



2025-02-28

Genväg till forskning

Risikfaktorer för dödligt våld i nära relationer

Datum: 2025-02-14

Dokumentnamn: Genväg till forskning – Riskfaktorer för dödligt våld i nära relationer

Författare: Viveka Enander

Sammanfattning

Dödligt våld i nära relationer är ett allvarligt och tragiskt fenomen som kan förebyggas. Våldet är ofta könat, med män som huvudsakliga förövare, och riskfaktorer inkluderar psykisk ohälsa, socioekonomisk utsatthet och tidigare våld. Prevention kräver samverkan mellan olika aktörer och nivåer i samhället, med fokus på att identifiera risk för dödligt våld och erbjuda stöd och skydd till utsatta individer. Hälso- och sjukvården har en unik roll, då den har en så bred kontaktyta mot allmänheten, och såväl de som riskerar att bli offer för dödligt våld samt potentiella förövare av detta våld ofta har omfattande vårdkontakter.

I denna forskningsöversikt beskrivs tre former av dödligt våld i nära relationer: dödligt partnervåld, föräldrars dödliga våld mot barn och barns dödliga våld mot föräldrar. Dödligt partnervåld är vanligast och drabbar främst kvinnor, med riskfaktorer som svartsjuka, kontrollerande beteende och tillgång till skjutvapen. Föräldrars dödliga våld mot barn är ovanligt men särskilt tragiskt, med yngre barn som mest utsatta. Psykisk ohälsa hos föräldrar är en betydande riskfaktor. Barns dödliga våld mot föräldrar är mycket ovanligt och ofta kopplat till svår psykisk ohälsa hos förövaren.

Effektiv prevention kräver insatser på flera nivåer och samverkan mellan olika aktörer. Hälso- och sjukvårdens preventiva roll består främst i att identifiera riskfaktorer för dödligt våld varför dessa är i fokus i föreliggande Genväg till forskning, som i punktform kan sammanfattas enligt följande:

- Dödligt våld i nära relationer är könat, med män som huvudsakliga förövare. Förövaren kan vara en nuvarande eller tidigare partner, en förälder, ett syskon eller ett vuxet barn till den dödade.
- Riskfaktorer inkluderar tidigare våld, tillgång till skjutvapen, separation eller vårdnadstvist, psykiska sjukdomar och syndrom, missbruk och socioekonomisk utsatthet.
- Hälso- och sjukvården har en unik och central roll i att identifiera risk för dödligt våld i nära relationer eftersom såväl förövare som offer söker hälso- och sjukvård en kort tid innan dådet.

- Genom att skyndsamt erbjuda adekvat vård och stöd samt att använda skyldigheterna och möjligheterna till samarbete med polis och socialtjänst kan hälso- och sjukvården bidra till att förebygga att våldet får dödlig utgång.

Inledning

Våld i nära relationer är våld som utövas av en närstående till den som utsätts. Våldsutövaren kan exempelvis vara en nuvarande eller tidigare partner, en förälder, ett syskon eller ett vuxet barn till den utsatta. Vid risk för allvarligt våld ger Offentlighets- och sekretesslagen (OSL, 10 kap 18 c §) hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att på eget initiativ lämna uppgifter till polisen för att förhindra allvarligt våld i nära relationer. Denna forskningsöversikt utgör ett kompletterande kunskapsstöd till den regionala rutin [1] som framtagits av VKV för att underlätta hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens tillämpning av bestämmelsen. Den ger en i det aktuella kunskapsläget förankrad bild av riskfaktorer för olika former av dödligt våld i nära relationer. Fokus på just dödligt våld följer av att detta är den allvarligaste formen av våld i nära relation, då offret mister livet och de anhöriga drabbas av så kallad traumatisk sorg [2–4]. Det är också rimligt att anta att riskfaktorer för dödligt våld och annat allvarligt våld, i betydelsen att det är grovt och/eller livshotande, till stora delar överlappar. Resultatredovisningen presenterar tre olika former av dödligt våld i nära relationer: dödligt partnervåld, föräldrars dödliga våld mot barn och barns dödliga våld mot föräldrar. Dessa våldsformer överlappar dock emellanåt, som exempelvis då en – oftast manlig – förövare dödar såväl sin partner som barn som finns i familjen. Kommentaren gällande kön synliggör att mönstren, och därmed riskfaktorerna, inte bara ser olika ut i olika relationer, utan också är könade, vilket denna Genväg till forskning också försöker synliggöra. Slutligen uppmärksammar resultatredovisningen vilka preventiva strategier som lyfts fram i den tidigare forskningen, med fokus på hälso- och sjukvårdens roll.

Resultat

Dödligt partnervåld

Den vanligaste formen av dödligt våld i nära relationer är mäns dödliga partnervåld mot kvinnor, vilket i Sverige sker med ungefär 15 fall om året [5–7]. Tydlig evidens finns för att (upprepat) tidigare våld riktat mot offret är riskfaktor för senare dödligt våld [8–12]. Till manliga förövares våldsmönster hör ofta svartsjuka, kontrollerande beteende och stalkning, som samtliga är riskfaktorer för dödligt våld [9–11, 13, 14]. Dessa kan ses som ett uttryck för ägandebehov över kvinnan, vilket i sin tur kan kopplas till att pågående eller nyligen genomförd separation från kvinnans sida är en ytterligare riskfaktor, vilken är väldokumenterad [8–11, 13, 14].

I en forskningsöversikt från 2020 [14] framkom en sjufaldigt ökad risk vid tidigare strypvåld samt tidigare hot med vapen mot kvinnan och en drygt femfaldigt ökad risk om förövaren tidigare tvingat offret att ha sex med honom. Vidare framkom en drygt fyrfaldigt ökad risk vid kontrollerande beteende och tidigare hot om att skada kvinnan, 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. Tillgång till skjutvapen framstod som den starkaste riskfaktorn, då detta ökade risken för dödligt våld elvafaldigt, men överförbarheten till Sverige är låg, då vapen i hemmet är betydligt ovanligare här än exempelvis i USA [15].

