

## Kjønn og spesialisering i fysioterapi

**Kirsten Jemtland Enger**, fysioterapeut, spesialist i allmenn fysioterapi, MNFF og spesialist i rehabilitering med fordypning i revmatologisk fysioterapi, MNFF.

Artikkelen er basert på forfatterens mellomfagsoppgave i sosiologi våren 1999: Omsorgsfulle, tålmodige kvinner og effektive, utålmodige menn? Kvinners og menns spesialisering i fysioterapi.

### Sammendrag

Artikkelen omhandler kjønnsforskjeller i fysioterapeuters spesialisering. Tall fra takstrettigheter og NFFs spesialistordning ble analysert for å avdekke mønstre og utviklingstendenser i kvinnelige og mannlige fysioterapeuters valg av spesialisering. For å kartlegge synspunkter på kjønn og spesialisering ble seks fysioterapeuter intervjuet om sine spesialitetsvalg. Resultatene viser at spesialitetene i fysioterapi har en mer uttalt kjønnbestemt arbeidsdeling enn yrket for øvrig. Begrunnelser for valg av spesialiseringsretning er faglig interesse, rollemodeller og praktiske forhold. Fysioterapeutene ønsket en jevnere kjønnsdeling av hensyn til mangfold i forholdet til fagutøvelse, brukere og kolleger, men var ikke personlig engasjert i forholdet. Spesialitetenes fagspesifikke innhold har fellestrekk med mannlig respektive kvinnelig kjønnsrolle i tradisjonell forstand. Fysioterapeutene velger ulike tilpasningsstrategier når de er i mindretall innen en spesialitet, og det synes som den enkelte står forholdsvis fritt i å skape seg en profesjonell identitet innenfor et område.

**Nøkkelord:** fysioterapeuter, spesialisering, kjønnsbestemt arbeidsdeling.

Det er i dag få som ikke slutter opp om prinsippet om at kvinner og menn kan tilegne seg de samme kunnskapene og utføre de samme arbeidsoppgavene. Både menn og kvinner synes å være «for likestilling», i hvert fall på det ideologiske plan (1). Likeledes har kvinner og menn formelt sett like muligheter i vårt samfunn i dag. Tross dette vet vi at kvinner og menn i stor grad utfører forskjellige arbeidsoppgaver både i og utenfor hjemmet. I arbeidslivet kommer dette til syne ved at kvinnene ofte velger yrker innenfor pleie- og omsorgssektoren og undervisning (2). Det synes altså som om formelle muligheter ikke er tilstrekkelige forutsetninger for likestilling og at barrierer på det uformelle planet gjør at de to kjønnene ikke har like reelle og subjektivt opplevde muligheter (3).

I helsevesenet finnes mange eksempler på fag- eller arbeidsområder der et kjønn dominerer tallmessig i utpreget grad. Denne artikkelen tar for seg hvordan slik kjønnsbestemt deling av arbeid kommer til uttrykk i fysioterapeuters valg av spesialisering.

### Forståelse av kjønn

Kjønn kan forstås på ulike måter. Jeg vil i det følgende holde meg til Sætnan (4) som opererer med tre ulike innfallsvinkler til kjønn og bruker begreper fra grammatikken som illustrasjon.

Den første tilnærmingen ser kjønn som biologisk fenomen, kjønn som substantiv. Vi fødes som mann eller kvinne og dette blir bestemmende for våre liv. Sosiale forhold har underordnet betydning. Kvinne og mann eksisterer uavhengig av ytre forhold som noe stabilt og uforanderlig. Dette er en svært deterministisk tolkning av kjønn.

Den andre tilnærmingen ser kjønn som hovedsakelig sosialt betinget, kjønn som adjektiv/adverb. Vi sosialiseres til mann eller kvinne gjennom oppdragelsen. Vi lærer hva som er kvinnelig og mannlig, og handler i forhold til det. Kjønn er kulturelt bestemt og varierer derfor mellom ulike kulturer. Også her er stabilitet et sentralt trekk, men forandring er en mulighet ettersom kjønn ikke er biologisk betinget.

En tredje innfallsvinkel ser kjønn mer som en prosess, kjønn som verb. Kjønn tolkes kontinuerlig både kollektivt og individuelt. Dette er en forståelse av kjønn, som indikerer at mennesket regisserer sitt eget liv. Mann og kvinne kan leve sitt liv på mange ulike måter innenfor det «manus» som eksisterer i form av normer og institusjoner, der også forventninger knyttet til kjønn er til stede. Ulike sider ved personligheten kan vektlegges og kjønn er en av mange faktorer som har innflytelse på individets handlinger. Det kan for eksempel hevdes at det er flere fellestrekk mellom en mannlig og en kvinnelig leder, enn det er mellom en kvinnelig leder og en

kvinnelig rengjøringsassistent, slik at fellestrekket leder blir mer bestemmende en fellestrekket kvinne. Dette kan kalles en konstruktivistisk tilnærming til kjønn.

Ingen innfallsvinkel er nødvendigvis riktig eller feil. Hvilken som velges som utgangspunkt vil imidlertid ha innflytelse på hvilke muligheter for forandring et sosialt fenomen ansees å ha.

