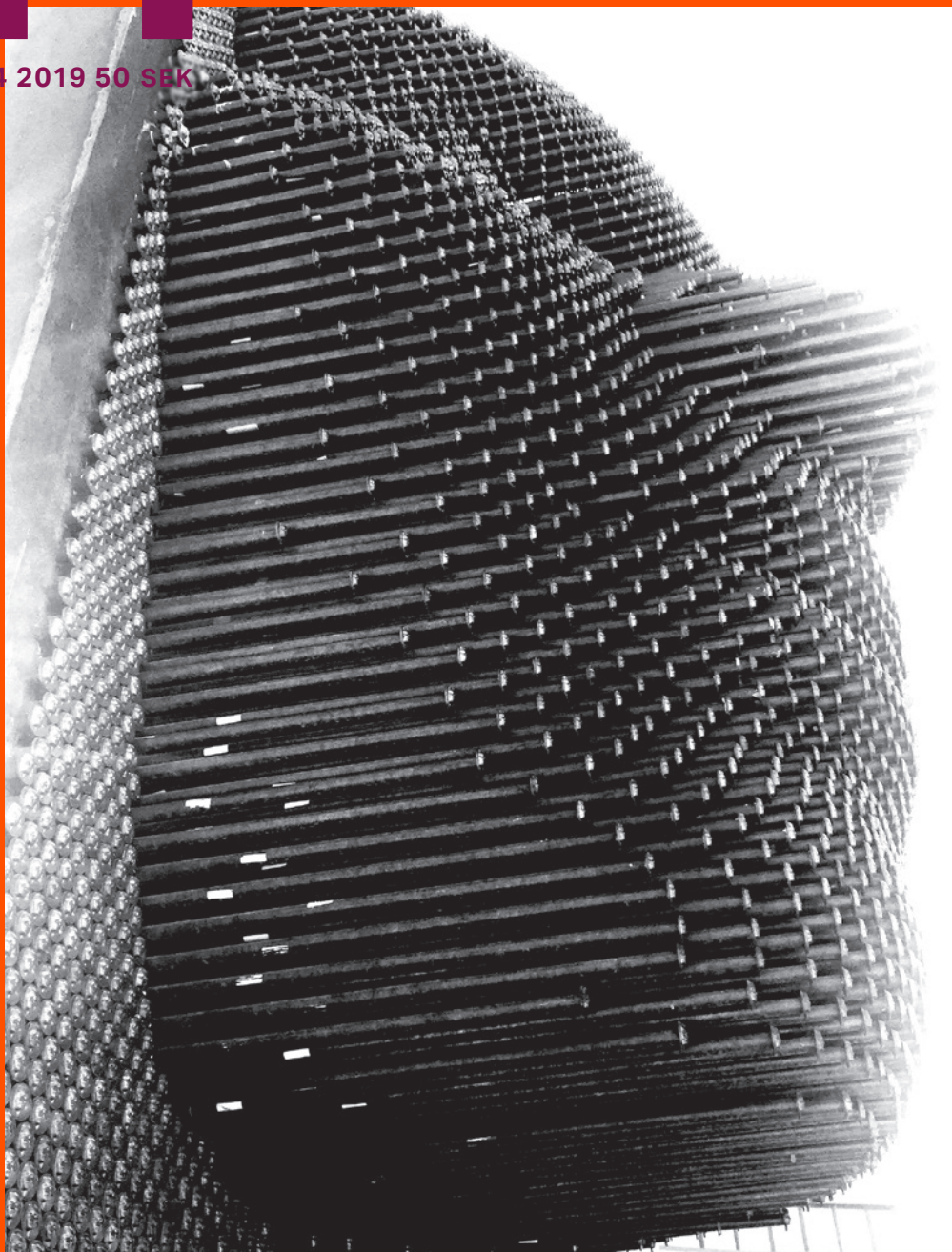


ARTIKEL 14

Det oundgängliga numret tema hälsa

#3-4 2019 50 SEK



SVERIGES ENDA
FLYKTINGPOLITISKA TIDSKRIFT

Omslag: HEROINAT är ett monumentalt konstverk i Pristina, Kosovo. Enligt Human Rights Watch våldtogs nästan 20 000 kosovarkvinnor under Kosovokriget i slutet av 1990-talet. Konstnärerna bakom verket, Molos grup, skapade små medaljer för varje offer. De 20 000 medaljerna bildar hjältinnan från Kosovos ansikte. Porträttet återspeglar kvinnornas värdighet, engagemang, utbildning, omsorg, mod och uthållighet.

