



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MAFYS603-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MAFYS603 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	401
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	19830
----------------------	-------

Egenerklæring \*:  Ja

Jeg bekrefter at jeg har  Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Psykomotorisk fysioterapi i et kjønnsperspektiv –  
kvinnelige fysioterapeuters erfaringer med  
samhandling

Psychomotor physiotherapy in a gender  
perspective – female physiotherapist's experience  
of interacting

**Ingvild Indredavik Gullesen, kandidat 401**

Master i klinisk fysioterapi, psykiske og psykosomatiske helseproblem  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Veiledere: Tove Dragesund og Tobba T. Sudmann

Innleveringsdato: 16.05.22

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

## Forord

Da var jeg endelig i mål! Studieforløpet ble litt mer kronglete enn jeg hadde forutsett, men jeg ville aldri vært mine to nydelige «fartsdumper» for uten. Det å kombinere graviditeter, småbarns livet, jobb og masterstudier har til tider vært krevende. Det er likevel ingen tvil om at det er verdt det nå til slutt. Nå gleder jeg meg til å utvikle meg som fagutøver i dette spennende og inspirerende fagfeltet.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til de fem kvinnene som valgte å bruke sin tid, dele sine erfaringer, sine tanker og sin fagutøvelse på en så åpen og oppriktig måte. Takk for deres engasjement for det psykomotoriske faget, det har vært til stor inspirasjon gjennom denne prosessen.

Ellen, min medforsker, medstudent og gode venn. Takk for gode diskusjoner, gjennomlesning og utfyllende tilbakemeldinger på oppgaven, og for all oppmuntring og støtte. Du har vært en trygghet gjennom hele studietiden, og den hadde virkelig ikke vært det samme uten deg.

Takk til mine veiledere Tove og Tobba for deres kunnskap, tid og tilbakemeldinger. Dere er begge to inspirerende pionérer innenfor fysioterapifaget.

Så en stor takk til fantastiske foreldre og svigerforeldre som har reist både fra nord og sør for å bidra med barnepass, husvask, klesvask og middagslaging. Uten denne «dugnaden» hadde det ikke vært mulig å dra dette i havn.

Og en ekstra stor takk til verdens beste mamma, for gjennomlesning, korrektur, tilbakemeldinger og oppmuntring, og for at du alltid står og heier på meg.

Så til slutt, den største takk til min Alexander. Du er min største støttespiller. Takk for tilrettelegging, støtte, og tålmodighet! Og takk til Henry og Lauritz, som endelig skal få oppleve en mamma som ikke er masterstudent.

Ingvild Indredavik Gullesen

Geilo, 15.05.22

## Sammendrag

**Bakgrunn og formål:** Kjønnsperspektivet er for lite til stede i norske helsefagutdanninger også i fysioterapi der faget i stor grad blir fremstilt som kjønnsnøytralt. Hensikten med studien er å øke kunnskap om hvordan kjønn spiller seg ut i samhandling i en psykomotorisk fysioterapikontekst og hvilken betydning dette kan få for behandlingsprosessen.

**Metode:** Kvalitativ studie som er forankret i en hermeneutisk vitenskapsteoretisk tradisjon med utgangspunkt i Hanne Haavinds fortolkende metode. Det empiriske materialet er produsert med individuelle semistrukturerte forskningsintervju. Deltakerne er strategisk utvalgt og består av fem kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter. Gjennom analysen er det blir søkt etter kjønnede betydninger og hvordan dette kan påvirke samhandling i en psykomotorisk kontekst. Teori og innsikter fra NPMF, kjønn og samhandling utgjør studiens teoretiske referanseramme.

**Resultat:** Studiens resultater er presentert i form av tre idealtypiske fysioterapeuter. Terapeutenes oppfattelser, tolkninger og forståelse av sine mannlige pasienter er presentert i to idealtypiske pasienter. Samhandlingen mellom fysioterapeutene og endringer av kjønn betydning i behandlingsprosessen blir presentert under kategoriene «Etablering av en terapeutisk relasjon», «Veien mot felles forståelse» og «Omstilling og endring i samhandling».

**Diskusjon:** Studien fremhever kompleksiteten av en samhandling bestående av ulike forhandlinger for å finne fellesforståelse og retning for behandlingen. Hvordan kjønn gjør seg relevant i denne prosessen blir påvirket av hvordan fysioterapeutenes forstår, oppfatter og tolker de ulike mannlige pasientene som kommer til behandling. Fysioterapeutene beskriver de mannlige pasientene som selvstendige, målrettede og sterke, men samtidig med et behov for omsorg og støtte. Resultatene viser hvordan de kvinnelige fysioterapeutene forstår og tolker de mannlige pasientenes sykdomsuttrykk er formet av kulturelle normer for mannlighet og kvinnelighet. Gjennom behandlingsprosessen skapes gjensidig tillit og trygghet som igjen åpner opp for en omsorgsfull og nær relasjon. Dette kan potensielt vekke den seksuelle, kjønnede kroppen, og derfor balansere mellom nærhet og profesjonelle grenser. Dette står i kontrast til tanken om at fysioterapi generelt er kjønnsnøytralt og aseksuell. Studien kaster lys over måter fysioterapeutene gjør kjønn på i samhandlingssituasjoner både kan åpne eller utilsiktet lukke ned handlingsrom i relasjonen mellom den kvinnelige fysioterapeuten og den mannlige pasienten.

## Abstract

**Background and purpose:** The gender perspective is too little present in Norwegian health professional educations also in physiotherapy where the subject is largely presented as gender neutral. The purpose of the study is to increase knowledge about how gender plays out in interaction in a psychomotor physiotherapy context and what significance this may have for the treatment process.

**Method:** This is a qualitative study that is rooted in a hermeneutic scientific theoretical tradition based on Hanne Haavind's interpretive method. The empirical material is produced with individual semi-structured research interviews. The participants are strategically selected and consist of five female psychomotor physiotherapists. Through the analysis gender meanings are sought and how this can affect interaction in a psychomotor physiotherapy context. Theory and insights from Norwegian psychomotor physiotherapy, gender and interaction constitute the study's theoretical frame of reference.

**Results:** The results of the study are presented in the form of three ideally typical physiotherapists. The therapists' perceptions, interpretations and understanding of their male patients are presented in two ideally typical patients. The interaction between the physiotherapists and changes of gender significance in the treatment process are presented under the categories «Establishment of a therapeutic relationship», «The path to common ground» and «Adjustment and change in interaction».

**Discussion:** The study highlights the complexity of an interaction, consisting of different negotiations to find a common understanding and direction for the treatment. How gender becomes relevant in this process is influenced by how the physiotherapists understand, perceive and interpret the various male patients who come for treatment. The physiotherapists describe the male patients as independent, goal-oriented and strong, but at the same time with a need for care and support. The results show how the female physiotherapists understand and interpret the male patients' disease expressions are shaped by cultural norms for masculinity and femininity. Through the treatment process, mutual trust and security is created, which in turn opens for a caring and close relationship. This can potentially awaken the sexual, gendered body, and therefore balance between intimacy and professional boundaries. This contrasts with the idea that physiotherapy is generally gender neutral and asexual. The study sheds light on ways in which physiotherapists gender in interaction situations can both open or inadvertently close scope for action in the relationship between the female physiotherapist and the male patient.

## Figurer og tabeller

Figur 1: Skjematisk fremstilling av en metodologisk prosess

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Figurer og tabeller</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og hensikt.....	1
1.2 Egen forskerposisjon .....	2
1.3 Problemstillinger .....	3
1.4 Oppgavens oppbygning .....	3
<b>2 Kunnskapsstatus i helse, kjønn og psykomotorisk fysioterapi</b> .....	<b>4</b>
2.1 Kjønn og helse.....	4
2.2 Kjønn og fysioterapi.....	5
<b>3 Teori</b> .....	<b>7</b>
3.1 Psykomotorisk fysioterapi, samhandling og kroppslige omstillingsprosesser .....	7
3.1.1 Samhandling som fundament for omstillingsprosessen .....	8
3.1.2 Samhandlingens omsorg, nærhet og seksualitet .....	10
3.2 Hva er kjønn? .....	12
3.2.1 Kjønn som biologi .....	13
3.2.2 Kjønn som identitet .....	13
3.3.3 Kjønn som symbol.....	14
3.3.4 Kjønn som struktur.....	15
3.3.5 Kjønn som analytisk nøkkel .....	15
<b>4 Metode</b> .....	<b>17</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring.....	17
4.2 Valg av forskningsmetode.....	18
4.3 Rekruttering av deltakerne.....	18
4.4 Utvalg .....	19
4.5 Forberedelser til intervju .....	19
4.6 Gjennomføring av intervju .....	20
4.7 Transkribering .....	21
4.8 Bearbeiding og analyse av det empiriske materialet .....	21
4.9 Etiske hensyn.....	25
<b>5 Metodediskusjon – prosessen fra utvalg, via intervju til resultat</b> .....	<b>25</b>

5.1	Utvalg .....	25
5.2	Intervju .....	26
5.3	Bruk av fortolkende metode og idealtyper i analysearbeidet: .....	28
5.4	Refleksivitet, validitet og relevans .....	30
5.5	Egen forskerrolle .....	31
<b>6.</b>	<b>Resultat og diskusjon .....</b>	<b>33</b>
6.1	Idealtypiske pasienter .....	33
6.1.1	Rune (46) En typisk og ganske unik mann .....	33
6.1.2	Bjørnar (34) En uvanlig og ganske alminnelig mann .....	34
6.2	Idealtypiske psykomotoriske fysioterapeuter .....	35
6.2.1	Janne (41) Kjønn er tydelige grenser .....	35
6.2.2	Anne (55) Kjønn går ut på dato .....	35
6.2.3	Birgitte (34) Kjønn er elefanten i rommet .....	36
6.3	Etablere en terapeutisk relasjon .....	37
6.3.1	Møte hverandres kropp .....	37
6.3.2	Møte hverandres forventninger og behov .....	39
6.3.3	Møter hverandres virkelighetsopfatning .....	41
6.3.4	Møte hverandre i berøring .....	43
6.4	Veien mot en felles forståelse .....	45
6.4.1	Berøring - omsorg og nærhet .....	45
6.4.2	Følelser – omsorg og nærhet .....	46
6.5	Omstillinger og endringer i samhandlingene .....	49
<b>7</b>	<b>Hvordan integrere betydningen av kjønn i psykomotorisk fysioterapi? .....</b>	<b>51</b>
7.1	Kjønn skapes i samhandling .....	51
7.2	Kjønn gjøres og endres i samhandling .....	54
7.3	Kroppen som bærer av skjulte kulturmønstre .....	56
<b>8</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>59</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>61</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>66</b>
	Vedlegg 1: Samtykkeerklæring .....	66
	Vedlegg 2: Intervjuguide .....	69
	Vedlegg 3: Utdrag fra analyseprosessen .....	72
	Vedlegg 4: Svar fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) .....	77
	Vedlegg 5: Svar fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) .....	81



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og hensikt

I 2020 kom det en rapport om at kjønnsperspektivet er for lite til stede i norske helsefagutdanninger, og at kunnskapsfeltet nærmest fremstår som kjønnsnøytralt (Korsvik, 2020). I Fysioterapi er det også lite kunnskap om hvordan kjønn påvirker faget (Dahle, 1990; Hammond et al., 2013; Öhman, 2001). Det en uskrevet regel om at både fysioterapeutene skal gi, og pasientene skal få samme behandling uavhengig av kjønn (Dahle, 2001). Fysioterapeuter blir i liten grad lært opp til å anerkjenne betydningen av kjønn. Faget blir nærmest framstilt som kjønnsnøytralt, og kroppen bli omtalt som kjønnsløs og aseksuell (Dahle, 2001; Sudmann, 1998).

Fysioterapi skapes i samhandling, og behandlingsprosessen forutsetter en relasjon mellom fysioterapeuten og pasienten. Behandlingen kan betraktes som et sosialt og kulturelt møte, der ulike forskjeller mellom mennesker og mellom kjønn er med på å skape og forme relasjonen og samhandlingen (Dahle, 2001; Sudmann, 1998). Hvordan kjønn virker eller hva kjønn gjør i en psykomotorisk fysioterapisamhandling, er et empirisk spørsmål som denne oppgaven skal bidra med å besvare.

En stor andel av pasientene fysioterapeuter møter i klinisk praksis har langvarige og sammensatte muskelsmerter. Disse plagene er mer vanlig hos kvinner enn hos menn (Malterud, 2010). I psykomotorisk fysioterapi som domineres av kvinnelige fysioterapeuter, fant Breitve et al. (2008) at 80% av de som oppsøkte psykomotorisk fysioterapi var kvinner med blant annet muskelskjelett- plager. Psykomotorisk fysioterapi er en behandlingstilnærming rettet mot å overskride det dualistiske skillet mellom kropp og psyke (Thornquist & Bunkan, 1986). Endringsprosessen er sentral i behandlingstilnærmingen, heller enn å nødvendigvis kurere sykdom (Sviland et al., 2014). Endringsprosessen forutsetter en følelsesmessig involvering, både fra pasienten og terapeuten. På den måten kan en si at omsorgs- og nærhetsaspektet står tydeligere i psykomotorisk fysioterapi enn i tradisjonell fysioterapi (Enger, 2001). Sudmann (1998) hevder at kjønn er mest påtrengende ved kroppslig nærhet til mannlige pasienter ved at det setter kvinnelige

fysioterapeuter i en sårbar og utsatt posisjon. Hun trekker videre frem at kvinnelige fysioterapeuter legger arbeid i å framstå som en nærmest kjønnsløs profesjonell fysioterapeut.

## 1.2 Egen forskerposisjon

Gjennom utdannelsen til å bli psykomotorisk fysioterapeut skjer mye av læringen gjennom veiledet klinisk praksis. Jeg opplevde raskt at pasientene som kom til psykomotorisk fysioterapi var mer sårbare og søkte større trygghet hos meg som fysioterapeut. Selve behandlingstilnærmingen opplevdes på mange måter som nærere, både kroppslig og følelsesmessig. Jeg opplevde at ved å være var, interessert og oppmerksom mot det som pasientene eksplisitt uttalte, men også det usagte, ble det dannet en helt annen form for relasjon enn det jeg tidligere var vant til.

Videre i utdannelsen og den kliniske praksisen opplevde jeg det som gjennomgående lettere å danne en god og tygg relasjon til kvinnelige pasienter. Jeg reflekterte over at samhandlingen og behandlingen ofte opplevdes annerledes med mannlige pasienter. Jeg tok opp opplevelsen av denne *annerledesheten* med medstudenter, og det var mange som hadde lignende erfaringer. Dette gjorde meg oppmerksom på at kjønn på en eller annen måte har betydning i psykomotorisk fysioterapi.

Generelt er det rettet lite oppmerksomhet på betydningen av kjønn og nærhet i en behandlingsrelasjon i psykomotorisk fysioterapi. Sammen med min egen erfaring, ble jeg nysgjerrig på hvordan betydningen av kjønn kan påvirke samhandlingen i en psykomotorisk fysioterapikontekst. På bakgrunn av dette ble det utformet to problemstillinger.

## 1.3 Problemstillinger

Denne studien skal bidra til å belyse betydningen av kjønn psykomotorisk fysioterapi. Følgende problemstillinger vil bli besvart:

Hvordan virker kjønn inn på samhandlingen mellom kvinnelig terapeut og mannlig pasient i psykomotorisk fysioterapi?

Hvordan integrere betydningen av kjønn i psykomotorisk fysioterapi?

## 1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn 8 kapitler. Kapittel 2 har jeg lagt frem kunnskapsstatus rundt temaet for oppgaven. Kapittel 3 vil gi en innføring i de teoretiske perspektiver som oppgaven bygger på. I kapittel 4 beskrives valg av metode og fremgangsmåte, deretter en metodediskusjon i kapittel 5. Kapittel 6 presenteres resultatene i 5 ulike idealtyper. Kapittel 6 presenteres resultatene videre, hvor hver kategori drøftes fortløpende opp mot teori. Kapittel 7 fortsetter diskusjon av resultatene. Oppgaven avslutter med en konklusjon, der blant annet behovet for videreutvikling av kunnskap innenfor temaet løftes frem.

## 2 Kunnskapsstatus i helse, kjønn og psykomotorisk fysioterapi

### 2.1 Kjønn og helse

Dersom vi sammenlikner ulike grupper i samfunnet, finner vi systematiske forskjeller i menneskers helse. Sosiale ulikheter i helse skapes ut ifra faktorer som blant annet kjønn, alder, utdanning, inntekt, bosted og etnisitet (Folkehelseinstituttet, 2018).

Faktorene vil påvirke sykdomsforekomst, helserisiko, behov og tilgang til helsetjenester. Hvordan de ulike faktorene samtidig påvirker hverandre og hvilken betydning de har for den enkeltes helse vil variere ut ifra hvilket samfunn og kultur personen, eller befolkningen lever i (O'Neill et al., 2014). Det er med andre ord komplekse sosiokulturelle forhold som er medvirkende for vår helsestatus.

Sosialt konstruerte kjønnsnormer og andre egenskaper samfunnet generelt forbinder med kvinner og menn får implikasjoner for blant annet helsestatus, helsesøkende atferd og tilgang til helsetjenester (O'Neill et al., 2014). Som nevnt er det flere kvinner enn menn som oppsøker psykomotorisk fysioterapi (Breitve et al., 2008)

De siste tiårene har helse og sykdomsbildet endret seg over hele verden. Flere mennesker lever med langvarige og livslange kroniske lidelser (Huber et al., 2011) . I Norge er det flest kvinner som søker hjelp hos fysioterapeuter på grunn av langvarige muskel- og skjelettlidelser (Breitve et al., 2008). Slike lidelser går ofte under samlebetegnelsen sammensatte lidelser. Disse blir igjen ofte omtalt som kvinnesykdommer, og har lav diagnostisk prestisje (Album, 1991). På bakgrunn av at flere og flere lever med langvarige lidelser, trekker Huber et al. (2011) frem at helsevesenet må endre tanken om kurere sykdom ved å fjerne pasientens symptomer til å heller bygge opp under pasientens ressurser, samt evne til å håndtere å leve med sine plager.

Kjønnsperspektivet på helse og sykdom er blitt lite vektlagt i norsk helsevesen og da kvinnehelse spesielt. I 2021 oppnevnte regjeringen et kvinnehelseutvalg hvor målet er å undersøke hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i helse- og omsorgstjenestene, forskning og utdanning (Kvinnehelseutvalget, 2021). I fysioterapi er det generelt få studier som utforsker

hvordan kjønn påvirker den enkeltes helse- og sykdomsuttrykk, og hvordan kjønn påvirker behandlingen fysioterapeuten gir.

## 2.2 Kjønn og fysioterapi

Fysioterapi blir ansett som en kurativ behandlende profesjon som assosieres med sport, trening og aktivitet. Dette understrekes blant annet av slagordet til Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) «Min medisin er fysisk aktivitet». I fysioterapi er målsettingene ofte at pasienten skal bli frisk eller oppleve en lettelse av symptomer (Gretland, 2007).

Innenfor fysioterapifaget finnes det flere studier som har forsket på kjønn (Ahlsen & Solbrække, 2018; Dahl-Michelsen, 2015; Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014; Enger, 2001; Sudmann, 1998; Sudmann, 2009). Enger (2001) fant i sin studie at kjønnsdelingen i spesialiseringen i fysioterapifaget var tydelig preget av tradisjonelle kjønnsnormer. Studien trekker frem at spesialiseringer som i større grad er knyttet til omsorg som pediatri og psykomotorisk fysioterapi, domineres av kvinnelige fysioterapeuter. I manuellterapi der maskuline verdier som rask og spesifikk behandling henger høyt er det flest mannlige fysioterapeuter. Enger (2001) peker på at den uttalte kjønnsdelingen i fysioterapi kan være til tradisjonelle kjønnsnormer, og beskriver at fysioterapeutene i hennes studie hadde en forståelse av kjønn som noe statisk og lite foranderlig. Dette sees i sammenheng med at fysioterapeuter blir lært opp i bestemte profesjonelle arbeidsmåter som i liten grad er kjønnet (Enger, 2001).

Det finnes også studier som har utforsket hvordan kjønn har betydning for fysioterapistudenters oppfattelse av seg selv og sine medstudenter, samt hvilke betydninger kjønn har i fysioterapiutdanningen (Dahl-Michelsen, 2014, 2015; Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014). Dahl-Michelsen og Solbrække (2014) fant blant annet at fysioterapistudentenes kroppslige fremstillinger er formet av kjønn. Studien fant en betydningsfull forskjell mellom mannlige og kvinnelige fysioterapistudenter i måten kropp og seksualitet gjorde seg gjeldende. Kvinnelige fysioterapistudentenes adferd ble preget av en nedtonet seksuell fremvisning.

Sudmann (1998) hevder at kjønn har innflytelse på hva slags fysioterapi som skapes og utøves. Studien viser hvordan kvinnelige fysioterapeuter tar ansvar for å avkjønne kroppslige nære behandlingsrelasjoner, noe som står i kontrast til at faget fremstår som kjønnsnøytralt. Studien peker på at det ikke er mulig for verken terapeut eller pasient å være avkjønnet og kjønnsløs i en behandlingssituasjon. Videre belyser studien hvordan fysioterapibehandlingen gir en kroppslig nærhet, omsorg, trøst og støtte, som videre vekker den kjønnede, seksuelle og relasjonelle kroppen hos pasientene. Dette er i tråd med studien til Josefsson og Lunde (2022) som understreker at når fysioterapeuter fremmer god helse gjennom kropp og bevegelse, vil dette ha videre betydning for pasientens seksuelle helse.

Ahlsen og Solbrække (2018) sin studie viser at kjønnsperspektivet har høy relevans i fysioterapi, ved at sosiale normer for maskulinitet og femininitet påvirker både pasientens sykdomsuttrykk og fysioterapeutens kliniske resonering og behandlingsvalg. Studien viser til at dersom fysioterapeuter ser sykdom og helse i en sosial kontekst som også inkluderer rådende kjønnsnormer, kan terapeutene skape et individuelt behandlingstilbud som er bedre tilpasset til hver enkelt pasient sitt behov og verdier.

Oppsummert kan forskning på kjønn innenfor fysioterapi og helse vise at forventinger og opplevelse av kjønn, kropp og seksualitet kan påvirke en fysioterapikontekst. Det er skrevet lite om hvordan kjønnede betydninger kan påvirke samhandlingen i en psykomotorisk fysioterapibehandling.

## 3 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for oppgaven. Først vil jeg introdusere hovedtrekk ved Norsk psykomotorisk fysioterapi som er konteksten for denne oppgaven, herunder samhandling innenfor retningen. Videre blir det lagt vekt på forståelsen av kjønn. Gjennom det teoretiske rammeverket vil jeg få frem behovet for å se på samhandling i et kjønnsperspektiv, i en psykomotorisk fysioterapikontekst.