Psykisk ohälsa hos manliga förövare är vidare en riskfaktor som lyfts fram i den tidigare forskningen, i synnerhet depression, självmordstankar/-försök samt personlighetsstörningar [10, 16–21]. I en studie från VKV [21] framkom att män som förövat dödligt våld i nära relation i jämförelse med en kontrollpopulation hade högre grad av psykisk ohälsa, såväl året innan som månaden innan det dödliga våldet. Dokumenterad psykisk ohälsa 30 dagar före det dödliga våldet förelåg hos 16,7% av dessa manliga förövare och kan antas utgöra del av bakgrunden till händelsen, då tidigare forskning funnit att psykisk ohälsa hos manliga förövare ökade

sannolikheten att begå dödligt våld i nära relation med 30% [14]. Även missbruksproblematik har lyfts fram som en riskfaktor, som i tidigare forskning anges öka risken med 85% [14], men tycks vara relevant främst i kombination med andra riskfaktorer [10]. Vad gäller manliga förövare har slutligen socioekonomiska riskfaktorer också lyfts fram i den tidigare forskningen, främst arbetslöshet och låg utbildningsnivå [10, 14]. Forskningen visar vidare att det är komplexa kombinationer av dessa riskfaktorer, samt eskalering av dem, som tycks föregå dödligt våld [22–24]. En studie visade exempelvis att risken för dödligt våld ökade niofalt vid kombination av en hög grad av kontrollerande beteende från mannens sida och separation på kvinnans initiativ [9].

Även kvinnor förövar dödligt våld mot manliga (f.d.) partners, men detta är ovanligt och sker i ungefär fyra fall om året i Sverige [5–7]. Det finns starkt stöd i den tidigare forskningen för att kvinnor som använder dödligt våld mot manliga partners ofta agerar i självförsvar eller använder dödligt våld som reaktion mot tidigare våldsutsatthet [10, 25, 26]. Våldsutsatthet är alltså en central riskfaktor för kvinnliga förövare, där rädsla kan vara del av motivbilden [27]. Forskningsunderlaget är i övrigt begränsat vad gäller riskfaktorer för kvinnors dödliga partnervåld, men arbetslöshet tycks vara en betydelsefull sådan [20, 27] och liksom för manliga förövare har psykisk ohälsa, låg utbildningsnivå och missbruksproblematik funnits vara riskfaktorer [27, 28]. Till skillnad från manliga förövare uppvisar kvinnliga förövare dock inte samma mönster av kontrollerande beteende och stalkning före dådet [21, 29]. Slutligen kan nämnas att även om kvinnliga förövare av dödligt partnervåld i regel är offer för tidigare våld från den de dödat, har denna regel även undantag; det finns också kvinnor som dödar utifrån andra motivbilder [22, 25, 26]. Gemensamt för kvinnliga förövare tycks dock vara någon form av socioekonomisk utsatthet.

Föräldrars dödliga våld mot barn

Föräldrars dödliga våld mot barn är ett mycket tragiskt och allvarligt fenomen, som dock är mycket ovanligt med cirka 3 fall om året i Sverige [5,6]. Yngre barn löper större risk att dödas av en förälder än äldre barn,

och barn under fyra år löper större risk att bli dödade av en förälder än någon annan åldersgrupp, med det första dygnet av deras liv som allra mest riskfyllt [30, 31]. När nyfödda barn dödas utgörs förövaren oftast av deras mamma [30–33]. Spädbarn under ett år löper risk att dödas av både mödrar och fäder, och forskningen ger lite olika bild av vilket som är vanligast [30–33, 37, 38]. Ju äldre barnen blir är dock risken större att det är barnets far, eller styvfar, som är förövare [33, 39]. Även om det tycks vara vanligast att offret är ett biologiskt barn, finns en överrepresentation av styvföräldrar [32]. Här brukar man tala om en s.k. “Askungeeffekt” [40], men med styvfadern, snarare än modern, som förövande. Exempelvis fann en större studie att de barn som dödades till 80% var föräldrarnas biologiska barn, och av de styvbarn som dödades var styvmodern förövare i 2% och styvfadern i 98% av fallen [37].

Inom forskningen har olika kategorier av dödligt våld mot barn beskrivits [32, 35, 36, 41–44]. En av dessa är dödligt våld mot nyfödda, vilket som ovan beskrivits oftast förövas av mödrar [30–33]. En tidig studie, från 1970 [34], vars resultat stärkts av flera senare studier [35, 36] visade att kvinnor som dödade sina nyfödda barn i regel är unga (under 25 år) och emotionellt omogna. De är ofta ensamstående och bor hemma hos sina föräldrar, samt är arbetslösa eller går ännu i skolan [34]. Graviditeten är vidare ofta oönskad och kan vara förnekad eller uppfattas som skamlig, parad med rädsla för att utsättas för undantagande av socialt stöd om den skulle avslöjas. Att döda barnet blir för dessa mödrar en “lösning” på den oönskade situationen [36, 36].

En annan kategori är dödligt våld utfört av psykiskt sjuka föräldrar, där det är högre sannolikhet att en förövande moder lider av psykisk sjukdom eller personlighetsstörning än en förövande fader [32, 35–37, 44, 45]. Förövande mödrar har i högre grad en historia av allvarlig psykisk sjukdom, samt depressiva symtom vid dådet [35, 3]. Inslag av psykos förekommer också, men är dock mindre vanligt än vad som ofta antas [37].

Ytterligare en kategori är dödlig barnmisshandel, i en situation då barnet är upprepat utsatt för våld från en eller båda föräldrarna [35, 44], ofta i syfte att få barnet att sluta gråta eller att uppföra sig mindre “besvärligt”. Det

dödliga våldet kan då vara ouppsåttligt, i bemärkelsen att meningen inte var att döda barnet [46]. Syftet är ofta att få barnet att uppföra sig mindre "besvärligt" eller att sluta gråta.

