

Mitt hjärtas syster III

Utveckling och implementering av en behandlingsintervention för kvinnor med erfarenhet av krig, tortyr och/eller flykt

Linda Jolof
Patricia Rocca
Marie Karlsson
Charlotta Holmström



Mitt hjärtas system III

ISBN: 978-91-989580-2-7

Illustratör framsida: Yasmina Karli Malmsten

Illustratörer i rapporten: Yasmina Karli Malmsten, Wilma Harju

Tryck: Typografiska 2026

Rapporten går att ladda ner på www.rkh.se

Dikten på sidan 7 är publicerad med författarens godkännande.

Mitt hjärtas system III

Utveckling och implementering av en
behandlingsintervention för kvinnor med erfarenhet av
krig, tortyr och/eller flykt



Røde Korsets kompetenscenter
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Förord

I Mitt hjärtas systems första rapport låg fokus på den kunskap som finns om våld kvinnor utsätts för, just för att de är kvinnor – före och under konflikter och flykt. Från tidig barndom har många fråntagits självbestämmande och resurser och utsätts för övergrepp från såväl myndighetspersoner som i privata relationer. Krig är för många en intim erfarenhet, där könsbaserat våld som pågått före konflikten förvärras. Nya förövare attackerar längs flyktvägar och i flyktingläger.

I fas 2 vände projektgruppen blicken mot den vård Svenska Röda Korset ger och hur den kan stärkas – men ett avgörande fynd pekade bortom den egna verksamheten, mot det svenska samhället. Patienterna har sökt trygghet i ett land där våld mot kvinnor är föremål för dagsaktuell debatt och där ett nationellt råd för kvinnofrid nyss behövt instiftas. Ändå uppmärksammas sällan den utsatthet som kvinnor som tvingats fly och nu lever i ett nytt land, ofta med osäkra uppehållstillstånd, befinner sig i. De tvingas kämpa, både som kvinnor och som flyktingar, för sin rätt till rättigheter.

Detta tar sig bland annat uttryck inom hälso- och sjukvården, där kvinnorna tidigt kan ha nekats hjälp med hänvisning till att asylsökandes rätt till vård är begränsad. Studier visar också att kvinnor som rasifieras som invandrare löper ökad risk för ojämlikt bemötande inom vården, där deras symtom i lägre grad tas på allvar, smärta i mindre utsträckning uppmärksammas och komplikationsriskerna är högre, exempelvis inom förlossningsvården. Vårdens bemötande kan – som så mycket annat i kvinnornas tillvaro – vara en fråga om liv och död.

Mot den bakgrunden utvecklades en gruppintervention i fas 3 som ger kvinnliga patienter kunskap om rättigheter – som konkreta verktyg i möten med vård och myndigheter. Det är talande hur betydelsefull den visade sig vara för gruppdeltagarna.

De kvinnliga patienternas erfarenheter är berättelser om motståndskraft, en samtidshistoria som speglar kvinnohistoria i alla

tider. Trots en rationell, upplevelsebaserad rädsla – inte enbart för något specifikt, utan rädsla för allt och alla – använder de sina erfarenheter för att hjälpa andra. De förkroppsligar egenmakt när de beskriver hur gruppinterventionen gett dem möjlighet att vara "både patient och behandlare samtidigt". De efterfrågade hopp och handlingskraft – återkommande feedback på de fiktiva patientfall som ingår i interventionen var att de upplevdes som för dystra. Jag är säker på att alla som läser Mitt hjärtas systems samlade produktion utvecklar en djup respekt för de kvinnor som deltagit och andra i deras situation.

Innan du börjar läsa rapporten vill jag speciellt rikta din uppmärksamhet mot det som kan misstas för motgångar i fas 3, men som snarare illustrerar projektgruppens konsekventa arbete för att stötta kvinnor. Gruppinterventionen hade nämligen vissa rekryteringsproblem och periodvis oroande frånvaro. Det kunde ha gjort projektgruppen modstulen. Bristande närvaro hade kunnat tolkas som bristande efterfrågan. Att slita med rekryteringen kan leda till att en insats nedprioriteras och att engagemanget svalnar.

Projektgruppen drog inga sådana slutsatser. De förstod att detta är ett återkommande mönster i stöd riktat till kvinnor: att de strukturella hinder som begränsar deltagande misstolkas som ointresse och att stöd därför avvecklas. När kvinnor inte kan komma, antas de inte vilja och då antas behovet inte finnas – men samma hinder som kvinnorna möter i sina liv försämrar även deras möjligheter att ta del av insatser som är skraddarsydda för dem. Just de som behöver stödet mest har svårast att ta emot det.

"Vi kommer när vi kan", sa kvinnorna. Projektgruppen valde att förstå det. Det är systemförändrande. Det är systerskap.



Frida Johansson Metso

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

Författare



Linda Jolof

Leg. psykolog

Linda arbetar kliniskt med behandling för PTSD och tortyrskadeutredningar. Hon har tidigare arbetat ideellt med våldsutsatt kvinnor och flickor.



Patricia Rocca

Leg. fysioterapeut

Patricia arbetar kliniskt med behandling individuellt och i grupp. Hon har även arbetat med dans för flickor med stressrelaterad ohälsa.



Marie Karlsson

Forskare, universitetslärare

Marie forskar och utbildar inom psykologi, socialt arbete och sexologi. Hon är leg. psykolog och leg. psykoterapeut.



Charlotta Holmström

Biträdande professor i socialt arbete

Charlotta är verksam som forskare och lärare vid Institutionen för socialt arbete och Centrum för Sexualitetsstudier vid Malmö universitet.

Vi vill tacka...

Alla de som gjort det möjligt för oss att fortsätta med detta viktiga projekt. Tack till finansiärer men också andra som hejrat på under projektets gång – ni vet vilka ni är.

Linda och Patricia vill rikta ett särskilt tack till

Vår chef Anette för ständig nyfikenhet, uppmuntran och uppbackning i frågor som rör projektet.

Vår medförfattare och handledare Marie Karlsson för ett – på så många sätt – fint och lärorikt samarbete. Även tack till Charlotta Holmström för intressanta diskussioner och viktig input under utvecklingen av behandlingsinterventionen.

Yasmina Karli Malmsten som stått för den vackra illustrationen till rapportens framsida.

Våra kollegor för deras kunskap och djupa engagemang i sitt arbete för målgruppen. Även tack för hjälp med rekrytering till de olika behandlingsomgångarna – det här hade inte gått att genomföra utan er.

Och slutligen, det *varmaste av tack* till de kvinnor som vi fått möjligheten att träffa under arbetet med Mitt hjärtas syster. Det är ett privilegium att få ta del av er tid, era erfarenheter och era kloka tankar.

"The only message I have left
for my daughters is
hold your head high,
shame is not your legacy,
this guilt was never made
for your back to carry,
your body is not their war zone
it is yours and yours alone.
You are not a lineage of ghosts,
but a story of strength
handed down through generations.
You are nobody's haunting.
You are your own joy."

Nikita Gill

Innehållsförteckning

Förord	2
Författare	4
Sammanfattning	10
Sammanfattning på lättare svenska	11
Abstract in English	12
Introduktion	13
Bakgrund	13
Varför behövs traumafokuserade behandlingsinterventioner för kvinnor med erfarenhet av krig, tortyr och/eller flykt?	14
Syftet med projektets tredje fas	16
Utveckling av behandlingsinterventionen	17
Centrala begrepp för behandlingsinterventionen	18
Socialt stöd	18
Egenmakt	19
Posttraumatisk utveckling	20
Utveckling av behandlingsinterventionens delkomponenter	21
Utveckling och beskrivning av fiktiva patientfall med tillhörande diskussionsfrågor	22
Utveckling och beskrivning av kroppskännedomsövande	25
Utveckling och beskrivning av kunskapshöjande psykosocial insats	26
Rollbeskrivningar och ansvarsområden	27
Behandlingsinterventionens struktur och upplägg	28
Rekrytering av deltagare och exklusionskriterier	29
Testomgång och lärdomar från denna	29
Pilotstudien: implementering av behandlingsinterventionen	31
Metod	31
Resultat	33
Förutsättningar och hinder för att delta i behandlingsintervention	33
Upplevelser av samtal i grupp som behandlingsmetod	36
Reflektioner kring kroppskännedomsövningar i grupp	38
Tankar kring psykosociala inslag i gruppbehandling	41
Diskussion	43
Utveckling av behandlingsinterventionen	43
Pilotstudien: implementering av behandlingsinterventionen	44

Implementering av behandlingsinterventionen	44
Interventionens delkomponenter	44
Rekrytering och närvaro	46
Utmaningar i forskningsprocessen	48
Rekommendationer	50
Rekommendationer för behandlingsverksamheten	50
Rekommendationer för ytterligare forskning	51
Lärdomar och blickar framåt	52
Referenser	53
Bilagor.....	60
Bilaga 1 Kvinnokonventionen	60
Bilaga 2 Fiktiva patientfall	61
Patientfall 1: Amal 23 år, Syrien	61
Patientfall 2: Erna 55 år, Bosnien	63
Patientfall 3: Faduma, 47 år, Somalia	64
Patientfall 4: Halima 39 år, Kurdistan	65
Patientfall 5: Rania 61 år, Irak	66
Patientfall 6: Masoome 43 år, Afghanistan	67

Sammanfattning

Syfte: Att utveckla och implementera en traumafokuserad behandlingsintervention med målet att öka upplevelsen av socialt stöd, egenmakt och posttraumatisk utveckling för kvinnor med erfarenhet av krig, tortyr och/eller flykt på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö. Implementeringsprocessen har utvärderats genom en pilotstudie som genomförts av forskare från Malmö universitet.

Metod: Behandlingsinterventionen utvecklades utifrån projektets tidigare resultat, i samarbete med personal och kvinnliga patienter på behandlingscenter i Malmö samt forskare på Malmö universitet. I pilotstudien som genomfördes av Malmö universitet intervjuades deltagare från interventionen och personal som varit involverade i utvecklingen och implementeringen samt genomförandet av interventionen. Materialet spelades in, transkriberades och analyserades.

Resultat: Resultaten visar att kvinnornas upplevelse av egenmakt och socialt stöd ökade genom deltagande i interventionen. Gällande posttraumatisk utveckling är resultaten inte lika tydliga. Det fanns utmaningar gällande rekrytering till, och närvaro i, de olika behandlingsomgångarna.

Diskussion: Interventionen var genomförbar och accepterades av deltagarna. Vid införandet av nya interventioner är det avgörande att analysera organisationens förutsättningar för detta och målgruppens behov. Förbättrad samverkan med myndigheter och andra aktörer är också nödvändig för att möjliggöra individens deltagande i de behandlingsinsatser som erbjuds. För att säkerställa att interventionerna är relevanta bör målgruppen involveras i hela processen – från planering och utveckling till implementering. De bör också engageras i frågan hur en insats bäst ska utvärderas forskningsmässigt.

Sammanfattning på lättare svenska

I den här rapporten beskrivs en gruppbehandling för kvinnor som har upplevt krig och flykt.

I gruppen pratar man om kvinnors hälsa med hjälp av påhittade berättelser om kvinnor som har upplevt krig och flykt.

Man gör också kroppsliga övningar.

En gång får gruppen träffa kuratorer för att få information om hur samhället fungerar.

Två forskare från Malmö universitet har undersökt hur det var för personalen att hålla i gruppen.

De har också undersökt hur det var för kvinnorna att delta i gruppen.

Resultaten visar att kvinnorna kände sig starkare och upplevde mer socialt stöd efter att de gått i gruppen.

Det var svårt att få kvinnorna att komma till gruppen.

Det behövs mer forskning för att veta hur vi kan göra det lättare för kvinnorna att komma till sin behandling.

Det är också viktigt att kvinnorna får vara med och påverka hur deras behandling ska se ut.

Abstract in English

Aim: To develop and implement a trauma-focused treatment intervention aimed at increasing the experience of social support, empowerment, and post-traumatic growth among women with experiences of war, torture, and/or forced migration at the Swedish Red Cross Treatment Center for Persons Affected by War and Torture in Malmö. The implementation process was evaluated through a pilot study conducted by researchers from Malmö University.

Method: The treatment intervention was developed based on previous project results, in collaboration with staff and female patients at the treatment center in Malmö, as well as researchers from Malmö University. In the pilot study conducted by Malmö University, participants in the intervention were interviewed, along with staff involved in the development, implementation, and delivery of the intervention. The material was recorded, transcribed, and analyzed.

Results: The results show that the women's sense of empowerment and social support increased through participation in the intervention. However, the results regarding post-traumatic growth were less conclusive. There were challenges related to recruitment and attendance in the different group sessions.

