

## **UTVÄRDERING AV TRT/TRAUMASTÖD, GRUPPINTERVENTION I REGION VÄSTMANLAND I SAMARBETE MED SKL 2018-2019 [PILOT].**

### **Bakgrund metoden**

TRT ägs som program av Children and War Foundation i Norge och har översatts till svenska av forskargrupp vid CHAP vid Uppsala universitet.

Den första svenska studien av 10 TRT-grupper visade mycket positiva resultat trots det utsatta och speciella läge deltagarna befann sig i där alla var mitt i asylprocessen och drabbades av negativa livshändelser under TRT-gruppens gång.

### **Bakgrund verksamheten**

Under 2015 tog Sverige emot över 35000 ensamkommande barn och en undersökning gjord vid Uppsala universitet visade att 76 % av de ensamkommande ungdomarna led av symptom på PTSD

### **Bakgrund PTSD. Ur Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer**

”Vid posttraumatiskt stressyndrom förekommer stora individuella skillnader när det gäller arbetsförmåga. Funktionsförmågan och arbetsförmågan kan vara helt eller partiellt nedsatt under perioder av stark ångest. Samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser (t.ex. generaliserat ångestsyndrom och depression) samt somatisk sjuklighet är vanligt och självmordstankar är inte ovanliga. Risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom är särskilt stor vid erfarenheter av interpersonellt våld eller hot mot närstående. Samtidiga traumatiska förluster och känslor av skuld kan förvärra situationen. ... Frånvaron av socialt stöd eller pågående hotbild kan påverka tillståndet.”

”De funktionsnedsättningar som är förknippade med posttraumatiskt stressyndrom är problem med koncentrationsförmåga, nedsatt minne, trötthet, sömnsvårigheter, ångest, risk för impulsgenombrott, känslomässig stumhet och affektiv avflackning. Det finns ofta ett tillstånd av autonom irritabilitet.”

”Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på ett trauma av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag. Definitionsmässigt används diagnosen först fyra veckor efter traumat. Symtomen kan utvecklas efter ett långt fritt intervall. Karakteristiska symtom är flashbacks (återupplevande av den traumatiska situationen), dagtid eller nattetid (som mardrömmar), ett fobiskt undvikande av situationer som påminner om traumat, samt generella spänningssymtom och försämrad affektkontroll. Prognosen är bättre för nydebuterade fall som snabbt kommer under behandling. Behandlingen är huvudsakligen psykologisk, eventuellt med tillägg av läkemedelsbehandling. Varaktigheten varierar mellan individer men kan förkortas med behandling. För en minoritet blir tillståndet kroniskt, ibland fluktuerande och någon gång livslångt (se även Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2010).”

## Genomförande

Vi, kuratorer på Asylhälsan, gick utbildningen till TRT-ledare via BRIS i april 2018, utbildningen var utan kostnad. I maj 2018 startade vi första gruppen. TRT-manualen omfattar 5+2 träffar. I TRT-manualen ligger också planering för 2 omsorgsträffar, för föräldrar/HVB-personal, gode män etc. TRT-manualen är tänkt att kunna användas av som gått utbildningen utan specificerade krav på tidigare utbildning.

Vi hade kontakt med SKL som tog fram en anpassad manual för vuxna, Traumastöd, som blev klar i oktober 2018. Manualen för vuxna omfattar 10 träffar. Traumastödet skall ges av gruppledare med adekvat utbildning och erfarenhet, t.ex. psykologer, terapeuter, socionomer etc. ”Det är också viktigt att gruppledarna har kunskaper för att hantera saker som eventuellt sker i gruppen och som inte finns med i manualen.”

Båda interventionerna förutsätter 2 gruppledare och har teoretisk bas i KBT.

Vi har i dagsläget genomfört 6 grupper. Grupperna har haft varierande målgrupp, kön, ålder och språk.