Närliggande till detta är död via försummelse [35], exempelvis att barnet inte givits mat eller lämnats ensam i en farlig situation. Ett svagt emotionellt band mellan barn och förälder har noterats i dessa fall, samt avbrott i relationen, vilket dock kan bero på att barnets behov eller utsatthet lett till att det behövt vårdas på sjukhus eller vara omhändertaget för samhällsvård [46]. Här kan noteras att sjuka och funktionsnedsatta barn tycks vara särskilt utsatta [46, 47]. Detta kan även kopplas till att s.k. altruistiska motiv till våldet också beskrivits, ibland som en egen kategori, ibland sammanfallande med den kategori som består av att det dödliga våldet följs av föräldrarnas självmord [35, 48], något som ibland olyckligtvis benämns som utvidgat självmord. Föräldern vill då "rädda" barnet från något, exempelvis sjukdom, eller både sig själv och barnet från en svår situation [35]. Dessa föräldrar lider också ofta av svår psykisk ohälsa [32].

Partnervåld förövat av fadern mot modern är ytterligare en kategori, och en kontext, som ökar risken för dödligt våld mot barnet. I första hand från fadern [45], där hämnd kan vara del av motivbilden [49], men även från modern [50]. Slutligen dödas även barn i samband med att modern dödas, och riskfaktorerna är då ofta desamma som för dödligt partnervåld [51, 52]. Förövarna är till 95% män och dessa tycks inte skilja barnen från kvinnan, utan se dem som en del av henne. Mordet av barnen sker som en del av mordet på kvinnan [52]. Det är dock vanligare, då fler familjemedlemmar dödas, att förövaren också tar livet av sig [53], varför suicidtankar också är en riskmarkör.

Sist men inte minst dödas barn även utifrån hedersmotiv, vilket är en kategori som ej brukar nämnas tillsammans med de ovan beskrivna. Framför allt riskerar tonåriga döttrar att dödas utifrån att de uppfattas eller misstänks ha kränkt familjens heder, men även söner kan drabbas [54–57].

Det bör noteras att kategorierna ovan är delvis överlappande och riskfaktorer som sträcker sig över flera av kategorierna är fattigdom och

socioekonomisk utsatthet, social isolering, egen utsatthet för våld under barndomen, och psykisk ohälsa [exv. 38, 58, 59]. Vad gäller missbruk som riskfaktor ger forskningen presenterad ovan ingen enhetlig bild, i den mån missbruk alls har beaktats. Missbruk har dock inte identifierats som en stark riskfaktor i studier från Sverige [38, 60].

Barns dödliga våld mot föräldrar

Även vuxna barn dödar (någon av eller, mer sällan, båda) sina föräldrar. Bakgrunden utgörs då ofta av svår psykisk ohälsa, med vanföreställningar som inslag [61]. Barns dödliga våld mot föräldrar är mycket ovanligt och ingen uppskattning om hur vanligt detta är i Sverige har gått att finna. Forskningen är vidare begränsad, och en del av denna består av kliniska analyser av enstaka fall [exv. 62]. Av denna begränsade forskning framgår dock att förövaren oftast är en son och offret oftast är fadern [62–64]. Dessa söner är vidare ofta ensamstående och arbetslösa, med begränsad utbildning och låg socioekonomisk status, samt har i regel levt tillsammans med den far de dödade [62, 64, 65]. Ett fåtal förövare rapporteras ha flyttat hem till föräldrarna igen efter en skilsmässa [61]. Kvinnor som dödar någon av sina föräldrar tycks nästan undantagslöst ha en allvarligare psykisk sjukdom, samt även de leva tillsammans med föräldern, under vad som har beskrivits som stor social isolering och under pågående konflikt [66]. En riskfaktor som lyfts är därmed just att bo hemma som vuxen, något som kan vara resultatet av bristande alternativ då forskningen funnit att förövare med svår psykisk ohälsa kan ha haft en mycket begränsad förmåga att klara sig själva [61].

De förövare som dödar sin mor tycks i högre grad lida av allvarlig psykisk ohälsa än de som dödar sin far [61, 67, 68]. Detta kan kopplas till de två olika (ålders)kategorier som framkommer i forskningen om barns dödliga våld mot föräldrar: våld förövat av vuxna personer respektive av ungdomar alternativt unga vuxna [69]. Vuxna förövare, vilket utgör den klart största gruppen [70], tycks huvudsakligen motiverats av förvirrade och psykotiska tankar, och kan exempelvis vara övertygade om att offret varit en bedragare

som tagit förälderns gestalt [61, 63]. Motivet kan också, mer sällan och då föräldern är äldre och sjuk, utgöras av ”barmhärtighet” [68].

När ungdomar dödar en förälder handlar det oftast, som ovan beskrivits, om att en son dödar sin far och handlingen har vidare ofta föregåtts av att sonen har utsatts för upprepat våld från denne far. I dessa fall framstår det dödliga våldet som en respons på ungdomens våldsutsatthet i form av hämnd eller ett sätt att söka göra sig fri, och inslagen av psykisk ohälsa mindre dominerande [71]. När unga kvinnor dödar en förälder, kan de vidare ta en medbrottsling till hjälp, exempelvis en pojkvän [62, 64].

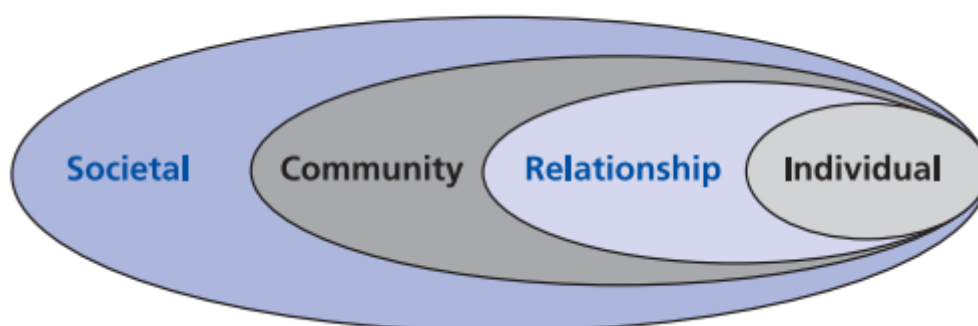
Slutligen: när ungdomar dödar sin far, kan detta också vara i en situation där de vill skydda sin våldsutsatta mor från fadern [72], varför inte bara våld riktat direkt mot den unge utan även partnervåld från dennes fader mot modern är en riskfaktor.

