



2026-02-27

# Genväg till forskning

Frågor om våld inom hälso- och sjukvård och tandvård

Datum: 2026-02-27

Dokumentnamn: Genväg till forskning – Frågor om våld inom vården

Författare: Mari Brännvall

## Sammanfattning

Denna forskningssammanställning visar att frågor om våld är ett viktigt verktyg för att vården ska kunna upptäcka patienter som utsätts för våld. Forskningen beskriver flera sätt att fråga, som att fråga alla patienter, fråga patienter med vissa symtom eller fråga när personalen misstänker våld. Alla metoder ökar upptäckten av våldsutsatthet, men de gör det i olika grad och kräver olika mycket resurser.

Skriftliga eller digitala formulär leder oftast till fler avslöjanden än muntliga frågor. Frågor om våld är inte skadliga, men de behöver följas av ett gott bemötande och ett tydligt erbjudande om stöd för att ge positiva effekter för patienten. Personal behöver kunskap, rutiner och stöd för att veta hur de ska fråga och hur de ska agera vid ett avslöjande.

För att patienter ska känna sig trygga att berätta är miljön viktig. Frågorna bör ställas i enrum, med tid för samtalet och av personal som lyssnar med empati och respekt. Olika grupper av patienter kan ha olika behov och förutsättningar, vilket gör att både frågor och bemötande behöver anpassas.

Sammanfattningsvis visar forskningen att frågor om våld ökar upptäckten av utsatthet, men att frågorna måste följas av stöd och uppföljning för att leda till bättre hälsa och minskat våld.

- Frågor om våld kan ställas på olika sätt inom vården. Sättet att fråga bör anpassas till patientgruppens behov och förutsättningar.
- För att kunna fråga om våld på ett bra sätt behövs utbildad personal, tydliga rutiner och ett fungerande stöd i verksamheten. Frågorna behöver också följas av ett respektfullt bemötande och erbjudande om stöd.
- Frågor om våld ökar upptäckten av utsatthet. Men de leder inte till bättre hälsa eller minskat våld om svaren inte följs av ett gott bemötande och tydliga insatser för stöd, vård och skydd.

## Inledning

Denna forskningsöversikt ger en samlad bild av kunskap om att ställa frågor om våld inom hälso- och sjukvård och tandvård. Syftet är att ge vården ett kunskapsstöd för att upptäcka våldsutsatta patienter och ta ansvar enligt gällande rekommendationer. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska personal fråga om våld när det finns misstanke om utsatthet [1]. Deras rekommendationer anger att frågor även bör ställas till särskilda

patientgrupper, till exempel gravida och personer med vissa skador, symtom, tillstånd och beteendemönster [2].

Översikten beskriver olika aspekter av att ställa frågor om olika former av våld till patienter i olika åldrar inom hälso- och sjukvård och tandvård. De frågeställningar som besvaras är:

1. Vilka olika sätt finns för att fråga om våld inom vården?
2. Vilka för- respektive nackdelar finns med de olika sätten att fråga?
3. Vilka är effekterna av att fråga om våld inom vården?
4. Vilka förutsättningar bör finnas på plats innan man frågar?
5. Vad underlättar respektive försvårar för personalen att fråga om våld?
6. Vad underlättar respektive försvårar för patienter att berätta för vårdpersonal om våld?

Underlaget bygger på 59 artiklar, varav merparten (44) är systematiska forskningsöversikter. Dessa ger en bred internationell bild, medan de svenska studierna bidrar med kunskap om hur frågor om våld fungerar i svensk vård och hur resultaten kan förstås i ett nationellt sammanhang.

Tillsammans ger studierna en stabil och användbar grund för hur vården kan arbeta för att upptäcka våld, anpassa bemötandet och skapa rutiner som gör det möjligt att erbjuda rätt stöd till patienter i olika livssituationer.

## Resultat

Resultatdelen följer forskningssammanställningens sex frågeställningar och är strukturerad för att ge en tydlig överblick av kunskapsläget. Det första avsnittet beskriver vilka sätt vården kan använda för att fråga om våld, och vilka fördelar och nackdelar som finns med de olika sätten. Därefter följer ett avsnitt som sammanfattar vad forskningen visar om effekterna av att ställa frågor om våld till patienter.

I nästa del presenteras vilka förutsättningar som behöver finnas i verksamheten innan frågor om våld införs. Avslutningsvis redovisas två avsnitt om vad som underlättar och försvårar för vårdpersonal att fråga om våld respektive vad som underlättar och försvårar för patienter att berätta om våld.

## Vilka olika sätt finns för att fråga om våld inom vården?

Detta avsnitt beskriver olika sätt som vården kan använda för att ställa frågor om våld. Syftet är att ge en översikt av de metoder som lyfts i litteraturen, utan att vara helt uttömmande, eftersom det finns många variationer och arbetssätt.

Ett första sätt att kategorisera frågemetoder är utifrån vilka patienter som tillfrågas. Frågorna kan ställas till:

- alla patienter,
- patienter som söker vård för vissa symtom eller tillstånd, eller
- patienter som väcker personalens misstanke om utsatthet för våld.

Frågor kan också skilja sig åt när det gäller hur de formuleras och hur de ställs. De kan vara direkta eller indirekta, och de kan ställas muntligt eller skriftligt, till exempel genom formulär i pappersform eller digitalt. Nedan beskrivs dessa metoder närmare, tillsammans med deras fördelar och nackdelar enligt forskningen.

### Fråga alla patienter

Detta sätt att fråga, även kallat universell screening, innebär att alla patienter tillfrågas om våld, oavsett symtom eller om personalen misstänker utsatthet. Frågorna ställs på samma sätt till alla, ofta med hjälp av ett strukturerat instrument. Syftet är att upptäcka personer som utsätts för våld men som inte visar några tydliga symtom eller tecken, och som annars riskerar att inte uppmärksammas.

