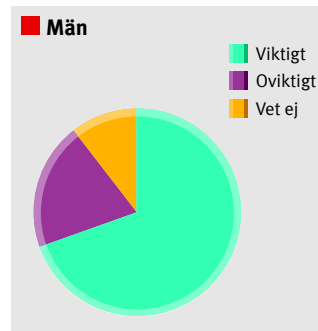


Läkarförbundet vill få specialitetsvalet mer

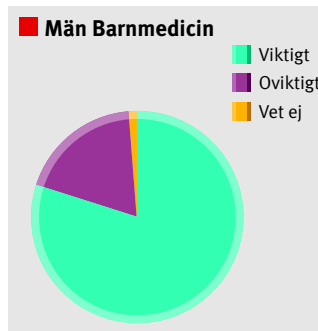
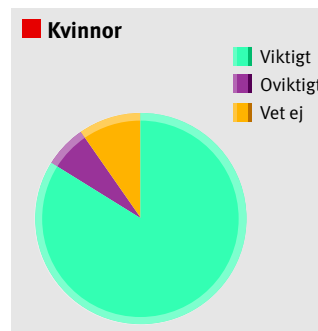
Läkarförbundets centralstyrelse har antagit en handlingsplan för att öka jämställdheten bland specialistläkarna. Syftet är att få män och kvinnor att göra könsneutrala val av specialitet, att välja efter intresse och förmåga.

Till grund för planen »Jämställt specialitetsval« ligger en enkätundersökning från 2006. Läkarförbundet bad då landets legitimerade läkare att via mejl svara på frågor om specialitetsval och arbetsliv. Cirka hälften av de tiotusen tillfrågade svarade. Materialet har efter analys lett fram till tre rapporter och en åtgärdslista. Ett nytt jämställdhetsmål skrivs också in i Läkarförbundets verksamhetsplan. Kvinnor och män ska ha samma möjlighet att göra aktiva val av specialitet med utgångspunkt från eget intresse och lämplighet. För att uppnå detta kommer Läkarförbundet att i arbetspartsställning samverka, kartlägga och sätta upp konkreta mål för jämställdhetsarbetet. Det konkreta arbetet sker lokalt, men förbundet avser att tillhandahålla metoder och verktyg för måtbara mål.

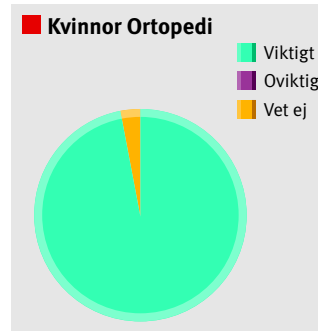
Upprinnelsen till hand-



En klar majoritet av både de manliga och de kvinnliga läkarna anser att det är viktigt att uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval ...



... och uppdelat efter kön har kvinnor inom ortopedi och män inom barnmedicin i störst omfattning svarat att det är viktigt.



lingsplanen är en motion till Läkarförbundets fullmäktige 2004 från Kvinnliga läkares förening. En omfattande undersökning och fyra år senare utökas Läkarförbundets jämställdhetsarbete.

Varför har processen tagit sådan tid?

– Det handlar om svåra och komplexa frågor. Undersökningsmaterialet har varit omfattande, och det har också varit svårt att tolka resulta-

ten. Detta i kombination med att vi haft ont om statistiker gör att det har tagit lång tid att ta fram en handlingsplan, säger Marie Wedin, vice ordförande i Läkarförbundet och själv specialist inom en manligt dominerad specialitet.

– Jag är ortoped, och tycker verkligen att ortopedin har all anledning att se över sin verksamhet. Om man inte får in fler kvinnor riskerar läkarbristen bli oerhört mycket större än var den redan är, säger Marie Wedin.

Ansvariga för de olika specialiteterna bör kunna hämta mycket hjälp i enkäten, enligt Marie Wedin. Ett tydligt resultat i undersökningen är till exempel att kvinnor upplever sig bli annorlunda behandlade, av såväl kollegor som patienter, än vad män uppger sig bli.

– Det är anmärkningsvärt om man blir annorlunda bemött i kraft av sitt kön. Men läkar-specialiteterna skiljer sig åt, olika specialiteter har kommit olika långt. Förr i tiden valde man specialitet utifrån lön, prestige och karriärmöjligheter. Enkäten visar att så inte längre är fallet. Det intressanta är vilka hinder vi finner på vägen, säger Marie Wedin.

Andelen kvinnor ökar inom alla specialiteter

Från 1999 till 2007 har antalet specialistbevis utfärdade till kvinnor ökat från 8 256 till 10 512. Under samma tid har antalet specialistbevis utfärdade till män minskat från 17 066 till 16 522, visar Läkarförbundets »Läkarfakta 1999–2007«.

Intresse, självständighet, trivsel vid kliniken, variation av arbetsuppgifter och patientkontakter är de faktorer som styr läkares val av specialitet oavsett kön, enligt förarbetena till handlingsplanen. Men den inbördes rangordningen varierar. Båda grupper prioriterar »personligt intresse«

och »rik variation av uppgifter« högt (där kvinnor toppar med det förstnämnda, män med det senare). Kvinnorna har på tredje plats satt »mycket patientkontakt« medan männen anger »hög grad av självständighet«. Kvinnor väger dessutom fler aspekter mot varandra än vad män gör, visar enkätundersökningen.