Prevention av dödligt våld i nära relationer

Att förebygga – och därmed förhindra – dödligt våld i nära relationer är en stor och bitvis svårgripbar uppgift. Detta då de riskfaktorer som beskrivits ovan är komplexa och ligger på många olika samhällliga nivåer. En framgångsrik prevention torde därför kräva att all dessa nivåer tas i beaktande. Den socio-ekologiska modell som föreslås av WHO [73] för att förstå hur våld kan uppkomma ger därmed även vägledning till hur våld kan förebyggas. Prevention på samhällsnivå berör sådant som lagstiftning, politiska reformer och andra åtgärder som syftar till att tillförsäkra människor jämlika levnadsvillkor, beakta barns rättigheter, uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män, samt – mer specifikt – begränsa människors tillgång till vapen [14, 74, 75]. Sådana övergripande åtgärder sätter ramarna för det övriga preventiva arbetet. På lokalnivå handlar det preventiva arbetet bland annat om att säkerställa att våldsutsatta har lättillgänglig tillgång till kvinnojourer och andra former av skyddade boenden för att kunna fly våldet före det hunnit bli dödligt [76], att polis- och rättsväsende ges möjligheter att begränsa våldsutövares handlingsutrymme [77], och om effektiv samverkan mellan organisationer

och myndigheter [78]. Prevention på lokalnivå kan även bestå av olika typer av program och gruppverksamheter med syfte att motverka våld [79]. Dessa kan också omfatta relationsnivån, där målet är att skapa förutsättningar och bilda mönster för relationer utan våld [79]. Slutligen är individnivån den nivå där det direkta patient- eller klientmötet sker, och där prevention främst handlar om att identifiera förekomst av tidigare våld och andra riskfaktorer för dödligt våld [73].

Ecological model for understanding violence



Figur 1. Socio-ekologisk modell för att förstå våld enligt Krug m.fl. [73], sid. 12.

Modellen pekar på att det förebyggande arbetet bör ske på många nivåer samtidigt, och att de olika nivåerna ligger i varandra och påverkar varandra. För att ett effektivt arbete ska kunna ske på individnivå, bör samhället stå samlad och enigt i att mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer ska upphöra, vilket i Sverige också är en uttalad del av jämställdhetspolitiken [80]. Men arbetet på mellannivåerna bör också fungera för att detta ska kunna bli en realitet. Med detta i åminnelse, sätts fokus dock i den fortsatta presentationen på hälso- och sjukvårdens roll för att förebygga dödligt våld i nära relationer.

Dödligt partnervåld

Att hälso- och sjukvården bör ta en aktiv roll för att förebygga dödligt partnervåld genom att identifiera personer som är potentiella förövare har betonats inom forskningen [81]. Särskilt vårdmöten inom primärvård,

missbruksvård, psykiatri samt akutsjukvård har lyfts fram som viktiga arenor för identifikation [81, 82]. I en forskningsöversikt från 2024 [83] föreslås att förövare "läcker" information om det förestående dådet på olika sätt, vilket kan ses som ett alternativt sätt att beskriva en del av de riskfaktorer som framkommit ovan. Författarna beskrev fem sådana sätt utifrån den tidigare forskningslitteraturen:

1. att uttrycka önskan om att döda partnern,
2. att tidigare ha begått allvarliga våldshandlingar,
3. att ha ett suicidalt beteende,
4. att planera och förbereda dådet, och
5. att visa intresse för liknande dåd.

Professionell uppmärksamhet på sådana s.k. läckor kan och bör leda till skyddsåtgärder riktade till det potentiella offret samt interventioner riktade mot den potentiella förövaren.

Att identifiera våldsutsatthet, och erbjuda partnervåldsutsatta patienter god vård, samt vid behov slussa vidare dessa till stödverksamhet utanför hälso- och sjukvårdens ram är vidare grundläggande preventiva strategier [73]. Att partnervåldsutsatta kvinnor ofta är i kontakt med såväl primär- som akutvård, samt mödrhälsövården, har här poängteras som möjligheter till prevention vilka inte bör missas (12). Att hälso- och sjukvården bör genomföra mer strukturerade riskbedömningar har också diskuterats inom forskningen, där riskbedömningsinstrumentet *Danger Assessment* (DA) ofta lyfts fram. Detta då DA specifikt tagits fram för att identifiera risk för dödligt partnervåld [84]. Här kan nämnas att den regionala rutin [1] inom VGR som inledningsvis nämndes har tagit in väsentliga komponenter från DA. Värdet av att inkludera partnervåldsutsatta kvinnor i sin egen riskbedömning, och att vårdgivaren gemensamt med kvinnan samt i samverkan med andra aktörer utvecklar en säkerhetsplan för henne har också lyfts fram [85].

Föräldrars dödliga våld mot barn

En utmärkt och forskningsbaserad sammanställning, i tabellform, över möjliga preventiva åtgärder gällande föräldrars dödliga våld mot barn, har presenterats av Hatters-Friedman [86]. Sammanställningen sammanfaller delvis med de olika kategorier av dödligt våld som presenterats ovan, men utgår från olika motivbilder:

- dödlig barnmisshandel,
- önskat barn,
- hämnd mot partner, och
- altruistiska/akut psykotiska motiv.

Tabellen återges nedan, följt av några kommentarer gällande dess överförbarhet till den svenska kontexten:

