

# Leger i par

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Stadig flere leger har en ektefelle/samboer som også er lege. Hvilken betydning har det for familieliv og yrkeskarriere å ha en partner med samme yrkesbakgrunn, sammenliknet med det å ha en partner med annen yrkesbakgrunn?

**Materiale og metode.** Et spørreskjema ble i 1996 sendt til leger autorisert i 1980–83. 1 142 leger svarte (67 %). Skjemaet omfattet spørsmål om aktuell arbeidssituasjon, familie- og yrkeshistorie. Effekten av ektefelles yrkesbakgrunn på spesialiseringsgrad, valg av fagfelt og spesialiseringstid ble analysert med multivariate metoder.

**Resultater.** Kvinner i legepar gifter seg tidligere og får barn tidligere enn kvinnelige kolleger som har en partner med annen yrkesbakgrunn. De spesialiserte seg oftere, og innen noen fagområder bruker de kortere tid på å fullføre spesialiteten enn andre kvinnelige leger. Blant menn finner man ikke slike forskjeller. Mannlige leger som er gift/samboende med en annen lege jobber oftere deltid enn andre menn, men har langt sjeldnere en partner som jobber deltid.

**Fortolkning.** Resultatene tolkes i lys av at det synes å være en mer lik arbeidsdeling på hjemmefronten og større innslag av felles interesser og sosial støtte blant legepar enn andre, noe som spesielt ser ut til å være en fordel for kvinnelige leger.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Basert på forfatterens prøveforelesning for graden dr.polit. ved Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo, september 2002

> Se også side 2296

### Elisabeth Gjerberg

*elisabeth.gjerberg@afi-wri.no*  
Arbeidsforskningsinstituttet  
Postboks 6954 St. Olavs plass  
0130 Oslo

Det har de senere tiår vært en sterk vekst i antall leger med en partner som også er lege, noe som må ses i sammenheng med den økende kvinneandelen i medisin. I dag er ca. en tredel av alle norske leger kvinner, 27 % av disse er gift med en kollega. Ca. en femdel av den samlede legestand har en partner som er lege (A. Taraldset, personlig meddelelse).

At leger gifter seg med leger, betegnes som yrkesmessig homogami: giftermål eller samboerskap mellom personer innen samme yrkesgruppe. En tendens mot økende homogami blant norske leger svarer til hva vi finner i andre vestlige land (1, 2). Selv om det medisinske parløpet ikke er noen ny konstruksjon, representerer det økende antallet legepar en endring og utfordring både for dem som er involvert og for helsetjenesten som organisasjon. På tross av dette finnes det bare et begrenset antall studier om dette forholdet. Med utgangspunkt i tidligere litteratur og egne studier omhandler denne artikkelen betydningen av å være gift med en kollega i relasjon til familieliv, yrkeskarriere og arbeidsinnsats, fremfor å velge en partner utenfor standen.

### Bakgrunn

#### Homogami

Homogami har vært tema for flere sosiologiske studier i Norge (3–8). Høyt nivå av utdanningshomogami har vært knyttet til endringer i kvinners tilknytning til arbeidsmarkedet. Utdanning og yrke er i dag en like viktig og selvsagt del av kvinners liv som av menns. Lange utdanningsperioder og mer eller mindre kontinuerlige yrkeskarrierer for både kvinner og menn skaper et annet livsløp og andre familierelasjoner i dag enn for en generasjon tilbake. Et bilde på denne type endringer er at det også er blitt vanligere at partnere har samme type utdanning og yrke (9, 10). For eksempel fant Hansen (11) at blant jurister utdannet i perioden 1981–1996 var det 22 % som giftet seg med hverandre. Blant medisinerne var det 26 %.

### Tidligere studier

De fleste tidligere studier av legepar er spørreundersøkelser, men det foreligger også kvalitative studier. I noen studier har man sammenliknet kvinner og menn i legepar, mens man i andre bare har sett på kvinnelige leger og sammenliknet dem som er gift/samboende med en lege med dem som har partner med annen yrkesbakgrunn. Bare to studier (12, 13) er basert på et tilfeldig utvalg leger. Jeg begrenser meg her til å referere studier knyttet til karriereutvikling.