### **Generelt om kjønnsbestemt arbeidsdeling**

Selv om det har vært en viss utjevning de senere årene, er kjønn fortsatt statistisk sett en faktor av stor betydning for individets valg av utdanning og senere plassering i yrkeslivet. Den kjønnsbestemte arbeidsdelingen er vertikal – hierarkisk innen den enkelte sektor, og horisontal – etter yrke og sektor (5). Flere studier viser i tillegg en klar kjønnsdeling av oppgaver i tradisjonelle mannsyrker der kvinner har fått innpass, for eksempel i sivilingeniøryrket (6) og legeyrket (7,8). Mennene beholder i stor grad de oppgavene som gir høyest status, prestisje og lønn, mens kvinnene henvises til mer ubetydelige posisjoner. Når menn kommer inn i kvinneyrker derimot, tas de ofte imot med åpne armer og får gode karrieremuligheter (3). Ofte velger de å arbeide innenfor avgrensede områder der de kan ta med seg typiske trekk ved den mannlige kjønnsrollen (9,10).

Menns valg og handlemåter innenfor rammen av et feminisert yrke kan gjøre tydeligere hvordan utforming av yrkesrollen preges av kjønn. Litteraturen som omhandler denne problemstillingen er imidlertid per i dag mer sparsom enn den som omhandler kvinners inntreden i mannsyrker.

### **Kjønnsbestemt arbeidsdeling i fysioterapiyrket**

Tradisjonelt er fysioterapiyrket et av kvinneyrkene innen helsesektoren. Det skiller seg likevel fra andre kvinneyrker i helsesektoren ved at det er et større innslag av menn. Det kan være flere årsaker til dette. Ranveig Dahle gjør i sitt doktorgradsarbeid fra 1990, Arbeidsdeling, makt og identitet (9), rede for de historiske forholdene omkring kjønnsbestemt arbeidsdeling i fysioterapi. Hun drøfter blant annet skillet mellom privat praksis og offentlig ansettelse og hvordan dette er preget av kjønn. Hun påpeker at lønnsnivået er lavere i offentlige stillinger enn i privat praksis og at dette driver mannlige fysioterapeuter i retning av spesialiteter som passer i privat praksis. Andre faktorer av betydning er institusjonelle rammer for arbeidet og hvilke brukergrupper tilbudet rettes mot. Johanson fremhever at fysioterapiyrket mangler kallstanken som i hvert fall tidligere lå i bunnen av sykepleieryrket og ser dette som en årsak til den relativt sett høye andelen menn (11). Andre forklaringsfaktorer kan være at diagnose og behandling er sentralt i fysioterapi, og at det dermed har likhetstrekk med det eneste mannsdominerte yrket i helsesektoren, legeyrket (12).

### **Fysioterapeuters spesialisering**

NFF har i mange år engasjert seg sterkt i fysioterapeuters videreutdanning og spesialisering. Dette kan gjenspeile den interessen organisasjonens medlemmer har for sitt fag. Samtidig er både videreutdanning og spesialisering viktige elementer i profesjonsutvikling, spesielt i såkalte semiprofesjoner i helsevesenet (13).

Debatten om spesialisering i NFF startet allerede i 1949. I 1951 ble forslag om spesialister i fysioterapi oversendt helsedirektoratet, men uten resultat. Behandlingsformene manuell terapi og psykomotorisk fysioterapi oppnådde rett til egen og forhøyet takst fra Rikstrygdeverket henholdsvis i 1957 og i 1974 (14). Dette kan sees på som en form for offentlig anerkjennelse av spesialistkompetanse. I 1960 utnevnte sentralstyret i NFF seks spesialister. Denne gangen ble spesialisttitlene trukket tilbake på grunn av motstand fra legeföreningen (9). På NFFs landsmøte i 1989 ble NFFs spesialistordning formelt opprettet som en intern godkjenningsordning for spesialister i fysioterapi.

Hva er så en spesialist i fysioterapi? Jeg antar at jeg vil kunne finne ulike oppfatninger om dette blant kolleger. For noen vil svaret være at det er en som er godkjent spesialist MNFF. For andre vil det være en fysioterapeut som har eksamen i manuell terapi eller psykomotorisk fysioterapi og dermed rett til å bruke egne takster. Atter andre vil kanskje legge mindre formelle kriterier til grunn og bruke begrepet om en som har jobbet lenge og/eller markert seg i faglig sammenheng innenfor et område, uavhengig av mer formelle tegn. Med bakgrunn i hva jeg oppfatter som de rådende oppfatningene i fysioterapikretser, velger jeg i det følgende å ikke begrense spesialistbegrepet til godkjente spesialister MNFF, men veksler mellom flere mulige oppfatninger av begrepet. Etterhvert som NFFs spesialistordning utvikles videre og eventuelt oppnår en form for formell status, kan man kanskje forvente å finne en mer enhetlig oppfatning av hva en spesialist i fysioterapi er.

### **Problemstilling, materiale og metode**

I denne artikkelen drøftes følgende spørsmål:

- Hvordan er kjønnskillene i norske fysioterapeuters valg av spesialisering i dag i forhold til på 80-tallet?
- Hvordan begrunner fysioterapeutene sine spesialitetsvalg?

- Hvordan opplever fysioterapeutene den kjønnsbestemte arbeidsdelingen i fysioterapi?

