



Upplevd diskriminering i underläkarkåren 2013

Förord

Alla människor har rätt till ett arbetsliv fritt från diskriminering. Även om Sverige i ett internationellt perspektiv har kommit långt på likabehandlingsområdet får SYLF regelbundet indikationer på att underläkare runt om i landet upplever diskriminering. Med anledning av detta innehöll SYLF:s stora återkommande enkätundersökningar, AT-rankingen och ST-enkäten, under det gångna året frågor om upplevd diskriminering. Resultaten visade att en betydande andel av de svarande upplevt sig diskriminerade, och att frågan krävde vidare undersökning. Den här rapporten är en del i det arbetet.

SYLF som professionsorganisation och Sveriges läkarförbund som facklig organisation bör arbeta förebyggande tillsammans med arbetsgivaren, påtala brister och stödja våra medlemmar genom deras arbetsliv. Frihet från diskriminering är en viktig facklig fråga och SYLF driver den med stolthet!

Stockholm, januari 2014



Emma Spak
Ordförande SYLF



Kajsa Holmberg
Utredningssekreterare SYLF



John Gambe
Utredningssekreterare SYLF

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) organiserar underläkare från läkarexamen fram till färdiga specialister. Med cirka 9 500 medlemmar är SYLF den näst största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund. SYLF arbetar med förhandlings-, utbildnings-, arbetsmarknads-, arbetsmiljö- och sjukvårdspolitiska frågor.

Sammanfattning

SYLF:s undersökning av upplevd diskriminering i underläkarkåren visar att en tredjedel av de cirka 2500 svarande underläkarna har upplevt sig diskriminerade på någon av diskrimineringslagens grunder: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och/eller ålder under sin underläkarkarriär. Förekomsten av upplevd diskriminering ökar ju längre underläkarna kommer i karriären; bland ST-läkare är andelen hela 40 procent.

Kön, ålder och etnisk tillhörighet är de grunder som störst antal underläkare upplevt sig diskriminerade på, och ofta samverkar och förstärker dessa faktorer varandra. Unga kvinnor och män med utländsk bakgrund framträder som särskilt utsatta. Exempelvis delar en mycket stor andel av de unga kvinnliga svarandena en upplevelse av att inte "förväntas vara doktor", vilket gör att de tvingas överprestera och klara sig mer själva för att bevisa sin kompetens för både patienter, medarbetare och ledning. Även i de grupper som är mindre till storleken är diskrimineringsproblematiken djup.

SYLF:s rapport visar att de underläkare som upplevt sig diskriminerade tappar i yrkesengagemang under karriärens gång, och även överväger att byta yrke eller specialitet i markant högre utsträckning än de som inte upplevt diskriminering. Bristerna i underläkarnas arbetsmiljö riskerar alltså att försämra både tillgången till, och kvaliteten på, den vård vi erbjuder.

Att minska förekomsten av upplevd diskriminering bland underläkare är också avgörande för att läkaryrket fortsatt ska kunna attrahera den bästa kompetensen, och för att bristspecialiteter som allmänmedicin och psykiatri ska kunna möta sitt rekryteringsbehov. SYLF:s undersökning visar att den stora omfattningen av upplevd diskriminering bland underläkare, i dessa och andra specialiteter, sannolikt förvärrar den redan befintliga läkarbristen genom att förlänga underläkares tid från examen till specialistbevis, och driva underläkare att byta yrke.

Idag förbinder diskrimineringslagen arbetsgivare att aktivt arbeta förebyggande mot diskriminering när det gäller kön, etnisk tillhörighet samt religion och trosuppfattning. SYLF:s rapport indikerar att lagens paragrafer om aktiva åtgärder behöver skärpas till att omfatta samtliga diskrimineringsgrunder, och tydliga specificera de aktiva åtgärdernas faktiska innehåll. Till dess anser SYLF att arbetsgivarna måste ta sitt ansvar och självmant utveckla sina befintliga jämställdhetsplaner till planer för lika rättigheter och möjligheter, med åtgärder för att minska förekomsten av all typ av diskriminering, konkreta mål, ansvarig(a) för målens uppfyllnad, samt en tidsplan för uppfyllnad och utvärdering. Arbetsgivarna måste också se till att dessa planer faktiskt används i praktiken. Arbetsgivarna kan och bör också förebygga diskriminering genom att tillämpa öppen rekrytering och transparenta anställnings- och lönekriterier.

SYLF:s rapport visar dock även att läkarnormen är snäv, och att brott mot den får konsekvenser – även för bemötandet från våra egna medarbetare. Läkare måste därför också tänka på, och våga prata om, bemötande och värderingar på arbetet. Patienters lika rättigheter och möjligheter till god vård måste börja med lika rättigheter och möjligheter för läkarna.

Innehåll

Förord.....	1
Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	4
1.1 Metod.....	4
1.2 Urval	5
1.3 Representativitet och pålitlighet.....	6
2. Bakgrund	7
2.1 Lagstiftning	7
2.2 Tidigare studier.....	8
3. Resultat	9
3.1 Diskriminering på grund av kön.....	11
3.2 Samverkan mellan diskrimineringsgrunder	12
3.3 Diskriminering bland ST-läkare.....	14
3.4 Effekter av diskriminering	16
4. Analys och slutsats	17
4.1 Åtgärder.....	19
Referenser	21

1. Inledning

Syftet med rapporten är att kartlägga, synliggöra och problematisera förekomsten av upplevd diskriminering i den svenska underläkarkåren. Som ett led i detta diskuteras även möjliga förklaringar till den diskriminering som undersökningen visar att underläkare upplever. Att förklara förekomsten av upplevd diskriminering är dock inte rapportens huvudsakliga syfte, och de förklaringar som diskuteras ska inte ses som uttömmande.

1.1 Metod

Den här rapporten bygger på data från två enkätundersökningar: SYLF:s AT-ranking 2013, samt SYLF:s ST-enkät 2013.¹ Enkäterna riktar sig till olika grupper av underläkare, det vill säga läkare som befinner sig mellan läkarexamen och specialistläkarkompetens. Detta är också den yrkesgrupp som SYLF organiserar. Den förstnämnda enkäten riktar sig till läkare som gör allmäntjänstgöring (AT) eller arbetar kliniskt innan AT. Den sistnämnda enkäten riktar sig till läkare som fullgjort AT och därigenom blivit legitimerade. Dessa gör antingen specialiseringstjänstgöring (ST) eller arbetar kliniskt innan ST. Samtliga mottagare av respektive enkät har tagits fram ur Sveriges läkarförbunds medlemsregister.

Båda enkäterna ovan administreras regelbundet och omfattar en rad områden som rör underläkares anställningsvillkor, arbetsmiljö, och yrkesengagemang. 2013 var första året som båda enkäterna innehöll frågor om diskriminering. Förekomsten av diskriminering är svår att mäta. Bortsett från att det är känsligt, och ofta direkt olämpligt, att fråga människor om deras sexuella läggning, religion eller andra diskrimineringsgrunder skiljer sig kunskapen om och tolkningen av diskrimineringsbegreppet mellan människor. Även med god kunskap om vad diskriminering innebär är det som individ också ofta svårt att avgöra om man själv drabbats, då vi sällan vet hur våra kollegor behandlas i motsvarande situation.

I de enkäter som den här rapporten bygger på har förekomsten av diskriminering undersökts genom frågan "Har du någon gång under [din anställning]² upplevt dig diskriminerad på grund av något av följande?" De svarande har sedan kunnat kryssa "ja", "nej", eller inget alternativ alls för var och en av de sju diskrimineringsgrunder som omfattas av diskrimineringslagen: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionshinder och ålder. De svarande har också, oavsett om de kryssat i något svarsalternativ eller inte, haft möjlighet att lämna en fritextkommentar av valfri längd.

Enkäterna mäter alltså inte den absoluta eller juridiska förekomsten av diskriminering, utan förekomsten av *upplevd* diskriminering. I praktiken är detta en av de mest effektiva och vanligt förekommande metoder vi har för att mäta diskriminering.³ Av dem som utsätts för diskriminering är det bara en liten del som anmäler händelsen. Av de fall som faktiskt anmäls går också få till domstol; de flesta ärenden förlikas istället internt mellan arbetsgivare och anställd.⁴ Att använda antalet anmälningar eller fällande domar som mått på förekomsten av diskriminering är därför, trots sitt sken av objektivitet, problematiskt. Särskilt då alla som diskriminerats troligen inte är lika benägna att anmäla händelsen, beroende på faktorer som tilltro till

¹ SYLF genomför sedan år 2000 en ranking av Sveriges AT-orter. Sedan 2007 har en webbaserad enkät använts. SYLF:s AT-ranking 2013 skickades ut 16 april 2013 och sista svarsdag var 22 maj 2013. Däremellan skickades tre e-postpåminnelser och, för att minimera bortfall på grund av dåligt uppdaterade e-postadresser i medlemsregistret, en postpåminnelse. SYLF:s ST-enkät 2013 skickades ut 22 april 2013 och sista svarsdag var 28 maj 2013. Däremellan skickades två e-postpåminnelser och en postpåminnelse. Adresser hämtades, för båda enkäterna, ur Sveriges läkarförbunds medlemsregister.

² Vilken anställning som åsyftas är specificerad i de respektive enkäterna: examinerad läkare innan AT, AT, legitimerad läkare innan ST, eller ST. I AT-rankingen lyder följaktligen frågan "Har du någon gång under AT upplevt dig diskriminerad på grund av något av följande..?"

³ Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering 2006:66.

⁴ Ombudsmannen mot etnisk diskriminering 2006:19–23.

rättsväsendet, kännedom om juridiska rättigheter och socialt stöd. Där ett juridiskt mått riskerar att producera ett stort mörkertal, där de särskilt utsatta är överrepresenterade, fångar ett mått baserat på individens egen upplevelse upp även de som inte vågar eller vet hur de ska anmäla.

Även om en individs upplevelse av diskriminering inte kan ses som synonym med en fällande dom anser vi också att individens upplevelse är viktig i sig själv, och har stor betydelse både för inläring, engagemang och utveckling som läkare, samt förmåga att erbjuda jämlik vård till alla patienter. Resultaten av vår undersökning har således ett stort egenvärde, men används också med fördel i kombination med resultaten från andra typer av diskrimineringsmätningar.

I SYLF:s AT-ranking har några av frågorna om bakgrundsvariabler varit obligatoriska. Exempel på dessa är frågan om anställningstyp samt frågan om vilket landsting/region läkaren arbetar. Resten av de frågor som ligger till grund för den här rapporten, inte minst frågan om upplevd diskriminering, har varit frivilliga att svara på. I ST-enkäten har samtliga frågor varit frivilliga att svara på. Detta innebär att andelen svarande kan variera något från en fråga till en annan. Ingen av de frågor som använts i den här rapporten har dock en svarsfrekvens som avviker mer än marginellt från enkäten som helhet. I sammanställning och analys av resultaten har ingen form av viktning förekommit. När det i rapporten anges att underläkare har en viss upplevelse är det endast de personer som besvarat någon av enkäterna som avses.

1.2 Urval

Den förstnämnda enkäten, SYLF:s AT-ranking 2013, är en totalundersökning. Populationen är alla i Sverige verksamma, kliniskt arbetande, SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som tagit läkarexamen före 1 december 2012, men vid enkättillfället ännu var olegitimerade eller erhöll läkarlegitimation så nyligen som efter 30 november 2012. Dessa uppgick vid urvalstillfället till 2269 personer, varav 1512 personer besvarade enkäten helt eller delvis. Detta ger en svarsfrekvens på 67 procent. 210 av de svarande uppgav att de arbetade kliniskt som läkare innan allmäntjänstgöring (AT). 1218 personer uppgav att de gjorde AT eller hade avslutat AT och erhållit läkarlegitimation efter 30 november 2012. Övriga 84 personer uppgav antingen att de hade avslutat AT före 1 december 2012 eller att de inte arbetade kliniskt. Dessa 84 fördes direkt till slutet av enkäten.

Den andra enkäten, SYLF:s ST-enkät 2013, är en urvalsundersökning bland de i Sverige verksamma, kliniskt arbetande, SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som har erhållit legitimation men ännu inte uppnått specialistläkarkompetens. För att inte samma person skulle få båda enkäterna begränsades undersökningens population ytterligare till de medlemmar som legitimerats innan 1 december 2012. Dessa uppgick vid urvalstillfället till 6441 personer. Ur denna grupp valdes 2010 personer slumpvis ut med hjälp av ett icke-proportionellt stratifierat urval på basis av landsting/region, med syfte att säkerställa resultatens tillförlitlighet för samtliga sjukvårdsregioner. Då säkra resultat kräver ett visst absolut antal svarande har alltså större procentuella urval gjorts från små landsting – 50 procent av Jämtlands underläkarpopulation, 50 individer, är t.ex. lika många som 30 procent av underläkarpopulationen i Gävleborg. Totalt besvarade 1046 personer enkäten helt eller delvis, vilket ger en svarsfrekvens på 52 procent. Av de som svarat uppgav 896 personer att de gör ST och 110 personer att de arbetar som legitimerade läkare innan ST. De resterande 40 personerna har uppgivit att de antingen är specialister eller inte arbetar kliniskt som läkare. Dessa har slussats till slutet av enkäten.

Som framgår ovan har ett antal enkäter gått ut även till personer som i praktiken inte uppfyller urvalskriterierna för respektive enkät. Detta beror dels på att Läkarförbundets medlemsregister inte alltid är helt uppdaterat, dels på att registret inte innehåller detaljerad information om verksamhetssektor. Bland de som felaktigt mottagit enkäter finns läkare som redan legitimerats eller uppnått specialistkompetens i AT-

respektive ST-enkäten, eller läkare som flyttat utomlands eller forskar prekliniskt, men inte heller anmält detta till medlemsregistret. Även läkare som arbetar i läkemedelsindustrin riskerar att ingå i denna grupp, då de inte kan identifieras i medlemsregistret. I de fall dessa personer ändå nås av och besvarar enkäten i fråga fångas de upp och sällas bort genom frågor om anställningstyp, -ort och -sektor. Risken är dock att dessa personer i högre utsträckning än andra antingen inte nås av enkäten, eller inte besvarar den, då innehållet trots allt inte riktar sig till dem. Detta förklarar sannolikt en del av bortfallet i svarsfrekvens.

I bortfallet ingår även de som aktivt valt att spärra sin e-postadress från utskick som kommer från SYLF eller annan del av Sveriges läkarförbund, samt de som har en felaktig e-postadress och/eller felaktig postadress registrerad i medlemsregistret. Dessa har betraktas som externt bortfall och därmed ingått när svarsfrekvensen beräknats.

1.3 Representativitet och pålitlighet

Svarsfrekvenserna på 67 respektive 52 procent är mycket goda, då allt över 50 procent generellt anses vara mycket bra för enkätundersökningar.⁵ Nivåerna är särskilt höga i förhållande till jämförbara undersökningar. Exempelvis nådde Läkarförbundets undersökning om jämställt specialitetsval en svarsfrekvens på knappt 49 procent,⁶ och undersökningens uppföljning 37 procent.⁷ De höga svarsfrekvenserna ger SYLF:s undersökning goda förutsättningar att producera mycket pålitliga resultat, förutsatt att det inte finns någon systematisk skevhet i det bortfall av enkätsvar som ändå kvarstår.

Den stora majoriteten av bortfallet orsakades av felaktiga e-postadresser i Läkarförbundets medlemsregister. Detta är naturligtvis inte önskvärt, men heller inte ett allvarligt problem, eftersom personers benägenhet att byta och/eller uppdatera sin e-postadress inte kan antas ha ett systematiskt samband med hur de upplever sin arbetsmiljö. Det finns alltså ingen anledning att tro att denna del av bortfallet utgörs av en särskild grupp av underläkare, eller förvränger representativiteten i de svar som faktiskt erhållits.

Ett annat skäl att lita på våra resultat är att sammansättningen av våra svarande och vårt bortfall överensstämmer mycket väl med sammansättningen av populationen som helhet både vad gäller kön och ålder. Av de totalt 1512 personer som besvarade SYLF:s AT-ranking 2013 var 60 procent kvinnor och 40 procent män, vilket är samma fördelning som i bortfallet och den undersökta populationen som helhet. Både de svarandes, bortfallets och populations genomsnittliga födelseår var mellan 1981 och 1982. Av de 1046 personer som besvarade SYLF:s ST-enkät 2013 var 65 procent kvinnor och 35 procent män, att jämföra med 62 procent kvinnor och 38 procent män i den undersökta populationen som helhet. Genomsnittligt födelseår för de legitimerade läkarna som svarat på enkäten är 1977, detsamma som i bortfallet och hela den undersökta populationen. De 2558 personer som besvarat enkäterna utgör sålunda ett för populationen representativt urval med avseende på kön och ålder.

Då SYLF organiserar ca 75 procent av de svenska underläkarna innebär detta i förlängningen att undersökningens resultat både kan betraktas som pålitligt och representerar en mycket stor del av den svenska underläkarkåren som helhet.

⁵ Trost 2010:137.

⁶ Sveriges läkarförbund 2008:4.

⁷ Sveriges läkarförbund 2013:13.

2. Bakgrund

Att tillgången till god vård skiljer sig mellan olika grupper, med avseende på bland annat kön, etnisk bakgrund, utbildningsnivå, funktionshinder och sexualitet är ett vedertaget faktum⁸. En stor del av skillnaderna i både diagnostisering och behandling är svåra att förklara utifrån andra faktorer än att läkare har olika förväntningar på och tolkningar av patienter utifrån vilken grupp de tillhör.⁹

Vårdpersonals bemötande av patienter påverkar också människors benägenhet att söka vård. På grund av egna och andras dåliga erfarenheter av bemötandet från vården avstår till exempel många homo-, bi- och transsexuella samt utlandsfödda systematiskt från att söka vård.¹⁰ Många som representerar olika diskrimineringsgrunder upplever att de i kontakten med vården reduceras till sin "normavvikelse", vilket i sin tur tar fokus från de faktiska symptomen som föranlett vårdkontakten och riskerar att påverka vårdkvaliteten negativt.¹¹

Något som diskuteras mindre ofta är hur vårdpersonalens egen arbetsmiljö, särskilt vad gäller lika rättigheter och möjligheter, påverkar förmågan att ge god, jämlik vård. Detta trots att flera studier visat att även patienter har olika förväntningar på läkare, utifrån faktorer som exempelvis kön och ålder,¹² samt att diskrimineringsombudsmannen konstaterat att "det kan finnas ett samband mellan hur arbetsplatsen internt hanterar lika rättigheter och möjligheter bland de anställda och patientbemötandet".¹³