1	Killar	Dari	Västerås
2	Kvinnor	Dari	Riddarhyttan
3	Kvinnor	Dari	Norberg, Bolagshagen
4	HBTQ	Engelska	Arboga
5	Killar	Dari	Västerås
6	Män	Dari	Riddarhyttan

Patienterna anmäldes till grupperna dels av oss som kuratorer/terapeuter när vi träffat dem enskilt eller från väntelistan vilket gjorde att vi kunde minska väntelistan. På detta sätt liknar alltså denna intervention andra gruppinsatser som provas på olika håll i primärvården i Sverige för att hantera långa väntetider till psykologisk behandling. Vi fick också signaler från t.ex. integrationshandläggare och civilsamhället, RFSL. Det har även funnits möjlighet för civilsamhället, elevhälsoteam och övriga vårdcentraler. Remiss har kunnat skickas journalsystemet eller som pappersdokument för övriga. Det är endast ett fåtal remisser som kommit in.

Gruppernas storlek varierade, både i kallade och vilka som genomförde interventionen.

De grupper vi haft i Västerås med ungdomar har varit små, samma sak med HBTQ-gruppen i Arboga. Grupperna i norra länsdelarna har varit stora och överfulla och där har fler kommit än vad vi kallat, alla har dock screenats när de kom.

Deltagarna i grupperna har screenats innan för att få en bild av symptom på depression, ångest och PTSD. Vi använder RHS-15 (Refugee Health Screener) som finns översatt till flera olika språk. Traumastödet togs fram med tanken att målgruppen skulle lida av lätt-måttlig psykisk ohälsa, intervallet 11-25 poäng/56 poäng. Genomsnittet för deltagarna i grupperna har vid screening innan legat på 39,5 poäng vilket indikerar svårare psykisk ohälsa. I RHS finns fyra frågor som specifikt berör symptom på PTSD, maxpoäng 16 p. Deltagarna har vid screening innan interventionen legat på 11,1 p i genomsnitt.

RHS som screeninginstrument är utvärderat i studien *Assessing severity of psychological distress among refugees with the Refugee Health Screener* (Bjertå et al) av bl.a. Mittuniversitetet i november 2018 och bedöms ha goda psykometriska egenskaper att identifiera psykiska påfrestningar relaterade till depression, ångest och PTSD. I studien blir det också tydligt att den ovisshet som asylprocessen innebär är en stark riskfaktor för psykisk ohälsa.

I den utvärderingen föreslås också kompletterande gränsvärden, cutoff.

> 18 p: moderata psykiska symptom

> 25 p: svåra psykiska symptom, mer akut behov av avancerad vård

Vi startade grupper efter det behov vi såg när det gäller kön och språk.

Vi har samarbetat med Länsbildningsförbundet och de har via TIA-medel gått in och betalat deltagarnas patientavgifter. De vuxna deltagarna har till stor del haft 3 avslag från Migrationsverket vilket innebär minskad dagersättning, har ca 42 kr/vuxen och dag och då utgör en patientavgift på 25 kr/träff en betydande del.

Upplägget för traumastödet:

TRÄFF	SYFTE	TEMA	TEKNIK
<b>1 Introduktion</b>	Lära känna varandra, normalisera, ge hopp	Migraition och stress Trauma, reaktioner på trauma, hjälp	Trygg/säker inre plats
<b>2 Hjärnans reaktioner</b>	Ge kunskap om traumats effekter på hjärnan och introducera tekniker för att återta kontroll	Vad händer i hjärnan Kamp- och flyktsystemet Frysreaktion Känsloreglering	Tekniker för att ändra inre bilder
<b>3 PTSD – Post traumatiskt stressyndrom</b>	Ge kunskaper om PTSD, befästa tekniker samt introducera fler tekniker för att återta kontroll	Vad händer i hjärnan Påträngande minnen PTSD	Yttre, kroppslig stimulering samt tekniker för lukt och hörsel
<b>4 Fysiska reaktioner</b>	Visa på samband mellan kropp och psyke	Kroppsliga reaktioner Arousal – förhöjt fysiologiskt påslag	Avslappningsövning, lång och kort. Andningsteknik
<b>5 Sömn</b>	Introducera sömnhygien	Sömn Sömnstörningar Mardrömmar	Sömndagbok Sömnråd Tekniker för att ändra mardrömmar
<b>6 Känslor</b>	Beskriva känslors funktion och hantering av svåra känslor	Känslor Depression Förlust Sorg	Negativa tankar Oro Aktivering Ritualer för sorg Distractioner
<b>7 Ängest, undvikande</b>	Beskriva konsekvenser av trauma och tekniker för att hantera undvikande	Ängest Vad är undvikande Konsekvenser av undvikande Hjälpsamt undvikande, begränsande undvikande	Exponering Rädslohierarki Rädslotermometer
<b>8 Traumatiska minnen</b>	Medvetet möta minnet av traumatiskt händelse	Exponering för traumatiska minnen	Skriva ner sitt/sina traumatiska minne/n Berätta för någon
<b>9 Problemhantering</b>	Utveckla problemhanteringen	Problemhantering Funktionell, icke funktionell Levnadsvanor	Modell för problemhantering Förändra levnadsvanor
<b>10 Avslutning</b>	Avsluta tryggt och blicka framåt	Sammanfattning Framtid	Avsluta och planera framåt

