

Våld i nära relationer: en utmaning för hälso- och sjukvården

Våld i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem och ett brott mot de mänskliga rättigheterna [1]. En ofta använd definition av våld har formulerats av den norska psykologen och psykoterapeuten Per Isdal: »Med våld menas varje handling riktad mot en annan person som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill« [2]. Våldet kan exempelvis vara fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt. Upprepade studier visar starka samband mellan att ha varit utsatt för våld av en partner och olika typer av fysisk och psykisk ohälsa [3, 4].

Allra allvarligast är det dödliga våldet. Vartannat år publicerar Socialstyrelsen en rapport om sina utredningar gällande dödligt våld och försök till dödligt våld av en närstående. Syftet är att identifiera brister i hur samhället agerat och ge underlag för åtgärder som förebygger att fler utsätts. I den senaste rapporten [5] ingår 41 barn och 57 vuxna som utsatts för grovt eller dödligt våld. Majoriteten av både vuxna brottsoffer och gärningspersoner hade haft kontakt med hälso- och sjukvården under året före brottet, vanligast var kontakt inom primärvården. Liksom i tidigare rapporter påpekas brister gällande hälso- och sjukvårdens förmåga att upptäcka våld. Trots upprepade kontakter med tydliga indikationer om att våld kunde vara en underliggande orsak till vårdbesöket



Johanna Simmons, med dr, docent, överläkare i geriatrik; Linköpings universitet; Närvårdskliniken, Region Östergötland
● johanna.simmons@liu.se



Lisa Kastbom, med dr, universitetslektor, specialläkare i allmänmedicin; Linköpings universitet; Ekholmens vårdcentral, Region Östergötland

hade inga frågor om våld ställts. Dessutom ses påtagliga brister vad gäller samverkan med andra samhällsaktörer, exempelvis socialtjänsten. Siffrorna gällande det mest allvarliga våldet är bara toppen av ett isberg. Betydligt fler lever i en situation där de utsätts eller har varit utsatta för någon typ av våld av en närstående. En rapport från Brottsförebyggande rådet visar att omkring 35 procent av kvinnor och 21 procent av män i Sverige utsätts för våld i nära relationer någon gång i livet [6]. De negativa konsekvenserna för hälsan är väldokumenterade, och det är därför både rimligt och positivt att läkare känner stort ansvar för att identifiera och hantera denna

problematik, så som beskrivs i artikeln av Thurezon och kollegor i detta nummer.

Till läkarens uppgifter hör att göra en samlad bedömning av vad som orsakar patientens symtom och tillstånd. Att ställa frågor om våld kan vara ett sätt att upptäcka dolda orsaker till ohälsa och därmed både öka möjligheten att patienten får tillgång till adekvata åtgärder och att onödiga utredningar och behandlingar avstås. Dessutom kan frågorna göra att en potentiellt farlig situation upptäcks och adekvata skyddsåtgärder kan sättas in i samråd med andra samhällsinstanser. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [7] ska frågor om våld ställas inom hälso- och sjukvården när det finns »symtom eller tecken« som tyder på utsatthet för våld i nära relationer. Under våren 2025 publicerade Socialstyrelsen ett nytt kunskapsstöd där det preciseras närmare vilka situationer som avses, och både det dokumentet och tidigare forskning visar att listan över symtom och tecken som tyder på våldsutsatthet är omfattande [8]. Med tanke på våldets omfattning, dess allvarliga konsekvenser och hur få fall som upptäcks bör vi nog fråga våra patienter om våld betydligt oftare än vi gör. Som hjälpmedel finns flera vetenskapligt utvärderade screeninginstrument på svenska. Ett exempel är »Frågor om våld« (FOV), som utvecklats av Västra Götalandsregionens kompetenscen-

trum för våld i nära relationer (VKV) och finns anpassat för flera olika målgrupper och på flera olika språk [9]. Specifikt riktat till äldre personer finns Reagera-formulären [10, 11]. Genom att öva utvecklar vi den trygghet som krävs för att våga ta upp dessa frågor och ta hand om svaren.

I studien av Thurezon och kollegor betonas vikten av att vara uppmärksam på egna fördomar om vem som kan vara utsatt för våld och att det exempelvis kan vara svårt att ställa frågor när det är en kollega som är patient. Studier om erfarenheter av våld hos vårdpersonal är relativt få, men visar att utsatthet för våld är minst lika vanligt förekommande hos vårdpersonal som hos den övriga befolkningen, möjligen ännu vanligare [12, 13]. Våldet kan påverka arbetet, dels i form av ökad risk för sjukfrånvaro [14] men också då utövaren kan störa på arbetsplatsen genom trakasserier och stalkning [15, 16]. Att möta patienter som varit utsatta för våld kan också utlösa negativa reaktioner och leda till retraumatisering hos vårdperso-

»Att möta patienter som varit utsatta för våld kan också utlösa negativa reaktioner och leda till retraumatisering hos vårdpersonal ...«

nal [15]. Sammantaget är det därför rimligt att våld också har börjat uppmärksammas som en fråga för arbetsgivare.

