Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering
Rapport 2026:1



Efter flykt och partnervåld

Utvärdering av en gruppintervention för kvinnor som traumatiserats av svår migration och våld i nära relation

Elisa Hagby
Anna Pérez-Aronsson
Arantxa Castillo Zubiria
Georgina Warner

Röda Korsets Högskola
1867
SVENSKA RÖDA KORSET

Svenska Röda Korset

Efter flykt och partnervåld
ISBN: 978-91-989580-1-0
Projektgrupp: Elisa Hagby, Anna Pérez-Aronsson, Arantxa Castillo Zubiria, Georgina Warner
Illustratör framsida: Wilma Harju
Illustratörer i rapporten: Wilma Harju
Fotograf Anna Pérez-Aronsson och Georgina Warner: Mikael Wallerstedt. Fotograf Arantxa Castillo Zubiria, Michelle Nakagawa. Fotograf Elisa Hagby, privat.
Tryck: Typografiska 2025

Rapporten går att ladda ner på www.rkh.se

Studien genomfördes vid ett av Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. För att värna deltagarnas anonymitet redovisar vi inte mottagningens ort.
Kontakt för frågor: frida.johansson.metso@rkh.se.

Efter flykt och partnervåld

Utvärdering av en gruppintervention för kvinnor som traumatiserats av svår migration och våld i nära relation

Svenska Röda Korset

Röda Korsets kompetenscenter
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Förord

Flyktingar flyr förövare. Många av de kvinnor som flyr, flyr också med och till förövare. Den här rapporten handlar om kvinnor med en dubbel utsatthet för våld – våld kopplat till krig och tortyr men också våld i relation och hem.

Kvinnor som upplevt våld i nära relation efter flykt kan brottas med andra utmaningar än svenskfödda. För många nyanlända kvinnor är vägen ut ur partnervåld inte bara en fråga om akut skydd utan också om skydd från hot i hemlandet. Våld i hemmet blir därmed tätt sammanflätat med migrationsrättslig utsatthet – en utsatthet som har förvärrats när migrationspolitiken blivit mer restriktiv.

På våra mottagningar möter vi kvinnor vars uppehållstillstånd i Sverige är knutet till makens. Ibland är han svenskfödd, ibland har han kommit hit först, ibland har det varit hans asylskäl som hörts mest. Typen av tillstånd har först inte spelat roll, det viktiga har varit att båda fått en fristad. Men nu är kvinnan bunden till sin man. Om han begär skilsmässa försvinner hennes grund till uppehållstillstånd och hon riskerar utvisning. Att få asyl i Sverige har blivit svårare och få kvinnor vågar hoppas att de ska bli trodda och få skydd av egna skäl efter år av tystnad.

Hos oss berättar också kvinnor att de fruktar ett återvändande som skild oavsett om de hade skyddsskäl tidigare eller inte. Våldet mot kvinnors frihet och liv, och den straffrihet förövare ofta åtnjuter, är omfattande i många delar av världen. Det nålsöga som finns för att offer för våld i nära relation ska få uppehållstillstånd just för att de utsatts är omvittnat smalt.

Många kvinnor har stannat i livsfarligt våld i väntan på att deras tid som anhöriginvandrare i Sverige skulle bli tillräckligt lång för att de skulle kunna ansöka om ett eget uppehållstillstånd. Den tiden har blivit längre när uppehållstillstånd blivit svårare att få. När denna text skrivs pågår politisk debatt om att avskaffa permanenta uppehållstillstånd och hänvisa till ansökan om medborgarskap eller

ställning som varaktigt bosatt (möjligt efter fem år). Det verkar också som att krav på egenförsörjning kommer villkora båda möjligheterna – och därmed omöjliggöra dem för vissa. Många kvinnor, som brutits ner av fysiskt och psykologiskt våld, av påtvingad isolering i hemmet och som förvägrats utbildning och möjlighet att arbeta, kommer ha svårt att nå försörjningskraven.

Reformerna av flyktingpolitiken syftar inte till att göra livet sämre för kvinnor som lever i en våldsam relation, men den sammantagna effekten är omfattande. För vårdpersonal och andra som arbetar för att hjälpa brottsoffren försvårar den nya verkligheten många insatser och det krävs expertkunskap för att kunna ge stöd i kvinnans val. Svenska Röda Korset, som arbetar med traumabehandling för krigsskadade och torterade, är inte specialister på relationsvåld men på flyktingpolitisk utsatthet. I en hård och våldsam värld behöver vi göra mer för att skydda våra patienter. Den rapport du håller i din hand berättar om en sådan satsning.



Frida Johansson Metso
Leg. psykolog, samordnare
Röda Korsets kompetenscenter
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Författare



Elisa Hagby

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade

Leg. psykolog. Elisa har varit projektledare under delar av projektet och kliniskt ansvarig för implementering av gruppinterventionen.



Arantxa Castillo Zubiria

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade

Leg. psykolog. Arantxa har varit kliniskt ansvarig för implementering av gruppintervention och arbetar nu med fortsättningen efter pilotstudien.

LÄS MER

Vill du veta mer om vårt arbete med och för kvinnliga patienter vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade? Forskningsprojektet Mitt hjärtas syster innehåller bland annat en litteraturöversikt om kvinnors sårbarhet före, under och efter flykt, kvinnliga före detta patienters upplevelse av vård, vårdpersonals insikter om patientgruppens behov och en utvärderad intervention vid behandlingscentret i Malmö.

Läs mer på www.rkh.se/kompetenscenter.



Anna Pérez-Aronsson

Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; Socialmedicin/CHAP och WOMHER

Anna är läkare och doktorand. Hennes avhandling handlar om kvinnors återhämtningsprocesser efter våldsutsatthet och migration.



Georgina Warner

Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; Socialmedicin/CHAP och WOMHER

Georgina har en masterexamen i psykologi och är docent i hälsa och välfärd. Hon är Pérez-Aronssons avhandlingshandledare och leder ett projekt om prevention och psykosocialt stöd för upplevelser av våld och migration.

Vi vill tacka…

Alla de kvinnor som deltagit i projektets gruppbehandling. Tack för det mod ni visat genom att delta i samtal och för att ni delger perspektiv som hjälper oss att förstå världen bättre. Ett speciellt tack till vår poet, som bidragit till den här rapporten med sina verk.

Till de fantastiska kvinnorna med egen erfarenhet av dubbel utsatthet som fungerat som referensgrupp för Anna Pérez-Aronssons doktorandprojekt och bistått i att forma vår behandlingsintervention.

Alla kollegor på behandlingscentret, för att ni stöttat och delat er kompetens! Särskilt tack till vår verksamhetschef som möjliggjorde projektet.

Nationellt centrum för kvinnofrid, för viktig kunskap och fint samarbete.

Samordnaren för Röda Korsets kompetenscenter, för tålamod, inspiration och arbetsglädje i projektet!

Innehållsförteckning

Förord **4**

Författare **6**

Sammanfattning **11**
Abstract in English 12
Sammanfattning på lättare svenska 13

Introduktion **14**
Rapporten: Kartläggning och intervention 15
Projektgruppen: Komplexa behov kräver samarbete 15

Definitioner av begrepp **17**

Bakgrund **18**
Reaktioner på traumatiska händelser 19
Psykologisk behandling för traumatiserade 21

Syfte **24**
Syfte delstudie 1 24
Syfte delstudie 2 24

Delstudie 1 Kartläggande litteraturöversikt **25**
Stöd för gruppformat 27

Delstudie 2 Interventionen **30**
Val av interventionen STAIR 30
Anpassning av interventionen 32
Sammanfattning av metoden 35
Metod delstudie 2 36
Rekrytering 36
Utvärdering av interventionen 37
Resultat delstudie 2 40
Deltagare 40
Resultat kvalitativa intervjuer (grupp 1 och 2) 40
Resultat fallbaserad mixad-metodutvärdering (grupp 2) 48
Kliniska observationer delstudie 2 53
Validering och normalisering: Att vara en bland flera 53
Att kunna prioritera sig själv 54
Exponerande behandling 55
Ett forum för att träna relationella färdigheter 56
Diskussion delstudie 2 57

Värdet av gruppformat tydligaste resultatet 57
Ingen förändring i generellt välbefinnande 59
Interventionens format 61

Rekommendationer 64
Om interventionen 65
Om gruppformatet 68
Rekommendation om ytterligare forskning 69

Referenser 71

Bilagor 78
Bilaga 1 Sessionsspecifika anpassningar 78
Session 1 78
Session 2 78
Session 3 79
Session 4 79
Session 5 80
Session 6 80
Session 7 81
Session 8 81
Session 9 81
Session 10 82

Sammanfattning

Delstudie 1 bestod av en litteraturöversikt för att identifiera psykosociala interventioner utvecklade för eller testade med migranter med erfarenhet av sexuellt våld och/eller partnervåld. Totalt identifierades 13 interventioner. Ungefär hälften av interventionerna var specifikt utformade för att bemöta erfarenheter av migration och sexuellt våld och/eller partnervåld medan den andra hälften bestod av befintliga psykosociala insatser som anpassats för målgruppen.

I delstudie 2 valdes en intervention, *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation* (STAIR), baserat på resultaten av den kartläggande litteraturöversikten i delstudie 1. I den här rapporten redogör vi för två omgångar av gruppinterventionen där viss anpassning gjorts mellan grupp 1 och 2. Kliniska observationer har gjorts vid båda interventionerna. Bägge grupperna utvärderades vetenskapligt med kvalitativa intervjuer, och grupp 2 genomförde också kvantitativa mätningar. Det sågs inga signifikanta förändringar på gruppnivå i de mätinstrument som användes, men deltagarna beskrev positiva upplevelser. Interventionen framhölls som hjälpsam för att arbeta med tillit och relationsfärdigheter samt bryta känslor av ensamhet. Själva gruppformatet upplevdes som värdefullt men utmanande. Sammantaget tyder resultaten på att interventionen skulle kunna vara hjälpsam som ett komplement till ordinarie traumabehandling för patienter med omfattande våldsutsatthet, men att det behövs mer kunskap om hur en sådan kombinations-behandling kan läggas upp och vad det får för långsiktiga effekter. Praktiskt stöd, och individuell traumabehandling, rekommenderas.

Abstract in English

Substudy 1 consisted of a literature review aiming to identify psychosocial interventions developed for or tested with migrants who have experienced sexual and/or intimate partner violence. A total of 13 interventions were identified. Around half of the interventions were specifically designed to address experiences of migration and sexual and/or intimate partner violence, while the other half were existing psychosocial interventions adapted for this target group.

Substudy 2 selected one intervention – Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) – based on the findings from the literature review in Substudy 1. This report presents two rounds of the group intervention, with some adjustments made between Group 1 and Group 2. Clinical observations were conducted during both interventions. Both groups were scientifically evaluated through qualitative interviews, with the second group also completing quantitative measures. There were no significant changes observed at a group level in the outcomes used, but the participants described positive experiences. The intervention was described as helpful for working on trust and relationship skills and reducing feelings of loneliness. The group format itself was considered valuable, yet challenging. Overall, the results suggest that the intervention could be useful as a complement to standard trauma treatment for patients with extensive exposure to violence, but more knowledge is needed on how to combine treatments and what the long-term effects are. Practical support, as well as individual trauma treatment, is recommended.

Sammanfattning på lättare svenska

Vi har gjort två studier.

Den första handlade om att läsa forskning.

Vi ville hjälpa kvinnor som mår dåligt efter svåra händelser.

Kvinnor som har flytt sitt hemland på grund av krig eller förföljelse.

Kvinnor som har blivit illa behandlade av sin familj, ofta av sin man.

Vi hittade 13 metoder som kan hjälpa.

Med hjälp av kvinnor som haft svåra upplevelser valde vi en metod.

I den andra studien testade vi den metoden i grupp.

Kvinnor som deltog tyckte att metoden var bra.

De kände sig mindre ensamma.

De fick och gav varandra bra stöd.

De gav också förslag på hur metoden kan bli bättre.

Introduktion

Är vi rätt mottagning för kvinnor som utsatts för våld i nära relation? Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade är specialister på att behandla traumatisering hos människor som tvingats fly sitt hemland. Ibland kommer remisser till oss med patienter som har flytt till Sverige men fortfarande lever med våld – i en våldsam familj, med en våldsam partner. Våra mottagningar är inte lika väl utrustade för att ge skydd och möta akut våldsutsatthet som exempelvis kvinnojourer eller Nationellt centrum för kvinnofrid. Pågående hot i hemmet har inte varit vårt fokus. På mottagningarna har vi resonerat i varje enskilt fall: Är vi rätt vårdgivare för just den här kvinnan? Det har krävts mycket eftertanke när vi avgjort om vi ska länka vidare patienter som lämnat sitt hemland på grund av våld i konflikt men vars huvudsakliga behov av bearbetning relaterar till våld i hemmet.

Vi vet att motsvarande osäkerhet finns på specialistmottagningar för patienter som söker behandling för traumatisering efter våld i nära relation när det framkommer att de upplevt krig, tortyr och flykt. Kvinnor som upplevt olika våldsformer i olika tider av sitt liv, det vi i rapporten benämner som dubbel våldsutsatthet, riskerar därmed att mötas av osäkerhet och inkonsekvens i svensk specialiserad vård. I stället för att ges tryggt stöd från olika experter och få det bästa ur flera vårdvärldar kan otydliga hänvisningar leda till att de tappar tilltron till att de alls kan få hjälp.

Dessutom är traumatisering en kumulativ process. Tidigare händelser i hemlandet och under flykt bidrar till att våld här i Sverige leder till, förstärker och vidmakthåller sjukdomar som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Med kännedom om att traumatisering är en kumulativ process är separation av vilka händelser som lett till sjukdom sällan hjälpsam.

Därför har vi valt att stärka vårt mottagande av gruppen kvinnor med dubbel våldsutsatthet. Det finns tillfällen då en patient kan ha behov av andra vårdinsatser och skyddsstrukturer än vad vi kan ge. Men de kvinnor som söker oss ska mötas av trygghet och tydlighet. Vår kliniska verksamhet har därför gjort ett utvecklingsarbete så att vi kan ge mer omfattande stöd än den standardbehandling vi gett patientgruppen hittills.

Den rapport du läser nu beskriver en del av den ambitionen – att undersöka vad traumatiserade patienter med dubbel våldsutsatthet kan behöva av oss utöver det vi erbjuder idag, och vad vi som vårdgivare behöver för att säkert kunna ge dem det.

Rapporten: Kartläggning och intervention

Rapporten består av två delar: En sammanfattning av en litteraturöversikt som gjorts för att kartlägga de psykosociala gruppinterventioner som prövats med och utformats för personer med erfarenhet av svår migration och sexuellt våld och/eller våld i nära relation. Därefter följer en beskrivning av den intervention vi valde att prova vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade – två omgångar av en gruppintervention som anpassades och prövades i kliniken, och utvärderades vetenskapligt. Rapporten avslutas med kliniska och vetenskapliga rekommendationer om arbetet framåt.

