

Handlingsplan för jämfäställt specialitetsval

Utvärdering av mål och delmål



Läkarförbundets 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 villkoren 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. *(ur Handlingsplan för jämställt specialitetsval, 2008)*

Uppdraget

Vid fullmäktige 2012 bifölls följande motion från KLF om att det är dags att göra en uppföljning av arbetet med och målen i Läkarförbundets handlingsplan för jämställt specialitetsval.

”Motion 4: Om uppföljning angående handlingsplan jämställda specialitetsval

2008 kom Läkarförbundet med en ambitiös handlingsplan för hur jämställda specialitetsval ska kunna uppnås, efter en motion från Kvinnliga läkares förening 2004. Sveriges läkarkår är en könssegregerad kår där hälften av specialiteterna domineras av ett kön. Kvinnliga läkares förening menar att detta ger negativa effekter bl.a. i form av kompetensförlust för specialiteterna samt en sämre arbetsmiljö.

I handlingsplanen från 2008 skriver Läkarförbundet att målet är att kvinnor och män ska ha samma möjlighet att göra ett aktivt val av specialisering. Förbundet anger i 13 delmål hur detta ska uppnås, bl.a. genom att utarbeta metoder för hur jämställdhetsarbete ska kunna mätas. Andra punkter avhandlar möjligheter att föra statistik över jämställdheten samt förbättring och fördjupning av utbildning i ämnet.

Kvinnliga läkares förening anser att det är dags att göra en uppföljning och redovisa hur långt förbundet har kommit för att uppnå dessa mål.

Vi lägger fram denna motion med begäran om

- att** Läkarförbundet tydligt redogör för hur långt arbetet för jämställda specialitetsval har kommit.
- att** Läkarförbundet redogör för arbetet med vart och ett av de 13 delmålen.

Sveriges Kvinnliga Läkares Förening”

Arbetet

I syfte att utvärdera delmålen i handlingsplan för jämställt specialitetsval genomfördes under hösten 2012 två enkäter. Dels genom en uppföljning av enkäten från 2006 om jämställt

specialitetsval, dels en enkät till lokalföreningarna om arbetet med jämställdhet och genusperspektiv.

Enkäten om jämställt specialitetsval undersöker dels viktiga faktorer inför val av specialitet, hur nöjda kvinnor och män är med sitt val av specialitet och huruvida man bytt eller övervägt att byta specialitet. Vidare ingår ett antal frågor kring arbetsmiljöfaktorer. Enkäten genomfördes första gången 2006 och samma metod och frågor har använts som förra gången för att kunna jämföra resultaten. En försiktig ambition har också varit att försöka diskutera resultaten utifrån eventuella effekter av jämställdhetsarbetet. För sammanställning och analys av enkäten, se bilaga 1.

I handlingsplan för jämställt specialitetsval framgår för vart och ett av delmålen hur arbetet för att uppnå dem kan genomföras, se vägen till målet sidan I enkäten till lokalföreningarna ställdes frågor om lokalföreningarna arbetat enligt denna arbetsmetodik. För sammanfattning av enkäten, se bilaga 2.

I bilaga 4 finns tabeller över könsfördelning inom specialiteterna på olika befattningar och nybörjare på läkarutbildningen och förändringar över åren 2006 - 2012

I bilaga 4 ligger hänvisningar och delresultat av vissa delföreningars arbete med jämställdhet.

Hur långt har arbetet för jämställda specialitetsval kommit?

Läkarförbundets mål i handlingsplan för jämställt specialitetsval

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.

Enkät till medlemmar - Jämställt specialitetsval (uppföljning av enkät från 2006)

Viktiga faktorer vid val av specialitet:

Generellt så ser vi små förändringar sedan förra mätningen. Kvinnors och mäns prioriteringar då val av specialisering görs, är precis som 2006, i huvudsak lika enligt undersökningen. De fem viktigaste faktorerna är desamma för båda könen, om än i olika internordning. Vissa förändringar har dock skett. Självständigt arbete har blivit mindre viktigt för männen. ”En hög grad av teamarbete” har kommit in på listan som viktig faktor för båda könen. Hantverksskicklighet har fått lägre värden än förra mätningen för kvinnorna.

Faktorer som handlar om att kunna förena arbete med familjeförhållanden är viktigare för kvinnorna än för männen 2012 liksom vid mätningen 2006. Det finns inga skillnader mellan könen när det gäller vad som är minst viktigt. Resultaten är också väldigt lika förra mätningen. Det som graderas som minst viktigt är precis som förra gången status, möjlighet att forska, öppna egen praktik och att göra karriär.

Fler män än kvinnor är nöjda med sitt val av specialitet. Skillnaden mellan män och kvinnor är i princip den samma som förra mätningen, men för båda könen har andelen som är nöjda sjunkit.

Viktiga faktorer vid byte av specialitet:

Vi kan konstatera att män och kvinnor byter specialitet av i stort sett samma skäl. Det är absolut vanligast för båda könen att man byter på grund av dåligt ledarskap.

Skäl som lön och karriär är något viktigare orsaker till byte för männen medan kvinnorna i högre utsträckning än männen svarar att de bytt på grund av psykisk påfrestning. Begränsade möjligheter till kompetensutveckling var i undersökningen 2006 ett viktigare skäl för kvinnorna, medan undersökningen 2012 visar att män och kvinnor lägger lika stor vikt vid detta. Andelen kvinnor som anger detta som ett viktigt skäl för byte har minskat betydligt medan männen ligger kvar på samma nivå. Konkurrens om arbetsuppgifter som en viktig faktor för byte av specialitet har minskat med 10 % mellan åren för kvinnorna.

Skillnaden mellan män och kvinnor har minskat när det gäller att byta på grund av att familjeliv och arbetsliv inte går att kombinera på ett bra sätt. Runt 30 % av båda könen har svarat att detta har spelat in. Andel kvinnor som anger detta som orsak har minskat mellan de två mätningarna, medan det tvärtom är en ökning bland männen. Möjligheten att kombinera arbetsliv med familjeliv dyker upp som en viktig faktor för männen först i samband med byte av specialitet.

Övervägt att byta specialitet

29 % av kvinnorna och 22 % av männen anger att de övervägt att byta specialitet vilket är fler än vid förra mätningen. Ökningen är något större för kvinnorna. Anledningarna som anges är de samma som de som har genomfört byte av specialisering anger. Det vill säga dåligt ledarskap, högt arbetstempo, långa arbetspass, psykisk påfrestning samt möjligheten att kombinera arbets- och familjeliv. I stort anger kvinnor och män samma faktorer som viktiga för att överväga att byta specialitet.

Arbetsmiljö/villkor

Resultaten på de enskilda frågorna är väldigt lika förra mätningen. Vi ser dock en svagt positiv förändring när det gäller andelen kvinnor som anger att de har blivit utsatta för kränkningar från t ex chef eller kollegor. Det finns fortfarande stora skillnader mellan kvinnor och män i upplevelsen av negativ särbehandling. Kvinnor anser sig i betydligt högre grad än män ha missgynnats eller kränkts på grund av kön. Denna skillnad är i stort sett lika stor som vid förra mätningen. 70 % av kvinnorna har svarat ja på minst en fråga om negativ särbehandling. Motsvarande siffra för männen är 30 %. Fortfarande ser vi den största skillnaden i frågan om lönesättning. Precis som i föregående mätning svarar närmare 40 % av kvinnorna att de på grund av kön fått lägre lön än kollegor med likvärdig kompetens.

Frågorna om arbetsvillkor handlar om t ex arbetsuppgifter, möjligheter att göra karriär samt bemötande av kollegor och patienter. Övergripande kan vi se en positiv förändring när det gäller arbetsvillkoren jämfört med förra mätningen. Ca 10 % högre andel av kvinnorna upplever att kvinnor och män har lika möjlighet att göra karriär, lika arbetsuppgifter och arbete på lika villkor. 42 % av kvinnorna uppfattar att chefen behandlar kvinnliga och manliga läkare lika vilket är en ökning från förra mätningen med 9 %. Dock instämmer fortfarande knappt hälften tydligt med påståenden som ”på min arbetsplats har både kvinnliga och manliga läkare lika möjligheter att göra karriär”. Här finns anledning att fortsatt arbeta mycket aktivt i frågan.

Se vidare sammanställning av enkäten Jämställt specialitetsval 2012 i bilaga 1.