Detta arbetssätt används oftare med kvinnor än med män [3]. Det förekommer i flera vårdmiljöer, till exempel i primärvården [4, 5], mödrahälsovården [3, 6] och barnhälsovården [7]. I Sverige används metoden även inom mödrahälsovården [8], barnhälsovården [9, 10, 11], ungdomsmottagningar [12] och kvinnosjukvården [13].

Universell screening har flera fördelar. Den ökar möjligheten att identifiera våldsutsatta [4, 14, 15], minskar risken för bias eftersom alla får samma fråga [4], och signalerar att våld är en hälsofråga som kan beröra alla patienter [16]. Svensk forskning visar också att metoden upplevs som icke-stigmatiserande eftersom ingen grupp pekas ut [12, 13, 17].

Det finns också nackdelar. Personal kan uppleva att det känns mindre relevant att fråga om våld när det inte finns någon koppling till patientens

sökorsak [4]. Det finns även en risk att frågorna ställs mekaniskt, vilket kan göra att patienten inte uppfattar ett genuint intresse [16]. Metoden är dessutom tidskrävande och kräver att stora personalgrupper utbildas, samtidigt som relativt få fall av våldsutsatthet identifieras i förhållande till hur många som tillfrågas [4, 15].

## Fråga alla patienter med vissa symtom

Att fråga alla patienter med vissa symtom eller tillstånd innebär att frågor om våld ställs som en rutin i samband med besöket. Metoden används för symtom, som depression eller långvarig smärta, som forskning visat kan ha samband med våldsutsatthet. Den är därmed mer riktad och träffsäker än universell screening, men samtidigt flexibel då den kan anpassas till situationen och inte kräver ett formellt screeninginstrument. Frågorna kan ställas med hjälp av ett fast formulär eller formuleras av personalen utifrån behovet i mötet. Syftet är att upptäcka patienter som har symtom som kan vara kopplade till våld, men som inte väcker misstanke vid själva besöket.

Frågor på rutin om våld används exempelvis inom psykiatrisk vård [18] och på akutmottagningar [19]. I Sverige tillämpas metoden även inom barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsmedicin [20] och inom ortopedisk akutsjukvård [21].

En fördel med att fråga patienter med vissa symtom är att upptäckten av våld ökar och blir mer träffsäker än när alla patienter tillfrågas oavsett sökorsak [22]. Metoden är också mindre resurskrävande eftersom den riktas till grupper där risken för våld är högre. Samtidigt beskriver litteraturen att den fortfarande kan vara både tids- och resurskrävande, eftersom många patienter behöver tillfrågas jämfört med om endast de som väcker misstanke tillfrågas [22].

## Fråga vid misstanke

Detta sätt att fråga, ofta kallat att fråga på indikation om våld, innebär att vårdpersonal ställer frågor till patienter som visar symtom eller tecken som väcker misstanke om våldsutsatthet. Det kan till exempel handla om oförklarliga skador eller om en medföljande som uppträder kontrollerande. Metoden är selektiv och situationsbaserad och bygger på personalens bedömning i mötet med patienten. Syftet är att upptäcka våldsutsatta genom att rikta frågorna till dem som visar tecken på utsatthet vid besöket. Frågor på indikation kan ställas i alla typer av vårdmiljöer, såsom primärvård, reproduktiv hälsa eller barnhälsovård [23]. I Sverige är vårdpersonal skyldig att fråga patienter vid misstanke om våldsutsatthet [1].

En fördel med att fråga vid misstanke är att resurserna kan riktas till patienter där risken för våldsutsatthet bedöms vara högre än i befolkningen i stort [4]. Personal upplever ofta denna metod som mer relevant, hanterbar och mindre påträngande än att tillfråga alla patienter [7, 16]. En nackdel är att många våldsutsatta riskerar att inte tillfrågas när frågorna enbart baseras på personalens egna bedömningar. Det finns också en risk att förutfattade meningar och stereotypa föreställningar påverkar vilka patienter som tillfrågas. En forskningsöversikt visar att frågor på indikation ofta ställs först när det finns synliga skador [4]. Detta innebär att majoriteten av dem som utsätts för våld, men som inte visar tydliga tecken, inte uppmärksammas.

## Direkta eller indirekta frågor

Frågor om våld kan formuleras på olika sätt. Direkta frågor handlar om specifika våldshandlingar [24], medan indirekta frågor rör trygghet och relationer [25]. Direkta frågor gör det tydligt för patienten vad som efterfrågas [24, 25], men de kan också upplevas som mer konfrontativa och kräver därför att patienten känner tillit till vårdpersonalen [16].

Indirekta frågor upplevs ofta som mindre hotfulla och kan göra det lättare att inleda ett samtal [16]. Samtidigt finns en risk att våld inte identifieras när frågorna är allmänt hållna och inte nämner våld direkt [4].

## Muntliga eller skriftliga frågor

Litteraturen beskriver två huvudsätt för vården att ställa frågor om våld: muntligen eller skriftligen.

**Muntliga frågor** kan ställas ansikte mot ansikte vid ett vårdmöte eller per telefon, antingen före eller efter besöket [25, 26, 27].

**Skriftliga frågor** behandlas mest i forskningen. De bygger på färdiga formulär och används för patienter i olika åldrar, bland annat barn [28, 29], unga [29], vuxna och äldre [30]. Flera instrument har utvecklats och prövats i Sverige, såsom FRÅGOR OM VÅLD (FOV) i olika versioner för barn, unga och vuxna [20, 31], SEXIT för unga [12] och REAGERA-S för äldre [32].

