

Estrada, Felipe

Våldsutvecklingen i Sverige

- En presentation och analys av sjukvårdsdata

Våldsutvecklingen i Sverige - En presentation och analys av sjukvårdsdata¹

Felipe Estrada

Institutet för Framtidsstudier

Abstract: Trends in violence in Sweden

In Scandinavia as in many other parts of Europe, violence constitutes an important focus for the public and political debate on crime. Much of what is said in the public debate, and done in the field of criminal policy, stems from a perception that violence is on the increase. This paper presents a new social indicator of trends in violence – Swedish hospital admissions resulting from acts of violence – and evaluates this measure in the light of more traditional indicators of violence – crime statistics, victim surveys and homicide statistics. The hospital data comprise 90,000 admissions from the years 1974-2002. The results show that admissions caused by violence are more numerous in the 1970s and 1990s and fewer in the 1980s. Nothing in the hospital data indicates an increase in hospital admissions resulting from serious violent incidents over this period. No increase is noted in either fractures or knife and gunshot wounds. Thus the continuous upward trend noted in crime statistics is not verified. Instead the hospital data serve to verify the more stable trends indicated by victim surveys and lethal violence statistics.

¹ En kortare version av denna rapport kommer att publiceras på svenska i *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab* samt är under bedömning för publicering i *British Journal of Criminology*.

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning.....	5
De traditionella indikatorernas bild av våldsutvecklingen i Sverige.....	6
Kriminalstatistiken: väsentligt fler anmälda våldsbrott	6
Offerundersökningar: nivåförändring men ingen kontinuerlig ökning	8
Dödsorsaksstatistik: stabil nivå	11
Metod och material.....	12
Patientregistrets uppkomst och uppbyggnad.....	12
Registrets kvalitet: bortfall och andra felkällor.....	13
Externt bortfall: utveckling av vårdtillfällen och vårdtid.....	13
Internt bortfall och felkodningar	14
Materialet i rapporten	16
Våldsskador som lett till inskrivning på sjukhus	18
Grundläggande data om våldsskador från patientregistret.....	18
Kön och ålder	18
Vårdtid.....	20
Vapenförekomst och skadans grovhet.....	21
Utvecklingen 1974-2002	23
Den generella utvecklingen	23
Kön	25
Ålder.....	26
Ålder och kön	27
Utvecklingen av olika våldsskador	28
Vårdtidens utveckling	30
Diskussion	32
Ett försök till validering av våldsutvecklingen	34
Avslutning	37
Litteratur.....	40

Sammanfattning

Den offentliga debatten kring våldsutvecklingen kännetecknas av beskrivningar om en ständigt ökande brottslighet. Våldet sägs också bli allt grövre inte minst genom en ökad vapen användning. Forskarvärldens analyser av våldsutvecklingen ger dock en mer splittrad bild. Omfattningen och utvecklingen av våldsbrott i Sverige är nämligen inte helt lätt att avgöra. Bedömning av våldets omfattning och utveckling måste därför arbeta med en rad olika indikatorer, kategoriseringar och avgränsningar. I denna rapport presenteras en hittills underutnyttjad indikator på våldsutvecklingen i Sverige. Det handlar om offer för våld som blivit inskrivna för sjukhusvård åren 1974-2002. Denna indikator är självfallet lika lite som andra indikatorer *Det perfekta måttet*. Antalet registrerade vårdtillfällen orsakade av våld täcker bara en del av allt det våld som sker och med all säkerhet främst det som kan karaktäriseras som allvarlig fysisk misshandel. Fördelarna med en serie som beskriver antalet behandlade våldsskador är dock uppenbar. Vi får ytterligare en indikator som kan jämföras och värderas sammantaget med de redan existerande. Antalet vårdtillfällen är dessutom ett mått som inte direkt styrs av synen på våld och hur det skall kontrolleras eller på viljan att göra ett polisärende av händelsen.

I rapporten görs en begränsad genomgång av hur våldsutvecklingen framstår utifrån de indikatorer som oftast utnyttjas, dvs. kriminalstatistik, offerundersökningar samt dödsorsaksstatistik. Därefter presenteras sjukvårdsdata mer utförligt. Resultaten redovisas i två steg. Först presenteras den bild av våld som framträder generellt när man studerar behandlade våldsskador under hela perioden. Det handlar om fördelningar mellan kön, ålder, olika typer av våldsskador, förekomst av vapen användning samt vårdtidens längd. Rapportens viktigaste avsnitt är det som beskriver utvecklingen av antalet behandlade våldsskador åren 1974-2002. Avslutningsvis förs en diskussion där resultaten kopplas till de andra våldsinikatorerna.

Den bild som framträder när man ser på de närmare 90 000 våldshändelser som finns registrerade i patientregistret bekräftar i stora delar de mönster som framkommer vid analyser av andra datakällor om våld. Det finns en påtaglig skillnad i antal våldsskadade mellan könen. Drygt 75 procent av dem som behandlats för våldsskador är män och de allra flesta offren är i åldern 16-34 år. Detta ger stöd för bedömningen att vi i patientregistret har ett representativt material över *fördelningen* av allvarliga misshandelsfall.

Utvecklingen av de inom slutenvården behandlade våldsskadorna visar en ökning åren 1974-79. Därefter sker en tydlig minskning och under 1980-talet är antalet våldshändelser på en stabilt lägre nivå än tidigare. De sista åren av 1980-talet påbörjas ånyo en ökning och vid början av 1990-talet sker det en klar uppgång till de nivåer som rådde vid slutet av 1970-talet. Denna beskrivning av utvecklingen för åren 1974-2002 gäller dock inte generellt. Antalet vårdtillfällen har för kvinnor totalt legat mer eller mindre stabilt under hela perioden. Ser man mer specifikt på olika åldersgrupper framgår vidare att både de kvinnliga offren i grundskoleåldern och kvinnor i medelåldern fr.o.m. år 1990 uppvisar en något högre utsatthetsnivå än de hade tidigare. Utvecklingen för kvinnor i åldern 25-34 står här i tydlig kontrast genom den såväl kraftiga som kontinuerliga minskning som skett. Även de manliga offren i åldern 25-34 minskar, dock inte lika kontinuerligt som kvinnorna.

Genom en särskiljning av våldsskador med olika skadekonsekvenser och behandlingstider har det varit möjligt att följa utvecklingen för händelser med olika stor sannolikhet att bli

behandlade inom den slutna vården. Både skador som orsakats av stick- eller skjutvapen visar en stabil utveckling. Undantaget är den tydliga nivåförändring som sker av knivskadorna i samband med en statistikomläggning 1997. Vapenskadornas stabila nivå stämmer därmed väl överens med utvecklingen av det dödliga våldet. Sammantaget framträder en utveckling som inte är lätt att tolka i termer av prioriteringar inom sjukvården eller andra felkällor som har med själva statistikföringen att göra. En rimlig slutsats är istället att antalet behandlade våldsskador inom den slutna vården trots alla felkällor i åtminstone grova drag lyckas återspegla det allvarliga våldets utveckling i Sverige.

En direkt jämförelse med utvecklingen av den indikator som ligger närmast patientregistrets innehåll – antalet personer som i SCB:s offerundersökningar uppger att de utsatts för våld som lett till att de besökt någon form av sjukvård - visar att båda serierna följer samma huvudmönster. Båda visar att utsattheten för våld var hög i slutet av 1970-talet, att 1980-talet kännetecknas av en lägre nivå, att det sker en ökning de första åren av 1990-talet som innebär en återgång till de högre nivåer som rådde på 1970-talet. Ingen av serierna visar att utsattheten för våld som lett till att offret uppsökt vård ökat kontinuerligt sedan slutet av 1970-talet. Inte heller att det har skett en ökning under de allra senaste åren.

Patientregistret sällar sig till de indikatorer där inget stöd finns att hämta för att våldet i vårt samhälle skulle ha ökat påtagligt under de senaste decennierna. Härmed blir det också tydligt vad de kanske mest intressanta framtidsfrågorna blir för forskningen kring våldets utveckling i Sverige och andra liknade länder. Frågan om våldsutvecklingens koppling till övrig samhällsutveckling bör fortsatt studeras ingående. Eftersom både alkoholkonsumtion och ojämlikhet i tidigare forskning visat sig vara relaterat till omfattningen och utvecklingen av våld finns det goda skäl att förvänta sig att dessa förhållanden ska slå igenom i våldsutvecklingen. En rimlig frågeställning är dock i vilken mån alkoholkonsumtionen har samma förklaringsvärde som tidigare. Har en ökning av alkoholkonsumtionen olika betydelse beroende på konsumtionsmönstrets utveckling och hur har i så fall denna relation förändrats? När det gäller ojämlikhetens betydelse för våldsutvecklingen finns det resultat som antyder att det bakom en generell relativt stabil utsatthetsnivå, döljer sig en ökad polarisering i utsattheten mellan olika samhällsgrupper. En närliggande frågeställning som är värd att studera handlar om effekterna av en tilltagande socioekonomisk segregation.

Inledning

Omfattningen av våldsbrott i Sverige är inte helt lätt att avgöra. Om en händelse i ett visst läge ska uppfattas som våld eller hot om våld är något som skiljer sig mellan olika situationer och grupper. Poliser, sjukvårdare, hemtjänstpersonal råkar mer eller mindre dagligen ut för händelser som i ett annat sammanhang skulle betraktas som våld eller hot om våld men som istället ses som incidenter som har med ens arbete att göra (Åkerström 1993, 1997). För att ta ett mer tillspetsat exempel så uppfattar fångar en mängd händelser som normala i meningen att de inte ses som våldsamma eller hotfulla, en bedömning de flesta andra människor i samhället skulle göra (Nilsson 2002). Kort sagt är det oklart hur mycket våld och hot om våld som förekommer i ett visst samhälle i ett givet läge.

Vad som uppfattas som våld förändras också över tid. Det finns under de senaste decennierna en tydlig förändring i vårt samhälle mot en större känslighet för vad som ska uppfattas som våld och hur det skall kontrolleras (Åkerström 1996; Estrada 1997, 1999; von Hofer 2000). Detta manifesteras inte minst i lagstiftningen där en rad våldshandlingar som tidigare inte var lagstridiga nu blivit det. 1965 kriminaliserades våldtäkt inom familjen, 1969 förbjöds proffsboxningen, 1979 kriminaliserades barnaga (von Hofer 2000:62).

Sammantaget betyder detta att bedömning av våldets omfattning och utveckling måste arbeta med en rad olika indikatorer, kategoriseringar och avgränsningar. Tumregeln bland forskare är att ju lindrigare våldet är desto svårare är det att korrekt avgöra dess omfattning och utveckling. Detta har att göra med att synen på grövre våld inte skiljer sig lika mycket över tid mellan olika individer och grupper.

I denna artikel kommer en hittills underutnyttjad indikator på våldsutvecklingen i Sverige att presenteras. Det handlar om offer för våld som blivit inskrivna för sjukhusvård åren 1974-2002. Denna indikator är självfallet lika lite som andra indikatorer *Det perfekta måttet*. Antalet registrerade vårdtillfällen orsakade av våld täcker bara en del av allt det våld som sker i Sverige och med all säkerhet främst det som kan karaktäriseras som allvarlig fysisk misshandel. Detta betyder att andra typer av våld – hot, hatbrott, rån, våld mot tjänsteman samt inte minst sexuellt våld - i princip utelämnas ur analysen om det inte leder till behandling inom sjukvården. Fördelarna med en serie som beskriver antalet behandlade

våldsskador är dock uppenbar. Vi får ytterligare en indikator som kan jämföras och värderas sammantaget med de redan existerande. Antalet vårdtillfällen är dessutom ett mått som inte direkt styrs av synen på våld och hur det skall kontrolleras eller på viljan att göra ett polisärende av händelsen – med allt vad sistnämnda innebär för offret (se t ex Lindgren 2004).

I nästa avsnitt görs en begränsad genomgång av hur våldsutvecklingen framstår utifrån de indikatorer som oftast utnyttjas, dvs. kriminalstatistik, offerundersökningar samt dödsorsaksstatistik. Dessa källors förtjänster och brister redovisas kort. Därefter presenteras sjukvårdsdata mer utförligt. Resultaten redovisas i två steg. Först presenteras den bild av våld som framträder generellt när man studerar behandlade våldsskador under hela perioden. Det handlar om fördelningar mellan kön, ålder, olika typer av våldsskador, förekomst av vapenanvändning samt vårdtidens längd. Rapportens viktigaste avsnitt är det som beskriver utvecklingen av antalet behandlade våldsskador. Utvecklingen kommer att redovisas generellt samt uppdelad på olika grupper och typer av våld. Avslutningsvis förs en diskussion där resultaten kopplas till de andra våldsindikatorerna.

De traditionella indikatorernas bild av våldsutvecklingen i Sverige

Kriminalstatistiken: väsentligt fler anmälda våldsbrott

Kriminalstatistiken kan delas upp i brotts- respektive personanknutna data. Det handlar om statistik över de brott som anmäls till polisen respektive statistik över de personer som av rättsväsendet kopplas till de anmälda brotten. Denna statistik utgör en viktig källa till information om brottslighetens struktur, utveckling och skillnader i brottslighet med avseende på kön, ålder och etnicitet. Såväl forskare som journalister, politiker och debattörer hänvisar följaktligen ofta till de våldshandlingar som kommer till polisens kännedom när våldsutvecklingen ska beskrivas. I Sverige finns dessutom en mycket lång tradition att föra statistik över brott och straff vilket gör att kriminalstatistiken är en självklar källa när man vill beskriva förändringar som går decennier och t.o.m. sekler bakåt i tiden (von Hofer 1985, 2003a).

Det är dock viktigt att komma ihåg att kriminalstatistiken inte är en direkt återspeglning av utvecklingen av exempelvis våldshändelser utan snarare kan karakteriseras som en ”social produkt” - en handling som inte definieras, uppfattas som brottslig och därefter också anmäls, kan aldrig hamna i kriminalstatistiken (se t.ex. Coleman & Moynihan 1996; Brå 1998). Ett uttryck för registreringens betydelse för produktionen av den synliga brottsligheten är att jämförelser av olika länders brottsnivåer utifrån kriminalstatistik är mycket problematiska just på grund av skillnader i hur statistiken kommer till (Westfelt 2001).² Av alla de brotts handlinger som förekommer i samhället är det alltså en mer eller mindre obekant andel som upptäcks eller uppfattas som brott, av de handlinger som upptäcks är det totalt sett endast en mindre andel som kommer till polisens kännedom. Av dessa handlinger registreras huvuddelen men inte alla som brott i kriminalstatistiken och av dessa registrerade brott är det enbart i en minoritet av fallen som en skyldig gärningsman identifieras. Sammantaget innebär denna selektionsprocess att vi inte på ett enkelt sätt kan använda oss av kriminalstatistiken för att beskriva den verkliga brottsligheten. Så långt som möjligt bör därför kriminalstatistikens utfall jämföras med andra källor.