Enkät till lokalföreningarna - Aktivt jämställdhetsarbete

Undersökning av det lokala arbetet med jämställdhet och genus visar att lokalföreningarna generellt får gehör hos arbetsgivaren om man tar upp frågor om jämställdhet- och genus. 86 % av lokalföreningarna svarar att de fått gehör varav 25 % av dem ganska stort eller stort gehör. Respondenterna anger att lokalföreningarna varit delaktiga och fått gehör i bl.a. lönekartläggning, lönerrevision, kompetensutveckling och rekryteringsprocessen. Lokalföreningarna har drivit ett flertal olika frågor för att förbättra arbetsformer och organisation ur ett genusperspektiv: Tre områden utkristalliseras som särskilt angelägna; Jourbefrielse för gravida, löneutveckling för föräldralediga och flexibel arbetstid. Några lokalföreningar har försökt att påverka arbetsgivaren att verka för riktade utbildningar om jämställdhets- och genusfrågor när det gäller chefer. Man har inte varit pådrivande för att påverka arbetsgivaren när det gäller studierektor och handledare. Här finns det utrymme att agera för ökat inflytande.

Sammanfattningsvis visar enkäten att lokalföreningarna har fått genomslag och inflytande när jämställdhetsfrågorna kommer på agendan. En viktig lärdom från enkätsvaren är att om lokalföreningarna som facklig part lokalt agerar blåslampa och driver frågan om aktivt jämställdhetsarbete kan förändring ske.

Se vidare sammanställning av enkäten till lokalföreningarna i bilaga 2.

Statistik

Fördelning av män och kvinnor inom specialiteterna

Det finns fortfarande skillnader i hur män och kvinnor fördelar sig inom olika specialiteter. Förhållandevis lite har hänt sedan 2006 om man ser till vilka specialiteter som har en stor övervikt åt kvinnor respektive män. I följande tabell listas de specialiteter där de tydligaste skillnaderna finns och hur det såg ut 2006 (i parentes 2012/2006). Analysen bygger på antal specialitetsbevis (enligt Läkarförbundets medlemsregister) fördelat på kvinnor och män. Personer kan alltså förekomma fler än en gång i statistiken då det är möjligt att ha fler än ett specialistbevis.

Tabell 1. Topp fem specialiteter med störst respektive minst andel kvinnor.

Topp fem andel kvinnor över 60%	Topp fem andel kvinnor lägre än 30%
Gynekologisk onkologi (73/59 %)	Neurokirurgi (10/8 %)
Barn- och ungdomspsykiatri (68/65 %)	Thoraxkirurgi (11/10 %)
Obstetrik och gynekologi (67/59 %)	Ortopedi (15/11 %)
Hud- och könssjukdomar (67/63 %)	Urologi (16/12 %)
Geriatrisk (63/62 %)	Kirurgi (21/15 %)

Källa: SLF:s medlemsregister

I de specialiteter som har och hade en klar övervikt av kvinnor har andelen kvinnor ökat mellan tre och sju procentenheter mellan 2006 och 2012. Antalet specialiteter med en andel kvinnor över 60 % har ökat från fyra till sex.

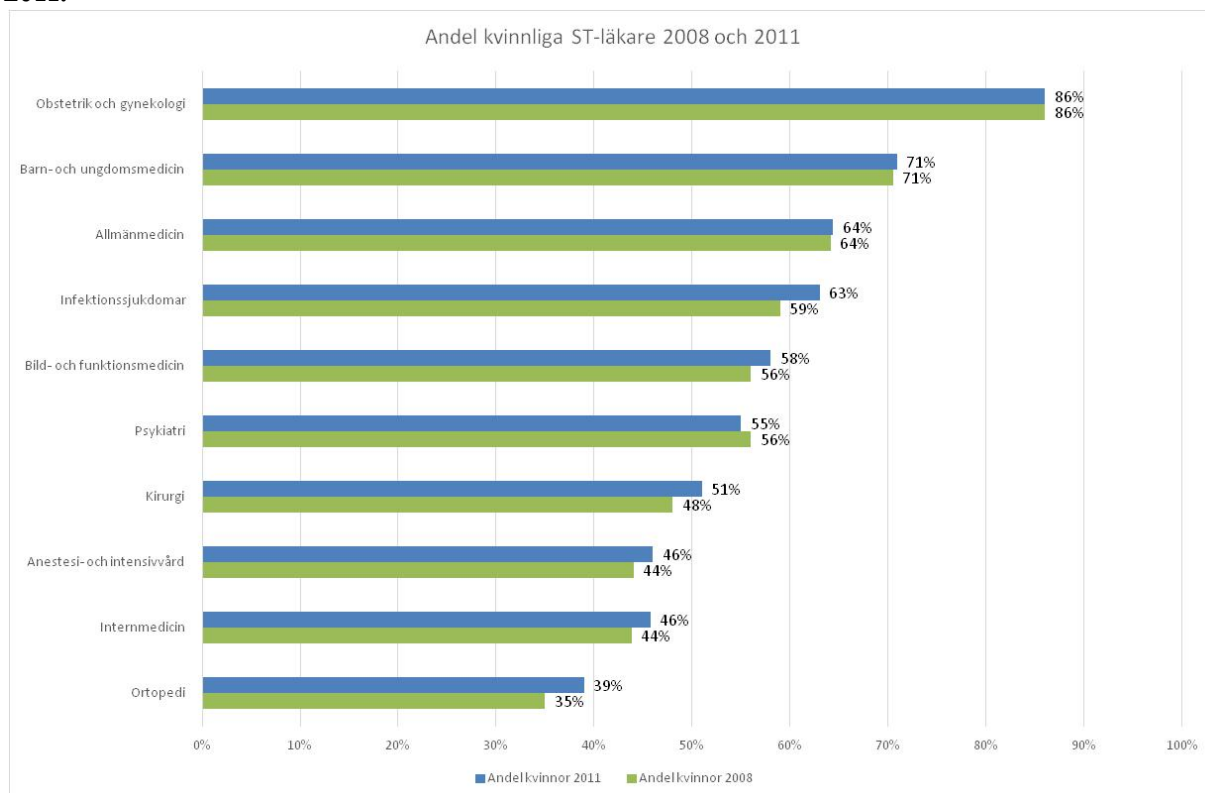
2012 är det är färre specialiteter där andelen kvinnliga specialitetsbevis är lägre än 30 % än 2006. 2006 var det 18 specialiteter mot 11 stycken 2012. Det är samma specialiteter 2012 som 2006 som har lägst antal kvinnliga bevis. Dock har andelen kvinnor ökat mellan 1-6 procentenheter även inom dessa specialiteter. Värt att nämna är att kirurgi har ökat sin andel kvinnor från 15 % till 21 % mellan 2006 och 2012.

De specialiteter som har ökat sin andel kvinnor mest är klinisk genetik, barn- och ungdomsallergologi, barn- och ungdomskardiologi samt nukleärmedicin. De har ökat med elva till arton procentenheter sedan 2006. Totalt sett har de flesta specialiteter ökat sin andel kvinnor vilket kan vara en följd av att fler kvinnor totalt sett kommit in i läkarkåren. SCB rapporterade nyligen att läkaryrket är bland de få yrken där andelen kvinnor och män är lika när man ser till könsfördelning.

Fördelning av kvinnor och män på ST-nivå

Sedan 2008 kan vi i det partsgemensamma underlaget för lönestatistiken följa ST per specialitet uppdelat på kvinnor och män. Diagrammet visar fördelningen i de tio största specialiteterna (till antalet ST).

Diagram 1. Könsfördelning inom de tio största specialiteterna sett till antal ST, 2008 och 2011.