### **Grupp 1**

Vi startade första gruppen i maj 2018 med unga pojkar (18-20 år) med tolk till dari. Kursen hölls i våra lokaler i Västerås

### **Grupp 2**

Genomfördes i Källfallet/Riddarhyttan där vi fick låna lokal i samma område som boendena. Vi fick hjälp av integrationshandläggare och goda kontakter på Länsbildningsförbundet inför informationstillfällena som vi höll i lokalen i Källfallet. Vi hade också patienter vi träffat enskilt och som vi bedömde skulle vara hjälpta av interventionen. Vi gav information om den planerade gruppinterventionen och screenade de som kom oavsett kön eller språk.

Gruppen vände sig till kvinnor som talade dari och hade kvinnlig tolk.

### **Grupp 3**

Även här hade vi kontakt med civilsamhället och kunde låna lokal, gruppen genomfördes i Bolagshagen/Norberg där vi fick låna lokal i samma område som boendena. Vi kallade personer vi hade kännedom om till information om screening men det kom även personer som vi inte kallat. Vi screenade i våra lokaler i Fagersta vid två tillfällen och gav information om gruppen. Till gruppstart kallade vi 8 men det kom fler. Till träff 2 kom ytterligare personer och gruppen blev till slut 13 personer. Gruppen vände sig till kvinnor som talade dari och hade kvinnlig tolk.

### **Grupp 4**

Inför gruppen i Arboga, grupp 4, genomfördes två tillfällen med screening och information i samarbete med RFSL. Vi informerade och screenade både i Västerås och i Arboga och hade då tolk till 3 språk samt gav informationen både på svenska och engelska. Migrationsverket har stort anläggningsboende för HBTQ-personer i Västmanland, kanske landets största eller enda? HBTQ-gruppen som startade var blandad när det gäller kön och hade tolk till engelska. Gruppen i Arboga hölls på Åbågens vårdcentral där vi lånade samlingslokal.

Gruppen hade större bortfall än grupp 2 och 3, fler patienter som meddelade förhinder att kunna delta.

### **Grupp 5**

Gruppen planerades att följas upp tillsammans med forskargruppen knuten till Uppsala universitet och representanter därifrån var också med vid informationstillfällena och screening. Det kom förhållandevis få av kallade patienter till informationen och av dem uppfyllde inte alla kriterierna för forskningen. Vi startade gruppen med unga vuxna, pojkar med tolk till dari. En del patienter avbröt efter gruppstart eller meddelade förhinder till en eller flera tillfällen, och gruppen blev liten.

