

## *Žene i vodstvo zdravstvenih sustava: sistemizirana analiza literature*

*Dagmar Radin\**

UDK: 369.22-055.2(4)  
347:614>-055.2(4)

<https://doi.org/10.31297/hkju.23.1.2>

Original paper / izvorni znanstveni rad

Received / primljeno: 28. 2. 2022.

Accepted / prihvaćeno: 8. 7. 2022.

U ovom sistemiziranom pregledu istražuje se postojeća literatura objavljena od 1990. do travnja 2021. o napredovanju žena do vodećih pozicija u zdravstvu u europskim zemljama. Rezultati upućuju na to da se malo postojećih studija bavi napredovanjem žena do vodećih pozicija u zdravstvu u europskim zemljama. Studije analizirane u ovom članku pokazuju da su ravnoteža između poslovnog i privatnog života, društveni rodni stereotipi, profesionalni elitizam i nedostatak institucijske potpore ženama u karijeri kao što su mentorstvo ili fleksibilno radno vrijeme glavni čimbenici koji sprječavaju žene da napreduju do vodećih pozicija u zdravstvenom sustavu. Isto tako, mjere poput formalnog mentorstva, fleksibilno radno vrijeme i ugovor o radu kraćem od punog radnog vremena smatraju se institucijskim mjerama koje bi mogle pomoći u prevladavanju nekih prepreka razvoju karijere žena u zdravstvenoj skrbi.

---

\* dr. sc. Dagmar Radin, redovita profesorica na Fakultetu političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska (Full Professor at the Faculty of Political Sciences, University of Zagreb, Croatia, email: dradin@fpzg.hr).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8636-9516>

*Ključne riječi:* rod, zdravstveni sustavi, vodstvo, zdravstvena radna snaga, Europa

## 1. Uvod

Rodna ravnopravnost ključan je element ciljeva održivog razvoja (SDG, *Sustainable Development Goals*), a SDG5 ima za cilj postizanje rodne ravnopravnosti te osnaživanje svih žena i djevojčica. Države članice Svjetske zdravstvene organizacije u europskoj regiji (SZO EURO) prednjače u razini rodne ravnopravnosti od svih regija te organizacije, ali nijedna država članica još nije postigla punu ravnopravnost (Global Gender Gap Report, 2018). Nadalje, iako su zemlje Europske unije među najrazvijenijim zemljama svijeta, postoje bitne nejednakosti u svim ključnim dimenzijama u smislu roda, kao što je prikazano ažuriranim Indeksom Europskog instituta za rodnu ravnopravnost (EIGE Indeks, 2021). Unatoč napretku postignutom posljednjih desetljeća, veza između rodne ravnopravnosti i zdravlja još se nedovoljno razumije (Heise et al., 2019).

Premda brojni istraživači ističu da je način na koji sustav javnog upravljanja utječe na performanse zdravstvenih sektora u pojedinim zemljama jedno od najvažnijih pitanja za ocjenu djelotvornosti i učinkovitosti tih sustava, o tom pitanju donedavno su postojala razmjerno ograničena istraživanja (Klomp & de Haan, 2008). No u posljednjih desetak i više godina pojavila su se brojna istraživanja koja su zahvatila to pitanje, a jedno od važnih pitanja koje je donio novi val istraživanja odnosilo se na rodnu ravnopravnost u vodstvu zdravstvenih sektora.

Kada je u pitanju zdravstveni sektor, žene čine više od dvije trećine radne snage diljem svijeta. Nekoliko izvješća o ulozi žena u funkcioniranju zdravstvenog sustava dokumentiralo je njihovu važnu ulogu u stvaranju održivih sustava zdravstvene skrbi (Dhatt et al., 2017). Iako nije lako naći istraživanja koja mjere direktne poveznice između rodne ravnopravnosti zdravstvenih sustava i njihove responzivnosti na zdravstvene potrebe žena (i djece) (Harmer, 2011), jasno je da su žene zdravije u sustavima gdje su njihova prava zaštićena (Murthy i Smith, 2010). Ekstreman primjer kako rodne nejednakosti utječu na sposobnost zdravstvenog sustava da pruža brzu i učinkovitu zdravstvenu skrb jest Afganistan 1990-ih za vrijeme vladavine talibana kada je ženama liječnicama bilo zabranjeno pružati zdravstvenu skrb te pritom kompromitiran pristup i kvaliteta zdravstvene skrbi (Akseer et al., 2016).

Nadalje, neka su istraživanja pokazala da uključenje žena u upravljanje znatno utječe na smanjenje korupcije u društvu time što se žene zalažu za politike koje distribuiraju benefite na širu populaciju (Swamy et al., 2001; Jin, 2016) te se može pretpostaviti da bi veća zastupljenost žena u zdravstvenim upravljačkim strukturama imala pozitivan učinak na zdravstvene politike. Ulogu ženu naglasila je svjetska pandemija COVID-19 jer je otpornost zdravstvenih sustava diljem svijeta stavljena na kušnju; dovedena je u pitanje njihova sposobnost ne samo da se bave bolešću povezanom s pandemijom već i da nastave pružati drugu redovitu medicinsku skrb te se pokazalo da su zemlje u kojima su žene bile u vodstvu puno uspješnije odgovorile na COVID krizu preko pokazatelja kao što je smrtnost (Kamani et al., 2020). Stoga se učinkoviti i responzivni zdravstveni sustavi uvelike oslanjaju na kvalitetu i zadovoljstvo svoje radne snage.

Povećanje broja žena na vodećim pozicijama nije važno samo radi postizanja rodne ravnopravnosti i ispunjavanja međunarodnih sporazuma kao što su UN Agenda 2030 i Izvješće o globalnom zdravlju 50/50 (Global Health 50/50, 2020). Naime, više žena na vodećim pozicijama unosi raznolikost i poboljšava proces odlučivanja iz nekoliko razloga: one uvode različite kvalitete vodstva kao što su empatija, suradnja, inkluzivnost i ustrajnost te donose drukčiju perspektivu u donošenje odluka i u rješavanje problema zato što dolaze iz drukčije pozadine i imaju iskustva koja im omogućuju da percipiraju i razmatraju probleme i okolnosti (Vassie, Smith & Leedham-Green, 2020).

Ipak, iako diljem svijeta žene čine otprilike 70 % zdravstvene radne snage, relativno ih malo drži vodeću poziciju tijekom svoje profesionalne karijere. Izvješće Svjetske zdravstvene organizacije iz 2019. pokazalo je da su profesionalna segregacija, diskriminacija, seksualno uznemiravanje i pristranost, kao i razlika u plaćama među spolovima, važni čimbenici koji sprječavaju žene da postignu rodnu ravnopravnost (WHO, 2019). Isto izvješće utvrđuje da općenito muškarci drže 80 % organizacija i da samo 31 % zdravstvenih organizacija vode žene (WHO, 2019). Podzastupljenost žena na vodećim pozicijama u zdravstvu vidljiva je u svim područjima zdravstvene skrbi: dekani medicinskih fakulteta, šefovi delegacija Svjetske zdravstvene skupštine i izvršni direktori tvrtki koje se bave zdravstvom na listi *Fortune 500* u pravilu su muškarci iako žene čine veliku većinu zdravstvene radne snage, a u području dugotrajne skrbi čak ih je više od 90 %. Prepreke za napredovanje žena do vodećih pozicija prisutne su na individualnoj, međuljudskoj i institucijskoj razini, na razini zajednice te na razini javnih politika. Istraživanja su pokazala da je poboljšanje rodne ravnopravnosti nužno za jačanje zdravstvene radne snage te da su neuspje-

si u distribuciji, mješavini vještina te politici i planiranju ljudskih resursa vezani uz neuspjeh čelnika ljudskih resursa u zdravstvu da uključe rodnu ravnopravnost u njihovo planiranje (Reichenbach, 2007).