Projektgruppen: Komplexa behov kräver samarbete

Under 2024 antog Svenska Röda Korsets avdelning för Hälsa och vård en ny rutin för arbetet med patienter som upplever våld i nära relation. Trots att vi inte är specialister på relationsvåld har vi alltid mött patienter med sådana erfarenheter eftersom problemet är utbrett, och det har efterfrågats och kontinuerligt skapats mer stöd i organisationen. Parallellt med processen att utveckla den nya rutinen kontaktades vi av läkaren Anna Pérez-Aronsson, Uppsala universitet, och engagerades i hennes doktorandprojekt som

fokuserar på kvinnor med erfarenheter av svår migration och genusbaserat våld. Genom Pérez-Aronsson har vi fått möta hennes handledare, docent Georgina Warner, deras referensgrupp av kvinnor med egen erfarenhet av migration och genusbaserat våld samt flera av deras samarbetspartners, bland annat Nationellt centrum för kvinnofrid. Den kompetenshöjning samarbetet fört med sig har varit förutsättningen för en genomtänkt satsning på vår behandlingsmottagning. Projektet har skett inom ramen för Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering som syftar till att utveckla och bidra till ökad evidens kring traumabehandling för människor som tvingats på flykt. Gruppinterventionen har anpassats till vår verksamhet och målgrupp utifrån en befintlig intervention och genomförts vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade av projektledare Elisa Hagby och Arantxa Castillo Zubiria.

SVENSKA RÖDA KORSETS MOTTAGNINGAR

De flesta patienter vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade har flytt sitt hemland efter krig och konflikter, förföljelse och tortyr. De har ofta själva varit utsatta för eller bevittnat våld. Flykt är ingen enhetlig upplevelse men för många patienter har vägen till Sverige präglats av ytterligare våld, rädsla och osäkerhet. Tillvaron som asylsökande eller nyanländ i Sverige är inte heller trygg. De flesta lever med omfattande postmigrationsrelaterad stress: Oro för uppehållstillstånd och familj på flykt, vardagsstress kring försörjning och boende. Även erfarenheter av sexuellt våld och våld i nära relation förekommer.

Svenska Röda Korsets fem behandlingscenter har liknande uppdrag men skiljer sig åt vad gäller utformning och omfattning av vården, anpassat efter de behov som finns inom respektive region. Patientarbetet sker med tolk. Mottagningarna erbjuder vård till patienter oavsett legal status.

Definitioner av begrepp

VÅLD I NÄRA RELATION

Våld i nära relation definieras som ett mönster av kränkande beteenden som används av en part i en nära relation, i syfte att utöva makt och kontroll över den andra parten. Detta kan ta sig olika uttryck, exempelvis genom sexuellt, fysiskt, ekonomiskt, emotionellt eller psykologiskt våld eller kontrollerande beteenden. Den nära relationen kan vara en romantisk partner men även en familjemedlem eller nära släkting. Relationen kan vara aktuell eller avslutad. Ibland betecknas våld i nära relation också som familjevåld.

GENUSBASERAT VÅLD

Våld riktat mot en person på grund av hens kön, könsidentitet eller könsuttryck, exempelvis våld mot kvinnor. Familjevåld, våld i nära relation och partnervåld kan ses som former av genusbaserat våld, men genusbaserat våld kan också utföras av andra aktörer. Sexuellt våld kan ses som en underkategori av genusbaserat våld.

SEXUELLT VÅLD

Med sexuellt våld avses varje sexuell handling eller hot om handling som sker utan samtycke och innehåller övertalning, tvång eller användning av hot. Detta inkluderar flertalet beteenden, bland annat sexuella trakasserier, våldtäkt, oönskade sexuella beröringar och alla former av sexuellt tvång.

Bakgrund

Våld i nära relationer är ett utbrett problem i Sverige, trots att Sveriges regering prioriterat frågan i flera år (regeringens skrivelse, 2016). Våld i nära relation förekommer inom alla samhällsskikt men strukturell och social utsatthet kan öka risken för att exponeras för våld samt försvårar tillgången till stöd. De flesta som drabbas av sexuellt våld eller våld i nära relationer är kvinnor (Fanslow et al., 2023; Frenzel, 2024). Kvinnors särskilda utsatthet relaterar bland annat till globala patriarkala strukturer där en underordnad maktposition påverkar kvinnors liv och plats i samhället (Jolof et al., 2023). Globalt rapporterar en tredjedel av alla kvinnor våld i nära relation någon gång under sin livstid (World Health Organization, 2013). I en litteraturöversikt som undersöker våld i nära relation bland kvinnor som migrerat diskuteras svårigheter med att uppskatta dess förekomst – de inkluderade studierna redogör för en prevalens i spannet 17–70 procent (Gonçalves & Matos, 2016).

I Sverige visar en undersökning att omkring 35 procent av alla kvinnor över 16 år någon gång under sin livstid utsatts för våld i nära relation, omkring 14 procent för fysiskt våld (Frenzel, 2024). I ett annat internationellt forskningsinitiativ (Pertek et al., 2022) undersöks omfattningen av sexuellt och genusbaserat våld hos flyktingar, där personer i en svensk kontext rapporterade om följande risker för en förhöjd våldsutsatthet:

- En lång och utdragen asylprocess som kan öka risker för stress, psykisk ohälsa och våldsbenägenhet.
- Otrygga boendesituationer som inte tar hänsyn till könstillhörighet eller erbjuder säkra platser.
- Förändrade könsroller i Sverige som kan hota idéer om maskulinitet, vilket riskerar att öka våld inom familjer.
- Restriktiva policys kring uppehållstillstånd, vilket ökar beroende till våldsutövare. Om ens egna möjligheter till asyl

eller ekonomiskt stöd är beroende av ens partner eller om kvinnan fått sitt uppehållstillstånd via anhöriginvandring ökar risken för att hon inte förmår lämna en våldsam relation.

SVÅR MIGRATION

På Svenska Röda Korsets behandlingscenter möter vi framför allt människor som tvingats fly sina hemländer. Det finns flera begrepp som beskriver juridisk status och faser i migration efter att en person påtvingat lämnat sitt hemland (exempelvis asylsökande, skyddsbehövande, flykting, papperslös). En del av de kvinnor som beskrivs i litteraturen och av dem vi mött inom ramen för projektet har inte varit asylsökande utan har migrerat av andra skäl. Ett exempel är att kvinnan kommit till Sverige som anhörig till en man, och därmed fått sin tillvaro här knuten till deras relation. Vi vet att även vid anhöriginvandring kan det ha förekommit skäl att fly. I rapporten har vi valt att ofta använda samlingsbegreppet ”svår migration” för att beskriva att tiden före ankomst hit innehållit potentiellt traumatiserande upplevelser.

Reaktioner på traumatiska händelser

Människor reagerar på olika sätt när de upplever händelser som präglas av våld och stark rädsla. En metaanalys visar att erfarenheter av flykt ofta leder till en ökad risk för psykisk ohälsa med besvär så som PTSD, depression, långvarig smärta, missbruk och suicidalitet (Blackmore et al., 2020). I populationen asylsökande och flyktningar finner studien en förekomst av depression på runt 30 procent att jämföra med 12 procent i en allmän population, och av PTSD hos runt 30 procent att jämföra med 3,9 procent hos befolkningen i allmänhet. Studien visar också att ohälsan ofta fortsätter prägla livet många år efter flykten. Även forskningsprojekt som undersöker förekomst av psykisk ohälsa efter erfarenheter av våld i nära relation finner en ökad förekomst av bland annat PTSD, ångest och depression (Campbell, 2002; Hameed et al., 2020).

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

PTSD och CPTSD

PTSD uppkommer efter exponering för allvarliga, hotfulla och skrämmande händelser och kännetecknas av stark ångest och hög stressnivå. Sjukdomen kan drabba personer som varit med om krig, svåra förluster, olika typer av våld eller andra händelser som inneburit hög stress. PTSD kännetecknas av påträngande minnen av händelsen, undvikande av traumapåminnelser, emotionell och kognitiv påverkan och överspändhet/överdriven vaksamhet (American Psychiatric Association, APA, 2014; World Health Organization, WHO, 2022).

Komplex PTSD (CPTSD) är en relativt ny diagnos som tillkommit i den senaste versionen av den diagnostiska manualen ICD-11 (WHO, 2022). Utöver att uppfylla kriterier för PTSD lider personer med CPTSD även av en negativ självbild samt svårigheter med att reglera känslor och upprätthålla relationer och känna närhet till andra. Diagnosen är mer vanligt förekommande om en person varit utsatt för återkommande och/eller långvariga traumatiska händelser, vilket ofta är fallet hos patientgruppen på Svenska Röda Korsets behandlingscenter, samt efter erfarenheter av våld i nära relation. Prevalensstudier tyder på att CPTSD är vanligare än PTSD i kliniska populationer (Karatzias et al., 2019a) och bland migranter (Vallières et al., 2018) och två metaanalyser har funnit att tillståndet verkar kräva mer omfattande behandlingsinsatser (Karatzias et al., 2019b; Coventry et al., 2020). Tillståndet CPTSD präglas av sämre livskvalitet, sämre fungerande i vardagen och en högre samsjuklighet med andra diagnoser (WHO, 2022).

DEPRESSION

Runt 50 procent av de som diagnostiseras med PTSD lider även av depression (Rytwinski et al., 2013) och för många innebär diagnosen en förhöjd suicidrisk (Holliday et al., 2020). Symtombilden vid depression präglas av bland annat nedstämdhet, orkeslöshet, koncentrationssvårigheter, känslor av hopplöshet och en sänkt självkänsla (APA, 2014; WHO, 2022).

Psykologisk behandling för traumatiserade

Majoriteten av de behandlingsinsatser som erbjuds vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter är traumafokuserade. Metoder som innehåller exponering har starkast forskningsstöd. Exponering innebär att patienten under kontrollerade former närmar sig det som väcker obehag och ångest – i verkligheten (i form av platser, situationer, objekt) eller imaginativt (i form av ett ofta detaljerat och upprepat återberättande). Det finns olika exponerande behandlingsmetoder, på Svenska Röda Korsets behandlingscenter används ofta metoderna *narrativ exponeringsterapi* (NET) och *Prolonged Exposure (PE).* Flera behandlingscenter erbjuder även *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). I EMDR får patienten fokusera på inre bilder, tankar, känslor och/eller kroppsförnimmelser som den traumatiska händelsen förknippas med samtidigt som de tillsammans med sin behandlare arbetar med en så kallad bilateral stimulering, vilket underlättar bearbetning av traumatiska minnen.

Traumafokuserad behandling upplevs ofta som påfrestande för patienterna. Inför exponering arbetar många behandlare därför först stabiliserande för att öka patientens förmåga att hantera svåra känslor samt bygga förtroende till psykologiska metoder och behandlaren. Tillit mellan patient och vårdpersonal är en central del av de flesta psykologiska behandlingar och kan vara särskilt viktigt i bemötandet av patienter som varit utsatta för mellanmänskligt medvetet riktat våld och således ofta har svårt med tillit till andra. Olika behandlingar betonar stabiliseringsfasen i varierande utsträckning, och inom vissa inriktningar anses den vara mindre viktig (se till exempel Vågbratt et al., 2024). Inom detta projekt övervägdes både traumafokuserade och stabiliserande interventioner, men av skäl som vi återkommer till valde vi en stabiliserande insats.

Behandling vid depression

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den rekommenderade evidensbaserade behandlingsmetoden för depression (Socialstyrelsen, 2021). KBT vid depression består ofta av beteendeaktivering med syfte att öka exempelvis vissa sociala eller fysiska aktiviteter som kan leda till positiva upplevelser för patienten, samt kognitiv terapi där man kartlägger, utmanar och förändrar invanda depressiva tankemönster (Nationella vård- och insatsprogram, 2025). Eftersom samsjukligheten mellan PTSD och depression är hög bland patienterna vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter är inslag av såväl beteendeaktivering som kognitiv terapi vanligt.

Behandling efter våld i nära relation

Behandlingar vid psykisk ohälsa efter erfarenheter av våld i nära relation kan fokusera på PTSD, ångest, depression eller att förebygga ytterligare våld, och utmärks ofta i sin särskilda betoning av egenmakt (APA, 2019; Karakurt et al., 2022). Insatserna fokuserar bland annat på patienters självförtroende och upplevelse av att kunna påverka sin livssituation.

Vidare rekommenderar Socialstyrelsen (2022) att man i mötet med personer med erfarenheter av våld i nära relation tar hänsyn till psykosociala behov och erbjuder information och råd, hjälp med att ordna boende, stöd i föräldraskap och hjälp i kontakten med andra myndigheter. 2024 uppdaterades, som tidigare nämnts, Svenska Röda Korsets behandlingscenters rutiner kring våld i nära relation, vilket inkluderar att på ett systematiskt sätt fråga efter våld i nära relation och erbjuda patienter kontakt med kurator om de önskar hjälp med en vidare behovsanalys eller i kontakten med till exempel socialtjänsten. Vidare har man som kompetenshöjning inom samtliga behandlingsmottagningar inom Svenska Röda Korset bjudit in

Nationellt centrum för kvinnofrid för att hålla föredrag om arbete med våldsutsatthet.

Behandlingsformat för patientgruppen med dubbel utsatthet

Gruppformat är vanligt för att behandla erfarenheter av våld i nära relation (Hameed et al., 2020). Echeburúa et al. (2013) rekommenderar gruppbehandling som ett komplement till individuell behandling för kvinnor med erfarenheter av våldsutsatthet, och som utöver PTSD även lider av lågt självförtroende, depressiva symtom och ett sämre fungerande i sociala roller. Gruppinterventioner har potential att stärka individens upplevelse av socialt stöd samt minska känslor av skam via normalisering av erfarenheter.

Det finns dock en osäkerhet inför gruppbehandling för PTSD. Barrera et al. (2013) förklarar att många behandlare upplever det som svårbedömt att kunna förutse hur en enskild patient kan reagera på att höra andras traumatiska berättelser. Ytterligare en svårighet som lyfts är huruvida gruppformatet kan skapa tillräckligt med utrymme för individen att verksamt exponeras för detaljer från den egna berättelsen. Studier visar dock att gruppbehandling generellt kan ge jämförbara resultat som individuell behandling (Burlingame et al., 2016). Formatet verkar kunna ge effekt vid PTSD (Barrera et al., 2013; Schwartze et al., 2019) – om än inte lika stark effekt som individuell behandling (Sloan et al., 2013).

Det aktuella projektets metod

I det aktuella projektet utforskade vi olika former av interventioner innan vi valde att utvärdera en stabiliserande gruppintervention som komplement till behandlingsmottagningens individuella traumabehandling.

Syfte

Syftet med projektet var att utöka tillgången till trygg och sammanhållen vård för kvinnor med erfarenheter av svår migration och våld i nära relation.

Syfte delstudie 1

Syftet för delstudie 1, en litteraturstudie, var att kartlägga och redogöra för gruppinterventioner som tidigare prövats med eller utformats för målgruppen.

