

En möjlighet att rädda liv

Framtagandet av en regional rutin till stöd för vårdens möjlighet att lämna uppgifter till polisen för att förebygga allvarligt våld i nära relationer.

Mari Brännvall och Viveka Enander



Datum: 2025-07-02

Dokumentnamn: En möjlighet att rädda liv: Framtagandet av en regional rutin till stöd för vårdens möjlighet att lämna uppgifter till polisen för att förebygga allvarligt våld i nära relationer

Beslutad av: Carina Eliason

Kontaktperson: Carina Eliason, carina.eliason@vgregion.se, VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Förord

Våld i nära relationer är ett allvarligt samhällsproblem som i vissa fall får dödlig utgång. Hälso- och sjukvården har en särskild roll i att förebygga sådant våld, då forskning visar att både offer och förövare ofta har kontakt med vården kort tid innan ett dödligt våldsdåd. Denna kontakt innebär ett ansvar – men också en möjlighet – att agera i tid.

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) har i uppdrag att stödja regionens hälso- och sjukvård i arbetet med att förebygga och identifiera våld i nära relationer. Som en del av detta uppdrag fick VKV hösten 2023 i uppdrag att ta fram en regional rutin som stödjer hälso- och sjukvårdspersonal i att agera vid oro för allvarligt våld, med stöd av 10 kap. 18 c § OSL.

Denna rapport beskriver arbetet med att utveckla, testa och revidera rutinen, samt vårdpersonalens erfarenheter av att använda den i praktiken. Resultaten visar att rutinen är ett konkret stöd i det dagliga arbetet, att den bidrar till att risker identifieras och att tips lämnas till polisen – tips som lett till åtgärder.

Ett varmt tack riktas till personalen vid de mottagningar som deltog i testningen. Ert engagemang, era reflektioner och er vilja att bidra till utveckling har varit avgörande för att rutinen ska bli ett användbart verktyg i hela regionen. Ett stort tack riktas också till polisen för det konstruktiva samarbetet och för att ni tagit emot och agerat på de tips som lämnats.

För att detta arbete ska få fullt genomslag krävs fortsatt samverkan mellan hälso- och sjukvården och polisen, samt ett starkt ledarskap som ger vårdpersonal stöd att agera. Tillsammans kan vi bidra till att förebygga dödligt våld i nära relationer – ett arbete där varje insats kan vara avgörande.

Göteborg 2025-08-25

Carina Eliason

Områdeschef

VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Sammanfattning

Våld i nära relationer kan i värsta fall få dödlig utgång. Forskning visar att hälso- och sjukvården är den samhällsaktör som flest förövare och offer för dödligt våld i nära relationer har kontakt med. För de flesta sker kontakten en kort tid innan dådet. Denna kontakt ger hälso- och sjukvården en unik möjlighet att upptäcka våld i nära relationer innan det får dödlig utgång.

Hösten 2021 fick personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ett nytt verktyg för att bidra till att förebygga dödligt våld i nära relationer genom införandet av paragrafen 10 kap. 18 c § OSL. Denna paragraf gav personalen en utökad möjlighet att tipsa polis när de känner oro för allvarligt våld i nära relationer innan det är för sent. Två förutsättningar ska vara uppfyllda för att uppgifterna får lämnas ut. Dessa är att:

1. det på grund av särskilda omständigheter finns risk för allvarligt våld, och
2. det inte är olämpligt att uppgiften lämnas ut.

Hösten 2023 fick VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, uppdraget att ta fram en regional rutin till stöd för hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning och handläggning av möjligheten att tipsa polisen med stöd av 10 kap. 18 c § OSL. Arbetet resulterade i följande stöd till hälso- och sjukvårdspersonal:

- En regional rutin som beskriver bedömning och handläggning av risk för allvarligt våld i nära relationer med stöd av 10 kap. 18 c § OSL.
- Ett åtgärdskort i A5-format med flödesschema som kortfattat beskriver ovan.
- Ett kunskapsstöd om tillämpningen av bestämmelsen.
- En forskningsöversikt om riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer.

I denna rapport beskrivs framtagandet av rutinen samt resultatet av den testning av rutinen som genomfördes vid åtta mottagningar under en tremånadersperiod hösten 2024. Syftet med rapporten var att beskriva personalens erfarenheter av att använda den föreslagna rutinen, vilken ger möjlighet att lämna uppgifter till polisen för att förhindra allvarligt våld i nära relationer. Följande frågeställningar har besvarats:

1. Har rutinen varit till stöd för vårdpersonal för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld?
2. Har rutinen bidragit till att risk för allvarligt våld identifierats och att uppgifter lämnats till polisen?

3. Vilka utvecklingsbehov av rutinen har framkommit?

Personalen vid de åtta mottagningar som testade rutinen uppgav att den är användbar för att upptäcka, bedöma och handlägga risk för allvarligt våld i nära relationer. De uppgav också att den tydliggör vad som förväntas av dem och att den beskriver ett arbetssätt som är rimligt i det vardagliga arbetet inom hälso- och sjukvården. Den personal som identifierat risk för allvarligt våld i nära relationer uppgav att den varit till hjälp i deras bedömning och handläggning enligt bestämmelsen i OSL.

Under testperioden identifierades risk för allvarligt våld i elva ärenden. Tips lämnades till polisen i åtta av dessa ärenden. Här kan understrykas att detta är något personalen inte skulle ha gjort om de inte deltagit i testningen. Det visar att rutinen bidragit till att risk för allvarligt våld identifierats och att tips lämnats till polisen. Tipsen som lämnats av hälso- och sjukvårdspersonal bedömdes som relevanta av polisen, som vidtagit åtgärder baserat på tipsen.

Testningen av rutinen gjorde det möjligt att identifiera utvecklingsbehov innan den blev en regional rutin som gäller hälso- och sjukvården i hela Västra Götalandsregionen. De utvecklingsbehov som identifierades avsåg rutinen, annat stöd utöver rutinen och samverkan med polisen. Rutinen och kunskapsstödet har reviderats i enlighet med testdeltagarnas önskemål, för att underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal att upptäcka, bedöma och handlägga risk för allvarligt våld i nära relationer med stöd av 10 kap. 18 c § OSL.

För att hälso- och sjukvården ska kunna tillämpa 10 kap. 18 c § OSL på ett adekvat sätt, räcker det dock inte med ett internt utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Det behövs också ett samarbete med polisen så att tips från hälso- och sjukvårdspersonalen tas emot väl. Ett sådant mottagande bör omfatta en direkt kontaktväg till polisen för att överlämnandet av uppgifterna ska gå smidigt samt att polisen känner till vårdpersonals möjlighet att tipsa och hur tipsen ska tas emot och hanteras internt inom myndigheten.

Med vetskap om att tips tas emot väl av polisen så ökar möjligheten att hälso- och sjukvårdspersonal ska våga agera på sin oro. Detta förutsätter dock också ett gott stöd från chefer inom hälso- och sjukvården till den vårdpersonal som känner oro för att själva utsättas för repressalier från en våldsutövare vid tips till polisen. Sammantaget kan detta ge personalen bättre förutsättningar att ingripa för att förebygga allvarligt våld i nära relationer, och därigenom bidra i det viktiga arbetet med att förebygga dödligt våld i nära relationer. Ett bidrag som kan vara avgörande för att polisen i sin tur ska kunna ingripa för att förhindra att våldet får dödlig utgång.

Innehåll

Förord.....	2
Sammanfattning.....	3
Inledning	8
Bakgrund.....	8
Syfte.....	9
Tidigare forskning	9
Våldsformer och riskfaktorer	9
Prevention av dödligt våld.....	12
Framtagandet av rutinen.....	14
Litteraturgenomgång	15
Genomgång av vägledning och goda exempel	15
Initiera samarbete med polis	16
Utkast på regional rutin och stöddokument	16
Remissrunda	16
Klinisk testning av regional rutin och stöddokument.....	16
Förslag på regional rutin och stöddokument.....	17
Metod.....	17
Avstämningar, intervjuer och enkätsvar	18
Sammanställning av polisärenden	19
Resultat.....	19
Deltagarnas uppfattningar om rutinen	20
En användbar rutin	20

Ett rimligt arbetssätt	21
Tydligt vad som förväntas	21
Rutinen är till hjälp	22
Behov av förtydligande.....	23
Behov av komplettering	26
Behov av annat stöd	27
Upptäckt risk för allvarligt våld.....	27
Identifierade fall.....	28
Upptäckt av fallen	29
Bedömning av förutsättningar	31
Risk för våld	31
Bidra till att förhindra brott	33
Inte olämpligt.....	33
Fall där polis inte kontaktades	34
Kontakten med polisen.....	34
Vikten av en beredd mottagare	35
Kontaktperson ger tillgänglighet och trygghet.....	37
Tillit påverkas av erfarenhet.....	37
Att göra mer än att tipsa: andra vidtagna åtgärder.....	38
Polisens åtgärder	39
Slutsatser	40
Diskussion	43
Referenser.....	45
Bilaga 1: Regional rutin	52
Bilaga 2: Intervjuguide avstämningar	61

Bilaga 3: Intervjuguide intervju	62
Bilaga 4: Enkät	63

Inledning

Bakgrund

Våld i nära relationer är ett omfattande och allvarligt folkhälsoproblem, med svåra konsekvenser för de utsatta (1). Med våld i nära relationer menas våld som utövas av en närstående till den som utsätts. Våldsutövaren kan exempelvis vara en nuvarande eller tidigare partner, en förälder, ett syskon eller ett vuxet barn till den utsatta.

Hälso- och sjukvården är den samhällsaktör som flest förövare och offer för dödligt våld i nära relationer är i kontakt med året innan dådet (2). Nästan alla förövare tar kontakt med hälso- och sjukvården under den senaste månaden innan brottet. De söker ofta vård för beroende eller psykiatriska tillstånd hos vårdcentralen, psykiatrin eller beroendevården. Även offren söker ofta kontakt med hälso- och sjukvården en kort tid före brottet.

Utifrån kunskapen att så många förövare och offer för dödligt våld i nära relationer söker hälso- och sjukvård, men också socialtjänst, före dådet, infördes hösten 2021 en bestämmelse i Offentlighets- och sekretesslagen (10 kap. 18 c § OSL) som ger hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att ingripa före våldet blivit så allvarligt att det är dödligt. Bestämmelsen möjliggör för personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänsten att på eget initiativ lämna uppgifter till polisen för att förebygga allvarligt våld i nära relationer. Enligt bestämmelsen skulle tre förutsättningar vara uppfyllda för att få lämna ut uppgifter. Dessa var att:

1. det på grund av särskilda omständigheter finns risk för allvarligt våld,
2. uppgiften kan antas bidra till att förhindra brottet, och
3. det inte är olämpligt att uppgiften lämnas ut.

Den 1 april 2025 togs den andra förutsättningen bort. I bedömningen ska hälso- och sjukvårdspersonal göra en avvägning mellan motstående intressen, samt göra en riskbedömning utifrån samtliga omständigheter i ärendet. Information om vilka dessa omständigheter kan vara är tämligen knapphändig i förarbetena till bestämmelsen. I regeringens proposition påtalas att omständigheter av särskilt betydelse är att personalen fått veta att en person tidigare utövat ett vålds, frids- eller sexualbrott mot en närstående eller att det fattats beslut om kontaktförbud (3). Andra omständigheter som tas upp är att det finns tecken på att våldet eskalerat. I den statliga utredningen som föregick bestämmelsen nämns också kontrollbehov, separation och psykiatriska diagnoser som riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer (4).

Inför införandet av bestämmelsen påtalade många remissinstanser svårigheter för hälso- och sjukvårdspersonal att göra riskbedömningar samt behovet av tydliga rutiner för handläggning (3). Regeringens konklusion var att vägledning och stöd till personal bör utvecklas på såväl övergripande nationell nivå som verksamhetsanpassat genom arbetsgivaren.

Framtagandet av den föreslagna regionala rutinen innebär att ett sådant verksamhetsanpassat stöd har utvecklats. I denna rapport ges en bakgrund till och beskrivning av framtagandet av rutinen, I övrigt utgår rapporten från följande syfte.

Syfte

Syftet med rapporten är att beskriva personalens erfarenheter av att använda den föreslagna rutinen gällande 10 kap. 18 c § OSL som ger möjlighet att lämna uppgifter till polisen för att förhindra allvarligt våld i nära relationer.

Följande frågeställningar besvaras:

1. Har rutinen varit till stöd för vårdpersonal för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld?
2. Har rutinen bidragit till att risk för allvarligt våld identifierats och att uppgifter lämnats till polisen?
3. Vilka utvecklingsbehov av rutinen har framkommit?

Tidigare forskning

Som framgått ovan är målet med den sekretessbrytande möjligheten som ges genom OSL, 10 kap 18 c § att förhindra allvarligt våld. Nedan redogörs för forskning kring tre former av dödligt våld i nära relationer: dödligt partnervåld, föräldrars dödliga våld mot barn och barns dödliga våld mot föräldrar. Vidare redogörs för forskning kring prevention av dödligt våld, vilket kan säga vara den föreslagna rutinens yttersta mål. Fokus på just dödligt våld följer av att detta är den allvarligaste formen av våld i nära relation, då offret mister livet och de anhöriga drabbas av så kallad traumatisk sorg (5–7). Det är också rimligt att anta att riskfaktorer för dödligt våld och annat allvarligt våld, i betydelsen att det är grovt och/eller livshotande, till stora delar överlappar.

Våldsformer och riskfaktorer

Den vanligaste formen av dödligt våld i nära relationer är mäns dödliga partnervåld mot kvinnor, vilket i Sverige sker med ungefär 15 fall om året (8–10). Att fler män än kvinnor utövar dödligt våld i nära relationer gör

också att vi har bättre kunskapsunderlag om riskfaktorer för män än för kvinnor. Dessa är sammanfattningsvis:

- tidigare våld, särskilt strypvåld och sexuellt våld
- svartsjuka, kontrollerande beteende och stalkning
- pågående eller nyligen genomförd separation
- förövarens tillgång till skjutvapen
- psykisk ohälsa, i synnerhet depression, självmordstankar/försök samt personlighetsstörningar
- alkohol/drogmissbruk
- arbetslöshet, låg utbildningsnivå, låg inkomst. (11–23).

Forskningen visar vidare att det är komplexa kombinationer av dessa riskfaktorer, samt eskalering av dem, som tycks föregå dödligt våld (24–26).

Även kvinnor förövar dödligt våld mot manliga (f.d.) partners, men detta är ovanligt och sker i ungefär fyra fall om året i Sverige (8–10). Kvinnor som använder dödligt våld mot manliga partners agerar enligt forskningen ofta i självförsvar eller använder dödligt våld som reaktion mot tidigare våldsutsatthet (27–29). Egen våldsutsatthet och rädsla är då del av motivbilden (30). Forskningsunderlaget är i övrigt begränsat vad gäller riskfaktorer för kvinnors dödliga partnervåld, men arbetslöshet tycks vara en betydelsefull sådan (23, 32) och liksom för manliga förövare har psykisk ohälsa, låg utbildningsnivå och missbruksproblematik funnits vara riskfaktorer (33–34). Till skillnad från manliga förövare uppvisar kvinnliga förövare dock inte samma mönster av kontrollerande beteende och stalkning före dådet (23, 32).

Föräldrars dödliga våld mot barn är ett mycket tragiskt och allvarligt fenomen, som dock är mycket ovanligt, med cirka 3 fall om året i Sverige (8–9). Yngre barn löper större risk att dödas av en förälder än äldre barn, och barn under fyra år löper större risk att bli dödade av en förälder än någon annan åldersgrupp, med det första dygnet av deras liv som allra mest riskfyllt (33–34). Ju yngre barnet är desto större risk är att det utsätts för dödligt våld av modern, medan ju äldre barnet är desto större risk är att det utsätts för dödligt våld av fadern (33–37), med viss överrepresentation av styvfäder (35, 38).

Inom forskningen har olika kategorier av dödligt våld mot barn beskrivits (35, 39–44):

- **Dödligt våld mot nyfödda**, vilket oftast förövas av unga mödrar, som vidare ofta är ensamstående och bor hemma hos sina föräldrar, samt är arbetslösa eller ännu går i skolan (33–36, 45–46).

Graviditeten är vidare ofta oönskad och parad med rädsla för skam och social utslutning. Att döda barnet blir för dessa mödrar en "lösning" på den oönskade situationen (40).

- **Dödligt våld utfört av psykiskt sjuka föräldrar**, där det är högre sannolikhet att en förövande moder lider av allvarligt psykisk sjukdom eller personlighetsstörning än en förövande fader (35, 39–40, 44–45, 47). Förövande mödrar har ofta depressiva symtom vid dådet, medan inslag av psykos är mindre vanligt än vad som ofta antas (39, 45).
- **Dödlig barnmisshandel**, i en situation då barnet är upprepat utsatt för våld från en eller båda föräldrarna (39, 44). Närliggande till detta är död via försummelse (39), exempelvis att barnet inte givits mat eller lämnats ensam i en farlig situation.
- **"Altruistiskt" dödligt våld**, beskrivs ibland som en egen kategori, ibland som sammanfallande med den kategori som består av att det dödliga våldet följs av föräldrarnas självmord (39, 48). Föräldern vill då "rädda" barnet från något, exempelvis sjukdom, eller både sig själv och barnet från en svår situation (39). Här kan noteras att barn som är sjuka eller har en funktionsnedsättning tycks vara särskilt utsatta (49–50).
- **Partnervåld förövat av fadern mot modern** som en kontext som ökar risken för dödligt våld mot barnet från i första hand fadern (47), där hämnd kan vara del av motivbilden (51) men även från modern (52). Barn dödas även i samband med att modern dödas, och riskfaktorerna är då ofta desamma som för dödligt partnervåld (53–54). Det är dock vanligare, då fler familjemedlemmar dödas, att förövaren också tar livet av sig (55), varför suicidtankar också är en riskmarkör.
- **Dödligt hedersvåld**, då barn dödas utifrån hedersmotiv. Framför allt riskerar tonåriga döttrar att dödas utifrån att de uppfattas eller misstänks ha kränkt familjens heder, men även söner kan drabbas (56–59).