### 3.1 Psykomotorisk fysioterapi, samhandling og kroppslige omstillingsprosesser

Konteksten for denne oppgaven er norsk psykomotorisk fysioterapi som er en fagspesialitet innenfor fysioterapi. Norsk psykomotorisk fysioterapi er en særnorsk behandlingstradisjon, som vokste frem i perioden 1947-1953, gjennom et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. Behandlingstilnærmingen baserer seg på en grunnleggende erkjennelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet, der psyke og soma er uadskillelige (Thornquist & Bunkan, 1986). Kroppssynet står tydelig i kontrast til den kartesianske dualismen, som forstår kroppen som et objekt og løsrevet den menneskelige erfarings- og meningsverden (Thornquist, 2018). I psykomotorisk fysioterapi anerkjennes kroppen som subjekt og erkjenner at alle tidligere erfaringer i fortid og nåtid vil påvirke pasientens muskelspenninger, holdninger og bevegelser (Thornquist, 2006). Lokale plager og symptomer blir sett i sammenheng med kroppen som helhet (Thornquist & Bunkan, 1986).

En psykomotorisk fysioterapiundersøkelse starter med anamnese om kroppslige forhold og funksjoner, samt samtale rundt livshistorie og andre sosiale forhold. I kroppsundersøkelsen observerer terapeuten pasientens kroppsbevegelighet og respirasjon, gjennom ulike utgangsstillinger, massasjegrep og bevegelser (Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg et al., 2016). Underveis i undersøkelse brukes kroppen som innfallsvinkel til spørsmål og samtale (Thornquist & Bunkan, 1986).

Den psykomotoriske behandlingen spiller bevisst på gjensidigheten mellom muskulatur, kroppsholdning og pust. Målet med den psykomotoriske behandlingstilnærmingen er å fremme kroppslig omstilling av begrensede kroppsfunksjoner gjennom bevegelser og massasje, nøye veiledet av pasientens respirasjon. Verbal refleksjon knyttet til de kroppslige erfaringene er en del av behandlingen (Thornquist & Bunkan, 1986; Øien et al., 2009). Gjennom den kroppslige omstillingsprosessen utvikler pasienten kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, som videre stimulerer til en opplevelse av sammenhenger mellom kropp og følelser. Psykomotorisk behandling står på denne måten i kontrast til viljestyrt instruering og korrigerende av pust, muskelspenninger og kroppsholdning (Thornquist & Bunkan, 1986).

Omstillingsprosessen i psykomotorisk fysioterapi innebærer at kroppslige væremåter utforskes og utfordres. Kroppen vår er biologi samtidig som den er et sosialt og kulturelt fenomen (Braatøy, 1979). Sosiale- og kulturelle forventninger og verdier innskriveres i kroppene våre og vi tilpasser oss kroppslige væremåter ut ifra hva som anses som passende med tanke på kjønn, alder og sosial status i gitte situasjoner. Vår selvfølelse og identitet er inkorporert i våre kroppslige vaner og væremåter og slik sett er kroppen kjønnnet (Thornquist & Kirkengen, 2020). Lilleaas (2005) trekker frem at forventninger til kvinner og menn kan komme til uttrykk gjennom deres kroppslige vaner. Tradisjonelt har kvinner knyttet sin kroppslige væremåte til omsorgsrollen og menn til forsørgerrollen. De kjønnsbestemte vanene kan være vanskelig å bryte fordi det er blitt en måte å være i verden på (Lilleaas, 2005). Terapeuten må derfor ha i bakhodet at endringene på mange måter kan stride imot pasienten sin identitet og kultur. I psykomotorisk fysioterapi fremheves derfor betydningen av langsom omstilling slik at personen gradvis kan integrere nye væremåter, også i møte med omgivelsene utenfor behandlingskonteksten (Thornquist & Bunkan, 1986).

### 3.1.1 Samhandling som fundament for omstillingsprosessene

Psykomotorisk behandling er samhandling. Selv om behandlingen ledes av fysioterapeuten, er utfallet av behandlingen helt avhengig av en god samhandling med pasienten (Øvreberg et al., 2016). Begge parter er gjensidig deltakende i behandlingen, noe som innebærer å dele opplevelser



og etablere en felles meningsverden med hverandre. Dette etableres gjennom kroppslige fremtredelser og kommunikative prosesser (Gretland, 2007).

I en terapeutisk relasjon vil aktørene kontinuerlig forme hverandres forutsetninger, og deres oppfattelse av seg selv og den andre skapes gjensidig (Schibbye, 2004). Samhandlingens betydning i psykomotorisk fysioterapi er sentralt og tematiseres i en rekke studier, både direkte og indirekte (Dragesund et al., 2021; Dragesund & Øien, 2019, 2021; Ekerholt & Bergland, 2006, 2008; Sviland et al., 2014; Sviland et al., 2012). Ingen av studiene trekker frem kjønn som et forhold som kan påvirke relasjonen mellom psykomotoriske fysioterapeuter og pasienter.

Dragesund og Øien (2019) har undersøkt erfarne fysioterapeuters opplevelse med krevende behandlingssituasjoner. Studien understreker at en samhandling i en psykomotorisk fysioterapikontekst kan være kompleks og krevende både for terapeutene og pasientene. Krevende forhandlinger og ulike konfrontasjonen beskrives som et sentralt element for å finne et felles forståelsesgrunnlag og retning for behandlingen. Fysioterapeutene i studien trakk frem at ved å være forankret i seg selv skapte de et indre rom, som åpnet opp for nye måter å samhandle på. Fysioterapeutene understreket betydningen av å balansere oppmerksomheten mot sin egen kropp og mot pasientens kropp var sentralt (Dragesund & Øien, 2019).

En annen studie som har undersøkt pasientenes opplevelse av samhandlingen trekker frem at tid, tillit, åpen tale og det å bli lyttet til som nødvendig for å kjenne seg trygg i behandlingsrelasjonen (Sviland et al., 2014). Annerkjennelse gjennom verbal kommunikasjon og berøring blir i andre studier beskrevet som en forutsetning for å skape en trygg og åpen atmosfære, og som videre danner grunnlaget for omstillingsprosessen (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2006, 2008).

I psykomotorisk fysioterapi blir kroppslige og språklige uttrykk sett i sammenheng (Thornquist & Bunkan, 1986). Terapeutens språkbruk og ord kan bidra til å fremme den psykomotoriske omstillingsprosessen, og fysioterapeuter må være årvåkne for ordenes åpnende og lukkende kraft (Sviland et al., 2010). Gjennom forklaringer, konklusjoner og ulike råd vil fysioterapeuten

formidle at mennesket forstås utenfra, som et objekt. Ved åpne spørsmål og undring kan fysioterapeuten henvende seg til pasienten som et kroppslig subjekt. Dette betyr at fysioterapeuter kan fasilitere pasientene til å være i opplevelsen slik det oppleves i øyeblikket. Dette kan åpne opp for muligheten til å oppleve noe nytt, og vil være en del av endringsprosessen (Schibbye, 2004).

Berøring kan bli forstått som en kroppslig samhandlingspraksis (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Ekerholt & Bergland, 2006). Soleng og Sviland (2022) sin studie belyser hvordan berøring førte til at pasienter kom i bedre kontakt med seg selv og fremmet tilliten til fysioterapeuten. Pasientene i studien trakk frem at fysioterapeutens sensitivitet og kontinuerlig tilpasning av berøringen i takt med dens reaksjoner, pust og muskelspenninger, var av stor betydning (Soleng & Sviland, 2022). Flere andre studier trekker frem at fysioterapeutens sensitivitet og sansende åpenhet for pasientene fremmet muligheten til å forstå hvordan pasienten opplevde situasjonen der og da, noe som styrket tillit og trygghet i relasjonen (Dragesund & Øien, 2019; Ekerholt & Bergland, 2019; Øien et al., 2011). Teigen et al. (2020) skriver at gjennom sanselig nærvær kan terapeuten hjelpe pasienten til å bli oppmerksom på seg selv. Videre kan terapeuten få en forståelse for når de kan utfordre pasienten og når de heller bør trygge pasienten i bevegelse, berøring og med ord.

### 3.1.2 Samhandlingens omsorg, nærhet og seksualitet

I fysioterapi er både kurative- og omsorgsaspektet viktige profesjonskompetanser (Dahl-Michelsen, 2015). Berøring er et sentralt aspekt i fysioterapi og er en mulighet til å formidle fysisk støtte og omsorg (Kelly et al., 2018). En fysioterapibehandling innebærer ofte tett kroppslig kontakt mellom fysioterapeuten og pasienten i kombinasjon med at pasienten har på seg lite klær. Dette gjør fysioterapi til en intim kroppslig praksis, hvor seksualitet er innebygd (Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014).

Hvilket behov fysioterapeutene og pasientene har for personlige og profesjonelle grenser hos både terapeut og pasient er avhengig av blant annet kjønn, alder, kultur og tidligere erfaringer med berøring. Fysiske grenser i behandlingen kan settes gjennom valg av påkledning, grad av avkledning, skjerming fra omgivelsene, samt tilpasning av fysisk avstand mellom pasienten og terapeuten (Kelly et al., 2018).

Fysioterapeuten kan skape grenser gjennom en instrumentell holdning til pasienten og seg selv i behandlingen. Avstand og grenser mellom fysioterapeuten og pasienten er også en form for å signalisere utilgjengelighet, og dermed en avstand til potensialet for seksualisering av behandlingssituasjonen (Sudmann, 1998).

Solheim (2002) hevder at seksualitet handler om den åpne og samtidig avgrensede kvinnekroppen som er seksuelt tilgjengelig for menn. Unge kvinne betraktes ofte som «attraktive» og dette kan henge sammen med at kvinners verdi i stor grad er knyttet til utseende, behag og den reproduktive evnen (Thornquist, 2001). Dahl-Michelsen og Solbrække (2014) trekker i sin studie frem at mannlige fysioterapeuter ikke blir ansett som like tilgjengelige og med det samme potensialet for seksualitet som kvinnelige fysioterapeuter. Studien viste at mannlige fysioterapeuter kunne praktisere fysioterapi på en mer leken måte enn de kvinnelige terapeutene. Kvinnelige fysioterapeuter var derimot forpliktet til å tydeliggjøre grenser, ved å de-seksualisere kroppen sin og avkjenne behandlingsrelasjonen (Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014).

I psykomotorisk fysioterapi der målet er å oppnå en felles opplevelses- og forståelsesverden, vil det bety å fremme en nærhet i den terapeutiske relasjonen. Dragesund og Øien (2021) sin studie kan illustrere denne formen for nærhet. Pasientene i studien beskrev at de gjennom å bli inkludert i berøring, bevegelser og verbal refleksjon opplevde et felleskap med terapeuten, og at terapeuten gav dem varme og kjærlighet (Dragesund & Øien, 2021).

## 3.2 Hva er kjønn?

Kjønn blir ofte ved første øyekast sett på noe som er naturgitt, noe som et individ *er*. West og Zimmerman (1987) ser på kjønn som noe vi *gjør*, og flytter dermed kjønn fra noe som kun ligger i individet til noe som også ligger i våre handlinger. Kjønn kan bli sett på som en rekke meningsforbindelser, som et symbolsk system eller en kulturell struktur, som alltid er tilstede (Solheim, 2002). Kjønn kan sees på noe som er sosialt betinget ved at vi gjennom oppveksten lærer og sosialiseres til å bli en kvinne eller mann. Vi lærer bestemte måter å se verden på og utvikler oss selv i lys av hvordan andre møter og oppfatter oss (Gretland, 2007).

Våre handlingsmønstre dannes ut ifra den implisitte kjønns koden som inneholder et sett med regler og forskrifter som ofte fremstår som selvfølgelig og naturlig. Vi *gjør* kjønn i måten vi presenterer oss, hvilket språk vi bruker og gjennom vår kroppslige væremåte. Dette betyr at kjønn er handling. Kjønn som handling kan sees på som en kontinuerlig prosess i sammenheng med hvordan kvinner og menn opprettholder og skaper kjønn i sosiale møter (West & Zimmerman, 1987). Vi tilpasser måten vi presenterer oss og vår være- og handlingsmåte ut ifra hva omgivelsene aksepterer eller ikke aksepterer. Kjønn kan på denne måten ha betydning for hvordan vi handler i sosiale situasjoner, samt betydning for hvordan vi tilpasser oss i henhold til omgivelsenes normer og forventninger (West & Zimmerman, 1987).

Som helsepersonell kan vi bidra til å opprettholde og skape kjønn i måter vi presenterer oss og hva vi bekrefter eller ikke bekrefter i pasientenes snakke- og væremåte. Det er derfor viktig at helsepersonell reflekterer over sine egne forestillinger, forventninger og praksiser i samhandling med pasienter (Thornquist, 2001). Et kjønnsperspektiv på sykdom og helse inkluderer biologi, identitet, symboler og kultur (NOU 1999: 13)

### 3.2.1 Kjønn som biologi

Kjønn som biologi tar utgangspunkt i kvinner og menn sine biologiske forskjeller av organer, hormoner og fysiologi. Kjønn som biologi har lenge vært kriterier for å definere en person sitt kjønn. I dagens samfunn er det ikke lengre fullt så enkelt å kategorisere en person sitt kjønn ut i fra biologiske kriterier, som for eksempel ved kjønnsskifteoperasjoner (NOU 1999: 13).

Selv om det finnes flere utfordringer ved den biologiske bestemmelsen av kjønn, er det biologiske kjønnsperspektivet grunnmuren i dagens medisinske kunnskap, som igjen påvirker vår forståelse og behandling av sykdom. Medisinsk kunnskap bygger på forskning på menn og hanndyr. Dette har fått konsekvenser for forståelsen av sykdom hos kvinner. Et velkjent eksempel på dette er at vi i dag vet at hjertesykdom gir forskjellige symptom hos kvinner enn hos menn. Dette illustrerer at sykdomsforløpet arter seg ulikt på bakgrunn av biologiske forskjeller (NOU 1999: 13).

### 3.2.2 Kjønn som identitet

Kjønn er konstituerende for vår identitet, ved at vi former og blir formet av vår egen forståelse knyttet til kjønn. Vi vurderer kvinner og menn ut i fra forskjellige standarder, og dette former den enkeltes utvikling, identitet og selvfølelse (Thornquist, 2001). Den enkeltes kjønnsidentitet skapes på bakgrunn av hvordan vi oppfatter oss selv og hvordan vi blir oppfattet. Dette henger sammen med hvilke forventninger samfunnet og omgivelsene til enhver tid har til kvinner og menn, og er videre knyttet til forståelser av kjønn som biologi, struktur og symboler (NOU 1999: 13).

Kvinnens identitet knyttes ofte til utseende, morsrollen, omsorg og til nære relasjoner. Menn sin identitet er ofte knyttet til forsørgerrollen og som den som tar ansvar. Ved sykdom og funksjonsnedsettelse kan den enkeltes verdier bli satt på spill og kjønnsidentiteten kan bli utfordret (Lilleaas 2005). Dersom helsepersonell er bevisst på hvilken betydning kjønn har for pasientens selvforståelse kan de komme pasientene i møte og forstå utfordringene de står overfor (Thornquist, 2001).

Vi har alle ulike sosiale identiteter. Identiteten vår kan skifte mellom å være for eksempel kjæreste, venn, innbygger eller yrkesaktiv. Disse identitetene kan være skiftende, men vi er alltid kvinne eller mann. Det vil si at i en fysioterapikontekst vil fysioterapeuten og pasienten aldri være helt kjønnsnøytral, og en samhandling vil bli påvirket av hvordan individene gjør kjønn (West & Zimmerman, 1987).

### 3.3.3 Kjønn som symbol

Kjønn som symbol er knyttet til kulturens framstillinger og bilder av det mannlige og kvinnelige. Kjønnede symboler finnes over alt, og det er viktig å påpeke at symbolene ikke kommer i bestemte former. Symboler vrir og vender på seg og gir ulik mening og betydning i ulike kontekster (Solheim, 2002). Vi forbinder ofte det omsorgsfulle, varme, kjærlige og passive med det kvinnelige. Det mannlige har en tendens til å bli beskrevet som tøff, selvstendig, sterk og aktiv. På den måten tillegger vi oss selv og andre egenskaper ut ifra kjønn. Kjønn som symbol nedfeller seg i språket vårt og påvirker hvordan vi tolker oss selv og andre (NOU 1999: 13, 1999; Solheim, 2002).

I Samulowitz et al. (2018) litteraturstudie fant de at ulike antakelser om menn og kvinner førte til at helsepersonell gav ulike råd og behandling til pasientene. Et eksempel som kom frem, var antakelsen om at «menn trenger å være fysisk sterke». Dette kan føre til at helsepersonell i større grad anbefalte menn å fortsette med sport og fritidsaktivitet, enn kvinner. Thornquist (2001) legger frem at i fysioterapi får kvinner oftere tilbudt avspenningsbehandling og menn får råd og veiledning i trening. Dette viser hvordan kjønn som symbol kan tillegge pasienter egenskaper på bakgrunn av kjønn.

Kulturelle forestillinger om blant annet kvinnelighet og mannlighet kan være integrert i den enkeltes kropp og forme dens sykdomsuttrykk. Det å være emosjonell har tradisjonelt blitt sett på som noe feminint og det å undertrykke følelser blitt sett på som noe maskulint (Gough, 2018). For å se og møte pasientens kropp må helsepersonell kunne se hvordan kjønn kan ha betydning for sykdomsuttrykket og plagene (Lunåsmo, 2005). Uten et kjønnsperspektiv kan helsepersonell utilsiktet fastlåse kvinner og menns helseproblemer (NOU 1999: 13).

### 3.3.4 Kjønn som struktur

I samfunnet vårt skapes kjønn strukturelt gjennom systematiske forskjeller i utdanning, økonomi, fordeling av arbeid, privilegier og makt. I helsevesenet og samfunnet generelt er det flest menn i ledende stillinger og kvinner arbeider i underordnede posisjoner. Dette viser en skeivfordeling mellom kjønnene på organisatorisk nivå, der menn har størst makt og innflytelse på fordeling av ressurser. Helsepolitikk, ressursbruk i forskning og struktur av tjenester er forhold som vil påvirke den enkeltes helse (NOU 1999: 13, 1999).

I Norge er helse- og omsorgsyrkene fremdeles dominert av kvinner og dette gjelder også i fysioterapiyrket. I fysioterapifaget er det flest kvinner i offentlig sektor, og flest menn i privat sektor. Det sees også en tydelig kjønnsdeling i fagspesialitetene, hvor manuellterapi og idrettsfysioterapi har en overvekt av mannlige fysioterapeuter, mens psykomotorisk fysioterapi domineres av kvinner (Enger, 2001).

### 3.3.5 Kjønn som analytisk nøkkel

Haavind (2000) bruker begrepet «kjønnede betydninger» som en analytisk nøkkel for å søke etter meningsinnhold i et erfaringsmateriale. Kjønn som analytisk nøkkel brukes til å forstå hvordan mennesker *er* og *blir* kvinner og menn, for seg selv og for hverandre, og hvilke betydninger dette får i sitt eget og hverandres liv. Kjønn betraktes her som betydningsgivende for interaktive fenomener og det analytiske begrepet må ikke forveksles med å studere kategoriske forskjeller mellom kvinner og menn. Kjønn handler om regulering av forholdet mellom fenomen, altså mellom det kvinnelige og det mannlige (Haavind, 2000).

Å lete etter kjønnede betydninger i en samhandling innebærer en systematisk søken etter hvordan kvinner og menn forstår sine egne og hverandres væremåter. I sosiale sammenhenger vil kvinner og menn bli plassert og plasserer seg selv ulik i forhold til hverandre. I følge Haavind (2000) er kjønn som betydningssystem knyttet til splittelse og makt. Splittelse viser til at det som er knyttet til det ene kjønn utelukker noe fra det andre kjønn. Det vil si at noe som anses å være

kvinnelig ikke kan være noe mannlig på samme tid. Makt viser til at kjønn er hieratisk og bidrar til at kvinnelig og mannlige fenomen blir rangert. Det mannlige er plassert i en overordnet posisjon ved at det betraktes som viktigere og noe allment sammenliknet med kvinnelige fenomen (Haavind, 2000). På den måten kan man si at kjønn nesten alltid representerer en kulturell og rangert verdsetting, der kjønn på sett og vis degraderer kvinner (Solheim, 2002).

Kjønn som fenomen er stabilt ved at det er preget av gjentakelser samtidig som det er flytende og har rom for variasjoner og unntak. Kjønn kan dermed gjøres, forhandles og endres (West & Zimmerman, 1987). Det å løfte frem de kjønnete betydningene vil ofte være vanskelig i det de sitter både i kulturen som setter rammer for relasjonen og innad i de ulike aktørene. Ved å bruke kjønnete betydninger som analytisk nøkkel er målet å avdekke hvordan kjønn er knyttet til betydningssystemer som vi ofte tar for gitt (Haavind, 2000).

Kjønn kan, som vist i dette kapitlet, forstås både som biologi, identitet, kultur og struktur. Dette er samlet et omfattende betydningssystem som danner rammer for hvordan vi kan forstå kvinner og menns handlinger (Haavind, 2000). Dette må medtenkes for å forstå hvordan kvinnelige fysioterapeuter samhandler med mannlige pasienter og hvorfor fysioterapeutene gjør som de gjør.



## 4 Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for oppgavens vitenskapsteoretiske ståsted, metodevalg og utvalget i studien. Videre beskriver jeg innsamling og analyse av datamaterialet.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Denne oppgaven er forankret i et fortolkende paradigme og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Hermeneutisk vitenskapsteori omhandler forståelse av meningsfulle fenomener, som for eksempel menneskelige uttrykk, og kjennetegnes ved tekstfortolkning (Thornquist, 2018). I studien ønsker jeg å få en forståelse for hvordan kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter og mannlige pasienter gjør kjønn i en samhandlingssituasjon. For å besvare oppgavens problemstilling har jeg søkt etter kjønnede betydninger i de sosiale og kulturelle møtene personene inngår i og det meningsinnholdet de skaper (Haavind, 2000).

Analyseprosessen har bestått av å analysere både deler og helheten av teksten. Jeg har gjort dette ved å søke både på langs og på tvers i det tekstbaserte materialet (Haavind, 2000). Dette kan knyttes opp mot den hermeneutiske sirkelen eller spiralen hvor vi forstår delene ut ifra helheten og helheten ut ifra delene. Gjennom denne prosessen beveger forskeren sin egen forforståelse ved å foreta en fordypning i sin meningsforståelse, som igjen legges til grunn for nye måter å forstå på (Gadamer et al., 2012).

I hermeneutisk tradisjon vektlegges også selvrefleksjon og kontekst, og hvilket perspektiv man ser materiale fra vil ha betydning for hva som løftes frem fra analyseprosessen (Malterud, 2017). Både jeg og deltakerne i studien er historiske og sosiale vesener som sammen med tid, sted og situasjon danner rammer for hvilke tolkninger som blir mulig. Denne studiens søkelys er rettet mot kjønnede betydninger og betyr at andre aspekter i en samhandling gjøres mindre relevant. Dersom det hadde vært en annen forsker eller andre informanter, samt et annet sted eller tid, så ville resultatene fra studien blitt til noe annet. I et fortolkende paradigme sees dette på som en

forutsetning for kunnskapsproduksjonen, samtidig som selvrefleksjon og kritisk diskusjon vektlegges gjennom hele forskningsprosessen (Skilbrei, 2019).