Strukturerade formulär har flera fördelar. De täcker ofta flera typer av våld och kan öka träffsäkerheten. Samtidigt varierar deras sensitivitet, och långa formulär kan vara tidskrävande. De kan också passa bättre för vissa patientgrupper eller situationer än andra [6, 33].

Skriftliga formulär kan fyllas i under besöket eller inför ett kommande besök, i pappersform eller digitalt. Patienter upplever ofta dessa frågor som mer privata, eftersom de kan besvaras i enskildhet [26, 27]. De kan också upplevas som tryggare och mer respektfulla, samtidigt som de är enklare att hantera för personalen [32]. Svenska studier visar att ungdomar kan uppleva skriftliga formulär som hjälpsamma om de är konkreta och tydliga [12], men vissa upplever dem som opersonliga [20].

Digitala formulär upplevs som praktiska och genomförbara i enskildhet och accepteras väl av många patienter [34]. Men de saknar den mänskliga kontakt som kan ge empati och stöd. Digitalt frågande kräver också tekniska resurser [27] och kan innebära säkerhetsrisker [34].

En forskningsöversikt visar att digitala frågor leder till högre rapportering av våldsutsatthet än muntliga eller pappersbaserade frågor [26]. Samma översikt visar att det inte finns någon skillnad mellan muntliga frågor och pappersformulär när det gäller rapporteringsgrad. Frågor kan ställas vid ett enskilt tillfälle, till exempel vid inskrivning, eller upprepas över tid.

## **Vilka är effekterna av att fråga om våld inom vården?**

Det finns en tydlig konsensus i litteraturen om att frågor om våld har flera positiva effekter. Forskningen visar att frågor om våld:

- Ökar identifieringen av våldsutsatta, både jämfört med klinisk bedömning och när frågor inte ställs [6, 22, 25, 27, 33, 35, 36]. Denna effekt har även visats i svenska studier [9, 10, 12, 37]. Formulär som patienten fyller i själv, på papper eller digitalt, ger ofta högre upptäckt än frågor som ställs ansikte mot ansikte [26, 34, 38].
- Ökar möjligheten att patienter remitteras eller hänvisas vidare till verksamheter som kan ge vård och stöd [15, 29, 35, 39, 40].
- Ger bättre underlag för vård- och säkerhetsplanering, och minskar risken för felaktiga kliniska beslut [7, 15, 33].
- Accepteras av de flesta patienter, oavsett metod [3, 25, 27].
- Inte är skadliga i sig, men negativa känslor som skam, rädsla, retraumatisering och hopplöshet kan uppstå om bemötandet efter avslöjandet är bristfälligt [18, 24, 41, 42].
- Inte leder till minskat våld eller bättre hälsa utan uppföljande stöd, men i kombination med interventioner kan frågorna bidra till positiva effekter på både utsatthet och hälsa [7, 15, 23, 38].

Forskningen visar också att effekterna varierar mellan olika grupper av patienter:

**Kvinnor:** Evidensen är starkast för kvinnor. Frågor ökar deras möjlighet till stöd [4, 35, 36], särskilt under graviditet och tiden efter förlossningen [6, 27]. Frågorna kan också förbättra relationen till vårdpersonal och öka känslan av trygghet [15, 16, 23].

**Barn:** Frågor ökar upptäckten av barn som både utsätts för våld och bevittnar våld [28, 29]. Kartläggning av negativa barndomsupplevelser (ACE) kan identifiera riskfamiljer, men evidensen för hälsoeffekter är begränsad [39, 41, 43]. Studier visar också att barn kan bli otrygga av strukturerade frågor, ha svårt att förstå syftet eller minnas händelser, och att rädsla eller lojalitet kan hindra dem från att berätta [29].

**Unga:** Svenska studier visar att frågor om våld ökar upptäckten av våldsutsatta unga [12, 37]. Frågorna kan fungera som en tankeställare och leda till att unga söker stöd eller lämnar en våldsutövare [44]. Däremot leder inte frågorna i sig till bättre hälsa eller minskat våld [37].

**Män:** Frågor som ställs på rutin om våld ökar upptäckten av våldsutsatta män, men evidensen är svagare än för kvinnor [22].

**Äldre:** Frågor om våld ökar också upptäckten av våldsutsatta äldre, men studier visar inga effekter på minskat våld eller bättre hälsa [30]. Evidensen är begränsad, men en svensk studie visar att äldre uppskattar rutiner när de är tydliga [32].

## Vilka förutsättningar bör finnas på plats innan man frågar?

Det finns en stor enighet i litteraturen om vilka förutsättningar som behöver finnas i verksamheten innan vårdpersonal börjar ställa frågor om våld:

- **Utbildning och kompetens hos vårdpersonal:** Personal behöver kunskap om olika former av våld och om hur de ska samtala med patienter och agera efter ett avslöjande [4, 5, 15, 45]. De behöver också strategier för att hantera egna känslor som kan väckas i mötet med patienter [42, 45]. Forskningen betonar även vikten av kompetens att möta patienter med olika behov, bland annat utifrån kulturell bakgrund och migrationserfarenhet [46, 47], ålder och utvecklingsnivå [28, 29] samt funktionsnedsättning [48].