ARTIKEL 14

Nr 3-4 2019
ISSN 11041846

Ansvarig utgivare: Linn Hansén, linn.hansen@farr.se

Chefredaktör: Trifa Shakely

Gästredaktör: Frida Johansson Metso

Grafisk form och illustration: Hanna Hernried Forslind

Medverkande i detta nummer: Somar Al Naher, Aino Gröndahl, Ana Hagström, Joakim Lundqvist, Johanna Lönn, Erica Mattelin, Jasminé Mehho, Anne Sjögren, Maria Sundvall och Nora Sveaass

Omslagsfoto: (C) Urateram Wikipedia Commons (File:Monumenti_Heroinat_Pristine_6.jpg)

Kontakt: artikel14@farr.se, www.artikel14.se / www.farr.se

Prenumerationsärenden: artikel14@farr.se

Tryckeri: Trydells, Laholm

FARR Flykting-
gruppernas
riksråd

Artikel 14 ges ut med stöd av Kulturrådet.

Åsikter som framförs av enskilda skribenter behöver inte överensstämma med redaktionens.

Är det något som du vill att Artikel 14 ska ta upp? Skriv till artikel14@farr.se. Vi tar gärna emot artikelidéer, beslut, klipp, rapporter och annat.

Artikel 14 ges ut av Flyktinggruppernas Riksråd – FARR, i syfte att informera och skapa debatt kring flyktingfrågor och asylpolitik. Tidningen är politiskt och religiöst obunden, drivs utan vinstintresse och utkommer med fyra nummer per år.

Den nödvändiga läsningen

I en värld där miljontals människor drivs på flykt varje år ställs stora krav på mottagarländer och dess enheter vad gäller omhändertagandet av människor som söker skydd. Dessa krav ställs inte minst från det medicinska fältet utifrån professionernas egna standarder, deras etiska koder och befintliga resurser. Krav som inte alltid uppfylls och som resulterar i ett stort psykisk lidande för skyddsökande människor.

Studier inom det medicinska fältet visar hur bemötande, grad av utförd vård och själva tillgången till den skiftar beroende på bland annat ras, kön och andra socioekonomiska faktorer.

Huruvida resultatet av dessa studier implementeras i det praktiska och vardagliga arbetet är en intressant fråga. Kopplingen mellan diskriminering och kränkningar i vården och etnisk tillhörighet, till exempel, har studerats på många håll. I bästa fall finns det diskrimineringslagstiftningar att tillgå, eller åtminstone åberopa. I detta dubbelnummer av Artikel 14 riktar vi ljuset mot en patientgrupp vars bristande tillgång till vård är lagstadgad, och fastställd och bevakad av statens myndigheter. Motsatsen – alla människors rätt till vård oavsett juridisk status – är en kamp som har drivits av frivilliga vårdorganisationer under lång tid och svåra förhållanden, motarbetade av Sveriges asylpolitik som är för år stramats åt.

Begrepp som jämlik och patientcentrerad vård kan ses som samtida ledord. Vården ska utgå från varje patients behov, vara anpassad till denne/as behov och ges på ett jämlikt sätt. Detta förhållningssätt är långt ifrån verklighet för de patientgrupper vi sätter fokus på – en grupp som inte bara saknar språkliga redskap att

redogöra för sina egna behov och kunskap om vårdssystemet, utan dessutom tvingas handskas med sårbarheten i att leva i en i övrigt kaosartad och otrygg livssituation, och fräntas sina mänskliga rättigheter till vård. Denna grymma frånvaro av grundläggande rättigheter är dessutom reglerad i självaste lagen som råder i landet. Detta påverkar inte enbart patienterna utan ställer höga krav på vårdgivaren, både strukturellt, kunskapsmässigt och i det vardagliga arbetet.

Detta nummer av Artikel 14 innehåller oombärligt material som vi tycker bör finnas till hands för alla människor som arbetar med vård – inte minst alla kuratorer, läkare och andra vårdgivare. Men även forskare, journalister och aktivister, för att fler ska kunna påtala, följa upp och protestera mot bristerna och i slutändan bidra till att alla människor, utan diskriminering, får tillgång till den vård de har en grundläggande rätt till, oavsett juridisk status, kön eller etnisk tillhörighet.



TRIFA SHAKELY, CHEFREDAKTÖR

Det oundärliga numret tema hälsa

När den så kallade begränsningslagen infördes hade den det uttalade syftet att göra livet i Sverige svårare för flyktingar, för att avskräcka andra från att ta sig hit och söka asyl. Att lagen skulle göra människor sjuka var därför tydligt från start. Det finns studier som visar att i länder där tillfälliga uppehållstillstånd och förhindrad familjeåterförening varit norm länge, exempelvis i Australien, blir människor som inte redan är sjuka av sina traumatiska upplevelser till slut just sjuka. Lidandet fortsätter för personer som hade kunnat återhämta sig i trygghet.

Även bortom begränsningslagen finns det mycket i asylprocessen som skapar ohälsa – och som kan påverkas av ohälsa. I det här numret av Artikel 14 fokuserar vi olika aspekter av hälsa, framför allt det psykiska. Vi tittar på svårigheter och presenterar lösningar, lagrum och fakta. Det handlar om ett system som förlorat sin värdighet genom sin behandling av lidande människor. Men också om professionella vårdgivare som trots juridiska hinder fortsätter att ge vård av högsta standard.