Spørsmålene over har vært styrende for valg av tilnærming. Det første spørsmålet lar seg i noen grad besvare ved hjelp av tilgjengelig statistikk. De to neste dreier seg om fysioterapeutenes egen forståelse og subjektive opplevelse og belyses ved intervju (15). Jeg har valgt å kombinere kvantitativ og kvalitativ tilnærming fordi jeg har ønsket både å få et overblikk over utviklingen de senere år og et innblikk i fysioterapeutenes egne oppfatninger (16).

**Tallmateriale.** Faggruppene, rett til spesielle takster og NFFs spesialistordning er alle betydningsfulle elementer i fysioterapeutenes spesialisering. Tallmateriale fra disse tre kildene kan på ulike måter bidra til å synliggjøre mønstre uten at hver enkelt av dem gir et fullstendig bilde. Jeg bruker tall fra NFFs spesialistordning for å illustrere bredden i spesialiseringsmønstrene. Tall som refererer til takstrettigheter for manuell terapi og psykomotorisk behandling sammenlignes med Dahles materiale fra 80-tallet for å illustrere utviklingen over tid. På grunn av store forskjeller i fordelingene er det ikke gjort korrelasjonsanalyse.

Tallmateriale fra faggruppene er analysert tidligere og det er funnet klare kjønnspregede mønstre (9,17). Medlemskap i en faggruppe er likevel ikke ensbetydende med spesialisering, men kan også være uttrykk for faglig interesse i en eller flere retninger. Tallmateriale fra faggruppene vurderer jeg som noe mindre illustrerende i min sammenheng, og tar dem av plasshensyn ikke med her selv om de kunne ha bidratt til å nyansere bildet ytterligere.

**Intervju.** Seks fysioterapeuter ble intervjuet. Av disse var to barnefysioterapeuter, to psykomotorikere og to manuellterapeuter. Grunnen til at representanter for disse tre spesialitetene ble valgt, var at de er etablerte spesialiteter over tid med et betydelig antall godkjente spesialister. I tillegg til dette er de utpreget kjønnsdelt i det majoriteten av psykomotorikere og barnefysioterapeuter er kvinner og majoriteten av manuellterapeuter menn.

Gjennomsnittsalder for respondentene var 38 år, laveste alder 32 år og høyeste 41 år. Tre – en manuellterapeut, en psykomotoriker og en barnefysioterapeut – var godkjente spesialister MNFF. To hadde fullført videreutdanning i henholdsvis psykomotorisk behandling og manuell terapi uten å ha spesialistgodkjenning fra yrkesorganisasjonen, og en hadde videreutdanning og lang praksis innen sitt område. Tre mulige forståelser av begrepet spesialist var således inkludert. Utvelgelseskriterier var at det skulle være en mann og en kvinne fra hvert av de tre områdene og at de var praktiserende innenfor sine felt.

Intervjuene varte mellom 30 minutter og en time og ble foretatt i perioden februar – april 1998. Respondentene fikk selv velge sted og tidspunkt for intervju.

Intervjuene var delvis strukturerte. Med utgangspunkt i respondentenes aktuelle arbeidssituasjon dreide de første spørsmålene seg om hva de hadde gjort for å komme dit de var på intervjutidspunktet. Dette fungerte som inngangsport til samtale omkring motiver for spesialisering og opplevelse av eget arbeidsområde. Med utgangspunkt i litteraturreferansene mine, etterspurte jeg spesielt deres syn på helhet, behandlingsresultater og aktuelle spesialitetsanseelse i det medisinske miljøet. Etter hvert styrte jeg samtalen inn på spesialisering og den kjønnsbestemte arbeidsdelingen i fysioterapi. På den måten håpet jeg å få frem både respondentenes opplevelser i forhold til sin spesialitet på individuelt plan og deres synspunkter på spesialisering og kjønnsbestemt arbeidsdeling i faget på mer kollektivt plan. Å undersøke i hvilken grad respondentenes oppfatninger objektivt sett var «riktige» eller «sanne» var ikke min ambisjon i denne sammenheng. Ut fra en fenomenologisk tilnærming kan det en person oppfatter som sant være sant i den forstand at personen handler ut fra det han eller hun oppfatter som sant. Slik kan den subjektive opplevelsen få reell innflytelse på utviklingen av et sosialt fenomen (8).

Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ut av meg på bokmål i sin helhet. I den videre bearbeidningen av materialet ble utsagn, som i henhold til min forståelse og teoretiske referanseramme kunne bidra til å belyse problemstillingen, valgt ut og gruppert. Av hensyn til respondentenes anonymitet har jeg valgt ikke å tydeliggjøre fysioterapeutene som personer.

Flere forhold kan ha bidratt til å begrense gyldigheten av svarene. Utvalget av respondenter er gjort ut fra tilgjengelighet og uten vurdering av representativitet. Jeg kan altså ikke trekke generelle slutninger om hvordan kvinnelige og mannlige fysioterapeuter innenfor de tre spesialitetene opplever situasjonen. Intervjuer med flere representanter for de tre valgte og for andre spesialiteter kunne gitt et mer fullstendig bilde. Min tidsramme for undersøkelsen tillot ikke dette. Ved videre spenn i alder kunne jeg ha fått frem større bredde i synspunkter.

