



Helse, reklame og menn – kven har makt over kven?

Ei kvalitativ undersøkning av førestillingar om maskulinitet i reklame.

Ingvild Hestad Torkelsen

Masteroppgåve i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Universitetet i Oslo

April 2008

Samandrag

Meir og meir av den informasjonen vi får om sunnskap og helse blir synleg for oss som reklame. For å endre usunne vanar hjå folk, blir det blir nytta tradisjonelle marknadsføringsteknikkar for å nå alle sosiale lag av befolkninga. I denne oppgåva skal eg sjå nærare på ein utvald reklame retta mot menn, om helse, for å sjå korleis denne kan vere med på å påverke dei oppfatningane vi har om maskulinitet. Å marknadsføre helse inneber ei klar målgruppeinndeling, og eg lurar på kva utslag dette gir i den endelege reklamen.

Problemstillingane i oppgåva er 1) *Kva for institusjonelle førestillingar om maskulinitet ligg bak nettstaden mennogkreft.no?* og 2) *Er Steinar, og mennogkreft.no, med på å reprodusera dei oppfatningane vi har om maskulinitet?*

Eg deler funna i to. Eg ser dei institusjonelle førestillingane i samband med Ulla-Britt Lilleaas og Simon S. Simonsen sine studie om menn sine haldningar til kropp og sjukdom. Her finn eg det eg kallar rammer for samtale og rom for handling, som eg meiner kan vere med på å forklare den manglande kontakten mellom menn og helsevesen. Informantane sine førestillingar og den sosiologiske forskinga er samde om at det er eit fråver av menn i helsevesenet. Men dei har ulike forklaringar på kvifor det er slik. I denne oppgåva blir det argumentert for at menn manglar rammer for å snakke om sjukdom, og rammer for å handle i høve til sjukdom.

Eg plasserar Steinar, og mennogkreft.no, inn i det eg kallar helseanordninga. Helseanordninga er ei omskriving av det Foucault har kalla seksualitetsanordninga, og er ein måte å forstå reproduksjonen av makt på. Makt blir reprodusert gjennom diskursar som oppstår i institusjonar, og ein av desse institusjonane er reklamen. Anordninga inneber alle dei faktorane som er med på å gjere helse synleg i samfunnet, og Steinar er ein del av desse. Steinar sjølv, og dei undersøkingane og institusjonane som har vore avgjerande for korleis han er, er med på å vidareføra dei oppfatningane som fins om menn og helse. Dei manglande romma og rammene leier i sin tur til at det oppstår ein tausskap om maskulinitet knytt til helse. Denne tausskapen blir oppretthaldt gjennom helseanordninga, det vil seie gjennom dei maktmekanismane som ligg implisitt i diskursane og institusjonane som utgjer anordninga.

Forord

Eg er ferdig! Ned til kvar siste punktum er det *mitt* arbeid eg leverar frå meg. Fagleg driv og stå-på vilje er derimot ikkje nok til å få ei masteroppgåve i hamn. Utan hjelp frå ei rekkje personar hadde dette vore eit vanskelegare, lengre og meir keisamt prosjekt.

Først vil eg takke rettleiaren min, Karin Widerberg. Du har vore ein konstruktiv, klok og god rettleiar. Takk til informantane som tok seg tid, og ein ekstra takk til Kreftforeningen som ved fleire høve har vore svært hjelpsame.

Takk til Pia. Du er toppers på alle måtar, men i dette høvet er eg takksam fordi du fleire gonger har nøsta inn den raude tråden når eg har mista han ut or syne.

Takk til Kari for utelukkande oppbyggelege og gode pausar, det vere seg kaffi for å få meg opp eller øl for å roe meg ned.

Tusen takk til Siri for ein oppbyggjeleg setning for mange år sidan og for korrekturlesing og god hjelp i innspurten.

Også ein stor takk til Ida for å vere eit avbrekk frå 4.etasje den siste tida.

Og sist men ikkje minst, tusen takk til Cathrine og Mari for godt samhald gjennom lang tid.

Takk til verdas beste foreldre for oppmuntring, fråver av stress og press og for å ha gitt meg tru på meg sjølv.