## Grupp 6

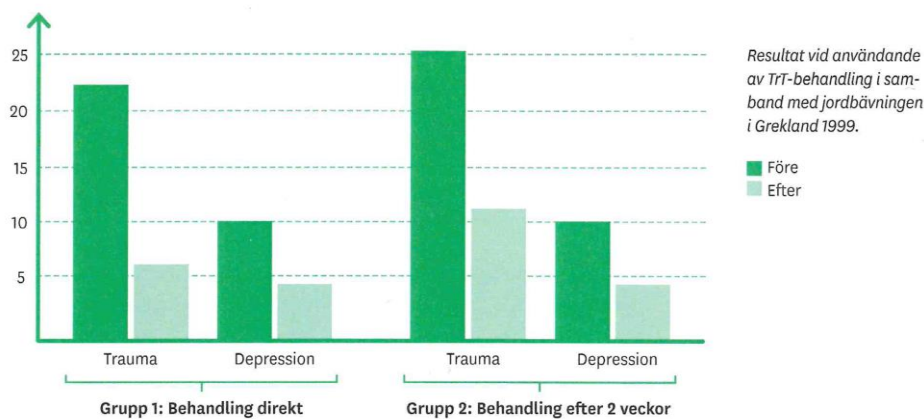
Genomfördes i Källfallet/Riddarhyttan där vi fick låna samma lokal som vid grupp 2. Vi fick hjälp av integrationshandläggare att sprida information om planerad grupp och information. Vi höll information och screenade i lokalen i Källfallet och då fanns också viss förståelse hos en del av patienterna då de kände till gruppen sedan tidigare.

Gruppen vände sig till män som talade dari och hade tolk till dari.

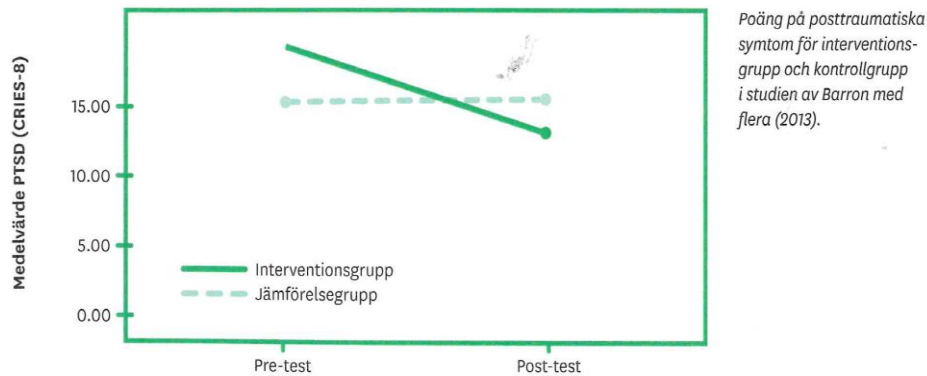
## Resultat

### Resultat TRT nationellt och internationellt

TRT har t.ex. använts på barn efter jordbävningar och mätningar som gjordes i samband med de interventionerna visade signifikant minskning av både traumatisk stress och depression efter genomgången program. Vid uppföljning efter 18 månader hade PTSD-poängen sjunkit signifikant ytterligare. Eftersom samma resultat visades för gruppen som fick vänta på behandling styrker det att det var insatsen snarare än tiden som gav effekt.



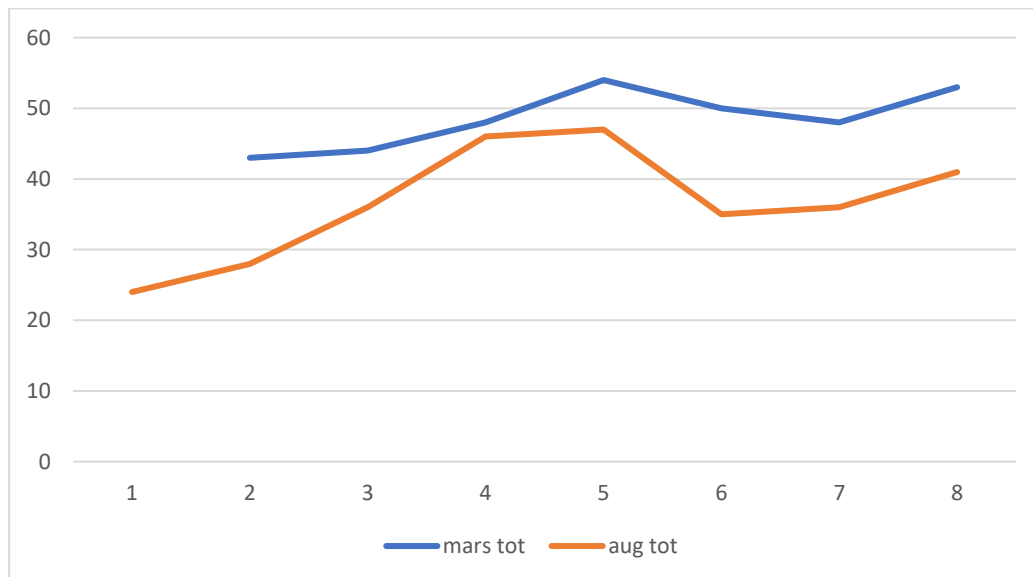
En annan studie på manualen som visar på fördelaktiga resultat är rapporten från Shooshtary, Panaghi & Moghadam 2008.