Discussion: The intervention was feasible and was accepted by the participants. When implementing new interventions, it is crucial to analyse the organization's capacity and the target group's needs. Improved collaboration with authorities and other stakeholders is also necessary to facilitate individuals' participation in the offered treatments. To ensure that interventions are relevant, the target group should be involved throughout the entire process – from planning and development to implementation. They should also be engaged in determining how the intervention is best evaluated from a research perspective.

Introduktion

Bakgrund

Projektet "Mitt hjärtas syster" utforskar specifikt kvinnors upplevelse av krig, tortyr och/eller flykt (framledes "målgruppen") och hur Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade kan utveckla traumafokuserad behandling anpassad efter deras behov. Projektet startades under våren 2021 och är nu inne i sin tredje fas. Arbetet med föreliggande fas görs i samarbete med forskare som är verksamma vid Centrum för sexologi och sexualitetsstudier (CSS) vid Malmö universitet. Tidigare faser har bestått av kunskapsinhämtning genom sammanställning av tidigare forskning och genom intervjustudier (1,2). En viktig del av projektet har också varit kunskapsspridning. Projektets resultat har därför presenterats i olika sammanhang – på vetenskapliga konferenser, för klinisk personal, för myndigheter men också genom artiklar i olika tidskrifter. Projektet utgår från att alla personer i samhället har samma rättigheter till en god vård och strävar efter att förvalta Kvinnokonventionens och FN:s mål gällande kvinnors rättigheter.

Projektet har sitt huvudsäte i Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö som är ett av fem behandlingscenter i Svenska Röda Korsets regi. Övriga center ligger i Göteborg, Skövde, Uppsala och Skellefteå. Behandlingscentret i Malmö har en filial i Hässleholm och Skellefteåcentret har filialer i Umeå och Luleå. Målet för behandlingsverksamheterna är att erbjuda vård och traumafokuserad behandling till personer med flyktningbakgrund som lider av psykisk ohälsa till följd av krig, tortyr och/eller flykt. Röda Korsets sju grundprinciper – humanitet, opartiskhet, neutralitet, självständighet, frivillighet, enhet och universalitet – genomsyrar behandlingsverksamheten, och vård ges till personer oavsett deras juridiska status i Sverige.

Behandlingen som erbjuds på de olika centren utgår från ett helhetsperspektiv på hälsa och därför finns flera olika professioner representerade som arbetar interdisciplinärt med den psykiska, kroppsliga, medicinska och psykosociala hälsan (3). Den kliniska personalen på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö består av psykologer, fysioterapeuter, kuratorer och läkare. Utöver den kliniska personalen arbetar även administratörer på centren. På behandlingscentret i Malmö finns också egna tolkar anställda, medan övriga center använder sig av externa tolktjänster (4). Förutom behandling erbjuds olika former av anhörigstöd och inom centren finns också kompetens att utföra tortyrskadeutredningar enligt Istanbulprotokollet (3). Regionala skillnader gör att behandlingscentren kan ha olika uppdrag beroende på vilka behov som finns i de olika regionerna, men också utifrån vad andra vårdaktörer erbjuder för insatser lokalt. På Malmöcentret till exempel, erbjuds i huvudsak behandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) medan behandlingen på andra center inte avgränsas till denna problematik (4).

Nuvarande projektfas har skett i samverkan med forskare från CSS vid Malmö universitet som bedriver tvär- och flervetenskaplig forskning om sexologi och sexualitet på nationell och internationell nivå. Centret har Institutionen för socialt arbete som värdinstitution och bedriver samhälls- och praktikinära forskning. Verksamheten har mångårig erfarenhet av forskning i samverkan med det omgivande samhället och av forskningsbaserad utbildning i dialog med klinisk verksamhet (5).

Varför behövs traumafokuserade behandlingsinterventioner för kvinnor med erfarenhet av krig, tortyr och/eller flykt?

Kvinnor med erfarenheter av krig, tortyr och/eller flykt är en särskilt sårbar grupp. Det kan bero på att de lever i samhällsstrukturer där

deras rättigheter är begränsade. Det kan till exempel gälla rättigheter till skolgång, arbete eller möjligheten att ta del av det offentliga rummet. Kvinnor är också i hög utsträckning utsatta för könsbaserat våld. Det våld och den utsatthet som kvinnor erfar följer dem ofta från det offentliga in i det privata, och genom flykten från ursprungslandet till det nya landet (6). Förutom de traumatiska erfarenheter av krig, tortyr och flykt som kvinnorna bär med sig bidrar frågor relaterade till den postmigratoriska situationen – socioekonomiska, sociala och interpersonella faktorer liksom utmaningar relaterade till migrationsprocessen – ofta till deras svårigheter. Sammantaget leder deras erfarenheter ofta till komplexa psykiska, fysiska och psykosociala hälsoproblem (7–9). Trots kvinnors komplexa ohälsa så visar forskning att de står långt ifrån den svenska sjukvården (10). Detta beror på att det finns många barriärer som hindrar kvinnor från att söka och ta del av den vård och det stöd som de behöver och har rätt till. En del av dessa barriärer är könsspecifika medan andra är mer allmänna (11–13).

Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av vuxna med PTSD rekommenderar i första hand traumafokuserad KBT (kognitiv beteendeterapi) med exponering samt EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) och läkemedelsbehandling. Gällande fysioterapeutisk behandling för PTSD rekommenderas basal kroppskänedom som tillägg till annan behandling (14).

I projektets tidigare faser dras slutsatsen att det saknas forskning kring riktade behandlingsinsatser för kvinnor med krigs- och flykterfarenheter (15). Gruppbaserat kamratstöd verkar dock kunna vara en särskilt lovande insats för målgruppen (8). Detta stöds också av en nyligen publicerad studie som genomförts vid några av Svenska Röda Korsets andra behandlingscenter där man undersökt effekten av en gruppbaserad behandlingsintervention för kvinnor med erfarenhet av krig och flykt, men som också befinner sig i en pågående våldssituation (16). Den vårdpersonal som intervjuades i

projektets andra fas ansåg att ett holistiskt synsätt på hälsa och ett interdisciplinärt arbete kring målgruppen är avgörande för att främja deras hälsa (9). Kvinnorna som intervjuades i samma studie önskade bland annat att få ses i grupp för att prata om sina rättigheter samt att utbyta erfarenheter och socialt stöd (8).

Det är utifrån de ovan beskrivna resultaten och slutsatserna som en traumafokuserad och gruppbaserad interdisciplinär behandlingsintervention nu har utvecklats och utvärderats av projektmedlemmarna.

Syftet med projektets tredje fas

Syftet med projektets tredje fas var att översätta kunskapen från fas ett och två till en klinisk kontext genom att utveckla, implementera och utvärdera en behandlingsintervention för kvinnor med erfarenhet av krig, tortyr och/eller flykt som har en pågående behandlingskontakt på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö.

Utveckling av behandlingsinterventionen

Interventionen utvecklades utifrån resultaten och rekommendationerna från projektets tidigare faser. För att tydliggöra hur praktisk tillämpning av resultaten har gjorts hänvisas till tabell 1. Interventionen utvecklades också utifrån att arbetssättet på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö är interdisciplinärt. Behandlingsinterventionen som utvecklats i denna projektfas är tänkt att komplettera den individuella behandlingen. Behandlingsinterventionen har ett traumafokus genom att deltagarna exponeras för skildringar av traumatiska händelser i de fiktiva patientfallen som presenteras nedan. Deltagarna ges även möjlighet att dela med sig av och resonera kring sina traumatiska erfarenheter i grupp.

Tabell 1. Praktisk tillämpning av resultaten från projektets tidigare faser till fas 3.

Tidigare studier inom ramen för projektet (fas 1 och 2)	Huvudsakliga resultat från studierna	Praktisk tillämpning i fas 3
Litteraturstudie 1: Kvinnors erfarenheter av krig, tortyr och/eller flykt	Kvinnor är särskilt utsatta för könsbaserat våld utöver krigsupplevelser – <i>dubbel utsatthet</i> Multidimensionella hälsokonsekvenser: psykologiskt, fysiskt, psykosocialt	Rättighetsfokus Interdisciplinärt förhållningssätt Traumafokus
Litteraturstudie 2: Kartläggning av behandlingsmetoder för kvinnor med erfarenhet av krig, tortyr och/eller flykt	Endast gruppbaseerade behandlingar identifierades Ej traumafokuserade behandlingsinterventioner Ensidigt perspektiv på hälsa - endast psykologisk hälsa	Gruppformat Traumafokus Interdisciplinärt förhållningssätt
Intervjustudie: Kvinnors upplevelse av traumafokuserad behandling på Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade	Önskar att få ses i grupp Multidimensionella hälsokonsekvenser Traumabehandling är hjälpsam Önskar mer kunskap om rättigheter	Rättighetsfokus Interdisciplinärt förhållningssätt Traumafokus Gruppformat
Intervjustudie: Vårdpersonals upplevelse av traumafokuserad behandling på Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade	Kvinnors utsatthet för könsbaserat våld – <i>dubbel utsatthet</i> Multidimensionella hälsokonsekvenser Traumabehandling är hjälpsam Kvinnors förmåga till resiliens trots svårigheter	Rättighetsfokus Interdisciplinärt förhållningssätt Traumafokus Fokus på att främja egenmakt, posttraumatisk utveckling, socialt stöd

Under hela processen med utvecklandet av interventionen fördes diskussioner med projektets handledare kring frågor om till exempel fokus, omfattning och upplägg. Interventionen har också löpande presenterats för och diskuterats med kollegor från olika professioner på behandlingscentret i Malmö.

Målet med interventionen är att öka upplevelsen av socialt stöd, egenmakt och att främja posttraumatisk utveckling. Nedan presenteras de begrepp som är centrala för interventionen samt hur interventionens delkomponenter tagits fram.

Centrala begrepp för behandlingsinterventionen

I resultaten från tidigare faser har teman kring resiliens, kvinnors rättigheter och socialt stöd varit återkommande. Som ett resultat av diskussioner mellan projektmedlemmarna har begreppen socialt stöd, egenmakt och posttraumatisk utveckling blivit centrala för interventionen eftersom de tillsammans beskriver de processer som möjliggör en stärkt hälsa hos målgruppen. Socialt stöd utgör grunden för trygghet och tillhörighet, vilket är viktigt för att bearbeta svåra erfarenheter. Genom att stärka individens egenmakt – förmågan att påverka sitt eget liv, fatta beslut och känna kontroll – skapas förutsättningar för aktiv förändring. Detta öppnar i sin tur för posttraumatisk utveckling, där tidigare traumatiska upplevelser inte bara hanteras utan också kan leda till personlig utveckling och nya perspektiv.

Socialt stöd

På senare tid har forskningen i allt högre grad riktat uppmärksamhet mot faktorer som stödjer flyktingars förmåga att uthärda svåra livsomständigheter. Tillgång till socialt stöd lyfts ofta fram som en viktig komponent i tillfrisknande och återhämtning vid ohälsa. Socialt stöd kan definieras som “ett socialt nätverks kapacitet att tillhandahålla psykologiska och materiella resurser som är avsedda att stärka en individs förmåga att hantera stress” (17). Ett centralt

begrepp i sammanhanget är resiliens – här brett definierat som förmågan att mobilisera och använda tillgängliga resurser för att hantera motgångar – vilket har visat sig vara betydelsefullt för den mentala hälsan (18). Forskning visar att tillgången till socialt stöd från till exempel familj och vänner verkar spela en särskilt viktig roll för resiliens (19,20). Forskning visar också att tillgången till socialt stöd efter en traumatisk händelse kan påverka huruvida PTSD utvecklas eller inte, då personer med begränsade eller otillräckliga sociala stödnätverk har visat sig vara mer sårbara för att utveckla tillståndet. Stödjande relationer – familj, vänner eller annat socialt stöd – kan hjälpa till att mildra traumatiska händelsers påverkan i nivå med vad behandling med kognitiv beteendeterapi kan göra (21).

I en översiktsartikel från 2021 beskrivs vikten av socialt stöd för flyktingkvinnors hälsa, och att detta särskilt gäller när de är nya i ett land. Tillgången till starka sociala nätverk verkar kunna förbättra tillgången till hälso- och sjukvård, minska isolering, öka livstillfredsställelse, motverka stress till följd av diskriminering och skydda mot negativa fysiska och psykiska hälsokonsekvenser (22).



Tillgången till socialt stöd efter en traumatisk händelse kan påverka huruvida PTSD utvecklas eller inte

Även om det inom forskningen finns alltmer belägg för vikten av socialt stöd för återhämtning efter traumatiska händelser, så har begreppet också kritiserats. Kritiken verkar främst handla om att begreppet är svårt att definiera eftersom det är så brett. Frågorna handlar om vad socialt stöd faktiskt utgörs av i praktiken men lyfter också att det stöd som erbjuds en person måste utgå från den personens behov och livssituation för att vara hjälpsamt (23).