Ein enorm takk går og til **alle** dei motiverande (nesten-)sosiologane på pauserommet. Det sit mykje god sosiologi i desse veggane etterkvart! Spesielt takk til Nita som vart eit prov på at hardt arbeid løner seg, og til Kristin og Anne Guro som har førebudd meg på etterriar, ammetåke og småbarnsliv. Men aller mest takk for lange lunsjar, faglege diskusjonar og for å ha bidratt til at Blindern for det meste har vore ei svært lystbetont tid.

Jeg er glad ingen kritiker har noe å utsette på dette mitt verk. Mitt formål er det edleste, nemlig å opplyse og opplære menneskeheten. Jeg skriver uten sideblikk til ry eller rikdom. Jeg har ikke sluppet fra meg et eneste ord som noe menneske, selv ikke den mest nærtagende, kan oppfatte som en insinuasjon eller krenkelse. Så håper jeg med full rett at jeg kan fremstille meg selv som en plettfri forfatter, og at hele banden av feilfinnere, bedrevitere, pedanter, surmulere og såkalte fagfolk ikke vil finne noe som helst hos meg som de kan anvende sine talenter på. (Fritt etter Jonathan Swift¹)

Med den største audmjuke,

Ingvild Hestad Torkelsen

Oslo, april 2008

¹ Blindheim, T. (2004) *Hvorfor kjøper vi? Om forbruk og reklame*. Oslo: Abstrakt forlag (:10)

Innhald

1	Vegen inn	9
	Det offentlege og det private	9
	Tema for oppgåva	11
	Problemstillingane	13
	Tidlegare forskning	14
	Avklaring og bruk av omgrep	15
	Gangen i oppgåva	16
2	Metodiske vurderingar	19
	Tilnærming og analysenivå	19
	Vegen til "mine" metodar	20
	<i>Frå observasjon til intervju og visuell undersøking</i>	21
	<i>Intervjua</i>	23
	<i>Etter intervjua</i>	24
	<i>Etiske omsyn</i>	26
	<i>Visuell undersøking</i>	27
	<i>Anna datamateriale</i>	28
	Teoretisk plassering	29
	<i>Frå Beck og Giddens til Foucault og Goffman</i>	29
	Metodiske vurderingar i etterkant	31
3	Makt, maskulinitet og helse	33
	Makt og anordning hjå Foucault	33
	Maskulinitet som praksis	37
	<i>Mannen som forsørgjar</i>	37
	<i>Mannen som ronkedor</i>	39
	Hegemonisk maskulinitet	41
4	Kampanjen	45
	Bakgrunnen for kampanjen	45
	Undersøkingane bak kampanjen	47

	<i>Innsiktsrapporten – tidlig diagnose</i>	47
	<i>Pasientundersøkinga</i>	48
	"Menn og kreft"- kampanjen	49
	Tidlegare kampanjar hjå Kreftforeningen	50
	<i>Trynefaktor</i>	51
	<i>Georg</i>	51
	Øvrig materiale frå Kreftforeningen	52
	Makt i språket	54
5	Steinar	59
	Steinar. Eit resultat av kunnskap.	59
	<i>Utsjånad</i>	59
	<i>Språk og framtoning</i>	61
	<i>Informasjonen</i>	64
	Hegemoni og makt	64
6	Organisering av helse	69
	Helsefeltet i Noreg	69
	Sosial marknadsføring	71
	Helseanordninga	72
7	Førestillingar om maskulinitet	77
	Rammer for samtale	77
	Rom for handling	81
8	Kjønna helseanordning?	87
	Førestillingar om maskulinitet	87
	Reproduksjon av førestillingar?	90
	Litteraturliste	95