Den bild som framträder av våldsutvecklingen utifrån kriminalstatistiken är tämligen entydig – våldet har ökat. Och detta gäller såväl i ett längre som kortare tidsperspektiv (von Hofer 2003a; Kühlhorn 2004). Ser man på den period som denna rapport fokuserar på, 1974-2002, så handlar det om en kraftig och i det närmaste kontinuerlig ökning av antalet polisanmälda misshandelsbrott. Ökningen gäller både manliga och kvinnliga offer, för våld utfört av såväl bekanta som obekanta samt på olika arenor (arbetslivet, nöjeslivet, i hemmet). Hur denna kraftiga ökning ska tolkas är dock inte självklart. En illustration av detta kan hämtas från en tidigare period. Under 1920-talet lagfördes nästan inga ungdomar för misshandel (von Hofer 2000). Detta förhållande är naturligtvis inte ett uttryck för att ungdomar inte begick våldshandlingar på 1920-talet, utan visar snarare att synen och reaktionen på våldsutövning förändrats påtagligt under 1900-talet. Ett mer aktuellt exempel är den kraftiga ökningen som inträffar under 1990-talet av grundskolors benägenhet att polisanmäla i huvudsak lindriga bråk som sker på skoltid (Estrada 1999). Detta betyder att misshandelsstatistiken är känslig för förändringar av vad som uppfattas som brottslig våldsutövning och hur detta ska kontrolleras. Analyser av den uppmärksamhet som ägnats brottsligheten under de senaste

² Rutinerna för registreringen av brotts handlinger är också av betydelse för i vilken mån brotts handlinger kommer att registreras. Olaussen (1995) har exempelvis visat att införandet av ett datoriserat registreringsförfarande i Norge ledde till en ökning av antalet registrerade brotts handlinger. Motsvarande studie har ännu inte genomförts i Sverige.

decennierna visar entydigt att våldsbrott blivit en central fråga för media, myndigheter och politiska partier (Åkerström 1996; Estrada 1997; Pollack 2001; Andersson 2002). Slutsatsen av denna forskning är att känsligheten för vad som ska betraktas som acceptabelt våld minskat.³ Detta betyder sannolikt att det skett en utvidgning av vad som ska betraktas som en våldshändelse som är så allvarlig att den bör anmälas till polisen. En förändring som har betydelse för tolkningen av den utveckling som framträder i kriminalstatistiken. Det finns därför god anledning att vända sig till de indikatorer som i mindre utsträckning kan antas påverkas av en förändrad syn på våld. Dessa har hitintills utgjorts framförallt av olika frågeundersökningar och statistik över dödligt våld.

Offerundersökningar: nivåförändring men ingen kontinuerlig ökning

Sedan 1978 genomför Statistiska Centralbyrån (SCB) årligen undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) bland 16-74 åringar där frågor om utsatthet för brott ingår. Årligen är det omkring 6.000 personer som intervjuas och bortfallet ligger kring 20 procent (för en närmare beskrivning av ULF se Häll 2004). En fördel med offerundersökningarna är att de i mindre utsträckning än kriminalstatistiken påverkas av ändrad tolerans och förändringar av anmälningsbenägenheten. Samtidigt måste det poängteras att en förändrad syn på vad som är våld självfallet också kan ha återverkningar på intervjupersoners benägenhet att uppge sådan utsatthet. I de fall där intervjupersoner uppger utsatthet för allvarigare våld som lett till mer entydiga konsekvenser är förändringar i synen på våld sannolikt ett mindre problem.

Undersökningarna har självfallet också andra begränsningar. Det rör sig om bortfall, svårigheter att studera vissa typer av brott samt under- och överrapportering (Häll 2004). Frågor om utsatthet för brott kan upplevas som känsliga. Detta gäller i synnerhet mäns våld mot kvinnor i hemmet och sexualbrott, händelser som därför kan antas bli underrapporterade. Ytterligare ett problem är att de grupper som vi vet är särskilt utsatta – t.ex. hemlösa, straffade och missbrukare – i mindre utsträckning fångas upp med denna metod (Nilsson 2002). Barns

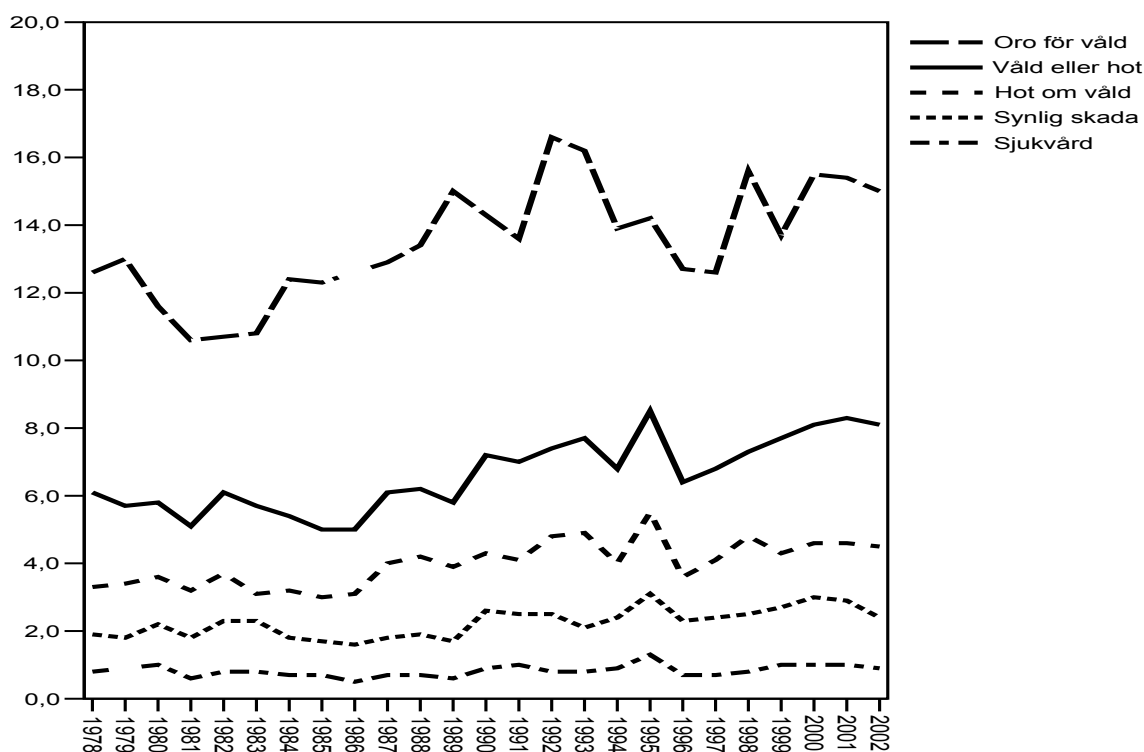
³ Stöd för detta förhållande fås också när man ser till den kontinuerliga minskningen i SCB:s offerundersökningar av andelen våldshändelser som inte anmäls till polisen för att den utsatte bedömt händelsen som en ”småsak, bagatell”. 1978 gällde detta 32 procent av de icke-anmälda händelserna och 2000/1 var det 17 procent. Vad som istället ökat är andelen som inte anmäler händelser då ”våld kan förekomma som en del i arbetet” (Häll 2004:75).

utsatthet för brott fångas inte alls eftersom offerundersökningarna inte intervjuar personer under 16 år.

När det gäller utsatthet för våld innehåller ULF fyra huvudfrågor om våld av olika allvarlighetsgrad. Den första gäller det allvarligaste våldet och lyder: *Har du själv under de senaste tolv månaderna varit utsatt för våld som ledde till sådana skador att det krävde besök hos läkare, tandläkare eller sjuksköterska?* Därefter frågas om våld som ledde till synliga märken eller kroppsskada, våld som inte ledde till synliga märken eller kroppsskada samt om man blivit utsatt för hot om våld som var så allvarligt att intervjupersonen blev rädd (Häll 2004). Oro för våld mäts genom frågan: *Har det under de senaste tolv månaderna hänt att Du avstått från att ge dig ut på kvällen av oro för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.* Vanligen redovisas andelen av de intervjuade som uppgett att de utsatts (Häll 2004). Beräkningar av antalet gånger som de intervjuade blivit utsatta kan också göras. Fördelen med sistnämnda presentationssätt är att det är mer jämförbart med statistiken över polisanmälda misshandelsbrott (Kühlhorn 2004). Nackdelen är emellertid att beräkningar av antal händelser är behäftade med allvarliga metodproblem (Häll 2004:38). Det är givet att osäkerheten i respondenters uppgifter kring antal händelser är större än uppgifterna om man överhuvudtaget utsatts under senaste året. I den mån urvalet får med enstaka individer som rapporterar ett stort antal händelser kommer detta att väga tungt. Likaså spelar det stor roll vilken typ av våld som studeras. Det våld där offren uppger att de utsatts många gånger under ett år sker framförallt i anslutning till arbetslivet. Det kanske mest problematiska är dock att SCB sedan år 2000 ökat antalet möjliga händelser som varje individ kan uppge vilket gör att de senaste årens uppgifter inte är jämförbara med tidigare år. Häll (2004:40) konstaterar därför att:

/.../ statistik som försöker uppskatta antal av denna typ av händelser [är] tämligen osäker – betydligt osäkrare än den statistik som beskriver antal och drabbade personer. Vad vi kan konstatera är att de som drabbades av något våld eller hot mot slutet av perioden i genomsnitt har berättat om fler händelser än vad man gjorde vid t.ex. 1978 års undersökning.

Vidare gäller att de som utsatts för mer allvarligt våld sällan uppger att de utsatts för mer än en sådan händelse. Detta betyder att för utvecklingen av det grävsta våldet spelar det mindre roll vilken måttenhet man väljer. Mot denna bakgrund redovisas i Figur 1 utvecklingen av *andelen* utsatta för våld eller hot och oro för våld.



Figur 1. Andel i SCB:s offerundersökningar som avstått från att gå ut på grund av oro för att utsättas för våld, utsatts för våld eller hot, hot om våld, våld som lett till synlig kroppsskada respektive våld som lett till sjukvårdsbesök. 16-74-åringar, 1978-2002.

Den kontinuerliga och kraftiga ökningen av våldsbrottsligheten som kriminalstatistiken visar bekräftas inte av offerundersökningarna. Vad som istället framträder är två perioder där utsattheten ligger på något skilda nivåer. Åren 1978-1989 ligger den totala utsattheten mellan fem och sex procent och perioden 1990-2002 mellan sju och åtta procent. Våld som resulterat i kroppsskada ligger på två procent under 1980-talet och kring 2,5 procent efter 1990.

Andelen utsatta för så allvarligt våld att man uppsökt någon form av sjukvård är i detta sammanhang kanske den mest intressanta indikatorn. Åren 1978-83 ligger andelen utsatta mellan 0,8-1,0 procent, perioden 1984-1989 är nivån lägre kring 0,6 procent för att sedan 1990 åter lägga sig mellan 0,8-1,0 procent. En förhållandevis stor andel av de rapporterade våldshändelserna utgörs av hot om våld. Utvecklingen skiljer sig här något från de övriga våldshändelserna såtillvida att ökningen inträffar tidigare. Redan 1987 går nivån upp från omkring tre till fyra procent. Därefter har ingen påtaglig ökning inträffat. Beträffande oro för våld så har det även här skett en nivåökning under perioden. I genomsnitt ligger nivån efter år 1990 ett par procentenheter högre än under 1980-talet. Det sker dock ingen ökning åren 1990-2002. För befolkningen i stort går det alltså inte att utifrån offerundersökningarna påvisa någon kontinuerlig eller kraftig ökning av utsattheten för våld eller hot under de senaste decennierna och detta gäller i synnerhet det mest allvarliga våldet.

Dödsorsaksstatistik: stabil nivå

Dödsorsaksstatistik anses vanligen som en indikator med god validitet då det dödliga våldet jämfört med övriga våldshandlingar har ett väsentligt mindre mörkertal (se t. ex. Gustafsson & Kühlnhorn 1980:101; O'Brien 2003). Utifrån vilka som främst faller offer för dödligt våld bör kanske utvecklingen främst ses som en indikator på det mer allvarliga våld som förekommer bland utsatta grupper, vilka i mindre utsträckning deltar i offerundersökningar (Rying 2000; Petersson & Rying 2004). Mot detta står dock det faktum att det i ett längre historiskt perspektiv finns ett tydligt samband mellan antalet fall av dödligt våld och lagförda för misshandel (von Hofer 2000, 2003a; O'Brien 2003).

Dödsorsaksstatistiken visar att det dödliga våldet inte ökat i de nordiska länderna under de senaste decennierna (Balvig 2000:72; Westfelt 2001: 68; Petersson & Rying 2004; von Hofer 2004). Detta förhållande tolkas vanligen som ett uttryck för att det allra grävsta våldet inte ökat under senare år. En intressant alternativ hypotes är dock att denna stabilitet främst är avhängig en förbättrad sjukvård där ett allt större antal av de allvarligast våldsskadade överlever (se t ex Gustafsson & Kühlnhorn 1980:103; Doerner 1988; Andersson 2004:138). Enligt Harris et al (2002) skulle antalet mord i USA ligga på en tre gånger så hög nivå (45 000-70 000 istället för 15 000 -20 000) i slutet av 1990-talet än vad som faktiskt är fallet om inte det hade varit för förbättringarna i sjukvården. Utgångspunkten för detta antagande är den ökade klyftan mellan antalet anmälda misshandelsfall och antalet fall av dödligt våld. Vad Harris et al emellertid inte redovisar är utvecklingen av det faktiska antalet sjukvårdsbesök som föranletts av våld i USA, vilket självfallet vore det mest lämpliga sättet att studera hypotesen om sjukvårdens ökade betydelse. I föreliggande studie finns dock en möjlighet att studera de sjukhusvårdade våldfallen utveckling och detta under en period där trenderna mellan dödligt våld och anmälda fall av misshandel visar på motsvarande tudelning som den som Harris et al utgår från.

Sammanfattningsvis är konsekvensen av datakällornas brister att undersökningar om brottsligheten aldrig kan ge en fullständig beskrivning av verkligheten. Vi kan emellertid få veta mer genom att kritiskt utnyttja alla de källor som står till förfogande. Analysen går nu därför vidare och presenterar en tidigare underutnyttjad indikator på våldsutvecklingen i Sverige – sjukhusvårdade offer för våld.

Metod och material

Patientregistrets uppkomst och uppbyggnad

Sedan 1964 finns det i Sverige ett patientregister över personer som *skrivits in* och vårdats på offentliga sjukhus, dvs. det som brukar benämnas slutenvård (Socialstyrelsen 2004a,b).

Registret började byggas upp som en försöksverksamhet i Uppsala sjukvårdsregion. Under slutet av 1960-talet och början av 1970-talet anslöts allt fler sjukvårdshuvudmän till rapporteringssystemet men först från år 1987 är registret heltäckande. En stor del av analysen i denna rapport kommer att bygga på de landsting som lämnat uppgifter till patientregistret sedan år 1974 (se nedan).

Datainsamlingen går till så att sjukvårdens huvudmän (främst landstingen men numera även privatvård) ansvarar för ett patientadministrativt system vars uppgifter inrapporteras till Socialstyrelsen för sammanställning. Alla patienter som söker vård på ett sjukhus och blir inskrivna för behandling registreras med personnummer, kön, ålder, hemort, vårdande sjukhus, inskrivnings- och utskrivningsdatum (dvs. vårdtillfällets längd), diagnos och yttre orsak till skadan (Socialstyrelsen 2004b). Patientregistret är ett så kallat levande register. Detta betyder att registret korrigeras och kompletteras allteftersom brister kan åtgärdas.

För att hitta information om avsiktligt våld utnyttjas uppgifterna om skadans yttre orsak. Alla skador som behandlas inom den slutna sjukvården ska ges en diagnos, dvs. en beskrivning av skadans natur. Huvuddiagnosen avser det tillstånd (i detta fall en akut skada orsakad av yttre våld) vars behandling varit huvudorsaken till patientens sjukhusvistelse. Därutöver ska varje diagnos obligatoriskt följas av en tilläggs kod som beskriver de yttre omständigheterna kring skadan eller sjukdomen (den s.k. E-koden). Denna indelning görs sedan 1997 enligt den internationella ICD-klassifikationen ”Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997”. Perioden dessförinnan användes ICD 8 (1969-86) respektive ICD 9 (1987-96).