(Vuxna) barns dödliga våld mot föräldrar är mycket ovanligt och ingen uppskattning om hur vanligt detta är i Sverige har gått att finna. Forskningen är vidare begränsad, men av denna forskning framgår dock att förövaren oftast är en son och offret oftast är fadern (60 – 62). Bakgrunden utgörs vidare ofta av svår psykisk ohälsa, med vanföreställningar som inslag (63), där de kvinnor som dödar någon av sina föräldrar nästan

undantagslöst tycks ha en allvarligare psykisk sjukdom (64). Förövarna är i regel hemmaboende i föräldrahemmet, samt ensamstående och arbetslösa med begränsad utbildning och låg socioekonomisk status, och kan även vara socialt isolerade och i konflikt med föräldern (60, 62, 64–65). En riskfaktor som lyfts är därmed just att bo hemma som vuxen, något som kan vara resultatet av bristande alternativ då forskningen funnit att förövare med svår psykisk ohälsa kan ha haft en mycket begränsad förmåga att klara sig själva (63).

De förövare som dödar sin mor tycks i större grad lida av allvarlig psykisk ohälsa än de som dödar sin far (63, 66–67). Detta kan kopplas till de två olika (ålders)kategorier som framkommer i forskningen om barns dödliga våld mot föräldrar: våld förövat av vuxna personer respektive av ungdomar/unga vuxna (68). Vuxna förövare, vilket utgör den klart största gruppen (69), tycks huvudsakligen motiverats av förvirrade och psykotiska tankar (61, 63). Motivet kan också, mer sällan och då föräldern är äldre och sjuk, utgöras av "barmhärtighet" (67). När ungdomar dödar en förälder, som ovan nämnt oftast sonen fadern, är bakgrunden i regel dock en omfattande tidigare våldsutsatthet från denne och det dödliga våldet framstår som en respons på detta. I dessa fall är inslagen av psykisk ohälsa mindre dominerande (70). När ungdomar dödar sin far, kan detta också vara i en situation där de vill skydda sin våldsutsatta mor från fadern (71), varför inte bara våld riktat direkt mot den unge utan även partnervåld från dennes fader mot modern är en riskfaktor.

Sammanfattningsvis är dödligt våld i nära relationer ett tydligt könat fenomen, med män som huvudsakliga förövare, endast undantaget våld mot nyfödda barn. Utöver kön, tycks sammantaget vissa riskfaktorer återkomma i alla tre formerna av dödligt våld beskrivna ovan: psykisk ohälsa, socioekonomisk utsatthet och tidigare våldsutsatthet respektive våldsutövning.

Prevention av dödligt våld

För att vara framgångsrik bör prevention av dödligt våld ske på flera nivåer (72). Hälso- och sjukvården står alltså inte ensamma i detta, utan dess arbete i frågan både vilar på och är beroende av andra aktörers insatser. Men hälso- och sjukvården har en unik roll, då den har en så bred kontaktyta mot allmänheten, och såväl de som riskerar att bli offer för dödligt våld samt potentiella förövare av detta våld ofta har omfattande vårdkontakter.

Att hälso- och sjukvården bör ta en aktiv roll för att förebygga dödligt partnervåld genom att identifiera personer som är potentiella förövare har betonats inom forskningen (73). Särskilt vårdmöten inom primärvård,

missbruksvård, psykiatri samt akutsjukvård har lyfts fram som viktiga arenor för identifikation (73–74). I en forskningsöversikt från 2024 (75) föreslås att förövare “läcker” information om det förestående dådet på olika sätt, vilket kan ses som ett alternativt sätt att beskriva en del av de riskfaktorer som framkommit ovan. Författarna beskrev fem sådana sätt utifrån den tidigare forskningslitteraturen: att uttrycka önskan om att döda partnern, att tidigare ha begått allvarliga våldshandlingar, att ha ett suicidalt beteende, att planera och förbereda dådet, att visa intresse för liknande dåd. Professionell uppmärksamhet på sådana s.k. läckor kan och bör leda till skyddsåtgärder riktade till det potentiella offret samt interventioner riktade mot den potentiella förövaren. Att identifiera våldsutsatthet, och erbjuda partnervåldsutsatta patienter god vård, samt vid behov slussa vidare dessa till stödverksamhet utanför hälso- och sjukvårdens ram är vidare grundläggande preventiva strategier (72). Att partnervåldsutsatta kvinnor ofta är i kontakt med såväl primär- som akutvård, samt mödrahälsovården, har här poängteras som möjligheter till prevention vilka inte bör missas (15). Att hälso- och sjukvården bör genomföra mer strukturerade riskbedömningar har också diskuterats inom forskningen, där den föreslagna rutinen kan ses som ett lokalt svar på det diskuterade behovet från Västragötalandsregionen.

Vad gäller föräldrars dödliga våld mot barn har möjliga preventiva åtgärder föreslagits av Hatters Friedman (76), utifrån olika motivbilder: dödlig barnmisshandel, oönskat barn, hämnd mot partner, altruistiska/akut psykotiska motiv. Nedan sätts dessa i svensk kontext. För dödlig barnmisshandel är identifikation av tidigare och pågående våld självfallet avgörande för preventionen. Här är barnhälsovården en viktig instans både för stöd till föräldrar och skydd för barnen. När motivbilden är att barnet är oväntat är det snarare ungdomsmottagningarna samt mödrahälsovården som i första hand kan arbeta preventivt. Men i de fall en oönskad graviditet inte avbrutits, utan lett till ett oönskat barn blir även barnhälsovården central. Vad gäller hämnd mot partner som motiv för dödandet av partnerns eller gemensamma barn är liksom för dödligt partnervåld, primärvård, missbruksvård, psykiatri samt akutsjukvård viktiga arenor för prevention. Föräldrar med (möjliga) altruistiska och/eller akut psykotiska motiv bör vidare uppmärksammas såväl inom psykiatrin som hos övriga vårdgivare, då dessa behöver mycket stöd i sitt föräldraskap, samtidigt som det finns risk för att deras barn inte uppmärksammas tillräckligt (76).

Orosanmälan till socialtjänsten är vidare ett viktigt verktyg för alla vårdgivare som misstänker att barn är utsatta för försummelse och andra former av våld (77). Något som dock saknas bland Hatters Friedmans (76) förslag på åtgärder är kontakt med polisen för tips eller polisanmälan. Detta är en viktig åtgärd då polisen i Sverige också har ett brottsförebyggande uppdrag (78), något den vilket den föreslagna rutinen syftar till att bistå

polisen med genom att lämna relevanta och viktiga uppgifter. Det kan också konstateras att hälso- och sjukvården tycks lysa med sin frånvaro i forskning om prevention av hedersvåld (se exv. 79). Att identifiera risk för hedersvåld, genom förekomst av hedersnormer och stark begränsning av unga kvinnors livsutrymme, torde dock i svensk kontext vara en angelägen fråga inte minst för ungdomsmottagningarna och elevhälsan, samt möjligen även primärvården.

Vuxna barn som dödar sina föräldrar är som tidigare beskrivits ofta hemmaboende, ensamstående, manliga och med svår psykiatrisk problematik. Preventionen bör därför innefatta möjlighet till stöd och avlastning till föräldrar med hemmaboende psykiskt sjuka vuxna barn (80). Inom forskningen har dock beskrivits att föräldrar som har förväntas vårda sitt psykiskt sjuka vuxna barn, samtidigt inte fått information om dennes diagnos eller gjorts delaktiga i dennes behandling, och inte blivit hörda när de uttryckt oro för att själva utsättas för våld (80). God prevention inom psykiatri torde därför handla om det motsatta till det ovan beskriva: att i möjligaste mån involvera föräldrarna i den hemmaboende psykiskt sjuka patientens behandling, erbjuda dessa information och stöd, samt identifiera risk för våld, inklusive dödligt våld. Det är dock även viktigt att uppmärksamma även när förhållandena är de omvända - att ett vuxet barn vårdar äldre och sjuka föräldrar - är risken för dödligt våld förhöjd. Detta gäller i synnerhet om det vuxna barnet har egen psykiatrisk problematik. Preventiva åtgärder handlar då snarare om att erbjuda det vuxna barnet stöd och avlastning, samt föräldern/föräldrarna andra boendialternativ (80). Grundläggande för de åtgärder som diskuteras ovan är vidare en tillgänglig och väl utbyggd psykiatri (66), samt – vilket dock ej lyfts fram i forskningen – fungerande samverkan med socialtjänst och andra relevanta aktörer. Här ges goda möjligheter till prevention för hälso- och sjukvården, genom att initiera en Samordnad individuell plan (SIP) [81] för patienten.

Sammanfattningsvis: Att identifiera risk för dödligt våld är en central uppgift för det preventiva arbetet inom hälso- och sjukvården, vilken i nästa steg bör följas upp med interventioner riktade mot patienten för att minska risken och öka skyddet. I en svensk kontext kan detta för vårdgivaren inkludera att i enlighet med OSL (10 kap 18c§) lämna uppgifter till polisen.

Framtagandet av rutinen

I slutet av 2023 fick VKV i uppdrag att ta fram en regional rutin för tillämpning av 10 kap. 18 c § OSL som ger hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att bryta sekretessen genom att lämna uppgifter till polisen för att förebygga allvarligt våld i nära relationer. En arbetsgrupp bildades bestående av projektledare fil. dr. Mari Brännvall och den rådgivande

experten docent Viveka Enander, båda forskare vid VKV. Arbetet med att ta fram rutinen har bestått av följande arbetspaket:

Litteraturgenomgång

Under första halvåret 2024 genomfördes en litteraturgenomgång av forskning om riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer samt om hälso- och sjukvårdens upptäckt av detta våld. Litteraturgenomgången fokuserade på forskning om dödligt partnervåld, föräldrars dödliga våld mot barn och barns dödliga våld mot föräldrar. Prevention av dödligt våld var ett ytterligare fokus, med uppföljande litteratursökningar i januari 2025. Resultatet av litteraturgenomgången publicerades som en Genväg till forskning med titeln Riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer.¹ Genvägen togs fram som ett kunskapsunderlag till hälso- och sjukvårdspersonal vid tillämpning av 10 kap. 18 c § OSL.

Genomgång av vägledning och goda exempel

Parallellt genomfördes en genomgång av den vägledning som fanns om hur 10 kap. 18 c § OSL ska tillämpas. Dels granskades de förarbeten som föregick paragrafen: *SOU 2018:37 Att bryta ett våldsamt beteende* och *Regeringens proposition 2020/21:163 Förebyggande av våld i nära relationer*. Och dels granskades det stöd för tillämpning som tagits fram av Socialstyrelsen: ett faktablad *Ny sekretessbrytande bestämmelse Utlämnande av uppgifter för att förebygga våld i nära relationer* och kapitel 26.1 i handboken *Våld i nära relationer Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*.

Goda exempel på stöd för tillämpning av paragrafen efterfrågades också från andra regioner i Sverige. Region Halland och Region Örebro är exempel på regioner med dokument som behandlar de sekretessbrytande bestämmelserna som möjliggör utlämnande av uppgifter till polisen, däribland 10 kap. 18 c § OSL. Dessa dokument gav dock inte det detaljerade stöd för upptäckt, bedömning och handläggning av risk för allvarligt våld, som föreliggande rutin avser att ge hälso- och sjukvårdspersonal.

Kontakt togs därefter med samordnare inom polisregionerna Väst och Stockholm avseende vilka riskfaktorer för dödligt våld som polisen arbetar med inom bland annat den nationella operationen Beta där polisen fokuserar våldsutövare av våld i nära relationer. Kontakt om riskfaktorer togs även med projektledaren för Trygg Relation – fri från våld, som är ett samarbete mellan polis, socialtjänst och frivården i Malmö där åtgärder

¹ Genväg till forskning är VKV:s skriftserie där forskning med relevans för hälso- och sjukvårdspersonal sammanställs. För aktuell genväg se [Riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer](#)

vidtas mot utövare av våld i nära relationer. Till skillnad från föreliggande rutin som avser att förebygga dödligt våld i nära relationer i bred bemärkelse så är polisens nationella operation Beta och projektet Trygg Relation avgränsat till att förebygga dödligt partnervåld.

Initiera samarbete med polis

Under våren 2023 inleddes också ett samarbete med samordnaren för särskilt utsatta brottsoffer i polisregion Väst. Syftet var att informera om framtagandet av rutinen och att initiera ett samarbete gällande hälso- och sjukvårdens utlämnande av uppgifter till polisen. Önskemål framfördes om ett särskilt telefonnummer som hälso- och sjukvårdspersonal kan ringa för att tipsa polisen om risk för allvarligt våld i nära relationer. Ett sådant direktnummer bedömdes öka möjligheten att hälso- och sjukvården tar kontakt, än om de behövde gå den ordinarie vägen för tips via 114 14 eller polisens hemsida. Detta eftersom de på det sättet inte skulle behöva stå i telefonkö och ha möjlighet att konsultera polis aidentifierat.

Utkast på regional rutin och stöddokument

Utifrån bästa tillgängliga kunskap och lärande exempel tog arbetsgruppen i maj 2024 fram utkast på regional rutin och åtgärdskort för bedömning och handläggning av risk för allvarligt våld i nära relationer.

Remissrunda

Under sommaren 2024 skickades utkastet på regional rutin ut på remiss till tio experter inom området våld i nära relationer, som arbetar inom polis, hälso- och sjukvård och på Socialstyrelsen. Därutöver granskades utkastet av en jurist och hälso- och sjukvårdspersonal inom VGR. Granskarna tillfrågades om deltagande i remissrundan innan. De ombads dels besvara en enkät med frågor om innehåll, dels lämna kommentarer i utkastet. Enkäten besvarades av åtta granskare, varav hälften arbetade inom hälso- och sjukvård. Nio granskare lämnade kommentarer i utkastet. I slutet av sommaren 2024 sammanställdes granskarnas synpunkter och utkastet på regional rutin och åtgärdskort revideras.

Klinisk testning av regional rutin och stöddokument

Förfrågan om möjlighet för mottagningar att delta i testningen skickades till samordningsråden (SOR) för primärvård och psykiatri. Förfrågan skickades även till mottagningar eller personal som visat särskilt intresse för att arbeta med att motverka våld i nära relationer. Vid visat intresse hölls ett möte om testningen, därefter togs beslut att delta av ledare för verksamheten.

Under en tremånadersperiod hösten 2024 testades rutinen och åtgärdskortet kliniskt på åtta mottagningar, varav fyra i en mindre kommun och fyra i en större kommun i Västra Götaland. Testmottagningarna bestod av:

- Tre vårdcentraler.
- Två psykiatriska mottagningar
- Två samverkansmottagningar mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst gällande psykisk sjukdom eller beroende.
- Ett sjukhus inkluderande personal som arbetar på akutmottagning och inom rehabilitering.

Inför testningen fick deltagarna ta del av det stöd som togs fram vid tillämpningen av OSL 10 kap. 18 c § OSL. Stödet bestod av fyra delar, inkluderande

1. utkast på regional rutin,
2. utkast på åtgärdskort,
3. inspelad föreläsning om riskfaktorer och tillämpning av paragrafen och
4. kunskapsunderlag om riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer.

Innan testperioden inleddes besökte projektledaren testdeltagarna vid mottagningarna. Avstämningar med testdeltagarna hölls därefter månadsvis under testperioden. Efter avslutad testning ombads testdeltagarna besvara en enkät om deras uppfattningar om och erfarenheter av att ha deltagit i testningen.

Förslag på regional rutin och stöddokument

Under inledningen av året 2025 sammanställdes och analyserades resultatet av testningen och rutinen reviderades. Tillvägagångssätt och resultat presenteras här efter i denna rapport. Förslaget på regional rutin finns i Bilaga 1.

Metod

För att besvara syfte och frågeställningar samlades data in i form av:

- Anteckningar från avstämningar med deltagarna efter testmånad 1, 2 och 3.
- Anteckningar och i ett fall ljudinspelning av intervjuer med deltagarna som identifierat risk för allvarligt våld i nära relationer.

- Enkät svar från deltagarna efter avslutad testperiod.
- Sammanställning av uppgifter från polisen om vidtagna åtgärder efter att uppgifter lämnats över av hälso- och sjukvårdspersonal.

Avstämningar, intervjuer och enkät svar

Inför testningen fick deltagarna skriftlig och muntlig information om vad deltagandet i uppföljningen av testningen innebar. Det innefattade att delta vid tre digitala avstämningar om cirka 30 min, att besvara en enkät i samband med testperiodens avslut om användandet av rutinen och att delta vid en individuell digital intervju om cirka 30 min vid upptäckt av risk för allvarligt våld. De informerades om att deltagandet i uppföljningen var frivilligt och att de när som helst och utan förklaring kunde avbryta sitt deltagande. Samtycke till deltagande i avstämningar lämnades genom närvaro, samtycke till deltagande i individuell intervju lämnades muntligen och samtycke till deltagande i enkäten lämnades genom att besvara enkäten. För att bevara deltagarnas konfidentialitet presenteras resultaten aidentifierat.

Totalt deltog 50 personer i testningen från de åtta mottagningarna (tabell 1). Alla deltagare deltog vid någon av de tre avstämningarna och vissa deltog vid alla tre avstämningar. Avstämningarna hölls över Teams och de utgick från en intervjuguide om deltagarnas erfarenheter av att delta i testningen (Bilaga 2).

