

# Sjukvården har inte råd med fortsatt diskriminering av kvinnor

En ny studie från USA bekräftar bilden av inbyggd diskriminering i den akademiska karriären och lägre lön för kvinnliga läkare trots samma kompetens och arbetsinsats. Den visar dessutom att diskrimineringen tilltar. Men det finns också goda tecken. Ett är det aktiva intresset för jämställd arbetsmiljö och jämställd vård som verksamhetscheferna visat i en chefsutbildning i jämställdhet inom Stockholms läns landsting. Vid bedömningen av forskningsansökningarna till regionala ALF-avtalet i Stockholm ingår genusperspektivet numera i poängsättningen. Och inom EU läggs i sommar en resolution om jämställd vård och krav på genusperspektiv i medicinsk forskning.



**BIRGITTA EVENGÅRD**  
överläkare, docent, klin adj lektor, Karolinska Universitets-sjukhuset Huddinge; jämställdhetsansvarig, koncernstaben, Stockholms läns landsting  
[birgitta.evengard@sll.se](mailto:birgitta.evengard@sll.se)

II Det finns fortfarande, märkligt nog, personer i ledande ställning på sjukhus i Sverige som tror att då det nu finns många kvinnor som läser medicin och som forskar så kommer jämställdheten med automatik i sinom tid.

Det är märkligt att ignoransen finns eftersom det sedan början av 1980-talet har kommit en rad studier, framför allt från USA, som pekat på att kvinnor diskriminerats vad gäller lön och karriär-gång i klinisk och i akademisk medicin. I Sverige har löneskillnader beroende på kön länge påvisats av kvinnliga läkare, exempelvis vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och i Kvinnliga läkares förening. Även läkarfacket har börjat aktivera sig, och i Sjukhusläkaren 2/2005 skriver Torbjörn Karlsson om hur svårt det är att ändra på det faktum att kvinnliga läkare lönediskrimineras. Man har i princip inte lyckats åstadkomma något alls trots ett ganska målinriktat, lokalt fackligt arbete.

## Ny studie befäster bilden

Det har förekommit invändningar mot tidigare studier, såsom att det behövs kohortstudier, dvs att longitudinellt följa läkare från ett visst examensår för att se hur de lyckas i karriären. Nonnemaker och medarbetare gjorde en studie som visade att meriterade kvinnor inte når de poster som de borde, men även vid denna studie fanns det kritik mot designen.

Nu har Ash och medförfattare gjort

den »ultimata studien«. Den publicerades 2004 i *Annals of Internal Medicine* tillsammans med en ledarkommentar. 1 814 heltidsarbetande personer vid medicinska fakulteter i en landsomfattande studie åren 1995–1996 svarade på 177 frågor och karakteriserades med avseende på kön, specialitet och examensår. Frågorna rörde till exempel antal publikationer, år som senior forskare, arbetstimmar per vecka, typ av institution, examen och skola. Studien följde karriären för tre grupper som tagit doktorsgrad före 1970, mellan 1970 och 1980, och efter 1980. Linjär regression användes för att undersöka lön, och logistisk regression för position. Studien visar på en diskriminering av kvinnor som är inbyggd i den akademiska karriären, och att kvinnor, trots samma kompetens och arbetsinsats, får lägre lön än de manliga kollegorna.

Lönediskriminering på grund av kön visades också 2004 då US Census Bureau rapporterade att kvinnliga läkare tjänade 63 procent av vad manliga läkare gjorde, den största löneskillnaden i alla yrken. Kvinnor som blivit kliniker från 1990-talet har en ännu större löneskillnad på grund av sin könstillhörighet. Och antalet kvinnliga professorer i exempelvis ortopedi och akutmedicin har sjunkit i USA mellan 1995 och 2000 från 11 respektive 2 procent till 6 respektive 1 procent. Löne- och karriärklyftorna ökar alltså.

## Blir inte bättre av sig självt

Situationen blir således inte bättre per automatik. Det har vi vetat länge, och det är vi medelålders, som inser vad allt detta betyder, som skall förändra; det är inget som skall skjutas över på de yngre.

Det är faktiskt ganska spännande att

arbeta med jämställdhetsarbete i ett uttålligt perspektiv, som jag har förmånen att göra i koncernstaben för en av Nordens största koncerner, Stockholms läns landsting (SLL), även om det finns dagar då det känns som kvinnlig värnplikt.

Jag stöter hela tiden på nya fenomen, även om de i sig är välkända. Dit hör motstånd från medelålders kvinnor som gjort karriär i de etablerade strukturerna, med dess tydligt gällande maktpositionering. De fungerar ofta närmast skolboksaktigt som »grindvakter«, dvs de strävar efter att hålla andra kvinnor borta, särskilt om de vill ändra på strukturerna.

## Goda tecken också

Goda tecken är att i den chefsutbildning i jämställdhet som pågår i SLL just nu visar sig verksamhetscheferna – 500 personer! – delta aktivt och med intresse, rent av med glöd, för frågorna om jämställd arbetsmiljö och jämställd vård, vilket sannerligen är det bästa hoppet om en gynnsam förändring. De inser att genom att integrera jämställdhet i verksamheten höjer man kvaliteten och får ett nytt instrument för verksamhetsstyrning.

EU har vi lyckats påverka så att det under sommaren läggs en resolution till parlamentet, vilken knivskarpt elegant ger tydliga anvisningar för jämställd vård och krav på genusperspektiv i medicinsk forskning i alla sammanhang. Och Nordiska ministerrådet inbjuder till samtal om verksamhetsanalys i konsperpektiv.

Jag anser att för en hållbar utveckling av arbetsmarknaden och av det vi producerar i akademisk och klinisk medicin måste all form av diskriminering på grund av kön omedelbart avskaffas. Det finns inga som helst ursäkter för något annat.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Nonnemaker L. Women physicians in academic medicine: new insights from cohort studies. *N Engl J Med* 1996;342:399-405.
2. Ash AS, Carr PL, Goldstein R, Friedman R. Compensation and advancement of women in academic medicine: is there equity? *Ann Intern Med* 2004;141:205-12.
3. Laine C, Turner B. Unequal pay for equal work: The gender gap in academic medicine. Editorial. *Ann Intern Med* 2004;141:238-40.