Vegen inn

Det offentlege og det private

Det kan sjå ut som at det går føre seg ei kollektiv oppseding av befolkninga i landet der målet er at alle skal få kunnskap om kva som er bra for kroppen og kva som ikkje er det. Fjernsynsprogram, aviser, vekeblad eller reklameplakatar i det offentlege rom gjer framstøyt med råd om kva ”god helse” inneber. Media vender seg i stor grad mot kvar einskild for å fortelje kva kvar av oss bør ete, kva vi ikkje bør ete, kva for treningsform som er mest gunstig for oss og kor mykje vi bør trene. Det kan synast som om det har spreidd seg ein sunnskapsdiskurs der målet er eit langt og friskt liv, og at det er kvar einskild sitt ansvar å få dette til. På NRK sender dei helseprogrammet ”Puls” som følgjer ei gruppe menneske som vil gå ned i vekt og få ein sunnare livsstil. På nettsidene til NRK (www.nrk/puls) kan ein sjølv plote inn sine eigen verdiar i tabellane over vitale mål og kosthald, og dermed ha moglegheit til å følgje deltakarane på tv, men tilrettelagt til egne behov. Denne typen tv-program, og den same typen helseinformasjon i andre nemnte medier, er i stor grad med på å organisere helsa vår og presenterar eit klart ideal om korleis ein bør leve. Det blir ei offentlig privat helse. Men kva er det som spelar inn og som gjer at vi blir organiserte på denne måten? Er det eit trekk ved forbrukarsamfunnet?

Det ikkje radikalt å påstå at vi lev i eit forbrukarsamfunn. Sidan oljefunn på 1970-talet og kjøpefest på 1980-talet har det vore ei utvikling i Noreg der forbrukaråtfærda har endra seg i takt med mengda av pengar vi har hatt tilgong til (Blindheim 2004). Nyting og det å ”unne seg noko” er blitt noko dei aller fleste har råd til og prioriterar, og fleire miljøorganisasjonar meiner at det forbruket som fins i vår del av verda, trugar levegrunnlaget for menneske eller dyr. Samstundes med ei auke i forbruksmønsteret vårt, meiner mange at samfunnet går i retning av eit sterkare

individualisert samfunn. Individualisert blir i dette høve forstått som at dei tradisjonelle og kollektive verdiane er blitt svekka;

De gamle sorterings- og integrasjonsmekanismene – stat, kirke, fedreland, sosial klasse, tradisjonelle kjønnsroller og livslangt ekteskap som ramme for oppvekst – blir gradvis erstattet av noe nytt som vi ikke riktig vet hva består i enda, bortsett fra at markedet er en vesentlig faktor i bildet.

(Blindheim 2004:50)

Det denne individualiseringa har ført med seg, er mellom anna at det som før var borgarar no blir sett på som forbrukarar, at grensa mellom mann og kvinne er delvis utviska og at døra mellom det offentlege og det private liv har opna seg (Blindheim 2004). Reklamen har i sin tur følgt desse grensene, og har funne nye felt å operere innan. Slik blir haldningane vi har til samfunnet, og livsstilen vår, endra: ”Det er ingen overdrivelse å si at reklamen påvirker langt mer enn (...) produktpreferanser, den påvirker også [deres] holdninger og livsstil” (Blindheim 2004:52).

Espen Ytreberg (2006) skriv av vi lev i ei mediert offentlegheit, der meir og meir kommunikasjon blir spreidd til eit større publikum. Den medierte offentlegheita er blitt eit bindeledd mellom oss og verda, og gjennom denne blir det etablert ei abstrakt form for fellesskap i det mediebruken bind saman verda utføre heimen, jobben og nabolaget (Andersen 2007:13). Dette har ført til at private livserfaringar i større grad er blitt eit tema for offentlegheita (Andersen 2007:2). At private livserfaringar får større plass meiner Richard Sennett (1992) tyder at det er slutt på den offentlege kulturen, og at vi no lev i det han kallar *Intimitetstyranniet*; ”Alle slags sosiale relasjonar er virkelige, troverdige og autentiske jo mer de nærmer seg den enkelte persons indre psykologiske bekymringer” (Sennett 1992:5). Men det er ikkje berre det private som har fått større plass i det offentlege. Offentlege institusjonar trengjer på same tid inn i den private sfæren. Dette gjeld til dømes reklamen si inntrenging i det private.