Syfte delstudie 2

Syftet med delstudie 2, en interventionsstudie, var att anpassa och utvärdera en gruppintervention för målgruppen.

Delstudie 1 Kartläggande litteraturöversikt

En kartläggande litteraturöversikt genomfördes för att identifiera psykosociala gruppinterventioner för kvinnor som upplevt migration samt sexuellt våld och/eller våld i nära relationer. Avsikten var att litteraturöversiktens resultat skulle kunna användas för att vägleda verksamhetsutveckling inom Svenska Röda Korset. En utbildad bibliotekarie genomförde en systematisk sökning (19 april 2023, i fem databaser: ASSIA, CINAHL, PsycINFO, PubMed och Scopus). Sökningen avgränsades till att omfatta studier publicerade från 2015 och framåt. För att inkluderas skulle studierna beskriva gruppbaserade psykosociala interventioner och vara relevanta för målgruppen. Alla studier som beskrev relevanta interventioner inkluderades (inga begräsningar gjordes avseende studiedesign). Genom granskningen av litteraturen identifierades 13 interventioner (tabell 1). Dessa omfattade både interventioner som utvecklats specifikt för kvinnor som migrerat och som drabbats av sexuellt våld och/eller våld i nära relation, samt etablerade psykosociala metoder som använts med målgruppen.

Tabell 1. Översikt av interventioner

Coming from Afar and Rediscovering Oneself	En grupp för kvinnliga flyktingar för att med kreativa metoder bearbeta traumatiska upplevelser, som genomförts i Kanada.
Community-Based Workshops	Workshops för flyktinggrupper i Malaysia och Libanon med fokus på psykoedukation och att gemensamt utforma kampanjer mot våld i nära relationer.
Contemporary Dance	Dansbaserad spansk intervention med syfte att främja kroppsmedvetenhet och empowerment.
Entre Nosotras	Ett samskapat psykosocialt grupprogram med fokus på problemlösningsförmåga, för kvinnor som migrerat till Ecuador och Panama.
FASY	Ett kamratstödprogram som innehåller psykoedukation och empowerment, för internflyktingar i Haiti.
Líderes	En kamratstödmetod som utvärderats i USA. Metoden omfattar en manualiserad ledarskapsutbildning för kvinnor som upplevt partnervåld.
Nguvu	Kombinerad KBT och säkerhetsplanering för kvinnliga flyktingar i Tanzania.
Problem Management Plus (PM+)	KBT-baserad gruppintervention i Turkiet som genomfördes av utbildad icke-vårdpersonal.
Psychodrama	Gruppterapi med sång, rollspel, skådespel och berättande för att stödja kvinnliga flyktingar i Jordanien.
Sesame Approach	Konstbaserad terapi med rörelse och ljud för kvinnliga flyktingar i Grekland.
STAIR + Narrative Exposure Therapy	En fasbaserad modell som tillämpats i Australien. Modellen integrerar emotionsreglering med narrativ exponeringsterapi (NET).
Testimonial Psychotherapy	En intervention baserad på vittnesmålsterapi för kvinnor i USA som upplevt migration och våld i nära relationer.
Women and Girls Safe Spaces	Grupp- och individstöd, inklusive avslappningstekniker, livskunskap, fritids- och kreativa aktiviteter för rohingyer på flykt i Bangladesh.

De interventioner som utvecklats specifikt för kvinnor som upplevt migration samt utsatts för sexuellt våld och/eller våld i nära relationer omfattade vanligtvis flera olika komponenter, inklusive psykoedukation, avslappningstekniker, kreativa aktiviteter, färdighetsträning och traumabehandling. I vissa fall ingick interventionerna i bredare program som fokuserade på deltagarnas sociala, juridiska och ekonomiska behov.

Den befintliga evidensen för de identifierade interventionerna bedömdes som begränsad. Medan *Nguvu* och *Psykodrama* hade utvärderats genom randomiserade kontrollerade studier baserades många av utvärderingarna på kvalitativa data eller på studier med små urval, och vissa av de identifierade interventionerna hade ännu inte utvärderats. Litteraturöversikten pekar dock på vissa viktiga överväganden för framtida utformning av interventioner.

Stöd för gruppformat

Enligt de identifierade artiklarna ansågs gruppformatet i allmänhet vara värdefullt för återhämtning trots att vissa deltagare initialt var tveksamma till att delta i gruppinterventioner. Gruppdeltagande bidrog till en upplevelse av mindre psykisk ohälsa, var förtroendeskapande och minskade känslor av skam genom kamratstöd och delade erfarenheter. I utvärderingarna av vissa interventioner, såsom *Testimonial Psychotherapy*, noterades att delandet av erfarenheter i grupp hjälpte deltagarna att bättre förstå traumatiska händelser. Andra, såsom *Entre Nosotras* och *Women and Girls Safe Spaces*, fokuserade på att stärka sociala nätverk och öka samhällsengagemanget.

Olika strategier användes i interventionerna för att underlätta för deltagare att börja i en grupp: Förberedande intervjuer, gruppregler och modeller som kombinerade gruppträffar med individuellt stöd. För att främja interventionernas relevans för målgruppen använde vissa interventioner, som *Entre Nosotras*, *Nguvu* och *Community-*

Based Workshops, processer där deltagarna bidrog till att utveckla interventionerna. Andra interventioner, som *FASY* och *PM+*, leddes av representanter för målgruppen. Att utbilda personer med egna erfarenheter i att stödja andra kan vara ett sätt att bidra till att öka förtroendet och också överbrygga kulturskillnader. Litteraturen betonade vikten av flexibilitet för att möjliggöra deltagande i interventioner, inklusive att erbjuda barnomsorg, använda tolk och anpassa genomförandet efter olika läs- och skrivkunnighetsnivåer.

LÄS LITTERATURÖVERSIKTEN

De fullständiga resultaten av litteraturöversikten finns i den vetenskapliga artikeln ”*A scoping review of psychosocial interventions for migrant women with experiences of sexual violence and/or intimate partner violence*”. Läs den på Röda Korsets kompetenscenters webbplats, rkh.se/kompetenscenter.

سر شاخه بلند زغچی خبرگوی
جلالی کندیه دل از سیا موی
سیاموی ره موگه آته شی مکشوم
نیشته درمه دختر روی و آبروی

جلالی ره دده شاباس پدر شی
کده نامردی مرده باله سرشی
اسیر ننگ و نیرنگ زمانه
سیاموی قیله و قیمه جیگرشی

برارون سیا موی دیونه غیرت
سیاموی ره کدن موی تو ده نوبت
غریب آبی تنا از دلشی میه
سیاسر سوخته موره میره
طاقت

بودا باور بوده بابه پدر تو
تراش پیکر بودا هنر تو
****
دوو روزا توره میچید مگفته

دیی روزا سیاسر موگیه در تو

Ryktesspridaren sprider rykten
om att Jalali har lämnat Siamoi.
Siamois far hotar henne med döden
för att hon har dragit skam över familjen.

Jalali får beröm av sin far för sveket.
En man kan bära falskhet och sveket med stolthet.
Hon är fånge av svek och skam
med ett hjärta som blöder av smärta.

Bröderna är galna av heder.
Bröderna turas om att förnedra henne.
Den enda som förstår henne är stackars mamma
som säger att kvinnor bara får lyda och tolerera.

Mina förfäder var buddhister.
Med konstnärsyrke om att skapa Buddha.
****
På den tiden var kvinnor folkets vägledare och stjärna.
Idag är kvinnan utan något mänskligt värde,
med en enda uppgift av att bara sörja.

Anonym poet, deltagare i gruppinterventionen

Delstudie 2 Interventionen

Baserat på litteraturstudiens resultat valde vi ut en intervention att arbeta vidare med vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Samtliga parter i samarbetet (rapportförfattarna Hagby, forskarna vid Uppsala universitet Pérez-Aronsson och Warner samt representanter för Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering, Nationellt centrum för kvinnofrid och referensgruppen med kvinnor med egen erfarenhet av dubbel våldsutsatthet) bidrog till beslutet att anpassa metoden *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation* (STAIR) (Cloitre et al., 2020; Tissue et al., 2023) till Svenska Röda Korsets verksamhet. I den här rapporten redogör vi för två omgångar av gruppinterventionen som genomfördes 2024, där viss anpassning gjorts mellan grupp 1 och 2. Grupperna har även, i varierande utsträckning, utvärderats vetenskapligt av Pérez-Aronsson och Warner. Kliniska observationer har gjorts vid båda interventionerna.

Val av interventionen STAIR

Valet av STAIR grundades i att metoden var en av de interventionerna från litteraturöversikten med stöd i forskning. Även om bara en artikel identifierades i vår litteraturöversikt (delstudie 1), så har det gjorts flera utvärderingar av STAIR i andra sammanhang (Cloitre et al., 2010; MacIntosh et al., 2016; Oprel et al., 2021; Tissue et al., 2023; Trappler & Newville, 2007).

Även om STAIR ursprungligen utformades för individuell terapi har den tidigare använts i gruppformat. Studier visar att STAIR som individuell terapi (Cloitre et al., 2010) såväl som i grupp (MacIntosh et al., 2018) kan fungera som ett hjälpsamt komplement till exponerande behandling för att minska PTSD-symtom, öka förmåga till emotionsreglering och minska relationssvårigheter.

STAIR ansågs vara en lämplig metod att använda vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Interventionen utmärkte sig genom sitt fasbaserade tillvägagångssätt, fokus på emotionell och interpersonell reglering samt anpassningsbarhet till vår lokala kontext, bland annat dess kompatibilitet med behandlingsmetoden NET.

Behandlingen bedömdes kunna komplettera existerande arbetssätt på behandlingscentret, bland annat i relation till symtombilden vid CPTSD. STAIR överensstämmer med rekommendationer för stabiliseringsinriktade interventioner i fall av komplexa traumatisering. Eftersom CPTSD är en så pass ny diagnos arbetar man ofta med dess symtombild på ett integrativt och icke-standardiserat sätt, med långa behandlingar och flera ingångar för att möta diagnosens olika uttryck (Karatzias et al., 2023). Cloitre et al. (2020) utvecklade STAIR för patienter med erfarenheter av våldsutsatthet under barndomen. Behandlingen adresserar svårigheter med att reglera känslor och relationer som kan förekomma i målgruppen – symtom som stämmer väl överens med vad som senare kom att inkluderas i diagnosen CPTSD. Senare versioner av STAIR har dessutom anpassats ytterligare för att behandla symtom av CPTSD med tillägg som framför allt fokuserar på patienters negativa självbild (Karatzias et al., 2023). Vissa studier tyder på att exponerande behandling vid CPTSD gynnas av att kompletteras med STAIR (Cloitre et al., 2016; MacIntosh et al., 2018), medan andra studier inte sett en sådan effekt (Hoeboer et al., 2021; Oprel et al., 2021).

Ett ytterligare hänsynstagande i val av intervention var genomförbarhet. Att arbeta med målgruppen har utmaningar, exempelvis samarbete mellan olika verksamheter och riskbedömningar när det förekommer en pågående våldsutsatthet. För att inte försvåra ytterligare bedömdes det lämpligt att välja en intervention med tydliga riktlinjer som baserades på

behandlingsprinciper som redan är välkända för vårdgivare som arbetar med traumatiserade patienter.

Anpassning av interventionen

De två personerna som ledde gruppinterventionen, rapportförfattarna Hagby och Castillo Zubiria, gick en webbutbildning i STAIR. Efter en klinisk bedömning av innehållet anpassades och översattes den behandlingsmanual och de arbetsblad som finns för metoden. Arbetet gjordes av rapportförfattare Hagby och skedde i samråd med kollegor vid behandlingsmottagningen som har erfarenhet av att ha arbetat med gruppbehandling, samt med stöd från Svenska Röda Korsets kvalitetsutvecklare som har lång vana av arbete med våldsutsatta kvinnor. Medarbetarna på mottagningen hölls uppdaterade om projektet via gemensamma möten – på så sätt kunde kompetens från hela arbetsgruppen tas tillvara för att anpassa interventionen till patientgruppen och verksamheten.

STAIR som behandling är uppbyggt som en guide snarare än en teknisk manual, med utgångspunkt i att implementering av innehållet bör ske med anpassningar för den respektive målgrupp och verksamhet som behandlingen används inom (Cloitre et al., 2020). Behandlingen anpassades således inför implementering inom det aktuella projektet och nedan följer en övergripande redogörelse för dessa anpassningar. För sessionsspecifika anpassningar, se bilaga 1. För manualen i sin ursprungsform, se Cloitre et al. (2020).

Anpassningar av formatet

Behandlingsmanualen är skriven för implementering av individuell terapi men lyfter i kapitel 27 (Cloitre et al., 2020) att den mest förekommande anpassningen av manualen är att använda metoden i grupp. Utgångspunkten är samma innehåll som presenteras för den individuella behandlingen men med en bedömning av till exempel vilka frågor som passar för diskussion i gruppformat respektive vilka frågor som deltagare ombeds tänka över på egen hand. För att

bättre passa behandlingsmottagningens ordinarie verksamhet komprimerades STAIR-materialet något, bland annat för att inte upprepa sådant som ingår som standard i övriga behandlingsmetoder. Vissa delar av materialet förkortades, togs bort eller förändrades för att göra insatsen mer relevant. Ambitionen var också att hålla nere antalet grupptillfällen och på så sätt sänka tröskeln för att deltagare skulle vilja påbörja gruppbehandling. Interventionen innefattade åtta sessioner till skillnad från manualens rekommenderade tio (för individuell behandling).



Riskbedömning och förebyggande åtgärder

Behandlingsmottagningen bedömde att verksamheten behövde erbjuda extra insatser till gruppdeltagarna och vidta åtgärder för att säkerställa deltagarnas säkerhet. Deltagarna erbjöds bland annat inledande och avslutande individuella samtal för att fånga upp orostankar, frågor eller behov av individuella anpassningar. De gavs också möjlighet att träffa kurator för stöd i kontakt med exempelvis socialtjänsten.

Mottagningen gjorde också en riskanalys kring själva interventionstillfällena. Exempel på säkerhetsåtgärder inför gruppträffarna var:

- Deltagarna erbjöds bussbiljetter vid behov för att kunna ta sig till behandlingscentret på egen hand och minska beroende till eventuella våldsutövare.
- Deltagarna kunde välja att lämna allt arbetsmaterial på centret i en egen mapp för att minska risken för att utomstående skulle förstå vad gruppen arbetade med.
- Deltagarna erbjöds tid med tolk efter varje session för att genomföra hemuppgifter på mottagningen i stället för hemma.
- Enbart förnamn användes i gruppen, deltagarna informerades om att de inte måste uppge sitt riktiga namn och ombads att inte nämna namn på anhöriga.
- Mobiltelefoner samlades in före varje grupptillfälle för att minska oron för att någon deltagare skulle tvingas spela in sessioner eller fotografera gruppen.

