

Dödligt våld i nära relationer år 2000–2016

Viveka Enander (red.), Solveig Lövestad,
Gunilla Krantz och Karin Örmon

**VKV – Västra Götalandsregionens
kompetenscentrum om våld i nära relationer**



SLUTRAPPORT

Dödligt våld i nära relationer år 2000–2016

Viveka Enander (red.)
Solveig Lövestad
Gunilla Krantz
Karin Örmon

Datum: 2024-02-21
Kontaktperson: Carina Eliason, carina.eliason@vgregion.se
Produktion: VGR Inhouse
Omslagsfoto: Shutterstock

ISBN 978-91-629-0551-4

Du kan beställa fler exemplar via: Västra Götalandsregionens
kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV)
E-post: vkv@vgregion.se

Innehåll

Förord	6
---------------	----------

Kapitel 1. Introduktion	7
--------------------------------	----------

Dödligt våld i nära relationer – ett könat fenomen med olika riskfaktorer för män och kvinnor	7
--	----------

Tre delstudier, olika material och metoder	10
---	-----------

◦ Delstudie I: Registerstudie av samtliga fall av dödligt våld i nära relationer i Västra Götalandsregionen	11
---	----

◦ Delstudie II: Granskning av rättsligt material avseende samtliga fall av dödligt våld i nära relationer i Västra Götalandsregionen	12
--	----

◦ Delstudie III: Kvalitativa djupintervjuer med anhöriga	12
--	----

◦ Delstudier och vetenskapliga publikationer	13
--	----

◦ Disposition	14
---------------	----

Kapitel 2. Vad kan vi få för kunskap av registerstudier?	15
---	-----------

Socioekonomiska faktorer: skillnader mellan förövare och kontroller från den generella befolkningen	16
--	-----------

Skillnader i vårdkontakter och psykisk ohälsa bland förövare och deras matchade kontroller under månaden och året innan dådet begicks	16
--	-----------

◦ Vårdkontakter bland manliga förövare och deras matchade kontroller månaden och året innan dådet	17
---	----

◦ Vårdkontakter bland kvinnliga förövare och deras matchade kontroller månaden och året innan dådet	18
---	----

◦ Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99) bland manliga förövare och kontroller, månaden och året innan dådet.	19
---	----

- Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99) bland kvinnliga förövare och kontroller, månaden och året innan dådet 19
- Sociodemografiska egenskaper relaterade till vårdkontakter under året före mordet 19

Kapitel 3. Vad kan vi få för kunskap av domar? 21

- Kodning och kvantifiering av rättsligt material 22
- Dödligt våld i ett processperspektiv 23
- Kontextuella faktorer vid dödligt våld i nära relationer – en fallstudie 26
 - Social utsatthet 27
 - Psykisk ohälsa 27
 - Kontrollerande beteende 28

Kapitel 4. Vad kan vi få för kunskap av intervjuer med anhöriga? 30

- Före dådet: De anhörigas situation 30
- Efter dådet: Det dödliga våldets konsekvenser för de anhöriga och deras erfarenheter av stöd 34

Kapitel 5. Kunskap för förändring 39

- Praktiska implikationer 39

Referenser 43

Förord

Mellan år 2000 och 2016 dödades 48 kvinnor och 11 män i Västra Götaland av en nuvarande eller tidigare partner. Många av dessa kvinnor och män hade sökt hälso- och sjukvård under lång tid innan men också i nära anslutning till dådet. Hälso- och sjukvården har ansvar för att identifiera orsaken till patientens ohälsa. Det kräver att det finns kunskap och medvetenhet kring de samband som existerar mellan tidigare våldsutsatthet och senare ohälsa. Hälso- och sjukvården har en unik möjlighet att fånga upp patienter som har erfarenhet av våld i nära relationer och därmed förhindra dödligt våld.

Ett liv utan våld är en grundläggande mänsklig rättighet, men verkligheten ser annorlunda ut för många barn och vuxna. Våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor är ett samhällsproblem, ett folkhälsoproblem och ett jämställdhetsproblem som drabbar alla i familjen, inte minst barnen. I de flesta fall av dödligt våld är det pappa som dödar mamma. Detta påverkar barnets hela livssituation på både kort och lång sikt. Det dödliga våldet har även en stor påverkan på, och förändrar livet för, övriga anhöriga och de nätverk som finns både runt den som dödat och runt den som dödat.

Alla samhällsaktörer har ett ansvar för att förebygga dödligt våld. Hälso- och sjukvården har här en tydlig roll, eftersom hälso- och sjukvården oftast är den första instans som våldsutsatta och våldsutövare söker sig till. Under perioden 2016 till 2023 har VKV bedrivit en studie om

det dödliga partnervåldet i Västra Götaland mellan år 2000 och 2016. Det är en studie som ger hälso- och sjukvården ökad kunskap och som bland annat bidrar till att identifiera riskfaktorer för dödligt våld hos patienter som söker vård. Studien visar också hur det dödliga våldet påverkar anhöriga och att de är i behov av stöd – ett stöd som i de flesta fall brister.

Stort tack riktas till VKV:s forskare och rapportens författare Viveka Enander, Karin Örmon, Solveig Lövestad och Gunilla Krantz. Författarna önskar i sin tur att ett varmt tack riktas till de anhöriga som valt att delta i intervjuer. Stort tack riktas även till Polisregion Väst, och i synnerhet åklagare Barbro Jönsson och chefsarkivarie Henrik Svensson, för gott samarbete.

Göteborg 2023-02-21



Carina Eliason,
Områdeschef

VKV – Västra Götalandsregionens
kompetenscentrum om våld i nära relationer

KAPITEL 1

Introduktion

Detta är den andra delrapporten från forskningsprojektet ”Dödligt våld i nära relationer i Västra Götaland 2000–2016” och tillika projektets slutrapport. Här i introduktionskapitlet ges en kort bakgrund till fenomenet dödligt våld, med fokus på riskfaktorer, samt till det aktuella projektet. Inledningsvis bör dock projektets övergripande syfte nämnas. Det var att identifiera riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer för att kunna bidra till att sådant våld kan förhindras och för att möjliggöra ett förebyggande arbete. Avsikten var att identifiera eventuella brister i samverkan och rapportering mellan myndigheter och organisationer, såsom hälso- och sjukvård, polis, rättsväsende och socialtjänst. Avsikten var även att undersöka närståendes erfarenheter och upplevelser av att en nära anhörig bragts om livet, liksom både förövarnas och deras närståendes uppfattning och förståelse av det inträffade. I forskningsprojektet ingick även att kartlägga hur många fall av dödligt våld i nära relationer som förekommit i Västra Götaland under tidsperioden 2000–2016 [1].

Dödligt våld i nära relationer – ett könat fenomen med olika riskfaktorer för män och kvinnor

Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är allvarliga folkhälsoproblem med svåra negativa konsekvenser för såväl individ som samhälle [2]. Våldet medför ett stort lidande för de drabbade och, vad gäller dödligt våld, även för de efterlevande [3–5]. Begreppet våld i nära relationer kan inkludera många olika former av relationer, men i denna rapport används begreppet i enlighet med forskningsprojektets avgränsning till partnervåld, definierat som (dödligt) våld från ”nuvarande eller före detta flick- eller pojkvän, man, fru, registrerad partner, sambo eller annan liknande person” [1]. Som anges i denna definition kan både kvinnor och män utsättas för partnervåld, i såväl samkönade som olikkönade relationer. Kvinnor utsätts dock i högre grad för kontrollerande beteende samt upprepat och allvarligt våld [6–8]. Detta framkommer tydligt i forskningen om dödligt våld, som visar att risken för en kvinna att bli utsatt för dödligt våld är störst just inom en nära relation, och av en manlig partner [9].

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. Vad gäller manliga förövare av dödligt våld i nära relationer, finns tydlig evidens för att (upprepat) tidigare våld riktat mot offret är en riskfaktor för senare dödligt våld [6, 10–13]. Särskilt tidigare strypvåld har lyfts fram som en stark riskfaktor [14]. Till manliga förövares våldsmönster hör ofta svartsjuka, kontrollerande beteende och stalkning, som samtliga är riskfaktorer för dödligt våld [6, 11, 14, 15] och som kan ses som ett uttryck för ägandebehov över kvinnan. Detta kan kopplas till ytterligare en riskfaktor, som är väldokumenterad [6, 10, 11, 15], nämligen en pågående eller nyligen genomförd separation, på kvinnans initiativ.

I en metaanalys från 2020 fann Spencer och Stith att den starkaste riskfaktorn för dödligt våld, enligt den forskning som gjorts fram till dess, var förövarens tillgång till skjutvapen, vilket ökade risken för dödligt våld elvafaldigt [14]. Det bör dock noteras att de flesta av dessa studier härrör från USA, där vapen i hemmet är betydligt vanligare. En senare litteraturöversikt om just användningen av skjutvapen vid dödligt våld i nära relationer, fann stor variation mellan 15 länder, med olika former av lagstiftning kring vapeninnehav [16]. Spencer och Stith fann vidare evidens för en sjufaldigt ökad risk vid tidigare strypvåld samt tidigare hot med vapen, en drygt femfaldigt ökad risk om förövaren tidigare tvingat offret att ha sex med honom, en drygt fyrfaldigt ökad risk vid kontrollerande beteende och tidigare hot om att skada offret, en drygt trefaldig risk om förövaren misshandlat offret medan hon var gravid samt om han stalkat henne, och en dubbelt så hög risk om förövaren uppvisat svartsjukt beteende [14].

Psykisk ohälsa hos förövaren är ytterligare en riskfaktor som lyfts fram i den tidigare forskningen, i synnerhet depression, självmordstankar/försök samt personlighetsstörningar [6, 17–19]. Spencer och Stith fann i sin metaanalys att om förövaren hade en bakgrund med psykisk ohälsa, ökade sannolikheten att begå dödligt våld i nära relation med 30 % [14]. Även missbruksproblematik har lyfts fram som en riskfaktor, även om bilden här är något motsägelsefull och oklar, då andra riskfaktorer stundom tycks väga tyngre [6]. Spencer och Stith fann dock att alkohol/drogmissbruk hos förövaren ökade risken för dödligt våld med 85 % [14]. Socioekonomiska riskfaktorer har också noterats i den tidigare forskningen, främst arbetslöshet och låg utbildningsnivå [11, 14].

Sammanfattningsvis har följande riskfaktorer uppmärksammats hos manliga förövare av dödligt våld:

- 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.

Forskningen visar vidare att det är komplexa kombinationer av dessa faktorer som samspelar över tid, samt eskalering av (somliga av) dem, som tycks öka risken för dödligt våld. Exempelvis fann Campbell m.fl. att risken för dödligt våld ökade niofalt vid kombination av en hög grad av kontrollerande beteende från mannens sida och separation [11].

Kvinnliga förövare av dödligt våld i nära relationer är relativt sett få, och det jämförelsevis begränsade underlaget gör beräkningar av riskfaktorer osäkrare. Det finns dock gott stöd i den tidigare forskningen för att kvinnor som använder dödligt våld mot manliga partners ofta agerar i självförsvar eller använder dödligt våld som en reaktion mot tidigare våldsutsatthet [6, 20, 21]. Våldsutsatthet är alltså en central riskfaktor för kvinnliga förövare. Vidare är arbetslöshet möjligen ytterligare en betydelsefull riskfaktor. Caman m.fl. fann exempelvis en högre grad av arbetslöshet hos förövande kvinnor än hos förövande män (88,9 % jämfört med 28,6 %) [8]. Men det bör noteras att underlaget i denna studie utgjordes av 10 kvinnor. Liksom för manliga förövare är även psykisk ohälsa, låg utbildningsnivå och missbruksproblematik riskfaktorer för dödligt våld som utövas av kvinnor i nära relationer [8, 18]. Vad gäller missbruk är bilden emellertid komplex: till exempel fann Vatnar m.fl. att offret oftare hade missbruksproblem då kvinnor dödade än då män dödade [22]. Vatnar m.fl. fann vidare att kvinnliga förövare i mycket mindre utsträckning än manliga förövare hade barn tillsammans med offret för det dödliga våldet. För kvinnor uppgavs även, till skillnad från män, rädsla vara en del av motivbilden för det dödliga våldet [22]. Slutligen kan nämnas att även om kvinnliga förövare av dödligt våld i regel är offer för tidigare våld från den de dödat, har denna regel undantag; det finns också kvinnor som dödar utifrån andra motivbilder [20, 23]. Gemensamt för kvinnliga förövare tycks dock någon form av socioekonomisk utsatthet vara.

