

Kvinneres karriereutvikling i klinisk akademisk medisin

Sammendrag

Bakgrunn. Det er få kvinner i toppstillinger i klinisk akademisk medisin, og Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo tok i 2005 initiativ til en utredning om årsaker til dette og anbefalinger om hva som kan gjøres.

Materiale og metode. Et spørreskjema ble sendt ut til 875 stipendiater, doktorander og personer med dr.med.-grad ved Universitetet i Oslo. Fokusgruppeintervju ble arrangert med en gruppe kvinner og en gruppe menn. Resultatene er kommentert ut fra et kjønns- og likestillingsperspektiv.

Resultater. Svarprosenten var 42. Det var ingen kjønnsforskjell vedrørende ønsket om å gjøre en akademisk karriere, og kombinerte stillinger ble etterlyst. Kvinner savnet positive signaler fra miljøet om at de var ønsket som forskere. For kvinner under 45 år var akademiske og kliniske rollemodeller samt et faglig godt nettverk spesielt viktig. Likestilling på jobben og hjemme ble av kvinner ansett som svært viktig for videre akademisk karriere, mens menn var mindre opptatt av dette.

Fortolkning. Kjønnsubalansen for toppstillinger i klinisk akademisk medisin går ikke over av seg selv. Miljøet må gjøre en mer aktiv innsats for å identifisere dyktige kvinner og stimulere og oppfordre dem til å søke akademiske stillinger.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ellen Schlichting

elsc@uus.no
Bryst- og endokrinkirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Harriet Bjerrum Nielsen

Senter for kvinne- og kjønnsforskning
Universitetet i Oslo

Sophie Dorothea Fosså

Fagområdet Klinisk Forskning
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Olaf Gjerløw Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt
og
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Legeprofesjonen har tidligere vært dominert av menn, med dette er nå i ferd med å endre seg. Som vist i figur 1 har antallet mannlige medisinstudenter ved Universitetet i Oslo holdt seg stabilt rundt 500 fra 1985, med en svak nedgang de siste årene, mens antallet kvinnelige medisinstudenter har økt fra 400 til nesten 800. Fra 2006 er det også flere kvinner enn menn som tar medisinsk doktorgrad, mens andelen kvinnelige professor I- og professor II-stillinger lenge har holdt seg uendret rundt henholdsvis 20 % og 10 % (fig 2). Kvinnene synes altså i liten grad å ta det siste trinnet på den akademiske stigen.

Det kan selvsagt tenkes at dette misforholdet vil forsvinne om noen år, at det bare er et spørsmål om et kvantitativt etterslep. Imidlertid viser en undersøkelse fra Danmark at flere kvinner enn i «den akademiske rørledningen» ikke gir tilsvarende antall ut, rørledningen lekker underveis (1). I perioden 1970–96 økte kvinneandelen blant medisinske kandidater ved Universitetet i København fra 25 % til 50 %, mens andelen fast vitenskapelig ansatte bare økte fra 16 % til 21 %. Faktisk var det en større kvinneandel blant dem som ble tilsatt før 1970 (22 %) enn dem som ble tilsatt etter (20 %). Stikk i strid med etterslephypotesen falt altså kvinneandelen i en periode med betydelig vekst av kvinnelige kandidater. Det samme misforholdet er for eksempel påvist mellom andel kvinner som skriver lederartikler i medisinske tidsskrifter og kvinneandelen blant potensielle skribenter (2).

Handlingsplanen for likestilling fra 2004 ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo hadde som mål å øke kvinneandelen av professor I til 30 % og professor II til 20 % frem til 2007. I mai 2005 nedsatte dekanus ved Det medisinske fakultet et utvalg som

skulle se nærmere på karriereutvikling for kvinner i klinisk akademisk medisin og foreslå tiltak for å bedre rekrutteringen av kvinner til kombinerte sykehus- og universitetsstillinger. Utvalget gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse og to fokusgruppeintervjuer. Rapporten ble lagt frem i juni 2006 (3) på et symposium der også professor Harriet Bjerrum Nielsen ved Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Universitetet i Oslo, var invitert til å kommentere den. Artikkelen er basert på resultatene fra undersøkelsen og professor Bjerrum Niensens kommentarer.

