

2008

Jämställt specialitetsval – handlingsplan

Sveriges läkarförbund



Innehåll

JÄMSTÄLLT SPECIALITETSVAL	4
Inledning	4
Bakgrund	4
Teoribakgrund	5
Avslutande reflektion	7
HANDLINGSPLAN FÖR JÄMSTÄLLT SPECIALITETSVAL	8
Specialitetsvalet	8
Organisation och ledarskap	10
Föräldraskap	11
Lön och befattning	12
Arbetsformer och arbetstider	13
Kultur och värderingar	14
Genusperspektiv i utbildningen	15
Det fackliga arbetet	15
Läkarförbundets uppdrag	16
Vägen till målen	17
ENKÄTREDOVISNING	
Rapport A – Resultat från enkät fördelat på kön	19
Rapport B – Resultat från enkät fördelat på specialitetsgrupperingar, kön och ålder	23
Bilaga 1: Rapport B – Jämställt specialitetsval	32
Rapport C – Kvalitativ undersökning	33
Bilaga till Rapport C	43

Jämställt specialitetsval

Inledning

Följande skrift riktar sig till alla föreningar inom Läkarförbundet. Den behandlar huvudsakliga resultat och slutsatser från ett treårigt projekt.

I fokus är frågan om val av specialitetsinriktning för kvinnliga och manliga läkare. Skriften lyfter inledningsvis uppdraget och hur detta har tolkats inom Läkarförbundet. Som illustration av hur frågan om kön och läkare har behandlats inom organisationsforskningen ges därefter några korta forskningsreferat. Avsnittet avslutas med en reflektion av projektgruppen med syfte att bidra till diskussion.

Handlingsplanen delas i olika områden som i stort följer förbundets jämställdhetsprogram. Områdena är Specialitetsvalet och fördelning av kvinnor och män inom specialiteterna, Organisation och ledarskap, Föräldraskap, Lön och befattning, Arbetsformer och arbetstid, Kultur och värderingar, Genusperspektiv i utbildning samt till sist Genusperspektiv i det fackliga arbetet.

Inom respektive område lyfts de huvudsakliga resultaten från den undersökning som genomfördes 2006 fram. Dessa resultat presenteras också i tre skilda rapporter som sammanhänger med projektet. Handlingsplanen avslutas med att summera Läkarförbundets uppdrag.

Bakgrund

Vid fullmäktigemötet 2004 bifölls följande motion från KLF:

”Sveriges läkarkår är en segregerad kår. Flera specialiteter domineras till 90 % och mer av män. Kvinnorna dominerar inte lika markant i någon specialitet. Denna ojämställda representation medför negativa effekter:

- kompetensförlust för specialiteten
- studenterna saknar förebilder och kan inte välja specialitet efter intresse
- negativa effekter på arbetsmiljön

KLF lägger fram denna motion med begäran om att Läkarförbundet gör en analys och skriver en konkret handlingsplan med preciserade mål för hur kåren skall bli mer jämställd avseende specialitetsval.”

En arbetsgrupp Läkarförbundets kansli bestående av medarbetare från avdelningarna för Politik & Profession samt Arbetsliv & Juridik tillsattes 2005. Arbetsgruppen har rapporterat till Arbetslivsgruppen (ALG) och till förbundsledningen. Möten och avrapportering har hållits med ledningsgruppen, ALG och KLF.

Arbetsgruppens uppgift var att undersöka, belysa samt sammanställa statistik inom området och att mot bakgrund av detta ta fram konkreta mål och en handlingsplan baserad undersökningsresultat och statistiska fakta.

En enkätundersökning genomfördes i juni 2006 i syfte att söka svar på vilka faktorer som kan gynna en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval och att söka svar på frågan huruvida det finns strukturer i arbetsmiljö och/eller arbetsvillkor som hindrar kvinnliga och manliga läkare från att fritt välja specialitet utifrån personligt intresse och lämplighet.

Enkätundersökningen gjordes via webben och skickades till 10.000 legitimerade och yrkesverksamma medlemmar som anmält e-postadress till förbundet. Fördelningen i ålder och kön inom gruppen medlemmar som anmält e-postadress skiljde sig inte på något avgörande sätt mot fördelningen i hela inom gruppen legitimerade och yrkesverksamma medlemmar. Enkäten skickades till 5000 män och 5000 kvinnor i juni månad 2006. Tre påminnelser skickades ut, två i juni och en i mitten av augusti. Ca. 1.000 e-postadresser var inkorrekta sk. ”studsar”, 5.300 besvarade enkäter kom in. Av dessa var 4861 enkäter fullständiga vilket motsvarar en effektiv svarsfrekvens om 48,61 %. Av respondenterna var 55 % kvinnor och 45 % män.

Enkätundersökningen delades in i fyra frågeområden:

- Viktiga/mindre viktiga faktorer för specialitetsvalet
- Viktiga/mindre viktiga faktorer för att byta eller överväga att byta specialitet
- Trivsel inom nuvarande specialitet och på nuvarande arbetsplatsen
- Kvalitativ del om inställning till jämställdhet

Resultaten av undersökningen redovisas i tre rapporter:

- Jämställt specialitetsval – Rapport A – Resultat fördelat på kön
- Jämställt specialitetsval – Rapport B – Resultat per specialitetsgrupperingar och ålder
- Jämställt specialitetsval – Rapport C – Kvalitativ undersökning

Teoribakgrund

Jämställdhet och genusperspektiv

Jämställdhetsbegreppet introducerades politiskt i slutet av 60-talet för att skilja ut kön från jämlikhetsbegreppet. Jämställdhet ersatte det som tidigare kallats kvinnofrågan eller kvinnoemancipationen. Målet för jämställdhet är att kvinnor och män ska ges lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter på alla väsentliga områden i livet.

Det innebär t.ex. jämn fördelning av makt och inflytande och samma möjligheter till ekonomiskt oberoende, lika villkor och förutsättningar gällande arbete, företagande, arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter i arbetet, lika tillgång till utbildning och möjligheter till utveckling av personliga ambitioner, intressen och talanger, delat ansvar för hem och barn samt frihet från könsrelaterat våld. Idag finns dessa ambitioner formulerade både inom politiken och som formella juridiska rättigheter.

Inom forskningsfältet organisation och kön tillförs ett genusperspektiv till organisationen. Genusperspektiv, eller könsperspektiv, innebär att betydelse av kön beskrivs, tolkas och problematiseras. Begreppet genus används för att illustrera den sociala identiteten som kan särskiljas från det faktiska könet för en individ. Att utgå från ett genusperspektiv inom en organisation innebär då att beskriva, tolka, erkänna och problematisera betydelse av kön i organisationer. (Läkarförbundets jämställdhetsprogram, 2004)

Normen och isärhållandets princip

Inom forskningen om genus används begreppet könssegregation. Begreppet innehåller flera dimensioner; *horisontell könssegregation* – kvinnor och män har olika yrken, arbetsgivare, arbetar i olika branscher och/eller olika arbetsplatser; *vertikal könssegregation* – innebär att män och kvinnor på ett systematiskt sätt inte når lika långt i sina respektive karriärer, kvinnor avancerar inte på samma sätt som män, har låg representation på höga poster etc. och *intern könssegregation* - kvinnor och män på samma arbetsplats med samma yrke och arbetsplats/arbetsgivare tilldelas olika arbetsuppgifter eller har valt olika specialiteter och inriktning i sitt arbete innebärande att deras yrkesutövning är åtskild. Man kan också använda termerna fysisk, hierarkisk och funktionell segregation, (SOU 2004:43).

I Genus – om det stabila föränderliga former, Liber 2001, beskriver Yvonne Hirdman principerna bakom vad hon kallar genussystemet. Mannen är norm och mot denna statistiska konstruktion jämförs kvinnor. Isärhållande mönster uppstår för att kvinnor och män inte ska arbeta i samma yrken och göra samma saker. Yrken görs manligt eller kvinnligt normerat.

I sin doktorsavhandling (Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor, Gondolin 2003) beskriver Kristina Eriksson hur föreställningar om kön begränsar möjligheterna för läkare att utöva läkaryrket. Hon menar att normen för läkarskap är en man. Manliga läkare förkroppsligar ett könlöst läkarideal och inställningen är att på den läkarprofessionella arenan saknar kön betydelse. Kvinnliga läkare bryter mot normen för läkarskap och är därmed exceptionella och bristfälliga kvinnor.

Olika kön – olika val?

Frågan om vad som påverkar valet av inriktning för den blivande specialisten innehåller många aspekter. Tidigare forskning som berört frågan om kön och val av specialitet för läkare har lyft fram både omedveten extern påverkan och inslaget av slump.

Att val av specialitet är ett viktigt val för läkaren framgår av litteratur i ämnet och i samtal doktorer emellan. Forskaren Eva E Johansson, verksam vid universitetet i Umeå, beskriver vad studenterna på kursen Professionell Utveckling säger "De hade tänkt på läkaryrket som "alla möjligheter i världen att välja" rätt specialitet. Studenterna var därför förvånade över att nästan alla doktorer de intervjuat hade framställt specialistvalet som en slump. Johansson fortsätter "I vår läsning kunde vi se hur de äldre läkarna gav tydligt "könade" råd till studenterna. Med könade råd menas medskick som utgår från styrande antaganden om könets villkor.

Forskningen ger illustrerande exempel, där killar uppmuntras att hålla fast vid sina drömmar, strunta i arbetsbörda och jourvillkor och sätta familjen i andra hand – *"Här på kirurgen har vi roligt och du får lära dig massor av spännande saker, men om du är gift eller har fästmo – glöm det. Här har nästan alla minst en skilsmässa i bagaget"*. Kvinnliga studenter rekommenderades direkt eller indirekt att verkligen välja med omsorg: *"När du väljer specialitet så väljer du liv! Det lät ju ödesmättat, men han menade att om man vill ha tid för familjen så kan man inte bli neurokirurg eller narkosläkare"*. (Johansson E. Hamberg K. From calling to a scheduled vocation – Swedish male and female students reflections on being a doctor, Medical Teacher, 2006).

Status och stängningsmekanismer

Att könsuppdelningen inom läkarprofessionens specialiteter kan sättas starkt samman med skillnaden i status mellan specialiteterna framgår av avhandlingen Läkaryrket i förändring, T. Einarsdottir, Kompendiet 1997. Kvinnorna befinner sig oftare inom lågstatusspecialiteterna och männen oftare i de statuspräglade. Den olika könssammansättningen och statuskillnaderna är de mest framträdande dragen när läkarprofessionens interna olikheter granskas. Einarsdottir har urskiljt fem statusgrupper;

- Manstäta högstatusspecialiteter: kirurgiska specialiteter
- Manstäta statusspecialiteter: manstätt, medicin
- Manstäta ej – statusspecialiteter: labspecialiteter
- Kvinnotäta ej – statusspecialiteter: barnmedicin, gynekologi, anesthesiologi och kvinnotät medicin
- Kvinnotäta lågstatusspecialiteter: geriatrik, psykiatri, allmänmedicin

Förutom status framhålls andra stängningsmekanismer för kvinnor och män vid val av specialisering. Dessa är inre karriärmönster, arbetsplats, arbetstid, forskning och formella kvalifikationer. T.ex. har de båda statusspecialistområdena ovan en jämförelsevis långsam karriär medan lågstatusspecialiteterna har en jämförelsevis snabb karriär. Arbetstid och arbetsplatsen är naturligtvis andra faktorer som påverkar. Stängningsmekanismer kan sägas förhindra det fria valet eller val baserat på intresse och kompetens.

Einarsdottir konstaterar att arbetstiden varierar starkt med kön såtillvida att fler män är heltidsarbetande än kvinnor men också att heltidsarbetande män i genomsnitt har fyra till fem timmars längre arbetsvecka än de heltidsarbetande kvinnorna, en skillnad som är konstant inom de fyra av de fem specialistområdena ovan. I lågstatusgruppen saknar däremot arbetstiden samband med kön och både mäns och kvinnors arbetstid är lång under kvinnors arbetstid inom de övriga specialistområdena.

Läkare anställda vid universitetssjukhus hade längst arbetsvecka och läkare i öppenvården hade kortast i Einarsdottirs avhandling och detta faktum gällde både för kvinnor och för män. De kvinnliga läkarna fanns oftare i specialiteter där karriärgången är relativt snabb, i specialiteter knutna till arbetsplatser som ses som mer perifera i sjukvårdshierarkin och arbetar oftare på arbetsplatser där arbetstiden är kortare. Kvinnor och män som valt specialistområde som domineras av det motsatta könet var också lika sin motpart vad gäller karriärtakt och arbetsplatstillhörighet. De manstäta specialistområdena är också mycket forskningsintensiva med hög andel disputerade och motsatsen gällde för lågstatusgruppen.

Avslutande reflektion

Är jämställdhet är ett problem? blir en central fråga att ställa. Svaret riskerar att landa i det faktum att alla har egen erfarenhet av frågan. Erfarenheten präglar oss i hur vi ser på behov och möjligheter att uppnå målet om jämställdhet. Det finns självklart många sätt att förklara det faktum att kvinnor och män inom läkarkåren väljer olika specialiteter. Grovt kan man se det som en ett resultat av individens fria val, eller som påverkat av könsrollsmönster och att kvinnor och män har olika villkor i arbetslivet. Hur vi än ser det kommer vi själva ha en roll i hur villkoren utvecklas.

Problemet kan också vara de hinder som finns att uppnå jämställdhet. En av svårigheterna i att egentligen påverka utgångsläget är att det behövs en majoritet eller i varje fall en kritisk massa som erkänner behovet av jämställdhet. I det kan svensk lagstiftning för jämställdhet vara ett uttryck för majoritetens beslut och vilja. Men även den behöver sin lokala tolkning för att uppnå jämställdhet. Det är då förändring uppnås och man når att påverka eller lämna avtryck på normen i vardagen. Det är dock sällan majoriteten erkänner sin roll i frågan om jämställdhet. I det blir frånvaron av ställningstaganden ett hinder.

I diskussion om relationen mellan majoritet - minoritet så kan frågan om jämställdhet ses som en numerär. I vår samtid kan vi lätt iaktta i vilka sammanhang och konstellationer som både kvinnor och män finns representerade. En jämn representation är en garant för att båda könen deltar men det är ingen garanti för att jämställdhet egentligen råder.

Det behövs en medvetenhet för att skapa villkor där frågan om jämställdhet ges både ett vertikalt och horisontellt förverkligande inom sjukvården. Det behövs samsyn och legitimitet för att på sikt kunna välja vad man vill att utvecklingen ska ge ifråga om jämställdhet. Ett nödvändigt steg för att uppnå det är viljan till förändring. Det är där i vinsten som viljan kan visas. Kanske också att viljan har sin grund i att erkänna problemen som bristande jämställdhet leder till.

Framtidsfrågan för läkarkåren är om yrket kan attrahera den bästa kompetensen oavsett kön. Det förutsätter att både utveckling och urval sker på saklig grund. Att individen ska kunna göra val utifrån kompetens, intresse, lust och lämplighet. Att individen ges en professionell utveckling som speglar förmåga oavsett föreställningar om kön. Sammansättningen inom läkarkåren håller på att förändras och normen likaså. Det är en naturlig följd av att samhället förändras. Villkoren för läkare ska vara könsneutrala. Det kommer dock inte att gå av sig själv och Läkarförbundet ska självklart delta och bidra i detta förändringsarbete.

Handlingsplan för jämställt specialitetsval

Inledning

Läkarförbundet arbetar för genusneutrala villkor för läkares yrkesliv och karriärmöjligheter. För att uppnå jämställdhet inom läkarkåren behövs kunskap om mäns och kvinnors olika livs- och arbetsvillkor, att dessa olika villkor synliggörs och att varje fråga som berör individer prövas ur ett jämställdhetsperspektiv. För att uppnå verklig och varaktig förändring krävs både vilja till förändring och mod att våga se.

Att arbeta med köns- eller genusperspektiv innebär medvetenhet om att det är av betydelse och att det får konsekvenser att vi är kvinnor och män i arbetslivet. Det innebär också vetskap och kunskap om att kvinnor och män befinner sig i arbetslivet på olika villkor. Vi måste alltså fråga oss om föreslagna beslut, åtgärder eller förändringar får olika effekter för kvinnor respektive män.

I den kvalitativa delen av enkätundersökningen (Rapport C) inom ramen för handlingsplanen för jämställt specialitetsval ställdes följande frågor: Anser du att det finns strukturer i arbetsmiljö och arbetsvillkor som hindrar läkare från att fritt välja specialitet utifrån personligt intresse och lämplighet? Hur tror du att man kan uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval och är det överhuvudtaget viktigt att så blir fallet? De allra flesta som besvarat frågorna (ca 3400 läkare) menade att det finns hindrande strukturer och att det är en mycket viktig facklig fråga för Läkarförbundet att arbeta med. Från den kvalitativa rapporten hämtas följande citat:

”Självklart är det viktigt! Man måste nog börja på läkarutbildningen, och det första dagen, genom djupgående diskussioner i allas lika värde etc. Alla lärare på fakulteterna som inte kan agera/undervisa ”könsneutralt” omskolas/avskedas. Det kan verka drastiskt, men så behövs också drastiska åtgärder om det ska hända något!!” (Man, barn och ungdomsmedicin)

”Ja. Är en social person och det är med perspektiv bakåt lite sorgligt att inte ha ingått i en kollegial arbetsgemenskap. Har alltid tillhört en mycket klar minoritet könsmässigt (...) (Kvinna, anestesi)

”Ja. Under min kirurgplacering på AT blev jag kallad för ”den lilla flickan”, min manlige AT-kollega spelade tennis med några av (de manliga) överläkarna. (...) (Kvinna, allmänmedicin)

”Ja. Doktor = man. Det sitter i allas tänk och tyckande. ”Hon = doktorn var ju faktiskt bra” – det måste kommenteras som en avvikande förväntning. Kvinnlig doktor betyder avvikande från normen doktor. (...)Ty det är väl historien som måste arbeta för oss. Att vi är normala, både som kvinnor och som doktorer. Och att vi därmed i grunden lika kompetenta utan att måsta arbeta 120 % för samma lön.” (Kvinna, allmänmedicin)

”Jag skulle önska att alla redan på utbildningen började tänka i termer av att vara en komplett människa och inte sätta sin identitet i att vara läkare.” (Man kirurgi)

Kraven på att få balans i livet ökar både från kvinnor och från män i läkargruppen. En modern specialitet erbjuder moderna arbetsvillkor. Då lockar man till sig läkare av högsta kvalitet och de personer som är bäst lämpade.

Specialitetsvalet

Av enkätundersökningen (Rapport A) framgår att kvinnors och mäns prioriteringar vid val av specialisering är i huvudsak lika. De fem viktigaste faktorerna är desamma för båda könen, om än i olika inbördes ordning. Stor roll spelar det personliga intresset, självständighet, trivsel vid klinik variation av arbetsuppgifter samt grad av patientkontakt vid val. Kvinnor till skillnad från män tar också i beaktande möjligheterna att inom specialiteten att kombinera arbets- och jourtider i förhållande till familjeförhållanden. Kvinnor väger in fler aspekter som viktiga än män gör vid val av specialisering. Skillnaden mellan kvinnor och män ifråga hur viktig möjligheten om kombinera arbets- och jourtider i förhållande till familjeförhållanden är kvarstår oavsett ålder (Rapport B). Däremot skiljer sig specialitetsgrupperingarna åt. I grupp ett, specialitetsgrupperingar med kvinnodominans, syns tydligast att det är två separata könsmonster i sin helhet. För grupp två är skillnaden mellan kvinnor och

män störst men enkom i frågor om anpassningen mellan arbete och familjeliv. Däremot visar mönstret att kvinnor och män närmar sig varandra vad gäller familjerelaterade prioriteringar i grupp tre, specialitetsgrupp där män är representerade i högre grad. Specialitetsgrupperingarna tycks bära på större skillnad sinsemellan, än vad mönstret för kön inom specialitetsgrupperingen visar.