Do danas je nekoliko izvješća i studija istraživalo razloge tako niske uzlazne mobilnosti žena u zdravstvenom sektoru. Velika većina postojećih studija bavi se ženama u zdravstvenom vodstvu s fokusom na Sjedinjene Države (Lantz, 2008; McDonagh et al., 2014; Oertelt-Prigione, 2020). Pokrivaju pitanja o tome što utječe na žene tijekom njihove karijere te što utječe na napredovanje žena unutar određenog radnog područja (Carr et al., 2003; Valentine, 2020). Na osnovi razumijevanja društvenih odrednica zdravlja i postavljanja planova UN-a s obzirom na milenijske ciljeve, a odnedavno i ciljeve društvenog razvoja, sve se bolje proučava međusobna povezanost društvenih i ekonomskih čimbenika i zdravlja, uključujući one koji utječu na sposobnost žena da napreduju do vodećih uloga u zdravstvenom sektoru (George, 2007). Nadalje, neke studije usmjerene na zemlje s niskim i srednjim dohotkom (Zeinali, 2021; Shung-King et al., 2018; Vong et al., 2019; Kodagoda, 2018; Tlaiss, 2013) bave se društvenim i ekonomskim čimbenicima koji utječu na mogućnost žena da uspiju kao liderice u zdravstvenoj skrbi, a neke druge utvrđuju da rodne uloge, odnosi, norme i očekivanja utječu na napredovanje i vodstvo na više razina (Dhatt et al., 2017).

Unatoč sve većem broju studija o rodnoj ravnopravnosti u zdravstvenoj skrbi, studije koje se usredotočuju na napredovanje žena do vodećih pozicija još su rijetke, osobito u Europi. Iako zdravstvena politika, prema Ugovoru iz Maastrichta, ostaje u domeni država članica, ustavna asimetrija stvorena slobodnim kretanjem radne snage, uključujući zdravstvenu, i njezine posljedice za tržište rada EU-a dodatno naglašavaju potrebu za politikama koje će povećati rodnu jednakost u zdravstvenoj radnoj snazi.

Analizirajući prepreke s kojima se žene susreću u usponu na vodeće pozicije u zdravstvu, ovaj sistematizirani pregled literature naglašava potrebu za znatnim proširenjem opsega istraživanja u tom području. Rezultati pregleda pokazuju da je u Europi pitanje rodne ravnopravnosti u zdravstvenom vodstvu itekako nedovoljno istraženo i da je nužno iznova posvetiti veliku pozornost toj problematici kako bismo se primakli ostvarenju globalnih ciljeva rodne ravnopravnosti u zdravstvu.

## 2. Metode

Studija se koristi sistematiziranim pregledom literature o rodu i zdravstvenom vodstvu te intersekcionalnosti kao prizmom u europskom kontekstu. Proces sistematiziranog pregleda modelira proces sustavnog pregleda literature, ali odabrali smo tu metodu umjesto sustavnog pregleda jer za nju nisu nužna dva recenzenta i procjena kvalitete ocijenjene literature (Grant & Booth, 2009). Bila nam je, naime, potrebna veća fleksibilnost u identifikaciji postojeće literature s obzirom na to da smo očekivali relativno malen broj članaka o ovoj relativno novoj temi.

Prizma intersekcionalnosti usmjerila nas je na identifikaciju dominantnih društvenih stratifikatora unutar pregleda literature poput roda, rase itd. Intersekcionalnost je koncept koji je prvi uveo Kimberle Crenshaw prije tri desetljeća te se pojavio kao okvir za objašnjavanje i rješavanje nejednakosti, a u novije vrijeme stječe popularnost u zdravstvenim ishodima i istraživanjima sustava (Larson et al., 2016). Intersekcionalnost promiče razumijevanje ljudskih bića oblikovanih interakcijom različitih društvenih točaka kao što su rasa / etnička pripadnost, autohtono podrijetlo, spol, klasa, seksualnost, zemljopis, dob, invalidnost/sposobnost, migracijski status, religija. Te se interakcije događaju unutar konteksta povezanih u sustave i strukture moći uključujući zakone, politike, državu, vlade i druge političke i ekonomske unije, vjerske institucije i medije. Kroz takve procese stvoreni su međuovisni oblici privilegija i ugnjetavanja oblikovani kolonijalizmom, imperijalizam, rasizam, homofobija, ableizam i patrijarhat (Gopaldas, 2013).

Literatura obuhvaćena pregledom identificirana je s pomoću tri elektroničke baze podataka: PubMed, Scopus i Web of Science. Ključne riječi korištene za pretraživanje uključivale su *leadership* (vodstvo), *gender* (rod), *health workforce* (zdravstvena radna snaga) te *health systems* (zdravstveni sustavi) i *Europe* (Europa). Kombinacija pojmova za pretraživanje rabila se unutar svake baze podataka koristeći Boolean operator AND, OR. Pretraživanje je provedeno tijekom travnja i studenoga 2021. i uključivalo je članke objavljene od siječnja 1990. do danas. Pretraga je ograničena na članke na engleskom jeziku te uključuje izvorne znanstvene i pregledne članke. Naslovi i sažeci uključeni su ako zadovoljavaju sve kriterije uključena navedene u tablici 1.

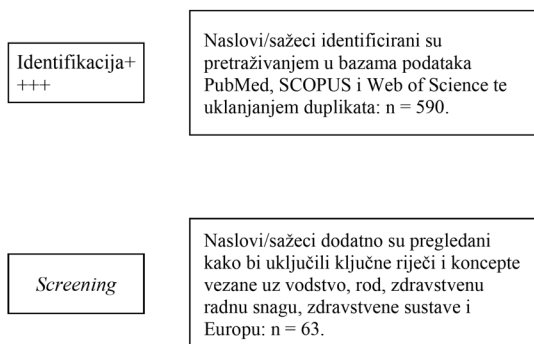
Tablica 1: Kriteriji uključenja i isključenja

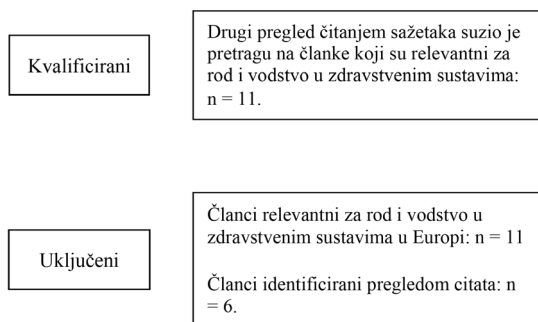
Parametri	Kriteriji uključenja	Kriteriji isključenja
jezik	studije napisane na engleskom	studije koje nisu napisane na engleskom
vremenski okvir	studije objavljene od 1990.	studije objavljene do 1990.
vrsta studije	znanstveni rad, pregledni rad	urednički članci, mišljenja, komentari, siva literatura
fokus studije	odnosi se na vodeće pozicije	ne odnosi se na vodeće pozicije
	odnosi se na zdravstvene sustave	ne odnosi se na zdravstvene sustave
	fokusira se na vodstvo u zdravstvenom sustavu	ne fokusira se na vodstvo u zdravstvenom sustavu
	fokusira se na rod / rodnu nejednakost	ne fokusira se na rod / rodnu nejednakost

Izvor: autorica.

Nakon što su uklonjeni duplikati, pretraga je dala 590 naslova/sažetaka. Oni su zatim dodatno pregledani upotrebom ključnih riječi i relevantnih pojmova, što je dalo 63 članka prema PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) dijagramu na slici 1. Nakon detaljnijeg proučavanja cijelog teksta svakog članka utvrđeno je da ih je samo 11 relevantno za rod i vodstvo u zdravstvu u europskom kontekstu. Uključeno je, dakle, 11 članaka, a još je šest dodano nakon pregleda studija citiranih u tim radovima.

Slika 1: PRISMA dijagram





Izvor: autorica.