Materiale og metode

Spørreskjemaundersøkelse

I oktober 2005 ble et spørreskjema sendt til alle som hadde oppnådd medisinsk doktorgrad i perioden 1995–2005 ved et av universitetssykehusene i Oslo-regionen eller ved universitetet sentralt, og alle stipendiater med grunnutdanning cand.med. registrert i doktorgradsprogrammet ved Universitetet i Oslo 1. september 2005, til sammen 875 akademikere, 345 kvinner og 530 menn.

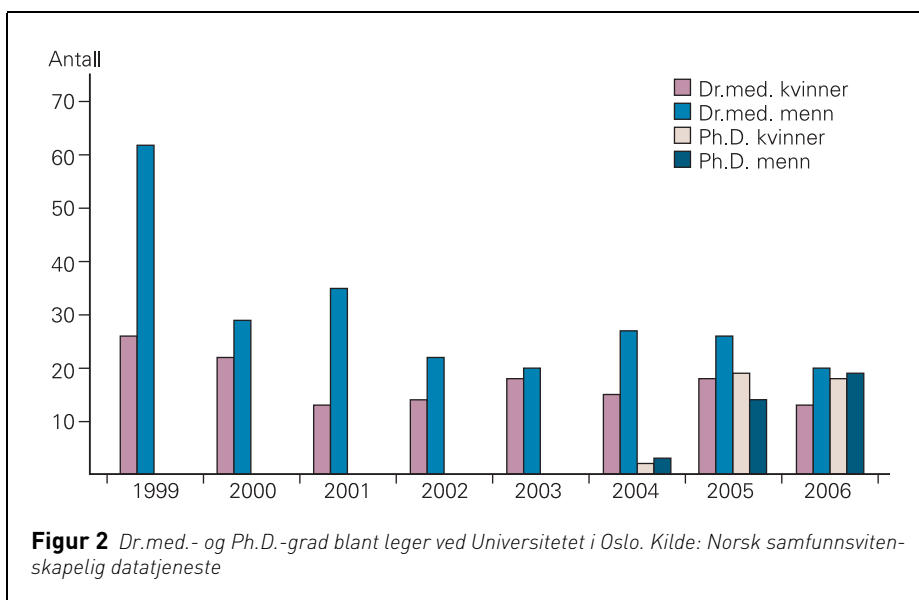
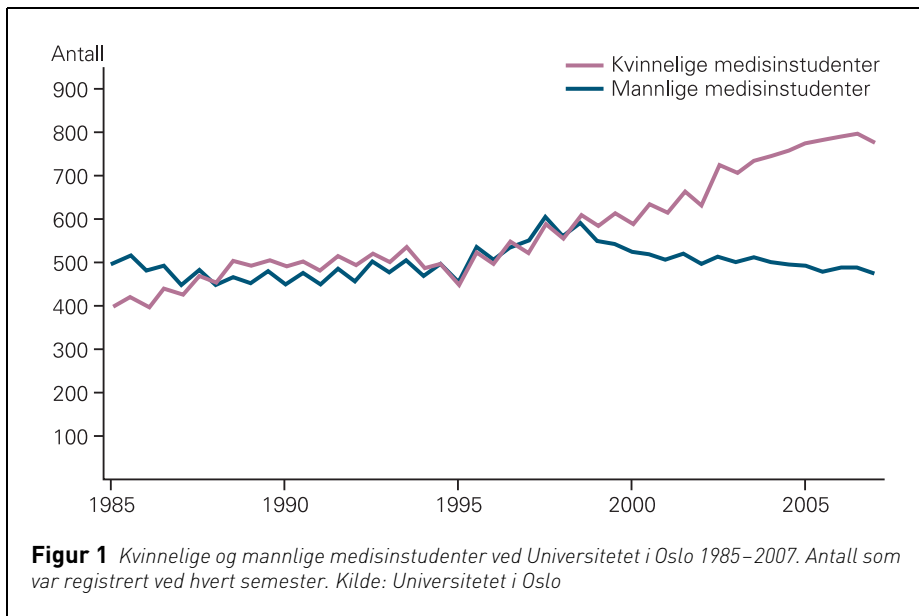
Vi presenterer gjennomsnittsverdier og frekvensfordelinger, og skiller mellom respondenter under og over 45 år. Signifikans ble vurdert med khikvadrattest. Signifikansnivået ble satt på $p < 0,05$.

