uformelle debrifingsmetoder, som å stikke innom kollegaen på nabokontoret og luften bekymringer eller sterke inntrykk, har slike metoder blitt vanskeliggjort gjennom situasjonen med covid-19. «Det er ingen å snakke med på hjemmekontor.» Hjemmekontor har gjort det vanskeligere å dele vanskelige intervjuerfaringer med kollegaer, og saksbehandlere opplever å sitte stort sett alene med å håndtere eventuelle emosjonelt krevende opplevelser etter møter med asylsøkere.

8.7 Oppsummering

Mens flyktningkonvensjonen er – ikke overraskende – dypt integrert og innarbeidet gjennom hele utlendingsforvaltningens linje, er det lite kunnskap om og bevissthet rundt torturkonvensjonen og forpliktelsene denne medfører. Dette har blant annet medført at torturofre ikke er identifisert som en gruppe som utløser spesielle tiltak og retningslinjer slik for eksempel ofre for menneskehandel gjør.

En annen viktig konsekvens av at torturkonvensjonen ikke er implementert i utlendingsforvaltningens praksis, er at tortur i seg selv ikke er av større interesse for saksbehandlerne. Saksbehandlingen er framtidsrettet, altså ser de på hvorvidt asylsøkeren har fundert grunn til å frykte forfølgelse ved retur. Opplevelser av tortur kan bekrefte en slik frykt for gjentatt forfølgelse ved retur, men det er ingen automatikk i dette. Mer enn opplevelsen av tortur i seg selv legges betydningen av bakgrunnen for torturopplevelsen til grunn. Har vedkommende blitt utsatt for tortur og umenneskelig behandling på grunn av vedkommendes politiske aktivitet, eller er mishandling i fengsler systematisk rettet mot alle innsatte, inkludert kriminelle? Rasjonale er her at dersom en person har blitt fengslet for kriminelle forhold og sonet sin straff, er det liten til ingen grunn til å anta ny fengsling og mishandling ved tortur. Politisk aktivitet, både i hjemlandet og i utlandet, vil derimot peke mot en større sannsynlighet for videre forfølgelse ved retur.

Med andre ord er det ikke torturopplevelsen i seg selv som står i fokus, men bakgrunnen for fengslingen i hjemlandet og vedkommendes eventuelle politiske aktivitet under oppholdet i Norge. Dette kan også forklare hvorfor våre funn viser at saksbehandlere sjelden drar asylsøkerens forklaring om opplevd tortur i tvil – og dermed heller ikke ser behov for ytterligere dokumentasjon av torturskaden. Den frie forklaringen er i fokus, og med mindre forklaringen mangler troverdighet, aksepteres stort sett anførsler om opplevd tortur.

9 Erfaringer fra mottak – helsetjenester, retningslinjer og tiltakskort

I det følgende presenteres innspill og synspunkter fra ansatte i mottak, basert på våre spørsmål med hovedvekt på identifisering og oppfølging av sårbare i mottak samt erfaringer fra samarbeid med helsetjenesten.

Som beskrevet tidligere er helsetjenestene organisert temmelig ulikt fra kommune til kommune og fra mottak til mottak. Mottaksansatte beskrev ulike utforminger av dette. Samtlige ansatte vi snakket med beskrev at mottakene hadde, slik reglene tilsier, avtaler med førstelinjetjenesten i kommunene, slik reglene tilsier og de fleste beskriver dette som godt og som oftest tilstrekkelig i det daglige. Mens noen mottak har sykepleier fast én til tre dager i uka, har andre mottak kun besøk av helsesekretær, og andre igjen har sykepleier, den samme, fast og hver dag i uka, etter avtale med kommunen. Noen steder er leger fast en gang i uka, andre ganger er det kun ved henvisning til legekantoret. Noen mottak har faste avtaler med psykiatrisk sykepleier, noe som de synes er nyttig. De beskrev faste avtaler med beboere med behov for slik kontakt. Imidlertid er det store forskjeller når det gjelder samarbeid med andrelinjetjenesten. Mens noen mottakere (ordinære mottak) har fast og regelmessig samarbeid med psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, er det andre som opplever at der kommer de ingen vei, selv med mennesker som, også etter helsearbeidernes vurdering, kan trenge dette. Likeledes er det noen mottak som opplever at det er vanskelig å få til utredninger, særlig i saker der det, etter de mottaksansattes vurdering, kan være snakk om skader i forbindelse med tortur, voldtekt og liknende. Det rapporteres at slike forslag gjerne ikke følges opp.

9.1 Sårbare i mottak

Mottaksansatte vi har vært i kontakt med, beskriver hvordan de får informasjon om den enkelte asylsøker, og spesielt om at enkelte asylsøkere regnes som sårbare. Den første helsesjekken er da blitt gjort ved ankomstsenteret på Råde og består av en basiskartlegging av smittevern og tuberkulose og nødvendige tiltak ved eventuelle akutte helseproblemer. Mottaksansatte forteller at det er god formidling av informasjon om behov for helseoppfølging til mottaket fra ankomstsenteret.

Den mottaksansatte som har ansvar for nyankomne asylsøkere, bestiller gjerne time hos sykepleier som har tilgang på den informasjon som er blitt sendt rett til fastlegen i kommunen fra ankomstsenteret i Råde. I denne første fasen er det gode rutiner for informasjonsflyt som også gjennomføres i praksis. Det blir pekt på i flere mottak. Det er først ved videre flytting til annet mottak eller ved bosetting av asylsøker at det er usikker formidling av helseopplysninger. Asylsøkeren skal da, ifølge eksisterende praksis, selv ta kontakt med fastlegen for å få oversendt journalen til neste mottaks- eller bosettingskommunes lege. Dette har til nå vært forbundet med utgifter, og

mange asylsøkere har derfor unnlatt å gjøre dette. Det framgår også at mange asylsøkere ikke har hatt kontakt med sin fastlege i løpet av tiden i mottak, noe som kan henge sammen med at de vegrer seg på grunn av den utgiften dette innebærer. Det er med andre ord knyttet stor usikkerhet til hvorvidt informasjon om sårbarhet faktisk følger asylsøkeren ved flytting fra første asylmottak til neste eller ved bosetting. Dette bidrar til å skape «hull» i systemet og til at viktig helseinformasjon ikke blir gjort tilgjengelig for helsepersonell ved neste bosted. Dette kan ha å gjøre både med «underbruk» av helsetjenester og med manglende rutiner med henblikk på videreformidling av nødvendig informasjon, noe som kan medvirke til at nødvendige utredninger og tiltak ikke tilbys eller gjennomføres.

Noen av de intervjuede mottaksansatte beskriver at helsepersonell ofte har mangelfullt kjennskap til asylsøkeres rett til helsehjelp, og dette bidrar til å hindre at asylsøkere får hjelp fra den kommunale psykiske helsetjenesten. Det understrekes videre at det er vanskelig å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten, og at mottaksansatte så vel som helsepersonell i førstelinjetjenesten ofte blir møtt med at det ikke anses som mulig å gi behandling så lenge asylsøkere bor på mottak og ikke har oppholdstillatelse.

Mottaksansatte fanger iblant opp at asylsøkeren har plager som ikke er formidlet til helsevesenet, og de henviser derfor personen til fastlegen med informasjon om observasjonene som er gjort om atferd, som kan tyde på at asylsøkeren kan være traumatisert. Noen erfarne mottaksansatte beskriver at de blir bekymret i situasjoner der de anser saker for å være uavklarte, i den forstand at de merker at asylsøkeren er preget av tidligere opplevelser, og særlig der de har fått bekreftet at det dreier seg om tortur, og de ansatte vet at denne informasjonen aldri er blitt formidlet til andre deler av systemet. Dette kan også dreie seg om asylsøkere med endelig avslag som ikke er returnerbare, eller «dublinere» som har klaget på vedtaket. Disse gruppene kan sitte lenge på mottaket og blir i liten grad sett av helsevesenet, da de ikke har fulle helserettigheter. Det er med andre ord et sammensatt bilde der mangler når det gjelder helsevesenets kjennskap til asylsøkeres rettigheter, kompetanse om tortur, asylsøkernes økonomiske utfordringer når de skal oppsøke fastlege, og deres egen helsekompetanse (health literacy) i forbindelse med reaksjoner etter tortur og mulighet for å få hjelp for dette.

UDIs retningslinje 2015-029 «Identifisering og oppfølging av sårbare beboere i asylmottak» beskriver UDIs krav om hvordan mottaket skal identifisere og følge opp beboere som har vært eller risikerer å bli utsatt for menneskehandel, barneekteskap, vold i nære relasjoner, herunder tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Retningslinjen har flere tiltakskort bl.a. tiltakskort om menneskehandel, vold i nære relasjoner og barneekteskap. Torturerte asylsøkere er ikke omtalt i retningslinjen og det finnes ikke et eget tiltakskort som gjelder denne gruppen. Ved å benevne gruppen torturutsatte i retningslinjen på linje med de andre sårbare gruppene og tilse at det finnes tiltakskort for denne gruppen, vil deres behov for oppfølging med identifisering, rettigheter og hjelpetilbud ha større sjanse for å bli ivaretatt. I denne sammenhengen vil vi vise til viktigheten av å utvikle særskilte retningslinjer når det gjelder tortur og nedverdiggende behandling, inkludert seksuelle overgrep ut over vold i nære relasjoner. Det vises til anbefalingene.

9.2 Bruk av tiltakskort i kontakten med sårbare asylsøkere

I intervjuene var vi særlig opptatt av retningslinjer og tiltakskort utviklet av UDI for å fange opp særlig sårbare asylsøkere i mottak, da først og fremst personer utsatt for

menneskehandel, tvangsekteskap, barneekteskap, vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse. Tiltakskortene er utarbeidet til bruk i mottakene og har følgende betegnelser: *Tiltakskort - Vold i nære relasjoner* (UDI, 2015-029V2), *Tiltakskort – menneskehandel* (UDI, 2015-029V1), *Tiltakskort - Barneekteskap* (UDI, 2015-029V3), *Tiltakskort - Utlevering av opplysninger om menneskehandel, vold i nære relasjoner eller barneekteskap* (UDI, 2015-029V4), *Rapportering i menneskehandelsaker* (UDI, 2015-029V5). Blant de sentrale retningslinjene for mottak og ansatte i region og mottaksavdelingen i UDI er retningslinjen om sårbare rent generelt (UDI 2015-029), som omtaler identifisering og oppfølging av ofte for menneskehandel, vold i nære relasjoner og barneekteskap under overskriften sårbarhet. Men denne omhandler ikke tortur. Videre er det retningslinjene rettet mot ansatte i asylavdelingen vedrørende menneskehandel, vold i nære relasjoner, tvangsekteskap og barneekteskap, som «RS 2015-007 Krav til identifisering og oppfølging av beboere i mottak som kan være utsatt for menneskehandel, vold i nære relasjoner eller barneekteskap». Disse tiltakskortene tilsvarer langt på vei tematisk de tiltakskortene som UDI har utviklet om følgende temaer: fysisk og psykisk sykdom, kjønnslemlestelse, menneskehandel og tvangsekteskap (UDI, 2018-013). Dette arbeidet blir også beskrevet i Røsdal m.fl (2019) .

Det framgår tydelig at mottaksansatte stort sett er kjent med tiltakene slik disse er formulert i tiltakskortene, og at det er forventninger i forbindelse med det å oppdage eller identifisere personer med problemer med vold i nære relasjoner, menneskehandel, kjønnslemlestelse eller tvangsekteskap. Mottakene forteller at de oftest har én eller to personer som er definert som ansvarlige for denne problematikken. Mens det noen steder rapporteres både om god oppfølging med henblikk på kunnskapsoverføring og kurstilbud, er det andre steder langt mindre rom for å kunne arbeide med disse temaene. Til og med at muligheten til å kunne fordype seg i tematikken framstår som meget begrenset, dette på grunn av personalsituasjonen ved mottak så vel som kompetanse og prioriteringer av oppgaver.

Noen ansatte beskriver også en slags lojalitetskonflikt fordi det er usikkert hvor mye mennesker i utsatte situasjoner, for eksempel ofre for menneskehandel, blir beskyttet, når de for eksempel har vært villig til å fortelle politiet hva de har opplevd, noe de da er blitt oppmuntret til fra den i mottaket med dette som sitt ansvarsområde. Dette og andre belastninger knyttet til at det var få på vakt (som særlig var problem tidligere) og mange asylsøkere med stort behov for individuell oppfølging, er forhold i arbeidssituasjonen som bør gi grunn for tiltak av typen opplæring og veiledning. Mottaksansatte har også fortalt at de har sett og hørt om andre former for overgrep enn dem som er nevnt over, men at det ikke foreligger klare retningslinjer hverken når det gjelder videre henvisninger eller andre tiltak, med mindre den enkelte asylsøker klart etterspør dette.

Mange omtaler retningslinjer og tiltakskort som meget nyttige og gode verktøy, men savner at ikke andre utenfor mottakene er kjent med disse. Det framkommer et ønske om å styrke informasjon om disse til øvrige deler av systemet. Det beskrives at personer i mottakene enten selv kommer fram med at de har vært utsatt for overgrep, særlig etter at det har vært informasjonsmøte om slike forhold, eller at det på annen måte framgår at de har vært utsatt. Men mange vegrer seg for å bli henvist videre, og mottaksansatte er ofte usikre på hvordan de best kan håndtere dette, særlig i de situasjoner der de har erfart at helsevesenet ikke er like forberedt på eller prioriterer å følge opp slike saker. Mange beskriver det de opplever som mangelfull oppfølging utenfor selve mottakssystemet når det gjelder disse problemene. Det at de har klare regler om ikke å involvere seg i helsespørsmål, men raskt sende disse videre, bidrar også til at arbeidet med slike oppgaver kan oppleves som vanskelig.

På spørsmål om hva som anses som særlig viktig ved bruk av tiltakskort, både blant ansatte i UDI sentralt og i mottakene, svarer de at informasjon som framkommer på bakgrunn av disse, skal kunne videreformidles i systemet for å legge til rette for selve intervjusituasjonen, som relevant informasjon i vurderingen av selve beskyttelses-spørsmålet og til sist som grunnlag for en eventuell omgjøring av vedtak. Dette gjelder informasjon om alle de sårbarhetskategoriene som er spesifisert i kortene. Tortur, umenneskelig behandling, inkludert voldtekt, som også i mange sammenhenger vil være klassifisert som tortur og/eller krigsforbrytelse²⁸⁴, er ikke blant de kategoriene som omfattes av retningslinjer om sårbarhet eller av noen av tiltakskortene. Flere av de intervjuede i mottak ga uttrykk for at det dermed var mindre vekt på dette og mindre drøfting både av mulige reaksjoner og eventuelle tiltak dersom personer har vært utsatt for tortur, voldtekt, eller andre former for umenneskelig behandling.

Istanbulprotokollen er ukjent for de fleste både helsepersonell i kommunene og mottaksansatte. Behandling av torturskader rapporteres å være lite kjent og lite tilgjengelig. Det er en del kjennskap til tortur, og de mottaksansatte forsøker å tilrettelegge for dem som de mener kan være eller oppleves som traumatiserte, på beste måte.

9.3 Mottak og kartlegging

I november 2020 ble det innført et nytt datasystem for mottakene (MOT) som i prinsippet skal gi en bedre mulighet til å registrere informasjon om beboerne, herunder også om behov for tilrettelegging og oppfølging av den enkelte beboer. Pr i dag har ikke UDI krav om kartlegging i forbindelse med bosettingsforberedende arbeid, men at mottak skal gjennomføre en velkomstsamtale innen en uke etter ankomst for å gi informasjon om mottaket og for å bli kjent med beboeren. Det fremkom i enkelte av intervjuene med mottaksansatte at de anså de tidligere rutinene med kartleggings-samtaler som bedre egnet til å få frem historier om overgrep, frykt, skader og helseproblemer og at endringene ble opplevd som en svekkelse av deres mulighet til å gjennomføre en grundigere utredning av den enkelte. Det har ikke vært mulig å foreta en grundigere vurdering av hvordan det nye systemet vedrørende registrering av informasjon fungerer i praksis med henblikk på kartlegging og identifisering av særlige behov. Det som fremstår som stadig gjeldende praksis er at asylsøkere anbefales å kontakte helsepersonell ved mottaket i forbindelse med erfaringer med ulike former for overgrep eller belastninger i tråd med det som beskrives i retningslinjer og tiltakskort. Eventuelt kan de mottaksansatte bli bedt om å formidle slik kontakt mellom helsepersonell og beboer. Slike samtaler vil ofte kunne åpne opp for identifisering av sårbarhet eller spesielle behov hos den enkelte. Det ble også vist til prinsippet om at mottakene først og fremst skal fungere som steder der folk bor, noe som innebærer at en skal gå inn i oppgaver utover selve botilbudet. Dette ble i enkelte intervjuer uttrykt som potensielt begrensende på kontakten og oppfølgingen av beboerne.

9.4 Oppsummering

Som det framgår i gjennomgangen over, synes kunnskap om og erfaring med bruk av tiltakskort som spesifiserer visse sårbarhets kategorier, samt prosedyrer i tilknytning til hver av disse, å være tilfredsstillende hos UDI-ansatte. Gjennomgangen viser også at det er behov for mer kunnskap om helserettigheter til asylsøkere i helsevesenet og en klarere prioritering av helsetiltak overfor denne gruppen, inkludert undersøkelser

²⁸⁴ <https://www.un.org/en/chronicle/article/rape-war-crime>

og utredninger av fysiske så vel som psykiske skader. Det er behov for klare retningslinjer for henvisning og videre oppfølging av torturofre i helsevesenet. Det er enighet om at slike forhold må følges opp, og at det er viktig at informasjon tilflyter UDI-systemet med tanke på de ulike fasene i asylprosessen. Imidlertid er vi blitt kjent med at tiltakskort i UDI når det gjelder tortur, annen grusom eller umenneskelig behandling og voldtekt er fraværende. Dette gjelder tiltakskort beregnet både på saksbehandlere og mottaksansatte. Derfor er retningslinjer for hvordan og hvorvidt denne type informasjon skal formidles til helsevesenet og følge asylsøkeren ved flyttinger, uavklart og formidling om sårbarhet og torturerfaring blir ofte preget av tilfeldigheter. Kjennskap til og kunnskap om Istanbulprotokollen er gjennomgående meget begrenset, både blant mottaksansatte og blant helsepersonell. Det er i tillegg klare mangler i helsevesenets kompetanse i håndtering av torturutsatte mange steder, og dette er et klart forbedringspunkt.