2.1 Lagstiftning

2009 fick Sverige en ny sammanhållen lag om diskriminering, Diskrimineringslagen. Lagen förbjuder diskriminering på sju olika grunder: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning samt ålder. Lagens syfte är att "motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter"¹⁴. Lagen strävar därför inte bara efter formell jämlikhet, det vill säga lika behandling genom förbud mot direkt diskriminering, utan även till jämlikt utfall, det vill säga förbud mot indirekt diskriminering, och jämlika möjligheter.¹⁵

Med direkt diskriminering avses enligt lagen att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med någon av diskrimineringsgrunderna. Med indirekt diskriminering avses i sin tur att någon missgynnas genom bestämmelser eller villkor som verkar neutrala men i praktiken kan komma att missgynna eller leda till sämre behandling av personer med viss diskrimineringsgrund, såvida inte bestämmelsen har ett berättigat syfte som uppfylls med nödvändiga medel. Vidare förbjuder lagen även trakasserier, det vill säga ett uppträdande som kränker någons värdighet i samband med någon av diskrimineringsgrunderna. Med sexuella trakasserier menas ett uppträdande av sexuell natur som kränker någons värdighet. Det är också förbjudet att instruera någon annan att diskriminera på någon av ovanstående grunder.¹⁶

⁸ Se t.ex. Patientmaktsutredningen 2013:44:136, 165; Diskrimineringsombudsmannen 2012:18; Nyberg, Osika & Evengård 2008:147; Hamberg 2008:237.

⁹ Andersson 2012:16.

¹⁰ Diskrimineringsombudsmannen 2012:9, 20f; Wamala et. al. 2007:409.

¹¹ Diskrimineringsombudsmannen 2012:45

¹² Hall & Roter 2002:217; Arouni & Rich 2004:24.

¹³ Diskrimineringsombudsmannen 2012:14

¹⁴ Diskrimineringslagen (2008:567), 1 kap, 1§.

¹⁵ Al-Zubaidi 2012:35

¹⁶ Diskrimineringslagen (2008:567), 1 kap, 4§.

Lagen uppmanar alltså inte arbetsgivare eller vårdpersonal att behandla alla anställda eller patienter identiskt, utan att behandla varje individ utifrån dennes förutsättningar och behov.

Lagen reglerar även hur frihet från diskriminering i arbetslivet ska uppnås via arbetsgivares ”aktiva åtgärder”. Exempel på sådana åtgärder är upprättande av jämlikhetsplaner samt kartläggning och analys av löner, rekrytering och arbetsförhållanden.¹⁷ I detta arbete har facket en viktig roll, genom sin möjlighet att driva på och granska åtgärdsarbetet. Om en arbetsgivare inte följer lagen kan facket eller Diskrimineringsombudsmannen anmäla arbetsgivaren till Nämnden mot diskriminering. Om nämnden anser att lagen brutits kan arbetsgivaren tvingas betala vite.¹⁸

2.2 Tidigare studier

Majoriteten av de tidigare studierna av förekomsten och effekterna av diskriminering på svenska vårdarbetsplatser har fokuserat på en begränsad del av diskrimineringsområdet, antingen genom att behandla en eller ett fåtal diskrimineringsgrunder, oftast kön, eller genom att fokusera på en särskild aspekt av diskriminering, oftast trakasserier.

Exempelvis har flera studier visat att män är kraftigt överrepresenterade på chefspositioner inom vården, och att kvinnor har långsammare karriärutveckling och lägre lön än sina manliga kollegor inom samtliga befattningsgrupper i läkarkåren.¹⁹ Vidare är segregeringen av män och kvinnor i olika medicinska specialiteter betydande. De kvinnodominerade fälten har generellt lägre löner och status än specialiteter med en hög andel män.²⁰

En majoritet av de svarande i Läkarförbundets handlingsplan för jämställt specialitetsval ansåg också att ”det finns strukturer som hindrar läkare från att välja [specialitet] fritt efter intresse och lämplighet”.²¹ I samma rapport framkommer även att en stor andel kvinnliga läkare på alla yrkesnivåer anser sig ha sämre lön, arbetsvillkor och karriärmöjligheter än män. Flera svarande uppger att kvinnliga läkare får sämre assistans än manliga kollegor, och kvinnliga läkare anser sig ha missgynnats eller kränkts på grund av sitt kön i mer än tre gånger så hög utsträckning som manliga dito.²² Samtidigt uppfattar stora delar av läkarkåren själva läkarrollen som neutral, och kön som en faktor som saknar betydelse i arbetet som läkare.²³

Det begränsade antal studier som finns på diskriminering på andra grunder än kön i den svenska vården har bland annat visat att många homosexuella vårdanställda endast är delvis öppna med sin sexuella läggning på jobbet, och att de som är öppna i många fall upplevt diskriminering.²⁴ Det har även påvisats att trakasserier varit vanligt förekommande på Karolinska Universitetssjukhuset, och utöver effekten på de drabbades psykosociala hälsa riskerat att påverka både sjukfrånvaro, produktivitet och nyrekrytering negativt i organisationen som helhet. Även bemötandet och vården av patienter riskerade att försämrats.²⁵

¹⁷ I nuläget omfattas endast diskrimineringsgrunderna kön, etnisk tillhörighet samt religion eller annan trosuppfattning av kravet på aktiva åtgärder. Diskrimineringsombudsmannen rekommenderar dock arbetsgivare att aktivt förebygga diskriminering även på övriga grunder (Diskrimineringslagen (2008:567), 1 kap, 1§; Diskrimineringsombudsmannen 2013).

¹⁸ Diskrimineringslagen (2008:567), 4 kap, 4-5§.

¹⁹ Fridner 2004; Ohlin 2012a.

²⁰ Bickel 2001:267f; Ohlin 2012b.

²¹ Sveriges läkarförbund 2008:34

²² Sveriges läkarförbund 2008:22, 39-41

²³ Se t.ex. Holge-Hazelton & Malterud 2009:141–144 samt Risberg et. al. 2008:9 och 2011:620f.

²⁴ Röndahl, Innalas & Carlsson 2004:19 samt 2007:211.

²⁵ Robstad Andersen et. al. 2010:108

3. Resultat

En stor andel av de tillfrågade har svarat att de någon gång under sin anställning/AT/ST har upplevt sig diskriminerade på grund av någon av diskrimineringslagens diskrimineringsgrunder. Tabell 1 visar resultatet per diskrimineringsgrund och karriärstadium.

Tabell 1. Upplevd diskriminering, per diskrimineringsgrund och karriärstadium, procent

	Totalt, någon grund	Kön	Könsöverskridande identitet el. uttryck	Etnisk tillhörighet	Religion el. annan trosuppfattning	Funktionshinder	Sexuell läggning	Ålder
Läkare före AT	18,2	9,2	1,0	1,9	1,0	0,5	1,4	11,0
AT-läkare	22,8	16,6	1,5	2,7	0,7	0,4	0,3	10,9
Leg. läkare	40,0	26,7	5,8	15,2	2,9	0,0	0,0	24,5
ST-läkare	39,7	25,4	5,1	10,8	2,1	0,7	0,5	19,6
Totalt	30,0	20,5	3,0	6,1	1,3	0,5	0,4	14,7

Källa: SYLF:s AT-ranking 2013, SYLF:s ST-enkät 2013.

Tabellen visar att upplevd diskriminering på samtliga lagens diskrimineringsgrunder förekommer bland de svarande underläkarna. De vanligast förekommande diskrimineringsgrunderna är kön och ålder. Mer än var femte underläkare har någon gång upplevt sig diskriminerad på grund av kön, samt drygt var sjunde på grund av ålder.

Många av dem som upplevt sig diskriminerade på grund av ålder är unga, och berättar om hur ung ålder används som en förevändning för övertid och tilldelning av de minst attraktiva jour- och arbetspassen, då man som "ung och stark" läkare förväntas orka jobba hur mycket och under vilka förhållanden som helst. Förhållandevis färre svarande har upplevt diskriminering på grund av hög ålder. I fritextsvaren framkommer dock att även detta förekommer. Flera underläkare berättar att de fått kommentarer om att de är för gamla för att bli läkare, haft svårigheter att få AT på grund av hög ålder, och fått sin ork och förmåga att exempelvis klara nattjänst ifrågasatt.

Att förekomsten av upplevd köns- och åldersdiskriminering är högre än förekomsten av exempelvis upplevd diskriminering på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck betyder dock inte nödvändigtvis att personer med ett viss kön eller en viss ålder är de som är hårdast drabbade eller löper störst risk att diskrimineras. Medan den stora majoriteten av svarandena kan antas identifiera sig med ett kön eller en ålder, är antalet som identifierar sig med en könsöverskridande identitet troligen förhållandevis litet. Att 3 procent av samtliga underläkare i studien upplever sig diskriminerade på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck innebär därför i praktiken sannolikt att en mycket stor andel av det totala antalet underläkare som tillhör denna grupp upplever sig diskriminerade. Detsamma kan antas gälla även för diskrimineringsgrunden funktionshinder.

Vad gäller sexuell läggning och religion är resultaten svårare att tolka, eftersom dessa faktorer, åtminstone i viss mån, går att dölja. Fritextsvaren indikerar också att detta är vanligt förekommande. Trots att rädsla för öppenhet med sexuell läggning eller trosuppfattning i sig indikerar oacceptabla missförhållanden på arbetsplatsen, finns en risk att mörkertalet får diskriminering på dessa grunder att framstå som ett mindre problem än det verkligen är.