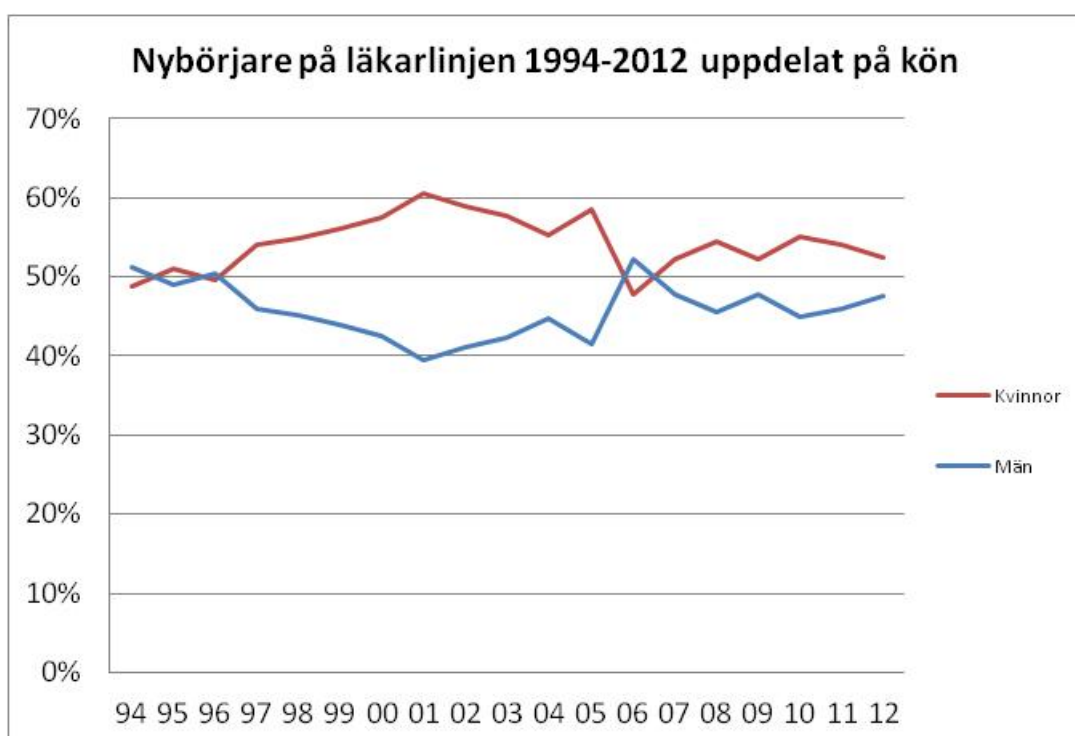
Källa: partsgemensamma underlaget för lönestatistik kommun och landsting 2011.

I diagrammet ser vi att andelen kvinnor antingen har ökat eller legat kvar på samma nivå inom alla specialiteter ovan. Endast tre specialiteter har färre än 50 % kvinnliga ST. Totalt har tretton specialiteter en lägre andel kvinnliga ST-läkare 2011 jämfört med 2008. Tjugoen specialiteter har ökat sin andel kvinnliga ST. Den genomsnittliga ökningen är 8 %.

Tabell 2: Andel kvinnliga specialister jämfört med andel kvinnliga ST, i specialiteter med låg andel kvinnor 2012.

Specialitet	Andel kvinnliga specialister	Andel kvinnliga ST
Neurokirurgi	10 %	31 %
Ortopedi	15 %	39 %
Urologi	16 %	30 %
Kirurgi	21 %	51 %
Kardiologi	25 %	58 %

I tabellen ser vi andelen kvinnor i specialiteter med låg andel kvinnliga specialister och motsvarande andel kvinnliga ST-läkare. Jämförelsen visar att en jämnare könsfördelning i specialiteterna är på god väg.



Ungefär hälften av nybörjarna på läkarlinjen är kvinnor. Så har det sett ut de senaste fem åren. Runt år 2000 låg andelen kvinnor på 60 % men den har därefter sjunkit till strax över 50 %

Se vidare Statistik - tabeller könsfördelning per specialitet i bilaga 3.

Vägen till målen (utdrag ur Handlingsplan för jämställt specialitetsval 2008)

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.

Studierektorena är en viktig målgrupp för jämställdhetsarbetet i sitt uppdrag att utforma specialiseringstjänstgöringen 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.

Utvärdering av delmål i Handlingsplan för jämställt specialitetsval

- 1. Läkarförbundet ska stödja och bistå lokalföreningarna med kompetens och rådgivning för ett jämställt arbetsliv för läkare och fackligt arbete med genusperspektiv.**

Läkarförbundet har arrangerat temadag i Aktivt jämställdhetsarbete. De fackliga bas- och fortsättningskurserna har integrerat jämställdhets- och mångfaldsarbete i utbildningen. En Handlingsplan mot diskriminering har tagits fram 2010 med ett praktiskt anslag kring hur ett aktivt jämställdhetsarbete kan bedrivas lokalt. Förbundskansliet ger rådgivning i jämställdhetsfrågor dels via telefon och dels via webben. AJ-nytt om diskrimineringslagstiftningen samt missgynnandeförbudet i föräldraledighetslagen har beretts och skickats ut till lokalföreningarna. För att förbättra stödet till lokalföreningarna har Läkarförbundets handläggare utbildats i diskrimineringslagen och hantering av diskrimineringsärenden i november 2010.

Av enkäten till lokalföreningarna (se bilaga 2) framgår att lokalföreningarna har uppmärksammat det stöd och den rådgivning som har getts från Läkarförbundet. De har också kunnat dra nytta av det i den mån det har funnits möjlighet och förutsättningar. Vissa lokalföreningar anger att de också har använt sig av material från andra källor.

- 2. Läkarförbundet ska medverka till att metoder för att utveckla jämställdhetsarbetet tas fram.**

Läkarförbundet har deltagit i Saco:s referensgrupper kring diskrimineringslagens aktiva åtgärder. Läkarförbundet har deltagit i utveckling av DO:s utbildningsmaterial och utveckling av det aktiva åtgärdsarbetet. Läkarförbundet har deltagit i TCO:s referensgrupp kring föräldraledighetsdirektivet. Handlingsplan för jämställt specialitetsval och Handlingsplan mot diskriminering har spridits till företrädare för arbetsgivare, specialitetsföreträdare, studierektorer och fullmäktigedelegater. Förbundskansliet har lämnat remissvar på flera lagförslag inom jämställdhetsområdet.

- 3. Läkarförbundet ska arbeta för att utveckla metoder för och möjligheter till att mäta och föra statistik över jämställdhetsarbetet.**

Kravet på jämställdhetsplan med lönekartläggning, löneanalys och handlingsplan förändrades 2010 - från årlig till vart 3:e år - i samband med att en sammanhållen diskrimineringslag infördes. Läkarförbundet har därför i de tre senaste avtalsrörelserna på kommunal sektor lyft frågan om lönekartläggning varje år dock utan att få gehör. Ett nytt befattningsklassificeringssystem, Arbetsidentifikation (AID) har införts 2008. En förbättring i detta nya system är att specialitet anges även på ST-nivå. Därmed kan fördelningen kvinnor och män per specialitet urskiljas och analyseras även på ST-nivå, se statistikbilaga. Lokalföreningarna kan i den årliga löneöversynen använda AID i sitt jämställdhetsarbete, se bilaga 2. Förbundskansliet arbetar vidare med regressionsanalys för att jämföra vilken faktor som har mest inverkan på lönebildningen.

- 4. Läkarförbundet och lokalföreningarna ska bedriva ett systematiskt jämställdhetsarbete som syftar till jämn könsfördelning inom specialiteterna.**

Läkarförbundet har på central nivå verkat för systematiskt jämställdhetsarbete i kontakter med företrädare för arbetsgivare, övriga partskontakter och myndigheter, specialitetsföreningar och studierektorer. AID (se ovan) ger också nya möjligheter att arbeta för jämnare könsfördelning mellan specialiteterna.

Av enkäten framgår att lokalföreningarna har haft möjlighet att samverka med arbetsgivaren i frågan om jämn könsfördelning inom specialiteterna i varierande omfattning. Störst möjlighet har de haft avseende löneanalys och lönerrevision där en fjärdedel anger att de fått samverka. Av de lokalföreningar som anger att de har samverkat med arbetsgivaren när det gäller frågan om vikten av jämn könsfördelning inom specialiteterna har merparten fått måttligt gehör för sina synpunkter från arbetsgivaren. Ett fåtal av lokalföreningarna anger att de för att påverka könsfördelningen inom specialiteterna har drivit förbättringar av arbetsformer och organisation ur ett genusperspektiv.

I MSF:s utbildningsbevakning inkluderas jämställdhets- och genusfrågor i läkarrollen/läkaryrket som en stående punkt i MSF:s kontinuerliga arbete. MSF verkar för att grundutbildningen ska innehålla adekvata och kvalitativa utbildningsmoment kring genusfrågor. MSF har genomfört enkäter för att utvärdera utbildningen ur ett jämställdhets- och genusperspektiv, se vidare bilaga 4.

SYLF tar i sin årliga AT-rankingenkät upp arbetsmiljöfrågor ur ett jämställdhets- och genusperspektiv. Se vidare, bilaga 4.

5. Den fackliga utbildningen ska förbättras och fördjupas ifråga om jämställdhet. Genom facklig utbildning ska jämställdhetsfrågan förankras och kunskapen fördjupas inom organisationen.