Reklame er ikkje i seg sjølv eit medium, men er avhengig av medier for å vere verksam. Reklamen og media opererer med at individa er autonome (Blindheim 2004), som vil seie at det er individa sjølv som styrar dei vala som blir teke. Vi blir sett på som ansvarlege for vala våre, og det er opp til oss sjølve å velje riktig. I tradisjonell reklame vil det å velje riktig handle om å kjøpe ein bestemt bil eller nytte

det vaskemiddelet som passar for **meg**. Men som sagt har reklamen spreidd seg til nye felt, og eit av desse felte er helsefeltet. Det offentlege omsorgsapparatet har rykka inn i folk sin private sfære, og mykje av den informasjonen vi får om helse får vi i form av reklame. Når vi veit at reklamen rettar seg mot kvar einskild, så vil dette seie at det må takast omsyn til faktorar som utdanningsnivå, kjønn og alder i utforminga av han. Kva for ein informasjon er det så vi får om kjønn gjennom reklame om helse? Og korleis kan det at vi får helseinformasjon som reklame i sin tur styre oppfatninga vi har om kjønn?

Tema for oppgåva

Oppgåva har to tema. Det første temaet handlar om det å synleggjere helse gjennom reklame. Helse er i oppgåva spesifisert til å gjelde menn og kreft. Oppgåva tek sikte på å finne ut kva det er som kjem fram med omsyn til kjønn i ein utvald reklame. Helseinformasjon blir presentert på reklamen sine premiss, og denne oppgåva skal sjå kva som blir synleg med omsyn til maskulinitet, og kvifor det er nettopp dette som er synleg.

Det andre handlar om produksjon og reproduksjon av makt. Utgangspunktet for analysen, som her dreier seg om det maktaspektet som fins i reklame, er Michel Foucault sin maktanalyse. Det viktige i denne delen har vore å få ei forståing av kva som kan skje med dei førestillingane vi har om maskulinitet, når vi må forholde oss til offentlege og ”reklameserte” diskursar² om dette. Dette er førestillingar som kjem fram i materialet, om kva som blir rekna for å vere maskulint, og maskulinitet i samband med å handtere kreft. Men først litt om bakgrunnen for kampanjen som er i sentrum for analysen.

I 2006 vart 24 488 personar råka av kreft i Noreg³ (:13). 12 903 av desse var menn, som vil seie at 11 585 var kvinner (:13). I 2004 var sjansen menn hadde for å overleve kreft 57%, og 63% for kvinner (:49). Det er ikkje mykje så mange prosent som skil mennene frå kvinnene, men mennene kjem dårlegast ut i båe høve. Forsking på kreft syner at kunnskapen om kreft er mest utbreidd blant høgare utdanna

² I kapittel 3 vil det vere ei avklaringa av kva for forståinga av diskurs som ligg til grunn i denne oppgåva.

³ Alle referansane her er frå:

http://www.kreftregisteret.no/forekomst_og_overlevelse_2006/CiN2006_web.pdf

menneske, og i størst grad hjå kvinner. (Pasientundersøkinga 2006). Det er også kvinner som oppgir at dei har best kontakt med legen sin (Pasientundersøkinga 2006). Det er fleire årsaker til at fordelinga er slik. Ein av dei er at tidleg diagnostisering av kreft aukar sjansen for overleving (www.kreftregisteret.no). Når ein ser på kvinner si overlevingsrate, så kan denne ses i samband med det høge kunnskapsnivået deira, som resulterer i legebesøk (Pasientundersøkinga 2006).

Om ein legg til grunn at eins val er eins eigne val, kva er føresetnadene for å kunne ta val som handlar om si eiga helse? Den kunnskapen kvinnene har må dei ha fått ein stad, og dei må også ha fått han ein stad der menn ikkje er tilstades. Kva er det som gjer at tilgongen til kunnskapen er ulik? Er det noko eller nokon som bestemm kva vi skal vite noko om eller korleis vi skal forholde oss til noko? Og kva er det som er med på å påverke dei oppfatningane vi har om helse? Dette er det overordna prosjektet mitt med denne oppgåva. La meg konkretisere til materialet mitt.