I fråga om etnisk tillhörighet försvåras tolkningen av det faktum att ingen av enkäterna specifikt frågar de svarande om deras etnicitet. Vad vi däremot kan observera är de svarandes examensland. Examensland är inte synonymt med etnisk tillhörighet – många svenskar tar sin läkarexamen utomlands, och många med utländsk bakgrund tar examen i Sverige. Resultaten per examensland är dock en bättre indikator på den verkliga utsattheten hos de med utländsk bakgrund än siffrorna för den svarande underläkargruppen som helhet. Om något torde resultaten per examensland underskatta förekomsten av upplevd etnisk diskriminering bland de som representerar diskrimineringsgrunden, då gruppen utlandsstuderande etniska svenskar är mindre än gruppen svenska läkarstudenter med utländsk bakgrund. Tabell 2 visar förekomsten av upplevd diskriminering på grund av etnisk tillhörighet per läkarexamensland.

Tabell 2. Upplevd diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, per examensland och karriärstadium, procent

	Sverige	Annat EU/EES-land	Land utanför EU/EES
Läkare före AT	0,6	7,7	13,3
AT-läkare	1,3	8,0	28,2
Leg. läkare	4,8	25,0	50,0
ST-läkare	2,5	28,6	41,4
Totalt	1,7	21,7	34,4

Källa: SYLF:s AT-ranking 2013, SYLF:s ST-enkät 2013.

Tabellen visar att de med examen från annat EU/EES-land än Sverige har upplevt etnisk diskriminering i markant högre utsträckning än de med svensk läkarexamen. Bland de med läkarexamen från ett land utanför EU/EES är andelen ännu högre, från 13 procent av underläkarna innan AT, till över 40 procent av de svarande ST-läkarna.

Resultaten är alarmerande och indikerar att förekomsten av upplevd etnisk diskriminering med stor sannolikhet är långt högre bland de underläkare som omfattas av den faktiska diskrimineringsgrunden, än vad som antyds av resultaten för underläkarkåren som helhet. Många av dem som upplevt sig diskriminerade på grund av etnisk tillhörighet uppger i sina fritextsvar att de fått upprepade kommentarer och frågor om ursprung från både patienter och kollegor, och att de trots goda meriter haft svårigheter att få tjänster. En manlig underläkare berättar:

"Jag har jobbat i Sverige som underläkare i drygt 5 år men inte fått AT- tjänst trots att jag ansökt även utanför Stockholm. Hur länge ska jag vänta? Är det rättvist? Någon kommer från EU land men [är] ej kunnig men har rätt att jobba direkt, är det rättvist?"

Andra svarande, som inte själva upplevt sig etniskt diskriminerade, uppger att etnisk bakgrund vägs in i diskussioner om framtida anställning, samt att "nigger" och "arab" används som skällsord på arbetsplatsen. Flera svarande uppger också att både språk- och kompetenskraven är högre på dem med utomeuropeisk bakgrund och/eller examen, än på dem med svensk eller europeisk dito.

Sammanfattningsvis drabbas könsdiskriminering störst antal människor, men andelen kvinnor som drabbas är inte nödvändigtvis större än andelen drabbade medlemmar av andra mindre grupper. Tvärtom är det sannolikt att en större andel av dem med könsöverskridande identitet eller uttryck, funktionshinder, och/eller utländsk härkomst är utsatta.

3.1 Diskriminering på grund av kön

Jämställdhet mellan könen betonas särskilt i diskrimineringslagen, och kön är den grund som de svarande underläkarna i högst utsträckning upplever sig diskriminerade på grund av²⁶. Diskriminering på grund av kön berättigar därför närmare undersökning.

Tabell 3 visar förekomsten av upplevd könsdiskriminering per kön. Resultaten visar att kvinnor upplever sig diskriminerade på grund av kön i mycket högre utsträckning än män. Det framgår också tydligt att förekomsten av upplevd könsdiskriminering, i likhet med diskriminering på övriga grunder, ökar kraftigt för varje steg i underläkarnas karriär.

Tabell 3. Upplevd diskriminering på grund av kön, per karriärstadium, procent

	Kvinna	Man	Totalt
Läkare före AT	12,9	2,7	9,2
AT-läkare	25,8	3,1	16,6
Leg. läkare	35,6	6,3	26,7
ST-läkare	37,1	10,3	27,7
Totalt	29,5	5,7	20,5

Källa: SYLF:s AT-ranking 2013, SYLF:s ST-enkät 2013.

I fritextsvaren till de både enkäterna framträder mönster i de olika former och uttryck som könsdiskrimineringen tar. Vad gäller kvinnor uppger en stor grupp av svarande att de bemöts sämre än män i kontakten med sjuksköterskor. Detta kan bland annat yttra sig i att de kvinnliga läkarnas ordinationer inte följs eller att de tilltalas med nedsättande och förminskande epitet. Flera svarande uppger också att många sjuksköterskor *"förväntar sig mera omvårdnad, stöd, [och] icke-medicinska uppgifter av en kvinna"*, som till exempel att *"fäxa, [och] gå med prover"*. Sjuksköterskor uppges också ge kvinnor mindre stöd, samtidigt som de *"inte sällan 'curlat' yngre manliga läkarkollegor"*. Detta bekräftas av flera manliga svarande.

Andra kvinnor upplever att diskriminering på grund av kön främst är lönemässig, och/eller utövas av ledning och överordnade. En kvinnlig ST-läkare, anställd vid ett av landets större sjukhus, anger att den förra ledningen *"visade öppet kvinnoförakt"*, medan en annan kvinnlig svarande berättar att AT-chefen löpande gett *"nedlåtande omdömen till kvinnliga kollegor såsom: 'nervös', 'gnällig', 'omständlig', 'ifrågasättande', 'aggressiv', [och] 'för vass ton' som argument för lägre lön vid förhandlingar."* Flera svarande vittnar också om hur handledare stått för den värsta upplevda diskrimineringen. Ytterligare andra svarande berättar om en könsdiskriminerande jargong, svårighet för kvinnor att få operationstillfällen trots påstötningar, samt hur kvinnor tilldelas patienter som anses mindre önskvärda. Även uppfattningar som *"det är så många kvinnor som är läkare nuförtiden, [det] kommer bli ett lågstatusyrke"* uppges florerat på flera arbetsplatser.

Vidare uppger flera kvinnliga underläkare att de upplevt sig diskriminerade på grund av graviditet, bland annat genom att ha nekats ST-block eller systematiskt placerats vid enheter som är särskilt påfrestande under graviditeten. Flera kvinnliga svarande som varit gravida under sin AT- eller ST-tid och trots allt fått anpassad schemaläggning rapporterar att de samtidigt skuldbelagts för detta av kollegor och överordnade. En kvinnlig AT-läkare uppger att hon fått kommentarer som *"vi borde bara anställa manliga AT-läkare"*, medan andra svarande uppger att *"läkare med barn har fått fördelar i schema"*. Flera kvinnliga svarande berättar också att de, oavsett familjesituation, får fler och mer närgångna frågor om barn och familj än sina manliga kollegor.

²⁶ Diskrimineringslagen (2008:567), 3 kap, 10-13§§.

Anmärkningsvärt är att en stor del av de kvinnliga svarandena med dessa och liknande upplevelser inte ser den behandling de utsätts för som diskriminering. En kvinnlig AT-läkare skriver att hon

"... inte [blir] diskriminerad på grund av kön, men på grund av mitt kvinnliga kön blir jag ombedd att göra saker som mina manliga kollegor inte behöver, exempelvis själv ringa efter transport på akuten/ta patienter till toaletten m.m. Samt får höra saker som 'ja men du som är så duktig kan väl klämma in en patient till' vilket ju inte är en komplimang utan bara anspelar på nån duktig flicka-grej som gör att jag ska jobba lite mer."

En annan svarande uppger att:

"folk antar att man är undersköterska, men det brukar handla mer om förutfattade meningar än egentlig diskriminering"

Bland de män som upplever sig diskriminerade på grund av kön tar sig diskrimineringen till stor del andra uttryck. En grupp utgörs av män verksamma inom gynekologi och obstetrik, som i hög grad upplever sig oönskade av kvinnliga patienter, och också möts av nedsättande kommentarer från patienter angående sitt yrkesval. Manliga ST-läkare inom andra specialiteter, som kommer i kontakt med gynekologiska sökorsaker till exempel vid akuttjänstgöring, uppger också att de nästan aldrig tilldelas dessa patienter. En manlig svarande betonar den negativa spiral detta ger upphov till, då manliga ST-läkare när de väl får ta hand om en gyn-patient är ovana, vilket befäster de kvinnliga patienternas misstro mot de manliga läkarna. Den negativa särbehandlingen av manliga läkare på kvinnokliniker bekräftas också av flera kvinnliga svarande.

3.2 Samverkan mellan diskrimineringsgrunder

En mycket stor del av de svarande som upplevt sig diskriminerade uppger att de diskriminerats på mer än en grund. I underläkares vardag är diskriminering alltså sällan renodlad på grund av kön, ålder, etnisk tillhörighet eller andra faktorer, utan uppstår och förstärks genom samverkan mellan olika diskrimineringsgrunder. Inom forskningen om jämlikhet och diskriminering kallas detta intersektionalitet. Som exempel blir individer med samma kön men olika ålder, eller samma etnicitet men olika kön, inte nödvändigtvis behandlade på samma sätt. De potentiella problem individer möter kan därför vara svåra att förstå och åtgärda utifrån enskilda diskrimineringsgrunder.