10 Erfaringer og tiltak i helsesektoren vedrørende torturutsatte asylsøkere

Helsesektoren har en framtreddende rolle i å sikre identifisering, dokumentasjon og oppfølging av torturutsatte. I det følgende vil vi derfor redegjøre for helsepersonellens erfaringer med torturutsatte og deres kjennskap til og anvendelse av Istanbulprotokollen. Vi vil også se på ønsker om og behov for mer kompetanse blant ansatte i helsesektoren, slik dette uttrykkes av gruppene selv, med henblikk på torturskader og behandling av disse. Kartlegging av prosedyrer rundt identifisering av torturutsatte og dokumentasjon av tortur og helsetiltak i ulike faser av asylprosessen, slik disse gjennomføres av helsepersonell, vil stå sentralt i det følgende, med særlig søkelys på hvordan helsepersonell selv erfarer samarbeidet med utlendingsforvaltningen, og spesielt med mottak.

Før vi redegjør for helsesektorens egne erfaringer, vil vi kort oppsummere noen av de sentrale anbefalingene i Helsedirektoratets veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. I kapittel 4.2 «Tidlig oppfølgingsbehov» vises det til følgende:

- Personer med særskilte behov bør identifiseres og følges opp så tidlig som mulig etter ankomst til landet.
- En innledende helsekartlegging vil kunne bidra til å avdekke akutte helseplager i en tidlig fase og sørge for nødvendig behandling. Asylsøkere med oppfølgingsbehov bør identifiseres tidlig for å ivareta sikkerheten i mottak og i samfunnet for øvrig.
- Gravide, personer med funksjonsnedsettelser, personer med symptomer på sykdom (somatisk eller psykisk) og andre som vurderes som risikogrupper, bør sikres nødvendig helsehjelp så tidlig som mulig etter ankomst til landet. Kartleggingen bør gjøres av sykepleier eller annet kvalifisert helsepersonell. Samtalen bør tilrettelegges via kvalifisert tolk. Kartleggingen bør ikke være omfattende, men bestå av enkle spørsmål.

I veilederens kapittel 7.2 «Traumatiserte, torturerte og krigsskadde» understrekes det at det er avgjørende at nødvendig helsemessig behandling og rehabilitering av fysiske og psykiske følger av tortur identifiseres tidlig, og at dette vil kunne redusere risiko for kronifisering. Helsepersonell, det vil si sykepleier og fastlege, må vurdere om det vil kreve spesialistutredning og torturdokumentasjon basert på Istanbulprotokollen, og om skadene som avdekkes, krever behandling og rehabilitering.

Veilederen anbefaler en ny helseundersøkelse etter tre måneders botid i Norge. Denne framsettes som en anbefaling til den kommunale helsetjenesten. Den eneste undersøkelsen som er lovpålagt, og som skal utføres etter kort tid i Norge, er tuberkuloseundersøkelsen. Den gjøres i Nasjonalt ankomstsenteret. Annen helsehjelp i denne fasen er i hovedsak begrenset til akutt og nødvendig helsehjelp. I dette bildet

er det nå ikke rom for å gjennomføre torturutredninger i ankomst. Viktig er det også at det mangler klare rutiner og kanaler for formidling av funn fra helseundersøkelser og eventuelle sårbarhetsvurderinger til ASA, inkludert retningslinjer for taushetsplikt og personvern.

Tidlig helseundersøkelse, både en umiddelbar undersøkelse og den som tilbys etter tre måneder, kan gi grunnlag for å identifisere ulike former for sårbarhet som synes å kreve videre tiltak, enten det dreier seg om utredninger for å beskrive og dokumentere torturskader, eller utredninger med sikte på nødvendig helsehjelp og behandling. Identifisering av tortur vil også kunne tilføre sentrale opplysninger for selve asylsaken. Det er derfor viktig at sårbarhet, inkludert skader etter tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling identifiseres så tidlig som mulig.

Som beskrevet over anbefaler Helsedirektoratets veileder at personer med særskilte behov identifiseres og følges opp så tidlig som mulig etter ankomst til landet. Denne anbefalingen viser også konkret til mulig bruk av skjema for helseundersøkelse som hjelpemiddel (4.5). Anbefalingen har i liten grad vært systematisk fulgt i en tidlig fase, og derfor gjennomføres den første faktiske helseundersøkelsen ofte ikke før etter tre måneders botid. Basert på arbeidet med denne rapporten og tilsvarende anbefalinger vist til tidligere anbefaler vi at undersøkelse vedrørende sårbarhet, og av eventuelle skader etter tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling gjennomføres så tidlig som mulig, og som noe annet enn den generelle helseundersøkelsen i løpet av de første tre månedene.

I den nye asylprosessen skal saksbehandlingstiden reduseres, og det kan da stilles spørsmål om det er riktig å utsette en helseundersøkelse som kan avdekke tortur og annen sårbarhet, til etter at asylintervjuet er gjennomført og asylsøkeren er plassert på nytt mottak. Slike opplysninger vil kunne være av betydning i selve asylsaken, og det er avgjørende å få dokumentert fysiske spor etter tortur på et så tidlig tidspunkt som mulig. For at en slik prosess skal kunne igangsettes, vil et nært samarbeid mellom PU, NOAS, helsetjenesten, mottaksansatte og saksbehandlere være påkrevet. Hver av disse vil kunne bidra til at behov for videre utredning blir oppdaget og kartlagt. I tillegg kan det kreve mer personellressurser å få gjennomført en noe grundigere tidlig helseundersøkelse der også anføres om opplevd tortur og eventuelle fysiske eller psykiske skader som følge av tortur kan bli registrert.

10.1 Torturutsattes erfaringer med utlendingsforvaltningen og helsesektoren

Vi har valgt å inkludere en presentasjon av torturutsattes egne erfaringer i dette kapittelet om helsesektoren. Basert på samtaler med et begrenset antall asylsøkere har vi ønsket å formidle noe om når og hvordan deres torturerfaringer ble avdekket, av hvem og hvordan dette ble fulgt opp videre. Siktemålet med dette har vært å belyse betydningen av gode rutiner når det gjelder identifisering og dokumentasjon, men også betydningen av, tilstrekkelig kompetanse og velfungerende tverretatlig samarbeid og kommunikasjon.

I samtalene med de torturutsatte ønsket vi å høre om deres erfaringer med utlendingsforvaltningen og helsevesenet. Hvilke muligheter hadde de hatt til å fortelle om sine opplevelser av tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling? Hadde de fått utredet skader og helseproblemer i forbindelse med sine torturopplevelser? Og hvilke muligheter for videre behandling hadde de hatt? Spørsmålene viste seg til å være viktige for alle de torturutsatte vi inviterte til å delta i studien, som gjennomgående fortalte om at de hadde opplevd liten interesse for de torturopplevelsene de

hadde hatt, samt begrenset oppfølging av skadene de fortsatt slet med. Som en av informantene våre uttrykte det:

Jeg ble ikke spurt om tortur, fikk vanlig helseundersøkelse da jeg kom til Norge. Da jeg ble dårlig på skolen etter å ha fått opphold, fant man på sykehuset tegn på traumatisering. (Mann, Syria)

Syv av de elleve torturutsatte vi snakket med, hadde kommet som asylsøkere til Norge. Disse fortalte om ulike erfaringer med intervju og spørsmål om traumatisering eller torturerfaringer. Tre av informantene var ikke blitt spurt om tortur i løpet av intervjuet. To fortalte selv om sine erfaringer uten oppfordring av saksbehandleren. Én av informantene hadde med seg dokumentasjon på opplevd tortur og påfølgende helseskader, uten at dette førte til noe oppfølging eller videre utredning. En av informantene fortalte blant annet at han var blitt spurt om traumatiske opplevelser og hadde fortalt om dette. Men fortellingen ble ikke fulgt opp videre hverken i samtalen eller med henvisning til videre utredning. De av informantene som hadde opplevd å få spørsmål om traumatisering eller torturerfaringer under asylintervjuet, kunne fortelle at deres svar på spørsmålene heller ikke var blitt fulgt opp. Dessuten fortalte flere at de var tilbakeholdne med å fortelle om sine opplevelser, selv om det kanskje hadde vært en åpning i asylintervjuet. Det var for eksempel en av informantene som hadde valgt ikke å si noe om sine torturopplevelser i frykt for at det ville kunne påvirke hans søknad negativt, noe han hadde fått vite av andre asylsøkere. Vedkommende hadde med andre ord fått som råd ikke å snakke for mye om tortur eller andre former for traumatisering. Saksbehandlere spurte heller ikke om dette. Fire av de intervjuede torturutsatte hadde kommet til Norge som overføringsflyktninger. Disse fortalte at de hadde kommet rett til en kommune og var ikke blitt spurt av noen instans om torturerfaringer etter ankomst. Generelt hadde de erfart sparsomt med oppmerksomhet om traumer og tortur, mens smittevern og generell helse hadde blitt dekket.

«Jeg hadde fått dokumentasjon fra jobben på gjennomgått tortur i Syria, men det ble ikke spurt mer. Jeg fikk ikke tilbud om oppfølging, har ikke mottatt hjelp, men vil helst klare meg uten. Dette har med stolthet å gjøre. Jeg jobber som tolk og hører mye.» (Mann, 39, Syria)

Kontakt med den kommunale helsetjenesten viste seg også å ha vært svært begrenset for dem vi intervjuet. De som hadde hatt kontakt med den kommunale helsetjenesten, hadde hatt det i forbindelse med generelle helseforhold. Åtte av de elleve personene vi hadde snakket med, hadde ikke hatt noe kontakt med helsetjenesten i løpet av den tidligere fasen av oppholdet sitt. Når det gjaldt videre oppfølging av torturskader i helsevesenet, hadde informantene våre litt ulike erfaringer. Én hadde allerede vært til behandling ved et torturrehabiliteringssenter før ankomst til Norge uten at dette på noen måte påvirket oppfølgingen etter bosetting i Norge. En annen fortalte om et mer eller mindre tilfeldig møte i helsevesenet som gjorde at vedkommende ble henvist til videre behandling.

Etter noen år ble en legevikar oppmerksom på mine skader, og jeg ble henvist til behandling. (Mann, Syria)

Det som var likt for alle torturutsatte vi snakket med, var at oppfølgingen og hjelpen først kom etter en viss tid og etter at symptomer hadde dukket opp. Det var i forbindelse med at nye problemer eller helseproblemer hadde utviklet seg, eller at tidligere problemer ble forsterket, at traumeerfaringer og spesielt torturerfaringer ble fanget

opp. Hvorvidt torturutsatte faktisk fikk den hjelpen de trengte, var videre klart avhengig av at problemene ikke bare ble fanget opp, men også at det eksisterte et godt nok lokalt helsetilbud. Et par av dem vi snakket med, var blitt henvist videre til spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utvikling av vanskeligheter som i flere tilfeller hadde vist seg å ha sammenheng med tidligere tortur eller voldserfaringer.

Én hadde vært i kontakt med en internasjonal menneskerettighetsorganisasjon før vedkommende fikk henvisning til spesialisthelsetjenesten for nærmere utredning, og det var først etter at fastlegen hadde fått informasjon om hva personen hadde opplevd. Én fortalte at selv om det forelå informasjon fra en internasjonal organisasjon forut for ankomst om at vedkommende hadde vært torturert, ble denne informasjonen først tatt alvorlig etter lengre tid i Norge. Igjen var oppfølgingen knyttet til at vedkommende var blitt dårligere. Flere av personene vi samtalte med, beskrev at det etter hvert hadde blitt mulig å si noe til fastlegen om problemene, men at det hadde tatt tid, og – som allerede beskrevet – at dette ofte skjedde i forbindelse med at andre problemer dukket opp, enten praktiske utfordringer eller andre helsemessige vanskeligheter, eventuelt også helsemessige forverring.

Det var da vanskeligheten kom for alvor, at jeg ble fulgt opp [...] (Mann, Syria)

Kunnskap om et mulig tilbud til torturutsatte var oftest mangelfull blant torturutsatte. Lite informasjon og kunnskap førte til at flere selv ikke oppsøkte hjelp. Én hadde blant annet unngått å søke hjelp for problemene sine siden vedkommende var usikker på hva slags hjelp det kunne være. En annen av informantene hadde vært utsatt for tortur for så lenge siden at vedkommende ikke anså dette for å være noe en kunne få hjelp med i det hele tatt. Det var derfor aldri blitt noen anledning til å si noe om disse erfaringene. Blant dem vi snakket med, var det kun én som hadde opplevd å bli henvist til undersøkelse og torturutredning. Og dette skjedde etter initiativ fra flyktningsjenesten som igjen tok kontakt med fastlege. Først da kom en slik undersøkelse i stand.

Samtalene med denne lille gruppen torturutsatte flyktninger antyder at det ikke på noe tidspunkt har vært noen form for systematisk spørring eller undersøkelse om hvorvidt vedkommende har vært utsatt for tortur forut for ankomst til Norge. De personene vi snakket med, uttrykte også at de ikke hadde noen opplevelse av at de ville kunne forvente å bli tilbudt noen form for helsehjelp for sine torturskader. De var i tillegg usikre på om erfaringer de hadde med tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling fra tidligere, overhodet var å betrakte som relevant eller vesentlig for asylsaken. De ga også uttrykk for at det ikke hadde vært noe system i kommunene som hadde kunnet fange opp eventuelle torturskader i forbindelse med bosetting, utover det at de fikk tildelt fastlege.

10.2 Praksis på førstelinjenivå

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen. Retten til helsehjelp for asylsøkere gjelder fra de kommer til Norge for å søke beskyttelse. Dette innebærer at de får tildelt en fastlege i den kommunen de oppholder seg i. Flyktninger og familiegjenforente har også fulle rettigheter til helsehjelp fra de ankommer landet. Rettighetene omfatter både somatisk og psykisk helsehjelp fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, inkludert hjelp for rusmiddelproblemer, men voksne asylsøkere har ikke rett til omsorgstjenester fra kommunen. Svært få kommuner har organisert egne flyktningshelseteam. I det

følgende presenteres observasjoner og erfaringer basert på våre samtaler med helsepersonell i den kommunale førstelinjetjenesten.

Kontakt og identifisering av tortur i førstelinjetjenesten

Ifølge fastlegene vi snakket med, finnes det i dag intet system for å fange opp torturutsatte asylsøkere. Fastlegene kommer kun i kontakt med de asylsøkere som er på deres fastlegeliste. Noen av asylsøkerne tar selv kontakt. Andre får tilbud om time via mottaket, men ikke alle benytter seg av et slikt tilbud. Per i dag finnes det ingen faste rutiner for å undersøke asylsøkere for ytre skader etter traumer eller liknende hos fastlegene. Undersøkelsen hos fastlege tar heller utgangspunkt i de klager pasienten selv framfører, og begrenser seg til disse i en konsultasjon. Kun få asylsøkere kan framvise tidligere journal, noe som ytterligere vanskeliggjør identifisering av torturutsatte.

Fastlegene viser til generell mangel på kompetanse om Istanbulprotokollen og manglende erfaringer og kunnskap om torturutredninger. De bekrefter også at det nok er noen ganske få leger som har særlig erfaring og en større kompetanse enn andre på dette området, men at det oftest blir helt tilfeldig om asylsøkere kommer til en med en slik kompetanse eller ikke. Det er heller ikke utarbeidet noe system som kan sikre at leger med slik kompetanse faktisk får disse pasientene henvist med sikte på videre vurdering.

De asylsøkende pasientene får hjelp for sine medisinske problemer, men det er kun unntaksvis muligheter for at en dokumentasjon av torturskader kan gjennomføres. Dette er først og fremst på grunn av begrenset kompetanse om tortur blant flertallet av leger og også fordi det sjelden vil være rom for slike undersøkelser i førstelinjetjenesten. Sist, men ikke minst viser legene til at de kun skal yte nødvendig helsehjelp, og torturundersøkelse eller -utredning vil ikke kunne betraktes som nødvendig helsehjelp og faller derfor utenfor det som med rimelighet kan kalles fastlegenes ansvarsområde overfor asylsøkere i førstelinjetjenesten.

Ingen av fastlegene vi intervjuet, er noen gang blitt spurt om torturdokumentasjon fra offentlige myndigheter i forbindelse med søkere i asylprosessen. Det er for så vidt å betrakte som forventet siden systemet i dag legger opp til at det ikke er UDI men søkeren selv som innhenter dokumentasjon. For de intervjuedes del var det fra advokater de hadde fått henvendelse om slik dokumentasjon. En av de spurte hadde hatt oppdrag fra NAV i forbindelse med en pasient med opphold og gjorde en vurdering av de helsemessige utfordringer som denne saken representerte, fordi det da kunne søkes om ekstratilskudd ved bosetting.