Prevention of child murder by parents

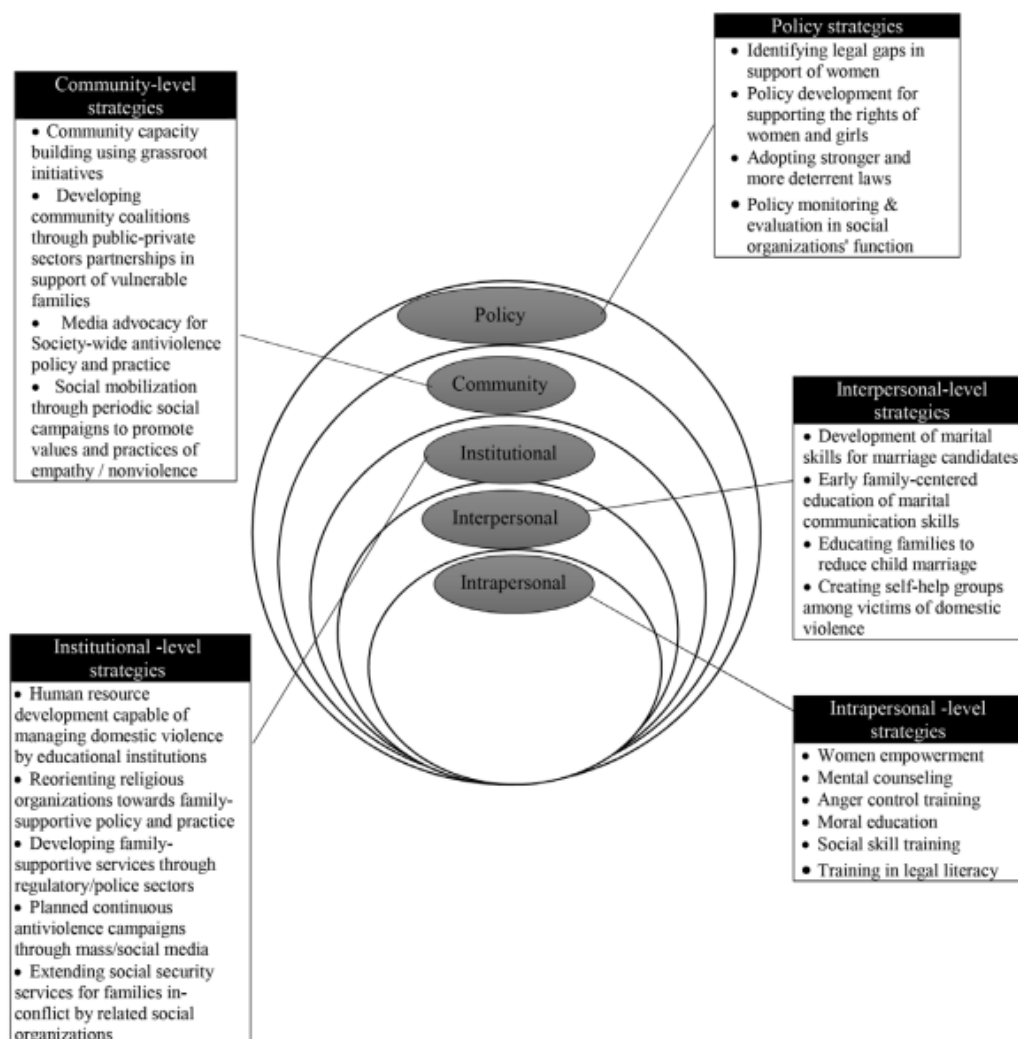
Motive	Potential measures
Fatal maltreatment	<ul style="list-style-type: none"> • Identification of violence in families • Parenting coaching • Treatment of substance use disorders and mental illness • Social services and support for struggling families • Reporting to Child Protective Services • Child Fatality Review teams
Unwanted child (including neonaticide)	<ul style="list-style-type: none"> • Children should not be viewed as possessions • Increased contraceptive knowledge and availability; safe environments to discuss sexual issues • Safe Havens • Identification of pregnancies, social services, and support • Reporting to Child Protective Services • Child Fatality Review teams
Partner revenge	<ul style="list-style-type: none"> • Children should not be viewed as possessions • Support for relationship break-ups and custody battles that are particularly acrimonious • Reporting to Child Protective Services • Child Fatality Review teams
Altruistic/acutely psychotic	<ul style="list-style-type: none"> • Screening and treatment of mental illness (eg, Edinburgh Postnatal Depression Scale) • Decrease stigma of mental illness in parents • Consider risk of filicide and suicide in patients who are parents • Consider lower hospitalization threshold for at-risk parents • Reporting to Child Protective Services • Child Fatality Review teams

Figur 2. Tabell över prevention av föräldrars dödliga våld mot barn, från Hatters-Friedman [86], sid 13.

För dödlig barnmisshandel är identifikation av tidigare och pågående våld självfallet avgörande för preventionen. I en svensk kontext är här barnhälsovården en viktig instans både för stöd till föräldrar och skydd för barnen. När motivbilden är att barnet är oväntat är det snarare ungdomsmottagningarna samt mödrahälsovården som i första hand kan arbeta preventivt. Men i de fall en önskad graviditet inte avbrutits, utan lett till ett önskat barn blir även barnhälsovården central. Vad gäller hämnd mot partner som motiv för dödandet av partners eller gemensamma barn är liksom för dödligt partnervåld, primärvård, missbruksvård, psykiatri samt akutsjukvård viktiga arenor för prevention. Föräldrar med (möjliga) altruistiska och/eller akut psykotiska motiv bör vidare uppmärksammas såväl inom psykiatrin som hos övriga vårdgivare, då dessa behöver mycket stöd i sitt föräldraskap, samtidigt som det finns risk för att deras barn inte uppmärksammas tillräckligt [86].

Orosanmälan till socialtjänsten återkommer i alla fyra fälten i tabellen ovan, och är ett viktigt verktyg för alla vårdgivare som misstänker att barn är utsatta för försummelse och andra former av våld. En skillnad som kan noteras är att Child Fatality Review Teams, som också återkommer i alla fyra fält, saknar svensk motsvarighet. Dessa sker på lokal nivå med de professionella som var direkt i kontakt med det dödade barnet. I Sverige har istället Socialstyrelsen (5, 6) i uppdrag att vartannat år publicera s.k. dödsfallsutredningar, på nationell nivå. Samma förhållande gäller för övrigt för dödligt partnervåld. Något som dock saknas i tabellen ovan är kontakt med polisen för tips eller polisanmälan, vilket är en viktig åtgärd då polisen i Sverige också har ett brottsförebyggande uppdrag [88].

Vad gäller dödligt hedersrelaterat våld, som även kan bestå av dödligt partnervåld men oftast riktar sig mot en dotter från dennes föräldrar eller övriga familjemedlemmar, har Motamed-Jahromi, Azizi och Kaveh [89], förslagit följande preventionsmodell, vilken bygger vidare på den socio-ekologiska modellen presenterad ovan:



Figur 3. Modell över föreslagna strategier för att förebygga dödligt hedersrelaterat våld, enligt Motamed-Jahromi, Azizi och Kaveh [89], sid 221.