Egenmakt

Begreppet egenmakt (*empowerment*) kan förenklat beskrivas som de möjligheter en person har att kontrollera och/eller förändra sin

situation, samt vilken insikt en person har gällande dessa möjligheter (24). Begreppet egenmakt beskrivs ibland som den tilltro som en person har till att genomföra förändringar i sitt liv (25). I ett behandlingssammanhang kan känslan av egenmakt stärkas genom att personer involveras i beslutsfattande kring deras vård, där deras önskemål lyssnas till och tas i beaktning. Vidare kan detta göras genom att erbjuda individen relevant information, träna på strategier för att hantera svårigheter eller genom att uppmärksamma individen på de resurser som finns tillgängliga inom eller runtomkring hen (26).

Även begreppet egenmakt har blivit kritiserat. Delar av kritiken menar att man genom begreppet förlägger ansvaret för förändring hos individen i stället för att problematisera och ifrågasätta de system eller strukturer som en individ befinner sig i (till exempel ekonomiskt, politiskt och/eller socialt). En annan kritik menar att det kan förekomma ojämna maktförhållanden mellan den som ska *hjälpa* och den som ska *bli hjälpt*, på så sätt att den processen förutsätter att den förra parten redan har mer makt eller är mer privilegierad än den som ska vara mottagare. Kritiken understryker att detta behöver tas hänsyn till i sammanhang då man pratar om att hjälpa individer att stärka sin egenmakt (27).

Posttraumatisk utveckling

Begreppet posttraumatisk utveckling avser den positiva psykologiska förändring som kan ske efter att en person har upplevt en traumatisk livshändelse. Utvecklingen utesluter inte lidande men menar att en person, med hjälp av reflektion och bearbetning över tid, kan uppleva personlig mognad, få nya perspektiv och uppleva en ny mening med livet. De fem delkomponenter som ingår i begreppets ursprungliga definition är *förändrad livsfilosofi och andlighet, förändrade relationer till andra, egenmakt, att se nya möjligheter i livet samt en större uppskattning för liv* (28, 29).

Begreppet posttraumatisk utveckling är dock omtvistat och kritiserat av flera forskare. En del av den kritik som förts fram menar att det finns begränsningar i hur begreppet använts och mätts, och att det därmed är svårt att uttala sig om det faktiskt handlar om en positiv utveckling *till följd* av traumatiska erfarenheter eller om det är en utveckling som ändå skulle ha skett över tid hos en individ. Att skattningarna i huvudsak bygger på självskattningsformulär (framförallt genom instrumentet PGI; Posttraumatic Growth Inventory) lyfts också fram som problematiskt då det inte kan anses vara en tillräckligt objektiv mätmetod för att faktiskt undersöka begreppet. Vidare menar kritiken att begreppet kan bidra till trivialisera lidande och lägga press på individen att känna att "något gott ska komma ur erfarenheter av trauma", vilket kan kännas kravfyllt och skuldbeläggande för de personer som inte "lyckas" med detta (30,31).

Utveckling av behandlingsinterventionens delkomponenter

Interventionen ramar in utifrån ett rättighetsperspektiv, där fokus ligger på att öka medvetenheten om kvinnors rättigheter. Detta görs bland annat genom användandet av en lättläst, sammanfattande text om kvinnokonventionen (32) som underlag för diskussion, se bilaga 1. Rättighetsperspektivet genomsyrar också interventionens tre delkomponenter – gruppdiskussioner kring fiktiva patientfall, kroppskännedomsövande och kunskapshöjande psykosocial insats (tabell 2). Hur detta görs beskrivs mer ingående under beskrivning av varje delkomponent i tabell 2.

Tabell 2. Interventionens olika delkomponenter och målet med dessa.

Interventionens delkomponenter	Målet med delkomponenterna
Gruppdiskussioner kring fiktiva patientfall	Att stärka kunskapen om kvinnors rättigheter samt att sätta igång diskussioner för att främja socialt stöd, egenmakt och posttraumatisk utveckling.
Kroppskännedomsövande	Att stärka deltagarnas egenmakt genom att öva på självomsorg och reglering samt ge möjlighet till utbyte av icke-verbalt socialt stöd genom par- och gruppstärkande övningar.
Kunskaphöjande psykosocial insats	Att stärka deltagarnas egenmakt genom att öka deras kunskap om sina rättigheter samt skyldigheter i samhället och olika myndigheters funktion i samhället.

Utveckling och beskrivning av fiktiva patientfall med tillhörande diskussionsfrågor

Till interventionen utvecklades fiktiva patientfall med tillhörande frågor. För en sammanställning av de fiktiva patientfallen se tabell 3, och för att läsa patientfallen i sin helhet se bilaga 2. Inspiration till användningen av fiktiva patientfall kommer från behandlingsmetoden *NETfacts* – en behandlingsmetod som använder sig av fallbeskrivningar baserade på gemensamma erfarenheter som diskuteras i grupp för att bearbeta kollektiva traumatiska upplevelser (33). För att få ett brett perspektiv gällande kvinnliga erfarenheter skrev projektmedlemmarna sex patientfall som beskriver olika kvinnoöden. Gemensamt för patientfallen är att de beskriver olika typer av könsbaserat våld, till exempel våld i nära relationer, sexualiserat våld som del av krigsföring och olika former av begränsning av kvinnors livsutrymme. Patientfallen utgår från projektmedlemmarnas mångåriga kliniska erfarenheter av att möta kvinnor med dessa erfarenheter. Viktigt i sammanhanget är att

understryka att inget av de formulerade patientfallen är baserat på en enskild kvinnlig patient utan att varje fiktivt patientfall är en sammansättning av olika kvinnoöden som projektmedlemmarna har träffat genom åren i sitt behandlingsarbete.

Syftet med att använda fiktiva patientfall som underlag för diskussion är att ge kvinnorna möjlighet att kunna diskutera olika teman utan att nödvändigtvis behöva berätta om sina egna traumatiska erfarenheter. Ett annat syfte är att belysa att kvinnor delar många erfarenheter av könsbaserat våld oavsett var de befinner sig och att individers erfarenheter är en del av ett strukturellt problem.

Tabell 3. Översikt av patientfallen med tillhörande teman.

Patientfall	Teman som ingår
Amal, 23 år från Syrien	Rollfördelning i hemmet/familjen
Erna, 55 år från Bosnien	Sexualiserat våld
Faduma, 47 år från Somalia	Sexualiserat våld, begränsning av livsutrymme, moderskap
Halima, 39 år från Kurdistan	Sexualiserat våld
Rania, 61 år från Irak	Moderskap, begränsning av livsutrymme
Masooome, 43 år från Afghanistan	Våld i nära relation, sexualiserat våld, begränsning av livsutrymme

Till de fiktiva patientfallen utvecklades tillhörande frågor (tabell 4). Syftet med dessa frågor är att främja diskussion kring socialt stöd, egenmakt och posttraumatisk utveckling, samt hur dessa begrepp relaterar till deltagarnas egna liv.

Tabell 4. Frågor tillhörande de fiktiva patientfallen.

Frågor för att sätta igång diskussionen

Vad är dina spontana tankar när du hör X berättelse?
Vad i X berättelse kan du relatera till utifrån ditt eget liv, då eller nu?

Frågor på tema socialt stöd

Hur tycker du att människorna kring X borde agera för att stödja henne i hennes mående?
Vad skulle du vilja säga för att stödja X?
Vad tänker du om att X inte berättar för någon hur hon mår?

Frågor på tema egenmakt / posttraumatisk utveckling

Vad tror du att X kan göra för att hjälpa sig själv att må bättre?
Kan X använda sina erfarenheter för att utvecklas och bli starkare?
Om ja, hur?
Vad kan vi lära oss av det som vi diskuterat idag?

Fallspecifika frågor om könsbaserat våld

Frågor kring till exempel sexualiserat våld, könsstympning, tvångs gifte, könsroller, begränsning av livsutrymme.

För att de fiktiva patientfallen ska ligga så nära verkligheten som möjligt, undvika stereotypa framställningar och främja ett intersektionellt perspektiv, togs de fram i samverkan med kvinnor ur målgruppen, samt med kollegor vid behandlingscentret i Malmö.

Kvinnliga patienter tillfrågades av sina behandlare om att ställa upp på ett möte med projektmedlemmarna. Två kvinnor – en arabisktalande och en daritalande – deltog i möten som genomfördes individuellt med tolk närvarande. I dessa möten presenterades upplägget för interventionen och ett patientfall vardera lästes upp och diskuterades med respektive kvinna. Kvinnorna fick därefter komma med synpunkter på interventionen och patientfallen.

En workshop med klinisk personal genomfördes vid ett tillfälle à en timme. Personalen som deltog var en kurator, en fysioterapeut och två psykologer. Kollegorna fick läsa igenom interventionsbeskrivningen samt patientfallen med tillhörande frågor. Under

workshopen fick de sedan komma med feedback och förslag på förändringar.

Utifrån samtalen med den kliniska personalen och de kvinnliga patienterna samt forskningshandledaren reviderades sedan de fiktiva patientfallen och de tillhörande frågorna.

Utveckling och beskrivning av kroppskännedomsövande

Kroppskännedomsövandet utvecklades utifrån den traumafokuserade fysioterapeutiska behandlingen som erbjuds på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö och som har sin bas i den fysioterapeutiska metoden basal kroppskännedom (BK) som har visat sig ha effekt för flyktinggruppen i stort (34–36).

I BK övar individen sig på att utforska och bli medveten om sitt rörelse-, hållnings- och andningsmönster för att därigenom också vid behov kunna utveckla och förändra det. Övandet syftar till att aktivera upplevelser på fysisk, fysiologisk, psykologisk och/eller existentiell nivå. Den fysiska nivån handlar om att uppleva kroppen i rörelse och vila utifrån kroppens fysiska förutsättningar. På den fysiologiska nivån stimuleras upplevelsen av till exempel cirkulation och andning. I ett övande på den psykologiska nivån uppmärksammas metaforer, kroppsspråk och gestaltning av känslor och upplevelser som utgår från den kroppsliga nivån, till exempel vad det innebär att stå med fötterna på jorden eller att stå upp för sig själv. På den existentiella nivån uppmuntras individen att formulera de upplevelser som uppstår under övandet och ge dem en mening och kontext (37).

BK kan övas både individuellt och i grupp. I gruppformatet arbetar varje deltagare utifrån sina egna förutsättningar, samtidigt som det skapas en möjlighet till gemenskap och samspel med andra i gruppen. Dessutom ges utrymme att dela tankar, erfarenheter och

upplevelser av övandet med både gruppleadaren och de andra deltagarna, vilket kan främja förmågan att vara en del av en grupp (38).

Fysioterapeuten i projektgruppen ansvarade för utvecklingen av kroppskännedomsövandet men stämde av val av övningar och upplägg med sina fysioterapeutkollegor på behandlingscentret i Malmö samt med övriga projektmedlemmar.

Kroppskännedomsövandet delades in i fyra delar:

1. Möjlighet för kvinnorna att dela med sig av behov och önskemål inför kroppskännedomsövandet
2. Guidat kroppskännedomsövande
3. Eget övande
4. Reflektioner kring kroppskännedomsövandet

Syftet med kroppskännedomsövandet är att ge kvinnorna möjlighet att öka sin självkännet och få fler verktyg för självomsorg och -reglering. Detta görs genom att kvinnorna får träna på att lyssna in och förmedla de egna behoven, samt göra aktiva val i övandet. På så sätt kan kvinnorna få möjlighet att stärka sin känsla av egenmakt. Genom olika parövningar får de öva sig på att ge och ta emot omsorg och icke-verbalt socialt stöd och genom olika gruppövningar kan sammanhållningen i gruppen stärkas. Fysioterapeuten väljer övningar utifrån vilka behov som gruppdeltagarna förmedlar och utifrån vilka teman som lyfts i gruppdiskussionerna.

Utveckling och beskrivning av kunskapshöjande psykosocial insats

För interventionen utvecklades också en kunskapshöjande psykosocial insats med syfte att fånga upp återkommande teman

kring gruppdeltagarnas psykosociala situation samt adressera postmigratoriska stressfaktorer. Syftet är att stärka gruppdeltagarnas känsla av egenmakt genom att uppmärksamma och diskutera deras rättigheter och skyldigheter i samhället samt öka deras kunskap kring hur myndigheter och andra aktörer som är relevanta för målgruppen arbetar. Vilka teman som diskuteras under kuratorstillfället bestäms tillsammans med gruppdeltagarna på förhand. Önskemål kring teman framförs sedan av gruppledarna till kuratorerna som då har möjlighet att förbereda sig inför det tillfället.