Registrets kvalitet: bortfall och andra felkällor

Externt bortfall: utveckling av vårdtillfällena och vårdtid

Patientregistret innehåller endast uppgifter om de patienter som skrivs in på sjukhusen. Det allvarligaste problemet vid analyser av våldsutvecklingen utifrån denna indikator är därför att alla de personer som drabbas av våld och som enbart vårdas inom sjukhusens akutmottagningar, öppenvård, vårdcentraler, jourmottagningar, skolhälsovård, tandläkare etc. *inte* ingår i statistiken (Socialstyrelsen 2004c). 1997 började även uppgifter från dagkirurgisk verksamhet att samlas in och från 2001 har insamlingen från den öppna verksamheten utvidgats ytterligare till att gälla alla läkarbesök exklusive primärvård. Rapporteringen från den öppna vården har dock för närvarande stora bortfall och andra brister vilket gör den svår att använda (Socialstyrelsen 2004b). Det finns alltså, precis som hos de tidigare redovisade våldsindikatorerna, ett mörkertal som anger skillnaden mellan antal personer som drabbats av våld som kräver vård och antalet registrerade patienter. Det finns idag inga säkra uppgifter på hur stort detta mörkertal är. Från analyser av vårdutnyttjande vid hem- och fritidsolycksfall åren 1998-2002 framgår att var sjunde skada ledde till inskrivning (Socialstyrelsen 2004d). Inskrivningsfrekvensen är vid denna typ av skador kopplat till patientens ålder som i sin tur är relaterat till hur allvarlig skadan är. Bland de äldre ledde nästan varannan skada till inskrivning och detta beror då på att de vid olyckstillfället oftare drar på sig frakturer som kräver längre vårdtid. Av detta kan man dra slutsatsen att de våldsskador som har allvarliga konsekvenser för offret sannolikt har en hög inskrivningsprocent.

En grundläggande felkälla för patientregistrets förmåga att fungera som indikator på våldsutvecklingen är alltså förändringar i vårdsystemet som innebär att patienter placeras utanför eller innanför den slutna vården. Socialstyrelsen (2004a:10) beskriver problemet på följande vis:

*Förändringar i vårdutnyttjande över tiden kan ha flera orsaker. Antalet skadade eller förgiftade i befolkningen kan öka eller minska, behandlingsideologi, ny teknik för diagnostik och behandling kan utvecklas och organisationen kan ändras./.../
Sjukvårdsorganisationen har genomgått stora strukturomvandlingar, sjukhus har lagts ner eller slagits samman och tillgången på slutenvårdsplatser har minskat på många håll.*

Ett sätt att studera i vilken utsträckning det kan ha skett förändringar av sannolikheten att en våldskada blir behandlad inom eller utanför slutenvården är att se på hur många vårdtillfällen som registrerats i den slutna vården. Antalet vårdtillfällen ökade kontinuerligt fram till mitten av 1990-talet för att därefter minska något. Mellan 1974 och 1994 nästan fördubblades antalet vårdtillfällen (från 900 000 till 1,7 miljoner per år). De första åren på 2000-talet har antalet rapporterade vårdtillfällen legat på cirka 1,5 miljoner (Socialstyrelsen 2004b).⁴ Värt att notera är att antalet registrerade vård dagar delvis följer en annan utveckling. Sedan åtminstone 1987 minskar nämligen den totala vårdtiden kontinuerligt. Även den genomsnittliga tid som varje enskilt vårdtillfälle tar i anspråk har minskat tydligt (Socialstyrelsen 2002:189). I klartext betyder det att fram till mitten av 1990-talet tog den slutna vården emot allt fler patienter, en utveckling som delvis möjliggjordes genom att kortare vårdtider frigjorde resurser. Därefter sker en viss minskning (drygt 10 procent) av antalet vårdtillfällen parallellt med en fortsatt minskande vårdtid. Detta betyder också att utvecklingen av vårdtiden respektive vårdtillfällen delvis ska ses som olika företeelser - ett förhållande som är värt att hålla i minnet vid analysen av våldsskadornas utveckling. De av våld skadade patienterna utgör slutligen en mycket liten andel av dem som skrivs in för vård. Åren 1998-2002 vårdades totalt omkring 650 000 personer med yttre orsak angiven och av dessa sistnämnda var det 12 000 som orsakats av våld (Socialstyrelsen 2004a). Detta kan tolkas som att ökning eller minskningar av antalet våldsskador i samhället spelar en mindre roll för tillgången av slutenvårdsplatser.

Internt bortfall och felkodningar

Ett annat problem är det interna bortfallet i patientregistret. Kvalitetskontroller av de uppgifter som lämnas in från sjukvården genomförs kontinuerligt. Varje år finns det ett antal inskrivna skador där den s.k. yttre orsakskoden saknas. Bortfall av sistnämnda "E-kod" innebär att det är omöjligt att avgöra om den diagnostiserade skadan orsakats av våld, är självtillfogad eller beror på en olycka eller en annan orsak. Det interna bortfallet varierar åren 1974-2002 mellan 14,6 och 1,2 procent. Sett till hela perioden är bortfallet i genomsnitt 5 procent (Socialstyrelsen 2004b). En stor del av bortfallet beror på vissa landstings sämre rapportering. Störst har problemen varit i Östergötland men under enstaka år har också stora län som Skåne och Stockholm haft problem. För att motverka effekterna av variationerna i bortfallet kommer

⁴ Motsvarande utveckling framträder även om man ser till *antalet personer* som vårdats med angiven yttre orsak. 1987 var det 132 000 personer som vårdades inom den slutna vården, 1996 hade antalet ökat till 147 000, 1998 minskat till 123 000 och 2002 var nivån tillbaka på 133 000 (Socialstyrelsen 1999, 2004a).

resultaten att baseras på uppvägda tal som skapas utifrån de händelser som har E-kod respektive år. Viktningen kommer därmed att kompensera för bortfallseffekten under samtliga år 1974-2002. Som framgår av Figur 5 i resultatavsnittet handlar det framför allt om en korrigerande av högre bortfall åren 1974-5, 1984-6 samt 1997-2000. Antagandet bakom viktningen är att de fall som har E-kod och de som saknar detta inte skiljer sig systematiskt åt, något som stöds av den följsamhet som åren med låga bortfall visar med de i tid närliggande åren med höga bortfall.

Närbesläktat med problemet med internt bortfall i E-kod är det faktum att det i patientregistret precis som i andra register finns ett mått av osäkerhet i kodningsarbetet. Skador som orsakats av våld kan kodas som osäkra fall eller som självtillfogade vilket leder till en underrapportering. Att detta förekommer visar en specialstudie av våldshändelser som drabbat barn (Socialstyrelsen 2004c). En analys av de enskilda diagnoserna "Misshandelsyndrom" och "Undersökning och observation efter uppgiven våldtäkt och uppgivet sexuellt ofredande", visar att omkring tre fjärdedelar av händelserna kodats helt samstämmigt, dvs diagnos och yttre orsak anger båda att skadan orsakats av våld. Övriga hade dock kodats felaktigt eller saknat yttre orsakskod. Totalt betydde detta att antalet våldshändelser mot barn åren 1998-02 underskattades med drygt 10 procent om man utgick från patientregistrets E-kod. I vilken utsträckning denna underrapportering förändrats över tid finns det inga uppgifter om. I materialet i denna rapport finns det inte heller möjlighet att korrigera för detta förhållande eftersom dessa diagnoser inte funnits i ICD 8 och 9. Att det finns ett omvänt problem med ökad rapportering över tid kan inte heller uteslutas. Den större uppmärksamheten kring våldsproblemet och den ökade kunskapen om våldets konsekvenser kan leda till en större ihärdighet att korrekt klassificera skador som orsakats av våld.

Ett tredje problem som måste tas i beaktande vid analysen är de förändringar som skett i patientregistrets klassifikationssystem. Under den analyserade perioden har det skett två skiften av system vilka kan tänkas ha påverkat registreringen av antalet händelser. 1987 skedde det första statistikändringen då ICD 8 ersattes av ICD 9. En konsekvens av detta skifte var att andelen händelser som klassificerats som "skada med oklart uppsåt" minskade samtidigt som andelen som bedömdes som avsiktliga våldshandlingar ökade (Estrada 2001). Nästa förändring skedde år 1997 då ICD 10 infördes. Denna förändring ledde bland annat till ett ökat bortfall av inrapporterade händelser. Större förändringar vid dessa tidpunkter bör följaktligen tolkas försiktigt.

Förutom de mer allvarliga problem som diskuterats ovan finns också kvalitetsbrister i övriga data. Sålunda finns ett minimalt bortfall i variablerna kön, ålder och vårdtid. För skadediagnoser är bortfallet cirka 1 procent. En specialstudie av diagnosernas kvalitet utifrån ett urval av 2000 vårdtillfällen visade dock att drygt 10 procent av diagnoserna var felkodade och att detta fel framför allt uppstår vid kodningen på sjukhusen (Socialstyrelsen 2004b). Felen beror dels på rena kodningsfel där fel diagnoskod valts för en korrekt diagnos (bedömt efter journalen), dels av felaktiga diagnoser. De felaktigt ställda diagnoserna var vanligast bland äldre och ovanligast bland 15-44 åringar. Då den senare åldersgruppen är den klart dominerande i denna rapports material (se nedan) är kodningsfelen sannolikt ett mindre problem i sammanhanget.

Materialet i rapporten

Det uttag som gjorts för att identifiera våldsskador ur patientregistret bygger på alla *vårdtillfällen* där avsiktligt våld angivits som orsak till den behandlade skadan.⁵ Den grundläggande enheten i rapporten är alltså våldshändelser och inte patienter vilket betyder att om ett och samma offer drabbats flera gånger under ett och samma år kommer samtliga tillfällen att räknas separat. För var och en av de vårdtillfällen som uppfyller kriteriet att ha orsakats av någon form av avsiktligt våld har också information om offrets kön och ålder tagits fram. Därutöver finns uppgifter om i vilket län som skadan behandlats, inskrivnings- och utskrivningsdatum (vårdtidens längd) och typ av skada (diagnos). Materialet är avidentifierat.

Redovisningen i rapporten görs totalt samt uppdelat efter kön och ålder därutöver görs beskrivningar av våldsskadornas grovhet och vårdtidens längd. Hur pass allvarligt våld som drabbat de sjukhusvårdade våldsoffren kan studeras dels genom att man ser till förekomsten av skador orsakade av skjut- respektive stickvapen, dels genom en analys av skadornas huvuddiagnos.

⁵ Detta motsvaras åren 1997-02 av koderna X85-X99, Y00-Y09 (för den tidigare perioden har givetvis motsvarande uttag gjorts). Var och en av dessa koder rymmer information om hur skadan tillfogats patienten. X93-95 innebär exempelvis ett övergrepp genom olika typer av skjutvapen, X99 övergrepp med skärande eller stickande föremål, Y04 övergrepp genom obehäpnat våld osv.

Det finns en stor mängd diagnoser som de våldskadade offren fått (en frekvenstabell över samtliga diagnoser som de inskrivna offren fått är på drygt 60 sidor).⁶ I rapporten särredovisas därför enbart ett mindre urval av alla diagnoser. Målsättningen har varit att skilja ut ett antal entydiga kategorier som återspeglar skador som oavsett behandlingsideologi, teknisk utveckling och organisation är så pass allvarliga att de krävt en omfattande vårdinsats. Allvarliga skador kan med större sannolikhet antas ha lett till inskrivning under hela studieperioden. Indelningen skiljer ut fem olika typer av våldsskador. För det första skador orsakade av skjut -respektive stickvapen. För det andra har den enskilt största diagnosen, hjärnskakning, kategoriserats för sig. För det tredje urskiljs våld som lett till frakturer (t. ex näsben, käkben, revben, armar), dvs. vad som kan betraktas som allvarliga fysiska konsekvenser av våld utan vapen (se t ex Wikström 1990:40). I den femte kategorin har resterande skador hamnat. Sistnämnda kategori innehåller därmed en blandning av skador. Där finns de som diagnostiserats som ytliga (blåmärken) men också sårskador och mer allvarliga skador på de inre organen. Kategorin ”övriga skador” kan därför ses som en tämligen heterogen men samtidigt genomsnittlig grupp vad gäller allvarsgrad och vårdbehov.

Vårdtidens längd är beräknad utifrån utskrivnings- och inskrivningsdatumet. För att minimera effekterna av extremt långa behandlingstider beräknas vårdtiden enbart för de 99,4 procent av våldshändelserna som har en vårdtid kortare än 100 dagar. Därutöver har de (relativt fåtal) händelser som lett till fler än 31 vårddygn men mindre än 100 kodats som 32 dygn. Denna beräkning gör att värdena för genomsnittlig vårdtid blir mer representativa. Som komplement kommer medianvärden också i vissa fall att redovisas.

Som påtalats ovan innehåller patientregistret inte data från hela Sverige förrän år 1987. För att kunna beskriva utvecklingen från 1970-talet och framåt måste därför analysen av utvecklingen avgränsas till de län som rapporterat in händelser från en och samma tidpunkt. Från och med år 1974 finns det uppgifter från ett stort antal län vilka kan ses som tämligen representativa för riket. Bland dessa län finns de tre storstadslänen samt urval av län från övriga Sverige. Konkret handlar det om Stockholm, Uppsala, Kalmar, Gotland, Kristianstad, Malmö (från 1998 Skåne), Halland, Göteborg (från 1998 Västra Götaland), Skaraborg,

⁶ Diagnosförteckningen finns publicerad på Socialstyrelsens hemsida www.sos.se som ”Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker S00-T98, Kap 19 av Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, Svensk version av ICD-10.” Före 1997 måste motsvarande diagnoser hämtas från ICD 8 och 9. Diagnoserna hade då en annan kod vilket ytterligare ökar den totala mängden diagnoser under perioden 1968-2002.

Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg och Jämtlands län.⁷ Under perioden 1987-2002, då samtliga län finns representerade i registret täcker detta urval närmare 75 procent av våldshändelserna. Det finns inget som talar för att exkluderandet av de län som inte ingick i patientregistret innan 1975 på något avgörande vis minskar resultatens representativitet.

Våldsskador som lett till inskrivning på sjukhus

Grundläggande data om våldsskador från patientregistret

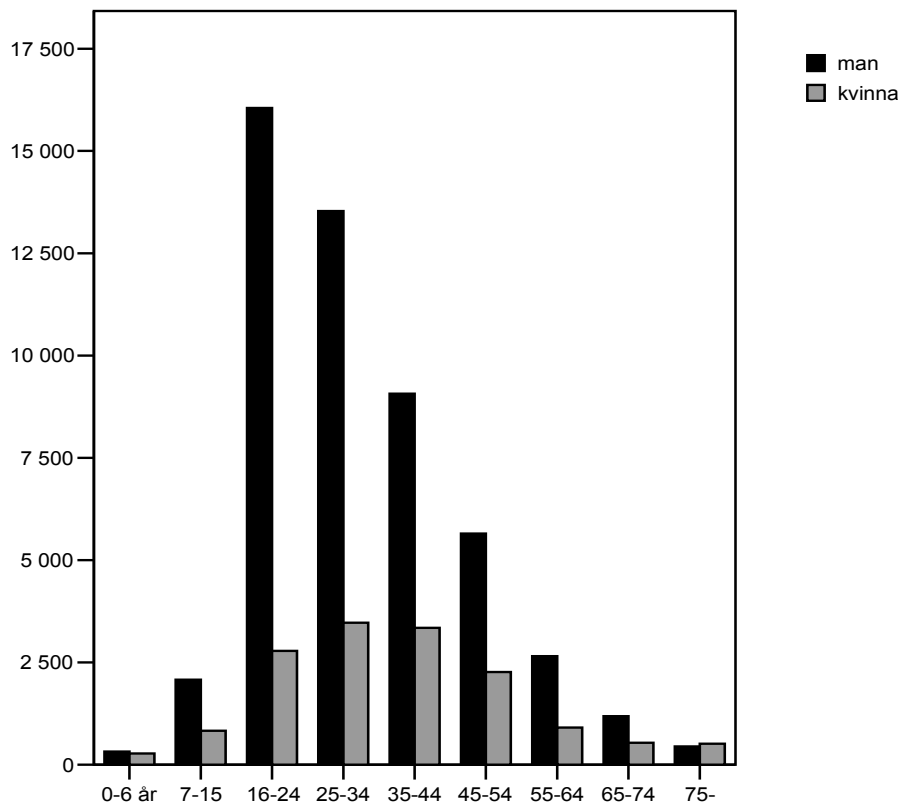
Innan utvecklingstrenderna i patientregistret analyseras ska de sammantagna uppgifter som finns tillgängliga i patientregistret åren 1968-2002 redovisas. De aspekter som är möjliga att beskriva är offrens kön och ålder, var händelsen inträffat, vårdtidens längd samt våldets grovhet i termer av vapenförekomst och skadediagnos. Härigenom erhålls en genomsnittlig bild av de våldshändelser som lett till slutenvård i Sverige. Denna bild kommer att jämföras med andra tillgängliga våldsindikatorer för att på så sätt närmare avgränsa vilken typ av våld som patientregistret främst innehåller.