Både som kvinne, kollega og som person kan jeg ha påvirket respondentene i bestemte retninger. Mitt valg av tema indikerer at jeg er opptatt av likestillingsspørsmål. Jeg kjente flere av respondentene fra tidligere, og jeg kan ha gitt uttrykk for bestemte oppfatninger om slike spørsmål i andre sammenhenger. Min forforståelse kan også ha vært påvirket av resultatene fra Dahles undersøkelse, slik at mine spørsmål har penset respondentene inn på bestemte spor. I tillegg til disse personlige forholdene, ville utsagn som støttet den kjønnsbestemte arbeidsdelingen være i strid med den rådende likestillingsideologien i samfunnet (1). Dette kan tenkes å virke hemmende på slike utsagn.

Mitt inntrykk er likevel at respondentenes formuleringer bunnet i lang erfaring på sine respektive felt og selvstendig refleksjon over sin yrkesrolle, og at dette gjorde dem til gode kilder til informasjon.

## **Resultater og diskusjon**

**Kjønnskiller i fysioterapeuters valg av spesialisering i dag og på 80-tallet.** Fysioterapiyrket har tallmessig vært dominert av kvinner, men andelen menn er langsomt økende: I 1918 var fire prosent, i 1937 fem prosent og i 1988 var 22 prosent menn (9). Dagens kjønnsfordeling presenteres i tabell I. Fordelingen i tabell I brukes i det følgende som bakgrunn for sammenligningen av kjønnsfordelingen hos spesialister.

**Kjønnsfordeling av fysioterapeuter med rett til forhøyet takst.** Dahle beskriver manuell terapi og psykomotorisk behandling som «faglige ytterpunkter innen fysioterapien» og relaterer dette til to ulike verdissystemer knyttet til mannlige, respektive kvinnelige kjønnsroller (9,18). Disse to spesialistområdene synes derfor spesielt godt egnet til å illustrere min problemstilling. Beskrivelser av disse to spesialistområdene på et mer overordnet plan – samlet eller hver for seg, er godt representert i litteraturen (14,19,20,21).

For å se på utvikling i kjønns sammensetningen i disse to spesialitetene over en periode, sammenlignes Dahles tallmateriale fra 1987 på rett til takstbruk med tilsvarende tall fra 2000 (tabell II). Tabellen viser en klar kjønnsdeling. Kvinnene dominerer tallmessig i psykomotorisk fysioterapi, mens mennene dominerer tallmessig i manuell terapi. Fra 1987 har det likevel skjedd en forandring i retning av jevnere fordeling. Det er ulike måter å vurdere størrelsen av prosentdifferansene på (22). For psykomotorisk fysioterapi er økningen av mannsandelen på tre prosentpoeng. Dette er en relativ økning på 100 prosent, fordi antallet menn i utgangspunktet er så lavt. I manuell terapi er økningen av kvinneandelen på seks prosentpoeng totalt sett større. Relativt sett er den imidlertid bare 26 prosent, fordi det i utgangspunktet er flere kvinner i manuell terapi.

Det kan her også være interessant å bruke kjønnsfordelingen av fysioterapeuter vist i tabell I som utgangspunkt. Denne fordelingen blir da å betrakte som maksimalt mulig økning, og den faktiske økningen sammenlignes med denne (normert prosentdifferanse). Dersom denne fordelingen brukes som utgangspunkt, er økningen av kvinnelige fysioterapeuter i manuell terapi 13 prosent og økningen av menn i psykomotorisk 12 prosent. Det kan altså være vanskelig å gi noe entydig svar på i hvilken retning økningen er mest betydningsfull, men den synes å være relativt beskjeden.

**Kjønnsfordeling av godkjente spesialister MNFF.** Antall og kjønnsfordeling av spesialister MNFF, presentert i tabell III, gir et bredere bilde av spesialiseringsmønstrene fordi langt flere fagområder er inkludert. Tabell III må tolkes på bakgrunn av den totale kjønnsfordelingen av fysioterapeuter (K 71 prosent, M 29 prosent). Fordelingen av godkjente spesialister totalt er i nærheten av denne, andelen kvinnelige spesialister er seks prosentpoeng større. Helse- og Miljøarbeid har en kvinneandel mellom disse, og er den spesialiteten som har størst likhet med kjønnsfordelingen av fysioterapeuter totalt. Videre viser tabellen at spesialitetene barnefysioterapi, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, rehabilitering og allmenn fysioterapi er tallmessig kvinneorientert, i langt sterkere grad enn fysioterapifaget og antall spesialister sett under ett. Idrettsfysioterapi og manuell terapi har begge flertall av mannlige spesialister og blir ennå tydeligere mannsdominert når vi tar den totale kjønnsfordelingen i fysioterapiyrket med i regnestykket, med en prosentdifferanse på henholdsvis 28 og 40 prosentpoeng til denne fordelingen.

## **Intervju**

**Motiver for valg av spesialisering.** Alle intervjupersonene oppgir ikke uventet faglig interesse som dominerende motiv for valg av spesialiseringsretning. Begge manuellterapeutene og den mannlige psykomotorikeren oppgir rollemodeller som medvirkende for valget, i studietida eller tidlig i yrkeskarrieren. «Jeg var inntil psykiatrisk avdeling i turnusåret, traff flere fysioterapeuter med den interessen. Jeg tror noe av interessen ble vekt alt den gangen» (mannlig psykomotoriker). Den kvinnelige manuellterapeuten sier dette: «Jeg hadde to lærere, de to var manuellterapeuter (en mann og en kvinne, egen anmerkning). Jeg likte veldig godt måten de underviste på, det gjorde at jeg ble nysgjerrig på om det var noe med manuellterapien som gjorde det».