En särskild utmaning, där vi som vårdpersonal har stort ansvar, är när patienter blir utövare av våld till följd av personlighetsförändring orsakad av sjukdom, exempelvis vid hjärntumörer eller neurodegenerativ sjukdom. I sådana situationer är det sannolikt inte juridiska åtgärder som behövs, utan vårdinsatser. Samtidigt måste vi prata om det som händer som våld för att problemet ska uppmärksammas och för att de som utsätts ska få

HUVUDBUDSKAP

- Våld i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem, starkt associerat med fysisk och psykisk ohälsa.
- Vården brister i att upptäcka våld och ge adekvat stöd.
- Varje situation är unik, men nationella och lokala riktlinjer kan ge vägledning i mötet med våldsutsatta patienter.
- Läkarnas ansvar är stort, men vi delar det med andra samhällsaktörer.



Foto: Mostphotos

I vårdgivarens uppdrag ingår bland annat att informera om möjligheter till hjälp och stöd från hälso- och sjukvården.

adekvat hjälp. Vår egen forskning visar att närstående till personer med hjärntumör som utövar våld upplever ett mycket stort lidande och ensamhet. Våldet normaliseras gradvis, och skuld och skam är vanlig – ofta kopplad till vetskapen att allvarlig sjukdom ligger bakom våldet [17].

En vanlig orsak till att vårdpersonal tvekar att fråga om våld är osäkerhet kring hur svaret ska hanteras [18]. Många känner ett stort personligt ansvar att hitta en lösning på situationen när man identifierat problemet och blir frustrerade när patienten väljer att agera på ett annat sätt än det man föreslår [19]. I en metasyntes inkluderande 30 kvalitativa studier med kvinnor som varit utsatta för våld i nära relationer understryks dock vikten av att vårdpersonal visar förståelse för att situationen är komplex samt respekterar patientens självbestämmande och fokuserar på vägledning och stöd snarare än att ta över ansvaret och känna sig nödgad att lösa alla problem [20]. Vikten av egenmakt och självbestämmande betonas också inom förhållningssättet »traumamedveten vård och omsorg« (trauma informed care), som rekommenderas i mötet med våldsutsatta personer i många delar av världen [21]. Förhållningssättet introduceras nu också i Sverige och kan utgöra ett värdefullt stöd i arbetet. Studier avseende våldsutsatta per-

soners förväntan på hälso- och sjukvården betonar vidare vikten av ett respektfullt, empatiskt bemötande och att man tror på vad patienten berättar. Dessutom önskas kontinuitet, behandling för samtidig ohälsa, korrekt dokumentation och hänvisning till andra relevanta samhällsinstanser [20]. Inget av detta ter sig som orimlig förväntan eller omöjligt att genomföra.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande våld i nära relationer [7] ingår det i vårdgivarens uppdrag att informera om möjligheter till hjälp och stöd från hälso- och sjukvården, socialtjänsten och frivilligorganisationer samt, förutsatt att samtycke finns, hjälpa personen att komma i kontakt med socialtjänsten. För att kunna göra relevanta hänvisningar krävs dock kunskap om vilka aktörer som finns och vilken hjälp de kan ge, vilket många vårdgivare uppger att de saknar [18]. Relevanta hänvisningar kan till exempel inkludera psykiatriska och psykologiska instanser, såsom traumavård eller psykosociala enheter inom hälso- och sjukvården, men ofta är det socialtjänsten och frivilligorganisationer som erbjuder den långsiktiga hjälpen. Enligt socialtjänstlagen (2025:400) har alla kommuner ett lagstadgat ansvar för både våldsutsatta och våldsutövare i nära relationer. Vid behov bör samarbete också ske med polis och andra rättsvårdande instanser.

»En vanlig orsak till att vårdpersonal tvekar att fråga om våld är osäkerhet kring hur svaret ska hanteras.«

ser. I händelse av allvarligt våld kan det bli aktuellt för vårdpersonal att bryta sekretess och kontakta polis även mot patientens vilja. Västra Götalandsregionen har arbetat föredömligt med att ta fram tydliga kliniska riktlinjer för när och hur sekretess får, och bör, brytas [22] baserat på de juridiska förutsättningarna och forskning om dödligt våld [23, 24].

Osäkerheten kring hur frågan om våld ska hanteras beror sannolikt på att problemet saknar en enkel, tydlig, standardiserad lösning. Men även om läkarens agerande vid våld i nära relationer alltid måste anpassas efter den enskilda situationen finns numera ett relativt omfattande organisatoriskt stöd, till exempel en nationell handbok [25] och ett nationellt kunskapsstöd [8] från Socialstyrelsen samt regionala och lokala riktlinjer i de flesta delar av landet. Både Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) och Socialstyrelsen har dessutom omfattande webbstöd om våld i nära relationer, inkluderande utbildningsmaterial och nationella riktlinjer [26, 27]. Frågan är dock om befintliga riktlinjer är kända i verksamheten och om vi som läkare tar ansvar för att känna till dem.