Språkliga anpassningar

Utifrån trygghets- och säkerhetsaspekter användes en och samma tolk under hela gruppinterventionen. En kvinnlig tolk med lång erfarenhet av arbete på behandlingsmottagningen bokades under samtliga gruppträffar för att öka känslan av trygghet i gruppen.

Arbetsmaterialet som delas ut till deltagare under behandlingens gång anpassades också till deltagarna, bland annat översattes delar av materialet till patienternas modersmål med hjälp av en professionell tolk.

Översättningen av originalmanualen för STAIR från engelska till svenska utgjorde en anpassning i sig, och vi vill uppmärksamma läsaren på att Hagby inte har någon formell kompetens för översättningsarbete och att översättningen inte validerats.

Anpassningar av manualens format

I STAIR-manualen presenteras olika teman som bearbetas och diskuteras under sessionerna. Originalmanualen lyfter olika aspekter av dessa teman och ger ibland kliniska exempel på hur dessa kan utspela sig i patientmötet. Hagby har i sin översättning i stället sammanfattat sessionernas innehåll och teman. Manualen innehåller också råd till den som leder interventionen, med formuleringar som ”*the therapist can…*”, till exempel om hur man kan inleda sessioner eller ge svar vid specifika frågor. I stället för att översätta detta ordagrant har Hagby föreslagit formuleringar. Anpassningar gjordes också kring behandlingens hemuppgifter eftersom vissa bedömdes som alltför omfattande. Efter feedback från deltagare i den första omgången minskades omfattningen av hemuppgifterna ytterligare till den andra gruppinterventionen.

Sammanfattning av metoden

Behandlingen utgår från manualen för STAIR (Cloitre et al., 2020), men med lokala anpassningar efter den aktuella behandlingsmottagningens målgrupp krigsskadade och torterade (se bilaga 1). Vår behandlingsintervention omfattade åtta veckovisa sessioner à 90 minuter. Varje session inleddes med en incheckning där deltagarna fick möjlighet att säga något om hur de mådde just för stunden. Därefter gavs kvinnorna möjlighet att ställa frågor eller berätta om en svårighet eller framgång från veckans hemuppgifter

eller vid föregående session. Merparten av sessionen ägnades sedan åt att arbeta med ett specifikt tema via psykoedukation (information om psykisk hälsa och behandling), diskussioner och övningar. Varje session hade ett tillhörande arbetsmaterial som bestod av skriftliga övningar och psykoedukation som delades ut till och diskuterades med deltagarna. Varje session avslutades med att deltagare erbjöds en hemuppgift för att träna på något som varit fokus under sessionen.

Figur 1. Översikt av STAIR-sessionernas innehåll

Session 1	Introduktion
Session 2	Känslomässig medvetenhet
Session 3	Känslomässig reglering: Kroppen
Session 4	Känslomässig reglering: Tankar och beteende
Session 5	Att förstå relationsmönster
Session 6	Att förändra relationsmönster: Egna behov
Session 7	Att förändra relationsmönster: Närhet och gränser
Session 8	Medkänsla i relationer

Metod delstudie 2

Rekrytering

Kriterier för att delta i gruppbehandlingen utgjordes av att vara kvinna med erfarenheter av flykt eller annan svår migration samt våld i nära relation. Patienter som av sin ansvariga behandlare på mottagningen inte bedömdes lämplig för gruppinterventioner (till exempel på grund av en hög suicidrisk) bjöds inte in. Deltagare rekryterades huvudsakligen från behandlingsmottagningens

väntelista. Dessutom skickades ett informationsblad om behandlingen till relevanta verksamheter i mottagningens närområde (exempelvis socialtjänsten och en mottagning för våldsutsatta). På grund av behovet av tolkanvändning under behandlingen, och de praktiska svårigheter som kan uppstå med flera tolkar vid samma intervention, tillfrågades enbart kvinnor som pratade svenska eller det språk som majoriteten av de aktuella deltagarna delade (farsi/dari). Potentiella deltagare fick den första informationen om interventionen via telefon och erbjöds ett individuellt samtal på plats på mottagningen för att kunna ställa frågor och uttrycka önskemål om anpassningar. Om kvinnan befann sig i en pågående våldsutsatthet erbjöds hon kuratorskontakt för att få ytterligare psykosocialt stöd. Inför behandlingen delades ett informationsblad ut till deltagare med en kort presentation av behandlingen, datum för varje träff samt kontaktuppgifter till ansvariga behandlare.

Gruppinterventionen genomfördes i två omgångar på centret under året 2024. Efter behandlingen erbjöds deltagare uppföljande individuella samtal för att stämma av eventuella frågor, delge tankar om behandlingen, fylla i skattningsskalor samt för att bli orienterade om var de befann sig i behandlingsprocessen (exempelvis planering av kommande individuell traumabehandling).

Utvärdering av interventionen

Gruppinterventionen genomfördes som en del i ett verksamhetsdrivet förbättringsarbete, inte inom ramen för en vetenskaplig studie. Dock har gruppinterventionen utvärderats vetenskapligt genom samarbetet med forskarna på Uppsala universitet. Att delta i den vetenskapliga utvärderingen och bidra med data var frivilligt, inte ett krav för deltagande i gruppinterventionen. Vad utvärderingen bestod i skiljde sig något åt mellan de två grupperna, eftersom den första gruppen redan hade hållits när forskningsstudien inleddes.

För den första gruppen bestod utvärderingen enbart av uppföljande kvalitativa intervjuer med deltagare efter avslutad gruppbehandling. För den andra gruppen samlades både kvantitativa och kvalitativa data in. Den kvantitativa datainsamlingen bestod av före- och eftermätningar med PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) samt veckovis ifyllnad av Personal Well-being Index (PWI-7). Vid tillfällen då det redan fanns resultat från PCL-5 för deltagaren som var aktuella användes det resultatet (PCL-5 används som standard i mottagningens bedömningssamtal, och vissa patienter hade redan genomfört dem vid rekryteringstillfället). Eftersom studien hade en så kallad mixad-metodansats erbjöds deltagarna också möjlighet att fylla i kvalitativa mått i form av dagboksanteckningar (deltagarna fick en länk eller kunde fotografera en QR-kod för digitala svar, men även tala in röstsvar eller fota handskrivna noteringar). Tolk och gruppledare fanns på plats för att ge stöd i datainsamling. Liksom för den första gruppen genomfördes individuella intervjuer för att fånga deltagarnas upplevelser av STAIR efter interventionens avslut. Nio av intervjuerna utfördes av Pérez-Aronsson och två av Fatumo Osman, som är lektor vid Dalarnas Universitet och arbetar i Pérez-Aronssons doktorandprojekt. Det kvalitativa materialet analyserades med kvalitativa innehållsanalys (enligt Graneheim och Lundman, 2004). Det kvantitativa materialet analyserades med den icke-parametriska statistiska metoden Wilcoxon signed-rank tests.



Resultat delstudie 2

Deltagare

Sammanlagt deltog 12 kvinnor i gruppbehandlingen och i någon del av den vetenskapliga utvärderingen. Gruppen hölls i två omgångar under 2024 med sex deltagare i varje grupp. De flesta deltog i gruppbehandlingen som en stabiliserande insats i väntan på vidare traumafokuserad behandling. Vissa kvinnor deltog i gruppbehandlingen parallellt med en pågående individuell behandling och då beslutade ansvarig behandlare tillsammans med deltagaren huruvida den individuella kontakten skulle pågå under gruppbehandlingen eller om den tillfälligt skulle pausas. Efter gruppbehandlingen bedömdes de flesta kvinnorna vara i fortsatt behov av traumafokuserad behandling.

Två kvinnor, en i respektive grupp, tackade ja till att medverka men uteblev helt eller i hög utsträckning. I den första gruppen kunde detta följas upp och kvinnan deltog i stället i gruppomgång två. I den andra gruppen misslyckades försöken att kontakta en kvinna som aldrig dök upp. Det har inte gått att ta redan på varför kvinnan uteblev. Händelsen belyser både vikten av att vara uppmärksam på den höga tröskeln som finns för att påbörja gruppbehandling men framför allt risker deltagare tar när de söker hjälp.

Resultat kvalitativa intervjuer (grupp 1 och 2)

Nedan redovisas resultaten av den kvalitativ utvärderingen, som genomfördes för båda grupperna och bestod av uppföljande individuella intervjuer med deltagarna. Totalt 11 kvinnor valde att delta i en intervju. Resultaten från de kvalitativa intervjuerna redovisas tillsammans, utan hänvisning till om kvinnorna deltog i grupp 1 eller 2, för att värna deltagarnas anonymitet.

Deltagarnas beskrivningar av hur interventionen hade påverkat dem sammanfattades i tre huvudkategorier: (1) Både strategier för inre

lugn och strukturellt stöd behövs, (2) Att påbörja uppbyggnaden av självkänsla och (3) Att dela med sig – en värdefull utmaning. Majoriteten av deltagarna beskrev att de hade uppskattat gruppen, men det framkom också ett behov av att kombinera psykologisk behandling med stöd för att förbättra svåra sociala omständigheter. Ett behov av att komplettera gruppstöd med individuellt stöd lyftes också. Ett övergripande tema identifierades för att fånga betydelsen i kvinnornas beskrivningar av hur gruppen hade påverkat dem: Att bygga stabilitet och självrespekt tillsammans.

1. Både strategier för inre lugn och strukturellt stöd behövs

I intervjuerna berättade flera av deltagarna om sina svåra levnadsförhållanden – såsom svåra bostadssituationer, osäker juridisk status i Sverige, ekonomisk utsatthet och arbetslöshet – och hur de här omständigheterna påverkade deras hälsa. Flera av deltagarna lyfte fram hantering av stress och att finna inre lugn som något värdefullt de hade lärt sig i gruppen, som hjälpte dem att hålla sig stabila och uthärda svårigheter. De nämnde olika övningar de praktiserat tillsammans, som djupandning och närvaro i nuet, och berättade att de hade kunnat tillämpa dessa i sina liv. En av kvinnorna nämnde att även om hon hade haft utmaningar med att förstå några teoretiska inslag, så hade de praktiska övningarna varit till stor hjälp:

> *"De har lärt mig vad jag kan göra, hur jag kan känna, eller hur jag kan hantera situationer när jag utsätts för våld och orättvisor /…/ På grund av språket kunde jag inte förstå allt de sa, [vi hade en tolk] men det fanns fortfarande vissa svåra begrepp jag inte förstod. Men de praktiska övningarna, till exempel om du mår dåligt, kan du andas djupt och sedan mår du verkligen bättre. Då kan du återhämta dig. Jag lärde mig sådana praktiska övningar."*
>
> Deltagare T

Även om flera kvinnor framhöll att strategierna de lärt sig i gruppen hade hjälp dem att hitta lugn i svåra omständigheter, var det inte alla kvinnor som sade att de hade lärt sig något som hade varit hjälpsamt. En kvinna framförde att det enda som kunde hjälpa henne och hennes barn var stöd att förbättra sina levnadsförhållanden:

> *"Den enda hjälp som jag behöver det är om jag kunde få en bostad vid [centrum]. Och jag hoppas att min dotter kommer att må bättre bara litegrann. För hennes skull vore det bra om vi hade en bostad i en större stad mitt i centrum. Det hjälper henne. Och dessutom att man kan resa bort och ha lite så där olika utflykter eller nånting som man gör, att man känner sig inte så deprimerad. Det är bra både för mig och för min dotter. Alltså en stor stad, en större bostad, för vi är inte vana att bo nånstans som är mindre folk. Det kan hjälpa mig."*
>
> Deltagare Y

Önskan om att få både psykologiskt stöd och praktiskt stöd för att förbättra sina levnadsförhållanden framkom i flera intervjuer. Levnadsförhållanden framhölls också som något som försvårade deltagandet i psykologiskt stöd. Exempelvis berättade en kvinna att hon mådde bättre av att delta i gruppstöd och att hon hade upplevt gruppinterventionen som lärorik, men att hon inte kunnat gå regelbundet på gruppträffarna då hon var en ensamstående mamma.

2. Insikter om självvärde

I intervjuerna lyfte kvinnor fram samtal om deras rätt att säga nej och sätta gränser, och övningar i att säga "nej", som värdefulla delar av gruppen. De beskrev att deras deltagande i gruppen hade gett dem värdefulla insikter om att de hade rätt att prioritera sig själva, och att samtalen och övningarna i gruppen hade hjälpt dem att göra det.

"De här mötena hjälpte mig att kunna säga nej. För tidigare hade jag svårt att sätta gränser och säga nej. Och det här var en av de saker som var väldigt bra för mig. Det fick mig att tänka mer på mig själv, vilket jag inte gjorde innan /…/ [i gruppen övade vi på] att utveckla förmågan att inte alltid behöva tillfredsställa andra, och att mina åsikter och känslor också spelar roll. Och att om du inte säger något och inte säger ifrån så kommer det till slut att påverka dig och bli svårt. Och det ledde till att jag försökte öva på att sätta gränser när saker och ting inte längre kändes bekväma."

Deltagare V

"Till exempel [lärde jag mig i gruppen] att vi borde tänka på oss själva. Vi borde bry oss om oss själva. Och ge oss själva tid. Det är något jag aldrig har tänkt på förut. Som till exempel, om någon behandlar dig illa eller om någon blir arg och kräver något av dig, så ska du kunna säga nej. Du lär dig att säga nej."

Deltagare L

Beteendet att säga nej och att tänka på sig själva beskrevs som en process kvinnor hade påbörjat men kanske ännu inte hunnit praktisera fullt ut när gruppbehandlingen var avslutad.

Det var mycket vi har lärt oss /…/ Jag använder, men jag kan säga att jag är i början på det. När jag gör något som är bra för mig och mitt liv så känns det som att jag har hela världen i min hand. Jag känner glädje. Men ibland är det svårt. Det tar tid att förändras, ibland kan jag inte säga ”Nej” till en person. Men när jag säger ”Nej” så känner jag mig stolt.

Deltagare B

Deltagare reflekterade kring hur erfarenheter av våld och förtryck påverkat deras personlighet, och att de tidigare inte hade tänkt på att de faktiskt hade rätt att sätta gränser och ta hand om sig själva. En av kvinnorna betonade att det fortfarande var svårt, men tillade: "Men allt är svårt i början innan man vänjer sig, eller hur?" En kvinna beskrev känslan av insikten som "att födas på nytt", när hon började se att kvinnor kan respekteras av andra och när hon själv började känna respekt för sig själv.

3. Att dela med sig i grupp – en värdefull utmaning

Flera av deltagarna betonade värdet av att få prata med och höra från andra kvinnor med liknande erfarenheter. I intervjuerna beskrev de känslor av ensamhet och isolering, både kopplat till stigma och skam kring erfarenheter av våld i nära relationer och till att vara flykting. Att få vara en del av en grupp med liknande erfarenheter beskrevs av flera kvinnor som något de hade haft stor nytta av. Att bli lyssnad på beskrevs ge en känsla av "lättnad", och att höra att andra haft liknande upplevelser uttrycktes som något som minskade känslan av ensamhet.