### Resultat TRT och traumastöd Region Västmanland

Vi genomför screening innan, vid kurslut och arbetat med långtidsuppföljningar efter ca 3 månader.

Långtidsuppföljningen för grupp 3, kvinnor i Kärrgruvan, visar att deras symptom på PTSD har sjunkit med bara en enhet men totalsiffran har sjunkit markant, från 48,57 till 36,63. Vi ser också en stor skillnad på den s.k. *Distress thermometer*, rädslotermometern, som sjunkit från 7,14 till 6.



## **Resultat TRT kvalitativt**

### Från utvärderingen grupp 3, mars 2019

#### **Saker vi lärt oss eller inte visste förut**

Allt är nytt  
Att lugna ner sig  
Att slappna av efter träning / pulshöjning  
Att planera för må bra-aktiviteter  
Att hitta sätt att sova bättre, rörelse, må bra-aktivitet  
Att kontrollera svåra minnen med hjälp av hjärnan  
Att sänka sin stressnivå med må bra-aktivitet och fjärilskramen  
Positiva tankar

#### **Positiva övningar**

Träning  
Medveten andning  
Rörelse  
Fjärilens kram  
Trygg inre plats

### Från långtidsuppföljningen grupp 3, augusti 2019

#### **Sammanfattning och rekapitulation med gruppen. Vad gjorde vi?**

Anti-stress  
Må-bra-tid  
Rörelse  
Fjärilens kram  
Trygg inre plats  
Hjärnans tre delar

#### **Har något förändrats hos dig själv efter att du gått i gruppen? Beskriv vad**

Ja! Mer tålamod  
Mer lugn  
Kvinnors rättigheter. "Jag har hittat min röst" "nu vet jag att man får strejka och demonstrera, att även kvinnor får"  
Mer energi och kraft  
Teknik för lägre stress, t.ex. fjärilens kram

#### **Klarar du något nu som du inte klarade förut? Beskriv vad**

Vågar säga och vågar höras. Har t.ex. pratat med journalister vid demonstrationer på Stora Bantorget  
Klarar att ha och att känna igen olika känslor

#### **Gör du något nu som du inte gjorde förut? Beskriv vad**

Pratat med en man (journalist)



Hanterar och klarar att sänka stressnivåerna, t.ex. genom promenad. Nu vet vi vad som händer i hjärnan och att man kan påverka sig själv.

**Vilka skillnader har det gjort för dig att få delta i gruppen?**

Lugn i själen

Kan slappna av, t.ex. med trygg inre plats, med anti-stress och med fjärlens kram

Har hittat sin röst

Har fått kunskap om egen stress och egen glömska

**Har du berättat något av det du lärt för andra i din omgivning?**

Berättat och visat övningar för man och barn.

Kunna förstå vad som händer och förklara för omgivningen vad som händer och vad som behövs för att lugna och reglera.

[Från utvärderingen grupp 6, november 2019](#)

**Har du fått nya kunskaper**

Nya kunskaper om hjärnan och vad som händer vid trauma, hjärnans olika delar.

Överlevnadsstrategier, fight – flight – freeze

Hur det blir utan kontroll och med kontroll

Jag har lärt mig att ta ett steg tillbaka, att lugna mig.

Minska symptomen på stress, depression och ångest

Fysisk aktivitet

Ta kontroll över minnen och känslor

Att hitta strategier

Vad man kan göra när rädslotermometern blir för hög

Jag känner igen när jag får freeze-reaktion

**Har du haft nytta av övningarna/teknikerna du har lärt dig?**

Trygg inre plats

Fysisk aktivitet. Det är viktigt med rörelse. Bra med övningarna vid grupptillfällena, rörelse och stretch. Uppmuntrar varandra att träna.