Praktiske forhold, som tilgjengelighet av utdanning uten å flytte eller reise og barnehageplass, nevnes av to kvinnelige informanter: «Jeg jobbet på institusjon lenge på grunn av barnehageplass, fikk tre barn i den tida, så det er jo veldig sånn tradisjonelt. Viktig med barnehageplass» (kvinnelig barnefysioterapeut). «Jeg hadde lyst til å lære meg en ting ordentlig. At det ble psykomotorisk hadde å gjøre med at vi fikk til ei gruppe her i byen, det ble praktisk gjennomførbart» (kvinnelig psykomotoriker).

Selv om det ikke er mulig å generalisere ut fra et så lite materiale, er det interessant at praktiske forhold nevnes av de to kvinnene som er innenfor spesialiteter med overvekt av kvinner. Hofoss og Gjerberg finner at familieforpliktelser ansees som den viktigste forklaring på kjønnsdelingen i valg av spesialiteter hos legene (8). Liknende mekanismer kan spille en rolle for fysioterapeuter.

Et relevant spørsmål er hvilken betydning det hadde for den kvinnelige manuellterapeuten at hun også hadde en kvinnelig rollemodell. Den mannlige psykomotorikeren fremhever rollemodeller som årsak til at det er så få menn innen dette området: «Har mye med tradisjon å gjøre. Psykomotorisk behandling ble grunnlagt av Bülow-Hansen, sterke kvinner har dominert og tiltrukket seg kvinner. Det er forbilder både her og i manuell terapi». En parallell til dette kommer frem i Hofoss og Gjerbergs undersøkelse om legers spesialitetsvalg. Her fremheves manglende kvinnelige rollemodeller som en årsak til at det er så få kvinner innen kirurgiske spesialiteter (8).

I tillegg til faktorene over nevnes mulighet for høyere lønn i fremtiden som motiv for spesialisering, men dette tillegges ikke avgjørende betydning. Flere tror imidlertid at det spiller en rolle for andres valg av spesialitet, og antyder manuell terapi som den mest lønnsomme. Det kan være at respondentene ser på det økonomiske aspektet som mindre legitimt som motivasjonsfaktor, og dermed underkommuniserer slike grunner for egen del.

**Kjønn og fag.** Samtlige respondenter er klar over den kjønnsbestemte arbeidsdelingen innen fysioterapifaget, men sier at dette ikke er gjenstand for diskusjon i deres respektive fagmiljø. Ingen av dem signaliserer noe sterkt personlig engasjement i forholdet. Samtlige gir imidlertid uttrykk for at det hadde vært en fordel med en jevnere kjønnsfordeling. Det fremheves at fagutøvelsen påvirkes når kjønnsdelingen blir for utpreget, og at dette i sin tur kan påvirke utviklingen av faget: «Du får veldig mye av kvinnelige verdier, holdninger, måter å gjøre ting på. Omsorgsbegrep preger hvordan faget utvikler seg, det tror jeg er uheldig. Tror det er viktig å blande korta, få frem forskjellig syn» (mannlig barnefysioterapeut). Sudmann synes å være inne på noe av det samme når hun hevder at kjønn har innflytelse på hva slags fysioterapi som skapes og utøves (23). Den kvinnelige psykomotorikeren er også opptatt av mangfoldet i fagutøvelsen: «Vi utfyller hverandre, vi har en del å lære av hverandre». Den kvinnelig barnefysioterapeuten trekker frem forholdet til pasienter og pårørende: «Fordel å ha flere menn. Fordi vi nærmer oss foreldre på ulike måter, foreldrepar består av mann og kvinne, det er få menn i skoler og barnehager. Jeg ønsker flere mennfolk for å styrke den biten, veiledningsbiten». Kollegiale forhold fremheves: «Alle miljø har godt av at det er jevn fordeling. Det har med roller og forbilder å gjøre» (mannlig psykomotoriker).

Behovet for mangfold i fagutøvelse, forhold til brukere og forhold til kolleger er felles i respondentenes begrunnelse for ønsket om en jevnere kjønnsfordeling.

Selv om ingen av respondentene ser kjønnsdelingen som ønskelig, kommer også en forståelse for at det blir slik til uttrykk: «Vi er forskjellige, menn generelt er jo mer tekniske, det er naturlig å ta en sånn spesialitet. Trur kjønnsforskjell er medfødt og forsterkes gjennom oppdragelsen. Kvinner er mer opptatt av følelser og ivaretagelse» (kvinnelig psykomotoriker). «Som mange menn gjør er at de begynner i privat praksis, faller bedre inn med kjønnsrollen. Hvis man skal spesialisere seg, gjør man det i retninger som er tradisjonelle for menn» (mannlig barnefysioterapeut). De to siste sitatene viser en oppfatning av kjønn i retning av det Sætnan (4) betegner kjønn som biologi eller adjektiv, altså en relativt statisk forståelse med begrenset mulighet for endring.