Tabell 1:

Mottagning	Förkortning	Antal deltagare
Vårdcentral 1	VC1	3
Vårdcentral 2	VC2	8
Vårdcentral 3	VC3	4
Psykiatrimottagning 1	PS1	4
Psykiatrimottagning 2	PS2	11
Samverkansmottagning 1	SV1	6
Samverkansmottagning 2	SV2	2
Sjukhus	SH	12
Totalt		50

I nio fall hölls intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal som identifierat risk för allvarligt våld i nära relationer. Intervjuerna hölls över Teams.

Inledningsvis fick deltagarna information om vad deltagandet i intervjun innebar samt ombads lämna ett muntligt samtycke. Därefter ställdes frågor utifrån en intervjuguide om upptäckt, bedömning och handläggning av risk för allvarligt våld i nära relationer samt om eventuell kontakt med polis (Bilaga 3).

Anteckningarna från avstämningarna och intervjuerna samt intervjutranskriptionen analyserades tematiskt (82) av författarna. Vägledande för analysen var uppföljningens syfte och frågeställningar. Under läsningen har teman identifierats, formulerats och förfinats.

Enkäten var digital och konstruerades i Forms (Bilaga 4). Den skickades per mejl efter avslutad testperiod till de 50 deltagarna. Två påminnelser mejlades med en veckas mellanrum. Enkäten inleddes med fem bakgrundsfrågor om deltagarnas födelseår, kön, profession, ledningsansvar och mottagning. Huvuddelen bestod av tjugo frågor om åsikter och erfarenheter av att testa utkastet på rutin och åtgärdskort. De första åtta frågorna riktades till alla deltagare medan de tolv sista riktades till dem som identifierat risk för allvarligt våld i nära relationer. Enkäten skickades per mejl efter avslutad testperiod till de 50 deltagarna. Två påminnelser mejlades med en veckas mellanrum. Enkätsvaren sammanställdes i Excel och presenteras deskriptivt i antal och andelar.

Drygt hälften, 32 st, besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 64 %. Deltagarna var födda mellan åren 1962–1993 och majoriteten var kvinnor. De arbetade som psykolog, specialistsjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska, kurator, skötare och fältsekreterare. Tre hade ledningsansvar.

Sammanställning av polisärenden

I den mån det varit möjligt har information inhämtats från polisen om huruvida de vidtagit åtgärder i de ärenden där hälso- och sjukvårdspersonal har tipsat polisen om risk för allvarligt våld. Den information som efterfrågades har delgetts i fem av åtta ärenden och viss information i två ärenden. Skälet till att det inte var möjligt att få den efterfrågade informationen i tre ärendena är att det inte fanns en kontaktperson inom polisen i det området som kunde tillhandahålla informationen som efterfrågades.

Resultat

I detta kapitel presenteras resultaten av uppföljningen. Dispositionen följer till stora delar den enkät som skickades ut till deltagarna efter avslutad

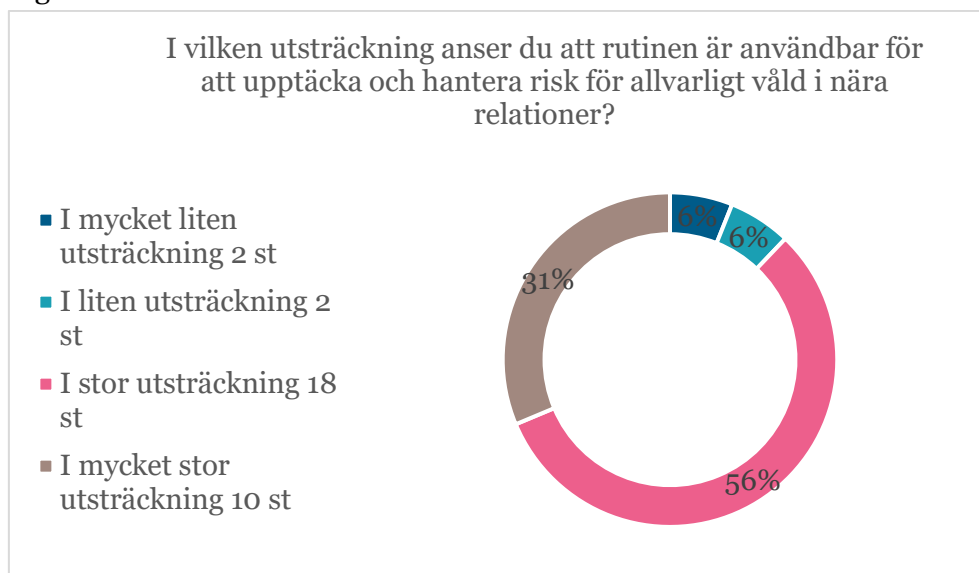
testperiod. Anteckningar och utsagor från avstämningarna och intervjuerna används för att fördjupa och nyansera deltagarnas svar på frågorna. Hälso- och sjukvårdspersonalen som testade rutinen benämns omväxlingsvis testdeltagarna eller endast deltagarna. Inledningsvis beskrivs deltagarnas syn på rutinen. Därefter beskrivs de fall som vårdpersonalen identifierade där de kände oro för allvarligt våld. Efter det beskrivs deltagarnas erfarenheter av att bedöma och handlägga risk för allvarligt våld. Detta avsnitt följs av deltagarnas erfarenheter av att ha tipsat polisen. Det avsnitt som avslutar redogörelsen för enkätsvaren behandlar vilka övriga åtgärder som deltagarna vidtog utöver att ha tipsat polisen. Avslutningsvis beskrivs polisens bedömning av hälso- och sjukvårdspersonalens tips om risk för allvarligt våld samt de åtgärder som de vidtagit.

Deltagarnas uppfattningar om rutinen

En användbar rutin

Hälso- och sjukvårdspersonalen som testade rutinen tillfrågades i enkäten om de anser att rutinen är användbar för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld i nära relationer. Av de 32 som besvarade enkäten ansåg 87 % att rutinen i stor eller mycket stor utsträckning är användbar för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld (figur 1).

Figur 1:



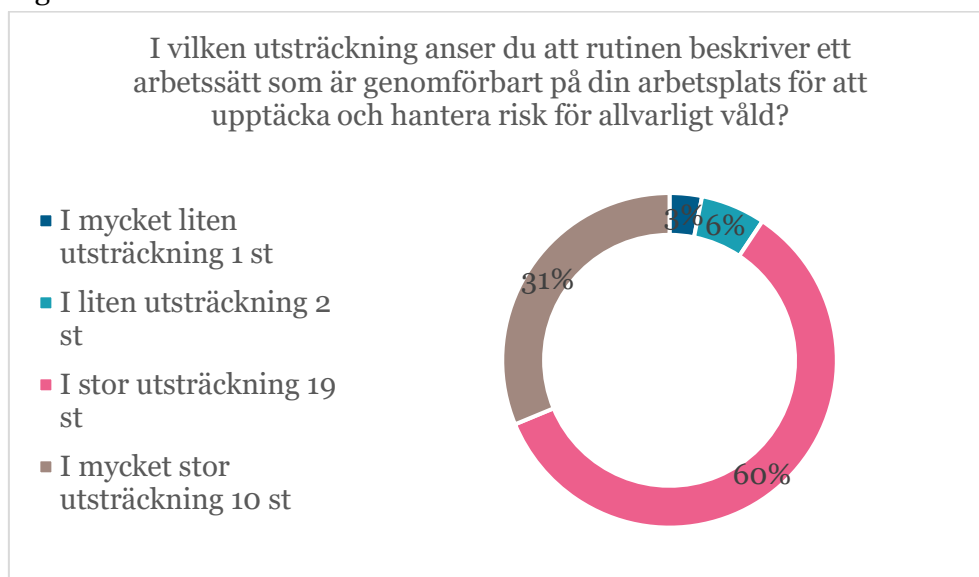
Deltagarna vid avstämningarna bekräftade bilden av rutinen som användbar för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld. Rutinen beskrevs ha en tydlig struktur och ge handfast guidning för hur vårdpersonal ska agera vid risk för allvarligt våld i nära relationer. Den ansågs ge trygghet och underlätta vårdpersonals arbete med en svår men

viktig fråga och med en möjlighet att agera som de inte vetat om sedan tidigare.

Ett rimligt arbetssätt

Testdeltagarna tillfrågades i enkäten om de anser att rutinen beskriver ett arbetssätt som är genomförbart på arbetsplatsen, för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld. Av de 32 som besvarade frågan ansåg 91 % att rutinen i stor eller mycket stor utsträckning beskriver ett arbetssätt som är genomförbart på deras arbetsplats (figur 2).

Figur 2:

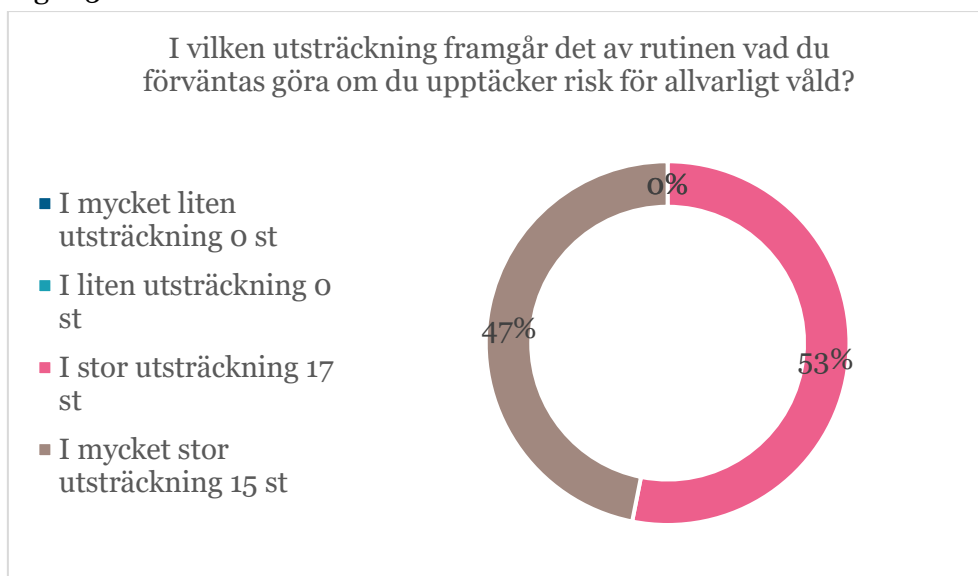


Denna bild bekräftades av deltagarna i avstämningarna, både av deltagare som testat rutinen i skarpt läge, det vill säga känt oro för allvarligt våld, och deltagare som inte gjort det. Deltagarna använde begrepp som att rutinen inte innehåller några konstigheter och att det är skönt att ha den att luta sig mot. En deltagare beskrev att rutinen inneburit att hen känner sig trygg i arbetssättet i alla delar av skedet inklusive att kontakta polis och lämna tips.

Tydligt vad som förväntas

I enkäten tillfrågades deltagarna om det framgår vad de förväntas göra vid upptäckt av risk för allvarligt våld. Av de 32 som besvarade frågan ansåg 100 % att rutinen i stor eller mycket stor utsträckning beskriver vad de förväntas göra om de upptäcker risk för allvarligt våld (figur 3).

Figur 3:

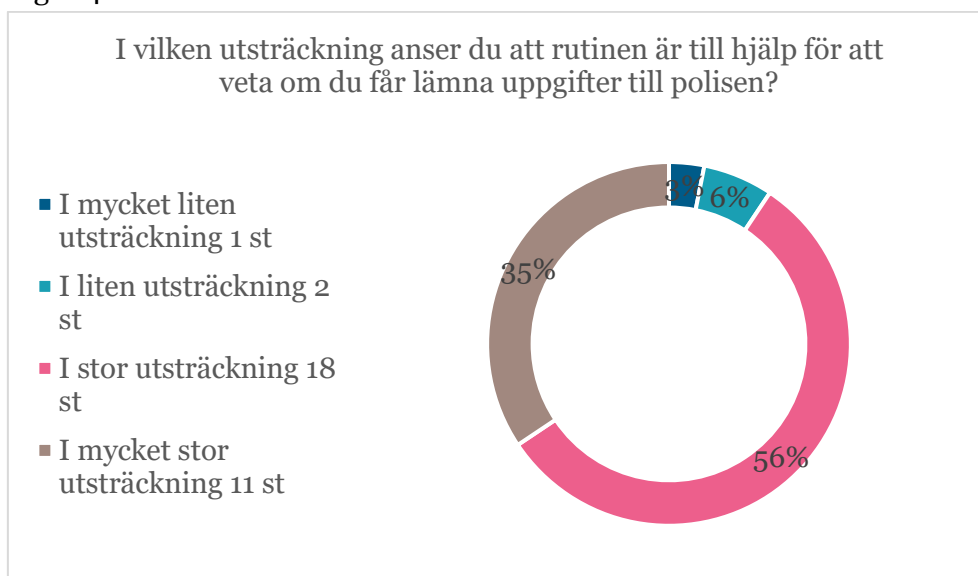


Denna bild av rutinen som tydlig framkom också under avstämningarna med vårdpersonalen. Flödesschemat beskrivs tydliggöra handläggning och bedömning och utgöra ett extra stöd om man känner sig osäker.

Rutinen är till hjälp

Personalen som testade rutinen tillfrågades i enkäten om de anser att rutinen är till hjälp för att veta om de får lämna uppgifter till polisen. Av de 32 som besvarade frågan ansåg 91 % att rutinen i stor eller mycket stor utsträckning är till hjälp för att veta om de får tipsa polisen. (figur 4).

Figur 4:



De som deltog vid avstämningarna och som misstänkt att en patient utsatts för våld i nära relationer beskriver att rutinen varit till hjälp för dem i deras

arbete. En deltagare använde rutinen när en patient hade ett blåmärke i ansiktet. Hen beskrev det som bra att rutinen gör en distinktion mellan det vanliga och det farliga våldet. I det aktuella fallet bedömdes det inte föreligga risk för allvarligt våld i nära relationer.

Andra liknade rutinen vid ett verktyg som tydliggör hur man som vårdpersonal kan agera vid oro för allvarligt våld. En deltagare beskrev att rutinen strukturerar och ger ramar för hur man ska tänka vid oro för allvarligt våld. Exempelvis att vara uppmärksam på varningssignaler och hur man kan förbereda sig inför samtalet med polisen. Deltagarna förmedlade att de via rutinen hade fått en större handlingsrepertoar gällande vad man göra för en våldsutsatt patient, vilket beskrevs i termer av att ha "fått upp ögonen mer" och att ha "fått ett större batteri".

Att rutinen uppfattades vara till hjälp kopplades även till den tydlighet som den ansågs ha (se ovan). Exempelvis lyfte vissa testdeltagare fram att rutinen tydliggör var deras ansvar vid oro för allvarligt våld börjar och slutar och var andra aktörer ska ta vid. Detta uppfattades som avlastande i den bemärkelse att rutinen tydliggör att man kan lämna över ansvar till polisen, som har större möjlighet att agera vid risk för allvarligt våld. En deltagare förmedlade att hen tidigare känt sig otillräcklig för våldsutsatta patienter. En känsla som varit närvarande utanför arbetstid:

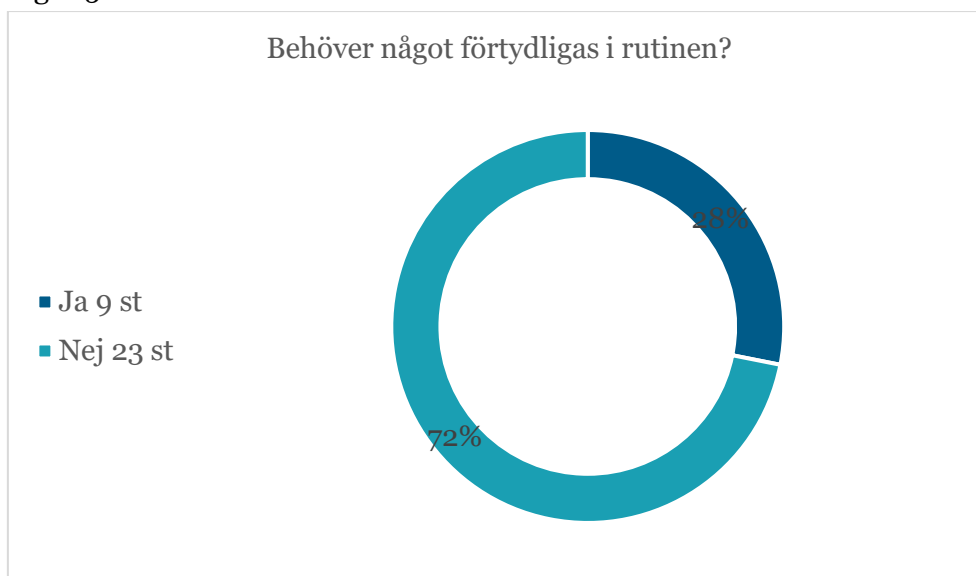
Vi har ju ändå betalt 8 timmar om dagen. Vi har ju inte betalt 24 timmar om dygnet. Att man faktiskt får lov att släppa saker. Och lite att det finns andra som kan göra de här bedömningarna och hjälpa till (personal SV2).

Att rutinen bygger på och mynnar ut i möjligheten att tipsa polisen, tycks ha medfört och synliggjort för personalen att de inte behöver lösa situationen på egen hand, utan kan ta hjälp av polisen som gör egna bedömningar och avgör vilka brottsförebyggande åtgärder som ska vidtas. Vilket i sin tur kan tillåta personalen att släppa saken med vetskap om att man tagit sitt ansvar.

Behov av förtydligande

Testdeltagarna tillfrågades i enkäten om de anser att något behöver förtydligas i rutinen. Av de 32 som besvarade frågan svarade 72 % nej på frågan och 28 % svarade ja (figur 5).