Läkarförbundet bistår lokalföreningarna, förutom med bas och fortsättningskurser i fackligt arbete, även temadagar och material på förbundets hemsida. Materialet på hemsidan samt temadagar har uppmärksammats av 70 % av våra lokalföreningar varav ungefär hälften av dessa anser sig ha haft nytta av det. Ingen lokalförening anger att man saknar stöd utöver det som finns. I några av kommentarerna skriver lokalföreningarna om brist på tid. Detta är en möjlig förklaring till det låga deltagandet på de centralt arrangerade kurserna på temat. Därför har aktivt åtgärdsarbete enligt diskrimineringslagen integrerats och givits större utrymme i de fackliga bas- och fortsättningskurserna.

Mot bakgrund av att en ny sammanhållen diskrimineringslagstiftning trädde i kraft under 2010 arbetades en handlingsplan mot diskriminering fram på förbundskansliet och antogs av CS 2010. Planen har ett praktiskt anslag och beskriver hur det lokala arbetet för jämställdhet och jämlikhet kan bedrivas.

6. Läkarförbundet ska eftersträva fördjupat samarbete i frågan om jämställt specialitetsval med fler företrädare för professionen i syfte att få till stånd förändringsarbete.

I samband med att frågebatteriet vid SPUR-inspektionerna reviderades togs frågor kring jämställdhet och mångfald in. Handlingsplan för Jämställt specialitetsval har presenterats, debatterats och spridits vid Specialitetsrepresentantskap samt vid studierektorskonferens.

7. Läkarförbundet ska arbeta för att viktiga förebilder och kulturbärare såsom studierektorer och handledare får adekvat utbildning om jämställdhets- och genusfrågor.

I samband med att frågebatteriet vid SPUR-inspektionerna reviderades togs frågor kring jämställdhet och mångfald in. Handlingsplan för Jämställt specialitetsval har presenterats och spridits vid Specialitetsrepresentantskap samt vid studierektorskonferens. Handlingsplan för Jämställt specialitetsval har distribuerats till Chefsföreningens

medlemmar. Handlingsplanen har också lyfts i media, t.ex. Dagens Medicin och Läkartidningen.

Av enkäten till lokalföreningarna framgår att mycket få av lokalföreningarna anger att de försökt att påverka arbetsgivaren för att ge riktade utbildningar om jämställdhets- och genusfrågor när det gäller studierektorer och handledare.

8. Läkarförbundet ska arbeta för att chefer får adekvat utbildning om jämställdhets- och genusfrågor.

Handlingsplan för Jämställt specialitetsval har distribuerats till Chefsföreningens medlemmar och till andra företrädare för arbetsgivare. Handlingsplan mot diskriminering finns på SLF:s och Chefsföreningens webbsida.

Av enkäten till lokalföreningarna framgår att en fjärdedel av lokalföreningarna har försökt påverka arbetsgivaren till att verka för riktade utbildningar om jämställdhet och genusfrågor till chefer.

9. Läkarförbundet ska arbeta för att det statistiska underlaget fördelat på kön och per specialitet förbättras.

Ett nytt befattningsklassificeringssystem på kommunal sektor, Arbetsidentifikation (AID) infördes 2008. En förbättring i detta nya system är att specialitet anges även på ST-nivå. Därmed kan fördelningen kvinnor och män per specialitet urskiljas och analyseras även på ST-nivå, se statistikbilaga. Lokalföreningarna kan i den årliga löneöversynen använda AID i sitt jämställdhetsarbete, se bilaga 2. Förbundskansliet arbetar vidare med regressionsanalys för att jämföra vilken faktor som har mest inverkan på lönebildningen. Förbundskansliets förhandlare arbetar vidare med att utveckla förbundets statistikavtal både på kommunal och privat sektor. Se vidare bilaga 3.

Av enkäten till lokalföreningarna framgår att en femtedel av lokalföreningarna anger att klassificering enligt AID ses över ur ett könsperspektiv i samband med löneöversynsförhandlingarna årligen.

10. Genom lokala parter – Lokalföreningarna - ska förbundet delta i det aktiva planarbetet. Vi ska samverka med arbetsgivare i syfte att förebygga diskriminering och främja jämställdhet.

I enkäten till lokalföreningarna anger 20 lokalföreningar att arbetsgivaren har upprättat en jämställdhetsplan de senaste tre åren. Sex lokalföreningar anger att de inte vet om det finns någon plan och att de inte heller har tagit upp frågan med arbetsgivaren.

De lokalföreningar som har angivit att arbetsgivaren har upprättat en jämställdhetsplan de senaste tre åren har även angivit att de, åtminstone delvis, varit delaktiga i processen och att de dessutom har fått gehör för sina åsikter och i vissa fall att de har fått gehör i ganska stor omfattning.

11. Genom lokala parter – Lokalföreningarna - ska förbundet delta i arbetet med lönekartläggning, löneanalys och handlingsplaner. Anställningsvillkor och lönekriterier ska granskas ur ett jämställdhets- och genusperspektiv.

I enkäten till lokalföreningarna anger två av tre lokalföreningar att arbetsgivaren har gjort lönekartläggning under 2011 eller 2012. Merparten anger att lokalföreningen har varit delaktig, åtminstone till viss del och att de fått gehör för sina synpunkter i denna process.

De lokalföreningar som svarat att arbetsgivaren inte har gjort lönekartläggning anger att de tagit upp frågan med arbetsgivaren. Några av lokalföreningarna anger också att klassificering enligt AID ses över ur ett könsperspektiv i samband med löneöversynsförhandlingarna. Lokalföreningarna anger att de får tillräckligt bra underlag från arbetsgivaren för att kunna göra egna analyser/ kartläggningar utifrån kön och lön.

Merparten av lokalföreningarna anger att de även gör sina egna analyser/kartläggningar av lön, kön och per specialitet utöver arbetsgivarens lönekartläggning. En förening anger särskilt att de arbetat med löneglidning för föräldralediga ST-läkare.

12. 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.

Av enkäten till lokalföreningarna framgår att lokalföreningarna har varit delaktiga när det gäller att granska arbetsgivarens anställningsvillkor och/eller lönekriterier ur jämställdhets- och genusperspektiv. Främst gäller detta avseende lönekartläggning men även till viss del vid rekrytering, befordran och kompetensutveckling. När lokalföreningarna varit delaktiga i dessa frågor anger de att de fått gehör för sina synpunkter och i vissa fall ganska stort gehör.

Lokalföreningarna anger att de varit delaktiga även i samband med andra rekryteringar än chefer. Störst delaktighet finns vid utformning av annonsen och i intervjufrågorna, men även vid sammanställning av rekryteringsgrupp, i urvalsprocessen och vid formulering av kravprofilen i minskande grad. De flesta lokalföreningar som inte har varit delaktiga i rekryteringsprocessen har tagit upp frågan med arbetsgivaren utan att få gehör.

Lokalföreningarna anger att de har i varierande omfattning drivit frågor för att förbättra arbetsformer och organisation ur ett genusperspektiv: Nedan följer i fallande ordning:

- Jourbefrielse för gravida - 23 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Löneutveckling föräldralediga - 23 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Flexibel arbetstid - 20 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Möjlighet till deltidarbete - 10 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Schemaläggning - 8 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Mötesplanering – 5 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Kultur- värderingsarbete - 4 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Påverkan av könsfördelning inom specialiteterna - 3 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan

13. Genom lokala parter – Lokalföreningarna - ska förbundet delta i rekrytering av chefer. Vid rekrytering ska kunskaper om jämställdhet och genus värderas som meriterande.

När det gäller lokalföreningens deltagande generellt i rekryteringsprocessen hos arbetsgivaren anges störst delaktighet vid rekrytering av chefer och vid formulering av kravprofil samt i urvalsprocessen, men även vid utformningen av annonser. Kompetens kring genus och jämställdhet finns med i kravprofilen hos arbetsgivaren vid rekrytering av chefer i några av fallen.

Bilaga 1: Jämställt specialitetsval – sammanställning av enkät 2012

Inledning

Denna rapport är en uppföljning av en tidigare analys (rapport A) som ingick i handlingsplanen för jämställt specialitetsval 2008. 2006 gjordes en enkät som skickades ut till 10 000 specialister medlemmar i SLF. Enkäten var bland annat ett försök att kartlägga om det fanns några könsmönster bakom val- och byte av specialitet. Den innehöll även frågor om arbetsmiljö och arbetsvillkor. En likadan enkät har nu skickats ut på nytt till ett urval specialister i Sveriges läkarförbund. Syftet med detta är att se om det har skett några förändringar. Analysen är koncentrerad till just könsskillnader.