- **Tydliga rutiner och strukturer:** Verksamheten behöver tydliga rutiner för hur personal ska fråga om våld, bemöta patienter, dokumentera och agera vid upptäckt [4, 5, 22]. Klara remissvägar till vård och stöd är viktiga [6, 15, 27], liksom rutiner för akuta situationer där våldet kan eskalera [19, 25]. Frågor om våld bör ingå i ordinarie vårdflöden [6, 36]. Svensk forskning visar att personal behöver känna sig trygg med hur de ska agera när en patient berättar [12, 17, 31, 32]. Systemstöd, såsom särskilda journalfält, checklistor och tydliga arbetsflöden, underlättar arbetet [12, 13]. Personal behöver också utbildning om sin skyldighet att anmäla våld [49].
- **Trygg och privat miljö:** Forskningen lyfter vikten av att frågor om våld ställs i enrum, utan partner eller anhöriga [3, 16, 19, 24, 50]. Samtalet behöver få tillräckligt med tid, och kontinuitet i kontakten med vårdpersonal är en fördel [24, 36].
- **Tillgång till resurser:** Det bör finnas tillgång till professionella tolkar [47, 51], tekniska lösningar när frågor ställs digitalt [34, 38] och stödpersoner som patienter kan hänvisas till [7, 35].
- **Ett icke-dömande bemötande:** Bemötandet ska präglas av empati, respekt och bekräftelse, och personal ska undvika att pressa patienter att lämna relationen [15, 24].

Forskningsöversikterna lyfte även att vissa förutsättningar är särskilt viktiga för olika grupper:

**Kvinnor:** Här betonas behovet av en privat miljö [6, 16], kulturellt och språkligt anpassade frågeinstrument [16, 47] samt tillgång till stödresurser och säkerhetsplanering [15, 36].

**Barn:** Frågorna behöver anpassas efter barnets ålder, språkförståelse och mognad [29]. Åldersanpassade och beprövade instrument bör användas [28]. Barn ska tillfrågas i en trygg miljö, utan föräldrar [29]. Personal behöver också kunskap om barns utveckling och trauma [42, 52] samt tydliga rutiner för anmälan [28].

**Äldre:** Det behövs frågeinstrument anpassade för kognitiv svikt [30], och personal behöver kunskap om tecken på övergrepp mot äldre [53]. Samarbete med socialtjänst och polis är ofta nödvändigt [30].

**Män:** Ett bemötande som motverkar maskulinitetsnormer och normaliserar mäns utsatthet är viktigt [54]. Frågorna behöver ställas i en trygg och validerande miljö, och män bör hänvisas till stöd som kan bemöta dem på rätt sätt.

**Patienter med funktionsnedsättning:** Här krävs kommunikationsstöd och anpassning av språk och frågeteknik, så att patienten förstår frågorna och kan uttrycka sina erfarenheter [48].

## Vad underlättar respektive försvårar för personalen att fråga om våld?

Det finns en bred samsyn i litteraturen om vilka faktorer som underlättar respektive försvårar för vårdpersonal att ställa frågor om våld.

### Underlättar

Faktorer som underlättar för vårdpersonal att fråga om våld är:

- **Utbildning och kompetens:** Personal behöver kunskap om våld, om hur samtal ska föras och hur behov av vård, stöd och skydd ska bedömas när en patient berättar om utsatthet [4, 5, 35, 45]. Därför behövs utbildning, fortbildning och praktisk träning [19, 50]. Forskning lyfter också vikten av kulturell kompetens och förståelse för normer [46, 51].
- **Tydliga rutiner och systemstöd:** Skriftliga riktlinjer för hur frågor ska ställas, följas upp och dokumenteras underlättar arbetet [15, 25, 35]. Det blir också enklare om frågorna om våld är integrerade i ordinarie arbetsflöden [34] och om personalen använder korta, validerade instrument som går snabbt att administrera [6, 14, 26].
- **Tillgång till resurser:** Arbetet underlättas när det finns verksamheter att remittera patienter till, som kan ge vård, stöd och skydd [6, 36]. Det är också hjälpsamt att personalen har tillgång till experter att konsultera [7, 35] och till professionella tolkar samt tekniskt språkstöd [47, 51].
- **Tid:** Det blir lättare att ställa frågor om våld när personalen upplever att de har tillräckligt med tid för samtalet och för att ta hand om eventuella våldsutsatta [7, 36].
- **Tekniska lösningar:** Digitala verktyg som avlastar personalen och standardiserar frågandet kan bidra till att frågor ställs på ett mer konsekvent sätt [34, 38]. Instrument som patienten fyller i själv kan göra frågandet mindre obehagligt för personalen [26, 27].

I svensk forskning lyfts även värdet av korta instrument i kombination med tydlig vägledning [31] och möjlighet till debriefing efter svåra samtal [13]. Positiv respons från patienter och erfarenhet över tid gör det också lättare att ställa frågorna [17, 32].

## Försvårar

Faktorer som försvårar för vårdpersonal att fråga om våld är:

- **Brist på kunskap och utbildning:** Osäkerhet kring hur frågorna ska ställas och hur avslöjanden ska hanteras gör det svårare för personal att fråga [4, 45, 55].
- **Tidsbrist och hög arbetsbelastning:** Det är särskilt utmanande att fråga om våld i akuta vårdmiljöer och under korta vårdmöten [19, 40].
- **Otydliga rutiner och brist på remissvägar:** Frågor om våld upplevs som meningslösa om personalen inte vet vart patienten kan hänvisas vidare [5, 27].
- **Känslor och attityder:** Vårdpersonal kan känna oro för att patienten ska bli upprörd, eller vara rädda för svar de inte kan hantera [4, 36]. Det kan även finnas negativa attityder eller stereotypa föreställningar om våldsutsatta [22, 56].
- **Praktiska hinder:** Partnern eller annan närstående kan vara närvarande under besöket [7, 16]. Språkbarriärer eller bristande tolktjänster kan göra det svårt att både fråga och förstå svaren [47, 51]. Tekniska problem kan uppstå vid digitala frågor [34].

## Vad underlättar respektive försvårar för patienter att berätta för vårdpersonal om våld?

Det råder stor samstämmighet i litteraturen om vilka faktorer som underlättar respektive försvårar för patienter att berätta om våld.

