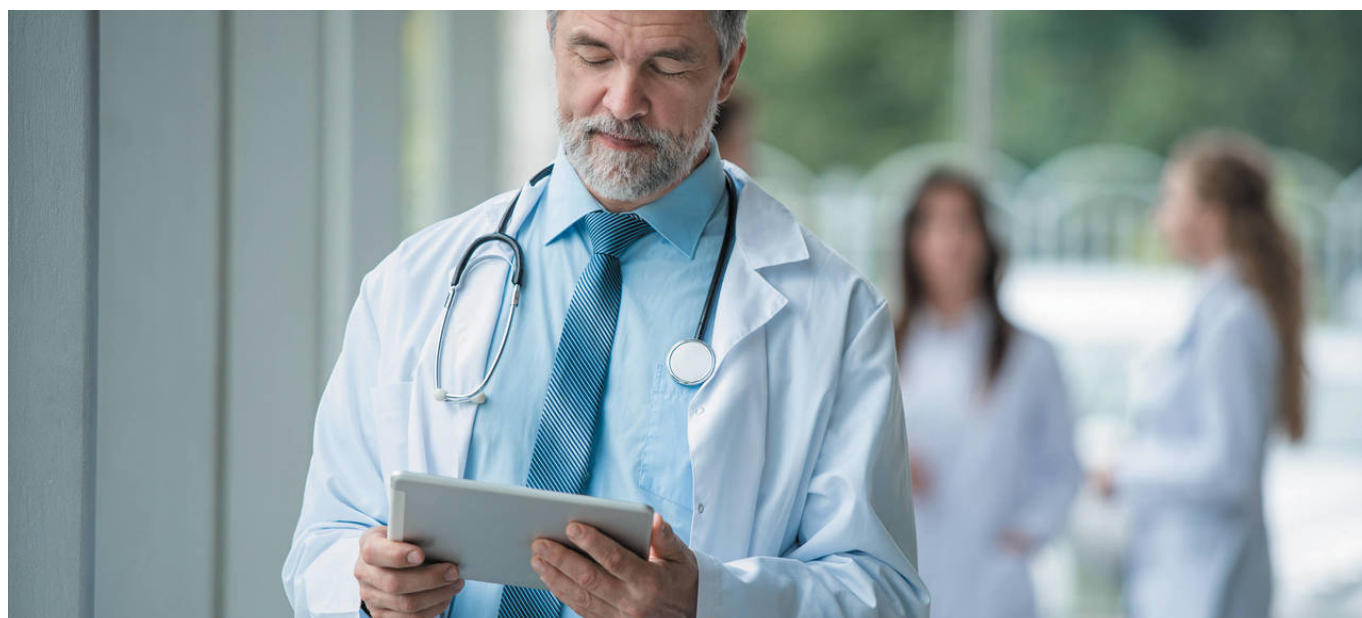




**Oliwia Tarasewicz-Gryt**, 2022-05-19 12:52

## Dlaczego kobiety w medycynie są dyskryminowane?



Fot. Getty Images/iStockphoto

**75 proc. młodych medyczek doświadcza dyskryminacji ze względu na płeć - wynika z raportu portalu Będąc Młodym Lekarzem i inicjatywy Polki w medycynie. Są w branży większością, ale to męska mniejszość obsadza większość kierowniczych stanowisk i nie ma interesu w podważaniu status quo. Zmiany są jednak niezbędne, by przyciągnąć, zatrzymać pracownice i zapewnić im rozwój.**

Wykształcenie specjalisty trwa w ochronie zdrowia latami, a doświadczenie jest kluczową wartością. Personel jest więc tak cenny, że pracodawcy powinni się starać go zatrzymać wszelkimi dostępnymi środkami. W branży medycznej, szczególnie w sektorze publicznym, trudno zagwarantować pracownikom takie benefity jak np. w korporacjach. Gdy szpital szuka specjalisty, oprócz pensji może zaoferować właściwie tylko możliwość rozwoju. O chęci pracy czy pozostania w danej organizacji decyduje jednak nie tylko wynagrodzenie. To także poczucie przynależności do zespołu, świadomość, że jest się dostrzeganym, cenionym i szanowanym. Do tego potrzebne jest równe traktowanie, niezależnie od płci, wieku, stanowiska, narodowości czy formy zatrudnienia.