I de öppna frågorna (Rapport C) säger man så här om specialitetsvalet:

"Göra genusanalyser på arbetsplatser för att avslöja mönster av återkommande könsdiskriminering (typ de som nyligen gjorts på dagis)." (Man, internmedicin)

"Man måste inse att om kvinnor avstår ifrån en specialitet pga. kulturen när de egentligen har stor fallenhet för den är det sjukvården som gör en kompetensförlust." (Kvinna kirurgi)

"Det är inte NÖDVÄNDIGT med jämn könsfördelning. Men om en kvinna har ett BRINNANDE intresse för någon specialitet OCH är duktigt, då ska hon självklart ha chansen." (Man, anestesi)

"Jag tycker att det är viktigt att alla, oavsett kön, är välkomna till specialiteten och känner sig bekväma men det är inte överordnat något annat." (Man, ortopedi)

(...) När jag gjorde AT på kirurgen respektive ortopedien, så var signalen tydlig från specialisterna att vi kvinnliga AT-läkare bara var där på "sightseeing". Stämningen, åtminstone på kirurgen, var dessutom mycket "macho". Jag minns hur specialisterna på kirurgen satt och hånskrattade när någon satt AT-läkarna behövde handledning, de tyckte sådant var fjantigt." (Kvinna, psykiatri)

"I och med att majoriteten kandidater nu är kvinnor kommer könsfördelningen så småningom slå över åt andra hållet, även inom "manliga" specialiteter" (Man, ÖNH)

"Troligt med en utjämning när det nu blir alltfler kvinnliga läkare men risken kanske att männen favoriseras när de blir mindre i antal." (Kvinna, allmänmedicin)

Ur förbundets jämställdhetsprogram:

Ett av målet för Läkarförbundets jämställdhetsarbete är att kvinnliga och manliga läkare skall välja yrkesriktning och karriär efter fallenhet och intresse utan att hindras av traditionsbundna föreställningar, arbetsförhållanden, normer eller värderingar. Möjligheterna att kombinera yrkesarbete med ansvarstagande för familj och hem är också en betydelsefull faktor. Alla individer måste ges möjlighet till ett fritt yrkesval och till att vidareutvecklas och göra karriär inom sitt yrke.

Läkarutbildningen har en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Mellan könen finns stora skillnader vid val av specialitet, avancemang inom yrket och forskningskarriär. Flera specialiteter domineras till 90 procent eller mer av män. Kvinnorna dominerar inte lika markant i någon specialitet. Läkarförbundet avser att göra en analys av de bakomliggande orsakerna till "könsmärkning" av specialiteterna samt en handlingsplan för hur läkarkåren ska bli mer jämställd avseende specialitetsval.

Fördelning kvinnor och män inom specialiteterna

Andelen kvinnor inom läkarkåren ökar liksom andelen kvinnor som tar ut specialistbevis. Det är främst i de yngre åldersgrupperna kvinnor i ökar vilket följer av att andelen kvinnor är större än andelen män på läkarutbildningen. Ökningen av antalet kvinnor sker nerifrån i karriärstegen och år för år ökar antalet kvinnliga specialister. 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, (Sveriges läkarförbund, Läkarfakta 1999-2007).

Andelen kvinnor ökar inom samtliga specialistgrupper. För perioden 1999 – 2007 är det främst gynekologi (+12%), kliniska lab. specialiteter (+10%), onkologi inkl gyn onkologi (+9%), smärtlindring (+13%), socialmedicin (+8%) och öron, näsa, hals (+10%) som attraherat kvinnor i högre grad än övriga specialiteter. I övriga specialiteter ökar andelen kvinnor i lika hög grad, dvs mellan 4-6 % under perioden (Sveriges läkarförbund, Läkarfakta 1999-2007).

När det gäller representation av kvinnor inom specialiteterna ligger gynekologisk onkologi i topp med 69 %,

följt av barn- och ungdomspsykiatri 66 %, dermatologi 65 %, geriatrik 63 % samt obstetrik och gynekologi 62 %. Dessa specialiteter räknas som kvinnodominerade dvs. andelen kvinnor är 60 % eller över. I de manligt dominerade specialiteterna ligger flera opererande specialiteter i topp ortopedi 87 %, urologi 86 % och kirurgi 82 %. Flera mindre specialiteter såsom kärllkirurgi 95 % och neurokirurgi 91 % är också extremt mansdominerade (Sveriges läkarförbund, Läkarfakta 2008).

Organisation och ledarskap

I enkäten (Rapport A) framkom att dåligt ledarskap var den viktigaste orsaken till vantrivsel inom specialiteten och på arbetsplatsen både för kvinnor och för män. Enkäten visar också att dåligt ledarskap är den enskilt viktigaste negativa orsaken till byte av specialitet eller till att överväga att byta specialitet. Motsatsen visades också att gott ledarskap varit ett starkt bidragande skäl och inspiration till valet av specialitet.

Ur den kvalitativa rapporten (Rapport C) hämtas följande citat på temat chefskap:

”Som chef måste vi vara vaksamma mot våra kollegor, föregå och uppträda med respekt för individen oberoende av kön (...) Strukturer kan påverkas som att ge uppdrag av vikt till kvinnliga kollegor, visa förtroende och uppmuntran till ett gott jobb tror jag också är viktigt. Att det kvinnan gör ska respekteras på samma sätt ”dunkas i ryggen” precis som mannen (...)” (Kvinna, allmänmedicin)

”Så kompakt kvinnlig personal gör det svårare för kvinnor att leda, alternativt ser man att kvinnor ibland ”överkompenserar” och blir onödigt hårda och tuffa (...)” (Man, allmänmedicin)

”Bl.a. på denna klinik finns en hierarki där det högst finns äldre värtaliga rika män från socialgrupp 1 kommande män med delvis grandios självuppfattning.” (Man, radiologi)

Ur förbundets jämställdhetsprogram:

Läkarförbundet arbetar för att chef- och ledarskapet i hälso- och sjukvård innehåller av läkare och för att alla läkare får en adekvat ledarskaps- och chefsutbildning, i vilken kunskap om maktstrukturer, genusperspektiv och jämställdhetsarbete ingår. Ledningens insikt, kunskaper och inställning i jämställdhetsarbetet är av största vikt för att ett framgångsrikt jämställdhetsarbete ska kunna bedrivas.

En jämn könsfördelning på olika nivåer i en organisation och inom olika specialiteter är till gagn för verksamheten. Läkarförbundet ska främja kvinnliga läkares kompetensutveckling inom områdena administration och ledarskap i syfte att öka andelen kvinnor i ledande positioner. Läkarförbundet ska aktivt delta vid rekrytering av chefer och ledare och uppmuntra läkare av underrepresenterat kön att söka sådana befattningar.

Läkarförbundet arbetar för att kvinnliga och manliga läkare ska ha samma goda villkor för och möjligheter till kompetensutveckling och karriär. Vi anser att det är av största betydelse att fler kvinnor avancerar och blir ledare och chefer. Det är viktigt att fler kvinnor kan konkurrera framgångsrikt i den akademiska karriären.

Ledarskap

Ledarskapet är en viktig faktor för att se till att såväl AT som ST främjar val av specialitet utifrån lämplighet och intresse. Genom ett väl organiserat och fungerande ledarskap för AT- och ST-läkarna kan såväl anställningsvillkor som utbildningsklimat och lönefaktorer påverkas.

På AT-nivå blir ledarskapet allt för ofta splittrat över de olika tjänstgöringsavsnitten. Läkarförbundet anser att det dels bör finnas en AT-studierektor som ansvarar för utbildningsfrågorna övergripande över hela utbildningen, dels en AT-chef som ansvarar för AT-läkarnas anställningsvillkor och löneförhandling. AT-chefen bör vara läkare och kan tillsammans med AT-studierektor påverka jämställdhetsarbetet för denna kategori läkare.

På ST-nivå är det verksamhetschefen som enligt föreskriften är ansvarig för utbildningsvillkoren. Verksamhetschefen å sin sida har ofta delegerat de arbetsuppgifter som rör ST-utbildningen till studierektorer. Studierektorerna är alltså den grupp som i praktiken är en viktig målgrupp för jämställdhetsarbetet eftersom de har i uppdrag att utforma en specialiseringstjänstgöring som attraherar både kvinnor och män och kan påverka utbildningsklimatet på kliniken/sjukhuset.

Läkarförbundet anser att studierektorsfunktionen måste stärkas på många håll runt om i landet. För att studierektorerna ska kunna utföra ett så bra arbete som möjligt måste de ha tid och pengar för sitt uppdrag, liksom ett tydligt ansvar och befogenheter.

Följande citat är hämtade ur den kvalitativa delen av enkätundersökningen (Rapport C):

"(...)Handledare för AT och ST har viktiga funktioner men är ofta helt omedvetna om att det finns strukturer som styr handlande: tror att allt beror på helt individuella val." (Kvinna, allmänmedicin)

"(...) Utbildning är nyckeln till förändring. Varje specialitet bör ha lika delar män och kvinnor i utbildningsutskott, på studierektorstjänster och i kliniska handledarroller. På kort sikt betyder det säkert att dessa tjänster inte kommat att vara representativt tillsatta utan kvoterade inom en mängd specialiteter." (Man barn och ungdomspsykiatri)

Föräldraskap

Av enkäten (Rapport A) framgår att möjligheten att kombinera föräldraskap med förvärvsarbete är en viktig villkorsfråga för både kvinnor och män. Frågan är viktigare för kvinnor än män när man gör sitt val av specialisering. För män blir frågan viktig först vid ett eventuellt byte av specialitet eller när man överväger att byta specialitet.

Följande citat är hämtade från den kvalitativa delen av enkäten (Rapport C):

"Så länge kvinnor tar det mesta ansvaret hemma (barn osv.), så måste kvinnor anpassa sitt arbetsliv. (Annars havererar familjelivet) Om deltidarbete blir norm/OK för män och kvinnor med barn så kan vi hjälpas åt på hemmaplan under de aktuella åren. Strukturer? Jösses, ja!" (Kvinna, klinisk immunologi)

(...) Kvinnorna tar större utsträckning hänsyn till familjen vid val av arbete, vilket gör att kvinnor blir underrepresenterade i jourtunga specialiteter. Män har generellt ett större behov av självhövudelse (kombination av genetik och tradition?) och dras därför till de specialiteter där det är lättare att uppfattas som hjälte, dvs de opererande specialiteterna. (...) (Man, företagshälsovård)

"Mäns benägenhet att sätta arbete före familj och barnpassning (...) torde öka deras chans för att få ett givet jobb. Personligen kan jag inte säga mig fri ifrån viss irritation över våra yngre kvinnliga kollegor så ofta är hemma pga sjuka barn, redan från första dagen. Men hade det varit män med samma beteende så hade jag också irriteras pga det. Samma resonemang gäller deltid och föräldraledighet. För vi som (obegåvat?) prioriterar jobb på heltid känns det som att vi "drar lasset" mer än dom andra." (Man, obstetrik och gynekologi)

"(...) Den enda riktigt effektiva vägen är att dela föräldrapenningen så att kvinnan har rätt till halva tiden och mannen rätt till halva tiden. Ingen överlåtelse får ske. Arbetsgivaren kan då ej som nu förutsätta att kvinnan kommer ta det största ansvaret (vara borta mest) Är kvinnor beredda att överge rätten till hela föräldrapenningen Är männen beredda att ta ett mer jämlikt ansvar för familjen? (...)" (Man, allmänmedicin)

Ur förbundets jämställdhetsprogram:

Läkarförbundet arbetar för att ingen läkare ska missgynnas i sitt yrkesliv på grund av föräldraskap. Enligt Jämställdhetslagen ska arbetsgivaren underlätta för både kvinnliga och manliga arbetstagare att förena förvärvsarbete och föräldraskap. Genom att se över t.ex. arbetsorganisation och arbetstider kan möjligheter skapas som underlättar kombinationen av arbete och föräldraskap. Enligt föräldraledighetslagen ska ingen arbetstagare som utnyttjar sin rätt till ledighet behöva tåla sämre villkor än andra vare sig det gäller löneutveckling under ledigheten, fortbildning eller kompetens- och karriärutveckling. Läkarförbundet ska arbeta för att möjliggöra individuella arbetstidslösningar för småbarnsföräldrar i syfte att underlätta möjligheterna att kombinera arbetsliv och föräldraskap. Läkarförbundets lokalföreningar ska bevaka föräldralediga läkares rätt till löneutveckling även under föräldraledigheten och att lönesamtal genomförs före eller under föräldraledigheten. Läkarförbundet vill särskilt uppmuntra manliga läkare att utnyttja sin rätt till föräldraledighet. Läkarförbundet arbetar för att gravida läkares rätt att befrias från jourtjänstgöring stärks.

Lön och befattning

Av enkätundersökningen (Rapport A) framgår att både kvinnor och män ansåg att ”god löneutveckling” var en mindre viktig faktor vid val av specialisering. Däremot är avståndet i uppfattning mellan kvinnor och män är stort bl.a. vid påståendet om huruvida det finns löneskillnader som har grund i kön och om läkare arbetar på lika villkor oavsett kön. 22 % av kvinnorna och 54 % av männen menar att det inte finns ”löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare som beror på kön”. Den åldersuppdelade redovisningen (Rapport B) visar inte på några avsevärda skillnader mellan åldersgrupperna. Relationen mellan kvinnors och mäns svar bibehålls men avståndet ökar i den äldre grupperingen. Störst skillnad i uppfattning inom första specialitetsgrupperingen (kvinnodominerad) är frågor om bemötande och lön. För de två övriga specialitetsgrupperna (mansdominerad och jämn) är det också främst frågan om huruvida det finns löneskillnader som kan förklaras av kön där kvinnor och män skiljer sig mest åt i uppfattning. Följande citat hämtas från den kvalitativa undersökningen (Rapport C) vad gäller löneskillnader mellan specialiteter:

”Först och främst lika lön för lika arbete, dels inom specialiteten men kanske framförallt mellan olika specialiteter där vare sig arbetsbörda eller popularitetsgrad motiverar en skillnad. Varför har t ex kirurger överlag bättre lön än en barnläkare?” (Man, barn och ungdomsmedicin)

”Det är viktigt. Man bör prioritera könsaspekten vid anställningar, på en enkönsdominerad arbetsplats ska det vara en tillgång vid ansökning att tillhöra det andra könet. Mest är det nog en attitydförändring som behövs. Män anställer och arbetar ofta hellre med män, och även om en kvinna är lika kvalificerad anses det inte att just det faktum att hon är kvinna ett extra plus, vilket det ju i synnerhet är på en mansdominerad arbetsplats.” (Kvinna, allmänmedicin)

”Aidentifierade ansökningar (...)” (Kvinna, infektionssjukdomar)

”(...) Kvoteringen är faktiskt ett sätt att nå fram – då blir man medveten.(...)” (Kvinna, allmänmedicin)

Ur förbundets jämställdhetsprogram ”Jämställda läkare”:

Läkarförbundet arbetar för att könsneutrala villkor för läkares arbetsliv och karriär. Det innebär att lön och övriga anställningsvillkor inte ska vara olika på grund av kön.

Löneavtalen för de flesta av förbundets medlemmar bygger på att lönen ska vara individuell och differentierad och avspegla uppnådda mål och resultat. En förutsättning för att en sådan lönesättning ska fungera är att arbetsgivaren arbetat fram långsiktiga lönepolitiska riktlinjer och lönekriterier. Läkarförbundet ska arbeta för att både lönepolitik och lönekriterier är könsneutrala.

Enligt jämställdhetslagen är arbetsgivare skyldig att årligen kartlägga och analysera bestämmelser och praxis om löner och andra anställningsvillkor samt löneskillnader mellan kvinnor och män som utför arbete som är att betrakta som lika eller likvärdigt. Förekommande löneskillnader ska bedömas huruvida de har ett direkt eller indirekt samband med kön. Läkarförbundet har i detta arbete en nyckelroll som facklig organisation.

På en strukturell nivå har kvinnor – med få undantag – inom samtliga befattningsgrupper inom läkarkåren lägre lön och sämre lönespridning än män. Kvinnliga läkare avancerar långsammare än sina manliga kollegor. Endast i viss utsträckning kan löneskillnaderna förklaras av andra faktorer än kön. Därför måste fortsatt särskilda insatser kontinuerligt göras för att höja kvinnliga läkares löner, i syfte att eliminera skillnader mellan kvinnliga och manliga läkares löner som beror på kön. Läkarförbundet har också i detta arbete en nyckelroll som facklig organisation.

Lön

Inom de 20 största specialiseringarna varierar kvinnors relativlön till mäns från 94 % inom ortopedi till 99 % inom kardiologi. I övriga specialiteter varierar den mellan 96 – 98 %. Vid en jämförelse mellan år 2002 och år 2007 har skillnaden mellan kvinnor och mäns medellön ökat i nio specialiseringar, i fyra specialiseringar har skillnaden minskat och sju specialiseringar visar ingen förändring. 2002 var kvinnors relativlön av mäns 100 % inom rehabilitering och hud, 2007 uppnås inte 100 % inom någon specialisering. Något samband mellan hög andel kvinnor i en specialitet och låg medellön inom specialiteten har inte kunnat visas statistiskt.

Vid en jämförelse av samtliga kvinnors och mäns snittlöner år 2007 är skillnaden 5 700 kr till männens fördel. Jämfört med året innan har skillnaden ökat med 400 kr. Löneskillnaden förklaras till stor del av rådande ålders- och befattningsstruktur. Antalet chefer och överläkare är betydligt fler bland männen och väger därmed upp lönen för samtliga män. Löneskillnaderna består dock vid en befattningsvis jämförelse. Den största skillnaden, 2 059 kr, noteras för gruppen distriktsläkare. Skillnaden är marginellt lägre än under föregående år. För underläkarna uppgår skillnaden till ca 400 kr.

Vid en jämförelse mellan kvinnors och mäns medellön per legitimationsår framgår att män vid samtliga legitimationsår tjänar mer än kvinnor. Differensen varierar mellan 3999 kronor år 1980 till 272 kronor legitimationsår 2007 till männens fördel.

Vid jämförelse mellan kvinnors och mäns medellön efter ålder framgår att män tjänar mer än kvinnor i samtliga åldersgrupper förutom grupperna 30 och 32 år. Differensen mellan könen varierar mellan 4203 kronor till männens fördel i åldern 44 år och 68 kronor till männens nackdel i åldersgruppen 32 år. Särskilt slående är att skillnaden mellan könen i åldersgruppen -25 år är 1335 kronor till männens fördel.

Arbetsformer och arbetstider

Av den kvalitativa enkätundersökningen (Rapport C) framgår att frågan om arbetsformer och arbetstider har stor betydelse och att många vill förändring. Frågan sätts också i samband med föreställningar om kön, föräldraskap och möjligheterna att kombinera föräldraskap och förvärvsarbete samt rådande kultur och värderingar inom specialiteten.

”Ja! Orimliga arbetstider med mkt jourer samt en kultur av att ”här jobbar vi tills vi är klara”, dvs att man förutsätts stanna kvar även efter arbetstidens slut. På min klinik arbetar nästan alla (utom vissa särskilt gynnade och omhuldade män) över åtskilliga kvällen/nätter (...) då man inte har någon tid avsatt för pappersarbete. En som klagat anses vara lågpresterande och gnällig.” (Kvinna, barn och ungdomsmedicin)

”Ta mer hänsyn till småbarnsföräldrar när det gäller arbetstider och jourschema, detta gäller män och kvinnor lika mycket” (Kvinna allmänmedicin)

”(...) anpassa scheman och gör dem mänskligare för båda könen. Släpp det gamla envisa kravet på jourer och jourkomp. När jag själv kom ur det pga. ”civilt” jobb utanför det traditionella sjukvården upptäckte jag förstås livet utan jourkomp inte är så nödvändigt, man inte är ständigt trött utan vettiga dagar redan från början. Kanske blir det ekonomiska förluster, men funkade ändå sannolikt bättre!(...)” (Man, allmänmedicin)

”(...) och se till att arbetstider efterlevs. Det är svårt att gå hem när arbetstiden är slut utan att bli betraktad som oengagerad.” (Kvinna, barn och ungdomspsykiatri)

”(...) Hur kommer det sig att det krävs just 40 timmars arbete för att sköta en avdelning. Vi läkare är alldeles för försiktiga med att kräva rimliga arbetstider under vissa delar av livet (Man, klinisk fysiologi)

”(...) hämtar på förskolan gör man bara inte inom vår specialitet, skaffa barnflicka! Den mentaliteten har funnits överallt förr. Hör en yngre ST-läkare detta nu krävs det mycket för att inte ta de vanliga utvägarna: män resignerar, kortar in planerad pappaledighet, anställer au-pair och accepterar läget. Kvinnor resignerar, byter specialitet, går ner på halvtid och accepterar läget.” (Kvinna, anestesi)

Ur förbundets jämställdhetsprogram:

Läkarförbundet arbetar för att alla läkare ska ha goda arbetsförhållanden och arbetstider. Arbetsförhållandena ska inte utgöra hinder för någon läkare att välja specialitet eller inriktning.

Vad som är goda arbetsförhållanden och arbetstider varierar från person till person. Individens behov av att anpassa sina arbetsförhållanden varierar över tiden. Det kan handla om gravida läkare, småbarnsföräldrar, eller äldre läkare 55+ som vill trappa ner. Det är viktigt att möjlighet ges till individuella och flexibla arbetstidslösningar, flexitidsavtal och deltidarbete. I samband med att lokala arbetstidsavtal tecknas ska jämställdhetsaspekten särskilt beaktas t.ex. genom att i detta sammanhang ställa frågor som; Kan deltidarbete ”flexa”

på samma villkor som heltidsarbetande? Arbetar läkare jour och beredskap i paritet med tjänstgöringsgrad? Förläggs gemensamma möten på tider som underlättar deltagande för alla läkare? Läkarförbundet ska delta i och påverka det lokala arbetet för en bättre arbetsmiljö genom att samverka i utformningen av jämställdhetsplaner och att aktivt delta i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Läkarförbundet ska bevaka att arbetsgivare följer de riktlinjer för jour och beredskap, arbetstider samt arbetsmiljöfrågor i övrigt som anges i lag, kollektivavtal och arbetsmiljöpolitiska program. Genusperspektivet ska beaktas när centrala och lokala arbetstidsavtal tecknas och effekter för kvinnor respektive män av sådana avtal ska särskilt belysas. Läkarförbundet ska stödja kollegor som önskar deltid, exempelvis genom att tillvarata möjligheter att dela tjänstutrymme. Förbundet vill medverka till att nya och okonventionella arbetstidslösningar utarbetas och att möjligheten till individuella arbetstidslösningar uppmuntras.