### 3. Rezultati

#### 3.1. Rod i vodstvo u zdravstvenim sustavima

Rodno uvjetovane prepreke identificirane u ovom pregledu odnose se na prepreke s kojima se susreću žene i uključuju: 1) relativni manjak pristupa mogućnostima mentorstva ili sponzorstva, 2) veću vjerojatnost da će preuzeti dvostruki teret profesionalnog rada te brige o djeci i rada u kućanstvu, 3) relativni manjak pristupa resursima koji povoljno utječu na razvoj karijere, 4) pretpostavke da je njihov način vodstva manje učinkovit u kontekstu najviših rukovodećih pozicija u odnosu na način muškaraca.

Rasprave obrađuju i druge čimbenike koji mogu utjecati na manifestiranje prepreka s kojima se žene suočavaju u različitim profesionalnim sferama. Tablica 2 daje sažet prikaz identificiranih društvenih stratifikatora u pregledanim studijama, uključujući sustave i strukture koji postavljaju prepreke napredovanju žena do rukovodećih pozicija.

Iako postoji inherentno uvjerenje da će imenovanje žena na ključne vodeće pozicije (kao što su izvršni odbori, upravni odbori itd.) povećati broj žena na vodećim pozicijama općenito, studija četiri glavna akademska zdravstvena centra u Europskoj uniji pokazala je da su se u uvjetima, takoreći, napukloga „staklenog stropa“ u vezi s najvišim rukovodstvom, u kojem je sada više žena, prepreke za žene premjestile na menadžment srednje razine te da su i dalje jake što se tiče akademskih pozicija, što doводи u pitanje prijašnje pretpostavke o utjecaju veće zastupljenosti žena na vrhu na niže razine upravljanja (*top down* efekt) (Kuhlmann et al., 2017).

## CROATIAN AND COMPARATIVE PUBLIC ADMINISTRATION

Tablica 2: Sažetak rezultata

Autori	Studija	Uključeni društveni stratifikatori	Uključeni sustavi i strukture	Vrsta članka
Pompili et al. (2021)	<i>Women in thoracic surgery: European perspectives</i>	rod, kadar, kultura	seksizam, patrijarhat, upravljanje, profesionalni elitizam	pregledni znanstveni
Kalaitzi et al. (2019)	<i>Exploring women healthcare leaders' perceptions on barriers to leadership in Greek context</i>	rod, kultura, kadar	seksizam, patrijarhat, upravljanje	izvorni znanstveni
Schueller-Weidemann & Kautzky-Willer (2012)	<i>Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions</i>	rod, financijski status	seksizam, patrijarhat, upravljanje	izvorni znanstveni
Javadi et al. (2016)	<i>Women who lead: successes and challenges of five health leaders</i>	rod, kadar	seksizam, patrijarhat, upravljanje, profesionalni elitizam	izvorni znanstveni
Czabanovska, Myrup & Aleksandrova (2018)	<i>Women leadership for public health: The added value and needs of women driving public health system reform in Ukraine</i>	rod, kultura, kadar	seksizam, patrijarhat, profesionalni elitizam, upravljanje	izvorni znanstveni
McGowan & Stokes (2019)	<i>Leaning in and speaking up? Students' perceptions of female leadership in healthcare</i>	rod, financijski status	seksizam, patrijarhat, upravljanje	izvorni znanstveni
Wah & Belli (2018)	<i>The interventional radiology (IR) gender gap: A prospective online survey by the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE)</i>	rod, kultura, kadar	seksizam, profesionalni elitizam, upravljanje	izvorni znanstveni
Kuhlmann et al. (2017)	<i>Closing the gender leadership gap: a multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union</i>	rod	upravljanje	izvorni znanstveni



Vassie, Smith & Leedham-Green (2020)	<i>Factors impacting on retention, success and equitable participation in clinical academic careers: a scoping review and meta-thematic synthesis</i>	rod, kadar	seksizam, patrijarhat, profesionalni elitizam	pregledni znanstveni
Bucknor et al. (2018)	<i>Gender inequality for women in plastic surgery: A systematic scoping review</i>	rod, kultura, kadar, financijski status	seksizam, patrijarhat, upravljanje	pregledni znanstveni
Sebrant (1999)	<i>Being female in a health care hierarchy: On the social construction of gender and leader identity in a work organization having a predominance of women</i>	rod, kultura	seksizam, patrijarhat, upravljanje	izvorni znanstveni
Kawase et al. (2016)	<i>Factors that can promote or impede the advancement of women as leaders in surgery: Results from an international survey</i>	rod, kultura	seksizam	izvorni znanstveni
Kalaitzi et al. (2017)	<i>Women leadership barriers in healthcare, academia and business</i>	rod, kultura, financijski status, rasa, kadar	seksizam, patrijarhat, upravljanje	izvorni znanstveni
Bellini et al. (2019)	<i>A woman's place is in theatre: women's perceptions and experiences of working in surgery from the Association of Surgeons of Great Britain and Ireland women in surgery working group</i>	rod, kultura, kadar	seksizam, patrijarhat, upravljanje, profesionalni elitizam	izvorni znanstveni
Czabanowska et al. (2017)	<i>Exploring the added value of women health care managers in Poland</i>	rod	seksizam	izvorni znanstveni
Kvèrner, Aasland & Botten (1999)	<i>Female medical leadership: Cross sectional study</i>	rod, kultura, financijski status	seksizam, patrijarhat, upravljanje	izvorni znanstveni
Ziegler et al. (2017)	<i>Male and female residents in postgraduate medical education – A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany</i>	rod	seksizam, upravljanje	izvorni znanstveni

Izvor: autorica.

*Rodno uvjetovane društvene norme.* Izraz koji se često koristi kada se opisuju prepreke s kojima se žene susreću u napredovanju jest stakleni strop, metafora za situaciju u kojoj je, unatoč povećanom ulasku žena u područja kojima tradicionalno dominiraju muškarci, njihovo napredovanje do vodećih pozicija još uvijek ograničeno. Nedostupnost savjeta što se tiče građenja karijere i odgovarajuće potpore voditelja odjela ili kolega može pridonijeti takvu učinku staklenog stropa. Takvoj je situaciji svojstveno da su barijere nevidljive; očite prepreke koje bi žene spriječile da napreduju naizgled ne postoje. U zdravstvenom sektoru fenomen staklenog stropa grade tradicionalne, rodne uloge, manifestacije seksizma u medicinskom okruženju i nedostatak učinkovitih mentora. Ti različiti čimbenici dovode do slabljenja težnja prema vodećim pozicijama.

Rodno uvjetovane društvene norme i očekivanja imaju znatan utjecaj na interese žena i njihovu sposobnost sudjelovanja u vodstvu u zdravstvu. Mala N studija koja istražuje percepciju napredovanja žena prema vodećim pozicijama u Grčkoj identificirala je 22 prepreke s kojima se žene suočavaju u zdravstvenom sektoru. Među identificiranim preprekama prvih pet najčešće su bile: nedostatak jednakih mogućnosti napredovanja u karijeri, rodna razlika, stereotipi, nedostatak mentorstva i neravnoteža između poslovnog i privatnog života (Kalaitzi et al., 2019). Utvrdili su da dvije najčešće prepreke – naime, stereotipi i ravnoteža između posla i života – mogu upućivati na određenu povezanost ili čak komplementarnost između njih u poticanju i održavanju rodni uloga koje su duboko ukorijenjene u društvu unutar specifična konteksta zemlje.

U svojoj studiji o percepciji što je imaju irski studenti zdravstvene zaštite, McGowan i Stokes (2019) utvrdili su da se među identificiranim preprekama s kojima se suočavaju žene što napreduju do vodećih pozicija najčešće spominju rodni stereotipi i obiteljske odgovornosti. Rodni stereotipi odnose se na različita iskustva muškaraca i žena s obzirom na radna očekivanja, karakteristike i ponašanje. Identificirane društvene prepreke povezane su sa svjesnom i nesvjesnom pristranošću, osobito kada se bira između muškaraca i žena u reproduktivnoj dobi, što može utjecati na njihovu sposobnost da obavljaju svoj posao (McGowan & Stokes, 2019).

