

EKONOMISKA KONSEKVENSER AV VÅLD MOT KVINNOR

– EN KUNSKAPSÖVERSIKT SAMT
KOSTNADSBERÄKNINGAR UTIFRÅN TRE TYPFALL

Anna Häger Glenngård
Katarina Steen Carlsson
Anna Berglund

IHE RAPPORT

2011:1

EKONOMISKA KONSEKVENSER AV VÅLD MOT KVINNOR
– EN KUNSKAPSÖVERSIKT SAMT KOSTNADSBERÄKNINGAR
UTIFRÅN TRE TYPFALL

Anna Häger Glenngård & Katarina Steen Carlsson
IHE - Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Anna Berglund
NCK - Nationellt Centrum för Kvinnofrid, Uppsala Universitet

IHE RAPPORT 2011:1
ISSN 1651-7598

Rapporten kan laddas ner från IHEs hemsida
eller beställas direkt från IHE.

Box 2127 | Visit: Råbygatan 2
SE-220 02 Lund | Sweden
Phone: +46 46-32 91 00
Fax: +46 46-12 16 04
E-mail: info@ihe.se
www.ihe.se
Org nr 556186-3498
Vat no SE556186349801

Innehåll

Förord.....	4
1 Bakgrund.....	5
1.1 Syfte	5
2 Metod och data.....	6
2.1 Metod	6
2.2 Data	7
3 Resultat.....	10
3.1 Litteraturoversikt avseende kostnader för våld mot kvinnor.....	10
3.2 Skattning av den årliga ekonomiska bördan av våld mot kvinnor ...	12
3.2.1 Sjukvården	13
3.2.2 Frivilligorganisationer.....	15
3.2.3 Socialtjänsten	16
3.2.4 Statliga myndigheter	16
3.2.5 Produktionsbortfall.....	17
3.3 Kostnaden för tre typfall av våldsutsatta kvinnor	18
3.3.1 Förväntad resursåtgång i normalbefolkningen.....	18
3.3.2 Definition av och resursåtgång för tre typfall	18
4 Diskussion.....	23
Referenser	26



Förord

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) har på uppdrag av Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) genomfört en hälsoekonomisk studie för att belysa ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor. NCK har regeringens uppdrag att utveckla metoder för hälso- och sjukvården att inkludera frågor om våldsutsatthet i sjukhistorien inom ramen för regeringens handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat hot och våld samt våld inom samkönade relationer (Skr 2007 39:1). Resultaten från den hälsoekonomiska studien presenteras i föreliggande rapport och ingår som ett kapitel i boken "Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen" utgiven av NCK som belyser sjukvårdens roll i detta arbete.

Rapporten har författats av IHE i samarbete med NCK. Arbetet är baserat på information inhämtad från offentliga register, tidigare publicerade studier samt journalgenomgångar från våldsutsatta kvinnor. Ytterligare material från forskning och utredningsarbete kring konsekvenser av våld mot kvinnor finns sammanställt i en databas som nås via NCKs hemsida (www.nck.uu.se).

Lund i mars 2011

Ulf Persson

Verkställande direktör



1 Bakgrund

Våld mot kvinnor är ett samhällsproblem med negativa konsekvenser i termer av både fysiskt och psykiskt lidande samt potentiellt stora kostnader för samhället. Kunskap om ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor är begränsade, särskilt på individnivå. För att kunna föra ett resonemang om ekonomiska konsekvenser av att inkludera frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården är det värdefullt med information om vilka resurser som tas i anspråk då kvinnans våldsutsatthet är känd respektive okänd av hälso- och sjukvården. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) har på uppdrag av Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) genomfört en hälsoekonomisk studie för att belysa ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor.

1.1 Syfte

Syftet med den hälsoekonomiska studien är att redovisa ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor genom:

- en sammanställning av befintlig litteratur inom området baserat på en litteraturgenomgång av svensk och internationell litteratur;
- en grov skattning av den årliga ekonomiska bördan baserat på tillgänglig information samt att identifiera de luckor i tillgänglig information som behöver fyllas för att kunna göra en fullständig översikt av samhällets kostnader för våld mot kvinnor;
- en skattning av kostnaden för tre typfall av våldsutsatta kvinnor.



2 Metod och data

2.1 Metod

Ett brett samhällsperspektiv har antagits i genomgången av kostnader relaterat till våld mot kvinnor där vi redovisar studier över kostnader oavsett var i samhället de uppstår. Sammanställningen baseras på vad som finns redovisat i publicerade artiklar, rapporter och studier samt information i offentliga register.

För litteraturgenomgången sökte vi efter vetenskapliga artiklar i tre databaser: PubMed, PsycNET och EBSCOhost. Söktermerna som användes var olika kombinationer av ”costs” och ”intimate partner violence”, ”domestic violence” och ”violence against women”. Sökningen avgränsades till studier från Europa, Nordamerika och Australien. I sammanställningen ingår inte rapporter från myndigheter eller annan grå litteratur. Sådan litteratur redovisas baserat på en genomgång av Socialstyrelsen (2006).

Sammanställningen av kostnaden för våld mot kvinnor görs utifrån en så kallad top-down ansats. Med en top-down ansats utgår man ifrån aggregerade data på exempelvis nationell eller regional nivå och strävar efter att fördela de totala kostnaderna.

I sjukdomskostnadskalkyler (cost of illness - COI) delas kostnaderna upp i direkta, indirekta och intangibla kostnader. Vanligen avgränsas beräkningarna till att endast inkludera kostnader som kan uppskattas med hjälp av existerande enhetspriser, det vill säga intangibla kostnader för till exempel smärta och lidande, vilka inte kan beräknas med gällande marknadspriser exkluderas (Schmidt & Andersson 2008). Direkta kostnader inkluderar direkta medicinska kostnader för slutna och öppna vård, läkemedel och transport till vårdenheten samt direkta icke-medicinska kostnader.

Indirekta kostnader omfattar alternativkostnaden för den produktion som går förlorad till följd av morbiditet och mortalitet p.g.a. den studerade sjukdomen (dödsfall, sjukskrivning, förtidspensionering). Att individers tid är en begränsad



resurs för vilken det finns en alternativkostnad är allmänt accepterat inom ekonomisk teori (Schulper 2001). Tiden som resurs värderas i COI-studier vanligen av produktionsbortfall med utgångspunkt i att en dags förlorad produktion motsvaras av kostnaden för det insatta arbetet, vanligen bruttolönekostnaden. De indirekta kostnaderna beräknas därmed som nuvärdet av det framtida produktionsbortfall som antas uppstå under återstoden av en persons livstid. Utgifter för transfereringar som sker inom socialförsäkringen (arbetslöshetsersättning, sjukersättning etc.) inkluderas inte. Transfereringar utgör i detta perspektiv en överföring av konsumtionsmöjligheter från en grupp till en annan men påverkar inte de totala konsumtionsmöjligheterna i ekonomin. De indirekta kostnaderna fångas därför av den förlorade produktionen till följd av morbiditet och mortalitet genom dessas minskning det totala konsumtionsutrymmet.