Utöver ovanstående riskfaktorer har Socialstyrelsen i en av sina lagstadgade dödsfallsutredningar fastställt följande organisatoriska brister inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (2022, s. 12):

Socialtjänst:

- våldsutövande mot närstående uppmärksammas sällan
- frågor inte om våldsutsatthet
- riskbedömningar saknas ofta i mötet med våldsutsatta

- brist på säkerhetsplanering till skydd för våldsutsatta
- ger inte våldsutsatta hjälp att ordna stadigvarande bostad
- brist på uppföljning av våldsutsattas situation
- det sociala nätverket involveras inte för att stärka stödet.

Hälso- och sjukvård:

- våldsutövande mot närstående uppmärksammas sällan
- frågar inte om våldsutsatthet
- arbetar inte motiverande och uppsökande
- polis och socialtjänst informeras inte, trots uppmärksam risk för att patienten ska utöva våld mot närstående.

Socialstyrelsen lyfter fram att dessa mer organisatoriska faktorer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ökar risken för dödligt våld. De angivna bristerna pekar därför på angelägna utvecklingsområden som bör tas på största allvar.

Tre delstudier, olika material och metoder

Nedan kommer vi kortfattat att redogöra för projektets olika delstudier, samt för vilka material och metoder som använts för att besvara delstudiernas respektive syften och frågeställningar. Först dock några ord om hur vi gått till väga för att identifiera de fall som ligger till grund för projektet i sin helhet. Med benäget bistånd från Polismyndigheten Region Väst gick vi igenom alla polisanmälningar och förundersökningar av grov misshandel, dråp och mord inom studieperioden, för att identifiera vilka som rörde dödligt våld i nära relationer, där förövaren och offret var vuxna (över 18 år). Anledningen till att även grov misshandel inkluderades var att dessa brott kunde komma att kodalas om till någon av de andra kategorierna senare, fastän de i det aktuella datasystemet ofta låg kvar under sin ursprungliga beteckning. Denna noggranna genomgång resulterade i att vi identifierade 59 fall av dödligt våld, utförda av 58 förövare. Av dessa var 48 män och 10 kvinnor. Att antalet fall och antalet förövare skilde sig åt berodde på att en manlig förövare dödat två kvinnliga före detta partners under loppet av ett dygn. Vi kunde också konstatera att ytterligare en manlig förövare dödat två kvinnor, men där låg det första fallet före vår studieperiod och inkluderades därför inte i studien.

Av de 48 manliga förövarna hade åtta tagit sitt liv, antingen i samband med eller kort tid efter det att de dödat sin nuvarande eller före detta partner. Dessa fall kom aldrig att hanteras i domstol. För oss var det angeläget att i så stor utsträckning som möjligt även inkludera självmordsfallen i våra analyser, eftersom tidigare forskning ofta utgått från domar och då ej inkluderat

fall där förövaren tagit sitt eget liv. De 10 kvinnliga förövarna hade alla dödat en man och då en av de manliga förövarna dödat en annan man i en samkönad relation, var antalet manliga offer 11 män. Antalet kvinnliga offer var 48, och de hade alla dödat av manliga förövare. Våra 59 identifierade fall resulterade i 50 domar, med 40 manliga och 10 kvinnliga förövare. Dessa rekvirerades från respektive domstol, i alla eventuella instanser, det vill säga tingsrätt, hovrätt och högsta domstol.

Delstudie I: Registerstudie av samtliga fall av dödligt våld i nära relationer i Västra Götalandsregionen

Syftet med delstudie I var att kunna finna preventiva faktorer för dödligt våld i nära relationer, genom en kartläggning av sociodemografiska och psykosociala förhållanden, vårdkontakter under det senaste året samt historik av tidigare våldsbrottslighet och psykiska störningar [1]. Här kom fokus att riktas mot de aspekter som främst kunde kopplas till hälsa, och den mer kriminologiska delen (tidigare våldsbrottslighet) kom i stället att främst beröras i delstudie II.

När vi väl identifierat de 59 fall av dödligt våld i nära relationer som skedde under studieperioden, kunde vi via förundersökningsmaterialet och domarna finna personnummer till såväl förövare som offer och upprätta en komplett lista över dessa. Till varje förövare matchade SCB 10 kontroller. Detta innebär att SCB för varje förövare gjorde ett slumpmässigt urval av tio personer ur den generella befolkningen, som hade samma kön, ålder och bostadsort som förövaren vid tiden för dådet.

Register

För att studera hälso- och sjukvårdskonsumtion samt psykiatriska diagnoser användes det nationella patientregistret, som innehåller information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård sedan 1987, samt övriga läkarbesök i specialiserad öppenvård som registrerats sedan år 2001 [25]. Då uppgifter om primärvård för närvarande inte ingår i det nationella patientregistret, hämtade vi uppgifter om primärvårdskontakter från vårddatabasen Vega, som innehåller vårdkontakter från offentliga och privata vårdgivare inom Västra Götalandsregionen. En vårdkontakt inom primärvården i denna databas kan vara en distanskontakt, en indirekt kontakt (notat) eller ett besök hos primärvården [26].

Information om sociodemografiska faktorer bland förövare och kontroller, hämtades från SCB:s Longitudinella databas för integrationsstudier (STATIV) [27] och Longitudinell integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA) [28]. Med hjälp av LISA-databasen går det bland annat att få detaljerad information om sjuk-, föräldra- och arbetslöshetsförsäkringen på individnivå. STATIV innehåller data bland annat om sysselsättning och inkomst och demografiska uppgifter såsom födelseår och kön.

Resultatet av dessa analyser har presenterats i vetenskapliga artiklar [29, 30] samt i föregående svenskspråkiga rapport [31], och nyare resultat presenteras ytterligare i föreliggande rapport (se Kapitel 3).

Delstudie II: Granskning av rättsligt material avseende samtliga fall av dödligt våld i nära relationer i Västra Götalandsregionen

Syftet med delstudie II var att undersöka faktorer relaterade till hur våldet utövats, för att få ökad kunskap om omständigheter och mönster kring dödsfallen och se om gemensamma faktorer kan identifieras som kan leda till preventiva insatser. Delstudie II syftade även till att identifiera om förövaren begått självmord samt om barn hade dödats [1]. Denna den senare delen av syftet uppnåddes redan genom den ovan beskrivna identifieringen av fallen, där vi lyckligtvis även kunde konstatera att inga barn dödats i samband med det dödliga våldet mot den vuxna personen. I projektplanen angavs vidare att tidigare våldsbenägenhet, kriminalitet, motiv, plats och metod för det dödliga våldet skulle undersökas, utifrån en mängd olika rättsliga material, inklusive dokument inhämtade från Frivården [1]. Detta visade sig dock snart bli alltför omfattande för att vi skulle kunna göra en mer djupgående analys, och vi valde att huvudsakligen fokusera på att analysera de 50 domar som var kopplade till de 59 fallen, samt att i de fall då ingen dom förelåg utgå från förundersökningsmaterialet.

För materialet upprättades en kodningslista – som reviderades flera gånger – för att kunna ringa in och kvantifiera informationen gällande motiv, plats, tillvägagångssätt med mera. Kodningen inkluderade domar i alla instanser, för att säkerställa att så mycket information som möjligt kunde införskaffas och att hela den rättsliga hanteringen kartlades. Resultaten av kodningen presenterades dels i en vetenskaplig artikel [29], dels i den förra svenska delrapporten [31], och sammanfattas slutligen även mycket kort i nästkommande kapitel.

För den kvalitativa analysen valdes enbart tingsrättsdomar, då dessa innehöll mest substantiell information om det eftersökta, alltså omständigheter och mönster kring dödsfallen. Analysen har gjorts ur två olika perspektiv. Dels har den fokuserat på att sätta det dödliga våldet i ett processperspektiv: vad som föregått och utlöst handlingen, och hur det omedelbara efterförloppet sett ut. Fokus har här främst varit förövarnas process. Dels har domarna analyserats ur ett kontextuellt perspektiv, där individperspektivet har frångåtts och fokus varit på fallen som helhet. Forum för presentation av dessa resultat har varit såväl vetenskapliga tidskrifter [32–34] som svenskspråkiga rapporter [31], inklusive denna (se Kapitel 3).

Delstudie III: Kvalitativa djupintervjuer med anhöriga

Syftet med Delstudie III var ursprungligen att få en fördjupad förståelse av motiv, konsekvenser, mekanismer, brister i handläggning inom olika myndigheter och organisationer samt individuella riskfaktorer i fall av dödligt

våld i nära relationer [1]. Tanken var att detta skulle möjliggöras genom en fallstudie med flera olika material, bland annat kvalitativa intervjuer med anhöriga. Vi insåg dock snart att vi fick tänka om, då alltför få anhöriga kopplade till de utvalda fallen visade sig intresserade av att delta. Vi valde då att i stället göra en renodlad intervjustudie och skickade ut en inbjudan till alla de anhöriga vi hade möjligheter att få adressuppgifter till – föräldrar, syskon och barn till offer respektive förövare, förutom de som var under 18 år. Syftet med intervjustudien formulerades till att undersöka upplevelser och erfarenheter hos anhöriga och vänner till offer och förövare, med fokus på såväl prevention av dödligt våld som samhällets hantering efter dådet. Detta ansågs i sig kunna bidra till det ursprungliga syftet.

Sammantaget kom 22 intervjuer med anhöriga till offren att genomföras. I några fall var de intervjuade samtidigt anhöriga till förövarna. Resultaten presenteras dels i kommande vetenskapliga artiklar, dels i denna rapport (se Kapitel 4). Ytterligare sex intervjuer med anhöriga till enbart förövaren har genomförts, och dessa kommer att presenteras i en kommande vetenskaplig artikel.

Delstudier och vetenskapliga publikationer

Nedan följer en sammanställning av projektet, där studie 1:1 ska läsas som delstudie 1, vetenskaplig artikel 1 och så vidare.

Studie	Titel	Design	Antal deltagare
1:1	Levnadsomständigheter hos manliga och kvinnliga förövare av dödligt våld i nära relationer	Registerstudie	Förövare: 48 män och 10 kvinnor Kontroller: 480 män och 100 kvinnor
1:2	Förövare av dödligt våld i nära relationer: psykisk ohälsa samt hälso- och sjukvårds-kontakter innan dådet	Registerstudie	Förövare: 48 män och 10 kvinnor Kontroller: 480 män och 100 kvinnor
2:1–2:2	Dödligt våld i ett processperspektiv – tematisk analys av domar	Analys av domar	Förövare: 40 män och 10 kvinnor Offer: 40 kvinnor och 11 män
2:3	Kontextuella faktorer vid dödligt våld i nära relationer – en fallstudie	Analys av domar	Förövare: 40 män och 10 kvinnor Offer: 40 kvinnor och 11 män
3:1	Att ha förlorat en anhörig genom dödligt våld i nära relation – konsekvenser av förlusten och erfarenheter av stöd	Intervjuer	22 anhöriga till offer (samt i några fall även förövare)
3:2	Hur kan dödligt våld i nära relationer förebyggas – en intervjustudie med närstående	Intervjuer	22 anhöriga till offer (samt i några fall även förövare)
3:3	Att vara anhörig till en förövare av dödligt våld i nära relation – en intervjustudie	Intervjuer	6 anhöriga till förövare

Disposition

Rapporten har fokus på kunskapsutveckling, och de kommande kapitelrubrikerna speglar detta. Med denna ansats eftersträvar vi att utforma vår resultatredovisning utifrån vad hälso- och sjukvården och övriga viktiga samhällsaktörer kan få för kunskap för att ytterligare kunna förstärka dels det preventiva arbetet mot dödligt våld i nära relationer, dels stödet till de efterlevande som drabbats då preventionen misslyckats. I nästkommande kapitel ligger fokus på registerstudier. Kapitel 3 redogör för den kvalitativa analysen av domar, medan intresset i Kapitel 4 vänds mot intervjuerna. Det avslutande kapitlet fokuserar på vad vi kan dra för lärdomar av forskningsprojektet i sin helhet, inklusive dess praktiska implikationer.

KAPITEL 2

Vad kan vi få för kunskap av registerstudier?