Inom underläkarkåren framträder två diskrimineringskomplex som särskilt förekommande och kännbara. Det första och mest utbredda är kvinnligt kön och ung ålder. Många av de kvinnor som upplever sig diskriminerade på grund av kön upplever även diskriminering på grund av ålder, och vice versa.²⁷ På samma sätt upplever en stor del av de män som upplever sig diskriminerade på grund av kön även etnisk diskriminering, och vice versa.²⁸ Även om upplevd diskriminering på grund av såväl kön, etnisk tillhörighet som ålder förekommer bland både män och kvinnor visar undersökningen att samverkan mellan diskriminering på grund av kön och ålder inte är vanlig bland män, medan samverkan mellan köns- och etnisk diskriminering inte är vanlig bland kvinnor.

Fritextsvaren från enkäterna visar att många unga kvinnliga underläkare delar en upplevelse av att inte *"förväntas vara doktor"*. Detta gör att de regelmässigt ifrågasätts och tvingas bevisa sin kompetens för främst patienter, men även medarbetare och ledning, på ett sätt som inte krävs av manliga kollegor. Detta leder bland annat till att ett stort antal unga kvinnliga underläkare upplever att de måste prestera bättre och klara sig mer

²⁷ Nästan 75 procent av de kvinnliga svarandena som upplevt åldersdiskriminering uppger t.ex. att de även upplevt sig diskriminerade på grund av kön.

²⁸ Cirka 30 procent av de manliga svarandena som upplevt sig diskriminerade på grund av kön uppger t.ex. att de även upplevt etnisk diskriminering.

utan handledning och stöd än sina manliga eller äldre kvinnliga kollegor för att få samma respekt, vilket skapar stress och frustration i det dagliga arbetet.²⁹ En ung kvinnlig AT-läkare berättar:

"... alla dessa gånger när folk inte fattar att jag är doktor. Jag är så jävla trött på det. I början brydde jag mig inte alls men nu har jag verkligen ledsnat."

En kvinnlig kollega utvecklar:

"Jag har [...] undrat mycket varför just jag, men det mest uppenbara är nog kvinnligt kön och yngre yttre. Jag har mer kompetens och erfarenhet än vad som 'syns' och jag hamnar i situationer som man som manlig kollega slipper hamna i. Det tar mycket energi i anspråk. Det faktum att jag är gravid eller har familj innebär inte per automatik att mitt engagemang är sämre, eller att mina kunskaper under arbetstid är inaktuella [...] 'Du förstår när du blir äldre', 'du har en felaktig bild, du kommer att ändra uppfattning när du får erfarenhet'. 'Kära vän, du märker nog skillnad när du sett lite patienter på riktigt'."

Många unga kvinnor berättar också om hur patienter och anhöriga misstar dem för sjuksköterskor, trots tydlig läkarskylt, och hur de får kommentarer om sitt utseende, "klappas på baken" eller kallas för "lilla gumman", "lilla kicken" eller liknande av patienter, sjuksköterskor och/eller överordnade. Flera svarande vittnar om att de, när de sagt ifrån om detta bemötande, fått höra att de borde ta kommentarer om ungdom eller utseende som komplimanger, eller att kommentarerna bara är på skoj. En kvinnlig ST-läkare berättar:

"Så sent som i förra veckan blev jag kallad 'lilla kandidaten' av en sköterska på mottagningen där jag just hade börjat. Detta trots tydlig röd skylt med text LÄKARE. Kollegor hade efter en stund förståelse för vad som hänt men skrattade också överslätande och menade att jag borde ta det som en komplimang att jag trots mina 32 år fortfarande ser så ung ut [...] Den typen av inställning och kommentarer är mycket nedsättande och hämmande i karriären."

En svarande beskriver behandlingen av unga kvinnor som:

"... ett problem som många försöker sopa under mattan (även andra kvinnliga kollegor) [...] Om man konfronterar problemen blir man istället 'en bråkstake'."

Den andra gruppen som framträder som särskilt utsatt för diskriminering på grund av samverkan mellan flera diskrimineringsgrunder är män med utländsk bakgrund.³⁰ För dessa personer framstår den upplevda könsdiskrimineringen som en del i ett mycket större diskrimineringskomplex centrerat kring etnisk tillhörighet. Flera av dessa män vittnar om hur de upplever att kvinnlig underrepresentation använts som en förevändning att inte anställa dem. En manlig ST-läkare som upplever sig diskriminerad på grund av både kön och etnisk tillhörighet skriver:

"Det är svårt att fiska med hand i havet. Särbehandling, diskriminering och kränkningar av varierande sätt är ett vardags mat som man måste acceptera. Dessa är mycket svårt att bevisa"

²⁹ Denna upplevelse av att få sin kompetens ifrågasatt och tvingas överprestera för att bemötas med samma respekt som övriga kollegor delas av de kvinnor som upplever sig diskriminerade på grund av etnisk tillhörighet.

³⁰ Diskriminering på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck verkar också drabba kvinnor i högre utsträckning än män. Dataunderlaget för denna grupp är dock för litet för att kunna dra några definitiva slutsatser.

3.3 Diskriminering bland ST-läkare

Då resultaten visar att förekomsten av upplevd diskriminering ökar ju längre underläkarna kommer i karriären finns det anledning att titta närmare på upplevd diskriminering specifikt bland ST-läkare. Tabell 4 visar andelen av de svarande ST-läkarna som någon gång under sin specialisttjänstgöring upplevt sig diskriminerade på någon grund, uppdelat per medicinsk specialitetsgrupp. Socialstyrelsen, som är den myndighet som beviljar bevis om specialistläkarkompetens, erkänner 31 bas- och 24 grenspecialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås.³¹ Dessa delas vanligen in i åtta större specialitetsgrupper; kirurgiska³², invärtesmedicinska³³, barnmedicinska³⁴, psykiatriska³⁵, laboriemedicinska³⁶, bild- och funktionsmedicinska³⁷, neuromedicinska³⁸ samt enskilda basspecialiteter³⁹, vilka använts som grund för indelningen nedan. Inom gruppen enskilda basspecialiteter är dock specialiteten allmänmedicin särskilt stor, varför den särredovisas från resten av gruppen. Den minsta särredovisade specialitetsgruppen sett till antal svarande (21) är laboriemedicin, följt av neurospecialiteter (26) och bild- och funktionsmedicin (43). Störst är kirurgi (235) och allmänmedicin (225). Då antalet svarande inom laboriemedicin och neurospecialiteter är begränsat bör resultaten för dessa grupper tolkas med försiktighet.

Undersökningen visar att upplevd diskriminering är stort problem inom samtliga specialiteter. Inom specialiteten med lägst total förekomst av upplevd diskriminering, barn- och ungdomsmedicin, anger ändå över en fjärdedel av de svarande att de upplevt sig diskriminerade på någon grund. Högst är andelen inom neurospecialiteterna, där hälften av de svarande ST-läkarna upplevt diskriminering.

Tabell 4. Upplevd diskriminering per medicinsk specialitetsgrupp och kön, procent

Specialitetgrupper	Totalt	Kvinnor	Män
Allmänmedicin	37,8	43,5	23,4
Kirurgiska specialiteter	40,0	49,6	26,0
Invärtesmedicin	43,9	58,3	18,8
Psykiatri	45,3	52,6	31,0
Barn- och ungdomsmedicin	26,3	36,6	0,0
Neurospecialiteter	50,0	56,3	40,0
Laboriemedicin	42,9	43,8	40,0
Bild- och funktionsmedicin	31,1	47,6	16,7
Enskilda basspecialiteter (exklusive allmänmedicin)	36,7	42,5	25,0
Totalt	39,7	48,6	23,4

Källa: SYLF:s AT-ranking 2013, SYLF:s ST-enkät 2013.

³¹ Socialstyrelsen 2008:4f.

³² Basspecialiteterna kirurgi (grenspecialiteterna urologi, barn- och ungdomskirurgi, plastikkirurgi samt kärlkirurgi) thoraxkirurgi, ortopedi (grenspecialiteten handkirurgi), anesthesi och intensivvård, obstetrik och gynekologi, öron- näs- och halssjukdomar (grenspecialiteterna hörsel- och balansrubbingar samt röst- och talrubbingar) samt ögonsjukdomar.

³³ Basspecialiteterna internmedicin (grenspecialiteterna kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi samt allergologi) samt geriatrik.

³⁴ Basspecialiteten barn och ungdomsmedicin (grenspecialiteterna barn- och ungdomsallergologi, barn- och ungdomsneurologi med habilitering, neonatologi, barnonkologi samt barnkardiologi).

³⁵ Basspecialiteterna psykiatri (grenspecialitet rättspsykiatri) samt barn- och ungdomspsykiatri.

³⁶ Basspecialiteterna klinisk immunologi och transfusionsmedicin, klinisk bakteriologi och virologi, klinisk kemi, klinisk farmakologi, klinisk patologi samt rättsmedicin.

³⁷ Basspecialiteten bild- och funktionsmedicin (grenspecialiteterna neuroradiologi, nukleärmedicin samt klinisk fysiologi).

³⁸ Basspecialiteterna neurologi, neurokirurgi, klinisk neurofysiologi samt rehabiliteringsmedicin.

³⁹ Basspecialiteterna allmänmedicin, onkologi (grenspecialitet gynekologisk onkologi), infektionsmedicin, klinisk genetik, arbets- och miljömedicin, hud- och könssjukdomar, reumatologi, socialmedicin.

