
Er flere kvinner i legeyrket en berikelse?

TEMA

TORUNN JANBU

Email: tojanbu@online.no

Ortopedisk avdeling

Lovisenberg Diakonale sykehus

Lovisenberggaten 17

0456 Oslo

Det er over 100 år siden den første kvinnelige lege ble utdannet i Norge. I dag er ca. 30 % av legene, men bare 20 % av spesialistene, kvinner. Noen spesialiteter har svært få kvinner – kirurgi 5 %, øre-nese-hals-sykdommer 9 % – og bare snaut 10 % av spesialitetene har over 30 % kvinnelige leger. Det er også få kvinner blant legeledere. 50 % av medisinstudentene er kvinner, og de vil forhåpentligvis kunne velge karrierevei ut fra dyktighet og faglig ønske og ikke kjønn. Kvinnelige leger er et positivt tilskudd til et mannsdominert legemiljø, og kvinner kan bidra til utvikling og utvidelse av grensene for legerollen. For å oppnå dette trengs bevisste holdningsendringer, gode støttespillere og rollemodeller – og gode arbeidsvilkår – noe både prosjektgrupper i Legeforeningen og foreningens likestillingsutvalg vil arbeide for i det nye årtusen.

I Norge var Marie Spångberg den første kvinnelige lege, hun var ferdig utdannet i 1893. Motstanden mot kvinner i legeyrket hadde vært stor, også fra det medisinske fakultet, før det i 1884 ble mulig for kvinner å studere ved alle fakulteter på universitetet (1). En negativ holdning til kvinner som leger fant man også i andre europeiske land (2) og i USA, hvor amerikanske menn i begynnelsen av dette århundre hevet røsten og erklærte at ”en kvinne som kan lytte til en forelesning om anatomi, er ikke den ærbare fruerollen verdig” (3).

I dag er ca. 30 % av legene i Norge kvinner. I løpet av det siste tiåret av 1900-tallet har andelen jenter blant medisinstudentene kommet over 50 %. Dette er jenter som er vokst opp i et land hvor likestillingen er kommet langt og med tro på like muligheter for jenter og gutter. Vil de oppleve det i sin yrkeskarriere?

Likestillingen kan sies å ha nådd medisinstudiet ved at like mange jenter som gutter tas opp, men på områder som spesialisering, forskning og ledelse er den prosentvise andelen av kvinner lav i forhold til det totale antall kvinnelige leger (4 – 6). I kirurgi er det under 5 % kvinner, i nevrokirurgi 1 % og i øre-nese-hals-sykdommer 9 %. Derimot er det 60 % kvinner i barnepsykiatri og over 30 % i gynekologi, hvor det også er en overvekt av kvinner i utdanningsstillinger (5). I ledende stillinger er det flest menn, eller for å se det på en annen måte: 5,1 % av kvinnelige leger mot 14,6 % av mannlige har lederstilling (4). Kvinner er til nå i mindre grad enn sine mannlige kolleger blitt spesialister, en forskjell som helt i det siste er i ferd med å bli borte (E. Gjerberg, personlig meddelelse).

Jevn kjønnsfordeling en gevinst

En lege er vel alltid en lege, har det noen betydning om det er en kvinne eller en mann? Og i så fall for hvem: kollegene, pasientene, faget, hjelpepersonalet, samfunnet?

Andelen kvinner innen en spesialitet kan tenkes å ha innvirkning på prioriteringer innen faget, måter å håndtere problemer på, holdninger til pasientene og arbeidsmiljøet (7, 8). I sammenliknende studier av kvinnelige og mannlige legers arbeidsmåte har man funnet forskjeller i prioriteringer, praksisstil og tidsforbruk (9). Stimulering for å øke kvinneandelen i områder av medisinen med lav representasjon burde derfor bidra til å få flere kvaliteter inn i faget. Kvinners tradisjonelle egenskaper som omsorgsevne, innlevelse og en mindre autoritær holdning – noe som også viser seg i yrkesutøvelsen (7, 10) – må ansees som positivt i utviklingen av legerollen og for pasientene.