En del av de studier som fokuserat på förövare av dödligt partnervåld, har jämfört dessa förövare med förövare av dödligt våld begånget mot andra närstående (exempelvis ett barn, ett syskon eller en förälder) eller mot personer som inte ansetts vara en närstående (såsom främlingar, grannar eller bekanta), och med förövare av partnervåld som inte haft dödlig utgång. När förövare av dödligt partnervåld jämförs med förövare av dödligt våld mot icke-närstående, pekar studier på att förövare av dödligt partnervåld oftare har ett arbete, en högre utbildning och bättre ekonomi och är mindre arbetslösa än förövare av dödligt våld som begåtts mot personer som inte varit närstående till förövaren [23, 35]. Jämför man däremot förövare av dödligt partnervåld med förövare av icke-dödligt partnervåld, tycks förövare av dödligt partnervåld oftast ha lägre utbildningsnivå, vara mer ekonomiskt utsatta och arbetslösa jämfört med förövare av icke-dödligt partnervåld [6, 11, 36, 37]. Studier som tittat närmare på psykisk ohälsa bland förövare av dödligt partnervåld, har kommit fram till lite olika resultat. Vissa studier pekar på att förövare av dödligt partnervåld i större utsträckning lider av psykisk ohälsa än förövare av dödligt våld mot någon som inte varit närstående [35]. Andra studier däremot har inte funnit statistiskt signifikanta skillnader i psykisk ohälsa mellan förövare av dödligt partnervåld och förövare av dödligt våld mot okända [38, 39].

Ovanstående studier kan ge oss värdefull information om de skillnader som finns (eller inte finns) mellan förövare av dödligt partnervåld och förövare av andra typer av dödligt våld. För att kunna utforma förslag till förebyggande åtgärder och förhindra att dödligt partnervåld sker, behöver vi dock mer kunskap om potentiella skillnader mellan förövare av dödligt partnervåld och individer från den generella befolkningen. Att jämföra förövare av dödligt partnervåld med individer från den generella befolkningen, kan ge oss mer kunskap om ifall det finns systematiska skillnader mellan grupperna, det

vill säga sociala strukturer som skapar olika livsvillkor och förutsättningar, vilket i sin tur kan påverka risken att begå dödligt partnervåld. Sammantaget kan en sådan jämförelse ge oss en indikation på om det finns ett mönster som visar på skillnader i livsvillkor och psykisk ohälsa mellan förövare av dödligt partnervåld och den generella befolkningen, och om dessa skillnader är socialt definierade.

Socioekonomiska faktorer: skillnader mellan förövare och kontroller från den generella befolkningen

I en av våra registerstudier [29] jämförde vi förövare av dödligt partnervåld och matchade kontroller från den generella befolkningen med avseende på socioekonomiska faktorer. Våra resultat visar att det finns socioekonomiska skillnader mellan förövare av dödligt partnervåld och den generella befolkningen i Västra Götalandsregionen. Bland de manliga förövarna fann vi att fler hade en lägre disponibel inkomst jämfört med männen i den matchade kontrollgruppen (43,8 % respektive 23,3 %). Omvänt hade endast 10 % av förövarna en hög disponibel inkomst, medan motsvarande siffra för den manliga kontrollgruppen var 29 %. Även arbetslösheten visade sig vara högre bland de manliga förövarna; nästan 50 % av förövarna var arbetslösa, medan motsvarande siffra i kontrollgruppen var 20,6 %. Då vi hade endast 10 kvinnliga förövare i vårt material, är det svårt att dra generella slutsatser om de kvinnliga förövarna. Men våra fynd tyder på att även kvinnliga förövare i större utsträckning är socialt marginaliserade, jämfört med kvinnor i den generella befolkningen. Exempelvis fann vi att 70 % av de kvinnliga förövarna var arbetslösa, medan motsvarande siffra för de kvinnliga förövarna var 23 %. En viktig iakttagelse i vår studiepopulation är att det bland de kvinnliga förövarna inte fanns någon som hade genomgått en gymnasieutbildning, medan 38 % av kvinnorna i kontrollgruppen hade genomgått en gymnasieutbildning.

Skillnader i vårdkontakter och psykisk ohälsa bland förövare och deras matchade kontroller under månaden och året innan dådet begicks

I en av våra två registerstudier [30] tittade vi närmare på om det fanns skillnader i vårdkontakter och psykisk ohälsa under månaden och året innan dådet – inklusive dagen det begicks – mellan förövare av dödligt partnervåld och de matchade kontrollerna. Vi analyserade vårdkontakter genom att använda oss av det nationella patientregistret och Vega-databasen. För att studera psykisk ohälsa valde vi ut diagnoser i kategorin Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99) i enlighet med sjukdomsklassifikationen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), version 10.

För att kunna jämföra vårdkontakter och diagnoser (F00–F99) mellan förövare och de matchade kontrollerna, plockade vi ut antalet registrerade vårdkontakter (det vill säga satta diagnoser) inom primärvården, den specialiserade öppenvården och slutenvården för alla förövare och matchade kontroller, under månaden och året innan dådet begicks. Båda tidsintervallerna inkluderade även registrerade vårdkontakter under samma dag som dådet begicks. Vidare behöver här nämnas att de registrerade vårdkontakterna för båda tidsintervallerna överlappar, så till vida att vårdkontakter under året innan dådet även innehåller alla vårdkontakter under den senaste månaden innan dådet (Figur 1). Samma tillvägagångssätt användes för Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99), där vi inkluderade varje förövare fått minst en F00–F99-diagnos under månaden och året innan själva dådet begicks och matchade kontroller.

Figur 1. Vårdkontakter och diagnoser bland förövare och kontroller månaden och året innan dådet.

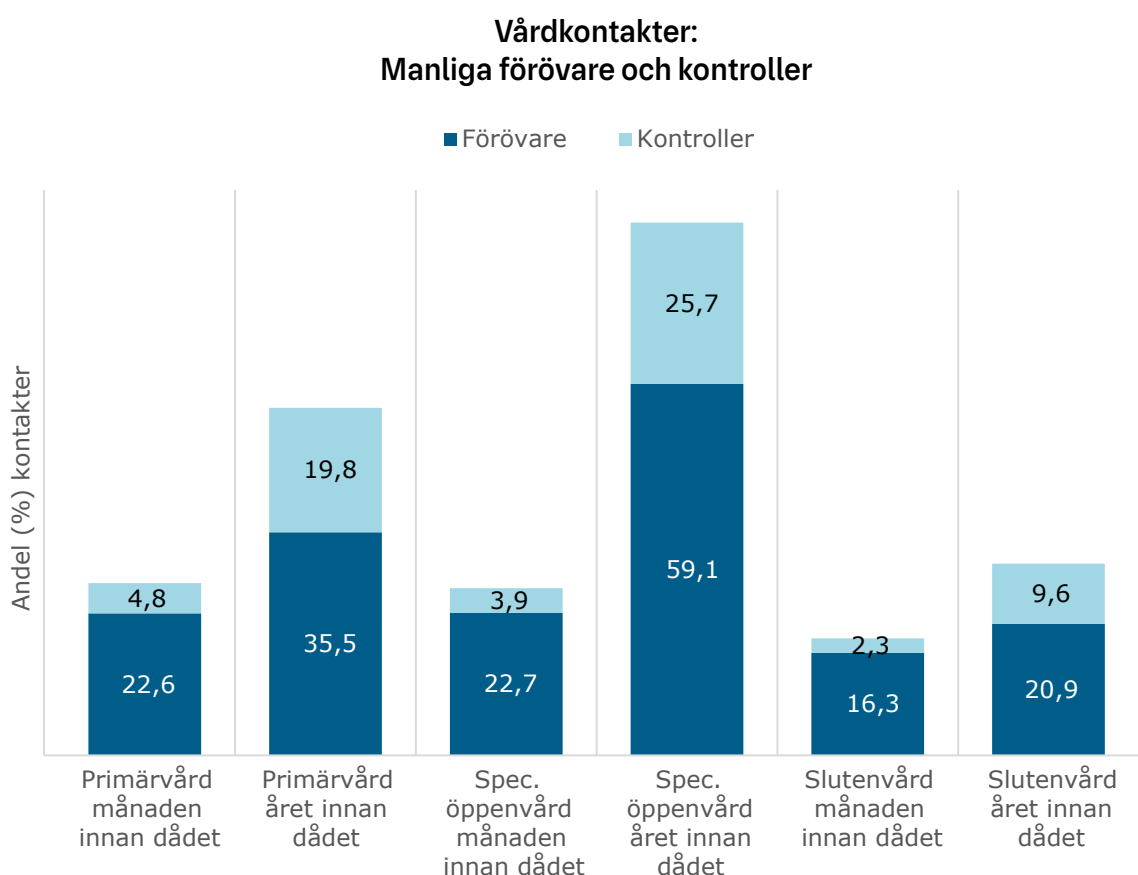


Vårdkontakter bland manliga förövare och deras matchade kontroller månaden och året innan dådet

Manliga förövare hade fler primärvårdskontakter (22,6 %) under månaden före dådet, jämfört med de manliga kontrollerna (4,8 %) (Figur 2). Vidare hade de manliga förövarna även fler primärvårdskontakter under året innan dådet begicks, jämfört med de manliga kontrollpersonerna (35,5 % respektive 19,8 %). Bland förövarna hade 22,7 % haft kontakt med den specialiserade öppenvården under månaden före dådet, medan motsvarande siffra för kontrollgruppen var 3,9 %. Över hälften av de manliga förövarna

hade minst en registrerad kontakt inom den specialiserade öppenvården under året före dådet, jämfört med deras matchade kontroller där lite mer än en fjärdedel av kontrollerna hade haft kontakt med den specialiserade öppenvården under samma tidsperiod. Vid analys av registrerade kontakter med slutenvården under månaden och året innan dådet, fann vi även där att förövarna hade betydligt fler vårdkontakter än de matchade kontrollerna.

Figur 2. Vårdkontakter bland manliga förövare och kontroller, månaden och året innan dådet begicks.



Vårdkontakter bland kvinnliga förövare och deras matchade kontroller månaden och året innan dådet

Med anledning av att vi har få kvinnliga förövare i vårt material (n=10), fann vi också få registrerade kontakter med de olika hälso- och sjukvårdsinrättningarna för kvinnornas del. Inom primärvården fann vi exempelvis att ingen kvinnlig förövare och två kvinnor från kontrollgruppen hade en registrerad kontakt med primärvården under månaden före dådet. De enda skillnaderna vi kunde se var i antalet specialiserade öppenvårdskontakter och slutenvårdskontakter året innan dådet. Där fann vi att ungefär 60 % (n=6) av de kvinnliga förövarna hade registrerade vårdkontakter inom den specialiserade öppenvården året innan dådet, medan motsvarande siffra

för den matchade kontrollgruppen var ungefär 23 %. Kvinnliga förövare hade också, i jämförelse med kontrollerna, fler kontakter med slutenvården under året före dådet (44 % respektive 12 %).

Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99) bland manliga förövare och kontroller, månaden och året innan dådet.

Jämfört med de manliga kontrollerna, var det en högre andel bland de manliga förövarna som hade fått en registrerad diagnos (F00–F99) inom primärvården månaden före dådet (1,0 % respektive 16,1 %). Ungefär 9 % av förövarna hade diagnostiserats för någon form av psykisk sjukdom och/eller syndrom samt beteendestörning inom den specialiserade öppenvården under månaden före mordet, jämfört med kontrollgruppen, där under 1 % hade diagnostiserats för detsamma. Fler manliga förövare (25,0 %) hade också diagnostiserats för en F00–F99-diagnos i den specialiserade öppenvården under året före dådet, medan motsvarande siffra för de matchade kontrollerna var 3,4 %. Bland männen hade 7,0 % av förövarna och 2,0 % av de matchade kontrollerna minst en psykiatrisk diagnos som diagnostiserats inom slutenvården under året före mordet.

Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00–F99) bland kvinnliga förövare och kontroller, månaden och året innan dådet

Precis som vid analyserna som innefattar vårdkontakter bland kvinnliga förövare, kan vi inte dra några generella slutsatser när det gäller psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, då inga – eller ytterst få – kvinnliga förövare och kontroller fått en psykiatrisk diagnos inom någon vårdinrättning under månaden och året före dådet. Den enda skillnaden vi kunde se var att kvinnliga förövare oftare (30,0 %) hade minst en psykiatrisk diagnos registrerad inom den specialiserade öppenvården under året före dådet. Detta kan jämföras med de matchade kontrollerna, där endast 2,1 % av kvinnorna hade en sådan diagnos registrerad inom öppenvården under samma tidsintervall.