### Underlättar

Faktorer som underlättar för patienter att berätta om våld är:

- **Vårdpersonalens bemötande och relationen till vårdpersonalen:** Detta är den enskilt viktigaste faktorn och beskrivs i flest översikter. När personal lyssnar, är empatiska och icke dömande blir det lättare för patienter att berätta [4, 16, 18, 46, 50, 51]. En trygg relation som byggs upp över tid underlättar också [7, 24, 29, 45]. Det är viktigt att patienten känner sig trodd och får sina erfarenheter validerade [52, 56, 57]. Det vill säga att personalen bekräftar att det patienten utsatts för är våld.
- **Att patienten faktiskt tillfrågas om våld:** Direkta frågor är en av de starkaste faktorerna för att patienter ska berätta [4, 22, 24, 45,

52, 58]. När frågor ställs som en naturlig del av rutinen upplevs de inte som personligt riktade, vilket gör att fler vågar svara [6, 27, 33].

- **Privat och trygg miljö:** Att samtalet sker i enrum, utan partner eller anhöriga, är avgörande [4, 7, 16, 46, 51]. En lugn och stressfri miljö underlättar också [24, 45].
- **Strukturerat frågande:** Korta, tydliga och strukturerade frågor [6, 30, 33] – gärna som patienten kan besvara själv digitalt eller på papper – ökar benägenheten att berätta [3, 26, 34, 38].
- **Information:** Det underlättar när personalen förklarar varför vården ställer frågor om våld [4, 29, 50] och informerar om vilket stöd som finns och vad som händer om patienten berättar [16, 24, 56].
- **Möjlighet att berätta i sin egen takt:** Patienter uppskattar att kunna berätta i sin egen takt och under flera besök [52, 57, 59].

Den svenska litteraturen lyfter liknande faktorer: direkta frågor i empatisk ton [11, 44], samtal i enrum [8, 32], tydliga och korta formuleringar [31] och att patienter vet vart de kan vända sig för stöd [44].

## Försvårar

Faktorer som försvårar för patienter att berätta för vårdpersonal om våld är:

- **Rädsla:** Rädsla för konsekvenser är den mest framträdande barriären. Det kan handla om rädsla för repressalier från partner [4, 6, 16, 51], att inte bli trodd av personal [52, 57, 58, 60], eller rädsla för myndigheter. Exempelvis rädsla för att socialtjänsten ska omhänderta ens barn [7, 24, 56], rädsla för att utvisas eller rädsla för att bli polisanmäld [47, 51].
- **Skam, skuld, normalisering och hedersnormer:** Många patienter känner skam eller skuld över våldet eller för att de inte "lämnat tidigare" [42, 46, 52, 57]. Vissa uppfattar våldet som privat eller inte tillräckligt allvarligt. I vissa grupper kan hedersnormer och förväntningar på att "tåla" våld hindra berättande [46, 47, 58].
- **Ointresserad eller stressad vårdpersonal:** Om personalen verkar stressade eller ointresserade minskar sannolikheten att patienten berättar [4, 16, 40, 16, 50, 51].
- **Brist på enskildhet:** Patienter berättar sällan om våld när våldsutövaren är med i rummet [4, 7, 40, 51].
- **Språk:** Patienter som inte talar eller förstår svenska kan ha svårt att berätta om våld utan tolkhjälp eller material på flera språk [4, 16, 47].

- **Heteronormer:** HBTQI-personer kan undvika att berätta om personalen utgår från att patienten är heterosexuell eller tillskriver patienten en könstillhörighet. Det kan skapa en rädsla för att inte tas på allvar, misstros eller bli ”outad” [60].
- **Begränsad kognitiv eller kommunikativ förmåga:** Äldre med kognitiv svikt [30], yngre barn [28, 52, 58] och personer med intellektuell funktionsnedsättning [48, 59] kan ha svårt att uttrycka sina erfarenheter. Tekniska hinder och brist på anpassade verktyg kan också påverka personer med fysiska eller kommunikativa svårigheter [34, 40].

Svenska studier beskriver liknande hinder: skam, skuld, lojalitet mot våldsutövaren och rädsla för konsekvenser [8, 20, 61], samt att normalisering av våld kan göra det svårt att se sin egen utsatthet [32, 44].

## Olika grupper av patienter

Litteraturen visar att förutsättningarna för att berätta skiljer sig mellan grupper:

**Kvinnor:** Hinder är bland annat rädsla för att förlora barnen, för repressalier och för utvisning [7, 47]. Språk, rädsla för myndigheter och hedersnormer kan ytterligare försvåra berättande för kvinnor som tillhör kulturella minoriteter eller har utländsk bakgrund [3, 46, 47].

**Barn och unga:** Direkta frågor, trygg relation till personal och anpassning till barnets ålder och mognad underlättar. Rädsla för att inte bli trodd eller för att splittra familjen kan hindra barn från att berätta om våld. Lojalitet mot förövaren och begränsad förståelse av vad våld är kan också hindra barn från att berätta [28, 42, 52, 58]. Känslor av negativ stress och obehag kan också försvåra för barn att berätta om våld [52], medan det kan underlätta för vuxna att berätta [57].

**Män:** Maskulinitetsnormer kan göra det svårt att berätta. Direkta frågor i en trygg miljö och att personalen normaliserar mäns utsatthet kan underlätta [54].

**Äldre:** Kognitiv svikt och beroende av förövaren kan göra det svårt att berätta. Dessutom tillfrågas äldre mer sällan om våld [22, 30].

**Personer med funktionsnedsättning:** En lugn miljö, anpassade frågor och att personalen tydligt signalerar att de tror på patienten underlättar. Svårigheter att kommunicera, begränsad sexualkunskap och beroende av våldsutövaren kan utgöra hinder [48, 59]. Brist på anpassade instrument eller tekniska hinder kan också försvåra [34, 40].