När svaren bryts ner per kön framgår att den totala förekomsten av upplevd diskriminering ger en ofullständig bild av tillståndet inom de olika specialiteterna, då kvinnor genomgående upplever sig diskriminerade i högre utsträckning än män. Särskilt alarmerande är resultatet för invärtesmedicinska specialiteter, där nära 60 procent av de kvinnliga svarande upplevt sig diskriminerade på någon grund, jämfört med knappt 20 procent av männen. Inom andra specialitetsgrupper, till exempel neurospecialiteter, är förekomsten av upplevd diskriminering stor även bland män: cirka 40 procent. Detta ska dock jämföras med än ännu högre andel bland kvinnor: över 55 procent. De svarande manliga underläkarna i barn- och ungdomsmedicin är den enda grupp som helt saknar diskrimineringsupplevelser.

Även om förekomsten av upplevd diskriminering skiljer sig mellan de olika medicinska specialiteterna visar resultaten att de största skillnaderna inte finns mellan specialiteter, utan mellan män och kvinnor och ofta inom samma specialitet. Bara inom laboratoriemedicin är könsskillnaderna i upplevd diskriminering under 10 procentenheter. Laboratoriemedicin är också, tillsammans med neurospecialiteter, den specialitetsgrupp där andelen män som upplevt sig diskriminerade är högst – könsskillnaden är alltså liten därför att de manliga ST-läkarna i laboratoriemedicin upplever diskriminering i samma höga utsträckning som kvinnor, inte för att fältet är fritt från diskrimineringsproblematik.

En djupare analys av ST-läkarnas svar, uppdelat på diskrimineringsgrunderna kön, ålder och etnisk tillhörighet, visas i tabell 5.⁴⁰ I linje med resultatet för underläkargruppen som helhet är kön och ålder de vanligaste diskrimineringsgrunderna även inom de flesta specialitetsgrupperna, följt av diskriminering på grund av etnisk tillhörighet. Vissa avvikelser från det mönstret förtjänar dock särskild kommentar. En sådan är resultaten för neurospecialiteter, som tillsammans med barn- och ungdomsmedicin har en mycket lägre förekomst av upplevd åldersdiskriminering än övriga specialitetsgrupper. Laboratoriemedicin avviker istället från det generella mönstret genom en lägre andel upplevt könsdiskriminering än övriga specialiteter, men högre förekomst av upplevd diskriminering på grund av etnisk tillhörighet; över 20 procent. Även inom psykiatri är förekomsten av upplevd etnisk diskriminering särskilt hög.

Tabell 5. Upplevd diskriminering per medicinsk specialitetsgrupp, diskrimineringsgrund och kön, procent

Specialitetsgrupp	Kön		Etnisk tillhörighet		Ålder	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Allmänmedicin	30,4	12,5	11,7	9,4	28,8	4,7
Kirurgiska specialiteter	43,2	15,8	4,4	14,7	25,7	10,5
Invärtesmedicin	46,4	4,3	9,5	14,6	32,5	6,3
Psykiatri	34,5	6,9	13,0	24,1	27,8	6,9
Barn- och ungdomsmedicin	31,7	0,0	12,2	0,0	14,6	0,0
Neurospecialiteter	50,0	10,0	12,5	20,0	12,5	0,0
Laboratoriemedicin	20,0	0,0	26,7	20,0	21,4	20,0
Bild- och funktionsmedicin	30,0	4,3	10,0	13,0	20,0	13,0
Enskilda basspecialiteter (exklusive allmänmedicin)	40,0	22,2	0,0	11,1	20,0	22,2
Totalt	37,1	10,4	9,3	13,5	26,2	8,1

Källa: SYLF:s AT-ranking 2013, SYLF:s ST-enkät 2013.

⁴⁰ De som upplevt sig diskriminerade på grund av sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, religion eller trosuppfattning, och/eller funktionshinder är för få för att uppdelning på både specialitetsgrupp och diskrimineringsgrund ska vara möjlig utan risk för att de svarande skulle kunna identifieras.

Ytterligare analys av data visar att laboriemedicin och psykiatri är inte bara de specialitetsgrupper där den upplevda etniska diskrimineringen är störst, utan också grupperna med störst andel ST-läkare med utländsk examen, cirka 40 procent. Utöver dessa båda specialitetsgrupper samt neurospecialiteterna, som har den tredje högsta förekomsten av upplevd etnisk diskriminering och andelen ST-läkare med utländsk examen, finns dock inget entydigt samband mellan andelen ST-läkare med utländsk examen i en specialitet, och förekomsten av upplevd diskriminering på grund av etnisk tillhörighet.

Att ST-läkare med utländsk examen är överrepresenterade inom psykiatri, som har rekryteringsproblem, och laboriemedicin, där patientkontakten är begränsad, indikerar dock i sig strukturella problem i hur arbetsmarknaden för läkare med utländsk examen fungerar. Även om det absoluta antalet svarande är begränsat bör denna indikation tas allvarligt och bli föremål för fortsatt undersökning. Om läkare med utländsk examen koncentreras i lågstatusspecialiteter och/eller långt från patienterna är det både ett kompetenslöseri och en försummad möjlighet till mer heterogena medarbetargrupper i läkarkåren som helhet, med potentiellt negativa följdverkningar på vårdens möjlighet att bemöta heterogena patientgrupper väl. Att som de psykiatriska specialiteterna aktivt rekrytera läkare med utländsk examen för att möta personalbrist, men sedan inte förmå behandla dessa kollegor väl, är särskilt oacceptabelt. För kvinnor finns inget tydligt samband mellan andelen kvinnor i specialitetsgruppen och förekomsten av upplevd diskriminering på grund av kvinnligt kön.

3.4 Effekter av diskriminering

Tabell 6 visar andelen svarande läkare som funderat på att byta yrke eller specialitet, deltar i utvecklingsarbete, samt vill eller kanske vill bli chef, allt per karriärstadium. För varje stadium jämförs svaren från de som har upplevt sig diskriminerade med svaren från de som inte haft någon sådan upplevelse.

Tabell 6. Effekter av upplevd diskriminering per karriärstadium, procent

	Funderat på att byta yrke/specialitet ⁴¹	Deltar i utvecklingsarbete	Vill bli chef
Läkare före AT			
Ej upplevt diskriminering		66,5	50,6
Upplevt diskriminering		73,7	57,9
AT-läkare			
Ej upplevt diskriminering	12,4	52,0	56,0
Upplevt diskriminering	27,7	52,9	47,2
Leg. läkare			
Ej upplevt diskriminering	11,9	76,4	48,0
Upplevt diskriminering	21,2	63,6	45,5
ST-läkare			
Ej upplevt diskriminering	28,6	83,5	47,8
Upplevt diskriminering	42,3	77,3	43,7

Källa: SYLF:s AT- ranking 2013, SYLF:s ST-enkät 2013.

Undersökningen visar att läkare som upplevt sig diskriminerade i mycket högre utsträckning än de som inte upplevt diskriminering funderat på att byta yrke eller specialitet. Över karriärens gång tappar också de som upplevt sig diskriminerade i yrkesengagemang, och går från att ha en relativt sett högre benägenhet att delta i utvecklingsarbete och vilja bli chef, till att delta mindre i utvecklingsarbete och vara mindre intresserade av

⁴¹ Denna fråga ställdes ej till läkarna före AT.

ledarskap än sina kollegor utan diskrimineringsupplevelse. Detta visar att effekterna av diskriminering går bortom den enskilde läkarens situation, och har potentiellt långtgående konsekvenser både för antalet verksamma läkare och vårdens kvalitet.

Att de som upplevt diskriminering är mer engagerade i utvecklingsarbete tidigt i karriären, men tappar i engagemang över tid, är också oroväckande i sig då det finns anledning att tro att det förlorade engagemanget åtminstone delvis beror på det dåliga bemötande dessa personer upplevt.

Hur många som avslutat sin läkarkarriär på grund av upplevd diskriminering kan inte mätas, då individerna som lämnat läkaryrket inte längre finns i Läkarförbundets medlemsregister. Flera av de svarande underläkarna berättar dock att den upplevda diskrimineringen inte bara lett till *funderingar* på att byta specialitet eller arbetsplats, utan även fått dem att omsätta funderingarna i handling. En kvinna, som gör ST i allmänmedicin, anger att köns- och åldersdiskriminering var en *"direkt anledning till byte av ST från sjukhusbunden till vårdcentral"*, och en kvinnlig AT-läkare berättar att trakasserier fått henne att avbryta sin AT i förtid. Andra vittnar om att de *"fick vänta att få ST för att killar prioriterades"* samt att *"manliga ST-läkarkollegor har gått före i de praktiska momenten"*. Kvinnors upplevelser av diskriminering riskerar således att påverka deras genomströmningstid, och därmed möjlighet att nå både legitimation och specialistbevis, negativt. Även detta påverkar alltså antalet verksamma läkare och patienters tillgång till vård.

