

Kvinnor som läkare och forskare – underlättas deras karriär?

Den ökande andelen kvinnor inom läkarkåren och de förändrade arbetstidsreglerna kommer att ställa stora krav på planering av användningen av läkararbetskraften. Finns det i Sverige en beredskap att ta itu med de obalanser som kan förutses bli resultatet av denna utveckling?

Sjukvården i Europa befinner sig mitt i två stora förändringar av förutsättningarna för att leverera en högklassig och lätt tillgänglig vård. Den ena är det direktiv om arbetstid som EU har infört, den andra är att läkarkåren i land efter land mer och mer domineras av kvinnor.

Båda förändringarna ställer krav på en genomtänkt planering av hur läkararbetskraften ska utnyttjas i framtiden. I Storbritannien, särskilt i England, har båda dessa förändringar sedan flera år bearbetats såväl av huvudmannen, NHS (National Health Service), som av professionen, British Medical Association (BMA) och Royal College of Physicians (RCP) i London [1].

I Sverige verkar det som om profession och huvudmän lurpassar på varandra och undviker att göra någon djupgripande analys. De har därmed inte förberett de förändringar i arbetsätt och organisation som kommer att behövas. När det gäller arbetstid släpar fortfarande den svenska sjukvården efter – arbetsmarknadens parter bevakar varandra i ett spel där man hoppas undgå att bli sittande med Svarte Petter, medan man inte tycks tänka på vad den bristande framförhållningen betyder för patienterna.

Den andra frågan är ännu mindre aktualiserad i Sverige. Med viss tillfredsställelse konstaterar de feministiskt engagerade att läkarkåren successivt övergår till att bli kvinnodominerad – redan har flera specialiteter fler kvinnor än män. Inom en tioårsperiod kommer majoriteten att vara kvinnor. Frånsett en allmän klagan över att kvinnorna trots

alla jämlikhetssträvanden tycks få lägre betalt än män förekommer inga kommentarer till vad denna förskjutning av majoriteten innebär.

I England har man däremot under en längre tid diskuterat betydelsen av kvinnlig övervikt i läkarnas arbete. Med regeringen ansvarig för både utbildning av läkare och deras användning i den offentliga sjukvården har det varit naturligt att inse vikten av samplanering av utbildning och utnyttjande av läkararbetskraften. Detta blev också uppenbart när regeringen Blair med ett krafttag förordade utbildningen av läkare [1].

Länge har England haft ett lågt antal läkare i förhållande till folkmängden. Den stora tillförseln av nyexaminerade läkare har nu lett till svårigheter att »suga upp« de tillgängliga läkarna i en meningsfull vidareutbildning. Politiker och specialister samarbetar för att få en så optimal fördelning av läkararbetskraften som möjligt.

Att antalet läkare ökar kraftigt innebär emellertid inte att läkartillgången förstärks i samma omfattning. Frånsett den allmänt gällande Parkinsons lag om minskat utnyttjande vid ökat antal personer, kommer den ökande kvoten kvinnor att också spela roll. Enkäter visar nämligen att kvinnorna i betydligt större omfattning än männen vill arbeta deltid, förutom att de – i alla händelser många av dem – räknar med att inte ut-öva sitt yrke under de perioder de föder barn.

Några fakta från England kan vara av intresse. Vården på sjukhus leds av consultants (motsvarande överläkare) som har sitt team med registrars (ST-läkare) och house officers (närmast AT-läkare). Varken GP (general practitioners; allmänläkare) eller consultants är anställda tjänstemän utan arbetar under per-

sonliga kontrakt med NHS – kontrakt som på senare tid blivit alltmer detaljerade med särskilda kvalitetsklausuler.

Bättre bevisad kvalitet och kvantitet ger större inkomster, samtidigt som patienterna fortfarande slipper att betala någonting för vården. Med fördubblingen av intaget till studier har problem uppstått genom det stora antalet läkare under vidareutbildning för varje specialist, ett problem som kommer att utjämnas med tiden [1].