# Kliniska implikationer för vården

När frågor om våld ställs till patienter inom vården är det viktigt att:

- **Vårdpersonalen har utbildning.** Utbildning gör att personalen känner sig trygg med att ställa frågor och hantera de svar som kommer.
- **Frågor om våld integreras i det ordinarie vårdflödet.** Frågor ökar upptäckt av våld, men effekten är störst när de ställs systematiskt. Tydliga rutiner för frågor, stöd och dokumentation minskar risken att patienter ”faller mellan stolarna”.
- **Frågor ställs i en trygg miljö.** Samtalen bör ske i enrum, utan anhörigas närvaro, och i en miljö som är fri från störande moment.
- **Korta och validerade frågeformulär används.** Skriftliga eller digitala frågor ökar rapportering jämfört med muntliga frågor och avlastar samtidigt personalen.
- **Frågorna anpassas efter patientens förutsättningar.** Vissa grupper – som barn, äldre och personer med funktionsnedsättning – behöver anpassade metoder och specifik kompetens hos personalen.
- **Bemötandet är empatiskt.** Personal behöver lyssna aktivt, visa empati och bekräfta patientens berättelse.
- **Stödet följer direkt efter.** Berättelser om våldsutsatthet måste följas av erbjudande om stöd, annars riskerar patientens förtroende för vården att skadas.

## Metodbeskrivning

Denna forskningsöversikt sammanställer resultat från systematiska forskningsöversikter och studier genomförda i Sverige som uppfyllde sökkriterierna och besvarade översiktens frågeställningar. Två sökningar genomfördes i PubMed i januari 2026: en med fokus på systematiska forskningsöversikter och en som avsåg studier från Sverige. Eftersom översikten omfattar flera former av våld, olika åldersgrupper och många vårdkontexter användes ett brett urval av sökord.

Sökningarna kombinerade begrepp inom följande kategorier, med exempel:

- **Ålder:** child, adolescent, adult, elderly

- **Våldformer:** child abuse, neglect, sexual abuse, domestic violence, honour violence
- **Vårdkontext:** health care, emergency, dental care, ambulance, outpatient clinic, nursing, pediatrics
- **Upptäckt genom frågor:** screening, disclosure, identification, detect
- **Typ av litteratur eller geografisk avgränsning:** systematic review, meta-analysis, Sweden

Sökningarna avgränsades till studier publicerade mellan 2015 och 2026. Den första sökningen gav 790 träffar. Efter granskning av titlar och sammanfattningar återstod 46 artiklar, varav 44 bedömdes relevanta efter fullständig genomgång. Den andra sökningen gav 310 träffar. Efter granskning av titlar och sammanfattningar återstod 19 artiklar, varav 15 bedömdes relevanta. Totalt inkluderades 59 artiklar i forskningsöversikten. Dessa granskades därefter utifrån översiktens frågeställningar.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. HSLF-FS 2022:39. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
2. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer: Våld i nära relationer. Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
3. Feltner C, Peat C, Asher GN, Wright S, Vaughan J, Middleton JC, Jonas DE. Screening for intimate partner violence and for caregiver abuse of older or vulnerable adults: an evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2025;334(4):339–55. doi:10.1001/jama.2025.2449.
4. Alvarez C, Fedock G, Grace KT, Campbell J. Provider screening and counseling for intimate partner violence: a systematic review of practices and influencing factors. *Trauma Violence Abuse*. 2017;18(5):479–95. doi:10.1177/1524838016637080.
5. Miller CJ, Adjognon OL, Brady JE, Dichter ME, Iverson KM. Screening for intimate partner violence in healthcare settings: an implementation-oriented systematic review. *Implement Res Pract*. 2021;2:26334895211039894. doi:10.1177/26334895211039894.
6. Brunelli L, Pennisi F, Pinto A, Cella L, Parpinel M, Brusaferrero S, Signorelli C, Baldo V, Gianfredi V. Prevalence and screening tools of intimate partner violence among pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2025;15(8):161. doi:10.3390/ejihpe15080161.

7. Boyle M, Murphy Tighe S. An integrative review of community nurse-led interventions to identify and respond to domestic abuse in the postnatal period. *J Adv Nurs*. 2022;78(6):1601–17. doi:10.1111/jan.15213.
8. Eikemo R, Elvin-Nowak Y, Åhlund S, Vikström A, Nyman V, Jonas W, Barimani M. “I had to tell to survive” – a cross-sectional study on exposure to intimate partner violence in pregnant women and the importance of screening. *Sex Reprod Healthc*. 2024;42:101045. doi:10.1016/j.srhc.2024.101045.
9. Almqvist K, Källström Å, Appell P, Anderzén-Carlsson A. Mothers’ opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *J Child Health Care*. 2018;22(2):228–37. doi:10.1177/1367493517753081.
10. Anderzén-Carlsson A, Gillå C, Lind M, Almqvist K, Lindgren Fändriks A, Källström Å. Child healthcare nurses’ experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *J Clin Nurs*. 2018;27(13–14):2752–62. doi:10.1111/jocn.14242.
11. Brännvall M, Enander V, Örmon K. Asking fathers about violence to achieve gender equality: a contradiction in terms? A qualitative study at Swedish child healthcare centres. *J Gender-Based Violence*. 2025; Early View. doi:10.1332/23986808Y2025D000000087.
12. Hammarström S, Lindroth M, Nilsen P, Nolskog P, Bernhardsson S. Staff’s experiences of a pilot implementation of the SEXual health Identification Tool (SEXIT) at Swedish youth clinics: a focus group study. *Sex Reprod Healthc*. 2021;29:100643. doi:10.1016/j.srhc.2021.100643.
13. Hall A, Örmon K. Affective aspects of screening for intimate partner violence: the impact of emotions on the implementation of routinely asking questions about violence in women’s health care. *Women’s Reprod Health*. 2025;12(2):393–414. doi:10.1080/23293691.2025.2460640.
14. Hainaut M, Thompson KJ, Ha CJ, Herzog HL, Roberts T, Ades V. Are screening tools for identifying human trafficking victims in health care settings validated? A scoping review. *Public Health Rep*. 2022;137(1 Suppl):63S–72S. doi:10.1177/00333549211061774.
15. Spangaro J. What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review. *Aust Health Rev*. 2017;41(6):639–45. doi:10.1071/AH16155.
16. Korab Chandler E, Kyei Onanjiri M, Cameron J, Hegarty K, Tarzia L. Women’s experiences and expectations of intimate partner abuse identification in healthcare settings: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2022;12(7):e058582. doi:10.1136/bmjopen-2021-058582.
17. Nimborg J, Lindskog U, Nordgren L, Annerbäck E-M. Routine conversations about violence in Swedish child health services: a mixed methods study of nurses’ experiences. *Acta Paediatr*. 2023;112:442–51. doi:10.1111/apa.16355.
18. Baukaite E, Walker K, Sleath E. Breaking the Silence: Addressing domestic abuse in mental health settings—identification, screening, and