Studien belyser också kostnader för våld mot kvinnor utifrån en så kallad bottom-up ansats. Med en bottom-up ansats utgår man från data på mikronivå, exempelvis för individer eller hushåll. I denna studie har vi skattat kostnader för tre typfall utifrån kvinnor som uppsökt vård vid Kvinnofridsmottagningen vid Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala Universitet kompletterat med antaganden baserat på tillgänglig publicerad information. Avgränsningen till tre typfall har haft som mål att belysa kostnader för våld mot kvinnor i relation till när våldsutsattheten uppmärksammas av sjukvården. Direkta kostnader för sjukvården (slutenvård, öppenvård samt läkemedel) och socialtjänstens insatser samt indirekta kostnader (produktionsbortfall p.g.a. mortalitet och morbiditet) beräknas för varje typfall.

Projektet fokuserar på kostnader för kvinnorna som lever i våldsutsatthet men i många fall redovisas kostnader för kvinnor och deras barn sammanslaget och det går inte att dela dessa kostnader på ett rättvisande sätt. I kostnaden för den verksamhet som bedrivs vid landets kvinnojourer ingår till exempel kostnader för barn i skyddat boende. En avgränsning för studien är att kostnader för kriminalvården eller andra kostnader för förövaren inte inkluderas.

2.2 Data

Precisionen i kostnadsskattningarna beror på graden av osäkerhet i underliggande information om resursförbrukning och kostnader. Kompletterande antaganden har gjorts där uppgifter saknas avseende samhällets totala kostnader.



Information om de resurser som tas i anspråk inom sjukvården samt omfattningen av sjukskrivningar har hämtats från Statistiska Centralbyrån (SCB) och Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2006). Information om dödsfall till följd av våldsutsatthet, vilket ligger till grund för beräkningar av produktionsfall p.g.a. mortalitet, har insamlats från Brottsförebyggande Rådet (BRÅ 2009). Åldersfördelning bland dem som avlider har hämtats från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Information om socialtjänstens insatser har hämtats från socialtjänstens redovisning av kostnader för individ och familjeomsorg vilka publiceras av SCB.

För de tre typfallen hämtades information om de resurser som tas i anspråk inom sjukvården (öppen- och slutenvård samt läkemedel) av NCK vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Baserat på en journalgenomgång av tre kvinnor som sökt hjälp p.g.a. sin våldsutsatthet har den faktiska sjukvårdskonsumtionen för dessa kvinnor kartlagts. Information om omfattningen av sjukskrivningar för typfallen, vilket ligger till grund för beräkningar av produktionsbortfall p.g.a. morbiditet, insamlas också i samarbete med NCK. NCK har faktagranskat de antaganden som görs avseende den omfattning av samhällets resurser som tas i anspråk till följd av olika grader av våldsutsatthet bland kvinnor.

I såväl skattningen av kostnader för typfallen som skattningen av de totala samhälleliga kostnaderna redovisas resursanvändning för öppenvården baserat på antagande om antal besök och slutenvård baserat på antaganden om antal vård-dygn enligt publicerade studier och offentliga register. Resursanvändningen har värderats baserat på enhetspriser för sjukvården, inhämtade från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (se tabell 1). Uppgifter för att beräkna kostnader för produktionsbortfall har hämtats från en studie om trafiksäkerhet där beräkningar är gjorda för individer i olika åldrar och både värdet av förvärvsarbete och hemarbete ingår (Olofsson 2009). I tabell 2 redovisas kostnaden för produktionsbortfall för resterande livstid för individer som skadas så svårt att de inte kan utföra något förvärvsarbete eller hemarbete eller avlider i olika åldersintervall. Både kostnaden för förvärvsarbete och hemarbete redovisas. Inkomst från arbete inklusive sociala avgifter samt värdet av hemarbete justerat för andel av populationen i olika åldrar år 2005 var i genomsnitt 402 657 (33 555/mån) för kvinnor (Olofsson 2009).¹

¹ Kostnaderna avser år 2005. Att uppdatera alla de uppgifter som ligger till grund för beräkningarna i tabell 2 har inte rymts inom ramen för föreliggande projekt.



Tabell 1. Enhetskostnader för hälso- och sjukvården.

Typ av vård	Kostnad, SEK 2008
Specialiserad somatisk vård	
Sluten vård, per vårdtillfälle	43 562
Sluten vård, per vård dag	8 137
Öppen vård, per besök	2 636
Dagsjukvård, per vårdtillfälle	6 514
Specialiserad psykiatrisk vård	
Sluten vård, per vårdtillfälle	92 437
Öppen vård, per besök	3 786
Primärvård	
Allmänläkare, per besök	1 201
Sjuksköterska/annan, per besök	375

Källor: Statistik om hälso- och sjukvården samt regional utveckling 2008 Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, SKL 2009 samt SKL Siv-Mari Lindquist (personlig kommunikation, april 2010).

Tabell 2. Produktionsbortfall per kvinna vid skada eller dödsfall under resterande livstid i olika åldersintervall.

	Kvinnornas produktionsbortfall		
	Förvärvsarbete	Hemarbete	Totalt
Ålder vid skada/död			
0-9	3 533 944	4 105 812	7 639 756
10-19	4 738 547	5 505 345	10 243 893
20-24	5 502 466	6 301 127	11 803 594
25-34	5 184 576	5 997 715	11 182 291
35-44	4 137 466	5 171 031	9 308 497
45-54	2 614 454	4 420 871	7 035 325
55-64	829 830	3 756 664	4 586 494
65-74	0	2 627 424	2 627 424
75-84	0	1 009 980	1 009 980

Källa: Berglöf J, Jonsson A, Jonsson H, Olofsson S, Ryen L. Bränders samhällsekonomiska kostnader – Beräkningar. NCO 2008:6B, Räddningsverket; Olofsson S. Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor – Beräkningar. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2009.