Sociodemografiska egenskaper relaterade till vårdkontakter under året före mordet

För att få veta mer om huruvida det eventuellt fanns systematiska skillnader mellan förövare och kontroller som hade sökt vård under året före dådet, delade vi in den vårdsökande gruppen (män och kvinnor tillsammans) efter sysselsättningsgrad, utbildningsnivå och mottagande av socialbidrag. Vi fann att nästan 91 % av de kvinnliga och manliga förövarna och ungefär 29 % av kontrollerna som varit arbetslösa, hade haft kontakt med primärvården under året före dådet (Tabell 1). Bland förövarna som uppbar socialbidrag hade cirka 33 % besökt primärvården under året före dådet, medan motsvarande siffra för deras matchade kontroller som mottagit

socialbidrag var 5,8 %. Förövare som var arbetslösa hade i högre utsträckning sökt specialiserad öppenvård under året före dådet än deras arbetslösa matchade kontroller (61,3 % respektive 34,8 %). Dessutom hade nästan 19 % av förövarna som fått socialbidrag registrerade kontakter inom den specialiserade öppenvården under året före dådet. För kontrollgruppen som mottagit socialbidrag, hade cirka 5 % haft kontakt med den specialiserade öppenvården under året före dådet.

Tabell 1. Fördelning av sociodemografiska faktorer bland manliga och kvinnliga förövare av dödligt partnervåld och deras matchade kontroller som sökt vård under året före dådet

Sociodemografiska faktorer	Kontakt med primärvård året innan dådet			Kontakt med specialiserad öppenvård året innan dådet		
	Förövare n=12 %	Kontroller n=86 %	P-värde	Förövare n=36 %	Kontroller n=138 %	P-värde
Sysselsättning						
I sysselsättning	9,1	71,4	<.001*	38,7	65,2	.007*
Arbetslös	90,9	28,6		61,3	34,8	
Utbildningsnivå						
Eftergymnasial utbildning	0,0	27,1	.061	9,7	23,3	.092
Upp till gymnasial utbildning	100	72,9		90,3	76,7	
Socialbidrag						
Nej	66,7	94,2	.012*	81,3	94,9	.018*
Ja	33,3	5,8		18,8	5,1	

Sammantaget indikerar våra fynd att förövare av dödligt våld i nära relationer som söker vård, tycks vara mer socialt utsatta än de som söker vård i den generella befolkningen. Social utsatthet är därmed att se som en riskfaktor för dödligt våld, om än en svårhanterad sådan i den kliniska praktiken. Mycket få personer använder dödligt våld och det gäller även personer i socialt utsatta situationer. Men i kombination med andra riskfaktorer, såsom kön och tidigare våldserfarenhet, börjar vi närma oss något som gör att vårdgivaren bör stanna upp och fråga vidare. Detta fördjupar vi i Kapitel 5.

KAPITEL 3

Vad kan vi få för kunskap av domar?

I detta kapitel kommer vi först mycket kort att beröra vår kvantitativa analys av de 50 identifierade tingsrättsdomarna samt förundersökningsmaterialet i de åtta fall där förövaren begått självmord och ingen dom därmed fanns att tillgå. Den kvantitativa analysen utgick från ett kodschema, som vi utvecklat för kvantifiering av information från rättsligt material. Resultatet av den kvantitativa analysen har presenterats mer ingående i den förra svenska delrapporten [31], varför vi hänvisar till denna för en mer detaljerad resultatredovisning. Fokus i detta kapitel är främst den kvalitativa analysen av domarna, där dock även resultaten utifrån ett processperspektiv presenterats tidigare. Kapitlets tyngdpunkt ligger därför på de senaste resultaten, som berör den kvalitativa analysen utifrån ett kontextuellt perspektiv.

En dom är en skriftlig sammanfattning av vad som avhandlats under rättegången kring ett misstänkt brott. Av domen framgår inledningsvis vilka gärningar åklagaren menar att den misstänkte gjort sig skyldig till och hur den misstänkte ställer sig till det åklagaren hävdar. Domen avslutas i regel med att domslutet anges, det vill säga vilket brott den misstänkte anses vara skyldig till, om denne inte frikänns.¹ Däremellan beskrivs bakgrunden till det misstänkta brottet såvitt den är känd, vad den misstänkte uppger kring de skeenden som avhandlas, åklagarens sakframställan (alltså en detaljerad redogörelse för de omständigheter och rättsfakta som denne menar ska ligga till grund för domen) och vilken teknisk bevisning åklagaren åberopar, samt eventuella vittnesutsagor. Viktigt att minnas när vi nedan presenterar resultat baserat på vår analys av domarna, är att den person de ytterst berör är död. Det är förstås en självklarhet, men det betyder att offrets röst, hennes eller hans bild av relationen och vad som ledde fram till det dödliga våldet, saknas. Det är framför allt förövarens bild vi får ta del av, som dock kompletteras med vittnesutsagor och åklagarens sakframställan.

¹ I en av de 50 domar vi analyserat frikändes en kvinna på grund av nödvärn. Det rådde dock inget tvivel om att hon utfört det dödliga våldet.

Kodning och kvantifiering av rättsligt material

Det sammantagna materialet för den kvantitativa analysen utgjordes av 59 fall av dödligt våld, förövade av 10 kvinnor och 48 män, varav en man dödade två kvinnor, en man dödade en annan man, och åtta män begick självmord efter dådet. Som tidigare framkommit, förelåg 50 domar för dessa fall. Det är viktigt att understryka att det vi kunnat kvantifiera i domarna är i vilken grad det funnits uppgift om olika typer av förhållanden eller ej, vilket inte är samma sak som hur det de facto förhållit sig. Den information vi fick hade vidare varierande grad av säkerhet. Högre grad av säkerhet hade sådan information som på vilken plats det dödliga våldet skedde och med vilken metod, medan information om exempelvis motiv var av osäkrare och mer subjektiv natur, där flera olika motiv kunde framskynta utifrån olika parter beskrivningar.

Platsen för dådet var ofta hemmet, det gemensamma eller någon av parternas, i 38 (77,6 %) av fallen med manliga förövare och i sju (70 %) av fallen med kvinnliga förövare. Övriga platser var främst utomhus, ofta nära offrets hem eller arbetsplats, eller på offrets arbetsplats. Plats och metod hänger ihop, då kniv, som är det vanligaste vapen som naturligt finns att tillgå i hemmet, användes i 19 (39,6 %) fall med manlig förövare och sex (60 %) fall med kvinnlig förövare. Näst vanligast var trubbigt våld, som användes av 11 (22,9 %) av de manliga förövarna och tre (30 %) av de kvinnliga förövarna. Enbart manliga förövare använde skjutvapen, i åtta (16,7 %) fall. Även strypning/kvävning användes nästan bara av manliga förövare, i sju (14,6 %) fall, jämfört med ett (10 %) fall med kvinnlig förövare. Även om vi har få kvinnliga förövare i vår studie, stämmer detta väl överens med tidigare forskning [7]. I 13 av de 59 fallen (26,4 %) fanns uppgifter om att barn fanns i hemmet vid dådet, varav ett barn var offer för (ej dödligt) våld, och sex bevittnade våldet. I 24 fall (49 %) fanns uppgifter om att barnen (som kunde vara vuxna) ej befann sig i hemmet, medan uppgifter om var barnen befann sig saknades i 12 (24,6 %) fall.

Vad gäller motiv, fanns ofta uppgifter om flera olika motiv i varje fall (varför procentsiffrorna sammantaget överskred 100). För manliga förövare var det vanligaste uppgivna motivet (hot om) separation, i 16 (39 %) av fallen, medan det vanligaste uppgivna motivet för kvinnliga förövare var våldsutsatthet, i fem (50 %) av fallen. Svartsjuka framstod som det näst vanligaste motivet för manliga förövare, med uppgift om detta i 15 (36,6 %) fall, medan (hot om) separation jämte ekonomisk konflikt framstod som de näst vanligaste motiven för kvinnliga förövare, i tre (30 %) av fallen för båda dessa motiv. Av de sju (14,3 %) fall med manliga förövare där uppgifter om erfarenhet av tidigare våld från offret fanns, framstod tidigare våldsutsatthet som motiv till dådet endast i ett fall, där också offret var man. I ett fall med manlig förövare framgick en pågående vårdnadstvist som tydligt motiv. Utöver detta fanns i så många som 17 (34,7 %) av fallen med manliga förövare andra uppgivna

möjliga motiv, exempelvis vanföreställning, eller inget motiv alls. I något fall uppgav förövaren att det varit en ren olyckshändelse.

Den kvantitativa analysen utifrån kodschemat innefattade även sådant som uppgifter om relationsstatus och relationens längd, tidigare våldsbrottslighet, alkohol/drogproblematik, psykisk ohälsa med mera. För detta hänvisas till våra tidigare publikationer. Det vi har valt att ta med här ovan är sådant som kan sägas vara grundläggande för den fortsatta analysen: plats, person, tillvägagångssätt och möjliga motiv.

Dödligt våld i ett processperspektiv

Den kvalitativa analysen omfattar endast de 50 identifierade tingsrättsdomarna, då de var det rättsliga material som bäst lämpade sig för en mer djupgående analys. Domarna omfattar 51 fall av dödligt våld, utförda av 40 manliga förövare och 10 kvinnliga förövare mot 11 manliga offer och 40 kvinnliga offer.

Det kvalitativa analysarbetet med domarna inleddes med att vi gjorde en tematisk analys [40] av dem. Tematisk analys är en relativt flexibel metod, som innebär många genomläsningar av forskningsmaterialet, där detta samtidigt kodas och sorteras in under olika teman. Dessa teman kan vara på förhand givna utifrån forskningsfrågorna eller utvecklas under analysens gång, eller både och, som i vårt fall. En viktig inspirationskälla till vår analys var makarna Dobash och Dobash stora studie ”When Men Murder Women” [36]. De hade studerat många former av femicid (mäns dödliga våld mot kvinnor), inklusive dödligt partnervåld, och hävdade att män som dödat sina kvinnliga partners hade ett ”projekt”: att hålla kvinnan kvar i relationen, ofta trots – eller med hjälp av – förövarens våldsutövning. När mannen fann att detta inte längre fungerade och kvinnan ohjälpligen var på väg att lämna, eller redan hade brutit upp, då ändrades projektet, enligt forskarna, från att hindra kvinnan från att lämna till att förgöra henne, enligt devisen: Om jag inte kan få dig, ska ingen få dig.

Vi ville veta hur detta kunde se ut i vårt material: när och hur ”ändrades projektet” till att döda partnern, och vilka utlösande faktorer kunde vi urskilja här? Såg dessa likadana ut för kvinnor och män? Vad föregick ändringen av projektet? Och vad hände efteråt, i det omedelbara efterförloppet. Utifrån detta formulerade vi följande syfte för analysen: Att identifiera och beskriva det händelseförlopp som kringgärdar det dödliga våldet, inklusive upptrappning, själva dådet och dess omedelbara efterförlopp. Därefter kodade vi domarna utifrån tre på förhand valda teman: *upptrappning*, *ändrat projekt* och *efterförlopp*. I dessa teman fann vi vidare ett flertal underteman, som inte var på förhand valda utan framkom ur vår kodning av materialet.