## 4.2 Valg av forskningsmetode

For å belyse problemstillingen er kvalitativ forskningsdesign valgt. Kvalitative metoder legger vekt på å fange opp kompleksiteten i menneskelige handlinger, erfaringer, forståelser, meninger og fenomener (Polit & Beck, 2017). Gjennom kvalitativ metode er studien designet for å få frem variasjoner, skiftninger og nyanser i kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuters måte å gjøre kjønn på i samhandling med mannlige pasienter.

Det empiriske materialet er blitt samlet inn gjennom individuelle semistrukturerte intervju. Hovedtemaene var satt på forhånd, slik at en kommer innom de temaer som forskeren anser som relevant for studien. Samtidig gir det en åpning for at andre temaer som forskeren ikke har forutsatt kan være viktig, og på den måten legges noe av styringen over til informantene. Gjennom samtale får vi da et innblikk i verden slik den forstås fra den utforskedes side (Kvale et al., 2015). Individuelle intervju ble valgt for skape en fortrolig og trygg ramme som gav grunnlag for at informanten kunne dele historier og erfaringer (Malterud, 2017).

## 4.3 Rekruttering av deltakerne

Informantene til studien er rekruttert gjennom et strategisk utvalg med tanke på å få et materiale som best mulig kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2017). For å rekruttere informanter til studien tok jeg kontakt med et par psykomotoriske fysioterapeuter med god oversikt over fagmiljøet i Norge. Disse gav meg kontaktinformasjon til en rekke psykomotoriske fysioterapeuter. Jeg sendte e-post med informasjon om studien og forespørsel om deltakelse til 20 psykomotoriske fysioterapeuter i Norge. Det var kun to som takket ja til å være med i studien og

flere takket nei grunnet manglende erfaring med å ha menn i behandling. Videre ble det gjort et pragmatisk utvalg gjennom snøballprinsippet der jeg inviterte fysioterapeuter jeg kom i kontakt med gjennom rekruttering til en annen studie, til å delta i denne studien (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017). Terapeutene som takket ja til studien fikk tilsendt et utfyllende informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Vedlegg 1).

## 4.4 Utvalg

Utvalget består av 5 kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter som danner grunnlaget for denne studien. Inklusjonskriteiene til studien var at de måtte være ferdigutdannet psykomotorisk fysioterapeut i aldersgruppen 20-70 år og ha erfaring med å behandle mannlige pasienter. Det ble ikke satt noen kriterier for antall mannlige pasientkonsultasjoner for deltakelse i studien. Eksklusjonskriterier var om terapeuten ikke behersket norsk eller engelsk språk.

Felles for informantene som ble inkludert i studien er at alle er kvinner, privatpraktiserende og i nåværende arbeid. Informantene har henholdsvis fire, fem, ni, tolv og tjuve års arbeidserfaring som psykomotorisk fysioterapeut. Informantenes alder er fordelt slik: En i 30-årene, tre i 40-årene og en i 50-årene. Andelen mannlige pasienter informantene hadde til behandling i uken, varierte hos alle informantene. På det tidspunktet intervjuet ble gjennomført anslo to av fysioterapeutene at de hadde ca. 40% mannlige pasienter til behandling, to hadde ca. 15%, og en anslo at hun hadde ca. 10% mannlige pasienter til behandling. Aldersgruppen på de mannlige pasientene varierte fra 14-67 år. Informantene antok at de jevnt over hadde flest mannlige pasienter i 40-50 årene. Som en del av anonymiseringen av informantene blir ikke hver enkelt informant presentert i ytterligere detalj.

## 4.5 Forberedelser til intervju

I denne studien har jeg hatt med meg en medforsker i forberedelsene og gjennomføringene av intervjuene. Medforsker og jeg gjennomførte til sammen 6 intervju i perioden fra april 2020 til

september 2020. Vi gjorde først to prøveintervju av to mannlige medstudenter om deres tanker og erfaringer fra egenbehandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Deretter intervjuet vi 4 mannlige pasienter om deres erfaringer av å gå i psykomotorisk fysioterapibehandling. Medforsker brukte dette materialet i sin masteroppgave. Intervjuene ble gjennomført digitalt via videooverføringstjenesten Skype eller Teams grunnet koronasituasjon. Dette gav oss nyttige erfaringer om intervjusituasjonen. Vi erfarte blant annet at det var hensiktsmessig at det var en som ledet intervjuet. Den andre passet på at alle temaer ble dekket, kom med oppfølgingsspørsmål og noterte betydningsfulle stikkord som for eksempel om kroppsholdning, stemmebruk etc. underveis i intervjuet. Intervjusituasjonene gav oss mulighet til å reflektere over vår egen og hverandres rolle i intervjusituasjonen.

## 4.6 Gjennomføring av intervju

Intervjuene til denne studien ble gjennomført i perioden november – desember 2020. På grunn av restriksjoner knyttet til Covid-19 pandemien ble intervjuene gjennomført digitalt gjennom videooverføringstjenesten Skype og Teams. Medforsker, jeg og informantene satt alle på ulike steder.

Formålet med intervjuene var å få tilgang til informantenes levde erfaringer gjennom deres beskrivelser av opplevelser og tanker. Overordnede temaer og spørsmål var forberedt på forhånd i en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 2). Intervjuguiden ble brukt som en veileder for samtalen slik at viktige temaer ble dekket. Samtidig gav den rom for eventuelle spørsmål eller tema som dukker opp i de ulike intervjusituasjonene (Kvale et al., 2015; Polit & Beck, 2017). Vi forsøkte å stille tilstrekkelig åpne spørsmål og etterspurte meningsinnholdet dersom utsagnet til informanten var uklart for oss. Intervjuguiden ble vurdert og revidert underveis ettersom ny informasjon og aktuelle spørsmål dukket opp.

Medforsker ledet to av intervjuene og jeg ledet tre intervju. Intervjuene startet med gjennomgang av samtykkeerklæringen og informantens rettigheter. Det ble gitt kort informasjon om gjennomføringen av intervjuet og tidsrammen. Det ble også nevnt at vi ønsket at informantene skulle snakke mest mulig fritt om sine egne erfaringer. Informantene startet med å snakke litt om

seg selv, sin bakgrunn og arbeidserfaring. Til slutt fikk informantene mulighet til å komme med spørsmål de tenkte kunne være relevant for de andre informantene vi skulle intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og varte mellom 60 – 80 minutter. Like etter intervjuet delte medforsker og jeg våre feltnotater, umiddelbare tanker og opplevelser fra intervjuet med hverandre. Dette ble notert i en refleksjonslogg.

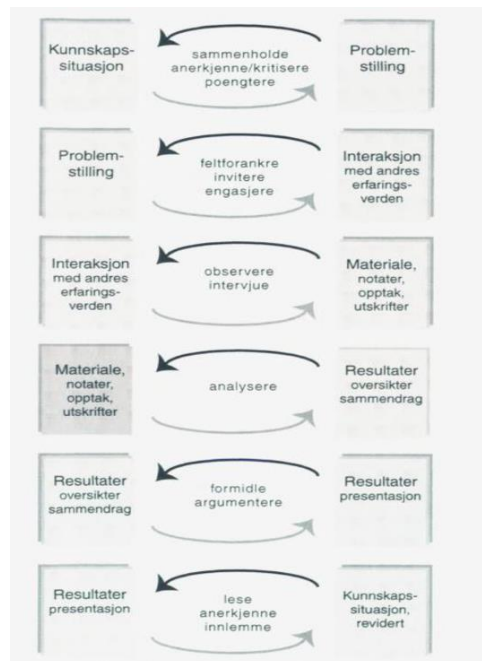
## 4.7 Transkribering

Jeg transkribere intervjuene umiddelbart etter intervjuet, eller påfølgende dag. Dette bidro til en kontinuerlig evaluering av medforskers og min rolle som intervjuere samt mulighet til å gjøre eventuelle endringer frem mot neste intervju. Transkripsjonen er en del av den analytiske fortolkningsprosessen og vil ha innvirkning på det videre arbeidet. Hvordan man velger å notere ned lydopptaket vil ha mye å si for helhetsinntrykket og på hvilken måte den skriftlige teksten kan tolkes og forstås i etterarbeidet (Kvale et al., 2015). Intervjuene ble transkribert på standardisert bokmål. Jeg valgte å notere ned lengre pauser, latter, sukk og tydelige endringer i toneleiet. Ved et par tilfeller der jeg så det hadde betydning for informantens budskap, brukte jeg store bokstaver eller utropstegn for å få frem intensiteten eller ordtrykket i det som ble sagt. Dette ble gjort slik at mening som kom frem uten ord også skulle komme tydelig frem (Malterud, 2017). Det ble også lagt til tegnsetting som punktum og spørsmåltegn og komma slik at det skulle være lettere å lese. Jeg var midlertidig oppmerksom på at meningsinnholdet i utsagnene ikke skulle bli endret. Jeg hørte gjennom lydfilene flere ganger for å sikre at transkripsjonen ivaretok det opprinnelige materialet, og at det i størst mulig grad gjenspeilet informantenes erfaringer og meninger slik det ble formidlet under selve intervjusituasjonen (Malterud, 2017). Til sammen ble det transkribert 68 sider med tekst fra de 5 intervjusituasjonene.

## 4.8 Bearbeiding og analyse av det empiriske materialet

Analysemetoden som er benyttet i denne studien er Haavind (2000)'s fortolkende metode. Dette er en metode som er godt egnet for å lete etter kjønnete betydninger og består av seks steg. Fortolkning kan beskrives som transformasjon fra et meningsinnhold til et annet eller fra en fremstilling til en annen fremstilling ved hjelp av språklige virkemidler. Figur 2 viser en oversikt av den fortolkende metoden sine seks trinn som er en serie av transformasjoner fra en fremstilling

til en annen. Hvert trinn av prosessen tar plassen til den første fremstillingen i det neste trinnet. Ved hvert trinn fattes det en rekke beslutninger som driver den metodiske prosessen fremover. Fremoverrettet kan de seks trinnene i metoden betraktes som en plan og tilbakeskuende kan den betraktes som redegjørelse for den analytiske prosessen. På den måten er reflekterende ettertanke kjennetegn for metoden (Haavind, 2000).



Figur 1: Skjematisk framstilling av metodisk prosess (Haavind, 2000, p. 29)

I fortolkende metode foregår analyseprosessen på tvers og på langs i det empiriske materialet. Ved søk på langs av materialet ser en etter sammenhenger og skiftninger i den enkeltes historie. Ved søk på tvers i materialet beveger en seg mellom personene i materialet og leter etter fellestrekk og særtrekk. I fortolkende metode er ikke fremgangsmåten gitt. Dette er noe forskeren selv må søke seg frem til ut ifra materialet den står overfor (Haavind, 2000).

De første to trinnene i analyseprosessen handler om å trekke forbindelser mellom kunnskapssituasjon, problemstilling og det empiriske feltet. Dette er allerede beskrevet tidligere i oppgaven. Videre leste jeg gjennom transkripsjonene flere ganger og forsøke å skaffe meg et utvidet helhetsinntrykk, og hvor jeg søkte i materialet etter alt som kunne belyse studiens fokus

(Haavind, 2000). Jeg identifiserte gjennomgående temaer som dukket opp, og jeg la inn temaene i et analyseskjema (Vedlegg 3). Med disse temaene som utgangspunkt, drøfter jeg hvordan kjønn kunne tenkes å utforme og påvirke behandlingsrelasjonen og behandlingen av de mannlige pasientene. Etter stadig gjennomgang av det empiriske materialet ble det tydelig at temaene som var valgt ikke var dekkende for å få tydelig frem spenningsfeltet i samhandlingen mellom de kvinnelige fysioterapeutene og de mannlige pasientene. Dette representerer hvordan forslag til fortolkninger kan prøves, vurderes, godkjennes eller forkastes (Haavind, 2000).

Da jeg søkte på langs i materialet fant jeg en form for tvetydighet og hyppige skiftninger innad i hver enkelt informant sine erfaringer. Ved søk på tvers i materialet fant jeg likevel likheter mellom disse skiftningene hos informantene i tillegg til særtrekk hos den enkelte. Hvilken type pasient informantene snakket om i de ulike situasjonene virket å være av stor betydning. De kjønnede betydningene endret stadig form og viste seg som både flytende og stabil på en og samme tid, slik Haavind (2000) påpeker. Jeg innså at det var nettopp dette jeg søkte etter i materialet, men at jeg stod uten redskap til å systematisere det.

Etter diskusjon med veiledere kom vi frem til at jeg kunne bruke *composite case* eller *idealtyper* som et analytisk verktøy i analyseprosessen. Dette kunne åpne opp for muligheten til å få tak i hva som skjer i møte mellom terapeutene og pasientene. En kompositt eller idealtipe er en person som ikke eksiterer. Det er en fiktiv person som er laget som et analytisk virkemiddel for å forstå komplekse sosiale fenomen (Mitropolitski, 2013). Idealtypene danner en form for essens der noen kjennetegn gjøres ekstra tydelige (Gåsvær et al., 2021). Det er viktig å påpeke at idealtypene i denne studien ikke er ment til å representere moralske og perfekte idealer. Idealtyper kan også gi informanter et ekstra lag med anonymitet (Samenow et al., 2013).

Det neste analysetrinnet i prosessen belyser de-kontekstualiseringen av materialet. Jeg søkte først systematisk gjennom teksten etter beskrivelser av mannlige og kvinnelige pasienter og samlet tekstutdragene i et nytt dokument. Jeg skrev tekstkondensatene over til jeg-form. Dette resulterte i fem idealtypiske mannlige pasienter og en idealtypisk kvinnelig pasient. Jeg så fort at flere av de mannlige idealtypene var ulike variasjoner av den samme og endte til slutt opp med to idealtypiske mannlige pasienter. Idealtypene ble navngitt Rune og Bjørnar. Den idealtypiske

kvinnelige pasienten er ikke brukt i denne studien. Videre søkte jeg igjen systematisk gjennom det empiriske materialet for å finne likheter og særtrekk både i og mellom materialet til terapeutene. Tekstutdragene ble fordelt i ulike kategorier. «Kjønn er av betydning», «kjønn er ikke av betydning» og «kjønn er av kanskje av betydning». Jeg skrev tekstkondensatene over i jeg- form, og jeg navngav idealtypene Janne, Birgitte og Anne. Jeg gikk flere ganger tilbake til transkripsjonene for å sikre at det de-kontekstualiserte materialet fortsatt samsvarte med helheten i materialet. Dette er for å forebygge reduksjonisme og forhindre at resultatene blir fragmentert og løsrevne (Malterud, 2017). Jeg har revidert og endret materialet flere ganger i de tilfellene der jeg så at mine egne forutforståelse og fortolkninger hadde blandet seg inn i materialet.

Det neste trinnet i analyseprosessen var å søke etter spenningsfeltet mellom de ulike idealtypene i ulike deler av behandlingsprosessen. Jeg lagde tre kodegrupper som beskriver ulike situasjoner i behandlingsprosessen «De første møtene», «Felles forståelse», «Omstilling». Det ble søkt etter hva kjønn kan være og gjøre i de ulike kodegruppene og hvordan det påvirket samhandlingen og behandlingen (Haavind, 2000). Kondensatene for hver idealtipe i hver kodegruppe ble satt opp mot hverandre. Det ble uthentet en til tre ulike sitat som representerte hver samhandlingssituasjon og som i størst mulig grad illustrerer innholdet (Malterud, 2017).

Kondensatene for idealtypene i de tre forskjellige kodegruppene danne utgangspunktet for den analytiske teksten og er selve re-kontekstualiseringen av materialet. I dette trinnet var det igjen behov for å gå tilbake til helheten i det empiriske materialet for å sikre at resultatene representerer det som blir formidlet av terapeutene. På denne måten ble essensen av materialet vurdert opp mot helheten (Malterud, 2017). Den analytiske teksten som ble utarbeidet i dette trinnet danner grunnlaget for resultatene i oppgaven. Underveis i analyseprosessen har jeg lest teori innenfor psykomotorisk fysioterapi og kjønn, som videre har hatt betydning for arbeidsprosessen og for kontekstualisering av resultatene.



## 4.9 Ethiske hensyn

Studien innebærer innsamling og lagring av personopplysninger i form av lydfiler og dokument. Dette medfører meldeplikt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektdato og utvalg ble utvidet grunnet barselpermisjon (Vedlegg 4). Det ble også søkt om forhåndsgodkjenning for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, Vedlegg 5).

Informantene i studien fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og studiens formål. Det ble tydelig presisert at informantene når som helst kunne trekke seg som informant til denne studien uten å oppgi grunn.

Til datainnsamling ble det benyttet en gammel telefon i flymodus, uten SIM-kort og uten tilkobling til internett. Mobilen ble slått av, og var nedlåst når den ikke var i bruk. Lydfilene ble lagt inn på en forskningsserver, og ble slettet umiddelbart etter transkribering. Anonymisering av det skriftlige materialet er blitt gjort i den grad det er mulig. Jeg har tatt bort navn, alder, arbeidsted, stedsnavn og andre identifiserende faktorer for å ivareta anonymitet og personvern for informantene.

## 5 Metodediskusjon

I dette kapittelet prosessen fra utvalg, via intervju, til resultater diskuteres.

### 5.1 Utvalg

Informantene i denne studien er fra midten av 30-årene til slutten av 50-årene. Informantene har god spredning i erfaringstid som psykomotorisk fysioterapeut, alt fra 4 år til 20 års erfaring i yrket. Det er også variasjon i hvor stor antatt prosentvis andel mannlige pasienter terapeutene møter i sin arbeidsuke, varierende fra 10 – 50 %. Alle de nevnte elementene gir en god variasjonsbredde i utvalget, noe som er i tråd med Malterud (2017) sine anbefalinger. Det er

likevel viktig å trekke frem at alle terapeutene arbeidet med drifttilskudd i en privat praksis og på den måten ikke vil reflektere hele fagfeltet innenfor psykomotorisk fysioterapi. Informantene beskrev likevel at pasientgrunnet var varierende. Flere mannlige psykomotoriske fysioterapeuter ble invitert til deltakelse i studien, men ingen takket ja til forespørselen. Det er klart at inkludering av mannlige fysioterapeuter kunne gitt denne studien en annen dimensjon. På en annen side gav dette meg muligheten til å virkelig fordype meg i samhandlingssituasjonen mellom kvinnelige terapeuter og mannlige pasienter. Når det er sagt, er det flere andre forhold hos både terapeutene og de mannlige pasientene som blir beskrevet i denne studien som vil ha betydning for en samhandlingssituasjon. Sivilstatus, pasientenes lidelser, og kulturell bakgrunn ble for eksempel ikke lagt vekt på. Dette viser hvordan de teoretiske perspektivene jeg har lagt til grunn for forskningsarbeidet er bestemmende for hva som blir løftet frem i resultat- og diskusjonsdelen (Thornquist, 2018).

I planleggingsfasen av studien var tanken å rekruttere mellom 4-6 informanter. Etter 5 intervju vurderte jeg at det innsamlede materialet virket å ha tilstrekkelig bredde og variasjon for å kunne besvare problemstillingen. Jeg opplevde at informantene gav rike, nyanserte og utfyllende beskrivelser av sine erfaringer og tanker. I henhold til at både Malterud (2017) og Haavind (2000) trekker frem at for stort empirisk materialet kan gjøre den analytiske prosessen uoversiktlig og omfattende, sa jeg meg fornøyd med det innsamlede empiriske materialet etter 5 intervju.

## 5.2 Intervju

Et kvalitativt forskningsintervju kan bli sett på som et håndverk som i stor grad danner grunnlaget for det materialet studien er bygget på (Kvale et al., 2015). Ved oppstart av denne studien hadde jeg ingen tidligere erfaring fra kvalitative forskningsintervju. Gjennomføring av intervju til medforskers studie gav meg derfor nyttig og verdifull kunnskap og erfaring. Vi brukte mye tid på å reflektere rundt vår rolle som intervjuere og samarbeid i intervjusituasjonene.

Intervjuerfaringene gjorde oss bevisst på at vi til tider kunne bli utålmodige dersom informanten ikke umiddelbart svarte på spørsmålet, og vi ble til tider noe ledende i spørsmålstillingen. Vi hadde derfor ekstra søkelys på å være avventende og holde oss til åpne spørsmål. Vi opplevde en gradvis utvikling og forbedring som intervjuere og fant etter hvert en samarbeidsmåte som vi syntes fungerte godt. Dette videreførte vi til intervjusituasjonene i denne studien.

Intervjuene har en deskriptiv tilnærming med formål om å få frem hvordan kjønn påvirker en samhandlingssituasjon (Kvale et al., 2015). I denne studien forteller informantene om hva de har erfart at de gjør og hvordan de har opplevd ulike behandlingssituasjoner. Det er ikke sikkert at terapeutenes beretninger får frem eller stemmer overens med det som *faktisk* skjer i klinisk praksis. Denne studien utforsker noe som ofte blir tatt for gitt, som er inkorporert i våre kropper, og som er vanskelig å sette ord på. En kombinasjon av intervju og video av en behandling, kunne mulig gitt større innsikt i hva som faktisk skjer i møte mellom terapeuten og den mannlige pasienten. På en annen side vil jeg trekke frem at språket kan betraktes som konstituerende for virkeligheten og kan dermed være nøkkelen til forstå kulturelle forestillinger og praksiser generelt (Thornquist, 2001).

Intervjuene er basert på en semistrukturert intervjuguide. Hovedtemaene var fastlagt på forhånd og under hver kategori var det flere åpne spørsmål. Spørsmålstillingen og rekkefølgen varierte fra intervju til intervju, alt etter hvilken vending samtalen tok. Forskeren som ikke ledet intervjuet, kom tidvis med oppfølgingsspørsmål dersom det var temaer som ikke var dekket. I noen tilfeller førte dette til unaturlige avbrytelser i samtalen og satte informanten over på et annet spor. I andre tilfeller kunne den andre forskeren ta opp tråden på temaer som den som ledet intervjuet hadde oversett.

I intervjusituasjonen ble vi oppmerksom på at temaer om seksualitet og berøring i noen tilfeller ble lukket raskt ned av informantene. Det ble da en vurdering både jeg og medforsker måtte gjøre fortløpende i hvert intervju om hvor vidt vi skulle forfølge temaet eller ikke. I noen tilfeller ble vi usikre og lot være med å spørre videre. Vi syntes det var viktig å bevare relasjonen mellom oss og informanten, spesielt med tanke på at dette mulig kunne være våre fremtidige kollegaer. Vi var opptatt av at informantene ikke skulle føle at vi på noen måte stilte oss kritiske til deres måte å arbeide på, samtidig som det kanskje kan ha begrenset oss til å stille spørsmål som kunne vært nyttig informasjon til oppgaven. Jeg hadde noe kjennskap til en informant fra andre faglige sammenhenger, og medforsker til to av informantene. Det var ingen av informantene som hadde kjennskap til både meg og medforsker. Jeg ledet derfor intervjuene der medforsker kjente til

informantene, og motsatt. Jeg kan ikke se at dette påvirket datainnsamlingen i noen vesentlig grad eller at det skal ha betydning for validiteten av studien.