Välkomna till denna nödvändiga läsning.



Kriget härjar hela livet

När en person som tvingats fly får sitt uppehållstillstånd i Sverige blir hon ett integrationsprojekt. Hon förväntas röra sig framåt och starta om, det som hänt tidigare tillhör det förgångna. Men vad händer med minnet av kriget när vi åldras?

Krigets konsekvenser är långtgående. Vi vet av studier att händelser i barndomen riskerar att skada din hälsa hela livet, att traumatiska upplevelsen kan sätta sig i kroppen och bryta ner den. Vi vet att barn kan arva sina föräldrars traumatisering – andra generationstraumatisering. Begreppet sekundär traumatisering fångar hur människor runt överlevaren kan beröras av att höra en liten del av det som skett. Och vi har personer som kom som unga och åldrats här, som utvecklade posttraumatisk stress (PTSD) vid ankomst och levt i Sverige fast i en sjukdom som etsat kriget på näthinna. Vi känner till allt detta, men vad få vet är att PTSD kan debutera sent i livet, många år och decennier efter den traumatiska händelsen. Du tror att du lagt kriget bakom dig, du har startat om ditt liv. Kriget var där och då, och ingen mening att tala om. Så kommer det tillbaka.

PTSD är en minnessjukdom

Tänk dig en man som söker hjälp på vårdcentralen. Han är 66 år gammal och har med sig sin vuxne son som stöd. Pappan har ingen tidigare journal, han har aldrig sökt vård förr – frisk som en nötkärna hela livet, försäkrar han vårdpersonalen, men nu börjar minnet svikta. Sonen fyller i: Pappa har börjat förlägga saker, glömma samtal, förvirra sig på stan. Han verkar mer skör, gråter oftare och sover dåligt. Sonen får allt oftare rycka in och hjälpa till med språket, pappa som talat utmärkt svenska sedan han kom till Sverige på 90-talet tappar plötsligt ord. Vad är det som händer? En vänlig sjuksköterska ställer lite frågor. Hon märker att den äldre mannen kan fokusera en stund men verkar ha lite problem med korttidsminnet, han följer inte riktigt med i samtalet. Sjuksköterskan suckar. Det är alltid ledsamt att behöva meddela att det sannolikt handlar om en tidig demensutveckling. Hon kan inte säga säkert än, symtomen är för diffusa, men hon gör en första kognitiv testning som stärker hennes första diagnos. Hon beklagar och säger att mannen ändå kan ha många fina år framför sig, och att det finns bromsmediciner. Hon funderar på att skicka honom till en specialistmottagning, en minnesklinik, men låter bli. Symtomen är än så länge få, mannen skör och utredning stressande. En bättre diagnos kan fås senare, när

Du tror att du lagt kriget bakom dig, du har startat om ditt liv. Kriget var där och då, och ingen mening att tala om. Så kommer det tillbaka.

sjukdomsförloppet är tydligare. Kom tillbaka om sex månader, uppmanar hon. Mannen och sonen tackar för det fina bemötandet och går tysta därifrån. Visst hade de misstänkt demens, men att få det bekräftat är chockande.

Migranter får tidigare demensdiagnos

Personer med migrationsbakgrund får demensdiagnos när de är yngre än svenskfödda patienter – men de får oftare en ospecifik diagnos, att det är oklart vilken kognitiv sjukdom (en annan benämning på demenssjukdom) de har. Därmed får de mer sällan demensspecifika läkemedel. Region Skåne visade nyligen att av patienter som får demensdiagnos före de fyllt 65 år är antalet med migrationsbakgrund dubbelt så många som de svenskfödda. Vad beror skillnaderna på? Kan de delvis bero på en annan siffra, betydligt mer stabil och lätt att begripa: Att andelen personer med sjukdomen PTSD är femton gånger högre bland personer som tvingats fly och leva i exil? PTSD skadar bland annat hippocampus, en viktig minnesstruktur som också skadas vid demenssjukdom. PTSD benämns som en minnessjukdom, och beskrivs ibland som ett accelererande av det naturliga åldrandet. Det kan vara så att personer som tvingats fly och utsatts för extrem stress har en sårbarhet för båda sjukdomarna. Det kan också vara så att den ovanliga formen av PTSD, den sent debuterande, misstas för demens när äldre insjuknar.

Den 66-åriga mannen har alltså inga journalanteckningar som uppmärksammar vårdpersonalen att PTSD ska övervägas, han har inte haft besvär av sina minnen tidigare. Han har ingen hjälp av sin son som aldrig fått höra vad pappa var med om i Bosnien – varför skulle mannen berätta för sina barn om hemsigheterna, när de är historia? För patienten själv är det svårt att göra en koppling till kriget i fd Jugoslavien. Det var så länge sedan, och han har mått bra sedan dess. Men alltmer forskning uppmärksammar sent debuterande PTSD – diagnosen är vanligare än vi tidigare trott.