Resultatet av denna analys [32, 33] sammanfattas i modellen nedan (Figur 3):

Figur 3. Processen vid dödligt våld i nära relationer



I den första fasen, upptrappningen, framkom flera underteman som visade någon form av eskalering. Eskaleringen kunde handla om possessivitet, det vill säga svartsjuka, ägandebegär och kontrollbehov, hos manliga förövare, ofta i kombination med ökad fysisk våldsamhet. Eskaleringen kunde även handla om ökat alkohol/drogintag, eller om ekonomiska svårigheter som blivit allt mer akuta, för såväl manliga som kvinnliga förövare. Att en katastrof var oundviklig eller att "något skulle hända" uttrycktes av en del förövare, medan andra, främst manliga förövare, ägnade sig åt strategisk planering inför vad som skulle ske. När eskaleringen berodde på ökad psykisk ohälsa, kunde det handla dels om tankar på att ta livet av sig och dels om en allt mer psykotisk föreställningsvärld, i båda fallen något som endast framkom hos manliga förövare. Två av de mest centrala delarna av upptrappningen kvarstår att nämna: i överensstämmelse med tidigare forskning föregicks dådet ofta av att offret önskat eller genomfört en separation [7], eller att förövaren föreställde sig att offret ville lämna relationen. Separation bidrog till upptrappningen för både manliga och kvinnliga förövare. Men den hade olika förtecken, då de manliga förövarna i regel motsatte sig separationen, medan kvinnliga förövare tvärtom kunde önska sig en separation, särskilt då de varit våldsutsatta. Även det som ofta benämndes "bråk" i tingsrättsdomarna var tydligt könat. Såväl manliga som kvinnliga förövare kunde i domarna beskriva hur det dödliga våldet skett i direkt anslutning till ett bråk eller gräl. Skildringarna av dessa situationer

kunde vara turbulenta och kaotiska, med andra personer inblandade och båda parter påverkade av alkohol och/eller droger. På ytan såg situationerna ofta lika ut, oavsett om det var en manlig eller en kvinnlig förövare. Vår analys visade dock att när förövaren var man, hade "bråket" föregåtts av en eskalering av successivt allt grövre våld mot offret. För kvinnliga förövare var eskaleringen kortare och mer situationsbunden, och utgjordes främst just av det bråk som föregick det dödliga våldet.

Vi hade en del svårigheter med att urskilja när upptrappningen övergick i nästa fas, alltså ändring av projektet, där förövaren fattade beslutet att skrida till dödlig handling. Det beror på att faserna, som vi har försökt illustrera i modellen ovan, är överlappande. Vissa utlösande faktorer kunde dock urskiljas. Förövaren kunde känna sig avvisad om offret önskade lämna eller hade lämnat denne, eller drog sig undan på annat sätt, eller så kunde förövaren känna sig provocerad i "bråket". Hallucinationer om att offret var en fientlig varelse, eller rösthallucinationer om att offret måste dödas, tycks ha triggat en del manliga förövare. Upplevelsen av att vara vid vägs ände var nära förknippad med känslan av hotande katastrof; när denna framstod som ett faktum för förövaren kunde förövaren uppleva att den enda lösningen var att döda partnern. Några kvinnliga och en manlig förövare tycks ha agerat i självförsvar eller i alla fall med vad som i forskningen kallas våldsamt motstånd, då de agerade mot bakgrund av tidigare våld från offret.

I efterförloppet var det få förövare som försökte dölja vad de gjort eller undanröja bevisen för sin handling. De flesta kontaktade någon och berättade vad de gjort. En del förövare tycktes dock förvirrade över vad som hänt och vilken deras egen roll var. I rätten erkände de oftast dråp men inte mord, vilket deras försvarare kan ha rått dem till. Men även om de kontaktat någon direkt efter dådet för att berätta vad de gjort och alltså erkände (delar av) sin inblandning, var deras narrativ präglade av olika försök att minimera sitt ansvar: att de varit påverkade av andra krafter, inte egentligen är våldsamma, inte mindes eller visste vad som hänt, eller att de agerat i självförsvar. En kvinnlig förövare blev också frikänd på dessa grunder, och några förövare tycks, som beskrivs ovan, ha agerat med våldsamt motstånd i en hotande situation. I andra fall, alla med manlig förövare, framstår berättelsen om självförsvar dock som osannolik, och just som ett sätt att försöka minimera det personliga ansvaret.

För prevention av dödligt våld är upptrappningsfasen av mest intresse och därför den som beskrivits mest ingående ovan. Ett processperspektiv på dödligt våld visar att våldet inte sker i ett vakuum och att de riskfaktorer som beskrevs i inledningskapitlet inte är statiska; de förekommer i olika kombinationer, och det är när de eskalerar som våldet kan ske, något som ser olika ut för manliga och kvinnliga förövare. I vilken kontext våldet sker fördjupas vidare nedan.

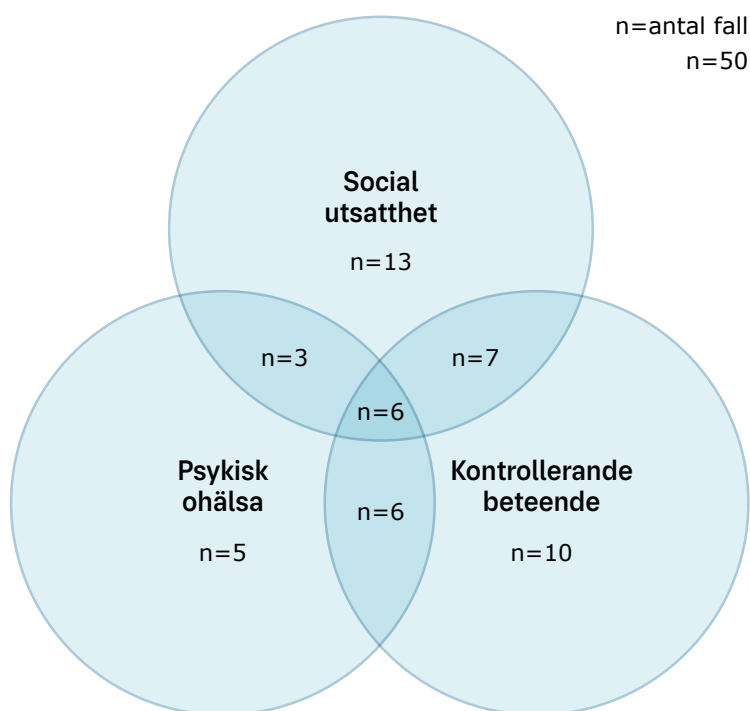
Kontextuella faktorer vid dödligt våld i nära relationer – en fallstudie

Analysen ur ett processperspektiv hade fokus på förövaren, men under analysarbetet och de många genomläsningarna av domarna utifrån processperspektivet växte andra intressanta mönster fram, som framstod som viktiga. Genom att göra en fallstudie önskade vi frångå individperspektivet, det vill säga inte fokusera på vem som var offer och vem som var förövare. Vårt fokus blev i stället att belysa vad vi såg i fallen som helhet. Vad fanns det för kontextuella faktorer och hur samverkade de? Vi hade under projektets gång identifierat psykisk ohälsa, social utsatthet samt kontrollerande beteende i tingsrättsdomarna. Nu blev vi intresserade av att fördjupa oss i materialet utifrån detta, och syftet med fallstudien blev därmed att identifiera riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer, genom att undersöka kontextuella faktorer och karaktäristiska drag i relationerna vid tiden för det dödliga våldet.

Vi började vårt analysarbete med att läsa tingsrättsdomarna och göra en öppen kodning av materialet. I enlighet med kvalitativ innehållsanalys [41] sammanställdes en kodningslista, som vi använde för att koda texten utifrån tre kategorier: kontrollerande beteende och/eller tidigare våld mot offret, social utsatthet samt psykisk ohälsa. Vi diskuterade vilken information från domarna som skulle ingå i de olika kategorierna och kom slutligen fram till följande: i kontrollerande beteende och/eller tidigare våld mot offret ingick information om stalkning, om huruvida förövaren hotat offret, pågående svartsjuka och/eller misstankar om otrohet, samt tidigare våld/tecken på våld mot offret och rädsla och/eller oro hos offret. Social utsatthet innefattade information om tidigare kriminalitet, missbruk av narkotika och/eller alkohol, bostadslöshet, sjukskrivning eller arbetslöshet under lång tid. I kategorin psykisk ohälsa inkluderades information om kontakter inom hälso- och sjukvård, och då framför allt tidigare psykiatrisk vård, samt symtom på psykisk ohälsa såsom affektiva tillstånd, suicidnära tillstånd och psykossjukdom.

I de 50 tingsrättsdomarna har vi utifrån denna analys identifierat 29 fall (58 %) som beskriver någon form av social utsatthet. Psykisk ohälsa fanns representerad i 20 fall (40 %), och i 29 fall (58 %), identifierades kontrollerande beteende och/eller tidigare våld mot offret. I 23 fall (46 %) identifierades en tidigare eller pågående separation, och i en majoritet av de fallen var offret för det dödliga våldet en kvinna som dödats av en tidigare eller nuvarande partner. I flera fall identifierades en eller flera kontextuella faktorer (Figur 4).

Figur 4. Kontextuella faktorer



Social utsatthet

Det faktum att social utsatthet förelåg i 29 av de 50 fallen, visar att det är en viktig faktor att ta i beaktande för att förebygga dödligt våld i nära relationer. Exempelvis var social utsatthet representerad i samtliga fall med kvinnliga förövare (n=10). I majoriteten av fallen präglade av social utsatthet förekom missbruk av alkohol, droger och narkotika, och det var inte ovanligt att missbruket pågått under flera år; i några av fallen var både offer och förövare beroende av alkohol och/eller narkotika. Aggressivitet vid alkoholmissbruk förekom i vissa av fallen. Dessutom kunde vi, i linje med analysen ur ett processperspektiv, identifiera en eskalering av missbruket under tiden före det dödliga våldet. Hemlöshet eller tillfälliga boendesituationer hos föräldrar eller bekanta kunde identifieras i några av fallen. Andra omständigheter som innebar social utsatthet kunde vara förlust av vårdnad av barn på grund av en missgynnsam personlig situation, kriminalitet, arbetslöshet, försämrade eller dålig ekonomi eller långvarig sjukskrivning.

Psykisk ohälsa

I 20 fall identifierades psykisk ohälsa – före, under och/eller efter det dödliga våldet. I 19 av fallen var förövaren en man som dödat en kvinnlig partner, och i ett fall en kvinnlig förövare som dödat sin manlige partner. Det var inte ovanligt att förövarna upplevt hur deras psykiska hälsotillstånd hade försämrats före det dödliga våldet. Några av gärningsmännen hade avbrutit sin farmakologiska behandling på eget initiativ, andra hade precis påbörjat

en behandling med antidepressiv medicin eller upplevt att medicinen inte hade någon effekt på deras psykiska hälsa eller välbefinnande. I en majoritet av fallen hade gärningsmannen sökt vård, främst inom primärvården och psykiatrisk vård. I några av fallen hade gärningsmannen upplevt att han inte blev lyssnad på och att fokus var farmakologisk behandling för psykisk ohälsa snarare är hans mående. Några av de manliga gärningsmännen hade en pågående kontakt inom psykiatrisk vård, och i vissa fall hade den vårdkontakten funnits över tid.

De vanligaste symtomen på psykisk ohälsa bland manliga förövare före mordet var psykotiska symtom som hallucinationer och/eller paranoia. Vidare beskrevs ångest, personlighetsstörningar, depression och självmordstankar samt planer på att ta livet av både sig själv och partnern. I ett av fallen hade gärningsmannen även planerat att döda barnen. Andra symtom på psykisk ohälsa var sömnstörningar. Minnesförlust, i nära anslutning till eller efter mordet, beskrevs i några av fallen. I genomförandet av fallstudien kunde vi återigen konstatera att det inte var ovanligt att förövaren till det dödliga våldet beskrev hur den psykiska ohälsan accelererade före det dödliga våldet och oftast som en konsekvens av separation från offret, en föreställning om otrohet samt svartsjuka.

Kontrollerande beteende

Kontrollerande beteende identifierade vi i 29 fall, och i samtliga utom ett var förövaren en man. Stalking är en form av kontrollerande beteende, och i alla de fall där vi identifierat stalking, var det en man som stalkade en kvinna som han sedan dödade. Det var ofta (men inte alltid) i samband med att relationen upphörde och/eller efter det att offret inlett en relation med en annan man, som gärningsmannen stalkade kvinnan, och det kunde ske på flera olika sätt. Förövaren kunde följa efter kvinnan när hon körde till sin arbetsplats, eller vänta på henne utanför hemmet eller arbetsplatsen. Användandet av GPS och spårning via applikationer förekom även, liksom inloggning på sociala medier utan kvinnans samtycke. Andra former av kontrollerande beteende kunde vara att vid upprepade tillfällen ringa kvinnan på hennes mobiltelefon för att få veta var hon befann sig och med vem. I något fall hade förövaren även kontaktat en detektivbyrå. Kontroll av offrets personliga tillhörigheter, såsom väskor och mobiltelefoner, förekom också. Det framgår även att i några av fallen hade kvinnorna tydligt kommunicerat att de inte önskade kontakt med mannen.

I flertalet av fallen kunde vi identifiera svartsjuka och misstänksamhet gentemot den kvinnliga partnern, både under pågående relation och när relationen var avslutad. Svartsjukan kunde även vara riktad mot kvinnans nya partner, eller mot en imaginär partner. Det var inte ovanligt att mannen hade svårt att acceptera att relationen var avslutad och därför fortsatte med sitt beteende.