Metod och svarsfrekvens

Enkäten var i de flesta avseenden en kopia av den enkät som gick ut 2006, för att kunna jämföra svaren så mycket som möjligt. En länk till en webbenkät i Survey Generator skickades via e-post till 9 986 slumpmässigt utvalda specialister och ST-läkare. Enkäten låg ute under en månad i oktober och november 2012.

3 672 svarade helt eller delvis och har inkluderats i analysen. Det innebär en svarsfrekvens på 37 %. 1 300 adresser var felaktiga och räknas in i bortfallet. Av de svarande var 56 % kvinnor och 44 % män medan urvalet innehöll lika delar män och kvinnor. Svarsmönstret liknar föregående mätning. Vid enkäten 2006 var svarsfrekvensen 48,61 %, varav 55 % kvinnor och 45 % män.

Resultat

1. Viktiga faktorer för val av specialisering

Viktiga faktorer för val av specialitet	Kvinnor 2012	Viktiga faktorer för val av specialitet	Män 2012
Av intresse	90 %	Av intresse	89 %
Rik variation av arbetsuppgifter	85 %	Rik variation av arbetsuppgifter	84 %
Mycket patientkontakt	79 %	Trivdes på kliniken där jag tjänstgjorde	76 %
Trivdes på kliniken där jag tjänstgjorde	76 %	Mycket patientkontakt	73 %
Hög grad av självständigt arbete	64 %	Hög grad av självständigt arbete	65 %
Goda möjligheter till anställning	61 %	Goda möjligheter till anställning	61 %
En god förebild påverkade mina val	59 %	Arbetet krävde hantverksskicklighet	58 %
Goda möjligheter att anpassa arbetstider med familjelivet	57 %	En god förebild påverkade mina val	58 %
Hög grad av teamarbete	57 %	Hög grad av teamarbete	52 %
Jourarbetet gick att förena med familjeförhållanden	53 %	Arbetet krävde snabba beslut och åtgärder	49 %

Slutsatser: viktiga faktorer vid val av specialitet

- Generellt så ser vi små förändringar sedan förra mätningen när det gäller att gradera hur viktiga olika faktorer är i val av specialitet.
- Kvinnors och mäns prioriteringar då val av specialisering görs, är i huvudsak lika enligt undersökningen. De fem viktigaste faktorerna är desamma för båda könen, om än i olika internordning, liksom i mätningen 2006.
- För båda könen spelar det personliga intresset, självständighet, trivsel, variation av arbetsuppgifter samt grad av patientkontakt stor roll vid val av specialitet. Det är samma faktorer som angavs som viktiga för valet vid förra mätningen.
- Vissa förändringar har dock skett. Självständigt arbete har blivit mindre viktigt för männen. ”En hög grad av teamarbete” har kommit in på listan som viktig faktor för båda könen. Hantverksskicklighet har fått lägre värden än förra mätningen för kvinnorna.
- Faktorer som handlar om att kunna förena arbete med familjeförhållanden är viktigare för kvinnorna än för männen liksom vid förra mätningen.
- Snabba beslut och åtgärder och hantverksskicklighet är viktigare för männen än för kvinnorna
- Det finns inga skillnader mellan könen när det gäller vad som är minst viktigt. Resultaten är också väldigt lika förra mätningen. Det som graderas som minst viktigt är precis som förra gången status, möjlighet att forska, öppna egen praktik eller göra karriär

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. 84 % av männen och 77 % av kvinnorna svarade ja på frågan. Motsvarande siffra i tidigare mätning är 87 % respektive 81 %. 1 % av samtliga respondenter svarade nej på frågan och 15 % av männen respektive 21 % 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 17 % av männen ja. De viktigaste skälen som angavs för att byta var:

Orsaker till byte av specialitet	Kvinnor 2012	Kvinnor 2006	Män 2012	Män 2006
Dåligt ledarskap	40 %	45 %	36 %	36 %
Svårt att kombinera arbetsliv och familjeliv	33 %	37 %	31 %	28 %
Psykiskt påfrestande	32 %	31 %	21 %	21 %
För långa arbetspass	29 %	36 %	23 %	26 %
För högt arbetstempo	28 %	28 %	22 %	18 %
Trivdes inte	26 %	29 %	20 %	27 %
Begränsade möjligheter till kompetensutveckling	23 %	33 %	23 %	22 %

Slutsatser: viktiga faktorer vid byte av specialitet

- Män och kvinnor byter specialitet av i stort sett samma skäl.
- Det är absolut vanligast för båda könen att man byter på grund av dåligt ledarskap.
- Skäl som lön och karriär är något viktigare för männen medan kvinnorna i högre utsträckning än männen svarar att de bytt på grund av psykisk påfrestning.
- Begränsade möjligheter till kompetensutveckling var i undersökningen 2006 ett viktigare skäl för kvinnorna, medan undersökningen 2012 visar att män och kvinnor lägger lika stor vikt vid detta. Andelen kvinnor som anger detta som ett viktigt skäl för byte har minskat betydligt medan männen ligger kvar på samma nivå.
- Konkurrens om arbetsuppgifter som en viktig faktor för byte av specialitet har minskat med 10 % mellan åren för kvinnorna.
- Skillnaden mellan män och kvinnor har minskat när det gäller att byta på grund av att familjeliv och arbetsliv inte går att kombinera på ett bra sätt. Runt 30 % av båda könen har svarat att detta har spelat in. Andel kvinnor som anger det som orsak har minskat mellan de två mätningarna, medan det tvärtom är en ökning bland männen. Möjligheten att kombinera arbetsliv med familjeliv dyker upp som en viktig faktor för männen först i samband med byte av specialitet.
- 29 % av kvinnorna och 22 % av männen anger att de övervägt att byta specialitet. De faktorer som anges som främsta anledningar till att överväga att byta specialitet är de samma som de som har genomfört byte av specialisering anger. Det vill säga dåligt ledarskap, högt arbetstempo, långa arbetspass, psykisk påfrestning samt möjligheten att kombinera arbets- och familjeliv. I stort anger kvinnor och män samma faktorer som viktiga.

3. Arbetsmiljö och arbetsvillkor

I min nuvarande specialitet har jag på grund av mitt kön...	Kvinnor 2012	Kvinnor 2006	Män 2012	Män 2006
11a missgynnats vid fördelning av arbetsuppgifter	14 %	15 %	3 %	4 %
11b fått lägre lön jämfört med kollegor med liknande arbetsuppgifter	37 %	37 %	6 %	8 %
11c inte fått den anställning jag sökt	5 %	8 %	3 %	4 %
11d utsatts för kränkande behandling från min chef	12 %	15 %	3 %	5 %
11e utsatts för kränkande behandling från kollegor	12 %	16 %	3 %	4 %
11f utsatts för kränkande behandling från andra yrkeskategorier	17 %	20 %	4 %	6 %
11g utsatts för kränkande behandling från patienter	11 %	10 %	3 %	3 %
11h trakasserats sexuellt	3 %	3 %	2 %	2 %

Andelen som redovisas i tabellen är den andel som svarat ja på påståendet. Övriga alternativ var nej och vet ej. Andelen kvinnor som upplever orättvisor och kränkningar har i stort sett förblivit densamma mellan åren. Dock ser vi en svag minskning när det gäller andelen kvinnor som har blivit utsatta för kränkningar. Det finns en stor skillnad i upplevelsen av negativ särbehandling mellan kvinnor och män. Denna skillnad är i stort sett lika stor som vid förra mätningen.

Kvinnor anser sig i betydligt högre grad än män ha missgynnats eller kränkts på grund av kön. Fortfarande finns den största skillnaden mellan kvinnor och män i frågan om lönesättning.

Inom min nuvarande specialitet...	Kvinnor 2012	Män 2012	Kvinnor 2006	Män 2006
12a har både kvinnliga och manliga läkare lika möjligheter att göra karriär	52 %	78 %	43 %	75 %
12b finns löneskillnader mellan män och kvinnor som beror på kön	44 %	18 %	*	*
12c har kvinnliga och manliga läkare lika arbetsuppgifter	56 %	80 %	47 %	76 %
12d arbetar kvinnliga och manliga läkare på lika villkor	45 %	73 %	36 %	71 %
12e. bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av patienter	31 %	41 %	31 %	41 %
12f. bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av andra yrkeskategorier	26 %	42 %	22 %	40 %
12g. bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av andra kollegor	44 %	66 %	37 %	65 %
12h. bemöts kvinnliga och manliga läkare lika av chefer	42 %	67 %	33 %	62 %
12i är det en fördel att vara kvinna	7 %	9 %	14 %	13 %
12j är det en fördel att vara man	29 %	13 %	36 %	19 %
12k. Förknippas med traditionellt kvinnliga egenskaper	12 %	5 %	16 %	9 %
12l. Förknippas med traditionellt manliga egenskaper	15 %	18 %	17 %	19 %

*) Fråga 12 b ställdes olika i enkäterna 2006 och 2012 varför en direkt jämförelse inte kan göras mellan åren. 2006 ställdes påståendet "... finns **inga** löneskillnader mellan kvinnor och män". 2012 ställdes påståendet "... finns löneskillnader mellan kvinnor och män". Därför kan svaren inte jämföras i tabellen. 2006 ansåg 22 % av kvinnorna och 54 % av männen att det **inte** finns löneskillnader mellan män och kvinnor.