Leger i lederstillinger er de som definerer og prioriterer, både på den enkelte arbeidsplass, i fagmiljøet og i helsepolitikken. Lederne i Norge har gjennom årtier vært menn. Det ville vært underlig om ikke konsekvensene av det var synlige i helsevesenet. Og det er de. Eksempler er tradisjonelle mannssykdommer som har hatt høy prioritet og status sammenliknet med typiske kvinnelidelser, f.eks. forskning omkring hjerteinfarkt og mannlig impotens sammenliknet med ”diffuse” muskel- og skjelettsykdommer. ”Men dette ordner seg jo, utviklingen går jo mot lik fordeling av seg selv nå!” sier man. At utviklingen går i ønsket retning, er ikke noe godt argument for ikke å jobbe for en fortløpende prosess.

Hvordan har kvinnene det i legerollen?

I en undersøkelse blant bydelsleger i Oslo fant man at kvinnene opplevde arbeidssituasjonen som mer belastende enn mennene gjorde (11). Kvinnene oppgav som årsaker blant annet for liten innflytelse på arbeidets organisering, og de hadde også flere helseplager. Omsorg for mindreårige barn kunne ikke forklare for eksempel økt tretthet eller sykefravær. Interessant er det også at man fant en tendens til at kvinnene opplevde lavere grad av anerkjennelse fra ledelse, kolleger og andre medarbeidere enn mennene. Støtte i arbeidsmiljøet er en viktig trivselsfaktor, og mangel på dette kan tenkes å bidra til at arbeidssituasjonen oppleves som mer slitsom.

Som eksempel på kvinners problemer med aksept i legerollen også i andre land er Frances Conleys bok *Walking out on the boys* (12) et sterkt bidrag. Hun beskriver et meget kjønnsdiskriminerende og mannsdominert nevrokirurgimiljø som ekskluderte henne effektivt, men hun skildrer også hvordan hun kjempet seg tilbake til sitt professorat.

Holdningsendringer i det norske samfunn, med større toleranse for at kvinner kan gå inn på tidligere mannsdominerte arenaer, innvirker positivt på respekten for kvinner som leger. Men opplevelsen av å måtte være ”dobbel så flink som gutta” for å bli vurdert på samme nivå, gjenkjennes fortsatt av kvinnelige leger. Spørsmål som ”Er ikke dette for tøft for deg?” og ”Hvordan kombinerer du lange dager og vakter med familieliv?” (nærmest utenkelig spørsmål til en mannlig avdelingsoverlege) er ifølge kvinnelige kollegers erfaring fortsatt vanlig. Pasienter som roper søster etter kvinnelige leger i sykehuskorridorene er en type opplevelse som minner den kvinnelige legen på at hun kanskje har feil yrke? Liknende eksempler på kommentarer som uttrykker at leger ikke er forventet å være kvinner, blir av mange sett på som helt uskyldige. Men de påvirker bildet av egen yrkesposisjon, en posisjon som må forklares og forsvares.

I forhold til annet helsepersonell, som ofte er kvinner, kan det oppleves som en fordel å være ”jente” – det skaper lett kontakt – og som en ulempe – problemer med å få gjennomslag som autoritet (13).

Mangelen på kvinnelige rollemodeller har gjort det vanskeligere for kvinner å finne sin yrkesidentitet i mannsdominerte legemiljøer. Fordi de fleste miljøer er mannsdominerte, har kvinnelige leger en viktig oppgave som rollemodeller.

Betydningen av økt kvinneandel

Arbeidsvilkår

Legens rolle og status i samfunnet er endret. Leger er ikke lenger utilnærmelige og ufeilbarlige, men de jobber heller ikke på samme måte. Arbeidstiden er fortsatt lang, men den er mer regulert, og lønnen er på nivå med mange andre yrker. Vil flere kvinnelige leger gjøre legeyrket til et dårlig betalt lavstatusyrke?

Den økte andelen kvinner i legeyrket blir ofte nevnt som årsak til at leger i dag ønsker mer regulert arbeidstid og arbeidsvilkår. Dette kan være vel så mye betinget i endrede samfunnsholdninger og et generasjonsskifte. Forandringene kom på et tidspunkt da antall kvinner blant legene var atskillig lavere enn i dag og neppe utgjorde noen stor pressgruppe. Men de sammenfaller i tid med holdningsendringer i samfunnet. Yngre mannlige leger i dag ønsker mer samvær med familie og barn, selv om kvinnene fortsatt står for hovedinnsatsen i hjemmet (14, 15). I fremtiden tror jeg ikke det er velregulerte arbeidsvilkår som vil være hovedbegrensningen, verken for legetilgjengelighet eller god spesialistutdanning. Måten helsetjenesten organiseres på og prioritering av oppgavene vil derimot kunne ha stor betydning. Her må man ha evne og vilje til å tenke nytt. Spesialistutdanningen kunne struktureres bedre og ta inn nye elementer hvis den ble en høyere helsepolitisk prioritert oppgave.