Anti-stress

**Hemuppgifterna?**

Vi har varit lata med hemuppgifterna

**Har gruppen känts trygg**

Ja!

Vi blev kalla av asylprocessen. Nu har vi börjat prata med varandra igen och vi pratar på ett annat sätt

**Vad skulle du säga till någon annan som funderar på att delta?**

Ge det en chans och gör det, gör övningarna hemma  
Det har öppnat nya perspektiv, har strategier och tekniker  
Man kan inte eliminera stressen men man kan hantera den

### **Har du saknat något, vill ha mer av? Något du tycker behöver förändras**

Mer tekniker för att hantera affekter, t.ex. kontrollera ilska

### **Något annat att tillägga?**

Vi vill ha fortsättningskurs!

***Skratt kan vara ett undvikande***

## **Diskussion resultatet**

Både forskningen och våra erfarenheter visar att en stor del av traumat somatiseras, att man söker ofta och för diffusa fysiska symptom. Psykoterapeut Sigurd Moe på Asylhälsan erbjöd för några år sedan möjlighet att remittera patienter med sömn- och koncentrationssvårigheter samt med kroppsliga symptom som inte kunnat ge hållpunkter för en medicinsk diagnos, varken somatisk eller psykiatrisk. Tanken var att dessa diffusa symptom möjligtvis kunde vara uttryck för traumatiska erfarenheter hos patienten. (Projektrapport).

### **Lärdomar, erfarenheter**

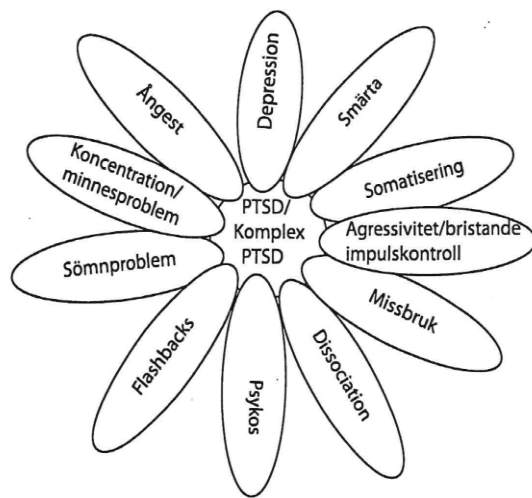
Det är viktigt med samma tolk varje gång för gruppen. Tolken behöver vara bekant med materialet och ha förmåga att härbärgera egna svåra känslor. Vi som gruppleddare har handledning genom arbetet men vi ser att tolkarna inte har tillgång till handledning vilket ökar den psykiska belastningen för dem då det finns risk för både sekundärtraumatisering och re-traumatisering.

Grupperna i Västerås med ungdomar och gruppen i Arboga med HBTQ-personer har varit mindre trots många kallade. De möjliga förklaringar vi kan se är att ungdomarna i Västerås har till stor del haft skolplats. De lever också i Västerås med något större utbud och sociala kontakter. En del patienter i västeråsgrupperna har haft uppehållstillstånd enligt nya gymnasielagen där skolresultatet är förutsättningen för eventuell förlängning av uppehållstillståndet vilket innebär att de absolut inte "har råd" att missa skoltid även om vi lagt grupptillfällena så sent som möjligt på eftermiddagen. HBTQ-gruppen var tidigare i asylprocessen och verkade också i högre grad ha egna sociala kontakter och gott stöd av RFSL. Både ungdomarna och HBTQ-personerna har inte ansvar för egna familjer och barn i Sverige vilket verkar ha gett lite mer frihet och möjlighet att delta i andra aktiviteter och saker som befrämjar egna hälsan. Gruppen i Arboga hölls under våren då det också var många aktiviteter via t.ex. RFSL och planering för pride-veckor.

Grupperna i Källfallet och Kärrgruvan är vuxna och har familj och ansvar för barn. Det gör dem mindre rörliga, de har ett större ansvar och en sämre ekonomi. De har en stor oro, inte bara för sig själva utan också för barnen och barnens framtid. De hanterar inte bara sina egna erfarenheter och oro utan också det de ser i partners och barnens mående och visade symptom på psykisk ohälsa. De har haft högre närvaro än de andra grupperna.