Rollbeskrivningar och ansvarsområden

Interventionen hålls av psykolog och fysioterapeut. Psykologen och fysioterapeuten är båda ansvariga för gruppdiskussionerna. Fysioterapeuten ansvarar för att leda gruppövningar och kroppskännedomsvändet. Kuratorerna ansvarar för den kunskapshöjande psykosociala insatsen och deltar endast vid det tillfället. Tolk bokas vid behov utifrån gruppens majoritetsspråk och samma tolk används i möjligaste mån vid samtliga sessioner. För sammanställning av rollbeskrivningar och ansvarsområden, se tabell 5.

Tabell 5. Rollbeskrivningar och ansvarsområden.

Profession	Rollbeskrivning och ansvarsområde
Psykolog	Samordnare, gruppledare, huvudansvarig för gruppdiskussionerna
Fysioterapeut	Samordnare, gruppledare, ansvarig för gruppövningar och kroppskännedomsvändningar
Kurator	Ansvarig för den kunskapshöjande psykosociala insatsen
Tolk	Ansvarig för att översätta det som sägs under sessionerna på ett neutralt och opartiskt sätt

Behandlingsinterventionens struktur och upplägg

Interventionen består av nio sessioner. För översikt av interventionsstrukturen se figur 1. Varje session är två timmar lång, inklusive fikapaus. Första sessionen ägnas åt presentation av interventionen, gruppledarna och gruppdeltagarna, åt att gemensamt sätta gruppregler samt att diskutera kvinnors rättigheter utifrån den text om kvinnokonventionen som omnämnts tidigare i texten. Första sessionen avslutas med gruppstärkande övningar.

Figur 1. Översiktlig interventionsstruktur.



De följande sex sessionerna ägnas åt gruppdiskussioner kring de fiktiva patientfallen och kroppskännedomsövande. Utgångspunkten är att ett patientfall diskuteras under två sessioner med hjälp av de tillhörande frågorna som beskrivits ovan. Session 8 ägnas åt den psykosociala insatsen. I session 9, som är den avslutande sessionen, utvärderas interventionen muntligt, bland annat utifrån följande diskussionsfrågor:

- *Om du skulle skriva ett brev till dig som ung person, vad skulle du då skriva för att förbereda dig inför det som sedan hände?*
- *Har dina erfarenheter lärt dig något som har gjort dig starkare?*
- *Vilka nya perspektiv gällande att vara kvinna under krig och flykt, men även i det nya landet, har du fått och hur kan du använda dig av dem?*

Rekrytering av deltagare och exklusionskriterier

Målgruppen är kvinnor med pågående individuell behandling på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö. Rekryteringen skedde genom kollegor på behandlingscentret som frågade sina kvinnliga patienter om intresse att delta i interventionen. Till sin hjälp hade kollegorna ett utskrivet informationsbrev om projektet som de kunde ge till de tillfrågade kvinnorna. Om kvinnorna visade intresse att delta kontaktades de av gruppledarna för att få mer information. Gruppen utformades sedan utifrån majoritetsspråket hos de anmälda deltagarna. Svensktalande kvinnor bjöds in att delta i interventionen oavsett majoritetsspråket i gruppen.

Exklusionskriterierna för deltagande var som för behandlingscentret i övrigt, det vill säga akut suicidalitet, aktivt missbruk och psykosproblematik. Utöver detta var omfattande dissociation ett exklusionskriterium för deltagande i interventionen.

Testomgång och lärdomar från denna

Under vårterminen 2024, innan den formella pilotstudien inleddes, genomfördes en testomgång av interventionen. Syftet var att testa interventionens genomförbarhet med avseende på upplägg och innehåll. Gruppen bestod initialt av fem kvinnor, varav tre kvarstod i slutet av interventionen. Omgången hölls som planerat med några mindre justeringar i kroppskännedomsövandet. Det initiala upplägget för kroppskännedomsövandet var förbestämda övningar vid varje session. Detta blev dock inte följsamt till deltagarnas behov. Upplägget förändrades därför till att fysioterapeuten valde övningar utifrån vad deltagarna gav uttryck för att de behövde samt de teman som framkom i diskussionerna av patientfallen.

Pilotomgången visade att interventionen var genomförbar. Deltagarna var aktiva i diskussionerna och de teman som i huvudsak

diskuterades var *begränsning av kvinnors livsutrymme, sexualiserat våld och våld i nära relationer*. Deltagarna var också aktiva i kroppskännedomsövandet och de uppgav att de kände sig lugnare och mer samlade efter övandet. De uppskattade parövningarna och att få vara i kroppslig kontakt med varandra, även om det till en början kändes utmanande. Kuratorstillfället ställdes in på grund av att inga av kvinnorna hade möjlighet att delta vid det tillfälle som erbjöds.

Vid den muntliga utvärderingen av testomgången framgick att kvinnorna önskade att gruppen hade haft fler deltagare och en kvinna ville ha ännu mer kunskap om kvinnors rättigheter i samhället. De uppskattade gruppformatet och kände att de både kunde ge och ta emot stöd.



Pilotstudien: implementering av behandlingsinterventionen

I samband med att behandlingsinterventionen implementerades engagerades två forskare vid Centrum för sexologi och sexualitetsstudier vid Malmö universitet för att följa implementeringsprocessen och belysa gruppdeltagarnas och personalens upplevelser och erfarenheter i form av en pilotstudie.

Pilotstudien som beskrivs i denna rapport är första steget i en större forskningsstudie vars syfte är att både utvärdera implementeringsprocessen samt utfallet av behandlingsinterventionen. I den kommande forskningsstudien ska detta göras såväl kvantitativt med gruppdeltagare som kvalitativt med gruppdeltagare och personal. Intervjuer med personal ska inkludera både personal som varit direkt inblandade i implementeringen och/eller utvecklingen av interventionen samt med övrig personal på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö.

Mot bakgrund av att projektet har pågått under en begränsad period, och att det inledningsvis har funnits utmaningar med rekryteringen av deltagare är underlaget för analys och resultat begränsat. Nedan följer emellertid en redogörelse av preliminära resultat baserat på det material som samlats in hittills.

Metod

Samtliga patienter som anmält intresse att delta i behandlingsinterventionen på behandlingscentret tillfrågades att medverka i pilotstudien. Medverkan var frivillig och inte ett krav för att delta i behandlingsinterventionen. Behandlingsinterventionen slutfördes två gånger. En tredje behandlingsomgång påbörjades, men avbröts på grund av för lågt deltagande. Sammanlagt rekryterades 13 patienter till behandlingsinterventionen. Tio av dessa



För kvinnor som grupp handlar barriärerna om kvinnors psykosociala, fysiska och emotionella förutsättningar att komma till och tillgodogöra sig behandling

medverkade i behandlingsomgångarna som slutfördes, varav åtta deltagare valde att också medverka i pilotstudien. Medelåldern för de som medverkade i pilotstudien var 46 år och deras vistelsetid i Sverige var i genomsnitt 11 år. De flesta deltagare hade vuxna barn som var bosatta i Sverige.

Deltagarna hade begränsad utbildningsbakgrund och deras läs- och skrivförmåga varierade.

De deltagare som fullföljde interventionen tillfrågades att bli intervjuade efter att den avslutats och de som tackade ja intervjuades ett par veckor senare. Totalt genomfördes sju intervjuer. Syftet med de kvalitativa intervjuerna var att belysa deltagarnas perspektiv och upplevelser av interventionen.

Intervjuerna organiserades utifrån en semistrukturerad intervjuguide med fokus på (1) upplevelser av att delta i interventionen, (2) reflektioner kring interventionens olika delkomponenter; det vill säga fiktiva patientfall, kroppskännedomsövningar och psykosocial insats, (3) motiv till att delta i interventionen och eventuella funderingar på avhopp samt (4) interventionens relation till övrig vård på behandlingscentret i Malmö. Intervjuerna genomfördes med hjälp av tolk och spelades in. Det empiriska materialet transkriberades, bearbetades och analyserades med hjälp av tematisk analys. I tillägg till intervjuer med deltagare genomfördes intervjuer med yrkesverksamma som arbetar på behandlingscentret i Malmö och som varit involverade i utvecklingen och/eller genomförandet av behandlingsinterventionen. Även dessa intervjuer organiserades utifrån en intervjuguide, spelades in och transkriberades för att därefter bearbetas och analyseras utifrån tematisk analys.

Pilotstudien genomfördes i dialog med en referensgrupp som ingår i ett större dansk-svenskt samarbete kring bemötande och behandling för målgruppen kvinnor som varit med om krig, tortyr och/eller flykt. Referensgruppen bestod av forskningsledare Jessica Carlsson Lohmann från Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri i Ballerup, Danmark samt några av hennes kollegor och samverkanspartners.

Resultat

Nedan presenteras resultaten utifrån följande teman: *Förutsättningar och hinder för att delta i behandlingsinterventionen, Upplevelser av samtal i grupp som behandlingsform, Reflektioner kring kroppskännedomsövningar i grupp och Tankar kring psykosociala inslag i gruppbehandling.*

Förutsättningar och hinder för att delta i behandlingsintervention

Arbetet med att implementera behandlingsinterventionen har präglats av utmaningar i rekryteringen av deltagare. Svårigheterna med att rekrytera deltagare till interventionen kan tolkas på olika sätt och på olika nivåer; organisatoriskt, kliniskt och för kvinnor som grupp (strukturellt och individuellt). Med utgångspunkt i organisatoriska förutsättningar är rekrytering av deltagare till en ny behandlingsinsats beroende av att det finns ett patientunderlag. På klinisk nivå är frågan om varför, hur och när deltagare ska rekommenderas en specifik behandlingsinsats och hur denna fungerar i relation till andra behandlingsinsatser i verksamheten central. För kvinnor som grupp handlar barriärerna om kvinnors psykosociala, fysiska och emotionella förutsättningar att komma till och tillgodogöra sig behandling.

En förklaring till deltagarnas bristande eller oregelbundna närvaro i behandlingsinterventionen berör organisatoriska förutsättningar och



Kvinnor kommer in senare i behandling än sina manliga partners, och inte sällan först när barnen har blivit äldre

tillskrivs verksamheten som varande interventionstät. Att rekrytera deltagare till nya interventioner beskrivs som svårt och som något som är välkänt i verksamheten sedan tidigare. Att

det finns många olika projekt och grupper pågående samtidigt i verksamheten kan skapa svårigheter för de enskilda insatserna.

Under implementeringsprocessen stötte personalen också på kliniska utmaningar i rekryteringen till den specifika behandlingsinterventionen. Dessa utmaningar handlar framför allt om hur den fungerar i relation till övriga vårdinsatser, men även om när och var den passar in i behandlingsprocessen. Personalen framhåller betydelsen av att deltagare har hunnit etablera sig i sina individuella behandlingskontakter för att kunna tillgodogöra sig interventionen. Vidare beskriver personalen praktiska svårigheter med att sätta samman grupperna på ett bra sätt, utifrån språktillhörighet.

Personal tolkar svårigheterna med rekrytering och deltagarnas oregelbundna närvaro i relation till målgruppens särskilda utsatthet. De beskriver hur kvinnorna lever under hög belastning mot bakgrund av en rad kontextuella och strukturella faktorer, såsom att vara kvinna i en patriarkal kontext, men även genom att det svenska samhällssystemet ställer höga krav på målgruppen. Att inte ta hänsyn till den särskilda utsatthet som målgruppen befinner sig i får konsekvenser för resultatet av behandlingen. Vidare framhåller personalen hur kvinnornas somatiska besvär skiljer sig från manliga patienters och att dessa besvär påverkar kvinnornas förutsättningar att delta i och/eller fullfölja behandling. Baserat på tidigare kliniska erfarenheter har personalen uppmärksammat att kvinnor kommer in senare i behandling än sina manliga partners, och inte sällan först när barnen har blivit äldre. Kvinnor beskrivs också vara mer utsatta

än männen, såväl i hemmet som i samhället. Utifrån personalens perspektiv är denna utsatthet normaliserad på ett sätt som gör att den inte uppmärksammas, varken av kvinnorna själva eller av människor runtomkring dem.

De deltagare som deltagit i behandlingen beskriver hur de initialt kände en viss tveksamhet kring att delta. Dels handlade denna oro om sekretess och tankar kring vad som händer med det som framkommer i gruppsamtalen, dels beskriver de en oro för att påverkas negativt av varandras berättelser. Samtidigt uttrycker de deltagare som initialt var tveksamma att de valde att medverka för att de var nyfikna på vad interventionen handlade om och vad den eventuellt skulle kunna leda till. Deltagarna beskriver hur de tackade ja till att delta med en förhoppning om att interventionen skulle kunna förbättra deras mående. Samtidigt uttrycks en tydlig önskan och förhoppning om att också hjälpa andra kvinnor genom sitt deltagande.