Det anvendes mange ulike indikatorer på legers karriereutvikling, for eksempel spesialiststatus, posisjon i stillingshierarkiet og arbeidstidstilknypning. I Norge fantes det inntil nylig bare tre studier om slike forhold blant legepar. Arnesen og medarbeidere fant at blant leger utdannet i perioden 1940–60 rangerte mennene høyere enn kvinnene karrieremessig (14). Studien ble gjentatt 17 år senere, samtidig som en yngre kohort ble inkludert (15). I begge kohorter var det en jevnere karrieremessig utvikling mellom kvinner og menn enn tidligere, men på langt nær fullstendig. Lindahl & Killi (16) fant at kvinnelige leger som var gift/samboende med en lege, noe oftere spesialiserte seg enn andre kvinnelige leger.

I en nylig gjennomført studie blant leger i USA ble det ikke funnet forskjeller i valg av spesialitet mellom kvinner som var gift med leger og de som hadde partnere med annen yrkesbakgrunn (12). Mens studier foretatt noen år tidligere fant at kvinner med legepartner hadde dobbelt så høy sannsynlighet for å avbryte egen karriere av hensyn til partnerens yrkeskarriere enn andre kvinnelige leger (13, 17).

I mange land jobber kvinnelige leger i gjennomsnitt færre timer per uke enn mannlige kolleger (18–20). Spørsmålet er om leger i par jobber mindre enn andre leger? Studier fra USA og England viser at kvinner i legepar arbeider færre timer per uke enn andre kvinnelige leger (12, 13, 17).



### Hovedbudskap

- En av fire kvinnelige leger er gift med en kollega
- Det å være gift med en annen lege fremmer kvinnelige legers karriereutvikling

For Norge er det tidligere ikke påvist slike forskjeller (21).

Denne artikkelen stiller spørsmål om hvorvidt det betyr noe spesielt å være leger i par: Er de forskjellig fra leger som har partnere med annen yrkesbakgrunn med henblikk på familieforhold, yrkeskarriere og arbeidstid? Mange jobber i helse-tjenesten er i utgangspunktet lite familie-vennlige, og man kan tenke seg at legepar vil stå overfor større utfordringer med hensyn til valg av fagfelter, organisering og tilpasning av arbeidstid og familietid enn andre par. Er det for eksempel slik at kvinnelige leger med legepartner oftere gir avkall på en spesialistkarriere enn andre kvinnelige leger, eventuelt at de oftere velger andre fagfelter? Hvordan ordner de seg med hensyn til arbeidsdeling hjemme? Og har det å kombinere jobb og familie vært mer krevende for leger i par enn andre?

## Materiale og metode

Resultatene baserer seg i hovedsak på data fra en undersøkelse om legers spesialitetsvalg fra 1996. Et spørreskjema ble sendt til personer autorisert som leger i Norge i perioden 1980–83. Utvalget bestod av 1 719 leger. Skjemaet ble utviklet på bakgrunn av kvalitative intervjuer med 15 leger, og omfattet foruten spørsmål om aktuell arbeidssituasjon også spørsmål om yrkes- og familiehistorie. Disse tilsvarende spørsmål anvendt i andre yrkeshistoriestudier (22, 23). Spørreskjemaet hadde også et åpent spørsmål om hvordan det hadde vært å kombinere yrkeskarriere og familieliv. 67 % besvarte undersøkelsen, 821 menn og 321 kvinner.

Dataene fra spørreundersøkelsen suppleres med data fra Legeregisteret. Registeret inneholder opplysninger om arbeidsforhold samt bakgrunnsopplysninger. For Legeforeningens medlemmer har man også opplysninger om hvorvidt de er gift med lege eller ikke, ellers er det ingen opplysninger om sivilstand.