Kön och ålder

Åren 1968-2002 finns 89 760 vårdtillfällen orsakade av misshandel m.m. registrerade i patientregistret. Av dessa har 77 procent drabbat män och 23 procent kvinnor. Av SCB:s årliga offerundersökningar framkommer att det råder förhållandevis jämn fördelning av utsatthet för våld *eller hot* mellan könen (Estrada & Nilsson 2001, 2004; Häll 2004). Kvinnors utsatthet handlar dock till större delen av *hot om våld* inom hemmet eller i arbetslivet och då oftast av en bekant gärningsman, dvs. handlingar som inte kommer att synas i patientregistret (Estrada & Nilsson 2004:173). Mäns utsatthet handlar oftare om grövre våld på allmän plats där gärningsmannen oftast är obekant. Om man istället ser till andelen som uppgivit att de

⁷ För vissa av de landsting som började rapportera tidigt till registret bedöms en fullständig täckning inträffat senare än 1974 (Socialstyrelsen 2004b). Detta gäller för Göteborg som har fullständiga uppgifter åren 1974-75 men brister 1976 för att därefter ha fullständig täckning. Örebro fullt från 1975 dessförinnan god täckning, Västmanland fullt åren 1974-75, 1977-83 samt från 1985, 1976 saknas Köpings sjukhus, 1984 saknas helt. Dalarna fullt 1973-83 samt från 1985, 1984 saknas helt. Jämtland fullt åren 1964-77, 1979-83 samt från 1985, 1978 stort bortfall och 1984 saknas helt. För beskrivningen av utvecklingen innebär detta att antalet möjliga vårdtillfällen ökar något fram till 1985. Detta problem är dock som framgår av resultatavsnittet sannolikt inte särskilt allvarligt.

utsatts för våld som lett till besök hos läkare, tandläkare eller sjuksköterska i offerundersökningarna så är fördelningen mer lik den som framkommer i patientregistret. Åren 1988-1999 utgjorde männen cirka 70 procent av dem som uppgett att de utsatts för sådant våld (ibid). En motsvarande bild fås av de polisanmälda misshandelsfallen. Kvinnor anmäler främst att de utsatts för misshandel av en bekant (man) medan männen anmäler våld från obekant. Männens andel i sistnämnda kategori är 80 procent, dvs. i nivå med det som framkommer i patientregistret (Kuhlhorn 2004). Slutligen bekräftas könsskillnaden i grövre våld också av de mönster som framkommer i det dödliga våldet. Omkring 2/3 av mordoffren är män och de flesta av dessa har dödats av någon utanför familjen. För kvinnorna finns gärningsmannen oftast inom familjen (Petersson & Rying 2004).



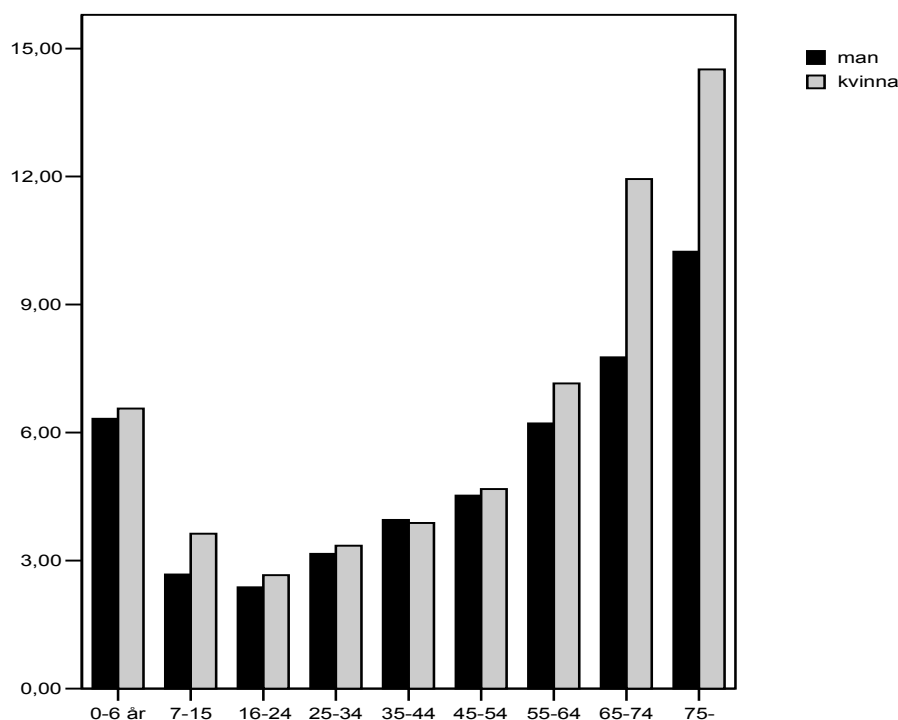
Figur 2. Antal vårdtillfällen pga. misshandel fördelat efter ålder för män respektive kvinnor, 1968-2002.

Medianåldern bland de sjukhusvårdade offren är 31 år (dödligt våld 41 år, Petersson & Rying 2004). Över hälften av offren befinner i åldersspannet 16-34 år. Ålderskillnaderna mellan män och kvinnor är ganska stor. Männens medianålder är 29 mot kvinnornas 36 år. Av Figur

2 framgår att kvinnornas utsatthet är jämnare spridd över livscykelns medan männen har en tydlig topp runt 20 års åldern. Detta mönster stämmer väl överens med offerundersökningarnas uppgifter beträffande utsatthet för våld som krävt någon form av vård (Häll 2004:42). Sammantaget bekräftar alltså andra tillgängliga datakällor de huvudmönster avseende grundläggande offerkaraktäristik som framträder i patientregistret.

Vårdtid

Den genomsnittliga våldsskadan i patientregistret har renderat en vårdtid på närmare 4 dagar (median 2 dagar) vilket tyder på att det våld som täcks är av allvarlig sort. Noterbart är dock att i närmare vart femte fall (16 534 vårdtillfällen) har utskrivningen skett samma dag som inskrivningen. Det finns en skillnad mellan könen där kvinnorna i genomsnitt vårdas drygt en dag längre än männen (4,9 mot 3,6 dagar). En förklaring till detta skulle kunna vara att de kvinnliga offren är äldre. Genom att titta närmare på vårdtidens fördelning i olika åldersgrupper ser vi att detta förklarar en del men inte hela skillnaden. Generellt gäller att vårdtiden är fördelad som en u-kurva där de yngsta och äldsta offren vårdas längst. Av Figur 3 ser vi t ex att den genomsnittliga vårdtiden för offer äldre än 65 år är tre-fyra gånger längre än för offer i åldern 16-24 år. Sistnämnda grupp är de som har kortaste vårdtiden. Skillnaden i genomsnittlig vårdtid mellan könen kvarstår vid kontroll för ålder. I alla åldersgrupper utom bland 35-44 åringar vårdas kvinnliga våldsoffer något längre. Bland barn i grundskoleåldern samt bland pensionärer är skillnaderna påtagliga. Den förklaring som då ligger närmast till hands är att detta har att göra med våldets konsekvenser. Ett förhållande som studeras närmare nedan.



Figur 3. Genomsnittlig vårdtid i antal dagar pga. misshandel i olika åldersgrupper fördelat på kön. 1968-2002.

Vapenförekomst och skadans grovhet

Hur pass allvarligt våld som drabbat de sjukhusvårdade våldsoffren kan studeras dels genom att man ser till förekomsten av skador orsakade av skjut- respektive stickvapen, dels genom en analys av skadornas diagnos. Under perioden 1968-2002 finns 7108 vårdtillfällen registrerade där vapen orsakat den behandlade skadan (8 procent av samtliga händelser). Här finns en påtaglig skillnad jämfört med det dödliga våldet där vapen förekommer i 75 procent av fallen (Petersson & Rying 2004). Kniv förekommer nästan i vartannat fall av dödligt våld medan skjutvapen förekommer i vart femte. Bland de sjukhusvårdade våldsoffren handlar också merparten av de med vapen orsakade skadorna om knivvåld (87%). Manliga offer är överrepresenterade bland de knivskadade (86 procent av offren) medan skottskadorna är fördelade som resten av de registrerade våldskadorna (dvs 77 procent manliga offer). Åldern för offren som skadats med vapen är densamma som för övriga offer.

Vapenanvändning är alltså generellt sett ovanligt vid våldshändelser som leder till sjukvård. Samtidigt är det utifrån faktumet att det dödliga våldet domineras av våldshändelser där vapen förekommit rimligt att anta att när vapen väl används är risken större för att det uppstår en

allvarligare skada, vilket i så fall skulle innebära att vapenskadorna sannolikt har ett lägre mörkertal än andra våldsskador. I den kommande analysen av våldsutvecklingen kan därför våldshändelser där vapen förekommer vara lämpliga att särskilja som en indikator på den grova våldets utveckling. En validering av detta antagande fås när man ser att vapenskadorna som registreras i patientregistret uppvisar en längre vårdtid än övriga våldshändelser. Offer som vårdas för skottskador är inskrivna i genomsnitt dubbelt så lång tid som en misshandelsskada utan vapen (7,3 mot 3,7 dagar). Knivskador hamnar däremellan (4,8).

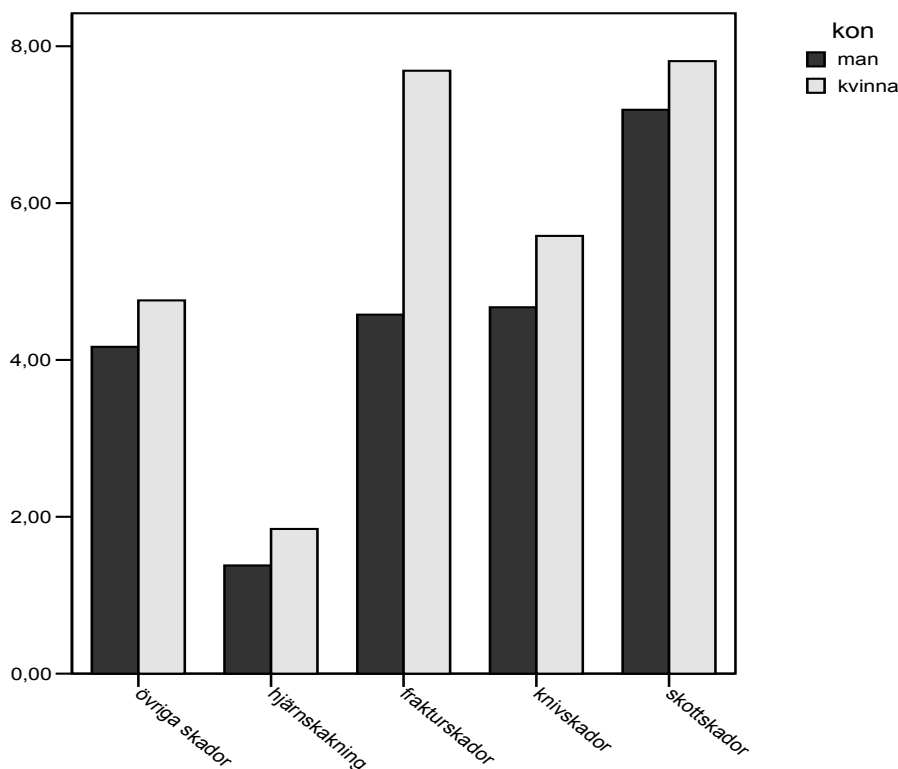
I tabell 1 framgår våldshändelserna uppdelade efter våldets grovhet. Vi kan se att det finns påtagliga skillnader i genomsnittlig vårdtid beroende på typen av våldsskada. Våldshändelser där offret har fått en hjärnskakning leder till förhållandevis kort vårdtid och utgör dessutom ensamt en stor andel av de händelser som lett till inskrivning (28%). Skottskadorna är som påtalats de som kräver längst vårdtid men är samtidigt ovanliga. De våldshändelser som lett till frakturskador (32 %) kräver en ungefär lika lång vårdtid som knivskador. Detta gäller i princip oavsett åldersgrupp även om frakturskadorna har en tendens att kräva en längre tids behandling för de allra äldsta offren (som å andra sidan inte är så många). Restkategorin ”övriga skador” kräver en något kortare vårdtid än kniv- och frakturskadorna men påtagligt längre än hjärnskakningar.

Tabell 1. Våldshändelser i patientregistret fördelade efter våldets grovhet, offrets kön och vårdtid (antal dagar i genomsnitt). 1968-2002.

	Hjärn- skakning	Frakturer	Knivskador	Skottskador	Övriga skador
Vårdtid	1,47	5,2	4,8	7,3	4,3
Andel män (rad%)	79 (29)	81 (34)	86 (8)	77 (1)	68 (28)
Andel kvinnor (rad%)	21 (25)	19 (27)	14 (4)	23 (1)	32 (43)
Medianålder	28	32	32	32	32
Totalt (%)	25 293 (28)	28 891 (32)	6 169 (7)	939 (1)	28 468 (32)

De tydliga skillnader mellan könen kvarstår när man ser till våldets grovhet. En stor del av kvinnornas skador hamnar i kategorin ”övriga skador” som alltså innehåller såväl mer lindriga som vissa mer allvarliga skador. Männens skador handlar något oftare om fraktur- och knivskador. Med tanke på att det ovan visats att kvinnor oavsett ålder vårdas längre tid än männen är det intressant att nu närmare undersöka om detta också gäller oavsett skadetyp. I

Figur 4 ser vi att kvinnliga offer vårdas längre än manliga oavsett typ av skada. Detta antyder att skillnaden i vårdtid mellan manliga och kvinnliga offer till viss del är kopplat till kön och inte enbart är en funktion av våldets grovhet eller offrets ålder. Hur denna könsskillnad ska förklaras kan emellertid inte denna undersökning svara på.⁸



Figur 4. Antal vård dagar i genomsnitt efter våldshändelsens grovhet och kön. 1968-2002.