När vi åldras, och drabbas av det som kallas mild kognitiv svikt, dyker minnen vi trott vi glömt upp. En neurobiologisk teori är att just hippocampus, som är en viktig del i att lagra och omlagra kontextuell information (när och var något hände)

Det finns fler förklaringar kring vad som bidrar till sen PTSD, men slutsatsen är densamma: symtomen som hållits i schack kan debutera när vi åldras, decennier efter kriget.

om minnen varje gång vi aktualiserar dem, har påverkats. När ett kontextuellt minne (tiden under belägring i Sarajevo) återuppväcks med en sämre fungerande, äldre, hippocampus generaliserar det (alla ljud som skulle kunna vara skott skrämmer och väcker minnen) och förlorar sitt fäste i dåtiden. Ett traumaminne som förr begränsats och kontextualiserats generaliserar, och minnena dyker upp oftare – och de är skrämmande. Det som upplevs farligt ägnar vi större uppmärksamhet åt. Stresspåslaget av minnet bidrar till än mer skada på hippocampus, via hjärnans stresshormon kortisol. Det finns fler förklaringar kring vad som bidrar till sen PTSD, men slutsatsen är densamma: Symtomen som hölls i schack kan debutera när vi åldras, decennier efter kriget.

Likheterna mellan PTSD och demens

I en annan artikel i tidningen (PTSD:s påverkan på asylberättelsen s. 10-15) fördjupar vi oss i PTSD:s påverkan på förmågan att följa med i samtal och koncentrera sig. När vi inte kan koncentrera oss kan vi inte heller bilda nya minnen. Precis som

66-åringen beskrev på vårdcentralen minns han inte samtal han precis haft med sin son, ibland glömmet han vad de diskuterar mitt i ett resone-mang. Han har börjat dra sig undan pratstunderna eftersom han inte vill att andra ska märka att något är fel, så han isolerar sig alltmer. Mannen har skapat strategier, frågor och hummande ljud han skjuter in för att det inte ska märkas att han inte kan koncentrera sig, att han därför inte lyssnar. Det är symptom på PTSD, men så gör också personer med tidig demensutveckling som vill dölja sin sjukdom. När minnena kommer börjar 66-åringen fokusera alltmer på dåtiden, det är vad hjärnan sysselsätter sig med – så gör också personer med Alzheimers sjukdom, när närminnena skadas först och det enda som är klart är tidigare minnen. PTSD-patienter har en rad andra symptom gemensamt med kognitiva sjukdomar, påträngande minnen som kan uppfattas som Lewy body-demensens hallucinationer, en ökad skörhet – inte av frustration över att funktionen sviktar utan av anspändheten av att ständigt vara i hotberedskap. Undvikandebeteenden som traumapatienterna har för att hålla borta sådan



Läs mer om PTSD och åldrande i Fridas bok *När kriget är allt du minns*

som triggar minnen kan misstas för agerande hos personer som insjuknar i kognitiv sjukdom och inte klarar av att sortera mellan intryck och snabbt blir stressade och trötta.

Likheterna är många, men de beror på olika saker. Demenspatienters minne försämras generellt, PTSD-patienten kommer ihåg vissa händelse för bra – men traumaminna skadar koncentrationen när det dyker upp. Det krävs att vårdpersonal vet om riskerna för båda sjukdomarna, att vi undersöker vad det är som gör att nya minnen inte lagras, vad som orsakar symptom som kan förklaras av både PTSD och olika kognitiva sjukdomar, för att ställa rätt diagnos. Risker är att 66-åringen är traumatiserad men skickas hem för att låta tiden, och den felaktigt antagna kognitiva sjukdomen, utvecklas. Eftersom vi inte kan bota demenssjukdom är strategin rimlig om det var rätt diagnos. För den traumatiserade 66-åringen innebär det istället ett halvår med PTSD i onödan, med en försämrad prognos. Dessutom finns risken att han efter sex månader inte söker vård igen eftersom han upplever att han inte fick hjälp.

Det är också mycket olyckligt om det omvända skulle hända – att en demenssjuk person får en felaktig PTSD-diagnos. Vid påbörjad trauma-behandling exponeras personen i så fall helt i onödan för en påfrestande behandlingsinsats som fokuserar på de värsta minnena, i detalj och om och om igen. Om det inte finns en sjukdom att behandla finns det ingen anledning att insistera på att en person ska genomleva det.

Det är bråttom

Att bena ut om det är den ena eller andra diagnosen är viktigt – men lika viktigt är att inse att det kan vara båda. Det har visat sig att en äldre person som har PTSD har en dubbelt så hög risk att också utveckla demenssjukdom.