3 Resultat

3.1 Litteraturoversikt avseende kostnader för våld mot kvinnor

I tabell 3 finns en sammanställning av vetenskapliga artiklar om kostnader för våld mot kvinnor baserat på litteratursökningen i databaserna PubMed, PsycNET och EBSCOhost. Som framgår av tabell 3 är majoriteten av de 17 identifierade studierna från USA. Ingen studie från Sverige hittades. Det kostnadsperspektiv som antagits i de olika studierna är företrädesvis ett sjukvårdsperspektiv. Endast i fem av de identifierade studierna beaktas produktionsbortfall till följd av ökad mortalitet och morbiditet för våldsutsatta kvinnor och endast en amerikansk studie (Max m.fl. 2004) har beräknat samhällskostnader för våld mot kvinnor. Analysen av litteraturgenomgången indikerade att det finns en brist på publicerade vetenskapliga studier gällande kostnader för våld mot kvinnor i allmänhet och för svensk del i synnerhet.

Även om det finns få publicerade vetenskapliga artiklar om kostnader för våld mot kvinnor finns det rapporter om detta ämne från myndigheter, forskningsinstitut och universitet i olika länder. I Sverige har Weinehall och medarbetare vid Umeå universitet gjort en beräkning på individnivå där kostnaden för det våld som en kvinna utsattes för av samma man under en 20-årsperiod beräknades till omkring 2,5 miljoner kronor (Weinehall m.fl. 2006). I beräkningarna ingår inga indirekta kostnader för produktionsbortfall men däremot transfereringar i form av arbetslöshetsersättning. Vidare finns det en rapport från Socialstyrelsen från år 2006 där samhällets kostnad för våld mot kvinnor uppskattades till omkring 3 miljarder kronor år 2004. Av dessa beräknas kommunernas kostnader uppgå till omkring 1 miljard kronor, sjukvårdens kostnader till omkring 30 miljoner kronor, statens kostnader till drygt 1 miljard kronor och produktionsbortfall till knappt 1 miljard kronor.



Tabell 3. Publicerade vetenskapliga artiklar om kostnader för våld mot kvinnor i nära relationer.

Författare	Land	År	Titel	Typ av studie	Perspektiv
Arias L & Corso P.	USA	2005	Averag cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: a comparison of men and women.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Miller TR, Cohen MA, Rossman SB, m fl.	USA	1993	Victim costs of violent crime and resulting injuries.	Kostnadsstudie.	Samhälle.
Centre for research on violence against women and children.	Canada	1995	Selected estimates of the costs of violence against women.	Kostnadsstudie.	Samhälle.
Max W, Rice DP, Finkelstein E, m fl.	USA	2004	The economic toll of intimate partner violence against women in the United States.	Kostnadsstudie.	Samhälle.
Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, m fl.	USA	2003	Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence.	Resursförbrukning.	Hälso- och sjukvård.
Waters HR, Hyder AA, Rajkotia T, m fl.	Int	2005	The costs of interpersonal violence - an international review.	Litteraturgenomgång.	Samhälle.
Corso PS.	USA	2009	Economic analysis and the prevention of intimate partner violence. Intimate partner violence: A health-based perspective.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Reeves C, O'Leary-Kelly AM.	USA	2007	The effects and costs of intimate partner violence for work organizations.	Kostnadsstudie.	Produktionsbortfall.
Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS.	USA	2009	Health care utilisation and costs associated with physical and nonphysical intimate partner violence.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Brown DS, Finkelstein EA, Mercy JA.	USA	2008	Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence.	Genomgång av beräkningsmetoder.	Hälso- och sjukvård.
Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, m fl.	USA	2007	Intimate partner violence and health care costs and utilisation for children living in the home.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, m fl.	USA	2007	Health care utilisation and costs for women with a history of intimate partner violence.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Jones AS, Dienemann J, Schollenberger J, m fl.	USA	2006	Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Kelly PJ, Ahmed A, Martinez E, Peralez-Dieckmann E.	USA	2007	Cost-analysis of obtaining postintervention results in a cohort of high-risk adolescent girls.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Reisenhofer S & Seibold C.	Australien	2007	Emergency department care of women experiencing intimate partner violence: are we doing all we can?	Litteraturgenomgång.	Hälso- och sjukvård.
Coker AL, Reeder CE, Fadden MK, Smith PH.	USA	2004	Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures.	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.
Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM.	USA	1999	Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more?	Kostnadsstudie.	Hälso- och sjukvård.



3.2 Skattning av den årliga ekonomiska bördan av våld mot kvinnor

I tabell 4 redovisas en grov skattning av samhällets kostnader för våld mot kvinnor i nära relationer gjord med en ”top-down”-ansats. De följande avsnitten beskriver vad som ligger till grund för uppgifterna i tabellen. Skattningarna baseras på befintlig kunskap om resursförbrukning och kostnader. Kostnaderna är sannolikt underskattade eftersom flera poster saknas (t.ex. kostnaden för läkemedel, egenvårdsprodukter, besök hos kiropraktor och sjukgymnast) och andra är mycket osäkra. Jämfört med Socialstyrelsens uppskattning från år 2006 ligger den totala kostnaden i denna studie lägre, vilket till stor del förklaras av att kriminalvårdens kostnader för förövare inkluderas i Socialstyrelsens rapport men inte i den här.

Tabell 4. Skattning av samhällets kostnader för våld mot kvinnor i nära relationer baserat på resursanvändning år 2008.

Resursanvändning	Kostnad i miljoner kronor
Sjukvården	117
Slutenvård	17
Öppenvård och primärvård	57
Offentliga jourer och kriscentra	43
Produktionsbortfall	1 092
Mortalitet	158
Morbiditet	934
Kommunsektorn	1 063
Stöd till kvinnor & tjejjourer	105
Socialtjänsten, övrigt stöd	965
Resursanvändning i vissa statliga myndigheter	60
Försäkringskassan, handläggningskostnader	19
Länsstyrelse	39
Kriminalvård exkl påföljd för dömda förövare	2
Privat sektor	90
Frivilligt arbete	90



3.2.1 Sjukvården

Tabell 5 redovisar en uppskattning av hur vårdtillfällena på grund av skador och på grund av psykiska besvär skulle fördela sig på olika typer av vård utifrån tillgänglig statistik och bedömningar som gjorts inom projektgruppen. Enhetspriser redovisas i Tabell 1 (s.9).

Tabell 5. Antal vårdkontakter (besök och tillfällena) per år i slutenvård och öppen vård p.g.a. våld mot kvinnor i nära relationer samt kostnad per typ av vårdkontakter.