Fokusgruppeintervju

En fokusgruppe er en relativt homogen gruppe som intervjues om et bestemt tema etter en utarbeidet intervjuguide (4). Gruppeintervjuet tas opp på lydfil, transkriberes og analyseres etter anerkjente tekstanalyseprinsipper basert på kategorisering og fortolkning. Vi baserte intervjuguiden på svar fra spørreskjemaundersøkelsen. Det ble arrangert ett intervju med en mannsguppe og ett med en kvinnegruppe. Mannsgruppen besto av tre leger i alderen 29–56 år, og

Hovedbudskap

- Universitetet må satse på en aktiv rekrutteringspolitikk som utjevner skjev kjønnsfordeling i toppstillingene
- Akademiske og kliniske rollemodeller er av stor betydning for kvinner
- Likestilling på arbeidsplassen og i hjemmet er viktig for akademisk karriere hos kvinner



kvinnegruppen av seks kvinner 36–42 år, hvorav to ikke var leger, men hadde doktorgrad på et medisinsk fagfelt. Alle medisinerne var klinikere. De fleste deltakerne var rekruttert ved at de hadde krysset av på spørreskjemaet at de kunne tenke seg å være med på et gruppeintervju. To av forfatterne (OA og ES) byttet på oppgaven som gruppeleder og assistent, og har sammen med en ekstern forsker (HBN) hatt ansvaret for tekstanalysen. Deltakerne fikk tilsendt utdrag fra transkripsjonene og fortolkningene for gjennomsyn og eventuelle kommentarer.

Resultater

Spørreskjemaundersøkelsen

Vi fikk svar fra 161 kvinner og 197 menn samt fem som ikke oppgav kjønn, til sammen 363 respondenter. Dette gir en svarprosent på 47% for kvinner og 37% for menn. Forskjellen er statistisk signifikant. Fem av kvinnene var ikke medisinerne, men hadde

doktorgrad fra Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Gjennomsnittsalderen var 43 (28–66) år for kvinner og 44 (28–84) år for menn.

Det ble ikke funnet noen kjønnsforskjell i forhold til ønsket om å gjøre en akademisk karriere, 70% av kvinnene og 71% av mennene mente at dette var viktig eller svært viktig. 48% av kvinnelige leger over 45 år mot 27% av mannlige har imidlertid savnet signaler fra miljøet om at de var ønsket som forsker eller forskerrekruert.

Akademiske og kliniske rollemodeller samt et faglig nettverk ved Universitetet i Oslo var spesielt viktig for kvinner under 45 år. 59% av kvinnene og 52% av mennene mente at en god mentorordning er viktig eller svært viktig (ingen signifikant forskjell). Et godt vennenettverk var spesielt viktig for kvinnene (55%), men ikke så viktig for menn over 45 år (29%).

Det var ingen kjønnsforskjeller på spør-

mål om hvorvidt tilbud om barnehageplass, eventuelt med utvidet åpningstid, hadde betydning for valg eller bortvalg av akademisk karriere. Men 84% av kvinnene mot 68% av mennene fikk dårlig samvittighet av å være for sent ute med å hente barn i barnehagen. Forskjellen er statistisk signifikant. Kvinnene arbeidet mer i hjemmet enn mennene (1 time mer per dag), valgte oftere jobber med mulighet for hjemmevakt (26% av kvinnene mot 11% av mennene) og anså likestilling på jobben (68% kvinner, 23% menn) og i hjemmet (58% kvinner, 32% menn) som svært viktig for videre akademisk karriere.

75% av kvinnene og 69% av mennene mente at muligheten for deltidstilling og fleksibel arbeidstid var viktig. Blant leger over 45 år var det imidlertid bare 48% av mennene, mot 71% av kvinnene, som mente dette.

55 av 161 kvinner og 59 av 197 menn hadde skrevet ekstra kommentarer i spørreskjemaet. 21 kvinner og seks menn skrev at de savnet mulighet for langtidsplanlegging i forhold til universitetet og at det er for lite positiv oppmerksomhet omkring forskjellige muligheter i universitetssystemet. 16 menn og 15 kvinner anga lav lønn som årsak til at de ikke hadde valgt en akademisk karriere.