Tidigare våld

I de 50 tingsrättsdomarna, identifierade vi 32 (64%) fall där någon typ av fysiskt våld mot antingen en närstående och/eller en icke-närstående person hade förekommit. Av de 32 fallen, identifierade vi 22 fall där tingsrättsdomarna inkluderade beskrivningar av tidigare fysiskt våld och misshandel riktat mot partnern som sedan blev dödad (dvs. offret i tingsrättsdomen) eller mot en tidigare partner. I majoriteten av dessa fall (21 utav 22) var förövaren en man och offret en kvinna. I flera av dessa fall hade förövaren tidigare blivit dömd för misshandel, antingen mot offret och/eller en tidigare partner.

I de fall där tidigare våld mot det kvinnliga offret beskrevs, kunde våldet innefatta att hota offret med kniv eller pistol, klippa offret med kniv eller sax, klippa offrets hår mot hennes vilja, binda händerna på offret, försöka våldta henne samt slå och sparka på hennes kropp. I ett fall slog gärningsmannen sönder möblerna i offrets hem, vilket ledde till att offret blev rädd och flydde hemmet för att skydda sig själv. I många av dessa fall hade det kvinnliga offret uttryckt sin rädsla för gärningsmannen inför familjemedlemmar och vänner. I vissa fall avslöjade offret våldet för socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Tingsrättsdomarna visade även att våldet hade pågått under en lång tid i somliga fall, och att det i andra fall hade initierats kort före det dödliga tillfället.

Kvinnors motstånd

Tingsrättsdomarna avslöjade även att kvinnorna hade protesterat och gjort motstånd. I analysen av domarna har det framgått att kvinnorna var rädda för förövaren och att de hade berättat för familjemedlemmar och vänner om sin rädsla, både muntligen och skriftligen. Flera av de kvinnliga offren hade innan de dödades beskrivit gärningsmannen som extremt kontrollerande och dominant. Samtidigt hade de kvinnliga offren utarbetat och/eller implementerat strategier. Det kunde vara att flytta och byta mobilnummer eller fly till grannar för att skydda sig, vilket är bara några exempel bland en rad strategier som offren använde för att skydda sig själva.

Sammanfattningsvis förstärker fallstudien med sin kontextuella analys den bild av kombination och överlappning av riskfaktorer som framtonade redan i analysen ur ett processperspektiv, men den synliggör också att olika typer av fall domineras av olika kontextuella faktorer [34]. Detta pekar på att det dödliga våldet sker i skiftande situationer, som i olika grad präglas av social utsatthet, kontrollerande beteende och psykisk ohälsa. Att mönstren ser olika ut för manliga och kvinnliga förövare framkommer dock i analysen av både process och kontext.

KAPITEL 4

Vad kan vi få för kunskap av intervjuer med anhöriga?

Syftet med intervjustudien var att undersöka upplevelser och erfarenheter hos anhöriga och vänner till offer och förövare, med fokus på såväl prevention som samhällets hantering efter det att dådet skett. Det sistnämnda, gällande hanteringen efter dådet, var dock något vi lade till sedan vi börjat genomföra intervjuerna. Det visade sig nämligen att de anhöriga vi intervjuade hade ett stort behov av att prata och att de hade mycket viktigt att berätta om vad som hänt efter dådet, om vilken inverkan det haft på deras liv och om att det stöd de fått många gånger var bristfälligt eller hade uteblivit helt.

Ett brev skickades ut till alla föräldrar, syskon och vuxna barn kopplade till våra 59 fall, med hjälp av kontaktuppgifter från Skatteverket, med en förfrågan om att delta i en intervjustudie. I stort sett alla som valde att delta inkluderades i studien, med undantag för några intervjuer som inte kunde genomföras på grund av den pågående Covid-19-pandemin.

Före dådet: De anhörigas situation

En del av intervjustudien fokuserade på hur anhöriga till offren för det dödliga våldet upplevde situationen innan dådet begicks. Genom att ställa frågor till de anhöriga om situationer eller tecken som möjligen förvarnade om risken för att dödligt partnervåld skulle ske, kan vår kunskap och insikt om hur dödligt partnervåld skulle kunna förhindras öka. Kunskap om varningstecken kan i ett nästa steg användas i utbildning av personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten i deras preventiva arbete med riskgrupper där våld förekommer.

Syftet med studien var att undersöka vad anhöriga till offren för dödligt våld visste om relationen och vilka eventuella åtgärder de anhöriga hade vidtagit. Dessa anhöriga var många gånger också anhöriga till förövaren, som kunde

vara deras förälder eller en person som varit en del av familjekretsen i många år.

Individuella intervjuer med nära anhöriga till offret har varit informationskällor, liksom data från domarna. Intervjuer genomfördes individuellt med de flesta anhöriga, förutom vid ett fåtal tillfällen då två personer deltog. Från forskningsgruppen deltog två forskare vid varje intervju, en som intervjuade och en som gjorde anteckningar. De frågor som ställdes berörde olika levnadsomständigheter eller särskilda händelser relaterade till förövaren, offret eller den närmaste familjekretsen och som kunde vara av betydelse för att dödligt partnervåld skulle begås.

De intervjuade var fem föräldrar, sju syskon samt 10 vuxna barn till offren. Totalt gjordes 22 intervjuer som handlade om 18 fall, men två intervjuer uteslöts då de inte innehöll information av betydelse för vårt syfte med studien. Totalt har alltså 20 intervjuer inkluderats i studien. Nedan följer en redogörelse för några preliminära resultat, som redovisas med kvantitativa data samt med citat från intervjuerna. Dessa resultat är således preliminära i väntan på att en slutlig analys av intervjuerna har skett. Denna kommer att ske i enlighet med Burnard [41].

Analysen visade att av de anhöriga var vissa betydligt mer insatta och engagerade i fallet än andra. Flera anhöriga hade avstått från att ställa svåra frågor, då de var rädda för att bli avvisade och förlora kontakten med sina närstående. Vissa var osäkra på vart man skulle vända sig för att få tala om sin oro med en myndighetsperson, som förväntades kunna stoppa våldet.

De anhörigas medvetenhet och kännedom om situationen

Vad gällde de anhörigas medvetenhet om den tydligaste riskfaktorn för dödligt våld, nämligen att våld, hot och aggressivt beteende pågick i parförhållandet [11], visade det sig att 12 av de intervjuade kände till detta. En förälder beskrev följande:

Våldet pågick i ungefär tio år innan han dödade henne. Hon sökte hjälp hos kvinnojouren men lyckades aldrig ta sig ur hans grepp, hon återvände hela tiden ... trots att de var skilda så förekom en mängd hot från före detta maken.

Fyra anhöriga misstänkte att våld förekom men visste inte säkert, medan ytterligare fyra sa att de inte alls visste att våld förekommit. Tio intervju-personer kände till att förövaren uppvisade ett kontrollbeteende. Nedan beskriver en dotter ett sådant kontrollbeteende:

Uppenbart och allvarligt våld förekom. Han [förövaren] bestämde över hennes liv. Min mor fick inte träffa någon annan person ensam, förövaren var alltid närvarande.

Vidare hade sex anhöriga misstankar om att kontrollbeteende förekom, medan fyra inte kände till eller hade uppfattat något kontrollbeteende.

Beträffande missbruksproblematik, kände åtta anhöriga till att det fanns missbruk hos någon av eller båda parterna. En intervjuperson beskrev sin systers situation enligt följande:

[De] var båda missbrukare av psykofarmaka. Hon hade varit på avgiftning ett flertal gånger men fick upprepade återfall.

Andra anhöriga – sju stycken – misstänkte att missbruk förekom. Fyra av de intervjuade kände dock inte till något missbruk.

Vi frågade även de anhöriga om de hade kännedom om huruvida offret eller förövaren haft kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Åtta anhöriga berättade att de kände till sådana kontakter. De gav samtidigt en bild av utsatthet. I vissa fall handlade det om konkret utsatthet för våld, och om möjligen missade chanser till intervention, något som en dotter beskrev så här:

Min mor gick till tandläkaren ett flertal gånger på grund av allvarliga skador. Hon fick avancerad behandling men ingen anteckning om orsak till detta i patientens journal. Förövaren var inte intresserad av att få någon hjälp eller stöd, han var en machoman.

I andra fall handlade det mer om en allmän utsatthet, som dock även den skulle ha kunnat väcka misstanke om våld utsatthet. En anhörig beskrev hur det var för hennes syster:

Hon var sjukskriven och på arbetsträning, hade sömnsvårigheter, kunde inte hålla avtalade möten tidsmässigt. Hon såg inga gränser, kunde vara modig, stark och galen ...

Av de 20 anhöriga kände dock 11 inte till om kontakter med hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten fanns. Slutligen uppgav sex anhöriga att inga särskilda kontakter fanns med vare sig hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Att tala om sin oro och försöka ingripa

Ett återkommande tema var svårigheten att tala om sin oro, med såväl den våld utsatta anförvanten som någon myndighetsperson. De anhöriga upplevde att det var svårt att ta upp känsliga samtalsämnen med den utsatta och tvekade därför att göra det. För 10 av de anhöriga ledde detta till att de inte alls talade med den utsatta om sin oro, trots att den var stark. Nio anhöriga talade dock eller, som ett syskon beskrev det, ”försökte” tala med den utsatta personen:

Vi visste att man inte kunde lita på hans fru, hon hade allvarliga problem. Vi visste att våld förekom och vi försökte tala med min bror, som i sin tur stötte på stora svårigheter att bryta relationen – samtidigt inledde han en ny relation – kanske var han rädd för henne [hustrun].

I dessa beskrivningar anas en frustration, då förhoppningen från de anhörigas sida var att förmå den utsatta personen att bryta med förövaren, något som sällan lyckades. En dotter beskrev hur hon, hennes syskon och deras far försökte agera tillsammans, då modern var utsatt i en ny relation:

Vi och vår far talade med vår mor och erbjöd vår hjälp och stöd så att hon skulle få kraft att lämna relationen. Vi ringde socialtjänsten vid ett tillfälle, men hon hade redan kontakt med både hälso- och sjukvård och socialtjänst, ingenting hjälpte.

I detta fall kommunicerade alltså familjen sin oro även till socialtjänsten. Men i de flesta fall berättade de anhöriga att de funnit det mycket svårt att vända sig till polisen, hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, eftersom den utsatta anförvanten klart motsatt sig det.

Flera anhöriga berättade hur de, efter det att dådet begåtts, ångrat att de inte engagerat sig mer i den hotande situationen och talat med offret. Dock påpekade en person klart och tydligt att det inte är de anhörigas ansvar att få våldet att upphöra. En förälder uttryckte i detta sammanhang sin frustration över att samhället inte ingripit i större utsträckning:

Det finns ingen att vända sig till! Min dotters pojkvän använde våld mot henne, och trots att hon rapporterade detta till polisen men sedan återtog anmälan, så följde polisen aldrig upp fallet trots att det fanns varningstecken ... Polisen skulle vara mer aktiv i sådana här fall och förstå de risker som finns innan ett mord/dråp inträffar.

Samtidigt lyfte flera anhöriga fram vikten av att tala mer öppet inom familjen om våldsutsatthet.

Sammanfattande budskap

De preliminära resultat som beskrivs ovan ger viktig kunskap om anhörigas situation före dådet. Resultaten pekar såväl på missade som nya interventionsmöjligheter. De anhöriga berättade bland annat att förövarna inte sällan besökte hälso- och sjukvården eller socialtjänsten precis innan dådet inträffade, vilket bekräftar resultaten från våra registerstudier. Resultaten visar vidare att anhöriga tvekade inför att tala med en familjemedlem om missbruksproblematik och våldsförekomst; det är känsliga ämnen, som det är svårt att tala med en utsatt person om. Sammantaget framkom att de anhöriga led, kände sig maktlösa och inte visste vart de kunde vända sig med sin oro, eller att de tvekade att ta kontakt med en myndighet då den våldsutsatta personen motsatte sig det. Det innebär att tröskeln för att kontakta någon utanför familjen tycks vara mycket hög. Av detta kan vi dra

slutsatsen att de anhörigas oro bör tas på största allvar när de kommunicerar sin oro till hälso- och sjukvård, polis eller socialtjänst. Sammanfattningsvis tyder resultaten på att anhöriga är en förbisedd grupp i samhället och att de i stället skulle kunna vara en resurs för att förhindra allvarliga våldsbrott.