Typ av vårdkontakt	Antal vårdkontakter	Kostnad per vårdkontakt
På grund av skador, totalt	14 000	
Slutenvård	395	43 562
Öppenvård	13 605	
-besök i primärvård	12 185	1 201
-besök specialiserad somatisk vård	1 215	2 636
-dagsjukvård vid sjukhus	305	6 514
På grund av psykiska besvär, totalt	14 900	
-besök i specialiserad psykiatrisk vård	7 450	3 786
-besök i primärvård	7 450	1 201

Källor: Socialstyrelsen (2006) och egna beräkningar.

Not: Pris per vårdtillfälle från tabell 1.

Enligt statistik från SCB redovisad av Socialstyrelsen (2006), utsätts omkring 7000 kvinnor per år för så kraftigt fysiskt våld att de måste uppsöka vård hos läkare, sjuksköterska eller tandläkare. Av dessa utsattes 2000 kvinnor för sådant våld 2-3 gånger och 1000 kvinnor vid 4-6 tillfällena. Detta skulle motsvara totalt 14 000 vårdtillfällen per år (sluten och öppenvård på sjukhus samt inom primär- och tandvård).

Enligt Patientregistret hos Socialstyrelsen är mellan 220 och 570 slutenvårdstillfällena per år en följd av våld mot kvinnor. Den lägre siffran är det antal kvinnor som vårdats i slutenvård till följd av övergrepp som skett i bostad, skola eller av partner, förälder eller bekant där man kan anta en nära relation. Den högre siffran är alla kvinnor som enligt diagnoskoden vårdats i slutenvård till följd av ”övergrepp av annan person” (Socialstyrelsen 2006). Vår uppskattning av kostnaderna för våld mot kvinnor har beräknats utifrån medelvärdet (395) av de två siffrorna i brist på mer detaljerad information.



På samma sätt har antalet besök i den öppna sjukhusvården beräknats till ett genomsnitt av 510 tillfällen per år där övergreppet skett i bostad, skola eller av partner, förälder eller bekant och 2 330 tillfällen totalt per år för övergrepp av annan person (Socialstyrelsen 2006). Vidare antar vi att dessa besök i specialiserad öppen vård vid sjukhus är fördelade enligt fyra femtedelar som mottagningsbesök och en femtedel som dagsjukvård enligt bedömning inom projektgruppen. Restande antal besök antas vara besök i primärvården (tabell 5).

Tabell 6 visar vårdkonsumtion i genomsnitt för kvinnor i befolkningen i olika åldersgrupper och uppdelat på olika vårdtyper. Det genomsnittliga antalet besök i öppen psykiatrisk vård per kvinna i hela åldersintervallet 16-84 år kan antas vara 0,53 baserat på antal besök i psykiatrisk vård enligt tabell 6, viktat för åldersfördelning bland kvinnor i befolkningen (SCB befolkningsstatistik 2010). Flera studier visar att depression är vanligare bland våldsutsatta kvinnor. Wijma m.fl. fann att depression var dubbelt så vanlig och Lundgren m.fl. fann att 25 procent av de våldsutsatta kvinnorna uppgav att de var deprimerade, vilket kan jämföras med punktprevalensen bland svenska kvinnor som anses vara 7 procent (Wijma 2007; Lundgren m.fl. 2001). Det finns ingen svensk studie som har undersökt hur ofta våldsutsatta kvinnor söker för psykiska besvär. I en dansk studie var det emellertid upp till nio gånger vanligare att kvinnor sökte för depression och ångest på en specialistmottagning året efter en fysisk misshandel och i en amerikansk studie var det fem gånger vanligare att kvinnan fick en psykiatrisk diagnos vid öppenvårdsbesök om hon var utsatt för någon typ av våld (Hellweg-Larsen 2003; Bonomi m.fl. 2009). Vi har gjort ett konservativt antagande och beräkningen utgår från att vård p.g.a. psykiska besvär i öppen vård är fyra gånger vanligare bland våldsutsatta kvinnor än bland kvinnor i normalbefolkningen. Fyra gånger fler besök än genomsnittet för 7000 våldsutsatta kvinnor skulle motsvara i omkring 14 900 besök p.g.a. psykiska besvär årligen. Kostnadsberäkningarna har utgått från att hälften av vårdbesöken görs i den specialiserade psykiatriska öppenvården och hälften i primärvården.

Tabell 6. Förväntat antal besök i öppenvården (specialiserad somatisk, specialiserad psykiatrisk, primärvård) för kvinnor i åldern 16-84 år.

	Somatisk öppenvård		Psykiatrisk öppenvård		Primärvård	
	Läkare	Annan	Läkare	Annan	Läkare	Annan
Kvinnor						
16-64 år	0,49	0,28	0,04	0,15	0,55	1,04
65-84 år	4,80	2,71	0,40	1,42	5,33	10,10

Källor: Egna beräkningar baserade på statistik om antal besök i öppen vård per 1000 invånare (SKL. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002 – verksamhet och ekonomi i landsting och regioner), fördelning avseende ålder och kön av besök i öppen vård (SCB. Levnadsförhållanden rapport 113 - Ohälsa och sjukvård 1980-2005) och befolkningens sammansättning enligt SCB.



Utöver de frivilliga eller privata kvinno- och tjejjourerna som redovisas i nästa stycke finns det en rad offentligt finansierade kriscentra. Socialstyrelsen uppskattar kostnaden för hjälp till kvinnor vid dessa centra till omkring 40 miljoner kronor år 2005 vilket motsvarar omkring 43 miljoner kronor år 2008 uppräknat med konsumentprisindex. Dessa verksamheter finansieras gemensamt av kommuner och landsting men i brist på information om andel redovisar vi hela kostnaden under sjukvårdens kostnader (tabell 4).

3.2.2 Frivilligorganisationer

Det finns två riksorganisationer som organiserar de kvinnojourer dit kvinnor som behöver skyddat boende eller annan hjälp kan vända sig – ROKS (99 medlemsorganisationer) och SKR (78 medlemsorganisationer). År 2008 fick de 41 jourerna som är medlemmar i SKR och som kom in med uppgifter om kommunala anslag och andra anslag 20 miljoner kronor av kommunerna, 8 miljoner kronor av Länsstyrelsen och 7 miljoner kronor genom gåvor och insamlingar (privat). Gåvor och insamlingar till jourerna betraktas som transfereringar, vilka exkluderas enligt samma resonemang som transfereringar inom socialförsäkringen (se stycke 2.1). Om man antar att de 41 jourerna är representativa för alla jourer motsvarar det en kostnad för alla Sveriges 210 kvinno- och tjejjourer på 172 miljoner (se tabell 7). Socialstyrelsen uppskattade att under 2005 arbetades motsvarande omkring 2 700 månader ideellt vid landets kvinno- och tjejjourer. För att värdera denna tid i pengar har vi multiplicerat det värdet med 33 555 kronor, vilket var det genomsnittliga värdet av inkomst från arbete inklusive sociala avgifter samt värdet av hemarbete justerat för andel av populationen i olika åldrar år 2005 (Olofsson 2009).