Figur 5:



De som svarade Ja på enkätfrågan ombads beskriva vad de ansåg behöva förtydligas i rutinen. Deltagarna vid avstämningarna gavs också denna möjlighet. Nedan beskrivs deras synpunkter.

Förtydligande av den tredje förutsättningen

Det mest förekommande förslaget på förtydliganden handlade om den tredje förutsättningen för att uppgifter ska få lämnas ut. Enligt paragrafen får polisen tipsas om ”det inte är olämpligt att uppgiften lämnas ut”. I bedömningen ska man ta hänsyn till konsekvenserna för vården av patienten och för dennes närstående. Den dubbla negationen ”inte olämpligt” uppfattades som en klurig och svår formulering och man önskade en enklare och rakare formulering som gör att missförstånd kan undvikas. Ett förslag som framfördes är att frågan ”är det inte olämpligt att lämna ut uppgiften” skulle omformuleras till ”är det olämpligt att lämna ut uppgiften”.

Flera deltagare framförde att de inte kan se att det någon gång skulle vara olämpligt att tipsa polisen om de bedömer att det finns risk för allvarligt våld. De efterfrågar därför exempel på när det bedöms vara olämpligt att lämna ut uppgiften. Vissa deltagare uttryckte också att det är ett stort ansvar för vårdpersonal att avgöra vilka konsekvenser utlämnandet kan få för patienten. Det ansågs kunna leda till att man tvivlar på sin egen bedömning av risk för våld och avstår från att ta kontakt. Vilket en deltagare menar kan få konsekvenser:

Och om det skulle hända någonting? Alltså, om man då gör en journalgranskning och det framkommer att ”du hade ju faktiskt kännedom om detta, men du gjorde ett aktivt val att avvakta”.
(personal SV2)

Det fanns också önskemål om förtydliganden gällande vad man som vårdpersonal ska göra om man bedömer att det är olämpligt att tipsa polisen. Exempelvis gällande skyddsbehov och dokumentation.

Önskan om färdig formulering

Många deltagare efterfrågade en färdig formulering som vårdpersonal kan använda när de tipsar polisen. Skälet bakom detta önskemål är att de vill undvika att polisen tar upp en polisanmälan om *begångna* brott när vårdpersonalen vill tipsa polisen om risk för *framtida* brott. Som tipsare är man anonym för våldsutövaren eftersom polisen inte lämnar ut uppgifter om vem som tipsat dem, medan ens namn står med som uppgiftslämnare i en polisanmälan.

Vid avstämningarna framkom att deltagarnas tröskel för att polisanmäla brott är högre än vad den är för att tipsa polisen vid oro. De menade att om deras namn nämns så finns en risk att patientrelationen skadas eller att våldsutövaren kommer att utsätta dem för våld då många har ett stort våldskapital.

Poliser är skyldiga att ta upp en anmälan vid kännedom om brott som faller under allmänt åtal. För att undvika att en polisanmälan tas upp står vårdpersonalen därför inför utmaningen att uttrycka sig övertygande till polisen om sin oro för kommande allvarligt våld utan att vara detaljerad om vad de grundar sin oro på, det vill säga begångna våldsbrott. Deltagarna efterfrågar alltså hjälp med att inte överskrida gränser och lämna för mycket information som innebär att polisen måste ta upp en anmälan. En färdig formulering ansågs kunna underlätta för vårdpersonalen att förmedla till polisen att de vill tipsa och inte anmäla brott.

Samtidigt framförs det som viktigt att polisen man pratar med känner till denna problematik och därför inte ställer för detaljerade frågor om vad man som vårdpersonal misstänker eller har kännedom om. En deltagare förmedlar:

Det är viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att veta att man ska göra det luddigt. Att polisen inte gräver och ställer för många frågor och tydliggöra att vi har rätt att inte svara (personal VC2).

Här kan det vara angeläget att påminna att hälso- och sjukvårdspersonal under vissa omständigheter (se OSL 19 Kap §21 §23) har rätt att polisanmäla våld, men att ingen skyldighet att göra detta föreligger.

Övriga synpunkter

Det fanns också fler förslag på hur rutinen kan förtydligas. Ett önskemål var att rutinen bör innehålla vanliga indikationer på våldsutsatthet, för att

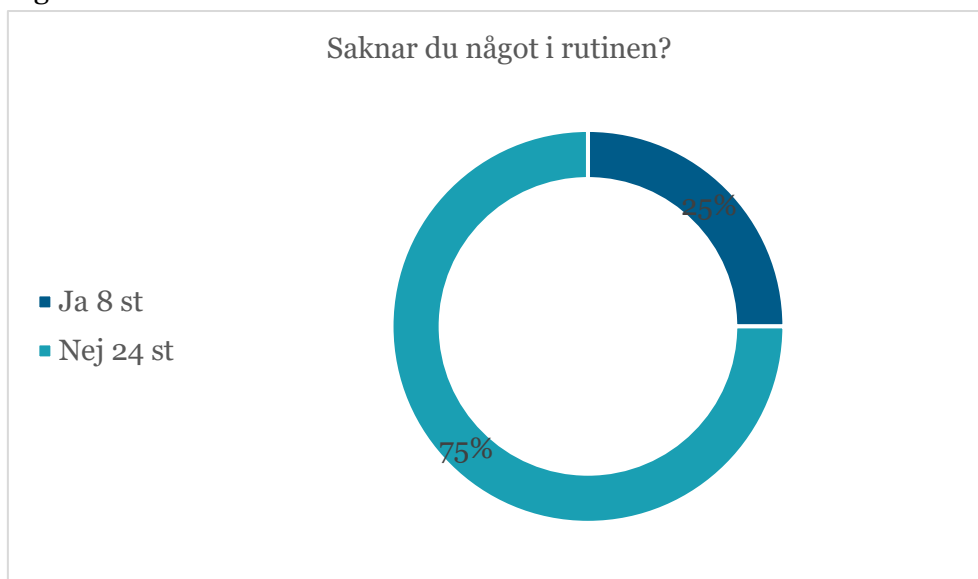
tydliggöra när man bör ställa frågor om våld. Ett annat önskemål var att rutinen bör innehålla information om vad polisen kan göra med uppgifterna som vårdpersonal överlämnat. Detta för att rutinen ytterligare skulle kunna trygga personalen om att uppgifterna, och i förlängningen våldet, omhändertas.

Ytterligare en synpunkt berörde att paragrafen endast gäller vid risk för brott med en straffskala på minst ett års fängelse. Deltagaren anser att det inte ingår i ens profession som vårdpersonal att känna till straffskalan för våldsbrott, utan att det bör räcka att veta att man kan ringa polisen om man känner oro för att en patient ska utsättas för allvarligt våld. Annars finns en risk, säger hen, ”att många säkert skulle dra sig för att ringa”.

Behov av komplettering

Testdeltagarna tillfrågades i enkäten om de saknade något i rutinen. Av de 32 som besvarade frågan svarade 75 % nej på frågan och 25 % svarade ja (figur 6).

Figur 6:



De som svarade Ja på enkätfrågan ombads beskriva vad de saknade i rutinen.

Hälften av mottagningarna som ingick i testningen hade en namngiven kontaktperson inom polisen som de skulle ringa för att lämna tips, medan hälften av mottagningarna inte hade det. Det framkom tydligt både i enkäten och vid avstämningarna att de deltagare som inte hade en kontaktperson inom polisen ville ha en sådan. Deltagarna framförde att de därigenom skulle kunna vara trygga med att den person vid polisen som svarar på deras samtal vet om att man vill tipsa polisen och inte försöka ta

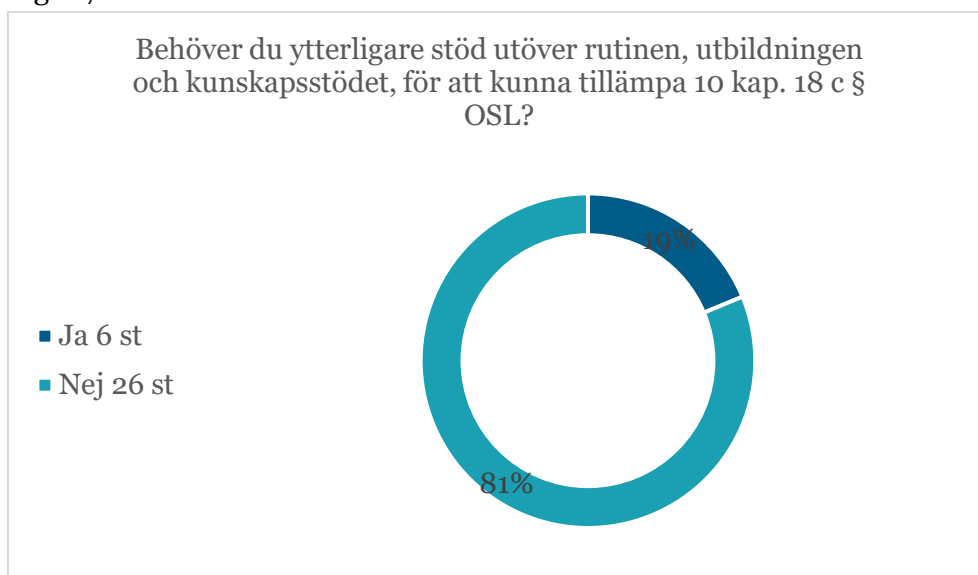
upp en polisanmälan. Ytterligare ett argument för behovet av en sådan kontaktperson var att de skulle kunna undvika den tidsödande telefonkö som ett samtal till ofta 114 14 innebär.

En annan synpunkt var att det borde finnas en KVÅ-kod i journalsystemen kopplad till tips till polisen med stöd av 10 kap. 18 c § OSL

Behov av annat stöd

Personalen som testade rutinen tillfrågades om de behöver ytterligare stöd utöver rutinen, utbildningen och forskningssammanställningen för att kunna tillämpa 10 kap. 18 c § OSL. Av de 32 som besvarade frågan svarade 81 % att de inte behövde ytterligare stöd medan 19 % svarade att de behövde det (figur 7).

Figur 7:



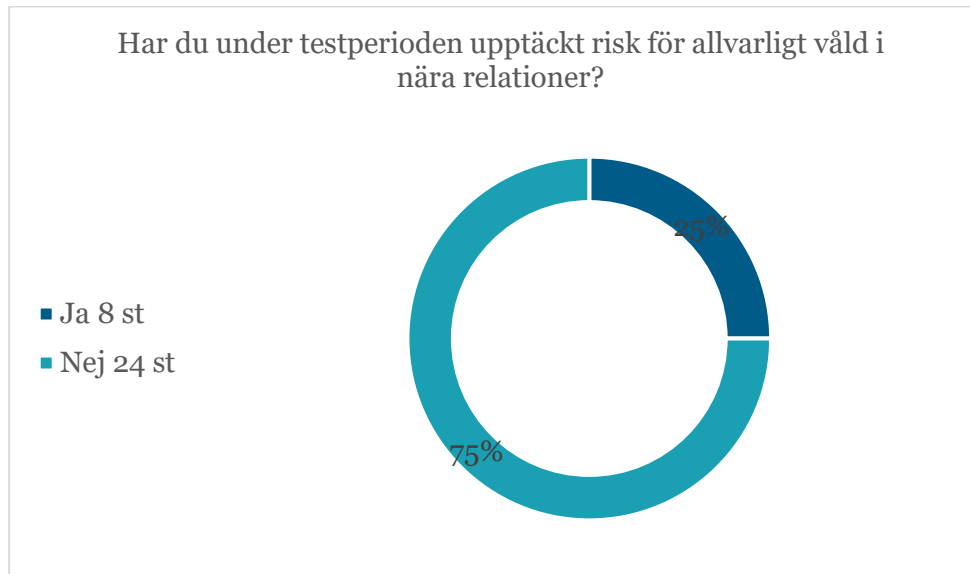
De som svarade Ja på enkätfrågan ombads beskriva vilket ytterligare stöd de behövde. Ett önskemål som framfördes var att få ta del av en fallbeskrivning som omfattar både vårdpersonalens bedömning och handläggning och hur polisen agerade efter att ha blivit tipsade. En sådan fallbeskrivning ansågs kunna avdramatisera överlämnandet av uppgifter till polisen. Andra svar handlade om att de behövde repetition, tillfälle att tillämpa rutinen och någon att vända sig till för att få stöd i sin bedömning och handläggning av risk för allvarligt våld i nära relationer.

Upptäckt risk för allvarligt våld

I enkäten tillfrågades deltagarna om de under testperioden upptäckt risk för allvarligt våld i nära relationer. Av de 32 som besvarade enkäten var det

25 % som svarade att de hade det och 75 % som svarade att de inte hade det (figur 8).

Figur 8:



Identifierade fall

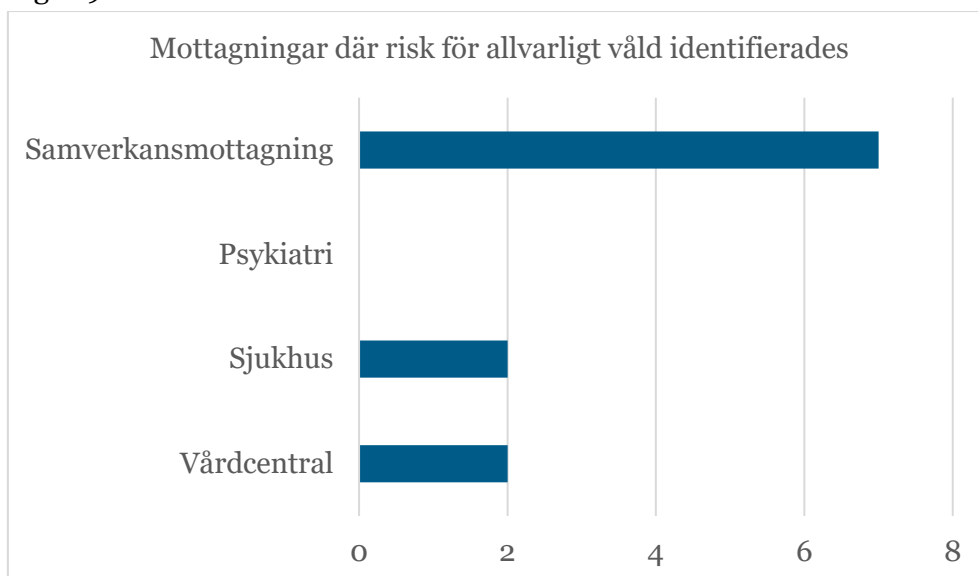
De som svarade ja på frågan tillfrågades om hur många fall de upptäckt. Totalt upptäcktes 11 patienter där deltagarna bedömde att det fanns risk för allvarligt våld. Av dessa patienter var tio våldsutsatta och en våldsutövare. Samtliga våldsutsatta var kvinnor och våldsutövaren en man.

Dessa patienter hade sökt hälso- och sjukvård för:

- psykisk ohälsa eller psykiska sjukdomar och syndrom,
- substansbruk,
- nedsatt allmäntillstånd,
- smärta och sjukskrivning,
- sårskada efter suicidförsök och
- rädsla och oro.

Flest fall, sju st, upptäcktes på samverkansmottagningarna som arbetade med patienter med psykisk sjukdom eller beroende. Två upptäcktes på vårdcentraler och två på sjukhusets akutmottagning (figur 9).

Figur 9:

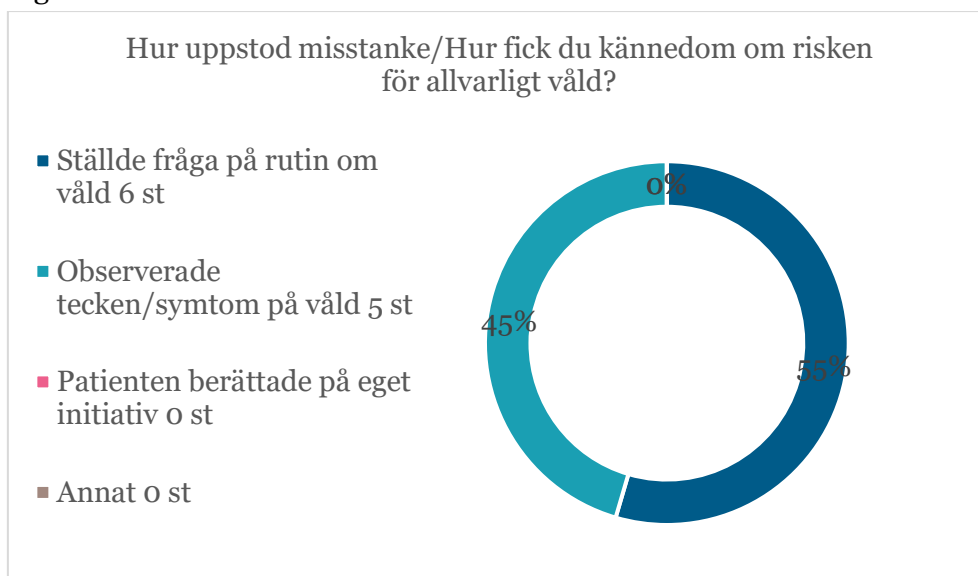


Under testperioden så fanns misstanke om fler fall av våld i nära relationer, men där man bedömde att det i nuläget inte fanns risk för allvarligt våld. En patient hade blåmärken på armar och ben och förklarade sina skador med att hon ramlat i trappan. En annan patient med en armfraktur berättade att hennes demente man inte var ”snäll”. En patient som berättade om eftervåld, det vill säga våld efter att patienten brutit upp från förövaren, hade stöd med anledning av våldet. Att tipsa polisen framstod därför inte som nödvändigt i nuläget, men vårdpersonalen sa sig också vara beredd att ompröva sin bedömning om något nytt skulle framkomma i den fortsatta kontakten med patienten.