Tymczasem z opublikowanego niedawno raportu z badań, przeprowadzonych przez zespół portalu Będąc Młodym Lekarzem oraz organizację Polki w medycynie wynika, że 73,5% wszystkich medyczek doświadczyło dyskryminacji ze względu na płeć. Najgorzej wygląda to w specjalizacjach zabiegowych, gdzie nierówne traktowanie zgłosiło 85,4% osób – piszą autorki raportu, w którym udział wzięło 1279 kobiet oraz 55 mężczyzn. Procentowo najczęściej dyskryminacji doświadczały ratowniczkarki medyczne (93,7%) i lekarki (82,6%). – Musimy powiedzieć otwarcie, że dbanie o pracowników, ich satysfakcję z pracy czy zdrowie psychiczne, chociażby zapobieganie wypaleniu zawodowemu, nie jest powszechne w systemie ochrony zdrowia – mówi lek. Hanna Kozłowska, redaktorka naczelna BML.

### **„Ach, przesadzasz, to tylko żarcik”, czyli rzecz o mikroagresjach**

Dyskryminacja to nierówne, nieuzasadnione i krzywdzące traktowanie osób ze względu na ich przynależność grupową. Zgodnie z Konstytucją RP i Kodeksem Pracy jest bezprawna. „Równouprawnienie płci stanowi podstawową wartość UE, prawo podstawowe i kluczową zasadę europejskiego filaru praw socjalnych. Jest odzwierciedleniem naszej tożsamości. Stanowi również nieodzowny warunek innowacyjności, konkurencyjności i dobrej kondycji europejskiej gospodarki” – możemy przeczytać w komunikacie Komisji Europejskiej.

Z jakimi przejawami dyskryminacji najczęściej spotykają się polskie medyczkarki? Ponad 70% mówi o wypowiedziach odwołujących się do krzywdzących stereotypów, żartach i komentarzach. Aż połowa często doświadcza uwag związanych z fizjologią. To tak zwane mikroagresje, czyli zachowania i codzienne komentarze, pytania, żarty, które sprawiają, że osoba, do której są adresowane, czuje się ignorowana, pomijana czy poniżana. To często nieświadomy sposób zwracania się, nacechowany wyższością, wynikającą z przynależności do grupy większościowej/dominującej. Ich autor często nie ma intencji obrażenia drugiej osoby. Mikroagresją jest kwestionowanie doświadczeń osób, które skarżą się na dyskryminację, np.: „Oj, przesadzasz, jesteś przewrażliwiona, nic wielkiego się nie stało”, „Nie obrażaj się, to tylko żarcik”. Mikroagresją są też niewłaściwe założenia dotyczące priorytetów zawodowych i rodzinnych lub ambicji zawodowych, np. założenie, że kobieta stworzy rodzinę i odsuwanie jej od awansu na tej podstawie.

### **Kobiety w polskiej nauce i klinice są niewidoczne**

Dyskryminacja to także utrudnianie rozwoju zawodowego i nierówny dostęp do konferencji, badań i szkoleń.

– Z uwagi na „odgórny” system rekrutacji na rezydentury wydawać by się mogło, że dostęp do kształcenia w wybranej specjalizacji będzie niezależny od płci. Natomiast przy przeprowadzaniu raportu poznałyśmy wiele historii kobiet z dziedzin zabiegowych, które nie są dopuszczane do operacji w podobnym zakresie, co nasi koledzy, co – jak wiadomo – stanowi podstawę szkolenia. Jedna z nich, mimo otrzymania miejsca rezydenckiego z chirurgii ogólnej, usłyszała wprost, że nie ma tu dla niej miejsca. Ale tak naprawdę, zniechęcanie kobiet do specjalizacji zabiegowych zaczyna się już na studiach – słyszymy, że się do tego nie nadajemy, że to nie dla kobiet, widzimy, że ich koledzy są chętniej brani do asyst podczas zajęć. Nietrudno sobie wyobrazić, że w takiej sytuacji mogą rzadziej decydować się na tę ścieżkę, mimo osobistych preferencji czy dyspozycji – mówi lek. Hanna Kozłowska, współautorka raportu.