Tabell 7. Kostnader för Sveriges kvinno- och tjejjourer år 2008, miljoner kronor.

	Kostnad	
	Per jour	210 jourer
Finansiär		
Kommun	0,5	105
Länsstyrelse	0,2	43
Frivilligt arbete	0,4	84
Totalt	1,3	232



3.2.3 Socialtjänsten

Underlaget för att beräkna kostnader för socialtjänstens bidrag till kvinno- och tjejjourer är mycket begränsat, vilket framgår ovan. Underlaget för att beräkna socialtjänstens övriga kostnader förknippat med våld mot kvinnor är än mer bristfälligt. Socialtjänstens kostnader för individ- och familjeomsorg uppgick till 32 miljarder kronor år 2008 enligt Räkenskapsammandrag för kommuner som sammanställs av SCB (2009). Av dess var 6 miljarder kronor kostnader för vård för vuxna personer med missbruksproblem, 14 miljarder kronor var kostnader barn och ungdomsvård, 1,4 miljarder kronor var kostnader för övrig vuxenvård och 10 miljarder kronor var kostnader för ekonomiskt bistånd. Utöver detta uppgick Socialtjänstens kostnader för familjerätt och familjerådgivning till 650 miljoner kronor. Någon särredovisning av kostnader som kan härröras till våld mot kvinnor finns inte i statistiken.

I brist på annan information gör vi egna antaganden om hur stor andel som är relaterat till våld mot kvinnor i nära relationer. Under antagandet att 5 procent av barn och ungdomsvård, 10 procent av den övriga vuxenvården och 20 procent av familjerätt och familjerådgivning är resultatet av våld mot kvinnor i nära relationer blir kostnaden omkring 973,5 miljoner kronor. Om man antar att 3 procent (liknande antagande som Socialstyrelsen 2006) av individ och familjeomsorgen är resultatet av våld mot kvinnor i nära relationer blir kostnaden omkring 956 miljoner kronor. Vi redovisar en total uppskattning av kostnaden för Socialtjänstens insatser för våld mot kvinnor i nära relationer på 965 miljoner kronor utöver de 98 miljoner kronor som betalas till landets kvinno- och tjejjourer.

3.2.4 Statliga myndigheter

Enligt statistik från Brottsförebyggande rådet, Försäkringskassan och SCB, som sammanställts av Socialstyrelsen (2006), är det rimligt att anta att Försäkringskassan handlägger omkring 11 000 fall årligen som rör sjukskrivning eller rehabilitering eller aktivitetsersättning relaterat till misshandel, grov kvinnofridskränkning och olaga hot mot kvinnor. År 2006 var Försäkringskassans kostnad i genomsnitt 1 749 kronor per beslut om sjukpenning (Socialstyrelsen 2006). Därmed blir Försäkringskassans administrativa kostnader för handläggning av fall som rör våld mot kvinnor omkring 19 miljoner kronor.

Vad gäller kriminalvården bortser vi i denna sammanställning från kostnader som rör påföljden för dömda förövare. Däremot inkluderar vi 2 miljoner kronor för samverkansprojekt mot kvinnovåld (Socialstyrelsen 2006).



3.2.5 Produktionsbortfall

Kostnader för produktionsbortfall omfattar alternativkostnaden för den produktion som går förlorad till följd av morbiditet och mortalitet på grund av den studerade sjukdomen eller händelsen och eventuella följsjukdomar (dödsfall, sjukskrivning, förtidspensionering). Varje år avlider 17 kvinnor till följd av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer (BRÅ 2007). I beräkningarna har antagits att fördelningen av kvinnornas ålder vid tidpunkten för dödsfallet är samma som för dödsfall genom övergrepp av annan person bland kvinnor i åldern 15-75 år (Socialstyrelsens dödsorsaksregister). Vad gäller omfattningen av sjukskrivningar används i sammanställningen de uppgifter som redovisas av Socialstyrelsen (2006), vilka baseras på statistik från Brottsförebyggande rådet och SCB. Uppgifter för beräkning av kostnad per fall för mortalitet redovisas i tabell 2 (s. 9).

Tabell 8. Produktionsbortfall (SEK) p.g.a. mortalitet och sjukskrivning: antal fall per år samt beräknad genomsnittlig kostnad per fall.

	Antal fall	Kostnad/fall ^{a)}
Produktionsbortfall p.g.a.		
Mortalitet (median åldersintervall 40-44 år)	17	9 308 497
Sjukskrivning:		
1-6 dagar	2 890	3 861
7-30 dagar	2 890	20 409
29-59 dagar	310	48 539
60-89 dagar	243	82 186
90-364 dagar	1 043	250 420
Helt år	1 410	402 657

Mortalitet: antal fall enligt BRÅ 2009, åldersfördelning enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister "Dödsfall X85-Y09 Övergrepp av annan person" bland kvinnor 15- 75 år.

Sjukskrivningar: antal fall och längd på fall enligt Socialstyrelsen (2006).

^{a)} Baserad på intervallens mittvärden andel av årsinkomst inkl sociala avgifter (402 657) för sjukskrivning (stycke 2.2).



3.3 Kostnad för tre typfall av våldsutsatta kvinnor

3.3.1 Förväntad resursåtgång i normalbefolkningen

För att kunna skatta kostnaden för typfall behövs information om enhetspriser eller kostnader samt förväntad sjukvårdskonsumtion och omfattning av sjukskrivning om kvinnan inte skulle ha varit våldsutsatt för att kunna skatta skillnader i resursåtgång för en våldsutsatt kvinna jämfört med en icke våldsutsatt kvinna. Kostnaderna beräknas baserat på enhetspriserna för sjukvården och produktionsbortfall i (tabell 1 och 2). Vi antar att priset för skyddat boende är 750 kronor per dygn och kvinna baserat på att priset varierar mellan omkring 500 och 1000 kronor i olika kommuner enligt en genomgång av uppgifter tillgängliga genom en sökning på Google i mars 2010.