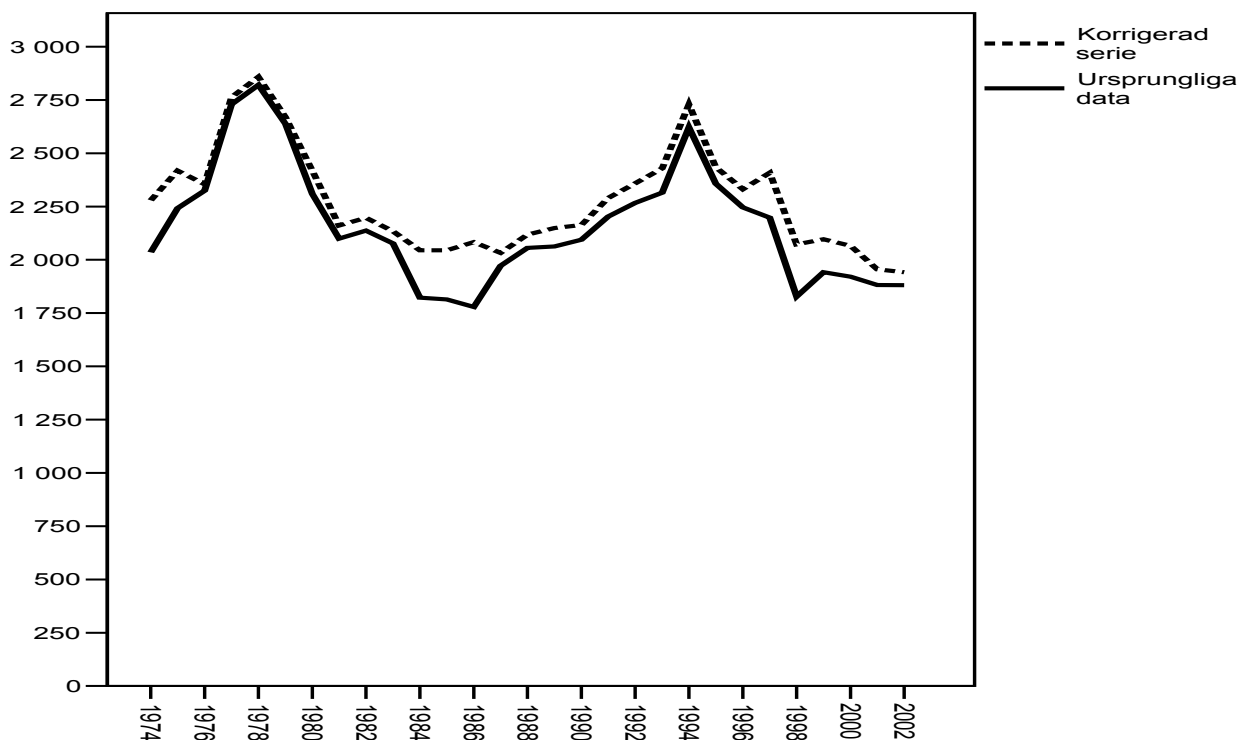
Utvecklingen 1974-2002

Beskrivningen av utvecklingen av antalet våldshändelser som lett till inskrivning kommer att ske efter de kategorier som redovisats ovan. Först kommer den generella utvecklingen att redovisas för att därefter delas upp efter kön, ålder, typ av skada och vårdtid. Som nämnts tidigare kommer denna del av rapporten enbart bygga på de händelser som registrerats i de län som ingått i patientregistret sedan 1974.

Den generella utvecklingen

⁸ En tolkning kan vara att kvinnors längre vårdtid hänger samman med att deras gärningsmän i större utsträckning finns kvar hemma och att de därför får ligga kvar ytterligare någon dag.

Av Figur 5 framgår utvecklingen av antalet registrerade våldshändelser. Grafen innehåller dels de uppgifter som de facto finns i patientregistret, dels de som erhålls vid en korrigering för variationen i bortfall (se ovan) under olika år. Det kan konstateras att den korrigerade serien inte på något avgörande sätt avviker från den ursprungliga samtidigt som den undviker drastiska förändringar p.g.a. stort bortfall under enstaka år. *I fortsättningen kommer analysen att bygga på korrigerade, uppräknade, data.*



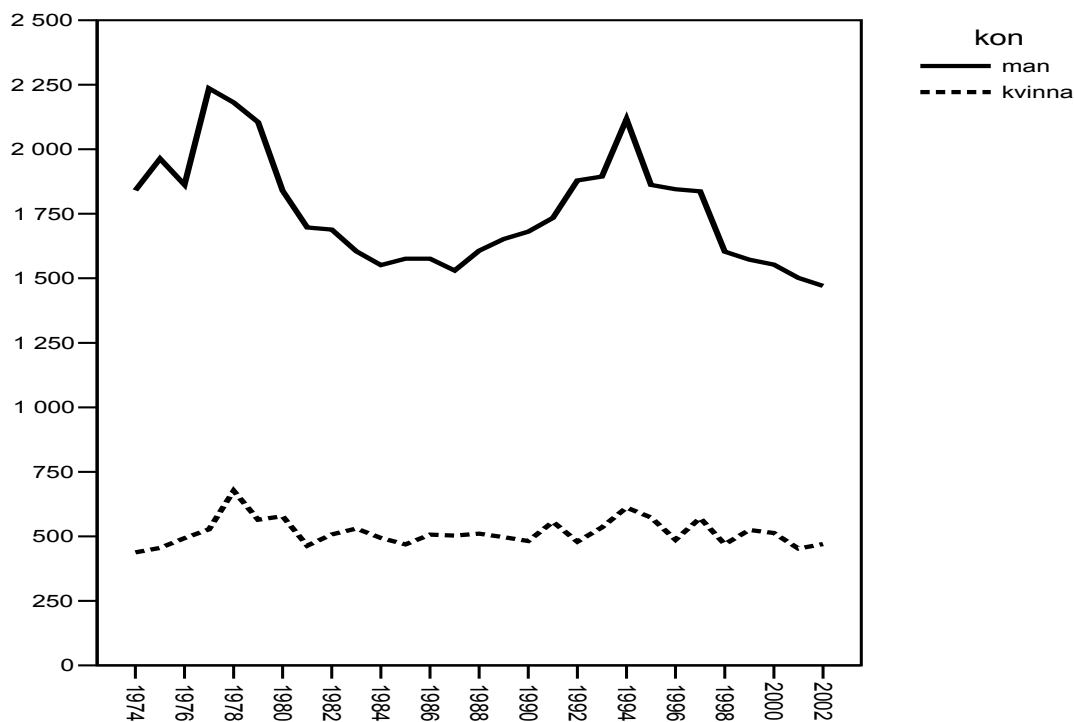
Figur 5. Antal våldshändelser i patientregistret, 1974-2002. Urval av de län som ingått sedan 1974. Ursprungliga data samt för bortfall korrigerade data.

Oavsett serie som utnyttjas ökade antalet behandlade våldsskador i slutenvård under åren 1974-79. Därefter sker snabbt en tydlig minskning och under i princip hela 1980-talet är antalet behandlade våldshändelser på en stabilt lägre nivå än tidigare. Vid slutet av 1980-talet börjar dock antalet händelser öka och vid 1990-talet sker det en tydlig uppgång till de nivåer som rådde vid 1970-talets andra hälft. Efter 1997 framträder ett tydligt brott i serien. Den kraftiga minskningen mellan år 1997 och 1998 (ca 400 registrerade vårdtillfällen) är svår att förklara (statistikomläggningen ICD 9 till 10 sker mellan åren 1996-97). Åren 1998-2002 är nivån stabil men på en påtagligt lägre nivå än första delen av 1990-talet. Den fråga som nu självfallet måste analyseras är i vilken mån denna utveckling på ett godtagbart sätt kan ses som en indikator på det allvarliga våldets utveckling i Sverige.

För den kommande analysen/tolkningen av de utvecklingstrender som framkommer i patientregistret är det intressant att se om det finns grupper som har en från huvudtrenden avvikande utveckling. Som tidigare påtalats drabbas olika grupper i samhället av olika typer av våld. Ett för alla grupper gemensamt utvecklingsmönster skulle därför kunna tas som ett uttryck för att det finns en systematisk felkälla i hur antalet vårdtillfällen som registreras i patientregistret utvecklas. De förändringar som framträder över tid skulle då främst kunna bero på exempelvis sjukvårdens kapacitet att ta emot patienter eller själva statistikföringen och inte på ”utbudet” av våldsdrabbade. Om vi däremot kan se tydliga skillnader i utveckling mellan olika grupper, t.ex. att vissa ökar när andra är stabila eller minskar, så talar detta för att statistiken lyckas återspegla faktiska förändringar i omfattningen av våld hos olika grupper. En alternativ förklaring i sistnämnda fall kan dock också vara att de skillnader som syns främst är en effekt av förändrade prioriteringar.

Kön

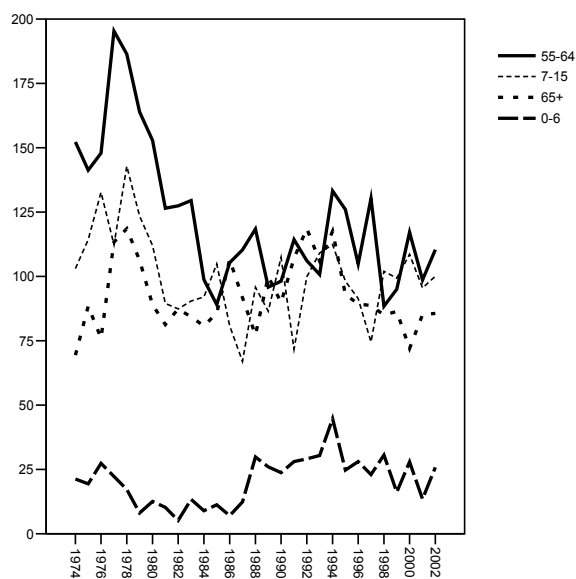
Grovt sett framträder ett likvärdigt huvudmönster för män och kvinnor – högre nivå på slutet av 1970-talet och första delen av 1990-talet respektive lägre på 1980-talet. Samtidigt bör man notera att kvinnorna med undantag för topparna åren 1978 respektive 1994 ligger tämligen stabilt på omkring 500 vårdtillfällen per år i de län som ingått i patientregistret sedan 1974. De kraftiga fluktuationer som återfinns i det totala materialet förklaras därför av att antalet vårdtillfällen för manliga offer ändrats kraftigt mellan olika perioder.



Figur 6. Antal vårdtillfällen pga.våld, efter kön, 1974-2002.

Ålder

I Figur 7a och 7b beskrivs utvecklingen för olika åldersgrupper. Som tidigare nämnts är offren för våld som lett till inskrivning oftast i åldrarna 16-34. Vi kan se att de två åldersgrupper som täcker detta åldersspann genom sin relativa storlek styr huvudtrenden och de kraftiga ökningarna/minskningarna. Speciellt för åldersgruppen 25-34 sker en mycket kraftig minskning av vårdtillfällena under sista delen av perioden. Bland flera av de andra åldersgrupperna och då i synnerhet för de allra yngsta och äldsta offren sker inte alls samma tydliga minskning utan den förhållandevis högre 1990-tals nivån bibehålls.



Figur 7a: Antal våldshändelser, 1974-2002 fördelat på de minst förekommande åldersgrupperna.



Figur 7b: Antal våldshändelser, 1974-2002 Fördelat på de största åldersgrupperna.

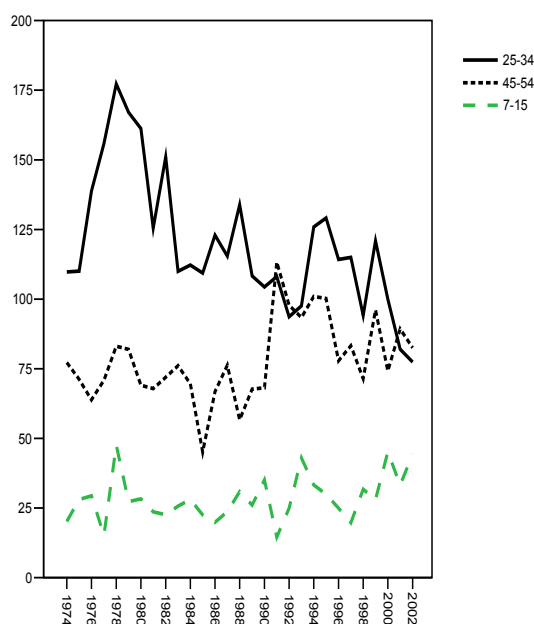
Ålder och kön

Det verkar alltså som att den generella serien över behandlade våldshändelser innehåller undergrupper som har delvis skilda trender. I det följande ska utvecklingen för tre grupper som kan sägas utgöra offer för olika typer av våld studeras närmare:

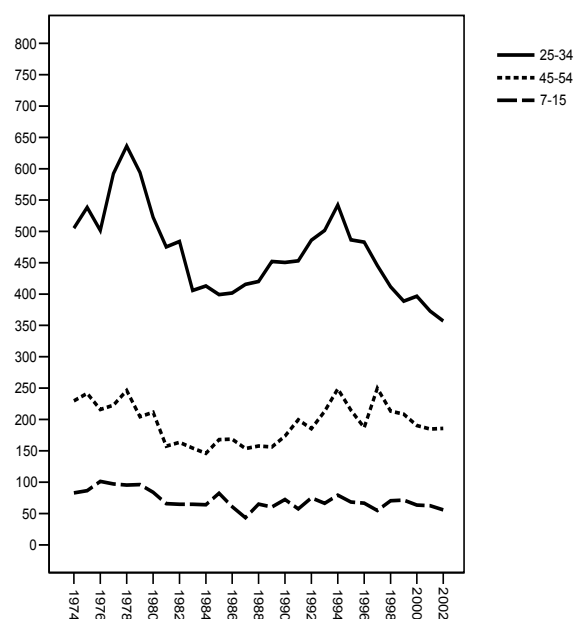
- Barn i grundskoleåldern – drabbas oftast av ”barnmisshandel” från föräldrar eller ”skolvåld” från skolkamrater.
- Yngre vuxna – en grupp som till förhållandevis stor del består av ensamstående personer som deltar aktivt i nöjeslivet och därför löper hög risk att utsättas för ”gatuvåld” från obekanta. För kvinnorna i denna åldersgrupp utgör dessutom ”våld i hemmet” en betydelsefull kategori.
- Medelålders – personer i denna grupp drabbas ofta av ”yrkesrelaterat våld”.

Den intressanta frågan är nu om dessa grupper visar samma trender, vilket då lika gärna skulle kunna återföras på rapporteringsförhållanden som den faktiska utvecklingen. I Figur 8a och 8b framgår att fem av dessa sex grupper uppvisar trender som skiljer sig från det generella

mönster som redovisats tidigare. Dessutom finns det i flera fall skillnader mellan könen inom samma åldersgrupp. Både de kvinnliga offren i grundskoleåldern och kvinnor i medelåldern uppvisar från 1990 en något högre utsatthetsnivå än de hade tidigare, inklusive andra halvan av 1970-talet. Utvecklingen för kvinnor i åldern 25-34 står här i tydlig kontrast genom den såväl kraftiga som kontinuerliga minskning som framträder. Även de manliga offren i åldern 25-34 minskar tydligt, dock inte lika kontinuerligt som kvinnorna. De manliga offren i skolåldern ligger i sin tur tämligen stabilt, speciellt under 1990-talet, och om någon trend ska urskiljas för denna grupp så handlar det om en svag minskning sedan slutet av 1970-talet. De medelålders männen visar slutligen en trend som påminner om huvudkurvan.



Figur 8a. Kvinnor, antal våldshändelser i tre olika åldersgrupper.

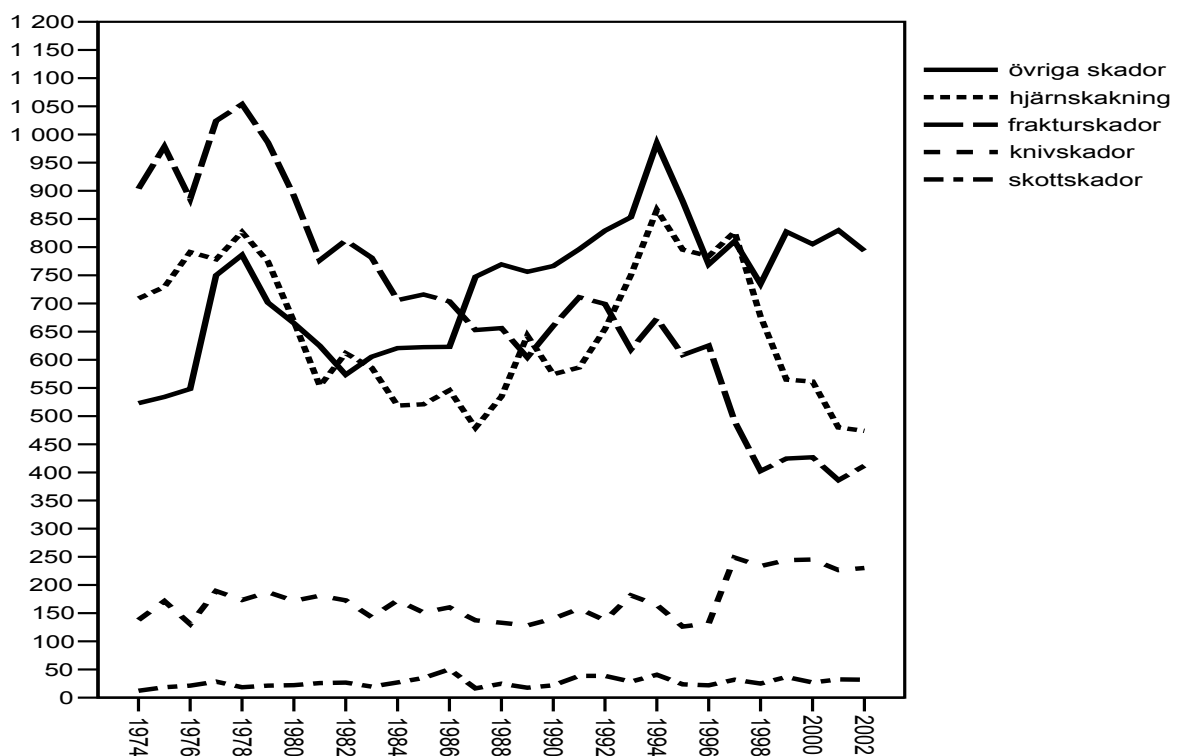


Figur 8b: Män, antal våldshändelser i tre i tre olika åldersgrupper.