– Inicjatywa Polki w medycynie wzięła się z osobistego doświadczenia trudności w znalezieniu mentora, który poprowadziłby mnie na początku ścieżki naukowej. Jeżdżąc na konferencje zauważyłam również, że kobiety w polskiej nauce i klinice są zupełnie niewidoczne, niedoceniane, są od „brudnej roboty”. Dopiero praca w innych krajach otworzyła mi oczy na to, jak może wyglądać medycyna i traktowanie kobiet – twierdzi lek. Małgorzata Osmola, inicjatorka Polek w medycynie. Znalazło to potwierdzenie w raporcie BML – jedna na pięć kobiet miała utrudniony awans lub objęcie stanowiska kierowniczego z uwagi na płeć, a jedna na cztery doświadczyła utrudnionego dostępu do szkoleń, konferencji czy stypendiów. 21,3%

respondentek przyznało, że otrzymywały niższe wynagrodzenie niż mężczyźni na tym samym stanowisku.

Raport jest o tyle specyficzny, że odpowiedzi udzielały głównie młode pracownice. – Zarówno Będąc Młodym Lekarzem, jak i Polki w medycynie są śledzone głównie przez osoby w wieku 20–35 lat, a to właśnie na naszych profilach oparliśmy promocję ankiety. Tylko sto ankietowanych kobiet miało więcej niż 35 lat. Jest to istotne ograniczenie naszego badania, a rozszerzenie projektu o starsze grupy wiekowe jest jednym z pomysłów na jego kontynuację – wyjaśnia Aleksandra Gładyś, współautorka raportu.

### **Szklany sufit**

Więcej kobiet na stanowiskach kierowniczych to większe prawdopodobieństwo lepszych wyników. Z analizy przeprowadzanej cyklicznie przez firmę doradztwa strategicznego McKinsey wynika, że w firmach o największej różnorodności płci w zespołach kierowniczych prawdopodobieństwo osiągnięcia ponadprzeciętnej rentowności rośnie o 25%. „Science” opublikowało w 2010 roku badania, wykazujące, że bardziej zróżnicowane grupy mają większy potencjał w znajdowaniu korzystnych rozwiązań a zespoły, w skład których wchodzi kobiety, są bardziej skuteczne.

W ochronie zdrowia nie ma problemu z reprezentacją kobiet, ale ze zbyt małą liczbą kobiet na stanowiskach kierowniczych. – W szpitalu, w którym pracuję, na 20 klinik tylko 2 są kierowane przez kobiety. Żadna uczelnia medyczna nie jest kierowana przez rektorkę. To mówi samo za siebie – mówi lek. Małgorzata Osmola. Dlatego im bliżej szczytu, tym bardziej dominuje męskie postrzeganie i związane z nimi uprzedzenia, co znajduje odzwierciedlenie w traktowaniu kobiet w organizacji. Zobrazujmy to przykładem – w pewnej dużej firmie produkcyjnej w sytuacji niedoboru kadr zdecydowano się przyjąć więcej kobiet. Udało się je ściągnąć do pracy, jednak okazało się, że w ich szatniach nie ma drzwi. Kobiety poprosiły, by rozwiązać ten problem i zapewnić im intymność, co zostało przez kierownika odebrane jako roszczeniowość. Zareagował zdziwieniem – czy jako kobiety (w domyśle genetycznie predysponowane do szycia) nie możecie sobie same uszyć i powiesić zasłonek? Po kilku miesiącach z kilkudziesięciu kobiet zostały trzy, najbardziej zdeterminowane.