Ved at intervjuene ble gjennomført digitalt over video, og ingen av oss satt i samme rom kan det tenkes at vi mistet noen aspekter av samhandlingssituasjonen. Stemning i rommet og kroppslige uttrykk kan være vanskeligere å fange opp over en digital plattform. Dette kan påvirke kommunikasjonen i kraft av at kroppene våre gir mening for oss og inviterer til samtale (Thornquist, 2009). Kroppsspråket danner et essensielt grunnlag for å skape en felles forståelse og er en forutsetning for fortolkning (Thornquist, 2018). Selv om vi opplevde at terapeutene lukket ned for noen av temaene er det ikke sikkert at det faktisk var tilfelle. Det er derfor mulig at dynamikken og flyten i intervjusamtalen ville utspilt seg på en annen måte dersom vi satt i samme rom.

Videre vil jeg trekke frem at Covid-19 pandemien har medført større bruk av videooverføringstjenester og alle informantene virket trygge og godt kjent med denne måten å samtale på. Digitalt intervju var tidsbesparende både for oss forskere og informantene og en mulig faktor for at flere av informantene takket ja til å delta i studien. Informantene satt også hjemme i sine vante og trygge omgivelser og med en viss distanse til oss forskere. Et av intervjuene ble forstyrret med gjentatte lydproblemer, men situasjonen ble håndtert på en god måte av alle parter og påvirket ikke datainnsamlingen i noe betydelig grad.

### 5.3 Bruk av fortolkende metode og idealtyper i analysearbeidet

I studien har jeg valgt Haavind (2000)'s fortolkende metode for å lete etter kjønnete betydninger. Fortolkninger av kjønn i samspill innebærer dog ingen oppskrift og må derfor tilpasses av den enkelte forsker til formålet for undersøkelsen. Haavind (2000) trekker frem at når analytiske retningslinjene på denne måten blir skreddersydd til formålet for studien ved å forandre seg underveis, står resultatene i fare for å bli oppfattet som subjektiv og selvbekreftende. Det finnes flere andre analysemetoder som i større grad retter seg mot nybegynnere ved at analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte, hvor Malterud (2017)'s systematiske tekstkondensering er et eksempel på dette. Haavind (2000) trekker frem at slike forhåndsbestemte

analytiske retningslinjer vil være uavhengig av det spesifikke innholdet det skal brukes på og resultatene fremstår dermed som mer objektive og nøytrale. Systematiske retningslinjer kan på en annen side føre til ukritisk bruk ved at forskeren ikke har reflektert rundt hvordan analysemetoden passer til materialet og former resultatet (Haavind, 2000).

I analyseprosessen oppdaget jeg at en systematisk tekstkondensering ikke ville få frem kjønn i samspill mellom terapeut og pasient. Jeg tok derfor et valg om å bruke fortolkende metode, i visshet om at det er en mindre strukturert analysemetode og derfor kanskje mer krevende for en nybegynner som meg. For å få et grep om hvordan jeg skulle gå frem i den tverrgående delen av analyseprosessen lot jeg meg derfor inspirere av noen av de felles hovedtrekkene for mange av de systematiske analysemetodene (Malterud, 2017) .

Idealtyper ble valgt på bakgrunn av å kunne se nærmere på hva som skjer i samhandlingen mellom kvinnelige fysioterapeuter og mannlige pasienter. Idealtypene er laget gjennom koding eller de-kontekstualisering av det empiriske materialet ved at alle idealtypene inneholder elementer fra alle informantene. På denne måten ble hver enkel sin indre forhandling tydeligere i møte med de ulike idealtypiske mannlige pasientene. Det er viktig å understreke at det er ingen av idealtypene som gjør mer rett eller galt enn den andre. Idealtypene brukes for å fremheve og gjøre ulike kjennetegn ekstra tydelige (Mitropolitiski, 2013). Idealtypene gjorde det mulig for meg å belyse sider av kjønnets betydning i en behandlingskontekst i en klar, men samtidig nyanserte og bevegelige måte. Det gav meg også mulighet til å få frem variasjonen og skiftninger i den enkeltes beskrivelser. Idealtypene ble også tatt i bruk som et grep for å bevare informantenes anonymitet. Dette tenker jeg er særlig viktig i denne studien siden det norske psykomotoriske fagmiljøet er relativt lite og faren for gjenkjennelse er stor. Siden idealtypene er alle og ingen av informantene på samme tid kan dette også i større grad hindre at noen av informantene føler seg uthengt. I analyseprosessen syntes jeg også at idealtypene gjorde det lettere for meg som forsker å se forbi informantene som fagpersoner, og gav meg rom for å vurdere deres praksis fra et litt mer uavhengig ståsted.

## 5.4 Refleksivitet, validitet og relevans

Refleksivitet er en aktiv holdning som forskeren selv må innta ved å konfrontere seg selv med ulike anklager om resultatene er for tilfeldige, unyanserte og ensidige. Forskeren må gå inn i forskningsprosessen med et åpent sinn, der det er plass for ettertanke, tvil og rom for å akseptere uventede konklusjoner. Dette er tiltak for å unngå å reproducere sine egne ideer og forventninger (Haavind, 2000; Malterud, 2017). I studien har jeg beskrevet fremgangsmåtene for datainnsamling og analysearbeidet. Jeg har gjennomgått og vurdert leddene i den metodologiske prosessen i tråd med fortolkende metoders anbefaling (Haavind, 2000). I tillegg har jeg redegjort for min egen forforståelse og rolle som forsker. Det vil midlertidig være sider av min forforståelse som jeg ikke er bevisst som jeg uløselig bærer med meg, og derfor påvirker materialet (Thornquist, 2018).

Studiens interne validitet blir vurdert opp mot om undersøkelsen faktisk viser det den hadde som formål å undersøke (Malterud, 2017). Ut ifra informantenes relevante, rike og varierte beskrivelser synes jeg at studien viser hvordan kjønne betydninger kan være et av mange aspekter som påvirker samhandlingen mellom kvinnelige terapeuter og mannlige pasienter, og besvarer dermed studiens problemstillinger.

Generalisering eller ekstern validitet handler om hva undersøkelsen kan si noe om utover den konteksten den ble gjennomført i, altså kunnskapens rekkevidde og mottakelighet. Denne vurderingen baserer seg i stor grad på om utvalget som er studert har noe til felles med en større populasjon (Haavind, 2000; Malterud, 2017). Jeg har tidligere beskrevet utvalgets gode variasjonsbredde både med tanke på alder, klinisk erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og umiddelbare meninger om betydninger av kjønn. Jeg vurderer det slik at utvalgets gode variasjon har nyansert resultatene i denne studien på en god måte, dermed bidratt til en god relevans (Haavind, 2000). Det betyr likevel ikke at de kjønne betydningene som kommer frem i denne undersøkelsen stemmer overens med alle kvinner og menns selvforståelse. Jeg har stadig reflektert og diskutert med andre om bildene som blir presentert av kvinner og menn i denne studien kan fremstå som stigmatiserende eller krenkende. I tillegg er samhandlingssituasjonen i denne studien presentert ved idealtyper, noe som medfører at det ikke kan overføres direkte til den «virkelige verden». Siden idealtypene også er «alle», så vil man kanskje kjenne seg igjen i noe av

det som kommer frem. På bakgrunn av utvalget og resultatenes variasjonsbredde, gir resultatene i denne studien likevel rimelig grunn til å anta at kjønn også vil ha betydning i andre fysioterapeutiske samhandlinger.

Studiens rekkevidde kan også betraktes på bakgrunn av hva studien *gjør* i form av om dens bidrag til kunnskapssituasjonen i fagfeltet. Studien kan være en inspirasjon til forskere som vanligvis overser eller nøytraliserer kjønnede betydninger ved at det setter i gang refleksjoner over hvordan dette kan ha betydning i deres egne undersøkelser (Haavind, 2000). Haavind (2000) trekker frem at resultatene sammen med etterpåkløskap analysearbeidet har brakt kan skape redskap for nye analyser. En slik form for generalisering antas som den som er mest gyldig og relevant i fortolkende metode.

## 5.5 Egen forskerrolle

I kvalitative forskningsmetoder så vel som kvantitative metoder, vil forskerens forforståelse, faglige interesse og personlige erfaringer uløselig påvirke forskningsprosessen og resultatene som kommer frem (Malterud, 2017). Min bakgrunn og erfaring som ung, kvinnelig fysioterapeut har preget forskningsprosessen fra start til slutt og har hatt betydning for hvordan jeg har fortolket materialet (Malterud, 2017). Haavind (2000) trekker frem at det å arbeide med egen forforståelse også er en utforskning og allmengjøring av sin egen subjektivitet. Siden min interesse for å gå inn i temaet om kjønn i samhandling vokste frem fra egne praksiserfaringer med menn i psykomotorisk behandling, har det vært spesielt viktig for meg å skille mine egne erfaringer og opplevelser av hva kjønn betyr i psykomotorisk praksis med informantenes erfaringer og opplevelser. Min relative korte erfaring som psykomotorisk fysioterapeut kan også ha gitt meg muligheter til å se noe annet enn for eksempel en som har lang erfaring på feltet. På en annen side kan det tenkes at min manglende erfaring og fagkunnskap har ført til at viktige forhold har blitt oversett.

For å skape mest mulig kritisk distanse, og forsikre meg om at jeg ikke kun søkte bekreftelse på mine egne antakelser, skrev jeg ned min forforståelse i en refleksjonslogg. I forskningsprosessen har dette stadig blitt tatt opp for refleksjon og diskusjon med medforsker, veiledere og andre

kollegaer. I selve intervjusituasjonen prøvde jeg og medforsker å legge bort denne forforståelsen i så stor grad det var mulig, og lytte åpent til informantenes beskrivelser.

Det å være ny i feltet som forsker og ikke minst som kjønnsforsker har vært utfordrende. I følge Solheim (2002) er kjønnete betydninger noe som hele tiden ligger i bakgrunnen og består av både kjente og usynlige forskrifter både for forsker og informant. Det som vi er totalt innskrevet i forblir usynlig (Solheim, 2002). Dette krever derfor en god innsikt og kunnskap om temaet. Gjennom analyseprosessen har jeg kontinuerlig hatt i bakhodet at min egen forforståelse ikke skulle gjøre de kjønnete betydningssystemene forutbestemt og allerede ferdig kodet (Haavind, 2000). Forskningsprosessen har gitt meg flere aha-opplevelser om kjønnets betydning og jeg ser at kunnskapen jeg nå sitter med kunne vært nyttig i intervjuforberedelse – og i selve intervjusituasjonen, jamfør den hermeneutiske spiralen (Thornquist, 2018) . På en annen side ser jeg i ettertid at min naivitet til fagfeltet i flere tilfeller også har vært en fordel og ubevisst ført til at jeg har klart å holde meg tilstrekkelig åpen for ny og uventet informasjon (Solheim, 2002). Min erfaring, mitt kjønn og min kunnskap om kjønn har hatt påvirkning for kunnskapsproduksjonen i denne studien.



## 6. Resultat og diskusjon

Innledningsvis blir idealtypene som dannet grunnlaget for den fortolkende samhandlingsanalysen i studien presentert. Videre i oppgaven vil jeg trekke frem resultatene fra analysen av samhandlingssituasjonene mellom de forskjellige idealtypiske pasientene og de idealtypiske psykomotoriske fysioterapeutene. Så diskuterer jeg hvordan kjønn påvirker og endrer seg i relasjonen gjennom et behandlingsforløp.

### 6.1 Idealtypiske pasienter

*Rune* og *Bjørnar* er konstruerte personer – en idealtipe som har mange av de kjennetegn, utfordringer og ressurser til en mannlig pasient som kommer til psykomotorisk fysioterapibehandling (Mitropolitski, 2013). *Rune* og *Bjørnar* er sammensatt på bakgrunn av beskrivelser fra de psykomotoriske fysioterapeutene i denne studien.

#### 6.1.1 *Rune* (46) En typisk og ganske unik mann

Mitt navn er *Rune* og jeg er 46 år. Jeg er gift og har tre barn fra 5 til 12 år. Jeg jobber som avdelingsleder i en stor privat bedrift. Jobben betyr mye for meg og jeg føler meg anerkjent av mine kollegaer. Jeg jobber lange dager og ofte i helgene også. Det har jeg gjort i lang tid. I tillegg til jobb har jeg pusset opp huset og bygget garasje. Familielivet kommer på toppen av alt dette. Der føler jeg jo også at jeg må stille opp. Barna kommer i første rekke, så det blir ikke så mye tid med konen min som jeg ønsker. Jeg savner jo litt nærhet og kroppskontakt, men akkurat det sier jeg ikke til noen.

De siste årene har jeg hatt mye smerter i nakken, ofte også hodepine. Innimellom blir jeg ganske svimmel. I tillegg har jeg vondt i ryggen og den ene skulderen. Jeg har vel egentlig vondt i hele kroppen. Til slutt måtte jeg bare oppsøke fastlegen. Fastlegen anbefalte fysioterapi og kiropraktor, så da prøvde jeg det. Jeg fikk kiropraktorbehandling, treningsprogram, avspenningsteknikker og prøvde å puste rett. Ingenting fungerte, og jeg hadde fremdeles like vondt i kroppen. Så da dro jeg

tilbake til fastlegen igjen, og da anbefalte han noe som het psy...moto.. ett eller annet fysioterapi. Det skal visst hjelpe mot stressplagene eller hva det nå er jeg sliter med. Så da får jeg vel prøve det. Håper at det gjør meg bedre. Jeg vil jo gjøre alt for å bli bedre.

### 6.1.2 Bjørnar (34) En uvanlig og ganske alminnelig mann

Jeg heter Bjørnar og er 34 år. Jeg har en kjæreste, men vi bor ikke sammen. For tiden får jeg arbeidsavklaringspenger fra Nav. Jeg har vært sliten og hatt smerter i kroppen så lenge jeg kan huske. Jeg tror det har sammenheng med min vanskelige barndom og oppvekst. Jeg vokste opp med to alkoholisererte foreldre som ikke klarte å ta seg av meg. Gjennom barne- og ungdomsskolen ble jeg systematisk mobbet.

På grunn av min oppvekst har jeg gått til psykolog i mange år. Jeg synes det hjelper. I det siste har smertene i kroppen blitt verre. Psykologen foreslo at jeg kunne begynne hos en psykomotorisk fysioterapeut. Psykologen min tror det kan være fint for meg å gå til psykomotorisk fysioterapi først, og så kan jeg komme til henne etterpå. Hun tror det kan hjelpe på mine kroppslige smerter og at det kan hjelpe meg til å gi slipp på det som er uforløst i kroppen. Psykologen tror da at jeg lettere kan sette ord på følelser og tanker i psykoterapien. Jeg tenker at dette høres interessant ut. Jeg forstår jo at kroppen og følelsene mine på en eller annen måte henger sammen.

## 6.2 Idealtypiske psykomotoriske fysioterapeuter

### 6.2.1 Janne (41) Kjønn er tydelige grenser

*«(..) Istedenfor å være en mer sånn omsorgsfull og ivaretagende, blir jeg veldig sånn tydelig på liksom målsetting»*

Jeg heter Janne, er 41 år, gift og har fire barn. Jeg var ferdigutdannet fysioterapeut i 2002. Jeg hadde alltid et ønske om å bli psykomotorisk fysioterapeut, og ble ferdig med videreutdanningen i 2007. Nå jobber jeg med 100% driftstilskudd på et institutt sammen med en mannlig fysioterapeut. I dag er ca. 30-40% av pasientene mine menn. De fleste er henvist fra fastlege eller bedriftshelsetjenesten.

Jeg vil nok beskrive meg selv som en guttejente, men jeg liker også å pynte meg og være litt jålete. Jeg har spilt fotball i alle år og har alltid hatt mange guttevenner. Dette gjør at jeg vet at jeg må bruke andre virkemidler for å få menn i tale og jeg tenker at jeg må dra de i gang på en annen måte enn kvinner. Derfor tror jeg at vi må tilpasse den psykomotoriske behandlingstilnærmingen annerledes til mannlige pasienter. Jeg synes det er både spennende og behagelig å ha menn i behandling. Som ung og uerfaren psykomotorisk fysioterapeut hadde jeg noen ubehagelige hendelser med menn i behandling. Det gjorde meg ganske tydelig og bevisst på mine grenser.

### 6.2.2 Anne (55) Kjønn går ut på dato

*«Det er jo personen en møter enten det er kvinne eller menn. Så om en på en måte må gjøre noe sånn spesielt for å ta imot menn i psykomotorisk behandling, det, det kan jeg vel ikke helt se egentlig».*

Jeg heter Anne, er 56 år. Jeg er skilt og har en voksen sønn. Jeg var ferdig fysioterapeut i 1986. Etter det jobbet jeg mange år på et rehabiliteringssenter før jeg tok videreutdanning og var ferdig psykomotorisk fysioterapeut i 2001. Nå har jeg 100% driftstilskudd på et institutt med to psykologer, en kiropraktor og en manuellterapeut. Jeg har et tett samarbeid med de to psykologene og de fleste pasientene jeg behandler er henvist fra dem.

Nå har jeg ganske lang klinisk erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og opplever at erfaring og alder har gitt meg en trygghet som fagutøver. Jeg synes det er kjekt å ha menn i behandling og ca. 15-20 % av pasientene mine er menn. Jeg tror jeg tuner meg inn og tilpasser meg til alle pasientene jeg har og at det ikke spiller noe rolle om det er en mann eller kvinne. Jeg husker at Gudrun Øvreberg sa på et kurs en gang at når man blir gammel så blir man kjønnsløs. Det kan jeg nok kjenne meg igjen i.

### 6.2.3 Birgitte (34) Kjønn er elefanten i rommet

*«For det handler ikke nødvendigvis om at du skal behandle folk forskjellig.. men du må ta med i betraktning på en måte, at her er det kanskje en annen forventning.. litt sånn behov for rolleavklaring.»*

Jeg heter Birgitte, er 34 år og bor sammen med kjæresten min. Jeg var ferdigutdannet fysioterapeut i 2013, og jobbet først noen år som kommunal fysioterapeut. Der møtte jeg mange pasienter med sammensatte plager og merket at jeg manglet noen verktøy for å møte disse pasientene. Jeg begynte derfor på masterutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Jeg var ferdig i 2017, og så jobbet jeg et par år ved en DPS. De siste 1,5 årene har jeg hatt 50% driftstilskudd ved et stort institutt med både psykomotoriske og allmenne fysioterapeuter.

For tiden har jeg ca. 10 % mannlige pasienter i behandling. Jeg synes det er positivt å ha menn til behandling siden det gir meg litt avveksling. Det er gøy og utfordrende å få mannlige pasienter vekk fra det tekniske og over i opplevelsen og følelsen. Jeg er nok ikke den psykomotoriske fysioterapeuten som er mest sånn flagrende. Jeg er veldig opptatt av å være faglig forankret slik at jeg kan argumentere for hva jeg gjør og begrunne hvorfor jeg tar de behandlingsvalgene jeg tar.

## 6.3 Etablere en terapeutisk relasjon

### 6.3.1 Møte hverandres kropp

Terapeutene opplever at de to idealtypiske pasientene presenterer seg noe ulikt i behandlingssituasjonen. Den stressede familiemannen Rune setter seg ned i stolen, løfter opp brystkassen og blåser seg litt opp. Han legger frem enorme arbeidsmengder som hovedårsak for sine problemer. Bjørnar beskrives som mer forsiktig og avventende og forteller at det er psykologen hans som har anbefalt behandlingen.

Når Janne møter Rune har hun lagt merke til at hun er mer påkoblet, tydelig og direkte. Litt tøffere i stilen. I den kroppslige undersøkelsen og behandlingen sier Janne at hun er instruerende og tar kommandoen og er mer som en tradisjonell fysioterapeut. Hun sier: *«Jeg opplever at i stor grad så virker det som at menn får tillit til det, enn om jeg er stille og bare humrer litt og er litt sånn utforskende, stille og tilbakelemt»*. Janne forteller at hun kan være tydelig og direkte mot kvinnelige pasienter også, men har erfart at denne fremtoningen i større grad kan oppfattes som truende. Janne synes at pasienter som Bjørnar kan være vanskeligere å dra i gang fordi hun oppfatter at han ikke har like klare mål for hva han vil ha ut av behandlingen.

Birgitte kan oppleve at Rune er litt avventende i de første behandlingstimene og hun tror at han ser henne litt an i starten. Hun sier: *«Jeg bruker litt tid på å si at psykomotorisk er litt sånn, kan høres litt sånn rart ut. Uten at jeg sier noe, så snakker jeg om elefanten i rommet da. At prøvebehandlingen kan virke litt rar. At vi gjør bevegelser og funksjonsprøver som kanskje kan virke veldig merkelig»*. Birgitte opplever at hun bygger en relasjon med Rune gjennom denne tilnærmingen og at de etter hvert blir et team.

Anne synes at Bjørnar og Rune er mer målrettet og kommer til behandling med en annen agenda og forventning enn en del kvinner. Anne opplever at de ofte er utålmodig med tanke på å skulle få et raskt resultat, men at det endrer seg når de får en forståelse av at psykomotorisk fysioterapi er en prosess som tar lengre tid. Anne opplever ikke at hun endrer seg noe vesentlig i møte med mannlige pasienter, men forteller at en målrettet pasient vil påvirke henne til å bidra på en annen

måte. Hun sier: *«Så på et vis så kan jo det være enklere å jobbe med, for da går en inn i prosessen i lag. Kanskje på en litt mer aktiv måte da».*

Rune presenterer seg selv og sitt sykdomsuttrykk på en måte som kan virke som et ønske om å opprettholde sin maskuline identitet i møte med psykomotorisk fysioterapi. Menns identitet har tradisjonelt vært knyttet til aktivitet, prestasjoner og yrke, og belyser hvordan kulturelle normer kan forme den enkeltes sykdomsforståelse (Gough, 2018; Solheim, 2002). Rune trekker frem sin arbeidsmengde og dermed sin selvdisciplin og sosioøkonomiske status. Det kan være en måte han forsterker sin posisjon på i møte med terapeutene. Bjørnar som ikke er i arbeid, vil ha en lavere sosioøkonomisk status enn Rune. Alder, utdanning og sosioøkonomisk status styrker menns «overmakt» (Sudmann, 1998). På den måten kan en si at kjønn kommer til uttrykk som symbol og identitet hos de mannlige pasientene (NOU 1999: 13).