Kultur och värderingar

Av enkätundersökningen (Rapport A) framgår att kvinnor i mycket högre grad än män anser sig ha missgynnats eller kränkts på grund av kön på sin nuvarande arbetsplats och i sin nuvarande specialitet. Skillnaden mellan könen är också stor hur man i övrigt uppfattar arbetsvillkoren.

T. ex. uppfattar 36 % av kvinnorna och 71 % av männen att kvinnliga och manliga läkare arbetar på lika villkor. Det kan konstateras att kvinnliga och manliga läkare har mycket olika bild av hur kvinnor och män som är läkare har det i arbetslivet. Ur den kvalitativa delen (Rapport C) av undersökningen hämtas följande citat:

"(...) Man kanske bör framhålla de olika sidorna hos respektive specialitet - att det finns så många olika arbetsuppgifter, att man har chans att utveckla sin operationsteknik eller samtalsmetodik, eller något annat, inom en och samma specialitet. Varför ska alla göra samma sak? Kan man tänka sig att anpassa arbetsuppgifterna efter önskemål?" (Kvinna allmänmedicin)

"(...) Inom internmedicin är kardiologi väldigt manligt medans endokrinologi är väldigt kvinnlig." (Kvinna, internmedicin)

"(...) Bättre stöd och förståelse från övrig personal, även till kvinnliga läkare. Kvinnliga "kringpersonal" har en tendens att assistera och hjälpa manliga läkare mer (...) kanske man ska jobba för att få in fler manliga sjuksköterskor/undersköterskor?" (Kvinna, allmänmedicin)

"Ska man konkurrera med killarna så är det på deras villkor" (Kvinna, allmänmedicin)

"Det är också viktigt att kvinnor ser mönstret och STÖTTAR varann. Svårigheten kan ju vara att yngre kvinnor inte ser mönstret. (Vem gjorde det?)" (Kvinna, onkologi)

"Mer information om manliga grupp beteenden till männen kan vara av värde. De har ju ingen aning om hur deras grabbiga kultur utsluter kvinnor(...)" (Kvinna, kirurgi)

(...) För att komma fram till ett op-bord som icke Y-kromosominnehavare bör man nog - ha en far i branschen (...) (Kvinna, radiologi)

"(...) Det handlar om normen för vad som är en läkare." (Kvinna, anestesi)

(...) Tuffa jourer, ibland flera dygn i sträck. Slippa mensbesvär och graviditeter etc. kan ju vara en fördel (...) (Man ortoped)

"(...) våga diskutera på allvar vad professionen verkligen är och kräver och vad den inte omfattar" (Kvinna, företagshälsovård)

"Det måste finnas utrymme för att vara vanlig människa och på det sättet komma bort från övermänniskoidealet som ju varit dominerade inom skräpet." (Kvinna, psykiatri)

Ur förbundets jämställdhetsprogram:

Varje arbetsplats eller organisation styrs av en kultur, värderingar och normer som vi alla är bärare av eller i varje fall blir en del av. Till vissa delar uttalad och till andra delar outtalad. För att kunna förändra värderingar och bryta mönster måste först värderingar och normer synliggöras. Det är viktigt att våga ifrågasätta gällande normsystem och attityder.

Läkarförbundet anser att en diskussion måste föras om de normer och värderingar som råder inom läkarkåren och dess effekter för kvinnor och för män. Vilket arbete premieras eller synliggörs på kliniken/avdelningen? Vem får tillgång till forskningsmedel? Vem gör vad på arbetsplatsen? Varför? Läkarkåren äger frågan om sin egen kultur och organisation. Läkarförbundet vill arbeta för att belysa genus betydelse för normer och värderingar inom läkarkåren.

Genusperspektiv i utbildningen

Ur förbundets jämställdhetsprogram:

Läkarförbundet anser att det är viktigt att köns betydelser i organisationen och kvinnors och mäns olika villkor i arbetslivet uppmärksammas i läkarutbildningen. Att höja kunskapsnivån om genus skapar en förståelse för genus betydelse och inverkan i rollen som läkare både organisatoriskt och i relationen patient – läkare. Från den kvalitativa delen av enkätundersökningen, rapport C, hämtas följande citat:

”Genom att ge genusfrågor större betydelse och högre status i Läkarförbundet och på läkarutbildningen.” (Kvinna allmänmedicin)

”Jag tror att det beror på attitydproblem som vänder sig mot män redan på läkarutbildningen. Hur kul är det att ”mellan raderna” få antydningar om att vara pervers, böj eller underlig på något sätt (...)” (Kvinna, obstetrik och gynekolog)

Det fackliga arbetet

Hur arbetar förbundet fackligt med jämställdhet? Det handlar bland annat om att tillföra ett genusperspektiv till alla fackliga frågor som principer för lönesättning, karriärvägar, befordran, rekrytering, arbetets organisation, arbetstider, utbildningsfrågor och psykosocial arbetsmiljö. Jämställdhet är inte en isolerad företeelse utan en ingrediens som påverkar helheten. Alla som är engagerade i förbundsarbetet, såväl förtroendevalda som tjänstemän, ska arbeta med genusperspektiv och ha god kunskap inom området. Från den kvalitativa delen av enkätundersökningen, rapport C, hämtas följande citat:

”Genom det här! Genom att ha frågan i fokus.” (Kvinna företagshälsovård)

”Under utbildningen bör läkare från facket berätta om arbetet och hur det bedrivs (...)” (Man, klinisk patologi)



Läkarförbundets uppdrag

Mål

Läkaryrket ska locka framtidens bästa kompetens genom att erbjuda moderna och goda arbetsvillkor. Kvinnor och män ska ha samma möjlighet att göra aktiva val av specialitet med utgångspunkt från eget intresse och lämplighet.

Delmål

- Läkarförbundet ska stödja och bistå lokalföreningarna med kompetens och rådgivning för ett jämställt arbetsliv för läkare och fackligt arbete med genusperspektiv.
- Läkarförbundet ska medverka till att metoder för att utveckla jämställdhetsarbetet tas fram.
- Läkarförbundet ska arbeta för att utveckla metoder för och möjligheter till att mäta och föra statistik över jämställdhetsarbetet.
- Läkarförbundet och lokalföreningarna ska bedriva ett systematiskt jämställdhetsarbete som syftar till jämn könsfördelning inom specialiteterna.
- Den fackliga utbildningen ska förbättras och fördjupas ifråga om jämställdhet. Genom facklig utbildning ska jämställdhetsfrågan förankras och kunskapen fördjupas inom organisationen.
- Läkarförbundet ska eftersträva fördjupat samarbete i frågan om jämställt specialitetsval med fler företrädare för professionen i syfte att få till stånd förändringsarbete.
- Läkarförbundet ska arbeta för att viktiga förebilder och kulturbärare såsom studierektorer och handledare får adekvat utbildning om jämställdhets- och genusfrågor.
- Läkarförbundet ska arbeta för att chefer får adekvat utbildning om jämställdhets- och genusfrågor.
- Läkarförbundet ska arbeta för att det statistiska underlaget fördelat på kön och per specialitet förbättras.
- Genom lokala parter – Lokalföreningarna – ska förbundet delta i det aktiva planarbetet. Vi ska samverka med arbetsgivare i syfte att förebygga diskriminering och främja jämställdhet.
- Genom lokala parter – Lokalföreningarna – ska förbundet delta i arbetet med lönekartläggning, löneanalys och handlingsplaner. Anställningsvillkor och lönekriterier ska granskas ur ett jämställdhets- och genusperspektiv.
- Genom lokala parter – Lokalföreningarna – ska förbundet arbeta för genusneutrala arbetsvillkor. Vi ska arbeta för att förbättra arbetsformer och organisation samt för att underlätta att kombinera förvärvsarbete med familjeliv.
- Genom lokala parter – Lokalföreningarna – ska förbundet delta i rekrytering av chefer. Vid rekrytering ska kunskaper om jämställdhet och genus värderas som meriterande.

Vägen till målen

Arbetsgivaren bär ytterst ansvar för jämställdhetsarbetet och för att ingen diskriminering förekommer.

Cheferna har som arbetsgivarens företrädare ansvar för att integrera jämställdhetsfrågan i hela verksamheten, i policys, kriterier, utbildning, utvecklingssamtal, lönesättning, fortbildning och tjänstetillsättningar. Chefer ska av uppdragsgivaren få former för hur jämställdhetsarbetet ska bedrivas. Chefer bör därför efterfråga utbildning i genus- och jämställdhetsfrågor.

Arbetsgivaren ska samverka med de fackliga parterna i det aktiva jämställdhetsarbetet för att kartlägga, förankra, utveckla rutiner, policys och verktyg samt fastställa mål och åtgärder i en plan. Samverkan i frågan ska ske på olika nivåer – klinik-, sjukhus-, region-, VC-nivå - i organisationen och där ska läkarförbundet vara representerat.

Som facklig part har Läkarförbundet genom läkarföreningarna möjlighet till samverkan för inflytande i det aktiva jämställdhetsarbetet. Förbundet och läkarföreningarna ska driva på, efterfråga, kartlägga och analysera, granska och bidra till utveckling av jämställdhet. Förbundet ska utveckla metoder för och årligen mäta samt föra statistik över utvecklingen av jämställdhetsarbetet. Genom att föra diskussion om kultur och värderingar inom läkargruppen, efterfråga och uppmärksamma jämställdhets- och genusperspektiv inom alla villkorsfrågor kan förändring ske och jämställdheten utvecklas.

Läkarförbundet har genom yrkesföreningarna möjlighet att väcka frågan och att bedriva opinionsarbete för att påverka jämställdhetsarbetet. Genom att efterfråga och driva på jämställdhetsarbetet kan vi få inflytande och genomslag för idéer som leder till förändring och utveckling av jämställdhet.

Ledarskapet är en viktig faktor för att främja val av specialitet utifrån lämplighet och intresse. Genom ett väl organiserat och fungerande ledarskap för AT- och ST-läkarna kan såväl anställningsvillkor som utbildningsklimat och lönefaktorer påverkas. Läkarföreningen kan driva och efterfråga att chefer får utbildning i genus- och jämställdhet samt att fungerande rutiner finns samt följs.

AT-studierektorer och AT-chefer kan utifrån sina respektive ansvarsområden påverka jämställdhetsarbetet för AT-läkare. Läkarföreningen kan driva och efterfråga att AT-studierektorer och AT-chefer får utbildning i genus- och jämställdhet.

Studierektorerna är en viktig målgrupp för jämställdhetsarbetet i sitt uppdrag att utforma specialiserings-tjänstgöringen och i sin roll kan de påverka utbildningsklimatet på kliniken/sjukhuset. Läkarföreningen kan driva och efterfråga att chefer och studierektorer får utbildning i genus- och jämställdhet.

Handledarna jobbar nära AT/ST-läkare och har stort inflytande och påverkan också som kulturbärare. Läkarföreningen kan driva och efterfråga att handledare får utbildning i genus- och jämställdhet.

Den enskilde läkaren har möjlighet och ansvar att efterfråga och lyfta frågan om jämställdhet gentemot arbetsgivaren, förbundet, läkarföreningen, handledaren eller studierektorn. Varje enskild individ är också en del av den kultur och de värderingar som gruppen är bärare av.

Nyckelaktörer

- Läkarförbundets lokalföreningar
- Läkarförbundets yrkesföreningar
- Specialitetsföreningarna
- Studierektorer
- Handledare
- Chefer
- Lokala arbetsgivare
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Övriga;
 - SCB
 - Socialstyrelsen
 - Universitet

Aktiviteter riktade mot nyckelaktörerna:

Nyckelaktörer	Aktiviteter
Lokalföreningarna	Handlingsplan/Rapporter Utbildning/förbättrad facklig kunskap Delta i och samverka kring aktivt jämställdhetsarbete – jämställdhetsplaner Påverka och bedriva opinionsarbete
Yrkesföreningarna	Handlingsplan/Rapporter Utbildning/förbättrad facklig kunskap Påverka och bedriva opinionsarbete
Specialitetsföreningarna	Handlingsplan/Rapporter Delrapporter Enkät angående jämställdhetsarbete Påverka och bedriva opinionsarbete
Studierektorerna	Handlingsplan/Rapporter Påverka/opinionsarbete Delrapporter Arbeta för utbildningsinsatser i genus/jämställdhet
Handledare	Handlingsplan/Rapporter Påverka/opinionsarbete Arbeta för utbildningsinsatser i genus/jämställdhet
Lokala arbetsgivare	Påverka samverka i aktivt planarbete Arbeta för utbildningsinsatser i genus/jämställdhet
Chefer	Handlingsplan/Rapporter Påverka/utbilda Samverka i aktivt planarbete för jämställdhet Medverka vid rekrytering Arbeta för utbildningsinsatser i genus/jämställdhet
Universitet	Informera Påverka/opinionsarbete
SKL	Förbättra statistik Aktivt jämställdhetsarbete i avtalen
Övriga	Påverka andra statistiska fora för bättre konsupplad statistik – SCB – Socialstyrelsen – Universiteten

Rapport A – Resultat från enkät fördelat på kön

Att kvinnor och män väljer olika specialitet kan vi utläsa ur dagens statistik. Likaså att lönen på strukturell nivå är olika för kvinnor och män inom läkarkåren. Men vad beror det på? Attityder, värderingar och arbetsvillkor? Enkäten skickades till 10000 yrkesverksamma medlemmar i Sveriges läkarförbund i juni månad 2006.

Generellt om datamaterialet

Datamaterialet är hämtat från Survey Generator, det webbenkätverktyg som användes vid datainsamlingen. Data har genomgått en datavävt enligt följande steg.

1. Vid uttaget fanns i filen 5 301 observationer. Endast de som slutfört enkäten togs med. Återstod 4 861 analyserbara svar för analys vilket ger en effektiv svarsandel om 48,61%. Respondenterna tilläts att avstå från att svara på enskilda frågor varför antalet svarande summerar till olika antal på olika frågor.
2. Flera variabler i datamaterialet var kodat och för att göra uppgifterna hanterliga skapades översättningsnycklar för till exempel specialitetskod till klartext, specialitetskod till specialitetsgrupp, specialitetsgrupp till klartext, ytterligare specialgruppering av specialiteter för redovisningsändamål, kön, ålder, befattning, typ av tjänstgöring, tidpunkt för senaste specialitet samt tjänstgöringens omfattning.

Frågeområden i webbenkäten:

1. Viktiga faktorer vid val av specialisering
2. Bytt specialitet eller övervägt att byta
3. Arbetsmiljö och arbetsvillkor
4. Öppna frågor (Resultatet presenteras i rapport C).

1. Viktiga faktorer för val av specialisering

Kvinnors rangordning av viktiga faktorer vid val av specialisering: (i fallande ordning):

Personligt intresse	92%
Rik variation av uppgifter	85%
Mycket patientkontakt	79%
Trivsel på klinik	73%
Hög grad av självständigt arb.	66%
Anställningsmöjlighet	58%
Förebild	57%
Jourarbetet gick att förena med mina familjeförhållanden	56%
Goda möjligheter att anpassa arbetstiden med familjelivet	55%
Krävde hantverksskicklighet	53%

Mäns rangordning av viktiga faktorer vid val av specialisering: (i fallande ordning)

Rik variation av uppgifter	84%
Personligt intresse	81%
Hög grad av självständighet	76%
Mycket patientkontakt	75%
Trivsel på klinik	74%
Förebild	62%
Krävde hantverksskicklighet	58%
Anställningsmöjlighet	57%
Snabba beslut och åtgärder	53%

Slutsatser: viktiga faktorer vid val av specialisering

Kvinnors och mäns prioriteringar vid val av specialisering görs, är i huvudsak lika enligt undersökningen. De fem viktigaste faktorerna är desamma för båda kön, om än i olika internordning.

Stor roll spelar det personliga intresset, självständighet, trivsel vid klinik variation av arbetsuppgifter samt grad av patientkontakt vid val.

Kvinnor väger in fler aspekter som viktiga än män vid val av specialisering.

Kvinnor tar i beaktande möjligheterna inom specialiteten att kombinera arbets- och jourtider i förhållande till familjeförhållanden.

Kvinnors rangordning av mindre viktiga faktorer vid val av specialisering: (i fallande ordning):

Hög status	90%
Möjlighet egen praktik	79%
Forskningsmöjligheter	66%
God löneutveckling	63%
Krävde snabba beslut	53%
Teamarbete	52%

Mäns rangordning av mindre viktiga faktorer vid val av specialisering: (i fallande ordning)

Hög status	87%
Möjlighet egen praktik	81%
Forskningsmöjligheter	65%
God löneutveckling	62%
Goda möjligheter att anpassa arbetstiden med familjelivet	62%
Jourarbetet gick att förena med mina familjeförhållanden	59%
Teamarbete	55%

Slutsatser: mindre viktiga faktorer vid val av specialisering

Kvinnors och mäns prioriteringar av vad som inte är viktigt vid val av specialisering är i huvudsak lika.

Hög status, möjlighet till egen praktik och forskning, god löneutveckling samt teamarbete är inget som är av avgörande betydelse vid valet av specialisering vare sig för kvinnor eller för män.

Kvinnor och män skiljer sig dock åt genom att det som tidigare nämns som del i kvinnors val, nämligen frågan om möjligheten att förena arbetet och jourarbete med familjeliv, här nämns som oviktig av en majoritet av män vid val av specialisering.

2. Bytt specialitet eller övervägt att byta

På frågan "Är du nöjd med ditt val av specialitet" fanns tre svarsalternativ: ja, nej och till viss del. 87 % av männen och 81 % av kvinnorna svarade att de var nöjda med sitt val av specialitet. 1 % av samtliga respondenter svarade nej på frågan och 12 % av männen respektive 18 % av kvinnorna svarade till viss del. Kvinnor svarade i större utsträckning till "viss del" vilket kan indikera ett något större missnöje med vissa delar/villkor.

På frågan "Har Du bytt specialitet?" svarade 19 % av kvinnorna och 16 % av männen ja. De viktigaste skälen för bytet var:

Kvinnors rangordning av viktiga faktorer för byte av specialisering: (i fallande ordning)

Dåligt ledarskap	45%
Svårt att anpassa arbetstiden med familjeliv	37%
För långa arbetspass	36%
Begränsade möjligheter till egen kompetensutveckling	33%
För psykiskt belastande arbete	31%
Trivdes inte	29%
För högt arbetstempo	28%
Hård konkurrens om attraktiva arbetstuppgifter	24%
Svårt att göra karriär	21%
För fysiskt belastande arbete	18%

Det fanns också en möjlighet att fritt ange orsaker under:

"Annat" (Comments)

(mest frekventa, utan rangordning) 59%

Dåligt stöd från chefer

Underbemanning, jourbördan

Dålig arbetsmiljö

Tråkigt arbetsklimat bland kollegor, dålig kollegialitet

Inget inflytande över min arbetssituation, för lite resurser

Ville vidareutvecklas, behov av nya utmaningar och omväxling

Flytt, arbete på hemort, geografiska orsaker

Naturlig fördjupning

Chef med inställning att kvinnor inte ska arbeta och definitivt inte som läkare

Sociala och familjeskäl

Jourbördan

Mobbning/könsdiskriminering

Svårt att få anställning, fick inte ST

Mäns rangordning av viktiga faktorer byte av specialisering: (i fallande ordning)

Dåligt ledarskap	36%
Svårt att anpassa arbetstiden med familjeliv	28%
Trivdes jag inte	27%
För långa arbetspass	26%
Begränsade möjligheter till egen kompetensutveckling	22%
För psykiskt belastande arbete	21%
Slutat intressera mig	18%
För högt arbetstempo	18%
För fysiskt belastande arbete	15%
Hård konkurrens om attraktiva arbetstuppgifter	14%

Det fanns också en möjlighet att fritt ange orsaker under:

"Annat" (Comments)

(mest frekventa, utan rangordning) 39%

Dåligt stöd från chefer
Ständig underbemanning
Dålig arbetsmiljö
Fördelning av resurser
Tråkigt arbetsklimat bland kollegor, dålig kollegialitet
Diskrepans inflytande – ansvar
Ideliga omorganisationer
Enklare med privatpraktik
Arbetets organisering
Flytt, arbete på hemort, geografiska orsaker
Anställningsstopp, fick inte ST
Jourbördan

Slutsatser: byte av specialisering

Kvinnorna och männen svarar i stort sett lika.