”Jag ville bara veta varför de har gjort den här gruppen. Vad handlade det om? (...) Som jag sa innan, i början var jag nyfiken. Jag var nyfiken att veta vad handlar om den här gruppen. Sen när jag visste att det kanske kommer att hjälpa andra, därför bestämde jag mig för att stanna kvar och medverka i gruppen.”

Sammantaget deltog deltagarna i mellan tre och åtta av sammanlagt nio behandlingssessioner, med ett medelvärde på sex. Personal var oroliga över att deltagarnas oregelbundna närvaro skulle påverka såväl genomförandet som effekten av interventionen. Samtidigt ser deltagarna inte den oregelbundna närvaron som ett problem. Snarare uttrycker de en förståelse för varje deltagares begränsade möjligheter att medverka. I en diskussion under intervjun berördes svårigheterna att närvara, och om möjliga sätt för behandlingscentret i Malmö och gruppleadarna att hantera detta problem i framtida behandlingar. En av deltagarna menar att det nog inte finns mer att

göra från personalens perspektiv: *Ni kan inte göra något annat. När vi kan så kommer vi.*

Upplevelser av samtal i grupp som behandlingsmetod

Utifrån personalens perspektiv så fungerade samtalen kring patientfallen som stödjande och stärkande för deltagarna, och sammantaget framhåller personalen att deltagarna har varit stöttande gentemot varandra. Ett centralt tema i behandlingsinterventionen har varit mänskliga rättigheter. Gruppledarnas ambition har varit att diskutera med kvinnorna om deras rättigheter och att betona betydelsen av hur samhällsstrukturer och normer kan påverka deras livssituation. Syftet har varit att samtalen ska stärka kvinnornas egenmakt, och personal uppfattar att denna ambition har fallit väl ut. Flera deltagare har under samtalen förmedlat att de har upplevt det som stärkande och givande att få möjlighet att fokusera på att diskutera just kvinnors situation och rättigheter i samtalen.

Deltagarnas erfarenheter av att medverka i behandlingsinterventionen beskrivs både i generella och mera specifika termer. I intervjuerna framkommer att en del deltagare upplevde samtalen som tydligt stärkande, medan andra framhåller att diskussionerna kring fallen också kunde vara betungande.

”Man kunde ju relatera och sen så kunde man tycka att det här är någon som har gått igenom ännu värre saker än mig och det kändes i hjärtat. Så att det var både bra och dåligt på det sättet.”

De flesta deltagare uppskattade att samtala om de fiktiva fallen i grupp, framför allt mot bakgrund av att de kände igen sig i de fall som presenterades; *I varje berättelse finns det något som tillhör oss*, säger en deltagare. Att få möjlighet att berätta om sina erfarenheter uppskattades; *Ja, det är sådant som kommer ur sanningen, de här historierna*. Under samtalen kunde deltagarna spegla sig i varandras

berättelser, och här betonas värdet av att känna igen sig i andras erfarenheter; *Vi har berättat för varandra. Vi grät tillsammans. Vi fick och gav kärlek till varandra. Och vi fick en sådan glädje*, säger en deltagare. Flera deltagare framhåller värdet i att se att andra har klarat sig igenom svåra saker och detta upplevs som någonting positivt och stärkande.

”Det är de här andra kvinnornas erfarenheter att de har kommit hit trots att de har sett de här svårigheterna och tar sig vidare.”

En deltagare beskriver hur hon upplevde att hon blev *modig i rummet* genom att våga prata om svåra erfarenheter när andra gör detta. En annan deltagare betonar värdet av att få berätta och lyssna: *Man kan berätta, man kan tömma ut. Man hade ingen lust att berätta men när man lyssnar på andras berättelser, man vågar, man vill*. En annan deltagare betonar värde av att få lov att berätta för andra personer, som upplevt liknande saker.

”Man får lov att berätta, tömma huvudet lite. Alla berättar, alla kan. Sorgen, smärtan, allt som man har upplevt. Man behöver uttrycka sig, man behöver. Man trycker på smärtan.”

Något annat som framhålls som betydelsefullt är möjligheten att kunna bidra till att hitta möjliga lösningar och vägar framåt för andra. En deltagare reflekterade kring hur gruppen gav henne *styrkan och förståelsen att man måste komma ut ur det och ha mer positiva tankar*. En annan deltagare reflekterade kring hur det var att diskutera kvinnors berättelser och erfarenheter tillsammans med andra och sa att hon blev stärkt av diskussionerna och av att *känna sig som en patient och behandlare samtidigt*.

”Individuellt, samtidigt som du är en patient. Man visar medkänsla, empati. En berättelse eller en person eller någon som berättar. Vi blev som en grupp som blev skyldiga att samarbeta, att hjälpa varandra och att ge rekommendationer, tips och råd. Ja vi trivdes

och vi ville ge tips och råd. Precis, när man får hitta lösningar kan man hjälpa sig själv. De känslor. Så ingen logik när vi pratar om känslor. Så när man hittar en lösning, det blir inte sån bördan, man kan säga. Så du tänker på andra, hur ska jag hjälpa andra? Ja, man kan hjälpa sig själv sen.”

Flera deltagare betonade värdet av att också inkludera positiva, hoppfulla inslag i diskussionerna och de fiktiva patientfallen vid framtida behandlingsinterventioner.

”När vi sitter och lyssnar och vi hör alla de hemska sakerna, då påminner oss vad vi har gått igenom och vad vi har lidit av. Men vi behöver något positivt för att gå framåt.”

I den fortsatta planeringen av behandlingsinterventionen ser även personal behovet av att inkludera komponenter i interventionen som inger hopp och funderar vidare kring hur detta kan göras.

Reflektioner kring kroppskännedomsövningar i grupp

Deltagarna beskriver hur de kroppskännedomsövningar som ingick i behandlingsinterventionen var hjälpsamma och positiva. Framför allt upplevdes de som positiva genom att de skilde sig från tidigare erfarenheter av fysioterapi. Deltagarna beskriver hur de bidrog till att deltagarna fick kontakt med varandra på ett positivt sätt; socialt, fysiskt och psykologiskt.

”Det är gemensamma övningar... Att känna sig med andra, inte bara jag som gör övningar, andas till exempel. Det är en grupp, men varje person tränar sig själv. Men här. En grupp men som en person. Så man tränar hjärnan och kroppen. Och att kontakta andra. Att kontakta andra igen!”

Att göra övningarna i grupp och därigenom få kontakt med andra var hjälpsamt.

”Om jag känner mig stressad behöver jag lugna ner mig till exempel. Som grupp, att hålla andras händer, kontakt med de andra. Det var utmärkt. Jag tyckte om det.”

Deltagarna beskriver också hur de fysioterapeutiska övningarna fungerade grundande och avslappnade för dem på ett individuellt plan.

”Andas djupt, man känner djup andetag. Minskar stressen också. Man känner sig lite avslappnad också.”

Vidare framhåller en av deltagarna att det var positivt att övningarna kom i slutet av behandlingsinterventionen, då en del av samtalen under behandlingen påverkade henne på ett tydligt sätt och blev tunga att bära.

”Man hörde mycket saker som man blir väldigt spänd och stel i kroppen. Då kändes det att man behöver någonting att slappna av. Så därför hjälpte det till att slappna av.”

Samtidigt som deltagarna beskriver övningarna som positiva och hjälpsamma så upplevde några av deltagarna en del utmaningar. Här handlade det framför allt om svårigheter att göra gruppövningarna på grund av individuella fysiska begränsningar.

”Det var svårt att kunna göra allt de andra gjorde. Jag har svårt att böja huvudet framåt. Jag har haft yrsel sedan länge innan. Jag har kronisk yrsel kan man säga. Så vissa övningar till exempel att göra så här, lägga händerna på axlarna. Sådana enkla rörelser kunde jag göra men jag kunde inte göra allt med dem. Tyvärr.”

Samtidigt beskriver deltagarna att de fick individuellt stöd att anpassa övningarna, om de upplevde svårigheter.

”Ja, de sa om du tycker att det är jobbigt, smärtsamt, så gör det som du tycker är bekvämt för dig. Så jag fick sitta och träna.”

Något som också framkommer i deltagarnas beskrivningar av de fysioterapeutiska övningarna är att tiden för dessa upplevdes begränsad. En deltagare uttrycker att tiden för övningarna var kort.

”De sa att det kan vara avslappnande för axlarna till exempel. Men det var en kort stund också. Det var inte en lång tid. Kort stund bara.”

Även personalen beskriver en del utmaningar när det gäller kroppskännedomsövningarna. Framför allt handlar det om deltagarnas varierande kroppsliga förmågor samt att personalen hade begränsad kunskap om deltagarnas förmågor innan de påbörjade kroppskännedomsövningarna. Tidsbrist identifieras också som en utmaning av personalen. Slutligen framhåller personal att det stundtals uppstod oklarheter kring tolkens roll i det kroppsliga övandet, men även under lära-känna-övningar och avslutningsövningar.



Tankar kring psykosociala inslag i gruppbehandling

När det gäller den psykosociala insatsen i behandlingsinterventionen var ambitionen att denna skulle utgöra ett kompletterande inslag som framför allt skulle syfta till att förmedla samhällsinformation. Då många i patientgruppen uttrycker en oro i relation till lagen om vård av unga (LVU) syftade detta tillfälle till att klargöra hur socialtjänsten arbetar och därigenom problematisera felaktiga föreställningar. Utöver det skulle tillfället även bidra med information om kvinnors rättigheter. Utifrån personalens perspektiv visade sig detta tillfälle framför allt ge deltagarna en möjlighet att ställa frågor som ledde till fördjupade diskussioner kring LVU, men även kring andra områden såsom våld i nära relation och incest. Diskussionerna upplevdes av personalen som positiva på så vis att deltagarna vågade ställa frågor och att stämningen blev avslappnad och trygg. Personalen framhåller att deltagarna vågade ställa frågor och nya funderingar väcktes vid detta tillfälle. Samtidigt reflekterar personal över i vilken utsträckning denna del av behandlingsinterventionen fungerade som en kompletterande insats, eller att det snarare kom att bli ett separerat moment.

Deltagarna upplevde den psykosociala insatsen på olika sätt. Några deltagare minns inte tillfället alls eller så deltog de inte i insatsen. De deltagare som medverkat betonar värdet i att få möjlighet att ställa frågor och även få förklaringar till hur socialtjänsten arbetar och varför de omhändertar barn.

”Hon har också förklarat mycket angående socialtjänsten. För att flera ställde frågor till kuratorn. Någon till exempel frågade varför barnet ska ta sig från föräldrarna till exempel och gå till en fosterfamilj. Varför till exempel gör man inte så att det här barnet går till sin, till exempel, föräldrarnas familj. Mormor till exempel och farmor. Eller farfar och farmor till exempel.”

Vidare betonar en deltagare hur viktigt det är med information då många i hennes närhet är oroliga för socialtjänsten. Hon beskriver hur många upplever rädsla och oro för att barnen ska tas ifrån dem.

”För att det är viktigt till exempel. Vi hör att de här barnen till exempel har blivit omhändertagna av socialen. Men det kan vara bra också att veta varför det här händer. Så att man höra det från båda hållen, varför sådana saker händer i samhället. Det var viktigt.”

Samtidigt finns det deltagare som inte har samma positiva upplevelse. En deltagare var tydligt negativ till denna del av interventionen då man vid detta tillfälle försökte förmedla en positiv bild av socialtjänsten, som inte stämde överens med hennes erfarenheter. En annan deltagare menar att informationen som gavs var hjälpsam för några deltagare, men kanske inte alla.

”Jag tyckte inte jag fick någon direkt nytta av det. Det var mest hjälpsamt för en av kvinnorna som var där och som hade haft en del problem med sitt barn i skolan och socialen. Det var mest där.”

Sammantaget beskriver såväl personal som enstaka deltagare att den psykosociala insatsen i behandlingsinterventionen var viktig och värdefull. En del deltagare beskriver att de inte minns eller att de inte var närvarande i insatsen. Några deltagare upplever att tillfället inte gav särskilt mycket.

Diskussion

Utveckling av behandlingsinterventionen

Evidensbaserade gruppbehandlingar för vuxna med PTSD kan ge särskilda fördelar, bland annat möjlighet till utbyte av socialt stöd och normalisering av upplevelser. För traumafokuserade grupper kan samhörigheten dessutom motverka isolering och bristande tillit, även om effekterna generellt är något mindre än vid individuella behandlingar. Rekryteringsfrågan kan dock vara utmanande. Vanliga argument mot gruppbehandlingar för PTSD handlar om oro att deltagarna ska trigga varandra, något som inte stöds av forskning. Snarare visar studier att gruppformatet upplevs som hjälpsamt. Att möta andra med liknande erfarenheter minskar ensamhet och kan göra det lättare att dela svåra upplevelser. Gruppens samhörighet kan också stärka motivationen och minska risken för avhopp (39, 40).