Mange kvinner har, ifølge Legekårsundersøkelsen (15) og andre undersøkelser (2, 10), valgt karrierevei ut fra muligheten for å kombinere den med familieliv. Hvis man legger forholdene rimelig bra til rette for at både kvinner og menn kan velge fagretning

ut fra hva de er gode til, ikke ut fra praktiske forhold, må det være gunstig for all fagutvikling – og for pasientene.

Utsagnet ”kvinner er så mye borte pga. svangerskap og omsorg for barn” brukes i arbeidslivet også om leger. Men kvinnes fravær pga. omsorg og svangerskap har en marginal effekt på antall tilgjengelige legeårverk (15). At gravide leger i dag likevel opplever utrygghet omkring fortsatt ansettelse under permisjonen, er en realitet. Likestillingsutvalget i Den norske lægeforening og Yngre legers forening får jevnlig henvendelser fra kvinner som opplever dette (personlig erfaring fra likestillingsutvalget, B.O. Kvavik, personlig meddelelse). Til sammenlikning kan nevnes at ønsket om lavere pensjonsalder blant leger i aldersgruppen 55 – 59 år (15) vil kunne få atskillig større negativ effekt på antall yrkesaktive leger enn omsorgsfravær.

Kvinner har, både i Norge og i andre land, innehatt de minst prestisjefylte og de dårligst lønnede legejobbene helt frem til i dag (2). Med de siste års tendenser til endringer i kvinners valg kan man i Norge anta at vi er i ferd med å få en tilnærming her. Ifølge Legeforeningens lønnsstatistikker for 1998 (16) tjener kvinnelige leger som gruppe 17,3 % mindre enn sine mannlige kolleger. Men forskjellen er betydelig mindre hvis man grupperer etter sammenliknbare jobber, selv om forskjellen fortsatt er i favør av mennene (16). Blir arbeidsmarkedet strammere, vil en konkurranse- og pressituasjon kunne påvirke alle legelønninger. Kan legeyrket da bli et lavtlønnet kvinneyrke? Ingen vet svaret på det. Men blant de yngre legene som er engasjert i fagforeningsarbeid er kvinnedeltakelsen stor, så interessen for å holde yrket i hevd synes i hvert fall ikke å bli forringet av et økt antall kvinner.

Kjønnsfordeling i spesialitetene

Fra 1893 til 1920 ble det i Norge uteksaminert 59 kvinnelige leger. De aller fleste gikk inn i privat praksis, nesten ingen til sykehusene (2). Med hensyn til spesialisering var det i 1929 flere av de kvinnelige enn av de mannlige legene som var spesialister, henholdsvis 16 % og 14 % (2). Siden har kvinner spesialisert seg sjeldnere enn menn, og gjør det fortsatt (17). Statistikken viser at i 1992 var 38 % av kvinnene spesialister, mot 69 % av mennene, og kvinnene utgjorde 15 % av alle spesialister (2). I dag utgjør kvinner ca. 20 % av spesialistene, hvilket fortsatt er en underrepresentasjon i forhold til at det nå er 30 % kvinnelige leger (5).

Kvinner er fortsatt en klar minoritetsgruppe i nesten alle spesialiteter. I over halvparten av spesialitetene er det under 15 % kvinner, og bare i fire spesialiteter er det mer enn 30 % kvinner – hvorav bare én (barne- og ungdomspsykiatri) har over 50 % kvinner (5).

Hvilke spesialiteter kvinner velger, har endret seg lite de siste 40 år (2). De siste årene er det dog tendenser til at kvinnene begynner å velge mer utradisjonelt (E. Gjerberg, personlig meddelelse). I de senere år har kvinner også brukt noe kortere tid enn menn på å bli spesialist (17).

Hvorfor velger menn og kvinner så forskjellig? Er det ut fra evner og anlegg, muligheter for kort/lang arbeidstid, lønn, status, rollemodeller, selvtilit, veiledning og støtte, geografi eller flyttebehov? At arbeids- og familieforhold har betydning for kvinners jobbvalg og derved spesialitetsvalg, er vist i flere undersøkelser (10, 15, 18). Legene selv tror at for eksempel den lave kvinneandelen i kirurgi mye skyldes vansker

med å kombinere faget med familieliv, og at det i liten grad skyldes mangel på interesse og anlegg (15, 18). At kvinner velger psykiatri og allmenntidning, ansees derimot dels forklart av kvinners velegnethet for disse fagene (15, 18).