Den norske Kreftforening (Kreftforeningen) har følgjande innsatsområde:

- Kreftforskning i vid forstand
- Helseopplysning, det vil si informasjon om årsaksforhold og forebyggelse og behandling
- Hjelp til kreftpasienter og deres nærstående
- Talerør til beste for kreftsaken⁴

I denne oppgåva spelar ”Steinar” ein av hovudrollene. Han er ein del av Kreftforeningen sin kampanje ”Menn og kreft”, som er ein opplysningskampanje om kreft retta mot menn. ”Menn og kreft”-kampanjen er ein del av helseopplysninga som skal gi ”informasjon om årsaksforhold, forebyggelse og behandling”. Steinar er figuren som blir presentert på denne nettsida. Han har ei klart definert målgruppe, nemleg lågare utdanna menn over 40 år. Denne gruppa er den som har minst kunnskap om kreft, og som har dårlegast kontakt med helsevesenet (Bismo⁵). Ved hjelp av Steinar er målet å auke kunnskapen om kva symptoma på dei vanlegaste kreftformene er, og å senke terskelen for å oppsøke lege.

⁴ http://www.kreftforeningen.no/om_kreftforeningen/organisasjon/visjon_verdier_formaal
(20.03.2008)

⁵ Alle sitat frå Astrid Bismo er frå intervju gjennomført i april og mai 2007

Etterkvart som menn har fått ein eigen posisjon i forskning knytt til helse, har forskinga fått eit breitt nedslagsfeltet og spenner vidt både i og på tvers av fleire fagdisiplinar. Denne oppgåva skal sjå korleis det blir snakka til og om menn gjennom reklame, og korleis dei diskursane som blir nytta kan forme den oppfatninga vi har om feltet. Ved å plassere Steinar inn i ein større del av helsefeltet er det mogleg å sjå han i ein større samanheng. Dermed blir det opna for å sjå koplinga mellom menn og helse på ein anna måte.

Oppgåva inngår i forskingsprosjektet "Det sterke kjønns sårbarhet - behandling, omsorg og maskulinitet" som er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo og Universitetet i Agder. Prosjektet er delvis finansiert av Den norske Kreftforeningen. Leiarane for prosjektet er professor Ulla-Britt Lilleaas og professor Karin Widerberg.

Problemstillingane

Til trass for at vegvala i oppgåva har vore oppe til laupande vurdering, så har problemstillingane vore meir eller mindre dei same gjennom heile arbeidet. Dei har vore konstantane som materialet er blitt måla opp mot. Det var klart frå starten av kva oppgåva skulle dreie seg om, og problemstillingane har dermed vore til hjelp for å strukturere materialet som er samla inn.

Det som er presentert som tema for oppgåva, samt den kunnskapen eg hadde om feltet på førehand, leidde meg til følgjande problemstillingar: 1) *Kva for førestillingar om maskulinitet ligg bak nettstaden mennogkreft.no?* Her er det informantane, kampanjen og Steinar som er sentrum for analysen. Korleis han var tenkt, og korleis han er blitt sjåande ut?

Det andre spørsmålet som er leiande for oppgåva er: 2) *Er Steinar, og mennogkreft.no, med på å reprodusera dei oppfatningane vi har om maskulinitet?* Her er det ynskja å sjå Steinar som ein del av ein større samanheng. Kva tyder det at helseinformasjon blir laga som reklame?

Tidlegare forskning

Å forske på kjønn i samband med helse auka i omfang på 1960- og 1970-talet. Dei store kvinnerørslene på 70-talet utfordra det som var den ålmenne tankegangen i samfunnet, men linken gjekk for det meste mellom kvinner og helse. Menn vart lite nemnd, det var lite fokus på dei, og dei var også i liten grad deltakande i arbeidet med å finne meir ut om kva skilnadene mellom kjønn og helse gjekk i. Sabo (2000) har kalla studia av menn på 70-talet for eksplorerande, som vil seie at dei er "tangentially informed by feminist theory and politics, and conceptually organized around the general premise that men's conformity to traditional masculinity produce certain health deficits" (:134).