Genom interventionsutvecklingens gång har projektmedlemmarnas strävan varit att inkludera så många relevanta perspektiv som möjligt. Detta för att öka interventionens kliniska tillämpbarhet och relevans. Utifrån denna ambition har projektmedlemmarna involverat kollegor, men också kvinnor ur målgruppen, i utvecklingsarbetet. Trots detta är det dock i huvudsak projektmedlemmarna som stått för utvecklingen av interventionens struktur. Anledningarna till detta återfinns på såväl organisatorisk som klinisk nivå.

På organisatorisk nivå har projektet haft en begränsad budget och varit avgränsat i tid, vilket försvårat involveringen av både kollegor och kvinnor ur målgruppen. I litteraturen beskrivs flera barriärer till brukarengagemang. En av dessa barriärer handlar om att brukarengagemang kan vara kostsamt både avseende tid och pengar för såväl organisationen som för brukarna (41). Inom behandlingscentret i Malmö finns heller inget etablerat tillvägagångssätt för brukarengagemang.

På klinisk nivå finns det också barriärer, bland annat vad gäller utmaningar relaterade till rekrytering. Många av de kvinnor som går i behandling på centret i Malmö har flera behandlingstider vilket kan försvåra för dem att delta i ytterligare insatser. Detsamma gäller för personalen som har begränsat med tid att lägga på rekrytering av deltagare till de olika insatserna. Trots de barriärer för brukarengagemang som finns så beskriver litteraturen också många fördelar med att engagera brukare i utvecklingen av nya behandlingsinsatser. Fördelarna kan handla om att brukarna är "experter" på sin egen hälsa och därför kan ha viktiga åsikter kring hur vården för dem ska utformas och genomföras, men också om att involveringen i sig kan ha en terapeutisk effekt samt bidra till en större känsla av social inkludering (41).

En strävan framåt för projektet är att fortsätta undersöka hur målgruppen på bästa sätt kan involveras i projektets olika delar.

Pilotstudien: implementering av behandlingsinterventionen

Implementering av behandlingsinterventionen

Resultaten från pilotstudien visar att interventionen var möjlig att genomföra – organisatoriskt och kliniskt – och att den accepterades på deltagarnivå vilket tyder på interventionens relevans. De preliminära resultaten visar också att målet med interventionen – att öka socialt stöd, egenmakt och posttraumatisk utveckling – har uppnåtts i varierande utsträckning. Det har funnits en del utmaningar gällande implementeringen av interventionen och dessa är främst kopplade till rekrytering och närvaro i behandlingsgrupperna.

Interventionens delkomponenter

Tidigare forskning visar att det är viktigt att anta ett helhetsperspektiv i arbetet med kvinnor med erfarenheter av krig, tortyr och flykt

eftersom deras symtombild spänner över flera problemområden (2). Utifrån denna forskning och för att arbeta utifrån det interdisciplinära förhållningssättet vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö, var ambitionen att inkludera och integrera psykologiska, fysioterapeutiska samt psykosociala delkomponenter i interventionen. Resultaten från pilotstudien visar att kvinnorna framför allt reflekterade kring delkomponenten gruppdiskussioner och i viss mån även kroppskännedomsvandret. Den psykosociala delkomponenten diskuterades inte alls av somliga deltagare medan den av andra beskrevs med varierande ordalag; somliga upplevde den som positiv, medan någon annan var negativ till denna delkomponent. Personalen beskrev att den psykosociala



I intervjuerna beskriver kvinnorna en känsla av tillhörighet, en gruppgemenskap

delkomponenten inte upplevdes som integrerad i interventionen. Detta skulle kunna bero på hur interventionen är utformad, där den psykosociala insatsen endast utgör ett av nio tillfällen och därmed inte får lika mycket tyngd som övriga delkomponenter. En annan möjlig förklaringsmodell kan vara att de kvinnor som deltog i den psykosociala insatsen inte intervjuades, eller att de kvinnor som intervjuades inte deltog i den psykosociala insatsen.

Övriga delkomponenter – gruppdiskussionerna kring fiktiva patientfall och kroppskännedomsvandret – verkar preliminärt uppfylla interventionens mål om ökad upplevelse av egenmakt och socialt stöd. I intervjuerna beskriver kvinnorna en känsla av tillhörighet, en gruppgemenskap och att de har fått fler strategier för att hantera tankar, känslor och kroppsliga symtom. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning kring den positiva effekten av gruppdeltagande för traumatiserade flyktingars upplevelse av egenmakt och socialt stöd (36, 42–46). Gällande målet att främja posttraumatisk utveckling är det svårt att dra några slutsatser eftersom resultaten inte är lika tydliga. En anledning till detta skulle

kunna vara att begreppet, i enlighet med den kritik som beskrivs i inledningen av rapporten, är svårt att definiera och mäta.

För att tydliggöra den holistiska ansatsen i behandlingsinterventionen behöver komponenterna som rör kroppskännedom och psykosociala frågor också integreras tydligare och på ett mer medvetet sätt i behandlingen i sin helhet.

Rekrytering och närvaro

Flera utmaningar identifierades gällande rekrytering och närvaro och dessa återfanns på såväl organisatorisk som klinisk nivå samt för kvinnor som grupp (strukturellt/individuellt).

Organisatoriskt gällde utmaningen framför allt de många interventioner som patienter på behandlingscentret i Malmö erbjuds.



En hypotes är att sannolikheten att en person är villig att prova nya behandlingsinsatser och fullfölja dessa ökar ju mer behandlingsvan en patient är

Enligt tidigare forskning är ett hinder för framgångsrik implementering av en ny intervention att det finns många olika prioriteringsområden som konkurrerar med varandra och att personalen därmed har begränsat med tid att sätta sig in i nya

insatser (47). Forskning visar också att behandlingspersonal är mer

benägna att rekrytera patienter till behandlingsinsatser i grupp om de har förståelse kring vad insatsen går ut på, vilket även påverkar patienternas motivation att delta positivt (48). Frågor att adressera i det fortsatta arbetet med behandlingsinterventionen berör således dess plats i verksamheten. Framför allt gäller detta övrig behandlingspersonals förståelse för hur individuell behandling och gruppbehandling kan fungera tillsammans och vilket ansvar eller vilken roll patientens olika behandlare har i relation till varandras behandlingsinsatser

På klinisk nivå identifieras utmaningar gällande var patienten befinner sig i den individuella behandlingsprocessen på behandlingscentret. Personalen bedömer att förutsättningarna för att en deltagare ska kunna tillgodogöra sig interventionen ökar om deltagaren har hunnit etablera sig i sina individuella behandlingskontakter. Detta verkar också stödjas av de resultat som presenteras inom ramen för den studie som nyligen genomförts på andra av Svenska Röda Korsets behandlingscenter (16). I en översiktsartikel diskuteras också att hinder för traumafokuserad behandling kan utgöras av rädsla för vad behandling ska innebära (49). Detta skulle kunna förklara de rekryteringssvårigheter och den oregelbundna närvaron under interventionens gång som beskrivs i intervjuerna med personal. En hypotes är att sannolikheten att en person är villig att prova nya behandlingsinsatser och fullfölja dessa ökar ju mer behandlingsvan en patient är. Detta resonemang behöver dock stödjas av ytterligare forskning.

På gruppnivå handlade utmaningarna främst om målgruppens psykosociala situation samt deras oro gällande sekretess inom gruppen. Dessa utmaningar är också välkända i litteraturen (12). Trots kvinnornas oro kring sekretess och hur de skulle påverkas i sitt mående valde de att delta eftersom de var nyfikna på interventionen och ville hjälpa de andra deltagarna att må bättre. I en rapport om peer-support fastställer man att det är viktigt för personer som ska genomgå behandling att få stöd av någon med liknande upplevelser och som själv genomgått behandling (50). En möjlig väg att underlätta rekryteringen till interventionen och öka närvaron under interventionens gång skulle således kunna vara att använda sig av peer-supporters. För att möjliggöra implementeringen av brukarengagemang inom en organisation krävs att tillräckliga resurser, framför allt i form av personal och ekonomiska medel, avsätts (50).

Utmaningar i forskningsprocessen

Vid intervjutillfällena uppstod utmaningar kring att skapa bra förutsättningar för en djupgående dialog med deltagare om deras upplevelser av behandlingsinterventionen. En del av utmaningarna handlade om att skapa en tillitsbaserad relation med bra kommunikation, samt att kunna göra detta via en tolk. Det handlade också om projektets fokus på en belastad och särskilt utsatt grupp, att uppmärksamma deras behov och förbättra vården för denna målgrupp är centralt för projektet, men det blir också en del av utmaningen. Medverkandet i pilotstudien blir ytterligare ett moment som ska planeras in och genomföras av deltagarna och intervjutillfället påverkades av deras omständigheter och mående. Även med pauser och tillgång till dryck och lättare snacks var deltagarnas koncentrationsförmåga begränsad till under en timme. Den redan begränsade tiden ska också inkludera utrymme för tolkens arbete att översätta informationen som framkommer, vilket försämrar förutsättningarna för mer utförliga svar och reflektioner kring deltagarnas upplevelser av att medverka i behandlingsinterventionen.



Rekommendationer

Rekommendationer för behandlingsverksamheten

Rekommendationerna för behandlingsverksamheten kan delas in i tre kategorier: organisatorisk, klinisk och på individuell nivå.

På **organisatorisk nivå** rekommenderas att organisationen gör en behovsanalys och prioriterar vilka insatser som ska erbjudas patienter på behandlingscentret. Dessa insatser behöver sedan koordineras på ett sätt som gör att de inte konkurrerar med varandra. För att säkerställa att de interventioner som erbjuds är relevanta och möter patienternas behov bör målgruppen inkluderas i hela processen, från planering till utveckling och implementering.

På **klinisk nivå** rekommenderas att se över när i behandlingsprocessen gruppinterventioner introduceras. För att säkerställa att de är redo att delta i en traumafokuserad gruppintervention bör de inte erbjudas den för tidigt i behandlingsförloppet. För att främja stabilitet i gruppen bör deltagarna vara bedömda gällande sin mentala, fysiska och praktiska förmåga att delta regelbundet i en ny behandlingsinsats innan den påbörjas.

På **individuell nivå** behöver målgruppens möjlighet att delta och tillgodogöra sig den behandling som erbjuds på Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade säkerställas. För detta skulle det vara hjälpsamt att förstärka samverkan mellan behandlingscentret och olika myndigheter eller för patienten andra relevanta aktörer, till exempel skola eller övrig sjukvård, Genom samordnade insatser, och en gemensam förståelse för patientens behov, kan de olika aktörerna samarbeta för att skapa

praktiska och ekonomiska förutsättningar för att möjliggöra behandlingsdeltagande.

Rekommendationer för ytterligare forskning

Under pilotstudiens gång uppmärksammades hur målgruppens särskilda utsatthet påverkade deras möjlighet att delta i både behandlingsinterventionen och den studie som genomförts. Det noterades också särskilda utmaningar kring att inkludera deltagare med begränsad läs- och skrivförmåga i pilotstudien. Det finns därför behov av att utveckla forskningsmetoder som är anpassade för målgruppens livsomständigheter och som inkluderar hela målgruppen, oberoende läs- och skrivförmåga. Framtida studier bör involvera målgruppen i utvecklingen av sådana forskningsmetoder.

Även om kommunikationen i huvudsak sker via tolkar råder det brist på forskningsstudier om hur detta påverkar det kliniska arbetet och behandlingsprocessen. Likaså saknas studier om tolkens roll i forskningsprocesser. Ett möjligt forskningsspår att utveckla vidare är därmed tolkens roll i behandling och i forskning, till exempel hur kommunikation via tolk påverkar behandlingsprocessen utifrån alliansskapande, traumabearbetning och utfall samt hur insamling av empiri som sker via tolk påverkar det empiriska underlaget och dess tolkning/resultat.

Lärdomar och blickar framåt

Arbetet med att utveckla, implementera och utvärdera en ny behandlingsintervention har varit lärorikt på många sätt, och varje behandlingsomgång har bidragit med ny kunskap och nya perspektiv.

När det gäller gruppdiskussionerna kring de fiktiva patientfallen har tidigare deltagare efterfrågat ett mer hoppfullt fokus. För att möta detta önskemål kommer deltagarna framöver att få skapa en plan för hur det fiktiva patientfallets framtid kan se ut. Detta innebär också en viss förändring av behandlingsinterventionens struktur, då två av de nio sessionerna kommer att avsättas för detta moment.

Vad gäller övningarna i kroppskännedom kommer tonvikten att läggas på gruppstärkande övningar i stället för individuellt övande. Denna förändring görs eftersom deltagarna redan deltar i individuell fysioterapeutisk behandling, men också för att främja gruppgemenskapen.