Er det også andre vanskelige målbare og mindre synlige faktorer som ligger bak skjevfordelingen?

De spesialitetene som velges av kvinner og hvor kvinneandelen øker sterkest, er blant annet barne- og ungdomspsykiatri og gynekologi. Fag hvor det allerede finnes mange kvinner, gir muligheter for identifisering og velges muligens derfor lettere.

I et mannsdominert miljø kan en kvinne bli veldig tydelig, dvs. hva hun gjør, sier og har av faglige kvalifikasjoner oppfattes raskt av kollegene. Uformelle nettverk blant menn på arbeidsplassen kan være vanskelige å forstå og komme inn i. Dette kan tenkes å gi mangel på støtte i karrieren og dermed fungere ekskluderende (7, 11, 19).

Grad av selvtillit, som hos jenter ofte er noen hakk under det gutter erverver seg i oppveksten, påvirker valg. Det kan medføre at jenter, i større grad enn gutter, opplever at de virkelig må beherske en oppgave fullt ut før de kaster seg ut i det. I et mannsdominert miljø kan det bli vurdert som at de ikke er så flinke og tilegner seg kunnskap saktere – de passer ikke inn.

Slike og flere vanskelige synlige hindringer kan være med og styre spesialitetsvalg. Helt ferske undersøkelser viser at nå velger like mange jenter som gutter å begynne med kirurgi, men jentene fortsetter ikke (E. Gjerberg, personlig meddelelse). Opplevs miljøet som ekskluderende?

Jeg tror det vil være en gevinst for medisinen at vi får mangfold og ny tankegang inn i spesialitetene. At nye ideer bringes inn med kvinner, synes jeg for eksempel Anne Karin Lindahls artikkel om spesialistutdanning i Tidsskriftet er et glimrende eksempel på (20).

Forskjeller både med hensyn til valg av spesialitet og våre holdninger er i ferd med å endres i gunstig retning. Men jeg tror kvinner opplever mer skjult forskjellsbehandling enn det man tenker over til daglig. Eksempler på dette er henvendelser likestillingsutvalget får fra kvinnelige leger som er blitt møtt med negative uttalelser om kvinnelige leger fra kolleger. Kvinner og menn er oppdratt og sosialisert inn i en kjønnsrolle og forholder seg forskjellig til kvinner og menn, særlig når mannen/kvinnen befinner seg i uvante roller. Det må vi ta høyde for. For å skape gode arbeidsvilkår for alle leger – uavhengig av kjønn – må man være forberedt på kommende endringer. Og en av dem er flere kvinnelige leger.

Ledelse

Den franske politikeren Françoise Giroud sa: ”Full likestilling er ikke oppnådd før udugelige kvinner sitter i høye stillinger.” I dag er det mange dugelige kvinner som ikke sitter i slike posisjoner.

Ifølge en artikkel i Dagbladet sommeren 1999 (21) ønsker toppledere i Norge kvinnelige sjefer som er omsorgsfulle, ydmyke, avslappede og muntre, men også effektive, velorganiserte og lojale. Dessuten skal de beherske IT. De skal ikke snakke for mye, ha for stort ego, ha beslutningsvegring eller være selvsikre og tøffe. Er dette ønskene for kvinnelige legelederes stil også?

En nylig publisert undersøkelse av norske leger viser at 14,6 % av mennene og 5,1 % av kvinnene er ledere (4). Samme undersøkelse finner at kvinneandelen i en sykehusspesialitet innvirker på antall kvinnelige ledere. Men totalt er bare 20 % av vel 4 500 overordnede sykehusleger kvinner (5). Dessverre viser analyser ingen økt sannsynlighet for flere lederstillinger blant yngre kvinnelige leger (4).

Dette er sterke signaler som viser at det må jobbes aktivt og bevisst hvis de mange nye kvinnelige legene skal nå lederstillinger. Det går ikke av seg selv. Mange kvinner trenger å lære å ta sjansen. Da er også støtte fra mannlige og kvinnelige kolleger viktig – helt til topps.

I tillegg til momenter nevnt ovenfor som kan fungere som hindringer, kan også forskjeller mellom kvinner og menn i kommunikasjonsmønstre ha betydning (7). Det er gjort flere interessante studier på kommunikasjon som illustrerer dette, og det er også vist hvordan menn støtter hverandre i en gruppe, kanskje uten å være klar over det (22). Jeg tror det er naivt å tro at man er hevet over å respondere slik.