De tio högst rankade faktorerna är de samma med ett undantag. För kvinnor "svårt att göra karriär" och för män "slutat intressera mig".

Den enskilt viktigaste negativa faktorn till byte av specialisering är för både kvinnor och män "dåligt ledarskap".

Intressant är att möjligheten att anpassa arbetstiden med familjelivet som inte var en viktig faktor för män vid val av specialisering är en viktig faktor för att byta specialisering.

I övrigt är det faktorer som dåligt ledarskap, svårigheter att anpassa arbetstid med familjeliv det vill säga överhuvudtaget faktorer som har att göra med arbetets organisering som varit avgörande faktorer för byte av specialisering.

Det framgår också under "annat" där respondenterna fick ange egna faktorer. Också här svarar kvinnor och män ungefär lika. Faktorer som dålig arbetsmiljö med ideliga omorganisationer, tung jourbörda, dåligt stöd från chefer och kollegor, mobbning, diskrepans mellan inflytande och ansvar anges som skäl till byte. Men också positiva faktorer till ett byte av specialisering som nya utmaningar, mer spännande och bredare arbetsfält anges som viktiga för byte av specialisering. Kvinnor nämner faktorer som köndiskriminerande chefer och chefer med dålig inställning till kvinnor som läkare.

Övervägt att byta

24 % av kvinnorna och 19 % av männen anger att de övervägt att byta specialitet av i stort sett samma negativa och positiva faktorer som gällde vid byte av specialisering. Det vill säga dåligt ledarskap, för psykiskt belastande arbete, dålig kollegialitet, dålig arbetsmiljö, för högt arbetstempo, begränsade möjligheter till kompetensutveckling svårt att anpassa arbetstiden med familjeliv. Man vill också ha nya utmaningar, utveckling och nytändning i yrkeslivet.

3. Arbetsmiljö och arbetsvillkor

På frågan om respondenterna ansåg att de inom sin nuvarande specialitet på grund av sitt kön blivit missgynnade eller utsatts för kränkande behandling svarade kvinnor och män olika. Möjlighet fanns att svara ja, nej eller vet inte på frågan. Nedan redovisas andelen som svarat ja på frågan

Jag anser att jag i min nuvarande specialitet har:

	Instämmer (%)	
	Kvinnor	Män
missgynnats vid fördelning av arbetsuppgifter inom mitt område	15	4
fått lägre lön jämfört med kollegor med likvärdig kompetens	37	8
inte fått anställning som jag sökt	8	4
utsatts för kränkande behandling av min chef	15	5
utsatts för kränkande behandling av kollega/or	16	4
utsatts för kränkande behandling av andra yrkeskategorier	20	6
utsatts för kränkande behandling av patienter	10	3
trakasserats sexuellt	3	2

Ett antal påståenden formulerades kring arbetsvillkor och respondenterna i en skala kunde ange instämmer inte alls i påståendet (1) till instämmer helt i påståendet (6). Andelen respondenter som svarat 6 och 5 instämmer helt, har aggregerats nedan.

Jag anser att inom min nuvarande specialitet:

	Instämmer (%)	
	Kvinnor	Män
har kvinnliga och manliga läkare lika möjligheter att göra karriär	43	75
finns inga löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare som beror på kön	22	54
har kvinnliga och manliga läkare lika arbetsuppgifter	47	76
arbetar kvinnliga och manliga läkare på lika villkor	36	71
bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av patienter	31	41
bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av andra yrkeskategorier	22	40
bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av kollegor	37	65
bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av chefer	33	62
är det en fördel att vara kvinna	14	13
är det en fördel att vara man	36	19
förknippas med traditionellt kvinnliga egenskaper	16	9
förknippas med traditionellt manliga egenskaper	17	19

Slutsatser: arbetsmiljö/arbetsvillkor

Kvinnor anser sig i högre grad ha missgynnats eller kränkts på grund av kön än män gör.

Kvinnliga och manliga läkare har mycket olika bild av hur kvinnor och män som är läkare har det i arbetslivet.

Rapport B – Resultat från enkät fördelat på specialitetsgrupperingar, kön och ålder

Jämställt specialitetsval – villkor, inte vilja skiljer!

– en jämförelse mellan kön, ålder och specialitetsgrupperingar inom läkarkåren

Inledning

Rapportens fokus utgår ifrån tre kategorier - kön, ålder och specialitet. Dessa behandlas utifrån kvinnor, män, yngre samt äldre. Specialiteterna har i sin tur indelats i tre grupperingar varav två visar på de med övervägande del kvinnor respektive män. Den tredje utgörs av de specialiteter som anses höra till de med jämn könsfördelning.

Den numerära representationen av kvinnor och män kan i sig inte visa på grad av jämställdhet i sin helhet. Indelningen här har istället två andra syften dels att underlätta jämförelse inom kåren, dels att visa på skillnader och likheter inom och mellan dessa olika specialitetsgrupper för kvinnor och män. Rapporten är skriven med syfte till att bidra till en diskussion inför framtiden. Resultaten pekar på olika behov och förutsättningar för att arbeta för en jämställd läkarkår.

Sammanfattning

Faktorer inom specialitet som var viktiga vid val

På frågan vad som var viktigt för val av specialitet följs svarmönstret för kvinnor och män åt, förutom vad gäller frågor om anpassning mellan arbete – familjeliv och jourarbetet. Kvinnor väger in möjligheten att kombinera arbete och familj i högre utsträckning än män vid fråga om viktigt för val och möjligheter inom specialiteten.

Den könsuppdelade redovisningen på ålder avviker inte kraftigt men små skillnader finns. Förutom skillnaden i inställning ifråga om jourarbetet och möjligheten att anpassa till familjeförhållanden så har både yngre och äldre samt kvinnor och män samma uppfattning. Skillnaden för kvinnor respektive män ifråga om anpassning arbete – familjeliv kvarstår oavsett ålder.

Svaren fördelat på de tre specialitetsgrupperna varierar. Specialiteterna skiljer sig åt, men könen följer varandras svarmönster inom de olika specialitetsgrupperingarna. I grupp ett, specialitetsgrupperingar med kvinnodominans, syns tydligast att det är två separata könsmonster i sin helhet. För grupp två specialitetsgrupperingar med jämn fördelning mellan kvinnor och män, är skillnaden mellan kvinnor och män störst men enkom i frågor om anpassningen mellan arbete och familjeliv. Däremot visar mönstret att kvinnor och män närmar sig varandra vad gäller familjerelaterade prioriteringar i grupp tre,

specialitetsgrupp där män är representerade i högre grad.

Specialitetsgrupperingarna tycks bära på större skillnad sinsemellan, än vad mönstret för kön inom specialitetsgrupperingen visar.

Prioriterade faktorer vid val av specialitet

Respondenterna har samma åsikt om vilka faktorer som var viktiga vid val av specialitet. Intresse, trivsel och patientkontakt gav högst betydelse av båda könen. Det som huvudsakligen sticker ut är axeln som pekar ut annat för kvinnor dvs de öppna svaren som kan sammanfattas som arbetslivs- och arbetsmarknadsfaktorer.

Precis som tidigare fråga, är det i grupp ett där kvinnor och män har något mer skilda kurvor än de övriga specialitetsgrupperingarna. Dessutom skiljer det sig åt mellan specialitetsgrupperna, inte mycket men mer än mellan könen. Kvinnor prioriterar i allt väsentligt svaret ”Annat” högre än män.

Frågan om vad som var viktigt vid val av specialitet ger dock mindre skillnad i svarmönster över de olika specialitetsgrupperingarna än vad frågan om vilka faktorer inom specialitet som var viktigt vid val.

Villkor för kvinnliga och manliga läkare

För dessa påståenden kan vi tydligt se skillnad i svarmönster för kvinnor och män. Endast vid två av tolv påståenden sammanfaller uppfattning. Dessa är att bägge kön ger ett lågt instämmande i att det är en fördel att vara kvinna och att manliga egenskaper förknippas med specialiteten. Männen svarar i de allra flesta fallen något högre på skalan än kvinnor d.v.s. de instämmer med påståendet i högre grad. Detta gäller dock inte frågan om huruvida det är en fördel att vara man, där instämmer kvinnorna i högre grad.

Avståndet i uppfattning mellan kvinnor och män är störst vid påståendet om huruvida det finns löneskillnader som har grund i kön och läkare arbetar på lika villkor oavsett kön.

Den åldersuppdelade redovisningen visar inte på några avsevärda skillnader mellan åldersgrupperna. Relationen mellan kvinnors och mäns svar bibehålls men avståndet ökar i den äldre grupperingen. Störst skillnad i upplevelse finns inom frågor om bemötande och lika villkor för den äldre åldersgruppen. För de yngre är det frågan om saklig lön där samsyn brister.

Diagrammen för de olika specialitetsgrupperna visar på vissa skillnader (se till exempel grupp ett och huruvida kvinnor instämmer i fördelen av att vara av endera kön), även om det generella mönstret ligger kvar. Störst skillnad i uppfattning finns inom första specialitetsgrupperingen och gäller frågor om bemötande och lön. För de två övriga specialitetsgrupperna är det främst frågan om huruvida det finns löneskill-

nader som kan förklaras av kön där kvinnor och män skiljer sig mest åt i uppfattning.

Bägge könen är tämligen väl överens om vilka specialiteter som förknippas med manliga respektive kvinnliga egenskaper.

Om svarsanalys av enkät

Generellt om datamaterialet

Datamaterial är hämtat från Survey Generator, det webbenkätverktyg som användes vid datainsamlingen. Data har genomgått en datavätt enligt följande steg.

1. Vid uttaget fanns i filen 5 301 observationer. Endast de som slutfört enkäten togs med. Återstod 4 861 analyserbara svar för analys. Enkäten skickades till 10 000 individer, effektiv svarsandel 48,61%. Respondenterna tilläts att avstå från att svara på enskilda frågor varför antalet svarande summeras till olika antal på olika frågor.
2. Flera variabler i datamaterialet var kodat och för att göra uppgifterna hanterliga skapades översättningsnycklar för till exempel specialitetskod till klartext, specialitetskod till specialitetsgrupp, specialitetsgrupp till klartext, ytterligare specialgruppering av specialiteter för redovisningsändamål (se bilaga), kön, ålder, befattning, typ av tjänstgöring, tidpunkt för senaste specialitet samt tjänstgöringens omfattning.

Specialitetsgruppsindelning

Den specialitetsgruppsindelning som nämns i punkt 2 ovan gjordes enligt tabell 1 nedan. Denna specialitetsgruppsindelning är en sammanslagning av specialitetsgrupper enligt följande lista. Grupperingen av specialiteter framgår av bilaga 1.

Tabell 1 – Översättning mellan specialitetsgrupper och redovisningsgrupper

Grupp 1

Hud
Geriatrisk och Rehab
Gynekologi

Grupp 2

Psykiatri inkl. BUP
Ögon
Onkologi inkl. gynekologisk onkologi
Barnmedicin
Allmänmedicin
Socialmedicin
Kliniska lab-specialiteter

Grupp 3

Internmedicin
ÖNH
Övriga internmedicinska specialiteter
Radiologi
Anestesi
Företagshälsövård
Smärtlindning
Övriga kirurgiska specialiteter
Kirurgi
Ortopedi

De som har angivit en ”annan” specialitet har inte inkluderats i någon av grupperna. De redovisas dock som en del av totalen, men särredovisas inte vid specialitetsindelad presentation.

Kommentar till diagram

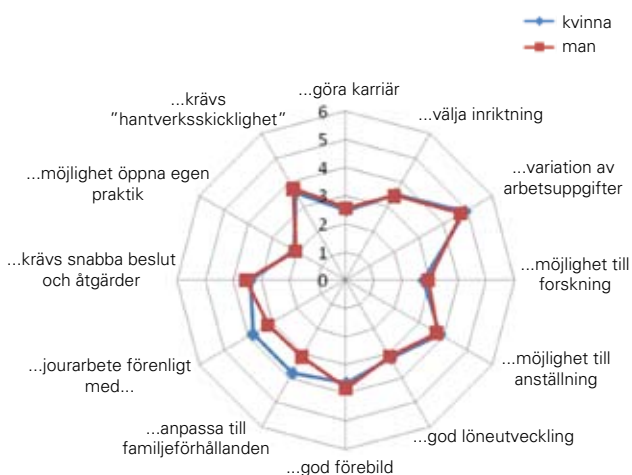
Spindeldiagram har använts för att åskådliggöra svar från enkäten. En läshänvisning till dessa är att respektive axel visar det genomsnittliga svaret på en enskild fråga som återfanns i enkäten. Graden av instämmande avgör var markering sätts vid den enskilda spindelaxeln. För läsningen vill vi poängtera att det är den övergripande bilden som diagrammet ger som är central, vilket också är det som kommentaren utgår ifrån.

Faktorer inom specialitet som var viktiga vid val

Frågan i enkäten var – Vilka av nedanstående faktorer var viktiga när Du valde den specialitet som Du nu är verksam i?

Fråga kan indelas på flera sätt. Här använder vi dock två huvudsakliga skärningar, ålder upp till 40 år respektive 41 år eller äldre samt en specialitetsgruppsindelning.

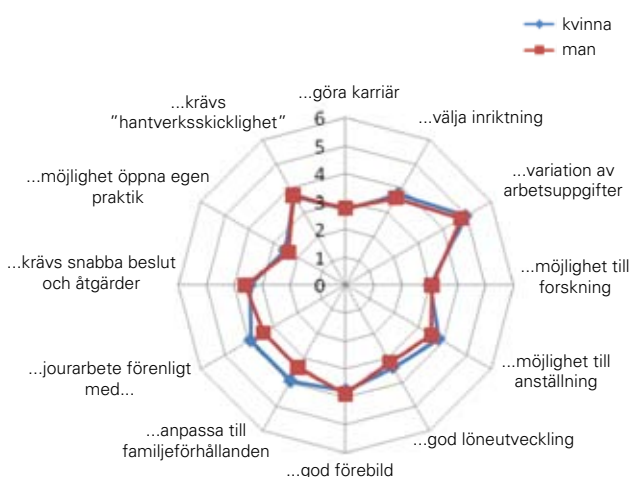
Fråga 1 a – För att inom specialiteten fanns...
Samtliga åldrar och samtliga specialiteter



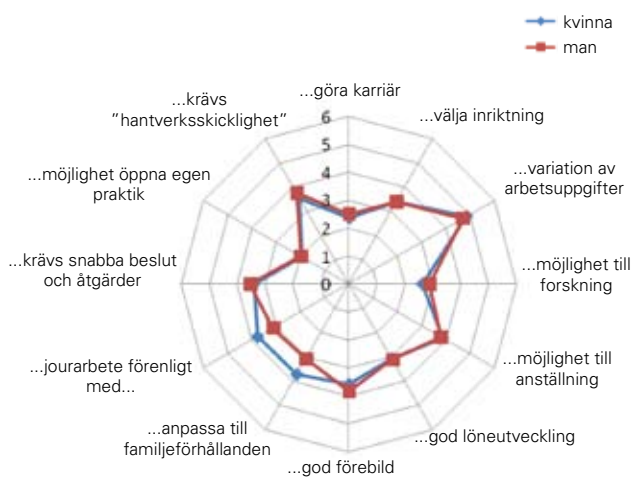
Mönstret för kvinnor och män som helhet följs åt, förutom vad gäller frågor om anpassning mellan arbete familjeliv samt jourarbetet. Kvinnor anser dessa faktorer viktiga i högre utsträckning än män vid val av specialitet.

Om vi delar upp populationen i olika åldrar på samma fråga följer dessa två diagram:

Fråga 1 a – För att inom specialiteten fanns...
Upp till och med 40 år, samtliga specialiteter



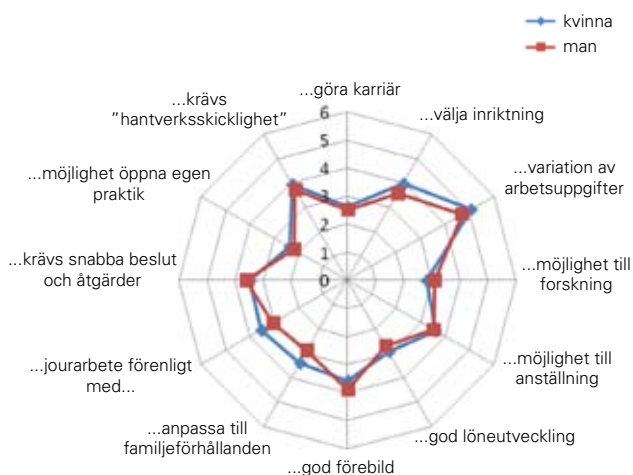
Fråga 1 a – För att inom specialiteten fanns...
41 år och äldre, samtliga specialiteter



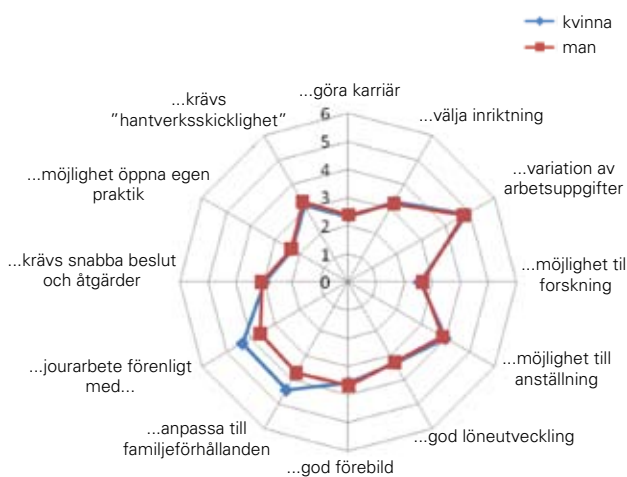
Den könsuppdelade redovisningen på ålder avviker inte kraftigt, men små skillnader finns. Förutom skillnaden i inställning ifråga om jourarbetet och möjligheten att anpassa till familjeförhållanden så har både yngre och äldre samt kvinnor och män samma uppfattning. Skillnaden för kvinnor respektive män ifråga om anpassning arbete – familjeliv kvarstår oavsett ålder.

Om vi istället delar upp materialet på de tre specialitetsgrupperna ser vi vissa avvikelser, se de tre diagrammen nedan (helheten återfinns i det första diagrammet för denna fråga ovan):

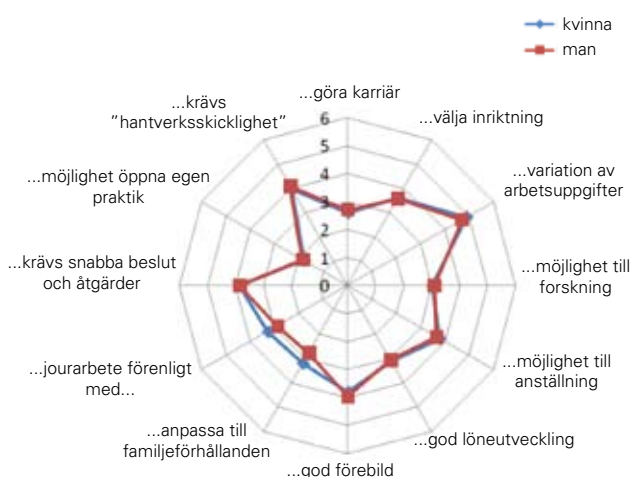
Fråga 1 a – För att inom specialiteten fanns...
Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 1



Fråga 1 a – För att inom specialiteten fanns...
Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 2



Fråga 1 a – För att inom specialiteten fanns...
Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 3

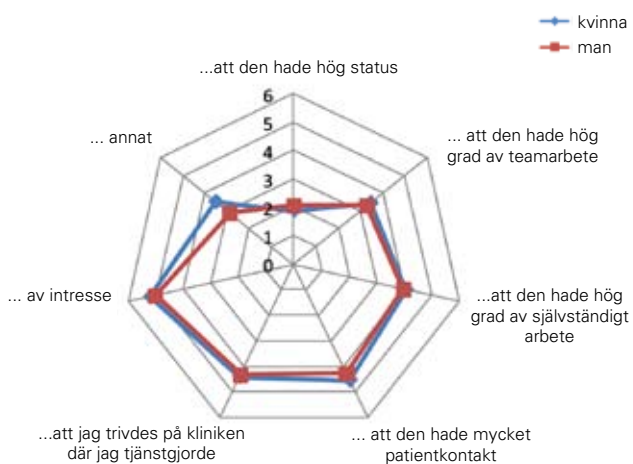


Prioriterade faktorer vid val av specialitet

Frågan som ställdes löd - Vilka av nedanstående faktorer var viktiga när Du valde den specialitet som Du nu är verksam i?