Om 66-åringen är bland dem som utvecklar båda sjukdomarna är det mycket viktigt att identifiera det. Dels kan PTSD annars maskera den kognitiva sjukdomen så att fel demensdiagnos ställs, PTSD:s minnesproblem kan tas för minnessymtom i Alzheimers sjukdom när det egentligen är en annan typ av demens. Då riskerar patienten fel diagnos och fel läkemedel, vilket kan få allvarliga konsekvenser. Dels behöver PTSD diagnostiseras,

När demenssjukdomen attackerar 66-åringens mest närliggande minnen först är det hans minnen från 90-talets Sarajevo som blir kvar för hjärnan att återvända till. Och när den kognitiva sjukdomen tar hans neutrala och lyckliga minnen är de enda som finns kvar att återuppleva hans allra värsta krigsminnen.

Om vi misslyckas med att se den sent debuterande PTSD-problematiken, om vi misstar den för kognitiv sjukdom, om behandling inte blir tillgänglig – då riskerar kriget att bli allt 66-åringen minns.

så att sjukdomen kan behandlas. Även om vi ännu inte kan bota demenssjukdom kan vi, också vid mild kognitiv svikt, genomföra framgångsrik traumabehandling. Men det är bråttom – dagens traumabehandlingar kräver nyinlärningsförmåga, och ju sjukare patienten blir i sin demenssjukdom desto sämre PTSD-prognos har han.

När kriget är allt du minns

Bråttom är det också, eftersom det finns ännu en viktig faktor att ta hänsyn till. Traumaminnen lagras på ett annat sätt än vanliga minnen, starkare. När demenssjukdomen attackerar 66-åringens mest närliggande minnen först är det hans minnen från 90-talets Sarajevo som blir kvar för hjärnan att återvända till. Och när den kognitiva sjukdomen tar hans neutrala och lyckliga minnen är de enda som finns kvar att återuppleva hans allra värsta krigsminnen. Traumaminnen är mer resistenta mot demenssjukdom.

Vi kan inte påverka att krig och förödelse drabbat patienten, men vi kan hindra att kriget blir en persons hela liv. Först våldet, sedan flykten och

exilen, därefter PTSD som tvingar fram återupplevande av det allra värsta, sedan en fördubblad risk att utveckla demenssjukdom – och till sist: Traumaminnen som håller sig kvar när andra minnen bleknat. De som allra mest förtjänar en ålderdom i fred och frid hålls kvar i våldet. Om vi misslyckas med att se den sent debuterande PTSD-problematiken, om vi misstar den för kognitiv sjukdom, om behandling inte blir tillgänglig – då riskerar kriget att bli allt 66-åringen minns. Det är krigets långtgående konsekvenser.

FRIDA JOHANSSON METSO

Fjärilskvinnornas otroliga färd

En text om könsrelaterat våld i krig och psykisk hälsa

Övergrep och rehabilitering

Övergrep mot civila är bland många tragiska sidor av krig och väpnade konflikter. De senaste åren har allt större uppmärksamhet riktats mot våldtäkt och sexuella övergrepp mot kvinnor och barn i krig. Nobels fredspris gick 2018 till Dennis Mukwege och Nadia Murad, som båda engagerat sig starkt i arbetet mot dessa former av våld – en viktig markering som kommer att kunna bidra till att stärka arbetet med att förebygga sexuellt våld i krigsföring, och säkra utsatta kvinnors rätt till rehabilitering och ersättning (Sveaass, 2018). Detta är en typ av övergrepp som ofta är svåra att prata om, och offren själva blir många gånger utstötta och får bristande stöd. Därför är det viktigt att lyfta fram de allvarliga hälsorelaterade följderna av sådana övergrepp, och utveckla metoder för att hjälpa kvinnor som varit utsatta för allvarliga och kränkande övergrepp (HHRI, 2016).

Vad är sexualiserat våld i krig?

Begreppet ”könsrelaterat våld” innefattar våld mot en person eller en grupp baserat på kön. När vi talar om sexualiserat våld är det en form av könsrelaterat våld som kan omfatta sexuellt utnyttjande av olika slag eller våldtäkt (Skjelsbæk, 2012). Det innebär varje handling, försök eller hot som är av sexuell natur, och som kan resultera i fysisk, psykisk eller känslomässig skada. Sexuellt våld kan leda till död och till allvarliga hälsomässiga skador, såväl fysiska som psykiska. Det har också ofta stora konsekvenser för andra områden i livet, såsom sociala och ekonomiska.

Genom historien finns många exempel på hur könsrelaterat våld använts strategiskt i krig och konfliktsituationer. Sexualiserat, könsrelaterat våld i krig kan framstå som oförutsägbart eller slumpmässigt, men används som ett strategiskt vapen för att besegra och förödmjuka motståndaren.