Terapeutenes ulike fremtoninger blir påvirket av hvordan de forstår, oppfatter og tolker de mannlige pasientene. Janne sin direkte, tydelige og tøffe fremtoning kan tolkes som at hun tillegger seg en mer maskulin væremåte, som hun opplever appellerer til Rune. Janne bruker et målrettet og konkluderende språk, noe som ifølge Schibbye (2004) signaliserer at det er terapeuten som styrer prosessen. Janne opplever at hennes fremtoning skaper tillit hos Rune. Hun legger likevel til at hennes tydelighet og konfronterende væremåte kan virke truende for kvinnelige pasienter og i noen tilfeller også slå feil ut i relasjonsetableringen med mannlige pasienter. Hun forteller om flere tilfeller der hun har gitt tydelige råd om hva de må gjøre for å bli bedre, for eksempel å kutte ut styrketrening. Da kommer ikke pasientene tilbake. Hun sier: *«Der burde jeg kanskje vært litt mer sånn. Ja, la de få erfaring av at det er lurt å ta seg en pust i bakken. Men jeg er ikke alltid lur».* Dette viser hvordan samhandlingen blir preget av kjønn som identitet og symbol og kan både åpne og lukke for prosessen til å skape en god relasjon (NOU 1999: 13).

Det kan tolkes som at Brigitte føler seg vurdert av Rune og møter han ved å forklare og legitimere sine handlinger i behandlingsmetoden. I Sudmann (1998)s studie blir dette beskrevet som en måte kvinnelige fysioterapeuter øker sin faglige status i behandlingsrelasjonen til mannlige pasienter.

Anne tar seg derimot mer tid i møte med det målrettede og utålmodige. En slik væremåte er ifølge Gretland (2007) forbeholdt dem som står i en posisjon med trygghet og makt. Slik kan det tenkes at terapeutenes erfaring og alder også kan være av betydning for den terapeutiske relasjonen. Anne beskriver likevel at hun er mer aktivt handlende i møte med mannlige pasienter og det kan knyttes til hvordan kjønn virker som symbol (NOU 1999: 13). Både terapeutene og pasientene gjør kjønn gjennom måten de presenterer seg på, hvilket språk de bruker og med sin kroppslige væremåte (West & Zimmerman, 1987).

### 6.3.2 Møte hverandres forventninger og behov

Rune og Bjørnar presenterer sine fysiske plager og har en forventning om at fysioterapeuten skal gjøre noe med dem. Rune sier at han kommer jo til en fysioterapeut og regner med at kroppen er hovedfokuset i denne behandlingen.

Terapeutene i studien trekker frem at i kroppen alltid er utgangspunktet for behandling samtidig som at en meningsskapende dialog er et viktig element for å skape en felles forståelse. I møte med mannlige og kvinnelige pasienter beskriver fysioterapeutene at de gjør ulike vurderinger med tanke på hvor mye de skal vektlegge samtalen i starten av behandlingsprosessen, og at dette har betydning for muligheten til å skape tillit og allianse med pasientene.

Janne merker ofte at Rune er unnvikende til å snakke om livserfaringer og følelser i starten av behandlingsprosessen og møter han ved å forholde seg til det konkret kroppslige. Janne tenker det er viktig å sjonglere samtale og behandling. Hun tror menn trenger noe mer matnyttig sammenlignet med den kvinnelige pasienten, hun sier: *«På en annen måte enn kanskje kvinner som vil komme og få støttesamtaler, og egentlig bli støttet og dullet med»*

Birgitte tar begge de mannlige pasientenes fysiske symptomer på alvor og tenker at de kan utforske mer sammenhenger etter hvert. Birgitte har erfart at timingen for samtalen har betydning. Hun sier: *«Du har ikke samtalen, og så behandlingen. Det har jeg kanskje oftere med damer, at det er på en måte større behov for å prate først. Bli hørt nok, så kan jeg på en måte la meg bli*

*beveget. Mens menn, der må du kanskje bevege dem for å slippe det til».* Hun forteller at hun ofte bruker forklaringsmodeller i samtaler om pasientenes ulike belastninger, mer enn at hun går inn i sammenhenger mellom livshistorien og plagene deres.

Anne opplever som Janne og Birgitte at hun har et større kroppslig fokus i møte med mannlige pasienter, og begrunner det med at samtaler i større grad springer ut fra opplevelser og følelser som kommer frem i den kroppslig behandling. Hun sier «*Med enkelte kvinner, eller med enkelte, så kan det jo hende at hvis det er et eller annet spesielt som står på, så kan hele timen gå til prat. Og det tror jeg knapt har skjedd med en mann».* Anne sier at Bjørnar kanskje ikke har samme behovet for samtale idet han går til psykolog og får den støtten der. Hun fremhever likevel at en viss tilpasning av samtale temaer kan være lurt og at det å få tak i det emosjonelle aspektet ved plagene kan være påtrengende, kanskje spesielt for menn.

Det kommer frem at terapeutene er mer i den kroppslige behandlingen med mannlige pasienter, fremfor å dvele ved livshistorie, bakgrunn eller mer emosjonelle temaer. På denne måten har kjønn innflytelse på hva slags fysioterapi som utøves (Sudmann, 1998). I følge Ahlsen og Solbrække (2018) er vurderinger om hva som skal komme i forgrunnen og bakgrunnen i et fysioterapimøte ofte preget av kulturelle forestillinger om mannlighet og kvinnelighet. Utsagnene til fysioterapeutene i denne studien kan belyse en forståelse av at mannlige pasienter trenger mer kroppslig og konkret tilnærming, mens kvinner derimot trenger å prate, blir hørt og få omsorg. Dette viser hvor kjønn som identitet og symbol kommer frem i måten terapeutene oppfatter, tolker og tillegger pasientene egenskaper (NOU 1999: 13).

På ene siden kan det tolkes som at terapeutene respekterer og anerkjenner både de mannlige og de kvinnelige pasientenes forventninger og behov. Terapeutene i Dragesund og Øien (2019) trakk blant annet frem at det å møte pasientens forventninger var et nyttig middel for å skape en trygg og tillittfull relasjon til pasientene. Dersom terapeutene derimot ureflektert og ukritisk aksepterer de rådende kjønnsnormene, kan pasientenes behov stå i fare for å bli tilslørt (Lunåsno, 2005).



### 6.3.3 Møter hverandres virkelighetsoppfatning

Terapeutene trekker fram at både kvinner og menn kommer med svært forskjellig forståelse av hvordan kropp, psyke og livssituasjon henger sammen. Anne sier: *«De fleste er jo positivt innstilte. Men samtidig så er det klart at de vet jo ikke helt hva de går til»*.

Janne tenker at det kan være truende og skummelt for mannlige pasienter å komme til behandling. Hun er derfor bevisst på å lage en ufarlig og uformell atmosfære. Hun småsnakker ofte om fotball og andre ufarlige temaer før hun beveger seg over på den psykomotoriske behandlingen. For å fange Rune sin interesse for behandlingen føler Janne at hun må selge inn tankegangen i faget. Hun tror menn må føle at de får noe ut av det. Hun sier: *«Det handler om det at hvis ikke mannfolk får noe ut av det så møter de ikke opp. Kvinner er så pliktoppfyllende at de møter opp likevel. Jeg tror mannfolk er tydeligere på at det bruker jeg ikke tiden min på»*. Av respekt for Rune og sin egen tid spør hun ofte om han får noe ut av behandlingen og om den gir mening for han. Hun oppsummerer ofte fra tidligere behandlinger, og kan si: *«Du, sist gang sa du slik og slik. Og da føler de liksom som at jøss, dette her er jo seriøst. Hun har jo faktisk notert»*.

Birgitte opplever at det er lettere å finne en felles forståelse med den kvinnelige pasienten. Hun opplever at Rune kan være ukomfortabel med behandlingssituasjonen og at det fort kan smitte over på henne. Hun sier: *«Jeg tror at jeg føler et litt større ansvar for at de skal føle at det ikke er mer kleint enn det jeg gjør hos kvinner»*. Birgitte har opplevd at både pasienter og annet helsepersonell har fordommer mot hva psykomotorisk fysioterapi er. Hun lurte på om det har sammenheng med at de psykomotoriske forgjengerne var kvinner med en lang og en kort øredobb og skjerf, som ofte representerte noe som mange kunne oppfatte som annerledes og kanskje litt rart. Birgitte vil gjerne prøve å rette opp denne informasjonen slik at det ikke blir så stor risiko for menn å komme til behandling. Hun sier: *«Det er egentlig ganske lett for meg å gjøre det litt sånn, ikke så mystisk og ikke så svevende og sånt. Og av og til kanskje gå litt for langt i den retningen der, så at det blir litt redusert også da»*.

Anne forteller at Bjørnar som allerede har gått lenge til psykolog, gjerne har erkjent noe før han kommer. Hun beskriver at det er annerledes å møte Rune som ikke er kjent med å ha et

psykologisk aspekt ved behandlingstilnærmingen. Anne trekker likevel frem at det ikke er hennes oppgave å overbevise Rune. Han må selv ha en viss åpenhet for å gå inn i den psykomotoriske behandlingsprosessen. Anne opplever ofte at når Rune har vært til behandling noen ganger så får han kanskje en eller annen kroppslig erfaring som gjør at han synes det er interessant og gir han motivasjon for å fortsette. Samtidig har hun opplevd at mannlige pasienter som Rune avslutter etter et par ganger. Da tror hun det handler om at deres forståelse av sammenhenger ikke passer så godt med denne type behandlingstilnærming og at han kanskje ikke er villig til å gjøre endringer i livet og hverdagen.

Dragesund og Øien (2021) studie trekker frem at pasienter som kommer til psykomotorisk fysioterapi sjelden er klar over hvordan tidligere erfaringer og livssituasjon påvirker helsen. Det at terapeutene oppfatter Rune som skeptisk og ukomfortabel og kanskje ikke forstår konseptet bak den psykomotoriske behandlingstilnærmingen, kan gjenspeile at samfunnet generelt har et dualistisk syn på kroppen (Thornquist, 2018). Pasienter i Øien et al. (2011) beskriver også en skepsis til metoden relatert til tidligere erfaringer med å bli mistrodd og ikke få hjelp av helsevesenet. Det kan også være et uttrykk for at Runes funksjonsnedsettelse setter hans verdier og selvforståelse på spill og at hans kjønnsidentitet blir utfordret (Lilleaas, 2005). Kjønn som identitet og symbol er gjeldende her (West & Zimmerman, 1987)

Brigitte og Janne ser ut til å oppfatte Rune sine utfordringer i møte med behandlingstilnærmingen og Janne prøver i møte han ved å snakke om ufarlige temaer som fotball. Ved å anerkjenne Rune kan dette skape en trygg og åpen atmosfære, som beskrevet i Dragesund og Øien (2021) studie.

Janne og Birgitte beskriver en forpliktelse og ansvar for å skape mening og fange interesse hos den mannlige pasienten, og sier noe om at kjønn har betydning i samhandlingen. Det kan virke som at Janne og Birgitte gjør grep på ulikt vis for å legitimere behandlingstilnærmingen og øke sin faglige status. Dette er i tråd med at fysioterapeutenes legitimeringsgrunnlag ligger i handling og med det kommer forventninger om å finne løsninger og gjøre noe (Ahlsen & Solbrække, 2018). Dersom terapeutene går for fort frem i retning av å møte pasientene i deres virkelighetsoppfatning står de som Birgitte sier i fare for å redusere relasjonen til et forhold mellom subjekt og objekt. En instrumentell og biomekanisk tilnærming kan lukke for pasientens mulighet til omstilling (Sviland et al., 2014).

Anne beskriver en forskjell mellom Bjørnar og Rune og knytter det til deres virkelighetsoppfatning. Hun føler derimot ikke et behov for å forklare eller overbevise pasientene om å bli værende i behandling. Det kan tolkes som at hun stoler på at pasientene gjennom tilnæringsmetoden vil få kroppslige erfaringer som videre gir pasienten den interessen han trenger for å fortsette behandlingen. Dette samsvarer med hvordan andre pasienter har beskrevet at kroppslige erfaringer er meningsbærende og står sentralt for omstillingsprosessen (Dragesund & Råheim, 2008; Dragesund & Øien, 2020; Ekerholt & Bergland, 2008; Sviland et al., 2014; Øien et al., 2009). Fysioterapeutenes utsagn viser til at kjønn som identitet og samfunnets forestillinger påvirker hvordan kjønnete betydninger er i en samhandling.

#### 6.3.4 Møte hverandre i berøring

Terapeutene beskriver ulike erfaringer fra berøringssituasjoner med mannlige pasienter i begynnelsen av en behandlingsprosess.

Janne sier hun alltid ber mannlige pasienter ha på seg shorts i behandling. Noen menn ber hun ikke kle av seg i det hele tatt. Ved berøring av mannlige pasienter er hun bevisst på å bruke en fast hånd og har tydelige grep. Hun forteller hvor hun legger hendene og hvorfor hun gjør det. Hun sier: *«Nå holder jeg den på brystkassen din for å holde den nede, og da er jeg ute etter at du ikke skal vippe opp i brystkassen»*

Birgitte sier hun trenger mer kraft for å bevege på den stive og aktiverte kroppen til Rune. Hun opplever at forsiktige strykninger blir for puslete og er redd for at de mannlige pasientene ikke forstår hensikten med behandlingen. Birgitte kjenner på en form for spenning mellom henne og de mannlige pasientene. Hun sier: *«Ikke at det på en måte nødvendigvis er noe sånn her seksuelt eller sånne typer ting. Men likevel blir det noe litt annet, at man tar på seg et lite forsvar eller noe. At det er noe der som jeg føler at jeg bare må prøve å ta vekk»*. Birgitte kjenner denne spenningen i større grad i møte med Rune enn med Bjørnar i behandling.

Anne tror hun gjør de samme grepene hos alle pasienter, både kvinnelige og mannlige. Anne sier: «*Det jo dette her med at en mann sitt kjønnsorgan er jo litt større. Så jeg må jo passe på, ja hvor en tar. Det er det eneste*». Anne kjenner at hun har en trygghet i hendene, i kroppen og i seg selv. Anne forteller at hun alltid er respektfull overfor sine egne og pasientenes grenser, og når hun skal arbeide i de litt mer intime områdene spør hun først om pasientene synes det er greit. Hun forteller at da hun var yngre kunne kanskje mannlige pasienter være litt mer flørtende og da var det noe hun måtte forholde seg til. Anne sier: «*Det blir kanskje lettere med mer erfaring og med alder også, at dette kjønnsgeiene blir ikke så hinder da*».

Berøringen til Janne og Birgitte kan tolkes som instrumentell og mekanisk og kan være en måte å opprettholde profesjonell avstand og avkjønne behandlingssituasjonen. Dette er i tråd med Sudmann (1998) studie som viser at kvinnelige fysioterapeuter brukte en biomekanisk tilnæringsmåte for å skape avstand til og avkjønne behandlingssituasjonen. Soleng og Sviland (2022) studie peker på at grunnleggende tillit og trygghet er en forutsetning for berøring. Pasientene i studien var kvinner, og på bakgrunn av Janne og Birgittes beskrivelser, kan det tenkes at det er tilsvarende viktig for fysioterapeuter å være trygg på at pasientene også respekterer dem.

Spenningen Birgitte beskriver kan tolkes som at hun ikke klarer å nøytralisere betydningen av kjønn og seksualitet i situasjonen. Det at Birgitte ikke ser det i sammenheng med seksualitet kan belyse fysioterapiutdanningens opplæring av at kjønn og seksualitet skal holdes utenfor en fysioterapikontekst. Dette er i tråd med flere studier som trekker frem at fysioterapifaget fremstilles som kjønnsløst (Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014; Dahle, 2001; Enger, 2001; Sudmann, 1998). Videre kan dette sees i sammenheng med Annes beskrivelser av berøringssituasjonen som ukjønn og aseksuell. Anne trekker likevel frem at grenser og respekt er viktig. I lys av at kjønn alltid er tilstede, gjør kanskje Anne ubevisste grep som avkjønner behandlingsrelasjonen (Haavind, 2000). Anne trekker også frem sin egen alder og at hun er eldre enn både Bjørnar og Rune. Sudmann (1998) trekker frem at dersom aldersforskjellen mellom terapeuten og pasienten er stor blir ikke relasjonen seksualisert på samme måte. Kvinner i reproduktiv alder blir i større grad knyttet til seksualitet og tilgjengelighet (Thornquist, 2001). Utsagnene til fysioterapeutene belyser hvordan kjønn mer etter mindre ubevisst kan sette rammer for handlingsrommet til de kvinnelige fysioterapeutene ved at de i større eller mindre grad er

forpliktet til å tydeliggjøre grenser og de-seksualisere behandlingsrelasjonen (Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014).

## 6.4 Veien mot en felles forståelse

### 6.4.1 Berøring - omsorg og nærhet

Terapeutene beskriver at samhandlingen endrer seg i takt med at de sammen med pasienten danner en trygg relasjon og en fellesforståelse.

Janne beskriver at berøringen endrer seg i løpet av behandlingsprosessen. Janne sier «*Det er klart at når man er kommet over det, da kan hendene mer få lov til å lande og dvele, og det gir mening for den som ligger der*». Da er hun ikke like bevisst på å bruke tydelige grep og hun trenger ikke gjenta og forklare hva hun gjør med hendene. Janne opplever at berøringen hun gir til Rune skaper muligheter for at han kan lande i seg selv. Når han tar til seg den dype avspenningen synes Janne det blir mer naturlig å gi omsorg gjennom ulike grep og strykninger.

Birgitte kjenner at både hun og de mannlige pasientene slapper mer av etter hvert i behandlingsprosessen, for da er relasjonen etablert og trygg. Hun kjenner likevel på en spenning ved å være nær den mannlige pasienten. Hun sier «*Man skal liksom være så nært på. Ikke nødvendigvis bare fysisk, men liksom dette her at man skal åpne opp litt, slippe litt*». Birgitte har lagt merke til at om hun klarer å regulere eller jorde seg selv så blir det mindre av denne spenningen som hun opplever kan være et hinder i behandlingsrelasjonen. Hun opplever at berøringen gir de mannlige pasientene både omsorg og bekreftelse og fører til at de får en kroppslig opplevelse hvor de erfarer at det er godt å åpne opp og slippe seg litt til. Birgitte tror det er nettopp det de mannlige pasientene trenger, spesielt Rune.

Anne beskriver ingen opplevelse av endring i seg selv med tanke på nærhet og berøring med mannlige pasienter, men ser at det skjer en endring i pasientenes spenningsmønster og respirasjon og pasienten kommer i bedre kontakt med seg selv og sine kroppslige reaksjoner.

Alle terapeutene beskriver at gjennom berøring skjer det en spennings- og respirasjonsfrigjøring, som i fagteorien blir beskrevet som ledd i den kroppslige omstillingsprosessen (Thornquist & Bunkan, 1986). Det kan virke som både Janne og Birgitte opplever behandlingssituasjonen som definert og grensene som mer avklart når de mannlige pasientene får en opplevelse av at berøringen gir mening for dem. Terapeutene kan gå fra en mer mekanisk og instrumentell berøring til en sansende og tilstedeværende berøring. Dette vil igjen åpne opp for muligheter for pasienten til å komme i kontakt med egen kropp, som å fornemme pust, spenninger og egen holdning (Ekerholt & Bergland, 2006; Soleng & Sviland, 2022). Tryggheten i relasjonen åpner også opp for nye muligheter til å gi støtte og omsorg gjennom sin berøring. Birgitte kjenner at dette skaper en større nærhet i relasjonen. Ved å regulere seg selv gir det henne et større handlingsrom, noe som samsvarer med Dragesund og Øien (2019) sin studie. Der gav terapeutenes fornemmelse av egen kropp en form for kontroll og opplevelser at grense mellom dem selv og pasientene.

Det kommer også frem at fysioterapeutene opplever at de mannlige pasientene også har behov for støtte og omsorg. Dette understrekes i andre studier som trekker frem at selv om mannlige pasienter presenterer seg som selvstendige og sterke, kan de vel så mye ha et grunnleggende omsorgsbehov (Ahlsen & Solbrække, 2018; Ahlsen, 2014; Lilleaas, 2006). Dette viser at kjønn kan endres i samhandling, og trygghet kommer her frem som noe sentralt.

#### 6.4.2 Følelser – omsorg og nærhet

Terapeutene i studien trekker frem betydningen av at de mannlige pasientene kommer i kontakt med og uttrykker følelser, og anser det som en naturlig del av omstillingsprosessen. Både Rune og Bjørnar kan være med behersket og rasjonell enn kvinnelige pasienter. Rune er mer tilbakeholden med å vise følelser enn Bjørnar og er gjerne spørrende til om psykomotoriske behandlingsrommet er en arena der han har lov til å vise følelser. Hos Bjørnar ligger derimot følelsene lengre fremme og kommer oftere til uttrykk.

Når Janne ser at det skjer en form for aktivering hos Rune, sier hun «*Og så være så modig at når det skjer, at jeg ser at han blir blank i øynene, at en stopper opp ved det og spør: hva skjedde nå?*

*Kan det være du er redd?».* Deretter venter hun på svar for å signalisere at det faktisk er et litt viktig spørsmål. Janne opplever at Rune kan benekte følelsene sine og da tolker hun de som at det er vanskelig for han å stå i reaksjonen. Da kan hun bruke bilder om verktøy, racerbiler, idrettsutøvere eller krigsmetaforer for å ufarliggjøre situasjonen. Hun kan si: *«Det er jo klart du ha måtte ha denne brystkassen (..) Det er jo som å gå inn i krigen».* Janne trekker frem at det er noen språklige virkemidler Janne ikke bruker når hun har mannlige pasienter. Hun sier *«Å være litt i etterklngen. Altså, det sier jeg ikke til menn. Men enkelte kvinner kan skjønne hva jeg er ute etter».*

Birgitte oppfatter Rune som sårbar når han bruker ord som frustrert og irritert og samtidig får tårer i øynene. Hun kan forstå at det er fjernt og uvant for han å kjenne på disse følelsene, han som bare har jobbet på og vært kjempetøff. Hun opplever at Rune kan tulle bort følelsene sine og tenker at han kommuniserer at det rokker litt ved identiteten hans. Noen ganger velger hun å le av det sammen med Rune og andre ganger prøver hun å få han til å bli værende i det. Hun sier: *«Da er jeg alvorlig. Da får han ikke tulle. Da er jeg litt avventende og bærer litt den følelsen med han på en måte».* Hun tror også at Rune og Bjørnar trenger å høre at andre menn også opplever lignende og pleier å alminneliggjøre og generalisere ved fortelle at andre mannlige pasienter ofte kjenner på det samme.