**Trekk ved de tre spesialitetene.** For å komme nærmere hva som gjør at disse tre spesialitetene har så ulik appell til kvinner og menn, kan det være interessant å se hvordan respondentene selv karakteriserer sine arbeidsområder med hensyn til fagspesifikt innhold. Flere er inne på at manuell terapi er noe konkret, håndfast, teknisk som appellerer til menn. Manuell terapi preges av resolutt handling og umiddelbart resultat, og har dermed likhetstrekk med tradisjonelle forestillinger knyttet til den mannlige kjønnsrollen. «Manuell terapi går veldig mye på ledd og muskulatur. Manuell terapi er en spesifikk undersøkelses- og behandlingsmetode, men jeg vil ikke kalle det en metode med tradisjonelt helhetssyn. Manuell terapi fokuserer ikke så mye på pust og generelle spenningstilstander. Jevnlig får du, en hurtig og god respons på det du gjør. Det er jo voldsomt stimulerende...» (kvinnelig manuellterapeut).

Psykomotorisk behandling derimot strekker seg over lang tid og forutsetter en grad av følelsesmessig involvering i pasienten. Resultatene kan være vanskelig å konkretisere. «Symptomer er toppen av et isfjell. Noe

ligger under – det er lettere å konkretisere det du holder på med når du driver med manuell terapi. I psykomotorisk behandling er det noe som skjer mellom terapeuten og pasienten» (kvinnelig psykomotoriker). «Vi har lært at vi ikke skal være for avhengig av at pasientene skal bli friske...lære pasientene å sette grenser, ta ansvar sjøl» (mannlig psykomotoriker).

I vår kultur er det vanlig med overvekt av kvinner i arbeid rettet mot barn, og slik er det også innen barnefysioterapi. Den mannlige barnefysioterapeuten karakteriserer sitt arbeidsfelt slik: «Når du jobber med barn, jobber du også mye med foreldre. Det er veldig takknemlig fordi de du jobber med, er veldig motiverte, ivrige til å følge opp. (Du) kommer tidlig inn, de har livet foran seg, du er med på å gjøre noe».

Det relasjonelle aspektet i behandlingen kommer tydelig frem i de tre siste sitatene. Faktorer utenom de rent organiske trekkes inn, som grensesetting og familieforhold. Paralleller til tradisjonelle forestillinger om egenskaper knyttet til kvinnelig kjønnsrolle er tydelig. Hofoss og Gjerberg diskuterer også betydningen av slik kjønnsbestemt egnethet i sin artikkel om legers spesialisering. De finner at slike egenskaper vektlegges mest som en positiv faktor, eksempelvis at kvinner egner seg godt til arbeid med barn og i psykiatri på grunn av sine evner til kommunikasjon og til å se helhet. At kvinner er uegnet til visse spesialiteter som er mer tekniske eller actionpreget fremheves ikke, og som det påpekes, ville dette være å gi uttrykk for et «gammeldags» og lite legitimt syn (8).

Intervjupersonene ble også spurt om hvilken spesialitet de mente hadde høyest anseelse blant kolleger og samarbeidspartnere. Med unntak av den kvinnelige manuellterapeuten mente samtlige at det var manuell terapi. Et relevant spørsmål er om det er sammenheng mellom mannsdominerte spesialiteter og spesialiteter med høy anseelse, slik Dag Album fant med hensyn til legene (8).

**Tilpasningsstrategier.** Sitatene i forrige avsnitt viser eksempler på variasjon i hvordan det vi tradisjonelt forbinder med kvinnelige og mannlige egenskaper taes i bruk innenfor en spesialitet. Det mannlige terapeuten (psykomotorikeren) vil ikke legge for stor vekt på resultater, mens den kvinnelige (manuell) terapeuten vektlegger raske resultater. Satt på spissen uttrykker de begge synspunkter vi tradisjonelt forbinder med motsatt kjønn, og viser med dette at kjønnsidentiteten har rom for variasjon og fleksibilitet. Dette er i overensstemmelse med det Sætnan (4) omtaler som kjønn som verb, der individet selv, i en gitt situasjon, velger hvordan han eller hun vektlegger ulike sider ved sin identitet i overensstemmelse med eller i motsetning til tradisjonelle forestillinger om kjønn.

I intervjuene finnes også eksempler på en annen form for tilpasning, der kjønnsidentiteten forsterkes ved at typiske trekk fra egen kjønnsrolle taes med inn i en spesialitet der motsatt kjønn er i flertall: «Jeg har sikkert en annen tilnærming til det, men hva den består i – jeg er kanskje mer opptatt av at det skal være et opplegg, at det skal være strukturert, målet skal være litt annerledes, man skal gjøre sånn og sånn, så og så lenge og så skal man evaluere. Det driver meg i retning av forskning og mer struktur, se tall, konkrete resultater, produsere noe, for eksempel en artikkel. Kvinnene har kanskje et annet forhold til de tingene, vet ikke, man er jo forskjellige» (mannlig barnefysioterapeut). Kvande (10) finner liknende strategier hos mannlige sykepleiere. De tenderer til å distansere seg fra pleie- og omsorgsaspektet ved sykepleien og finner egne nisjer som er mer preget av tradisjonelt maskuline kjennetegn. Den kvinnelige manuellterapeuten gir uttrykk for at hun jobber bredere enn mange av sine mannlige kolleger, og ikke begrenser seg til «typiske manuell terapi kasus», «de som forfekter det her litt snevre, det er jo mannfolk. Mannlige manuellterapeuter manipulerer i større grad, er inntrykket mitt». Den mannlige barnefysioterapeuten og den kvinnelige manuellterapeuten, begge i mindretall innen sine områder, gir her uttrykk for at de oppfører seg litt annerledes innenfor sitt spesialistområde enn sine kolleger av motsatt kjønn.