Utvecklingen av olika våldsskador

I Figur 9 redovisas utvecklingen av diagnoserna för hjärnskakningar, frakturskador samt vapenskador. Vi har tidigare sett att skottskador generellt leder till de längsta vårdtiderna, vilket kan tolkas som att denna typ av händelser med stor sannolikhet leder till inskrivning för behandling inom slutenvården. Antalet våldshändelser orsakade av skottskador ligger under hela perioden på i genomsnitt 27 per år. Åren 1974-1984 påvisar dock en tydligt lägre

genomsnittlig nivå med 22 skottskador per år. De efterföljande åren finns dock ingen tydlig trend utan nivån varierar kring 30 fall per år. Det är faktiskt så att åren 1985-1993 och 1994-2002 uppvisar precis samma antal skottskador (271 händelser per period). För knivskadorna gäller att nivån är helt stabil åren 1974-1996. 1997 sker en plötslig och kraftig förändring då antalet händelser som klassificerats som orsakade av knivvåld nästan fördubblas (från 132 till 249). En tänkbar förklaring är att detta beror på förändringen av klassifikationssystemet (från ICD 9 till 10) som skedde just detta år. Det faktum att den stabila trenden fortsätter efter klassifikationsförändringen talar också för en sådan tolkning. En noggrannare uppdelning visar att åren 1974-85 registrerades 166 knivskador per år, 1986-1996 var det 145 fall årligen och perioden efter klassifikationsförändringen (1998-2002) handlar det om 235 fall. Varken skott- eller knivskadorna uppvisar alltså någon kontinuerlig (linjär) ökning utan nivåerna förefaller vara stabila under de senaste 20 åren.



Figur 9. Antal våldshändelser som lett till olika typer av skador. Frakturer, hjärnskakning respektive övriga skadediagnoser samt antal händelser där vapen har föranlett skadan. 1974-2002.

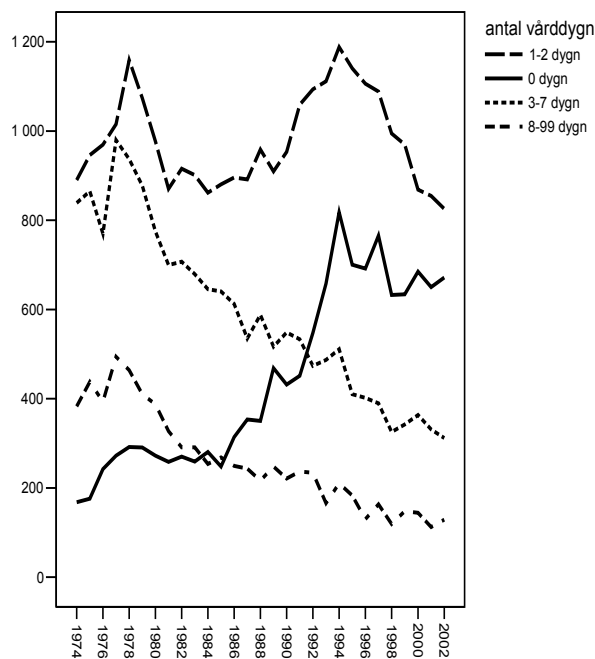
När man ser på utvecklingen av de övriga skadediagnoserna så kan man konstatera att det skett kraftiga förändringar. Från redovisningen av vårdtider vet vi att näst efter vapenskadorna hade frakturer de längsta vårdtiderna medan hjärnskakningar hade de klart kortaste. En frakturskada kan därför ses som ytterligare en indikator på en typ av händelser som i förhållandevis stor utsträckning leder till inskrivning för vård. Det är således intressant att antalet behandlingar av frakturer minskat påtagligt sedan slutet av 1970-talet. Minskningen sker kontinuerligt åren 1980-1990, dvs. under samma period som det totala antalet vårdtillfällen ökar i patientregistret (se metodavsnittet ovan). Därefter kommer en lång period fram till 1997 där antalet behandlade frakturer ligger ganska stabilt. Sedan inträffar en omvänd situation jämfört med knivskadorna – dvs. 1997 minskar plötsligt antalet frakturer kraftigt för att sedan fortsätta ligga stabilt på den nya lägre nivån.

Hjärnskakningar är den enskilt största skadediagnosen vid behandlade våldsskador. Precis som övriga våldshändelser så ökade antalet behandlade hjärnskakningar åren 1974-79. Därefter sker snabbt en tydlig minskning. Vid första delen av 1990-talet sker det en tydlig uppgång. Efter 1997 sker ett tydligt brott i serien och den minskning som då inträffar håller till skillnad från frakturerna och knivskadorna i sig fram till år 2002. Utvecklingen för kategorin ”övriga skador” uppvisar från 1980-talet och framåt en helt annan utveckling. Antalet behandlade skador som inte diagnostiserats som frakturer, hjärnskakningar eller som orsakats av vapen ökar under perioden 1982-90 för att därefter, med undantag för toppåret 1994, stabiliseras kring 800 fall.

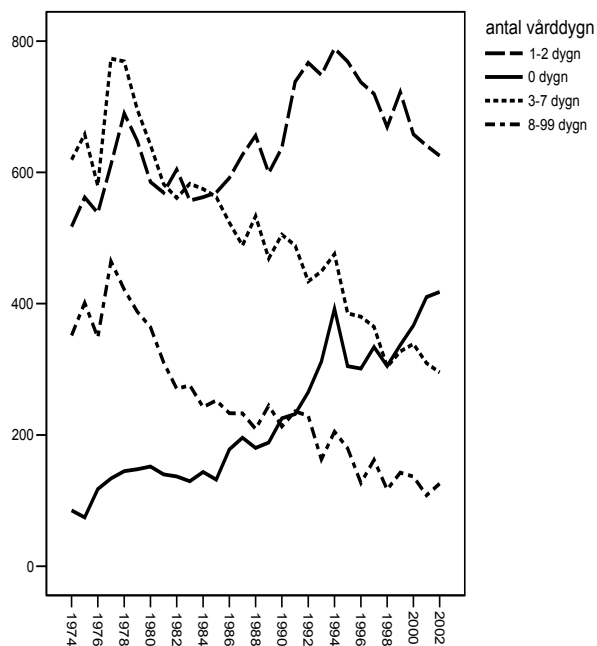
Vårdtidens utveckling

Den tid som våldsskadorna behandlas har minskat påtagligt (Figur 10a och 10b). Under perioden 1974-1985 var det ovanligt att en patient skrevs ut samma dag som han/hon kommit in för behandling. Vanligast var istället att patienten låg kvar 1-2 dygn och det var nästan lika vanligt att skadan behandlades upp till en vecka. Som redovisats ovan finns det emellertid stora skillnader i vårdtid mellan olika skador där speciellt hjärnskakningarna skiljer ut sig genom förhållandevis korta vårdtider. Om dessa exkluderas (Figur b) blir det än tydligare att våldsskador i början av perioden vanligtvis behandlades under flera dagar. Vid senare delen av 1980-talet förändras dock vårdtiden tydligt. Samtidigt som antalet behandlade våldsskador börja öka igen vid denna period blir de korta vårdtiderna vanligare. Vid slutet av perioden är

det inte längre så ovanligt att en våldskadad patient skrivs ut samma dag som skadan inträffat. Det som dock i huvudsak förklarar minskningen av den genomsnittliga vårdtiden är att det sker en kraftig minskning av antalet händelser som leder till längre tids inskrivning. Detta mönster gäller också när man tittar på mer allvarliga skador som frakturer och vapenskador (redovisas ej i figur). Bland exempelvis de vapenrelaterade skadorna finns det en tydlig minskning av de allra längsta vårdtiderna samtidigt som de korta (främst 1-2 dagar) ökar.



Figur 10a. Antal inskrivna dygn pga. våldshändelser 1974-2002.



Figur 10b. Antal inskrivna dygn pga. våldshändelser 1974-2002, hjärnskakningar exkluderade.

Sammantaget är det alltså sannolikt att det skett förändringar i sjukvårdens hantering av våldsskador. Vårdtiderna har minskat framför allt till följd av att allt färre händelser leder till långa inskrivningar inom slutenvården. Detta hänger i viss utsträckning samman med utvecklingen av de allvarligaste våldshändelserna. Sålunda har antalet frakturer som generellt leder till lång tids inskrivning minskat över tid. Samtidigt har vapenskadorna som är den kategori som kräver längst tids inskrivning inte minskat utan legat på en stabil nivå. Vårdtidens minskning kan därför inte förklaras med att våldets grovhet skulle ha minskat. Vad som istället är mer troligt är att både sjukvårdens möjligheter att på kort tid bedriva adekvat behandling ökat samtidigt som också effektivitetskraven skärpts. Bättre behandling

och större krav på effektivitet leder till att patienter kan skrivas ut från slutenvård snabbare än tidigare, inte sällan samma dag som skadan inträffat. Inte desto mindre är det bland speciellt de mer allvarligt skadade offren (exkl. hjärnskakning) fortfarande ovanligt att man blir utskriven samma dag som man kommer in för behandling. Under åren 1998-2002 leder 83 procent av händelserna till inskrivning i minst ett dygn (genomsnittet för hela perioden är 92 procent). Vårdtidens minskning kan därför inte heller tas som intäkt för att offer som fått allvarligare skador överhuvudtaget inte blir inskrivna för behandling. Detta understryks av den generella utvecklingen som redovisades i metodavsnittet. Det totala antalet vårdtillfällen inom slutenvården har alltså ökat under stora delar av perioden samtidigt som vårdtiden minskat kontinuerligt.

Diskussion

I denna rapport har en underutnyttjad indikator över våldsutvecklingen analyserats. Utvecklingen av antalet i slutenvård behandlade våldsskador erbjuder ett komplement till de indikatorer som vi hitintills utnyttjat i Sverige. Det finns självfallet en mängd problem och felkällor kring denna indikator, härvidlag är det inte någon skillnad gentemot andra indikatorer som offerundersökningar och kriminalstatistik. Det tydligaste problemet är mörkertalet. De våldsskador som leder till inskrivning inom den slutna sjukhusvården utgör enbart en mindre del av all av vården behandlat våld i Sverige. Merparten av de offer som söker vård för sina våldsskador hanteras av den öppna vården i sjukhusen, vårdcentraler, jourcentraler, skolhälsovården etc. Det finns för närvarande ingen möjlighet att avgöra precis hur stort detta mörkertal är. Det vore värdefullt om framtida forskning kunde belysa detta.

Den sammantagna bild som framträder när man ser på de närmare 90 000 våldshändelser som finns registrerade i patientregistret under perioden 1968-2002 bekräftar i stora delar de mönster som framkommer vid analyser av andra datakällor om våld. För det första kan det konstateras att det finns en påtaglig skillnad i antal våldsskadade mellan könen. Drygt 75 procent av dem som behandlats för våldsskador är män. Detta är en skillnad som pekar på att det våld som leder till sjukhusvård sannolikt återspeglar allvarligare fysiskt våld mellan obekanta personer. Andelen män har i patientregistret också en tendens att bli större ju allvarligare våldet är. Detta resultat stämmer väl överens med det som framkommer i SCB:s offerundersökningar, polisanmälningar av misshandel (i synnerhet mellan obekanta) samt

statistik över dödligt våld. Vidare är åldersstrukturen på våldsoffren likartad den som hittas i andra datakällor. Allt detta ger stöd för bedömningen att vi i patientregistret har ett representativt material över *fördelningen* av allvarliga misshandelsfall.

Utvecklingen av de registrerade våldsskadorna visar en ökning åren 1974-79. Därefter sker en tydlig minskning och under 1980-talet är antalet våldshändelser på en stabilt lägre nivå än tidigare. De sista åren av 1980-talet påbörjas ånyo en ökning och vid början av 1990-talet sker det en klar uppgång till de nivåer som rådde vid slutet av 1970-talet. Efter 1997 sker emellertid ett trendbrott då antalet behandlade våldsskador plötsligt minskar under ett år för att därefter stabiliseras på en lägre nivå. Denna beskrivning av utvecklingen för åren 1974-2002 gäller dock inte generellt. Antalet vårdtillfällen har för kvinnor totalt legat mer eller mindre stabilt under hela perioden. Ser man mer specifikt på olika åldersgrupper framgår vidare att både de kvinnliga offren i grundskoleåldern och kvinnor i medelåldern fr.o.m. år 1990 uppvisar en något högre utsatthetsnivå än de hade tidigare, inklusive andra halvan av 1970-talet. Utvecklingen för kvinnor i åldern 25-34 står här i tydlig kontrast genom den såväl kraftiga som kontinuerliga minskning som skett. Även de manliga offren i åldern 25-34 minskar, dock inte lika kontinuerligt som kvinnorna. De manliga offren i skolåldern ligger i sin tur tämligen stabilt, speciellt under 1990-talet.

Sammantaget framträder därmed en utveckling som inte är lätt att tolka i termer av prioriteringar inom sjukvården eller andra felkällor som har med själva statistikföringen att göra. Varför skulle i så fall exempelvis kvinnliga offer i åldern 25-34 prioriteras ned i förhållande till män i samma respektive andra åldrar? Varför har antalet inskrivna kvinnliga skolbarn ökat något sedan 1970-talet jämfört med pojkarna? Vad patientregistret istället pekar på är en våldsutveckling som sett olika ut beroende på typ av våld och därmed också för olika offergrupper. Detta förhållande är något som delvis också framkommer i SCB:s offerundersökningar. Utsattheten för våld i arbetslivet uppvisar öknings under de senaste decennierna och då inte minst hos medelålders kvinnor (Häll 2004:58ff). Utsattheten för våld eller hot på allmän plats (gatuvåld) visar i sin tur inga öknings utan snarare en minskande trend sedan 1990 (ibid:61). Slutligen så framgår det av BRÅ:s nationella självdeklarationsundersökningar bland ungdomar i årskurs nio (14-15 år) att utsattheten för våld som lett till besök hos sjuksyster, läkare eller tandläkare legat stabilt för både pojkar och flickor åren 1995-2001 (Ring 2003:34f).