> *”Det var en bra grupp, jag lärde mig mycket. Tidigare kände jag mig att jag var låst inombords. Att det inte fanns någonting för mig i den här världen. Att jag var 100 gånger mörker. Jag kände att en liten dörr öppnades. Jag har känt så, de gav oss mycket, lektioner som ger dig något och som gör att du blir behandlad på något sätt, bara genom att lyssna. De (lektionerna) var bra och jag skulle vilja att de var fler.”*
>
> Deltagare B

En kvinna sa att genom att prata med andra i gruppen hade hon hittat sig själv och funnit ro. Att få dela strategier för att hantera svårigheter och att diskutera olika sätt att hantera utmaningar lyftes fram som värdefullt. Det framhölls att alla har olika perspektiv och

sätt att hantera situationer och känslor, och att genom att diskutera med varandra och gruppledarna kan man få hjälp att hitta det sätt som passar för en själv. Två kvinnor uttryckte att de hade önskat mer tid för samtal med de andra deltagarna, eftersom så mycket kunde läras genom att dela erfarenheter. Kopplat till det lyftes det fram att språkbarriärer försvårade möjligheten till dialog och utbyte. En kvinna tog upp att tolkning var väldigt tidskrävande och att man om möjligt skulle försöka sätta ihop grupper med samma språk eller med max en tolk. En annan kvinna berättade att hon frågat om gruppen kunde fortsätta under en längre period.

> *"Alla där hade sina egna erfarenheter, och de berättade om dem. Och ledarna gav vägledning. Det var fantastiskt. Därför tycker jag att det skulle vara bättre att ha mer tid. Många av våra erfarenheter var liknande. Och man lärde sig hur man hanterar dem. Och jag tror att när man hör andra säga att de har gått igenom samma sak som du, så känner man att man inte är ensam. Och att det finns andra som burit på liknande erfarenheter, men som tagit sig vidare. Och då tänker man att man också har ett mål. Om andra har kunnat ta sig vidare, så kan jag också."*
>
> Deltagare E

> *Varje träff man kunde lära sig något nytt /…/ alla var ju ute efter att lära sig. Men det fanns ju otroligt bra förslag från kvinnor, hur man hanterar olika situationer och man lär sig jättemycket från deras perspektiv, hur man tänker på saker och ting."*
>
> Deltagare D

En av kvinnorna beskrev hur gruppen hjälpt henne att bevara ett inre lugn och stärka en positiv självbild, trots svårigheter kopplade till migration och psykisk ohälsa. Hon uttryckte att gruppen hade

varit viktig för att motverka nedstämdhet och bevara stabilitet över tid:

> *"[I gruppen] berättade man om det som hade hänt, och det var positivt och påverkade mig på ett positivt sätt. Jag kan säga att jag försöker vara en positiv person, och detta var något som stärkte mig också. Och så pratade vi om hur vi försökte skapa en positiv känsla inombords /…/ det är därför jag ville att gruppen skulle fortsätta. För vi som kommer hit, med mycket känslomässiga sår och psykologiska svårigheter, man kommer hit och tror att det ska bli bättre men så kommer alla problemen kopplade till att vara nyanländ. Och då kan det lätt bli att man börjar må sämre psykiskt, och även självkänslan påverkas. Men det gruppen gör är att försöka upprätthålla din stabilitet och hindra att du sjunker. Att bevara stabiliteten, eller till och med må bättre med tiden."*
>
> Deltagare V

En annan kvinna beskrev att hon hade upplevt att gruppledarna vid ett tillfälle avbröt en annan deltagare som ville dela en personlig upplevelse. Även om hon förstod att det inte alltid är nödvändigt att berätta allt i detalj, uttryckte hon en önskan om att deltagarna skulle ha fått dela mer med varandra – särskilt kring svåra erfarenheter och hur de hanterat dessa.

> *"[Gruppledarna] stoppade det, de sa 'Det räcker'. De tillåter det inte. Hon [en annan deltagare] ville berätta lite mer. Men nej. De säger 'nej', 'sluta', och så vidare /…/ Man behöver inte säga allt, men vissa svåra situationer som man har gått igenom /…/ och hur man har löst dem /…/ att låta folk prata lite mer, och dela erfarenheter med varandra."*
>
> Deltagare K

Samtidigt framhöll en annan kvinna att gruppledare har en viktig roll i att styra samtalet. Hon påpekade att gruppledare kan behöva bryta in så att inte en deltagare tar upp för mycket av den gemensamma tiden, på andra deltagares bekostnad, och uttryckte att gruppledare kan behöva balansera hänsyn mot den som pratar mot behovet att se till att alla får komma till tals.

Trots att flera av kvinnorna beskrev det som positivt att få dela erfarenheter med andra i liknande situation, lyftes det också att det kunde kännas svårt och obekvämt att prata om sina upplevelser och problem i en grupp, och att gruppträffarna hade varit svåra, särskilt i början. En kvinna uttryckte att hon kände att de andra inte helt kunde förstå hennes situation. Hon upplevde skillnader i bakgrund – exempelvis att andra hade utbildning – och att hennes egna svårigheter var mer omfattande. Detta gjorde det svårt för henne att uttrycka sig och prata om sina problem i gruppen. Samtidigt betonade hon att det ändå hade varit värdefullt att träffa andra som gått igenom liknande saker. En annan kvinna framhöll att deltagarna i gruppen hade kommit olika långt i bearbetningen av sina traumatiska upplevelser, vissa hade genomgått individuell traumabehandling och andra inte. Kvinnan påpekade att det påverkade i vilken utsträckning, och hur, deltagarna klarade av att prata om svåra upplevelser med andra.

Det var också kvinnor som tog upp att gruppinterventioner och individuella samtal med psykolog fyller olika funktioner. Exempelvis beskrev deltagare E att hon upplevt gruppen som värdefull för att dela idéer och prata om gemensamma erfarenheter, men betonade att det fanns saker hon inte kunde dela i en grupp eftersom de var alltför känslomässigt svåra:

> *"I en grupp får man höra andras erfarenheter och man får idéer, hur man kan hjälpa till, men sen finns det vissa saker man kanske inte vill säga i grupp /…/ När jag pratar med dig*

ensam har jag kunnat berätta, men det kunde jag inte i gruppen. Även om jag kunde, så skulle jag börja gråta, och jag vill inte gråta framför alla."

Deltagare E

På samma vis framhöll en annan kvinna att hon hade valt vilka av diskussionsämnen som hon hade deltagit i, och inte.

Resultat fallbaserad mixad-metodutvärdering (grupp 2)

Sex deltagare i den andra omgången deltog i mixad-metodutvärdering av gruppinterventionen, och bidrog med någon form av kvantitativ och/eller kvalitativa data vid flera mättillfällen före och under gruppinterventionen, utöver de uppföljande kvalitativa intervjuerna. Tre kvinnor deltog i alla insamlingsmetoder. En sammanställning av datakällorna per deltagare (”fall”) presenteras i tabell 2 och 3.

Tabell 2. Deltagarnas data på PCL-5 och PWI-7.

	PCL-5	PWI-7
Deltagare 1	Signifikant och kliniskt pålitlig förbättring i PTSD-symtom (21 före, 7 efter intervention).	Total välbefinnandepoäng 77 vid första mätning, 76 vid sista (session 8). Stabil nivå (7–9) över alla domäner.
Deltagare 2	Inga pålitliga förändringar i PTSD-poäng (48 före, 46 efter intervention).	Total välbefinnandepoäng 54 vid första mätning, 56 vid sista (session 8). Variation 4–8 för de flesta domäner. Nedgång i Framtidssäkerhet (6→4), stabilisering mot slutet. Liten ökning i Framtidssäkerhet mot slutet.
Deltagare 3	Inga pålitliga förändringar i PTSD-poäng (53 före, 50 efter intervention).	Total välbefinnandepoäng 44 vid första mätning, 100 vid sista (session 7). Ojämna förändringar (5–10) inom de flesta domäner. Uppåtgående trend i Personliga relationer (40→100) och Framtidssäkerhet (snabb ökning till 100).
Deltagare 4	Inga pålitliga förändringar i PTSD-poäng (44 före, 47 efter intervention).	Total välbefinnandepoäng 93 vid första mätning (session 3), 83 vid sista (session 7). Höga värden (8–10) i alla domäner.
Deltagare 5	PCL-5-data ej delade med forskarteamet.	Total välbefinnandepoäng 46 vid första mätning (session 3), 36 vid sista (session 7). Nedgång i Levnadsstandard, Personlig hälsa och Personliga relationer (7→5).
Deltagare 6	Signifikant förbättring i PTSD-symtom (97 före, 39 efter intervention).	Total välbefinnandepoäng 38 vid första mätning (session 5), 77 vid sista (session 8). Klara ökningar inom alla domäner utom Personliga relationer (7→6).

Tabell 3. Deltagarinformation om datainsamling.

	Dagboksanteckningar	Intervju
Deltagare 1	Deltagaren ger positiva kommentarer efter varje session ("det gick bra idag", "nu känns det som jag kan lösa mina problem på ett bättre sätt"). Efter session 2 uttrycker hon att hon ser fram emot att lära sig mer. Säger att hon har lärt sig hantera stress och oro samt fått större kontroll över relationer och känslor.	Uppger att strategierna för inre lugn varit mycket viktiga och att hon fått insikter om sitt eget värde och vikten av att skydda sina gränser. Beskriver gruppdeltagandet som mycket positivt och stärkande, och att det hjälpt henne börja bearbeta sina erfarenheter. Strategier för inre lugn. Insikter om självrespekt.
Deltagare 2	Deltagaren reflekterar positivt efter session 1 ("löste upp knutarna jag har..."). Trött under session 4. Efter sista sessionen beskriver hon programmet som "lärorikt" men att "tankarna var röriga".	Delar att vissa teoretiska begrepp var svåra, men praktiska övningar hjälpte. Upplevde att andra inte helt kunde relatera till hennes bakgrund med svåra erfarenheter, men att delandet ändå var positivt. Strategier för inre lugn. Lättnad i att dela.
Deltagare 3	Deltagaren beskriver sessionernas innehåll. Positiva kommentarer om session 1 ("otrolig") och session 4 ("mycket intressant").	Upplevde avslappningsövningarna som hjälpsamma men önskade mer fokus på psykologiska aspekter. Värdesatte erfarenhetsutbyte och önskade mer tid för delning. Strategier för inre lugn. Lättnad i att dela.
Deltagare 4	Inga dagboksanteckningar.	Upplevde avslappningsövningarna, gränssättning och affirmationer som hjälpsamma. Kände gemenskap efter ensamhet, uppskattade att lära om copingstrategier. Önskade mer tid för diskussion. Strategier för inre lugn. Insikter om självrespekt. Lättnad i att dela.
Deltagare 5	Deltagaren uttrycker att hon mått mycket bra och att personalen varit "mycket snälla". Summerar efter session 7: "Det var mycket givande och hjälpte oss mycket."	Upplevde avslappningsövningarna, gränssättning och affirmationer som hjälpsamma. Kände gemenskap efter ensamhet, uppskattade att lära om copingstrategier. Önskade mer tid för diskussion. Strategier för inre lugn. Insikter om självrespekt. Lättnad i att dela.
Deltagare 6	Inga dagboksanteckningar.	Upplevde avslappningsövningarna som hjälpsamma men önskade mer fokus på psykologiska aspekter. Värdesatte erfarenhetsutbyte och önskade mer tid för delning. Strategier för inre lugn. Lättnad i att dela.

Ett *Wilcoxon signed-rank test* visade ingen signifikant skillnad i PTSD-symtom före och efter interventionen (N = 5; Z = 12,5; p = 0,223). På individnivå rapporterade två deltagare en meningsfull förbättring i PTSD-symtom. Välbefinnandenivåerna visade ingen signifikant förändring (N = 6; Z = 8,00; p = 0,674), även om både positiva och negativa trender observerades på individnivå.

Kvinnorna uttryckte att deltagandet i STAIR varit positivt för dem, särskilt genom gruppformatet, avslappningsteknikerna och innehållet kring gränssättning. De efterfrågade mer tid för samtal och betonade vikten av att noggrant överväga gruppsammansättningen och hur deltagarnas individuella bakgrund kunde påverka gruppens sammanhållning och förståelsen av psykologiska begrepp.

چرا نالان و سرگردانی ای دل
همیشه مایل خوبانی ای دل
توره گفتم مشو مایل بخوبان
که آخر در بلا می مانی ای دل

مگر شیرو پلنگی ای دل ای دل
بمن دایم بجنگی ای دل ای دل
اگر دستم رسد خونت بیریزم
ببینم تا چی رنگی ای دل ای دل

Mitt hjärta varför är du så förtvivlat och vilse.
Du är alltid påverkat av det goda
trots att jag varnade dig att inte bli påverkad av det goda.
I slutändan hamnar du i problem, mitt hjärta.

Är du tiger eller lejon, mitt hjärta.
Du är alltid i konflikt med mig, mitt hjärta, mitt hjärta.
Om jag hade kunnat nå dig så hade jag fått dig att blöda.
För att se vad du har för färg mitt hjärta, mitt hjärta.

Anonym poet, deltagare i gruppinterventionen

Kliniska observationer delstudie 2

Utöver resultaten från patienternas utvärdering har de ansvariga gruppledarna Hagby och Castillo Zubiria sammanfattat sina kliniska observationer från grupperna. Observationerna är inte tillförlitliga på samma sätt som återrapportering av deltagarnas direkta upplevelser eftersom de bygger på utifrånperspektiv och tolkningar av deltagarnas agerande. De kliniska observationerna har inte heller tillkommit genom regelrätta intervjuer utan har sammanfattats av gruppledarna på ett ostrukturerat sätt, skriftligen, efter respektive gruppavslut. Således bör dessa inte tolkas som likvärdiga med den vetenskapliga utvärderingen, men kan komplettera och tillföra perspektiv. I texten nedan blandas reflektioner från grupp 1 och grupp 2 för att värna anonymiteten hos deltagarna.

Validering och normalisering: Att vara en bland flera

Till skillnad från behandlarnas upplevelser av individuell behandling utmärkte sig STAIR-intervention genom att deltagare hela tiden förhöll sig till och lärde av ett större sammanhang. Syftet med att välja en intervention i gruppformat var delvis att stärka deltagares upplevelser av socialt stöd, något som de flesta gav uttryck för i gruppen. En kvinna berättade att hon vanligtvis känner sig ensam, även i gruppsammanhang, och betonade betydelsen av att i denna grupp känna en trygghet i att alla bar med sig liknande erfarenheter, även om man inte pratade om dessa.

En annan deltagare brukade starta varje session med att dra ut sin stol från cirkeln där alla satt och sätta sig lite utanför med armarna i kors. Mot slutet av STAIR-interventionen satt hon i stället kvar som en del av cirkeln, lyssnade till de andra kvinnorna och uttryckte vid ett tillfälle att hon kände sig ledsen – vilket hon nu förstod var en väldigt svår känsla för henne att visa för andra.