Nora Sveaass är professor i psykologi vid universitetet i Oslo. Sveaass har arbetat kliniskt med flyktingar som utsatts för tortyr, engagerat sig i förhållandet mellan psykologi och mänskliga rättigheter och forskat, undervisat och skrivit omfattande om familjeterapi med flyktingfamiljer, om rätten till rehabilitering för personer utsatta för tortyr, om hjälp till kvinnor som utsätts för sexuella övergrepp i samband med krig och konflikt, om politisk psykologi. Hon är chef för Health and Human Rights Info, en frivilligorganisation som bland annat har utvecklat en handbok om hjälp för kvinnor utsatta för sexuella övergrepp. Sveaass har varit ordförande i Norwegian Psychological Association:s Human Rights Committee i nästan 20 år. Hon var medlem i FN:s tortyrkommitté (UNCAT) från 2005–2013 och från 2014 har hon varit medlem i FN:s underkommitté för förebyggande av tortyr.

Det kan vara kopplat till etnisk rensning, folkmord, sexuellt slaveri, ofrivillig prostitution, människohandel, kidnappning (ofta av unga flickor), beroendeskap av manliga välgörare i flyktingläger etc. När våldtäkt används som vapen i krig kan det bidra till att avhumanisera de som ses som fiender genom att skrämma och förödmjuka familjer och samhällen.

Att arbeta med våldtagna kvinnor i krig – med de mänskliga rättigheterna som grund

De mänskliga rättigheterna bygger på en naturrättslig uppfattning om att alla människor är födda fria, med ett inneboende värde och samma grundläggande rättigheter. Att identifiera kränkningar mot de mänskliga rättigheterna är en viktig del av ett praktiskt psykosocialt arbete. Genom att förstå den överlevandes erfarenheter ur ett människorättsperspektiv får vi ett ramverk att agera inom, och bättre insikt i vad den överlevande står inför. Ett sådant perspektiv kan också hjälpa oss att möta den överlevande respektfullt och jämlikt (Stang & Sveaass, 2017).

Ett sådant tillvägagångssätt grundar sig i de internationella mänskliga rättigheterna och har som mål att ge människor kunskap om, tillgång till och möjlighet att hävda sina rättigheter. Förebyggande arbete är också viktigt. Det vill säga att bidra till att människor inte utsätts för rättighetsbrott och kränkningar. Genom ett sådant förhållningssätt läggs vikt vid rättsskipning och rätten till skydd. Det innebär också ett fokus på att ansvariga för brott mot de mänskliga rättigheterna faktiskt blir ställda till svars för sina handlingar, och betonar rätten till ersättning i de fall då de mänskliga rättigheterna inte respekterats.

Kvinnor och barn på flykt är särskilt i riskzonen för sexuellt våld. En rapport från 2014 slår fast att omkring 21% av kvinnorna i 14 konfliktländer uppger sig ha blivit utsatta för sexuellt våld (Robbers, Lazdane & Sethi, 2016). Många kvinnor och flickor flyr till följd av rädsla för att bli utsatta för sexuella övergrepp i sitt eget land. Till exempel uppskattas så många som 80% av alla de kvinnor och flickor från Centralamerika som korsar Mexiko på väg till USA ha blivit våldtagna (HHRI, 2017).

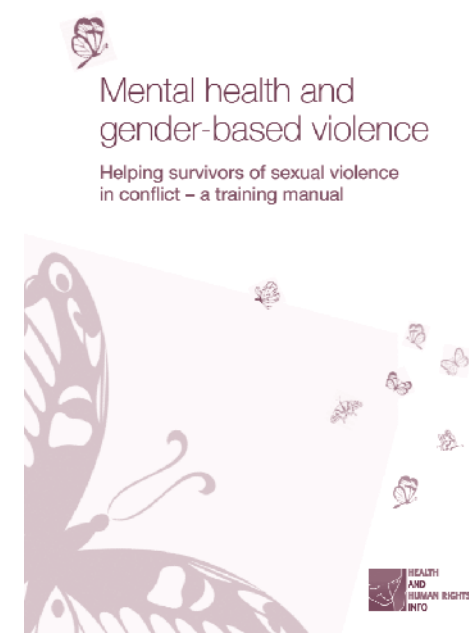
Även om det finns stor kunskap om konsekvenserna av könsrelaterat våld är det ofta svårt att använda denna i krig och konflikt

Amnesty International har rapporterat att kvinnor på asylmottagningsenheter är en särskilt sårbar grupp, och att många kvinnor upplever en grundläggande otrygghet i sådana situationer. De är rädda för att göra vardagliga och livsnöd-vändiga saker såsom att gå ut ur rummet för att laga mat eller gå på toaletten. Låg bemanning och brist på egna boenden för kvinnor är två exempel på hur förhållandena vid mottagningsenheterna gör kvinnor sårbara för övergrepp. Bristande språkkunskaper och liten kunskap om sina rättigheter gör också att kvinnorna inte har möjlighet att söka hjälp.