Genom en särskiljning av våldsskador med olika skadekonsekvenser och behandlingstider har det varit möjligt att följa utvecklingen för händelser med olika stor sannolikhet att bli behandlade inom den slutna vården. Mörkertalet (dvs. andelen våldshändelser som inte blir registrerade i patientregistret) kan antas vara förhållandevis lågt i de fall offren för våld åsamkats vapen- eller frakturskador. Analysen visar att utvecklingen av hjärnskakningar, vilket är den enskilt vanligaste diagnosen, följer huvudtrenden. Frakturerna och restkategorin ”övriga skador” uppvisar olika trender. Frakturskadorna minskar tydligt i två faser. Först sker en kontinuerlig minskning under hela 1980-talet. Därefter sker en plötslig minskning efter flera års stabilitet år 1997. De ”övriga skadorna” ökar istället under hela 1980-talet för att därefter stabiliseras på 1990-talet. Den kanske mest intressanta skadekategorin utgörs av vapenskadorna. Både skador som orsakats av stick- eller skjutvapen visar en stabil utveckling. Undantaget är den tydliga nivåförändringen som sker av knivskadorna i samband med statistikomläggningen 1997. Vapenskadornas stabila nivå stämmer därmed mer överens med utvecklingen av det dödliga våldet än statistiken över anmälda försök till mord som ökat kraftigt och kontinuerligt sedan mitten av 1970-talet (från cirka 200 anmälda försöksbrott år 1975 till 750 år 2002, Petterson & Rying 2004:29).

En slutsats utifrån det som hittills framkommit är därför att antalet behandlade våldsskador inom den slutna vården trots alla tidigare påtalade felkällor i åtminstone grova drag lyckas återspegla det allvarliga våldets utveckling i Sverige. Rimligheten i detta ska slutligen analyseras genom dels en beräkning av antalet våldsskador som tar hänsyn till den minskande vårdtiden, dels genom en direkt jämförelse med utvecklingen av den indikator som ligger närmast patientregistrets innehåll – utvecklingen av antalet personer som i offerundersökningar uppger att de utsatts för våld som lett till att de besökt någon form av sjukvård.

Ett försök till validering av våldsutvecklingen

När en ny indikator på ett svärmätt förhållande tas i bruk är det självfallet svårt att avgöra dess giltighet. Därför har resultaten genom hela rapporten jämförts med andra relevanta källor över det allvarliga våldets fördelning och utveckling. Den mest grundläggande frågan har varit hur väl den utveckling som framträder i patientregistret kan anses motsvara det allvarliga våldets utveckling i Sverige. Om andelen våldsskador som leder till inskrivning systematiskt minskar

eller ökar över tid utan att detta har att göra med våldets frekvens eller grovhet kommer tolkningen av utvecklingen bli felaktig.

En indikation på att det skett förändringar i sjukvårdens hantering av våldsskador är den tydliga minskningen i vårdtid. Oavsett typ av skada finns det en minskning av de längsta vårdtiderna samtidigt som de kortare ökar. Antalet fall där patienten skrivs ut samma dag som denne kommit in har gått från att vara mycket ovanligt till ganska vanligt. Denna utveckling skulle kunna ses som ett uttryck för att kraven för inskrivning skärpts under studieperioden, dvs. att mörkertalet ökat.

Det finns dock förhållanden som talar mot en sådan direkt koppling mellan minskad vårdtid och minskad inskrivningsfrekvens. Faktum är att fram till åtminstone 1990-talets början så finns det inget som tyder på att mörkertalet för behandlade våldsskador ökar pga. minskad intagning i slutenvården, snarare tvärtom. Mellan 1974 och 1994 skedde en kontinuerlig ökning av antalet vårdtillfällen (från 900 000 till 1,7 miljon per år) samtidigt som den totala vårdtiden minskat kontinuerligt sedan åtminstone år 1987. Under senare delen av 1990-talet sker en viss minskning (drygt 10 procent) av antalet vårdtillfällen parallellt med en fortsatt minskande vårdtid. I klartext betyder detta att utvecklingen av vårdtiden och antal vårdtillfällen delvis ska ses som olika företeelser.

Oaktat ovanstående invändning kan det ändå vara intressant att fundera på vad en kompensation för minskad vårdtid skulle göra för den trend som framkommit i rapporten. Den eventuellt minskande inskrivningen av våldsskadade patienter borde framför allt ha påverkat de våldshändelser som tidigare lett till korta vårdtider (dvs. 0-1 vårddygn) eftersom det är här det finns utrymme för behandling utan inskrivning. Minskningen i vårdtid för våldsskador som kräver förhållandevis längre tids behandling (2 dagar eller mer) bör i detta sammanhang vara mindre problematiskt eftersom dessa fall torde bli inskrivna – låt vara för en kortare tids behandling än tidigare. Vad vi kan vara tämligen säkra på är nämligen att de allvarligaste våldskadorna som vanligtvis kräver flera dagars behandling med stor sannolikhet finns med i patientregistret. Givet dessa förutsättningar skulle en kompensation över tid för minskningen av antalet skador som inte längre behandlas kunna göras.

Den beräkning som valts är enkel. För det första har alla våldshändelser som åren 1974-1989 lett till 0 vård dagar exkluderats från tidsserien samtidigt som samtliga händelser oavsett

vårdtid ingår åren 1990-2002.⁹ Vad denna beräkning gör är alltså att kompensera för den eventualitet att händelser som tidigare hade korta vårdtider under 1990-talet inte blivit föremål för inskrivning.¹⁰ Utvecklingen av denna beräknade tidsserie över våldshändelser som lett till inskrivning vid slutenvård jämförs slutligen med utvecklingen av antalet personer som i offerundersökningar uppgett att de utsatts för våld som medfört att de besökt någon form av läkarvård.¹¹ Givet att det jämfört med övriga skador är mer oklart om en ökning av de korta behandlingstillfällena vid hjärnskakningar är en indikator för att fler händelser inte skrivs in, görs den slutliga jämförelsen mellan patientregistret och ULF-data exklusive hjärnskakningar.¹²

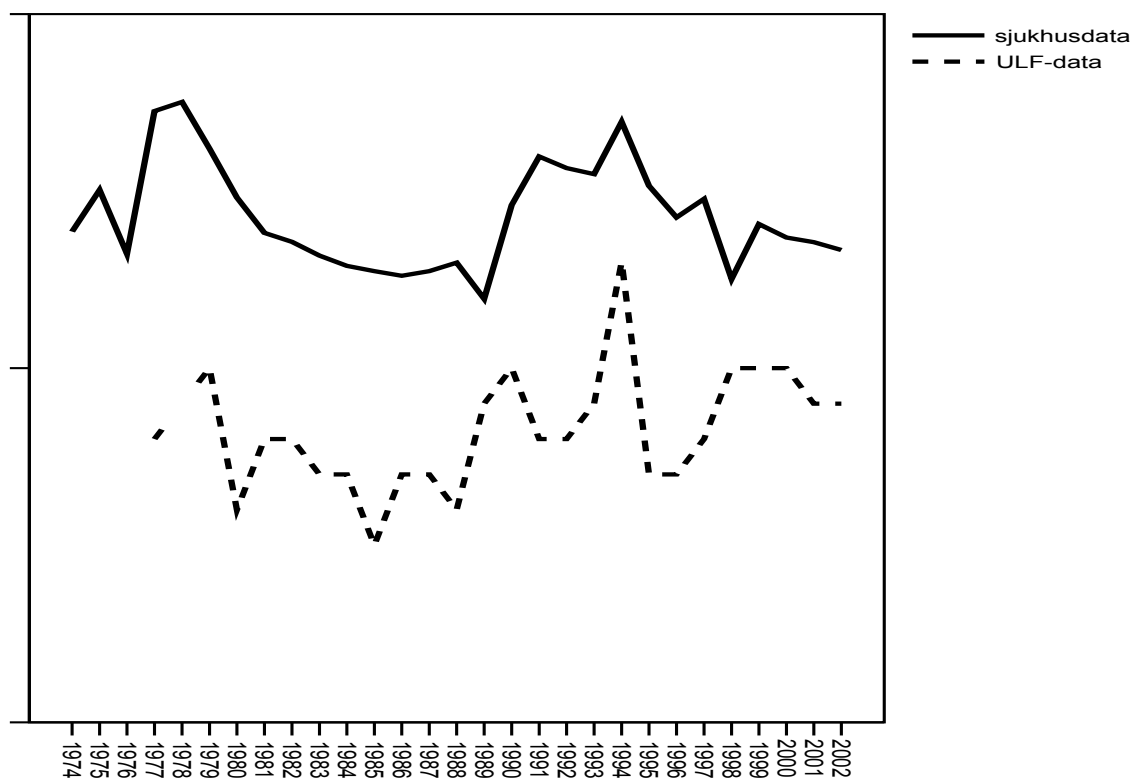
Jämförelsen av de två källor som beskriver våld som lett till sjukvård visar en förhållandevis samstämmig bild. Båda serierna antyder att utsattheten för våld var hög i slutet av 1970-talet, att 1980-talet kännetecknas av en lägre nivå, att det sker en ökning de första åren av 1990-talet som innebär en återgång till de högre nivåer som rådde på 1970-talet samt att våldsutvecklingen efter tydlig topp kring 1994-95 stabiliserats under senare år. Ingen av serierna visar således att utsattheten för våld som lett till att offret uppsökt vård ökat kontinuerligt sedan slutet av 1970-talet. Inte heller att det har skett en ökning under de allra senaste åren. Detta resultat är intressant för diskussionen om våldsbrottslighetens utveckling generellt i Sverige.

⁹ Analyser har också gjorts där samtliga vårdtillfällen som tidigare ledde till 1 vårddygn exkluderats åren 1974-89. Konsekvensen blir en mer drastisk nedgång under 1980-talet och en kraftigare uppgång år 1990 när samtliga vårdtillfällen inkluderas men annars förändras inte tidsseriens huvudtrender.

¹⁰ Ett alternativ förfaringsätt vore att räkna upp antalet vårdhändelser utifrån en kvot som fås om man bestämmer att alla händelser skulle vårdas lika länge som ett visst startår. Detta skulle då motsvara det arbetssätt som valts vid studier om brottutvecklingen där den minskande uppklaringsprocenten för anmälda brott indikerat en minskad upptäcktsrisk (Estrada 1999). Problemet med denna metod är att det med största sannolikhet bygger på en felaktig förutsättning. För det första är sambandet mellan antal inskrivna patienter och vårdtid inte given under studieperioden. För det andra hänger utvecklingen av vårdtiden framförallt samman med att de längre behandlingstiderna minskat, dvs. de allra flesta allvarligt skadade patienter blir inskrivna, låt vara för färre dagar. En uppräkningsmetod som bygger på den genomsnittliga minskningen av vårdtiden kommer därför att kraftigt överskatta utvecklingen av antalet inskrivna vårdtillfällen.

¹¹ Som påpekats av exempelvis Köhler (2004) bör man vid jämförelser av det uppgivna våldet i offerundersökningarna med andra serier flytta ULF-serien bakåt ett år eftersom det uppgivna våldet har skett under de senaste 12 månaderna. Dessutom har analysen av patientdata begränsats till offer i åldern 16-74 år.

¹² Ovan har det visats att de våldshändelser som leder till hjärnskakningar generellt leder till korta inskrivningstider, inte sällan 0 dagar. Eftersom dessa våldsskador dels är förhållandevis många och dels varierat en del över tid har analysen gjorts såväl med dessa skador exkluderade som inkluderade. Skillnaden som uppstår mellan dessa serier (redovisas ej i diagram) är att den serie som innehåller hjärnskakningar har såväl en kraftigare uppgång år 1990 som en kraftigare minskning efter 1994 (jfr Figur 9 ovan) i övrigt är huvudtrenderna desamma.



Figur. Andelen 16-74 åringar som i offerundersökningar uppgett att de utsatts för våld som krävt läkarvård under senaste året (1977-2002) samt beräknat antal behandlade våldshändelser bland 16-74 åringar som krävt minst ett vård dygn år 1974-89 samt oavsett vårdtid 1990-2002 (exklusive hjärnskakning).

Avslutning

Beroende på vilka datakällor som utnyttjas ger analyser av våldsutvecklingen delvis skilda bilder av våldsutvecklingen. Med serien över antalet våldsskadade patienter som skrivits in för behandling inom slutenvården har vi fått ytterligare en datakälla att ta hänsyn till, vilket självfallet måste ses som positivt. Som konstaterades inledningsvis visar såväl offerundersökningar och statistik över dödligt våld en förhållandevis stabil nivå och då inte minst de senaste 15 åren. En av invändningarna mot den stabila bild som erhålls utifrån statistiken över dödligt våld är att detta är en effekt av vårdens bättre hantering av allvarliga händelser (Gustafsson & Köhlhorn 1980; Andersson 2004). Analysen av de händelser som leder till inskrivning på sjukhusen visar dock att antalet allvarliga skador inte ökat under de senaste decennierna. Trots att resultaten i denna studie går emot argumentet om att stabiliteten i dödligt våld beror på att sjukhusen klarar av att hantera fler allvarliga händelser vore det värdefullt att ytterligare studera denna hypotes. Hur vanligt är det exempelvis att offren för

dödligt våld omkommit innan sjukvården haft möjlighet att försöka rädda livet på offret? Hur många var det som tidigare dog efter det att ambulans kommit till platsen? En analys av vad som ligger bakom den kraftiga ökningen av de anmälda våldsbrott som bedömts som försök till mord vore också värdefullt i detta sammanhang.

Givet de resultat som framkommit i denna rapport om en förhållandevis stabil nivå av våldsskador som behandlas inom slutenvården, framstår ökningen av de *polisanmälda* misshandelsbrotten alltjämt som den enda tydliga indikationen på att våldsbrotten ökar i Sverige. Kühlhorn (2004) menar exempelvis att bilden av en ökad våldsbrottslighet som framträder i kriminalstatistiken i stort sett är korrekt. Kühlhorn är medveten om betydelsen av de förändringar som skett beträffande synen på våld och därför fokuserar han på våldet mellan obekanta. Detta våld utspelar sig till stor del utomhus och har klara samband med det alkoholrelaterade nöjeslivet. Argumentet är att denna kategori generellt har en högre anmälningsbenägenhet och Kühlhorn menar att det därför inte är lika troligt att mörkertalet för denna typ av våld förändrats så mycket att det skulle kunna förklara den kraftiga ökningen av dessa anmälningar. Wikström (1990:40) och Estrada (1999:120) har genom studier av polisanmälda misshandelsfall visat att det mellan 1970-1987 respektive 1981-1997 skett en tydlig mörkertalsförändring av det polisanmälda misshandelsfallen i Stockholm. Det är anmälningar där offren har lindriga skador som ökar mest och som därmed står bakom huvuddelen av ökningen i statistiken. Anmälningar där våldet kan klassas som grövre ökar väsentligt långsammare och då främst åren 1970-87. Det vore värdefullt om en motsvarande studie för våld mellan obekanta genomfördes.

Kühlhorn (2004) menar också att offerundersökningarnas resultat stöder hans slutsats att de ökade polisanmälningarna om våld mellan obekanta återspeglar en faktisk ökning av det alkoholrelaterade gatuvåldet. Tolkningen baseras på den korrekta iakttagelsen att andel utsatta personer och polisanmälda händelser är två skilda enheter. När man räknar på antalet händelser av våld (både lindriga, dvs. utan synliga märken och grövre) som intervjupersonerna säger att de utsatts för under de senaste 12 månaderna erhålls en ökning av antalet händelser. Det finns emellertid ett par problem här som bör klargöras i framtida forskning. För det första är som tidigare nämnts osäkerheten i offerundersökningarnas uppgifter kring antal händelser givetvis större än uppgifterna om man överhuvudtaget utsatts under senaste året. I den mån urvalet får med enstaka individer som rapporterar ett stort antal händelser kommer detta att väga tungt. En väsentlig fråga är därför hur fördelningen av den

genomsnittliga ökningen av antalet händelser per utsatt individ ser ut. Är det en mycket liten grupp som rapporterar väsentligt fler händelser eller handlar det om en mer generell ökning i befolkningens utsatthet? Om ökningen beror på att den lilla grupp individer som uppger ett mycket stor antal händelser blivit något större blir tolkningen om en generellt högre våldsbrottslighet orsakad av en uppgång i alkoholkonsumtionen mer osäker. Mest problematiskt är emellertid att ökningen av antalet händelser till stora delar förklaras av våldet i arbetslivet samt i viss mån av våld i hemmet, två våldstyper där kopplingen till ökad alkoholkonsumtion kan finnas men inte är självklar. I kategorin där kopplingen är som mest självklar, gatuvåldet, visar offerundersökningarna en minskning snarare än en ökning det senaste decenniet (Häll 2004:61). Så även om Kühlhorns hypotes att en ökad alkoholkonsumtion ligger bakom en ökad våldsbrottslighet är rimlig givet den historiska koppling som finns mellan den totala alkoholkonsumtionen och våldsbrott (Lenke 1990), återstår det att visa empiriskt för de allra senaste åren. Uppenbart är att patientregistret sällar sig till de indikatorer där inget stöd finns att hämta för att våldet i vårt samhälle skulle ha ökat påtagligt under de senaste decennierna. Härmed blir det också tydligt vad de kanske mest intressanta framtidsfrågorna blir för forskningen kring våldets utveckling i Sverige och andra liknade länder.