Av speciellt intresse är förhållandet mellan antalet GP och antalet consultants, eftersom hela den engelska sjukvården sedan reformen efter andra världskrigets slut helt bygger på att primärvården ska ta hand om så mycket som möjligt och se till att endast de som behöver specialistvård kommer till sjukhus. Den 30 september 2006 fanns det 115 082 läkare i den engelska sjukvården: 33 121 GPs, 30 619 consultants, 7 920 olika slags specialister och 43 422 yngre läkare, varav cirka 15 000 hade olika befattningar som inte innebar vidareutbildning.

BMA gjorde 2006 en enkät bland läkarna om deras planering för framtiden. Den visade att 21 procent av kvinnorna avsåg att arbeta deltid under större delen av karriären, medan av männen endast 4 procent hade samma planer. Närmare hälften av kvinnorna (48 procent) planerade sin vidareutbildning i perioder med kortare eller längre avbrott, medan detta gällde för 15 procent av männen.

Dessa siffror kan jämföras med hur det ser ut i den engelska verkligheten: 15 procent av manliga och 34 procent av kvinnliga consultants arbetar deltid. För GPs är motsvarande siffror 12 respektive 49 procent. Det är tydligt att det ökande antalet kvinnor kommer att fordra noggrann planering av hur deras arbetskraft bäst ska utnyttjas.

Den starkt ökade utbildningen till läkare medför att antalet specialister kommer att öka snabbt – man räknar med ett steady state av 6 specialister för varje läkare under vidareutbildning. Fortsätter intaget av studenter att vara oförändrat på den högre nivån kommer det att finnas 30 000 studenter varje år (motsvarande ett intag av 7 000–8 000 per år), ledande till att antalet consultants kom-



LARS WERKÖ
professor, Stockholm

mer att överstiga 80 000 år 2025, och antalet GPs 60 000.

RCP anser att detta är orimligt från både ekonomisk och behovssynpunkt. Intaget till studier som fördubblades för några år sedan måste därför återgå till ett lägre antal redan 2008. Man förutsätter att 40 procent av läkarna ska vidareutbildas till GP, medan 60 procent får utbildas till consultants. Man räknar då med att år 2025 ha cirka 50 000 consultants och 35 000 GP samt 15 000 studenter vid universiteten.

Dessa siffror utgör heltidsbefattningar, vilket innebär att antalet personer bakom dem kommer att bli nära 30 procent större, beroende på att mer än hälften är kvinnor som vill eller måste – på grund av graviditeter – arbeta deltid.

I England har GP en friare ställning än distriktsläkare här; de har också väl så höga inkomster som sjukhusspecialister. De senaste avtalen med inbyggd bonus för kvalitetsförbättringar har ökat deras inkomster betydligt.

I USA har främst de som arbetar inom forskning intresserat sig för vad den ökande kvoten kvinnor betyder för den framtida utvecklingen [2].

En relativt fast anställningsform hos National Institutes of Health, NIH, i USA är »principal investigators«. De är för närvarande 900, varav 19 procent är kvinnor – en ökning från 18 procent året före. Ambitionen att öka jämställdheten har således gett föga utdelning.

Man har därför gjort en enkät till de 1 300 »postdocs« som befinner sig i karriären för att utvärdera deras önskemål. Av männen var det mer än 70 procent som siktade på en karriär som »principal investigators«, medan endast 50 procent av kvinnorna hade denna ambition.

Kvinnorna var mer inställda på att offra karriären för att kunna ta hand om familjen, mest uttalat hos de kvinnor som redan hade fött barn. Den grupp som utförde undersökningen konstaterade samtidigt att det inte var förhållanden på arbetsplatsen som orsakade skillnaden: »Overt discrimination does not seem to be the issue.«

För att kunna ta hand om den värdefulla kvinnliga arbetskraften är det nödvändigt att arbetsförhållanden blir sådana att de har möjlighet att ägna sig åt familjen även i en forskarbefattning. Biologen Sue Rosser vid Georgia Institute of Technology framhåller att arbetsgivarna – i detta fall universitetet – måste ha en familjevänlig policy. Joan Schwartz, assistant director for intramural research vid NIH, som analyserat

enkäten, anger att NIH är i färd med att ändra förhållandena. Både organisatoriska och ekonomiska svårigheter föreligger, bl a måste medeltas fram för att inrätta motsvarigheter till våra »dagis«. Redan nu finns en väntelista på 1 000 individer för de 350 platser som finns tillgängliga på eller nära NIHs campus i Bethesda. Planer finns att bygga ytterligare ett »day care center« på campus, men först när ekonomin tillåter det.