I beskrivelsen av materialet er det brukt deskriptiv statistikk. I analyse av hvordan trekk ved yrkes- og familiehistorien påvirker ulike sider ved yrkeskarrieren, ble det anvendt lineær og logistisk regresjon. Svarene på spørsmålet om hvordan det hadde vært å kombinere yrkes- og familieliv, ble skrevet ut og systematisert i forhold til to hovedtemaer: den følelsesmessige opplevelsen av å kombinere jobb og familieansvar og hvordan de praktisk hadde ordnet seg. Nærmere detaljer om materiale og metode er presentert i en tidligere publisasjon (24).

## Resultater

85 % av dem som var gift eller samboende gav opplysninger om hvilket yrke deres partner hadde. Av disse 837 legene hadde 23 % en partner som var lege, 40 % av kvin-

**Tabell 1** Leger autorisert 1980–83

	Leger gift med leger		Leger som har partner med annen yrkesbakgrunn	
	Kvinner (N = 92)	Menn (N = 102)	Kvinner (N = 138)	Menn (N = 503)
Alder ved første giftermål (år)	24,7 <sup>1</sup>	26,0	25,7	26,3
Alder ved første barns fødsel (år)	27,6 <sup>1</sup>	28,5	28,8	29,1
Antall barn	2,7	2,7	2,4	2,6
Er spesialist (%)	92	92	82	86
Arbeider deltid i aktuell arbeidssituasjon (%)	16	9 <sup>1</sup>	18	2
Ektefelles arbeidstid > 30 timer (%)	97	85 <sup>1</sup>	97	51

<sup>1</sup> Signifikant på 0,05-nivå

**Tabell 2** Logistisk regresjon. Effekten av kjønn, alder ved første barns fødsel, antall barn og partners yrkesbakgrunn for om en er spesialist eller ikke. Spesialist = 1, ikke-spesialist = 0. Leger autorisert 1980–83

Forklaringsvariabler (referansekategori)	Alle		Kvinner		Menn	
	b	(SE)	b	(SE)	b	(SE)
Kjønn (kvinne)	0,4091 <sup>1</sup>	(0,1943)				
Alder ved første barns fødsel	0,0058	(0,0233)	-0,0533	(0,0500)	0,0239	(0,0265)
Antall barn	-0,1248	(0,0982)	-0,6390 <sup>1</sup>	(0,1906)	0,0866	(0,1219)
Gift med lege (nei = 1, ja = 2)	0,9576 <sup>1</sup>	(0,2906)	1,3162 <sup>1</sup>	(0,4453)	0,6980	(0,3843)
Antall leger	N = 1 061		n = 288		n = 773	

<sup>1</sup> Signifikant på 0,05-nivå

**Tabell 3** Lineær regresjon. Effekten av alder ved første barns fødsel, antall barn og ektefelles yrkesbakgrunn for tid brukt på å fullføre spesialistutdanningen. Kvinnelige leger autorisert 1980–83

Forklaringsvariabler	Kvinner i primærhelsetjenesten		Kvinner i sykehusmedisin <sup>1</sup>	
	b	(SE)	b	(SE)
Alder ved første barns fødsel	0,159 <sup>2</sup>	(0,070)	-0,049	(0,067)
Antall barn	1,396 <sup>2</sup>	(0,273)	-0,373	(0,164)
Gift med lege (nei = 1, ja = 2)	0,527	(0,443)	-1,313 <sup>2</sup>	(0,558)
Antall leger	n = 160 R <sup>2</sup> = 0,16		n = 75 R <sup>2</sup> = 0,09	

<sup>1</sup> Sykehusbaserte fagområder omfatter her alle spesialiteter utenom allmenn- og samfunnsmedisin, arbeidsmedisin, psykiatri og «laboratoriefag»

<sup>2</sup> Signifikant på 0,05-nivå

**Tabell 4** Logistisk regresjon. Effekten av kjønn, om en har barn i alderen 0–6 år, partnerens yrkesbakgrunn og spesialitet for arbeidstid i nåværende jobb. Fulltid = 1, deltid = 0. Leger autorisert 1980–83