Frågan om våldsutvecklingens koppling till övrig samhällsutveckling bör fortsatt studeras ingående. Alkoholpolitiken och alkoholkonsumtionen har genomgått stora förändringar under de senaste decennierna i Sverige (SOU 2004:86). 1990-talet innebar också en ökad polarisering i samhället till följd av den ekonomiska krisen i början av decenniet (SOU 2001:79). Eftersom både alkoholkonsumtion och ojämlikhet i tidigare forskning visat sig vara relaterat till omfattningen och utvecklingen av våld (en genomgång av litteraturen finns hos Lenke 1990 och Westfelt 2001) finns det goda skäl att förvänta sig att dessa förhållanden ska slå igenom i våldsutvecklingen. Det finns därmed också god anledning att fortsätta studera frågan om våldsutvecklingen. Samtidigt har det blivit alltmer uppenbart att det är dags att en generell ökning av våldet inte tas för given. Runt om i Norden visar olika studier att utsattheten för våld håller sig på en stabil nivå under de senaste 10-20 åren (Brink et al 1997; Balvig 2000; Westfelt 2001; Stene 2003; Heiskanen et al 2004). Om den korrekta beskrivningen av våldsutvecklingen visar sig vara att den varit förhållandevis stabil under de senaste decennierna så reser detta förhållande flera teoretiskt intressanta frågor. En rimlig frågeställning är i vilken mån alkoholkonsumtionen har samma förklaringsvärde som tidigare. Har en ökning av alkoholkonsumtionen olika betydelse beroende på konsumtionsmönstrets

utveckling och hur har i så fall denna relation förändrats? När det gäller ojämlikhetens betydelse för våldsutvecklingen finns det exempelvis resultat som antyder att bakom den generellt stabila utsatthetsnivån döljer sig en ökad polarisering i utsattheten mellan olika samhällsgrupper (Nilsson & Estrada 2003, Thacher 2004). En närliggande frågeställning som är väl värd att studera handlar om effekterna av den tilltagande socioekonomiska segregationen på områdesnivå. Kort sagt bör en större del av forskningen kring våldsutvecklingen inte bara fokusera på beskrivningar utan också ta sig an teoretiska frågeställningar.

Litteratur

- Andersson, R. (2002). *Kriminalpolitikens väsen*. Avhandlingsserie nr 10, Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms Universitet.
- Andersson, J. (2004): "Brottsutvecklingen i Sverige 1980-2003", *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 91: 132-143.
- Balvig F. (2000): *Det Voldsomme Samfund. Om vold som problem og faengsel som lösning*. vol. 1 & 2. Köpenhamn: Jurist- og Okonomforbundets Forlag.
- Brink, O., Charles, A.V., Sabroe, S., Jensen, J. and Sorensen, W. (1997). "Mindre Vold og Hyppigere Politianmeldelse", *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 84: 103-114.
- BRÅ (1998): *Konsten att läsa statistik om brott och brottslingar*. Brottsförebyggande rådet. Stockholm: Fritzes.
- Coleman, C. & Moynihan, J. (1996): *Understanding Crime Data. Haunted by the dark figure*. Buckingham: Open University Press.
- Doerner, W. (1988): "The impact of medical resources upon criminally induced lethality: A further examination", *Criminology*, 26: 171-179.
- Doob, AN. & Sprott, JB. (1998): "Is the "quality" of youth violence becoming more serious?" *Canadian journal of criminology*. April/1998, s. 185-194.
- Estrada, F.(1997), "Ungdomsvåld: upptäckten av ett samhällsproblem. Ungdomsbrottslighet i svensk dagspress 1950-1994", *Sociologisk Forskning*, 34: 51-72.
- Estrada, F. (1999), *Ungdomsbrottslighet som samhällsproblem. Utveckling, uppmärksamhet och reaktion*, Avhandlingsserie nr 3. Stockholm: Kriminologiska institutionen Stockholms universitet.
- Estrada, F. (2001), "Ungdomsbrottslighetens utveckling", i F. Estrada & J. Flyghed (red.) *Den svenska ungdomsbrottsligheten*. Lund: Studentlitteratur.
- Estrada, F & Nilsson, A. (2001), "Brottslighet som Välfärdsproblem" i Å. Bergmark, red., *Ofärd i välfärden*, SOU 2001:54, 223-63. Stockholm: Fritzes.
- Estrada, F. & Nilsson, A. (2004): "Exposure to threatening and violent behaviour among single mothers – the significance of lifestyle, neighbourhood and welfare situation", *British Journal of Criminology*, 44:2:168-187.
- Garland, D. (2001): *The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society*, Oxford: Oxford University Press.
- Gustafsson, M. & Köhlhorn, E. (1980): "Våldsbrottsutvecklingen i kriminalsociologisk belysning" i *Brottsutvecklingen*, rapport 1980:3 s. 85-109. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

- Harris, A., Thomas, SH., Fisher, GA. & Hirsch, DJ. (2002): "Murder & Medicine: The Lethality of Criminal Assault 1960 – 1999", *Homicide Studies* 6:128-166.
- Heiskanen, M., Sirén, R. & Aromaa, K. (2004): *Victimisation and fear in Finland 2003*. National Research Institute of Legal Policy, Report 59. Helsingfors.
- von Hofer, H. (1985): *Brott och straff i Sverige*. Urval nr. 18. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- von Hofer, H. (2000): "Criminal Violence and Youth in Sweden: a Long-term Perspective." *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 1/1, 56-72.
- von Hofer, H. (2003): "Crime and Punishment in Sweden. Historical Criminal Justice Statistics 1750-2000". *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 4/2, 162-179.
- Häll, L. (2004). *Offer för vålds- och egendomsbrott 1978-2002*. Rapport 104. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Kühlhorn, E. (2004): "Misshandel" i *Brottsutvecklingen i Sverige 2001-2003*. BRÅ-rapport 2004:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Lenke, L. (1990): *Alcohol and criminal violence - Time series analyses in a comparative perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell international.
- Lindgren, M. (2004): *Brottsoffer i rättsprocessen*. Akademisk avhandling. Stockholm: Jure Förlag AB.
- Nilsson, A. (2002): *Fånge i marginalen – uppväxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar*. Avhandlingsserie nr 8. Stockholm: Kriminologiska institutionen Stockholms universitet.
- Nilsson, A. & Estrada, F. (2003). "Victimisation, Inequality and Welfare during an Economic Recession. A Study of Self Reported Victimisation in Sweden 1988-1999." *British Journal of Criminology*. 43, 655-672.
- Olaussen, L. P. (1995): "Voldskriminalitetens utveckling de to siste tiårene", *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, Vol. 82: 97-116.
- Petersson, L. & Rying, M. (2004): "Dödligt våld", i *Brottsutvecklingen i Sverige 2001-2003*. BRÅ-rapport 2004:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Pollack, E. (2001), *En studie i Medier och Brott*, Akademisk avhandling, Stockholm: Stockholms universitet, JMK.
- Ring, J. (2003). *Stöld, våld och droger bland ungdomar i årskurs nio*. BRÅ-rapport 2003:5. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Rying, M. (2000): *Dödligt våld i Sverige 1990-1996*. LIC-uppsats. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Stene, R. (2003): "Levekårsundersökelsene 1983-2001: Vold og trusler i 20 år", *Samfunnsspeilet*, 2003/1, 2-7.
- Socialstyrelsen (1999): *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 1987-1996*. Stockholm: Socialstyrelsen, EPC. Stencil.
- Socialstyrelsen (2002): *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004a): *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 1998-2002*. Stockholm: Socialstyrelsen, EPC. Stencil.
- Socialstyrelsen (2004b): *Patientregistret. Utskrivningar från slutenvård 1964-2002, kvalitet och innehåll*. Stockholm: Socialstyrelsen, EPC. Stencil.
- Socialstyrelsen (2004c): *Statistik över avsiktligt våld mot barn*. Stockholm: Socialstyrelsen, EPC. Stencil.
- Socialstyrelsen (2004d): *Hem- och fritidsolycksfall i Sverige. Femårsrapport – EHLASS 1998-2002*. Stockholm: Socialstyrelsen, EPC. Stencil.

- SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande från Kommittén
Välfärdsbokslut. Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2004:86: *Var går gränsen?* Delbetänkande av Alkoholinförelutredningen.
Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes.
- Thacher, D. (2004): "The rich get richer and the poor get robbed: Inequality in US Criminal
victimisation 1974-2000", *Journal of Quantitative Criminology*, 20:89-116.
- Westfelt, L. (2001): *Brott och straff i Sverige och Europa*. Avhandlingsserie nr 5, Stockholm:
Kriminologiska institutionen Stockholms universitet.
- Wikström, P.O. (1990): "Våldsbrott" i *Brottsutvecklingen 1989*. BRÅ-rapport 1990:9.
Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Åkerström, M. (1993): *Våld och hot i sjukvårdsarbeten*. Lund: Sociologiska institutionen.
- Åkerström, M. (1996): "'Våldet' en moralisk panik? Emotionellt engagemang eller publika
tyckanden?" i Åkerström, M. (red) *Kriminalitet Kultur Kontroll*, s. 226-244.
Stockholm: Carlssons.
- Åkerström, M. (1997): "Att anmäla våld – en praktik inom lokala kulturer" *Nordisk Tidskrift
för Kriminalvidenskab*, 84:125-132.



Tidigare arbetsrapporter:

- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2000:1**
Malmberg, Bo & Lena Sommestad. *Heavy trends in global developments. Idea platform for MISTRA's future strategy.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2000:2**
Malmberg, Bo & Lena Sommestad. *Tunga trender i den globala utvecklingen.* Uppdrag för Stiftelsen för Miljöstrategisk forskning (MISTRA).
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2000:3**
Lee, Ronald, Mason, Andrew & Timothy Miller. *From Transfers to Individual Responsibility: Implications for Savings and Capital Accumulation in Taiwan and the United States.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2000:4**
Mayer, David. *On the Role of Health in the Economic and Demographic Dynamics of Brazil, 1980-1995.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2000:5**
Galor, Oded & Omer Moav. *Natural Selection and the Origin of Economic Growth.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2000:6**
Malmberg, Bo & Lena Sommestad. *Four Phases in the Demographic Transition, Implications for Economic and Social Development in Sweden, 1820-2000.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2001:1**
Lagerlöf, Nils-Petter. *From Malthus to Modern Growth: Can Epidemics Explain the Three Regimes?*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2001:2**
Sommestad, Lena. *Education and Research in Times of Population Ageing.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2001:3**
Sommestad, Lena. *Health and Wealth: The Contribution of Welfare State Policies to Economic Growth.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2001:4**
Westholm, Erik. *Det utmanade lokalsamhället.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2001:5**
Westholm, Erik. *Challenges for the Local Communities.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2001:6**
Sommestad, Lena i samarbete med Bo Malmberg. *Demografi och politisk kultur. Ett ekonomiskt-historiskt perspektiv på "den starka statens fall".*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:1**
Lundqvist, Torbjörn. *Arbetskraft och konkurrensbegränsning: aktörsperspektiv på den svenska modellen och framtiden.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:2**
Simon, Paul. *Demography and Finance – Finance and Growth.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:3**
Lundqvist, Torbjörn. *Den starka alkoholstatens fall.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:4**
Olsson, Stefan. *Vad är nytt under solen? Om problemet med att veta vad som är nytt i historien och samhället.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:5**
Andersson, Jenny. *Alva's Futures Ideas in the construction of Swedish Futures Studies.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:6**
Essén, Anna. *Svensk invandring och arbetsmarknaden. Återblick och nuläge.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:7**
Barnekow, Erik. *Demografi och finansmarknad – en översikt av empirisk forskning.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:8**
Karlström, Anders, Palme, Mårten och Ingemar Svensson. *The Timing of Retirement and Social Security Reforms: Measuring Individual Welfare Changes.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:9**
Palme, Mårten och Ingemar Svensson. *Pathways to Retirement and Retirement Incentives in Sweden.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2002:10**
Ranehill, Eva. *Social snedrekrytering till högre studier. – En litteraturöversikt.*

- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:1**
Korpi, Martin. *Regionala obalanser – ett demografiskt perspektiv.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:2**
Rydell, Ingrid. *Demographic Patterns from the 1960s in France, Italy, Spain and Portugal.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:3**
Dahlberg, Susanne & Ruth-Aida Nahum. *Cohort Effects on Earnings Profiles: Evidence from Sweden.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:4**
Malmberg, Bo & Thomas Lindh. *Swedish post-war economic development. The role of age structure in a welfare state.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:5**
Essen, Anna. *Kvarboende och äldrevard i hemmet med modern teknik. –Vad hämmar utvecklingen?*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:6**
Ramstedt, Berith. *Free movers som resurs och strategi –utländska studenter i det svenska utbildningssystemet.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:7**
Daumerie, Béatrice. *What future for Europe? New perspectives in post-industrial fertility issues.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:8**
Thalberg, Sara. *Demographic Patterns in Europe. A review of Austria, Germany, the Netherlands, Estonia, Latvia and Lithuania.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:9**
Wasmer, Etienne. *Interpreting Europe and US labor markets differences: the specificity of human capital investments.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:10**
Hrdlicka, Anna. *The future of housing and technology in Japan – the Connected Homes Group Study Tour.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:11**
Thalberg, Sara. *Barnafödandets politik. – En analys av partiernas argumentation i nativitetsfrågan 1997-2003.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:12**
Westholm, Erik. *Leaving Rurality Behind. Re-orientation of spatial policies in Sweden.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2003:13**
Amcoff, Jan. *Regional befolkningsomfördelning bland unga och gamla.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2004:1**
Gartell, Marie & Håkan Regnér, *Inkomstpremier av lärosäten för män och kvinnor som tog en examen under 1990-talet.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2004:2**
Barnekow, Carl, *Diskriminering i den statliga sektorn? - En utvärdering av det statliga pensionssystemet.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2004:3**
Lundqvist, Torbjörn, *Organised Interests, Labour Market and Migration: the Swedish Model.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2004:4**
Westholm, Erik, *Modes of re-territorialisation, Spatial implications of regional competition politics in Sweden.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2004:5**
Malmberg, Bo & Thomas Lindh, *Forecasting global growth by age structure projections.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2004:6**
Blomquist, Sören & Vidar Christiansen, *Welfare Enhancing Marginal Tax Rates: The Case of Publicly Provided Day Care.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2004:7**
Malmberg, Bo & Thomas Lindh, *Demographically based global income forecasts up to the year 2050.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2005:1**
Lundberg, Urban, *Social Democracy Lost – The Social Democratic Party in Sweden and the Politics of Pension Reform, 1978-1998.*

- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2005:2**
Lundqvist, Torbjörn, *The Employers in the Swedish Model. The Importance of Labour Market Competition and Organisation.*
- **Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2005:3**
Nahum, Ruth-Aida, *Income Inequality and Growth: a Panel Study of Swedish Counties 1960-2000.*