Ten problem można było rozwiązać inaczej – na przykład zatrudniając kobietę na stanowisku kierowniczym lub chociaż konsultując z menedżerkami wprowadzanie rozwiązań, czy po prostu pytając nowe pracownice o ich potrzeby. Menedżer czy dyrektor, ciężko pracujący i obarczony odpowiedzialnością może zwyczajnie nie zauważać potrzeb, których sam nie odczuwa, dlatego tak ważna jest różnorodność na stanowiskach menedżerskich i dobry, dwukierunkowy przepływ informacji.

### **Czyja to wina, że kobiety nie awansują?**

Niektórzy są zdania, że kobiety są same sobie winne, bo za mało walczą o siebie. Analiza dokumentacji personalnej firmy Hewlett Packard wykazała, że kobiety nie ubiegały się o awans, jeśli nie uważały, że spełniają 100 proc. kwalifikacji wymaganych na danym stanowisku. Natomiast mężczyźni składali podania, jeśli sądzili, że spełniają 60 proc. wymagań. Kobiety są też mniej skłonne do autopromocji – część z nich odbiera ją jako arogancję. – Myślałam, że wszyscy dostają wszystko dzięki ciężkiej pracy, a potem zdałam sobie sprawę, że tak nie jest. Zobaczyłam, że mój szef buduje osobiste relacje. W miarę awansowania na wyższe stanowiska relacje osobiste stają się coraz ważniejsze – mówi dyrektorka generalna, uczestniczka badania „Women in workplace” prowadzonego przez McKinsey w 2020 roku.

Niska reprezentacja kobiet na kierowniczych stanowiskach to jednak głównie wina systemu, kultury i przekonań. Badania na temat barier i ograniczeń karier kobiet w biznesie oraz polityce dowodzą, że preferowanie mężczyzn przy obsadzaniu stanowisk decyzyjnych wynika z kojarzenia ich z dyspozycyjnością i cechami potrzebnymi w zarządzaniu. Duże znaczenie ma też męska solidarność, a więc poszukiwanie kandydatów przede wszystkim wśród „swoich”.

## **Mężczyźni wolą „swoich”?**

Kluczem do awansu jest zaufanie. Buduje się je dzięki umiejętnościom i właściwej postawie (opartej na uczciwości). Jest jednak jeszcze trzeci obszar, wpływający na podejmowanie decyzji opartych na zaufaniu, który możemy rozumieć jako „pokrewieństwo” lub podobieństwo. Naukowcy sugerują, że kobietom jest znacznie trudniej osiągnąć ten sam poziom zaufania w miejscach pracy zdominowanych przez mężczyzn. Wielu mężczyzn automatycznie obdarza przedstawicieli swojej płci zaufaniem i szacunkiem, zaś kobiety muszą na początku na to zapracować. – Sieci kontaktów wpływają na to, jakich ludzi zatrudniasz. Męskie sieci zazwyczaj koncentrują się na płci. Dla białych prezesów jest naturalne, że nie mają oni sieci kontaktów szerszych niż ich doświadczenie, więc nie dostrzegają kobiet i mniejszości – mówi jeden z liderów w dużej organizacji badanej przez firmę konsultingową Deloitte. O wiele łatwiej jest budować empatię z osobami podobnymi, a mężczyźni mają o wiele więcej wspólnych doświadczeń życiowych z mężczyznami.

Ten nieuchwytny czynnik „pokrewieństwa” wpływa na decyzje dotyczące zatrudniania i awansowania. Działa to oczywiście w obie strony – w pewnych sytuacjach/branżach wyklucza się. Ważne jest zrozumienie, że wszyscy kierujemy się nieuświadomianymi uprzedzeniami, które mogą decydować o tym, kto zostanie zatrudniony, wysłany na szkolenie, zaproszony do projektu lub awansowany. Aby tego uniknąć potrzebna jest świadomość tych uprzedzeń (uzyskana np. dzięki szkoleniom), a następnie ich eliminowanie poprzez ustalanie równych, merytorycznych, transparentnych kryteriów oceny i awansu.