Av vem och hur planeras utvecklingen av svensk sjukvård? Ett av de många problem som vi står inför är den bristande rekryteringen av vissa specialister, i detta sammanhang framför allt inom allmänmedicin/primärvård. Medan kvoten sjukhusspecialist/primärvårdsläkare i England är nära 1 och inte beräknas bli mer än 1,43 i framtiden, är antalet sjukhusspecialister i Sverige (12 900) tre gånger så stort som antalet allmänläkare (4 500).

Varken Läkarförbundet eller huvudmännen verkar ha någon plan för hur denna övertvikt av sjukhusspecialister ska kunna ändras. Inte heller har jag hört talas om någon enkät bland Läkarförbundets medlemmar om hur de ser på deltidsarbete. I dagspress har en del blänkare förekommit om att deltid blir alltmer eftertraktat vid stigande ålder – möjligen för att förstärka kassan genom att arbeta i Norge.

När jag ser hur i England både huvudmannen NHS och professionen, RCP och BMA, tillsammans försöker att planera i god tid för en balanserad tillförsel av specialister både på sjukhus och i öppen vård, blir jag bedrövad över den bristande framförhållning och brist på samarbete som de svenska sjukvårdsansvariga visar.

Sjukvårdsansvariga är i detta fall flera. Staten, som har pengar och utbildningsansvar men av sagt sig direkt inflytande på sjukvården, landstingspolitikerna, som försöker styra sjukvården med ekonomiska nyckeltal utan hänsyn till sjukvårdens realiteter, och Läkarförbundet, som tror att det avtalsvägen kan förbättra för sina medlemmar utan att inse de realiteter som ligger i lagstadgad arbetstid och ökande kvinnoandel av läkarkåren. Hur tänker man sig att rekrytera fler allmänläkare och krympa de svällande specialistkadrerna på sjukhusen?

I avsaknad av diskussion om hur kvinnorna i läkarkåren ser på sin situation kan man kanske måla upp några scenarier:

1. De kvinnor som blivit läkare och studerat vidare till specialister tänker inte sätta några barn till världen, även om de gifter sig. De kan då ta på sig lika mycket heltidsarbete som deras manliga kolleger.
2. De tänker, trots att de studerat vidare till specialister, ha åtminstone två barn – något mindre än vad som är nödvändigt för släktets fortbestånd. De måste då nödvändigtvis bryta karriärstegen vid några tillfällen och kanske även bli mer angelägna om deltidsarbete.

Kommer den ökande andelen kvinnor att innebära att fler blir allmänläkare? Eller anser de att distriktsläkararbetet är för tungt? Vore det inte något för Läkarförbundet att ta reda på?

Både ordföranden och vice ordföranden i Läkarförbundet är kvinnor, båda är sjukhusspecialister. Hur ser de på behovet av primärvårdsläkare? Har förbundet någon policy överhuvudtaget i frågan om fördelningen mellan sjukhusspecialister och allmänläkartjänster?

Det är en internationell trend att läkarkår och forskare inom naturvetenskap, biologi och medicin får en allt större tillströmning av kvinnor. De problem som detta medför i fråga om viss begränsning av arbetsinsatsen under en livstid måste lösas för att ge möjligheter till ett positivt familjeliv.

Länge har det funnits en inställning att männen försökt hålla kvinnorna nere. Undersökningar visar dock att det snarare är kvinnornas önskan om ett fullödigt liv, innefattande även familj och barnafödande, som minskat deras möjligheter till professionell karriär.

Både av rättviseskäl och av demografiska skäl är det nödvändigt att arbetsgivare inom respektive sektorer, dvs i detta fall landsting och universitetsmyndigheter, tar initiativ för att underlätta för de kvinnor som vill göra professionell karriär att också kunna göra det utan att därför avstå från en del av deras naturliga liv.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Pounder R. The medical production line in England. RCP College Commentary. 2007; Oct: 10-3.
2. Bhattacharjee Y. Postdoc survey finds gender split on family issues. Science. 2007;318:897.

Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm replikerar i nästa veckas nummer. *red*