

Likestilling tar tid – mye står igjen

TEMA

ELISABETH GJERBERG

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Det er nå godt og vel 100 år siden den første kvinne ble utdannet som lege i Norge (1), og i dette nummer av Tidsskriftet beskriver lederen for likestillingsutvalget i Den norske lægeforening dagens situasjon for kvinner i norsk medisin (2). De siste 20 årene har det vært en sterk vekst i kvinneandelen i medisin, fra 12 – 14 % i slutten av 1970-årene til 30 % i 1999. Men på tross av feminiseringen fremstår den medisinske profesjon fortsatt som ganske kjønnsdelt, både når det gjelder ledende posisjoner i stillingshierarkiet (3) og i valg av spesialitet (4, 5). Det skjer imidlertid visse endringer i spesialiseringsmønsteret: For det første spesialiserer kvinner utdannet tidlig i 1980-årene seg like ofte som mannlige kolleger, for det andre velger de et bredere spekter av fag. Endringene er imidlertid ikke entydige – fortsatt finner vi lav kvinneandel i store sykehusfag som kirurgi (5 %) og indremedisin (12 %). Samtidig er det en tendens til opphopning av kvinner i fag som gynekologi og pediatri, mens barne- og ungdomspsykiatrien lenge har hatt høy kvinneandel.

Kjønnsdeling i legerket er imidlertid ikke noe særegent fenomen. Norge har fortsatt et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkeder i Vest-Europa. At denne type strukturer også etableres innad i yrker som gjennom generasjoner har vært dominert av menn, er derfor ikke overraskende, men må sees på bakgrunn av dypstrukturer i vår kultur som er knyttet til kjønnsdelingen av arbeidet i samfunnet ellers. Ut fra et demokratisk likhetsideal vil vi forvente at kvinner i slutten av årtusenet har like muligheter som menn til å oppnå en posisjon. Formelle stengsler har for lengst forsvunnet, og ulike former for diskriminerende praksis er ikke lenger legitime, men store forskjeller mellom kvinner og menn gir grunn til å spørre om mulighetene faktisk er like gode. Hvorvidt systematiske forskjeller mellom kvinner og menn kan aksepteres, vil i stor grad være avhengig av om ulikhet er et resultat av

reflekterte valg basert på egne preferanser eller skyldes ulike former for eksklusjonsmekanismer. Dette gjelder enten ulikheten er knyttet til vertikale posisjoner i stillingshierarkiet eller til fordeling på spesialisiteter.

Kjønnsdeling av arbeid er viet stor interesse i samfunnsvitenskapene, og både individbaserte og strukturbaserte forklaringsmodeller benyttes (6). Slike forklaringer har også vært anvendt for å forstå kjønnsdelingen i medisinen (7). Individorienterte forklaringer beskriver kjønnsforskjeller i karrierevalg som resultat av individuelle, men kjønnsbaserte preferanser eller personlighetstrekk, mens forklaringer på strukturnivå henviser til kontekstuelle faktorer i så vel arbeid og yrke som i samfunnet for øvrig. For å forstå den lave kvinneandelen i kirurgi er det altså for enkelt å vise til manglende interesse eller til problemer med å kombinere karriere og familie. Også faktorer som på ulik måte begrenser kvinners lyst til å søke og forbli i disse fagområdene må analyseres (7, 8). At nyere studier viser at kvinner utdannet i 1980-årene i nesten like stor grad som mannlige kolleger begynner i de store sykehusfagene, men i betydelig mindre grad fortsetter, indikerer at det ikke er fravær av interesse, men sider ved strukturen og kulturen som må vurderes. Også data fra Legekårsundersøkelsen viste at ca. en tredel av norske leger mente at en vesentlig årsak til den lave kvinneandelen i kirurgi var forårsaket av "ekskluderende miljø og machokultur" (9). Det indikerer at det ikke bare er problemer med å kombinere familie og jobb eller manglende interesse for faget som ligger bak. Overlegeforeningen har tatt et prisverdig initiativ for å utrede tiltak som kan bidra til å øke kvinneandelen i ledende stillinger. Når ser vi tilsvarende engasjement fra spesialforeningene for å øke rekrutteringen av kvinner til de store

sykehusfagene? Selv om det skjer endringer, går det langsomt, og det burde være større interesse for å avdekke mekanismene bak de store forskjellene mellom kvinner og menn, en interesse som ikke må begrunnes i at kvinner har noe å tilføre på grunn av sine kvinnelige egenskaper, men mer fordi de trengs i kraft av sin dyktighet, sin interesse og sin lyst på faget.

LITTERATUR:

1. Schiøtz A, Nordhagen R. Om å sette sin kvinnelighet på spill. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3784 – 90.
2. Janbu T. Er flere kvinner i legeyrket en berikelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 85 – 7.
3. Kværner KJ, Botten G, Aasland OG. Female medical leadership: a cross sectional study. BMJ 1999; 318: 91 – 4.
4. Flottorp S. Kvinnelige leger – valg av spesialisitet og karriere. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2111 – 6.
5. Legestatistikk 1999. Oslo: Den norske lægeforening, 1999.
6. Crompton RM, Sanderson K. Gendered jobs and social change. London: Unwin Hyman, 1990.
7. Riska E, Wegar K. Women physicians: a new force in medicine? I: Riska E, Wegar K, red. Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour. London: Sage Publications, 1993.
8. Crompton RM, LeFeuvre N, Birkelund GE. The restructuring of gender relation within the medical profession. I: Crompton R, red. Restructuring gender relations and employment. Oxford: Oxford University Press, 1999.
9. Gjerberg E, Hofoss D. Dette er ikke noe for småjenter. Legers forståelse av kjønnsforskjeller i spesialisitetsvalg. Tidsskrift for samfunnsforskning 1998; 1: 3 – 27.

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no