Efter dådet: Det dödliga våldets konsekvenser för de anhöriga och deras erfarenheter av stöd

En del av intervjustudien handlade om vad som hänt efter dådet, och fokus låg då på såväl omedelbara som mer långsiktiga konsekvenser av dådet för de anhöriga, samt deras erfarenheter av det stöd och den information de erbjudits efteråt. Materialet till denna del utgjordes av samtliga 22 intervjuer. Till skillnad från analysen av anhörigas kännedom om situationen före dådet, som innehöll kvantitativa inslag, var analysen av de anhörigas upplevelser och erfarenheter efter dådet rent kvalitativ, i form av en tematisk analys i enlighet med Braun och Clark [40]. Denna genererade ett antal huvudteman och underteman, som här presenteras enligt en ungefärlig tidslinje. Det första huvudtemat benämnde vi *När det värsta just har hänt*, och det innehöll två underteman: *Att få eller inte få dödsbud* och *Omedelbara reaktioner*. Detta tema handlade alltså om hur de anhöriga kom att få reda på att deras familjemedlem dödats av sin partner och hur de initialt reagerade på det. Trots det mycket negativa och traumatiska beskedet, var några anhöriga nöjda med hur det lämnats. Då var det främst polisen som givit dödsbud, någon gång gemensamt med personer från andra professioner. En anhörig berättade att dödsbudet lämnats av en polis, en präst och en socialsekreterare gemensamt, vilket innebär att de professionella torde ha samordnat sin insats. Andra var mindre nöjda med hur de fått reda på att deras familjemedlem bragts om livet, exempelvis då en polis ringt till en anhörig med frågor gällande utredningen av ärendet, innan dennes kolleger nått fram för att formellt lämna dödsbud. Två anhöriga som själva informerat övriga familjemedlemmar om vad som skett hade olika upplevelser av detta: den ene uppskattade att han tillfrågats (av polisen) om han ville informera övriga familjemedlemmar, den andre uppfattade inte att han erbjudits något annat alternativ. Några anhöriga hade aldrig fått något dödsbud, utan fått reda på vad som skett genom media. För ett syskon tycks detta ha inneburit ytterligare traumatisering, och det var något som personen återkom till flera gånger under intervjun:

Varför skickar de inte ner någon där uppifrån då? De måste väl ändå haft någon som hade kunnat åka ner och liksom förmedla detta och så ta med sig. Då kunde de ju ringt hit till sjukhuset här och sagt att vi behöver en psykolog som åker med för vi måste meddela en tråkig grej. Det var så jag funderade, liksom varför, om man nu inte kunde ringt till polisen i (närliggande stad) och sagt att vi har det här och det här, ni behöver åka upp till den här familjen och förmedla detta. Ta med hjälp och framför allt, jag tror säkert, de har säkert sådana här papper med telefonnummer och sånt, det är bara det att, det var ingen som kom hem till oss.

För andra anhöriga gavs aldrig någon chans att få något dödsbud, då de var närvarande när dådet skedde. Det var barn som sett sin mamma dödas eller varit i närheten då deras mamma dödats, vilket självfallet varit en djupt traumatisk upplevelse [41, 42].

De omedelbara reaktionerna på det som skett var chock, förvirring och ilska, vilket även beskrivits i tidigare forskning [3, 5]. En anhörig berättade att han blev alldeles ”blank” medan han körde bil och först efter en stund upptäckte vart han kört. En annan anhörig berättade att han reagerade våldsamt, slog sönder saker och fick föras ut ur familjens hem av en polis. Andra beskrivningar inkluderade psykiska sammanbrott som krävde psykiatrisk akutvård, samt fysiska reaktioner som kräkningar och stressseksem. Dessa starka känslomässiga och fysiska reaktioner är kongruenta med vilket stort trauma det innebär för en anhörig att förlora en närstående person genom dödligt partnervåld [3, 44], och de pekar på att anhöriga har ett stort behov av stöd direkt efter dådet.

Erfarenheter av stöd

Även om de anhöriga också hade positiva erfarenheter av stöd, var de mest angelägna om att förmedla sina negativa erfarenheter, utifrån att de hoppades att forskningen skulle leda till förbättringar. Under huvudtemat *Bristande och inadekvat stöd* gav analysen upphov till flera underteman. Det första av dessa handlade om att *Ingen erbjöd stöd*. Vad de anhöriga åsyftade var att ingen professionell person kontaktat dem och erbjudit stöd. Ett typiskt exempel ur en av intervjuerna är följande:

Intervjuare: Men ni har inte fått någon hjälp över huvud taget? Jag tänker på den, tidigt på morgonen när din bror och brorsdotter knackade på dörren (för att berätta vad som hänt). Ingen som har kontaktat dig sedan och frågat vad du eller din familj behövde?

Anhörig: Nej inte.

Intervjuare: Och under rättegång och så, fick ni något stöd?

Anhörig: Nej.

Detta var en erfarenhet som beskrevs av flera anhöriga och som återkom som ett starkt tema i intervjuerna. Men även de som fått stöd beskrev ett antal brister som kom att utgöra underteman: *Brist på information*, *Brist på förståelse*, *Brist på koordination mellan professionella*, *Brist på kontinuitet*, *Brist på professionalism* och *Brist på återupprättelse*.

Brist på information var en återkommande kritik uttryckt av de anhöriga gällande stödet. De exempel de gav handlade om att inte ha fått information om att polisutredningen lagts ned, att förövaren hade permission eller hade blivit frisläppt, eller att en begravning kan hållas som en privat tillställning

så att förövaren kan avhållas från att delta. Sådana informationsbrister minskade de anhörigas känsla av trygghet och försatte dem i onödigt traumatiska situationer. En av de anhöriga upplevde förövarens närvaro vid en viktig begravning som om han utsatts för våld av denne. *Brist på förståelse* var också något som emotionellt lade sten på bördan. En anhörig beskrev exempelvis hur personalen på den akutvårdspsykiatriska avdelning där han ville skriva in sig, var "helt oförstående" till att han var upprörd över och inte ville att förövaren samtidigt skrevs in på samma avdelning. Ett syskon till offret beskrev vidare hur familjen tagit väldigt illa vid sig då en präst under en samling med familjen uttryckt att "det var dags för henne att lämna detta jordeliv":

Men herregud hon är inte ens medelålders. Hon blev stympad. Det är väl inte så hon ska lämna detta jordeliv. Alltså du kan inte sitta och säga så. Så när vi gick därifrån då var vi arga. Alltså vi var sneda på den prästen över att han över huvud taget kunde med att säga så.

Sådana mer flagranta exempel på när en professionell uttryckt sig så att de anhöriga tagit illa upp var dock få. Däremot gavs många exempel på *Brist på koordination* mellan professionella, såväl inom samma myndighet som mellan olika myndigheter. En del av detta överlappar med andra teman, då det kunde handla om bristande koordination gällande vem som skulle ge viktig information och när detta skulle ske. De anhöriga som inte befann sig på samma ort som offret, och ofta också andra familjemedlemmar, beskrev vidare hur de hamnade utanför flödet av information och stöd.

Brist på kontinuitet pekar på organisatoriska problem som påverkat de anhöriga negativt. En anhörig som kom att ta del av vården av den dödade kvinnans barn, gav följande exempel:

Sedan kommer man ju in i den är berömda Socialtjänstens nät och det är ju, ett år tror jag vi hade ja minst sex olika handläggare, utan att ljuga.

En annan anhörig berättade att hon lämnats utan fortsatt stöd när den skolкурator hon hade haft kontakt med gick i pension. De anhöriga gav även en del exempel på *Brist på professionalism*, som huvudsakligen handlade om vad de uppfattat som brister i hur det rättsliga systemet hanterat vad som hänt före, under och efter rättegången. När de ansåg att viktig bevisföring missats, att påföljd eller skadestånd felbedömts samt att deras skyddsbehov efter dom undervärderats, upplevde de vidare *Brist på återupprättelse*.

Då hjälpen och stödet uteblir eller brister, blir man *Tvungen att klara av allting själv*, vilket var ytterligare ett av våra huvudteman (med underteman kursiverade i det följande). Detta handlade om att behöva *Hantera media*, som kunde vara mycket påträngande, mitt i en kaotisk och mycket smärtsam situation, och just mediauppmärksamheten var något de anhöriga beskrev sig som helt oförberedda på. Vidare handlade det om att *Behöva ta hand om allt det praktiska*, något som en anhörig beskrev så här:

Du kan inte ringa samhället, om vi uttrycker det så, och få något stöd, utan då är det jourhavande präst eller något annat sånt [...]. Men allt det här som handlar om det praktiska. Det är allting från bouppteckning, skadestånd, ja det är jättemånga sådana här grejer som är svårt att hantera när hjärnan brinner och går på högvarv.

En praktisk uppgift, som några anhöriga berättade att de fick ta hand om, var att *Städa upp efter dådet*. En av de anhöriga försökte få hjälp med detta och började med att kontakta polisen, och enligt den anhörige lät samtalet så här:

”Nej, jag förstår inte alls vad du menar, varför ska du ha hjälp med det?” ”Ja, men det ser ju ut som satan i lägenheten och det är ju ett mord som har skett där.” ”Nej, det kan vi inte göra, du får vända dig till kommunen.” Jaha, ok, då ringer jag väl stadsdelsförvaltningen då och frågar: ”Nej, nej, nej, usch sånt gör inte vi. Nej, absolut inte. Det där får du ta med någon annan.”

Att städa upp efter dådet var en djupt traumatisk uppgift, och bristen på samhällelig intervention här kan ses som en form av retraumatisering [45].

Uteblivet stöd innebar även att de anhöriga på olika sätt ägnade sig åt *Självorganisering av stöd*, inom familjen eller lokalsamhället.

Traumat som aldrig tar slut

Traumat som aldrig tar slut var ytterligare ett huvudtema (med relaterade underteman kursiverade i det följande). De anhöriga beskrev *Långvariga negativa konsekvenser för den psykiska hälsan*, konsekvenser som ibland inte blivit uppenbara och krävt stöd och vård förrän långt efter dådet. *Barnen då?* kallade vi ett omfattande undertema, som berörde beslut kring och ansvar för offrets barn, oro kring dessa och frustration då arrangemangen kring barnen var otillfredsställande eller okända för de anhöriga. Detta kunde också leda till *Familjekonflikter*, som dock även kunde vara av annat slag. Dödligt våld i nära relationer framstod i vår analys också som ett *Intergenerationellt trauma*, där de anhöriga kunde brottas med frågor om vem som skulle berätta för barnen att deras mormor blivit mördad av morfar. En anhörig sa: ”Hela släkten har ju blivit präglad av det. Vi är ju mer eller mindre trasiga allihopa.”

I efterhand uttryckte de anhöriga att de önskat att någon professionell person kontaktat dem och erbjudit stöd och information. De lyfte fram att samordning krävdes mellan samhällets olika aktörer, bland annat gällande hur dödsbud skulle lämnas. Vidare ville de att känslomässigt stöd skulle erbjudas omedelbart, och med viss bestämdhet. De lyfte även fram att erbjudandet om stöd skulle upprepas om den/de anhöriga nekade, samt att inte bara emotionellt utan också praktiskt stöd skulle erbjudas. Det ideala vore om någon professionell person följde familjen ”hela vägen”, från det dådet skett, genom rättegång och dom, och ett bra tag därefter.

Dessa intervjuer ger en nedslående bild av det stöd de anhöriga erhållit, och manar till förändring. Paralleller finns också att finna i intervjuerna med de som (enbart) var anhöriga till förövare. Dessa intervjuer är dock fortfarande under analys. Men bilden är inte ensidig, varför vi vill avsluta med ett citat rörande *Positiva erfarenheter av stöd*, som också var ett huvudtema. En anhörig berättade följande:

Men anledningen till att jag till slut fick hjälp, det var ju tack vare att min yngsta dotter var så pass liten och vi gick på BVC. Min BVC-sjuksköterska tog tag i detta och ordnade en kontakt på psykiatriska enheten, där hon kände till en kurator. Den här kuratorn hade jobbat med kvinnomiss-handel och hade varit med mycket i rättegångar, med kvinnorna, och hade det perspektivet. Så hon var ett fantastiskt stöd framför allt i den här rättsprocessen.