Anne forteller at dersom hun ser at tårene eller følelsene er utenpå kroppen til Rune trenger hun ikke alltid bruke så mange ord. Hun kan si: *«Kan jeg legge en hånd på skulderen din?» (..) også bare være stille på en måte i det».* Hun tror dette kan gi en trygghet for pasienten og synes ofte at følelsene kan komme frem. Rune har fortalt at når han drar fra behandlingen så trenger han ofte å sitte en stund alene i bilen. Anne tenker at det er et hint om at han håndterer følelsene sine på egenhånd. Med Bjørnar, som kanskje har lett for å gråte og gjerne vil gråte, har Anne erfart at det kanskje er viktigere å få han over i noe annet. Der må hun på en måte stable han litt på beina og holde litt på han. Hun sier: *«Men det er kanskje ikke de klassiske utfordringene med menn som gruppe da».*

Terapeutenes beskrivelser kan tyde på at det skjer en form for forhandling om hvordan følelser og kjønn skal gjøres i behandlingssituasjonen. Rune sin tilbakeholdelse av følelser kan tolkes som et

uttrykk for hvordan Rune blir påvirket av sin kjønnsidentitet. Kulturell læring former våre emosjonelle uttrykk og maskulinitet er tradisjonelt knyttet til å ikke vise følelser (Gough, 2018). Ved at Bjørnar sitt følelses uttrykk blir sett på som noe utypisk, viser til at terapeutene også blir påvirket av tradisjonelle kulturelle normer for maskulinitet. Dersom dette er ureflektert, kan det påvirke forventningen en har til menn og følelser i behandling. Dette viser hvordan kjønn som identitet og symbol påvirker både pasientene og terapeutene (NOU 1999: 13).

Dersom Runes følelseshåndtering forbli taus og ureflektert og ikke anerkjennes av noen parter, forblir og videreføres normene (Gretland, 2007). De psykomotoriske fysioterapeutene deltar i pasientens bearbeiding av det som skjer i kroppen ved at de er sansende tilstedeværende og fanger opp de kroppslige reaksjonene. Ved å adressere reaksjonene åpner de kanskje opp for at pasienten kan erkjenne og sette følelsene i en meningssammenheng. Dette kan utvide pasientens handlingsrom og er på mange måte allerede innebygd i selve behandlingsformen.

Fysioterapeutene deltar i denne prosessen på ulikt vis. Janne beholder en direkte fremtoning i møte med Rune og hennes språkform kan ifølge Schibbye (2004) gjøre følelsene pasienten opplever i behandlingen til objekt, og dermed lukke ned for hvordan det umiddelbart erfares i øyeblikket (Schibbye, 2004; Sviland et al., 2010).

Anne gir derimot Rune en trygghet gjennom sin avventende og rolige væremåte, og bruker seg selv og kroppen for å gi pasienten omsorg og støtte. Hun viser at hun tåler og rommer følelsene som dukker opp. Dette kan tolkes om en måte hun er sammen med pasienten i sin subjektive opplevelse der og da, og kan med det åpne opp for nye erfaringer (Schibbye, 2004).

Birgitte viser gjennom å beskrive Rune som tøff og arbeidsom at hun prøver å sette seg inn i og forstå verden fra pasientens synspunkt. Gjennom dette kan det tenkes at hun også bekrefter Runes verdier og befester de tradisjonelle maskuline kjønnsnormer om det sterke kjønn (NOU 1999: 13). Det er derfor viktig at Birgitte er bevisst på at det faktisk er Rune opplevelsesverden og ikke hennes egne forventninger og normer rundt menn og følelser.



Janne og Birgitte gjør kjønn i møte med Rune ved å bruke ord, uttrykk og bilder som symboliserer maskuline verdier i tillegg til å trekke frem at andre menn kjenner på det samme. Dette er i tråd med (Sallinen et al., 2019)s studie hvor de fant at tilhørighet er viktig for den mannlige kjønnsidentiteten. Det kan også være en måte fysioterapeutene omformulerer sårbarhet og følelser fra noe som tradisjonelt blir sett på som noe feminint og svakt, til noe maskulint, uavhengig, tøft og sterkt (Gough, 2018). På denne måten legitimeres de mannlige pasientenes følelser.

## 6.5 Omstilling og endring i samhandling

Terapeutene beskriver at når de opplever at de mannlige pasientene har fått tillitt til dem, da kan historiene, livserfaringene og betoelsene komme. Tryggheten i behandlingsrelasjonen åpner opp for en ny nærhet. Terapeutene beskriver at Rune og Bjørnar er mer til stede i egen kropp, og at dette gir en ny forståelse og anerkjennelse av sine følelser og behov.

Janne beskriver en behandlingssituasjon med Rune: *«(..)Men etter at han fikk snakket seg gjennom det, så er det en annen mann som sitter med senkede skuldre og sier at han er redd»*. Hun forteller at Rune videre reflekterer rundt hvordan arbeidsplassen og andre familierelasjoner spiller en rolle for hans kroppslige plager. Videre forteller Janne at når behandlingsrelasjonen kjennes nærere blir hun mer bevisst på hva hun utstråler og på hvilken måte hun viser omsorg. Janne har tidligere hatt noen ubehagelige hendelser med menn i behandling hvor flere har misoppfattet omsorgen hun har gitt og dermed blitt interessert i henne. Hun sier: *«(..) Og da er det klart at da får jeg litt sånn antenner ute på at det er jo en sånn greie med denne omsorgsbiten»*

Birgitte har erfart at gjennom kroppslig omstilling uttrykker Rune et annet behov for bekreftelse og omsorg. Hun tror omsorgsbehovet må sees i sammenheng med den situasjonen han står i ved at han jobber og jobber, pusser opp hus, har barn og har lite tid sammen med konen sin. Hun tror at den psykomotoriske behandlingen kan gi han den grunnleggende bekreftelsen og anerkjennelsen som alle mennesker trenger. Birgitte beskriver at hun har opplevd at slike relasjoner mellom henne og Rune kan føles for nær og forteller at han etter hvert alltid skulle gi henne en klem på slutten av behandlingstimen. Hun tror det handlet om at han savnet kroppskontakt og nærhet. Det kjente hun at var ubehagelig og at det krysset hennes grenser. Hun kjente likevel at det var

vanskelig å gi beskjed til Rune og sier: «Jeg bare føler at jeg blir nok en sånn person som, ja, avviser han da».

Anne opplever at den mannlige pasienten opplever omstilling gjennom å få tid, rom og muligheten til å dvele ved kroppslige reaksjoner og følelser. Anne har ikke opplevd noe ubehagelig med tanke på nærhet eller omsorg i behandling. Hun tror at menn kanskje har et litt annet behov for omsorg en mange kvinner. Hun sier: «Enkelte kvinner er jo litt sånn, trenger noen som tar vare på dem mer. At de og kan bli ganske krevende som pasienter, litt lite selvstendige. Mens menn kanskje opplever omsorg ved at en er interessert, og ved at en er en støtte da, en mer en likeverdige støtte kanskje»

Terapeutene beskriver gjennom bevegelse, massasje og refleksjon oppstår en felles opplevelsesverden der pasientene kan dele historier og andre opplevelser. Dette er i tråd med Ahlsen og Solbrække (2018) som viste at gjennom en prosess med forhandlinger mellom intervjuer og mannlige deltaker endret sykdomsnarrativet seg fra å handle om det fysiske i kroppen, til å handle om vanskelige familierelasjoner og arbeidsforhold. Gjennom terapeutenes beskrivelser kan det virke som at de mannlige pasientene gjør kjønn på en ny måte gjennom omstillingsprosessen. De tillater seg å vise andre egenskaper som sårbarhet og behov for omsorg. Dette åpner opp for nye handlingsrom å gjøre kjønn på, og illustrerer hvordan kjønn kan endres og variere ut ifra relasjoner og situasjoner (Haavind, 2000; West & Zimmerman, 1987).

Utsagnene til Janne og Birgitte belyser at omsorgen og nærheten i relasjonen også kan føre til misforståelser. Dragesund og Øien (2021) studie beskriver at følelsen av varme og kjærlighet fra fysioterapeuten fikk dem til å respektere seg selv. Sees dette i sammenheng med Sudmann (1998) sin studie som beskriver at omsorg og støtte vekker den kjønnete og seksuelle kroppen til pasientene, viser dette at kjønn på mange måter vil komme mer i forgrunnen i samhandlingen. Når avstanden blir mindre mellom fysioterapeutene og de mannlige pasientene vil kanskje fysioterapeutene oppfattes som mer tilgjengelig. Dette viser til at fysioterapeutisk samhandling ikke er kjønnsløs og aseksuell. Kjønn er kropp og seksualitet og vil sette rammer for våre handlingsmåter (West & Zimmerman, 1987).

## 7 Hvordan integrere betydningen av kjønn i psykomotorisk fysioterapi?

Denne studien sitt formål er å undersøke hvordan kjønn spilles ut som en meningsbærende forskjell i en samhandlingssituasjon. Det empiriske materialet som er presentert i det foregående kapitlet er analysert ved å lete etter kjønnete betydninger. Idealtypene er brukt som et analytisk verktøy for å få frem variasjonene, skiftningene, nyansene, og på samme tid noe kjent og stabilt i de fem psykomotoriske fysioterapeutenes beskrivelser. Dette viser hvordan kjønn både er fastlagt, men samtidig flytende (Haavind, 2000). Før jeg går videre vil jeg også presisere at de idealtypiske pasientene er et produkt av fysioterapeutenes egne oppfattelser, tolkninger og forståelse av sine mannlige pasienter, og representerer dermed i stor grad hvordan vi former hverandres forutsetninger og skaper hverandres oppfattelse (Schibbye, 2004). De psykomotoriske fysioterapeutene beskrev ulik tilnærming til de ulike pasientene, noe som fremhever kompleksiteten av en samhandling hvor det også er flere andre meningsbærende forskjeller som samtidig gjør seg gjeldende. Resultatene viser hvordan kjønn skapes, opprettholdes og endres i relasjoner mellom mennesker og gjennom en behandlingsprosess. Det er likevel stor variasjon i hvor stor grad de psykomotoriske terapeutene trakk frem kjønn som betydning for samhandlingen og behandlingen. Dette viser hvordan kjønn er noe som virker uten at vi alltid tenker over det.

I dette kapitlet vil jeg diskutere hvordan kjønn kan ha innflytelse på hva slags fysioterapi som skapes og utøves og hvordan dette kan både fremme og skape barrierer i pasientenes omstillingsprosess.

### 7.1 Kjønn skapes i samhandling

Resultatene i denne studien underbygger at samhandling i psykomotorisk fysioterapi en kompleks prosess bestående av ulike forhandlinger for å finne fellesforståelse og retning for behandlingen. Dette er i tråd med funn fra tidligere studier som har undersøkt erfaringer med samhandling i psykomotorisk fysioterapi (Dragesund & Øien, 2019; Øien et al., 2011). Denne studien belyser

hvordan kjønn kan være en av mange forhold som har betydning forhandlingene frem mot en god terapeutisk samhandling.

Fysioterapeutene i denne studien gjør kjønn på ulikt vis i måten de presenterer seg, sin kroppslige væremåte og gjennom hvilket språk de bruker i behandlingen. Det er i tråd med West og Zimmerman (1987) forståelse av kjønn som handling. Som en del i forhandlingene frem for et felles forståelsesgrunnlag møter noen av terapeutene den målrettede og fremoverlente mannlige pasienten ved å øke sin terapeutiske aktivitet. Janne beskriver at hun er mer påkoblet, direkte og instruerende, og Birgitte sier hun blir mer forklarende og instrumentell. Dette vitner om en behandlingsrelasjon som bærer preg av at terapeuten gjør noe, og pasienten blir gjort noe med. Pasienten blir på denne måten tilnærmet som et objekt (Schibbye, 2004). Begge terapeutene opplever denne handlemåten som støttende i prosessen til å danne en trygg og tillitsfull relasjon til den mannlige pasienten. I Dragesund og Øien (2019) studie trekker erfarne psykomotoriske fysioterapeuter frem at gjennom å møte pasientene på sine ønsker og forventinger i behandling oppnådde de en økt tillit, noe som bidro til at pasientene ble mer mottakelig for deres forslag i behandlingen. På denne måten kan terapeutenes fremtoning blir sett på som et middel for å skape en tillitsfull relasjon. Moltu og Veseth (2008) bruker relasjonell teori til å drøfte endringskappende samspill, og skriver at en forutsetning for å skape et felles forståelsesgrunnlag er gjensidig anerkjennelse og opplevelse av hverandre som kroppslige subjekt. Dette betyr at det ikke er i denne samhandlingsformen potensialet for endringsmuligheter ligger. På bakgrunn av Annes beskrivelser i de første møtene med de mannlige pasientene trekker hun frem at det er gjennom kroppslige erfaringer i behandlingen at pasienten finner mening. Dette kan tolkes som en samhandling som bygger opp under pasientens kroppslige subjekt. Moltu og Veseth (2008) beskriver at dette er nødvendig for å oppnå en felles forståelsesverden. Anne opplever likevel at hun ikke alltid oppnår en terapeutisk relasjon med pasientene, da spesielt hos Rune som beskrives som noe skeptisk og avventende til behandlingstilnærmingen. Dersom ulikhetene mellom terapeuten og pasienten blir for stor, kan dette føre til at pasienten ikke føler seg anerkjent for sin virkelighetsoppfatning (Moltu & Veseth, 2008). Dette kan kaste lys på måter terapeutene gjør kjønn på i samhandlingssituasjoner og kan åpne eller utilsiktet lukke ned handlingsrom i relasjonen mellom terapeuten og pasientene. Det er derfor sentralt at psykomotoriske fysioterapeuter reflekterer over hvordan de justerer og tilpasser sin være- og handlemåte både bevisst og ubevisst i møte med sine pasienter.

En annen måte terapeutene gjør kjønn i møte med de mannlige pasientene er gjennom ulike måter å tilpasse behandlingstilnærmingen. Terapeutene i studien beskriver blant annet viktigheten av at kroppen var i sentrum for behandlingen da et for stort søkelys på de emosjonelle aspektene ved plagene kunne virke for inngripende for de mannlige pasientene. Dette er i tråd med grunntankene i psykomotorisk fysioterapi som anser kroppen som utgangspunkt (Thornquist & Bunkan, 1986). Fysioterapi blir tradisjonelt knyttet til kurativ behandling og sport som anses som maskuline verdier (Dahl-Michelsen, 2014, 2015). Det kan derfor virke som at terapeutene bevisst og ubevisst fremhever det som assosieres med det maskuline i behandling og at det emosjonelle som kan knyttes mot det kvinnelige ved behandlingsmetoden kommer mer i bakgrunnen. Dette gjenspeiler hvordan kjønn og kulturelle forestillinger skaper handling, også i en psykomotorisk fysioterapikontekst (West & Zimmerman, 1987).

Flere av fysioterapeutene tilegner seg, som tidligere beskrevet, en mer maskulin væremåte i møte med de mannlige pasientene. Dette kan være en måte de gjør kjønn for å øke sin faglige status og legitimere sine handlinger (Sudmann, 1998). Birgitte trekker også fram at hun ikke vil at verken hun eller behandlingen skal bli oppfattet som rar, rolig eller mystisk. Janne beskriver at hun blant annet oppsummerer behandlingsfremgangen og målsettingen ofte og på den måten viser hun at det er en faglig forankret i en seriøs behandlingstilnærming. I lys av terapeutenes utsagn kan det tolkes som at kunnskapsstatusen til Psykomotorisk Fysioterapi virker inn i samhandlingen, og da spesielt med mannlige pasienter. Dahle (2001, s. 3) skriver i sin artikkel «*Å oppnå anerkjennelse for et «kvinnefags» særegne kunnskapsgrunnlag har alltid vært vanskelig*». Hun trekker frem at kvinners kunnskap ansees som mindre verdt og har lavere status enn menn sin kunnskap. På denne måten vil kunnskap også representere kjønn. I dagens vitenskap er teori verdt mer enn praksis og hva et fagfelt sitt kunnskapsgrunnlag er basert på får betydning for hvilke status yrkesgruppene oppnår (Dahle, 2001). Psykomotorisk fysioterapi er i stor grad basert på erfaringsbasert kunnskap og domineres av kvinnelige terapeuter og pasienter (Breitve et al., 2008). En podkast fra fysioterapiforbundet problematiserte tidligere i år psykomotorisk fysioterapi sitt teorigrunnlag og hevdet at faget hadde mangelfull evidens og usikker effekt (Hellevik & Halvorsen, 2121). Sett i lys av dette kan det tolkes som at de yngre terapeutenes kamp om å fremme kunnskap i behandlingen også kan handle om anerkjennelse for faget. Dette viser hvordan kjønn som struktur kan påvirke en behandlingsrelasjon (NOU 1999: 13).

## 7.2 Kjønn gjøres og endres i samhandling

Resultatene fra studien viser at kjønn kommer tydelig frem når fysioterapibehandlingen innebærer kroppslig kontakt og berøring. Det ser ut som at det skjer en indre forhandling i fysioterapeutene om hva kjønn skal bety. Haavind (2000) peker mot at forhandlingene ikke bare er om hva kjønn skal bety, men også om når kjønn skal være usaklig. I en berøringssituasjon kan kjønn og seksualitet være en forstyrrende faktor og det vil derfor være et viktig formål å holde kjønn utenfor behandlingsrelasjonen (Haavind, 2000; Sudmann, 1998). Fysioterapeuter læres opp til å nøytralisere kjønn og seksualitet fordi disse elementene i stor grad kan forstyrre profesjonaliteten i behandlingen (Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014). Fysioterapeutenes beskrivelse av berøringssituasjonen underbygger at ingen kan være helt kjønnsnøytral eller objektiv. Behovet fysioterapeutene i denne studien har for profesjonelle grenser og avstand er avhengig av både kjønn, alder og tidligere studier. Dette er i tråd med funn i Kelly et al. (2018)s studie som har undersøkt pasienters og helsepersonells opplevelse av berøring. Dette viser til at fysioterapeutene bringer noe av seg selv inn i samhandlingsmøtet, også sin kjønnede kropp. Dette er en symbolikk vi ikke uten videre bare kan velge bort (Solheim, 2002). Studien viser at terapeutene tar på seg ansvaret for å opprettholde de profesjonelle grensene gjennom blant annet påkledning, objektivisering av pasienten, instrumentell- og mekanisk tilnærming. Dette underbygger funn fra Dahl-Michelsen og Solbrække (2014) sin studie som viser til at kvinnelige fysioterapeuter er forpliktet til den stille normen av å gjøre behandlingsmøtene de-seksualisert ved å unngå vage grenser.

I psykomotorisk fysioterapi trekkes evnen til å være sensitivt og sansende til stede i berøring frem som et sentralt element for å fremme pasientens mulighet til å komme i kontakt med seg selv (Soleng & Sviland, 2022; Teigen et al., 2020). For at berøringen skal være meningsdannende må terapeutene anerkjenne sitt eget subjektive bidrag (Soleng & Sviland, 2022). Det betyr at dersom psykomotoriske fysioterapeuter er for opptatt av å de-seksualisere berøringssituasjonen og skape avstand, kan dette videre begrense pasientens muligheter for kroppslig omstilling. Det kan derfor tenkes at det stilles større krav i måten fysioterapeutene avkjønner berøringssituasjoner i psykomotorisk fysioterapi. I følge Sudmann (1998) er dette symbolske avkjønningsprosjektet krevende, og nærmest en jobb i seg selv. Dette kan illustreres i Birgittes beskrivelser i en

berøringssituasjon med Rune der hun forteller at hun må jobbe for å være forankret i seg selv for å ta vekk spenningen som oppleves som et hinder i behandlingen.

Trygghet vokser frem som et sentralt begrep i samhandlingssituasjonen fysioterapeutene beskriver i denne studien. Anne beskriver at hun allerede har en trygghet i seg selv gjennom sin lange erfaring og alder. Birgitte skaper trygghet ved å være forankret i seg selv og Janne opplever en trygghet gjennom pasientenes meningsbærende opplevelser. Denne tryggheten fysioterapeutene har i seg selv åpner opp for handlingsrom der de kan nærme seg de mannlige pasientene både i berøring, omsorg og følelser. Janne beskriver blant annet hun kunne la hendene dvele og på den måten kan det tenkes at hun i større grad kan være sensitiv og tilpasse berøringen i takt med pasientens reaksjoner, pust og muskelspenninger. Pasientene i Soleng og Sviland (2022) studie beskrev at terapeutens sansende berøring førte til økt tillit til terapeuten og trygghet i relasjonen. På denne måten kan det tenkes at ved gjensidig tillit kommer kjønn mer i bakgrunnen av samhandlingen. Terapeutene kan da nærme seg pasienten som et kroppslig subjekt, heller enn et objekt, som vil åpne opp for muligheter for omstilling (Gretland, 2007; Schibbye, 2004).

Resultatene i studien viser at omsorgen og nærheten i relasjonen også kan være problematisk. I Dragesund og Øien (2021) studie beskriver pasientene varme og omsorg fra terapeuten som en form for kjærlighet. Fysioterapeutene i denne studien har opplevd at deres støtte og omsorg har blitt feiltolket og setter søkelys på de elementene i behandlingen som kan minne om seksualitet. Dette kan forstås som at fysioterapeutene har mislyktes med å avkjønne behandlingsrelasjonen eller grensene til pasientene har blitt for vage. Fysioterapeuten gjøres i slike situasjoner til kvinne, og dette utfordrer hennes faglige autoritet (Dahle, 2001). Det kan tenkes at terapeuten da må ta nye grep og skape avstand for å komme tilbake til sin profesjonelle posisjon. Janne trekker blant annet frem at hun er bevisst på at hun ikke skal være for omsorgsfull. Gjennom fysioterapeutenes beskrivelser kommer det frem at psykomotorisk fysioterapi er en intim kroppslig praksis hvor seksualitet er innebygd (Dahl-Michelsen & Solbrække, 2014). Kjønnets betydning i samhandling i møte med mannlige pasienter setter rammer for våre handlingsmuligheter og at dette videre vil påvirke hvordan psykomotorisk fysioterapi skapes og utøves. Dette belyser hvordan kjønn gjøres og endres i en samhandlingssituasjon (West & Zimmerman, 1987).

### 7.3 Kroppen som bærer av skjulte kulturmønstre

De to idealtypiske pasientene som er presentert i resultatet er som tidligere nevnt et produkt av beskrivelsene til fysioterapeutene i denne studien. Det vil derfor gjenspeile kulturelle, sosiale normer og verdier, så vel som fysioterapeutenes egne verdier (NOU 1999: 13, 1999).

Fysioterapeutene skildrer de mannlige pasientene som selvstendige, målrettet og løsningsfokuserte. Rune, den typiske og vanlige mannen, blir beskrevet som stille og lite villig til å snakke om emosjonelle problem. Denne beskrivelsen av menn samsvarer med Samulowitz et al. (2018)s litteraturstudie som viste et tydelig mønster av at både forskere, menn og helsepersonell mer eller mindre ureflektert presenterer menn som stoiske, autonome og tause. Bjørnar som derimot har lett for å vise følelser og sårbarhet blir av alle terapeutene i studien beskrevet som både uvanlig og som en lite typisk mann.