Upptäckt av fallen

De åtta deltagare som hade upptäckt risk för allvarligt våld tillfrågades i enkäten om hur misstanke uppstod eller hur de fick kännedom om att det fanns risk för allvarligt våld. Av de 11 fallen så upptäckes sex genom att personalen ställde fråga på rutin om våld och fem genom att personalen observerade tecken eller symtom på våld (figur 10).

Figur 10:



Våldet upptäcktes alltså genom att personalen ställde frågor på rutin om våld eller var uppmärksam på tecken och symtom som kan indikera våldsutsatthet. Indikationer på våldsutsatthet som uppmärksammades var exempelvis skador, motsägande berättelser om hur skador uppstått, upprepade avbokningar, uttalanden om att partnern var kontrollerande eller kunde bli väldigt arg samt psykisk ohälsa såsom depression. Det förekom också att vårdpersonalen kände till tidigare orosanmälningar till socialtjänsten eller polisanmälningar om tidigare misshandel. Ibland hade vårdpersonalen behövt lägga ett pussel av olika indikationer, exempelvis att lägga ihop patientens utsagor om vad som hänt med sina egna och annan vårdpersonals observationer av skador, för att kunna identifiera våldsutsatthet. En deltagare berättar:

Och sen så hade hon inbokat besök och då avbokades det, för att då hade hon ju fått söka sjukvård i [stad], och så skrev hon till mig att hon hade en spricka i armen. Och sen när hon kom tillbaka hit på ett annat besök, då la jag om hennes sår i ansiktet och då hade hon en sådan skena för handen (personal SV2).

Det förekom också att vårdpersonal sedan viss tid hade misstänkt eller känt till att patienten var våldsutsatt, men att något förändrats som väckt deras oro. Exempelvis att de fått veta att en våldsutsatt kvinna återvänt till våldsutövaren, att våldet eskalerat eller att kvinnans psykiska hälsa försämrats.

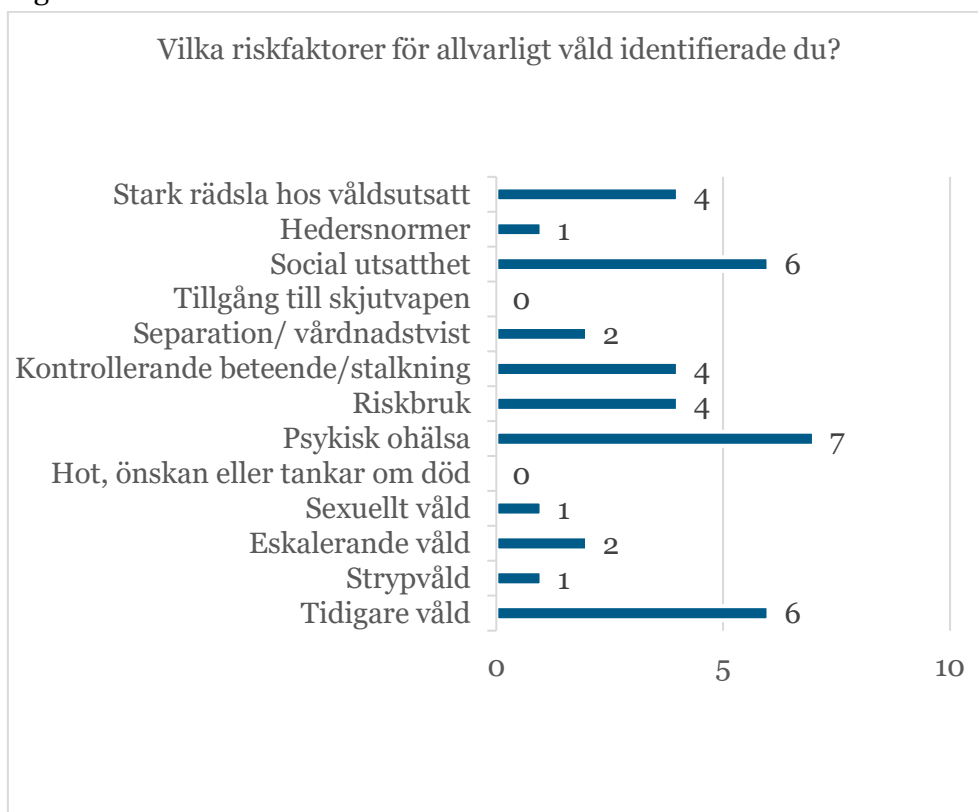
Bedömning av förutsättningar

Risk för våld

Den första förutsättningen som ska vara uppfylld för att få lämna ut uppgifter till polisen är att det ska finnas risk för allvarligt våld i nära relationer.

Deltagarna som upptäckt risk för allvarligt våld i nära relationer tillfrågades i enkäten om vilka riskfaktorer som de identifierat. I de 11 fallen identifierades 38 riskfaktorer totalt, vilket innebär att det fanns i genomsnitt 3,5 riskfaktorer per fall (figur 11).

Figur 11:



De vanligaste riskfaktorerna var psykisk ohälsa, tidigare våld och social utsatthet följt av stark rädsla hos våldsutsatt, kontrollerande beteende eller stalking och riskbruk. Andra riskfaktorer som identifierades var hedersnormer, separation eller vårdnadstvist samt uppgifter om allvarligare våld så som eskalering våld, sexuellt våld och strypvåld. Eftersom psykisk ohälsa och riskbruk är vanliga sökorsaker hos hälso- och sjukvården så utgör de i sig själva inte riskfaktorer, utan det krävs också samtidiga uppgifter om tidigare våld för att risk för allvarligt våld ska anses föreligga. Detsamma gäller för riskfaktorerna hedersnormer, separation eller vårdnadstvist samt social utsatthet, inklusive arbetslöshet, låg högsta

utbildningsnivå, låg inkomst, långtidssjukskrivning och osäkra boendeförhållanden.

Vårdpersonal som identifierat risk för våld tillfrågades även under intervjun om vilka riskfaktorer de identifierat. Deras olika intervjuutsagor, skildrade i figuren nedan, ger en mer levande bild av de våldsutsattas situation:

Figur 12: De våldsutsatta kvinnornas situation



Deltagarna tillfrågades också om hur de gick till väga när de bedömde om det fanns en risk för allvarligt våld. Vissa berättade att de utifrån den information de hade om fallet gick igenom åtgärdskortet. En del gjorde det på egen hand medan andra tog stöd av kollegor i bedömningen. Andra hade rutinen i bakhuvudet och la större vikt vid sin egen känsla av oro för patienten.

En svårighet med bedömningen som lyftes fram under en av intervjuerna rörde den egna förmågan att avgöra vad som är "tillräckligt" allvarliga uppgifter för att kunna anses utgöra risk för allvarligt våld. Hen berättade följande om sin bedömning av riskfaktorer utöver allvarligt våld:

Men där var det så att det föreligger psykisk ohälsa och missbruk, där fick jag ju ett ja i flödesschemat. Och sen så var det ju liksom kontrollerande beteende, man undrar ju varför hon avbokade så mycket? Och i och med att hon också valde att gå ifrån den här mannen, då blir det ju separation. Det är stor social utsatthet och väldigt osäkra boendeförhållanden. Så att då blev det ju ett ja (personal SV2).

Som framkommer ovan landade deltagaren helt riktigt i att det för vårdpersonalens del räcker med att det finns en misstanke om tidigare våld tillsammans med andra riskfaktorer.

Bidra till att förhindra brott

Den andra förutsättningen som vid tiden för testningen skulle vara uppfylld för att få lämna ut uppgifter till polisen var att uppgifterna skulle antas kunna bidra till att förhindra brott.

Deltagarna som upptäckt risk för våld tillfrågades i enkäten om de gjorde en bedömning av om uppgifterna som de ville tipsa polisen om kunde antas bidra till att förhindra brott. En sådan bedömning gjordes i alla fall utom ett, det vill säga i tio fall. Skälet till att denna bedömning inte gjordes i ett fall går inte att utläsa av enkätsvaret.

De som svarade ja på frågan ombads berätta om hur de resonerade i sin bedömning. Vissa hänvisade till att de följde rutinen och flödesschemat i den. Andra berättade att de resonerade tillsammans med sina kollegor eller konsulterade polis oidentifierat. Flera deltagare lyfte fram att de ansåg att de kunde bidra till att förhindra våld och att våldsutsatta kunde få hjälp genom att uppmärksamma polisen om våldet. En återkommande tankegång var att den information som vårdpersonal har kan vara en viktig pusselbit för att polisen ska kunna agera:

Häftigt det här med den lilla pusselbiten. Kanske att det vi säger blir det sista, för att de [polisen] ska kunna göra någonting (personal VC2).

Inte olämpligt

Den tredje förutsättningen som ska vara uppfylld för att få lämna ut uppgifter till polisen är att det inte är olämpligt att uppgifterna lämnas till polisen med hänsyn till konsekvenserna för patienten och dennes närstående. Exempelvis negativa konsekvenser för den planerade eller pågående vården av patienten eller i form av minskat förtroendet för hälso- och sjukvården från patienten sida som kan leda till att denne inte söker vård.

De deltagare som upptäckt risk för våld tillfrågades i enkäten om de gjorde en bedömning av om det var olämpligt att lämna ut uppgifterna till polisen. En sådan bedömning gjordes i åtta av de elva fallen.

Vad gäller hur de resonerade i sin bedömning framkom såväl i fritextsvar i enkäten samt under intervjuerna att deltagarna fört samtal om detta med andra. I vissa fall hade de tagit hjälp av kollegor och chef gällande vilka

konsekvenser en poliskontakt kunde få, inklusive om det kunde leda till att patientens förtroende för dem skadas. En deltagare samtalande om saken med den våldsutsatta kvinnan och kom därigenom fram till att det inte var olämpligt att informera polisen.

Förutsättningen "inte olämpligt" tycks ha varit svårast att bedöma. Dels på grund av hur den är formulerad (se ovan), dels på grund av att deltagarna hade svårt att föreställa sig när det skulle kunna vara olämpligt att lämna ut uppgifter i fall de bedömde att det fanns risk för allvarligt våld i nära relationer.

Fall där polis inte kontaktades

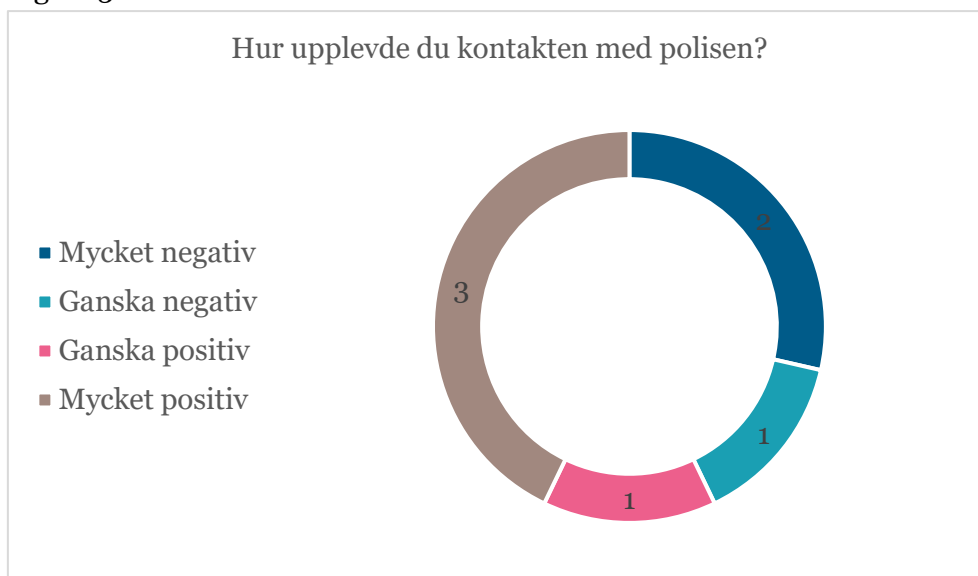
Som tidigare beskrivits upptäcktes elva fall där de fanns risk för allvarligt våld i nära relationer under testperioden. Polis tipsades i åtta av dessa. I resterande fyra fall avstod man från att tipsa polisen.

I två av de fyra fallen bedömde vårdpersonalen, i enlighet med den tredje förutsättningen, att en poliskontakt riskerade att skada patientens förtroende för vården. Detta då patienterna i fråga hade lågt förtroende för samhället generellt och vårdpersonalen därför hade arbetat hårt för att patienterna skulle kunna känna förtroende för dem. Ett förtroende som de bedömde riskerade att raseras om polisen informerades. Det fanns också en rädsla för att patienten skulle bli ännu mer utsatt för våld om hon på grund av detta avslutade kontakten med mottagningen. I ytterligare ett av de fyra fallen övervägdes poliskontakt då man bedömt att fallet eventuellt skulle kunna klassificeras som risk för allvarligt våld. Att så också var fallet kunde man senare konstatera genom att patienten sedermera blev grovt misshandlad av sin partner. Detta visar på svårigheten i en bedömning som i efterhand, med facit i hand, kan framstå som mer självklar. Slutligen var en av de våldsutsatta minderårig. Vårdpersonalen kontaktade då socialjouren och överlät till dem att göra bedömningen om att eventuellt kontakta polisen.

Kontakten med polisen

Som framkommit ovan tog vårdpersonalen under testperioden vara på möjligheten att överlämna uppgifter till polisen med stöd av 10 kap. 18 c § OSL i sju fall. Fyra av dessa upptäcktes på samverkansmottagningarna, två på sjukhuset och ett på en vårdcentral och polisen kontaktades i alla fall per telefon. I enkäten tillfrågades deltagarna om hur de upplevde kontakten med polisen. Fyra av sju, upplevde kontakten som ganska eller mycket positiv, medan tre upplevde den som ganska eller mycket negativ (figur 13).

Figur 13:



Av enkätsvaren går det att utläsa att upplevelsen av telefonkontakten med polisen som positiv eller negativ var kopplad till orten de befann sig i. De fyra som kontaktade en namngiven polis på den mindre orten upplevde kontakten som ganska eller mycket positiv, medan de tre som kontaktade polisen via ett journummer för brott i nära relationer upplevde kontakten som ganska eller mycket negativ. Vårdpersonalen som kontaktat polisen tillfrågades också om sina uppfattningar om och upplevelser av kontakten under intervjuerna.

Vikten av en beredd mottagare

Centralt för upplevelsen av kontakten med polisen är att polisen som tar emot tipset känner till vårdpersonalens möjlighet att tipsa polisen med stöd av 10 kap. 18 c § OSL och hur de ska agera på ett sådant tips. Polisens beredskap att ta emot tips med stöd av paragrafen såg olika ut på den mindre och den större orten.

Sedan 2023 pågår en nationell operation kallad Beta som är inriktad på proaktiva åtgärder mot utövare av partnervåld. På den mindre orten testade polisen ett arbetssätt där man på lokalpolisområde fokuserade på högriskpersoner för partnervåld. Det innebär att det under testperioden fanns en rutin för hur polisen skulle ta emot tips från hälso- och sjukvården om risk för allvarligt våld. Polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten på orten träffades också för att samtala om denna möjlighet att tipsa polisen och vilka åtgärder som polisen kunde vidta efter ett tips. Dessa träffar innebär att den vårdpersonal som deltog fick möjlighet att ställa frågor till samma polis som sedan tog emot deras tips. En deltagare som varit med på träffarna berättar:

Det känns tryggt med ett nära samarbete med polisen. Kan vi rädda ett liv är det bra. Det är viktigt med samarbete med polisen, så att man kan ringa och bolla lite. Vi ställer frågan, men vad gör vi med svaret? Nu har facit (personal VC2)!

De fyra som kontaktade polisen på den mindre orten beskriver polisen som tillmötesgående och hjälpsam. Polisen bekräftade att de gjorde rätt som tog kontakt, och förmedlade att det var bättre att de ringer en gång för mycket än en gång för lite. Polisen tryggade dem också med att de tog väl hand om uppgifterna som lämnats. En deltagare berättar:

Men han beskrev ju för mig i alla fall ett jättefint arbetssätt. Att man, liksom, det var ju inte så att man sprang in där och sa att den här avdelningen har lämnat de här uppgifterna eller så. Utan det var ju mer att man har en högre bevakning helt enkelt (personal SV 2).

Det upplevdes som positivt med ett direktnummer till polisen. Med ett direktnummer, lyfte deltagarna fram, går det snabbt att tipsa och man kan få återkoppling direkt från polisen. En deltagare som kontaktade polisen tillsammans med sina kollegor på den mindre orten beskrev samtalet som trevande och att det märktes att även polisen testade en ny arbetsrutin. Inledningsvis under samtalet beskrev de ärendet aidentifierat, och när de kände att tipset skulle tas emot väl valde de att uppge den våldsutsattas personuppgifter.

På den större orten fanns under testperioden inte något sådant arbetssätt. Ett missförstånd om syftet med samtalen från vårdpersonal gjorde att telefonnumret för kontakt lämnades ut av misstag. Telefonnumret gick till utredarna av brott i nära relationer. Poliserna som svarade på det telefonnumret utredde alltså begångna brott, och hade inte beredskap för hur de skulle ta emot tips om risk för kommande brott med stöd av 10 kap 18 c § OSL. Det innebär att när vårdpersonalen på den större orten ville lämna tips om risk för kommande allvarligt våld, så ville poliserna som svarade ta upp en polisanmälan om begångna brott. De ställde därför detaljerade frågor om det våld som redan begåtts och ville ha personuppgifter på vårdpersonalen. En deltagare berättar om samtalet:

Jag berättade om det för polisen som upprättade en anmälan, när jag bara ville lämna tips. Jag är inte lika intresserad av att ta kontakt med polisen igen när de tar upp anmälan (personal SV1).