Baserat på offentliga register har den förväntade sjukvårdskonsumtionen (primärvård, öppenvård och slutenvård) samt omfattningen av sjukskrivningar i normalbefolkningen skattats (tabell 6). Samhällets förväntade årliga kostnad för somatisk och psykiatrisk öppen och slutenvård samt primärvård skattas till mellan 10 000 och 12 000 kronor för en kvinna mellan 18 och 65 år fördelat på 0,77 besök i specialiserad somatisk öppenvård, 0,19 besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård, 1,59 primärvårdsbesök, 0,13 dagsjukvårdstillfällen och 0,16 slutenvårdstillfällen. Vidare skattas det förväntade produktionsbortfallet förknippat med det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar i den kvinnliga befolkningen till omkring 6 000 kronor per kvinna och år, baserat på i genomsnitt 5,5 sjukdagar årligen bland kvinnor (SCB konjunkturstatistik över antal dagar med sjuklön).

3.3.2 Definition av och resursåtgång för tre typfall

Genom journalgenomgång har sjukvårdskonsumtionen för tre kvinnor som sökt hjälp p.g.a. sin våldsutsatthet kartlagts. Typfallen har definierats i samarbete med Kvinnofridsmottagningen (KFM), vid Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK), Uppsala Akademiska sjukhus. De tre typfallen skiljer sig åt beträffande hur tidigt under våldsutsattheten sjukvården fick vetskap om situationen respektive hur tidigt kvinnan fick ett adekvat omhändertagande:

Fall 1 – ”Upptäckts tidigt men får inte adekvat omhändertagande direkt”

Fall 2 – ”Upptäckts sent och får adekvat omhändertagande direkt”

Fall 3 – ”Upptäckts tidigt och får adekvat omhändertagande direkt”



Den faktiska resursåtgången avseende sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall utifrån kvinnornas sysselsättning redovisas i tabellerna 9-14.

I **Fall 1** upptäcktes kvinnans våldsutsatthet under år 1 och hon fick kontakt med KFM år 3, d.v.s. drygt 2,5 år senare. Innan kvinnan blev sjukskriven hade hon ett arbete som krävt en kortare teoretisk utbildning. I tabellerna 9 och 10 redovisas resursåtgång och kostnader avseende sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 1.

Tabell 9. Faktisk resursåtgång, baserat på journalgenomgång, för Fall 1 (antal besök där ej annat anges).

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Somatisk öppenvård läkare	0	4	1	1	1
Somatisk öppenvård annan	0	2	0	0	0
Psykiatrisk öppenvård läkare	3	1	5	3	3
Psykiatrisk öppenvård annan	5	11	3	18	10
Primärvård läkare	8	2	4	3	0
Primärvård annan	0	0	0	0	0
Somatisk dagsjukvård	1*	0	0	0	0
Somatisk slutenvård, tillfällen	0	0	1	0	2
Akutmottagning 'vanlig'	1	2	1	1	1
Akutmottagning psyk	2	2	1	0	0
Skyddat boende, antal dagar	0	16	0	0	0
Sjukskrivning, tillfällen	1	Hela året	Hela året	Hela året	Hela året
Sjukskrivning, dagar	160	360	360	360	360

Våldsutsattheten hos Fall 1 var känd för vårdgivarna från första misshandeln och insatser för skyddat boende kunde sättas in redan under år 2. Kostnaderna för sjukvården och samhället fortsätter emellertid att vara mycket stora resten av observationstiden (se tabell 10). Under åren efter avslöjandet (år 4 och 5) hade kvinnan ett stort behov av psykiatrisk behandling och stöd men på en lägre omhändertagandenivå. Kontakterna med akutsjukvården minskade då hon fått kontakt med KFM. Uppgifter om läkemedelskonsumtion saknas varför kostnaderna sannolikt är underskattade då ett rimligt antagande är att hon åtminstone har använt smärtstillande läkemedel under stora delar av de redovisade 5 åren. Vidare saknas information om annan egenvård och besök hos t.ex. sjukgymnast.



Tabell 10. Kostnader för sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 1.

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Primärvård	9 608	2 402	4 804	3 603	0
Somatisk öppenvård	6 514	19 310	4 023	4 023	4 023
Psykiatrisk öppenvård	35 460	38 297	43 970	72 338	49 644
Somatisk slutenvård	0	0	43 562	0	87 124
Akutmottagning	10 208	12 844	6 422	2 636	2 636
Skyddat boende	0	12 000	0	0	0
Produktionsbortfall	178 959	402 657	402 657	402 657	402 657
Summa	240 749	487 510	505 438	485 257	546 084

I **Fall 2** upptäcktes våldsutsattheten år 4 och kvinnan kom till KFM samma dag. Hon studerade vid universitetet under hela perioden. I tabellerna 11 och 12 redovisas resursåtgång och kostnader avseende sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 2.

Tabell 11. Faktisk resursåtgång, baserat på journalgenomgång, för Fall 2 (antal besök där ej annat anges).

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Somatisk öppenvård läkare	1	0	0	2	8
Somatisk öppenvård annan	0	0	0	0	5
Psykiatrisk öppenvård läkare	0	0	0	0	1
Psykiatrisk öppenvård annan	0	0	5	13	6
Primärvård läkare	2	0	1	2	1
Primärvård annan	10	0	2	1	1
Somatisk dagsjukvård	1	0	0	0	3
Somatisk slutenvård, tillfällen	0	1	0	0	0
Akutmottagning 'vanlig'	0	2	0	0	0
Akutmottagning psyk	0	0	1	0	0
Skyddat boende, antal dagar	0	0	0	0	0
Sjukskrivning, dagar	0	0	0	30	0

En stor del av resursåtgången för Fall 2 under år 4 och 5 orsakades av åtgärder för skador hon fått vid övergreppen. Året som följde på avslöjandet krävde mycket stöd i psykiatrisk öppenvård men behovet minskade med hälften från år 4 till år 5. Kostnaderna år 5 speglar att hon får hjälp med de skador hon har drabbats av genom det våld hon har varit utsatt för fram till och med år 4 samt stöd i den psykiatriska öppenvården. Kvinnan var sjukskriven en period under år 4 vilket speglas i de redovisade kostnaderna. Dock är kostnaden för produktionsbortfall underskattad då vi inte har beräknat värdet av att hon har blivit försenad med sina



studier till följd av våldsutsattheten. Kostnader för läkemedelsbehandling mot depression ska läggas till för år 3 och år 5. Liksom i Fall 1 är det rimligt att anta att kvinnan har använt smärtstillande läkemedel och andra egenvårdspreparat under stora delar av den redovisade perioden varför även denna kostnad är under-skattad.

Tabell 12. Kostnader för sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 2.