Forklaringsvariabler (referansekategori)	Alle		Kvinner		Menn	
	b	(SE)	b	(SE)	b	(SE)
Kjønn (kvinner)	1,610 <sup>1</sup>	(0,315)				
Barn 0–6 år (nei = 0, ja = 1)	-0,809 <sup>1</sup>	(0,340)	-1,194 <sup>1</sup>	0,463	-0,269	(0,538)
Gift med lege (nei = 1, ja = 2)	-0,308	(0,321)	0,099	0,407	-1,102 <sup>1</sup>	(0,491)
Spesialitet (primærhelsetjeneste = 1, sykehusspesialiteter = 2)	1,051 <sup>1</sup>	(0,406)	1,468 <sup>1</sup>	(0,583)	0,646	(0,573)
Antall leger	N = 819		n = 221		n = 598	

<sup>1</sup> Signifikant på 0,05-nivå

nene og 17 % av mennene. Tabell 1 viser at kvinner i legepar både gifter seg tidligere og får barn tidligere enn andre kvinnelige leger.

#### Spesialisierungsgrad og -tid

Leger i legepar var oftere spesialister enn de som hadde partnere med annen yrkesbakgrunn (tab 1). En multivariat analyse viser imidlertid at det bare er for kvinner at ektefelle/samboers yrkesbakgrunn har signifikant effekt: De kvinnelige legene som var gift/samboende med en kollega, hadde signifikant større sannsynlighet for å bli spesialist enn andre kvinnelige leger (tab 2). Data fra Legeregisteret bekrefter en slik tendens: Blant kvinnelige leger som avla cand.med.-eksamen i årene 1980–89, var 76 % av dem som var gift med en kollega godkjent spesialist, 68 % av de andre.

For materialet sett under ett hadde ektefelles/samboers yrkesbakgrunn ingen signifikant betydning for den tiden legene brukte på å spesialisere seg. Resultatene viser imidlertid at kvinner som jobbet innen sykehusbaserte fagområder, brukte kortere tid på spesialistutdanningen enn de som hadde en partner med annen yrkesbakgrunn (tab 3). For kvinner innen andre fagområder og for menn spilte det ingen rolle for spesialiseringstiden om de var gift med en lege eller ei.

#### Arbeidssted og fagområde/spesialitet

Resultatene viser ingen forskjell mellom dem som er gift med en lege og de andre med hensyn til valg av spesialitet og hvor i helsetjenesten de jobber.

Ca. halvparten av kvinnene, uansett om de har legepartner eller ikke, svarte at hensyn til omsorgen for barn har hatt stor betydning i valg av fagområde. Under en firedel av mennene gir uttrykk for det samme, men her det en tendens til at de som er gift med en kollega oftere sier at dette har hatt stor betydning, sammenliknet med kolleger som har partnere som ikke er leger, hhv. 30 % og 21 % (ikke signifikant).

#### Arbeidstid og familietid

I alt 16 % av kvinnene og 5 % av mennene jobbet deltid (< 30 timer) på undersøkelsestidspunktet. I en multivariat analyse der både fagfeltene de jobber innenfor, barns alder og om de hadde en partner som var lege eller ikke var lagt inn som forklaringsvariabler, viser resultatene at mannlige leger gift med en kollega oftere hadde redusert arbeidstid enn andre menn. Partnerens yrke hadde ikke betydning for kvinnelige legers arbeidstid (tab 4).

Ser vi på ektefellenes arbeidstid, er den største forskjellen å finne blant mannlige leger: Mens bare 15 % av deres legepartnere jobbet deltid eller var hjemmearbeidende på undersøkelsestidspunktet, var dette tilfelle

blant 51 % av ektefeller/samboere med annen yrkesbakgrunn.