Vårdpersonalen hade sedan innan fått information om att polisen inte utlämnar uppgifter om vem som tipsat dem, men om våldet istället polisanmälades så skulle deras personuppgifter stå med i anmälan. De ville

inte att det skulle bli känt att de polisanmält våldet eftersom de dels inte ville att den våldsutsatta patientens förtroende för dem skulle skadas, dels inte ville riskera att våldsutövaren skulle bli våldsam mot dem. Detta missförstånd om syftet med vårdpersonalens samtal bidrog till att poliskontakten på den större orten uppfattades som negativ. När poliserna väl förstod vad vårdpersonalen ville så tycktes de, enligt vårdpersonalen, inte veta hur de skulle hantera tipsen. Att kontakta polisen i ett läge där mottagaren inte vet vad de ska göra uppfattades därför som riskfyllt.

När detta missförstånd uppdagades återkallades telefonnumret till den större orten och ersattes med att tips skulle lämnas till 114 14 eller via polisens hemsida för tips.

Kontaktperson ger tillgänglighet och trygghet

Under avstämningarna berättade deltagarna på den större orten där direktnumret till polisen ersattes av 114 14 och tips via polisens hemsida att det kändes omständligt att behöva sitta i telefonkö via 114 14. En deltagare beskrev det vidare som en ”en tillfredsställande tanke att kunna ringa och bolla med polisen, men det går ju inte om man måste göra via hemsidan”. De lyfte fram att bristen på ett fungerande direktnummer troligen skulle leda till att de skulle dra sig för att ta kontakt. Vidare förmedlade de att det är viktigt för tilliten att kunna konsultera någon som man känner till sedan innan, allra helst någon i närområdet. Man efterfrågade också en samverkan i ärendena med både polis och socialtjänsten.

Att veta vem som tar emot samtalet och vad som sker efteråt sänker tröskeln för att ta kontakt. En viktig faktor för att vårdpersonal ska känna sig trygga med att tipsa polisen om sin oro är alltså att de, som på den mindre orten, har en kontaktperson inom polisen som de konsultera och tipsa till vid behov.

Tillit påverkas av erfarenhet

Det framgår tydligt av både avstämningar och intervjuer att utlämnande av uppgifter till polisen var en känslig fråga för vårdpersonalen och att man, för att använda möjligheten i 10 kap. 18 c § OSL, behövde känna sig trygg med att uppgifterna skulle tas om hand väl av polisen. Att frågan var känslig handlade inte minst om en oro för patientens och vårdpersonalens säkerhet, då vissa våldsutövare var farliga och hade utövat grovt våld.

Deltagarna förmedlade att benägenheten att tipsa polisen påverkas av kvaliteten på bemötandet vid kontakten. En deltagare som ännu inte kontaktat polisen beskrev detta enligt följande:

Det är avgörande för många, hur väl man blir mottagen. Annars sköter man det på eget sätt (personal VC1).

En återkommande beskrivning, som tycktes grundläggande för personalens beredvillighet att tipsa polisen, var att man vill känna sig trygg med att polisen tar väl hand om uppgifterna och agerar för att förebygga brott.

En negativ erfarenhet av poliskontakt tycks också ha påverkat vårdpersonalens inställning till att tipsa polisen om risk för allvarligt våld i nära relationer i negativ riktning. De deltagare som hade negativ erfarenhet av kontakt med polisen förmedlade att de inte vill ringa för att tipsa igen, då de inte är säkra på att tipset kommer att tas emot och hanteras väl av polisen. Så här berättar en av dem:

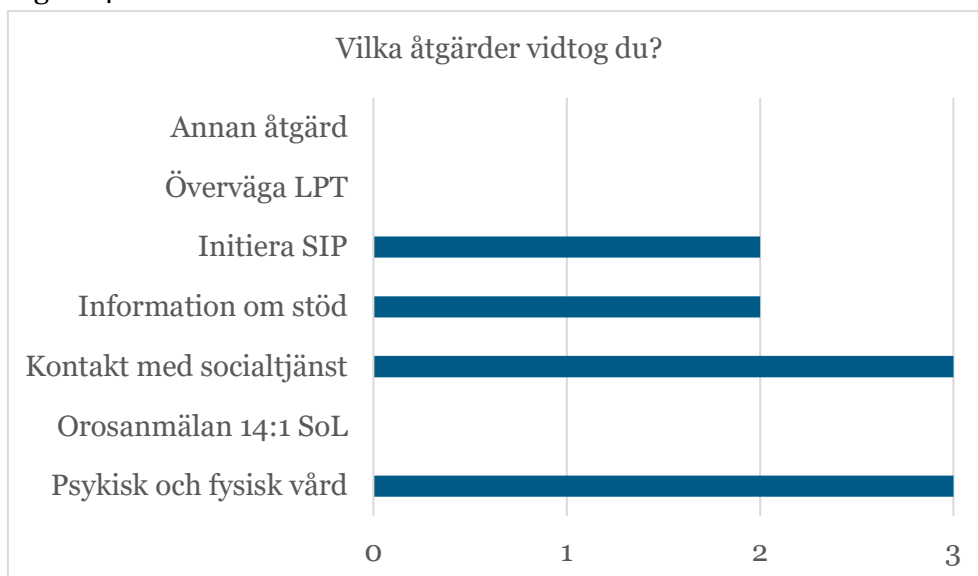
Det är väldigt olyckligt när det blir som det blivit angående den personen som [kollega] tipsade polisen om. Tröskeln för att ta kontakt med polisen angående en eventuell våldsutövare höjs och vi kommer vara mer försiktiga framöver. Detta är ju väldigt synd då, precis som du skrev, att vi kan identifiera personer som riskerar att utsätta partnern för våld genom att lämna tips. Våra patienter rör sig i en väldigt riskfylld miljö där personer med tung kriminell identitet finns. Vi vill inte riskera våra medarbetares säkerhet, eller riskera att radera en relation som tagit år att bygga till våra patienter genom att vi lämnar tips om eventuellt framtida våld som sedan ska ligga till grund för en anmälan mot våldsutövaren (personal SV1).

Enligt samma logik tycks positiva erfarenheter av en första kontakt ha sänkt tröskeln för att tipsa polisen i framtiden. En deltagare uttryckte exempelvis att hen inte känner någon tvekan inför att ringa polisen i framtiden då det gick så bra första gången.

Att göra mer än att tipsa: andra vidtagna åtgärder

Vårdpersonalen tillfrågades i enkäten om de vidtog några ytterligare åtgärder med anledning av våldet utöver att tipsa polisen. Fyra av dem svarade att de vidtog ytterligare åtgärder medan tre svarade att de inte gjorde det. De som svarade ja på frågan tillfrågades om vilka åtgärder de vidtog. Sammanlagt vidtogs tio ytterligare åtgärder i de fyra ärendena. Dessa var att ge psykisk och fysisk vård med anledning av våldet, att kontakta socialtjänsten, att initiera en samordnad individuell plan och att informera om stöd från andra aktörer (figur 14).

Figur 14:



De åtgärder som vidtagits var som framkommer ovan alla i enlighet med rutinen.

Polisens åtgärder

Polisen tillfrågades om hur de uppfattade tipsen från vårdpersonalen och vilka åtgärder de vidtagits. Polisen på den mindre orten hade uppgifter om fem fall där vårdpersonal tipsat dem om risk för allvarligt våld. Vilket alltså är ett fall mer än de fyra som framkom av den vårdpersonal som besvarade enkäten. Informationen bedömdes som relevant och åtgärder vidtogs i samtliga fem fall (tabell 2). De åtgärder som vidtogs var att informationen lades till en pågående utredning och att tipset lämnades vidare till den lokala underrättelseavdelningen. De åtgärder som vidtogs där var att lägga information till ett pågående ärende och att informera poliserna i yttre tjänst.

Tabell 2:

1. Bedömdes informationen som relevant?	
Ja	5
Nej	0
2. Resulterade informationen i polisär åtgärd?	
Ja	5
Nej	0
3. Om ja, vilken åtgärd?	
Polisanmälan	0
Information lades till pågående utredning	2
Tips lämnades vidare till underrättelseavdelning	5
4. Om tips lämnades vidare, har åtgärd vidtagits där?	
Ja	5
Nej	0
5. Om ja, vilken åtgärd?	
Information har använts i pågående ärende	2
Information har förmedlats till yttre tjänst	5

Det var svårare att få uppgifter om de tre fall på den större orten där vårdpersonal tipsat polisen. Viss information har gått att få fram i två av fallen. I båda bedömdes informationen som relevant och poliserna som mottog tipsen ville ta upp en polisanmälan. I slutändan resulterade tipsen i ett av dessa två fall till att informationen lades till en pågående brottsutredning.

Slutsatser

Syftet med denna rapport var att beskriva personalens erfarenheter av att använda den föreslagna rutinen gällande 10 kap. 18 c § OSL, som ger hälso- och sjukvård möjlighet att lämna uppgifter till polisen för att förhindra allvarligt våld i nära relationer.

Det stöd för tillämpning av 10 kap. 18 c § OSL som tagits fram inom VGR är:

- En [regional rutin](#) som beskriver bedömning och handläggning av risk för allvarligt våld i nära relationer med stöd av 10 kap. 18 c § OSL.

- Ett [åtgärdskort](#) i A5-format med flödesschema som kortfattat beskriver ovan.
- Kunskapsstöd på VKV:s hemsida <https://www.vgregion.se/valdinararelationer> om tillämpningen av bestämmelsen.
- En [forskningsöversikt](#) om riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer.

Rapporten har utgått från följande frågeställningar:

1. Har rutinen varit till stöd för vårdpersonal för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld?
2. Har rutinen bidragit till att risk för allvarligt våld identifierats och att uppgifter lämnats till polisen?
3. Vilka utvecklingsbehov av rutinen har framkommit?

Resultaten visar följande:

Personalen vid de åtta mottagningar som testat rutinen uppgav att den är användbar för att upptäcka, bedöma och handlägga risk för allvarligt våld i nära relationer. De uppgav också att den tydliggör vad som förväntas av dem och att den beskriver ett arbetssätt som är rimligt i det vardagliga arbetet. Den personal som identifierat risk för allvarligt våld i nära relationer uppgav att den varit till hjälp i deras bedömning och handläggning enligt bestämmelsen i OSL.

Under testperioden, som varade i tre månader, identifierades risk för allvarligt våld i elva ärenden. Tips lämnades till polisen i åtta av dessa elva ärenden. Här kan understrykas att detta är något personalen inte skulle ha gjort om de inte deltagit i testningen. Det visar att rutinen bidragit till att risk för allvarligt våld identifierats och att tips lämnats till polisen. Tipsen som lämnats av hälso- och sjukvårdspersonal bedömdes som relevanta av polisen, som vidtagit åtgärder baserat på tipsen.

Testningen gjorde det möjligt att identifiera utvecklingsbehov hos den föreslagna rutinen innan den fastställdes som en regional rutin för hälso- och sjukvården i hela Västra Götalandsregionen. Nedan beskrivs de utvecklingsbehov som framkom under testningen gällande såväl rutinen som stöd för dess tillämpning och samverkan med polisen, samt hur dessa utvecklingsbehov hanterats (tabell 3).

Tabell 3:

Utvecklingsbehov	Åtgärd
Beskriva indikationer på våldsutsatthet	Ändrat i rutin
Beskriva vad polisen gör med tips	Ändrat i rutin
Beskriva förslag på formulering när tips lämnas	Ändrat i rutin
Förenkla definition av allvarligt våld	Ändrat i rutin
Förenkla beskrivning av 3:e (nya 2:a) förutsättning	Ändrat i rutin
Exempel på när det kan vara olämpligt	Ändrat i kunskapsstöd
Fallbeskrivning	Ändrat i kunskapsstöd
Beskriva polisens anmälningsskyldighet	Ändrat i kunskapsstöd
Införa KVÅ-kod för tips 10 kap. 18 c § OSL	Ingen åtgärd
Möjlighet till konsultation	Ingen åtgärd
Kontaktperson för tips inom polisen	Dialog med polisen

De flesta utvecklingsbehov av rutinen som identifierades var enkla att åtgärda. Definitionen av allvarligt våld i nära relationer och beskrivningen av den tredje (numera andra) förutsättningen har förenklats. Beskrivningar av vanliga indikationer på våldsutsatthet och vad polisen gör med tipsen har lagts till. En formulering som kan användas när tips lämnas till polisen har tagits fram i samarbete med polisen och lagts till i rutinen. Vidare har det i kunskapsstödet lagts till en fallbeskrivning och exempel på när det kan bedömas som olämpligt att lämna ut uppgifter.

En särskild åtgärds kod, kallad KVÅ-kod, för tips med stöd av 10 kap. 18 c § skulle underlätta för hälso- och sjukvården att följa upp i vilken utsträckning möjligheten att tipsa polisen används. I nuläget är åtgärds koder dock synliga i journalen via 1177. Om en sådan åtgärds kod införs skulle det alltså medföra en risk för att våldsutövare som läser våldsutsattas journal får kännedom om att tips lämnats. Därför bedöms det som olämpligt att införa en åtgärds kod för tips med stöd av 10 kap. 18 c § OSL så länge åtgärds koder är synliga på 1177. En väg framåt för att kunna följa upp arbetet med våld i nära relationer med hjälp av åtgärds koder skulle vara att slå av KVÅ-koder helt på 1177, då det inte är nödvändigt för patienter att se dessa. KVÅ-koder är framförallt till för att möjliggöra uppföljning av vårdåtgärder inom hälso- och sjukvården.

Ett önskemål som framfördes av vårdpersonalen som testade rutinen var att kunna vända sig till någon för stöd i sin bedömning. I nuläget finns det inte någon särskild funktion inom VGR som vårdpersonal kan vända sig till för stöd i enskilda ärenden gällande våld i nära relationer. Vårdpersonal kan i stället ta hjälp av chef och kollegor, konsultera Kvinnofridslinjen samt rådgöra avidentifierat med polis.

Diskussion

Sammantaget visar resultaten av testningen av den föreslagna regionala rutinen att personalen fann att den var stöd till för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld, att rutinen har bidragit till att risk för allvarligt våld identifierats och att uppgifter lämnats till polisen, samtidigt som utvecklingsbehov hos rutinen identifierats. Vad gäller identifikation, kan det kan anses vara en tämligen stor framgång att 11 fall av risk för allvarligt våld identifierats under testperioden. Samtidigt kan vi konstatera att all dessa fall rörde risk för allvarligt partnervåld. Övriga former av allvarligt och eventuellt dödligt våld i nära relationer identifierades dock inte. Till viss del kan detta antas bero på att partnervåld är en av de vanligast förekommande formerna av våld i nära relation. Men det indikerar ändå att användandet av rutinen bör följas upp för att få kunskap om den också är till stöd för att identifiera andra former av allvarligt våld i nära relationer än partnervåld. Detta gäller i synnerhet föräldrars våld mot barn vilket också är en tämligen vanlig våldsform, om än ej i dödlig form.

Även om resultaten av testningen kan sägas var goda och pekar på att rutinen i stort tycks fungera väl, visar de även att det, för att hälso- och sjukvården ska kunna tillämpa 10 kap. 18 c § OSL på ett adekvat sätt, inte räcker med ett internt utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Det behövs också en dialog med polis för att de båda myndigheterna ska känna till vad den andra myndigheten har för ansvar och roll samt för att få en lämplig kontaktväg till polisen.

När det gäller myndigheternas ansvar så behöver hälso- och sjukvårdspersonal som vill tipsa polisen känna till och förhålla sig till polisens skyldighet att upprätta en anmälan vid misstanke eller kännedom om begångna brott som faller under allmänt åtal. På så sätt kan de undvika att avslöja för mycket om redan utövat våld till polisen om de inte vill göra en anmälan, vilket de inte har någon skyldighet att göra. Både rutinen och kunskapsstödet har ändrats så att det framgår att polisen har en anmälningsskyldighet och hur vårdpersonal kan lämna tips utan att en anmälan tas upp.

Poliser som tar emot tipsen behöver känna till och förhålla sig till vårdpersonals möjlighet att tipsa polisen om risk för kommande brott med

stöd av 10 kap. 18 c § OSL. På så sätt kan de undvika att ställa för detaljerade frågor om begångna brott till vårdpersonal. Med kunskap om varandras regelverk ökar möjligheten för att tips med stöd av 10 kap. 18 c § OSL lämnas och tas emot på det sätt som avses.

Det senare förutsätter att polisen har interna rutiner för hur de ska ta emot och hantera tips som lämnas av hälso- och sjukvårdspersonal med stöd av 10 kap. 18 c § OSL. I polisens arbete med att ta fram dessa rutiner är det viktigt att förhålla sig till den tidsbrist som råder inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal har begränsade möjligheter att vänta i telefonkö via 114 14. Det är också viktigt att förhålla sig till den starka sekretess som råder inom hälso- och sjukvården och betydelsen för vården av att patienten har förtroende för hälso- och sjukvården. Det är ett stort steg för hälso- och sjukvårdspersonal att använda den sekretessbrytande paragrafen och att överlämna uppgifter till polisen. För hälso- och sjukvårdspersonal hade det därför underlättat med ett direktnummer till vilket de kunde ringa för att konsultera och lämna tips. När rapporten skrevs var det inte möjligt för polisregion Väst att tillmötesgå vårdpersonalens önskemål om ett direktnummer till polisen för tips, med hänvisning polisens organisering. Inom ramen för den nationella polisoperationen Beta pågår för närvarande ett utvecklingsarbete i polisregion Väst för ett proaktivt arbete mot våldsutövare på lokalpolisområdesnivå. I det utvecklingsarbetet ingår utökad informationsflöde från myndigheter till polis som en del. En förhoppning är att detta arbete ska utmynna i att hälso- och sjukvårdspersonal i framtiden kan tipsa polisen på ett sätt som är rimligt utifrån deras arbetssituation. På det sättet underlättas hälso- och sjukvårdens möjlighet att bidra med sin del i det viktiga arbetet med att förebygga dödligt våld i nära relationer. En del, som kan vara avgörande för att polisen i sin tur ska kunna ingripa för att förhindra att våldet får dödlig utgång.