Sexualiserat våld kan påverka alla områden i livet, och kanske särskilt en människas psykiska hälsa. Att hjälpa kvinnor som varit utsatta för sexuellt våld genom att möta dem på ett sätt som ger dem stöd och styrka förutsätter därför både kunskap om traumatiska händelser och hur dessa kan prägla människor som utsatts för dem, och om psykisk hälsa.

Behov av hjälp och stöd

Den allvarliga situationen för många kvinnor världen över var incitamentet för utvecklandet av en handbok (HHRI, 2016) som ger grundläggande kunskap kring hjälpinsatser för kvinnor som utsatts för denna typ av våldshandlingar. Även om det finns stor kunskap om konsekvenserna av könsrelaterat våld är det ofta svårt att använda denna i krig och konflikt, då det inte finns tillräckliga resurser i form av kvalificerad personal och få möjligheter att remitteras till psykologiska eller psykiatriska insatser. I länder som Liberia och Sydsudan och i olika flyktingläger finns det till exempel liten tillgång till kvalificerad hjälp eller behandling. Handboken togs fram för att förbättra undervisningen för de som i sitt arbete möter kvinnor som varit utsatta för könsrelaterat våld i krig. Det är ingen terapimanual, utan en resurs som är tänkt att användas i undervisning. Syftet med handboken är att bistå humanitära aktörer, vårdanställda och andra som träffar kvinnor som blivit utsatta för sexuellt och könsrelaterat våld och andra former av trauman i



Omslag till handboken som finns att läsa i sin helhet här: <https://www.hhri.org/gbv-training-manual/about-manual/tools/the-butterfly-woman/>

humanitära situationer, i samband med migration och väpnade konflikter, där tillgången till sjukvårdspersonal med psykologisk eller psykiatrisk expertis är begränsad. Den kan användas som ett verktyg för personer som lär upp eller tränar andra, eller för grupper som behöver material för självstudier.

Om handboken

Handboken är utplagd som ett undervisningspaket och indelad i tre delar. Del 1 introducerar centrala teman som är viktiga att ha som bakgrundsmaterial när en går kursen, och är organiserad i 15 underteman. Del 2 är själva utbildningsdelen. Den rymmer grundliga beskrivningar av hur man kan gå till väga och innehåller övningar och kunskap knuten specifikt till dem. Handboken kan användas som kursupplägg för upp till tre dagar, men kan vara en givande resurs också vid kortare kurser. Här finns övningar och vägledning för både kursledaren och deltagarna, med fokus på trauma: gruppuppgifter, grundövningar, rollspel och diskussioner och en introduktion till det som kallas "fjärilskvinnometaforen" (van der Weele & With, 2008). Målet med kursen är att öka kompetensen och färdigheterna hos dem som möter kvinnor med svåra upplevelser. I arbetet med handboken och med inspiration från kollegor i bland annat Kongo, har vi valt att använda en metafor som det bärande elementet i utbildningen: historien om fjärilskvinnan. Vi följer hennes historia från innan det att hon upplever den traumatiska händelsen, under själva den våldsamma händelsen och vad den gör med henne, därefter följer vi ett förlopp där hon söker och får stöd och blir mött med respekt. Genom att utgå ifrån denna historia får vi goda strategier i arbetet. Del 3 innehåller material för vidare läsning och fördjupning, korta presentationer av relevant teori och länkar till information på nätet. Här står även mer om den teoretiska bakgrunden till själva kursdelen i handboken och en del teman som inte direkt berörts tidigare. Ett exempel på detta är det stora och svåra temat knutet till barn som föds till följd av våldtäkt, och tankar kring hur man kan hantera sådana situationer. Vidare är ett av dessa teman hur personer som möter utsatta kvinnor i sitt arbete tar hand om sig själva.

Som samhälle måste vi säkra att de som behöver hjälp efter brutala övergrepp faktiskt får det omedelbart. De ska inte vara utelämnade åt att söka och vänta på specialiserad hjälp.

En sista viktig del är en diskussion kring det vi ofta kallar motståndskraft, resiliens – med andra ord hur vi kan förstå det faktum att vissa är mer motståndskraftiga än andra i svåra situationer.

Handboken som resurs också i arbetet med flyktingar i Skandinavien

I de skandinaviska länderna är det enklare än på många andra platser att hänvisa vidare när en ser behov av behandling. Det är emellertid inte alla som får den hjälp de ska ha, därför att problemen inte upptäckts eller blivit sedda av andra. För många som kommer hit och söker skydd är detta ett problem. De vet ofta inte vem de ska fråga, de kan vara rädda att be om hjälp med något de upplever som svårt och skamligt, och de kan uppleva att de inte litar nog på stödpersoner och andra utanför den miljö de själva känner till.