En tredje deltagare hade mycket svårt att möta andras blickar och sa inte ett ord under gruppmötena. De övriga kvinnorna fortsatte att

hälsa vänligt på henne, och kvinnan kunde mer och mer se dem i ögonen. Vid det sista tillfället sa hon ”tack” till gruppen och att hon upplevde att hon lärt sig mycket.

För ytterligare en kvinna visade sig gruppens betydelse genom att hon återkommande ställde frågor kring egna reaktioner och upplevelser, ”Är det här normalt?”, och blev validerad och lugnad av andra deltagare som reagerat på liknande sätt. Betydelsen av att höra till och kunna speglas i sina erfarenheter av någon som genomlevt liknande svårigheter verkar ha bidragit till behandlingen på ett sätt som individuell behandling sällan gör. På samma sätt uttryckte deltagare att det gav hopp att möta andra med liknande erfarenheter som tagit sig ur en svår situation och gått vidare. Deltagare verkade bli uppmuntrade av att höra om någon annan i gruppen kommit längre i sin migrationsprocess eller lämnat en våldsam relation och bearbetat detta på sätt som kunde ge nya perspektiv på den egna upplevelsen.

Utifrån de kliniska observationerna tycks alltså gruppformatet i sig ha haft en läkande funktion och blivit en plattform för att förändra relationsmönster och träna interpersonella färdigheter. Bland de exempel på traumarelaterade tankar som diskuterades under gruppträffarna kopplat till relationsmönster fanns exempelvis tankarna: ”Om jag berättar för någon om vad jag har varit med om så kommer de att tycka illa om mig” och ”Det enda sättet att vara säker är att hålla andra på avstånd”. Detta är relationsmönster som kan tänkas aktiveras inte bara i livet i stort utan i själva gruppen, och möjligen kan gruppformatet bidra i ännu högre utsträckning än individuell terapi till att dessa börjar förändras.

Att kunna prioritera sig själv

Flera kvinnor lyfte att gruppen hade hjälpt dem att känna mindre skuld när de prioriterar egna behov. En deltagare berättade under ett av de sista grupptillfällena att det hade varit utmanande att närvara i

gruppen eftersom hon hade plågats av tankar att prioritera barnens behov först. Hon uttryckte bland annat att hon tidigare, om hon fått en frukt eller kaka i något sammanhang, gömt den och tagit med den hem till barnen. Samtidigt som kvinnan berättade det satt hon med och fikade, och uttryckte att hon förstått att hon ibland också måste ta hänsyn till sina egna behov.

”Vid det sista tillfället sa hon ”tack” till gruppen

En annan deltagare berättade under utvärderingen av behandlingen att hon ibland börjat lämna hemmet ostädat för att träffa sina vänner – något hon aldrig tidigare kunnat göra. Hon hade insett att till och med husfriden vann på att hon prioriterade sitt eget välmående framför sina sysslor.

I båda grupperna samtalade kvinnorna även om att de hade slutat höra av sig till släktingar ”av plikt” och i stället hade börjat kontakta dem när de själva hade lust.

Exponerande behandling

Trots att STAIR inte utgör en traumafokuserad behandling verkade gruppen för vissa deltagare ändå upplevas som exponerande. Att befinna sig i ett sammanhang där samtalen relaterar till tidigare traumatiska erfarenheter, eller där inramningen av sammanhanget avslöjar något om ens historia inför andras blickar, kan utgöra ett första steg i att arbeta med att närma sig sina traumatiska minnen.

Flera kvinnor berättade i individuella samtal om hur svårt det hade varit att höra de andra deltagarna berätta om exempel från sina liv som de själva kunde känna igen sig i. En kvinna uppvisade symtom av dissociation under behandlingens inledande samtal. Dissociation kan ta sig uttryck i att en person på olika sätt kopplar bort påfrestningar i nuet, här genom att kvinnan inte deltog eller verkade följa med under samtalet, utan satt med en ofokuserad blick och

På så sätt blev gruppinterventionen en trygg plats att öva de färdigheter hon utvecklat i traumabehandlingen

emellanåt gömde ansiktet i händerna. Under de individuella sessionerna med kvinnans psykolog, mellan gruppsessionerna, kunde hon berätta att hon upplevde träffarna som utmanande men positiva. Mot slutet av behandlingen hade hennes dissociation under gruppsamtalen minskad avsevärt – hon satt med en närvarande blick och nickade med i det som sades.

En annan deltagare som parallellt med STAIR-interventionen gick i individuell behandling insåg att gruppsammanhanget förhindrade henne från att genomföra sina säkerhetsbeteenden (beteenden en person gör för att undvika obehag). Kvinnan berättade hur ångesten kunde byggas upp under gruppsessionens gång, men förstod och kunde finna stöd i den individuella terapin för att stå ut med ångesten. På så sätt blev gruppinterventionen en trygg plats att öva de färdigheter hon utvecklat i traumabehandlingen.

Ett forum för att träna relationella färdigheter

När en av grupperna hade avslutats uttryckte en deltagare önskemål om en specifik tolk inför ett uppföljande samtal. När behandlaren lovat att försöka tillgodose hennes önskemål berättade deltagaren att hon aldrig tidigare hade vågat be om något sådant. Hon upplevde nu att lärdomar från gruppen stärkte hennes självförtroende i att uttrycka sina behov. Flera deltagare har också gett konstruktiv feedback inför framtida STAIR-grupper. Vi välkomnar feedbacken, och framför allt noterar vi att det är glädjande att kvinnorna känt trygghet att alls ge feedback, inklusive att uttrycka kritiska tankar.

Den terapeutiska relationen kan erbjuda möjligheter för deltagare att pröva sina interpersonella färdigheter. Gruppformatet ger ytterligare möjligheter att testa dessa. Ett exempel lyftes under sessionen om färdigheten att säga nej, vilket en av deltagarna uttryckte att hon

hade stora svårigheter med detta. Hon berättade med ett skratt att en av de andra deltagarna hade frågat henne om hon ville ta en promenad tillsammans efter gruppen, och att hon hade sagt ja trots att hon inte kunde. Eftersom kvinnorna tränade sig på att säga nej till varandra i rollspel blev detta ett omedelbart tillfälle att öva och exemplet var ett av många som skapade lekfullhet och skratt. Dessa stärkta färdigheter verkar i sin tur leda till ett stärkt självförtroende och en känsla av egenmakt.

Diskussion delstudie 2

Delstudie 2 syftade till att undersöka erfarenheterna hos kvinnor som upplevt svår migration och som deltog i en gruppintervention med metoden STAIR efter att ha varit utsatta för våld i nära relationer. Vad vi såg tydligast var gruppformatets viktiga funktion för patientgruppen.

Värdet av gruppformat tydligaste resultatet

De kliniska observationerna tyder på att gruppformatet erbjöd kvinnorna fler möjligheter att utmana sina svårigheter med tillit, något som kan vara särskilt viktigt när man möter en målgrupp där många bär på traumatiska erfarenheter av att någon medvetet valt att skada dem. Såväl i kliniska observationer som i den vetenskapliga utvärderingen såg vi också att mötet med personer med liknande erfarenheter ger möjlighet att känna igen sig själv i andra – det kan medföra att patienten känner sig mindre ensam, att skamkänslor och stigma kring våldsutsatthet minskar, och att patienten kan förstå sina egna reaktioner bättre och därmed utveckla mer medkänsla med sig själv. Detta pekar sammantaget på att STAIR skulle kunna fungera stabiliserande, stärkande och tryggande för patienter, och att gruppmiljön stärker individers självomhändertagande förmågor och förmåga att ta emot andras omsorg.

”

Det krävs omfattande förberedelser för att säkerställa att en gruppintervention som denna blir inkluderande för alla, oavsett socioekonomisk status

Den kliniska erfarenheten är att gruppformat också kan fungera som beteendeaktivering (utöver interventionens planerade inslag av beteendeaktivering). För många deltagare kan det vara hjälpsamt att regelbundet träffa andra personer och bryta mönster av isolering och passivitet för att minska depressiva symtom. I den vetenskapliga utvärderingen framkom också upplevelser av att andras agerande kan vara inspirerande och visa väg framåt i form av konkret problemlösning.

En annan klinisk observation, som stämde överens med den vetenskapliga utvärderingens kvalitativa resultat, var att gruppträffarna tycks ha bidragit till processer av stärkt egenmakt. Det är i linje med rekommendationer för insatser vid erfarenheter av våld i nära relation (American Psychiatric Association, 2019; Karakurt et al., 2022).

Den vetenskapliga utvärderingen pekar också på att gruppens sammansättning kan påverka känslan av igenkänning och stöd. En deltagare gav exempelvis uttryck för en känsla av ett mer omfattande utanförskap – att hennes livssituation, nu och tidigare i livet, varit så annorlunda från de övriga deltagarnas att de hade svårt att förstå varandras agerande och erfarenheter. Hon nämnde också att hon delvis haft svårt att förstå vissa teoretiska element, vilket kan förstås utifrån en kortare utbildningsbakgrund än de övriga gruppdeltagarna. Detta pekar på att individanpassad psykoedukation är ett viktigt ansvar för gruppledarna samt att det krävs omfattande förberedelser för att säkerställa att en gruppintervention som denna blir inkluderande för alla, oavsett socioekonomisk status.

Ingen förändring i generellt välbefinnande

För de sex deltagare där den vetenskapliga utvärderingen omfattade kvantitativa data sågs inga signifikanta skillnader i skattningar av generellt välbefinnande mellan första och sista mätningen. Hos två av deltagarna uppmättes en meningsfull, kliniskt signifikant förbättring i självrapporterade PTSD-symtom. Det är ett intressant resultat, eftersom metoden inte innehåller traumafokuserade element. Dock går det inte att utifrån denna studie dra några slutsatser om vad den här förbättringen beror på, då det rör sig om ett litet antal deltagare utan kontrollgrupp. Det skulle kunna förklaras av andra omständigheter som inte har med interventionen att göra.

Att samtala om konsekvenser av våldsupplevelser innehåller dock vissa inslag av exponering – andra kvinnors berättelser kan vara skrämmande och också väcka tankar om de egna upplevelserna. Detta kan ge nya perspektiv på traumaminnen och påverka dem, likt den bearbetning som görs i traumaterapi. Det har därmed varit en balansgång för gruppledarna att sätta ramar för hur kvinnorna delat sina berättelser på ett sätt som varit lagom exponerande. Ett tillfälle där detta blivit nödvändigt noterades av deltagare K, som framförde att en annan kvinna bromsades i sin berättelse (se citat s 46). Deltagaren beskrev det ur sitt perspektiv som synd, då samtalen i grupp upplevdes som värdefulla. Ur gruppledarnas perspektiv, och större kännedom om den berättande kvinnans upplevelse och övriga deltagares situationer, var gränssättningen avsedd som skyddande och för att hålla ramarna att interventionen inte skulle vara traumafokuserad. Särskilt i en grupp som har varit utsatt för kontrollerande beteenden är det viktigt som gruppledare att motivera och förankra denna typ av gränssättningar, inte bara inledningsvis utan det kan också behövas påminnelser kontinuerligt. Annars finns det en risk att åtgärder avsedda att vara skyddande upplevs som maktutövning och kontroll.

STAIR-gruppen har även andra beröringspunkter med traumabehandling. Att sätta ord på sina känslor är en vanlig del i traumafokuserad terapi. STAIR-interventionen innehåller inslag av att lägga märke till inre upplevelser och kan utgöra ett första steg, eller en förstärkning, av färdigheten att identifiera tankar och känslor. Genom psykoedukation om känslor kan man förbereda och underlätta för en senare traumabearbetning, genom att bidra med ett gemensamt språk för detta. Språkbruk kring känslor kan även skilja sig åt mellan olika kulturer (för diskussion se till exempel Tissue et al., 2023). Att arbeta med dessa frågor i ett gruppformat ger möjlighet till samtal kring hur man lärt sig att tala om känslor under uppväxten och hur detta kan skilja sig åt i hemlandet och i Sverige. Detta möjliggör för såväl behandlare som patienter att få syn på skillnader i upplevelser och uttryck för inre erfarenheter. Sådana samtal kan i sin tur tänkas stärka förmågan till mentalisering, det vill säga en medvetenhet om och förståelse för det egna och andras inre tillstånd (Bateman & Fonagy, 2016).

”Även om mer träning ofta är fördelaktigt blir patienten aldrig ”klar” utan utmanas ständigt av nya svårighetsgrader i vardagslivet

Generellt verkar patienterna ha upplevt att gruppträffar och individuell behandling fyller olika funktioner. De kliniska observationerna visar att de som hade parallella individuella kontakter har diskuterat upplevelser från gruppträffarna enskilt, och övningar från de individuella sessionerna har kunnat genomföras i gruppen. Deltagaren som övat på att inte genomföra säkerhetsbeteenden under gruppsessioner är ett exempel på det, där hon hanterat ångestnivåer i gruppformatet med stöd individuellt (s 56). Möjligheten att alternera sammanhang kan öka förmågan att generalisera lärdomar och det är värdefullt att ha ett tryggt forum att öva färdigheter från terapin. Att ha individuell terapi parallellt med gruppformatet upplevs därför intressant att utforska vidare.

Interventionens format

En annan aspekt som behöver utforskas är längden på gruppinterventionen. I den vetenskaplig utvärderingen uttryckte flera deltagare att fler tillfällen hade varit önskvärt. De upplevde mötena som positiva och skulle vilja ha utvecklat sina färdigheter ytterligare.

Enligt vår kliniska erfarenhet vill gruppdeltagare ofta förlänga sin tid i alla olika typer av grupper. Två sessioner till hade inte nödvändigtvis förändrat detta, snarare kan bryggor till andra sociala sammanhang vara viktiga att överväga. På samma sätt kan önskan att få mer tid att utveckla sina färdigheter problematiseras. Mer träning är ofta fördelaktigt, men det kan också vara så att patienten aldrig blir ”klar” utan ständigt utmanas av nya svårighetsgrader i vardagslivet. Gruppformatet har som syfte att rusta deltagarna för sådana framtida utmaningar. För traumabehandling är det vedertaget att patienternas utveckling fortsätter efter avslutad behandlingskontakt, och det kan vara så att detta gäller även för STAIR. I våra kliniska observationer märkte vi att några deltagare önskade mer tid för att gruppdiskussionerna satt i gång många tankar och skapat mer upplevd instabilitet än patienten hade i sitt liv före interventionen. Det är en viktig komponent att ta hänsyn till i planeringen av antalet sessioner, men från ett behandlarperspektiv är det inte ett självändamål att patienten ska uppleva avsaknad av oro när behandlingen avslutas. God effekt av psykologisk behandling kräver inte att deltagaren har gått ner i ångest vid avslut (Baker et al., 2010) och för den här patientgruppen är det är mycket att kräva av en gruppintervention som inte är traumaexponerande.