Rodni stereotipi nisu prisutni samo u percepciji studenata. Utvrđeno je da su prepreka promicanju kirurginja na vodeće pozicije u Velikoj Britaniji i Irskoj, što se, među ostalim, očituje u percepciji pacijenata i medicinskih sestara da žene nisu dobri kirurzi, povijesnim/tradicionalnim očekivanjima od žena, imidžu kirurginja kao jednakih medicinskim sestrama i drugim nesvjesnim pristranostima (Bellini et al., 2019).

U preglednom članku koji obrađuje studije iz zapadne Europe, Vassie, Smith i Leedham-Green (2020) utvrdili su da u kliničkim akademskim karijerama nesvjesno diskriminacijsko ponašanje, katkad i samih žena, uključuje osuđivačke stavove prema ženama koje pokazuju „muške“ karakteristike kao što su ambicija, agresija ili asertivnost, drukčije ophođenje prema njima nego prema drugim kolegama i nesvjesne vrijednosne sudove koji dovode do akademske nevidljivosti ili pretpostavki o statusu ili ulozi. Zabilježena je percepcija da se doprinos žena podcjenjuje i kritika da procesi promicanja favoriziraju one koji promiču sami sebe. U kriterijima za napredovanje pripisuje se mala vrijednost poučavanju, što nerazmjerno utječe na žene koje su zastupljenije u obrazovanju na području zdravstva.

*Rod i briga o djeci: rodne uloge i odgovornosti.* Dominantna su tema u svim studijama obuhvaćenima ovim pregledom poteškoće žena pri nastojanju da kombiniraju odgovornosti u obiteljskom i poslovnom životu. To pokazuje da su rodne uloge još vrlo prisutne i da utječu na sposobnost liječnica da budu uspješne na vodećim pozicijama. Studija vodstva u zdravstvu u Beču pokazala je da žene uvelike koči u napredovanju do vodećih pozicija trošenje vremena na obiteljski život, uključujući brigu o djeci, obrazovanje djece i organizaciju obiteljskog života, što ih opterećuje mnogo više nego muškarce (Schueller-Weidekamm & Kautzky-Willer, 2012).

Studija specijalizirana na poslijediplomskom medicinskom obrazovanju u Njemačkoj pokazala je da su liječnice koje imaju djecu opterećene i češće su u nepovoljnijem položaju u odnosu na kolegice bez djece i općenito na muške liječnike (npr. zakašnjeli početak i završetak specijalizacije, niža stopa doktorskih titula, veća kvota ugovora na skraćeno radno vrijeme, kratkoročni ugovori o radu te više stope prekida ili prestanka stažiranja) (Ziegler et al., 2017). Naime, osim toga što zbog obiteljskih opterećenja kasne u napredovanju u karijeri, žene, posebice one s djecom, obično imaju relativno nižu procjenu osobne učinkovitosti u svojem zanimanju. Tako će i liječnice s nižim rezultatom procjene osobne učinkovitosti u radu pretežito manje težiti vodećim pozicijama s više odgovornosti nego što će to činiti one s visokim rezultatom takve procjene.

Takva percepcija stereotipa i nejednaka opterećenja prisutna je i prije nego što žene završe studij i postanu dio zdravstvene radne snage. Studenti koji su sudjelovali u studiji o percepciji vodstva u zdravstvu u Irskoj uvidjeli su da teret obiteljskih obveza često najvećim dijelom nose žene, tako da roditeljstvo još ima nerazmjeran učinak na karijeru žena u odnosu na karijere njihovih muških kolega (McGowan & Stokes, 2019).

Opsežan pregled razvoja karijere u kliničkim akademskim krugovima pokazao je da je veća vjerojatnost da će žene biti pogođene sukobom iz-

među obitelji i posla koji proizlazi iz sociokulturnih očekivanja, da će se dati prednost obitelji te da će se podrediti partneru s jednako zahtjevnom karijerom, a taj nedostatak kontrole nad profesionalnim životom utječe na sposobnost napredovanja u karijeri (Vassie, Smith & Leedham-Green 2020). U tom su opsežnom pregledu dvojni akademski i klinički karijeru mnogi percipirali kao prepreku podizanju obitelji, dijelom i stoga što se istraživačka obuka često poklapa s godinama odgoja djece, pa osobe koje naprave pauzu u karijeri zaostaju za svojim vršnjacima u rezultatima istraživanja i napredovanju. Postoji tendencija stigmatiziranja radnika sa skraćenim radnim vremenom kao nezainteresiranih ili nedovoljno posvećenih, čime im se smanjuju šanse da ikada zauzmu rukovodeće pozicije.

Unatoč političkom i ekonomskom usklađivanju, prepreke rodnoj ravnopravnosti u zdravstvenom vodstvu možda neće biti jednake u svim europskim zemljama. Studija Europskog udruženja torakalnih kirurga pokazala je da je u Italiji razlika u plaćama među spolovima, kao i razlika u prosječnoj brutosatnici između muškaraca i žena u cijelom gospodarstvu, još uvijek velik problem, a kada je riječ o vodećim pozicijama u kirurgiji, te su neravnoteže još izraženije: dok je populacija stažista prilično ravnomjerno raspoređena među muškarcima i ženama, 73 % kirurga su muškarci i 96 % svih akademskih pozicija zauzimaju muškarci, a na vodećim pozicijama izrazito je malo žena (Pompili et al., 2021). Promjena u kulturi pristupa resursima za brigu o djeci mogla bi osloboditi žene profesionalke visoke razine da se više usredotoče na posao, s manje brige i osjećaja krivnje koju osjećaju mnoge majke u društvu gdje je odgoj djece percipiran kao dominantno ženska odgovornost. Međutim, u Španjolskoj je broj žena u torakalnoj kirurgiji relativno visok (38,7 %), a do 2025. očekuje se da će se dići na 44 % (Pompili et al., 2021).

Generalno gledajući, skandinavske zemlje poput Finske, Švedske, Norveške i Danske imaju najmanje rodno uvjetovane razlike u plaćama uopće i poznate su po svojim ideologijama rodne ravnopravnosti i prakse, i kao rezultat toga, razvile su različite vrste obiteljski prilagođenih javnih politika kako bi pomogle roditeljima postići bolju ravnotežu između posla i obitelji i zajedničkog roditeljstva (Kela, 2022; Premberg, Helstrom & Berg, 2008; Mauno, 2008). Tako je komparativna studija čimbenika koji promiču ili ometaju napredovanje žena u kirurgiji u različitim dijelovima svijeta utvrdila da se kirurzi u Finskoj suočavaju s najmanje prepreka i s najnižim stupnjem rodne diskriminacije te da će najvjerojatnije pregovarati o uvjetima na radnom mjestu kako bi se poboljšali trenutačni neprikladni uvjeti. Za finske kirurginje također je manje vjerojatno da će morati žrtvovati ravnotežu između posla i života kada su na vodećim pozicijama jer

uživaju visoku razinu obiteljske potpore i ne moraju odustajati od karijere radi rađanja i brige o djeci, dok je to slučaj u Japanu (Kawase et al., 2016).