Modellen lyfter fram flera konkreta förslag på strategier, men på en något mer övergripande nivå, varför prevention inom Hälso-och sjukvården lyser med sin frånvaro. Värdet av att se hedersrelaterat våld som ett folkhälsoproblem har visserligen uppmärksammats, bland annat genom förslag på utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal kring hedersrelaterat våld [90], men forskning med fokus på hälso- och sjukvårdens preventiva roll vad gäller dödligt hedersvåld tycks tyvärr vara mycket begränsad. Att identifiera risk för hedersvåld, genom förekomst av hedersnormer och stark begränsning av unga kvinnors livsutrymme, torde dock i svensk kontext

vara en angelägen fråga inte minst för ungdomsmottagningarna och elevhälsan, samt möjligen även primärvården.

Barns dödliga våld mot föräldrar

Vuxna barn som dödar sina föräldrar är som ovan beskrivits ofta hemmaboende, ensamstående, manliga och med svår psykiatrisk problematik. Preventionen bör därför innefatta möjlighet till stöd och avlastning till föräldrar med hemmaboende psykiskt sjuka vuxna barn [91]. En del av detta ligger på lokalnivå, enligt den socio-ekologiska modellen, som till exempel att tillgång till andra boendialternativ finns tillgängliga och kan erbjudas patienten. Annat berör mer direkt vårdmötet inom psykiatrin. En analys av lokala dödsfallsutredningar i England och Wales [91] visade exempelvis att föräldrar som blivit mördade av ett vuxet barn före dådet inte blivit involverade i vården av denne, inte fått information om dennes diagnos eller behandling, och inte blivit hörda när de uttryckt oro. Vidare hade den allvarliga risken för dödligt våld riktat mot föräldrarna, samt dessas behov av stöd och hjälp, inte identifierats och uppmärksammas. Författarna noterade att föräldrarna ofta befunnit sig i den motsägelsefulla situationen att stå utanför information och inflytande, och samtidigt förväntas vårda sitt psykiskt sjuka vuxna barn, en förväntan som särskilt omfattade mödrar. God prevention inom psykiatrin torde därför handla om det motsatta till det ovan beskriva: att i möjligaste mån involvera föräldrarna i den hemmaboende psykiskt sjuke patientens behandling, erbjuda dessa information och stöd, samt identifiera risk för våld, inklusive dödligt våld.

Det är dock även viktigt att uppmärksamma även när förhållandena är de omvända – att ett vuxet barn vårdar äldre och sjuka föräldrar – är risken för dödligt våld förhöjd. Detta gäller i synnerhet om det vuxna barnet har egen psykiatrisk problematik. Preventiva åtgärder handlar då snarare om att erbjuda det vuxna barnet stöd och avlastning, samt föräldern/föräldrarna andra boendialternativ [91]. Grundläggande för de åtgärder som diskuteras ovan är vidare en tillgänglig och väl utbyggd psykiatri [67], samt – vilket dock ej lyfts fram i forskningen – fungerande

samverkan med socialtjänst och andra relevanta aktörer. Här ges goda möjligheter till prevention för hälso- och sjukvården, genom att initiera en Samordnad individuell plan (SIP) [92] för patienten.

De preventiva åtgärder som beskrivs ovan vad gäller dödligt partnervåld samt föräldrars dödliga våld mot barn, förebygger även att ungdomar/unga vuxna dödar en förälder på grund av dennes våldsutövande. Om kontexten utgörs av partnervåld snarare än fysiskt våld riktat direkt mot barnet, är det dock mycket viktigt att uppmärksamma barnets eget behov av stöd, parallellt med moderns/föräldrarnas.

Kliniska implikationer

Att identifiera risk för dödligt våld i nära relationer är en central uppgift för det preventiva arbetet inom hälso- och sjukvården. Riskfaktorer att uppmärksamma är:

- Tidigare våld, särskilt strypvåld, sexuellt våld, kontrollerande beteende, dödshot och eskalerande våld.
- Psykiska sjukdomar och syndrom och suicidalitet.
- Missbruk.
- Separation eller vårdnadstvist.
- Tillgång till skjutvapen.
- Hedersnormer.
- Stark rädsla hos våldsutsatt.
- Social utsatthet, exempelvis arbetslöshet, låg utbildningsnivå, låg inkomst, långtidssjukskrivning och osäkra boendeförhållanden.

Identifikation av risk bör i nästa steg följas av interventioner riktade mot patienten för att minska risken och öka skyddet. I en svensk kontext kan detta för vårdgivaren inkludera att i enlighet med OSL (10 kap 18c§) lämna uppgifter till polisen.

Metodbeskrivning

Den första delen av resultatredovisningen, som rör dödligt partnervåld, härrör från omfattande litteratursökningar som skett i samband med ett forskningsprojekt som Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) bedrivit under många år och som slutredovisats i en rapport 2024 [94]. Texten är delvis överlappande med del av denna rapport.

I övrigt har litteratursökningar gjorts i ProQuest, PubMed och Scopus, samt Göteborgs Universitetsbiblioteks funktion "Supersök", med olika kombinationer av "risk factor*" respektive "prevention" och "health care" samt "filicide", "familicide", "parricide", "patricide", "matricide" och "honour OR honor killing*". Ca 500 abstracts har gått igenom och i urvalet av artiklar har forskningsöversikter valts i första hand, samt i andra hand artiklar som vid genomläsning av abstract framstått som kompletterande och fördjupande av forskningsöversikterna. Vidare har metoden bestått av s.k. kedjesökning, vilket innebär att nya kunskapskällor identifierats i de från litteratursökningen utvalda artiklarna. Dessa har då sökts upp och använts om de visat sig vara värdefulla och/eller bedömts vara viktiga att referera till i egenskap av primärkällor. Dessa sökningar har gjort under vår och sommar 2024, samt, för prevention, under januari 2025.