Andelen kvinnor ökar inom samtliga specialistgrupper. De kvinnodominerade specialiteterna, det vill säga med mer än 60 procent kvinnor, är i fallande ordning: gynekologisk onkologi, barn- och ungdomspsykiatri, dermatologi, geriatrik samt obstetrik och

gynekologi. Extremt manligt dominerade är några små specialiteter som kärnkirurgi (95 procent män) och neurokirurgi (91 procent). Men också inom ortopedi, urologi och kirurgi är drygt åtta av tio specialister män.

Goda ledare är en viktig bidragande faktor vid val av specialitet, visar rapporten. Lön uppges däremot vara mindre viktig för både kvinnor och män. I stället vill man kunna kombinera arbete med föräldraskap, vilket särskilt framhålls av kvinnorna. För män blir frågan viktig först när man överväger att byta specialitet.

Glappet är däremot stort i hur jämställd läkare uppfattar lönesättningen vara. Var femte kvinna men hälften av männen uppger att det inte finns »löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare som beror på kön«. Diskrepansen mellan manliga respektive kvinnliga läkares uppfattning stiger med ökad ålder. Inom de 20 största specialiteterna varierar kvinnors genomsnittslön jämfört med mäns, från 94 procent inom ortopedi till 99 procent inom kardiologi. Övriga specialiteter varierar mellan 96 och 98 procent. Vid en jämförelse mellan 2002 och 2007 års lö-

jämställt

Den omfattande enkäten som ligger till grund för handlingsplanen bekräftar att villkoren för specialistläkarna skiljer sig åt utifrån kön. En farhåga bland kvinnor i kvinnodominerade specialiteter är att den ojämna könsfördelningen kommer att öka, medan någon motsvarande oro inte har uttryckts i manligt dominerade specialiteter.

Enligt Jämställdhetslagen är arbetsgivaren skyldig att arligen kartlägga och analysera bestämmelser och praxis om löner och andra anställningsvillkor samt löneskillnader mellan kvinnor och män som utför lika eller likvärdigt arbete. Förekommande löneskillnader ska bedömas avseende direkt eller indirekt samband med kön.

De flesta av Läkarförbundets medlemmar har individuella och differentierade löner, som ska avspegla uppnådda mål och resultat. En förutsättning för att en sådan lönesättning ska fungera är dock att arbetsgivaren har arbetat fram långsiktiga lönepolitiska riktlinjer och lönekriterier. Lönespridningen bland kvinnor är lägre än bland män.

Marie Närlid

ner har skillnaden mellan kvinnors och mäns medellön ökat i nio specialiseringar. I fyra specialiseringar har skillnaderna minskat och i sju syns ingen förändring. 2002 skiljde sig inte kvinnors genomsnittslön från deras manliga kollegors inom specialiteterna rehabilitering och hud.

2007 uppnås inte 100 procent i någon specialitet. Något samband mellan hög andel kvinnor i en specialitet och låg medellön inom specialiteten har inte kunnat påvisas statistiskt, enligt Läkarförbundets analys av webbenkäten.

Marie Närlid

Norge satsar på allmän vaccinering mot HPV

Sverige avvaktar fortfarande med att införa allmän vaccination mot HPV. Socialstyrelsen föreslog i våras att flickor i årskurs fem och sex i framtiden ska vaccineras mot HPV, men några föreskrifter har inte utfärdats och finansieringen är inte löst.

I Norge har man däremot bestämt sig. Där anslår regeringen i höstens budget 57 miljoner norska kronor för att införa allmän vaccinering av flickor i årskurs sju från och med läsåret 2009/2010. Norges hälsominister Bjarne Håkon Hanssen säger i ett pressmeddelande att vaccinet effektivitet är väldokumenterad och att programmet kommer att leda till en halvering av antalet fall av livmoderhalscancer på sikt.

De invändningar som finns mot allmän vaccinering i Sverige är att det är dyrt och att långtidsskyddet inte är klarlagt. Det finns också en oro att vaccination kan leda till att färre kvinnor deltar i det befintliga screeningprogrammet, då vaccinet inte skyddar mot alla HPV-varianter. **ML**

Rätten att gå på nationella taxan får överlåtas

I en remiss till lagrådet föreslår regeringen nu att rätten att verka enligt den nationella taxan kan överlåtas till den som tar över en privat praktik.

Det nya samverkansavtalet med landstinget ska innehålla motsvarande villkor som den tidigare läkaren haft. Men landstinget kan ändra villkoren om den överlåtande vårdgivaren godkänner detta.

Den som bjuder högsta pris för verksamheten får ta över samverkansavtalet – det kan inte vara någon med rätt till ersättning inom vårdvalsystem.

Förslaget innebär att det skrivs in i Lagen om läkarvårdsersättning att läkare är skyldiga att rapportera uppgifter till nationella hälsodataregister samt att visa upp patientjournaler för landstinget. Lagändringarna föreslås gälla från den 1 april 2009. ■

Två av tre oroliga för mobilanvändning

Apropå artikeln om Interphone-studien i LT nr 41 (s 2828–31) ställde lakartidningen.se frågan »Är du orolig att mobilanvändning på lång sikt kan medföra hälsorisker?«.

Svar: Ja: 69 procent (265 klick). Nej: 24 procent (92 klick). Vet ej: 7 procent (28 klick). ■