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Primärvård	6 152	0	1 951	2 777	1 576
Somatisk öppenvård	10 537	0	0	8 046	59 772
Psykiatrisk öppenvård	0	0	14 184	36 878	24 113
Somatisk slutenvård	0	43 562	0	0	0
Akutmottagning	0	5 272	3 786	0	0
Skyddat boende	0	0	0	0	0
Produktionsbortfall	0	0	0	33 500	0
Summa	16 689	48 834	19 921	81 256	85 461

I **Fall 3** upptäcktes våldsutsattheten under år 2 och hon kom till KFM samma dag. Kvinnan hade tre års högskoleutbildning och arbetade inom offentlig sektor. I tabellerna 13 och 14 redovisas resursåtgång och kostnader för sjukvård och produktionsbortfall för Fall 3.

Tabell 13. Faktisk resursåtgång, baserat på journalgenomgång, för Fall 3 (antal besök där ej annat anges).

	År 1	År 2	År 3	År 4
Somatisk öppenvård läkare	1	1	3	3
Somatisk öppenvård annan	5	0	2	1
Psykiatrisk öppenvård läkare	0	0	0	0
Psykiatrisk öppenvård annan	1	2	5	2
Primärvård läkare	0	0	0	0
Primärvård annan	0	0	0	0
Somatisk dagsjukvård	0	0	0	0
Somatisk slutenvård	0	0	0	0
Akutmottagning 'vanlig'	0	1	0	0
Akutmottagning psyk	0	0	0	0
Skyddat boende	0	0	0	0
Sjukskrivning, dagar	0	0	15	0



Fall 3 demonstrerar behovet av psykiatrisk/psykologisk behandling som följer på avslöjandet av att partnern utsätter henne för våld. Den ökade kostnaden år 3 speglar det stöd hon fick i den psykiatriska öppenvården efter att våldsutsattheten hade upptäckts samt en sjukskrivningsperiod orsakad av en krisreaktion i samband med bearbetningen. Liksom i de två andra fallen kan kostnaden vara underskattad avseende smärtstillande läkemedel och annan egenvård. Vidare är kostnaden sannolikt underskattad avseende korta perioder av sjukskrivning under det första året eftersom hon under denna period genomgick ett mindre polikliniskt ingrepp som var relaterat till situationen. Uppgifter om sjukskrivning till följd av detta ingrepp saknas.

Tabell 14. Kostnader för sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 3.

	År 1	År 2	År 3	År 4
Primärvård	0	0	0	0
Somatisk öppenvård	12 069	4 023	15 287	13 678
Psykiatrisk öppenvård	2 837	5 674	14 184	5 674
Somatisk slutenvård	0	0	0	0
Akutmottagning	0	2 636	0	0
Skyddat boende	0	0	0	0
Produktionsbortfall	0	0	16 770	0
Summa	14 906	12 333	46 249	19 352



4 Diskussion

Studien visar att våld mot kvinnor är dyrt för sjukvården och samhället. Sammanställningen av samhällets ekonomiska börda visar att kostnaden för de insatser som görs till våldsutsatta kvinnor inom sjukvården, kommunerna, statlig myndigheter och frivilligorganisationer samt det produktionsbortfall som uppstår för sjuklighet och dödlighet uppgår till minst 2,5 miljarder årligen. Beräkningarna av kostnader för sjukvård, skyddat boende samt produktionsbortfall redovisat för tre typfall visar att de årliga kostnaderna varierade stort mellan olika individer beroende på grad av våldsutsatthet och omhändertagande. De årliga kostnaderna varierade mellan 240 000 kronor och 550 000 kronor i Fall 1, 17 000 kronor och 85 000 kronor i Fall 2 och mellan 12 000 kronor och 29 000 kronor i Fall 3. Den förväntade kostnaden per kvinna och år i normalbefolkningen beräknades till mellan 10 000 kronor och 20 000 kronor för sjukvård och produktionsbortfall till följd av sjukskrivning.

Kostnadsansvaret för de insatser som görs för våldsutsatta kvinnor delas av olika huvudmän. Grovt indelat är det kommunerna som bär kostnaden för socialtjänstens ansvar för viss vård och behandling samt boende och sysselsättning. Landsingen/regionerna bär kostnaden för hälso- och sjukvårdens insatser. Staten bär kostnaden för kriminalvården och polisen samt inblandade statliga myndigheters insatser. Forskning och arbete med förebyggande insatser och prevention sker på alla nivåer. Kvinnan bär framför allt de intangibla kostnaderna för smärta, oro och rädsla samt kostnader för förlorad produktion till följd av våldet. Vi har inte gjort något försök att skatta kostnaderna för kvinnornas försämrade livskvalitet. De studier som finns talar för att dessa är omfattande (deWylder 2010). Sammanställningen över samhällets ekonomiska börda för våld mot kvinnor indikerar att produktionsbortfallet utgör den största kostnadsposten och att det är kommunerna som bär den största direkta kostnaden. Även resultaten i en rapport från Socialstyrelsen från år 2006 där samhällets kostnad för våld mot kvinnor uppskattades fann man att kommunernas svarade för den största direkta kostnaden.

Samhällets ekonomiska börda för våld mot kvinnor är underskattad i studien. Skattingarna baseras på befintlig kunskap om resursförbrukning och kostnader



vilken får betraktas som osäker i många fall. Det saknas vidare information om vissa kostnadsposter (t.ex. för läkemedel, egenvårdsprodukter, besök hos kiropraktor, etc.). Vi har valt att endast inkludera kostnader för kvinnorna som utsätts för våld i sammanställningen. Därmed exkluderas alla kostnader som uppstår för förövaren såsom rättegångskostnader och kostnader för påföljd samt det produktionsbortfall som kan uppstå. De direkta kostnaderna för insatser för polis, åklagare och kriminalvård p.g.a. våld mot kvinnor beräknades till omkring en miljard av Socialstyrelsen (2006).

En annan faktor som leder till att beräkningen av samhällets ekonomiska börda för våld mot kvinnor är underskattad är att mörkertalet är stort. Tidigare studier visar att kvinnor som utsatts för fysiskt våld söker vård i omkring en fjärdedel av fallen (Lundgren m.fl. 2001). Hur många svenska kvinnor som söker för andra följder av våld till exempel somatiska symtom eller depression är inte känt. Enligt SBU:s genomgång om depressionssjukdomar (SBU 2004) visade en studie från Australien att 40 procent (män och kvinnor) inte alls sökte hjälp för sina symtom vilket överensstämde med en studie från 1970-talet i Finland. De tidigare nämnda studierna från Danmark (Hellweg-Larsen 2003) respektive USA (Bonomi m.fl. 2009) visar emellertid att kvinnors behov av vård för psykiska symtom ökar avsevärt vid våldsutsatthet. I Sverige hanteras de flesta patienter med depressiva besvär av primärvården men söker sannolikt akut inom psykiatri i krissituationer. Vi har valt att dela antalet besök lika på den specialiserade psykiatriska öppenvården och primärvården.