Fokusgruppeintervjuene

Fordi undersøkelsens hovedtema var kjønnsforskjeller, valgte vi å arrangere en fokusgruppe for kvinner og en for menn. Det var få som krysset av i spørreskjemaet at de ønsket å være med i en fokusgruppe, spesielt blant de mannlige respondentene. Dette tror vi dels skyldes tidspress og dels at akademisk karriere allerede var valgt bort hos mange og dermed ikke noe man ønsket å diskutere nærmere. Det var dessuten vanskelig å finne egnede tidspunkt da alle kunne. Det ble derfor nødvendig å rekruttere noen ekstra deltakere i tillegg til de som meldte seg, og i denne prosessen kom det med to deltakere i kvinnegruppen som ikke var leger, men arbeidet med akademisk medisin.

Ulike forklaringer fra kvinner og menn

Kvinnelige og mannlige gruppedeltakerne ga ulike forklaringer på at kvinner i mindre grad enn menn gjør karriere i klinisk akademisk medisin. De kvinnelige informantene anså mangel på kvinnelige rollemodeller som en stor ulempe. Det kom også frem at kvinner ofte har liten tro på seg selv og må, i motsetning til menn, dobbeltsjekke om de virkelig er kvalifisert for å søke en stilling. Kvinnene gav uttrykk for at de følte seg dumsnille som gjorde mye usynlig arbeid som ikke meritterer. Menn selger seg bedre og blir raskere lagt merke til, mente de. Kvinnene hadde også en klar oppfatning om kameraderi blant menn:

«Menn drev med kameraderi, det må jeg påstå at jeg kan si (...). Jeg ser at menn velger menn, med mindre de har egen interesse

i at det er en på deres egen avdeling som de gjerne ønsker å skyve frem (...) det er veldig, veldig påfallende.» (Kvinne).

De mannlige gruppedeltakerne opplevde ikke mannsdominans eller kameraderi som noe problem, snarere tvert om:

«Jeg opplever heller at kvinnene i mitt miljø har kommet mye lettere til det enn mennene. Kvinnene har nesten blitt båret frem og hauset opp og fått gjennomgående lettere tjeneste. Synes ofte de har spilt på familie og vanskeligheter her og der, og gutta har jobbet som merra den blinde.» (Mann).

Det er et gjennomgående trekk at menns og kvinners akademiske suksess eller mangel på suksess forklares på ulike måter. Når menn omtaler menn med suksess, forklares dette med egeninnsats i form av hardt arbeid og vilje til å eksponere seg. Manglende suksess forklares derimot som et resultat av uheldige rammebetingelser. Men når menn omtaler kvinner med suksess er det de gunstige rammebetingelsene som trekkes frem, mens kvinners mangel på suksess forklares som resultat av deres egen manglende egeninnsats, at de ikke er ambisiøse nok eller at de prioriterer familien. Kvinnene snakker bare om menn med suksess og kvinner uten suksess. Menns suksess forklares både ut fra egeninnsats og rammebetingelser, villighet til å eksponere seg og mannsnettverk. Kvinners manglende suksess forklares som et valg innen en gitt ramme: kvinner må prioritere familien fordi menn ikke gjør det.

Kjønn som fortolkningsramme

Kjønn er ikke bare et kjennetegn ved individer, men fungerer også – både for kvinner og menn – som en kulturell tolkningsramme som gjør at vurderingene skifter etter hvilket kjønn det gjelder (5). Denne psykologiske mekanismen kalles attribuering og er sjelden bevisst eller intendert. Analyseres gruppedeltakernes utsagn på dette nivået, kan det belyse hvordan mannlige og kvinnelige legers forestillinger om kjønn i utgangspunktet er med på å skape de kjønnsforskjellene som registreres. Begge kjønn har en tendens til å assosiere mannlighet med positive verdier som gemyttlighet, samhold og innsatsvilje, som alle mener kvinner burde bli flinkere til, mens kvinnelighet assosieres med å ofre seg, som ingen mener er bra for noen:

«Selv har jeg ofte en elendig selvfølelse og jeg synes livet er vanskelig. Kan derfor godt tenke at det er slik kvinner har det.» (Mann)

«Kvinner tror jeg har en større tendens til å «ofre» seg og drar oftere med seg andre kolleger og lærer dem litt opp og underviser studenter når de først står der.» (Kvinne)