Fastleger og erfaringer med torturerte pasienter

Som ledd i kartlegging til det foreliggende prosjektet ble vi informert om en undersøkelse blant 54 fastleger på Vestlandet gjennomført av RVTS Vest i 2013/2014 (personlig kommunikasjon). Vi fikk anledning til å gjengi kollegaenes oppsummering av undersøkelsen basert på kartleggingen, som omhandlet fastlegers kontakt både med asylsøkere og med personer med opphold. Undersøkelsen gir et godt bilde av hyppigheten av kontakt med torturutsatte i primærhelsetjenesten. Det var få av fastlegene som besvarte spørsmålene i undersøkelsen, som hadde hatt kontakt med torturutsatte pasienter: 30 prosent hadde ikke hatt kontakt med noen i det hele tatt, og 55 prosent hadde hatt mellom én og fem torturutsatte pasienter siste år. De hyppigste klagen de var blitt presentert for, var smertetilstander, plager fra muskel- og skjellettsystemet og psykiske vansker med PTSD- og dissosiasjonssymptomer. Pasientene

ble sendt videre til spesialist ved behov. Det var et fåtall (10 prosent) som kjente til samarbeidspartnere med kompetanse innen torturutredning. 75 prosent av fastlegene i undersøkelsen anførte at de hadde ingen eller svært liten kompetanse om tortur. Det framkom at det var først når legene hadde pasienter med denne type problematikk, at de ønsket å tilegne seg denne kompetansen. Legene ga uttrykk for et ønske om styrket kunnskap på dette feltet, gjerne som en kombinasjon av kursdeltakelse, ad hoc-veiledning og selvstudium ved hjelp av e-læring. De hadde også uttrykt betydningen av at det skulle være timetellende kurs. Dette er viktig for fastleger for at de skal kunne opprettholde sin spesialitet.

Kommunalt personell i mottak – sykepleiere

Helsetjenester som ytes i mottak, ligger under den kommunale helsetjenesten. Det er store forskjeller på hvordan dette er organisert i forskjellige kommuner, men felles er at det er sykepleiere knyttet til mottaket som utgjør en direkte helsekontakt og formidler behov for videre tiltak til fastleger i kommunen. Noen kommuner har ordninger med sykepleier som er til stede ved mottaket fra to til tre ganger per uke, mens ett av mottakene, som var kommunalt drevet, hadde sykepleier på heltid, noe som åpnet opp for god oversikt og stabilitet i tjenesten.

I mange tilfeller er det de mottaksansatte som fanger opp helseproblemer og formidler videre til sykepleier eller fastlege. I noen større kommuner finnes det organiserte flyktninghelsetjenester som yter den direkte hjelpen i en periode, men omfang og lengde med hensyn til oppfølging før pasientene overføres til fastleger, varierer.

I en av kommunene vi var i kontakt med, er det sykepleier som gir velkomstinformasjon, gjennomfører en kartleggingsundersøkelse og som deretter, når dette synes nødvendig, tar opp avdekkede behov i et tverrfaglig flyktningsteam som består av to til tre fastleger, psykisk helse og sykepleieren. Asylsøkeren inviteres inn for delta i sin sak, få informasjon og medvirke ved beslutning av videre tiltak. Kommunens helsepersonell ga uttrykk for at etter at denne modellen ble innført, hadde de erfart at det var roligere særlig blant de sårbare asylsøkerne. Det å bli møtt på denne måten, som altså var vesentlig forskjellig fra tidligere praksis, førte til større ro og trygghet blant asylsøkere, og da særlig dem som hadde behov for hjelp og støtte fra helsetjenesten. Det ble også gitt uttrykk for fra de ansatte i kommunen at de ofte savnet bedre mulighet for veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

10.3 Om utredning og behandling av torturutsatte i distriktpsykiatriske sentre (DPS)

Det er gjennomgående begrenset erfaring med torturutsatte pasienter ved de distriktpsykiatriske sentrene, og personer med torturerfaringer som henvises til DPS, blir generelt registrert som traumepasienter. Et par av informantene hadde fått henvist personer som ennå ikke hadde fast opphold, med forespørsel om behandling og eventuelt om å skrive helseerklæringer i forbindelse med asylsaken. Ved et par av DPS-ene hadde de hatt erfaringer med asylsøkere med psykiske problemer, særlig innen akutenhetene. Akutenhetene tar stort sett imot asylsøkere som henvises. Derimot viste de fleste til at henvisninger vedrørende asylsøkere stort sett ble avvist i utgangspunktet.

Innen DPS-systemet var det ingen erfaring med, eller forespørsler om, torturutredninger med tanke på asylsaken. Derimot kunne vi observere at det var store forskjeller mellom klinikkene når det gjaldt oppmerksomhet og interesse for flyktninger og deres helsesituasjon. Dermed var det også noen forskjeller når det gjaldt villighet

til å ta imot asylsøkere med psykiske problemer. Et par av klinikkene med noe mer erfaring på dette feltet kunne blant annet vise til flere tilfeller der pasientene først etter at behandlingen var i gang, hadde begynt å fortelle om sine torturerfaringer. Eksempler var blant annet pasienter som på dette tidspunktet hadde vært i Norge i mange år (én så lenge som åtte–ti år, stadig uten oppholdstillatelse, og to med oppholdstillatelse etter henholdsvis fem og seks år i Norge). I en av sakene framkom det at det først var da terapeuten begynte å utforske torturhistorien, at vedkommende hadde lagt fram rapporter fra en internasjonal organisasjon i hjemlandet som beskrev og dokumenterte omfattende torturerfaringer. Denne dokumentasjonen var ifølge pasienten referert til, men aldri vedlagt saken som viktig dokumentasjon. Terapeuten sa:

Det at jeg selv har innvandrerbakgrunn og erfaringer med flyktningpasienter, gjorde nok at personen etter hvert stolte på meg og klarte å fortelle meg historien sin. Det tok tid, men historien som ble presentert, var rystende – der personens barndom så vel som voksenliv var preget av fengsling, trusler og tortur og ingen beskyttelse. Han hadde aldri klart å fortelle ordentlig om dette, få hadde spurt, selv ikke i forbindelse med de mange legebekøene han hadde hatt på grunn av kroniske smerter og skader som aldri ville bli leget. Men da kom det, og vi har arbeidet med det lenge, og hos oss er det rom for å bruke tid når pasienten trenger det.

Et annet eksempel var en pasient som ennå ikke hadde fått opphold på det tidspunktet terapeuten ble intervjuet, og der utredninger og helseerklæringer først ble framlagt etter flere år, men uten at det var blitt anledning til å fortelle om skadene til utlendingsforvaltningen eller å få disse undersøkt og utredet.

Henviſning vedrørende behandling av torturutsatte og utredning av tortur

Pasienter på DPS henvises primært fra fastleger, men de kan også henvises fra andre innen spesialisthelsetjenesten eller fra psykolog i kommunale tjenester. Henviſninger blir vurdert ut fra prioriteringsveilederen. Inntaksansvarlig er avhengig av tilstrekkelig informasjon i henviſningene for at pasienten kan bli gitt rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Traumatisering, alvorlige symptomer på posttraumatisk stresslidelse, depresjon og angst er kriterier for å bli gitt rett til nødvendig helsehjelp i spesialisttjenesten. Det var svært få behandlere i DPS-ene som noen gang hadde hørt noe om asylintervjuet pasienten hadde hatt, og de visste dermed lite om hvorvidt deres pasienter på et tidspunkt hadde vist til torturerfaringer i asylansørlene. Ingen av de intervjuede hadde blitt anmodet om å gjøre torturutredninger. Og som antydnet over hadde meget få erfaring med at det var etterspurt helseuttalelser til bruk i asylprosessen. Selv om noen av behandlerne hadde hatt erfaring med torturerte pasienter, opplevde de fleste på den ene siden et fravær av nødvendig kompetanse om tortur og på den andre siden at det var begrensede rammer til å kunne gjøre et godt faglig arbeid med denne pasientgruppen. Som en sa:

Hvis jeg skulle åpne opp og gå videre på de erfaringene jeg skjønte pasienten slet med i tilknytning til tortur og overgrep, måtte jeg avslutte andre eller eventuelt arbeide med vedkommende utenfor vanlig arbeidstid. Presset på høy gjennomstrømming av pasienter er meget stort. Dette er uforenlig med å gi behandling til torturutsatte pasienter.

Flere viste til at det er et stort kompetansebehov om tortur, følger etter tortur og utredning av torturskader. Dette bør følges opp i planer for kompetanseheving fra helsemyndighetenes side. Men like viktig var det at det i praksis gis rom for å ta imot asylsøkere med stort hjelpebehov og for å yte hjelp til dem som trenger det, både med midlertidig og fast opphold – en behandling som kan strekke seg over tid, og tilpasses den torturerte pasientens behov, ikke oppfylle strenge produksjonskrav.

Behandling – ansvar og kompetanse

Behandlere forteller at de fleste asylsøkere får avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten – selv om behovet er til stede. Videre framgår det at undersøkelse som gjelder helse og dokumentasjon av tortur, ikke gir refusjonspoeng. Det er derfor noe som mange leger vegrer seg mot, både privatpraktiserende og de som er tilknyttet helseinstitusjoner. Torturutredninger er ikke knyttet til en prosedyretakst, og slike utredninger blir derfor ikke utført som ledd i vanlig tjeneste. Det vil si at denne oppgaven ikke er definert innen vanlig praksis, til forskjell for eksempel fra spesialistklæringer i forbindelse med uføretrygd. Det betyr at det er veldig tilfeldig hvem som faktisk får helseattester eller mer utvidede utredninger, for det betyr at helsepersonell må gjøre dette uten noen form for refusjon. Det betyr at det er begrenset hvor mange klienter privatpraktiserende kan ta fra denne gruppen. Alt dette kan bidra til å gjøre asylsøkere med behov for psykologisk helsehjelp til en litt «upopulær» gruppe i helsetvesenet, og det er vanskelig for dem å få tilgang til hjelp. Det blir også ofte argumentert med at de ofte ikke er i en situasjon der de kan nyttiggjøre seg behandling. Imidlertid er det noen steder som satser litt mer på denne gruppen og velger å gå utover stramme rammer.

I rapporten *Torturert og glemt* (Røde Kors 2020) beskrives det hvordan fagfolk generelt ikke tenker spesielt på tortur, men mer konkret på traumer generelt. Traumer og traumerelaterte problemer vurderes som alvorlige psykologiske belastninger og skader. Derimot er det faktum at disse er framkommet som ledd i alvorlige menneskerettighetsbrudd, og noe som kanskje ville kunne utløse visse rettigheter, mindre kjent. Rapporten vist til over samt informasjon innhentet til dette prosjektet viser gjennomgående til et stort behov for økt kompetanse på dette området samt tydeliggjøring av ansvar, med muligheter for henvisninger slik at en sikrer at folk blir ivare tatt. Selv om IP er referert til flere ganger i Helsedirektoratets veileder, med linker både til manualen selv og annen relevant litteratur, er det forbausende få som kjenner til den. Det gjelder også for helsepersonell som faktisk arbeider med flyktninger og asylsøkere. Og der fagpersoner er kjent med denne protokollen og med betydningen slike torturutredninger kan ha, hadde de få ideer om hvem de ville kunne henvisne personene til, altså hvem som har den nødvendige kompetansen og muligheten til å gjøre IP-utredninger, og eventuelt hvordan slike oppdrag dekkes. Sist, men ikke minst pekte flere på at selv om de hadde ønsket å henvisne, var mangelen på tilgang på personell med denne faktiske kompetansen det største problemet. Selv der fagfolk eventuelt kunne vært involvert for å gjennomføre dette, var mangel på anledning til å gjennomføre dette et stort problem, i form av manglende dekningssetter, at oppgaven er ansett som utenfor ansvarsområdet, osv.

Refleksjoner på grunnlag av intervju med helsepersonell

Helsepersonell opplever ikke at arbeidet med torturutredning og oppfølging anses som en prioritert oppgave. Derfor blir dette heller ikke gjort. Mange etterlyste klarere regelverk på dette området, som ikke bare kan definere torturutredning og eventuelt

oppfølging som relevante og viktige oppgaver i tjenesten, men som også kan skape de nødvendige rammene i form av tidsbruk og takster. I tillegg er det behov for et regelverk om informasjonsflyt mellom tjenestenivåene i helsetjenesten så vel som mellom utlendingsmyndigheter og helsetjenester, da med samtykke av personen selv. Noen av informantene ga uttrykk for at de undret seg over at der deres pasienter var blitt spurt om eller selv hadde sagt noe om tortur i asylintervjuene, var dette, slik de hadde forstått det, i liten grad blitt fulgt opp. Det var også deres inntrykk at dette temaet i liten eller ingen grad var blitt fulgt opp videre i systemet, hverken med informasjon eller tilbud om utredning. Helsepersonell viste også til det de beskrev som mangelfulle rutiner med hensyn til informasjon om asylsøkeres helse, på tvers av sektorene og mellom mottaksansatte og helsepersonell. Manglende informasjonsflyt, kommunikasjon og rutiner for å sikre at relevant helseinformasjon blir videreført i systemet, ble påpekt som problem både når det gjaldt informasjon av relevans for selve asylprosessen og innad i helsesystemet. Det er per i dag ingen automatisk videre sending av helseopplysninger innen helsetjenesten bortsett fra fra ankomstmottaket til første asylmottak. Deretter er det asylsøkeren selv som må be om at journaler sendes videre, noe som i mange tilfeller fører til at det beror på tilfeldigheter om denne informasjonen faktisk følger personen i systemet og bidrar til at nødvendig hjelp gis.

10.4 Erfaring med torturutsatte i faglige ressurs- og kompetansemiljøer

Regionalt ressurscenter om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging – RVTS

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er lokalisert i Oslo, Kristiansand, Bergen, Trondheim og Tromsø. Det er primært kompetanseheving som er mandatet til RVTS-ene. De fleste RVTS-ene har organisert seg på en slik måte at fagpersonene har anledning til en begrenset klinisk virksomhet, da gjerne knyttet til helseforetaket. Og det er innen den meget begrensede kliniske jobben at de RVTS-ansatte møter torturutsatte.

Når det framgår at pasientene har vært utsatt for tortur, har de i **RVTS Nord** kunnet henvisse til utredning ved patologisk avdeling på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Henvendelser om dette kan skje direkte fra helsepersonell som arbeider med asylsøkeren, eller via advokater. I **RVTS Øst** foregår det lite klinisk virksomhet i tilknytning til RVTS, men dersom det etterspørres torturutredning, blir det anbefalt å ta kontakt med patologisk avdeling på OUS. RVTS Øst forteller også at helsetjenesten for papirløse får forespørslers om torturutredninger, men at dette alltid er fra advokater som bistår i asylsaker.

Ved **RVTS Midt** utøves det kliniske arbeidet ved en traume- og torturklinikk som tar imot et meget begrenset antall pasienter hvert år, fortrinnsvis personer med oppholdstillatelse, inkludert personer som har vært utsatt for tortur. Klinikken har også gjennomført torturutredninger i forbindelse med asylsøkere. Det har i løpet av de siste fem årene vært færre enn 20 personer som er blitt tatt imot til utredning. Disse har vært henvist fra kommunehelsetjeneste eller advokat, men aldri fra myndighetene – UDI, PU eller andre.

RVTS Sør har ingen henvendelser om dette temaet da det ikke er klinikere ved RVTS. Når de er i kontakt med kommuner og helsepersonell i regionen, rapporterer de at det er slående hvor fraværende temaet er i alle sammenhenger. I forbindelse

med dette prosjektet tok RVTS Sør kontakt med kommunehelsetjenestene i sin region. De kommunale tjenestene hadde orientert om at det kun er få fagpersoner i helsetjenesten i regionen som har kompetanse på tortur og torturskader. Flere av disse fagpersonene har til gjengjeld arbeidet med denne problematikken i mange år.

Det etterspørres ikke kompetanseheving om tortur fra noen av RVTS' samarbeidspartnere i førstelinjen. Noen få fastleger meldte tidligere at det var interesse for kompetanseheving, men at det ikke hadde vært avholdt eller gjort tilgjengelig noen relevante kurs de senere år.

Transkulturelt senter Stavanger (TKS)

Transkulturelt senter (TKS) ved Stavanger universitetssjukehus hadde oppstart som pilotprosjekt i 2014 og gikk over i ordinær drift i 2016. Senteret tilhører Psykisk helsevern (PHV) og Psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige (PHBURA) – Avdeling unge voksne og flyktninger. TKS behandler alle aldersgrupper og jobber direkte med pasientrettet arbeid, konsultasjonsvirksomhet, veiledning og undervisning. Målet er å bidra til at traumatiserte asylsøkere og flyktninger får et likeverdig helsetilbud, med spesiell vekt på et godt tjenestetilbud som ivaretar deres psykiske helse. Transkulturelt senter tar imot henvisninger fra psykiatrisk divisjon og fra somatiske avdelinger ved SUS. I tillegg får de direkte forespørsler fra asylmottak. Ca. 20 prosent av dem som henvises, har vært utsatt for tortur.

Henvisninger om behandling, torturutredninger og dokumentasjon

Henvisning til torturutredninger og dokumentasjon kommer sjelden eller aldri, hverken fra mottak, fastlege eller innvandringsmyndighetene, men noen få ganger fra advokat. Derimot er TKS flere ganger blitt bedt om at det foretas en helseundersøkelse av en asylsøker. Det kan være en henvendelse fra advokat, fra personen selv eller fra ansatte ved mottak. I noen tilfeller har flyktningkonsulenter i regionen hatt tydelig behov for hjelp når det gjelder torturskader blant bosatte flyktninger. Men her har det ikke vært snakk om dokumentasjon i vanlig forstand, men mer veiledning med henblikk på oppfølging.

De ansatte ved TKS har opplevd at helseerklæringer de har utarbeidet, er blitt avvist av UDI og UNE. Dette er interessant sett opp mot lagmannsrettsdommen som omtalt tidligere. Noen ganger har TKS opplevd at asylsøkere har bedt om erklæring eller bekreftelse på at de går til psykolog eller behandling og har kontakt med TKS. Dette ber asylsøker om, slik de forstår det, på oppfordring fra UDI. Men etter at de har fått en slik en, er det uklart hvordan det følges opp eller vurderes fra UDIs side. Dette har særlig skjedd i perioder der det har tatt lang tid før de fikk første intervju.

Torturidentifikasjon og asylintervjuet

TKS har fått tilbakemeldinger om at asylsøkere ofte er usikre på tolken som brukes i intervjuene, og mange synes intervjuet er skremmende. Noen sier de ikke blir tatt på alvor. En asylsøker hadde fortalt at han/hun ønsket å si noe mer om det som var skjedd, men fikk beskjed om at «det holdt». De forteller at det er lite spørsmål om seksuelle overgrep. Noen unnlater også å fortelle om det – det blir for vanskelig og for usikkert.