#### Å kombinere yrkes- og familieliv

I spørreundersøkelsen ble legene bedt om å beskrive hvordan det hadde vært å kombinere yrkes- og familieliv. Svarene ble skrevet ut og systematisert. Mange gav uttrykk for at det hadde vært et krevende løp, mens andre fortalte at det hadde gått stort sett greit, selv om det hadde vært anstrengende i perioder. Blant kvinnelige leger var det en tendens til at de som levde sammen med en kollega oftere tilkjennegav at det hadde gått greit å kombinere familie og yrkeskarriere, og de beskrev sjeldnere problemer. For mennene var det en tendens i motsatt retning: De som var gift med en kollega, svarte oftere enn andre menn at det hadde vært slitsomt å kombinere yrkesliv og familieomsorg. Følgende utsagn er ganske karakteristisk for denne gruppen menn: «Jeg er gift med en lege og i de periodene begge har gått vakter var det slit-somt og vanskelig. Ville neppe gått i mange år.» «Det var strevsomt da barna var små og vi begge gikk vakter. Det var vanskelig å få kabalen til å gå opp.»

#### Diskusjon

Det å være gift/samboende med en annen lege har ikke gitt karrierebegrensninger. På noen områder kan det heller betegnes som karrierefremmende, spesielt for kvinnelige leger. De spesialiserte seg vel så ofte som leger med andre partnere, de er like godt som andre representert i de store sykehusfagene, og de brukte kortere tid på å spesialisere seg – spesielt innen sykehusbaserte spesialiteter. De jobbet også like sjelden deltid som andre kvinnelige leger. Opp gjennom yrkesløpet hadde de imidlertid oftere jobbet deltid mens barna var små (24). Blant menn som er gift/samboende med en lege finner vi at de oftere jobber deltid enn andre mannlige leger, og det er en tendens til at de oftere sier at hensynet til familien spilte inn da de valgte fagfelt. Det er flere indikasjoner på at det å ha en partner som også er lege har vært en vel så stor utfordring for menn som for kvinner. At mannlige leger i legepar langt sjeldnere enn andre mannlige leger har en deltidsarbeidende eller hjemmearbeidende ektefelle/samboer, indikerer også en mer lik arbeidsfordeling i hjemmet.

Dataene har flere begrensninger. For det første vet vi ingenting om de som har gått ut av ekteskap/samboerforhold til en kollega. For det andre er det ikke opplysninger om faktisk arbeidsfordeling i hjemmet, for eksempel med hensyn til hvordan de deler hus- og omsorgsarbeid. Her må jeg foruten å bruke partnerens arbeidstid som en indikator, støtte meg til tidligere data fra Legekårsundersøkelsen (18). Verken i min undersøkelse eller i andre studier er det

opplysninger om hvilket kjønn legens partner har. Vi vet intet om homofile eller lesbiske par, og om disse atskiller seg fra andre par med hensyn til de forholdene som her er omtalt.

Det ser ut til at leger i par møter utfordringene for tokarrierefamilien på en måte som heller fremmer enn hemmer yrkeskarrieren. To elementer synes å være sentrale i denne sammenheng: for det første arbeidsfordelingen på hjemmebane, for det andre innslaget av felles interesser og sosial støtte.

Legekårsundersøkelsen viste at mannlige leger med legepartner deltok mer i husarbeidet enn sine kolleger, men for kvinnene spilte ektefelle/samboers yrke ingen rolle (18). Studier fra andre land viser inkonsistente funn, men det er en tendens til større grad av likedeling av husarbeid og barneomsorg mellom leger i par enn for andre leger (12, 17, 25). Likheter i utdanning og yrke er et godt grunnlag for å få til likestilling i hus- og omsorgsarbeidet. At mannlige leger med legepartnere tar mer av ansvar og arbeidet hjemme, er i tråd med flere sosiologiske studier: Menns innsats hjemme varierer sterkt med partnerens utdanning, og det er særlig kvinner med lang universitetsutdanning som skiller seg ut med høy innsats fra partnerens side (26). Det argumenteres for at høyt utdannede kvinner har en mer lik arbeidsdeling, ikke bare i kraft av at de faktisk har høyere yrkesaktivitet, men også fordi de får større gjennomslag for sine argumenter enn kvinner med lavere utdanning (27). Det kan således tyde på at de kvinnelige legene er bedre til å forhandle frem en jevnere arbeidsdeling – her kan ikke den ene parten argumentere med at hans eller hennes jobb er viktigere enn den andres når noen må være hjemme med syke barn.

