



# Utviklingsprosjekt: Kjønnsbalansen i klinisk akademisk medisin

Nasjonalt topplederprogram

Inger Økland

Stavanger 19 03 2015

## Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Til tross for stadig økende kvinneandel ved grunnutdanningen i medisin, er det fortsatt et betydelig gap mellom andel kvinnelige leger med doktorgrad og kvinnelige leger i professor- og forskningslederstillinger ved universitetssykehusene. Dette gapet er enda større ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) enn ved de andre universitetssykehusene.

Etter oppdrag fra forskningsdirektør og adm. dir. i Helse Stavanger HF skal det gjennomføres et prosjekt for å øke kvinneandelen i seniorforskerstillinger ved helseforetaket.

## Problemstilling og målsetting

Effektmål: Prosjektet skal sikre økt kvinneandel i seniorforskerstillinger ved SUS.

Resultatmål:

- 1) Sette prosjektet på agendaen i forskningsmiljøet ved SUS – redegjøre for nåsituasjon og forankre endringsbehov
- 2) Skape forståelse for at kjønnskvoltering til enkelte stillinger kan bli aktuelt i en overgangsfase
- 3) Sikre finansiering av forskningsprosjekt øremerket kvinnelige søkere ved SUS

## Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

«Kjønnsbalansen for toppstillinger i klinisk akademisk medisin går ikke over av seg selv.» (1) Kvinneandelen ved medisinutdanningen øker stadig, like fullt er det fortsatt et betydelig gap mellom andel kvinner med doktorgrad og kvinner i professorat og forskningslederstillinger i klinisk medisin ved universitetssykehusene. Vi har funnet at dette gapet er enda større ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) enn ved de andre universitetssykehusene, som vist i tabellen nedenfor.

Helse Stavanger HF, SUS, vil ha stort utbytte av å iverksette et opprykksprosjekt som reduserer skjevheten i kjønnsbalansen i kliniske akademiske toppstillinger ved sykehuset. Samtidig mener vi at prosjektet kan ha en positiv effekt både lokalt og nasjonalt, i forhold til å se nærmere på en manglende oppmerksomhet knyttet til utfordringene relatert til en forskerkarriere innenfor klinisk akademisk medisin. Disse utfordringene synes å treffe kvinner i større grad enn menn, muligens på grunn av forutsetningen om doble karriereløp (1, 2).

**Hovedstilling ved et universitetssykehus og professor II-stilling i klinisk medisin ved et universitet. Tallene viser prosentandel kvinner i slike stillinger.**

Universitetssykehus	2007	2010	2012
Oslo universitetssykehus	11 %	16 %	15 %
Akershus universitetssykehus	50 %	29 %	25 %
Helse Bergen HF	5 %	7 %	15 %
<b>Stavanger universitetssjukehus</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>
St. Olavs hospital	4 %	4 %	10 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	11 %	10 %	5 %
Totalt	11 %	13 %	13 %

Kilde: NIFU, Forskerpersonellregisteret

På medisinstudiet er det nå over 60% kvinner. Blant leger som tar doktorgrad er andelen ikke langt fra 50/50, men fra postdoktornivå ser det ut til at kvinner og menn gjør ulike valg ('Up or out?') (3). Det er også få kvinner i akademiske toppstillinger innenfor naturvitenskapelige og teknologiske fag, men i disse fagene er menn fortsatt i flertall i hele studieløpet (4). Kjønnsbalansen i seniorforskerstillinger i klinisk medisin kamufleres av at andelen kvinner i medisin og i helsefag ofte er slått sammen i rapportene (4). Kvinneflertallet i helsefag bidrar til at kvinneandelen på professornivå her var 47% i 2011 (4). Andelen i klinisk medisin var bare knappe 20% (4).