I ett tilfelle ble en søker henvist til hjelp hos TKS av en mottaksansatt fordi asylsøker hadde hatt det veldig vanskelig under intervjuet, og hadde det veldig vondt etter at det var ferdig. Det blir også vist til at asylsøkere som har *egen dokumentasjon*, ofte tar denne med seg til møte med helsepersonell ved TKS. Det ble samtidig gitt

uttrykk for en viss usikkerhet knyttet til hvor godt dette tas hånd om i UDI, og hvor mye vekt som legges på slik medbragt dokumentasjon. Ved TKS blir pasientene alltid oppfordret til å levere dette til UDI, eventuelt til advokat.

På bakgrunn av de brevene som er tilsendt asylsøkere, da gjerne avslagsbrev, tolker TKS-ansatte det dit at det legges lite vekt på helsemessige forhold, fordi det er lite henvisning til helsesituasjon eller eventuelle attester om helsefaglige vurderinger i forbindelse med opphold, hvis en tar utgangspunkt i avslagsbrevene.

Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer, Sørlandet sykehus – SPST

SPST har tredjelinjefunksjon og får henvist pasienter via DPS som sekundære henvisninger. Det er ca. 20 prosent av avdelingens pasienter som har flyktningbakgrunn med alvorlig traumatisering, og jevnlig viser det seg da å være tortur i anamnesen. Iblant kommer direkte henvendelser fra advokater som kjenner til at det er lokal kompetanse om torturutredninger, og at slike oppdrag kan utføres. Det har aldri vært etterspurt torturutredning fra UDI eller UNE.

Det er svært variabelt om tortur er blitt fanget opp hos fastlegene. DPS-ene henviser ofte torturutsatte videre. Det har kommet en del tilbakemeldinger fra kommunale aktører om at det er vanskelig å få inn traumatiserte asylsøkere til DPS. De torturutsatte som henvises, kommer ofte sent inn i forløpet, unntatt i asylsaker der det er blitt avdekket tortur av ansatte på asylmottak. Det er sjelden helsepersonell i førstelinjen som avdekker tortur. De torturutsatte sier de ikke blir spurt direkte om tortur, men om opplevelser generelt. De ble ikke fulgt opp etter intervjuet, og mange har vanskelig for å fortelle og stoler ikke på tolken. Få pasienter ved poliklinikken har hatt med dokumentasjon fra hjemlandet, og det har aldri vært noen som ble henvist, som allerede hadde fått gjort en torturdokumentasjon.

En lege (B. Lie, medarbeider i dette prosjektet) har jobbet i SPST siden starten i 2008 og har hatt mange dokumentasjonsoppdrag – alle på oppdrag fra advokat, aldri fra UDI eller UNE. Igjen er dette i tråd med eksisterende praksis fra UDI og UNE, og er dermed også en av de praksiser som det settes spørsmålstegn ved i denne rapporten. Istanbulprotokollen har vært i bruk. Der andre ansatte ved SPST avdekker tortur, blir vedkommende internt henvist til Lie som gjør dokumentasjon av skader og henviser til somatiske tiltak hvis dette er nødvendig. Avdelingen har god kompetanse på psykologisk behandling av komplekse traumer, så dette gjøres av den enkelte behandler.

SPST har kompetanse både på tortur og komplekse traumer og får undervisningsoppdrag lokalt, regionalt og nasjonalt. Det er et tema som glemmes, fordi det er sjeldent å møte torturutsatte, men når det kommer opp, etterspørres kompetanse.

Fra det rettsmedisinske miljøet

Rettsmedisin er delt i rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Det er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng og der primære oppgaver knyttes til den sivile og strafferettslige rettspleien. Rettspatologi er den del av rettsmedisin der obduksjoner ved unaturlige dødsfall gjøres. Kliniske rettsmedisinske undersøkelser blir også utført av spesialister ved de kliniske avdelingene den skadde er i kontakt med. Det finnes flere rettsmedisinske avdelinger ved helseforetak rundt om i landet og ved universitetene (OUS, SUS, UiB, St. Olavs hospital, UNN og Nordlandssykehuset). I tillegg til disse består det rettsmedisinske miljøet i Norge av pедиатere som er involvert i overgrep mot barn, for eksempel gjennom arbeid på barnehus. Også fra

overgrepsmottak vil det komme henvendelser. Derfor er det totalt sett mange med mye erfaring med utredninger i slike situasjoner og dermed med erfaring som er relevant når det gjelder torturutredninger. Rettsmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo inntar en særlig sentral stilling når det gjelder fagfeltet i Norge, og vil kunne være en vesentlig ressurs i det videre arbeidet med å bygge opp et nasjonalt fagmiljø.

Generelt sett forteller informantene at de uhyre sjelden mottar henvendelser fra offentlige myndigheter. Det er kun når henvendelsene kommer fra offentlig instans, som rettsvesenet, at instituttene har mulighet til å gjennomføre torturutredninger. Instituttene krever honorering for å gjøre disse utredningene, og det er uklart hvilke satser som kan utløses her. Flere av fagpersonene i det rettsmedisinske miljøet har derimot lang erfaring med å gjennomføre torturutredninger pro bono.

Rettsmedisinsk institutt i Oslo, OUS, ved Folkehelseinstituttet får sjelden henvendelser om torturutredninger blant annet på grunn av takstuklarhet. De rettsmedisinske oppdragene som instituttet tar imot, kommer fra en offentlig instans, det være seg retten, politiet, UNE eller UDI. Dersom advokater henvender seg om enkeltklienter, for eksempel i en asylsak, kan denne kun tas imot dersom retten faktisk ber om det. Private henvendelser kan ikke tas. Derimot kan ansatte eventuelt ta slike oppdrag som private oppdrag.

Avdeling for klinisk patologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge mottar om lag to til tre henvendelser om torturutredninger i året. I løpet av de siste 20 årene har rettsmedisinere ved avdelingen gjennomført mellom 40 og 50 undersøkelser eller utredninger av torturerte asylsøkere. Rettsmedisinere har måttet gjøre torturutredninger ved siden av ordinær jobb, siden dette ikke er regnet som en av arbeidsoppgavene deres. Arbeidet er dermed utført uten noen konkret finansiering til avdelingen. Henvendelsene til avdeling for klinisk patologi kommer gjerne direkte fra asylmottakene, via fastlegene eller fra klinikerne ved helseforetaket, som er involvert i helsearbeid med asylsøkere. Avdeling kontaktes gjerne på telefon med spørsmål om det kan ha noen hensikt å henvise til undersøkelse. Etter en drøfting besluttes det om vedkommende skal sendes til avdelingen for undersøkelse, og det vil da stort sett være snakk om erklæringer som skal brukes i asylsaken. Det er rettsmedisinere eller patolog som gjennomfører undersøkelsen og dokumenterer med bilder. Så sendes de tilbake til henvisende lege. Pasienten blir forklart at undersøkelsen og rapporten er «pasientens eiendom», og at pasienten har full råderett over denne. Rettsmedisinerne vet sjelden hva som skjer videre i saken, men de har av og til fått tilbakemelding om at erklæringen var nyttig. Med andre ord, dette er en type virksomhet som baseres på interesse, engagement og pro bono arbeid.

Utredning og dokumentasjon av torturskader er krevende. Tydelige arr og deformiteter må sammenholdes med hendelsesforløpet pasientene beskriver. Samtidig er det ofte vanskelig å få pasientene til å fortelle sin historie og å fortelle denne detaljert. Nøyaktighet og høyt detaljnivå er viktig for undersøkende lege. Flere leger forteller at pasientene ofte forteller den store historien snarere enn detaljer om det som faktisk skjedde, og som har gitt grunnlag for skade.

Det er svært viktig at en torturutredning omfatter både fysiske og psykiske skader. Per i dag er det ingen steder i dette systemet som ser på de psykiske skadene når det gjelder torturutsatte. Dette er en stor mangel og må inn i planleggingen av et slik tiltak. Torturutredning må helt klart foretas i en rettsmedisinsk ramme med spesialister i nettverk, som også rommer ekspertise med utredning av psykiske skader.

Anbefaling og innspill på grunnlag av intervjuene

Det er viktig at det lages rammer og rutiner for torturutredninger, både når det gjelder torturutredninger som skal tjene som dokumentasjon i asylvurderinger og utredninger som skal beskrive behov for helsehjelp og rehabilitering. Dette vil også være relevant i en asylvurdering. Slike undersøkelser må alltid gjennomføres som et formelt oppdrag og bør ikke være noe som baserer seg på pro bono, selv om fagfolkene er aldri så kompetente. Torturutredninger skal sidestilles med spesialistutredninger. Det innebærer at det foreligge takst, som det offentlige skal betale. Ikke under noen omstendigheter skal torturutsatte betale selv.

Det må etableres et eget fagmiljø med fagpersoner som kan gjennomføre torturutredninger. Fagmiljøet bør både arbeide praktisk, ha ansvar for metodeutvikling, undervisning og veiledning av andre og være å jour med utviklinger på feltet, ha god kunnskap om og være oppdatert på Istanbulprotokollen og andre instrumenter. Fagmiljøet må forankres. Rettsmedisinsk institutt vil kunne være en slik forankring. Dette vil kreve at det etableres en form for kanal inn i dette systemet, der spesialister med spesialkompetanse på torturutredninger kan knyttes opp til miljøet innen klinisk rettsmedisin. Gjennom dette kan kvaliteten av torturutredninger bli sikret og systematisert. Det må altså bygges en systematikk rundt arbeidet med torturutredninger. I dag er dette ikke på plass.

Det er nylig utarbeidet en rapport fra Helsedirektoratet om rettsmedisin i Norge (Helsedirektoratet, 2020). Her går det fram at tortur og torturutredning bør inn som en del av det rettsmedisinske fagområdet – enten dette utvikler seg til å bli et eget spesialområde eller ikke.

10.5 Helsepersonell ved Nasjonalt ankomstsenter

Som beskrevet innledningsvis kommer bortimot alle asylsøkere til Norge først til Nasjonalt ankomstsenter i Råde. Tuberkulosestatus (og i skrivende stund) covid-test gjennomføres rett etter ankomst til senteret. Kommunehelsetjenesten har egne lokaler på ankomstsenteret, blant annet et sputumrom (der det tas prøver for å undersøke om det forekommer tuberkelbasiller i spytt) og et isolasjonsrom tilrettelagt for TB-kontroll, der også undersøkelse av covid-19 gjennomføres. Bemanningen ved helseavdelingen på Nasjonalt ankomstsenter består av tre sykepleiere, tre helsesykepleiere, en lege og én sykepleier som er avdelingsleder, og én lege. Legen har arbeidet ved ankomstsenteret i flere år.

I løpet av prosjektperioden ble PUMA-prosjektet iverksatt. I tillegg har helsetjenesten i Råde vært travel med covid-19 og smitteregime. Innreisekarantene kom sent på plass, og ankomstsenteret ble nedstengt to ganger i ti dager etter tilfeller av covid-19. Som i helsesektoren for øvrig har arbeidet under et strengt smitteregime med visir, munnbind og smittefrakk vært en ekstra belastning for personellet. De som trenger legeundersøkelse, skal bli gitt mulighet for det, men pandemien har også ført til at det heller ikke har vært mulig å gjennomføre helseundersøkelse av alle som kommer. Barn blir prioritert i denne situasjonen. Disse kartlegges og vaksineres, og nødvendig helsetjeneste skal tilbys dem som trenger dette.

Dokumentasjon av sårbarhet og tortur

Helsetjenesten ved ankomstsenteret skal primært gi «nødvendig helsehjelp». I dag anser ikke UDI dokumentasjon av torturskader som nødvendig helsehjelp, og torturutredninger blir derfor ikke prioritert. NOAS har i flere tilfeller varslet helsetjenesten i ankomstsenteret og satt sårbare asylsøkere i kontakt med denne etter samtykke fra

den enkelte. Men det har til nå aldri vært gjort en torturutredning som ledd i asylprosessen. Temaet tortur er også blitt tatt opp og drøftet, blant annet gjennom seminar i samarbeid med RVTS. I sjeldne tilfeller har politiet tatt kontakt med helsetjenesten hvis det har vært behov for akutt behandling i forbindelse med skader etter tortur.

I 2018 ble et pilotprosjekt gjennomført på Råde. Formålet var å gjennomføre en mer omfattende tidlig helseundersøkelse ved ankomst til Råde. Det ble tatt inn spørsmål om sårbarhet i ankomstundersøkelsen. Det var en forenkling av skjemaet i veilederen. Pilotprosjektet avdekket at det var behov for mer tid enn de skisserte 20 minuttene for å gjennomføre kartleggingen. I pilotprosjektet deltok kun 36% av de asylsøkerne som bodde på mottaket i prosjektperioden. Rundt halvparten av de undersøkte var å betrakte som sårbare og trengte oppfølging. Rapporten beskriver at de som deltok opplevde kartleggingen som positivt. Pilotprosjektet viste også at gitt tilstrekkelige ressurser ville en grundig kartlegging være mulig å gjennomføre innen de tre ukene asylsøkeren oppholder seg ved ankomstsenteret, og som oftest også før asylintervjuet med UDI.

Blant helsepersonellet i Råde er det stor interesse for å utvikle større traume- og torturkompetanse, og ankomstsenterets faste lege har i forbindelse med pilotprosjektet satt seg inn i Istanbulprotokollen. Legen anbefaler at sårbare grupper, inkludert torturutsatte, identifiseres i Nasjonale ankomstsenter, og at helseundersøkelse etableres som et rutinemessig tilbud til alle nye asylsøkere. Første del av denne undersøkelsen kan utføres av sykepleier for deretter, ved behov, å bli supplert med undersøkelse av lege. Legen understreker at det må sikres oppfølgingsrutiner og adekvat helsehjelp ved mottak i de kommuner der asylsøkerne skal bo etter at de har forlatt Råde. Det er ønskelig å få til dokumentasjon av torturutsatte allerede i Råde, noe som kan gjøre det mulig å tilrettelegge asylprosess og mottaksplassering når dette synes nødvendig. Ved å tilrettelegge for en standard undersøkelse og ikke som et frivillig tilbud vil man kunne oppdage og identifisere flere sårbare asylsøkere og sårbare med spesielle behov. Man må understreke at dette også må inkludere barn som pårørende til sårbare asylsøkere og barn som særlig sårbare på bakgrunn av egne opplevelser.

Det er et ønske fra de ansatte ved Råde kommunehelsetjeneste å få ressurser til å tilby systematisk kartlegging. På grunn av nedbemanning i helsetjenesten vil dette bli et spørsmål om ressurser når det gjelder kartlegging av sårbare og torturutsatte. Helsepersonellet i Råde understreker at torturutredninger og sårbarhetsutredninger er oppgaver som krever ressurser og derfor må gis som et klart oppdrag med de nødvendige forutsetninger for å kunne gjennomføre dette.

10.6 Oppsummering

For asylsøkere er det viktig at opplysninger om gjennomgått tortur eller andre former for umenneskelig behandling, og dokumentasjon av eventuelle fysiske og psykiske skader registreres tidlig etter ankomst til landet, slik at dette kan inngå i asylsaken. Videre er det viktig at vurdering av behov for behandling eller rehabilitering etter tortur blir kartlagt, da det også kan ha betydning ved vurdering av opphold, og eventuelt ved beslutning om retur.

Helsesektoren skal ha en framtreddende rolle med hensyn til å sikre identifisering, dokumentasjon og oppfølging av torturutsatte, men i vår kontakt med ansatte i helsesektoren har det vært et gjennomgående tema at det er mangelfull kompetanse om tortur og torturskader i hele hjelpeapparatet. Problemer her knyttes både til manglende kunnskap om mulige tiltak hvis tortur identifiseres, og til fraværet av tilgjengelige tiltak. Helsepersonell mangler rutiner for hvor og hvordan man kan formidle

informasjon om gjennomgått tortur og dens følger inn i asylprosessen. Det samme gjelder muligheter for utredning så vel som behandling og rehabilitering av torturskader. Det vil kreve mer personellressurser på ankomstmottaket for å få gjennomført en noe grundigere tidlig helseundersøkelse der også anførsler om gjennomgått tortur kan bli registrert og eventuelle fysiske eller psykiske symptomer kan være en følge av tortur. Det er et klart behov for tydelige retningslinjer fra justis- og helsemyndigheter om hvordan torturutredninger skal tematiseres, sikres gjennomført og honoreres. Det er store mangler i tilgang på ekspertise og spesialister som kan gjøre torturutredninger. Jobben med å utrede og dokumentere skader etter tortur er ikke forankret i et system og ordninger for finansiering av slike utredninger er ikke på plass.

Del 4 Konklusjon og anbefalinger

11 Oppsummering av Norges forpliktelser

Arbeidet med denne rapporten har hatt som siktemål å utrede Norges forpliktelser overfor torturutsatte i asylprosedyren etter internasjonal og nasjonal rett, og vise til anbefalt praksis basert på nasjonalt og internasjonalt regelverk og praksis. I det følgende beskriver vi forpliktelsene som følger av Norges internasjonale konvensjonsfestede avtaler.

Torturforbudet og non refoulement

1 – Norge har en plikt til å vedta lover og andre administrative tiltak som sikrer oppfyllelsen av forbudet mot tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og sikrer vernet mot utsendelse etter non refoulement-prinsippet.

Forbudet mot tortur og refoulement er forbud av absolutt karakter og rettslig bindende for Norge. Dette følger av folkerettslig sedvanerett, EMK, Torturkonvensjonen, samt praksis fra EMD. Dette tilsier en særlig plikt til håndhevelsen av folkerettslige forpliktelser gjennom effektive, administrative og lovgivningsmessige tiltak i norsk rett.

En rettssikker og effektiv asylprosess

2 – Norge har en plikt til å sikre en asylprosess der det blir gjort en grundig og forsvarlig vurdering av alle relevante risikofaktorer for framtidig tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved vurderingen av beskyttelsesbehov og ved spørsmålet om vern mot utsendelse.