Vi har kunnat se att deltagarna lever "nära traumat" vilket också bekräftas av deras resultat på RHS. Det innebär att även om det är en gruppintervention snarare än traumabehandling kommer minnen och reaktioner upp i grupperna som manualen inte täcker. Vår erfarenhet är att det är viktigt att man som gruppleddare har adekvat utbildning och erfarenhet för att ha förmåga att hantera och hållbara det som händer i gruppen.

Anna Gerge och Kristina Lander använder i sin bok PTSD – en handbok traumablomman som illustration.



Modellen visar hur obehandlad psykisk traumatisering kan ta sig uttryck och hur obehandlad psykisk traumatisering kan ligga bakom eller förvärra ett antal olika tillstånd som behandlas inom primärvård och psykiatri. Effektiv PTSD-behandling behöver också behandla samsjukligheter, t.ex. depression, ångest och affektreglering. Det räcker inte bara med att få ner frekvensen av återupplevelanden, undvikande och problem med en förhöjd anspänning.

En högre traumamedvetenhet hos hela personalgruppen skulle kunna spara tid och kostnader för provtagning och undersökningar. Vi kan se att deltagarna i de grupper vi haft söker i mindre utsträckning efter genomförd intervention, nästan inte alls tillbaka till samtalsmottagningen trots att vi vet att deras situation inte är förändrad och att symptom troligen kvarstår. Det som troligtvis förändrats är deltagarnas förmåga att hantera sina symptom.

De siffror vi har hittills visar ingen markant förbättring, minskning, av symptomen vid screeningen som görs vid sista grupptillfället. Däremot vid långtidsuppföljningen, då ffa. totalsiffran och rädslostermometern minskar. PTSD-symptomen ligger kvar på ungefär samma nivå och det skulle förklaras av att de flesta har utvisningsbeslut som dock inte kan genomföras i dagsläget. Det innebär att traumat inte är avslutat utan det är levande och de löper risken att det kan hända igen. Vi som behandlare kan inte arbeta med det enbart som ett minne. Att utvisningarna av barnfamiljer inte kan

genomförs med tvång just nu ger tillfällig lättnad men samtidigt en ovisshet om framtiden då det ligger på diplomatisk och politisk nivå.

Minskningen vi sett på rädslotermometern och på totalen visar ändå att symptomen på depression och ångest har minskat vilket styrker tanken att traumastödet ger deltagarna ökade kunskaper och förmåga att hantera stress och oro, de har fått tekniker och strategier. Vi tror att vi har stärkt de förmågor som Sigurd Moe nämner i sin rapport, kapacitet till affektreglering, mentaliserings- och symboliseringsförmåga. Patientens anknytningsmönster och förmåga till tillit spelar också in.

## Tankar framåt

Vårt mål är att kunna genomföra 4-5 grupper under 2020. Vi ser att behovet är störst bland vuxna kvinnor och män och i norra länsdelarna vilket också bekräftas av hur grupperna sett ut under projektiden.

2020 4-5 grupper

- Vi ser också att vi kan ge föreläsningar med tolk om relevanta ämnen för psykologisk behandling, *Stepped care såsom i Partillemodellen och många andra primärvårdsmodeller både i Sverige och utomlands*. Detta kan också jämföras med andra gruppinsatser på primärvårdsnivå, t.ex. mindfulness, stress, må-bra-grupper.
- Refugees well schooled. CHAP har ställt frågan om att genomföra grupper, TRT, via skolan. EU-finansierat projekt, <https://refugeeswellschool.org/intervention/teaching-recovery-techniques-in-service-teacher-training/>  
<https://refugeeswellschool.org/>
- Lena har börjat skriva en C-uppsats på psykoterapeut-programmet, en kvalitativ utvärdering av traumastöd. Beräknas klar till jul 2020.

## Referenser, länkar, läsa vidare:

Assessing severity of psychological distress among refugees with the Refugee Health Screener (Bjertå et al)

Rapport CHAP

Projektrapport, Sigurd Moe

PTSD – en handbok. Anna Gerge och Kristina Lander

<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/posttraumatiskt-stressyndrom/520>