På 1980-talet vart forskinga på menn si helse meir utbreidd. Ein byrja til dømes å sjå korleis kjønn kunne ha ein innverknad på sjukdomslauget. Den tradisjonelle mannsrolla vart sett på som ein risiko for ei god fysiske helse hjå menn, samstundes med at menn tradisjonelt er blitt tillagt eit innsnevra og mangelfullt kjenslelivet (Sabo 2008). I denne perioden var det også ei endring i korleis mannen vart definert. Der det tidlegare var snakk om at mannen var maskulin, endra dette seg til å bli snakk om at det fins fleire maskulinitetar blant menn (Connell 2000, Courtenay 2000, Sabo 2000). Denne "auken i mannsroller", og ei auke i kjønnsrolleteori i dei store samfunnsfaga, leidde til eit rammeverk der det var ope for å forklare korleis ei konform haldning til tradisjonell maskulinitet, utarta seg som ein helserisiko for mennene (Sabo 2008). I løpet av 1980- og 90-talet vart det vanleg å forske på homofili og HIV/ aidsproblematikk, ettersom interesserørslar for desse vart meir synlege, og kravde meir i og av samfunnet. På denne måten kom også meir generell mannleg helse oftare på dagsorden.

I dag er maskulinitet og helse eit tverrfagleg felt. Det er blitt vanleg å snakke om menn og kvinner si helse i separate termar. Å forske på menn si helse har kome til nokolunde samstundes med det auka fokuset generelt på menn og maskulinitetar. Jamt over er det er blitt forska meir på skilnader innan kjønn enn mellom kjønn; "A gender relations approach is one which proposes that men's and women's interactions with each other, and the circumstances under which they interact, contribute significantly to health opportunities and constraints" (Schofield, Connell, Walker, Wood & Butland 2000:251).

Menn, maskulinitetar og helse er altså eit omfattande forskingsfelt i dag, og det spenner seg over fleire disiplinær. Som sagt har menn dårlegare statistikk med omsyn til helse enn det kvinner har. Menn døyrt oftare i ulukker og av hjarte- og karsjukdommar enn kvinner, og sjølv om det ikkje er ein særleg stor skilnad på kvinner og menn med omsyn til kven som blir råka av kreft, så har menn likevel dårlegare overlevingsrate. Fleire menn utviklar eit problematisk forhold til alkohol, og fleire menn enn kvinner tek sitt eige liv (Lilleaas 2006:311). Fleire studie syner også at menn har vanskelegare enn kvinner for å syne kjensler, og at det fins ein mannleg sjølvtoyning som kjem til uttrykk som ei kløyving mellom kropp og psyke (Lilleaas 2006:312). Også i Lilleaas og Widerberg sitt prosjekt om trøyttskap (2001) kom det fram at det var ei splitting hjå mennene mellom det å snakke om trøyttskap og det å vere sliten, og dei signala som kom frå kroppen. Det er med andre ord framleis skil på korleis kvinner og menn handterar det å vere sjuke, men også kva sjukdommar dei blir råka av (sjå til dømes Lilleaas 2003). Eit funn som går att i fleire nyare studie, er at menn har ser ut til å handtere sjukdommen med å ikkje snakke om han (Lilleaas og Widerberg 2001, Simonsen 2006).

Avklaring og bruk av omgrep

Det som var målet med intervju mine var å få tak i dei *førestillingane om maskulinitet* som institusjonane hadde lege til grunn for Steinar. Det eg fekk tak i var heller *tankar om korleis menn er*. I dagleg tale tyder ofte førestillingar det same som ein illusjon, noko usant, slik til dømes fråsegnen ”det er berre ei førestilling du har” illustrerar (Ege 2007:22). Marit Haldar (2006) argumenterar for at dette ikkje må vere tilfelle. Ho ser førestillingar som tidlegare erfarte erfaringar. Dei kan ikkje skiljast frå erfaring, og ein naudsynt del av erfaringar. Ein kan sjå på førestillingar som diskursive føresetnader for erfaringar. Den sosiale verda er slik ho framstår for oss, men får meining utifrå dei kategoriane vi har om ho frå før (Haldar 2006:47). Meininga blir til som svake mentale bilete. Bileta er relasjonelle og kan difor tilpasse seg nye situasjonar. At dei mentale bileta kan tilpassast og formast tyder at erfaringsforståinga ikkje er sosialt bestemt på førehand. Opplevingserfaringane aktiviserar førestillingserfaringane og vidareutviklar dei (Ege 2007).