Det følger av Flyktningkonvensjonen, folkerettslig sedvanerett, EMK, TK, EMD-praksis, og uttalelser fra UNHRCR, en rett til å søke asyl og en rett til en asylprosess. Ved torturkomiteens tolkning av torturforbudet og non refoulement-prinsippet og ved tolkningen av EMK artikkel 3 og EMD-praksis er det i tillegg utledet visse særlige prosessuelle rettigheter for torturutsatte i asylprosessen. Det følger videre av dette en plikt til å opplyse saken tilstrekkelig til at det kan treffes et korrekt vedtak. Det følger av EMD sin gjennomgang av rettspraksis og fra uttalelser fra torturkomiteen, at det skal finne sted en grundig vurdering og der nødvendig innhenting av

dokumentasjon og helseundersøkelser må bli gjennomført. Saksbehandlere skal ha nødvendig kompetanse og tilgang til effektive identifiseringsverktøy i sitt arbeid.

3 – Norge har en plikt til å sikre i asylprosessen at saksbehandlingen i asylprosessen ikke relativiserer risikovurderingen til den torturutsatte, samt følge likhetsprinsippet, prinsippet om ikke-diskriminering, det absolutte forbudet mot tortur og vernet mot utsendelse til tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling.

Saksbehandlingen i asylprosessen til den torturutsatte skal følge likhetsprinsippet og prinsippet om ikke-diskriminering og det absolutte forbudet mot tortur og vernet mot utsendelse.

4 – Norge har en plikt til å sikre at asylsøkerens tidligere opplevelser av overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling inngår i vurderingen av framtidig risiko for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved vurderingen av beskyttelsesbehov og spørsmålet om vern mot utsendelse til tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling.

Det følger tydelige føringer av internasjonal rettspraksis og komitéanbefalinger, at ofre for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling vil kunne være i risiko for gjentatte og nye krenkelser og overgrep, noe som krever grundige og konkrete vurderinger i asylprosessen. Dette forutsetter at slike erfaringer identifiseres blant annet gjennom tidlige helseundersøkelser og torturutredninger.

5 – Dersom helsemessige forhold utgjør en relevant risikofaktor for den torturutsatte, skal det ved vurdering av beskyttelsesbehov og vern mot utsendelse foretas en konkret vurdering av risikoen for alvorlig, hurtig eller irreversibel forverring av helsetilstanden som vil kunne medføre intens smerte eller kortere levealder.

Etter EMK artikkel 3, praksis fra EMD og EU-domstolen samt tolkning av EUs direktiver utledes noen særlige risikomomenter som skal inngå i den konkrete vurderingen av spørsmålet om det foreligger beskyttelsesbehov og vern mot utsendelse. Det ene er der den torturutsattes rett til nødvendig helsehjelp eller rett til rehabilitering ikke vil bli forsvarlig ivaretatt ved retur.

Det andre er der humanitære forhold er av en slik alvorlig karakter at det tilsier en risiko for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved retur. Det inkluderer barns rett til forsvarlig omsorgssituasjon ved retur. Dette følger også av torturkonvensjonen artikkel 13 og torturkomiteens anbefalinger samt barnekonvensjonen artikkel 24 og GC 14. Et vesentlig moment ved vurderingen av helsemessige og humanitære forhold er hvorvidt asylsøkeren vil stå i fare for alvorlige og irreversible skader ved retur som kan utløse en krenkelse av EMK artikkel 3.

Identifisering, dokumentasjon, helseundersøkelser og helseoppfølging

6 – Norge bør kodifisere i lov, forskrift, eller gjennom andre administrative tiltak, klare og konkrete prosedyrer og retningslinjer for identifisering av sårbare og torturutsatte asylsøker.

Det følger av torturkomiteens anbefalinger og EUs direktiver, at stater skal etablere gode rutiner og mekanismer for å kunne identifisere og dokumentere tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling i asylprosessen.

7 – Norge bør implementere Istanbulprotokollen og den bør inngå som en del av reglene for kartlegging og dokumentasjon av tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling i saksbehandlingen i asylprosessen.

De mest autoritative retningslinjene for utredning og dokumentasjon av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling er Istanbulprotokollen som ble utviklet med siktemål å sikre god standard på torturutredninger, og muliggjøre slik dokumentasjon i rettssystemet. Istanbulprotokollen er ikke rettslig bindende, men den tar utgangspunkt i sentrale menneskerettighetskonvensjoner, og er i dag ansett som et meget sentralt FN-dokument og autoritativ retningslinje, som det vises til i internasjonal praksis og av internasjonale menneskerettighetsorganer.

8 – Norge har en plikt til å gjennomføre helseundersøkelser av asylsøkere, og en særlig helseoppfølging av torturutsatte, under asylprosessen og ved ivaretagelsen av asylsøkere i mottak.

Det følger av EMDs praksis, torturkomiteens generelle kommentarer og de individuelle anbefalinger til stater, samt EUs direktiver, en særlig plikt til å gjennomføre helseundersøkelser blant annet med sikte på å identifisere tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling. Det skal tilrettelegges for helseundersøkelser og helseoppfølginger i asylprosessen og i mottak. Gjennom helseundersøkelser og helsedokumentasjon i tråd med Istanbulprotokollens prinsipper får ofre for tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling en mer effektiv tilgang til helserettigheter og en stryket rettsstilling i asylprosessen. Torturkomiteen har i sine kommentarer kommet med sterke anbefalinger om å implementere og kodifisere Istanbulprotokollen i statenes nasjonale rett.

Barn i asylprosessen

9 - Norge har en særlig plikt til å identifisere barn som har blitt utsatt for overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling og sikre en forsvarlig helseoppfølging.

Barnekonvensjonen gjelder som norsk lov med forrang foran annen norsk lovgivning, jamfør menneskerettsloven, og barns menneskerettslige vern er også særlig regulert i Grunnloven § 104. Det er viktig med en barnesensitiv tilnærming ved anvendelsen av bestemmelser innen asylfeltet og der de særlige hensyn som gjør seg gjeldende for asylsaker som gjelder barn, blir tilstrekkelig tatt i betraktning og vektlagt. Det må etableres identifiseringsmekanismer som, allerede ved ankomst, kan fange opp og identifisere asylbarn med tidligere opplevelser av overgrep, tortur og CIDT, noe er nødvendig for at barn sikres den oppfølging og helsehjelpen de har krav på. Fordi risikoen for skadefølger er betydelig større for barn enn hos voksne, bør alle nyankomne asylbarn gjennomgå en helseundersøkelse som i tilstrekkelig grad kan bidra til å avdekke torturutsatte.

Rehabilitering

10 - Norge har en plikt til å følge opp og sikre de torturutsattes rett til helsehjelp og rehabilitering. Utlendingsmyndigheter plikter å varsle til rett helseinstans om den torturutsattes skader etter overgrep, tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling straks de har blitt avdekket under asylprosessen.

Etter Torturkonvensjonen artikkel 14 følger det en særskilt rett til rehabilitering, og av torturkomiteens anbefalinger at rehabiliteringen må være helhetlig og inkludere medisinsk og psykologisk bistand i tillegg til juridiske og sosiale tjenester. Staten plikter å gi nødvendig helsehjelp til den torturutsatte og sørge for rehabilitering. Torturkomiteen har tolket artikkel 14 til å gjelde også for torturofre som befinner seg utenfor den stat hvor torturen fant sted, altså ekstraterritoriell anvendelse.

11 - Norge har en plikt til å sikre torturutsatte en rett til rehabilitering, uavhengig av deres oppholdsstatus. Dersom helseutredning underbygger alvorlige torturskader med behov for rehabiliteringstiltak, bør slike tiltak iverksettes.

Det følger av torturkonvensjonen artikkel 14 en plikt for stater til å yte erstatning, inkludert rehabilitering og juridisk bistand til personer utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Torturofre skal sikres tilgang til en så fullstendig rehabilitering som. I torturkomiteens generelle kommentarer nummer 3 er særlig prinsippet om ikke-diskriminering og likhetsprinsippet framhevet når det gjelder

torturutsatte asylsøkeres rett til rehabilitering uavhengig av deres status. Nødvendig helsehjelp skal ikke redusere eller gå ut over et mer omfattende rehabiliteringsløp.

Kompetanse

12 - Norge har en plikt til å sikre opplæring og kompetanseheving når det gjelder torturforbudet, identifisering av torturerte og dokumentasjon, inkludert Istanbulprotokollen, og innen rettsanvendelsen og tolkningen av den rettslige vurderingen av tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling i asylsaken.

Torturkonvensjonen artikkel 1, torturkomiteens generelle kommentarer og individuelle anbefalinger til stater, EMDs praksis og EU-domstolens praksis og direktiver, underbygger at det knytter seg sammensatte og komplekse vurderinger i forståelsen av torturbegrepet og annen grusom og nedverdiggende behandling der riktig tolkning og rettsanvendelse vil være grunnleggende for å sikre riktig beslutninger. Det vil være særlig viktig i den enkelte asylsak, at tortur og annen grusom og umenneskelig behandling blir riktig vurdert.

13 - Det skal sikres nødvendig kompetanse i de etater og sektorer med ansvar for helsemessig oppfølging og andre liknende tiltak overfor asylsøkere utsatt for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling, inkludert torturidentifisering og dokumentasjon.

Kunnskap om tortur, torturens konsekvenser og kompetanse knyttet til måter å møte og eventuelt hjelpe personer som har vært utsatt for tortur, er helt grunnleggende på alle nivåer i systemet som har kontakt med denne gruppes sårbare mennesker. Det følger av torturkonvensjonens artikkel 10 at stater plikter å sørge for utdanning og informasjon om torturforbudet til relevant personell, som politi og militære, advokater og dommere, helsepersonell og andre. Torturkomiteens anbefalinger til stater viser også til en klar plikt til å sørge for at relevant personell får grundig opplæring i måter å identifisere tortur på, grundig kunnskap om Istanbulprotokollen, samt kunnskap om måter å behandle og rehabiliterer mennesker utsatt for tortur eller CIDT. Slik kompetanse må også sikres i relevante utdanninger.

Forebygging

14 - Norge har en plikt til å sikre effektive tiltak til å forebygge tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og til å sikre at situasjonen til sårbare personer, i særdeleshet sårbare i asylprosessen, inkludert torturutsatte, ikke forverres eller utvikler seg på måter som kan utgjøre alvorlige belastninger på personen eller samfunnet som helhet.

Det følger av torturkonvensjonen og tilleggsprotokollen (OPCAT), en klar plikt til å forebygge tortur og annen grusom og nedverdiggende behandling og hindre at personer utsettes for ny eller gjentatt tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling. Det følger av torturkomiteens generelle kommentar nummer 2 at det i særlig grad blir tatt hensyn til sårbare grupper eller mennesker i sårbare situasjoner, inkludert personer som søker om beskyttelse, som er utsatt for menneskehandel mv. Det innebærer et særlig ansvar for stater til å sikre at personer med alvorlige skader eller helseproblemer, inkludert etter tortur, ikke befinner seg i situasjoner der det er rimelig grunn til å anta at dette vil forverre situasjonen og medføre ytterligere belastninger på liv og helse.

12 Diskusjon og konklusjon

Arbeidet med denne rapporten har hatt som siktemål å utrede Norges forpliktelser overfor torturutsatte i asylprosessen etter internasjonal og nasjonal rett og også vise til anbefalt praksis etter nasjonalt og internasjonalt regelverk og praksis. I arbeidet har vi lagt til grunn og også argumentert for at det arbeidet som naturlig springer ut av eksisterende forpliktelser og anbefalinger vedrørende torturutsatte i asylprosessen, ikke kan gjennomføres av utlendingsforvaltningen alene. Vi viser derfor gjennomgående til de nasjonale oppgavene som følger av forpliktelsene, og til måter som disse kan oppfylles i de ulike og relevante deler av norsk forvaltning. I vår gjennomgang og drøfting av de ulike oppgavene, først og fremst knyttet til identifisering, dokumentasjon, vurdering og oppfølging av torturskader og den torturutsatte asylsøkers situasjon, viser vi derfor til det konkrete sektoransvaret og til de institusjoner eller etater som har særlig ansvar for de ulike temaområdene.

Som vi har vist i rapporten, har det gjennom de siste 30 år vært gjort mye arbeid og viktige forsøk på å få torturutsatte og deres situasjon og behov tydeligere inn på agendaen, både innen helsesektoren og innen utlendingsforvaltningen. Disse har ikke uten videre vært å betrakte som en suksess. I rapporten har vi derfor vist at tortur er temmelig fraværende i mange av de viktige sammenhengene innen asylfeltet, dette gjelder tortur som alvorlig menneskerettighetsbrudd, tortur som alvorlige og skadelige erfaringer mennesker med fluktbakgrunn kan ha, og tortur som tema i vurderinger av asylgrunnlaget. Konkret har vi vist til fravær av tiltakskort og retningslinjer vedrørende tortur, lite søkelys på identifisering av tortur som form for sårbarhet, uklar strategi for å få fram torturhistorier i asylintervju og begrenset drøfting av hva det faktisk kan og bør bety, eller hvilke tiltak som utløses, når historier om tortur kommer fram i løpet av asylfasen. Det er viktig at slike konkrete prosedyrer følges opp gjennom hele asylprosessen. Det gjelder for øvrig også videre oppfølging og rehabilitering i helsevesenet. Dersom Norge skal klare å møte de nasjonale og internasjonale forpliktelserne overfor torturutsatte, er det nødvendig å se de juridiske, helsemessige og forvaltningsmessige aspektene i sammenheng. Ved siden av å peke på de enkelte etaters og sektorenes spesifikke ansvarsområder og forbedringsmuligheter understreker vi altså behovet for tverrsektorielt samarbeid, gode kommunikasjonsrutiner og flerfaglige tilnærminger. Våre forsøk på å oppsummere og konkludere før vi viser til de direkte anbefalingene, er inndelt i fem hovedkategorier.

12.1 Torturkonvensjonen i utlendingsforvaltningen

Til tross for at torturkonvensjonen er rettslig bindende, har den ført til få føringer i utlendingsforvaltningen. Den rettslige gjennomgangen har vist at konvensjoner og traktater Norge har forpliktet seg til å følge, i betydelig grad har blitt inkorporert i nasjonal rett. Dette gjelder også forpliktelsene som følger av torturkonvensjonen og de rettigheter som ofre for tortur har ifølge denne. Som vi har vist til i rapporten, har Norge ved flere anledninger, i sin rapportering til CAT, anerkjent og bekreftet behovet for å sikre tidlig identifisering av torturutsatte med siktemål blant annet å kunne tilby god oppfølging. Det er samtidig lite samsvar mellom dette og gjeldende praksis,

noe som indikerer et behov for tydeligere prosedyrer og et mer tilgjengelig regelverk på dette feltet. Det er gjennomgående fravær av referanser til FNs torturkonvensjon som grunnlag for vurderinger av beskyttelsesbehov. I utlendingsforvaltningen synes det å være lite kunnskap om, og bevissthet rundt, torturkonvensjonen og forpliktelsene denne medfører, og det er for eksempel ikke utarbeidet egne tiltakskort for identifisering av tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, noe som derimot er gjort i forbindelse med andre kategorier sårbarhet. I datamaterialet ser vi at det stilles få direkte spørsmål til asylsøkeren vedrørende tortur, og dersom anførsler om tortur nevnes i intervjuet, følges det sjelden opp med utdypende spørsmål. Det er uklart i hvor stor grad saksbehandlere vurderer behovet for at eventuelle skader bør danne grunnlag for videre utredning og dokumentasjon, som igjen vil kunne tilføre vurderingen større bredde med hensyn til risiko for tortur ved retur og behov for rehabilitering (se også rapport Schatvedt, 2021). Generelt sett finner vi at personers erfaringer med tortur har en underordnet rolle i gjennomføringen av asylintervjuet, i troverdighetsvurderinger og vurdering av beskyttelsesbehov. Dette mener vi blant annet skyldes at det ikke er etablert en prosedyre som ivaretar torturutsatte som en sårbar gruppe med spesielle behov. Det må derfor være en prioritert oppgave å få et system på plass, gjerne med utgangspunkt i prinsippene beskrevet i den nasjonale veilederen for helsetjenester (IS-2022), for å sikre en enhetlig praksis i tråd med internasjonal standard slik det også er tydelig anbefalt av CAT.

Ansvar for å sikre at relevant informasjon foreligger for at saken opplyses på best mulig måte, er definert på ulike måter i norsk regelverk. Ifølge utlendingsloven kapittel 11, § 93 fjerde ledd heter det at «søkeren plikter å gjøre sitt beste for å fremlegge nødvendig dokumentasjon og medvirke til innhenting av nødvendige opplysninger». Videre heter det at «Utlendingsmyndigheten har et selvstendig ansvar for å innhente nødvendige og tilgjengelige opplysninger før avgjørelse blir tatt». UDI skal på sin side, ifølge UDI 2013-02020 punkt 3.2, påse at saker som behandles, er så godt opplyst som mulig før det fattes vedtak. Dette innebærer blant annet at en eventuell helseerklæring bør framlegges så snart det er praktisk mulig før UDI fatter vedtak.