Att en mycket stor andel unga kvinnliga underläkare upplever att de ständigt blir ifrågasatta och tvingas kämpa för att få samma respekt som sina kollegor kan också kopplas till kvinnors genomgående mer negativa upplevelser av ensamjour i de senaste årens AT-rankingar. I 2013 års ranking var andelen kvinnliga AT-läkare som upplevde ensamjour som *"mycket stressande"* mer än dubbelt så stor som andelen manliga AT-läkare med samma upplevelse. Att slippa ensamjour influerade också valet av AT-ort för hälften av de svarande kvinnorna, jämfört med bara en femtedel av männen. Dessa resultat väcker frågan om bemötandet och behandlingen av unga kvinnliga underläkare gör att de drar sig för att ställa frågor och be om hjälp, till exempel under jour, då detta riskerar att underminera deras position ytterligare. Sambandet mellan upplevd diskriminering, upplevelser av ensamjour, samt de eventuella effekterna på de berörda underläkarnas inläring och yrkesutövning är en viktig fråga som kräver fortsatt utredning, inte minst med tanke på de potentiella effekterna på patientsäkerheten.

4. Analys och slutsats

SYLF:s undersökning visar att cirka en tredjedel av de svarande underläkarna, som representerar en stor del av de svenska underläkarna som helhet, har upplevt sig diskriminerade på någon grund under sin underläkarkarriär. Förekomsten av upplevd diskriminering ökar också ju längre underläkarna kommer i karriären; bland ST-läkare är andelen hela 40 procent.

Undersökningen visar att kön, ålder och etnisk tillhörighet är de grunder som störst antal underläkare upplevt sig diskriminerade på. Ofta samverkar och förstärker dessa faktorer varandra. Unga kvinnor och män med utländsk bakgrund framträder som särskilt utsatta. En mycket stor andel av de unga kvinnliga svarandena delar en upplevelse av att inte *"förväntas vara doktor"*, vilket gör att de tvingas överprestera och i större utsträckning klara sig på egen hand för att bevisa sin kompetens för både patienter, medarbetare och ledning. För män med utländsk bakgrund tar sig den upplevda diskrimineringen främst uttryck i svårigheter att få tjänster trots goda meriter och lång erfarenhet. Många svarande som inte själva upplevt sig diskriminerade bekräftar dessa bilder, då de vittnar om att unga manliga underläkare ofta får mer stöd än kvinnliga kollegor, och att etnicitet vägs in i anställningsbeslut.

Även i de grupper som är mindre till storleken är diskrimineringsproblematiken djup. Exempelvis uppger hela 3 procent av samtliga svarande underläkare att de upplevt sig diskriminerade på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck, vilket troligen motsvarar en mycket stor andel av det totala antalet underläkare som tillhör denna grupp. Vad gäller sexuell läggning och religion eller annan trosuppfattning, som är lättare att dölja för omgivningen, är andelen upplevt diskriminerade lägre. Flera svarande berättar dock om rädsla för att vara öppna med sin läggning eller tro, vilket indikerar att mörkertalet är stort och problematiken betydande.

Dessa resultat stämmer väl med dem från tidigare studier om förekomsten av diskriminering bland anställda i den svenska vården. Som diskuterats ovan fokuserar dock dessa studier nästan uteslutande på diskrimineringsgrunden kön, och betonar ofta att problemet är särskilt stort i kirurgiska specialiteter. Resultatet av SYLF:s undersökning visar att upplevd diskriminering förekommer på alla grunder och i alla specialiteter. Problemet är på inget sätt isolerat, utan framstår tvärtom som strukturellt närvarande i läkarkåren som helhet.

Läkarnormen är snäv. Resultaten från den här rapporten indikerar att de som bryter mot normen på något sätt, exempelvis på grund av ålder, kön, sexuell läggning eller annan diskrimineringsgrund, ofta hamnar under tryck att anpassa sig till den norm som råder. Detta leder dels till att den befintliga läkarnormen vidmakthålls, dels till att de personer som bryter mot normen, snarare än normen själv, uppfattas och kan avfärdas som problemet. Att normbrytarna och inte normen uppfattas som problemet gör att det inte ses något behov av strukturella förändringar.⁴²

Som exempel på denna mekanism kan resultaten från Läkarförbundets handlingsplan för jämställt specialitetsval nämnas, där flera både manliga och kvinnliga läkare uppgav att det var kvinnors ansvar att hantera och anpassa sig till manliga strukturer på arbetsplatsen.⁴³ Även i Stockholms läns landstings uppföljning av studien av Karolinska Universitetssjukhusets arbetsmiljö framkom att de flesta medverkande läkarna såg eventuella jämställdhetsproblem som resultatet av kvinnors sätt att vara.⁴⁴

SYLF:s undersökning visar även att förekomsten av upplevd diskriminering ökar ju längre i karriären underläkaren kommer. Vad det beror på kan denna undersökning inte svara på, men en möjlig förklaring är hur formerna för underläkarens yrkesutövning ändras över tid. Som ST-läkare är det betydligt mer sannolikt att underläkaren har en längre anställning på en och samma arbetsplats; som del i ett och samma arbetslag och med en och samma chef. Detta gör det lättare att jämföra hur man själv behandlas jämfört med sina kollegor, och därigenom identifiera osakliga skillnader. Frågan varför upplevd diskriminering ökar i förekomst med läkarkarriärens fortskridande kräver dock fortsatt utredning.

Alla människor har rätt till ett arbetsliv fritt från diskriminering. Att minska förekomsten av upplevd diskriminering i underläkarkåren är dock inte bara en fråga om alla människors självklara rätt till lika möjligheter i arbetslivet. Det är också en fråga om alla människors rätt till god och jämlik vård. SYLF:s rapport visar att de underläkare som upplevt sig diskriminerade tappar i yrkesengagemang under karriärens gång. Under allmäntjänstgöring är de avsevärt mer aktiva i utvecklingsarbete och mer intresserade av ledarskap än sina kollegor. När det är dags för specialisttjänstgöring är de istället långt mindre engagerade än övriga, troligen på grund av det dåliga bemötande de fått. De som upplevt sig diskriminerade överväger också att byta yrke eller specialitet i markant högre utsträckning än de som inte upplevt diskriminering. Bristerna i underläkarnas arbetsmiljö riskerar alltså att försämra både tillgången till, och kvaliteten på, den vård vi erbjuder. Det är ett kompetenslöseri varken vården eller samhället har råd med.

⁴² Se t.ex. Risberg et. al. 2003a; 2003b; 2008:9; Pingel, Schenck-Gustafsson & Fridner 2009:19f och Eriksson 2003.

⁴³ Sveriges läkarförbund 2008:39–41.

⁴⁴ Pingel, Schenck-Gustafsson & Fridner 2009:19f

Att minska förekomsten av upplevd diskriminering bland underläkare är också avgörande för att läkaryrket fortsatt ska kunna attrahera den bästa kompetensen, eller ens någon kompetens. Redan idag har flera av de medicinska specialiteterna, till exempel allmänmedicin och psykiatri, svårt att möta sitt rekryteringsbehov. SYLF:s undersökning visar att den stora omfattningen av upplevd diskriminering bland underläkare, i dessa och andra specialiteter, sannolikt förvärrar den redan befintliga läkarbristen. Trots att den exakta effekten inte kan beräknas finns starka indikationer på att upplevd diskriminering förlänger underläkares tid från examen till specialistbevis, och driver underläkare att byta yrke.

När resultaten diskuteras är det viktigt att minnas att alla fall av upplevd diskriminering inte nödvändigtvis beror på att den som betett sig nedvärderande eller särbehandlande haft för avsikt att diskriminera. Tvärtom är det sannolikt att en stor del av den upplevda diskrimineringen är resultatet av okunskap, inlärd beteenden och andra åtminstone delvis omedvetna handlingar.⁴⁵ Detta påpekas också av många av de svarande själva. FN kritiserade redan 2007 de svenska läkarutbildningarna för bristande utbildning om mänskliga rättigheter, och uttryckte oro för att den svenska vårdpersonalen inte alltid känner till de lika rättigheter och möjligheter både de själva och deras patienter faktiskt har.⁴⁶ En svarande i SYLF:s ST-enkät, som inte själv upplevt sig diskriminerad, sammanfattar:

"... kunskapsläget kring diskriminering är inte särskilt högt, inte heller intresset."

Detta väcker frågan om varför okunskapen och det diskriminerande beteendet är så utbrett i läkarkåren. En möjlig förklaring är att läkaryrket historiskt inte haft några rekryteringsproblem, utan tvärtom varit ett svårtillgängligt yrke för stora delar av befolkningen, vilket gjort läkarkåren till en ganska homogen grupp. Varken kårens företrädare eller deras arbetsgivare har därför behövt tänka över sina värderingar, vilka strukturer dessa skapar, eller vilka effekter de kan få. Idag är exempelvis kvinnor och personer med utländsk bakgrund inte längre underrepresenterade bland läkarstudenterna, men den stora majoriteten har fortfarande liknande socio-ekonomisk bakgrund.⁴⁷

En annan faktor är den långa läkarutbildningen, som socialiserar studenter i yrkets normer under lång tid, och skapar incitament för färdiga läkare att inte riskera all tid och allt engagemang de investerat i sin utbildning genom att ifrågasätta befintliga normer. Att den enskilda läkaren vill skydda sin investering är förståeligt, men förstärker gamla beteendemönster och riskerar hämma utvecklingen av kårens värderingar. Dessa möjliga förklaringar till trots kräver dock även frågan om varför okunskap och diskriminerande beteendemönster tillsynes är så utbredda bland läkare fortsatt utredning.

Slutligen påvisar rapporten också former av upplevd diskriminering som aldrig kan avfärdas som ett resultat av okunskap. Få personer kan idag tro att *"nigger"* är ett acceptabelt skällsord, eller att det är tillåtet att daska kollegor på rumpan.