När det gäller såväl kroppskännedomsövandet som den kunskapshöjande psykosociala insatsen behövs ytterligare förståelse för hur deltagarna uppfattar dessa delkomponenter och vad de anser kan förbättras.

Avslutningssessionens upplägg kommer också att förändras. I stället för att ha ett fokus på utvärdering kommer deltagarna att få möjlighet att skapa ett fysiskt minne från gruppdeltagandet. Detta syftar till att stärka känslan av socialt stöd och egenmakt.

Referenser

1. Jolof, L., Rocca, P. & Carlsson, T. (2022). Mitt hjärtas syster. Upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt bland kvinnor och interventioner anpassade för dem – en intervjustudie. 2022:1. Svenska Röda Korset.
2. Jolof, L. & Rocca, P. (2023). Mitt hjärtas syster. Kvinnors och vårdpersonals upplevelser av traumafokuserad behandling vid Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. 2023:3. Svenska Röda Korset.
3. Svenska Röda Korset (u.å). Behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Hämtad 6 februari, 2026, från <https://www.rodakorset.se/var-hjalp-i-sverige/vard-och-behandling/behandlingscenter-for-krigsskadade-och-torterade/>
4. Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade, RKC. (2024). Verksamhetsberättelse RKC Malmö - 2024. Svenska Röda Korset.
5. Malmö universitet (u.å). Centrum för sexologi och sexualitetsstudier (CSS). Hämtad 6 februari, 2026, från <https://mau.se/forskning/forskningscentrum/centrum-for-sexologi-och-sexualitetsstudier/>
6. Jolof, L., et al. (2022). Experiences of armed conflicts and forced migration among women from countries in the Middle East, Balkans, and Africa: a systematic review of qualitative studies. *Conflict and health*, 16(1), <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00481-x>
7. Li, S.S.Y., Liddell, B.J. & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep* 18, 82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
8. Jolof, L., Rocca, P., & Carlsson, T. (2024). Women's experiences of trauma-informed care for forced migrants: A

- qualitative interview study. *Heliyon*, 10(7).
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28866>
9. Jolof, L., Rocca, P., & Carlsson, T. (2025). Trauma-informed care for women who are forced migrants: a qualitative study among service providers. *Scandinavian journal of public health*, 53(6), 594–599.
<https://doi.org/10.1177/14034948241237591>
 10. Mangrio, E., Carlson, E., & Zdravkovic, S. (2018). Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC research notes*, 11(1), 616. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3728-4>
 11. Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *PloS one*, 12(7), e0181421.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>
 12. DeSa, S., Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., & Yaya, S. (2022). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Systematic reviews*, 11(1), 62.
<https://doi.org/10.1186/s13643-022-01936-1>
 13. Filler, T., Jameel, B., & Gagliardi, A. R. (2020). Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: a scoping review. *BMC public health*, 20(1), 1013.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09159-6>
 14. Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Stöd för styrning och ledning <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
 15. Jolof, L., Rocca, P., & Carlsson, T. (2024). Support interventions to promote health and wellbeing among women

- with health-related consequences following traumatic experiences linked to armed conflicts and forced migration: a scoping review. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 82(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01235-8>
16. Hagby, L., et al. (2026). Efter flykt och partnervåld – utvärdering av en gruppintervention för kvinnor som traumatiserats av svår migration och våld i nära relation. 2026:1. Svenska Röda Korset.
 17. Cohen S. (2004). Social relationships and health. *The American psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
 18. Hawkes, C., et al. (2020). Resilience factors in women of refugee background: A qualitative systematic review. *Community Psychology in Global Perspective.*, 6(2-1), 101-127. <https://doi.org/10.1285/i24212113v6i2-1p101>
 19. Babatunde-Sowole, O., Power, T., Jackson, D., Davidson, P. M., & DiGiacomo, M. (2016). Resilience of African migrants: An integrative review. *Health care for women international*, 37(9), 946–963. <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1158263>
 20. Kiteki, B N.(2016). The case for Resilience in African Refugees: A Literature Review and Suggestions for Future Research. *VISTAS Online Archive.*, 66
 21. Sommer, J., et al. (2017). Social acknowledgment of violent experiences and its role in PTSD and appetitive aggression among high-risk males in South Africa. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 166-173. <https://doi.org/10.1177/2167702616658634>
 22. Hawkins, M. M., et al. (2021). Promoting the health of refugee women: a scoping literature review incorporating the social ecological model. *International journal for equity in health*, 20(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01387-5>

23. Schilling, R. F. (1987). Limitations of Social Support. *Social Service Review*, 61(1), 19–31.
<http://www.jstor.org/stable/30011861>
24. Salge, C., Glackin, C., & Polani, D. (2014). Empowerment—An Introduction. I M. Prokopenko (red.), *Guided Self-Organization: Inception, Emergence, Complexity and Computation* (vol 9). Springer.
25. Elgán, C. & Fridlund, B. (2014). Vuxet vardagsliv. I F. Friberg (red.) & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 127–152). Studentlitteratur.
26. Lin Q. (2024). Trauma-informed care: Healing and empowerment in patient recovery. *J Intensive Crit Care Nurs.* 7(1):186
27. McLaughlin, K. (2016). *Empowerment: A Critique*. Routledge.
<https://www.routledge.com/Empowerment-A-Critique/McLaughlin/p/book/9781032569727>
<https://www.routledge.com/Empowerment-A-Critique/McLaughlin/p/book/9781032569727>
<https://doi.org/10.4324/9781315744339>
28. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455–471.
<https://doi.org/10.1007/BF02103658>
29. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. <http://www.jstor.org/stable/20447194>
30. Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical psychology review*, 26(8), 1041–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006>

31. Boals A. (2023). Illusory posttraumatic growth is common, but genuine posttraumatic growth is rare: A critical review and suggestions for a path forward. *Clinical psychology review*, 103,102301. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102301>
32. Informationsverige.se. (2026, 21 januari). Kvinnors rättigheter och jämställdhet. Hämtad 6 februari, 2026, från <https://www.informationsverige.se/sv/om-sverige/individens-rattigheter-och-skyldigheter/kvinnors-rattigheter-och-jamstallldhet.html>
33. Koebach, A., & Robjant, K. (2021). NETfacts: a community intervention integrating trauma treatment at the individual and collective level. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1992962. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1992962>
34. Stade, K., Skammeritz, S., Hjortkjær, C., & Carlsson, J. (2015). "After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working."--Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, 25(1), 33–50.
35. Madsen, T. S., Carlsson, J., Nordbrandt, M., & Jensen, J. A. (2016). Refugee experiences of individual basic body awareness therapy and the level of transference into daily life. An interview study. *Journal of bodywork and movement therapies*, 20(2), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2015.10.007>
36. Nilsson, H., Saboonchi, F., Gustavsson, C., Malm, A., & Gottvall, M. (2019). Trauma-afflicted refugees' experiences of participating in physical activity and exercise treatment: a qualitative study based on focus group discussions. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1699327. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019>.
37. Sannum Karlsson, A. & Cederhag, W. (2016). Hur gör du när du rör dig? Basal Kroppskännedom för vardag, friskvård, idrott och rehab. Sannum Karlsson i Malmö AB.

38. Institutet för Basal Kroppskännedom. (u.å). Vad är BK? Hämtad 6 februari, 2026, från <https://www.ibk.nu/vad-ar-bk/>
39. Sloan, D. M., Bovin, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). Review of group treatment for PTSD. *Journal of rehabilitation research and development*, 49(5), 689–701.
<https://doi.org/10.1682/jrrd.2011.07.0123>
40. Barrera, T. L., et al. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 33(1), 24–32.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.005>
41. Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168-175. <https://doi.org/10.1192/apt.11.3.168>
42. Nilsson, H et al.(2026). Evaluation of a trauma-informed physical activity intervention for posttraumatic stress disorder, depression, anxiety, and wellbeing in trauma-affected refugees: a randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*, 100752,1755-2966, <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2026.100752>
43. Gyllensten, A. L., Ekdahl, C., & Hansson, L. (2009). Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy*, 11(1), 2–12.
<https://doi.org/10.1080/14038190802242061>
44. Due, C., Gartley, T., & Ziersch, A. (2024). A systematic review of psychological group interventions for adult refugees in resettlement countries: development of a stepped care approach to mental health treatment. *Australian Psychologist*, 59(3), 167–184.
<https://doi.org/10.1080/00050067.2024.2343745>
45. Heard, E., & Walsh, D. (2023). Group Therapy for Survivors of Adult Sexual Assault: A Scoping Review. *Trauma, violence &*

abuse, 24(2), 886–898.
<https://doi.org/10.1177/15248380211043828>

46. Wiechers, M., et al. (2023). Empowerment group therapy for refugees with affective disorders: results of a multicenter randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 66(1). doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2431
47. Huo, Y., et al. (2023). Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review. *Implementation science communications*, 4(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00428-0>
48. Zona, K., Huang, H., & Spottswood, M. (2025). Implementing group therapy for posttraumatic stress disorder within a primary care setting: A pilot study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 19, 100856 <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100856>
49. Bendall, S., Peters, W., & Kamitsis, I. (2025). Towards an understanding of readiness for trauma-focussed therapy in post-traumatic stress disorder: A conceptual integration of empirical data and theoretical constructs. *Clinical psychology review*, 116, 102534. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102534>
50. Gottlieb, R. (2022). Det är bra att ha någon i mitten som inte är i himlen eftersom vi andra är under marken. *Svenska Röda Korset*

Bilagor

Bilaga 1 Kvinnokonventionen

1. Vad känner ni till om kvinnors rättigheter och Kvinnokonventionen?
2. Genomgång av Kvinnokonventionen.

De mänskliga rättigheterna slår fast att kvinnor och män ska ha samma rättigheter. Ändå blir kvinnor ofta sämre behandlade. Till exempel nekade många kvinnor rätten att utbilda sig och att få lika lön för lika arbete. FN har därför tagit fram en konvention som ska skydda kvinnors rättigheter och stoppa alla former av diskriminering av kvinnor. Den kallas för kvinnokonventionen. Nästan alla länder i FN har skrivit under kvinnokonventionen. Det betyder att alla länderna är skyldiga att göra allt som behövs för att få slut på diskriminering av flickor och kvinnor. Sverige skrev under kvinnokonventionen 1980.

Syftet med konventionen är att länderna ska arbeta för att uppnå jämställdhet. Att uppnå jämställdhet handlar bland annat om att ge flickor och kvinnor rätt till skolgång och högre utbildning. Det handlar också om att kvinnor ska ha möjlighet att yrkesarbeta, att bestämma över sitt privatliv och vem de vill gifta sig med. De ska heller inte behöva utstå våld av sina män eller andra närstående. Alla kvinnor och flickor ska ha dessa rättigheter och ska kunna fatta beslut om sina egna liv.

Tillhörande reflektionsfrågor:

- Kan du ge exempel på former av diskriminering som du sett av flickor och kvinnor i Sverige? I ditt hemland? I världen?
- I alla världens länder så diskrimineras kvinnor och utsätts för våld – vad tror du att det beror på?
- Vilka rättigheter hade varit viktiga för dig att få tillgodosedda? Vilka rättigheter tycker du är särskilt viktiga för kvinnor?

Bilaga 2 Fiktiva patientfall

Patientfall 1: Amal 23 år, Syrien

Amal flydde till Sverige med sina föräldrar och sina tre yngre syskon.

Amal levde ett gott liv i Syrien, hon gick i skolan och hade många vänner. Hennes föräldrar var högutbildade och de hade det gott ställt. Amals pappa deltog i demonstrationer mot regimen. En dag stormade säkerhetspolisen familjens hem och Amal bevittnade hur pappan fördes bort av säkerhetspolisen med våld. Amals pappa satt i fängelse i flera år. Familjen visste inte om han levde. De hörde många berättelser om tortyren i fängelserna och detta gjorde dem mycket oroliga. När Amals pappa släpptes var han undernärd och han hade många skador på kroppen. Han ville inte berätta om det han som han hade upplevt men Amal förstod att han hade varit utsatt för tortyr.

Strax därefter flydde familjen från Syrien. Flykten gick över Medelhavet med båt och sedan genom Europa till fots. Flykten kostade mycket och de fick betala mycket pengar till smugglarna. Amal bevittnade mycket våld under flykten. Hon var hela tiden rädd men kände att hon behövde vara stark för familjens skull. I Sverige tog det lång tid innan de fick asyl. Familjen bodde på ett flyktingboende där de kände sig otrygga.