Det underliggende bildet av mannlighet som en positiv norm fører her til at en mann som føler seg elendig, assosierer dette med kvinnelighet, mens en kvinne som gjør noe bra (hjelper andre) assosierer dette med noe

negativt (å ofre seg). Kvinnelighet blir ofte tolket som et negativt avvik fra den mannlige normen. Men når kvinner faktisk lever opp til normen, oppleves det ikke alltid som positivt:

«Så jeg føler at jeg alltid kan gå inn på kontoret til en professor som er mannlige og spørre han et enkelt spørsmål som er relatert til det jeg driver med. Det viser kanskje at jeg er litt interessert. Men gjør jeg det samme hos en kvinne, har jeg kanskje følelsen av at «hvis jeg avslører meg nå, så har hun på en måte noe på meg». Den følelsen der har jeg liksom ikke hatt overfor en mannlige veileder eller professor. Jeg vet ikke om det er riktig, men det er bare den magefølelsen.» (Mann)

Problemet kan altså ha sammenheng med at forestillinger om kvinnelighet ikke passer så godt sammen med forestillinger om selveksponering og ambisjon, samtidig som selveksponering og ambisjon ses som nødvendig for å gjøre karriere. I en akademisk kontekst representerer dermed kjønn et problem for kvinner, men ikke for menn.

Den enes valg, den andres betingelse

Å kombinere klinisk arbeid og forskning er et stort praktisk problem, både for kvinner og menn. Men problemet beskrives på ulike måter:

«Man vil jo gjerne prøve å kombinere disse tingene også når man har kommet inn i en klinisk stilling. I hvert fall der hvor jeg jobber (...) så forventes det at man også gir sitt bidrag til forskning altså. Men det er så utrolig mye tynning altså i klinikken og det skal spares og det skal være mer effektivitet. Man blir fullstendig utmattet av bare det kliniske arbeidet og hvis man da i tillegg skal drive med forskning, hvilket man gjør, så blir det kveldsarbeid og helgearbeid, frustrasjon i form av at man kommer til kort over det hele.» (Mann)

«Hvis man skal forske ved siden av å være i en klinisk stilling for å få et professorat, og i tillegg har småbarn, så er det nesten praktisk umulig. Det er vel kanskje da få kvinner som orker å kvalifisere seg til professoratet rett og slett.» (Kvinne).

For den mannlige informant er situasjonen utmattende, for den kvinnelige er den i praksis umulig. Mange leger er gift med hverandre, og de to problembeskrivelsene kan ses i lys av dette – når en akademisk karriere krever at mannen må jobbe på kvelden og i helgen blir dette samtidig umulig å gjøre for kvinnen. Menn karakteriserer det at kvinner i større grad er hjemme som at de har «litt andre verdier (...) i samfunnet vårt, og egentlig synes det er meningsløst å jobbe så hardt (...)»

Kvinnene derimot beskriver sin situasjon som delvis betinget av mannens prioriteringer:

«Nei, så da er det jo sånn at du prioriterer og tenker hvordan skal barna ha det, kanskje mer enn det mannen ville ha gjort.» (Kvinne).

Ramme 1

Tiltak som kan bedre rekrutteringen til toppstillinger i klinisk akademisk medisin

- Ansette likestillingsrådgivere ved alle universitetssykehus
- Inngå forpliktende samarbeid mellom universitetssykehusene og universitetene for å bedre likestilling
- Tydeliggjøre kvinneperspektivet, for eksempel i forbindelse med tildeling av felles forskningsmidler fra regionale helseforetak og universitet
- Etablere egne kvinneforskernettverk på universitetet
- Oppfordre kvinner i rekrutteringsstillinger til å søke stillinger for å bli «sett»
- Opprette flere vitenskapelige rekrutteringsstillinger etter doktorgradsnivå

Kombinasjonsstillinger, akademiske incentiver og familie

Fokusgruppeintervjuene viste at kombinasjonsstillinger for professorat eller førsteamanuensisstilling var lite attraktivt fordi det koster for mye å kvalifisere seg både i klinisk praksis og innen akademisk medisin, og det er lett å komme til kort begge steder. Det er ikke kombinasjonsstillingene som er problemet, men måten de fungerer på. Fordelingen med 20 % forskning og resten klinisk arbeid var altfor krevende, mens en 50/50-fordeling var ønsket. De fleste hadde erfaring med at andelen klinisk arbeid i praksis var mye større enn det som var avtalt.