- responding. *Trauma Violence Abuse*. 2025;26(3):436–50. doi:10.1177/15248380241280092.
19. Hinsliff-Smith K, McGarry J. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: a systematic literature review from 2000–2015. *J Clin Nurs*. 2017;26:4013–27. doi:10.1111/jocn.13849.
20. Brännvall M, Örmon K, Lövestad S. Children's and adolescents' perspectives on routine inquiry about violence in specialised outpatient care. *BMC Res Notes*. 2025;18:120. doi:10.1186/s13104-025-07175-6.
21. Svensson Malchau K, Caragounis EC, Sundfeldt M. DORIS study: domestic violence in orthopaedics, a prospective cohort study at a Swedish hospital on the annual prevalence of domestic violence in orthopaedic emergency care. *BMJ Open*. 2024;14:e085618.
22. Read J, Harper D, Tucker I, Kennedy A. Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):7–19. doi:10.1111/inm.12369.
23. Sabloak T, Ryan I, Nahi S, Eucalitto P, Simon MA, Premkumar A. Intimate partner violence detected during abortion-related visits: a systematic review of screenings and interventions. *Am J Perinatol*. 2024;41(12):1697–705. doi:10.1055/s-0044-1779746.
24. Heron RL, Eisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. *Health Soc Care Community*. 2021;29(3):612–30. doi:10.1111/hsc.13282.
25. Teichman AL, Bonne S, Rattan R, Dultz L, Qurashi FA, Goldenberg A, et al. Screening and intervention for intimate partner violence at trauma centers and emergency departments: an evidence-based systematic review from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2023;8(1):e001041. doi:10.1136/tsaco-2022-001041.
26. Hussain N, Sprague S, Madden K, Hussain FN, Pindiprolu B, Bhandari M. A comparison of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2015;16(1):60–9. doi:10.1177/1524838013515759.
27. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(7):CD007007. doi:10.1002/14651858.CD007007.pub3.
28. Bomfim KDXD, Leite UDR, Goes PSA. A systematic review of the measurement properties of self-report screening tools to detect risk or exposure to child sexual abuse for children under 12. *Heliyon*. 2023;9(11):e21027. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e21027.
29. Booth AT, Cloud ZCG, Vuong A, Von Doussa H, Ralfs C, McIntosh JE. Child-reported family violence: a systematic review of available instruments. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(2):1661–79. doi:10.1177/15248380231194062.

30. Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2017;26(15–16):2154–76. doi:10.1111/jocn.13721.
31. Lövestad S, Sjöström K, Björk J, Örmon K. The questions on violence (FOV) tool for interpersonal violence inquiry in Swedish healthcare settings: evaluation of content validity, face validity and test–retest reliability. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:1240. doi:10.1186/s12913-024-11708-3.
32. Simmons J, Wiklund N, Ludvigsson M, Nägga K, Swahnberg K. Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults. *J Elder Abuse Negl*. 2020;32(2):173–95. doi:10.1080/08946566.2020.1737614.
33. Arkins B, Begley C, Higgins A. Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(3–4):217–35. doi:10.1111/jpm.12289.
34. Tomsett B, Álvarez-Rodríguez J, Sherriff N, Edelman N, Gatuguta A. Tools for the identification of victims of domestic abuse and modern slavery in remote services: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2025;30(1):63–76. doi:10.1177/13558196241257864.
35. Akbari AR, Alam B, Ageed A, Tse CY, Henry A. The Identification and Referral to Improve Safety Programme and the prevention of intimate partner violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5653. doi:10.3390/ijerph18115653.
36. Lu C, Georgousopoulou E, Baloch S, Walton-Sonda D, Hegarty K, Sethna F, et al. Identifying barriers faced by obstetricians and registrars in screening or enquiry of intimate partner violence in pregnancy: a systematic review of the primary evidence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2024;64(1):19–27. doi:10.1111/ajo.13747.
37. Palm A, Högberg U, Olofsson N, Skalkidou A, Danielsson I. No differences in health outcomes after routine inquiry about violence victimization in young women: a randomized controlled study in Swedish youth health centers. *J Interpers Violence*. 2020;35(1–2):77–99. doi:10.1177/0886260516681878.
38. El Morr C, Layal M. Effectiveness of ICT-based intimate partner violence interventions: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20:1372. doi:10.1186/s12889-020-09408-8.
39. Loveday S, Hall T, Constable L, Paton K, Sanci L, Goldfeld S, Hiscock H. Screening for adverse childhood experiences in children: a systematic review. *Pediatrics*. 2022;149(2):e2021051884. doi:10.1542/peds.2021-051884.
40. Ziola EA, Gimenez MA, Stevenson AP, Newberry JA. The role of emergency medicine in intimate partner violence: a scoping review of screening, survivor resources, and barriers. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(5):3923–37. doi:10.1177/15248380241265383.