### 3.2. Rod i profesionalni kadar

*Dominacija muškaraca u određenim profesijama.* Profesionalna rodna dominacija, bez obzira na to je li percipirana ili stvarna, također je čimbenik koji priječi ženama da uđu u neko polje i u njemu napreduju do vodećih pozicija. Jedna je studija pokazala da je u Velikoj Britaniji i Irskoj kirurgija i dalje profesija u kojoj dominiraju muškarci, prema percepciji kirurginja koje često doživljavaju diskriminaciju (59 %) i stakleni strop u odgovarajućoj obuci (Bellini et al., 2019). Nadalje, što se tiče percepcije kirurške kulture kojom dominiraju muškarci, više od polovice sudionika u studiji smatra da su traumatologija i ortopedija seksistička specijalnost, zatim kardiotorakalna i opća kirurgija, a tek je manji broj ocijenio da se nijedna kirurška specijalnost ne izdvaja s obzirom na seksizam (Bellini et al., 2019). U istoj studiji više od polovice ispitanika smatra da u kirurgiji postoji rodno određen jezik, ali da to ne utječe na izbor karijere. S tim u vezi sudionici su također primijetili da mnoge žene napuštaju kirurško obrazovanje zbog zahtjeva obiteljskog života i prelaze na obuku liječnika opće prakse.

Slična situacija bila je i na odjelima intervencijske radiologije (IR) u sedam europskih zemalja. U prosjeku su samo na 14,7 % odjela IR-a žene bile u većini te je velik dio ispitanika (71 %) ocijenio da u toj domeni dominiraju muškarci, što žene odvraća od specijaliziranja za to područje (Wah & Belli, 2018). Točnije, ispitanice mlađe od 45 godina u pravilu su IR smatrale manje privlačnom karijerom od drugih medicinskih specijalnosti, posebno za žene mlađe od 30 godina. Percepciju da je IR područje u kojem dominiraju muškarci dodatno potkrepljuje to što većinu zaposlenih čine muškarci: s tvrdnjom da „interventnom radiologijom dominiraju muške mreže“ složilo se 77 % ispitanika, a kao glavni razlog slaganja navedena je činjenica da su golema većina zaposlenika u IR-u muškarci.

Utvrđeno je da je dominacija muškaraca u nekom medicinskom području povezana s udjelom žena na vodećim pozicijama u tom području: norveško istraživanje neumirovljenih liječnika pokazalo je da je u područjima s većim udjelom liječnica veća vjerojatnost da će žena zauzimati vodeću poziciju u tom području (Kvaerner, Aasland & Botten, 1999).

*Percepcije predvodničkih karakteristika, stereotipi i nesvjesna pristranost žena.* Osobne predvodničke karakteristike također utječu na to percipira li se

koga kao poželjnog vođu i često se pravi razlika između ženskih i muških. U istraživanju provedenom u Poljskoj mnogi ispitanici ustvrdili su da je povoljno imati muškarce na rukovodećim pozicijama jer nemaju problema s brzim donošenjem odluka. Drugi drže da neke karakteristike (kao što su empatija, otvorenost za društvene odnose i *multitasking*) čine žene na vodećim pozicijama prilagodljivijima i omogućuju im bolje razumijevanje svojih zaposlenika (Czabanowska, et al., 2017).

Nadalje, kada je riječ o percepciji načina i karakteristika vodstva, Pompili i suradnici (2021) utvrdili su da su u Španjolskoj kirurzi zabrinuti da bi majčinstvo moglo oslabiti usredotočenost. Takav stav implicira da žene koje su majke možda nisu dobri kirurzi i previđa da kirurginje majčinstvo često čini empatičnijima i usklađenijima s potrebama pacijenata i kolega.

Predvodnički atributi muškaraca i žena imali su bitnu ulogu i u irskom istraživanju percepcije studenata o voditeljicama zdravstvene skrbi. Sudionici su raspravljali o tome kako rodni stereotipi mogu značiti da se iste osobine percipiraju na drukčiji način za muškarce i za žene te da se za opisivanje istih karakteristika u žena i muškaraca često koriste različite riječi; stoga se isti atributi (npr. ambicioznost) u muškaraca percipiraju kao pozitivni, a u žena kao negativni (Mcgowan & Stokes, 2019).

Mnogo osobnih čimbenika pridonosi tomu da žene odbijaju vodeće uloge. Primjerice, distanciranje od androcentričnih poimanja vodstva koja se odnose na moć i sukobe, viđenje vodstva kao prepreke i distrakcije s obzirom na klinički ili istraživački rad, ili pak stav da je ono neodrživo zbog nedostatka priznanja žena, preopterećenosti poslom i uočene potrebe za samopromocijom. Primijećena je tendencija da žene čekaju dok ne postanu prekvalificirane da bi se prijavile za napredovanje, dok se muškarci prijavljuju bez ispunjavanja svih kriterija. To se dijelom pripisuje osjećaju nespремnosti žena, a dijelom držanju kojim kompenziraju manjak ohrabrenja svojih mentora koji pozitivnije ocjenjuju muškarce kad se prijavljuju za napredovanje (Vassie, Smith & Leedham-Green, 2020).

### 3.3. Institucijske prepreke

Uz identificirane prepreke kao što su društveni rodni stereotipi, uspostavljanje ravnoteže između posla i privatnog života, postoje i institucijske prepreke koje ženama često ne dopuštaju napredovanje u karijeri i sprječavaju ih da uopće razmišljaju o vodećim pozicijama (Vassie, Smith & Leedham-Green, 2020). To se temelji na percepciji da rukovodeće pozicije nisu za žene jer nemaju obzira za privatni život žene u ulozi majke ili

njegovateljice te se kose s njim (Bellini, et al., 2019; Pompili et al., 2021). Iz pregleda literature identificirane su sljedeće institucijske prepreke: nedostatak fleksibilnosti radnog vremena, uvjeti dežurstva, nedostatak mentorstva i drugih aspekata koji omogućuju ženama da pomire svoj privatni i radni život (Bellini et al., 2019; McGowan & Stokes, 2019; Pompili et al., 2021; McDonagh et al., 2014).

Primjerice, u kirurgiji u Velikoj Britaniji i Irskoj općenito postoji nedostatak formalnog mentorstva i nefleksibilnost prema karijerama sa skraćenim radnim vremenom koči žene u napredovanju do vodećih pozicija u zdravstvu. U jednoj studiji tvrdi se da bi fleksibilna obuka i mogućnosti ostvarivanja karijere privukli više žena u tu profesiju te se istodobno navodi da je više od 30 % ispitanika reklo da se karijera sa skraćenim odnosno fleksibilnim radnim vremenom doživljava negativno i da se takva percepcija mora mijenjati. Također je primijećena potreba za prestankom stigmatiziranja žena koje uzimaju pauzu u karijeri te za povećanjem razumijevanja utjecaja obitelji na svakodnevne aktivnosti u kirurškoj praksi (Bellini et al., 2019).

Nedostatak obuke za vodstvo i rodne kvote te naknadna potreba za njima dodatni su čimbenici identificirani u studiji o studenticama medicine te njihovoj percepciji i iskustvima s vodstvom u zdravstvenoj skrbi u Irskoj (McGowan & Stokes, 2019). Sudionici istraživanja također su primijetili da roditeljski dopust i koncept dijeljenog roditeljskog dopusta nisu toliko razvijeni u Irskoj kao u drugim europskim zemljama te da produljeni dopust utječe na nečiju šansu za napredovanje u karijeri.

Istraživanjem medicinske specijalizacije Pompili i suradnici (2021) utvrdili su da medicina, a posebno kirurgija, također pristrano percipira tradicionalne rodne slike povezane s profesionalnim očekivanjem trajne dostupnosti, što implicira dugo i netipično radno vrijeme koje je teško uskladiti s obitelji. Tvrde da je u takvu okružju potrebno uvesti modele rada (skraćeno radno vrijeme, puno radno vrijeme ili bilo što između) koji omogućuju adekvatnu obuku i ispunjavanje uloge majke, supruge, kćeri, sestre itd. Zbog specifičnosti rada u kirurgiji najveći bi izazov mogla biti implementacija tih modela u skladu s ograničenjima radnog vremena i zahtjevima obuke.

