

# Könsblinda riktlinjer ger kvinnor sämre vård i livets slutskede

TEXT // SOFIA ELWÉR, SUSANNE WALDAU & PETER STREHLENERT

Inom den palliativa vården har ojämlikheter mellan både regioner och diagnoser lyfts fram och problematiserats i flera sammanhang (Öhlén 2014). Men trots att vi vet att kvinnor och män har olika livssituationer (Socialstyrelsen 2007) lyser jämställdhetsanalyser med sin frånvaro inom fältet.

## Socialstyrelsens kunskapsstöd för god palliativ vård (2013) saknar nästan helt aspekten kön

Kön nämns som en faktor utifrån vilken patienter inte får diskrimineras – men inga data om likheter eller skillnader mellan män och kvinnor presenteras. Vad diskriminering skulle kunna innebära framgår inte och därför ges heller inga redskap för att förebygga den.

Orden "män", "kvinnor", "genus" eller "jämställdhet" finns inte med i kunskapsstödet. Istället används könsneutrala benämningar som patienten, den sjuke, anhöriga, närstående och liknande. Detta tyder på könsblindhet och på att man inte har tagit hänsyn till att det finns skillnader i förutsättningar för kvinnor och män.

## Könsblinda riktlinjer ger efterverkningar på regional nivå

En av de slutsatser vi drog då vi analyserade Avancerad Hemsjukvård - AHS, i Umeå ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv var att de könsblinda nationella riktlinjerna ger efterverkningar på regional nivå.

Syftet med analysen var att ta fram ett verktyg som kan användas inom alla områden inom hälso- och sjukvården. Alla delar ju utmaningen att utforma ett kvalitetsarbete som omfattar jämlikhets- och jämställdhetsaspekter – inte enbart vården i livets slutskede.

Analysen omfattade diagnos och ålder men här koncentrerar vi oss på frågan om kön.

Vi började med att definiera de olika stegen i vårdprocessen; remiss, bedömning av remiss, utredning, behandling och värdering av utfall. Analysen guidades sedan av fem frågor som tillsammans skapar ett verktyg för att analysera jämställdhet och jämlikhet inom hälso- och sjukvården.

### Fem frågor visar vägen

Vilka skillnader finns och är de motiverade utifrån befintlig kunskap inom området?

Vilket steg i vårdprocessen bör vi fokusera på utifrån befintlig kunskap?

Vilka data finns för att analysera det valda steget i vårdprocessen?

Vilken kunskap finns om jämställdhet och jämlikhet inom området?

Hur kan vi bidra till att omotiverade skillnader minskas?

**ATT DET NATIONELLA** kunskapsstödet är könsblint var en viktig slutsats i analysens första steg. Detta trots att forskning konstaterar att män och kvinnor har olika förutsättningar och livsvillkor eftersom kvinnor i högre utsträckning lever ensamma i hög ålder (Socialstyrelsen 2007). Kunskapsstödet har inte fullt ut beaktat aktuell och betydelsefull evidens.

Den kunskapsöversikt vi själva gjorde visade att frågan om jämställdhet kan vara relevant i flera skeden i en vårdprocess och att de fem frågorna ovan kan användas i varje steg.

Remisserna analyserades med hjälp av journaldata och kvaliteten med hjälp av indikatorerna i Svenska palliativregistret - SPR. I SPR går det att ta fram resultat uppdelat på kön, diagnos och åldersgrupp. Registret har dock ingen särskild funktion för att jämföra resultat mellan grupper, detta får göras manuellt. Analyserna bestod av jämförelser av medelvärden mellan olika grupper.

**Jämställd tillgång men sämre kvalitet för kvinnor**  
Både remittering och inskrivning i AHS var jämnt fördelad

mellan kvinnor och män. Vår kunskapsöversikt gav oss ingen anledning att tro att behovet av AHS-vård skulle skilja mellan kvinnor och män. Därför betraktade vi tillgången till AHS som jämställd.

Analysen av resultaten för kvalitetsindikatorerna gav en annorlunda bild. För sex av SPR:s tolv kvalitetsindikatorer är resultaten för män och kvinnor likvärdiga. På de återstående sex indikatorerna är resultaten bättre för män. På tre indikatorer är skillnaderna större än tio procentenheter: erbjudet eftersamtal, uppfyllt önskemål om dödsplats och lindring från rosslig andning.

**SKILLNADERNA TILL KVINNORS** nackdel kan hänga samman med att äldre män i högre utsträckning har en partner som bistår i den palliativa vården. Läkarinformation till närstående ges dock i lika hög utsträckning till kvinnor som till män. Det indikerar att även kvinnorna har en närstående. Kvinnornas närstående blir dock inte erbjudna eftersamtal i samma utsträckning. En möjlig tolkning kan vara att eftersamtal framförallt erbjuds till en partner som efterlevande, vilket män har i högre utsträckning.

Men kan inte behovet vara lika stort hos andra närstående för ett eftersamtal, att få hjälp i sorgeprocessen?

Skulason har i sin forskning visat att döende kvinnor i högre utsträckning än män spontant pratar om döden men att ett initiativ till att prata om döden markant ökar mäns benägenhet för samtal om döden (2014). Översatt till efterlevande så skulle det kunna innebära att efterlevande män behöver mer uppmuntran även för ett eftersamtal.

**ATT FÖRSÖKA FÖRSTÅ** skillnaderna blir ett viktigt steg i analysen. Att skillnaderna kan förklaras betyder inte att de är försvarbara. Om ojämställdheten kan förklaras av skilda förutsättningar bör vi istället fokusera på hur vi kan kompensera för dem genom adekvata insatser. Hur dessa åtgärder ska utformas skulle vara ett viktigt tillägg i det nationella kunskapsstödet.

Vi vill också uppmana andra enheter inom palliativ vård att granska sin verksamhet ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv så att en god vård i livets slutskede kan bli tillgänglig för fler människor.



Sofia Elwér  
Hälsoutvecklare,  
Västerbottens läns landsting



Susanne Waldau  
Strateg kunskapsstyrning,  
Västerbottens läns landsting



Peter Strehlenert  
Dåvarande avdelningschef Avancerad  
Hemsjukvård i Umeå, Västerbottens läns landsting

Rapporten finns ännu inte tillgänglig men kontakta Sofia Elwér för ytterligare information:  
e-post: sofia.elwer@vll.se

### Referenser:

Skulason B, Haukdottir A, Ahcic K, Helgason AR. Death talk: gender differences in talking about one's own impending death. BMC Palliative Care. 2014;13:8.

Socialstyrelsen. Forskning som speglar vården i livets slutskede. Sammanställning av aktuell forskning. 2007

Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. 2013

Öhlén J. Do inequalities in end of life care matter? European Journal of Cardiovascular Nursing 2014;13(2):105-107.

EMBED Excel.Chart.8 \s Resultat för palliativ vård i livets slutskede för kvinnor och män inom Avancerad Hemsjukvård på Norrlands Universitetssjukhus, medelvärden för 2012-2014. Källa: Svenska palliativregistret