Det synes her som en stor del av ansvaret er lagt på asylsøker selv, inkludert for å framskaffe helseerklæringer/dokumentasjon. I denne sammenhengen kan det være nyttig å vise til EUs prosedyredirektiv artikkel 18, som primært utpeker myndigheter som ansvarlige for at det skjer en medisinsk undersøkelse når man kan vise til tidligere forfølgelse, det vil si dokumentasjon av tortur. Direktivet åpner også for at søker selv alternativt kan sørge for dette. Når det gjelder UDIs regelverk, er det derimot definert som et selvstendig ansvar fra myndighetenes side når det gjelder identifisering av menneskehandel. En nærmere avklaring av ansvarsforhold med hensyn til identifisering av torturerte asylsøkere inngår som en av anbefalingene i denne rapporten. Å være torturutsatt utgjør ikke nødvendigvis et behov for beskyttelse. Det er dersom en risikerer tortur ved retur, at retten til beskyttelse slår inn. Ikke desto mindre mener vi at det ligger en forpliktelse, gjennom nasjonal og internasjonal rettspraksis, til at tortur alltid må vurderes, og at tortur bør få en mer framtrædende betydning også i vurderinger om beskyttelsesbehov. Som det beskrives i generell kommentar nummer 4 (CAT, 2017), skal det ved informasjon eller antakelse om at tortur har funnet sted, gjennomføres en torturutredning også der det ikke foreligger et klart beskyttelsesbehov (se også OHCHR/UNVFT, 2017). Det som framheves i denne rapporten, er viktigheten av og behovet for at det gjennomføres en vurdering av eventuelle torturskader, vurdering av behandlingsbehov og vurdering av mulighet for behandling ved retur som grunnlag for vurdering av status i den enkelte sak. I den sammenheng er det naturlig å vise også til CATs generelle kommentar nummer 3 om

retten til rehabilitering uavhengig av legal status (UN, 2012). Dessuten bør torturens omfang, art og konsekvenser vurderes, og hva det vil si å returnere asylsøkere med torturerfaringer til hjemlandet. Hvilke konsekvenser har torturen hatt for personen, kanskje også for personens familie? Hva vil det kunne innebære å returnere en person med slike omfattende skader til en situasjon som er meget ustabil? Selv om personen ikke utsettes for direkte fysisk tortur ved retur, så vil kombinasjonen av skader og usikkerhet i alvorlige tilfeller føre til at retur anses som «tantamount to torture or CIDT», altså noe som kan betraktes som grusom og umenneskelig behandling eller tortur. Med andre ord må vi ta på alvor at noen har blitt torturert, og gjøre det som er mulig for å skaffe det nødvendige grunnlaget for å vurdere betydningen av slike erfaringer som ledd i vurderingen av beskyttelsesbehov.

Fraværet av «tortur» i asylprosessen gjøres tydelig ved at hverken tortur, umenneskelig behandling eller voldtekt er tatt inn som kategorier i de nevnte tiltakskortene, og det påhviler asylsøker alene å få dette dokumentert og sannsynliggjort. Følgelig er det et fravær av retningslinjer for å fange opp disse forholdene, tilrettelegge selve asylintervjuet eller på andre måter følge opp dette i den videre i asylprosessen.

12.2 Vurdering av sårbarhet i asylprosessen

Over en årrekke er det blitt gjort mye for å utarbeide retningslinjer for tidlig identifisering av sårbarhet, herunder tortur, både med referanse til EUs mottaksdirektiv og EUs prosedyredirektiv uten at disse i særlig grad er blitt innarbeidet eller styrende for praksis.

Målet har vært å øke bevisstheten om ulike sårbarhetskategorier, bidra til å bedre identifisering, tilrettelegge for selve asylintervjuet, tilrettelegge tilværelsen i mottaket samt sikre at relevant informasjon tilflyter utlendingsforvaltningen med sikte på selve asylvurderingen. Tiltakskortene rommer også forslag til informasjonsinnhenting, tiltak og eventuelle henvisningsprosedyrer. Den konkrete anvendelsen av informasjon framkommet gjennom dette i asylvurderingen er kanskje ikke tilstrekkelig tydeliggjort.

Det som foreligger med henblikk på definisjon av sårbarhet, som i UDI 2015-029 «Identifisering og oppfølging av sårbare beboere i asylmottak», viser til personer som «kan være utsatt for menneskehandel, barneekteskap eller vold i nære relasjoner, herunder tvangsekteskap og kjønnslemlestelse». Det betyr en ikke uttømmende oversikt over hvem som anses som sårbare asylsøkere, og der for eksempel tortur, grusom og umenneskelig behandling og voldtekt ikke er inntatt, heller ikke noe redegjørelse for «sårbarhet med spesielle behov».

En verdifull side ved utvikling og anvendelse av tiltakskortene er at de gir saksbehandler så vel som mottaksansatte et særlig ansvar med hensyn til å oppdage og beskrive tilstandene beskrevet, iverksette videre oppfølging samt sikre at informasjon tilbakeføres til systemet. Dette betyr i praksis et «delt ansvar» når det gjelder identifisering av slike sårbarhetskategorier, altså at det ikke alene påhviler den enkelte asylsøker å bringe dette fram, eventuelt dokumentere eller sannsynliggjøre slike erfaringer. Et delt ansvar innebærer ofte en risiko for uklar rolle- og ansvarsfordeling, som til syvende og sist kan føre til at ansvaret pulveriseres og ingen tar det ansvaret. I våre anbefalinger har vi derfor vært bevisste på å peke på og ansvarliggjøre den eller de etatene de enkelte anbefalingene gjelder.

Med grunnlag i omfattende informasjon og forskning knyttet til mennesker som har vært utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, synes det rimelig å vurdere enhver person som har vært utsatt for tortur, som sårbar med

spesielle behov. Det er rimelig å følge anbefalinger i tidligere rapporter, se Brekke et al. 2010 om tydeliggjøring og operasjonalisering av sårbarhet slik dette er vist til i mottaksdirektivet, særlig artikkel 21 om «vulnerable persons», i artikkel 22 om mindreårige utsatt for tortur, artikkel 25 om «victims of torture and violence» eller i Anneks 1, punkt 2 der stater bes om å beskrive de ulike stegene i identifisering av personer med særlige mottaksbehov, i særdeleshet for enslige mindreårige, ofre for tortur eller annen form for alvorlig psykisk, fysisk eller seksuell vold og ofre for menneskehandel.²⁸⁵ I denne sammenhengen kan det også vises til EUs prosedyredirektiv (se over) om staters forpliktelse til å innhente medisinske utredninger (se over). Til tross for at Norge ikke formelt er bundet av disse direktivene, mener vi at de reflekterer internasjonale anbefalinger og standarder.

Erfaringer basert på anvendelsen av eksisterende retningslinjer når det gjelder ulike kategorier sårbarhet, og en drøfting av hvilken vekt og plass informasjon om ulike former for sårbarhet får i selve asylvurderingen, er sentrale for utviklingen av tenkning og praksis når det gjelder tortur og torturutsatte i asylprosessen.

12.3 Helsetjenester og henvisningsprosedyrer

Ifølge eksisterende regelverk har asylsøkere full adgang til helsetjenester, både umiddelbar helsehjelp og spesialistbistand hvis dette er anbefalt og/eller nødvendig. I praksis tyder vår undersøkelse på følgende: Det første møtet med helsevesenet begrenser seg nesten uten unntak til en tuberkulose-screening ved ankomst til Norge. Svært få asylsøkere henvises til helsesamtale eller videre til en grundigere helseundersøkelse, med henblikk på somatisk og/eller psykisk sykdom. Hvis det ved helseundersøkelsene avdekkes skader som kan være oppstått på grunnlag av tortur, er det også svært få som henvises til utredning og nærmere undersøkelse vedrørende slike skader.

I denne rapporten argumenterer vi for at gode helseundersøkelser bør gjennomføres tidlig av uavhengig helsepersonell. Disse må ha kompetanse til å kunne vurdere behov for videre torturutredninger etter Istanbulprotokollen. Den enkelte asylsøker skal ikke ha økonomiske forpliktelser forbundet med slike torturutredninger. Samtidig er det vesentlig å anerkjenne at torturutredninger krever spesialisert kompetanse og er krevende arbeid. Slike torturutredninger kan ikke gjøres som «gratis» tjenester av helsepersonell, som er utstrakt praksis i dag. Torturutredninger må inngå i et offentlig system med konkrete prosedyrer, etablerte og kompetente fagmiljøer og fastlagte økonomiske rammer. Vi har argument for at det påhviler myndighetene et ansvar til å sørge for at slike torturutredninger faktisk gjennomføres, både gjennom bestilling fra utlendingsmyndighetene for å opplyse saken og gjennom henvisning fra helsesektoren. Dette forutsetter klarer rutiner og prosedyrer for å sikre ivaretagelsen av den enkelte asylsøker og sikring at informasjon og vurderinger er tilgjengelige for de relevante instansene i asylprosessen. I annex 1 presenteres et forslag til helseundersøkelse og prosedyrer i forbindelse med torturutredning, som tydeliggjør sammenheng og prosess i dette arbeidet (se Annex 1).

²⁸⁵ On the basis of Articles 2(k) and 22, please explain the different steps for the identification of persons with special reception needs, including the moment when it is triggered and its consequences in relation to addressing such needs, in particular for unaccompanied minors, victims of torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence and victims of human trafficking

12.4 Saksbehandling, saksgang og vei gjennom systemet

Kommunikasjon og informasjonsflyt er sentralt for å sikre at det skaffes til veie god nok informasjon om eventuelle torturskader, og at informasjonen tilflyter systemet. Gode torturutredninger er viktige, og vi vil hevde at disse bidrar til et godt og nødvendig vurderingsgrunnlag i asylsaker. Informasjon eller antakelse om at en asylsøker har vært utsatt for tortur eller annen grusom og umenneskelig behandling, kan være basert på informasjon fra PU i forbindelse med ankomstregistrering, fra UDI etter asylintervju, fra NOAS etter samtale på det nasjonale ankomstsenteret, fra helsepersonell i kontakt med asylsøker i forbindelse med TB-undersøkelse eller ved eventuell tidlig helseundersøkelse ved ankomst så vel som fra konsultasjon med helsepersonell, mottaksansatte eller fra medbragte dokumenter. Dette skal gi grunnlag for en nærmere utredning, det vil si en torturutredning som kan anses som en spesialist-erklæring, slik dette er gjort rede for i rapporten. I den sammenhengen er det sentralt at det foreligger rutiner for innhenting av informert samtykke fra den enkelte asylsøker, slik dette er beskrevet i den nasjonale veilederen for helsetjenester (IS-2022). Helserelevante uttalelser som vist til her, vil omfatte både spesialisterklæringene vedrørende tortur, ifølge Istanbulprotokollen, og helseutredning vedrørende aktuell helse og nødvendig helsehjelp, inkludert behov for bredere rehabilitering.

Det er stort behov for retningslinjer for hva som skjer med slike uttalelser, det må avklares hvem som har det økonomiske ansvaret for slike utredninger, og det må være avklart i systemet hvordan slike rapporter skal bidra til å kaste lys over asylsøknad og beskyttelsesbehov. Rehabilitering av torturutsatte er en viktig bestanddel i utredningskjeden. Både denne og andre rapporter (se for eksempel Røde Kors: *Torturert og glemt?*) beskriver et meget begrenset tilbud innen dette området, til tross for sakens alvorlige karakter og de forpliktelser som ligger i det å motta personer med skader fra tortur eller CIDT.

12.5 Styrking og tilgjengeliggjøring av kompetanse

For å sikre at Norge kan oppfylle sine forpliktelser overfor torturutsatte, er det stort behov for et kompetanseløft både i utlendingsforvaltningen og i helsesektoren. Funnene våre viser at kjennskap til torturkonvensjonen og Istanbulprotokollen er svært varierende, og både saksbehandlere og helsepersonell etterlyste mer kunnskap om tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling. Kjennskap til tortur og dens potensielle følger er en vesentlig kompetanse med henblikk på troverdighetsvurderinger og oppfølging av asylintervjuene. Både i egne og i andre undersøkelser vi viser til, fant vi at helsepersonell etterlyste bedre kunnskap om tortur og annen grusom eller umenneskelig behandling og de følgene som dette har. Videre etterlyste de bedre og mer systematiske hjelpetiltak og kompetanse i Istanbulprotokollen og gjennomføring av torturutredninger. Slik kompetanse er viktig for å vurdere behov for helsehjelp og rehabilitering og som grunnlag for dokumentasjon av overgrep.

Kompetanse om tortur og hvordan torturutsatte best kan ivaretas, er også vesentlig for å sikre et tilpasset botilbud i mottak. Mens mottaksansatte pålegges et ansvar for identifisering og oppfølging av sårbare beboere i mottak, har de per i dag ingen retningslinjer knyttet til torturutsatte. Det framgår ikke av reglementet at særskilte forhold må være til stede for å kunne ivareta torturutsatte ved mottakene. Det vites derfor ikke om torturutsatte vurderes og tilbys plasser i tilrettelagte mottaksavdelinger, et tilbud forbeholdt personer med særskilte oppfølgingsbehov, som alvorlige psykiske problemer og/eller personer med utagerende og/eller voldelig atferd med rett på mottaksplass, for eksempel «Særhol».

Til oppsummering: Informasjon, kunnskap, faglige utredninger og gode strategier for tiltak og oppfølging når det gjelder tortur, er viktig i enhver asylprosess, noe vi mener vi har argumentert for både ut fra folkerettslige og medisinske perspektiver. Dette krever en rekke tiltak som vi har beskrevet, fra ankomst, via tuberkuloseundersøkelse og eventuell helseundersøkelse/-konsultasjon med helsepersonell, gjennom asylinterviene og videre oppfølging både i asylsaken og i mottakene og gjennom tilgang på spesialister på å utrede tortur. Til sammen skal dette kunne gi det kunnskapsgrunnlaget som er nødvendig for å vurdere de torturutsattes erfaringer, inkludert helsemessige og sosiale konsekvenser av tortur og hvilken betydning dette skal ha, samt hvilken vekt dette skal tillegges når det gjelder behov for beskyttelse. Det som aldri bør kunne forsvares, er at så alvorlige overgrep som det tortur representerer, tilsettes som irrelevant eller av mindre interesse, eventuelt basert på ufullstendig argumentasjon om at tortur ikke gir beskyttelse. Tortur er et mangfoldig og dramatisk traume og representerer et av de mest alvorlige menneskerettighetsbruddene. Ethvert land som skriver seg inn i det internasjonale arbeidet mot tortur, bør i hvert enkelt tilfelle kunne vurdere på hvilken måte slike erfaringer skal komme i betraktning. Vi mener at vi på grunnlag av vår forskning bør kunne hevde at tortur er for alvorlig til ikke å bli tatt på alvor. Enhver torturhistorie fortjener å bli tatt på alvor.

Vi vil avslutte med følgende ord av den amerikanske poeten Carl Bard: «though no one can go back and make a brand new start, anyone can start from now and make a brand new ending».

13 Anbefalinger

Gutta cavat lapidem (Ovid ex ponto IV 10.5)

I det følgende presenteres anbefalinger basert på gjennomgang og analyse både av rettslige forhold og prinsipper, samt internasjonale anbefalinger og praksis i Norge. Anbefalingene viser til ulike tiltak og initiativer vi mener er påkrevet for å tydeliggjøre og realisere forpliktelser og anbefalinger slik disse er presentert i kapittel 11. Anbefalingene i det følgende er alle knyttet til måter å bedre ivareta mennesker på som har vært utsatt for tortur eller grusom og umenneskelig behandling forut for ankomst til Norge, der gjennomføring av en best mulig asylprosess, sikring av relevant informasjon for saken, etablering av rutiner og mekanismer for å dokumentere, vurdere og tilby helsehjelp ved torturskader, styrking av kompetanse vedrørende tortur på alle relevante nivåer og tydeliggjøring av ansvar for og konkret gjennomføring av rehabilitering inngår. Og for å oppnå det som denne rapporten definerer som et nødvendig ansvar og forpliktelse overfor torturutsatte asylsøkere, trengs robuste virkemidler for å implementere og sikre god praksis i alle relevante sektorer (PU, UDI, UNE, helse og andre aktører som møter asylsøkere i løpet av prosessen, som NOAS, mot-taksansatte, advokater o.l.).

I lys av de mange utredningene beskrevet i rapporten er det nødvendig at anbefalinger og tiltak blir konkret forankret i de ulike sektorene, og at tiltak over et bredt register iverksettes, fra retningslinjer og forskrifter, formalisering av konkrete utredninger og prosedyrer, økonomisk sikring av dette til kompetanseheving innen alle sektorer.

13.1 Anbefaling på flere nivåer

Et helt sentralt punkt i denne rapporten er følgende: Forutsetningen for en god og rettferdig asylbehandling er at den bygger på et bredest mulig grunnlag med hensyn til informasjon og vurderinger. Dette forutsetter at informasjon om tortur og annen grusom og umenneskelig behandling blir framlagt og dokumentert, samt vurdering av skader med sikte på behov for rehabilitering eller annen helseoppfølging. En sterk anbefaling er følgelig at det må etableres systemer og prosedyrer som gjør dette mulig, og at dette med nødvendighet favner om ulike sektors ansvarsområder (også Schatvedt, 2021).

Anbefalinger om tiltak må derfor stiles til flere nivåer og sektorer og involvere flere faser. Noen av disse tiltakene vil derfor være helt klart utenfor myndighetsområdet til vår oppdragsgiver, UDI. Når vi allikevel tar disse med her, er det fordi de har en klar rolle i kjeden av tiltak som må eksistere for at identifisering, dokumentasjon av torturutsatte og tilrettelegging av behandling skal finne sted. Identifiseringskjeden, som hittil har framstått som vilkårlig og usystematisk, må forstås og dernest implementeres som en sammenhengende kjede der hvert element utgjør nødvendige forutsetninger for en ønsket helhet, noe som i praksis innebærer en kjede med ledd forankret i ulike sektoransvar. Det er først når en slik sammenhengende prosess kan finne sted, der det ene leddet i kjeden følger etter det andre, og der de ulike

elementene er på plass, at vi mener Norge er i stand til å oppfylle de forpliktelsene som er blitt gjort rede for tidligere i rapporten. Det innebærer blant annet helt konkret at hindringer slik vi kjenner dem i dag, som fravær av ordninger og retningslinjer blant annet i forbindelse med torturutredninger, oppfølging av torturerte, kommunikasjonsflyt og rehabiliteringstjenester, blir gjenstand for endringer.

De følgende anbefalinger til gjennomføring av identifisering og dokumentasjon av torturutsatte, og av følgetilstander etter tortur og/eller umenneskelig behandling, bygger på eksisterende erfaringer, på erfaringer fra andre land, på ulike prosjekter og forskningsarbeider samt på den rettslige gjennomgangen. Helt konkret er det også tatt hensyn til den nye asylflyten og den saksgangen som knytter seg til dette.