Naposljetku, manjak usredotočenosti na razvoj ženske karijere i planiranje smjenjivanja na vrhu često je utemeljen na postojanim stereotipima o ženama vođama te je to glavna prepreka napredovanju žena do najviših vodećih pozicija. McDonagh i suradnici (2014) zalažu se za hitno rješavanje tog problema i provedbu strategija usmjerenih na popunjavanje rupe u vodstvu talentiranim ženama vođama.

## 4. Rasprava

Globalno je došlo do povećanja usredotočenosti na ulogu žena u zdravstvenim sustavima, osobito na vodećim pozicijama, što se odražava u Globalnoj strategiji Svjetske zdravstvene organizacije o ljudskim resursima za zdravlje: Radna snaga 2030. (WHO, 2016), Povjerenstvu UN-a na visokoj razini za Zdravstveno zapošljavanje i ekonomski rast (WHO, 2016), izvješćima Global Health 50/50 (2018, 2019, 2020), posebnom izdanju *Lanceta* s temom „Napredovanje žena u znanosti, medicini i globalnom zdravlju“ (Horton, 2019), seriji *Lanceta* o rodnoj ravnopravnosti, norma i zdravlju (Hay et al., 2019) te inicijativama kao što su *Women in Global Health* i *Gender Equity Hub* mreža globalne zdravstvene radne snage (WHO, 2019), a nedavno i u pozivima ženama da predvode napore nakon pandemije COVID-19 zbog svoga uzornog vodstva u suprotstavljanju pandemiji (Wittenberg-Cox, 2020). Međutim, većina tih napora uglavnom je usmjerena na homogeno povećanje sudjelovanja žena u vodstvu, a malo se pozornosti obraća na druge društvene čimbenike koji u sprezi s rodnom problematikom sprečavaju napredovanje na više vodeće pozicije. Zastupljenost žena na vodećim pozicijama važan je aspekt njihova uključivanja u procese donošenja odluka na samom vrhu zdravstvenih sustava, na mjestima gdje je ujedno i najveća koncentracija moći. Zdravstveni sustavi često se smatraju rodno neutralnim, tehničkim sustavima, ali zapravo su to složeni sustavi prožeti odnosima moći. Ugrađeni su u svoje društveno-političke kontekste i oblikovani njima te na taj način odražavaju i jačaju društvene norme (Percival et al., 2018). Pregled literature koji smo predložili u radu pokazuje koliko je tema rodne ravnopravnosti u vodstvu zdravstvenih sustava Europe podzastupljena tema u istraživanju usprkos činjenici da su rezultati tih 17 znanstvenih članaka uputili na nejednakosti između žena i muškaraca da uspiju ući u upravljačke strukture. Dok je malen broj članaka indikator da akademska zajednica ne prepoznaje temu kao bitnu temu, promoviranje rodne ravnopravnosti u ljudskim resursima u zdravstvu kao tema SZO-a ipak je dovelo do toga da se većina tih istraživanja počela raditi tek u posljednjih pet do deset godina. Iz pregleda literature može se vidjeti da se dominantni faktori prepreka mogu podijeliti na institucijske prepreke te društvene stratifikatore poput roda, kulture, rodne odgovornosti i uloga. Rodna nejednakost prisutna je u cijelom lancu napretka u zdravstvenoj profesiji, od medicinskih fakulteta i nedostatka mentorstva do izbora specijalizacije gdje postoji percepcija „ženskih“ i „muških“ specijalizacija odnosno područja koja žene biraju ili radi poruka koje im se šalju u profesiji ili radi veće fleksibilnosti u stvaranju ravno-



teže između poslovnih i obiteljskih obveza (npr. medicina vs. kirurgija). Poslije se te nejednakosti produbljuju mehanizmima društveno stvorenih rodni uloga, percepcije vodstva kojom dominiraju „muške“ karakteristike vodstva te percepcije da žene ne mogu biti dobri lideri. Takvo stanje perpetuira činjenica da i na samim fakultetima, kao i poslije u upravljačkim strukturama, nema dovoljno žena koje svojim primjerima mentorstva mogu služiti kao mentorice drugim ženama, a što se iz pregleda pokazalo kao bitan faktor u sposobnosti da netko uspije napredovati u zdravstvenim upravljačkim strukturama.

Iz pregleda možemo vidjeti da su u sektoru zdravstva žene i dalje itekako nedovoljno zastupljene na vodećim pozicijama s obzirom na činjenicu da više od dvije trećine zdravstvene radne snage čine upravo žene.

## 5. Kako dalje?

### 5.1. Rod i društvene norme, stereotipi i rodne uloge

Razumijevanje ključnih čimbenika koji utječu na rodne razlike u vodstvu i njihov učinak, utemeljeno na dokazima, trebalo bi pridonijeti politikama i intervencijama koje staju na kraj izvorima nejednakosti. Implicitne i eksplicitne pristranosti i stereotipi osnova su seksističkih i patrijarhalnih sustava i institucija u mnogim zemljama. Takva duboko ukoričena uvjerenja, koja često djeluju na načine koji nisu vidljivi na prvi pogled, ženama uskraćuju određene privilegije i mogućnosti. Zbog njihove implicitne prirode, ukoričene u stoljećima patrijarhalnih sustava, priznavanje i transformacija tih predrasuda zahtijeva svjestan, stalan napor na individualnoj i društvenoj razini. Borba protiv stereotipa i predrasuda složen je i dugoročan pothvat. Međutim, zdravstveni sustavi i organizacije mogu poduzeti važne mjere za ublažavanje negativnih učinaka takvih pristranosti i aktivno poticati inkluzivniju organizacijsku kulturu u kojoj se takve pristranosti dosljedno osporavaju i eliminiraju. Sve, pa tako i zdravstvene institucije trebale bi javno izraziti svoju posvećenost pitanju rodne ravnopravnosti i sustavno informirati o politikama koje se bave neravnotežom moći i privilegija kao što su politike rodne ravnopravnosti na radnom mjestu te politike inkluzije i raznolikosti na radnom mjestu, gdje postoje konkretne smjernice kako radno mjesto učiniti rodno osviještenim (Global Health 50/50, 2020).

Osim toga, uključene studije naglasile su važnost mentorstva u napredovanju žena u karijeri u zdravstvu, pružanja profesionalne potpore i smjer-

nica o napredovanju u karijeri, ravnoteže između poslovnog i privatnog života te profesionalne otpornosti (Downs et al., 2014). Izlaženje na kraj sa složenim radnim mjestima ili uvjetima kao što je roditeljstvo lakše je kada mentor podijeli slična iskustva i ponudi savjete o najboljim praksama. Štoviše, mentori mogu braniti svoje štíćenike, zagovarati ih i stvarati prilike za njih (Gronn, 2002).

Sudjelovanje žena u zdravstvenim sustavima, zajedno s njihovom odgovornošću za brigu o djeci, ostavlja im malo vremena za ulaganje u vlastito zdravlje i dobrobit, za nastavak obuke za vodstvo ili za druge resurse koji bi im omogućili napredovanje u karijeri. Bez institucijske potpore žene se previše opterećuju kako bi uravnotežile svoj osobni i profesionalni život, planirale trudnoću i vodile brigu o djeci te se u isti mah profesionalno razvijale. Ta podjela odgovornosti može se poboljšati prihvaćanjem institucijskih rodno osjetljivih politika koje promiču roditeljski dopust za oba roditelja, fleksibilnog radnog vremena i politika prilagođenih obitelji kako bi se ženama omogućilo da uživaju u fleksibilnim karijerama te da imaju jednake resurse i pristup vodećim ulogama u zdravstvenim sustavima. Posebno je bitno naglasiti važnost politika koje promiču zajedničko roditeljstvo i subvencioniranu brigu o djeci te čuvaju povezanost žena s njihovim poslom tijekom reproduktivnih godina. Studije su dokazale da veći broj žena na vodećim pozicijama promiče prihvaćanje i provedbu takvih rodno osjetljivih politika (Javadi et al., 2016; Zenali, 2021).