Jeg finner altså eksempler på to ulike tilpasningsstrategier i utøvelsen av en spesialitet der motsatt kjønn er i flertall:

1. Modifisere kjønnsidentiteten: Tone ned typiske trekk ved egen kjønnsrolle eller fremheve trekk som regnes som typiske ved motsatt kjønnsrolle
2. Modifisere spesialiteten: Forsterke kjønnsidentiteten ved at typiske trekk fra egen kjønnsrolle taes med inn i spesialiteten

Bruken av disse to tilpasningsstrategiene kan tenkes å ha betydning for hvordan både spesialitetene og den kjønnsbestemte arbeidsdelingen utvikler seg. En tilpasningsstrategi, hvor typiske trekk fra egen kjønnsrolle taes med inn i en spesialitet der motsatt kjønn er i overvekt, kan tenkes å påvirke spesialiteten slik at karakteristiske trekk blir mindre uttalt. En forutsetning er at det skjer i et visst omfang, slik at vi får en summeringsvirkning (2). Det er mulig at en slik utvikling vil medvirke til utjevning av relativ andel kvinner og menn, ved at likheten med

tradisjonelt mannlige eller kvinnelige kjønnsroller blir mindre uttalt. Motsatt kan en tilpasningsstrategi, hvor egen kjønnsidentitet modifiseres ved summering, tenkes å bidra til stabilitet og motvirke endring av spesialiteten – selv om kjønns sammensetningen forandres.

De to tilpasningsstrategienes mulige påvirkning av spesialitet og kjønnsidentitet i retning av enten forandring eller stabilitet oppsummeres i tabell IV.

Det understrekes at det er mange faktorer som påvirker hvordan en spesialitet utvikler seg, og at mekanismene skissert over ikke nødvendigvis vil ha avgjørende betydning. Mitt materiale gir heller ikke svar på om det er kjønnspregede mønstre ved valg av tilpasningsstrategi. Selv om det synes å være stor oppslutning om utjevning av kjønnsbestemt arbeidsdeling, kan det stilles spørsmål ved om det er ønskelig med forandring av spesialitetene i den retningen som her antydes. Slik forandring kan sees på som en positiv utvikling i retning av økt mangfold og fleksibilitet, men kan også vurderes som en trussel mot spesialitetens særpreg og verdigrunnlag, og dermed skape bekymring for at spesialiteten mister noe av sin berettigelse. Slik skepsis mot mulige «forstyrrelser i spesialitetens verdisystem» beskrives av Rasmussen og Kvande i forbindelse med kvinnes inntreden i sivilingeniøryrket i USA (6).

### Konklusjon

Jeg har i denne artikkelen tatt for meg fysioterapeuters spesialisering og sett spesielt på spesialisering i forhold til kjønn. Det ser ut til at fysioterapiyrket som helhet er i ferd med å få en jevnere kjønnsfordeling samtidig som menn og kvinner fortsatt velger ulike retninger for spesialisering.

Mens diskusjonen og oppmerksomheten omkring spesialisering er levende blant fysioterapeuter, er engasjementet i forhold til den kjønnsbestemte arbeidsdelingen nærmest fraværende. Det kan være flere forklaringer på dette. Muligens har fysioterapeutene sett seg tjent med å tone ned betydningen av kjønn, fordi de vil at kunnskap og kompetanse – ikke kjønn – skal stå sentralt i profesjonskampen. Særlig finner slike mekanismer hos jordmødrene (24). En annen forklaring kan være at «den profesjonelle stemmen overdøver kjønnsstemmen», at fysioterapeutene lærer opp i bestemte profesjonelle arbeidsmåter som i liten grad er kjønnet, slik Eline Thornquist hevder (12). Den uttalte kjønnsdelingen i spesialisering kan også peke i retning av at fysioterapeutene ser kjønn som noe statisk – som i liten grad er gjenstand for diskusjon og forandring, tilsvarende kjønn som substantiv eller adjektiv/adverb. Fysioterapeutene jeg intervjuet gav også uttrykk for synspunkter som kan tyde på en slik forståelse av kjønn, men de var likevel i praksis fleksible i hvordan de utformet sin profesjonelle identitet.

Motivasjonsfaktorer for spesialisering var faglig interesse, rollemodeller og praktiske forhold. Dette kan sies å være forhold knyttet til individet. Det er rimelig å anta at mer strukturelle forhold i samfunnet, eksempelvis systematisk ulik fordeling av status og makt mellom kvinner og menn, også kan ha betydning (6,9,10,23). Slike faktorer ble ikke vektlagt av respondentene.