Resultatene viser at betydningen av kjønn kommer mer i bakgrunnen i samhandling med Bjørnar der Birgitte blant annet beskriver at hun kjenner mindre spenning i berøringssituasjoner sammenliknet med Rune. Samenow et al. (2013)s studie fant indikasjoner på at helsevesenet oppfatter menn med kronisk smerte og psykiske plager som mer lik en typisk kvinne enn en typisk mann.

Fysioterapeutene i denne studien beskriver de kvinnelige pasientene som lite selvstendige, pliktoppfyllende og med et mer uttalt omsorgsbehov. Alt dette samsvarer med de tradisjonelle normene for kvinnelighet og en forventning til at kvinnerollen innebærer å være selvoppofrende og avhengig av andre (Lunåsmo, 2005). Dette viser på mange måter at terapeutenes kulturelle forestillinger lager en fortolkningsramme som former kjønnsforståelsen til den enkelte, også fysioterapeuter. Dersom fysioterapeuter ikke er oppmerksomme på at vi gjensidig skaper hverandre i en samhandling, kan det bidra til låse pasientene i vår egen oppfatning av hvordan vi tror at de er (Schibbye, 2004; Thornquist, 2001). Her kan vi stå i fare for å ureflektert befeste eller videreføre tradisjonelle kjønnsnormer som kan påvirke pasientens handlingsrom.



Selv om fysioterapeutene beskriver flere av sine mannlige pasienter som selvstendige og sterke, trekker de samtidig frem at de mannlige pasientene kan vise sårbarhet og uttrykke følelser når de opplevde relasjonen som trygg. Dette er i tråd med studier som viser at menn kan vise følelser når de kjenner seg komfortable med omgivelsene og står i kontrast til kulturelle forestillinger om at menn er tause om egne følelser (Gough, 2018; Lilleaas, 2006). Flere av fysioterapeutene trekker frem at det er viktig å lage en ufarlig atmosfære. Birgitte forteller at det kan være en stor risiko for menn å komme til behandling og Janne beskriver at det kan være truende og skummelt. Dette kan tolkes som at fysioterapeutene oppfatter at den mannlige kjønnsidentiteten står på spill. I Samulowitz et al. (2018) litteraturstudie kom det frem at menn som var diagnostisert med diffuse langvarige «kvinnelidelser», ofte opplevde dette som en trussel for deres maskulinitet. Dette belyser hvordan vi blir påvirket av den sosiale betydningen av kjønn og hvordan kulturelle forventninger og verdier er innskrevet i vår selvfølelse og våre kropper (Thornquist & Kirkengen, 2020).

Flere av fysioterapeutene i denne studien tilpasset behandlingen mot mer maskuline verdier gjennom språk, ord og væremåter, og opplevde at dette gav den mannlige pasienten trygghet i situasjonen. Gjennom fysioterapeutenes beskrivelser kom det også frem at det ikke alltid var nødvendig å bruke slike «maskuline virkemidler». De opplevde å gi de mannlige pasientene trygghet gjennom å romme deres reaksjoner ved både kroppslig og verbal anerkjennelse. Det kan dermed tenkes dette allerede ligger innebygd ved at kroppen anerkjennes som et subjekt, og dermed forstås kroppen som både biologi samtidig som den er et sosialt og kulturelt fenomen (Gretland, 2007).

Fysioterapeutene beskriver at det skjer en omstilling ved at de mannlige pasientene kommer mer i kontakt med sin egen kropp og erkjenner sammenhenger mellom kropp, livserfaringer og helseplager. Fysioterapeutene oppfatter at de mannlige pasientene har behov for omsorg og støtte. Gjennom å legge til rette for situasjoner der de mannlige pasientene opplevde at det var lov å vise følelser, åpnet terapeutene opp for at pasientene kunne utforske og utfordre sine vanemessige kroppslige væremåter (Gretland, 2007). Fysioterapeutene beskriver at det også skjer en endring i hvordan de mannlige pasientene gjør kjønn. Dette beskriver hvordan kjønn går i spor der noen er dypere og vanskeligere å endre, og der andre er løsere og saktere men sikkert kan viskes ut (Solheim, 2002). Ahlsen og Solbrække (2018) understreker i deres studie at mannlige pasientens behov for emosjonell støtte er en viktig del av fysioterapibehandlingen, men at det ofte blir

underkjent av både fysioterapeuter og pasientene selv. På bakgrunn av denne studien hvor fysioterapeutene oppfatter de mannlige pasientene som sårbar og med behov for støtte, kan det derfor tenkes at omsorgsaspektet som allerede er integrert i den psykomotoriske profesjonen vil åpne opp handlingsrom som kan utforske og utfordre nye måter å gjøre kjønn på.

Resultatene fra denne studien viser at kulturelle, symbolske og sosiale forhold gir avtrykk i vår selvforståelse, og setter ramme for vårt handlingsrom både for fysioterapeuter og for pasienter (Lunåsmo, 2005). Hvordan de kvinnelige og mannlige pasientene presenterer seg og hvordan terapeutene tolker og forstår dette som enten muligheter eller begrensninger vil gjøre en stor forskjell. Dette krever at vi som fysioterapeuter utfordrer vår egen forestillingsverden og innarbeidede faglige vaner.

Det er menneskene vi møter i behandling, men vi må også se dem i sammenheng som kvinne eller mann, som gammel eller ung, som innbygger og så videre. I noen sammenhenger vil det ene være viktigere enn det andre. På den måten kan den enkeltes levde historie bli møtt, integrert og satt i en sammenheng som gir mening for vedkommende.

Vi vet at kjønn er en av mange faktorer som har betydning for menneskers helse (O'Neill et al., 2014). Ved å forstå at kjønn også kan ha betydning for den enkeltes sykdomsuttrykk og dermed forstå personen i sin kulturelle, symbolske og sosiale sammenheng, kan helsepersonell bidra til å bygge opp under pasientens ressurser til å håndtere og tilpasse seg sine langvarige, kanskje livslange plager.

## 8 Konklusjon

Oppgaven sin hensikt har vært å utforske hvordan kjønn virker inn på samhandlingen mellom psykomotoriske fysioterapeuter og pasienter. Fem kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter har formidlet sine erfaringer med å ha mannlige pasienter i behandling. Dette er blitt presentert gjennom idealtyper som reflekterer hvordan kjønnete betydninger kan variere, skifte og samtidig være stabil i relasjoner mellom mennesker og gjennom en behandlingsprosess. Studien fremhever kompleksiteten av en samhandling, bestående av ulike forhandlinger for å finne fellesforståelse og retning for behandlingen. Hvordan kjønn gjør seg relevant i denne prosessen blir påvirket av hvordan fysioterapeutenes forstår, oppfatter og tolker de ulike mannlige pasientene som kommer til behandling.

Denne studien reflekterer også hvordan fysioterapi er en intim kroppslig praksis der kroppene våre er kjønnnet. Dette står i kontrast til tanken om at fysioterapi generelt er kjønnsnøytralt og aseksuell. Fysioterapeutene i denne studien gjorde bevisst og ubevisst ulike grep for å avkjønne og de-seksualiserer behandlingsrelasjonen. Behovet for avstand til den mannlige pasienten endret seg i gjensidig trygghet og tillit i relasjonen. Dette åpnet opp for fysioterapeutenes muligheter til å være sensitiv og sansende til stede, og førte til at pasienten fikk bedre kontakt med kroppen sin og erkjente sammenhenger mellom kropp, livssituasjon og helseplager.

Resultatene fra studien viser at omsorgen, varmen og støtten de kvinnelige fysioterapeutene gav de mannlige pasientene også potensielt kunne vekke den seksuelle, kjønnete kroppen. I psykomotorisk fysioterapi er terapeutens evne til å være sensitiv og sansende for pasientens reaksjoner et sentralt element av omstillingsprosessen. Dersom psykomotoriske fysioterapeuter er for opptatt av å de-seksualisere berøringssituasjonen, kan dette videre begrense pasientens muligheter for kroppslig omstilling. Det kan derfor tenkes at det stilles større krav til psykomotoriske fysioterapeuter om å balansere mellom nærhet og samtidig opprettholde de profesjonelle grensene.

Studien viser at fysioterapeutene skaper kjønn i samhandling med mannlige pasienter gjennom sine handlinger, både språklig og kroppslig. Fysioterapeutenes forståelse og tolkning av de mannlige pasientene påvirker deres fremtoning og væremåte. Flere av fysioterapeutene tillegger seg en mer maskulin væremåte og opplever at dette danner tillitt og styrker relasjonen med den mannlige pasienten. Gjennom fysioterapeutenes beskrivelser kommer det også frem oppfattelse av at menn har behov for et større aktivt kroppslig fokus i behandling da for mye fokus på det emosjonelle ved plagene kunne virke for inngripende. Dette viser hvordan kjønn som et omfattende betydningssystem har innflytelse på hva slags fysioterapi som skapes og utøves.

Fysioterapeutene i denne studien beskriver sine mannlige pasienter som selvstendige, målrettede og sterke samtidig som de er sårbare og har behov for omsorg og støtte. I psykomotorisk fysioterapi blir kroppen sett på som senter for erfaring der kroppen er bærer av den enkeltes levde historie. Dette betyr at det å møte pasienten i sin sammenheng allerede er en del av behandlingstilnærmingen. Denne studien kan likevel rette oppmerksomhet mot hvordan den enkeltes historie og plager er sammenflettet i en sosial og kulturell sammenheng hvor kroppen formidler ideer, normer og verdier, også om det å være mann eller kvinne. Hvordan kjønn gjøres relevant i kliniske møter kan ha betydning for pasientens forståelse av sine plager og av seg selv. Studien kaster lys over måter terapeutene gjør kjønn på i samhandlingssituasjonen som både kan åpne eller utilsiktet lukke ned handlingsrom i relasjonen mellom terapeuten og pasienten.

Studien viser også at det er varierende hvor stor oppmerksomhet og vekt fysioterapeutene legger på kjønnsperspektivet i behandlingen. Studien viser likevel hvordan kjønnsulike, kulturelle forestillinger påvirker hvordan de omtaler både sine kvinnelige og mannlige pasienter. Dersom dette skjer ureflektert står vi som helsepersonell i fare for å befeste og skape ulike kjønnsforskjeller. Studien viser altså hvordan kjønnete betydninger kan være et av mange aspekt som påvirker en samhandling i en psykomotorisk fysioterapikontekst. Denne studien kan først og fremst inspirere fysioterapeuter til å utfordre sin egen forestillingsverden og sine innarbeidete faglige praksiser og vaner. Videre forskning i fysioterapi generelt og psykomotorisk fysioterapi spesielt kan bli mer sensitiv for betydningen av kjønn og på hvilken måte praktiserende fysioterapeuter befester, skaper, endrer og utfordrer tradisjonelle kulturelle normer og verdier.

## Litteraturliste

- Ahlsen, B. & Solbrække, K. N. (2018). Using narrative perspectives in the clinical setting of physiotherapy. Why and how? I B. E. Gibson, D. A. Nicholls, J. Setchell & K. S. Groven (Red.), *Manipulating practices: a critical physiotherapy reader* (s. 356-377). Cappelen Damm Akademisk.
- Ahlsen, B. B., H. Mengshoel, A. M. Solbrække, Nyheim, K. (2014). (Un)doing gender in a rehabilitation context: a narrative analysis of gender and self in stories of chronic muscle pain. *Disabil Rehabil*, 36(5), 359-366. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.793750>
- Album, D. (1991). The prestige of diseases and medical specialties. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 111(17), 2127-2133.
- Bjorbækmo, W. S. & Mengshoel, A. M. (2016). "A touch of physiotherapy" - the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 32(1), 10-19. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 12, 19-26.
- Braatøy, T. (1979). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi : D2* (Ny utg. utg., Bd. D.2). Cappelen.
- Dahl-Michelsen, T. (2014). Sportiness and masculinities among female and male physiotherapy students. *Physiother Theory Pract*, 30(5), 329-337. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876692>
- Dahl-Michelsen, T. (2015). Curing and caring competences in the skills training of physiotherapy students. *Physiother Theory Pract*, 31(1), 8-16. <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.949946>
- Dahl-Michelsen, T. & Solbrække, K. N. (2014). When bodies matter: significance of the body in gender constructions in physiotherapy education. *Gender and education*, 26(6), 672-687. <https://doi.org/10.1080/09540253.2014.946475>
- Dahle, R. (1990). *Arbeidsdeling, makt, identitet : betydningen av kjønn i fysioterapiyrket* [Institutt for sosialt arbeid, Universitetet i Trondheim]. Trondheim.
- Dahle, R. (2001). Forståelser av kjønn i fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 11, 1-5.
- Dragesund, T., Nilsen, R. M. & Kvåle, A. (2021). Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education and active physiotherapy—A randomized controlled trial. *Physiother Res Int*, 26(2), e1891-n/a. <https://doi.org/10.1002/pri.1891>
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiother Theory Pract*, 24(4), 243-254. <https://doi.org/10.1080/09593980701738400>

- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2019). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiother Theory Pract*, 35(9), 833-842. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1735767-1735767. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*, 8(3), 137-144. <https://doi.org/10.1080/14038190600836809>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Phys Ther*, 88(7), 832-840. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070316>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiother Theory Pract*, 35(1), 57-69. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>
- Enger, K. J. (2001). Kjønn og spesialisering i fysioterapi. *Fysioterapeuten*. Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten kortversjon, norsk utgave: Helsetilstanden i Norge* (ISBN: 978-82-8082-942-9). Hentes fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018>
- Gadamer, H.-G., Schaanning, E. & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax.
- Gough, B. (2018). *Contemporary Masculinities : Embodiment, Emotion and Wellbeing*. Cham: Springer International Publishing AG.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gåsvær, J., Heldal, I. & Sudmann, T. (2021). Supporting Stakeholders Cooperation in the Rehabilitation Trajectory: A composite case of severe obesity. <https://doi.org/10.34190/EKM.21.157>
- Hammond, J. A., Kingston, U. & University of, R. (2013). *Doing gender in physiotherapy education : a critical pedagogic approach to understanding how students construct gender identities in an undergraduate physiotherapy programme in the United Kingdom* [Kingston University]. London.
- Hellevik, M. M. & Halvorsen, J. M. (2121, 14.11). Norsk psykomotorisk fysioterapi | *Lateralt og medialt* <https://www.fysioterapeuten.no/norsk-psykomotorisk-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/episode-5-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/137740>

- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(7817), d4163-4237. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode : metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Josefsson, K. A. & Lunde, H. (2022). Seksuell helse i rehabilitering - fysioterapeuten har en viktig rolle *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-seksuell-helse/seksuell-helse-i-rehabilitering-fysioterapeuten-har-en-viktig-rolle/140984>
- Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N. & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qual Health Res*, 28(2), 200-212. <https://doi.org/10.1177/1049732317707726>
- Korsvik, T. R. (2020). *Kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanninger- En kartlegging av læringsmål om kjønn og kvinnehelse i utdanningene medisin, sykepleie, psykologi, vernepleie og fysioterapi*. (ISBN: 978-82-12-03837-0). [https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapport\\_kilden\\_kjonn\\_og\\_kvinnehelse\\_i\\_helseprofesjonsutdanninger\\_2020.pdf](https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapport_kilden_kjonn_og_kvinnehelse_i_helseprofesjonsutdanninger_2020.pdf)
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvinnehelseutvalget. (2021). *Kvinnehelseutvalget* <https://www.kvinnehelseutvalget.no/>
- Lilleaas, U.-B. (2005). Kroppslig beredskap som vane. *Sosiologisk tidsskrift*, 13(2), 183-198.
- Lilleaas, U.-B. (2006). Det sterke kjønns sårbarhet. *Sosiologisk tidsskrift*, 14(4), 311-325.
- Lunåsmo, M. J. (2005). Hva har kvinnelighet med psykisk lidelse å gjøre? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 18-29.
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 130(23), 2356-2359. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0828>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mitropolitski, S. (2013). Weber's Methodology: Understanding Concept of Ideal Type as Necessary Element of Weberian Comprehensive Sociology. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2307327>
- Moltu, C. & Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende: om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- NOU 1999: 13. (1999). *NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge*. Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008090204015](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008090204015)

- O'Neill, J., Tabish, H., Welch, V., Petticrew, M., Pottie, K., Clarke, M., Evans, T., Pardo Pardo, J., Waters, E., White, H. & Tugwell, P. (2014). Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *J Clin Epidemiol*, 67(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.005>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sallinen, M., Mengshoel, A. M. & Solbrække, K. N. (2019). "I can't have it; I am a man. A young man!" - men, fibromyalgia and masculinity in a Nordic context. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1676974-1676974. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1676974>
- Samenow, C. P., Worley, L. L., Neufeld, R., Fishel, T. & Swiggart, W. H. (2013). Transformative learning in a professional development course aimed at addressing disruptive physician behavior: a composite case study. *Acad Med*, 88(1), 117-123. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31827b4cc9>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E. & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*, 2018, 6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Schibbye, A. L. L. (2004). Hva sier jeg til klienten i psykoterapi? Noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk. *Impuls*, (2), 20-26.
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder : planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Soleng, E. & Sviland, R. (2022). Berøring som terapeutisk "dans" - en kvalitativ studie av pasienters erfaring med psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-psykomotorisk-fysioterapi/beroring-som-terapeutisk-dans-en-kvalitativ-studie-av-pasienters-erfaring-med-psykomotorisk-fysioterapi/140006>
- Solheim, J. (2002). Kjønn som analytisk nøkkel til kultur. *Tidsskrift for samfunnsforskning*.
- Sudmann, T. (1998). Fra ubehag til vitenskap. Kvinnelige fysioterapeuters håndtering av kroppslig nærhet til mannlige pasienter. *Kvinneforskning*, 22, 80-101.
- Sudmann, T. T. (2009). *(En)gendering body politics. Physiotherapy as a window on health and illness* [Monography, University of Bergen]. Bergen
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, health care and philosophy*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>



- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2010). Språk – uttrykk for inntrykk. *Matrix* 27(2), 132-156.
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation--moved by respiration: embodied narrative identity--a treatment process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811-819. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x>
- Teigen, I., Ekeli, B.-V. & Sviland, R. (2020). "Bruk intuisjonen og fantasien": ein analyse av kropps- og kunnskapssynet i Aadel Bülow-Hansen si fagutøving og norsk psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*. <https://hdl.handle.net/11250/2724961>
- Thornquist, E. (2001). Helsearbeid i kjønnsperspektiv. *Fysioterapeuten*.
- Thornquist, E. (2006). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Med Anthropol*, 25(1), 65-97. <https://doi.org/10.1080/01459740500514489>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser : et samfunnsspeil* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & society*, 1(2), 125-151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- Öhman, A. (2001). *Profession on the move: Changing conditions and gendered development in physiotherapy*.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in physiotherapy*, 11(3), 121-129. <https://doi.org/10.1080/14038190802315073>
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>
- Øvreberg, G., Andersen, T., Hanssen, I. & Ianssen, B. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi : et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2. utg.). Levanger: Berit Ianssen.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Samtykkeerklæring



### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

## MENN I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI – EN KVALITATIV STUDIE

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer, opplevelser og tanker psykomotoriske fysioterapeuter har rundt å ha menn i behandling. Denne forespørselen er til deg som gir psykomotorisk behandling til mannlige pasienter.

### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dette prosjektet blir utført i forbindelse med masterutdanning i klinisk fysioterapi, studieretning klinisk fysioterapi for psykiske og psykosomatiske helseproblem, ved Høgskulen på Vestlandet. Prosjektleder og veileder er Tove Dragsund.

Å være informant innebærer et intervju med prosjektmedarbeidere og masterstudenter Ingvild I Gullesen og/eller Ellen Holm Roppen. Intervjuet vil ta ca. 60 minutter, med spørsmål knyttet til dine erfaringer rundt psykomotorisk behandling til mannlige pasienter. Vi vil også innhente og registrere opplysninger om alder og arbeidssituasjon. Intervjuet blir tatt opp på lydopptaker. Lydfilen blir oppbevart forsvarlig etter Høgskulen ved Vestlandet sine retningslinjer. Intervjuet vil bli transkribert fortløpende og lydfilen vil slettes når masteroppgaven er vurdert, innen 01.09.21.

### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltagelse i prosjektet kan bidra til refleksjoner og økt innsikt rundt din rolle som terapeut, som videre kan bidra til egen utvikling.

### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder.

## HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Tove Dragesund, Ingvild I. Gullesen og Ellen Holm Roppen som ha tilgang til denne listen. Alle opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet fem år etterprosjektstlutt.

## GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning [Saksnummer 186029 REK]. Etter ny personopplysningslov har prosjektleder Tove Dragesund et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du ta kontakt med prosjektleder Tove Dragesund på tlf.: 55587039 eller [tove.dragesund@hvl.no](mailto:tove.dragesund@hvl.no) eller prosjektmedarbeiderne Ingvild I Gullesen tlf.: 922 35 924, eller Ellen Holm Roppen tlf 975 82 298.

Mailadressen til personvernombud ved institusjonen er [personvernombud@hvl.no](mailto:personvernombud@hvl.no).

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER  
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

---

Sted og dato

Signatur

---

Rolle i prosjektet

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE PSYKOMOTORISKE FYSIOTERAPEUTER

Tema	Spørsmål	Hjelpespørsmål
Innledende spørsmål	Kan du fortelle litt om deg og praksisen din?	Når ble du utdannet fysioterapeut?  Når ble du utdannet psykomotorisk fysioterapeut?  Jobber du alene eller sammen med noen?  Driftilskudd?  Jobber du 100%?  Ca. Hvor stor andel av dine pasienter er menn?
Kjønn	Kan du fortelle litt om dine erfaringer med å ha menn i behandling?	Har du inntrykk av at det er noen fellesnevner ved de mennene du har hatt? (alder, diagnose, hvorfor de kommer til psykomotorisk fysioterapi, sykehistorie og lignende )  Synes du det er forskjell på kvinnelige og mannlige pasienter? Eksempel.