## 5.2. Rod i kadar

Iako se zdravstvena radna snaga sastoji od različitih kadrova, tijekom povijesti na rukovodeće su pozicije najčešće bili imenovani liječnici, u pravilu muškarci. To je narušilo ključnu ulogu drugih kadrova u stvaranju funkcionalne, dobro uravnotežene radne snage. Politike za osiguravanje pravednijeg i inkluzivnijeg napredovanja do vodećih pozicija uključuju kvote vodstva za različite kadrove, upravljačku obuku za svakog zdravstvenog radnika koji je promaknut na rukovodeću poziciju te mentorstvo koje pružaju iskusni članovi osoblja, a posebice žene koje su već na rukovodećim mjestima u zdravstvu. Mentori mogu biti presudni u razmjeni iskustava izlaženja nakraj s izazovnim radnim mjestima ili uvjetima i u zagovaranju svojih mladih kolega pri donošenju odluka o napredovanju.

## 6. Zaključak

U ovome radu istražili smo literaturu o rodu u kontekstu vodećih pozicija u zdravstvenim sustavima, s naglaskom na Europu. Na temelju 17 uključenih radova jasno je da se rod presijeca s drugim društvenim stratifikatorima na takve načine da utječe na iskustva i napredovanje u karijeri vođa zdravstvenih sustava.

Iako je tijekom vremena postignut određen napredak, i dalje su prisutne znatne prepreke, uključujući društvene norme i očekivanja, stereotipe, profesionalni elitizam i dominaciju te nedostatak institucijske potpore u oblicima mentorstva, fleksibilnih radnih aranžmana i obuke za vodstvo. Napori za promicanje rodne ravnopravnosti u vodstvu zdravstvenog sustava trebali bi uključivati aktivnosti s ciljem razbijanja rodnih stereotipa, rodnih uloga i drugih kulturnih predrasuda koje ženama uskraćuju jednake mogućnosti za napredak u radnom životu. Takve bi aktivnosti također trebale biti popraćene rodno osviještenim politikama koje uvođe programe mentorstva, fleksibilne aranžmane radnog vremena i druge elemente kojima se žene osnažuju u napredovanju do vodećih pozicija u zdravstvenom sustavu.

## Literatura

- Akseer, N., Salehi, A. S., Hossain, S. M., Mashal, M. T., Rasooly, M. H., Bhatti, Z., & Bhutta, Z. A. (2016). Achieving maternal and child health gains in Afghanistan: a Countdown to 2015 country case study. *The Lancet Global Health*, 4(6), 395–413, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30002-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30002-X)
- Bellini, M. I., Graham, Y., Hayes, C., Zakeri, R., Parks, R., & Papalois, V. (2019). A woman's place is in theatre: Women's perceptions and experiences of working in surgery from the Association of Surgeons of Great Britain and Ireland women in surgery working group. *BMJ open*, 9(1), e024349, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024349>
- Bucknor, A., Kamali, P., Phillips, N., Mathijssen, I., Rakhorst, H., Lin, S. J., & Furnas, H. (2018). Gender inequality for women in plastic surgery: a systematic scoping review. *Plastic and reconstructive surgery*, 141(6), 1561–1577, <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004375>
- Carr, P. L., Szalacha, L., Barnett, R., Caswell, C., & Inui, T. (2003). A "ton of feathers": Gender discrimination in academic medical careers and how to manage it. *Journal of Women's Health*, 12(10), 1009–1018, <https://doi.org/10.1089/154099903322643938>
- Czabanowska, K., Domagała, A., Kalaitzi, S., Krogulec, A., Burazeri, G. i Babich, S. (2017). Exploring the added value of women health care man-

- agers in Poland. *Materia socio-medica*, 29(4), 280, <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.280-285>
- Czabanowska, K., Myrup, A. C., & Aleksandrova, O. (2018). Women leadership for public health: The added value and needs of women driving public health system reform in Ukraine. *South Eastern European Journal of Public Health*, vol X, <https://doi.org/10.4119/seejph-1878>
- Dhatt, R., Theobald, S., Buzuzi, S., Ros, B., Vong, S., Muraya, K., Molyneux, S., Hawkins, K., González-Beiras, C., Ronsin, K., Lichtenstein, D., Wilkins, K., Thompson, K., Davis, K., & Jackson, C. (2017). The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. *Glob Health Epidemiol Genom*, 2, e8, <https://doi.org/10.1017/gheg.2016.22>
- Downs, J. A., Reif, L. K., Hokororo, A., & Fitzgerald, D. W. (2014). Increasing women in leadership in global health. *Acad Med.*, 89(8), 1103–1107, <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000369>
- EIGE Index (2021). European Institute for Gender Equality. Dostupno na <https://eige.europa.eu/news/gender-equality-index-2021-fragile-gains-big-losses>
- George, A. (2007). Human resources for health: a gender analysis. Dostupno na [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/human-resources-for-health-wgkn-2007.pdf?sfvrsn=6b429a62\\_4&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/human-resources-for-health-wgkn-2007.pdf?sfvrsn=6b429a62_4&download=true)
- Global gender gap report (2018). World Economic Forum. Dostupno na <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2018>
- Global Health 50/50 (2018). *The Global Health 50/50 report 2018*. London, UK: Global Health 50/50. Dostupno na [https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2018/03/GH5050-Report-2018\\_Final.pdf](https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2018/03/GH5050-Report-2018_Final.pdf), <https://doi.org/10.56649/EBOR9313>
- Global Health 50/50 (2019). *The Global Health 50/50 report 2019: Equality Works*. London, UK: Global Health 50/50. Dostupno na <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2019/03/Equality-Works.pdf>, <https://doi.org/10.56649/LVPJ2240>
- Global Health 50/50 (2020). *The Global Health 50/50 report 2020: Power, privilege and priorities*. London, UK: Global Health 50/50. Dostupno na <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information & libraries journal*, 26(2), 91–108, <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *Leadersh Q.*, 13(4), 423–451, [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00120-0](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00120-0)
- Gopaldas, A. (2013). Intersectionality 101. *Journal of Public Policy Marketing*, 32(1 suppl), 90–94, <https://doi.org/10.1509/jppm.12.044>
- Harmer, A. (2011). Improving the lives of “Half the sky”: How political economic and social factors affect the health of women and children. U D. Balabanova, M. McKee & A. Mills (Ur.), *Good health at low cost: 25 years on: What makes a successful health system?* (str. 307–337). London, UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., & Gupta, G. R. (2010). Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *The Lancet*, *393*(10190), 2535–2549, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30648-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8)
- Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Gupta, G. R. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, *393*(10189), 2440–2454, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
- Horton, R. (2019). Advancing women in science, medicine and global health. *Lancet*, *393*(10171), 493–610, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30239-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30239-9)
- Javadi, D., Vega, J., Etienne, C., Wandira, S., Doyle, Y., & Nishtar, S. (2016). Women who lead: Successes and challenges of five health leaders. *Health Syst Reform*, *2*(3), 229–240, <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1225471>
- Jin, J. (2016). Female participation and corruption in the public sector. *International Review of Public Administration*, *21*(4), 305–319, <https://doi.org/10.1080/12294659.2016.1270577>
- Kalaitzi, S., Cheung, K. L., Hiligsmann, M., Babich, S., & Czabanowska, K. (2019). Exploring women healthcare leaders' perceptions on barriers to leadership in Greek context. *Frontiers in Public Health*, *7*(68), <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00068>
- Kalaitzi, S., Czabanowska, K., Fowler-Davis, S., & Brand, H. (2017). Women leadership barriers in healthcare, academia and business. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, *36*(5), 457–474, <https://doi.org/10.1108/EDI-03-2017-0058>
- Kamani, L., Pausawasdi, N., Van Hooff, J. E., Sethi, A., & Sachithanandan, S. (2020). Redesigning the landscape for women and leadership: Insights gained from the Covid-19 pandemic. On behalf of women in gastroenterology network Asia Pacific (WIGNAP) and women in endoscopy (WIE). *Clinical endoscopy*, *53*(5), 620–622, <https://doi.org/10.5946/ce.2020.202>
- Kawase, K., Carpelan-Holmström, M., Kwong, A., & Sanfey, H. (2016). Factors that can promote or impede the advancement of women as leaders in surgery: results from an international survey. *World Journal of Surgery*, *40*(2), 258–266, <https://doi.org/10.1007/s00268-015-3332-x>
- Kela. <http://www.kela.fi/web/en>
- Klomp, J., & De Haan, J. (2008). Effects of governance on health: A cross-national analysis of 101 countries. *Kyklos*, *61*(4), 599–614, <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.2008.00415.x>
- Kodagoda, T. (2018). Working long hours and its impact on family life: experiences of women professionals and managers in Sri Lanka. *Indian J Gend Stud.*, *25*(1), 108–126, <https://doi.org/10.1177/0971521517738432>
- Kuhlmann, E., Oyseiko, P. V., Kurmeyer, C., Gutiérrez-Lobos, K., Steinböck, S., von Knorring, M., & Brommels, M. (2017). Closing the gender leadership gap: a multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union. *Human resources for health*, *15*(1), 1–7, <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0175-y>