Slutsatser upplevelse av arbetsmiljö/villkor

- Kvinnor och män har olika uppfattningar om arbetsvillkoren för könen.
- Kvinnorna rapporterar om olikheter och orättvisor i betydligt högre utsträckning än männen.
- Övergripande kan vi se en positiv förändring när det gäller arbetsvillkoren jämfört med förra mätningen. Ca 10 % högre andel av kvinnorna upplever att kvinnor och män har lika möjlighet att göra karriär, lika arbetsuppgifter och arbete på lika villkor.
- 42 % av kvinnorna uppfattar att chefen behandlar kvinnliga och manliga läkare lika. Det är en ökning från förra mätningen med 9 %.
- Ungefär likvärdigt stora andelar, ca 15 % svarar att specialiteten kan förknippas med antingen manliga eller kvinnliga egenskaper. Det är något lägre siffror än i förra mätningen.

Kommentarer kring metoden

Ämnet genus och jämställdhet är i viss mån kontroversiellt, både bland män och bland kvinnor. Det är därför tänkbart att detta ämne i första hand har tilltalat personer med en ett särskilt

intresse för frågan. Tyvärr är det svårt att uttala sig säkert om exakt vilka konsekvenser det har haft och även vilka orsakerna är.

När det gäller frågan om skäl till byte av specialitet brottades vi med dilemman att trots att frågans formulering fokuserar på just specialitet är det svårt att utröna hur mycket av dessa faktorer som kan kopplas till just specialiteten, och hur mycket som handlar om vilken arbetsplats man befinner sig på. Det kan ju finnas stora variationer mellan arbetsplatser inom samma specialitet. Detta gäller även frågorna om arbetsvillkor.

När det gäller de faktorer som finns att välja på när man motiverar sitt byte - eller tankar på byte av specialitet bör man hålla i åtanke att vi genom svarsskalan ”skapar respondentens universum”. I det här fallet har vi skapat ett negativt perspektiv genom att enbart tillhandahålla negativa faktorer som skäl för byte. Det är ju dock fullt tänkbart att det främsta motivet var att man såg något positivt i en annan specialitet. Vi beslöt dock att behålla formuleringarna intakta eftersom ett av huvudsyftena var att utröna om en förändring hade skett från förra mätningen 2006.

Bilaga 2: Enkät till lokalföreningarna

Enkäten skickades till samtliga 28 lokalföreningar i oktober 2012. Svar har inkommit från samtliga föreningar. Dock har inte alla frågor besvarats av alla föreningar. Där bortfall i frågorna finns utgår procentangivelserna från de faktiskt inkomna svaren.

Frågorna är uppdelade efter hur de fördelas under delmålen och inte i frågeordning. Enkäten biläggs sammanställningen.

Sammanfattning

Undersökning av det lokala arbetet med jämställdhet och genus visar att lokalföreningarna generellt får gehör hos arbetsgivaren om man tar upp frågor om jämställdhet- och genus. 86 % av lokalföreningarna svarar att de fått gehör varav 25 % av dem ganska stort eller stort gehör. Lokalföreningarna uppger att de varit delaktiga och fått gehör i olika stor grad bl.a. när det gäller lönekartläggning, befordran, lönerrevision, kompetensutveckling och rekryteringsprocessen. Lokalföreningarna har drivit ett flertal olika frågor för att förbättra arbetsformer och organisation ur ett genusperspektiv: Tre områden utkristalliseras som särskilt angelägna; Jourbefrielse för gravida, löneutveckling för föräldralediga och flexibel arbetstid.

Ungefär hälften av lokalföreningarna har fått gehör från arbetsgivaren för sina synpunkter på rekryteringsprocessen. När det gäller urval och kravprofil är man delaktig främst när det gäller chefer.

Undersökningen visar att AID-klassificeringen kan i större utsträckning ses över ur ett jämställdhetsperspektiv för att hitta ojämställda strukturer och förklaringar till osakliga löneskillnader mellan kvinnor och män.

En fjärdedel av lokalföreningarna har försökt påverka arbetsgivaren att verka för riktade utbildningar om jämställdhets- och genusfrågor när det gäller chefer. Man har i lägre utsträckning varit pådrivande för att påverka arbetsgivaren när det gäller studierektor och handledare.

Generellt visar undersökningen att lokalföreningarna i varierande utsträckning har fått genomslag och inflytande när jämställdhetsfrågorna kommer på agendan. En viktig lärdom är att lokalföreningarna som facklig part lokalt måste agera blåslampa och diva frågor om aktivt jämställdhetsarbete för att uppnå ökad jämställdhet.

Sammanställning enkätsvar per delmål om jämställdhetsarbetet i lokalföreningarna

Läkarförbundet ska stödja och bistå lokalföreningarna med kompetens och rådgivning för ett jämställt arbetsliv för läkare och fackligt arbete med genusperspektiv. (Fråga 13-16)
Ca 70 % av lokalföreningarna har uppmärksammat det stöd som Läkarförbundet ger. Hälften har även kunnat dra nytta av det i mån av tid och möjlighet. Frågan är viktig, men har ibland fått stå tillbaka för andra fokusfrågor som t.ex. jämställdhet ur etnicitetssynpunkt. De saknar inte något stöd utöver det som finns. Dock anges i de öppna svaren att det är svårt att sätta av tid för utbildning inom området.

Läkarförbundet och lokalföreningarna ska bedriva ett systematiskt jämställhetsarbete som syftar till jämn könsfördelning inom specialiteterna. (Fråga 18-20, 29.8)

Lokalföreningarna har haft möjlighet att samverka med arbetsgivaren i frågan om jämn könsfördelning inom specialiteterna i varierande omfattning. Störst möjlighet har de haft i samband med löneanalys och lönerevision där en fjärdedel respektive en tredjedel anger att de fått samverka. Av de som angivit att de inte har samverkat med arbetsgivaren i frågan, är det en lokalförening som har försökt att ta upp frågan.

Av de lokalföreningar som anger att de har samverkat med arbetsgivaren när det gäller frågan om vikten av jämn könsfördelning inom specialiteterna har drygt 60 % fått gehör för sina synpunkter från arbetsgivaren och i vissa fall även stort gehör.

Läkarförbundet ska arbeta för att viktiga förebilder och kulturbärare såsom studierektorer och handledare får adekvat utbildning om jämställdhets- och genusfrågor. (Fråga 31.2 och 31.3)

En litet antal av lokalföreningarna anger att de försökt att påverka arbetsgivaren för att ge riktade utbildningar om jämställdhets- och genusfrågor när det gäller studierektorer och handledare.

Läkarförbundet ska arbeta för att chefer får adekvat utbildning om jämställdhets- och genusfrågor. (Fråga 31.1)

En fjärdedel av lokalföreningarna anger att de har försökt påverka arbetsgivaren till att verka för riktade utbildningar om jämställdhet och genusfrågor till chefer.

Läkarförbundet ska arbeta för att det statistiska underlaget fördelat på kön och per specialitet förbättras. (Fråga 10)

Fem lokalföreningar anger att klassificering enligt AID ses över ur ett könsperspektiv i samband med löneöversynsförhandlingarna årligen.

Genom lokala parter – Lokalföreningarna - ska förbundet delta i det aktiva planarbetet. Vi ska samverka med arbetsgivare i syfte att förebygga diskriminering och främja jämställdhet. (Fråga 2-5)

71 % av lokalföreningarna (20) anger att arbetsgivare har upprättat en jämställdhetsplan de senaste tre åren. Sex lokalföreningarna anger att de inte vet om det finns någon plan och att de inte heller har tagit upp frågan med arbetsgivaren.