Den tradisjonelle akademiske veien med doktorgrad og ytterligere publisering for å oppnå første-kompetanse og professorat er uvanlig innenfor sykehusene. Her går veien gjennom spesialiserings- og kompetansesystem, der en blir spesialist i et medisinsk fagfelt og overlege/avdelingsoverlege

(4). De fleste som kvalifiserer seg akademisk har en slik dobbeltkompetanse, og de rekrutteres inn i professor II-stillinger ved et universitet – ikke ved sykehuset der de har fast tilhørighet i klinikken. Kvinner opplever tilsynelatende spagaten mellom a) klinisk overlegestilling, b) universitetsstilling/forskerstilling, og c) familieliv, som spesielt utfordrende (1, 2). Problemet synes kanskje å være at en underveis i kvalifiseringen møter hindringer (tradisjonelle kjønnsstereotyper og manglende rollemodeller) ved helseforetakene (2, 5), som hindrer opprykk til en høyere universitetsstilling.

Kjønnsbalansen i seniorforskerstillinger i klinisk akademisk medisin problematiseres i liten grad i norsk forskningsrapportering. Det ser ut til at utfordringer relatert til doble karriereløp og kjønnsubalanse innenfor klinisk akademisk medisin vies liten oppmerksomhet av forskere som står utenfor det medisinske fagfeltet. Et søk i PubMed med ordene «women, academic, career, clinical medicine» gir 70 treff, hvorav kun ett arbeid refererer til norske forhold (1). I USA er det skrevet adskillig mer om «the gender gap» innenfor klinisk akademisk medisin. Det argumenteres for at det må gjøres noe aktivt i forhold til gamle kjønnsstereotyper (2), og en forutsetning er at skjevheten blir anerkjent som et problem (3). I en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening (1) omtales dilemmaene ved å gjøre karriere i akademisk medisin, samtidig som en er kliniker: «*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.*» De samme utfordringene blir diskutert i amerikanske artikler (2, 3, 5).

Noen organisasjoner synes å være preget av en antakelse om at så lenge kvinneandelen blant medisinstudenter og ph.d.-kandidater stiger jevnt og trutt, vil ubalansen gå over av seg selv (6); den såkalte etterslepsteorien. Hvis vi ser på erfaringer fra UoH-sektoren synes dette ikke å være tilfelle – og enda mindre i f.eks. styrerepresentasjon (7) og i yrker som har vært mannsdominerte.

Spesialisthelsetjenesten har fire lovpålagte oppgaver: Pasientbehandling, undervisning av helsepersonell, forskning og pasientundervisning. Ved ressursknapphet blir forskning dessverre en salderingspost. Fram til avlagt doktorgrad kan en få varierende grader av stipend/frikjøp som gjør det mulig å kombinere forskning, klinikk og familieliv. Etter ph.d. ser det ut til at mange kvinnelige leger trapper ned forskningen til tross for gode intensjoner, fordi de opplever å «bli spist opp» av klinisk arbeid. Spagaten blir for krevende, og det er forskerkarrieren som oppleves som mest usikker og som velges vekk eller settes på vent (1).

### **Situasjonen ved SUS**

SUS er et ungt universitetssykehus. Sentralsjukehuset i Rogaland fikk for 10 år siden tillatelse til å kalle seg universitetssykehus, for å synliggjøre at forskning/undervisning tilknyttet Universitetet i Bergen var blitt en stadig viktigere del av sykehusets aktiviteter. Stavanger har ikke et eget medisinsk fakultet, men medisinstudenter ved UiB får klinisk undervisning og praktisk tjeneste i flere fagfelt ved SUS. Flere leger ved SUS har 20% UiB-stillinger som førsteamanuensis/professor. I tillegg er det noen akademiske stillinger ved Universitetet i Stavanger (UiS) for å styrke oppbyggingen av et framtidig helsefakultet.

Av SUS-ansatte med doktorgrad er i dag 40% kvinner, men blant leger med doktorgrad er kvinneandelen bare 25%. SUS har 48 personer i ulike akademiske stillinger: 16 (33%) er kvinner, men blant 18 professorer med hovedstilling på SUS er det bare én kvinne. Av 15 forskningsgruppelidere er det også bare én kvinne. Rekruttering til prosjekter og forskningsledelse skjer i hovedsak innenfor allerede etablerte nettverk der kvinner er dårlig representert. Derfor er det nødvendig at SUS iverksetter egne støtteordninger for å bedre rekrutteringen av kvinner til forskerstillinger.