Med detta sagt, bör det noteras att den intervention som testades i delstudie 2 var kortare (både i antal sessioner och till följd av tolkbehov också per tillfälle) än vad STAIR-manualen ursprungligen rekommenderar. Denna anpassning gjordes framför allt för att flera komponenter återkommer i ordinarie individuell traumabehandling och för att bedömningen gjordes att en kortare tid kunde sänka

tröskeln för deltagare att anmäla sig. Även praktiska omständigheter gjorde att ett mindre antal veckor fungerade bäst. Vår utvärdering pekar dock på att det vore av värde att testa ett mer manualtroget upplägg, med längre tid per tillfälle och fler antal träffar. Detta är viktigt att ta med i kommande planering och implementering av STAIR.

Valet av STAIR gjordes utifrån det identifierade behovet att kvinnor med dubbel våldsutsatthet bedömdes kunna behöva insatser som kompletterar traumabehandling. I linje med att lång tids utsatthet för våld ökar risken för svårigheter med emotionsreglering, mellanmänskliga relationer och tilltro till de egna resurserna (symtom som alltså kommer till uttryck i diagnosen komplex PTSD) valdes STAIR som komplement till behandlingsmottagningens utbud. Efter två omgångar av gruppinterventionen är bedömningen att STAIR kan fungera som komplement till individuell traumabehandling, och i vissa fall kan nya beteenden som att kunna identifiera, verbalisera och stanna i obehagliga känslor också gett effekt på PTSD-symtomen. De flesta av kvinnorna i grupperna gick vidare till PTSD-behandling, och behandlarna som mött dem har bedömt att de tycks ha tagit till sig traumaterapin väl. Fortsatta studier av kombinationen av STAIR och traumabehandling är intressant.

کجای ای نگار بی نظیرم
اوالای تورا ازکی بیگرم
ندارم تحفه ازجان شیرن تر
چطور از خاطرت آرام بگیرم

جغا ازتو بود خون خوردن ازمن
ز تو جور و تحمل کردن ازمن
تورا باگریه ای عاشق چی مطلب
دل از من دیده از من گریه ازمن

موی سیای خور تار تار انداختی
آتش ده دل جگر یار انداختی

نه کار تو مالومه نه عاشقی تو
مره رسوا ده این ده این دیار
انداختی
بیا دلبر دیگر مارا مرنجان
نفس بربر دیگر مارا مرنجان

نظر بنداز به رنگ زرد عاشیق
بکن رحمی دیگر ماره مرنجان

Var är du min vackra, unika älskarinna. Från vem ska jag kunna höra om dig?
Har ingen värdefullare gåva än mitt liv.
Hur ska jag kunna finna ro med dina minnen.

Njutning får vara din och lidandet mitt. Du ger mig plågor och jag lyder.
Vad vet du om en förälskades tårar.
Krossat hjärtat är mitt, tårar är mina, smärtan är min.

Med det välkammade svarta håret, du satte eld i själen och hjärtat mitt.

Du är varken kär eller vet vad du gör. Du gör mig till åtlöje på landet och byn.
Kom älskade och plåga ej mitt hjärta mer. Det räcker med plågan älskade min.
Det räcker älskade, plåga mig ej mer.

Se mitt mående, låt mig andas vid din sida. Visa nåd och ge slut på smärtan.

Anonym poet, deltagare i gruppinterventionen

Rekommendationer

Utifrån de kliniska observationerna och den vetenskapliga utvärderingen ges följande rekommendationer till dem som i sitt arbete möter kvinnor med erfarenheter av svår migration och våld i nära relation:

- **Trygga verksamheten.** Verksamheter rekommenderas att arbeta med tydliga riktlinjer och rutiner för att stärka behandlares upplevelse av trygghet i mötet med komplex problematik, inte minst med kompetens kring juridisk status i Sverige för kvinnor som kommit som anhöriga till en partner som utövar våld. Detta gäller till exempel rutiner för att fråga om våld i nära relation, flödesscheman för hur man hänvisar vidare vid kännedom eller kvarstående misstanke om våldsutsatthet samt manualbaserade interventioner för målgruppen.
- **Lokalt samarbete.** Det var viktigt att ha byggt upp nätverk med myndigheter och andra aktörer för att hantera svåra situationer om de skulle ha uppstått, exempelvis akuta våldssituationer. Både tidigare forskning och vårt projekt pekar på att det finns ett behov av att samordna psykologiskt stöd med exempelvis sociala insatser, juridisk hjälp och strukturella åtgärder som kan hjälpa kvinnor med dubbel utsatthet att förbättra sin livssituation.
- **Skydda patienterna.** Att göra en omfattande riskanalys kring den kommunikation som sker före, i och runt gruppen är mycket viktigt. Kommunikation ska vara neutral och inte avslöja fokus på våldsutsatthet. Sekretess mellan gruppdeltagarna måste upprätthållas. Det är också viktigt för att framtida patienter inte ska nekas att söka vård för traumatisering, för att en kontrollerande familjemedlem fått kännedom om insatserna för målgruppen.

- **Vid rekrytering kan gruppformatet vara utmanande** då våldsutsatthet exempelvis är förknippat med stigmatisering. Att understryka deltagarnas möjlighet att inte dela sitt namn eller sin historia i identifierbar detalj blir viktigt. Rekryteringen till gruppen kan i bästa fall vara ett första steg till validering av en våldsutsatt kvinnas upplevelser samt psykoedukation om hur vanligt förekommande våld i nära relation är.
- **Gör verksamheten förutsägbar** för patienterna. Tydlighet och förutsägbarhet bör vara riktlinjer för att skapa trygghet hos patienterna. Ta fram skriftlig information inför möten, presentera gruppledarna med bild i informationen. Välj en kvinnlig tolk som deltar i samtliga sessioner. Kom ihåg att det kan finnas oro kopplad till konfidentialitet även relaterat till tolken, inte minst på mindre orter.
- **Undanröj praktiska hinder för vård**. Dubbel våldsutsatthet leder ofta till en kombination av sociala och ekonomiska svårigheter med en begränsad och kontrollerad livssituation. Kan mottagningen ge stöd i form av bussbiljetter så att patienten inte behöver be bekanta om skjuts? Kan hemuppgifterna göras på mottagningen? Kan barnpassning ordnas i anslutning till gruppen så att kvinnans frånvaro från sin vardag inte blir märkbar eller kostsam?

Om interventionen

- **STAIR kan användas som komplement** men bör inte ersätta traumafokuserad behandling. Parallell individuell behandling, eller att patienten genomgått individuell behandling först, kan ha fördelar.
- **Inte PTSD-behandling.** STAIR är inte traumabehandling, och som intervention skulle den kunna vara värdefull för fler patienter. Traumatisering är en kumulativ process. Patienter som befinner sig i en pågående stressfylld situation – som migrationsprocessen eller pågående våld i hemmet – kan

exempelvis befinna sig i en preklinisk fas och inte uppfylla kriterierna för PTSD. De skulle likväl kunna dra nytta av interventionen, som skulle kunna fungera stressreducerande och minska den kumulativa sjukdomsbördan. Därmed skulle det kunna vara värdefullt att öppna interventionen för personer med olika reaktioner på dubbel våldsutsatthet, det vill säga inte ange PTSD-diagnos som krav för deltagande.

- **Var lyhörd när gruppdeltagarna kommer med önskemål** – se det som en möjlighet att förstärka beteendet att be om förändringar och att visa att det ger effekt.
- **Att tidigt få allmänna praktiska verktyg** kan vara hjälpsamt (exempelvis andningsövningar) – dessa bör behållas i gruppinterventionen även om ordinarie behandlingsutbud också inkluderar motsvarande verktyg.
- **Även passiva deltagare kan vinna på gruppinterventionen**. Att lyssna kan i sig vara exponerande, validerande och sänker trösklar för att interagera med andra.
- **Vid rekrytering behöver socioekonomiska aspekter vägas in**. Allt för skilda levnadsvillkor kan leda till att samtalen inte känns inkluderande eller relevanta för alla i gruppen. I sammanhang med många olika grupper kan det vara värt att försöka göra gruppindelningen på ett sådant sätt att deltagarna kan känna igen sig i varandra. När sådana möjligheter inte finns är det viktigt att se till att bristande resurser eller en mycket begränsad livssituation inte blir exkluderande. Gruppledarna behöver vara extra uppmärksamma på att inkludera olika typer av upplevelser, exempelvis genom att anpassa situationer som diskuteras, och uppmuntra paralleller mellan patienternas erfarenheter.
- **Relation traumabehandling.** Om gruppdeltagarna kommit olika långt i sin individuella traumabehandling behöver

gruppledarna på liknande sätt som ovan fundera över hur sessionernas innehåll blir relevant och begripligt för alla.

- **Fundera över traumatriggers.** Att lyssna på andras berättelser kan vara välgörande men också trigga traumaminnen. Som gruppledare behövs beredskap för hur gränser sätts för att skydda gruppen, och detta behöver förankras i förväg med gruppen.



Om gruppformatet

- **Längre och fler sessioner.** Utöver de anpassningar av interventionen som redan beskrivits rekommenderas att tiden utökas**.** Åtta sessioner upplevdes som för få, speciellt när flera deltagare ibland uteblivit. Sessionslängd, med tolk, kändes inte alltid tillräckligt för att hinna igenom materialet. Det skulle kunna vara värdefullt med längre sessioner för att ge mer utrymme för färdighetsträning och diskussioner.
- **Vid tolkbehov** rekommenderas att hålla nere antalet språk i gruppen. Avgränsa tolkanvändningen till enbart två språk per grupp (svenska och tolkat språk). Vi begränsade oss till tolk på ett språk och bedömningen är att fler hade tagit mer tid och förändrat flödet i diskussionen.
- **Stöd för hemuppgifter.** Gruppledarna och tolken bör finnas på plats en stund efter sessionernas slut för att de som önskar stöd med hemuppgifterna ska kunna få det.
- **De säkerhetsåtgärder som omgärdar gruppen behöver vara förankrade i gruppen.** Det finns en risk att begränsningar kan upplevas som kontrollerande och aktivera känslor och minnen av att ha kontrollerats av andra. Om så sker behöver det finnas utrymme för reaktioner och samtal kring detta.

Rekommendation om ytterligare forskning

- **Behandlingskombinationer.** Då diagnosen CPTSD är så pass ny råder det delade meningar kring hur man på bästa sätt anpassar traumabehandling till patientgruppen. Viss forskning tyder på att CPTSD kan behandlas på samma sätt som PTSD men att insatsen bör vara mer tidsmässigt omfattande (Hoeboer et al., 2021; Oprel et al., 2021). Annan forskning indikerar att ordinarie behandling för PTSD bör kompletteras med inslag av till exempel träning av interpersonella färdigheter och färdigheter i emotionsreglering (Cloitre et al., 2016; MacIntosh et al., 2018). STAIR är ett möjligt alternativ för att arbeta med att stärka relationella färdigheter när PTSD väl behandlats, men vidare forskning rekommenderas fokusera på att utforska hur man på ett systematiskt sätt kan möta dessa behov. Att utforska hur kombinationen av en stabiliserande gruppintervention (som STAIR) och traumabehandling interagerar är därmed intressant och väcker flera frågor: Förstärker de båda insatserna varandra, gör exempelvis STAIR patienter mer redo för traumabearbetning, eller är STAIR bäst som avslutande komponent? Finns det fördelar att efter traumabehandling genomgå STAIR för att fördjupa sig exempelvis i aspekter av relationsmönster? Kan parallell individuell- och gruppbehandling ge förstärkande effekter?
- **Mixad-metodutvärdering gav intressanta resultat.** Det kan dock ha varit för svårt för alla gruppdeltagare att använda några av datainsamlingsmetoderna, exempelvis dagboksanteckningarna. Ingen av kvinnorna använde sig av möjligheten att lämna röstmeddelanden eller fotografera handskrivna noteringar i stället för att skriva digitala noteringar. Medan intervjuerna gav ett rikt material var de digitala dagboksanteckningarna ganska kortfattade vilket skulle kunna tolkas som att deltagarna inte kände sig så

bekväma med dem, eller föredrar den dialogbaserade datainsamlingen. I framtida studier bör möjligheterna att uppmuntra olika sätt att lämna information stöttas upp, exempelvis via forskningsassistenter eller utvalda personer på mottagningen med vana och fokus på datainsamling.

- **Egenledda grupper.** I en studie från Hameed et al. (2020) som undersöker interventioner för kvinnor efter erfarenheter av våld i nära relation syns ingen skillnad i utfall om den som håller i interventionen är professionell vårdpersonal eller inte, vilket är intressanta fynd i diskussionen kring genomförbarhet. STAIR, som manualbaserad intervention, är framtagen för att inte kräva alltför lång utbildning eller handledning för gruppledarna. Vidare forskning skulle kunna undersöka vilka möjligheter som finns i att exempelvis involvera Peer Supporters/kamratstödjare i syfte att ytterligare bidra till gruppens fokus på egenmakt och resursbyggande.

Referenser

Akbay-Safi, S., Tabba, A., & Mahmoud, L. R. (2021). Training Survivors of Gender-Based Violence in the Problem Management plus Programme in Turkey. Intervention, 19(2). Doi: https://doi.org/10.4103/intv.intv_21_21

American Psychiatric Association. (2014). MINI-D 5, Diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Pilgrim Press.

American Psychiatric association. (2019). Treating Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. American psychiatric association. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/IPV-Guide/APA-Guide-to-IPV-Among-Women.pdf

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice, 8(1). Doi: https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A., & Craske, M. G. (2010). "Does Habituation Matter? Emotional Processing Theory and Exposure Therapy for Acrophobia." Behaviour Research and Therapy, 48(11), 1139-1143. doi:10.1016/j.brat.2010.07.009

Barrera, T. L., Mott, J. M., Hofstein, R. F., & Teng, E. J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. Clinical psychology review, 33(1), 24–32. Doi: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.005

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). Mentalization-based treatment for personality disorders – a practical guide. Oxford University Press.

Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. PLoS medicine, 17(9), e1003337. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337

Burlingame, G. M., Seebeck, J. D., Janis, R. A., Whitcomb, K. E., Barkowski, S., Rosendahl, J., & Strauss, B. (2016). Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: A 25-year meta-analytic perspective. Psychotherapy, 53(4), 446–461. Doi: https://doi.org/10.1037/pst0000090

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. Lancet, 359(9314). Doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Cloitre, M., Cohen, L.R., Ortigo, K.M., Jackson, C. & Koenen, K.C. (2020). Treating Survivors of Childhood Abuse and Interpersonal Trauma: STAIR Narrative Therapy. (Second edition). Guilford Press.