De lokalföreningar som har angivit att arbetsgivaren har upprättat en jämställdhetsplan de senaste tre åren har även angivit att de, åtminstone delvis, varit delaktiga i processen och att de dessutom har fått gehör för sina åsikter. 42 % av dem anger att de har fått gehör i ganska stor omfattning.

Genom lokala parter – Lokalföreningarna - ska förbundet delta i arbetet med lönekartläggning, löneanalys och handlingsplaner. Anställningsvillkor och lönekriterier ska granskas ur ett jämställdhets- och genusperspektiv. (Fråga 6-12)

61 % av lokalföreningarna anger att arbetsgivaren under 2011 eller 2012 har gjort lönekartläggning. Av de lokalföreningar som svarat att lönekartläggning har gjorts svarar 82 % att de har varit delaktiga, åtminstone till viss del, och merparten anger att de fått gehör för sina synpunkter i denna process. Närmare 60 % har fått ganska stort eller stort gehör.

De lokalföreningar som svarat att arbetsgivaren inte har gjort lönekartläggning anger att de har tagit upp frågan med arbetsgivaren. Ett fåtal av lokalföreningarna anger att klassificering enligt AID ses över ur ett könsperspektiv i samband med löneöversynsförhandlingarna.

Utöver arbetsgivarens lönekartläggning anger merparten av lokalföreningarna att de gör sina egna analyser/kartläggningar av lön, kön och per specialitet. En förening anger särskilt att de arbetat med löneglidning för föräldralediga ST-läkare.

Lokalföreningarna anger att de får tillräckligt bra underlag från arbetsgivaren för att kunna göra egna analyser/kartläggningar utifrån kön och lön.

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. (Fråga 21-25, 29)

Lokalföreningarna anger att de har varit delaktiga ifråga om att granska arbetsgivarens anställningsvillkor och/eller lönekriterier ur jämställdhets- och genusperspektiv. Främst gäller detta avseende lönekartläggning (61 %), men även avseende rekrytering (28 %), befordran (22 %) och kompetensutveckling (22 %). När lokalföreningarna varit delaktiga i dessa frågor anger de att de fått gehör för sina synpunkter och i vissa fall ganska stort gehör.

Största delaktigheten för lokalföreningarna i samband med rekrytering av chefer gäller formulering av kravprofil och i urvalsprocessen, men även vid utformningen av annonser. Kompetens kring genus och jämställdhet finns med i kravprofilen hos arbetsgivaren vid rekrytering av chefer hos fyra av lokalföreningarna. Tio lokalföreningar anger att denna kompetens inte finns med i kravprofilen och Elva vet inte om det finns med som krav.

Även i samband med andra rekryteringar än chefer har lokalföreningarna varit delaktiga vid rekryteringen. Störst delaktighet finns vid utformning av annonsen (36 %) och i intervjufrågorna (25 %), men även vid sammanställning av rekryteringsgrupp (21 %), i urvalsprocessen (21 %) Mer än hälften av lokalföreningen anser att de har fått gehör från arbetsgivaren för sina synpunkter på rekryteringsprocessen.

Lokalföreningarna anger att de i olika stor omfattning drivit frågor för att förbättra arbetsformer och organisation ur ett genusperspektiv: Nedan följer i fallande ordning:

- Jourbefrielse för gravida - 23 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Löneutveckling föräldralediga - 23 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Flexibel arbetstid - 20 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Möjlighet till deltidsarbete - 10 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Schemaläggning - 8 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Mötesplanering – 5 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Kultur- värderingsarbete - 4 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan
- Påverkan av könsfördelning inom specialiteterna - 3 lokalföreningar har angivit att de har drivit den frågan

Genom lokala parter – Lokalföreningarna - ska förbundet delta i rekrytering av chefer. Vid rekrytering ska kunskaper om jämställdhet och genus värderas som meriterande. (Fråga 21-27)

Störst delaktighet för lokalföreningarna i samband med rekrytering av chefer gäller formulering av kravprofil och i urvalsprocessen, men även vid utformningen av annonser. Kompetens kring genus och jämställdhet finns med i kravprofilen hos arbetsgivaren vid rekrytering av chefer enligt 14 %. 36 % av lokalföreningarna anger att denna kompetens inte finns med i kravprofilen och 39 % vet inte om det finns med som krav.

Bilaga 3: Statistik - tabeller könsfördelning per specialitet

Tabell 1. Rankinglista specialiteter med mer än 60 % kvinnor

Specialiteter med mer än 60% kvinnor 2006 och 2012	
2006	2012
Gynekologisk onkologi (66 %)	Gynekologisk onkologi (73 %)
Barn- och ungdomspsykiatri (65 %)	Barn- och ungdomspsykiatri (68 %)
Hud- och könssjukdomar (63 %)	Obstetrik och gynekologi(67 %)
Geriatrisk (62%)	Hud- och könssjukdomar (67 %)
	Geriatrisk (63%)
	Rehabiliteringsmedicin(60 %)

Tabellen visar de specialiteter som har högst andel kvinnor, över 60 % i fallande ordning. Gynekologisk onkologi följt av barn- och ungdomskirurgi toppar listan. Det är samma specialiteter som 2006. Antalet specialiteter med mer än 60 % kvinnor har ökat från fyra till sex 2012.

Tabell 2. Rankinglista specialiteter med färre än 30 % kvinnor

Specialiteter med färre än 30 % kvinnor	
2006	2012
Neurokirurgi (8%)	Neurokirurgi (10 %)
Thoraxkirurgi (10 %)	Thoraxkirurgi (11%)
Ortopedi (11 %)	Ortopedi (15%)
Urologi (12 %)	Urologi (16 %)
Kirurgi (15 %)	Kirurgi (21 %)
Barn- o ungd kardiologi(18%)	Plastikkirurgi (25 %)
Nukleärmedicin (30 %)	Nukleärmedicin (19 %)
Plastikkirurgi (20 %)	Kardiologi (25 %)
Kardiologi (21 %)	Medicinsk gastroenterologi och hepatologi (26 %)
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi (21 %)	Klinisk neurofysiologi (27 %)
Klinisk neurofysiologi (21 %)	Barn- o ungd kardiologi (29 %)
Klinisk farmakologi(23 %)	
Smärtlindring (24 %)	
Neuroradiologi (27 %)	
Neonatologi (28%)	
Klinisk näringslära (29 %)	
Företagshälsovård (29 %)	
Rättsmedicin (29 %)	

Tabellen visar de specialiteter som har lägst andel kvinnor i stigande ordning. Neurokirurgi följt av thoraxkirurgi har lägst andel kvinnor. Vi ser samma specialiteter med lägst andel kvinnor 2006 och 2012, men antalet specialiteter som har färre än 30 % kvinnor har minskat från arton till elva. Andelen kvinnor har stigit i samtliga specialiteter mellan 1-10 procentenheter.

Tabell 3. Andel kvinnor, samtliga specialiteter, 2006 och 2012 samt förändring under tidsperioden.

Specialitet	Andel i % 2012	Andel i % 2006	Förändring 2006-2012
Gynekologisk onkologi	73	66	7
Barn- och ungdomspsykiatri	68	65	3
Obstetrik och gynekologi	67	59	8
Hud- och könssjukdomar	67	63	4
Geriatrisk	63	62	1
Rehabiliteringsmedicin	60	55	5
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering	59	56	3
Skolhälsovård	59	58	1
Klinisk genetik	59	41	18
Barn- och ungdomsradiologi	55	45	10
Koagulations- o blod	55	58	-3
Onkologi	54	50	4
Barn- och ungdomsmedicin	54	46	8
Reumatologi	54	50	4
Ögonsjukdomar	54	53	1
Psykiatri	53	51	2
Transfusionsmedicin	53	48	5
Klinisk bakteriologi	50	40	10
Allergisjukdomar	50	42	8
Barn- och ungdomsallergologi	48	35	13
Rättspsykiatri	47	44	3
Klinisk patologi	47	37	10
Allmänmedicin	46	43	3
Hörselrubbingar	46	36	10
Infektionssjukdomar	44	38	6
Lungsjukdomar	44	40	4
Endokrinologi	43	35	8
Klinisk virologi	43	49	-6
Klinisk cytologi	43	34	9
Barn- och ungdomskirurgi	43	42	1
Totalt	42	38	4
Klinisk immunologi	41	36	5
Yrkesmedicin	40	34	6
Hematologi	39	34	5
Öron-, näs- och halssjukdomar	39	32	7
Medicinska njursjukdomar	38	31	7
Medicinsk radiologi	38	32	6
Rättsmedicin	38	29	9
Neurologi	38	30	8
Internmedicin	37	32	5