Under testningen framkom att vårdpersonal i bedömning av om det är olämpligt att tipsa polisen förhöll sig till en rädsla för att själva tipset till polisen skulle öka risken för att den våldsutsatta, eller de själva, skulle utsättas för våld. Det bör påtalas att man i denna bedömning visserligen bara ska ta hänsyn till om det är olämpligt för den vård som pågår eller planeras för patienten eller för den närståendes intressen. Men för den vårdpersonal som känner oro för allvarligt våld kan rädslan för repressalier kännas påtaglig. Det pekar på behovet av stöd från chef, som har möjlighet att ta på sig ansvaret för anmälan, samt att en riskbedömning kan behöva göras även för personalen.

Referenser

1. Violence Info – A global knowledge platform for preventing violence
<https://apps.who.int/violence-info/> Hämtat 27 02 2025.
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023. 2024.
3. Prop. Regeringens proposition 2021/21:163 Förebyggande av våld i nära relationer. 2021.
4. SOU. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. SOU 2018:37. Stockholm; 2018.
5. Armour M P, (2002) Experiences of covictims of homicide: Implications for research and practice. *Trauma, Violence & Abuse*, 3(2), 109–124.
6. Malone L, (2007) In the aftermath: Listening to people bereaved by homicide. *Probation Journal*, 54(4), 383–393.
7. Enander V, Krantz G, Lövestad S, Örmon K, (2024) Bereaved by intimate partner homicide: Consequences and experiences of support. *Sage Open*, 14(2), <https://doi.org/10.1177/21582440241252311>
8. Socialstyrelsen (2022) Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021. Stockholm, Socialstyrelsen.
9. Socialstyrelsen (2024) Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023. Stockholm, Socialstyrelsen.
10. Hradilova Selin K, Skarp A, Repo A (2024) Dödligt våld i Sverige sedan 1990-talet: Omfattning, utveckling och karaktär. Rapport 2024:6. Stockholm, Brottsförebyggande rådet.
11. Belfrage H, Rying M, (2004) Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990–1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14(2), 121–33.
12. Campbell J C, Webster D, Sharps P, Ulrich Y, Wilt S A, Manganella J, m fl, (2003) Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 3(7), 1089–97.
13. Campbell J C, Glass N, Sharps P W, Laughon K, Bloom T, (2007) Intimate partner homicide: Review and implications of research and policy. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 246–69.
14. Garcia L, Soria C, Hurwitz E L, (2007) Homicides and intimate partner violence: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(4), 370–83.

15. Sharps P W, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X, (2001) Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine*, 33(5), 373–80.
16. Kivisto A J, (2015) Male perpetrators of intimate partner homicide: A review and proposed typology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3), 300–12.
17. Spencer C M, Stith S M, (2020) Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 527–40.
18. Dawson M, Piscitelli A, (2021) Risk factors in domestic homicides: Identifying common clusters in the Canadian context. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), 781–92.
19. Oram S, Flynn S M, Shaw J, m fl, (2013) Mental illness and domestic homicide: A population-based descriptive study. *Psychiatric Services*, 64, 1006–1011.
20. Lysell H, Dahlin M, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B, (2016) Killing the mother of one's child: psychiatric risk factors among male perpetrators and offspring health consequences. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(3), 342–7.
21. Caman S, Sturup J, Howner K, (2022), Mental disorders and intimate partner femicide: Clinical characteristics in perpetrators of intimate partner femicide and male-to-male Homicide. *Frontiers in psychiatry*, 13, s 844807.
22. Lawler S, Boxall H, Dowling C, (2023) The role of depression in intimate partner homicide perpetrated by men against women: An analysis of sentencing remarks. *Trends and issues in crime and criminal justice*, 5(672), 1–16.
23. Lövestad S, Örmon K, Enander V, Krantz G, (2024) Healthcare utilization, mental disorders and behavioural disorders among perpetrators of intimate partner homicide in 2010–2016:a registry-based case-control study from Sweden, *PLoS ONE*, 19(2): e0298693. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298693>
24. Enander V, Krantz G, Lysell H, Örmon K, (2021) Before the killing: intimate partner homicides in a process perspective, Part I. *Journal of Gender-Based Violence*, 5(1):59–74.
25. Monckton Smith, J, (2019) Intimate partner femicide: Using Foucauldian analysis to track an eight stage progression to homicide. *Violence Against Women*, 26(11), 1267–1285.
26. Kafonek K, Gray A C, Parker K F, (2022) Understanding escalation through intimate partner homicide Narratives. *Violence against women*, 28(15–16), 3635–56.
27. Campbell J C, Glass N, Sharps P W, Laughon K, Bloom T, (2007) Intimate partner homicide: Review and implications of research and policy. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 246–69.

28. Belknap J, Larson D L, Abrams M L, Garcia C, Anderson-Block K, (2012) Types of intimate partner homicides committed by women. *Homicide Studies*, 16(4), 359–79.
29. Johnson H, Hotton T, (2003) Losing Control. *Homicide Studies*, 7(1), 58–84.
30. Caman S, Howner K, Kristiansson M, Sturup J. (2016) Differentiating male and female intimate partner homicide perpetrators: A study of social, criminological and clinical factors. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 26–34.
31. Weizmann-Henelius G, Grönroos M, Putkonen H, Eronen M, Lindberg N, Häkkänen-Nyholm H, (2012), Gender-specific risk factors for intimate partner homicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(8), 1519–1539.
32. Lövestad S, Enander V, Krantz G, Örmon K, (kommande) Contextual factors and relationship characteristics prior to intimate partner homicide: a qualitative court file study from Sweden.
33. Marks M, Kumar R, (1993) Infanticide in England and Wales. *Medical Science and the Law*, 33, 320–339.
34. Marks M, Kumar R, (1996) Infanticide in Scotland. *Medical Science and the Law*, 36, 299–305.
35. Debowska A, Boduszek D, Dhingra K, (2015) Victim, perpetrator, and offense characteristics in filicide and filicide-suicide. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 113–124.
36. Stöckl H, Dekel B, Morris-Gehring A, Watts C, Abrahams N, (2017) Child homicide Perpetrators Worldwide: A Systematic Review, *BMJ Paediatrics Open* 1(1): e000112. doi:10.1136/bmjpo-2017-000112.
37. Kauppi A, Kumpulainen K, Karkola K, Vanamo T, Merikanto J, (2010) Maternal and paternal filicides: A retrospective review of filicides in Finland. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38, 229–238.
38. Daly M, (2022) “Cinderella effects” in lethal child abuse are genuine and large: A comment on Nobes et al. (2019). *Journal of Experimental Psychology: General*, 151(11), 2968–2976.
<https://doi.org/10.1037/xge0001230>
39. Davies A, (2022) Mothers who kill their children: Literature review and reflections for social work practice. *Practice*, 34(5), 329–45.
40. Porter T, Gavin H (2010) Infanticide and neonaticide: A review of 40 years of research literature on incidence and causes. *Trauma, Violence & Abuse*, 11 (3), 99–112. doi:10.1177/1524838010371950.

41. Resnick P J, (1969) Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126, 73–82.
42. Bourget D, Gagné P, (2002) Maternal filicide in Québec. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 345–351.
43. Bourget D, Gagné P, (2005) Paternal filicide in Québec. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33, 354–360.
44. Hatters Friedman S, Resnick P J, (2007) Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry*, 6(3), 137–41. PMID: 18188430; PMCID: PMC2174580.
45. Flynn S M, Shaw J, Abel K M, (2013) Filicide: Mental illness in those who kill their children. *PloS One*, 8, e58981.
46. Bourget D, Grace J, Whitehurst L, (2007) A review of maternal and paternal filicide. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35(1), 74–82.
47. Brown T, Bricknell S, Bryant W, Lyneham S, Tyson D, Arias P F, (2019) Filicide offenders. *Trends and issues in crime and criminal justice*, 2(568), 1–17.
48. Frederique A, Stolberg R, Estrellado J, Kellum C, (2023) Maternal filicide: A review of psychological and external demographic risk factors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(1-2), 34–52.
49. Kauppi A L M, Vanamo T, Karkola K, Merikanto J, (2012) Fatal child abuse: a study of 13 cases of continuous abuse. *Mental Illness*, 4(1), 5–9.
50. Frederick J, Devaney J, & Alisic E, (2019). Homicides and maltreatment-related deaths of disabled children: A systematic review. *Child Abuse Review*, 28(5), 321–338.
51. West S G, Friedman S H, Resnick P J, (2009) Fathers who kill their children: An analysis of the literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54(2), 463–8.
52. Vileisis J, Laufer B, (2024) Domestic violence as a risk factor of maternal filicide. *Archives of Women's Mental Health*, <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01430-8>
53. Karlsson L C, Antfolk J, Putkonen H, Amon S, da Silva Guerreiro J, de Vogel V, m fl, (2021) Familicide: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 83–98.

54. Mailloux S, (2014) Fatal families: Why children are killed in familicide occurrences. *Journal of Family Violence*, 29(8), 921–926.
55. Liem M, Koenraadt F, (2008) Familicide: a comparison with spousal and child homicide by mentally disordered perpetrators. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(5), 306–18.
56. Elakkary S, Franke B, Shokri D, Hartwig S, Tsokos M, Püschel K, (2014) Honor crimes: review and proposed definition. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 10(1), 76–82.
57. AlQahtani S M, Almutairi D S, BinAqeel E A, Almutairi R A, Al-Qahtani R D, Menezes R G, (2022) Honor killings in the Eastern Mediterranean region: A Narrative Review. *Healthcare*, 11(1), 74.
58. Hayes B E, Freilich J D, Chermak S M, (2016) An exploratory study of honor crimes in the United States. *Journal of family violence*, 31(3), 303–314.
59. Björktomta S-B. (2019), Honor-based violence in Sweden – Norms of honor and chastity. *Journal of Family Violence*, 34(5), 449–460.
60. Heide K M, (2014) Patricide and steppatricide victims and offenders: An empirical analysis of U.S. arrest data. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(11), 1261–1278.
61. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R, (2014) Mental illness, violence and delusional misidentifications: The role of Capgras' syndrome in matricide. *Journal of forensic and legal medicine*, 21, 9–13.
62. Adinkrah M. (2017) Patricides and step-patricides in Ghana: Victims, offenders, and offense characteristics. *Journal of family violence*, 32(8), 817–29.
63. Bourget D, Gagné P, Labelle M-E, (2007) Parricide: A comparative study of matricide versus patricide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(3), 306–312.
64. Heide K M, Frei A. (2010). Matricide: A critique of the literature. *Trauma, violence & abuse*, 11(1), 3–17.
65. Sahin E, Sahin M F, Tavasli A, Gul M C, Seyhan O F, Demirbuga S, m fl, (2016) Parricide cases of adult offenders from Turkey: A descriptive study. *Journal of forensic and legal medicine*, 39, 151–155.
66. Liettu A, Säävälä H, Hakko H, Räsänen P, Joukamaa M. (2009) Mental disorders of male parricidal offenders: A study of offenders in forensic

psychiatric examination in Finland during 1973–2004. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(2), 96–103.

67. Wick R, Mitchell E, Gilbert J D, Byard R W, (2008) Matricides in South Australia – A 20-year retrospective review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 15(3), 168–71

68. Marleau J D, Auclair N, Millaus F, (2006) Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents. *Journal of Family Violence*, 21(5), 321–5.

69. Heide K M, Petee T A, (2007) Parricide: An empirical analysis of 24 years of U.S. data. *Journal of interpersonal violence*, 22(11), 1382–99.

70. Myers W C, Vo E J. (2015) Adolescent parricide and psychopathy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(5), 715–29.

71. Dantas S, Santos A, Dias I, Dinis-Oliveira R J, Magalhães, T, (2014) Parricide: A forensic approach. *Journal of forensic and legal medicine*, 22, 1–6.

72. Krug E G, Dahlberg L L, Mercy J A, Zwi A B, Lozano R, (red) (2002) *World report on violence and health*. Genève, World Health Organization.

73. MacInnes P, Calcia M A, Martinuzzi M, Griffin C, Oram S, Howard L M, (2023) Patterns of mental health service use among perpetrators of domestic homicide: descriptive study of Domestic Homicide Reviews in England and Wales. *BJ Psych bulletin*, 48(6), 1–9. Advance online publication, <https://doi.org/10.1192/bjb.2023.91>

74. Rosenberg D, Berry C. (2021) Intimate partner homicide: Current understandings of identifying risk and providing patient empowerment. *Current trauma reports*, 7(4), 92–102.

75. Rumpf T, Horn S, Vogt C, Göbel K, Görgen T, Zibulski KM, m fl (2024) Leaking in intimate partner homicide: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 3005–3019.

76. Friedman S H, (2023) Child murder by parents: Toward prevention. *Current psychiatry*. 2023;22(6):12–21.

77. HSLF-FS 2022:39. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.

78. Polisen (2022), Polismyndighetens strategi för det brottsförebyggande arbetet, 2022:12 (tryckort ej angiven).

79. Motamed-Jahromi M, Azizi K, Kaveh M H, Honor killing, a growing worldwide crisis: Preliminary preventive policies using a socio-ecological perspective. *Journal of health sciences and surveillance system*, 12(2), 220–222.

80. Miles C, Condry R, Windsor E, (2023) Parricide, mental illness, and parental proximity: The gendered contexts of parricide in England and Wales. *Violence Against Women*, 29(2), 87–111.

81. [Samordnad individuell plan - SIP - 1177](#) Hämtat 250228.

82. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101.

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2025-08-14

Innehållsansvar: Mari Brännvall, (thebr7), Utvecklingsledare

Giltig till: 2027-07-02

Granskad av: Mari Brännvall, (thebr7), Utvecklingsledare

Godkänd av: Carina Eliason, (carel4), Områdeschef

Bilaga 1: Regional rutin

Regional rutin

Uppgiftslämnande till polisen för att förebygga allvarligt våld

Syfte

Att stödja hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal vid bedömning av möjlighet att på eget initiativ tipsa polisen för att förebygga allvarligt våld i nära relationer mot vuxna och barn, med stöd av 10 kap. 18 c § Offentlighets och sekretesslagen (OSL).

Bakgrund

Våld i nära relationer är våld som utövas av en närstående, exempelvis en nuvarande eller tidigare partner, en förälder, ett syskon eller ett vuxet barn till den som utsätts. Med allvarligt våld i nära relationer menas exempelvis grov misshandel, olaga frihetsberövande, grov kvinnofrids- och fridskränkning, hedersförtryck, människohandel, våldtäkt, dråp, och mord.¹

Det är vanligt att förövare och offer för dödligt våld i nära relationer söker hälso- och sjukvård innan våldet blir dödligt. Vanligast är kontakt med vårdcentral, psykiatri, mödrahälsovård och barnhälsovård. Genom att tipsa polisen vid oro för allvarligt våld kan vården bidra till att förebygga att våldet blir dödligt.

Denna rutin tillämpas i de fall personal bedömer att polisen bör tipsas om risk för allvarligt våld utan att ha inhämtat samtycke från patient. Vid risk för allvarligt våld finns möjlighet att bryta sekretess. I de fallen går skyddet av den som riskerar att utsättas för våld före den enskildes rätt till integritet. Vilka uppgifter som får lämnas ut framkommer nedan.

¹ Detta är brott i 3, 4 eller 6 kap. BrB som har ett minimistraff på fängelse i minst ett år

Vid misstanke om vissa *begångna* brott finns också möjlighet att göra en polisanmäla med stöd av 10 kap. 21 och 23§§ OSL.

Upptäckt av risk för allvarligt våld i nära relationer

De bästa sätten att upptäcka risk för att någon ska utöva eller utsättas för allvarligt våld i nära relationer är att vara uppmärksam på tecken på våld och att ställa frågor om våld till patienter i enrum. Enligt Socialstyrelsen:

- *Ska* frågor om våldsutsatthet ställas till patienter vid symtom eller tecken på våldsutsatthet.²
- *Bör* frågor om våldsutsatthet ställas till alla gravida inom mödrahälsovården.
- *Bör* frågan om våld tas upp i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri.
- *Bör* frågor om våldsutsatthet ställas till vuxna patienter med specifika symtom, tillstånd och beteendemönster. Så som
 - skador
 - psykisk ohälsa så som depression, ångest, PTSD, självskadebeteende, suicidalitet, sömnstörningar, ätstörningar
 - skadligt bruk av alkohol eller narkotika
 - mag- och tarmbesvär
 - långvarig smärta
 - återkommande söker vård utan klinisk orsak
 - upprepat avbokar/uteblir från besök eller
 - kontrollerande medföljande.³

Därutöver *bör* frågor om våldsutsatthet och våldsutövning ställas till alla patienter som söker vård för psykisk ohälsa eller riskbruk inom primärvård eller vuxenpsykiatri.

Berätta att frågor om våld ställs för att kunna ge patienten rätt vård samt av omtanke om patienten och dennes närstående så att ingen kommer till skada.

Bedömning

Vårdpersonal får tipsa polisen under förutsättning att

1. det finns risk för allvarligt våld, och

² HSLF:SF 2022:39

³ Socialstyrelsen (2025)

2. det inte är olämpligt att uppgiften lämnas ut.

Det är personalen som avgör om förutsättningarna är uppfyllda genom att väga behovet av skydd för den våldsutsatta mot konsekvenserna för vården av patienten och anhörigas intressen om sekretessen bryts.

1. Risk för allvarligt våld

Bedöm om det finns risk för allvarligt våld utifrån riskfaktorer. Bedömningen ska grundas på konkreta omständigheter, så som kännedom om våld eller tecken som väcker misstanke.