Anbefalinger om rettslige grep, om asylintervju/-avhør og om helseundersøkelser og utredninger illustreres i denne oversikten og gjenfinnes med tallreferanse i teksten som følger. Anbefalingene vil som det framgår, være inndelt som generelle overordnede anbefalinger og som forslag til tiltak under de ulike fasene i prosessen. Når det gjelder konkrete forslag til henvisnings- og utredningsprosedyre, vises det til annek 1.

13.2 Anbefalinger etter ansvarshavende institusjon

Anbefalinger til Justis- og beredskapsdepartementet

- Forskriftsfest en sårbarhetsdefinisjon i utlendingsforskriften, i form av en ikke-uttømmende liste, hvor torturutsatte er nevnt som en av flere sårbare grupper.
- Forskriftsfest en plikt for UDI til å varsle rett helseinstans om torturutsatte asylsøkeres skader etter tortur.
- Instruer UDI om å identifisere torturutsatte under asylintervjuet, herunder særskilt kartlegging av barn, og foreta en konkret og begrunnet vurdering av behovet for innlevert dokumentasjon om tortur* i vurderingen av risikospørsmålet og rehabiliteringsbehov i utlendingsloven § 28 og i vurderingen av om det foreligger sterke menneskelige hensyn i utlendingsloven § 38.
- Instruer UDI om å foreta en konkret og begrunnet vurdering av risikofaktorer for fremtidig tortur og deres vekt og betydning som vurderingsgrunnlag.

Anbefalinger til Utlendingsdirektoratet

- Ta inn spørsmål om søkeren har vært utsatt for tortur i ankomstregistreringsskjemaet som Politiets utlendingsenhet bruker
- Innhent og undersøk opplysninger om asylsøkerens opplevelser knyttet til å ha vært utsatt for tortur, herunder helsemessige konsekvenser i asylintervjuet.
- Informer og oppfordre søkere som anfører å ha blitt utsatt for tortur om å legge frem eksisterende helseerklæring eller annen dokumentasjon. Hvis slik dokumentasjon ikke foreligger, skal UDI bestille en torturutredning.
- Innhent og undersøk opplysninger om asylsøkerens helsetilstand, herunder behov for rehabilitering som del av vurderingsgrunnlaget.
- Sikre at informasjon om sårbarhet, herunder tortur, hensyntas gjennom hele asylprosessen.
- Lag tiltakskort for torturutsatte til både asylavdelingen og mottaksansatte.
- Oppdater retningslinjen om intervju om innhenting av opplysninger om tortur.

- Gi kompetanseheving om torturutsattes rettigheter og Norges forpliktelser overfor torturutsatte, og opplæring i konsekvenser av å ha vært utsatt for tortur og hvilken betydning dette kan ha for evnen til å forklare seg konsistent i asylintervjuet og dermed for troverdighetsvurderingen, og hvilken betydning det har for risikovurderingen at søkeren har vært utsatt for tortur.
- Lag samtykkeerklæring for at UDI skal kunne videreformidle informasjon om tortur til rett helseinstans og for at mottak kan informere UDI.
- Etabler en måte for UDI-ansatte og mottaksansatte å få oppfølging i etterkant av møter med torturutsatte asylsøkere.
- Innta i kravspesifikasjonene for mottak at mottaksansatte skal identifisere sårbare, herunder torturutsatte og at mottaksansatte som mottar informasjon om at beboere i mottak har vært utsatt for tortur, skal registrere informasjonen i MOT-systemet og innhente samtykke for å videreformidle informasjonen til UDI.
- Gi opplæring til mottaksansatte om tortur og de følger dette kan ha både psykisk og fysisk å kunne tilrettelegge bosituasjonen på best mulig måte, inkludert bidra med å etablere kontakt med helsevesenet.
- Evaluer implementering og virkning av disse anbefalingene etter en femårsperiode i samarbeid med Helsedirektoratet.

Anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet

- Lag en nasjonal handlingsplan for identifisering av torturutsatte, dokumentasjon av skader som følge av tortur, og rehabilitering til torturutsatte.
- Etabler et sentralt fagmiljø innen rettsmedisin for gjennomføring av torturutredninger i tråd med Istanbulprotokollen, som kan fungere som en faglig ressurs for leger og psykologer som skal gjennomføre slike utredninger.
- Øremerk midler i budsjett til kommunene for å gjennomføre innledende helsekartlegging og utvidet helseundersøkelse.
- Etabler prosedyrer for identifisering, utredning og oppfølging av sårbare asylsøkere som beskrevet i annek 1, blant annet ved å
 - Forskriftsfeste at identifisering av torturutsatte skal skje i tråd med Istanbulprinsippene
 - Forskriftsfeste at asylsøkere skal tilbys helsekartlegging på Nasjonalt ankomstsenter.
 - Forskriftsfeste at asylsøkere skal tilbys en utvidet helseundersøkelse dersom den innledende helsekartleggingen tilsier at det er helsemessige oppfølgingsbehov, inkludert behov for rehabilitering av skader som følge av opplevd tortur.
 - Forskriftsfeste at helsetjenesten har ansvaret for gjennomføring av torturutredninger i tråd med Istanbulprotokollen.

Anbefalinger til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse

- Sett en egen prosedyretakst for torturutredning lik som takst for spesialisterklæring.
- Ta inn i veileder IS-1022 at lege på Nasjonalt ankomstsenter skal vurdere om torturutredning kan gjennomføres på ankomstsenteret eller om det skal henvises til en spesialistutredning.
- Lag samtykkeerklæring for helsepersonell for å kunne videreformidle informasjon om tortur til UDI.

- Gi kompetanseheving om identifisering og dokumentasjon av tortur til leger og spesialisthelsetjenesten i form av obligatoriske og gjentatte, timetellende kurs.
- Evaluer implementering og virkning av disse anbefalingene etter en femårsperiode i samarbeid med Utlendingsdirektoratet.

Anbefaling til Helsetilsynet

- Før tilsyn med helsetjenestene til torturutsatte.

Anbefaling til Kunnskapsdepartementet

- Ta inn kunnskap om tortur i alle relevante utdanningsløp, eventuelt styrk pensum, undervisning og praksis om dette som tema i relevante utdanningsløp.

*I alle anbefalinger skal «tortur» også inkludere annen grusom og umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Referanser

- Aarts, R., Van Wanrooij, L., Bloemen, E., & Smid, G. (2019). Expert medico-legal reports: The relationship between levels of consistency and judicial outcomes in asylum seekers in the Netherlands. *Torture*, 29(1), 36-46.
- Agger, I. (1989). Sexual torture of political prisoners: an overview. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 305-333.
- AIDA. (2020). *The concept of vulnerability in European asylum procedures*. ECRE
- Barbieri, A. (Ed.) (2020). *The torture factory. Report on Human Rights Violations against Migrants and Refugees in Libya (2014-2020)*. Ragusa: MEDU (Doctors for Human Rights Italy).
- Başoğlu, M., Livanou, M., & Crnobarić, C. (2007). Torture vs other cruel, inhuman, and degrading treatment: is the distinction real or apparent? *Archives of general psychiatry*, 64(3), 277-285.
- Bendixsen, S. K. N., Jacobsen, C. M., & Søvig, K. H. (2015). *Eksepsjonell velferd?: irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Berg, B., Sveaas, N., & Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2005). "Det hainnle om å leve -": tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. Trondheim: SINTEF
- Beşer, M. E., & Elfeitori, F. (2018). *Libya Detention Centres: A State of Impunity*. Ankara: Migration Policy Center.
- Bollingmo, G. C., Skilbrei, M.-L., & Wessel, E. (2014). *Troverdighetsvurderinger: Søkerens forklaring som bevis i saker om beskyttelse (asyl)*. Oslo: Fafo
- Brekke, J.-P., Sveaass, N., & Vevstad, V. (2010). *Sårbare asylsøkere i Norge og EU: Identifisering, organisering og hndtering*. Oslo: Institutt for Samfunnsforskning
- Bruin, R., Reneman, M., & Bloemen, E. (2006). Care-full: Medico-legal reports and the Istanbul Protocol in Asylum Procedures. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(12), 813-814.
- CAT. (2008). General Comment no. 2: Implementation of Article 2 by State Parties. UN Committee Against Torture
- CAT. (2012a). *Consideration of reports submitted by States parties under article 19 of the Convention. Norway*. UN Committee Against Torture
- CAT. (2012b). General comment no. 3: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: implemnetation of article 14 by State parties. UN Committee Against Torture
- CAT. (2016). *List of issues prior to submission of the eighth periodic report of Norway due in 2016*. UN Committee Against Torture
- CAT. (2017). *General Comment No. 4 (2017) on the implementation of article 4 og the Convention in the context of article 22*. UN Committee Against Torture
- CAT. (2018). *Concluding observations on the eighth periodic report of Norway*. Retrieved from CERD. (2011). *Consideration of reports submitted by States parties under article 9 of the Convention*. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination
- Codepu. (1989). The effects of torture and political repression in a sample of Chilean families. *Social Science & Medicine*, 28(7), 735-740.
- CRC. (2018). *Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Norway*. UN Convention on the Rights of the Child
- Crelisten, R. D., & Schmid, A. P. (Eds.). (1995). *The Politics of Pain: Torturers and Their Masters*. Colorado: Westview Press.

- De Guttery, A., Capone, F., & Sommario, E. (2018). Dealing with migrants in the central Mediterranean route: A legal analysis of recent bilateral agreements between Italy and Libya. *International Migration*, 56(3), 44-60.
- Edwards, A. (2006). The feminizing of torture under international human rights law. *LJIL*, 19, 349.
- Elsass, P. (1997). *Treating victims of torture and violence: Theoretical, cross-cultural, and clinical implications* New York: NYU Press.
- Evans, M.D. & J. Modvig (red). (2020) *Research Handbook on Torture: Legal and Medical Perspectives on Prohibition and Prevention*. Cheltenham Glos: Edward Elgar Publishing
- Felde, L. v., Flory, L., & Baron, J. (2020). *Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen*. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V.
- Fjeld-Solberg, Ø., Nissen, A., Cauley, P., & Andersen, A. J. (2020). *Mental health and quality of life among refugees from Syria after forced migration to Norway*. Oslo: NKVTS
- Fosse, R., & Dersyd, A. (2007). *Torturerte flyktninger i Norge: En estimering av forekomst, Forskning og kunnskapsutvikling*. Oslo: RVTS.
- Freedom from torture. (2020). *Beyond Belief: How the Home office fails survivors of torture at the asylum interview*. London: Freedom of Torture
- Genefke, I. K. (1986). *Torturen i Verden - den angår oss alle*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- Giffard, C. (2000). *The Torture Reporting Handbook: How to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights*. Human Rights Centre, University of Essex
- Gordon, M. (2001). Domestic violence in families exposed to torture and related violence and trauma. In E. Gerrity, T. Keane, & F. Tuma (Eds.), *The Mental Health Consequences of Torture* (pp. 227-245). New York: Kluwer Academic.
- Gulbrandsen, P., Garratt, A., Linnestad, K., Lie, B., Sveaass, N., Meyer, M. A., & Schanche, I. (2004). *Identifisering av personer med behov for psykiatrisk hjelp blant asylsøkere*. Oslo: Nasjonal kunnskassenter for helsetjenester
- Kunskapscentrum migration och hälsa. (2020). *Vad vi vet om tortyr och dess konsekvenser. En kunskapskartläggning inom hälso- och sjukvården i Region Skåne*. Malmö: Kunskapscentrum migration och hälsa
- Hauff, E. (1992). Psychosocial work with refugees: a challenge to public health workers. I: Health situation of refugees and victims of organized violence. *Health and Cultural Affairs*, 105-116.
- Helsedirektoratet. (2010a). *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flykninger og familiegjenforente*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2010b). *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Vurdering av omfang og behov samt forslag til tannhelsetiltak*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flykninger og familiegjenforente*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2020). *Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetnase i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet
- Høyvik, A., & Woldstad, M. (2018). Tannbehandling av torturutsatt. *Odontologisk psykologi*, 251-260.
- Høyvik, A. C., Lie, B., & Willumsen, T. (2019). Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder. *European journal of oral sciences*, 127(1), 65-71.
- HPRT. *Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*. Harvard Program in Refugee Trauma <http://hprt-cambridge.org/screening/harvard-trauma-questionnaire/>
- Hruschka, C. (2019). *The Swiss asylum procedure: A future model for Europe?* Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung Regionalprojekt

- Iacopino, V. (2020). Medico-legal documentation of torture and ill treatment. I M. D. Evans & J. Modvig (red), *Research Handbook on Torture: Legal and Medical Perspectives on Prohibition and Prevention*. Cheltenham Glos: Edward Elgar Publishing.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims. (2009). *Shedding light on a dark practice: Using the Istanbul Protocol to document torture*. Copenhagen: IRCT
- IOM. (2016). Global Compact Thematic Paper. Border Management. International Organization for Migration
https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Border-Management.pdf
- IRCT. (2016). *Falling Through the Cracks. Asylum procedures and reception conditions for torture victims in the European Union*. Copenhagen: IRCT
- Jakobsen, M., Sveaas, N., Johansen, L. E. E., & Skogøy, E. (2007). *Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere*. Oslo: NKVTS
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2020). *Hovedinstruks til Utlendingsdirektoratet (UDI)*. Oslo
- Lauritsen, K., & Berg, B. (1999). *Mellom håp og lengsel: å leve i asylmottak*. Trondheim: SINTEF
- Lie, B., Lavik, N. J., & Laake, P. (2001). Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies*, 14(3), 276-294.
- Lie, B., Sveaass, N., & Hauff, E. (2014). Refugees and healthcare in Norway: Historical view and critical perspectives. In G. Overland, E. Guribye, & B. Lie (Eds.), *Nordic Work with Traumatised Refugees: Do We Really Care* (pp. 30). Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Linløkke, M. K. (2010). *NGO Shadow Report*. Oslo: The Norwegian Centre Against Racism
- Lønning, M. N., Houge, A. B., Laupstad, I., & Aasnes, A. E. (2021). "A random system": The organisation and practice of torture rehabilitation services in Norway. *Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*.
- Mendez, J. E., & Nicolescu, A. (2017). Evolving standrads for torture in international law. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its Definitions in International Law: An Interdisciplinary Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Montgomery, E. (1992). Co-creation of meaning therapy with torture survivors: a systemic/constructionist view. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management*, 3, 27-33.
- Norwegian NGO Forum for Human Rights. (2018). *Submission regarding the 8th periodic report of Norway to the UN Committee Against Torture*. Oslo: Norwegian NGO Forum for Human Rights
- OHCHR. (1984). *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights
- OHCHR. (2011). *Interpretation of torture in the light of the practice and jurisprudence of international bodies*. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights
- OHCHR. (2017). *Torture Victims in the Context of Migration: Identification, Redress and Rehabilitation*. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights
- Ot.prp.nr.75. (2006-2007). *Om lov om utleningers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven)*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet
- Parak, S. (2020). *Asylpraxis der Schweiz von 1979 bis 2019: Eine Bestandesaufnahme*. Bern: Staatssekretariat für Migration SEM
- Peel, M., Lubell, N., & Beynon, J. (Eds.). (2012). *Medical Investigation and Documentation of Torture. A Handbook for Health Professionals*. Colchester: Human Rights Centre, University of Essex.
- Prop.16L. (2015-2016). *Endringer i utlendingsloven (innstramninger)*. Oslo
- Quiroga, J., & Modvig, J. (2020). Torture methods and their health impact. I M. D. Evans & J. Modvig (red), *Research Handbook on Torture: Legal and Medical Perspectives on Prohibition and Prevention*. Cheltenham Glos: Edward Elgar Publishing.
- Rasmussen, O. V. (1990). Medical aspects of torture. *Danish Medical Bulletin*, 37, 1-88.