		<p>Hvilke forventninger opplever du at de mannlige pasientene har til psykomotorisk fysioterapi?</p> <p>Har du inntrykk at menn er opplyst om behandlingsformen før de startet? Hvorfor og hvordan komme de til behandling?</p>
<p>Relasjon/ Kommunikasjon</p>	<p>Hva gjør du for å skape en god relasjon til den mannlige pasienten?</p> <p>Har du opplevd at du endrer/tilpasser deg som terapeut i samhandling med menn?</p> <p>Tror du at du kommuniserer du annerledes til mannlige pasienter sammenlignet med kvinnelige? Kan du komme med et eksempel?</p>	<p>Synes du det er annerledes å skape denne behandlingsrelasjonen til menn dersom du sammenligner med en kvinnelig relasjon? Hva er annerledes, og i så fall hvorfor tror du det er slik? Eksempel.</p> <p>Flere menn vi har intervjuet har uttalt at samtale i behandling er “dilldal” og at vi ikke skal leke hobbypsykologer – hva tenker du om dette?</p> <p>Menn forteller at det å bli lyttet til og bli gitt nok tid i behandlingen er viktig, og trekker frem dette med å ikke ha en brå avslutning på behandlingen. Er dette noe du kan kjenne igjen hos dine mannlige pasienter? Og hvorfor tror du det er sånn?</p>
<p>Kropp</p>	<p>Hvordan opplever du din kropp i samhandling med mannlige pasienter?</p> <p>Hvordan opplever du at menn “presenterer” plagene de kommer med til deg?</p>	<p>Er det slik for alle menn du har?</p>
<p>Nærhet/Følelser</p>	<p>Hvordan reagerer du når menn viser følelser i behandlingsrommet?</p> <p>Har det oppstått noen følelser i deg i møte med mannlige pasienter?</p>	<p>Tar du noen hensyn når det gjelder berøring av menn?</p> <p>Vi har hørt flere historier om kvinner som kan oppleve ubehag ved behandling av menn. Har du hatt noen ubehagelige opplevelser knyttet til menn i behandling?</p>

	<p>Hvordan synes du det er når mannen uttrykker nytelse i behandlingen?</p> <p>Berører du menn på samme måte som kvinner?</p>	
Avslutning	<p>Dersom du skulle forklart til en mannlig kompis hva behandlingsformen går ut på, hvordan ville du presentert den?</p> <p>Vi skal intervju flere terapeuter. Er det noe du tenker er sentralt som vi burde spør dem om?</p> <p>Kan vi ta kontakt for utfyllende opplysninger?</p> <p>Takk for intervjuet.</p>	<p>Har jeg forstått deg riktig med at...</p> <p>Kan du utdype...</p> <p>Har du noe på hjertet nå avslutningsvis som du føler du skulle sagt?</p>

(Versjon 1, 31.08.20)

## Vedlegg 3: Utdrag fra analyseprosessen

### Analysematrise:

Foreløpig tema		
	Samhandling Terapeuten væremåte Terapeutens språkbruk og kommunikasjon De mannlige pasientene - sykdomsuttrykk De kvinnelige pasientene - sykdomsuttrykk Relasjonsbygging og tillitt Atmosfære Omsorg, nærhet og støtte	Fange følelsesuttrykk Legitimere følelsesuttrykk Anerkjennelse og respekt Det psykomotoriske behandlingsrommet Berøring og grenser Spenninger i relasjonen Den kjønnete kroppen Kroppen i fokus, samtale i bakgrunn Refleksjoner om NPMF

Kondensat – Sammendrag	
Anne – kjønn har ikke særlig betydning, men har betydning	<p>Jeg vil ikke generalisere, synes jeg har for få mannlige pasienter til det. Det er kjekt å ha menn i behandling. De er mer målrettet, har en annen agenda. Alle pasienter presenterer det kroppslige, så det synes jeg ikke kvinner og menn skiller seg så veldig, heller ikke hvordan de forstår plagene sine. De fleste vet lite om NPMF når de begynner. Men kanskje jeg må dra det litt mer ut av menn, at de er forbeholdne og avventende. Ikke min oppgave å overbevise. De får noen erfaringer som gjør at de synes dette er interessant og at det kan være noe for de da. Det er jo personen en møter i behandling, enten det er kvinne eller mann. Jeg vil jo sannsynligvis oppføre meg annerledes siden det er en mannlig pasient, men ikke noe sånn vesentlig. Jeg kan ikke si at jeg gjør noe annerledes i tilnærming til mannlig pasient. Det er en forskjell, det er det jo. Mennene er forskjellig, og samtalen med mennene er forskjellig. Tuner inn og tilpasser oss samme hvilke pasienter vi har. Vi har et bredt spekter. Jeg må skape tillitt slik at de føler de kan dele det de kommer med. Har erfaring med at det går seg til etter hvert. Gjør de samme grepene om det er mann eller dame. Ikke tenkt over det i alle fall. Men jeg er jo ekstra nøye i forhold til menn, i forhold til deres grenser og mine grenser, men jeg opplever det sjeldent som problematisk. Det er jo sånn i forhold til kvinner også. Når jeg selv var yngre og menn kanskje kunne være litt mer flørtende, så var det et element jeg måtte forholde seg til. Glad for at jeg begynner å få erfaring og noen år på baken. Har det i hendene, i kroppen og i tryggheten i meg selv. Da er det lettere at det ikke blir så ulikt å ha menn og kvinner i behandling. Husker at Gudrund øvreberg en gang sa at når man blir gammel så blir man kjønnsløs. Kjenner seg igjen i det. At erfaring og alder gjør sånn at dette kjønnsgeiene ikke blir noe hinder da. Enklere å samtale gjennom det kroppslige og gjennom de erfaringene der og da, enn å sitte å snakke så</p>



	<p>mye om det på forhånd. Har alltid en samtale, gjerne om erfaringer de har opplevd mellom behandling, men går nok raskere, direkte over på det kroppslige. Sjelden hele timen går til prat med menn. Noen må stables på beina, en moderlig omsorg. Komme over på noe annet. Det er en prosess. Det skjer en åpning. Noe som er av verdi, en start. Ikke så store og tydeligere følelsesutbrudd. Erkjennelse av og forståelse av hvordan ting henger sammen og forstå seg selv litt mer. Når der de virkelig erkjenner, at det kommer litt følelser på det. Tristhet, sorg, skam. Da skjer det jo en utvikling, en åpning fra der de var. Selv om det ikke ligner på hvordan kvinner i større grad viser følelser. Lange ventelister, så ser ikke poeng med å promotere psykomotorisk fysioterapi til menn.</p>
--	--

## 5 idealtypiske pasienter

### Administrerende direktør

Han er leder for et stort firma, med mange ansatte under seg. Han er to meter høy og har brede skuldre. Rune er i full jobb, en svært stressende jobb. Han har mye ansvar. Rune har veldig høye krav til seg selv og andre. Det har han alltid hatt. Rune liker å få til gjort, selv om han er kjempe sliten. Han er nødt til å sette sine egne behov til side fordi jobben krever det. Styret krever at han skal levere og prestere til en hver tid. Så går han på veggen, for 2-3-4 gang. På grunn av jobben, alt stresset, det er jo jobben og kollegaene som er problemet her.

Han ringe for å få time hos psykomotorisk fysioterapeut. Det gjør han ingen ting. Han er ikke redd for å snakke om psykisk helse. Det er jo like naturlig som alle andre plager. Han ringer flere ganger for å få time. Det er lang venteliste. Han sier at han kan møte på kort frist. Han møter også opp på venterommet til terapeuten bare for å sjekke at han faktisk står på ventelisten. Det er viktig å være på, få time så raskt som mulig.

### Stresset og utslitt familiemann.

Han har smerter i nakken, hodepine, svimmelhet. Han har vondt i ryggen og skulderen, egentlig i hele kroppen. Han er sliten og utbrent.

Håkon har jobbet og jobbet. Jobbet mye over lengre tid. I tillegg har han bygget hus og garasje. Han pusher seg selv. Han har kone og tre små barn. Han og konen har hatt lite tid til hverandre i det siste. Han savner kroppskontakt og nærhet.

Håkon står på, han har ikke lytte til kroppens signaler. Så har han gått på veggen, en skikkelig smell. Han står helt fast, mistet handlingsrommet sitt. Nå alarmerer kroppen og det blir en angstreaksjon på det hele.

Så oppsøker han hjelp. Først fastlege. Så fysioterapeut, kiropraktor. Håkon prøver det meste. Det fungerer ikke. Smertene, hodepinen og slitenheten er der fremdeles. Han snakker med fastlegen igjen. Han trenger hjelp. Fastlegen anbefaler han da å prøve noe som heter psy.. moto..et eller annet.. psykomotorisk fysioterapi. Det har han aldri hørt om, men det skal visst hjelpe.

Håkon er motivert for å bli bra. Han vil bli kvitt disse smertene, helst i går. Han er litt utålmodig. Han har jo prøvd alt. Han har prøvd fysioterapi, kiropraktor, prøvd å trene, puste rett, avspenningsteknikker, men plagene er der fortsatt.

Håkon er motivert for å bli bra. Han vil bli kvitt disse smertene, helst i går. Han er litt utålmodig. Han har jo prøvd alt. Han har prøvd fysioterapi, kiropraktor, prøvd å trene, puste rett, avspenningsteknikker, men plagene er der fortsatt.

Brystkassen hans er løftet, skuldrene opp til ørene, og magen er hold inne der han sitter på kontoret til psykomotoriske fysioterapeuten. Han er litt ukomfortabel, det er en litt uvant situasjon dette her. Han er litt avventende, hvem er hun der? Hun skal vel jobbe med ryggen, nakken, skulderen? Det er jo der problemet ligger? Og ja, stress. Han skjønner jo at plagene kanskje henger litt sammen med

<p>det. Han må vite hvorfor og hvor lenge han skal gjøre dette her, det er viktig. Han vil ikke bruke tid på noe som ikke har effekt. Kontoret er ganske hyggelig da.</p>
<p><b>Kjent med psykoterapi</b></p> <p>34 år. Han har hatt en vanskelig barndom med alkoholiserede foreldre og omsorgssvikt. På barne- og ungdomsskolen var han et mobbeoffer. Han har mye smerter og er mye sliten, da kan han ofte begynne å gråte. Da kommer det frem minner fra barndommen. De kommer frem når han ikke har de fysiske mestringsstrategiene sine lengre. Han har lenge gått til psykolog. Psykologen foreslår at han skal begynne med psykomotorisk fysioterapi, det skal hjelpe han å komme i enda bedre kontakt med følelsene sine. Det gir litt mening. Han kan se at dette med følelser og fornemmelser i kroppen kan henge sammen. Han tar lett til tårene, synes han har det vanskelig og tungt. Han vet ikke helt hva han skal få ut av psykomotorisk fysioterapi.</p>
<p><b>Han som avslutter behandling etter 2 ganger.</b></p> <p>Han har smerter og vondt i hele kroppen. Fastlegen foreslår til psykomotorisk fysioterapi. Fastlegen sier at det er noe med pust og avspenning. Kristoffer synes det virker litt svevende. Fastlegen sier at han er nødt til å prøve dette før han kan bli henvist til videre utredning. Kristoffer tenker, jaja da får nå bare prøve det.</p> <p>Kristoffer har vært et par ganger nå. Han synes ikke noe om det. Han forstår det ikke helt. Hun snakker om helheten, at han må se litt mer helhetlig på plagene. Han skjønner ikke hva hun mener. I dag sa hun at han trener for mye tung styrketrening. Hun sa at han ikke kan trene styrke flere ganger i uken og samtidig gå til behandling hos henne. Kristoffer kan jo ikke bare slutte å trene styrke, det går jo ikke. Han sier at han skal ta kontakt for en ny time, men det gjør han ikke.</p>
<p><b>Han som ikke kommer til behandling.</b></p> <p>Han går til fastlegen og presenterer plagene sine. Han har lenge hatt smerter i nakke og ryggen. Fastlegen foreslår at han kan gå til psykomotorisk fysioterapi. Det han noe med pust og avspenning å gjøre. Han synes det virker litt svevende, flagrende. I tillegg så må han ligge på en benk å bli tatt på, og av en kvinne – for det finnes kun kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter der han bor. Nei, han gir blaffen i det. Han tar heller kontakt med en mannlig fysioterapeut og får et treningsprogram der.</p>
<p><b>Den rutinerte, kvinnelige pasienten</b></p> <p>Hun har gått til flere ulike behandlere i mange år, så hun er en ganske rutinert pasient. Hun har mange venninner som også går til psykomotorisk fysioterapi, de snakker ofte sammen om sine erfaringer. Solveig forstår at plagene hennes henger sammen med det livet har gjort med henne. Solveig synes det er godt å få snakket med noen om de vonde tingene. Bare det å få snakket om det er en god støtte for henne. Solveig synes det er fint at den psykomotoriske fysioterapeuten forstår hvor vanskelig hun har det. Terapeuten vet også hva hun trenger, hun vet jo liksom ikke helt hva hun trenger selv. Det er godt å kjenne at noen tar vare på henne og hjelper henne. Hun blir litt bedre av det.</p>

Utdrag fra samhandlingsanalyse	
Første møte – møte hverandres kropp	
Kjønn er av betydning – Janne	
Rune	Bjørnar
<p>«jeg tror at jeg er litt.. ehm.. litt mer.. ... på!»  «Ikke alltid gå rundt grøten på en måte»  «Men jeg er kanskje litt ærligere, litt mer sånn rett frem med menn. At jeg liksom kanskje er litt tøffere i stilen, hvis jeg kan si det sånn. Tøff.. mer rett frem. Ja»</p>	<p>«..Sånn type mannlig pasient.. utmattelse syndrom, ME, ehh.. de er litt vanskeligere å dra i gang.. Da tilbyr vi de gjerne prøvetime i gruppe og sånne ting ofte.. det er litt mer motstand.. jeg tror de ikke vet helt hva de er ute</p>

<p>«(..) kanskje jeg forandrer meg litt i terapirommet. ..(..).. Jeg tar litt kommandoen, og blir litt sånn « og så gjør man sånn og sånn.. og sånn er det».</p> <p>«Men hvis jeg er sånn.. tradisjonell fysioterapeut og er litt sånn ehm.. ja... i handling og forklarer og...hvordan muskel- og skjelettsystemet henger sammen holdt jeg på å si.. og er veldig konkret kroppslig.. så ehm.. tydelig og direkte.. så opplever jeg som sagt at menn kan .. at de får tillitt til det da.. Mens med kvinner kan jeg kanskje oppleve at når jeg er sånn, så kan det kanskje virke litt truende.. at de.. ehm.. ja.. da må jeg trå litt varligere..kanskje være litt mer tilbaketent, lyttende og.. ja.. Jeg tror jeg kjenner veldig på at jeg forandrer litt rolle da.. og da..</p>	<p>etter. Men da er det mange av dem som takker ja til prøvetime i gruppe.. og blir værende faktisk»</p>
---	--

Første møte – møte hverandres kropp	
Kjønn er kanskje av betydning – Birgitte	
Rune	Bjørnar
<p>«Så der er noen.. det noe skeptisk til det. Så da er det å begynne med det de presenterer for å på en måte skape meningsammenheng da, på en måte»</p> <p>«Og så .. også opplever jeg.. eller sånn som jeg tolker det.. at det vil jeg ikke gå inn på der og da..altså de er litt avventende. De ser meg kanskje litt an. Altså hvem er hun der? I forhold til at kvinner lettere åpner opp, tror jeg at jeg kan si. Så er det så klart unntak»</p> <p>«..og at en kanskje blir litt mer instruerende da. (..) Jaa. Og jeg har lagt merke til det selv også, at jeg faktisk gjør det. Og så er det en arbeidsform som faktisk fungerer også da.»</p> <p>« Jeg bruker litt tid på å si at psykomotorisk er litt sånn, kan høres litt sånn rart ut.. altså jeg er litt sånn.. Uten at jeg sier noe, så snakker jeg om elefanten i rommet da. Altså at det kan virke litt rart. At prøvebehandlingen kan virke litt rar. At vi gjør bevegelser og funksjonsprøver som kanskje kan virker veldig merkelige. ... « Jeg forklarer og de henger med, så opplever jeg at det skjer en tining og det skjer en tillitt, egentlig veldig raskt da».</p>	<p>« Så selv om de har en annen forståelse og kan være opptatt av det helhetlige i det, så kan det også på en måte være litt jobb i å på en måte prøve å få dem med på det å gå litt vekk i fra det tekniske og mer over i opplevelsen og følelser og sånn da. Koble det på, på en måte»</p>

Første møte – møte hver	
Kjønn er ikke av betydning – Anne	
Rune	Bjørnar
<p>«mange av mine pasienter kommer fra psykologer som jeg samarbeider med, så vil de jo gjerne ha et annet utgangspunkt og, enn noen som blir henvist i fra en fastlege fordi at de, jah.. sliter med en eller annen plage som de har som har blitt kronisk da.. Ehm, uten at de tidligere har hatt noe.. ehm.. behandling som, ja, går i retning av det psykologiske da».</p>	<p>«At de har litt mer innsikt kanskje.. i .. i ehm.. sammenhenger og at de på en måte har erkjent noe før de kommer»</p>
<p>«Det vil jeg jo sannsynligvis gjøre siden det er en mann isteden (møte pasienten på en annen måte).. i forhold til kvinne da. Men ikke noe sånn vesentlig nei.. det kan jeg ikke se».</p> <p>«Ja kanskje de kommer og er kanskje litt mer målrettet med hva de vil oppnå i behandlingen. Ehm.. at de har en forventning og en agenda. Kanskje på en annen måte enn en del kvinner har da. Ehm.. ja.. Jeg synes det fungerer greit å forholde seg til de stort sett.. Så på mange måter er det jo enklere å jobbe med personer som er målrettet. Fordi det påvirker jo meg også til å bidra kanskje på en annen måte enn..»</p> <p>«Så på et vis så kan jo det være enklere å jobbe med for da går en inn i prosessen i lag.. kanskje på en litt mer .. ehm.. ja, hva skal jeg si? Ehm.. Aktiv måte da..</p> <p>«mange av mine pasienter kommer fra psykologer som jeg samarbeider med, så vil de jo gjerne ha et annet utgangspunkt og, enn noen som blir henvist i fra en fastlege fordi at de, jah.. sliter med en eller annen plage som de har som har blitt kronisk da.. Ehm, uten at de tidligere har hatt noe.. ehm.. behandling som, ja, går i retning av det psykologiske da».</p>	

## Vedlegg 4: Svar fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

29.04.2022, 16:50

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

505382

### Prosjekttittel

Menn i psykomotorisk behandling

### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tove Dragesund, tove.dragesund@hvl.no, tlf: 55587039

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Ellen Holm Roppen og Ingvild Indredavik Gullesten, ellen\_roppen@hotmail.com, ingvild.indredavik@gmail.com, tlf: 97582298.92235924

### Prosjektperiode

16.03.2020 - 01.09.2022

### Vurdering (4)

---

#### 08.10.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen. Prosjektslutt er endret til 01.09.2022. Dette er også godkjent av REK.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 08.10.2021. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

#### 29.04.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 16.11.2020. Utvalg 2 er lagt til i meldeskjemaet (fysioterapeuter). REK har godkjent endringen (ref. 186029)

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.04.2021. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### 23.06.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 22.06.2020.

Skype er lagt til som databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 23.06.2020. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### 22.05.2020 - Vurdert

#### BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: REK vest 108125).

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 22.05.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 21.09.2021.

Data med personopplysninger oppbevares deretter internt ved behandlingsansvarlig institusjon frem til 21.09.2026, dette grunnet dokumentasjonshensyn.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er

at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Unntak fra retten til sletting etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd, og personvernforordningen art. 17 nr 3 bokstav d:

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

29.04.2022, 16:50

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen  
Tlf. Personvern tjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



## Vedlegg 5: Svar fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)



<b>Region:</b> REK vest	<b>Saksbehandler:</b> Ingvild Haaland	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b> 11.11.2020	<b>Vår referanse:</b> 186029
<b>Deres referanse:</b>				

Tove Dragesund

### **186029 Behandling av menn i psykomotorisk fysioterapi**

**Forskningsansvarlig:** Høgskulen på Vestlandet

**Søker:** Tove Dragesund

#### **Søkers beskrivelse av formål:**

*Prosjektets formål er å utforske hvilke tanker, opplevelser og erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter har rundt behandling av mannlige pasienter. Gjennom terapeutenes erfaringer utforskes betydningen av et kjønnsperspektiv i Norsk Psykomotorisk fysioterapibehandling (NPMF). Det er valgt en kvalitativ deskriptiv metode og fenomenologisk studiedesign, der materiale fra semi-strukturerte dybdeintervju danner grunnlaget for prosjektets hovedresultater. Et kvalitativt forskningsdesign egner seg godt for å belyse blant annet kompleksiteten i menneskelig erfaring, oppfattelser og fenomener. Utvalget av informanter vil bestå av 4-6 ferdigutdannede psykomotoriske fysioterapeuter. Terapeutene må være i arbeid som psykomotorisk fysioterapeut og ha erfaring med behandling av mannlige pasienter. Demografiske og sensitive opplysninger vil anonymiseres. Intervjuene vil bli gjort over Skype grunnet nåværende koronasituasjon. Innsamlet data som lydopptak og transkripsjon av intervjuer vil bli oppbevart på forskningsserver ved HVL. Prosjektet kan være med på å åpne opp for økt kunnskap om hvilken rolle kjønnsperspektiv har i NPMF behandling.*

#### **REKs vurdering**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 21.10.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

#### **Annet relevant prosjekt**

Søker oppgir at dette prosjektet ble sendt inn som endringsmelding til prosjekt 108125 «Menn i norsk psykomotorisk fysioterapi», men det ble avslått og søker ble bedt om å søke om nytt prosjekt.

#### **Søknadspiktig**

Prosjektet handler om terapeutenes erfaringer med behandling av menn i psykomotorisk fysioterapi, og inkluderer spørsmål om blant annet egen kropp, nærhet og følelser ved behandling av pasienter. Komiteen vurderer derfor at prosjektet vil kunne gi ny kunnskap om helse og sykdom.

#### **Data/materiale**

Kvalitative analysemetoder.

Annen ikke-klinisk intervensjonsstudie (deltakerne er ikke pasienter).

Intervjuer med opptak (lyd/video) (Psykomotoriske fysioterapeuter vil bli intervjuet omkring erfaringer med menn i behandling).

Det er lagt ved intervjuguide.

#### **Deltakere**

Andre personer enn pasienter (Fysioterapeuter).

4 deltakere.

#### **Rekruttering**

Prosjektmedarbeiderne kontakter psykomotoriske fysioterapeuter i tre forskjellige kommuner for å rekruttere ønsket antall.

#### **Forespørsel/informasjon/samtykkeerklæring**

Det vil innhentes samtykke fra alle deltakerne (fysioterapeutene).

Informasjonsskriv og samtykkeskjema er vedlagt.

#### **Oppbevaring av data**

Koblingsnøkkel vil oppbevares separat på HVL sin forskings server.

Komiteen forutsetter at både data og koblingsnøkkel lagres på sikker server.

Når et forskningsprosjekt er avsluttet (senest ved godkjent sluttdato) skal en eventuell koblingsnøkkel oppbevares i fem år (15 år ved legemiddelstudier), men kun for kontrollhensyn. Deretter skal en eventuell kodenøkkel slettes og data makuleres eller anonymiseres.

Komiteen vurderer at det er liten risiko forbundet med å delta i prosjektet.

#### **Vedtak**

Godkjent

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 i samsvar med forelagt søknad.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning  
Prof., Dr.med  
Komiteleder

Ingvild Haaland  
Rådgiver

**Sluttmelding**

Søker skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12. Dersom prosjektet ikke igangsettes eller gjennomføres skal prosjektleder også sende melding om dette via sluttmeldingsskjemaet.

**Søknad om å foreta vesentlige endringer**

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.