Slutligen är det viktigt att betona att vårt ansvar som läkare är stort, men vi står inte ensamma. Kompetens kring våld i nära relationer finns ofta inom den egna arbetsplatsen, på andra kliniker, hos socialtjänsten och polisen samt hos frivilligorganisationer. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:25164

REFERENSER

1. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Isdal P. Meningen med våld. 2 uppl. Stockholm: Gothia Fortbildning AB; 2017.
3. White SJ, Sin J, Sweeney A, et al. Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(1):494-511.
4. Stubbs A, Szoek C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: a systematic review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(4):1157-72.
5. Vuxna personer som utsatts för dödligt våld eller försök till dödligt våld av närstående. Skade- och dödsfallsutredningar 2024-2025. Socialstyrelsen 2026. Artikelnummer 2026-1-10009.
6. Frenzel A. Brott i nära relation. Kartläggning av utsatthet under 2022 och under livstiden. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (Brå); 2024. Rapport 2024:4.
7. HSLF-FS 2022:39. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. 2025.
8. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer: Våld i nära relationer. Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025. Artikelnr 2025-5-9569.
9. Lövestad S, Sjöström K, Björk J, et al. The Questions on violence (FOV) tool for interpersonal violence inquiry in Swedish healthcare settings - evaluation of content validity, face validity and test-retest reliability. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1240.
10. Simmons J, Wiklund N, Ludvigsson M, et al. Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults. *J Elder Abuse Negl*. 2020;32(2):173-95.
11. Simmons J, Floberg E, Casselgren C, et al. REAGERA-dementia: study protocol for the validation of screening instruments to detect abuse of people with dementia. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):660.
12. McLindon E, Diemer K, Kuruppu J, et al. »You can't swim well if there is a weight dragging you down«: cross-sectional study of intimate partner violence, sexual assault and child abuse prevalence against Australian nurses, midwives and carers. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1731.
13. McLindon E, Humphreys C, Hegarty K. »It happens to clinicians too«: an Australian prevalence study of intimate partner and family violence against health professionals. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):113.
14. Ornstein P. The price of violence: Consequences of violent crime in Sweden. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU); 2017. Working paper 2017:22.
15. Dheensa S, Doughty J, Gregory A. Healthcare professionals as domestic abuse survivors: workplace impact and support-seeking. *Occup Med (Lond)*. 2024;74(7):514-22. Erratum: 2025;74(9):690.
16. Dheensa S, McLindon E, Spencer C, et al. Healthcare professionals' own experiences of domestic violence and abuse: a meta-analysis of prevalence and systematic review of risk markers and consequences. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(3):1282-99.
17. Guenna Holmgren A, Malmström A, Degsell E, et al. »My safe haven turned into a terror zone«: a qualitative study of family members' experiences of violence by brain tumor patients. *PLoS One*. 2026;21(1):e0340959.
18. Alvarez C, Fedock G, Grace KT, et al. Provider screening and counseling for intimate partner violence: a systematic review of practices and influencing factors. *Trauma Violence Abuse*. 2017;18(5):479-95.
19. Tarzia L, Cameron J, Watson J, et al. Personal barriers to addressing intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis of healthcare practitioners' experiences. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):567.
20. Tarzia L, Bohren MA, Cameron J, et al. Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: a qualitative meta-synthesis. *BMJ Open*. 2020;10(11):e041339.
21. Treatment improvement protocol (TIP 57). Trauma-informed care in behavioral health services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2014.
22. Västra Götalandsregionen. Kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV). Tipsa polisen för att förhindra våld. https://www.vgregion.se/regionhalsan/valdinarelationer/vardens_uppgifter/tipsa-polisen/
23. Enander V, Krantz G, Lysell H, et al. Before the killing: intimate partner homicides in a process perspective, Part I. *Journal of Gender-Based Violence*. 2021;5:59-74.
24. Enander V, Krantz G, Lövestad S, et al. The killing and thereafter: intimate partner homicides in a process perspective, part II. *Journal of Gender-Based Violence*. 2022;6(3):501-17.
25. Våld i nära relationer. Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-6-8592.
26. Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. Webbstöd för vården [uppdaterat 3 feb 2026]. <https://www.uu.se/centrum/nck/for-yrkesverksamma/webbstodforvarden>
27. Kunskapsguiden. Våld i nära relationer. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/vald-i-nara-relationer/>

SUMMARY

Intimate partner violence a challenge for healthcare

Intimate partner violence (IPV) is a pervasive public health problem and a human rights violation, affecting approximately 35% of women and 21% of men in Sweden. IPV is strongly associated with adverse health outcomes and often constitutes an underlying reason for health care visits. Despite this, many practitioners hesitate to address IPV, because of insufficient knowledge and lack of clear referral protocols.

However, an increasing number of national and regional guidelines provide practical support for asking about IPV and making appropriate referrals. While healthcare professionals carry significant responsibility in responding to IPV, this is not a task we face alone. Numerous societal resources are available, including healthcare services, social services, and non-governmental organizations, all working to support individuals affected by IPV.