Cloitre, M., Petkova, E., Su, Z., & Weiss, B. (2016). Patient characteristics as a moderator of post-traumatic stress disorder treatment outcome: Combining symptom burden and strengths. BJPsych Open, 2(2), 101–106. Doi: https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000745

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Weijin Gan, M.S., Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD Related to Childhood Abuse: A Randomized Controlled Trial. American Journal of Psychiatry, 167(8), 915–924. Doi: https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247

Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. PLoS medicine, 17(8), e1003262. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262

Damra, J. K. (2022). The Effects of Psychodrama Intervention on Intimate Partner Violence and Quality of Life: Trial of Syrian Refugee

Abused Women. Journal of International Women's Studies, 23(1). Doi: https://vc.bridgew.edu/jiws/vol23/iss1/33

del Carmen Vera-Esteban, M., & Cardona-Moltó, M. C. (2022). Contemporary Dance as a Resource to Support Battered Migrant Women. Ex Aequo, 45. Doi: https://doi.org/10.22355/exaequo.2022.45.13

Echeburúa, E., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (2013). Individual Versus Individual and Group Therapy Regarding a Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women in a Community Setting. Journal of interpersonal violence. 29. Doi: 10.1177/0886260513511703.

Fanslow, J. L., Mellar, B. M., Gulliver, P. J., & McIntosh, T. K. (2023). Evidence of gender asymmetry in intimate partner violence experience at the population-level. Journal of interpersonal violence, 38(15-16), 9159-9188. https://doi.org/10.1177/08862605231163646

Frenzel, A. (2024). Brott I nära relation: kartläggning av utsatthet under 2022 och under livstiden (Rapport 2024:4). Brottsförebyggande rådet. https://bra.se/download/18.63eed38e192716a4afc1536/1728997063093/2024_4-Brott-i-nara-relation.pdf

Gonçalves, M. and Matos, M. (2016) Prevalence of Violence against Immigrant Women: A Systematic Review of the Literature. Journal of Family Violence, 31 (6): 697–710. Doi:10.1007/s10896-016-9820-4.

Hameed, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., Feder, G., Tan, M., & Hegarty, K. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. The Cochrane database of systematic reviews, 7(7), CD013017. Doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017.pub2

Hoeboer, C.M., de Kleine, R.A., Oprel, D.A.C., Schoorl, M., van der Does, W. & van Minnen, A. (2021). Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy? Journal of Anxiety Disorders, Volume 80, 2021. Doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102388.

Holliday, R., Borges, L. M., Stearns-Yoder, K. A., Hoffberg, A. S., Brenner, L. A., & Monteith, L. L. (2020). Posttraumatic Stress Disorder, Suicidal Ideation, and Suicidal Self-Directed Violence Among U.S. Military Personnel and Veterans: A Systematic Review of the Literature From 2010 to 2018. Frontiers in psychology, 11, 1998. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01998

Jolof, L., Rocca, P. & Carlsson, T. (2023). Mitt Hjärtas syster II. Kvinnors och vårdpersonals upplevelser av traumafokuserad behandling vid Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Rapport (2023:3). Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering.

Karakurt, G., Koç, E., Katta, P., Jones, N., & Bolen, S. D. (2022). Treatments for Female Victims of Intimate Partner Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology (Vol. 13). Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.793021

Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019a). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. Depression and anxiety, 36(9), 887–894. Doi: https://doi.org/10.1002/da.22934

Karatzias, T., Mc Glanaghy, E., & Cloitre, M. (2023). Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (ESTAIR): A New Modular Treatment for ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD). Brain sciences, 13(9), 1300. Doi: https://doi.org/10.3390/brainsci13091300

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A. & Hutton, P. (2019b). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2019 Aug;49(11):1761-1775. Doi: 10.1017/S0033291719000436.

Lakshmin, P., Slootsky, V., Polatin, P. B., & Griffith, J. L. (2018). Testimonial Psychotherapy in Immigrant Survivors of Intimate Partner Violence: A Case Series. Transcultural Psychiatry, 55(5). Doi: https://doi.org/10.1177/1363461518777146

MacIntosh, H. B., Cloitre, M., Kortis, K., Peck, A., & Weiss, B. J. (2018). Implementation and Evaluation of the Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) in a Community Setting in the Context of Childhood Sexual Abuse. Research on Social Work Practice, 28(5), 595-602. Doi: https://doi.org/10.1177/1049731516656803

Nationella vård- och insatsprogram. (2025). Kognitiv beteendeterapi vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna. https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/behandling-och-stoed/kognitiv-beteendeterapi-vid-lindrig-till-medelsvaar-depression-hos-vuxna/

Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. European journal of psychotraumatology, 12(1), 1851511. Doi: https://doi.org/10.1080/20008198.2020.185151

Pertek, S., Phillimore, J., Akyüz, S., Block, K., Bradby, B., Özçürümez, S., Perez Aronsson, A. & Vaughan, C. (2022) “Nobody helped me”: Forced migration and sexual and genderbased violence: findings from the SEREDA project. University of Birmingham. https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/iris/2022/sereda-international-report.pdf

Portokaloglou, T. (2018). Transplanting the Soul-Tree: An Analytical Perspective on how the Sesame Approach and Movement with Touch and Sound Became the Fertile Soil for the Psychological Support and Therapy for Refugee Women. Dramatherapy, 39(2). Doi: https://doi.org/10.1080/02630672.2018.1482937

Regeringens Skrivelse. 2016. Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid (2016/17:10). Regeringen. https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf

Rytwinski, N.K., Scur, M.D., Feeny, N.C. & Youngstrom, E.A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. Journal of Traumatic Stress. 2013;26(3):299-309. Doi: https://doi.org/10.1002/jts.21814

Schwartze, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C. & Rosendahl, J. (2019) Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psychotherapy Research, 29:4, 415-431. Doi: 10.1080/10503307.2017.1405168

Serrata, J. V., Hernandez-Martinez, M., & Macias, R. L. (2016). Self-empowerment of immigrant latina survivors of domestic violence: A promotora model of community leadership. Hispanic Health Care International, 14(1). Doi: https://doi.org/10.1177/1540415316629681

Shapiro, E. & Moench, J. (2018). G-TEP. (A. Braun & H. Andersson, Övers.; 10e uppl.). https://emdr.se/wp-content/uploads/2023/07/gtep-svenska-aug19.pdf

Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G., & Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5(2), 176–183. Doi: https://doi.org/10.1037/A0026291

Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf

Socialstyrelsen. (2022). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf

Tissue, A., Specker, P., Hoffman, J., Uppal, S., Cloitre, M., Neuner, F., O'Donnell, M., & Nickerson, A. (2023). Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation for Refugees Integrated With Narrative Exposure Therapy: A Case Study on the Treatment of PTSD and Emotion Dysregulation for Refugees and Asylum-Seekers. Clinical Case Studies, 22(3). Doi: https://doi.org/10.1177/15346501221133315

Trappler, B., & Newville, H. (2007). Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. The Psychiatric quarterly, 78(4), 317–325. Doi: https://doi.org/10.1007/s11126-007-9049-8

Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. Acta psychiatrica Scandinavica, 138(6), 547–557. Doi: https://doi.org/10.1111/acps.12973

Vågbratt, L., Möller, N. & Tinghög, P. (2024). Intensivbehandling för personer som traumatiserats till följd av tortyr, krig och flykt: En effekt- och processutvärdering. (Rapport 2024:1). Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering.

World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). https://icd.who.int/

World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. https://iris.who.int/handle/10665/85239

Bilagor

Bilaga 1 Sessionsspecifika anpassningar

I manualen *Treating survivors of childhood abuse and interpersonal trauma* (Cloitre et al. 2020) presenteras behandlingen STAIR (*Skills training in affective and interpersonal relations*) *Narrative therapy*. På Svenska Röda Korsets behandlingscenter genomförs en gruppbehandling som utgår från denna manual. Under implementeringen har originalmanualen anpassats, och nedan följer en sammanfattning av dessa anpassningar.

Session 1

Arbetsblad 10.2. med fokus på ”Fokuserad andning”. Lämnas inte ut skriftligen, men vi genomför övningen tillsammans i grupp.

Tillägg. ”Spelregler” för gemensamma förhållningssätt gentemot varandra i gruppen etableras tillsammans i gemensam diskussion.

Session 2

Följande arbetsblad delas inte ut under sessionen, men utvalda delar från respektive arbetsblad diskuteras i stället muntligen:

11.1. Negativa erfarenheter från barndomen som påverkar emotionsreglering
11.2. Social påverkan på emotionella erfarenheter
11.4. Exempel på strategier för emotionsreglering från tre olika kanaler för känslor
11.6. Negativa och positiva känslor som kommunikation
11.7. Lista över känslor

Arbetsblad 11.3. ”Monitorering av känslor”. Detta arbetsblad har förenklats något i pedagogiskt syfte (följande rubriker har tagits bort: ”duration” och ””intensitet efteråt 1–10”). En ytterligare kategori/fråga

i formuläret lades till efter utvärdering av den första omgången av STAIR (”Alternativ strategi”).

Session 3

Följande arbetsblad delas inte ut under sessionen, men utvalda delar från respektive arbetsblad diskuteras i stället muntligen:

12.1. Hälsosamma och ohälsosamma strategier för att reglera känslor med kroppen
12.5. Progressiv muskelavslappning

Under presentationen av färdigheter för att reglera känslor genom att använda kroppen får deltagare i gruppen inledningsvis föreslå vilka strategier de själva redan använder, och gruppen upprättar tillsammans en lista över dessa.

Flertalet färdigheter för att reglera sina känslor genom att använda kroppen presenteras. I brist på tid tas färdigheten ”progressiv muskelavslappning” bort, då den bedöms som mer tidskrävande och mindre central för behandlingen.

Tillägg. Material från session 5 i originalmanualen (fokus: stå-ut-färdigheter) tas upp under denna session.

Session 4

Följande arbetsblad delas inte ut under sessionen, men utvalda delar från respektive arbetsblad diskuteras i stället muntligen:

13.3. Att surfa på känslorna
13.4. Exempel på positiva självpåståenden
13.7. Time out
13.10. Summering av tre kanaler för känsloreglering

Flertalet andra arbetsblad har komprimerats och förenklats.

Flertalet färdigheter för att reglera sina känslor genom att använda tankar och beteenden presenteras. I brist på tid tas färdigheterna ”Att surfa på känslorna”, ”Påminnelser” och ”Positivt imaginativt arbete” bort, då de bedöms som mer tidskrävande och mindre centrala för behandlingen.

Session 5

I originalmanualen tillägnas hela denna session ett fokus på stå-ut-färdigheter. I anpassningen har detta material komprimerats till att i stället utgöra ett mindre inslag under session 3. Detta innebär att gruppen inte diskuterar till exempel ohjälpsamma strategier för att stå ut med obehag (externalisering, internalisering, undvikanden) och man lägger inte lika mycket tid på att formulera patienters olika målsättning med att stå ut med obehag.

Följande arbetsblad delas inte ut under sessionen:

14.1. Vad är stå-ut-färdigheter och varför ska jag göra det?
14.2. Att använda tre kanaler för emotionsreglering för att nå sina mål.

Tillägg. Ett nytt arbetsblad konstrueras för att komplettera det material från sessionen som tas bort från denna session. Arbetsbladet (”För- och nackdelar med att stå ut med obehag”) delas i stället ut under session 3.

Session 6

Innehållet i denna session representeras av session 5 i den översatta manualen.

Innehållet i samtliga arbetsblad under denna session presenteras men på ett komprimerat sätt i översättningen av arbetsblad.

Session 7

Innehållet i denna session representeras av session 6 i den översatta manualen.

Följande arbetsblad delas inte ut under sessionen, men utvalda delar från respektive arbetsblad diskuteras i stället muntligen:

16.1. Hur förstår vi fenomenet ”att uttrycka sina behov”?
16.6. Att träna på att uttrycka sina behov för att förbättra relationsmönster

Diskussion kring tidigare antaganden om att uttrycka sina behov ges inget planerat utrymme under sessionen.

Från session 7 och framåt förekommer flertalet inslag av rollspel mellan behandlare och patient. Som en anpassning efter grupp-kontexten kommer en lämplighetsbedömning göras om deltagare bör genomföra rollspel tillsammans. Alternativ till rollspel mellan deltagare är rollspel mellan behandlare, som diskuteras i gruppen, alternativt rollspel mellan en frivillig deltagare och behandlare.

Session 8

I originalmanualen tillägnas hela denna session ett fokus maktdynamik och flexibilitet inför olika typer av relationer. I anpassningen har detta material tagits bort då den bedöms vara mindre grundläggande än innehållet i övriga sessioner.

Session 9

Innehållet i denna session representeras av session 7 i den översatta manualen.

Se kommentar om rollspel från session 7.

Session 10

Innehållet i denna session representeras av session 8 i den översatta manualen.

I originalmanualen uppmanas behandlaren till att vid behov förbereda patienten för övergången till narrativ terapi. Detta genomförs inte i gruppkontexten, då deltagare i gruppen är på olika platser i sina individuella behandlingsplaner.

Följande arbetsblad delas inte ut under sessionen, men utvalda delar från respektive arbetsblad diskuteras i stället muntligen:

19.1. Medkänsla: Rehabilitering är en resa
19.3. STAIR-färdigheter för fortsatt träning

Svenska Röda Korset

Röda Korset finns i 192 länder för att hjälpa människor i kriser och katastrofer. I Sverige finns vi över hela landet – vi är landets största humanitära frivilligorganisation, med över 22 000 volontärer i cirka 581 lokalföreningar.

Ett av våra prioriterade områden är hälsa och vård. Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och erbjuder sjukvård, aktiviteter för välmående samt psykosocialt stöd som hjälper människor att få en meningsfull vardag. En viktig del av det arbetet är våra vårdverksamheter – specialiserad vård för krigsskadade och torterade, samt vår vårdförmedling för papperslösa och migranter. Målet för Svenska Röda Korsets behandlingscenter är att ge människor som utsatts för krigsupplevelser och tortyr stöd och vård så att de kan återerövra sin psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheterna finns på fem platser i Sverige: Skellefteå, Uppsala, Skövde, Göteborg och Malmö – den första mottagningen startade 1985.

Röda Korsets Högskola

Med människan i centrum och utblick mot världen är omvårdnad och hälsa i ett globalt perspektiv Röda Korsets Högskolas unika profil inom utbildning, forskning och samverkan.

Röda Korsets Högskola vilar på en lång tradition – ända sedan 1867 har högskolan utbildat högt ansedda och eftertraktade sjuksköterskor. Högskolan gör en stor samhällsnytta och examinerar årligen cirka 160 sjuksköterskor och 50 specialistsjuksköterskor inom intensivvård, infektionssjukvård och psykiatrisk vård. Högskolan bidrar också till att öka kompetensen bland kliniska handledare inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom att erbjuda uppdragsutbildning. Röda Korsets Högskola bedriver också forskning med forskningsinriktningen ”Hälsovetenskap i ett globalt perspektiv”.

Högskolan finns på Campus Flemingsberg och har 1 000 studenter och 70 medarbetare.

Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering
Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola med syfte att utveckla bättre traumabehandling för människor som skadats av tortyr och krig. Utifrån Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens driver vi kliniknära forskning för att bidra till mer effektiv och skonsam rehabilitering – i Sverige och globalt.

Röda Korsets Högskola Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 47 Huddinge │Postadress: Box 1059 141 21 Huddinge │Telefon 08-587 516 00 │info@rkh.se │www.rkh.se