

Inte sannolikt att klinikchefen är kvinna

# Fortfarande står valet mellan familj

**I**en artikel i British Medical Journal i januari 1999 redovisar de tre norska läkarna Kari Kvaerner, Olaf Aasland och Grete Botten en studie av faktorer som påverkar sannolikheten för en norsk kvinnlig läkare att inneha en ledande ställning inom sjukvården.

De konstaterar inledningsvis att den norska arbetsmarknaden har anpassat sig till en ökad andel karriärkvinnor dels genom en positiv särbehandling till fördel för kvinnor, dels genom ökad social service. Dubbelarbetande familjer är nu snarare norm än undantag: 56 procent av kvinnorna förvärvsarbetar och 70 procent av männen. Mammaledigheten är 42 veckor med full lön eller 52 veckor med 80 procent, och män har 2 veckors pappaledighet. 60 procent av barnen har kommunal barnomsorg, och

föräldrar har rätt till tio dagars ledighet per barn och år för sjukt barn.

Trots detta och trots en ökning av antalet förvärvsarbetande kvinnor arbetar relativt få kvinnor på ledande positioner inom industrin, affärsvärlden eller of-fentlig sektor i Norge.

Data från Finland talar för att kvinnliga läkare till stor del är uteslutna från beslutsprocesser i medicinsk forskning, men få studier har undersökt relationen mellan specialitet, karriärval och kvinnligt ledarskap inom medicinen. Eftersom ett mål för den norska jämställdhetspolitiken är att föra fram kvinnor på alla positioner för att uppnå jämlikhet, skulle det vara intressant att få veta i vilken utsträckning norska kvinnliga läkare nått högre tjänster.

**Författarna genomförde** en tvär-

snittsstudie omfattande 13 844 icke-pensionerade norska läkare. Från Norska Läkarförbundets centrala register fick de fram uppgifter om ålder, kön, specialitet och yrkeskategori för hela gruppen (3 939 kvinnor och 10 131 män). Därefter skattades sannolikheten för olika kategorier av kvinnliga och manliga läkare att inneha en ledande position på sjukhus, i allmänpraktik, inom akademisk medicin eller i privat-sjukvården. Dessutom undersöktes om en hög andel kvinnliga läkare inom en specialitet har betydelse för sannolikheten att en kvinna når en ledande position inom den specialiteten.

Av männen var totalt 14,6 procent (95 procents konfidensintervall: 14,0–15,4) ledare, andelen för kvinnorna var 5,1 procent (95 procents konfidensintervall 4,4–5,9). Den korregerade sannolikheten för ledande position skattades i en logistisk regressionsmodell med kön, ålder och yrkeskategori som kovariater. Sannolikheten för en man att vara ledare var högre i alla kategorier av ålder och yrke: högsta chansen hade män över 54 år i akademisk medicin, där 57 procent var ledare.

Lägsta sannolikheten, 1 procent, hade kvinnor under 45 år i privat sjukvård. För kvinnliga sjukhusläkare fanns en positiv relation mellan andelen kvinnor i specialiteten och sannolikheten att vara ledare: man beräknade sannolikheten för en 50-årig kvinnlig läkare att ha en ledande position inom allmänkirurgi, internmedicin, anestesi, pediatrik, gynekologi och barnpsykiatri, och fann att hon hade 2 procents chans bland allmänkirurgerna, där bara var elfte läkare var kvinna, men 11 procents chans bland barnpsykiatrerna, där två läkare av tre var kvinnor. Också inom de andra fyra specialiteterna fann man en svag trend till ökad chans för kvinnligt ledarskap med ökande andel kvinnor.

Även om denna studie visar att få kvinnor når ledande positioner är det hoppfullt att se, mot bakgrund av den ökande andelen kvinnliga kandidater, att andelen kvinnliga läkare inom en specialitet kan påverka valet av ledare. Dock visade studien knappast någon ökande andel kvinnliga chefer ens i den yngsta undersökta åldersgruppen (< 45 år), där sannolikheten för en man att

ILLUSTRATION: MAY STRANDBERG

# och medicinsk karriär

vara chef fortfarande var drygt dubbelt så stor inom alla kategorier.