Referenser

1. Regional rutin: Lämna uppgifter till polisen för att förhindra allvarligt våld i nära relationer. Göteborg, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.
2. Armour M P, (2002) Experiences of covictims of homicide: Implications for research and practice. *Trauma, Violence & Abuse*, 3(2), 109–124.
3. Malone L, (2007) In the aftermath: Listening to people bereaved by homicide. *Probation Journal*, 54(4), 383–393.
4. Enander V, Krantz G, Lövestad S, Örmon K, (2024) Bereaved by intimate partner homicide: Consequences and experiences of support. *Sage Open*, 14(2), <https://doi.org/10.1177/21582440241252311>

5. Socialstyrelsen (2022) Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021. Stockholm, Socialstyrelsen.
6. Socialstyrelsen (2024) Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023. Stockholm, Socialstyrelsen.
7. Hradilova Selin K, Skarp A, Repo A (2024) Dödligt våld i Sverige sedan 1990-talet: Omfattning, utveckling och karaktär. Rapport 2024:6. Stockholm, Brottsförebyggande rådet.
8. Belfrage H, Rying M, (2004) Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990–1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14(2), 121–33.
9. Campbell J C, Webster D, Sharps P, Ulrich Y, Wilt S A, Manganella J, m fl, (2003) Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 3(7), 1089–97.
10. Campbell J C, Glass N, Sharps P W, Laughon K, Bloom T, (2007) Intimate partner homicide: Review and implications of research and policy. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 246–69.
11. Garcia L, Soria C, Hurwitz E L, (2007) Homicides and intimate partner violence: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(4), 370–83.
12. Sharps P W, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X, (2001) Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine*, 33(5), 373–80.
13. Kivisto A J, (2015) Male perpetrators of intimate partner homicide: A review and proposed typology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3), 300–12.
14. Spencer C M, Stith S M, (2020) Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 527–40.
15. Zeoli A M, Malinski R, Brenner H, (2020) The intersection of firearms and intimate partner homicide in 15 Nations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(1), 45–56.
16. Dawson M, Piscitelli A, (2021) Risk factors in domestic homicides: Identifying common clusters in the Canadian context. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), 781–92.
17. Oram S, Flynn S M, Shaw J, m fl, (2013) Mental illness and domestic homicide: A population-based descriptive study. *Psychiatric Services*, 64, 1006–1011.
18. Lysell H, Dahlin M, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B, (2016) Killing the mother of one's child: psychiatric risk factors among male perpetrators and offspring health consequences. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(3), 342–7.

19. Caman S, Sturup J, Howner K, (2022), Mental disorders and intimate partner femicide: Clinical characteristics in perpetrators of intimate partner femicide and male-to-male Homicide. *Frontiers in psychiatry*, 13, s 844807.
20. Lawler S, Boxall H, Dowling C, (2023) The role of depression in intimate partner homicide perpetrated by men against women: An analysis of sentencing remarks. *Trends and issues in crime and criminal justice*, 5(672), 1–16.
21. Lövestad S, Örmon K, Enander V, Krantz G, (2024) Healthcare utilization, mental disorders and behavioural disorders among perpetrators of intimate partner homicide in 2010–2016:a registry-based case-control study from Sweden, *PLoS ONE*, 19(2): e0298693. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298693>
22. Enander V, Krantz G, Lysell H, Örmon K, (2021) Before the killing: intimate partner homicides in a process perspective, Part I. *Journal of Gender-Based Violence*, 5(1):59–74.
23. Monckton Smith, J, (2019) Intimate partner femicide: Using Foucauldian analysis to track an eight stage progression to homicide. *Violence Against Women*, 26(11), 1267–1285.
24. Kafonek K, Gray A C, Parker K F, (2022) Understanding escalation through intimate partner homicide Narratives. *Violence against women*, 28(15–16), 3635–56.
25. Belknap J, Larson D L, Abrams M L, Garcia C, Anderson-Block K, (2012) Types of intimate partner homicides committed by women. *Homicide Studies*, 16(4), 359–79.
26. Johnson H, Hotton T, (2003) Losing Control. *Homicide Studies*, 7(1), 58–84.
27. Caman S, Howner K, Kristiansson M, Sturup J. (2016) Differentiating male and female intimate partner homicide perpetrators: A study of social, criminological and clinical factors. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 26–34.
28. Weizmann-Henelius G, Grönroos M, Putkonen H, Eronen M, Lindberg N, Häkkänen-Nyholm H, (2012), Gender-specific risk factors for intimate partner homicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(8), 1519–1539.
29. Lövestad S, Enander V, Krantz G, Örmon K, (kommande) Contextual factors and relationship characteristics prior to intimate partner homicide: a qualitative court file study from Sweden.
30. Marks M, Kumar R, (1993) Infanticide in England and Wales. *Medical Science and the Law*, 33, 320–339.
31. Marks M, Kumar R, (1996) Infanticide in Scotland. *Medical Science and the Law*, 36, 299–305.
32. Debowska A, Boduszek D, Dhingra K, (2015) Victim, perpetrator, and offense characteristics in filicide and filicide-suicide. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 113–124.

33. Stöckl H, Dekel B, Morris-Gehring A, Watts C, Abrahams N, (2017) Child homicide Perpetrators Worldwide: A Systematic Review, *BMJ Paediatrics Open* 1(1): e000112. doi:10.1136/bmjpo-2017-000112.
34. Resnick P J, (1970) Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1414–1420.
35. Davies A, (2022) Mothers who kill their children: Literature review and reflections for social work practice. *Practice*, 34(5), 329–45.
36. Porter T, Gavin H (2010) Infanticide and neonaticide: A review of 40 years of research literature on incidence and causes. *Trauma, Violence & Abuse*, 11 (3), 99–112. doi:10.1177/1524838010371950.
37. Flynn S M, Shaw J, Abel K M, (2013) Filicide: Mental illness in those who kill their children. *PloS One*, 8, e58981.
38. Bourget D, Grace J, Whitehurst L, (2007) A review of maternal and paternal filicide. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35(1), 74–82.
39. Kauppi A, Kumpulainen K, Karkola K, Vanamo T, Merikanto J, (2010) Maternal and paternal filicides: A retrospective review of filicides in Finland. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38, 229–238.
40. Daly M, (2022) “Cinderella effects” in lethal child abuse are genuine and large: A comment on Nobes et al. (2019). *Journal of Experimental Psychology: General*, 151(11), 2968–2976. <https://doi.org/10.1037/xge0001230>
41. Resnick P J, (1969) Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126, 73–82.
42. Bourget D, Gagné P, (2002) Maternal filicide in Québec. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 345–351.
43. Bourget D, Gagné P, (2005) Paternal filicide in Québec. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33, 354–360.
44. Hatters Friedman S, Resnick P J, (2007) Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry*, 6(3), 137–41. PMID: 18188430; PMCID: PMC2174580.
45. Brown T, Bricknell S, Bryant W, Lyneham S, Tyson D, Arias P F, (2019) Filicide offenders. *Trends and issues in crime and criminal justice*, 2(568), 1–17.
46. Kauppi A L M, Vanamo T, Karkola K, Merikanto J, (2012) Fatal child abuse: a study of 13 cases of continuous abuse. *Mental Illness*, 4(1), 5–9.
47. Frederick J, Devaney J, & Alisic E, (2019). Homicides and maltreatment-related deaths of disabled children: A systematic review. *Child Abuse Review*, 28(5), 321–338.