Även för denna fråga börjar vi med ett könsuppdelat diagram för samtliga åldersgrupper/specialiteter:

Fråga 1 b – Det var viktigt vid val av specialitet...
Samtliga åldrar och samtliga specialiteter

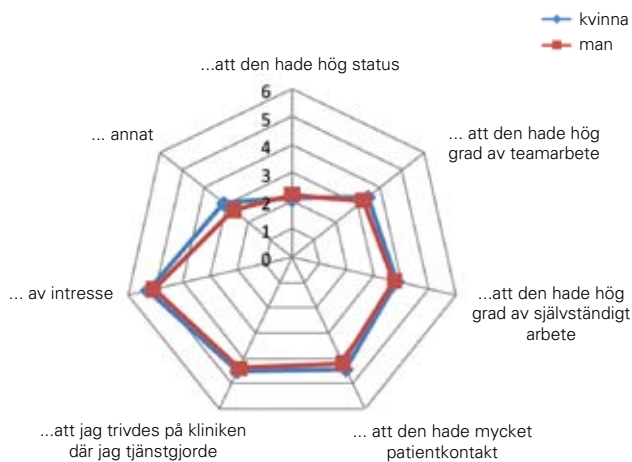


Här har de svarande samma åsikt om vilka faktorer som var viktiga vid val av specialitet. Intresse, trivsel och patientkontakt har störst betydelse av båda könen. Det som huvudsakligen sticker ut är axel som pekar ut annat dvs de öppna svaren som kan sammanfattas vidare arbetslivs och -marknadsfaktorer.

Svaren fördelat på de tre specialitetsgrupperna varierar. De skiljer sig åt, men könen följer varandras svarsmönster inom de olika specialitetsgrupperingarna. I grupp ett, specialitetsgrupperingar med kvinnodominans, syns tydligast att det är två könsmonster i sin helhet. För grupp två är skillnaden mellan kvinnor och män störst i enkom frågor om anpassningen mellan arbete och familjeliv. Däremot visar mönstret att kvinnor och män närmar sig varandra vad gäller familjerelaterade prioriteringar i grupp tre, specialitetsgrupp där män är representerade i högre grad. Specialitetsgrupperingarna tycks bära på större skillnad sinsemellan än vad mönstret för kön inom specialitetsgrupperingen visar.

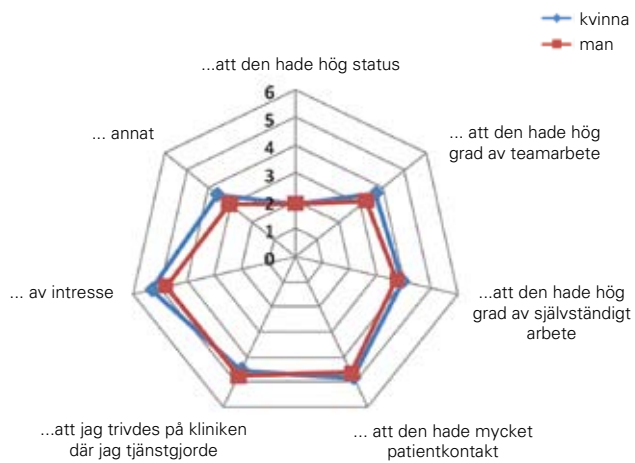
Här delas svaren upp på ålder och får då följande två diagram:

Fråga 1 b – Det var viktigt vid val av specialitet...
Upp till och med 40 år, samtliga specialiteter

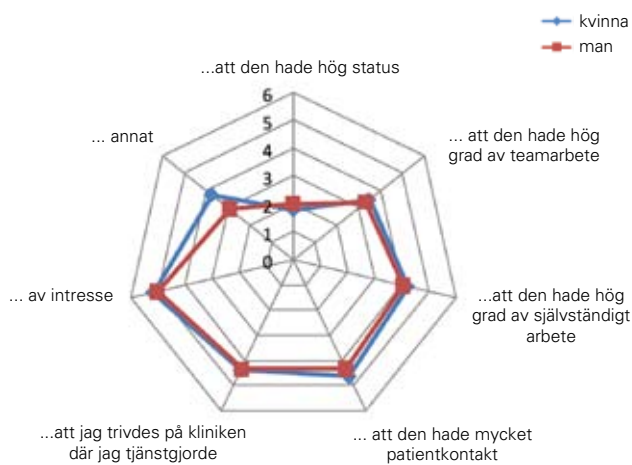


Vi fortsätter med uppdelning i specialitetsgrupperna 1-3 enligt tabell 1 ovan:

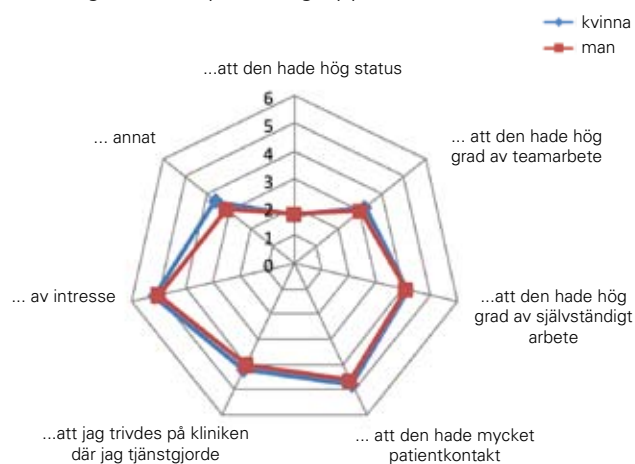
Fråga 1 b – Det var viktigt vid val av specialitet...
Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 1



Fråga 1 b – Det var viktigt vid val av specialitet...
41 år och äldre, samtliga specialiteter

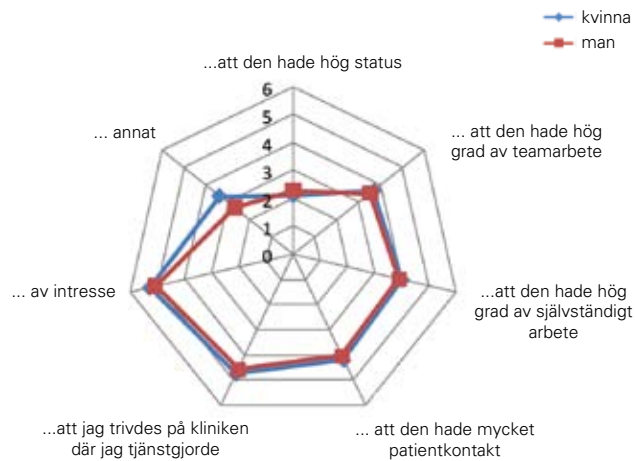


Fråga 1 b – Det var viktigt vid val av specialitet...
Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 2



Det framförallt är de äldre kvinnorna som prioriterar "annat" dvs. annat än de alternativ som ges som frågekategorier. I övrigt kvarstår likheter mellan könen över ålder.

Fråga 1 b – Det var viktigt vid val av specialitet...
Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 3



Precis som tidigare fråga (1a) är det i grupp ett där kvinnor och män har något mer skilda kurvor. Dessutom skiljer det sig åt mellan specialitetsgrupperna, inte mycket men mer än mellan könen. Kvinnor prioriterar i allt väsentligt svaret "Annat" högre än män. Frågan om vad som var viktigt vid val av specialitet ger dock mindre skillnad i svarsmönster över de olika specialitetsgrupperna än vad frågan om vilka faktorer inom specialitet som var viktiga vid val.

Villkor för kvinnliga och manliga läkare

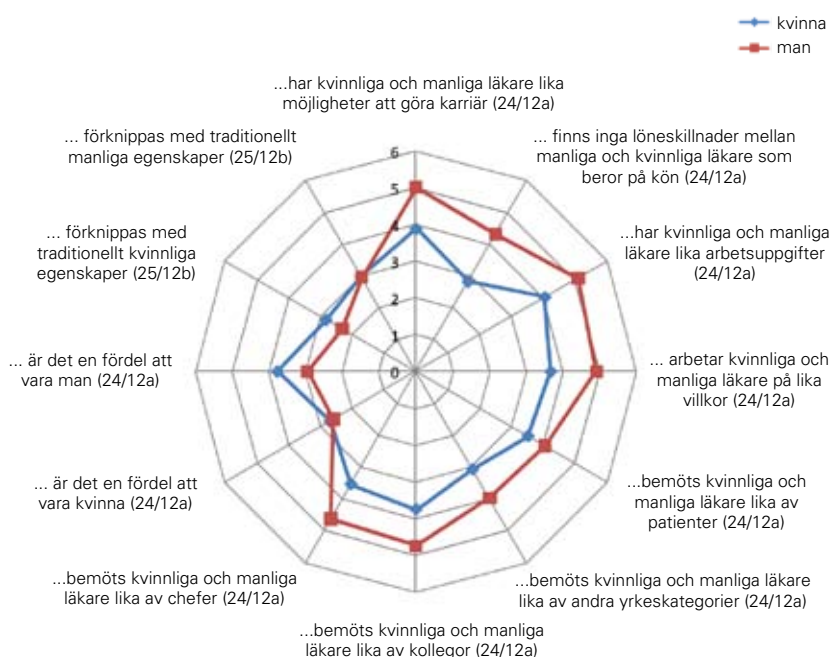
Diagrammet nedan visar svarsmönster för delfaktorer med utgångspunkt ur två påståenden - Jag anser att inom min nuvarande specialitet..., Jag anser att min nuvarande specialitet... frågor 23 – 12a, samt 25 – 12b

Frågorna 24/12a och 25/12b har vi valt att presentera i gemensamma diagram. De har visserligen något olika formuleringar, men de har samma skala (grad av instämmande, 1-6) och de är intressanta att titta på tillsammans.

Vi börjar med att titta på män och kvinnor över samtliga åldrar och specialiteter:

Fråga 12a och 12b – Inom min nuvarande specialitet...

Samtliga åldrar och samtliga specialiteter

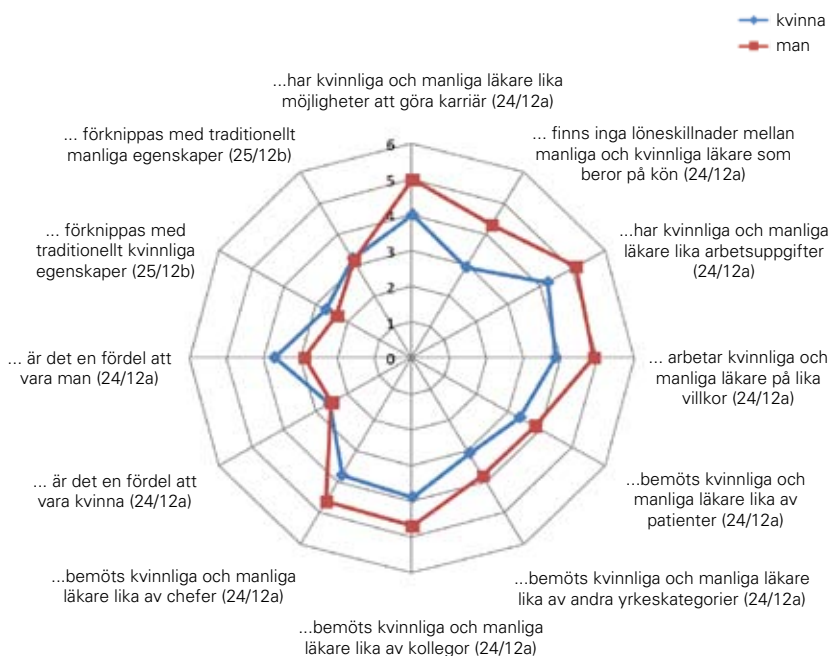


För dessa påståenden kan vi tydligt se skillnad i svarsmönster för kvinnor och män. Endast vid två av tolv påståenden sammanfaller uppfattningarna. Dessa är att båda könen ger ett lågt instämmande i att det är en fördel att vara kvinna och att manliga egenskaper förknippas med specialiteten. Männens svarar i de allra flesta fallen något högre på skalan än kvinnor d.v.s. de instämmer med påståendet i högre grad. Detta gäller dock inte frågan om huruvida det är en fördel att vara man, där instämmer kvinnorna i högre grad. Avståndet i uppfattning mellan kvinnor och män är störst vid påståendet om huruvida det finns löneskillnader som har grund i kön och läkare arbetar på lika villkor oavsett kön.

Vi fortsätter med en könsuppdelad presentation:

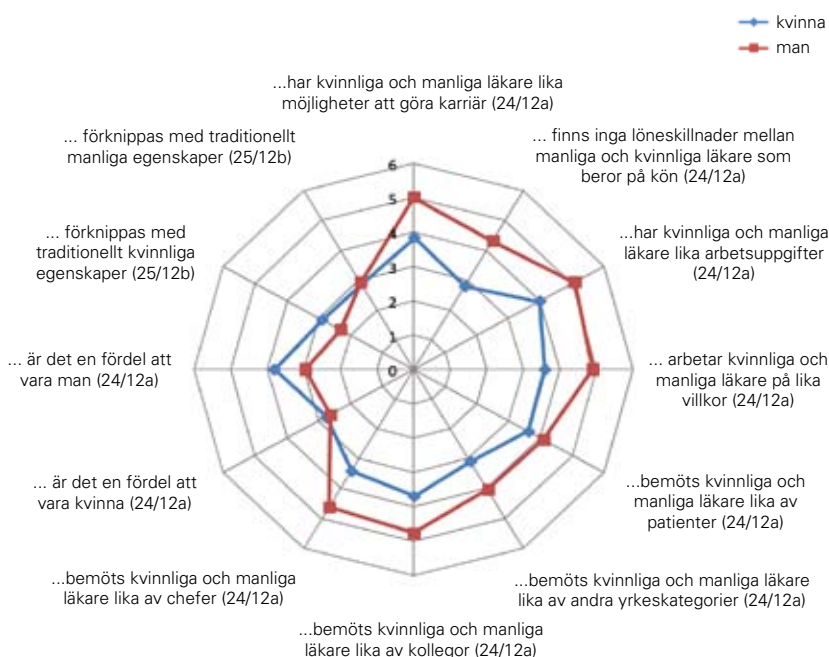
Fråga 12a och 12b – Inom min nuvarande specialitet...

Upp till och med 40 år, samtliga specialiteter



Fråga 12a och 12b – Inom min nuvarande specialitet...

41 år och äldre, samtliga specialiteter

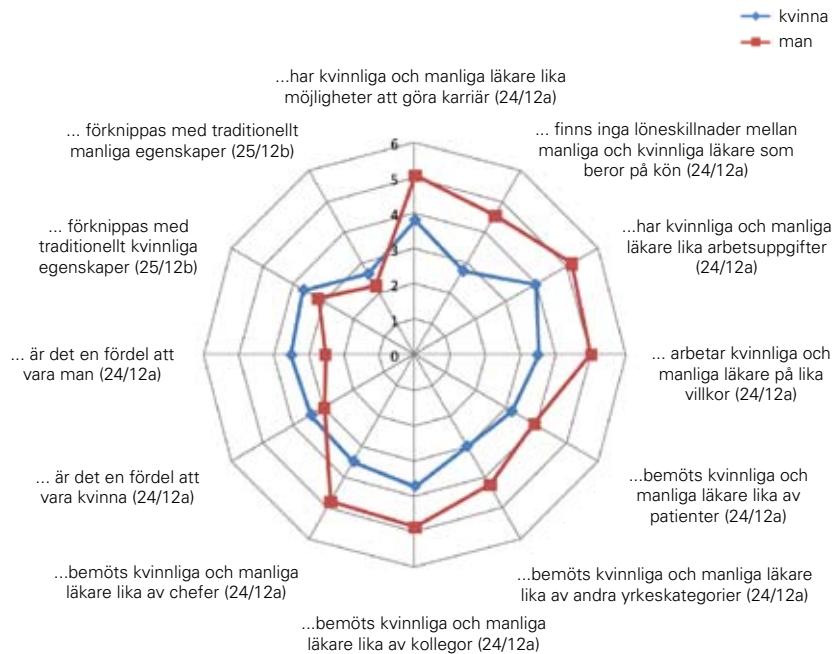


Den åldersuppdelade redovisningen visar, vilket framgår av föregående två diagram, inte på några avsevärda skillnader mellan åldersgrupperna. Relationen mellan kvinnors och mäns svar bibehålls men avståndet ökar i den äldre grupperingen. Störst skillnad i upplevelse finns inom frågor om bemötande och lika villkor för de äldre. För de yngre är det frågan om saklig lön där samsyn brister.

Vi försätter istället med en redovisning uppdelad efter specialitetsgrupp 1,2,3:

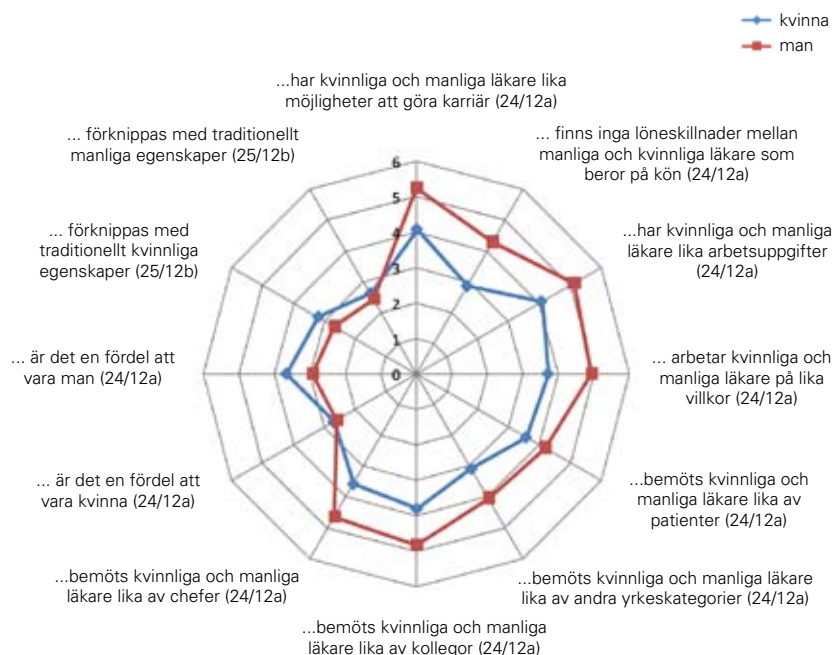
Fråga 12a och 12b – Inom min nuvarande specialitet...

Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 1



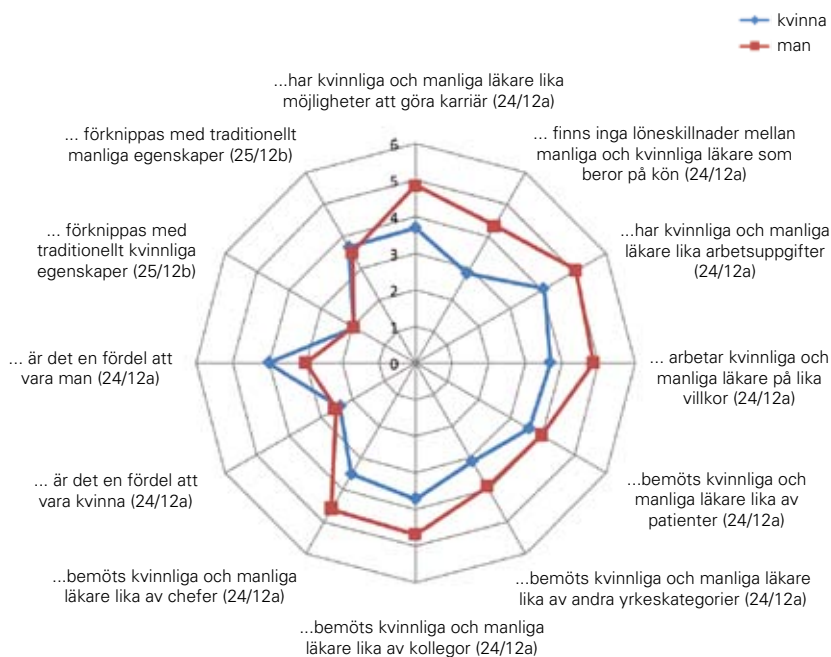
Fråga 12a och 12b – Inom min nuvarande specialitet...

Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 2



Fråga 12a och 12b – Min nuvarande specialitet...

Samtliga åldrar, specialitetsgrupp 3



Diagrammen för de olika specialitetsgrupperna visar på vissa intressanta skillnader (se till exempel grupp ett och huruvida kvinnor instämmer i fördelen av att vara av endera kön) även om det generella mönstret ligger kvar. Störst skillnad i uppfattning inom första specialitetsgrupperingen är frågor om bemötande och lön. För de två övriga är det främsta frågan om huruvida det finns löneskillnader som kan förklaras av kön där kvinnor och män skiljer sig mest åt. Båda könen är tämligen väl överens om vilka specialiteter som förknippas med manliga respektive kvinnliga egenskaper.