Tidigare våld är en risk för framtida våld. Det innebär att förutsättningen kan vara uppfylld om du misstänker eller känner till att en patient utövat eller utsatts för våld i nära relation, särskilt under de senaste 12 månaderna eller om det finns ett kontaktförbud.⁴

Riskfaktorer för dödligt våld som innebär att förutsättningen är uppfylld är vidare

- strypvåld (inklusive i samband med sex)
- eskalerande våld
- sexuellt våld
- hot, önskan eller tankar om att man själv eller en närstående ska dö.

Riskfaktorer för dödligt våld som, i kombination med tidigare våld och psykisk ohälsa/riskbruk hos våldsutövaren, innebär att förutsättningen är uppfylld:

- Svartsjuka, kontrollerande beteende, stalkning.
- Planerad, pågående eller genomförd separation, vårdnadstvist.
- Tillgång till skjutvapen.
- Social utsatthet (exempelvis arbetslöshet, låg utbildningsnivå, låg inkomst, långtidssjukskrivning, osäkra boendeförhållanden).
- Hedersnormer.
- Stark rädsla hos den utsatta.

Om någon av riskfaktorerna för dödligt våld uppfylls är situationen allvarlig och polisen bör informeras. När barn direkt eller indirekt berörs av ovanstående ska också en orosanmälan omgående göras till socialtjänsten.

⁴ Uppgifter om tidigare dödligt våld mot en närstående är en riskfaktor oavsett tidpunkt för dådet.

2. Inte olämpligt

Bedöm om det är olämpligt att tipsa polisen för

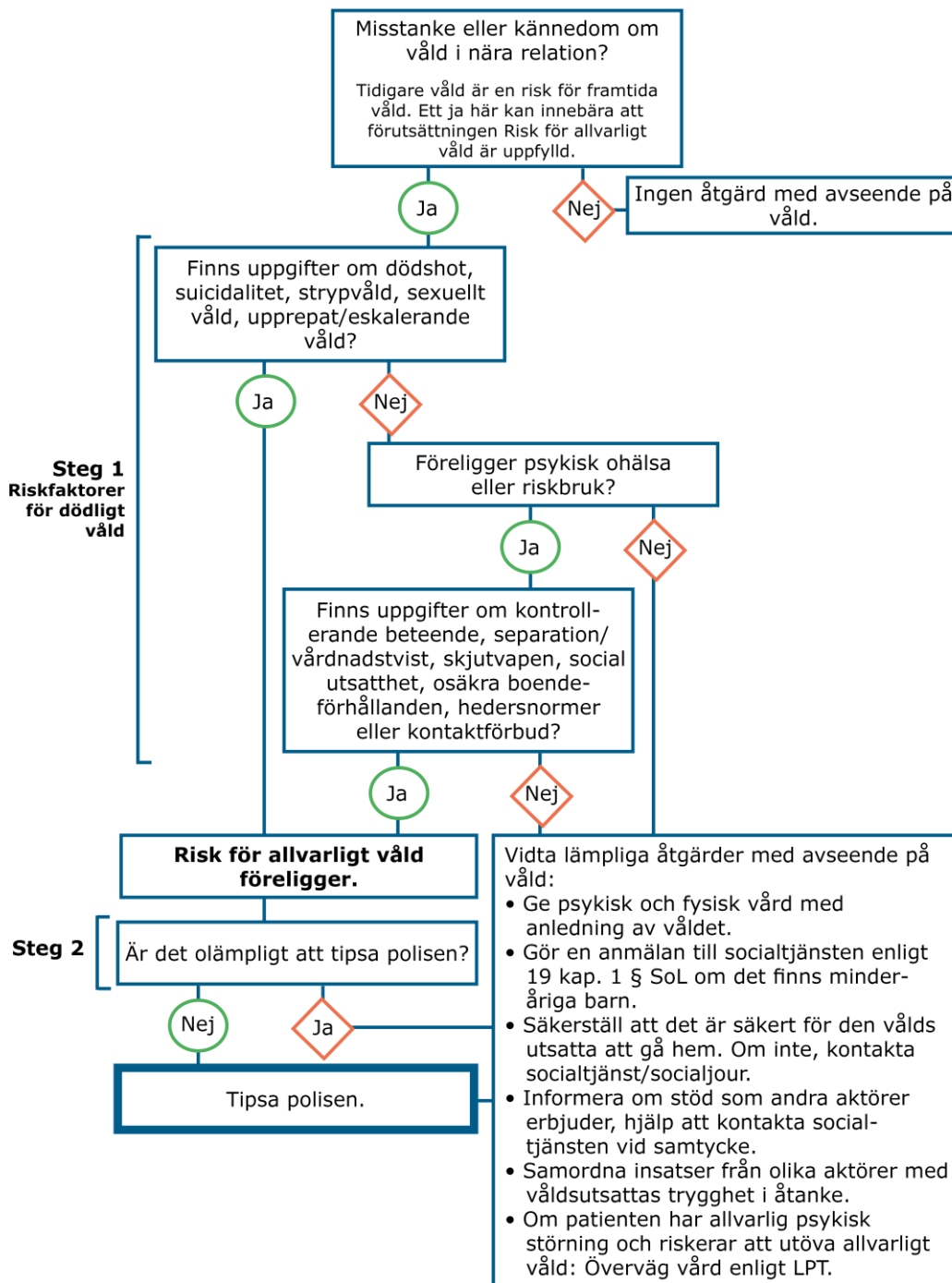
- den vård som pågår eller planeras för patienten eller
- närståendes intressen.

Eftersom lagen är till för att skydda utsatta bör bedömningen i de flesta fall bli att vården tipsar polisen om det finns risk för allvarligt våld.⁵

Det finns [exempel på bedömningar](#) (skrolla ner och fäll ut listen ”Bedöma möjlighet att tipsa polisen”) på Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, VKV.

⁵ Syftet med denna förutsättning är att vårdpersonal ska ha möjlighet att göra avvägningar i det enskilda fallet.

Bedömning av möjlighet att tipsa polisen enligt 10 kap. 18 c § OSL



Uppgifter som får lämnas ut

Bedöm vilka uppgifter som är lämpliga att lämna ut till polisen. En vägledning är att polisen behöver få tillräckligt med uppgifter för att kunna förebygga brott utan att överflödigt information lämnas ut.

Exempel på information som kan lämnas ut:

- Vem som riskerar att utöva våld.
- Vem som riskerar att utsättas.
- Var de uppehåller sig.
- Familjeförhållanden och bekantskapskrets, inklusive om det finns minderåriga barn i hemmet.
- Riskbruk.
- Psykisk ohälsa.
- Planerade, pågående och avbrutna vårdinsatser.

Överlämnande av uppgifter

Tips lämnas muntligen per telefon eller skriftligen på webben:

Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga (Polisområde Älvsborg): 010-566 28 95.

Övriga kommuner:

Telefon: 114 14, säg ”tips” i talsvar.

Webb: [Tipsa polisen via webb](#) (lämna kontaktuppgifter för uppringning).⁶

Ring 112 vid pågående eller nära förestående allvarligt våld.⁷

Vid kontakt med polisen:

- Uppge att du vill tipsa polisen om risk för allvarligt våld med stöd av 10:18c OSL.
- Uppge att du misstänker att våld förekommit tidigare, utan att i detalj beskriva våldet.⁸
- Lämna övriga uppgifter som får lämnas ut, inklusive de riskfaktorer du identifierat utöver våld.

Chef/arbetsledare kan stå som uppgiftslämnare.

Vid osäkerhet kan polis konsulteras aidentifierat.

Polisen avslöjar inte vem som lämnat ett tips.

Efter tips bedömer polisen vilka åtgärder som ska vidtas. Det kan exempelvis vara att informera aktuellt lokalpolisområde så att de kan arbeta brottsförebyggande eller lägga den nya informationen till en befintlig brottsutredning. Polisen kan också vilja ta upp en polisanmälan.

⁶ Tipsformuläret är krypterat.

⁷ Underlåtelse att avslöja pågående allvarlig brottslighet kan vara straffbart enligt 23 kap. 6 § Brottsbalken.

⁸ Observera att uppgifterna om tidigare våld ska lämnas i allmänna ordalag, och att konkreta och detaljerade uppgifter om våld vanligtvis inte får lämnas ut.

Andra åtgärder

Andra åtgärder som hälso- och sjukvården ska vidta vid risk för allvarligt våld i nära relationer är att:

- Ge psykisk och fysisk vård med anledning av våldet.
- Göra en anmälan till socialtjänsten enligt 19 kap. 1 § SoL vid oro för minderåriga barn.
- Säkerställa att det är säkert för den våldsutsatta att gå hem. Om inte – kontakta socialtjänst/socialjour.
- Informera om stöd som andra samhällsaktörer erbjuder våldsutsatta och våldsutövare, inklusive frivilligorganisationer, och förmedla kontakt med socialtjänsten vid samtycke.
- Samverka internt inom hälso- och sjukvården och externt med andra aktörer om patienten har behov av insatser från flera verksamheter, så att insatserna inte motverkar varandra. Beakta behovet av trygghet och säkerhet hos våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Vid samverkan med socialtjänsten ska en samordnad individuell plan upprättas (SIP).

Om patienten har en allvarlig psykisk störning och riskerar att utöva allvarligt våld mot en närstående: Överväg om patienten uppfyller kriterierna för LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård).

Dokumentation

Om uppgifterna kommer från en våldsutsatt patient ska dokumentation göras i patientjournal. Dokumentera att du tipsat polisen med stöd av 10 kap. 18 c § OSL, vad som väckt oro för allvarligt våld, vilken bedömning som gjorts och vilka åtgärder som vidtagits. Dokumentation ska göras i mallen *Undantag från direktåtkomst* under sökordet *Våldsutsatthet i nära relationer*.

Stöd för tillämpning

[Åtgärdskort 10 kap. 18 c § OSL \(pdf\)](#)

[Tipsa polisen \(kunskapsstöd på hemsida\)](#)

[Ställa frågor om våldsutsatthet och våldsutövning \(pdf\)](#)

[Genväg till forskning: Riskfaktorer vid dödligt våld i nära relationer \(pdf\)](#)

Uppföljning

Vårdpersonal som tipsat polisen med stöd av 10 kap. 18 c § OSL ombeds besvara en anonym [enkät](#).

Innehållsansvarig

Mari Brännvall, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, VKV.

Relaterad information

[Regional medicinsk riktlinje, Våld i nära relationer – indikationer och handläggning.](#)

[Regional medicinsk riktlinje, Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa inklusive barn som har bevittnat/ upplevt våld – indikationer och handläggning.](#)

[Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn.](#)

[Blankett: Orosanmälan gällande barn och unga](#)

[Guide – Hot och våld, otillåten påverkan](#)

[HSLF-FS 2022:39. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.](#)

[Regeringens proposition 2020/21:163. Förebyggande av våld i nära relationer.](#)

[Socialstyrelsen \(2023\) Våld i nära relationer. Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården.](#)

[Socialstyrelsen \(2025\) Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer: Våld i nära relationer Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och tandvården.](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Mari Brännvall, (thebr7), Utvecklingsledare

Granskad av: Mari Brännvall, (thebr7), Utvecklingsledare

Godkänd av: Carina Eliason, (carel4), Områdeschef

Dokument-ID: SSN12865-780821730-851

Version: 2.0

Giltig från: 2025-08-14

Giltig till: 2027-07-02

Bilaga 2: Intervjuguide avstämningar

- Hur går det för er?
- Finns det några frågor ni sitter med som ni vill ta upp med mig?
Vilka?
- Hur går det för er att arbeta med rutinen och åtgärdskortet?
 - Användbarhet: Är materialet användbart?
 - Rimligt arbetssätt: Är det tillämbart? Går det att arbeta så?
 - Oklarheter/svårigheter: Är det något som känns oklart?
Något som inte fungerar?
 - Positiva erfarenheter: Har ni några positiva erfarenheter?
- Har ni haft någon patient som varit utsatt för våld eller utövat våld sedan vi sågs sist?
Om ja: Bestäm tidpunkt för individuell intervju.
- Tacka för deltagande och avsluta intervjun.

Bilaga 3: Intervjuguide intervju

Du har ju haft en patient där du känt oro för allvarligt våld.

- Berätta: vad var det som väckte din oro?
 - Vad fick du reda på?
 - Hur fick du reda på det?
- Berätta: hur resonerade du om det du fått reda på? Vad gjorde du?
- Berätta: Använde du dig av rutinen, flödesschemat och åtgärdskortet på något sätt? I så fall:
 - På vilket sätt?
 - Var det till hjälp? På vilket sätt?

Enligt bestämmelsen i OSL så får man lämna uppgifter om 3 förutsättningar är uppfyllda: 1) Risk för allvarligt våld, 2) om uppgifterna kan bidra till att förhindra brott och 3) det inte är olämpligt att lämna ut uppgifterna.

- Gjorde du en bedömning av de här tre förutsättningarna mha flödesschemat?
 - I så fall: Hur var det?
 - Vilka riskfaktorer identifierade du?
 - Vad mynnade bedömningen ut i?
- Kontaktade du polisen? Berätta hur det var.
 - När ringde du? Vem pratade du med?
 - Vad hände?
 - Vad sa polisen?
 - Lämnade du ut uppgifterna?
 - Hur upplevde du kontakten?
- Har du berättat för patienten att du tipsat polisen? I så fall: hur reagerade patienten?
- Vet du om det hänt något sedan du lämnade uppgifterna till polisen?
- Har du något annat som du vill tillägga?
- Hur har det varit att bli intervjuad om detta?

Bilaga 4: Enkät

Bakgrundsfrågor

1. Vilket år är du född?

År:

2. Vad har du för kön?

Kvinna Man Annat

3. Vilken är din profession?

- Arbetsterapeut
- Behandlingsassistent
- Fysioterapeut
- Fältsekreterare/socionom, kommunanställd
- Grundutbildad sjuksköterska
- Kurator
- Läkare
- Medicinsk sekreterare
- Psykolog
- Psykoterapeut
- Skötare/undersköterska
- Specialistsjuksköterska
- Annan, vilken

4. Har du idag en lednings-/chefsposition?

Ja Nej

5. Vilken mottagning arbetar du på?

Frågor om rutinen

6. I vilken utsträckning anser du att rutinen är användbar för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld i nära relationer?

- I mycket liten utsträckning
- I liten utsträckning
- I stor utsträckning
- I mycket stor utsträckning

7. I vilken utsträckning anser du att rutinen beskriver ett arbetssätt som är genomförbart på din arbetsplats för att upptäcka och hantera risk för allvarligt våld?

- I mycket liten utsträckning
- I liten utsträckning
- I stor utsträckning
- I mycket stor utsträckning

8. I vilken utsträckning framgår det tydligt i rutinen vad du förväntas göra om du upptäcker risk för allvarligt våld?

- I mycket liten utsträckning
- I liten utsträckning
- I stor utsträckning
- I mycket stor utsträckning

9. I vilken utsträckning anser du att rutinen är till hjälp för att veta om du får lämna uppgifter till polisen?

- I mycket liten utsträckning
- I liten utsträckning
- I stor utsträckning
- I mycket stor utsträckning

10. Behöver något förtydligas i rutinen?

- Ja Nej

Om *Ja*, beskriv vad:

11. Saknar du något i rutinen?

- Ja Nej

Om *Ja*, beskriv vad:

12. Behöver du ytterligare stöd utöver rutinen, utbildningen och kunskapsstödet, för att kunna tillämpa 10 kap. 18 c § OSL?

- Ja Nej Vet inte

Om *Ja*, beskriv vilken form av stöd:

13. Har du under testperioden upptäckt risk för allvarligt våld i nära relationer?

- Ja Nej

Om *Nej*, behöver du inte besvara fler frågor. Tack för din medverkan!

Om *Ja*, hur många fall?

14. Vad sökte patienten för?

15. Var patienten våldsutsatt eller våldsutövare?

- Våldsutsatt Våldsutövare

16. Hur uppstod misstanke eller hur fick du kännedom om risken för allvarligt våld?

- Ställde fråga på rutin om våld
- Observerade tecken eller symtom på våld
- Patienten berättade på eget initiativ utan att ha fått frågan
- Annat, vad:

17. Vilka riskfaktorer för allvarligt våld identifierade du? (flera svarsalternativ är möjliga)

- Tidigare våld
- Strypvåld
- Eskalerande våld
- Sexuellt våld
- Hot, önskan eller tankar om att man själv eller en närstående ska dö.
- Psykisk ohälsa
- Riskbruk
- Svartsjuka, kontrollerande beteende, stalkning
- Planerad, pågående eller genomförd separation, vårdnadstvist
- Tillgång till skjutvapen
- Social utsatthet (ex. arbetslöshet, grundskoleutbildning, låg inkomst, långtidssjukskrivning, osäkra boendeförhållanden)
- Hedersnormer
- Stark rädsla hos våldsutsatt
- Annan, vilken?

18. Gjorde du en bedömning av om uppgifterna som du ville tipsa polisen om kunde antas bidra till att förhindra brott?

- Ja Nej

Om *Ja*, beskriv hur du resonerade:

19. Gjorde du en bedömning av om det var olämpligt att lämna uppgifterna till polisen?

- Ja Nej

Om *Ja*, beskriv hur du resonerade:

20. Lämnade du uppgifter till polisen?

- Ja Nej

21. Hur upplevde du kontakten med polisen?

- mycket negativt
- ganska negativt
- ganska positivt
- Mycket positivt

22. Vidtog du några ytterligare åtgärder med anledning av våldet?

- Ja Nej

Om *Ja*, i så fall vilka åtgärder:

- Psykisk och fysisk vård med anledning av våldet
- Orosanmälan till socialtjänsten enligt 14:1 SoL

- Kontakt med socialtjänst/socialjour
- Information om andra aktörers stöd
- Initierade SIP (samordnad individuell plan)
- Övervägde LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård)
- Annat, vad:

23. Använde du rutinen i din bedömning och handläggning?

- Ja Nej

Övriga kommentarer:

Tack för din medverkan!