48. Frederique A, Stolberg R, Estrellado J, Kellum C, (2023) Maternal filicide: A review of psychological and external demographic risk factors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(1-2), 34–52.
49. West S G, Friedman S H, Resnick P J, (2009) Fathers who kill their children: An analysis of the literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54(2), 463–8.
50. Vileisis J, Laufer B, (2024) Domestic violence as a risk factor of maternal filicide. *Archives of Women's Mental Health*, <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01430-8>
51. Karlsson L C, Antfolk J, Putkonen H, Amon S, da Silva Guerreiro J, de Vogel V, m fl, (2021) Familicide: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 83–98.
52. Mailloux S, (2014) Fatal families: Why children are killed in familicide occurrences. *Journal of Family Violence*, 29(8), 921–926.
53. Liem M, Koenraadt F, (2008) Familicide: a comparison with spousal and child homicide by mentally disordered perpetrators. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(5), 306–18.
54. Elakkary S, Franke B, Shokri D, Hartwig S, Tsokos M, Püschel K, (2014) Honor crimes: review and proposed definition. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 10(1), 76–82.
55. AlQahtani S M, Almutairi D S, BinAqeel E A, Almutairi R A, Al-Qahtani R D, Menezes R G, (2022) Honor killings in the Eastern Mediterranean region: A Narrative Review. *Healthcare*, 11(1), 74.
56. Hayes B E, Freilich J D, Chermak S M, (2016) An exploratory study of honor crimes in the United States. *Journal of family violence*, 31(3), 303–314.
57. Björktomt S-B. (2019), Honor-based violence in Sweden – Norms of honor and chastity. *Journal of Family Violence*, 34(5), 449–460.
58. Hedlund J, Masterman T, Sturup J, (2016) Intra- and extra-familial child homicide in Sweden 1992–2012: A population-based study. *Journal of forensic and legal medicine*, 39, 91–99.
59. Olecká I, (2022) Early identification of risk of child abuse fatalities: Possibilities and limits of prevention. *Children*, 9(5), 594.

60. Lysell H, Dahlin M, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B, (2016) Killing the mother of one's child: psychiatric risk factors among male perpetrators and offspring health consequences. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(3), 342–347.
61. Bourget D, Gagné P, Labelle M-E, (2007) Parricide: A comparative study of matricide versus patricide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(3), 306–312.
62. Heide K M, (2014) Patricide and steppatricide victims and offenders: An empirical analysis of U.S. arrest data. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(11), 1261–1278.
63. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R, (2014) Mental illness, violence and delusional misidentifications: The role of Capgras' syndrome in matricide. *Journal of forensic and legal medicine*, 21, 9–13.
64. Adinkrah M. (2017) Patricides and step-patricides in Ghana: Victims, offenders, and offense characteristics. *Journal of family violence*, 32(8), 817–29.
65. Sahin E, Sahin M F, Tavasli A, Gul M C, Seyhan O F, Demirbuga S, m fl, (2016) Parricide cases of adult offenders from Turkey: A descriptive study. *Journal of forensic and legal medicine*, 39, 151–155.
66. Heide K M, Frei A. (2010). Matricide: A critique of the literature. *Trauma, violence & abuse*, 11(1), 3–17.
67. Liettu A, Säävälä H, Hakko H, Räsänen P, Joukamaa M. (2009) Mental disorders of male parricidal offenders: A study of offenders in forensic psychiatric examination in Finland during 1973–2004. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(2), 96–103.
68. Wick R, Mitchell E, Gilbert J D, Byard R W, (2008) Matricides in South Australia – A 20-year retrospective review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 15(3), 168–71.
69. Marleau J D, Auclair N, Millaus F, (2006) Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents. *Journal of Family Violence*, 21(5), 321–5.
70. Heide K M, Petee T A, (2007) Parricide: An empirical analysis of 24 years of U.S. data. *Journal of interpersonal violence*, 22(11), 1382–99.

England and Wales. *BJPsych bulletin*, 48(6), 1–9. Advance online publication, <https://doi.org/10.1192/bjb.2023.91>

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

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

84. Graham L M, Sahay K M, Rizo C F, Messing J T, Macy R J, (2021), The validity and reliability of available intimate partner homicide and reassault risk assessment tools: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 18–40.

85. Campbell J C, (2004) Helping women understand their risk in situations of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 19(12), 1464–1477.

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

87. Afzelius M, Östman M, Råstam M, m fl. (2018) Parents in adult psychiatric care and their children: a call for more interagency collaboration with social services and child and adolescent psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(1), 31–38.

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

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

90. Churchill R P, (2018) *Moral transformation: Sustainability and community ownership. I: Women in the crossfire: Understanding and ending honor killing*, online edn, Oxford Academic, <https://doi.org/10.1093/oso/9780190468569.003.0009>

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

92. [Samordnad individuell plan - SIP - 1177](#) Hämtat 20250228.

93. Enander V (red), Lövestad S, Krantz, G (2024) Dödligt våld i nära relationer år 2000–2016. Göteborg, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer