



# **Svårläkta sår i Nora**

en pilotstudie med genusperspektiv

## **Svårläkta sår i Nora**

en pilotstudie med genusperspektiv

Pia Backteman, Maria Berggren, Elisabeth Hedström, Anna Swift-Johannison

Januari 2017



## Innehållsförteckning

1.	Vad är Gender Budgeting? .....	4
1.1	Bakgrund .....	4
1.2	Begreppen Gender, Genus och Jämställdhet.....	6
1.3	Syfte med denna rapport .....	6
1.4	Metod .....	6
2.	Varför Gender Budgeting? .....	7
3.	Gender budgeting i vård- och omsorg .....	8
4.	Svårläkta sår.....	9
5.	Resultat .....	9
5.1	Patienternas bakgrund .....	9
5.2	Mötet med vården .....	10
5.3	Civilstånd.....	10
5.4	Kostnader för besöken i vården.....	11
6.	Diskussion .....	13
7	Förslag till fortsatt forskning .....	14

## 1. Vad är Gender Budgeting?

### 1.1 Bakgrund

Under de senaste åren har intresset för Gender Budget, eller jämställdhetsintegrerad budgetprocess, ökat. Begreppet härstammar från den stora Kvinnokonferensen i Peking 1995. Då fastslogs att den bästa vägen till jämställdhet mellan kvinnor och män är jämställdhetsintegrering, eller gender mainstreaming. Det innebär att jämställdhetsfrågorna förs in i organisationers ordinarie styrprocesser, och inte, som tidigare hanteras i form av separata projekt.

En offentlig organisations viktigaste styrprocess är budgeten. Det är genom den som medel fördelas. Det är i budgetprocessen som verksamheten följs upp. I de årliga förhandlingarna inför den nya budgeten bestäms vad som skall prioriteras, och det är här som det finns möjlighet till förändring.

Gender Budgeting handlar om hur vi bemöter människor och hur vi i mötet – ofta omedvetet - fördelar resurser, mellan kvinnor och män, flickor och pojkar. Ibland, men inte alltid, kan man sätta ett pris. Det handlar om att synliggöra skillnader och resonera om dessa är befogade. Det kan ju vara så att det är helt riktigt att ett kön skall ha fler resurser, eller så är detta inte fallet. Gender Budgeting handlar delvis om pengar, men också om pedagogik.

Begreppet har länge varit ganska oklart, många har haft svårt att få grepp om frågan och göra något konkret. Det innebär att det finns fler tolkningar av hur man skall göra för att jobba inom området. Enlig Jämställ.nu, en nätplattform som samlar fakta och metodkunskap om jämställdhet, kan Gender Budgeting utgöras av tre delar:

- Utvärdering av budgetens effekter ur ett genusperspektiv,
- Integrering av ett genusperspektiv på alla nivåer i budgetförarbetet, samt
- Re-strukturering, dvs. en förändring av inkomster och utgifter för att främja jämställdhet.

I det dåvarande Örebro läns landsting fanns det redan i verksamhetsplanen inför 2011 uppdrag som handlade om att genomföra Gender Budgeting. Detta uppdrag har därefter funnits kvar i alla verksamhetsplaner sedan dess. Uppdraget har därefter vidgats till att omfatta fler verksamheter. Vi har också, tack vare stöd från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, haft möjlighet att delta i ett länsgemensamt utvecklingsarbete.

När man granskar en verksamhets budget kan man göra det med olika utgångspunkter. Vi kan titta inuti lådan och se hur resurserna fördelas mellan män och kvinnor, pojkar och flickor i den verksamhet som ryms inom ramen. Ett exempel på en sådan fråga är ”Hur delar män och kvinnor på talarutrymmet på ett sammanträde”? Man kan också granska en verksamhet ur ett vidare perspektiv och titta på vad det är som inte ryms i den aktuella lådan. Vem är det som inte får tillgång till en tjänst, och hur löses problemet då? När välfärdssystem fallerar, vem är det som rycker in och stöttar upp?

Ett tredje angreppssätt är att studera fenomenet i sig, som om det inte fanns någon låda. Här finns det ett socialt eller medicinskt problem, hur kan det lösas, med vilka resurser?

Vi har valt att tala om Gender budgeting, snarare än Gender budget, eftersom vi vill poängtera att det handlar om en process över tid och i riktning mot en ökad förståelse av hur genus påverkar våra liv.

## 1.2 Begreppen Gender, Genus och Jämställdhet

Jämställdhet handlar om män och kvinnor, pojkar och flickor, om relationer mellan könen. Ofta skiljer vi på biologiskt och socialt kön. Det senare kallas ofta för genus (på engelska Gender). Medan biologiskt kön kan uppfattas som mindre komplext är genus beroende av samhället, sammanhanget och situationen. Genus handlar om våra föreställningar om kön och är något som påverkar vårt beteende, till exempel våra levnadsvanor, livsval och hur vi delar upp arbetet i hemmet och på våra arbetsplatser. Makten och tolkningsföreträdet i olika situationer fördelas även de efter kön, vilket bland annat har lett till att kvinnor fortfarande tjänar mindre än män. Vi brukar tala om könsmaktsordning.

Män och kvinnor lever delvis olika liv, utan att det egentligen finns någon biologisk orsak till detta, eller att de aktivt valt att göra så. Det påverkar i sin tur våra kroppar, vilket gör att gränsen mellan biologiskt och socialt kön får betraktas som flytande.

Jämlikhet används ofta tillsammans med jämställdhet, men det begreppet inkluderar fler dimensioner såsom mångfald, funktionshinder, sexuell praktik, religion. Inget av begreppen kan dock betraktas separat, för att förstå maktordningar och diskriminering måste man se att dimensionerna förstärker varandra.

## 1.3 Syfte med denna rapport

Rapporten skall betraktas som en pilotstudie och syftar till att undersöka om det finns några skillnader mellan hur män och kvinnor med svårläkta sår bemöts i primärvård och kommunal omsorg. Finns det skillnader i vilken vård kvinnor och män får? Hur mycket resurser satsas på män, respektive kvinnor?

## 1.4 Metod

Pilotstudien har genomförts vid Nora vårdcentral i Region Örebro län. Tjugo kvinnor och lika många män, vilka samtliga hade diagnosen ”omläggning” valdes ut för en journalgranskning. För att undvika en åldersmässig snedfördelning i materialitet valdes först 20 män ut. Därefter valdes 20 kvinnor efter kriteriet att de skulle var ungefär lika gamla (plus/minus fem år).

En enkät konstruerades för att kartlägga viktiga delar i patienternas anamnes och behandling. Under hösten 2015 granskades journalerna av en av vårdcentralens sjuksköterskor.

Vintern 2016 genomfördes en likadan studie av patienter inom hemsjukvården i Nora kommun. Journalerna granskades av en kommunanställd sjuksköterska. Det visade sig dock att vårdcentralens och den primärkommunala hemsjukvårdens inte var speciellt väl matchade, utan de både organisationen journalförde i stor utsträckning olika företeelser. Denna rapport bygger därför enbart på data från vårdcentralens journaler. Det är dock värt att påpeka att denna brist på matchning kan innebära ett hot mot patientsäkerheten, och försvårar samverkan i kvalitetsarbetet.

Data i denna rapport har sammanställts av regionens jämställdhetsstrateg och analyserats tillsammans med personal vid vårdcentralen, kommunen och hälso- och sjukvårdsstaben, samt en medarbetare från regionens hälso- och sjukvårdsstab.

## 2. Varför Gender Budgeting?

“Vi behandlar alla lika”, är en vanlig invändning när jämställdhet kommer på tal inom vården. Det verkar finnas en stark, nästan reflexmässig, vilja till rättvisa och jämställdhet bland många människor. Att behandla alla lika betraktas som gott och rättvist. Frågan är om det är rätt, eller ens möjligt.

Syftet med vård och behandling är att på individnivå göra så mycket gott som är möjligt, inom ramen för begränsade resurser. Men på strukturell nivå finns även ett annat syfte, att vården skall vara jämlik och jämställd. Det kan innebära att vi måste ge olika insatser till olika individer, beroende på behov. Vi talar idag ofta om patientcentrerad vård, alltså att vården måste anpassas till varje persons situation. Ett annat populärt begrepp är värdebaserad vård, det vill säga att vi skall ge den vård som ger största värde. Men, vad är värde och vad är ett behov; vem bestämmer det?

Inom medicinsk genusforskning talar vi ibland om genusbias, alltså systematiska skillnader i diagnostisering, vård och behandling som beror på kön. Det kan handla om att vården inte har beaktat att det finns skillnader mellan män och kvinnor, utan bedömer alla efter samma mall (vi behandlar alla lika). Men det kan OCKSÅ handla om att man ansett att det som gäller för många kvinnor (eller män) gäller för alla kvinnor (eller män), vilket leder till att den här personen, i det här fallet, inte fått den bästa behandlingen.

Gender Budgeting ger oss möjligheter att tränga igenom och förstå våra mönster. När vi sätter oss ner, tar fram könsuppdelad statistik och analyserar den kan vi få syn på våra mönster. Vi kan se hur vi – medvetet eller omedvetet – fördelar resurser, bemöter patienter och brukare och hur våra gemensamma medel används till kvinnors och mäns fromma.

### 3. Gender budgeting i vård- och omsorg

Innan vi inledde vårt arbete hade några verksamheter inom vård och omsorg genomfört liknande undersökningar. Detta kunde ge oss inspiration till att börja undersöka hur våra verksamheter såg ut. Ett tidigt och berömt exempel på Gender Budgeting kommer från Stockholms läns landsting, och handlar om tvättsäckar. Vid en hudklinik hade man noterat att tvättsäckarna i omklädningsrummet där män klädde om efter att ha fått behandling för psoriasis behövde bytas oftare än säckarna vid damernas omklädningsrum. En journalstudie visade att män i högre utsträckning än kvinnor erbjöds att komma till kliniken för att få hjälp med dusch, skrubb och insmörjning. Kvinnor med samma symtom erbjöds i stället ett recept på en salva för insmörjning i hemmet.

En annan undersökning inom samma landsting studerade i vilken utsträckning pojkar och flickor hade uteblivit från besök hos tandhygienist utan att ha lämnat återbud och beställt en ny tid. Det visade sig att detta fenomen var vanligare bland pojkar än bland flickor. Det var vanligare att barn från fattigare områden inte dök upp än att barn från rika områden inte gjorde det, men mönstret mellan pojkar och flickor var det samma. Även när man tittade på barnens ålder såg det lika dant ut, små pojkar uteblev i större utsträckning än små flickor.

I Botkyrka kommun har man studerat vilka insatser män respektive kvinnor fått inom hemtjänsten. Det visade sig att de kvinnor som fick hemtjänst generellt sett var sjukare än männen. Kvinnorna fick hjälp med omvårdnad, som dusch och påklädning, medan män fick hjälp med hushållsarbete, som matlagning, disk, bäddning och städning. Frågan uppstår - vem gör hushållsarbetet åt de sjukaste kvinnorna?

I Region Örebro län har under senare år utvecklingsarbete inom ramen för gender budgeting genomförts vid område habilitering och hjälpmedel, samt vid medicinkliniken, Karlskoga lasarett. Granskningarna vid habiliterings och hjälpmedel har bland annat fokuserats på förflyttningshjälpmedel och kognitions hjälpmedel. I båda fallen visade det sig att män fick dyrare hjälpmedel än kvinnor. Billiga rullatorer skrevs företrädesvis ut åt kvinnor.

Vid medicinkliniken studerades hjärtinfarkter. Män fick dyrare behandlingar genom ballongsprängning, medan kvinnor oftare fick billigare läkemedelsbehandling. Detta kan delvis förklaras genom att kvinnorna i genomsnitt var äldre.



## 4. Svårläkta sår<sup>1</sup>

Ett sår räknas som svårläkt om det inte läker på sex veckor. Ingen vet hur många äldre som drabbas, men det är många – och det kommer att bli fler. År 2030 beräknas var fjärde svensk vara 65 år eller äldre. Dessutom blir en av de bakomliggande orsakerna, diabetes typ 2, allt vanligare.

Priset är högt. För den enskilde är de envisa såren plågsamma och sänker livskvaliteten, och för vården innebär de höga kostnader. I industriländer går kanske 2–4 procent av hälso- och sjukvårdens budget till problem som hänger ihop med sår.

Det finns stora kunskapsluckor när det gäller vårdorganisationens betydelse för patienter med svårläkta sår. Det gäller t ex betydelsen av specialistmottagningar, utbildning, kommunikation, samordning och kontinuitet.

## 5. Resultat

### 5.1 Patienternas bakgrund

Kvinnorna i den undersökta populationen är något äldre än männen, även om skillnaderna inte är så stora.

Tabell 1: Patientens ålder VC

> 49		50 – 64 ( )		65 – 79 ( )		80 – 95 ( )		95 < ( )	
K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
2	3	1	2	8	10	9	5	0	0

Ungefär hälften av grupperna män och kvinnor var gifta eller sammanboende, den andra hälften levde ensamma. I några fall har civilstånd inte noterats i journalen.

Tabell 2: Civilstånd VC

	K	M
Ensamstående	8	10
Gift/sambo	9	8
Annat	1	1

<sup>1</sup> Texten i detta kapitel är hämtad från SBU-rapporten Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling. En systematisk - litteraturöversikt. (2014)

## 5.2 Mötet med vården

Som framgår av tabell 3, nedan, fanns det skillnader mellan vilken personalkategori som patienterna träffade vid sina besök hos vårdcentralen. Männen hade fler läkarbesök än kvinnorna, medan kvinnorna hade betydligt fler besök hos distriktssköterska.

Tabell 3: Besök på Vårdcentralen

Antal besök	Kvinnor	Män
Hos dl	31	39
Hos dsk	871	690

Det framgick vidare att män har fått fler undersökningar (31) än kvinnor (23), och att 18 män och 11 kvinnor har fått diagnos av distriktsläkare. Vidare hade 18 kvinnor och 23 män fått specialistremiss.

Snittvårdtiden för kvinnor är 36 veckor, för män 28 veckor. Kvinnorna vårdas längre (33 veckor) än männen som vårdas i 25 veckor. Tolv kvinnor och åtta män hade vårdats tidigare för svårläkt sår.

Sexton kvinnor och 13 män har fått antibiotika. För 19 kvinnor och 16 män är behandlingen inte avslutad. Såret var läkt för 12 kvinnor och 13 män.

## 5.3 Civilstånd

Under tiden som analysen fortskred framkom en skillnad som vi inte hade räknat med. Det fanns avsevärda skillnader mellan gifta och ogifta personer. Detta blev tydligt när de 40 patienter som kodats på vårdcentralen specialstuderades, eftersom vi här kan urskilja om patienten behandlats av en läkare eller en sjuksköterska. Som framgår av tabell 6, nedan, var det mycket vanligare att gifta män fått träffa en distriktsläkare än att någon annan typ av patient fått göra detta. I fråga om ogifta män och ogifta kvinnor var skillnaderna mindre. Giftna kvinnor träffade läkare i betydligt mindre omfattning.

Tabell 4: Besök på VC uppdelat på civilstånd

	<b>Kvinnor – sambo/ gift (9 st.)</b>	<b>Kvinnor – ensamstående (9 st.)</b>	<b>Män – sambo/gift (8 st.)</b>	<b>Män – ensamstående (10 st.)</b>
Genomsnittligt antal besök distriktsläkare	1,4	1,9	4,9	2,5
Genomsnittligt antal besök distriktsköterska	57,0	39,0	28,9	39,0

## 5.4 Kostnader för besöken i vården

Det finns en schablonkostnad för besök hos distriktsläkare, respektive distriktsköterska. Det är den kostnad som regionen debiterar patienter från andra regioner och landsting vid besök på en vårdcentral i vår region. Ett läkarbesök på vårdcentral kostar 1850 kr, ett besök hos distriktsköterska kostar 620 kr.

Av tabellen nedan framkommer att Nora vårdcentralers kostnader för att besök hos distriktsköterskor och distriktsläkare hos de 40 patienterna motsvarade knappt 1, 1 miljoner kronor. Av dessa gick ungefär 600 000 till kvinnor, och 500 000 till män. Män fick läkarbesök för c:a 72 000 kr, kvinnor för drygt 57 000 kr, d.v.s. kostnaderna för läkarbesök var högre för män. När det gäller distriktsköterskor rådde det motsatta förhållandet, summan för männens vård var lägre, skillnaden var närmare 100 000 kr.

Tabell 5: Kostnader för vårdbesök- män och kvinnor

	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
<b>Hos dl</b>	31 * 1850 = 57350 sek	39 * 1850 = 72150 sek
<b>Hos dsk</b>	871 * 620 = 540 002 sek	690 * 620 = 427 800 sek
<b>Total kostnad för dl plus dsk</b>	<b>597 352 sek</b>	<b>499 950 sek</b>
<b>Sjukhusvård</b>	18 * 2600 = 46 800	23 * 2 600 = 59 800 sek
<b>Totalkostnad VC plus Sjukhusvård</b>	<b>644 152 kr</b>	<b>559 750 kr</b>

Arton män och 11 kvinnor har fått remiss till sjukhusvård. Ett läkarbesök på infektionskliniken kostar 2 714 kr, en kärldfysiologisk undersökning 2 563 kr. Om ett

slutenvårdsbesök i snitt kostar 2 600 kr blir kostnaderna för dessa besök 46 800 kr för kvinnorna, och 59 800 kr. Det gör en total kostnad för männen på 559 750 kr, och för kvinnorna på 644 152 kr.

Om vi sedan ser på materialet uppdelat på män och kvinnor, sammanboende och ensamstående kan ett mönster urskiljas (tabell 8). Giftna män får den billigaste vården, sammanlagt, men får mycket mer av den dyraste vården, d.v.s. läkarbesök. De får däremot färre besök hos distriktssköterska. Giftna kvinnor har tre gånger så många besök hos distriktssköterska, men bara en tredjedel så många läkarbesök. Ensamstående män och kvinnor har lika många besök hos sköterska, men kvinnorna har fått något färre läkarbesök.

*Tabell 6: Kostnader för VC-besök – civilstånd, män och kvinnor*

	<b>Kvinnor – sambo/ gift (9 st)</b>	<b>Kvinnor – ensamstående (9 st)</b>	<b>Män – sambo/gift (8 st)</b>	<b>Män – ensamstående (10 st)</b>
<b>Genomsnittligt antal besök distriktsläkare/ kostnad</b>	1,4 – 2590 kr	1,9 – 3515 kr	4,9 – 9 065 kr	2,5 – 4625 kr
<b>Genomsnittligt antal besök distrikt- sköterska/ kostnad</b>	57,0 - 35 340 kr	39,0 – 24180 kr	28,9 – 17 918 kr	39,0 – 24180 kr
<b>Sammanlagd kostnad</b>	<b>37 930 kr</b>	<b>27695 kr</b>	<b>26 938 kr</b>	<b>28 805 kr</b>

## 6. Diskussion

Mönstret för vilken vård de studerade patienterna fått på vårdcentralen är intressant. Männen får mer vård av distriktsläkare och fler remisser till sjukhus. Det gäller speciellt de gifta männen, de har betydligt fler besök hos distriktsläkare (4,9) än någon annan kategori. De gifta kvinnorna har det lägsta antalet besök hos distriktsläkare (1,4), men det högsta antalet besök hos distriktssköterska.

Fler män – 18 – än kvinnor - 11 – hade fått en diagnos. Kan diagnosen vara en vattendelare? Om en diagnos sätts tidigt ökar förmodligen chansen till att patienten får rätt behandling. En patient utan diagnos riskerar att läkningsförloppet blir längre och att såret kräver fler omläggningar.

Män får alltså oftare en diagnos, vilket skulle kunna förklara varför de senare haft färre behandlingar från distriktssköterska. Ett läkarbesök är dyrare. Kostnaderna för männens läkarbesök är högre än kvinnornas. Men den sammanlagda kostnaden för vårdcentralen blir ändå högre för kvinnor än för män, eftersom kvinnorna erhåller många fler behandlingar hos distriktssköterska. Utfallet – form av läkta sår är i stort sett det samma, hos tolv kvinnor och tretton män är såret läkt. Det innebär att kvinnorna, trots ett stort antal omläggningar, inte verkar ha blivit friskare fortare.

Vad är finns det för underliggande normer bakom detta? Varför får männen, framför allt gifta män, fler besök hos läkare och fler diagnoser? Finns det andra värden för kvinnorna som tillfredsställs i möten med distriktssköterskan; att bli ompysslad, att få möjlighet till småprat, egentid och goda råd från distriktssköterskan...

Det kan också vara så att gifta män i hög utsträckning får sina sår omlagda av hustrun. Den ovan nämnda studien från Botkyrka tyder på att detta skulle kunna vara fallet. Alla de gifta männens omläggningar finns inte i journalen, eftersom det är hustrun som gör dem. Eftersom gifta kvinnor har fått flest omläggningar av sköterska verkar det inte troligt att gifta kvinnor lika ofta får motsvarande omvårdnad av maken.

När det handlar om den sammanlagda kostnaden för vården eller vårdcentralen skall vi också komma ihåg att det i befolkningen finns fler äldre kvinnor än äldre män. Det som förefaller vara en obetydlig skillnad mellan män och kvinnor kan bli stora summor om man lägger ihop summan på hela patientunderlaget.

## 7 Förslag till fortsatt forskning

Denna rapport bygger på ett relativt litet antal journaler. Det vore mycket intressant om studien kunde upprepas med fler patienter och på fler vårdcentraler.

Vidare vore det intressant att studera vad som händer i det första mötet mellan patienten och vårdcentralen, vad avgör vilka patienter som får träffa en läkare för sitt svårläkta sår? Hur ser bedömningen av behovet ut?

Det vore också intressant att studera hur samspelet mellan distriktssköterskan och patienten ser ut i omläggningssituationen. Skapas det ett speciellt mervärde mellan vårdgivare och vårdtagare, något som kan anses värdefullt med är svårt att prissätta. Slutligen vore det intressant att fördjupa kunskapen om hur patienter med svårläkta sår ser på sitt tillstånd. Är det kopplat till skam, skuld, förnekelse? Hur känns det att be om vård och hjälp? Vad är det som avgör vilken hjälp som efterfrågas? Hur ser relationen till de anhöriga ut?

**Läs mer:**

- SBU-rapporten Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling. En systematisk - litteraturöversikt. (2014)
- Osika, I, m fl, Tvättsäcksprojektet – genusskillnader in på bara skinnet, Läkartidningen 2005, nr 40
- Sundgren Grinups, B, (red), Jämställdhetsintegrerad budgetprocess i kommuner och landsting, 2013
- Sveriges kvinnolobby, Pengar Nu – en handbok i gender budgeting
- SKL, Hemtjänsten i Botkyrka kommun – en gender budgetanalys, 2010
- SKL, (O)jämställdhet i hälsa och vård, 2014

I Region Örebro har vi arbetat med Gender Budgeting analyser sedan 2013.  
Vi har bland annat tittat på:

- Hjärtinfarkter
- Diabetes i öppenvård
- Förflyttningshjälpmedel
- Förnyelse av hörapparater
- Verksamheten i Dövblindteamet
- Hängning av bilder inför tandreglering
- Svårläkta sår

Och vi fortsätter jobba.

För att underlätta det fortsatta arbetet har vi tagit fram Jämställdhetsguiden ”Spelar Roll?”

Kontaktperson: Anna Swift-Johannison, 072 202 7489, [anna.swift-johannison@regionorebrolan.se](mailto:anna.swift-johannison@regionorebrolan.se)