## **Inkluzja się opłaca**

Celem zarządzania różnorodnością (Diversity, Equity & Inclusion – DEI) nie jest sztuczne poprawianie szans czy awanse wymuszone potrzebą zrealizowania narzuconych wskaźników i parytetów. Inkluzja to proces wzmocnienia i umożliwiania rozwoju naturalnych i indywidualnych potrzeb pracowników, dbania o ich osobiste cele, które mogą być osiągnięte bez szkody dla innych i dla organizacji.

To stopień, w jakim pracownik jest akceptowany i traktowany jako „swoj” przez innych uczestników organizacji. Różnorodność jest faktem, a dobre zarządzanie nią się po prostu opłaca. Zapobiega wypaleniu zawodowemu, pozwala zatrzymać najlepszych pracowników i przyciąga kolejnych.

Poza różnicą płci na uczelniach medycznych, w przychodniach i szpitalach spotykamy się z dużą różnorodnością kulturową. Spore znaczenie w hierarchicznych strukturach ma też różnorodność wiekowa. Niedyskryminowanie żadnej z grup to zaledwie pierwszy krok w stronę inkluzji. Pójście dalszą drogą wymaga przekonania, że odmienne perspektywy i doświadczenia przyczyniają się do podejmowania lepszych decyzji i rozwoju całej organizacji. Nie jest to łatwe, ponieważ wymaga wysłuchania pracowników (czasem po raz pierwszy), poznania ich potrzeb, stworzenia procedur zgłaszania niepożądanych zachowań, transparentnych systemów oceniania pracowników i kryteriów awansu.

## **Przełamać tradycję**

Z raportu BML i Polek w medycynie wynika, że dyskryminacja kobiet ma ugruntowaną tradycję już na uczelniach, a kolejne szczeble kariery nie pozwalają się od niej uwolnić. Pierwszy krok w niwelowaniu dyskryminacji to nagłośnienie jej. Przyznanie, że istnieje i zaprzestanie bagatelizowania odczuć dyskryminowanych grup. Potrzebne są zasady monitorowania i zgłaszania przypadków dyskryminacji zarówno na uczelniach, jak i w miejscach pracy. To się już częściowo wprowadza.

Mówi się też o rozwiązaniach, które pozwolą uniknąć stereotypowo męskich kryteriów promocji, grantów i nagród oraz budować skuteczność przywództwa wśród lekarek, pielęgniarek i naukowiec, np. poprzez programy mentoringu.

Zdaniem lek. Małgorzaty Osmoli nic tak nie walczy z dyskryminacją niż zmiana prawodawstwa. – W wielu europejskich towarzystwach naukowych na konferencjach wymaga się, aby stosunek kobiet do mężczyzn w panelu dyskusyjnym był równoważny, a to daje świetne rezultaty – pojawienie się „nowych twarzy” – kobiet, które aktywnie pracują naukowo, co daje nowe spojrzenie na temat, aktywizację młodych osób, w tym kobiet. W ostateczności parytety dają same pozytywy.

Aby uniknąć wpływu nieświadomych uprzedzeń, ważne jest ustalenie takich kryteriów oceny pracownika, które umożliwią gromadzenie obiektywnych, mierzalnych i adekwatnych danych, a uniemożliwią kierowanie się pozamerytorycznymi czynnikami. Dzięki temu postępy, jakie czynią zarówno kobiety, jak i mężczyźni będą postrzegane przez wszystkich jako oparte na zasługach.

Nie możemy zapominać, że samo zagwarantowanie równego traktowania i równych szans kobietom i mężczyznom wymaga stałej refleksji, szukania szans na pozyskanie informacji zwrotnej i oceny skuteczności wprowadzanych rozwiązań. Trzeba edukacji i podnoszenia świadomości, jak równość powinna wyglądać, jak realizuje się ją w innych krajach czy nawet w innych branżach.

*Źródło: „Służba Zdrowia”*