**Eftersom den medicinska** karriärsgången har varit långsam i sin anpassning till medicinens nya profil har det ifrågasatts om kvinnliga läkare har samma möjligheter som sina manliga kolleger, eller om de är utsatta för barriärer som ger dem en sekundär roll. Förutom individuellt begränsande faktorer, som familjepreferenser och brist på ledarskapsambition, har strukturella begränsningar tagits upp som förklaring till att kvinnliga läkare möter osynliga barriärer när de söker höga tjänster. Bristande karriärrådgivning och avsaknad av stöd från chefer och kolleger kan bidra till att de stoppas i karriären.

**Kanter, som studerade** hur organisationers egenskaper påverkar det interna arbetsmarknadsmonstret, fann att andelen kvinnor i en organisation förutsäger chansen för en karriär för en kvinna. Hon menar att kvinnor i minoritet är utsatta för en överdriven uppmärksamhet och brist på integration, reaktioner som inte uppstår i grupper med mindre skev könsfördelning. Alltså måste kvinnogruppen vara tillräckligt stor för att uppnå lägen där organisationsförändringar kan ske.

Trots insikten om dubbla karriärer i familjerna, en jämställdhetspolitik och en ökad allmän barntillsyn visar denna studie att kvinnor inte når högre tjänster lika lätt som män. De få kvinnliga ledare som var med i denna studie arbetade inom allmänmedicin och inom service-specialiteter. Allmänpraktik och samhällsmedicin anses som mindre prestigefyllda specialiteter än de på universitetssjukhus, och i flera studier uppger kvinnor mindre intresse för en akademisk karriär än män.

Även om antalet kvinnor inom medicinen ökar tenderar kvinnor att ha arbeten som karakteriseras av rutinarbete och låg lön. Utvecklingen mot jämlikhet fortsätter att vara långsam och i vissa könsstereotyper specialiteter som kirurgi och internmedicin är kvinnor fortfarande i uppseendeväckande minoritet på ledarpositioner.

**Utan att förbise** problemet med dis-

kriminering måste man ändå ställa frågan om underrepresentationen av kvinnor i ledande positioner reflekterar en systematisk, underliggande effekt som gör att kvinnor helt enkelt inte väljer att ta på sig tunga, ansvarsfyllda positioner. Då det är svårt att komma ifrån den traditionella kopplingen mellan ålder och ställning som är så tydlig inom medicinen, hamnar kvinnorna i en valsituation där de måste välja mellan makt och inflytande eller familj och emotionella kontakter. Även om äktenskap och barn traditionellt är begränsande faktorer för kvinnliga läkares karriär påverkar också andra faktorer negativt: jourer och långa arbetsdagar frestar på ett förhållande, speciellt som hänsyn ofta måste tas till partners karriär. Även i dubbelarbetande hushåll är det traditionellt kvinnorna som har ansvar för hemmet. Denna studie talar för att kvinnliga läkare prioriterar familj och andra emotionella åtaganden. En ny utvärdering av kopplingen mellan karriärmöjlighet och ålder är nödvändig. Mer utrymme för deltidsarbete och flexibilitet i karriären skulle göra det möjligt att först ge familjen företräde och senare rikta sin strävan mot inflytelserika medicinska positioner.

**Sammanfattningsvis hävdar** författarna att det, trots en jämställdhetspolitik med positiv kvinnlig särbehandling och en liberal arbetsmarknad som uppmuntrar kvinnlig medverkan, fortfarande är svårt för norska kvinnliga läkare att nå höga tjänster. Ledande positioner för kvinnliga läkare finns inom allmänmedicin där arbetstiderna är regelbundna. Ett hoppfullt fynd är att sannolikheten för kvinnor att nå högre tjänster ökar i och med att andelen kvinnor inom specialiteten ökar. Resultatet talar för att kvinnor måste välja mellan familjeåtaganden och inflytande i medicinskt ledarskap.

## Referenser

- Kanter RM. Men and women of the corporation. New York, Basic Books, 1997.  
Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. BMJ 1999; 318: 91-4.



## KRÖNIKÖREN

**KAJSA GIESECKE**  
narkosläkare, anestesiavdelningen,  
Huddinge sjukhus

*”Trots insikten om dubbla karriärer i familjerna, en jämställdhetspolitik och en ökad allmän barntillsyn visar denna studie att kvinnor inte når högre tjänster lika lätt som män.”*