Då Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) verkar inom och mot hälso- och sjukvården, menar vi att det är angeläget att lyfta fram att ett gott bemötande och en sådan insats som beskrivs ovan – alltså om det så bara handlar om att hänvisa till en annan kunnig person – kan få mycket stor betydelse för en anhörig.

KAPITEL 5

Kunskap för förändring

I inledningen till denna rapport konstaterade vi att dödligt våld i nära relationer är ett könat fenomen med olika riskfaktorer för män och kvinnor. Det innebär att det är viktigt att kunna se det dödliga våldet ur flera olika aspekter, samtidigt. Kön kan sägas vara den största och mest avgörande riskfaktorn för att utöva dödligt våld i nära relationer, då det är sex gånger vanligare att en man dödar en kvinnlig partner än tvärtom [9]. Tidigare våld är också en viktig riskfaktor för senare dödligt våld; för män gäller detta utövande av våld, medan det för kvinnor gäller utsatthet [6, 7], vilket stämmer väl överens med våra resultat, där de kvinnliga förövarna inte uppvisat kontrollerande beteende före dådet. Men dessa riskfaktorer räcker inte för att måla en fullödig bild av det komplexa fenomen som dödligt våld i nära relationer utgör, utan mer tillkommer. Social utsatthet är ytterligare en faktor, för manliga och i synnerhet kvinnliga förövare, vilket vår forskning visar. En annan faktor som är av betydelse är psykisk ohälsa, som är av särskild relevans för hälso- och sjukvården.

Sammantaget visar resultatet i våra studier att psykisk ohälsa är vanligt förekommande före, under och efter dådet, även om manliga förövare har allvarigare psykiska sjukdomar än kvinnliga förövare. Det är inte ovanligt att psykiska symtom dessutom accelererar före dådet. Förövare till det dödliga våldet söker också hälso- och sjukvård i större omfattning än personer som inte dödat en partner. Flertalet har även sökt hälso- och sjukvård 30 dagar innan dådet. Allt detta innebär att hälso- och sjukvården möter dessa personer i sitt dagliga arbete, men vad kan vi inom hälso- och sjukvården göra för att förhindra det dödliga våldet?

Praktiska implikationer

En avgörande insikt för anställda inom hälso- och sjukvården är att våld i nära relationer, speciellt mäns våld mot kvinnor, kan innebära risk för framtida död. Vår forskning visar att förövare av dödligt partnervåld söker vård och har psykiatriska diagnoser i större utsträckning än övriga befolkningen.

Detta tyder på vikten av att hälso- och sjukvården, utöver att ställa frågor om utsatthet för våld, även ställer frågor om utövande av våld.

Vid suicidriskbedömningar bör frågor om att skada andra också ställas, framför allt inom primärvård och psykiatriska verksamheter. Att bryta sekretess är numera möjligt, genom att den nya sekretessbrytande bestämmelsen har införts i 10 kap. 18 c § OSL [46]. Bestämmelsen innebär att personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården under vissa förutsättningar får lämna uppgifter till polismyndigheten i syfte att förebygga allvarigare vålds-, frids- eller sexualbrott mot närstående, exempelvis om en patient talat om att döda sin partner.

Vår forskning visar vidare att riskfaktorer för dödligt våld måste sättas i ett processperspektiv. Nyckelord här är accelerering, eskalering och förändring (exempelvis av relationsstatus eller medicinering). Separation, ökat kontrollbehov, eskalerande våld, förvärrad psykisk ohälsa samt upptrappad alkohol- och drogkonsumtion är därmed exempel på faktorer som hälso- och sjukvården bör vara särskilt uppmärksam på vid patientkontakt. Det faktum att vi kan se att många förövare har ekonomiskt bistånd, befinner sig utanför arbetsmarknaden samt saknar fast bostad, indikerar att många förövare dessutom har kontakter med flera olika myndigheter.

Slutsatsen är att hälso- och sjukvården skulle kunna bli mer lyhörd och agera tidigare för att förhindra fortsatt våld, och i dess yttersta förlängning död, samt att rutiner för samarbete behöver utvecklas och implementeras såväl inom hälso- och sjukvården som mellan hälso- och sjukvården och relevanta myndigheter och organisationer.

När Socialstyrelsen den 31 maj 2022 fattade beslut om nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer riktade de sig till socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården [47]. Ett nytt krav på vårdgivare är att fastställa rutiner för när och hur personalen i dessa verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Förutom behovet av vård, ska barns behov av information, råd och stöd särskilt beaktas om barnets förälder, eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med, utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp. Även användandet av regionala medicinska riktlinjer (RMR) kan bidra till att förhindra våldets yttersta konsekvens, det dödliga våldet.

Vår forskning visar ytterligare att anhörigstödet bör utvecklas, för att förebygga dödligt våld och i möjligaste mån undvika återtraumatisering av de anhöriga i de fall då det förebyggande arbetet misslyckats och det dödliga våldet är ett faktum. Det behövs en öppenhet från samhällets sida för att lyssna till anhöriga, och det behövs en medvetenhet om att anhöriga har

en hög tröskel för att kontakta någon samhällsaktör vid misstanke om eller oro för våld. När så väl sker, måste deras oro därför tas på stort allvar av den instans de valt att kontakta. Det är angeläget att utveckla ett kristeam eller en annan identifierad verksamhet med fokus på traumatisk död, för stöd till efterlevande anhöriga. För detta behöver resurser avsättas och kunskaper utvecklas. Verksamheten bör erbjuda såväl känslomässigt som praktiskt stöd, samt arbeta uppsökande och samordnande.

Slutligen kräver prevention av dödligt våld i nära relationer, trots vissa specifika drag, främst allmän prevention – mot mäns våld mot kvinnor och mot våld i nära relationer. Socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård och kvinnojourer har olika roller, men de kan alla bidra till detta bokstavligen livsviktiga arbete.

Referenser

1. Dödligt våld i nära relationer i Västra Götaland 2000–2016. Projektplan. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer; 2016.
2. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*. 2022;399(10327):803–13.
3. Alves-Costa F, Hamilton-Giachritsis C, Halligan S. "Everything Changes": Listening to homicidally bereaved individuals' practice and intervention needs. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(5–6):NP2954–NP2974.
4. Hardesty JL, Campbell JC, McFarlane JM, Lewandowski LA. How children and their caregivers adjust after intimate partner femicide. *Journal of Family Issues*. 2008;29(1):100–24.
5. Malone L. In the aftermath: Listening to people bereaved by homicide. *Probation Journal*. 2007;54(4):383–93.
6. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Intimate partner homicide: Review and Implications of Research and Policy. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(3):246–69.
7. Nybergh, L. Dödligt våld i nära relationer – en genomgång av internationell forskning. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer; 2016: Genväg till forskning, nr 9.
8. Caman S, Howner K, Kristiansson M, Sturup J. Differentiating male and female intimate partner homicide perpetrators: A study of social, criminological and clinical factors. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2016;15(1):26–34.
9. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 2013;382(9895):859–65.
10. Belfrage H, Rying M. Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990–1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2004;14(2):121–33.
11. Campbell JC, Webster D, Sharps P, Ulrich Y, Wilt SA, Manganella J, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*. 2003;93(7):1089–97.

12. Garcia L, Soria C, Hurwitz EL. Homicides and intimate partner violence: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(4):370–83.
13. Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine*. 2001;33(5):373–80.
14. Spencer CM, Stith SM. Risk Factors for Male Perpetration and Female Victimization of Intimate Partner Homicide: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2020;21(3):527–40.
15. Kivisto AJ. Male Perpetrators of Intimate Partner Homicide: A Review and Proposed Typology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2015;43(3):300–12.
16. Zeoli AM, Malinski R, Brenner H. The intersection of firearms and intimate partner homicide in 15 Nations. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2020;21(1):45–56.
17. Dawson M, Piscitelli A. Risk factors in domestic homicides: Identifying common clusters in the Canadian context. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36(1-2):781–92.
18. Oram S, Flynn SM, Shaw J, et al. Mental illness and domestic homicide: A population-based descriptive study. *Psychiatric Services*. 2013;64:1006–1011.
19. Lysell H, Dahlin M, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Killing the mother of one's child: psychiatric risk factors among male perpetrators and offspring health consequences. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2016;77(3):342–7.
20. Belknap J, Larson DL, Abrams ML, Garcia C, Anderson-Block K. Types of intimate partner homicides committed by women. *Homicide Studies*. 2012;16(4):359–79.
21. Johnson H, Hotton T. Losing Control. *Homicide Studies*. 2003;7(1):58–84.
22. Vatnar SKB, Friestad C, Bjørkly S. Differences in intimate partner homicides perpetrated by men and women: evidence from a Norwegian National 22-year cohort. *Psychology, Crime & Law*. 2018;24(8):790–805.
23. Weizmann-Henelius G, Matti Grönroos L, Putkonen H, Eronen M, Lindberg N, Häkkänen-Nyholm H. Gender-specific risk factors for intimate partner homicide. *Journal of Interpersonal Violence*. 2012;27(8):1519–39.

24. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
25. Socialstyrelsen, patientregistret: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/>
26. Regional vårddatabas, Vega: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs6740-450650424-61/surrogate/V%C3%A5rddatabasen%20Vega.pdf>
27. Statistiska centralbyrån. STATIV, Longitudinellt register för integrationsstudier: https://www.scb.se/contentassets/659b9a5233dc4dd49b22630b2745ca57/dokumentation_stativ_19972020_v3.pdf
28. Statistiska centralbyrån: Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) (scb.se).
29. Carlsson L, Lysell H, Enander V, Örmon K, Lövestad S, Krantz G. Socio-demographic and psychosocial characteristics of male and female perpetrators in intimate partner homicide: A case-control study from Region Västra Götaland, Sweden. *PLoS ONE*. 2021;16(8).
30. Lövestad S, Örmon K, Enander V, Krantz G. Healthcare utilization, mental disorders and behavioural disorders among perpetrators of intimate partner homicide in 2010–2016: a registry-based case-control study from Sweden. Kommande.
31. Larsson M, Enander V, Krantz G, Örmon K. Dödligt våld i nära relationer: Ett pågående projekt. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer; 2022.
32. Enander V, Krantz G, Lysell H, Örmon K. Before the killing: intimate partner homicides in a process perspective, Part I. *Journal of Gender-Based Violence*. 2021;5(1):59–74.
33. Enander V, Krantz G, Lövestad S, Örmon K. The killing and thereafter: intimate partner homicides in a process perspective, part II. *Journal of Gender-Based Violence*. 2022;6(3):501–17.
34. Lövestad S, Enander V, Krantz G, Örmon K. Contextual factors and relationship characteristics prior to intimate partner homicide: a qualitative court file study from Sweden. Kommande.
35. Thomas KA, Dichter ME, Matejkowski J. Intimate versus nonintimate partner murder. *Homicide Studies*. 2011;15(3):291–311.
36. Dobash RE, Dobash RP. *When Men Murder Women*. Oxford: Oxford University Press; 2015.

37. Corradi C, Stöckl H. Intimate partner homicide in 10 European countries: Statistical data and policy development in a cross-national perspective. *European Journal of Criminology*. 2014;11(5):601–18.
38. Dobash RE, Dobash RP, Cavanagh K, Lewis R. Not an ordinary killer – just an ordinary guy. *Violence Against Women*. 2004;10(6):577–605.
39. Loinaz I, Marzabal I, Andrés-Pueyo A. Risk factors of female intimate partner and non-intimate partner homicides. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2018;10(2):49–55.
40. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101.
41. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*. 1996;16(4):278–81.
42. Alisic E, Groot A, Snetselaar H, Stroeken T, van de Putte E. Children bereaved by fatal intimate partner violence: A population-based study into demographics, family characteristics and homicide exposure. *PloS ONE* 2017;12(10):e0183466–e0183466.
43. Alisic E, Krishna RN, Groot A, Frederick JW. Children’s mental health and well-being after parental intimate partner homicide: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2015;18(4):328–45.
44. Hertz MF, Prothrow-Stith D, Chery C. Homicide survivors: research and practice implications. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;29(5 Suppl 2):288–95.
45. Gekoski A, Adler JR, Gray JM. Interviewing women bereaved by homicide: Reports of secondary victimization by the criminal justice system. *International Review of Victimology*. 2013; 19(3), 307-329.
46. [Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)
47. Socialstyrelsen. HSLF-FS 2022:39, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer: HSLF-FS 2022:39 (socialstyrelsen.se)