- Kvèrner, K. J., Aasland, O. G., & Botten, G. S. (1999). Female medical leadership: Cross sectional study. *Bmj*, 318(7176), 91–94, <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7176.91>
- Lantz, P. M. (2008). Gender and leadership in healthcare administration: 21st century progress and challenges. *Journal of Healthcare Management*, 53(5), 291–301, <https://doi.org/10.1097/00115514-200809000-00004>
- Larson, E., George, A., Morgan, R., & Poteat, T. (2016). 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*, 31(8), 964–969, <https://doi.org/10.1093/heapol/czw020>
- Mauno, S. (2008). Work-family balance from a gender perspective: Some observations from Finland. Dostupno na <https://wfrn.org/wp-content/uploads/2018/09/Work-and-Family-in-Finland-intl-corner.pdf>
- McDonagh, K. J., Bobrowski, P., Hoss, M. A. K., Paris, N. M., & Schulte, M. (2014). The leadership gap: ensuring effective healthcare leadership requires inclusion of women at the top. *Open Journal of Leadership*, 3, 20–29, <https://doi.org/10.4236/ojl.2014.32003>
- McGowan, E., & Stokes, E. (2019). Leaning in and speaking up? Students' perceptions of female leadership in healthcare. *Physiotherapy Practice and Research*, 40(2), 167–176, <https://doi.org/10.3233/PPR-190138>
- Murthy, P., & Smith, C. L. (2010). *Women's Global Health and Human Rights*. London, UK: Jones & Bartlett Publishers.
- Oertelt-Prigione, S. (2020). Putting gender into sex- and gender-sensitive medicine. *EClinicalMedicine*, 20, <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100305>
- Percival, V., Dusabe-Richards, E., Wurie, H., Namakula, J., Ssali, S., & Theobald, S. (2018). Are health systems interventions gender blind? Examining health system reconstruction in conflict affected states. *Global Health*, 14(1), 90, <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0401-6>
- Pompili, C., Veronesi, G., Novoa, N. M., Gomez-Hernandez, M. T., Sharkey, A. J., Bhatti, F., & Opitz, I. (2021). Women in thoracic surgery: European perspectives. *Journal of Thoracic Disease*, 13(1), 439–447, <https://doi.org/10.21037/jtd-2020-wts-09>
- Premberg, A., Hellstrom, A. L., & Berg, M. (2008) Experiences of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(1), 56–63, <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00584.x>
- Reichenbach, L. (2007). *Exploring the gender dimensions of the global health workforce*. Cambridge, UK: Global Equity Initiative, Harvard University.
- Schueller-Weidekamm, C., & Kautzky-Willer, A. (2012). Challenges of work–life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gender Medicine*, 9(4), 244–250, <https://doi.org/10.1016/j.genm.2012.04.002>
- Shung-King, M., Gilson, L., Mbachu, C., Molyneux, S., Muraya, K. W., Uguru, N., & Govender, V. (2018). Leadership experiences and practices of South African health managers: what is the influence of gender? – A qualitative, exploratory study. *Int J Equity Health*, 17(1), 148, <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0859-0>

- Sebrant, U. (1999). Being female in a health care hierarchy: On the social construction of gender and leader identity in a work organization having a pre-dominance of women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(3), 153–158, <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1999.tb00533.x>
- Swamy, A., Knack, S., Lee, Y., & Azfar, O. (2001). Gender and Corruption. *Journal of Development Economics*, 64(1), 25–55, [https://doi.org/10.1016/S0304-3878\(00\)00123-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3878(00)00123-1)
- Tlaiss, H. A. (2013). Women in healthcare: barriers and enablers from a developing country perspective. *Int J Health Policy Manag.*, 1(1), 23–33, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.05>
- Valantine, H. A. (2020). Where are we in bridging the gender leadership gap in academic medicine? *Academic Medicine*, 95(10), 1475–1476, <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003574>
- Vassie, C., Smith, S., & Leedham-Green, K. (2020). Factors impacting on retention, success and equitable participation in clinical academic careers: a scoping review and meta-thematic synthesis. *BMJ open*, 10(3), 033480, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033480>
- Vong, S., Ros, B., Morgan, R., & Theobald, S. (2019). Why are fewer women rising to the top? A life history gender analysis of Cambodia's health workforce. *BMC Health Serv Res.*, 19(1), 595, <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4424-3>
- Wah, T. M., & Belli, A. M. (2018). The interventional radiology (IR) gender gap: a prospective online survey by the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE). *Cardiovascular and Interventional Radiology*, 41(8), 1241–1253, <https://doi.org/10.1007/s00270-018-1967-3>
- Wittenberg-Cox, A. (8.9.2020). Women leaders' competence on COVID: The proof. *Forbes*. Dostupno na <https://www.forbes.com/sites/avivahwittenbergcox/2020/09/08/women-leaders-competence-on-covid-the-proof/?sh=6611bfe16fb6>
- World Health Organization (WHO) (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Dostupno na <https://www.who.int/hrh/network/GHWN-GEH-ToR.pdf?ua=1>
- World Health Organization (WHO) (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Dostupno na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zeinali, Z. (2021). Women in health systems leadership – demystifying the labyrinth. U: R. Morgan, K. Hawkins, R. Dhatt & M. Manzoor (Ur.) *Women and global health leadership – power and transformation* (str. 183–196). Berlin, Germany: Springer, [https://doi.org/10.1007/978-3-030-84498-1\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-030-84498-1_18)
- Ziegler, S., Zimmermann, T., Krause-Solberg, L., Scherer, M., & Van den Bussche, H. (2017). Male and female residents in postgraduate medical education – A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany. *GMS Journal for Medical Education*, 34(5).

## WOMEN AND THE LEADERSHIP IN HEALTHCARE SYSTEMS: A SYSTEMATIC LITERATURE ANALYSIS

### *Summary*

*Women make up roughly 70% of the healthcare workforce worldwide. However, this is not reflected in leadership positions in health systems, where women are generally underrepresented. This systematic review investigated the existing literature published between 1990 and April 2021 on the advancement of women to healthcare leadership positions in European countries. The results suggest that few existing studies deal with the advancement of women to leadership positions in healthcare in European countries. The studies analysed in this article show that work-life balance, social gender stereotypes, professional elitism and lack of institutional support for women's careers, such as mentoring or flexible working hours, are the main factors preventing women from advancing to leadership positions in the healthcare system. Measures such as formal mentoring, flexible working hours and part-time contracts are considered institutional measures that could help overcome some of the barriers to women's career development in healthcare. The review points to the existence of social, institutional and internal personal barriers to women's advancement to healthcare leadership in Europe.*

*Keywords: gender, health systems, leadership, health workforce, Europe*