Amals pappas har ända sedan han släpptes från fängelser varit lättirriterad och undvikit andra människor. Amal hör honom skrika av mardrömmar på nätterna. Han höjer rösten mot familjen på ett sätt som han inte gjort förut, och de är ibland rädda för honom. Amals mamma mår inte heller bra. Hon har inte lyckats komma ut i arbete och känner stress över detta. Hon har dock lärt sig en del svenska eftersom det är hon som sköter kontakterna med myndigheter och barnens skola. Hon tar också, tillsammans med Amal, allt ansvar för hushållssysslor.

Amal saknar sitt hemland och sina vänner. Familjen oroar sig för sina släktingar som är kvar i Syrien. Amal har svårt att koncentrera sig i skolan och är ofta ledsen. Trots detta har hon gått ut gymnasiet med bra betyg och hon har börjat läsa på universitetet. Amal drömmer om att bli lärare. Det har blivit svårare och svårare att hålla minnena från kriget och flykten ifrån sig. Hon har börjat drömma mardrömmar och känner sig rädd och ledsen. Hon har ofta huvudvärk och ont i magen. Hon oroar sig mycket för sin pappa men också för en av sina bröder som inte verkar må bra. Han är rastlös, har svårt att koncentrera sig i skolan och hamnar ofta i bråk med andra. Skolan har gjort en orosanmälan till socialtjänsten och Amals familj oroar sig nu för att han ska bli omhändertagen. De har hört att svenska myndigheter tar barn från deras familjer. Amal har inte sökt hjälp för sitt mående och pratar inte heller med sin familj eftersom hon vill skydda dem.

Patientfall 2: Erna 55 år, Bosnien

Erna är född och uppvuxen i en storstadsmiljö. Hon hade en trygg barndom och gick i skolan i 12 år. Under sin uppväxt tyckte hon om att dansa och umgås med vänner. När hon var i 20-årsåldern bröt kriget. En natt bröt sig soldater in hos familjen. Ernas pappa och bror blev bortförda och Erna och hennes mamma blev våldtagna. Erna blev gravid efter övergreppet och genomgick en abort under svåra omständigheter.

Hon och hennes mamma flydde till Sverige. De fick aldrig reda på vad som hände med Ernas pappa och bror. I Sverige fick de uppehållstillstånd efter kort tid. Erna lärde sig svenska och började arbeta som butiksbiträde. Hon gifte sig med en man från Bosnien och de fick två barn. Erna gjorde sitt bästa för att trycka undan tankar och känslor kring det som hänt henne och familjen under kriget. Hon har aldrig berättat för någon om våldtäkten som hon utsattes för. Hon och hennes mamma har heller aldrig pratat med varandra om det som hänt dem.

Jobbet som butiksbiträde var tungt och stressigt och det var svårt att få ihop livet som småbarnsmamma med att arbeta i skift i butiken. Erna hade inte tid för egna intressen eller att ta hand om sig själv. För två år sedan dog hennes mamma och i samband med detta försämrades Ernas mående kraftigt. Hon fick sömnsvärigheter, började drömma mardrömmar om det hon upplevt och drog sig undan vänner och familj. Relationen till maken försämrades och hon hade svårt att vara fysiskt intim med sin man. Erna lägger skulden på sig själv för att hon inte kan vara intim med honom. Hon har starka kroppsliga smärtor som hon har sökt vård för vid flera tillfällen. Läkarna hittar inget kroppsligt fel på henne men de har sjukskrivit henne för utmattnings. Hennes familj har sett att Erna har förändrats och lämnar henne ifred för att de tänker att det är vad hon behöver. Familjen betyder mycket för Erna och hon vill må bättre igen för att bli en mer närvarande mamma och fru.

Patientfall 3: Faduma, 47 år, Somalia

Faduma växte upp på landsbygden i Somalia. Hon gick i skolan och lärde sig läsa och skriva. Hon utsattes vid tidig ålder för könsstympning vilket har lett till svåra smärtor i samband med menstruation. Hon blev bortgift till en man från sin klan när hon var 14 år. Hennes liv var begränsat till följd av traditionella sätt att se på kvinnans roll. Efter giftermålet fick hon inte gå kvar i skolan eftersom det blev hennes ansvar att ta hand om hemmet. Maken var inte fysiskt våldsam mot henne men förväntade sig av henne att hon skulle ha sex med honom. Hon var mycket rädd att säga att nej till sex med honom eftersom han kunde bli mycket arg. Sexuellt umgänge var mycket smärtsamt för Faduma på grund av den könsstympning som hon varit utsatt för.

I samband med att kriget bröt ut blev hennes man mördad och hon flydde med sina barn genom öknen. De levde i flyktingläger innan hon kom som kvotflykting till Sverige. Livet i flyktinglägret som ensam kvinna med barn var svårt och hon var ständigt rädd för att hon eller hennes döttrar skulle bli utsatta för sexualiserat våld. I Sverige lärde hon sig språket och kom ut i arbete men hon utsattes för diskriminering och rasism. Hennes mående försämrades i samband med att hennes son blev indragen i missbruk.

Hon kämpar för att hennes barn ska få det så bra som möjligt men det är svårt att hitta ork och att vara en närvarande mamma. Hon känner sig ofta rädd, konstant trött och ångestfylld. Hon känner sig också ensam i sin situation. Hon förmår inte att berätta för någon om sina upplevelser trots att hon bor nära många av sina klanmedlemmar och att hennes döttrar bor med henne. Hon har svårt att sova om nätterna. Hon har ofta infektioner i underlivet och smärtor i samband med mens samt ont i kroppen. Faduma är sjukskriven. Hon känner mycket skuld eftersom hon tänker att det är hennes fel att sonen hamnat i missbruk. Hon känner också stor oro för honom.

Patientfall 4: Halima 39 år, Kurdistan

Halima växte upp i fattigdom och fick i tidig ålder bidra till familjens försörjning. Hennes föräldrar var kärleksfulla och gav Halima och hennes syskon mycket kärlek, men det fanns aldrig tid för lek. Situationen för familjen var svår, de tvingades fly många gånger till närliggande byar. Under en period bodde familjen i flyktingläger där förhållandena var mycket svåra, det var dåligt med mat och de frös mycket.

Halimas föräldrar var politiskt engagerade i kampen för mänskliga rättigheter och Halima inspirerades av dem. När hon var ung vuxen valde hon att gå ut i väpnad kamp för de värderingar kring mänskliga rättigheter som hon trodde på. Hon blev fängslad för detta och satt i fängelse under ett par år. I fängelset utsattes hon för kränkningar och tortyr, bland annat utsattes hon för sexualiserat våld.

När hon släpptes från fängelset hade hon mycket smärtor i kroppen och hennes psykiska mående var dåligt. Hon flydde från Kurdistan och tog sig till släktingar i Sverige. Hon lärde sig svenska och fick arbete på en förskola. Hon har stora svårigheter att lita på män, starka smärtor i kroppen och hon sover oroligt. Hon har smärtor i underlivet till följd av det våld som hon utsattes för i fängelset. Ibland blir hon så rädd att hon svimmar. Hon känner sig ofta frånvarande och kroppen känns bortdomnad.

Halima har dock fortfarande en stark tro på att man måste kämpa för förändring och mänskliga rättigheter och särskilt kvinnors rättigheter. Även i Sverige har hon fortsatt vara politiskt aktiv. Trots hennes tillitssvårigheter till andra människor så har hon lyckats skaffa sig ett par vänner. Hon lever ensam och har inga barn. Ibland funderar Halima på hur livet hade kunnat bli om hon inte engagerat sig politiskt i hemlandet.

Patientfall 5: Rania 61 år, Irak

Rania är född och uppvuxen i en liten by i Irak. Hennes familj var strikt religiös. Rania började i skolan men gick inte klart den. Hon kan läsa och skriva lite. Hon blev bortgift när hon var 15 år till en vän till familjen som också var strikt religiös. De fick flera barn. Hennes tillvaro var mycket begränsad och hon höll sig mest i hemmet. Det fanns ingen möjlighet för henne att ha egna intressen eller vänner.

Rania har upplevt flera krig och har upplevt många svåra händelser i samband med det. Hon har bland annat bevittnat hur människor har skadats och hon har sett många döda kroppar. Levnadsförhållandena var under kriget mycket svåra eftersom det rådde brist på grundläggande förnödenheter, som till exempel vatten och mat. Det blev hög arbetslöshet och hennes make förlorade sitt arbete. Detta ledde till att familjen levde i svår fattigdom.

En av Rantias graviditeter slutade med missfall till följd av de svåra förhållanden som rådde under kriget. Hon såg också ett av sina barn dö i en explosion. Denna förlust kom hon aldrig över. Rania levde under oro, rädsla och stress, samtidigt som hon försökte ta hand om de barn som var kvar. Det enda som gav henne hopp och ork att fortsätta var hennes religiösa tro och gemenskapen i byn.

Hon och familjen kom till Sverige för ca 20 år sedan. I Sverige har varken hon eller mannen kommit ut i arbete och det har varit svårt att lära sig språket. Det har gjort det svårt för henne att ta del av samhället. Hon känner fortfarande stor sorg och skuld för det barn som hon förlorade i kriget. Hon orkar inte umgås med sina barn och barnbarn utan isolerar sig i hemmet. Hon och mannen har blivit som främlingar för varandra. En av hennes söner sitter i fängelse och Rania känner att det är hennes fel att hennes son blev indragen i gängkriminalitet. Hon har ont i kroppen och har diabetes och högt blodtryck. Hon tycker att livet saknar mening. Rania saknar hopp inför framtiden och känner maktlöshet inför att förändra sin tillvaro.

Patientfall 6: Masoome 43 år, Afghanistan

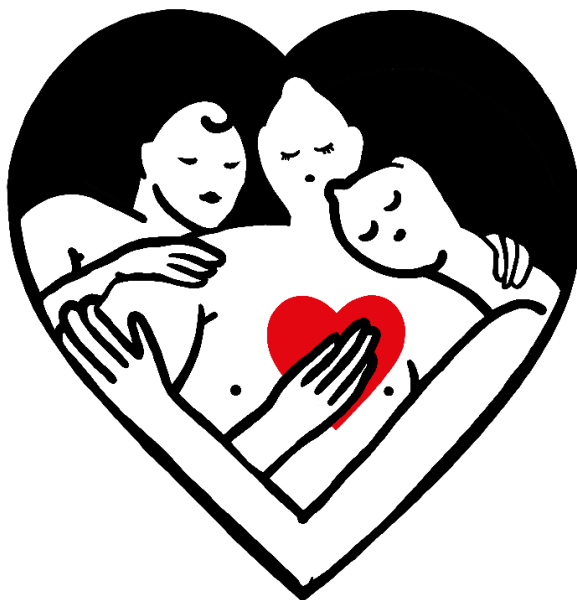
Masoome är född i Afghanistan och familjen tillhör en minoritet som är trakasserad och förföljd. Av den anledningen flydde familjen till Iran där de levde som papperslösa under många år. Masoome fick aldrig gå i skolan och lärde sig varken att läsa eller skriva. Hon fick hjälpa till mycket i hemmet och hennes bröder började arbeta redan som barn. Situationen i hemmet var otrygg och Masoome bevitnade ofta hur hennes mamma blev misshandlad av pappan. Masoome själv blev slagen av sina föräldrar.

När hon var 14 år gifte föräldrarna bort henne till en mycket äldre man. Hennes make slog och våldtog henne många gånger under deras äktenskap. Han brukade ofta säga till henne att hon var värdelös. Hon födde sitt första barn när hon var 15 år och fick sedan ytterligare fyra barn. Familjen levde i fattigdom. När situationen i Iran blev ohållbar på grund av konflikter och hot mot den minoritetsgrupp som familjen tillhör så flydde familjen till Sverige. Här fick de uppehållstillstånd.

Masoome började lära sig att läsa och skriva på svenska och hon fick fin kontakt med en av sina lärare. Läraren gav henne mycket stöd och berättade om hennes rättigheter i Sverige. Masoome fick så småningom stöd i att skilja sig från sin make och hon lever nu som ensamstående. Hon skulle vilja ta av sig sin hijab men vågar inte det eftersom hon är rädd för vad hennes landsmän ska säga om henne.

Masoome är plågad av det våld som hon upplevde under barndomen och i relationen till sin make. Hon skäms för att hon har varit utsatt för sexualiserat våld och känner sig värdelös. Masoome har lätt för att bli arg och känner sig ofta irriterad. Hennes kropp är ofta spänd och hon har mycket huvudvärk. I samband med stress får hon starka attacker av ångest som hon inte vet hur hon ska hantera. Hon skulle vilja må bättre för att kunna komma ut i arbete och bli självständig.

Hon tycker mycket om handarbete och hoppas kunna arbeta med det i framtiden. Hennes barn är vuxna, de har flyttat hemifrån och har bildat egna familjer. Hon tycker mycket om att umgås med sina barnbarn.



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 klinisk 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