Bilaga 1: Rapport B – Jämställt specialitetsval

Nr Specialitetsgrupp	Nr Specialitet	kod	Nr Specialitetsgrupp	Nr Specialitet	kod
1 Allmänmedicin	1 Allmänmedicin	1	11 Gynekologi	11 Gyn	40
2 Anestesi	2 Anestesi	2	12 Psykiatri inkl BUP	12 Psykiatri	50
3 Barnmedicin	3 Barnmedicin	5		12 Barnpsykiatri	51
	3 Barnallergi	78		12 Rättspsykiatri	52
	3 Barnneurologi	79	13 Radiologi	13 Radiologi	60
	3 Barnkardiologi	87		13 Nukleär	74
	3 Neonatallogi	88		13 Neuroradio	89
3 Skolhälsovård	97	13 Barnradio		90	
4 Internmedicin	4 Intern medicin	10		13 Klin fys	32
5 Geriatrik & Rehab	5 Geriatrik	18	14 Onkologi inkl gyn onk	14 Onkologi	61
	5 Rehab	75		14 Gyn onkologi	62
6 Övr internmedicinska spec	6 Kardiologi	12	15 Ögon	15 Ögon	65
	6 Endokrin	11	16 ÖNH	16 ÖNH	70
	6 Lungmedicin	14		16 Hörsel	71
	6 Gastro	15		16 Röst o tal	72
	6 Njurmedicin	16	17 Smärtlindring	17 Smärtlindring	73
	6 Reumatologi	17		18 Företagshälsovård	18 Företagshälsovård
	6 Yrkesmedicin	19	19 Hud	19 Hud	8
	6 Hematologi	76		20 Socialmedicin	20 Socialmedicin
	6 Allergimedecin	77			
	6 Infektion	13			
6 Neurologi	45				
7 Kirurgi	7 Kirurgi	20			
8 Ortopedi	8 Ortopedi	24			
9 Övr kirurgiska spec	9 Barnkirurgi	21			
	9 Handkirurgi	22			
	9 Neurokirurgi	23			
	9 Plastikkirurgi	25			
	9 Thoraxkirurgi	26			
	9 Urologi	27			
10 Kliniska lab spec	10 Transfusionsmedicin	30			
	10 Klin bakt	31			
	10 Klin kemi	33			
	10 Klin neurofys	34			
	10 Klin pat	35			
	10 Klin vir	36			
	10 Klin immun	37			
	10 Koagulation	91			
	10 Klin farm	92			
	10 Klin genetik	93			
	10 Klin cyt	94			
10 Rättsmedicin	95				
10 Klin nutrition	98				

Rapport C – Kvalitativ undersökning

”Jag är man och alltid gjort vad jag velat (...) (Man, anestesi)

Inledning

Fråga 13 och 14 är fritextfrågor. Syftet med frågorna är att de ska fördjupa förståelsen av de svar som inkommit på andra frågor i enkäten. Dessutom bidrar fritextsvaren med citat som ger ökad insikt i respondenternas uppfattningar. Svarsfrekvensen på fråga 13 var 3 396 och på fråga 14 var den 3 282. I rapporten redovisas de svarsmönster respondenterna haft på frågorna och därefter följer en redovisning och analys av utvalda citat.

Inför analysen har specialiteterna inordnats på nedanstående sätt:¹

- kvinnodominerade specialiteter
- mansdominerade specialiteter
- specialiteterna med en jämn könsfördelning

Svaren redovisas även efter olika specialitetsgrupper/specialiteter.

En andra genomläsning gjordes för att plocka ut citat som representerar de mest frekventa synpunkterna under respektive svarskategori. Eventuella stavfel är korrigerade. När analysen av citaten påbörjades framkom att svaren på fråga 13 och 14 har nära anknytning till varandra och därför redovisas analysen av dessa frågor tillsammans.

Sammanfattning

En klar majoritet av både manliga och kvinnliga läkare anser att det finns strukturer i arbetsmiljö och arbetsvillkor som hindrar läkare från att fritt välja specialitet utifrån personligt intresse och lämplighet. Hindrande strukturer relaterade till föräldraskap är de orsaker som fått flest svar av alla. Män inom mansdominerade specialiteter samt kvinnor inom kvinnodominerade specialiteter är de som har angivit detta i störst omfattning. Många menar att män och kvinnor måste dela på ansvaret för föräldraskapet i högre grad än idag.

En klar majoritet av både de manliga och kvinnliga läkarna anser att det är viktigt att uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval. Flera uttrycker en frustration över hur svårt det är att kunna förändra arbetsformer och påverka arbetstider inom sjukvården. I diskussioner runt kultur och värderingar inom en specialitet har män och kvinnor olika synsätt beroende på vilket kön som är i minoritetsposition inom specialiteten.

Många respondenter skrev om föreställningar gällande vad som är kvinnligt och manligt.

Både män och kvinnor gör en koppling mellan lön, status samt hög grad av kvinnor i en specialitet. Kvinnodominans

anser man leder till att statusen på specialiteten försämras och därmed lönen. En vanlig åsikt är att det finns för få kvinnliga chefer och betonar vikten av positiva förebilder (oavsett kön) inom en specialitet. Det finns föreställningar om inom vilka specialiteter det av psykosociala skäl är ”svårast” för kvinnor (kirurgiska specialiteter) respektive män (obstetrik och gynekologi samt hud och ven) att arbeta inom. Dessa föreställningar bekräftas till stor del av hur kvinnor och män inom dessa specialiteter besvarat frågorna. Det finns ett stort behov av att diskutera läkarnormen. Den vanligaste bilden som beskrivs är att läkaren är en man som alltid är närvarande på arbetsplatsen.

Fråga nummer 13 i enkäten bestod av följande fritextfråga:

”Anser Du att det finns strukturer i arbetsmiljö och arbetsvillkor som hindrar läkare från att fritt välja specialitet utifrån personligt intresse och lämplighet?”

I analysen redovisas frågan i tre avsnitt:

- Avsnitt 1: Svaret kategoriserades i sju olika svarsgrupper. De olika svarskategorierna sammanställdes under genomläsningens gång utifrån det svarsmönster som framkom på fritextfrågan.
- Avsnitt 2: Svaren har lästs igenom och kategoriserats efter ”ja”, ”nej” och ”vet ej”.
- Avsnitt 3: Svaren redovisas och analyseras ihop med fråga 14.

¹ Se Rapport B sid 24 samt Rapport B bilaga 1

Resultat – avsnitt 1

”Anser Du att det finns strukturer i arbetsmiljö och arbetsvillkor som hindrar läkare från att fritt välja specialitet utifrån personligt intresse och lämplighet?”

Nedanstående diagram redovisar fördelningen av de orsaker som anses hindrande, presenterat i sju olika kategorier.



Det är ingen större skillnad på hur män och kvinnor besvarat frågan. Efter en uppdelning i de tre specialitetsgrupperingarna (kvinndominerade specialiteter, mansdominerade specialiteter samt specialiteterna med en jämn könsfördelning) visade det sig att kvinnorna svarade relativt lika medan skillnader mellan de olika specialitetsgrupperingarna blev betydligt synligare när det gällde männens svar.

Strukturer relaterade till föräldraskap har fått flest svar av alla. Män inom mansdominerade specialiteter samt kvinnor inom kvinndominerade specialiteter är de som har angivit detta svar i störst omfattning. Män inom specialiteter med en jämn könsfördelning har angivit detta svar i lägst omfattning av alla.

Strukturer relaterat till arbetsformer och arbetstider har män inom kvinndominerade specialiteter angivit i lägst omfattning. Den specialitetsgruppering där högst andel manliga läkare har angivit detta är kliniska lab. specialiteter (mer än 80 %).

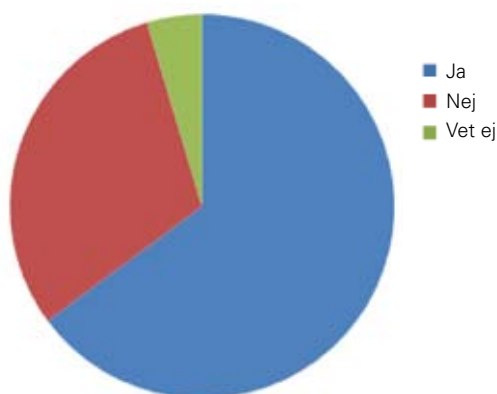
Strukturer relaterat till lön och befattning, forskning och fortbildning samt kultur och värderingar har män inom kvinndominerade specialiteter angivit som svar i störst omfattning av alla.

Strukturer relaterade till organisation och ledarskap har män inom kvinndominerade specialiteter inte angivit alls.

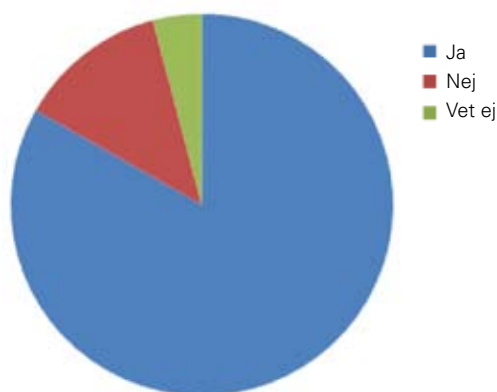
Resultat – avsnitt 2

Svaren har även lästs igenom och kategoriserats efter ”ja”, ”nej” och ”vet ej”.

Män

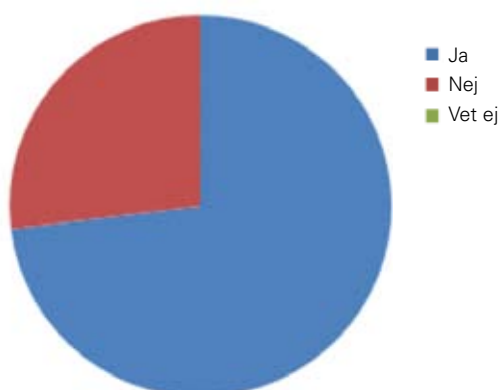


Kvinnor

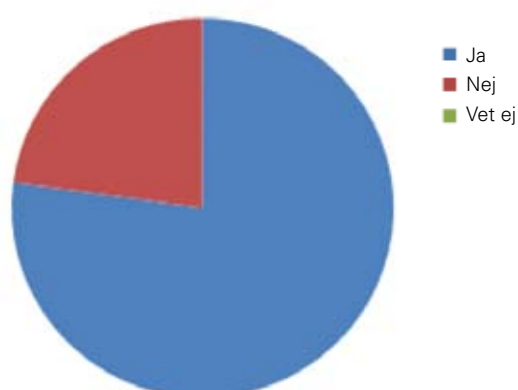


En klar majoritet av både män och kvinnor anser att det finns strukturer som hindrar läkare från att välja fritt efter intresse och lämplighet. Uppdelat på kön har kvinnor inom psykiatri och män inom hud och ven samt onkologi svarat ja i störst omfattning. Kvinnor inom obstetrik och gynekologi samt ortopedi och män inom ögon har svarat nej i störst omfattning. Männerna inom de specialitetsgrupperingar som svarat ja i högst omfattning hade dock svarat nej i högre omfattning än kvinnorna inom den specialitetsgrupp som svarat mest nej. Män inom kvinndominerade specialiteter svarade nej på frågan i något större utsträckning än män i genomsnitt.

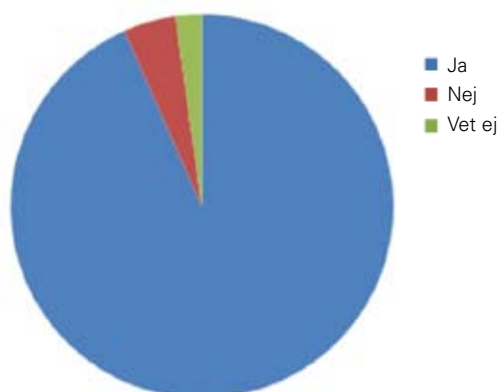
Män, Hud och ven, Onkologi



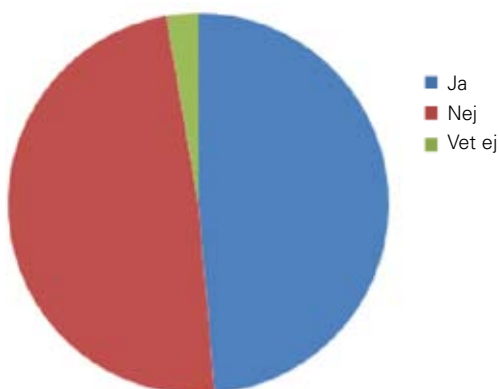
Kvinnor, Obstetrik och gynekologi, Ortopedi



Kvinnor, Psykiatri



Män, Ögon



”Nej, strukturerna anser jag oftast ligga i personens i många stycken fritt valda livsmiljö och livsvillkor men att många inte vill erkänna detta utan överför det på att arbetsmiljön och arbetsvillkoren är begränsade och att en medling/förbättring enbart skall utföras av det som hör till arbetet. Detta ger en dålig arbetsstämning samt att de som inte gnäller får jobba ännu mer och solidariskt i denna subgrupp får dela på ansvar då många som de som gnäller aldrig ställer upp.” (Man, ortopedi)

Fråga nummer 14 i enkäten bestod av följande fritextfråga:

”Hur tror Du att man kan uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval och är det överhuvudtaget viktigt att så blir fallet?”

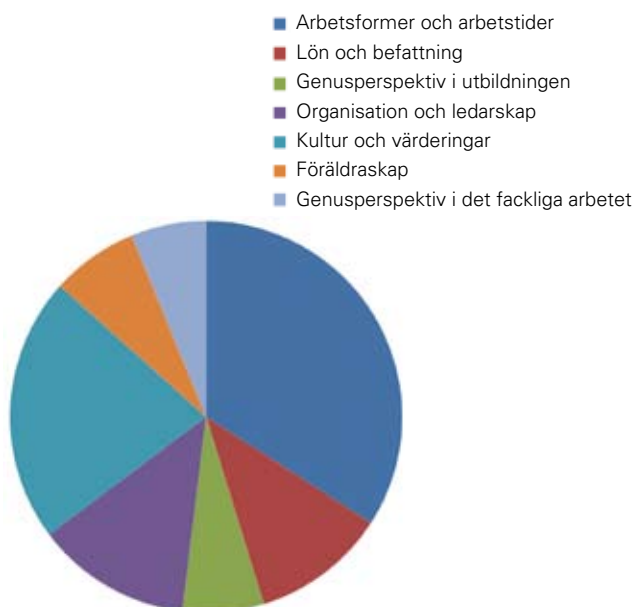
Frågan har i analysen delats upp i två delar och redovisas i tre avsnitt.

- Avsnitt 1, delfråga 1: *”Hur tror Du att man kan uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval(…)”* Svaret kategoriserades i sju olika svarsgrupper. De olika svarskategorierna sammanställdes under genomläsningens gång utifrån det svarsmönster som framkom på fritextfrågan.
- Avsnitt 2, delfråga 2: *”(…) och är det överhuvudtaget viktigt att så blir fallet?”* Svaren har lästs igenom och kategoriserats efter *”viktigt”, ”oviktigt”* och *”vet ej”*.
- Avsnitt 3, delfråga 1: Svaren redovisas och analyseras ihop med fråga 13

Resultat – avsnitt 1, delfråga 1

”Hur tror Du att man kan uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval...”

Nedanstående diagram redovisar fördelningen av de förslag som angivits presenterat i sju olika kategorier.



Det är ingen större skillnad på hur män och kvinnor besvarat frågan. Efter en uppdelning i de tre specialitetsgrupperingarna (kvinndominerade specialiteter, mansdominerade specialiteter samt specialiteterna med en jämn könsfördelning) är skillnader mellan män och kvinnor små, med några undantag.

Förslag till förändringar relaterat till arbetsformer och arbetstider fick flest svar av alla.

Förslag till förändringar relaterat till lön och befattning har män, en tredjedel, inom kvinndominerade specialiteter angivit i störst omfattning av alla. Även kvinnor inom kvinndominerade specialiteter har angivit detta i stor omfattning.

Förslag till förändringar relaterat till organisation och ledarskap har män och kvinnor inom kvinndominerande specialiteter angivit nästan hälften så ofta som andra.

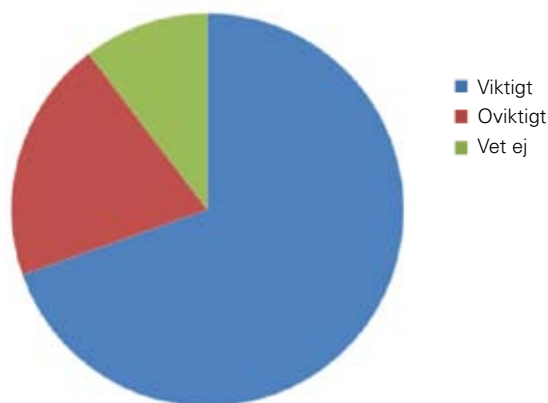
Förslag till förändringar relaterat föräldraskap har män inom kvinndominerade specialiteter angivit i lägst omfattning av alla, endast ett fåtal.

Resultat – delfråga 2

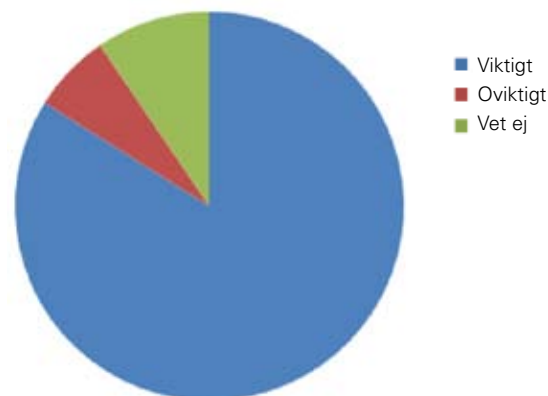
”(...)och är det överhuvudtaget viktigt att så blir fallet”

Svaren har lästs igenom och kategoriserats efter ”viktigt”, ”oviktigt” och ”vet ej”.

Män

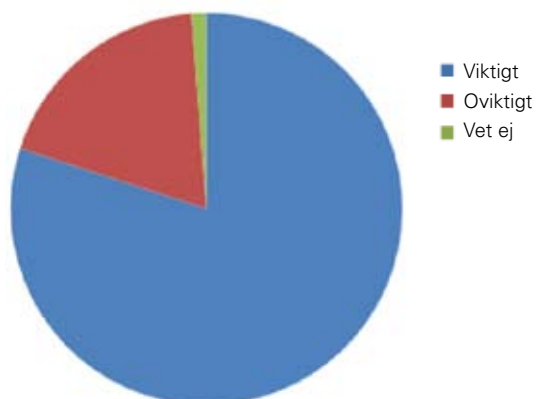


Kvinnor

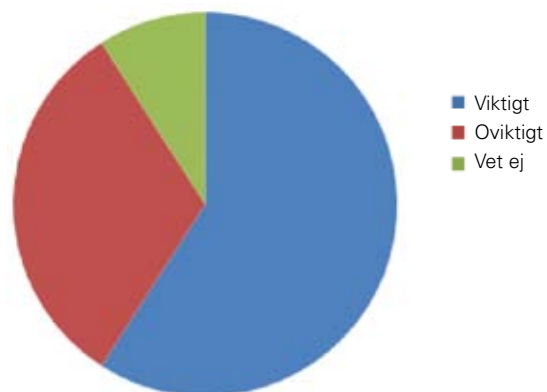


En klar majoritet av både de manliga och kvinnliga läkarna anser att det är viktigt att uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval. Uppdelat efter kön så har kvinnor inom ortopedi och män inom barnmedicin svarat att det är viktigt i störst omfattning. Kvinnor inom kvinndominerade specialiteter svarade i störst omfattning att det är viktigt jämfört med kvinnor inom de andra specialitetsgrupperna. Män inom mansdominerade specialiteter svarade i störst omfattning att det är viktigt jämfört med män inom de andra specialitetsgrupperna. Kvinnor inom kliniska lab. specialiteter och män inom radiologi har svarat att det är oviktigt i störst omfattning.