Flere av informantene var inne på at de ikke opplevde det som noe spesielt ønskelig å ha en akademisk stilling eller være forsker, det er slutt på den tiden da professorene hadde høy status og var de viktigste kunnskapsbærene:

«(...) hvorfor skal man bli professor I når man ikke har noen myndighet og er det da attraktivt å skulle sikre seg. Hva er det? Er det å fortelle svigermor at man er professor eller er det attraktivt i det hele tatt å bli professor i dag? Da må man være veldig interessert i det man driver med, ellers er det ikke attraktivt. Betingelsene er i hvert fall ikke særlig attraktive. Det må være det man jobber med som trekker en. Er ikke det til stede, så er det ikke noe særlig attraktivt.» (Kvinne)

Flere bemerket også at de opplevde universitetet som fjernt eller ikke til stede i den kliniske hverdagen:

«I forhold til stimulering så tenker jeg at man bør bli veiledet i doktorgraden sin, på det faglige. Men jeg opplever det som helt borte på universitetet.» (Kvinne).

«Jeg synes også det er veldig fjernt og

synes det er vanskelig å finne ut hvordan det fungerer. Bare administrativt, hvordan det fungerer. Det tar lang tid å finne ut hvilken avdeling man var lagt inn under sånn administrativt. Jeg var universitetsansatt, men fikk stipend fra Forskningsrådet, men jeg hadde egentlig ikke med noen av dem å gjøre. Det var bare et navn på papiret.» (Kvinne).

Diskusjon

Vi sendte spørreskjema til alle personer som hadde oppnådd medisinsk doktorgrad i perioden 1995–2005 ved ett av de fire universitetssykehusene i Oslo-regionen eller universitetet sentralt, og alle stipendiater med grunntidning cand.med. registrert i doktorgradsprogrammet ved Universitetet i Oslo 1. september 2005. Dessverre var svarprosenten forholdsvis lav, men vi antar at dersom respondentene ikke er representative, har vi en overrepresentasjon av akademikere som er opptatt av vår problemstil-

ling. Dessuten har vår metode gitt anledning til å supplere med kvalitative data.

Undersøkelsen viser at kvinner fortsatt jobber noe mer hjemme enn menn. Blant dem som var under 45 år var kvinner og menn nesten i samme grad opptatt av å kunne ha deltidsstillinger, fleksible arbeidsforhold og tilgang på barnehager. Dette tyder på at unge fedre i dag ønsker å ha tid til familien. På sikt kan det bety at også menn i mindre grad vil føle seg fristet av forskningsmiljø som har sementert en tradisjonell «mannlig norm» som en betingelse for en forskningskarriere. Da vil forskningskulturen rundt klinisk akademisk medisin uansett være nødt til å endre seg for å overleve.

Kjønnsbalansen for toppstillinger i klinisk akademisk medisin går ikke over av seg selv. Problemet er ikke mangel på kvalifiserte kvinner, og kvinner er i samme grad som menn motivert for å gjøre akademisk karriere. For å få kvinnelige doktorgrads- og postdoktorstipendiater til å klatre til topps på

karrierestigen må de tas bedre vare på, og forskningsmiljøet må legge til rette for at også kvinner ønsker å kombinere karriere med barn og familie (ramme 1).

Litteratur

1. Henningsen I, Høigaard L. «The leaking pipeline»-øjeblikksbilleder af kønnede in- og eksklusionsprosesser i academia. Arbejdsrapport nr. 9. Køn i den akademiske organisation. København: Institut for statskundskab, Københavns Universitet, 2002.
2. Hamel MB, Ingelfinger JR, Phimister E et al. Women in academic medicine – progress and challenges. *N Engl J Med* 2006; 355: 310–2.
3. Schlichting E, red. Karriereutvikling for kvinner innen klinisk medisin. Rapport fra et arbeidsutvalg. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.
4. Maunsbach M, Dehlholm-Lambertsen B. Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservation. *Nord Med* 1977; 112: 126–8.
5. Haavind H, red. Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

Manuskriptet ble mottatt 13.10. 2006 og godkjent 4.6. 2007. Medisinsk redaktør Åslaug Helland.