

Kvinner og menn i norsk allmennmedisin – fordeling og rekruttering

■ TOM SUNDAR



- Spesialist i allmennmedisin
- Kommunelege i Rendalen, Hedmark
- Leder for Legeforeningens likestillingsutvalg 2006–08
- Leder for hovedkomiteen for Primærmedisinsk uke 2010–14

• Nettredaktør for *fastlegen.no* fra 2010

Det sies ofte at forgubbing preger fastlegeordningen og faget allmennmedisin. Det er en sannhet med modifikasjoner. De fleste allmennleger over 50 år er menn, men de utgjør under halvparten av landets fastleger. I de yngre aldersklassene, derimot, dominerer kvinnene. Hvilke trender gjør seg gjeldende for fremtiden?

Før 1990 kunne legelauget med rette kalles en mannsbastion. Senere har den kvinnelige legegpopulasjonen i Norge økt suksessivt, på samme måte som i andre vestlige land (1). Mot slutten av 1980-årene ble det balanse i kjønnsfordelingen på medisinstudiet ved norske universiteter. I dag er 60–70 prosent av medisinstudentene kvinner.

Per januar 2013 er 46,5 prosent av Legeforeningens medlemmer kvinner (2). Medisinstudentene trekker kvinneandelen nesten like mye opp som alderspensjonistene trekker den ned. Blant yrkesaktive leger under 70 år er kvinneandelen omtrent den samme. Det forventes kjønnsbalanse i Legeforeningens yrkesaktive medlemsmasse i 2016.

Trender i spesialitetsvalg

En tredel av dagens legespesialister er kvinner. Det er en tredobling siden 1980. Tallet skjuler imidlertid store variasjoner i kvinneandelen



Om noen år vil gubbeveldet i norsk allmennmedisin være historie. ILLUSTRASJONSFOTO: HELDER ALMEIDA

mellom ulike spesialiteter. Ytterpunktene er barne- og ungdomspsykiatri hvor 70 prosent av spesialistene er kvinner, og thoraxkirurgi hvor seks prosent av spesialistene er kvinner. I allmennmedisin er 32 prosent av spesialistene kvinner. Kvinneandelen for nye spesialistgodkjenninger innen alle spesialiteter har gått opp de siste 10–15 årene og er nå om lag 43 prosent.

Kvinnelige legers valg av spesialitet har så langt vist et annet mønster enn for menn (3, 4). Kvinnenes preferanse har gått i retning av spesialiteter med lav vaktbelastning eller spesialiteter hvor kvinneandelen er høy fra før, som innen kvinnesykdommer og fødselshjelp, pediatri, laboratoriefag og psykiatri. Allmennmedisin har tradisjonelt rekruttert flest menn. Imidlertid har andelen kvinnelige allmennleger vært stabil gjennom mange år, og nye tall viser at denne andelen er økende. Over 50 prosent av dagens allmennleger i spesialisering er kvinner (5).

Kjønnsfordeling blant fastleger

Gjennomsnittsalderen blant fastleger er 49,6 år for menn og 43,5 år for kvinner (2). 45 prosent av fastlegene er menn over 50 år. Over en

tredel av fastlegene er over 55 år – en andel som er fordoblet de ti siste årene og som er dominert av menn. Likevel er det misvisende å karakterisere fastlegeordningen og spesialiteten allmennmedisin som et «gubbevelde». For det første har det vært en økning i andelen fastleger av begge kjønn i alderssegmentet under 40 år, fra 24 prosent i 2001 til 27 prosent i dag. For det annet er rekrutteringen av kvinnelige fastleger styrket de siste årene. Nesten 40 prosent av dagens fastleger er kvinner. I alderssegmentet under 35 år er 55 prosent av fastlegene kvinner.

Dette rekrutteringsmønsteret – som preges av unge kvinnelige fastleger – kombinert med et økende antall nye hjemler, er med på å forklare en observert nedgang i andel spesialister i allmennmedisin de siste årene. Det kan også forklare at veksten i gjennomsnittsalder er mindre enn det man burde forvente ut fra at andelen eldre fastleger øker (2).

Kjønnsfordeling i Allmennlegeforeningen

Allmennlegeforeningen (AF) har over 5500

ALDER	ANTALL
< 30 år	146
30–34 år	748
35–39 år	789
40–44 år	641
45–49 år	517
50–54 år	630
55–59 år	761
60–64 år	596
65–66 år	156
67–69 år	195
> 70 år	342
Sum	5521

TABELL. Medlemmer i Allmennlegeforeningen (AF) fordelt på aldersintervaller.

medlemmer (TABELL 1), hvorav 40 prosent er kvinner. Også her finner vi et klart alder-kjønn-mønster (FIGUR 1). Det er små diskrepanser i kvinneandelen innenfor alderssegmentet 35–49 år. I segmentet under 35 år er kvinnene i flertall – et uttrykk for økt kvinneverkrettering i årene etter 2005.