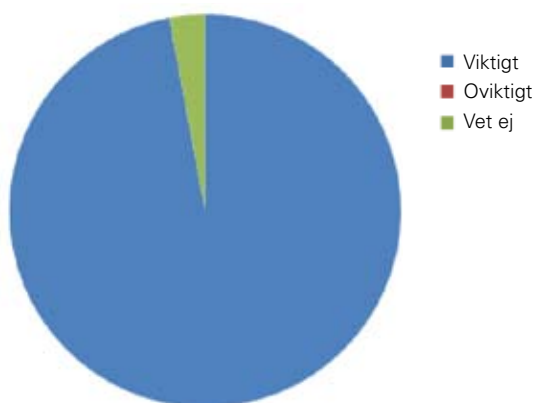
Män, Barnmedicin



Män, Radiologi



Kvinnor, Ortopedi

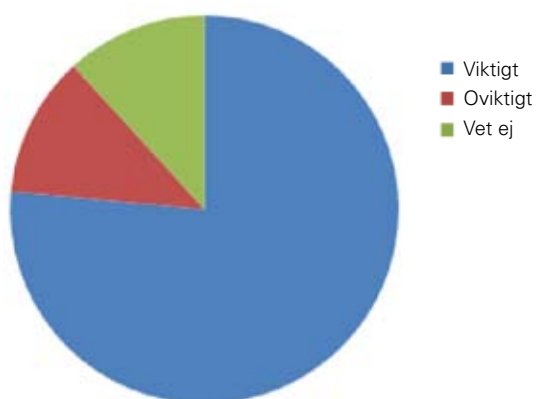


"Alla enkönade sammanhang är väsentligt mindre kreativa. (...) Det är verkligen viktigt att försöka bryta dessa traditionella val."
(Man, allmänmedicin)

"Kön har ingen betydelse på arbetsplatsen endast kompetens. Alla arbetar på samma villkor. Det ligger inte i patientens, arbetsgivarens eller kollegornas intresse att diskutera kön som en faktor i yrkesval, specialitetsval, eller arbetssituation. Endast kompetens och förmåga till lagarbete. Det finns således ingen anledning att eftersträva en jämnare könsfördelning inom någon del av samhället utom vid äktenskap där den ska vara 50 %. Att ha det ena eller andra könet är ingen kvalifikation utan ett medfött faktum som inte påverkar ens professionella kompetens eller möjligheter." (Man, anesthesi)

"Man kan fråga sig för vem en jämnare könsfördelning är viktig: det är ganska etablerat att de personer som väljer yrke traditionellt efter kön mår generellt bättre än de som tränger sin in på det andra könets domäner. Det kostar på att vara pionjär och framgången med att bryta könsvalen verkar inte vara stor, trots många års arbete med detta." (Man, klin.kemi)

Kvinnor, Klin. lab. spec.



Resultat – Fråga 13 avsnitt 3 och fråga 14 delfråga 1 avsnitt 2

Arbetsformer och arbetstider

Både män och kvinnor uttrycker en frustration över hur svårt det är att kunna förändra arbetsformer och påverka arbetstider inom sjukvården. Män och kvinnor menade också att det inte går att arbeta mer flexibelt inom alla specialiteter. Jouten sågs som särskilt hindrande. Patienter har behov av sjukvården dygnet runt sju dagar i veckan och därför går det inte att påverka jourbördan inom alla specialiteter.

Det finns män och kvinnor som anser att läkaryrket i sin helhet eller vissa specialiteter är organiserat utifrån att läkaryrket/specialiteten är ett kall, vilket gör att det är svårt att få gehör för förändrade arbetsformer och arbetstider. Andra uttryckte sig så att det finns en tradition att läkaryrket ska vara ansträngande och därför är det svårt att förändra arbetsformer och arbetstider.

"Absolut! Hade siktet inställt på kirurgisk specialitet under grundutbildningen eftersom jag är praktiskt lagd och gillar att arbeta med händerna. Hade dock ingen lust att offra mitt privatliv (...) då jag upplevde arbetstiderna och arbetsituationen dålig med små möjligheter att själv vara med och påverka (...)." (Kvinna, allmänmedicin)

"Ja definitivt. Jourerna är en börda om man inte vill få magsår och skilja sig 10 år in i äktenskapet(...)" (Man, företagshälsovård)

(...) Att vara en god doktor och kirurg är ett sätt att leva (...) (Kvinna, kirurg)

(...) det är för mycket tradition på att det ska vara slitigt att vara läkare" (Kvinna, allmänmedicin)

Några menar att för att locka underrepresenterat kön till specialiteterna så kan man vara mer flexibel i arbetsuppgifter och arbetsformer så att alla specialiteter skall kunna passa bägge könen. Det finns dock flera kvinnor som uttryckte en fara med detta synsätt och menar att det snarare skulle vidmakthålla att vissa egenskaper anses vara kvinnliga och andra manliga och i slutändan leda till att i ännu större omfattning begränsa kvinnors och mäns möjligheter att välja specialitet efter intresse och lämplighet.

"Redan under utbildningen skedde en särbehandling både med fördelning av arbetsuppgifter till kandidaterna samt hur vi uppmuntrades i yrket." (Kvinna, företagshälsovård)

(...) Gyn & obst. är bredare och därför fler kvinnor, men även där är det fler män som opererar..." (Kvinna, obstetrik och gynekologi)

Lön och befattning

När det gäller rekrytering påpekar kvinnor att män ofta tas emot med öppna armar i specialiteter där det finns färre manliga kollegor t ex gynekologi och obstetrik, medan kvinnor som söker sig till specialiteter där det finns en majoritet av manliga kollegor t ex ortopedi, känner sig ifrågasatta av sitt val av specialitet vid anställningssituationen. Någon hade exempelvis fått frågan om vilket preventivmedel hon använde på en anställningsintervju.

Kvinnor i obstetrik och gynekologi skrev empatiskt runt hur män i deras specialitet skulle kunna tänkas känna i sin minoritetsposition och menade att det är viktigt att rekrytera fler män. Manliga ortopedier resonerar inte på motsvarande sätt avseende kvinnliga ortopedier. Inom gynekologi och obstetrik uttrycker både män och kvinnor att patienter föredrar kvinnliga läkare framför manliga, vilket skapar problem och är negativt för män och för specialiteten. Män kände sig "diskriminerade" av sådana patienter. Ingen uttryckte någon förståelse för ett sådant synsätt från en patient. Inom ortopedi menar män och kvinnor att patienten förväntar sig och föredrar att ortopeden är man. Det fanns en förståelse för ett sådant synsätt från patienten både från manliga och kvinnliga ortopedier då styrka ansågs vara en viktig egenskap för specialiteten.

"(...)försöka rekrytera så att man har lika många kvinnor som män i ST-gruppen. Har man t ex inga män i gruppen, får man försöka få in minst 2 samtidigt, då tror jag chansen ökar att de stannar och sedan blir det även lättare att få in fler män." (Kvinna, obstetrik och gynekologi)

"I specialiteten obstetrik och gynekologi finns en tendens att inte se läkare som främst läkare. I vissa fall kommer könet före läkarkompetens i patientens val av läkare.(...)Denna struktur och stor mängd kvinnor gör nog att färre män söker gynekologi. Kvinnosjukvård och förlossning är dock inte en kvinnlig angelägenhet -det är en mänsklig angelägenhet!" (Man, obstetrik gynekologi)

"Inom ortopedi ska intresse och fallenhet vara avgörande för valet. Detta kanske i sig gör att kvinnorna blir i minoritet eftersom vi ju arbetar mycket med hantverk/snickeri samt att det åtminstone tidvis är fysiskt krävande. Dessutom finns det ju män som också är småväxta och klen byggda." (Kvinna, ortopedi)

(...)Ortopedkliniker som lagt kvinnors ansökningar åt sidan med motiveringen att "vi har redan 2 kvinnor på kliniken" (och 20 män). (...) (Kvinna, reumatologi)

(...) En bonde i Jämtland blir mycket förvånad om han bemöts

av en kvinnlig ortoped. Enligt honom skall en ortoped vara storvuxen, hårig och något burdus." (Man ortopedi)

(...) det finns kulturer som är mer manligt eller kvinnlig dominerade där de manligt dominerade är svårare att överbrygga för en kvinna än vad det kvinnliga är för en man." (Man, onkologi)

En vanlig uppfattning är att män och kvinnor ibland får olika lön för lika arbete. Samtliga kvinnor som nämner detta anser att det borde förändras. Ungefär hälften av männen som nämner hindrande strukturer relaterat till lön och befattning menar att det ibland finns skäl som motiverar att kvinnor får lägre lön på strukturell nivå, t ex att kvinnor inte är på arbetsplatsen i samma utsträckning som männen. Både kvinnor och män kan se kvinnors svårigheter att göra karriär, exempelvis genom att inte få möjlighet att operera eller tillgång till forskningsmedel i samma utsträckning som män.

Både män och kvinnor gör en koppling mellan lön, status samt hög grad av kvinnor i en specialitet. Särskilt män, men även kvinnor, uttrycker en oro över att det kommer fler kvinnor till den egna specialiteten eller att man arbetade i en specialitet med hög andel kvinnor. Detta anser man leder till att statusen på specialiteten försämras och därmed lönen. Lösningen på problemet anses av många vara att fler män rekryteras till specialiteten. Andra, främst kvinnor menar att det måste finnas en vilja från arbetsgivaren att satsa lönemässigt på kvinnliga specialiteter. Liknande tankar finns avseende det faktum att en majoritet av studenterna på läkarutbildningen är kvinnor.

När det gäller utbildningen menar många att insatser som utbildning i genuskunskap måste påbörjas redan under läkarutbildningen när man är som mest formbar och att det är viktigt att de som undervisar har denna kunskap och tar frågorna på allvar. Både män och kvinnor nämner kvotering när det gäller satsningar på att aktivt rekrytera underrepresenterat kön.

"Man kommer inte ifrån att kvinnor föder barn och då är borta årtal från arbetsplatsen. En man är alltid på plats dag efter dag, år efter år. (Man, hörselrubbingar)

"Historien visar att kvinnoyrken har tendens att bli låglöneyrken (katastrof)." (Kvinna, obstetrik och gynekologi)

"Tyvärr håller primärvården på att bli en kvinnlig profession, för vem vill vara kvar där." (Man, allmänmedicin)

"Ja, både kvinnor och män på min arbetsplats anser att ca 15 % kvinnliga läkare är lagom..." (Kvinna, handkirurgi)

"För det första måste man ändra så att grundskoleutbildningen och gymnasieutbildningen slutar diskriminera män. Nu får kvinnorna de bästa betygen så att läkarutbildningen blir full med kvinnor och då gör det detsamma (...)" (Man, onkologi)

"Nu blir fler kvinnor läkare (de som tidigare valde kortare utbildningar för tidig familjebildning). Läraryrket blir kanske i framtiden låga löner och inskränkt handlingsförmåga som i Sovjet. Kreativa personer har redan idag andra yrkesval som första hand." (Man, hörselrubbingar)

"Jo det är viktigt, vänd lönetrappan, (alltså bäst betalt till "kvinnliga specialiteter"), det skulle ha effekt på männens val!" (Kvinna, barn och ungdomspsykiatri)

"Männen måste vilja också. Det är löjligt att vi kvinnor är bäst i grundskolan, bäst i gymnasiet, bäst på högskolan och sämst på att göra karriär och skaffa positioner på arbetsmarknaden. Jag menar inte att vi ska vara bättre än männen men vi är inte ens lika bra." (Kvinna, radiologi)

Organisation och ledarskap

Många – både män och kvinnor – anser att det finns för få kvinnliga chefer. Både män och kvinnor anser att chefen är ansvarig för den jargong och det arbetsklimat som råder på arbetsplatsen. Särskilt kvinnor har noterat att manliga chefer anställer eller väljer någon som liknar honom själv som ung. Kvinnor uttrycker en förhoppning om att kvinnliga chefer ska välja andra "kronprinsar" än vad manliga chefer gjort. Andra kvinnor anser att just för det faktum att en chef är kvinna, inte i sig är någon egenskap som garanterar ett genusperspektiv, "män väljer män och kvinnor väljer också män". Både kvinnor och män pekar på hur viktig rollen som handledare och studierektor är för att hindra begränsande strukturer. Många kvinnor, särskilt i mansdominerade specialiteter, berättar att de blev uppmanade att söka och talar om vikten av positiva förebilder inom specialiteten.

"Vid vissa manliga specialiteter vet jag att det är mycket grabbig jargong och sexskämt, fick se det under läkarutbildningen. Det ställer höga krav på chefer, men när chefsöverläkaren är urskicklig kirurg men manschauvinist, hur gör man då? På en sådan arbetsplats skulle det vara mycket svårt att vara kvinnlig kirurg. Cheferna anger tonen, via chefen fortsätter sedan det grabbiga beteendet till nya underläkare, om manliga kollegor inte hänger med i jargongen blir det svårt att avancera för dem." (Kvinna, allmänmedicin)

(...)men hindras i att bli chefer pga. cheferna är män och de väljer män pga sina tidigare relationer till kvinnor, sin idealisering av unga män som de identifierar sig med, rädslan för "tjejbaciller" olöst från barndomen, sin oförståelse för att om man diskriminerar ett kön så har man automatiskt diskriminerat sitt eget. Dvs. om en man får ett chefsjobb för att han är man har man sagt att detta är enda orsaken dvs., meriterna är oväsentliga. Inte många män förstår denna till synes enkla slutsats." (Kvinna psykiatri)

”Det viktigaste är att anställa chefer som ärligt och äkta önskar ha båda könen på sin klinik. (...) Många chefer har lärt sig att mångfald berikar, men ändå anställer de helt och peppar bäst en som liknar dem själva! Jag tycker verkligen detta är en viktig fråga för jag anser att kirurgiska specialiteter går miste om många talanger pga. den attityden som ofta råder. Jag har tex. fått höra ”att det går inte att bli kirurg om man vill jobba deltid” och kvinnlig kirurger dom lägger ner sig – dom pallar inte att jobba på riktigt som vi” Sen att det finns massa manliga kirurger som är en katastrof i såret och ändå får fortsätta kan ju verka som en gåta, men det beror anser jag på att de har rätt kön. Hade de varit kvinnor hade de inte fått förlängt förordnande.” (Kvinna, handkirurgi)

”Det är viktigt att män på kvinnodominerade specialiteter (som obstetrik och gynekologi) samt kvinnor inom mansdominerade specialiteter (som ortopedi) är verkliga förebilder och visar att det är roligt och möjligt med ett jämställt förhållningssätt på just den arbetsplatsen.” (Man obstetrik och gynekologi)

”Jag blev mycket uppmanad att söka ortopedi, annars är det tveksamt om jag kommit på idén (...) Om någon äldre kollega, oftast manlig, säger något positivt om en AT-läkare brukar jag be dom att säga att dom kan vara referenser och framförallt säga direkt till AT-läkaren vad han eller hon är bra på.” (Kvinna, ortopedi)

”(...)Handledare för AT och ST har viktiga funktioner men är ofta helt omedvetna om att det finns strukturer som styr handlande: tror att allt beror på helt individuella val.” (Kvinna, allmänmedicin)

”(...) Utbildning är nyckeln till förändring. Varje specialitet bör ha lika delar män och kvinnor i utbildningsutskott, på studierektorstjänster och i kliniska handledarroller. På kort sikt betyder det säkert att dessa tjänster inte kommit att vara representativt tillsatta utan kvoterade inom en mängd specialiteter.” (Man barn och ungdomspsykiatri)

Kultur och värderingar

Flera respondenter skrev om föreställningar gällande vad som är kvinnligt och manligt. Allt ifrån vilka specialiteter till vilka egenskaper som är manliga respektive kvinnliga. Det finns en föreställning om att kvinnor har en medfödd värdinstinkt, är mer empatiska och sociala och därför passar bättre i vissa specialiteter. Föreställningen om manliga egenskaper är framförallt att en man alltid är på plats när det behövs, är teknisk skicklig och stark. Både män och kvinnor menar att det finns kulturer där män som väljer kvinnodominerade specialiteter som t ex obstetrik och gynekologi samt hud och ven anses vara bögar, perversa eller udda. Män, men inte kvinnor, påpekar att det är viktigt att kvinnor inte använder sk. ”manliga beteenden”.

”(...) Kanske kvinnor har bättre förutsättningar att bli bra läkare – de har ju en medfödd värdinstinkt.” (Man, geriatrik) olika egenskaper)

(...) Min erfarenhet är tydlig att beredskapen att acceptera kvinnliga läkare är klart större inom omvårdande specialiteter samt specialiteter som är riktade mot barn och gamla.” (Man, barn och ungdomsmedicin)

”Däremot har jag sett skräckexempel på när kvinnliga chefer tror sig tillämpa manliga chefsegenskaper – detta har i allmänhet gått åt helvete med besked. De mest okänsliga och psykopatiska chefspersonerna har jag faktiskt funnit bland kvinnorna. Ett uppvaknande som inte var skärskilt angenämt. Kvinnor ska vara kvinnor män ska vara män.” (Man, neuroradiolog)”

Jag tror att vissa specialiteter skulle må bra av en jämnare könsfördelning så att också ”kvinnliga aspekter” har större chans att lyftas fram i bemötandet av patient/anhöriga. Dessvärre finns det dock kvinnliga kollegor som anammade ett ”manligt beteende.” (Man, geriatrik)

Även om många anser att det inte finns några hindrande strukturer i den egna specialiteten så tror man att det är ”svårast” för kvinnor att arbeta inom kirurgi, ortopedi och övriga kirurgiska specialiteter. Flera kvinnor vittnar om att kirurgiska specialiteter har en dålig psykosocial arbetsmiljö som verkat avskräckande i deras val av specialitet.

De specialiteter där man tror att det är ”svårast” för män att arbeta inom är obstetrik och gynekologi samt hud och ven. Inga kvinnliga ortopedier eller kirurger och inga män i obstetrik och gynekologi har angivit ”Inte i min specialitet men i andra...” som svar på om det finns hindrande strukturer. Kvinnor i övriga kirurgiska specialiteter har angivit detta svar hälften så ofta som genomsnittet, vilket alltså verifierar de föreställningar som män och kvinnor i övriga specialiteter har. Resonemanget håller inte ända ut, män inom hud och ven har däremot angivit detta svar i dubbelt så hög omfattning som genomsnittet. De menar alltså att det inte finns hindrande strukturer i deras specialitet i någon större utsträckning.

Resonemanget stärks av att både kvinnor inom kirurgi och inom övriga kirurgiska specialiteter har angivit hindrande strukturer relaterat till kultur och värderingar i stor omfattning, (en fjärdedel respektive mer än en tredjedel).

Kvinnor skriver att de har känt sig mobbade på arbetsplatsen pga. kön. Män i sin tur skriver att en grabbig jargong i kirurgiska specialiteter bara sitter på ytan och att man som kvinna inte ska ta så illa vid sig. Andra, både kvinnor och män, menade att åtgärder och fokus ofta ligger på kvinnor, att bilda nätverk, lära sig manligt språk osv... men endast ett fåtal påpekar att de som ”beter sig som mansgrisar borde lägga av”.

”Mer information om manliga grupp beteenden till männen kan vara av värde. De har ju ingen aning om hur deras grabbiga kultur utesluter kvinnor(...) (Kvinna, kirurgi)

Flera anger att det inte är viktigt med lika många män som kvinnor inom en specialitet men att män och kvinnor ska ha möjlighet att söka specialitet efter intresse och arbeta på ”lika villkor”. Både män och kvinnor ser ett problem i hur andra yrkesgrupper gör skillnad på manliga och kvinnliga läkare vilket resulterar i att kvinnliga läkare får sämre assistans, vilket i sin tur leder till att de inte har lika mycket tid för läkararbete.

Kvinnor berättar även hur de blir uteslutna ur sammanhang av manliga kollegor på olika sätt. Några kvinnor skriver att kvinnor är ”doktor förnamnet” medan män är ”doktor efternamnet”. Det finns ett stort behov av att diskutera läkarnormen. Både män och kvinnor uttrycker att läkaren är en man som alltid är närvarande på arbetsplatsen. Det finns även en stor vilja både från män och från kvinnor att förändra läkarnormen på vissa områden. Att kunna vara en vanlig människa och komma bort från övermänniskoidealet. Flera män poängterar kvinnors kroppsliga olikhet som graviditet, menstruation och hormonella förändringar som hinder för val av vissa specialiteter. Flera kvinnor och män pekar på att vi upplever oss mer jämställda än vi faktiskt är.

”Det finns nästan bara kvinnor inom vårdpersonalen och den beundran som subtilt finns inför manliga läkare spelar stor roll. Den inbyggda markservicen följer med från hemmet till arbetet.” (Kvinna, barn och ungdomspsykiatri)

”Ja. Är en social person och det är med perspektiv bakåt lite sorgligt att inte ha ingått i en kollegial arbetsgemenskap. Har alltid tillhört en mycket klar minoritet könsmässigt (...) (Kvinna, anestesi)

”Ja. Under min kirurgplacering på AT blev jag kallad för ”den lilla flickan”, min manlige AT-kollega spelade tennis med några av (de manliga) överläkarna. (...) (Kvinna, allmänmedicin)

”Ja. Doktor = man. Det sitter i allas tänk och tyckande. ”Hon = doktorn var ju faktiskt bra” –det måste kommenteras som en avvikande förväntning. Kvinnlig doktor betyder avvikande från normen doktor. (...)Ty det är väl historien som måste arbeta för oss. Att vi är normala, både som kvinnor och som doktorer. Och att vi därmed i grunden lika kompetenta utan att måsta arbeta 120 % för samma lön.” (Kvinna, allmänmedicin)

”Jag skulle önska att alla redan på utbildningen började tänka i termer av att vara en komplett människa och inte sätta sin identitet i att vara läkare.” (Man kirurgi)

”Självklart är det viktigt! Man måste nog börja på läkarutbild-

ningen, och det första dagen, genom djupgående diskussioner i allas lika värde etc. Alla lärare på fakulteterna som inte kan agera/undervisa ”könsneutralt” omskolas/avskedas. Det kan verka drastiskt, men så behövs också drastiska åtgärder om det ska hända något!!” (Man, barn och ungdomsmedicin)

”Jag är man och alltid gjort vad jag velat (...) (Man, anestesi)

Föräldraskap

De allra flesta anser att de arbetsvillkor som har störst påverkan på specialitetsvalet har att göra med möjligheten att kombinera läkararbetet med barn. Både män och kvinnor menar att det finns en kultur inom sjukvården där man för att vara en bra doktor måste utföra många operationer. Andra kollegor ogillar om man arbetar deltid eftersom det blev ”mer att göra för dem”. Man förväntas också arbeta utanför sin arbetstid. Många anser att sjukvården och läkararbetet har behov och en struktur som svårligen går att påverka.