Vi mener at et lokalt nettverk med flere kvinnelige rollemodeller (8) og en bedre tilrettelagt forskerrekuttering er avgjørende for at flere kvinner ved SUS skal kvalifisere seg til professoropptrykk i klinisk medisin. Det synes å være konsensus om at det i en begrenset periode er vanskelig å komme utenom øremerkede økonomiske tiltak (6, 9), selv om dette nok er spesielt kontroversielt innenfor medisinske fagfelt.

## **Fremdriftsplan med milepæler**

**Aktiviteter:** 1) Forankre hos Forskningsdirektør og orientere i stabsmøte.  
2) Anmode om framlegging for adm. dir./ledergruppe  
3) Orienter og skape forståelse for prosjektet på møte med forskere  
4) Skaffe finansiering – Helse Stavanger? Helse Vest??

**Milepæler:** 1) Mai 2015 2) Juni 2015 3) Sept 2015 4) Høsten 2015

## **Budsjett - nøkkeltall**

Det ble høsten 2014 søkt om midler til en mer ambisiøs versjon av dette prosjektet i Forskningsrådets Balanse-satsing. Søknaden fikk god omtale, men oppnådde ikke finansiering. For å kunne gjennomføre prosjektet slik det nå er planlagt, vil det være nødvendig at det bevilges penger til frikjøp øremerket f. eks. kvinnelige førsteamanuenser ved SUS, slik at disse kan oppnå professorkompetanse. 50% frikjøp i ett år koster ca 600 000 kr (inkl sosiale utgifter).

## **Risikoanalyse**

Se vedlegg 2 for selve analyseskjemaet. I vurderingen av konsekvenser har jeg satt score ut fra konsekvensen for gjennomføringen av prosjektet – her er det ikke snakk om personskade eller liv og helse.

## **Konklusjoner og anbefalinger**

Prosjektet er tidsriktig, og tilsvarende rekrutteringsprosjekt er pågående i mange universitets- og høyskolemiljø i Norge. Det er ingen universitetssykehus som har lavere andel kvinnelige professorer i medisin enn SUS.

Prosjektet anbefales, og det bør legges fram for og forankres i styret i Helse Stavanger HF.

## **Vedlegg**

### **Vedlegg 1:**

### **Referanser:**

1. Schliching E, Nielsen HB, Fosså SD, Aasland OG. Kvinners karriereutvikling i klinisk akademisk medisin. Tidsskr Nor Lægeforen. 2007;127(16):2109-12.
2. Hamel MB, Ingelfinger JR, Phimister E, Solomon CG. Women in academic medicine-- progress and challenges. The New England journal of medicine. 2006;355(3):310-2.
3. Valentine H, Sandborg CI. Changing the culture of academic medicine to eliminate the gender leadership gap: 50/50 by 2020. Acad Med. 2013;88(10):1411-3.
4. Vabø A, Gunnes H, Tømte C, Bergene AC, Egeland C. Kvinner og menns karriereløp i norsk forskning. En tilstandsrapport. NIFU Rapport 9/2012.
5. Kaatz A, Carnes M. Stuck in the out-group: Jennifer can't grow up, Jane's invisible, and Janet's over the hill. Journal of women's health. 2014;23(6):481-4.
6. Aukland K. Likestillingstiltak i forskningssektoren. En kartlegging av BALANSE-relaterte initiativ for Forskningsrådet. KILDEN Informasjonssenter for kjønnsforskning 2012.

7. Bilimoria D, Pederit ST. Board committee membership: effects of sex-based bias. *Academy of management journal*. 1994;37:1453-77.
8. Løvbak HE, Holter ØG. Kjønn og karriere. En rapport om kvinners karriereutvikling med utgangspunkt i mentorprogrammet ved Universitetet i Oslo. Senter for tverrfaglig kjønnsforskning, UiO, 2012.
9. Bergman S, Rustad LM. Norden - et steg nærmere kjønnsbalanse i forskning?: Fellesnordiske strategier og tiltak for å bedre kjønnsbalansen blant forskere i akademia. Nordisk Ministerråd 2013.

## **Vedlegg 2 – Risikoanalyse**

## **Vedlegg 3 – Interessentanalyse**