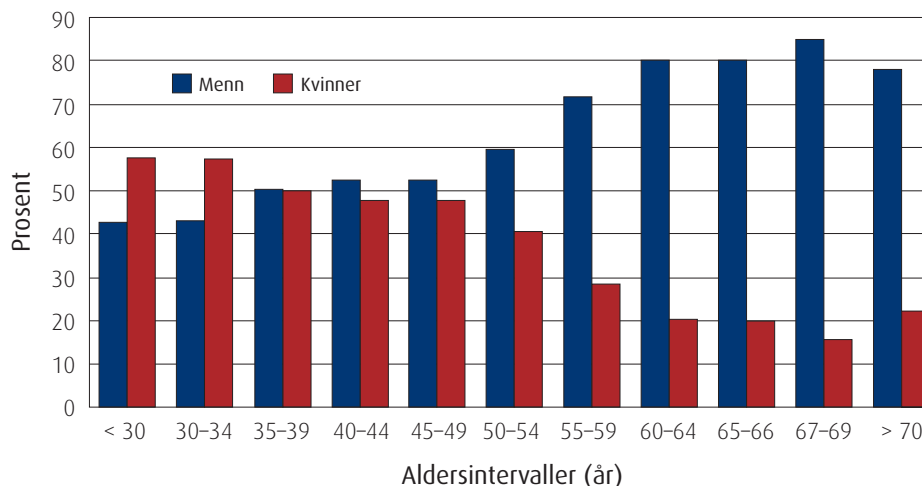
Kjønns sammensetningen i AFs styre de siste 25 år gjenspeiler utviklingen i medlemsmassen. Kvinneandelen blant styremedlemmer har økt fra én av syv i den første delen av perioden til tre av syv i årene etter 2005.

Trenger vi kjønnsbalanse?

En viss skjevfordeling av kvinnelige og mannlige legespesialister er uunngåelig og langt på vei naturlig. Imidlertid er det gode argumenter for å stimulere en balansert kjønnsfordeling. Kjønnsbalanse bidrar trolig til dynamikk og synergi i fagutviklingen og til å skape større bredde i medisinsk forskningstematikk. Fremfor alt er det et spørsmål om likeverdige helsetjenester for pasientene: Befolkningen trenger ikke bare kvinnelige psykiatere, pediatere eller gynekologer, men også kvinnelige kirurger, kardiologer og fastleger. Vice versa kan man argumentere for økt mannsrekruttering til kvinne-dominerte spesialiteter.

Rekrutteringsfaktorer

I 2009 arrangerte Legeforeningens likestillingsutvalg et seminar med tittelen *Fra mannsbastion til kvinnefront – rekruttering for fremtiden*. Seminaret belyste faktorer som fremmer eller hemmer rekrutteringen til ulike spesialiteter (6). For allmennmedisin ble følgende forutsetninger for å rekruttere kvinner så vel som menn fremhevet:



FIGUR 1. Alders- og kjønnsfordeling av Allmennlegeforeningens medlemmer i 2012 (n = 5521). Det ses en suksessiv økning av andelen menn med økende alder og vice versa for kvinner. KILDE: A. TARALDSET, DNLF

- Gode rollemodeller
- En positiv kultur for karriereveiledning, tilbakemelding og konstruktiv kritikk
- Trygghet på vakt og lettelse i vaktbelastning
- Strukturerte utdanningsløp med prosedyreveiledning og rekrutteringsstillinger
- Alternative inntekts- og tilknytningsformer til selvstendig næringsdrift
- Fleksibilitet i arbeidstid og spesialiseringsløp

Når det gjelder faktorer som hemmer rekruttering, ble det påpekt at kvinner oftere enn menn anser privat praksis og næringsdrift som mer risikabelt og uforutsigbart enn fastlønn i en etableringsfase av livet. Mange kvinner frykter økonomisk usikkerhet knyttet til svangerskap, fødsel og sykefravær. Både menn og kvinner angir høy vaktbelastning som en rekrutteringshemmende faktor.

Legeforeningens policydokument *Rekruttering og kjønnsbalanse i spesialitetene* fra 2011 tar til orde for å tenke nytt rundt organisering av spesialistutdanning og å utvikle målrettede tiltak for rekruttering. Problematikken kan tilnærmes ved å identifisere og styrke faktorer som virker fremmende for det underrepresenterte kjønn. I denne sammenheng er det viktig å fremme veilednings- og mentorordninger samt faglige nettverk. Ettersom vaktordningenes innhold og organisering kan påvirke kjønnsfordelingen, bør disse evalueres med tanke på en mer balansert rekruttering. Andre understøttende tiltak som kan vurderes er tilbud om barnehageplass, del-

tidsarbeid i perioder under spesialisering samt mulighet for legearbeid i kombinasjon med forskning.

Rekruttering for fremtiden

Legens kjønn påvirker dialogen med pasienten og den felles forståelsen av kjønnsspesifikke forhold i medisinen. I allmennmedisinen er det viktig at særtrekkene for de to kjønnenes yrkesutøvelse kommer til uttrykk, og at pasientene har anledning til å velge mannlig eller kvinnelig fastlege. En jevnere representasjon av begge kjønn er dessuten positivt for kunnskapsutviklingen i faget.

Ettersom andelen eldre fastleger er høy, vil det være et stort behov for yngre fastleger i årene som kommer. Vi skal erstatte dem som går av med pensjon og samtidig øke kapasiteten i fastlegeordningen. Dagens tall og trender gir grunn til en viss optimisme når det gjelder rekruttering av unge leger generelt og kvinner spesielt. Med en sterkere relativ vekst blant allmennleger enn i resten av legepopulasjonen samt et vedvarende tilslag av unge kvinner, kan rekrutteringen til allmennmedisin sikres og kjønnsbalanse oppnås rundt 2020. Forutsetningen for at dette skjer, er at man klarer å beholde kvinnene i allmennpraksis. Da må man tilrettelegge for både fastlønnede stillinger og næringsdrift.

tom.sundar@gmail.com

REFERANSER

1. Allen I. Women doctors and their careers: what now? *BMJ* 2005; 331: 569–571.
2. Taraldset A. Om leger i Norge – legestatistikk. Den norske legeforening, 2013. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>
3. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jensen J. Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1833–7.
4. Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. *Soc Sci & Med* 2002; 54: 591–605.
5. Nilsen L. Kvinne-dominans i spesialisering. *Dagens Medisin* 14.11.2011.
6. Shuha A. Rekruttering for fremtiden. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2686.