Mitt valg av både kvantitativ og kvalitativ tilnærming innenfor en svært begrenset tidsramme gjør det umulig å gå i dybden på alle påbegynte tema. Undersøkelsen min lar mange spørsmål være ubesvarte og kan på den måten være et utgangspunkt for videre studier om emnet.

Det er flere faktorer på samfunns- og institusjonsnivå som kan tenkes å medvirke til endring i årene som kommer. Forandringer i velferdsstatens organisering, forandringer i arbeidsmarkedet for fysioterapeuter, institusjonalisering av de ulike videreutdanningene og lønnsmessig uttelling for spesialisering, er eksempler på forhold som kan ha innvirkning. I tillegg kan den «kulturelle frisetting» som preger yngre generasjoner, gjøre dem mindre bundet av tradisjonelle forestillinger om kjønn og være med på å påvirke kjønnsfordelingen i spesialitetene i retning av utjevning (25,26).

Stadig flere kvinner velger høyere utdanning, samtidig som dagspressen forteller oss at gutter og jenter i videregående skole velger tradisjonelt som aldri før. Det er således langt fra entydig hvordan den kjønnsbestemte arbeidsdelingen vil utvikle seg i årene som kommer, hverken i samfunnet som helhet, i helsevesenet generelt eller i fysioterapeutenes valg av spesialisering.

### Litteratur

1. Haukaa, R: Den problematiske likestillingen. I: Haukaa, R : Nye kvinner, nye menn. Oslo, Ad Notam, 1991, innledning, s 7-11.
2. Martinussen W: Sosiologisk Analyse. Oslo, Universitetsforlaget, 1991.
3. Brock-Due A: Kjønn forstått som kategori, relasjon og prosess. Ungdoms syn på fremtidig yrkesaktivitet og

- omsorgsoppgaver. I: Haukaa R: Nye kvinner, nye menn, Oslo, Ad Notam, 1991, kap 4, s 261-86.
4. Sætnan AR: Introduction. I: Oudshoorn N, Sætnan AR, Kirejczyk M (red): Bodies of technology: Women's involvement with reproductive medicine. Columbus Ohio, Ohio State University Press, 2000.
5. Sosialt utsyn 1998, SA 22, Statistisk sentralbyrå, Oslo, 1998.
6. Kvande E, Rasmussen B: Nye kvinneliv - Kvinner i menns organisasjoner. Oslo, Ad Notam, 1990.
7. Davies C: The sociology of professions and the profession of gender. Sociology 1996, 30, 661-78.
8. Hofoss D, Gjerberg E: Dette er ikke noe for småjenter. Tidsskrift for samfunnsforskning 1998, 39(1), 3-27.
9. Dahle R: Arbeidsdeling, makt, identitet. Betydningen av kjønn i fysioterapiyrket. Institutt for sosialt arbeid, Universitetet i Trondheim, 1990.
10. Kvande E: Doing masculinities in organizational restructuring. I: Kvande E: Paradoxes of gender and organizations. Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, Trondheim, 1998.
11. Johanson S: Gendered physiotherapy in transition- the Sweedish case. Advances i Physiotherapy 1999,1, 27-36.
12. Haugen KH: Eline Thornquists doktorgrad: En festforestilling for hele yrkesgruppa. Fysioterapeuten 1999, 66(4), 18-9.
13. Johanson S: Om helsoprofessioner i konkurrans. I: Johansson S(red): Om helsoprofessioner i konkurrans. Centrum for studier av menniska, teknik og organisation, Linköping, 1998, s 1-9.
14. Torgersen TA, Nielsen LA, Jensen R, Reginiussen T, Wiesner T, Kirkesola G, Mengshoel AM: Fysioterapi som manuell terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 1999, 119, 2059-63.
15. Holme IM, Solvang BK: Metodevalg og metodebruk. Oslo, Tano, 1993.
16. Grønmo S: Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I: Holter H, Kalleberg R (red): Kvalitative metoder i samfunnsforskningen. Oslo, Universitetsforlaget, 1996.
17. Dahle R: Kropp og aldring. Fysioterapeuten 1999, 66(11), 8-12.
18. Dahle R: Forskjeller mellom «mannlig» og «kvinnelig» fysioterapi. Fysioterapeuten 1984, 51(1), 23-30.
19. Thornquist E: Fagutvikling i Fysioterapi. Oslo, Gyldendal, 1988.
20. Thornquist E: Hva skjer i det første møtet mellom pasient og fysioterapeut? Tidsskr Nor Lægeforen 1990, 110, 3444-8.
21. Stokkenes G: Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi. Nordisk Fysioterapi 1999, 3, 168-73.
22. Hellevik O: Forskningsmetode i Sosiologi og Statsvitenskap. Oslo, Universitetsforlaget, 1994.
23. Sudmann T: Kjønn er (også) en jobb!. Nordisk Fysioterapi 1997, 1, 172-85.
24. Sætnan AR: Just What the Doctor Ordered? A study of Medical Technology Innovation Process. Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Trondheim, 1995.
25. Johansson S: Helsoprofessioner i Velferdsstatens omvandling. I: Sundin E (red): Om makt og køn – i spåren av den offentliga sektorns omvandling. SOU 1997:83, s 69-102.
26. Almås R, Karlsen H, Thorland I: Fra pliktsamfunn til mulighetstorg. Trondheim, Senter for Bygdeforskning, Universitetet i Trondheim, 1995.