4.1 Åtgärder

Diskrimineringslagen förbinder idag arbetsgivare att aktivt arbeta förebyggande mot diskriminering när det gäller kön, etnisk tillhörighet samt religion och trosuppfattning.⁴⁸ SYLF:s rapport, som visar att upplevd diskriminering inte är kopplad till en eller ett fåtal diskrimineringsgrunder utan ofta uppstår när olika grunder förstärker varandra, är en tydlig indikation på att lagens paragrafer om aktiva åtgärder behöver skärpas till att

⁴⁵ Diskrimineringsombudsmannen 2012:15

⁴⁶ Hunt 2007:18

⁴⁷ Lindberg 2012:16f

⁴⁸ Diskrimineringslagen (2008:567), 3 kap, 1§. Mer information om hur arbetsgivare och arbetstagarorganisation kan samverka kring de aktiva åtgärderna finns i Sveriges läkarförbund (2010) samt Diskrimineringsombudsmannen (2009).

omfatta samtliga diskrimineringsgrunder. Detta är en viktig faktor för att i det fortsatta åtgärdsarbetet kunna ta hänsyn till hur diskrimineringsgrunder samverkar och förstärker varandra.

När diskrimineringsombudsmannen senast granskade landstingens arbete med aktiva åtgärder 2011 framkom att jämställdhetsarbetet i samtliga landsting höll högre kvalitet än arbetet mot diskriminering på grund av etnisk tillhörighet och religion eller annan trosuppfattning. Detta förklaras av större vana av jämställdhetsarbete, som varit föremål för krav på aktiva åtgärder sedan längre tid, samt att diskrimineringslagen är tydligare på just detta område.⁴⁹ Resultatet av diskrimineringsombudsmannens granskning visar att lagens utformning har betydelse, och stödjer SYLF:s uppfattning att diskrimineringslagens paragrafer om aktiva åtgärder behöver skärpas. Lika viktigt som att aktiva åtgärderna omfattar samtliga diskrimineringsgrunder är dock att åtgärdernas faktiska innehåll specificeras tydligare. Idag är det exempelvis i stor utsträckning upp till den enskilde arbetsgivaren att avgöra vad en jämställdhetsplan ska innehålla.

Till dess tvingande lagkrav skapats anser SYLF att arbetsgivarna måste ta sitt ansvar och självmant utveckla sina befintliga jämställdhetsplaner till planer för lika rättigheter och möjligheter. Dessa bör innehålla åtgärder för att minska förekomsten av diskriminering på alla grunder, konkreta mål, ansvarig(a) för målens uppfyllnad, samt en tidsplan för uppfyllnad och utvärdering. Arbetsgivarna måste också se till att dessa planer faktiskt används i praktiken. Arbetsgivarna kan och bör också förebygga diskriminering genom att tillämpa öppen rekrytering och transparenta anställnings- och lönekriterier.

Arbetsgivare och lagstiftare kan dock inte ensam utrota diskrimineringen. Läkarkollegiet utgör en viktig del av sin arbetsmiljö, och har själva ett stort ansvar. Läkarnormen är snäv, och att bryta mot den får konsekvenser – även för bemötandet från våra egna medarbetare. För att komma till rätta med en kultur som tillåter nedsättande kommentarer och diskriminering krävs därför också ett arbete inom kollegiet. Vi läkare måste medvetandegöra oss själva, och våga ifrågasätta och prata om bemötande och värderingar på arbetet. Tid och resurser behöver sättas av för utbildning, kontinuerlig reflektion och en levande diskussion om lika rättigheter och möjligheter på våra arbetsplatser. Om vi inte kan behandla varandra väl, hur ska vi kunna ge ett gott bemötande till våra patienter?

⁴⁹Diskrimineringsombudsmannen 2012:36f

Referenser

- Al-Zubaidi, Y. (2012). *Statistikens roll i arbetet mot diskriminering: rapport*. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.
- Andersson, J. (2012). *Genusgörande och läkarblivande. Attityder, föreställningar och förväntningar bland läkarstudenter i Sverige*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå Universitet.
- Arouni, A. J. & Rich, E. C. (2003). "Physician gender and patient care." *Journal of Gender Specific Medicine*, 6(1), s. 24–30.
- Bickel, J. (2001). "Gender Equity in Undergraduate Medical Education: A Status Report." *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(3), s. 261-270.
- Diskrimineringsombudsmannen (2009). "Aktiva åtgärder i arbetslivet: för lika rättigheter och möjligheter." Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.
- Diskrimineringsombudsmannen (2012.) "Rätten till sjukvård på lika villkor: rapport." Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.
- Diskrimineringsombudsmannen (2013). "Grundläggande om aktiva åtgärder", www.do.se/sv/Fakta/Fragor-och-svar/Aktiva-atgarder-i-arbetslivet/Aktiva-atgarder-i-arbetslivet1/, senast visad 2013-01-07.
- Eriksson, K. (2003). *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor: köns- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik*. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala universitet.
- Fridner, A. (2004). *Karriärvägar och karriärmönster bland disputerade läkare och medicinare*. Doktorsavhandling. Uppsala: Uppsala universitet.
- Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering (2006). "Hälsa, vård och strukturell diskriminering: rapport." Stockholm: Fritze.
- Hall, J.A. & Roter, D.L. (2002). "Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review." *Patient Education and Counseling*, 48(3), s. 217-244.
- Hamberg, K. (2008). "Gender bias in medicine." *Women's health*, 4(3), s. 237-243.
- Holge-Hazelton, B. & Malterud, K. (2009). "Gender in medicine does it matter?" *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(2), s. 139-145.
- Hunt P. (2007). *Mission to Sweden. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Report No.: A/HRC/4/28/Add.2. United Nations General Assembly, Human Rights Council.
- Johansson, E. & Hamberg, K. (2007). "From calling to a scheduled vocation: Swedish male and female students' reflections on being a doctor." *Medical teacher*, 29(1), s. 1-8.
- Lindberg, O. (2012). *'Let me through, I'm a doctor!' Professional socialization in the transition from education to work*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.
- Lindgren, G. (1999). *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber AB.
- Norstedt, M. & Davies, K. (2003). "Läkarutbildningen tycks 'immun' mot köns- och genusdiskussioner." *Läkartidningen*, 100(23), s. 2056-2062.
- Nyberg, F., Osika, I. & Evengård, B. (2008). "'The Laundry Bag Project'- unequal distribution of dermatological healthcare resources for male and female psoriatic patients in Sweden." *International Journal of Dermatology*, 47(2), s. 144-149.
- Ohlin, E. (2012). "Kvinnliga läkare tjänar fortfarande mindre än män på samma befattning." *Läkartidningen*, 109(17-18), s. 870.
- Ohlin, E. (2012b). "Barnläkare har lägst lön - patologer tjänar mest." *Läkartidningen*, 109(19), s. 938-940.
- Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (2006). "Diskriminering: ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa." Stockholm: Ombudsmannen mot etnisk diskriminering.
- Patientmaktsutredningen (2013). *Ansvarsfull hälso- och sjukvård: slutbetänkande*. Stockholm: Fritze
- Pingel, B., Schenck-Gustafsson, K. & Fridner, A. (2009). *Houpe-rapporten. Om ojämställdhet bland läkare*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

- Risberg, G., Hamberg, K. & Johansson, E. (2003a) "Gender awareness among physicians – the effect of gender. A study of teachers at a Swedish medical school." *BMC Medical Education*, 3(8).
- Risberg, G., Johansson, E.E. & Hamberg, K. (2011). 'Important... but of low status': male education leaders' views on gender in medicine." *Medical Education*, 45(6), s. 613-624.
- Risberg, G., Johansson, E.E., Westman, G. & Hamberg, K. (2003b) "Gender in medicine – an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes." *International journal for Equity in Health*, 2(10).
- Risberg, G., Johansson, E.E., Westman, G. & Hamberg, K. (2008). "Attitudes toward and experiences of gender issues among physician teachers: a survey study conducted at a university teaching hospital in Sweden." *BMC Medical Education*, 8(10).
- Robstad Andersen, G., Gjerløf Aasland, O., Fridner, A. & Tevik Lövseth, L. (2010). "Harassment among university hospital physicians in four European cities: Results from a cross-sectional study in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study)." *Work*, 37(1), s. 99-110.
- Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2004). "Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, s.19-26.
- Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2007). "To hide or not to hide, that is the question! Lesbians and gay men describe experiences from nursing work environment." *Journal of Homosexuality*, 52(3-4), s. 211-233.
- Socialstyrelsen (2004). "Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården." Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). "Läkarnas specialiseringstjänstgöring: föreskrifter och allmänna råd; målbeskrivningar." Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveriges Läkarförbund (2004). "Jämställda läkare – ett program från Sveriges Läkarförbund." Stockholm: Sveriges Läkarförbund.
- Sveriges Läkarförbund (2008). "Jämställd specialitetsval – handlingsplan." Stockholm: Sveriges Läkarförbund.
- Sveriges läkarförbund (2010). "Handlingsplan mot diskriminering." Stockholm: Sveriges Läkarförbund.
- Sveriges Läkarförbund (2013). "Handlingsplan för jämställt specialitetsval. Utvärdering av mål och delmål." Stockholm: Sveriges Läkarförbund.
- Trost, J. (2010). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Wamala, S.P., Lynch, J. & Kaplan, G.A. (2001). "Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm female coronary risk study." *International Journal of Epidemiology*, 30(2), s. 275-284.