Sluttkommentar

Morgendagens helsevesen trenger de kreative og dyktige kvinnene som er i begynnelsen av sin legekarriere. En prosjektgruppe opprettet etter initiativ fra overlegeforeningen jobber nå aktivt for å komme frem til tiltak som kan øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger. Legeforeningens likestillingsutvalg prioriterer også temaet kvinner og ledelse. I tillegg arbeider utvalget for å bedre arbeidsvilkårene, særlig for gravide, og for å øke kunnskapsnivået om likestilling blant leger. Etter å ha lyttet til de yngre deltakerne på likestillingsutvalgets konferanse om kvinner og ledelse høsten 1999 virker det for meg som basiskunnskaper omkring likestilling og kjønnsroller er dårlige i forhold til hva det var i 1970 – 80-årene.

Jeg tror utfordringen i fremtiden i stor grad vil være å gjøre tradisjonelle mannsdominerte legemiljøer åpne for mangfold – det vil her si kvinner. Dette kan også tenkes å åpne for at menn kan tillate seg å vise flere såkalt typiske kvinnelige egenskaper, som omsorg og forståelse – legerollen blir ikke så snever. Jevnere kjønnsfordeling kan bidra til en annen vinkling innen fagprioriteringer, til variasjoner i lederstil og bedre tilbud til pasientene – og et bedre helsevesen å være lege i.

LITTERATUR

1. Schiøtz A. ”Hvor vi har ventet paa hende!” Om dr. Marie Spångberg Holth – Norges første kvinnelige lege – og andre pionerer. I: Schei B, Botten G, Sundby J, red. Kvinnemedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1993: 9 – 26.
2. Flottorp S. Kvinnelige leger – valg av spesialitet og karriere. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2111 – 6.
3. Miles R. Kroppspolitikken. I: Miles R, red. Kvinnene og verdenshistorien. Oslo: Ex Libris Forlag, 1992: 235 – 53.
4. Kværner KJ. Female medical leadership: cross sectional study. BMJ 1999; 318: 91 – 4.

5. Den norske lægeforening. Statistikk per 9.9. 1999. Oslo: Den norske lægeforening, 1999.
6. Hovig B. Kvinner i medisins akademi. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2117 – 20.
7. Dahle R. Inntrengere eller nyskapere. Flere kvinnelige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2597 – 600.
8. Haug C. Myter og forventninger. Konsekvenser av økt kvinneandel i legeyrket. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3225 – 6.
9. Sveriges offentliga utredningar. Jämställd vård – olika vård på lika villkår. SOU 1996: 133.
10. Lindahl AK, Killi M. Familien eller yrke? En undersøkelse av kvinnelige legers livs- og arbeidssituasjon. Rapport nr. 6/1984. Gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1984.
11. Buxrud EG. Bydelshelsetjenesten – mer belastende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3260 – 4.
12. Conley FK. Walking out on the boys. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1998.
13. Gjerberg E, Kjølsvold L. The doctor-nurse relationship: How easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? Soc Sci Med 200; akseptert for publisering.
14. Hofoss D, Gjerberg E. Legers arbeidstid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3059 – 63.
15. Legekårsundersøkelsen 1993. Oslo: Den norske lægeforening, 1993.
16. Den norske Lægeforening. Lønnsstatistikk per 1.10. 1998. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
17. Gjerberg E, Hofoss D. Har kjønn betydning for om legen blir spesialist? En analyse av spesialiseringsgrad blant kvinnelige og mannlige leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1253 – 7.
18. Gjerberg E, Hofoss D. ”Dette er ikke noe for småjenter.” Legers forståelse av kjønnsforskjeller i spesialitetsvalg. Tidsskrift for samfunnsforskning 1998; 1: 3 – 27.
19. Buxrud EG. Er helsetjenesten en god arbeidsplass for kvinnelige leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1869 – 72.
20. Lindahl AK. Når alt føles som første gang – et kritisk blikk på kirurgisk og karkirurgisk utdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2878 – 9.
21. Ellingsen L, Omdal LJ. Tøffe damer uønsket. Dagbladet 4.8.1999.
22. Ås B. Kjønn, språk og makt. I: Sæther G, red. HUN – en antologi om kunnskap fra kvinners liv. Oslo: Spillerom, 1996: 151 – 70.

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