Det är därför viktigt att alla som arbetar med flyktingar och asylsökande också i vår del av världen lär sig att identifiera övergrepp, och att de vet hur de ska närma sig människor på ett respektfullt sätt. Mycket av det som beskrivs i handboken, både vad gäller kunskapsunderlaget och verktygen för arbetet, är användbart och värdefullt i arbetet med flyktingar och asylsökande på mottagning såväl som på kommunal nivå. Även i de fall där det är aktuellt att hänvisa vidare till specialistbehandling kan det vara viktigt att ha olika typer av hjälpinsatser tillgängliga medan personen väntar, eftersom det ofta kan ta tid att få hjälp med psykisk ohälsa. Också människor som inte önskar eller får specialiserad vård kan ha nytta eller behov av ”lägröskelstöd” och bättre verktyg för att hantera stress och vardag.

Avslutning

Som samhälle måste vi säkra att de som behöver hjälp efter brutala övergrepp faktiskt får det omedelbart. De ska inte vara utelämnade åt att söka och vänta på specialiserad hjälp. Människor måste bli bemötta med stöd och öppenhet där de befinner sig, antingen det är i flyktingläger runtom i världen, i sin egen stadsdel, eller på platser som tar emot de många som har behövt korsa landsgränser för att få hjälp och skydd. Det är här vi tror att de erfarenheter som beskrivs konkret i handboken, där både de mänskliga rättigheterna och traumapsykologi är avgörande, kan göra en liten skillnad i mötet med människor som varit utsatta för övergrepp.

Det återkommande, viktiga budskapet är att alla, och särskilt de som har fallit offer för andra människors brutalitet och staters brott mot grundläggande rättigheter och egna förpliktelser, måste mötas med respekt och på ett sätt som gör det möjligt för dem att återigen erfar ett egenvärde och möjligheten till en framtid. För att kunna skapa hopp och möjligheter behöver vi stå på en hållfast grund av respekt, försvar för de mänskliga rättigheterna och erkännande av människors inneboende värde.

NORA SVEAASS

ÖVERSÄTTNING FRÅN NORSKA: LINN HANSÉN

Litteratur

Health and Human Rights Info (HHRI), *Mental health and gender-based violence. Helping survivors of sexual violence in conflict – a training manual*, 2016, www.hhhri.org/http://www.hhri.org/ekstern/new_hhri_web.pdf.

Health and Human Rights Info (HHRI), "Rape within the migration journey", nyhetsbrev nr. 5, 2017, <http://www.hhri.org/newsletter/>.

Robbers, G., Lazdane, G. & Sethi D, *Sexual violence against refugee women on the move to and within Europe*, 2016,

WHO Regional Office for Europe, "Together for a better sexual & reproductive health", *Entre Nous No 84*, 2016, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/319311/9-Sexual-violence-refugee-women.pdf?ua=1.

Skjelsbæk, I, *The political psychology of war rape*, London: Routledge, 2012.

Stang, E. & Sveaass, N, *Hva skal vi med menneskerettigheter?*, Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016.

Sveaass, N., "Om å hjelpe etter seksualisert vold", 2018, <https://www.uniforum.uio.no/leserbrev/2018/om-a-hjelpe-etter-seksualisert-vold.html>

Van der Weele, J. & With, A. *Sommerfuglkvinnen: håndbok for kvinner som lever vanskelige liv*, Oslo: Alternativ til vold/Sommerfuglkvinnens forlag DA, 2008, https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2014070805028

Artikelen bygger på kapitlet «Kjønnsbasert vold i krig og psykisk helse – en håndbok for hjelpere» av Elisabeth Ng Langdal, HHRI, Nora Sveaass, UiO, HHRI och Ragnhild Dybdahl, Oslo Met, i boken *Asylsøkere og flyktinger. Psykisk helse og livsmestring* som nyligen gavs ut på Universitetsforlaget Oslo.

Posttidning B

Returadress

FARR

Box 391

101 27 Stockholm



När kriget är allt du minns

Frida Johansson Metso, Förlag: Gothia fortbildning

När en person som överlevt krig och flykt åldras riskerar traumatiska minnen att komma upp till ytan. Post-traumatisk stress, PTSD, tvingar överlevaren att återuppleva sitt livs värsta händelser om och om igen. Likheterna mellan PTSD och demens i kombination med att symtomen dyker upp sent i livet gör att många äldre feldiagnostiseras.

När kriget är allt du minns är en bok om vikten av att ge rätt vård till äldre för att skydda dem från att kriget till slut är det enda de minns. Den ökar också förståelse för hur våld och övergrepp påverkar människor livet igenom. Budskapet är att PTSD-patienten inte lider av en obotlig sjukdom utan kan tillfriskna med rätt behandling och bemötande.

**Texten är hämtad från
Gothia fortbildnings hemsida*

ARTIKEL 14 GES UT AV FLYKTINGGRUPPERNAS RIKSRÅD