- Reneman, M. (2005). Identification of asylum seekers with special reception and procedural needs in the Dutch asylum procedure. *Migration*.
- Robertson, B. W., & Berger, C. E. (2019). Interpreting Evidence of Torture. *Medical Law Review*, 27(4), 687-695.
- Røde Kors. (2020). *Torturert og glemt: Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge*. Oslo: Røde Kors
- Røsdal, T., Madsen, A., Næss, T., & Larsen, E. H. (2019). *Kompetanse om vold og overgrep i nære relasjoner: kartlegging av føringer og opplæringsstrukturer og kompetansebehov. Sektorsrapport for Utlendingsdirektoratet (UDI)*. Oslo, NIFU
- Rozen, S. (2019). Identifying Survivors of Torture: "I never told what happened to me in the Sinai". In M. Van Reisen, M. Mawere, M. Stokmans, & K. A. Gebre-Egziabher (Eds.), *Mobile Africa: Human Trafficking and the Digital Divide*. Bamenda: Langaa RPCIG.
- Schjåtvedt, C. (2021). Bevis- og troverdighetsvurderinger i Utlendingsdirektoratets asylvedtak i 2018. Anbefalinger til regelutvikling Oslo: Advokatfirmaet Cecilie Schjåtvet AS.
- Schindel, E. (2019). Death by 'nature': The European border regime and the spatial production of slow violence. *Environment and Planning C: Politics and Space*.
- Segenstedt, A., Zamacona Aguirre, M., Hallstedt, L., Hökfelt, E., & Petersson, E. (2015). *Tortyrskador i asylprocessen under lupp: Hur värderas tortyrskador i den svenska asylprocessen och vad krävs för att få skydd?* Stockholm: Svenska Röda Korset.
- Skjelsbæk, I. (2012). *The political psychology of war rape: Studies from Bosnia and Herzegovina* New York: Routledge.
- St.meld.nr.21. (2003-2004). *Styringsforhold på utlendingsfeltet*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- St.meld.nr.35. ((2006-2007)). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sveaass, N. (2017). The United Nations Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: The absolute Prohibition and the Obligation to Prevent. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and Its Definition In international Law. An Interdisciplinary Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Sveaass, N., Gaer, F., & Grossman, C. (2020). Rehabilitation in Article 14 of the Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment. I M. D. Evans & J. Modvig (red), *Research Handbook on Torture: Legal and Medical Perspectives on Prohibition and Prevention*. Cheltenham Glos: Edward Elgar Publishing.
- Sveaass, N., Vevstad, V., & Brekke, J.-P. (2012). Sårbare asylsøkere i mottak – identifisering og oppfølging. I M. Valenta & B. Berg (red.), *Asylsøker. I velferdsstatens venterom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sveaass, N., & Woolf, L. (2020). Human rights: A psychologist's path to "do no harm". *Cambridge handbook on human rights and psychology*.
- UDI. (2013-020). *Helseanførsler i asylsaker*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2015-029V1). *Tiltakskort - Menneskehandel*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2015-029V2). *Tiltakskort - Vold i nære relasjoner*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2015-029V3). *Tiltakskort - Barneekteskap*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2015-029V4). *Tiltakskort - Utlevering av opplysninger om menneskehandel, vold i nære relasjoner eller barneekteskap*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2015-029V5). *Rapportering i menneskehandelssaker*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2017). *Skype i asyintervjuer. Intern evaluering i Asylavdelingen*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2018-013). *Arbeid mot tvangsekteskap, barneekteskap, vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2019). *Leveranse PUMA 2020. Sårbare på Ankomstsenter Østfold*. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (2020). *Ny ankomst- og asylprosess ("PUMA-prosess") ved Nasjonalt ankomstsenter. Genvinstoversikt med gevinstrealiserings- og gevinstevalueringsplan*. Oslo: Utlendingsdirektoratet

- UDI. (GI-08/2018). Instruks om behandling av saker som kan berøre grunnleggende nasjonale interesser eller utenrikspolitiske hensyn etter utlendingsloven kapittel 14, §35, og saken etter eksportkontrollregelverket. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UDI. (GI-13/2017). Instruks til Utlendingsdirektoratet om innkvartering av asylsøkere. Oslo: Utlendingsdirektoratet
- UN. (2004). *Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentaiton of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. Geneva: Office of the United Nations High Commisioner for Human Rights
- UNHCR. (2014). *Beyond Detention. A global strategy to support governments to end the detention of asylum seekers and refugees*. UNHCR
- Weiss, N., Djuve, A. B., Hamelink, W., & Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak: Konsekvenser for levekår og integrering*. Oslo: Fafo

Appendiks 1 Henvisningsprosedyre

Fase 1 Ankomst Norge

Ved ankomst Norge gjør Politiet – PU en ankomstregistrering og tildeler plass i ankomstmottak.

Hvis politiet bli oppmerksomme på åpenbare tegn på sårbarhet, først og fremst skader når de registrerer asylsøkeren, formidles denne informasjonen til helsetjenesten på ankomstmottaket slik at skader og spor på kroppen blir kartlagt og sikret, eventuelt behandlet hvis nødvendig. *Spørsmål om torturerfaringer inntas som del av ankomstregistreringsskjema og informasjon viderefremidles, som over.*

Fase 2 Ankomst mottak – analyse og undersøkelse

Etter innledende registrerings- og ankomstsamtale med PU gir NOAS tilbud om samtale der mulig sårbarhet, inkludert om personen har vært utsatt for tortur, overgrep og eventuelt behov for helsemessig oppfølging blir berørt. Informasjon om dette viderefremidles fra NOAS til helsetjenesten, ved sykepleier og lege på ankomstmottaket, etter samtykke fra asylsøker.

HVA skal helsetjenesten i ankomstmottaket gjøre

- Lovpålagt tuberkuloseundersøkelse (TB-undersøkelse)
- Tidlig helseundersøkelse ved sykepleier med spesiell vekt på akutte problemer, skader og sårbarhet. Ved behov for ytterligere undersøkelse formidles informasjon videre til stedlig lege på ankomstmottaket (IS 1022, kap 4.2)
- Ved informasjon fra tidlig helseundersøkelse om tortur eller andre former for overgrep, inkludert seksuelle overgrep, må stedlig lege undersøke dette og vurdere om ytterligere utredning og dokumentering er påkrevet. I så fall henvises videre til slik utredning/dokumentasjon. Stedlig lege kan også, hvis mulig, gjennomføre en undersøkelse og beskrive skader og/eller symptomer. Helseattest på grunnlag av dette utformes og med pasientens/søkers samtykke, viderefremidles denne til UDI. (FV-04 Helsemessige forhold som grunnlag for oppholdstillatelse i medhold av utlendingsloven § 38 og Kap. 3.2 i IS 1022)
- Dersom informasjon innhentet om sårbarhet, tortur, andre former for overgrep skal sendes videre til UDI som dokumentasjon i asylprosessen, skal samtykkeerklæring for videresending av informasjon om dette foreligge. (forslag til samtykkeerklæring finnes som vedlegg i IS 1022)
- Helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp etter helsepersonelloven skal gis de helseopplysninger fra ankomstmottaket som er relevante og nødvendige for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Oversendelse av helseopplysninger forutsetter samtykke fra pasient.

HVEM har ansvaret

Sykepleier og lege på ankomst mottaket

- Tuberkuloseundersøkelsen og tidlig helseundersøkelse av asylsøker gjøres av sykepleier.
- Når det ved tidlig helseundersøkelse fremkommer informasjon om eller tegn på skader etter vold og tortur, psykiske og fysiske, skal dette formidles videre til stedlig lege på mottaket. Denne skal gjøre ytterligere undersøkelse med sikte på eventuell videre utredning og dokumentasjon. Helseattest på grunnlag av en slik undersøkelse kan inngå som dokument i asylsaken (Veileder IS 1033 kap 4.2 og 7.2)
- Der det synes nødvendig kan det henvises til en mer omfattende torturutredning hos helsepersonell med spesialkompetanse på torturutredning etter de anbefalinger som er gitt i Istanbulprotokollen. Slik dokumentasjon må inngå i asylsaken.
- Helsepersonell kan oversende opplysninger til Utlendingsdirektoratet på bakgrunn av opplysninger som fremkommer under kartleggingen om behov for tilrettelegging i mottak, under asylintervju og i behandling av søknad om beskyttelse, såfremt det er innhentet samtykke til det.

Fase 3 og 4 Samtaler og vedtak

- Asylintervju gjøres av UDI på ankomstmottaket hvis det er mulig eller på mottak etter flytting fra ankomstmottaket.
- Sårbare grupper med særskilte behov skal identifiseres. Hvis det avdekkes sårbarhet, herunder tortur eller andre former for overgrep og umenneskelig behandling i forbindelse med asylintervju eller hvis UDI er blitt gitt informasjon om slikt, skal det legges til rette for å få gjennomført en undersøkelse av helsepersonell der dette utredes og eventuelt dokumenteres.
- Det er opp til den helseprofesjonelle å vurdere om undersøkelse kan foretas i den kommunale helsetjenesten eller om det skal henvises videre til spesialistutredninger. I begge tilfeller vil gjeldende prinsipper for utredning og dokumentasjon av torturskader ligge til grunn, og erklæringer basert på dette – enten helseattest eller spesialistutredning i tråd med Istanbulprotokollen (ohchr.org, PDF), vil videreformidles i asylsaken. Istanbulprotokollen angir retningslinjer for arbeid med utredning og dokumentasjon av tortur, og konsekvensene av tortur. *Det avsettes egne regler for dekning av slike oppgaver i den kommunale helsetjenesten (takst 1) samt i spesialisthelsetjenesten (takst 2).*
- UDI har et særskilt ansvar for å henvise til videre utredning med sikte på eventuell dokumentasjon når erfaringer knyttet til tortur, umenneskelig behandling, inkludert seksuelle overgrep/voldtekt blir beskrevet og vist til i løpet av intervjuene, som ledd i å opplyse saken.
- UDI kan bestille utredning av tortur og umenneskelig behandling når det fremkommer i intervjuet, enten ved at personen selv orienterer om det, eller at det er grunner til å tro at personen har vært utsatt for slik behandling. *Slik bestilling går direkte til relevant fagmiljø etablert for å gjennomføre torturutredning.*
- All relevant informasjon basert på sårbarhetsvurderinger og behov for tilrettelagte forhold, inkludert for torturutsatte, formidles med samtykke av personen selv til helsetjenesten, mottak og saksbehandler.

Fase 5 Strategisk mottaksplassering

HVA skal gjøres

- Helseundersøkelse med særlig vektlegging av informasjon fra helseattest med fokus på sårbarhet, tortur, umenneskelig behandling og andre former for overgrep ligger til grunn for strategisk mottaksplassering. En slik helseattest beskriver generell helsetilstand, men kan også inneholde informasjon om og beskrivelse av eventuelle traumer, som torturskader
- Helseundersøkelse jamfør "*Kartleggingsskjema*" fra Veilederen – IS 1022 skal foreligge slik at det tas hensyn til særskilte behov ved mottaksplassering
- Samtykkeerklæringer for videreformidling av helseinformasjon må foreligge. (for-slag til slik i IS 1022)
- Det må være åpning for at torturutredning skal kunne skje i løpet av hele asylpro-essen og at denne informasjon må kunne tilflyte saken på alle trinn.
- Dokumentasjon av torturskader er et viktig grunnlag for helsemessig oppfølging, nødvendig behandling eller rehabilitering. Helsetjenesten i mottakskommunen skal ved behov for behandling av torturskader iverksette dette (IS 1022 kap 7.2)

HVEM har ansvaret

- Sårbare med særskilte behov følges opp av kommunal helsetjeneste som kan hen-vise til spesialistutredning, behandling og rehabilitering ved behov.
- Helsepersonell må vurdere om det vil kreve spesialistutredning som eksempelvis klinisk rettsmedisin, psykologi/psykiatri, gynekologi, som ledd i korrekt utredning og dokumentasjon. Korrekt utredning og dokumentasjon av torturskader skal re-sultere i en sakkyndigrapport basert på Istanbulprotokollen. Det må i tillegg vur-deres hvorvidt eventuelle avdekkede skader vil gjøre det nødvendig med videre oppfølging og eventuelt på hvilken måte dette bør skje. Dersom det gjennomføres en undersøkelse av et antatt offer som et ledd i en sakkyndig utredning forutsetter det innhenting av informert skriftlig samtykke. (IS 1022 kap 7.2)
- Helsepersonell må også utrede behov for helsemessig oppfølging, eventuelt reha-bilitering etter helseproblemer som skyldes tortur eller annen umenneskelig be-handling. Slike vurderinger bør også legges til grunn i vurderingen av opphold og eventuelt ved vurdering av retur.

Appendiks 2 Hvem vi har snakket med

De fleste intervju ble gjennomført digitalt og én til én. Noen intervju ble også gjennomført som gruppeintervju.

UDI	10
PU	8
UNE	3
Mottak	6
NOAS	2
Røde Kors	1
Torturutsatte	11
Primærhelsetjeneste	2
RVTS	8
DPS	9
Rettsmedisin	4
Traumeklinikk Kristiansand	10
Transkulturelt senter	4
Nasjonalt ankomstsenter	1
Internasjonale eksperter	15
	94

Appendiks 3 Intervjuguider

Tematisk intervjuguide – ansatte i utlendingsforvaltningen

- 1 Kort om dine arbeidsoppgaver
- 2 Hvem skal gjøre hva i asylprosessen? Og spesielt når det handler om mistanke/tilfelle av tortur
- 3 På hvilke arenaer møter du potensielle torturutsatte?
- 4 Hvilke prosedyrer har din avdeling for å oppdage torturutsatte og dokumentere tortur?
- 5 Har du visse rutiner for å sikre at tortur blir oppdaget?
 - a) Hvilke?
 - b) Forklar
 - c) Fungerer disse?
- 6 Kjenner du til Istanbulprotokollen?
 - a) Hvordan brukes den i ditt arbeid?
- 7 Når tortur blir et tema i ditt arbeid med asylsøkeren, hvordan kommer dette opp?
 - a) Får du mistanke
 - b) Er det asylsøkeren selv som nevner dette, på hvilken måte har dette skjedd, har du eksempler?
 - c) Andre måter?
- 8 Når var det sist at du fikk tanker om at personen kunne ha vært utsatt for tortur?
 - a) Hva gjorde du da? beskriv
 - b) Hva skjedde videre?
- 9 Hvem er ansvarlig for å dokumentere tortur?
- 10 Dersom du henviste videre, hvem henviste du til?
- 11 Hvor ofte skjer det at du får tanker om at personen kan ha vært utsatt for tortur?
- 12 Når det er mistanke om tortur, hva skjer så?
 - a) Hva er retningslinjene med hensyn til videre prosedyre?
 - b) Skjer disse?
 - c) Hva burde skje?
 - d) Hvor er problemene?
 - e) Beskriv-
- 13 I ditt arbeid kommer du sikkert i kontakt med helseuttalelser vedrørende asylsøkere? Med utgangspunkt i uttalelser skrevet i Norge, hvordan vil du vurdere disse?
 - a) Kan du si noe om du synes disse bidrar til forståelse av saken?
 - b) Hvordan synes du kvaliteten er på disse?
- 14 Hva skjer med de foreliggende helseopplysningene, eventuelt skadebeskrivelse og liknende
 - a) hvilken rolle vil slik helsedokumentasjon kunne ha med hensyn til beslutninger? Da først og fremst helseopplysninger som har med å gjøre med alvorlige menneskerettighetsbrudd/ev. tortur eller andre grove overgrep.
 - b) I så fall hvordan?

Intervjuguide Helsepersonell

Arbeidssted: klinikk/organisasjon

Kliniker: Ja/Nei

- 1 Hvordan kommer du i kontakt med torturutsatte i din jobb?
- 2 Hva er ditt inntrykk av den torturutsattes asylprosess?
- 3 Hva sier de om intervjuet
- 4 Blir de spurt om overgrepserfaringer – tortur? Og hva skjer da?
- 5 Har dine pasienter fått dokumentert tortur før du møter dem, for eksempel i eget hjemland eller av andre?
- 6 Er du noen gang blitt spurt om å foreta en utredning av tortur skader? I så fall av hvem?
- 7 Anvender du Istanbul protokollens prinsipp i dokumentasjonen?
- 8 Har din dokumentasjon blitt brukt i asylprosessen og opplever du at dine vurderinger blir tillagt verdi for å sannsynliggjøre asylantens historie
- 9 Blir de torturutsatte gitt mulighet for behandling av sine følger etter tortur
 - a) Somatisk
 - b) Psykologisk
- 10 Hvis du ønsker å henvise videre til utredning av torturskader – eventuelt behandling av slike skader, hvor henvender du deg – hvilke erfaringer har du med slik videresending?
- 11 Hva har du av erfaring med fastlegen og tortur utredning/forespørsel? Og med DPS?
- 12 Blir du kontaktet for å undervise om tortur og torturdokumentasjon?
- 13 Har du innspill til hvordan det kan tilrettelegges i asylintervjuet for asylsøkere med ulike former for overgrepserfaring?

Intervjuguide torturutsatte

Erfaringer rundt identifisering av tortur

- Ble du spurt om du hadde vært utsatt for tortur eller tilsvarende overgrep i asylintervjuet?
- Ble dine torturopplevelser snakket om, eller oppdaget i andre deler av asylprosessen? Når og hvordan?
- Hva skjedde da dette kom frem i samtale eller undersøkelse?
- Fikk du den informasjonen du trengte?
- Fikk du den hjelp du trengte?

Erfaringer med utredning av tortur

- Ble du utredet, det vil si, noen som undersøkte skadene dine nærmere?
- Hvem tok initiativ til dette?
- Hvem hadde ansvaret for at dette skulle skje og hvem betalte dett?

Behov

- Ble dine behov og rettigheter ivaretatt?
- Hva er viktig for at tortur blir identifisert tidlig i asylprosessen?
- Hva skal til for at torturutsatte blir utredet og torturen blir dokumentert?
- Hva bør skje når tortur er blitt identifisert?

Torturutsatte i den norske asylprosessen

Det følger av internasjonale konvensjoner og deres respektive autoritative tolkninger og av internasjonal rettspraksis at asylsøkere skal møte en rettssikker, effektiv og ikke-diskriminerende asylprosess. Asylsøkeren skal vernes mot å bli returnert dersom det er en betydelig risiko for tortur eller annen grusom og nedverdiggende behandling ved retur. En tilfredsstillende asylprosess er derfor avgjørende både for at de som har et reelt behov for beskyttelse får det, at det blir gjort konkrete vurderinger og beslutninger av alternative oppholdsgrunnlag der det anses nødvendig og i tråd med individets rettigheter, og at de som ikke har grunnlag for opphold kan returneres raskt.

Det er kjent at systematisert helseutredning av asylsøkere og arbeidet med å identifisere sårbarhet og asylsøkere med spesielle behov, herunder å identifisere og dokumentere tortur og torturskader er sentrale for en tilfredsstillende asylprosess og for vurderingen av nødvendige helsetiltak og rehabilitering. Norske myndigheter har lenge erkjent sitt ansvar ovenfor torturutsatte asylsøkere, anerkjent sentrale prinsipper og utviklet nødvendige faglige retningslinjer og veiledere med mål om å sørge for en tilfredsstillende ivaretagelse av flyktningers og asylsøkernes helse og velferd.

På tross av dette er det i dag et gjennomgående fravær av retningslinjer, rutiner, prosedyrer, kompetanse samt tydelig ansvarsfordeling mellom etatene og mellom sektorene når det gjelder asylsøkere som har vært utsatt for tortur. Mens det kan sies å være god kunnskap om sårbarhet generelt, og gode retningslinjer og prosedyrer i forbindelse med visse sårbare grupper, for eksempel ofre for menneskehandel, er tilsvarende prosedyrer fullstendig fraværende når det gjelder torturutsatte. Det gjenstår en god del arbeid for å få plass en fullverdig oppfølging av torturutsatte og sårbare asylsøkere, inkludert identifisering av skader og rehabiliteringsbehov. En gjennomføring av dette forutsetter samarbeid over etatsgrenser, utvikling av retningslinjer og regelverk, evaluering av tiltak, relevant kompetanse innen ulike sektorer, samt økonomi og styring.



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2021:18
ID-nr.: 20788