Röst- o talrubbingar	37	35	2
Klinisk fysiologi	37	30	7
Neonatologi	37	28	9
Neuroradiologi	36	27	9
Klinisk kemi	36	30	6
Företagshälsovård	36	29	7
Socialmedicin	34	33	1
Smärtlindring	34	24	10
Anestesi- och intensivvård	33	30	3
Klinisk farmakologi	33	23	10
Handkirurgi	32	31	1
Nukleärmedicin	30	19	11
Barn- o ungdoms kardiologi	29	18	11
Klinisk neurofysiologi	27	21	6
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	26	21	5
Kardiologi	25	21	4
Klinisk näringslära	25	29	-4
Plastikkirurgi	25	20	5
Kirurgi	21	15	6
Urologi	16	12	4
Ortopedi	15	11	4
Thoraxkirurgi	11	10	1
Neurokirurgi	10	8	2

Tabell 4 Andel ST per specialitet och kön 2008-2011

Andel ST-läkare per specialitet och kön, 2008-2011	2008	2009	2010	2011
Specialitet	Andel kvinnor	Andel kvinnor	Andel kvinnor	Andel kvinnor
Akutsjukvård	52 %	55 %	55 %	56 %
Allergisjukdomar	*	*	*	*
Allmänmedicin	64 %	65 %	63 %	64 %
Anestesi- och intensivvård	44 %	43 %	46 %	46 %
Arbets- och miljömedicin	*	*	*	*
Barn- och ungdomskirurgi	*	*	*	*
Barn- och ungdomsmedicin	71 %	73 %	69 %	71 %
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering	*	*	*	*
Barn- och ungdomspsykiatri	76 %	77 %	80 %	82 %
Bild- och funktionsmedicin	56 %	58 %	58 %	58 %
Endokrinologi och diabetologi	54 %	50 %	55 %	52 %
Geriatrisk	77 %	74 %	69 %	70 %
Gynekologisk onkologi	*	*	v	*
Handkirurgi	*	*	*	*
Hematologi	53 %	67 %	65 %	68 %
Hud- och könssjukdomar	78 %	78 %	84 %	85 %

Infektionssjukdomar	59 %	64 %	64 %	63 %
Internmedicin	57 %	57 %	59 %	60 %
Kardiologi	56 %	56 %	58 %	58 %
Kirurgi	48 %	46 %	49 %	51 %
Klinisk bakteriologi och virologi	52 %	63 %	71 %	71 %
Klinisk farmakologi	*	*	*	*
Klinisk fysiologi	36 %	55 %	58 %	58 %
Klinisk genetik	90 %	77 %	77 %	79 %
Klinisk immunologi och transfusionsmedicin	55 %	50 %	47 %	47 %
Klinisk kemi	77 %	70 %	75 %	79 %
Klinisk neurofysiologi	*	*	*	*
Klinisk patologi	66 %	68 %	58 %	58 %
Kod saknas	64 %	55 %	63 %	61 %
Kärlkirurgi	20 %	50 %	50 %	75 %
Lungsjukdomar	63 %	58 %	64 %	58 %
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	63 %	48 %	47 %	44 %
Medicinska njursjukdomar	63 %	62 %	67 %	67 %
Neurokirurgi	46 %	28 %	19 %	31 %
Neurologi	52 %	64 %	66 %	66 %
Nukleärmedicin	*	*	*	*
Obstetrik och gynekologi	85 %	86 %	86 %	86 %
Onkologi	79 %	80 %	82 %	78 %
Ortopedi	35 %	36 %	37 %	39 %
Plastikkirurgi	*	*	*	*
Psykiatri	56 %	62 %	55 %	55 %
Rehabiliteringsmedicin	69 %	67 %	68 %	74 %
Reumatologi	71 %	69 %	74 %	75 %
Rättspsykiatri	*	*	*	*
Samtliga	61 %	61 %	61 %	62 %
Specialitet kan ej anges	*	*	*	*
Thoraxkirurgi	*	*	*	*
Urologi	38 %	30 %	26 %	30 %
Ögonsjukdomar	66 %	63 %	66 %	64 %
Öron-, näs- och halssjukdomar	61 %	65 %	60 %	61 %

*Antal personer för lågt för att procentredovisning ska vara meningsfull

Totalt har 13 specialiteter en lägre andel kvinnliga ST-läkare 2011 jämfört med 2008. 21 specialiteter har ökat sin andel kvinnliga ST. Den genomsnittliga ökningen är 8 %.

Tabell 5. Nybörjare på läkarutbildningen 1994-2012; fördelat på kön

NYBÖRJARE PÅ LÄKARUTBILDNINGEN		
År	Kvinnor	Män
94	49 %	51 %
95	51 %	49 %
96	50 %	50 %
97	54 %	46 %
98	55 %	45 %
99	56 %	44 %
00	58 %	42 %
01	60 %	40 %
02	59 %	41 %
03	58 %	42 %
04	55 %	45 %
05	59 %	41 %
06	48 %	52 %
07	52 %	48 %
08	54 %	46 %
09	52 %	48 %
10	55 %	45 %
11	54 %	46 %
12	52 %	48 %

I början av tvåtusenålet hade andelen kvinnliga nybörjare stigit till 60 % för att sedan sjunka till drygt femtio procent de senaste fem åren.

Bilaga 4: Om vissa delföreningars jämställdhetsarbete

Nedan redogörs för enkäter med bäring på jämställdhetsfrågan som genomförts av MSF och SYLF på central nivå under 2011/2012.

MSF

MSF har vid Fullmäktige den 9-10 april 2011 behandlat en motion (Motion 3) angående genus och jämställdhet och där togs beslut att MSF:s utbildningsbevakning ska inkludera även jämställdhetsfrågor rörande läkarrollen/läkaryrket och detta ska vara en stående punkt i MSF:s kontinuerliga arbete samt att MSF gemensamt formulerar mål och strategier för hur vi kan verka för att grundutbildningen ska innehålla adekvata och kvalitativa utbildningsmoment kring genusfrågor.

Vid Fullmäktige 24-25 mars 2012 har MSF i verksamhetsberättelsen (häfte 2) för 2011-mars 2012 angett följande avseende medlemsfortbildning. Prioriterad verksamhet har under året bland annat innehållit att erbjuda lokalorterna kurspaket avseende genusperspektiv, så att lokala kurser kan hållas för medlemmarna. Kursinnehållet har utformats under året. Målsättningen är nu att erbjuda medlemmarna dessa kurser. MSF anger i verksamhetsberättelsen att man även har följt upp motionen från Fullmäktige 2011. Den fackliga vidareutbildningen ägnade därför halva kursdagen åt genus- och jämställdhetsfrågor inom hälso- och sjukvården.

Utvärderingsrapport av Prekliniska Studier vid Sveriges Läkarutbildningar

MSF har genom enkät undersökt om medicine studerande under den prekliniska handledningen har känt sig negativt särbehandlade pga. kön. 14 % av kvinnorna och 3 % av männen anger att de upplever att de har blivit negativ särbehandling på grund av kön.

Av enkäten framgår att det finns stora brister i undervisningen om genus och jämställdhet på Sveriges lärosäten. Undantaget är Umeå som ligger bäst.

På frågan om det finns genusperspektiv vid undervisningen svarar 40 % av respondenterna vid samtliga lärosäten att det ibland eller ofta finns ett genusperspektiv. 47 % svarar att genusperspektiv förekommer sällan eller aldrig. Vad beträffar genusperspektiv i den praktiska undervisningen anser majoriteten att det saknas. ?

Rapporten finns i sin helhet på <http://www.slf.se/MSF/>

Rapport medicine studerande under klinisk handledning

På frågan - Har du någon gång under din kliniska studieperiod upplevt dig negativt särbehandlad på grund av kön? svarar 18 % av alla studenter att de har upplevt att de blivit negativt särbehandlade på grund av kön. 28 % av de kvinnliga läkarstudenter och 6 % av de manliga läkarstudenterna anser sig ha blivit negativt särbehandlade på grund av kön.

Rapporten finns i sin helhet på <http://www.slf.se/MSF/>.

SYLF

Av SYLF:s årliga AT-rankingsenkät svarar 21 % av kvinnorna och 2 % av männen att de blivit diskriminerade pga. kön. En tredjedel - 30 % av männen och 24 % av kvinnorna - av de föräldralediga upplever att de inte fullt ut har hängt med i löneutvecklingen som om de vore i tjänst. Rapporten finns i sin helhet på <http://www.slf.se/SYLF/AT-ranking/>