Andra lägger ansvaret på värderingarna gällande föräldraskap. Kvinnor i allmänhet föredrar familjen framför jobbet vilket avspeglar sig även i läkaryrket. För att kvinnor och män ska ha samma möjlighet att välja specialitet utifrån intresse och lämplighet måste ansvaret för familjen förändras. Många män och kvinnor menar att män måste utöka sitt ansvar för föräldraskapet, ta föräldraledigt och ansvara för hämtning på dagis i samma utsträckning som kvinnor. Några män menar att om en kvinna väljer att skaffa barn så måste hon rätta sig efter de konsekvenser som det för med sig. Män inom framförallt barnmedicin tycker att läkarkollektivet är konservativt och bärare av gamla könsrollsmönster.

”I min omgivning är det vanligare att kvinnan i en ”tvåläkarfamilj” byter till en mindre jourtung specialitet för att klara familjelivet tex.” (Kvinna, intermedicin)

”Få bort machokulturen inom manliga specialiteter. Jag har själv blivit ombedd av kvinnlig kirurg att inför chefen mörklägga att hon varit tvungen att avvika för att hämta sjukt barn på dagis under min AT-tid.” (Kvinna, allmänmedicin)

”(...)Många kliniker kan inte tänka sig att låta någon arbeta deltid av familjescäl, men mycket väl av forskningsskäl.” (Kvinna, allmänmedicin)

”Detta är i mina ögon också en mansfälla då många män till stor del går miste om sina barns första år för att de måste visa framfötterna på arbetet för att behålla sin plats. Vad är viktigast vid pension? En god relation till barnen eller en snygg CV?” (Man, anestesi)

”I ett yrke där arbetsresultatet (patient- och kollegial tillfredställelse) i så hög grad beror på yrkesskicklighet, i sin tur beroende på

nedlagd arbetstid, blir följden att individer som inte kan prioritera sitt yrkesliv framför andra intressen/plikter kommer att uppleva en otillfredsställelse i yrkesrollen. Arbetsvillkoren är ca 55 timmars arbetsvecka under drygt 10 år. Detta krävs för att nå en någorlunda internationellt jämförbar nivå. Detta oavsett kön.” (Man, ortopedi)

Forskning och fortbildning

Kvinnorna påpekar att universitetsvärlden ofta är konservativ, manlig och svårpåverkad. Forskning måste oftast bedrivas på helger och kvällar vilket gör det svårt för kvinnor som tar huvudansvaret för föräldraskapet. Flera kvinnor skriver också att de pga. sitt kön känt sig förfördelade gällande tilldelningen av fortbildnings- och/eller forskningsmedel.

(...) kvinnliga läkare är mindre forskningsbenägna och när de forskar vill de hellre ägna sig åt omvårdnadsforskning, som sjuksköterskor skulle klara bättre, än klassisk medicinsk forskning. I en forskningsintensiv verksamhet kan man passa olika väl in i olika team beroende på preferenser för forskning med olika inriktning. Vårt problem är att hålla uppe andelen manliga forskare i gruppen så det blir 50-50 på sikt.” (Man, neurologi)

(...) Inom neuroradiologi har det varit så att barnledigheter och familjeliv inte går före arbete och forskning. Följer man inte linjen får man finna sig att betecknas som ”tillfreds och utan framåtanda”, och går därmed miste om den ”fina” anställningen på en universitetsklinik.”(Kvinna, neuroradiologi)

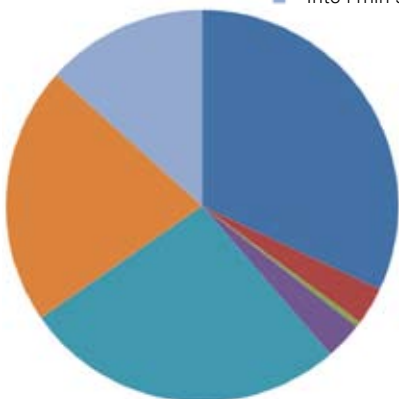
(...) Min chef sa att jag inte fick åka på en fortbildningsvecka eftersom jag precis varit mammaledig och skulle ”vara på jobbet”. (Kvinna, allmänmedicin)

Bilaga till Rapport C

13. Anser Du att det finns strukturer i arbetsmiljö och arbetsvillkor som hindrar läkare från att fritt välja specialitet utifrån personligt intresse och lämplighet?

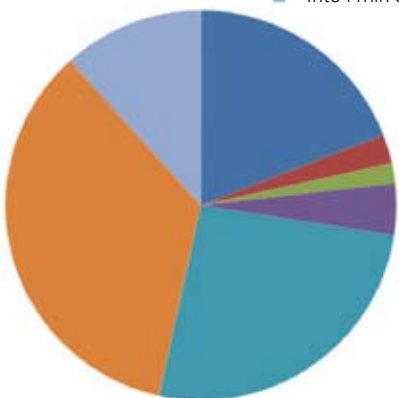
Specialiteter med en jämn könsfördelning: Män

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Forskning och fortbildning
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- "Inte i min specialitet men i andra"...



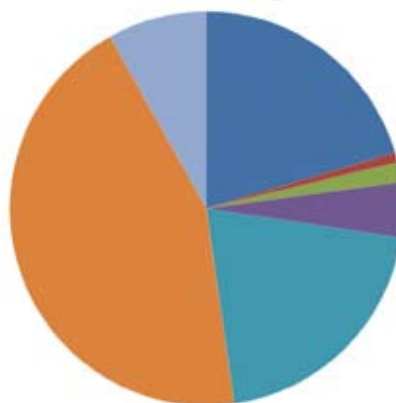
Specialiteter med en jämn könsfördelning: Kvinnor

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Forskning och fortbildning
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- "Inte i min specialitet men i andra"...



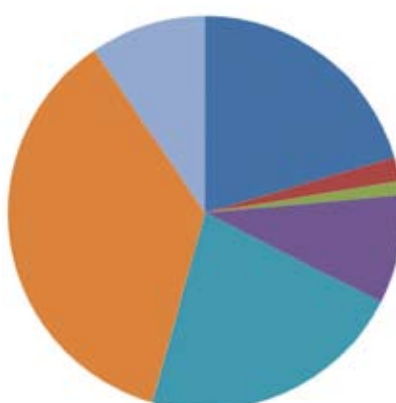
Mansdominerade specialiteter: Män

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Forskning och fortbildning
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- "Inte i min specialitet men i andra"...



Mansdominerade specialiteter: Kvinnor

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Forskning och fortbildning
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- "Inte i min specialitet men i andra"...

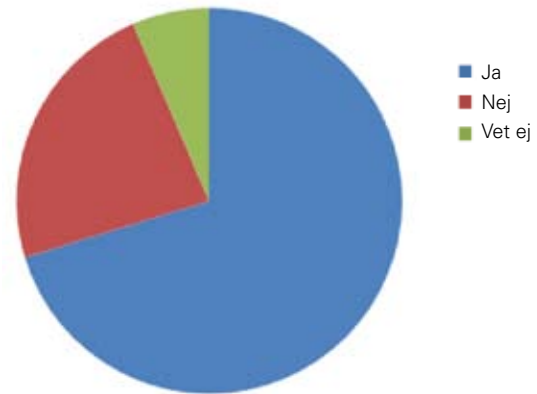


Kvinnodominerade specialiteter: Män

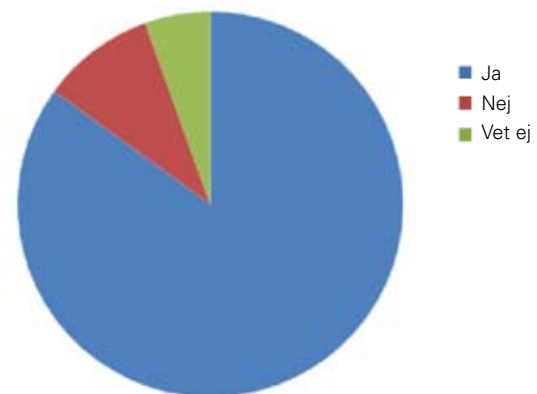


Svaren har läst igenom och kategoriserats efter "ja", "nej" och "vet ej"

Specialiteter med en jämn könsfördelning: Män



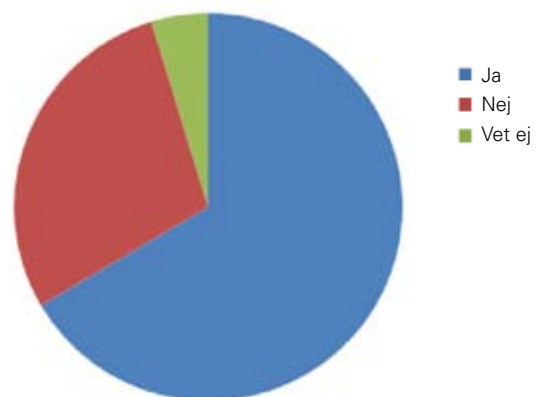
Specialiteter med en jämn könsfördelning: Kvinnor



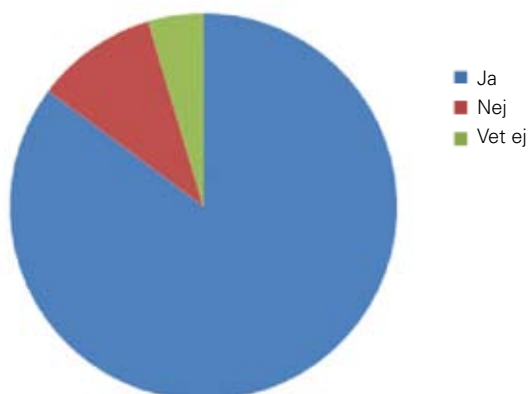
Kvinnodominerade specialiteter: Kvinnor



Mansdominerade specialiteter: Män



Mansdominerade specialiteter: Kvinnor

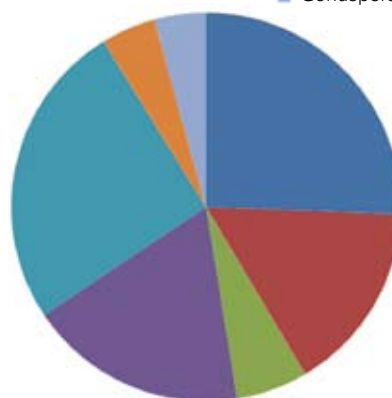


14. Hur tror Du att man kan uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval och är det överhuvudtaget viktigt att så blir fallet?

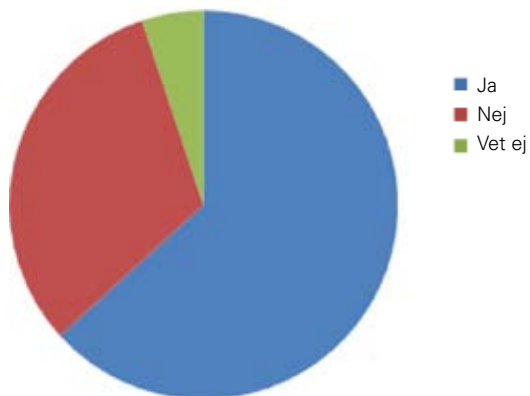
Delfråga 1 "Hur tror Du att man kan uppnå en jämnare könsfördelning avseende läkarnas specialitetsval (...)"

Specialiteter med en jämn könsfördelning: Män

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Genusperspektiv i utbildningen
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- Genusperspektiv i det fackliga arbetet



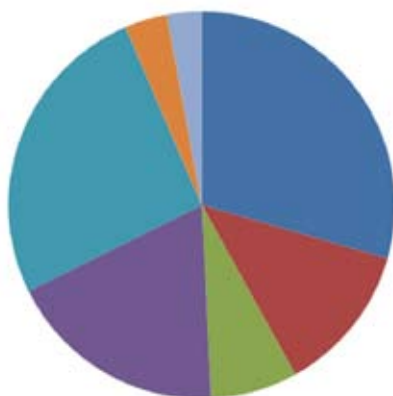
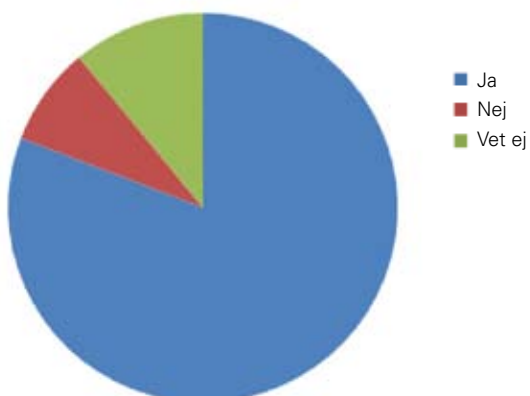
Kvinnordominerade specialiteter: Män



Specialiteter med en jämn könsfördelning: Kvinnor

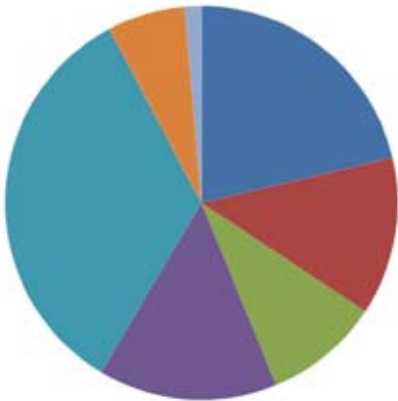
- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Genusperspektiv i utbildningen
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- Genusperspektiv i det fackliga arbetet

Kvinnordominerade specialiteter: Kvinnor



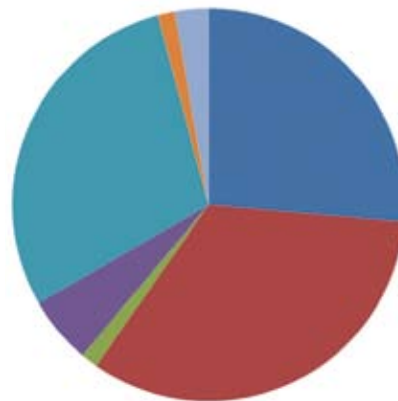
Mansdominerade specialiteter: Män

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Genusperspektiv i utbildningen
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- Genusperspektiv i det fackliga arbetet



Kvinnodominerade specialiteter: Män

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Genusperspektiv i utbildningen
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- Genusperspektiv i det fackliga arbetet



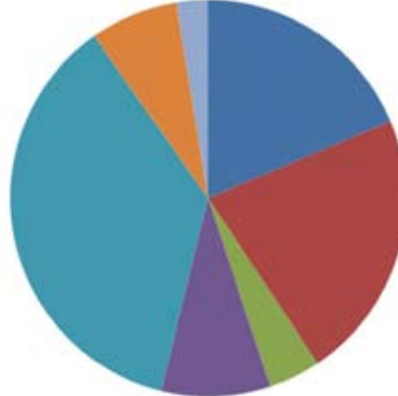
Mansdominerade specialiteter: Kvinnor

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Genusperspektiv i utbildningen
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- Genusperspektiv i det fackliga arbetet



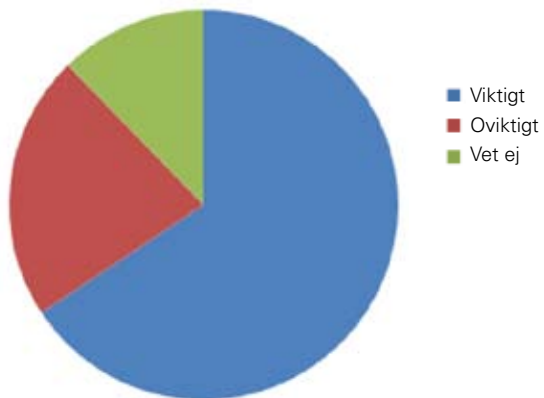
Kvinnodominerade specialiteter: Kvinnor

- Arbetsformer och arbetstider
- Lön och befattning
- Genusperspektiv i utbildningen
- Organisation och ledarskap
- Kultur och värderingar
- Föräldraskap
- Genusperspektiv i det fackliga arbetet

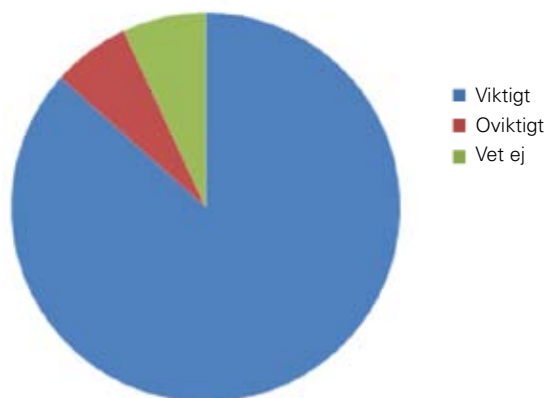


Delfråga 2 "(...) och är det överhuvudtaget viktigt att så blir fallet?"

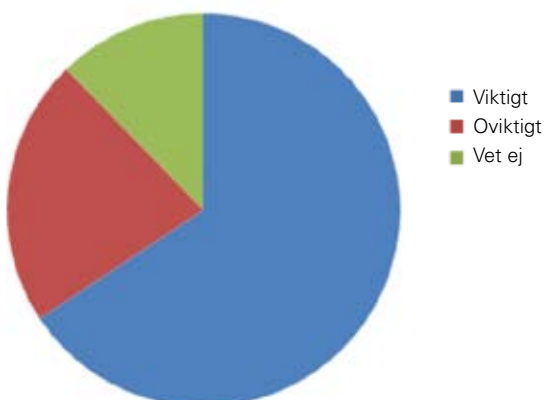
Specialiteter med en jämn könsfördelning: Män



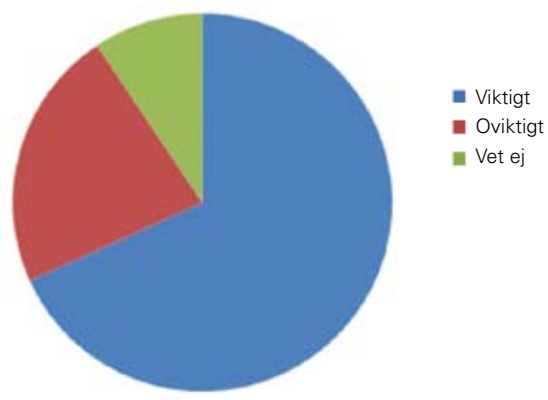
Mansdominerade specialiteter: Kvinnor



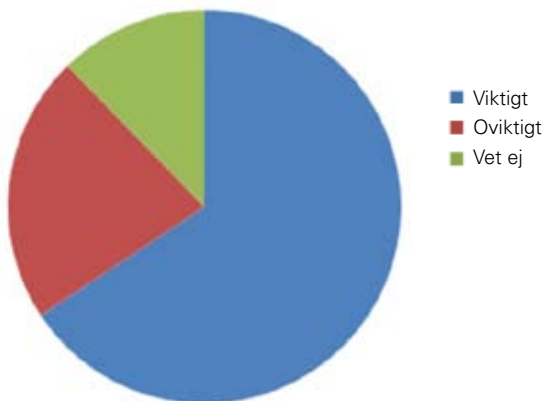
Specialiteter med en jämn könsfördelning: Kvinnor



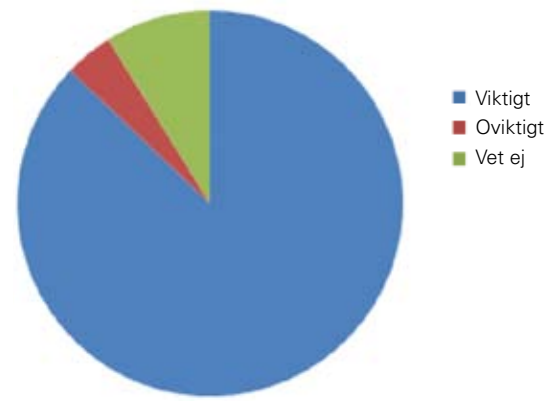
Kvinnodominerade specialiteter: Män



Mansdominerade specialiteter: Män



Kvinnodominerade specialiteter: Kvinnor





Villagatan 5 · Box 5610 · 114 86 Stockholm
Telefon 08-790 33 00 · info@slf.se
www.lakarforbundet.se