”Førestilling” blir derimot nytta synonymt med ”forventing” i denne oppgåva fordi dei forventingane som kom fram hjå informantane kan jamstillast med det som ligg i omgrepet ”førestilling”. Det er ei forventing om at menn vil oppføre seg på ein bestemt måte, noko som tilsvarar ei førestilling om at menn er på ein bestemt måte. På grunn av skilnaden mellom måtar å snakke om menn og helse blant meg og informantane (meir om dette i kapittel 2), blir desse omgrepa nytta om einannan. Det vil likevel vere tydeleg når det er snakk om forventingar til menn og når det er snakk om menn sin faktiske praksis.

I teoretisk verksemd er det eit skil mellom menn og maskulinitet, til det som tilsvarar dei engelske termene ”sex” og ”gender” (mellom anna Lorentzen 2006). Det er ikkje gode omgrep for dette på norsk, men dei kan best oversetjast med ” biologisk kjønn” og ”sosialt kjønn”, der det siste også blir kalla *genus*. Eit poeng med å dele inn i kjønn og genus, er for å strukturere dei ulike måtane å møte menn og kvinner på, og å systematisera ordninga av kjønnskilnader. Ein ser kjønn som utgangspunkt for sosiale skilnader. Fordi det vart problematisk å få tak i skilnaden mellom kjønn og genus under intervju, er det i denne oppgåva berre ”kjønn” som blir nytta som omgrep. ”Menn” og ”maskulinitet” blir difor nytta om einannan.

Sosial marknadsføring er å reklamere for ein helsevane. I denne oppgåva er det å reklamere for menn si haldning til kreft. Skilnaden til tradisjonell reklame handlar om kva som skal marknadsførast snarare enn korleis dette skal gjerast. I denne oppgåva vil difor både sosial marknadsføring og reklame bli nytta når det er snakk om å formidle eller selje helse. Helseklame er eit tredje omgrep som blir nytta synonymt med desse. Dersom det er snakk om andre former for reklame blir dette omtala som ”tradisjonell reklame”.

Gangen i oppgåva

Arbeidet med oppgåva har heile vegen vore ei veging om å løyse ei metodisk eller teoretisk utfordring på den eine eller andre måten. I kapittel to blir nokre av desse utfordringane presentert. Det har vore fleire stiar som ikkje har leidd nokon veg i arbeidet med oppgåva, men det har også vore nokre stiar som er gått halvvegs, for så å føre oppgåva i ein ny retning. Desse stiane har påverka korleis det endelege resultatet er blitt, og metodekapitlet handlar difor i hovudsak om desse vala og kvifor

den endelege metoden eller teorien er blitt den som er ståande. Prosessen med å finne informantar eller å førebu ein intervjuguide er blitt tona ned til føremon for ei utgreiing om erfaringane frå intervjusituasjonane sett i etterkant. Det er vald å løyse metodekapitlet på denne måten fordi desse erfaringane i større grad har hatt verknader på korleis oppgåva er blitt. Kapitlet skal fungere som ei forklaring for lesaren på kvifor oppgåva er blitt som ho er blitt. Det har vore ei utvikling og utprøving av kunnskap heile vegen, og det er denne prosessen som blir framheva i dette kapitlet.