Flere studier de senere år peker på at felles yrkesbakgrunn gir grobunn for gjensidig respekt, forståelse og sosial støtte. Innsikt i den andres arbeid øker antakelig toleransen for periodevis lange arbeidsdager og uregelmessig arbeidstid. For noen er det også en gjensidighet i dette – de vet at i neste omgang er det de som trenger at noen tar ansvaret for hjemmebasen. For eksempel viste Legekårsundersøkelsen at det å være gift eller samboende med annen lege reduserte konfliktpotensialet, samtidig som de opplevde mer emosjonell støtte enn leger som hadde en partner med annen yrkesbakgrunn (28). Å ha en selvstendig, men allikevel felles yrkesmessig plattform og felles interesseområder kan skape nye former for gjensidighet og fellesskap i samlivet (29). Selv om de ikke nødvendigvis jobber innen samme fagfelt, vil de ha en basisforståelse av feltet som kan bidra til gode diskusjoner og til utvikling av fellesskap. Det synes å virke positivt inn på parforholdet.

Tokarrierefamilien stiller krav til nye og mer fleksible tilpasninger mellom arbeidsliv og familieliv. Hvis vi ser utover de forhandlinger som foregår innen familien, er både familiepolitiske ordninger og fleksibilitet i arbeidsorganisasjonen viktige.

Dette er et komplekst samspill, hvor de løsninger familien kommer frem til i høy grad avhenger av hvilke strukturer som finnes i arbeidsorganisasjonen og samfunnet for øvrig. Spørsmålet er hvordan helsetjenesten som en hierarkisk, kjønnssegregert organisasjon klarer å møte utfordringene. Den økende kvinneandelen i medisin har allerede stilt helsetjenesten og den medisinske profesjon overfor en rekke utfordringer. Men man kan ikke lenger forvente at verken kvinner eller menn fullt og helt skal vie seg til arbeidet uten å ta hensyn til familiens behov. Dette aksentueres kanskje ytterligere for leger i par.

For eksempel kan det bli behov for samkjøring av vaktplaner, barnehageplasser på arbeidsstedet og at man må ta hensyn til partnerens stillingsbehov ved rekruttering. Vi vet at det har vært vanskelig å kombinere en yrkeskarriere med familieforpliktelser innenfor de store sykehusspesialitetene. Medisinsk arbeid har gjennom generasjoner vært organisert rundt menn med bakke-mannskap hjemme. Spørsmålet det er grunn til å stille er om menn i vel så stor grad som kvinner møtes med negative holdninger hvis de skulle ønske mer familievennlige arbeidstidsordninger?

#### Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

1. Johnson CA, Johnson BE, Liese BS. Dual-doctor marriages: the British experience. *J Am Med Womens Assoc* 1991; 46: 155–9.
9. Kalmijn M. Shifting boundaries: trends in religious and educational homogamy. *Am Sociol Rev* 1991; 56: 786–800.
11. Hansen MN. Sosial status og ekteskap innenfor legestanden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1881–4.
12. Sobecks NW, Justice AC, Hinze S, Chirayath HT, Lasek RJ, Chren MM et al. When doctors marry doctors: a survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Ann Intern Med* 1999; 130: 312–9.
13. Brotherton SE, LeBailey SA. The effect of family on the work lives of married physicians: what if the spouse is a physician, too? *J Am Med Wom Assoc* 1993; 48: 175–81.
17. Tesch BJ, Osborne J, Simpson DE, Murray SF, Spiro J. Women physicians in dual-physician relationships compared with those in other dual-career relationships. *Acad Med* 1992; 67: 542–4.
19. Uhlenberg P, Cooney TM. Male and female physicians: family and career comparisons. *Soc Sci Med* 1990; 30: 373–8.
24. Gjerberg E. Kvinner i norsk medisin – mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensieringen i legers spesialitetsvalg. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie nr. 10. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 2002.
28. Østerlie W. Sosial støtte i samlivet: legers opplevelse av partnerstøtte i yrkeskarrieren. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Trondheim: Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2001.
29. Lorber J. How physician spouses influence each other's careers. *J Am Med Wom Assoc* 1982; 37: 21–6.