41. Cibralic S, Alam M, Mendoza Diaz A, Woolfenden S, Katz I, Tzioumi D, et al. Utility of screening for adverse childhood experiences (ACE) in children and young people attending clinical and healthcare settings: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(8):e060395. doi:10.1136/bmjopen-2021-060395.
42. Manolios E, Braoudé I, Jean E, Huppert T, Verneuil L, Revah-Levy A, Sibeoni J. Disclosing child sexual abuse to a health professional: a metasynthesis. *Front Psychiatry*. 2022;13:788123. doi:10.3389/fpsy.2022.788123.
43. Gentry SV, Paterson BA. Does screening or routine enquiry for adverse childhood experiences (ACEs) meet criteria for a screening programme? A rapid evidence summary. *J Public Health (Oxf)*. 2022;44(4):810–22. doi:10.1093/pubmed/fdab238.
44. Palm A, Danielsson I, Högberg U, Norbergh K-G. How do youth with experience of violence victimization and/or risk drinking perceive routine inquiry about violence and alcohol consumption in Swedish youth clinics? A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*. 2017;13:51–7. doi:10.1016/j.srhc.2017.06.004.
45. Albaek AU, Kinn LG, Milde AM. Walking children through a minefield: how professionals experience exploring adverse childhood experiences. *Qual Health Res*. 2018;28(2):231–44. doi:10.1177/1049732317734828.
46. Baloch S, Hameed M, Hegarty K. Health care providers' views on identifying and responding to South Asian women experiencing family violence: a qualitative meta-synthesis. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(2):794–808. doi:10.1177/15248380211043829.
47. Femi-Ajao O, Kendal S, Lovell K. A qualitative systematic review of published work on disclosure and help-seeking for domestic violence and abuse among women from ethnic minority populations in the UK. *Ethn Health*. 2020;25(5):732–46. doi:10.1080/13557858.2018.1447652.
48. McGilloway C, Smith D, Galvin R. Barriers faced by adults with intellectual disabilities who experience sexual assault: a systematic review and meta-synthesis. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(1):51–66. doi:10.1111/jar.12445.
49. Ejnell Bjursell J, Wigert H, Patriksson K, Nilsson S. Screening tools used by paediatric healthcare providers to identify child maltreatment by parents or caregivers: a systematic review. *BMJ Open*. 2025;15:e101721. doi:10.1136/bmjopen-2025-101721.
50. Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ, González-Chordá VM, Mena Tudela D, Cervera Gasch A. Integrative review of the literature on screening for gender-based violence during pregnancy: barriers, facilitators, and tools. *Nurs Health Sci*. 2022;24(3):564–78. doi:10.1111/nhs.12967.
51. Armstrong S, Greenbaum VJ. Using survivors' voices to guide the identification and care of trafficked persons by U.S. health care professionals: a systematic review. *Adv Emerg Nurs J*. 2019;41(3):244–60. doi:10.1097/TME.000000000000257.

52. Morrison SE, Bruce C, Wilson S. Children's disclosure of sexual abuse: a systematic review of qualitative research exploring barriers and facilitators. *J Child Sex Abus.* 2018;27(2):176–94. doi:10.1080/10538712.2018.1425943.
53. Ranabhat P, Nikitara M, Latzourakis E, Constantinou CS. Effectiveness of nurses' training in identifying, reporting and handling elderly abuse: a systematic literature review. *Geriatrics (Basel).* 2022;7(5):108. doi:10.3390/geriatrics7050108.
54. Pilkington V, Bendall S, Rice S, Salter M, Wilson MJ, Seidler Z. Barriers and facilitators for sexual trauma disclosure in boys and men: a systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2025;15248380251325210. doi:10.1177/15248380251325210.
55. de Jesus Santos Nascimento CT, de Oliveira MN, Vidigal MTC, Inocêncio GSG, de Andrade Vieira W, Franco A, et al. Domestic violence against women detected and managed in dental practice: a systematic review. *J Fam Violence.* 2023;38(1):149–60. doi:10.1007/s10896-021-00351-9.
56. Ravi KE, Robinson SR, Voth Schrag R. Facilitators of formal help-seeking for adult survivors of IPV in the United States: a systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2022;23(5):1420–36. doi:10.1177/1524838021995954.
57. Alaggia R, Collin Vézina D, Lateef R. Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: a research update (2000–2016). *Trauma Violence Abuse.* 2019;20(2):260–83. doi:10.1177/1524838017697312.
58. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: a systematic review. *Child Abuse Negl.* 2017;70:39–52. doi:10.1016/j.chiabu.2017.05.009.
59. Abdul Latiff M, Fang L, Goh DA, Tan LJ. A systematic review of factors associated with disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2024;147:106564. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106564.
60. Edwards KM, Mauer VA, Huff M, Farquhar Leicester A, Sutton TE, Ullman SE. Disclosure of sexual assault among sexual and gender minorities: a systematic literature review. *Trauma Violence Abuse.* 2023;24(3):1608–23. doi:10.1177/15248380211073842.
61. Engström M, Lindqvist S, Janson S, Feldman I, Dubowitz H, Lucas S. Validation of the Swedish version of the Safe Environment for Every Kid (SEEK) parent screening questionnaire. *BMC Public Health.* 2023;23:1989. doi:10.1186/s12889-023-16792-4.