Sammanställningen av kostnader för de tre typfallen indikerar att sjukvården bär den största direkta kostnaden. Även i dessa beräkningar underskattas sannolikt kostnaderna då uppgifter om korttidssjukskrivning samt egenvård saknas. Vidare saknas fullständiga uppgifter om kommunens insatser för kvinnorna eftersom underlaget för kostnadsskattningarna är inhämtade från sjukhusjournaler. Dock indikerar beräkningarna för de tre typfallen att ett tidigt och adekvat omhändertagande vid våldsutsatthet kan spara såväl lidande för kvinnan som pengar för samhället. Om våldet mot kvinnan är så allvarligt att det påverkar hennes arbetsförmåga och leder till sjukskrivning, får detta mycket stora ekonomiska konsekvenser för samhället. Liksom den danska studien, som visade att de våldsutsatta kvinnorna fortsatte att söka mera vård än förväntat under flera år (Hellweg-Larsen 2003), visar vår kartläggning av de tre fallen att återhämtning efter våldsutsatthet kräver stora insatser och därmed kostnader för hälso- och sjukvården och samhället under lång tid även efter att våldsutsattheten har upphört.

En nationell kartläggning av hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta kvinnor från 2005 visade att rutiner och arbete med att upptäcka och behandla våldsut-



satta kvinnor varierade stort i omfattning både inom landstingen och mellan olika landsting (Andréasson m.fl. 2006). Typfallen i den här studien har alla fått ett adekvat omhändertagande vid NCK i Uppsala även om tiden de levtt i våldsutsatthet varierar mellan fallen. Vad som skulle ha hänt om kvinnorna hade fått ett adekvat omhändertagande på ett tidigare stadium går inte att säga med säkerhet. Fall 1 är mycket komplicerat med stora konsekvenser i termer av lidande för kvinnan och kostnader för sjukvården och samhället. Det finns dock en trend att vårdbehovet flyttar ner till en lägre kostnadsnivå efter att kvinnan fått ett kompetent omhändertagande. En adekvat multidisciplinär handläggning med såväl social, juridisk som medicinsk kompetens kunde ha förkortat förloppet och kanske förhindrat en bestående sårbarhet. Även i Fall 2 är det rimligt att den upptrappning av våldet och de fysiska skador som följde under slutet av år 2 hade kunnat undvikas om hon hade fått hjälp att bryta upp från partnern tidigare. Detta hade sannolikt varit möjligt om vårdgivarna hade frågat henne om våldsutsatthet under de första två åren av observationstiden då hon sökte hjälp inom hälso- och sjukvården för olika fysiska besvär samt depression och ångest. Fall 3 hade också vårdkontakter under åren före avslöjandet. Om man hade frågat efter våld då hade man kanske kunnat undvika misshandeln som, förutom den kroppsliga skada hon tillfogades, även ledde till vårdbehov för psykisk rehabilitering.

Det finns få tidigare publicerade studier avseende kostnaden för våld mot kvinnor ur ett samhällsperspektiv och kunskapsluckorna avseende kostnaden för våld mot kvinnor är mycket stora. För att kunna göra en fullständig översikt av samhällets kostnader av våld mot kvinnor i Sverige behövs uppgifter om såväl kommunernas, landstingens och statliga myndigheters samt privata insatser. Det saknas tillförlitlig information om, till följd av våld, omfattningen av:

- skyddat boende och andra insatser från socialtjänsten;
- primärvård, öppen specialiserad vård och sluten vård (somatisk och psykiatrisk);
- sjukskrivningar, förtidspension och arbetslöshet.

Som framgår av beräkningarna varierar kostnaderna kraftigt mellan de tre fallen beroende på de olika omständigheterna och man måste dra slutsatsen är att det inte går att bestämma vad ett ”typiskt” fall av våld i nära relationer kostar. Beräkningarna indikerar dock att ett tidigt och adekvat omhändertagande vid våldsutsatthet skulle kunna spara såväl lidande för kvinnan som resurser för samhället.



Referenser

Andréasson C, Stenson K, Björck A, Heimer G . Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor. Nationell kartläggning. RCK Rikskvinnocentrum, Uppsala 2006.

Bonomi A, Anderson M, Reid R, Rivara F, Carell D & Tompson R (2009): Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med.* 169 :No 18, s. 1692-1697.

BRÅ, Brottsförebyggande rådets hemsida www.brå.se

BRÅ 2007. *Utvecklingen av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer.* Rapport 2007:6. Brottsförebyggande rådet, Stockholm, 2007.

BRÅ 2010. Mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer – En första uppföljning av regeringens handlingsplan. Rapport 2010:4. Brottsförebyggande rådet, Stockholm, 2010.

Campbell J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 359, s.1331-36.

Helweg-Larsen K & Kruse M (2003). Violence against women and consequent health problems: a register based study. *Scand J Public Health.* 31, s. 51-57.

Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen Dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning.* Brottsoffermyndigheten. Frtizes Offentliga Publikationer. Stockholm.

SCB 2006. Levnadsförhållanden rapport 113 - Ohälsa och sjukvård 1980-2005. Statistiska Centralbyrån, SCB: 2006.

SCB 2010. Konjunkturstatistik över sjuklöner www.scb.se

SCB 2010. Befolkningsstatistik

SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar, volym 1 En systematisk litteraturöversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166/1. ISBN 91-87890-87-9.

SKL 2009. *Statistik om hälso-och sjukvård samt regional utveckling 2008.* Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting., SKL, 2009.



Socialstyrelsen 2006. Kostnader för våld mot kvinnor - En samhälls-ekonomisk analys.

Socialstyrelsens statistikdatabaser; diagnoser i slutenvård samt dödsorsaksregistret, www.socialstyrelsen.se.

Motion 2009/10:So237 Rätten till skyddat boende. Motion till riksdagen 2009/10:So237 av Solveig Hellquist.

Weinehall K, Änggård A, Blom K, Ekelund B & Finndal K (2006). Räkna med kostnader – en fallstudie om mäns våld mot kvinnor. Skrifter från juridiska institutionen vid Umeå universitet, No 15/2006. Umeå Universitet. Umeå.

Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology* 2007; 48: 567-75.





INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

www.ihe.se