Kapittel tre presenterar det teoretiske fundamentet i oppgåva. Denne oppgåva har som sagt to tema, og det er ei ulik teoretisk tilnærming til desse temaa. Først blir det gitt ein presentasjon av Michel Foucault sitt syn på makt, diskurs og anordning. Dette er det overordna teoretiske perspektivet, og er gjennomgåande for nesten alle kapitla i oppgåva. Det viktigaste er Foucault si forståing av maktrelasjonar; kva er makt, kor fins makta, og korleis endrar maktrelasjonar seg? Vidare blir Ulla-Britt Lilleaas og Simon S. Simonsen trekte inn for å gi eit bilete av den sosiologiske forskinga om menn og helse. Dette blir gjort for å plassere dei institusjonelle førestillingane til informantane inn i ein sosiologisk kontekst. Til slutt blir maskulinitetsforskaren R.W. Connell⁶ trekt inn. Connell har hatt stor gjennomslagskraft på maskulinitetsfeltet for sin teori om hegemonisk maskulinitet. I dette kapitlet vil det kome ein presentasjon av dette, samt det maktaspektet som ho meiner fins i relasjonar blant menn. Sjølv om Connell er mykje nytta i maskulinitetsforskning knyter det seg ein del utfordringar til teorien hennar. I dette kapitlet blir forståinga som ligg til grunn i denne oppgåva presentert.

I kapittel fire blir bakgrunnen for ”Menn og kreft”-kampanjen, undersøkingane bak han samt sjølve kampanjen presentert. I tillegg er det inkludert to tidlegare kampanjar som Kreftforeningen har laga. Dette er gjort for å syne kva skilnader det er til deler av det øvrige informasjonsmaterialet til Kreftforeningen, som også blir presentert her. Det er også ei samanlikning av dei to måtane å drive informasjonsarbeid på. Her er det kjønns- og maktaspektet som er vesentleg. Kva er det høvesvis informasjonsbrosjyrane og kampanjane syner? Korleis skil ordlyden seg i desse?

⁶ Connell har skifta kjønn frå mann til kvinne. Det kan difor førekomme at ho blir referert til som ”han” i nokre høve dersom det er snakk om eldre referansar.

I kapittel fem blir hovudfiguren til kampanjen presentert. Steinar gir mennene all informasjonen på som fins på nettsida, og dette kapitlet gir ein presentasjon av dei tankane som har gjort at han ser ut slik han gjer, at han seier det han gjer, og at han oppfører seg som han gjer. Det blir diskutert om Steinar på nokon måte kan kallast hegemonisk (jamfør Connell 2005), eller om han kan ha makt på andre måtar.

I kapittel seks kjem det eit overblikk over helsefeltet i Noreg. Det som er relevant her, er å syne korleis institusjonar har moglegheit for å kome med innspel eller vere på å bestemme korleis helsefeltet skal organiserast. Kreftforeningen har til dømes moglegheit for å kome med innspel og forslag til Stortinget, og kan med dette vere med å avgjere korleis politikken på feltet blir sjåande ut. I dette kapitlet plasserar eg og Steinar inn i den større samanhengen som er nemnt tidlegare. Denne inneber heile det apparatet som organiserar helse, og Steinar er dermed berre ein liten del av denne. Men å plassere han her, synleggjer det maktaspektet som fins i høve til kva som får kome til syne med omsyn til informasjon om helse og kjønn. Dei tidlegare kampanjane til Kreftforeningen og informasjonsbrosjyrane om kreft, er også ein del av dette apparatet.

Kapittel syv syner informantane sine førestillingane om maskulinitet, og ein liten av den sosiologiske forskinga som fins menn og helse. Det blir prøva å forklare avstanden mellom menn og helsevesenet med utgangspunkt i hegemoniomgrepet til Connell (2005), for å sjå om Steinar kan er i ein dominerande posisjon i høve til mennene i målgruppa. Det som kjem fram i kapitlet, er at menn si handtering av sjukdom kan knytast til ein distanse, og at denne distansen har fleire uttrykk.

I kapittel åtte vil det vere ein kort samanfatning av det som er kome fram i oppgåva. Det som er relevant i dette kapitlet, er kva funna i oppgåva kan tyde. For å svare på dette blir førestillingane om Steinar, og Steinar sjølv, trekt ut av dei rammene dei har vorte studerte i gjennom oppgåva, for å sjå kva implikasjonar dei kan ha i ein større samanheng.

Metodiske vurderingar

Tilnærming og analysenivå

Fleire blindveggar er gått til endes i løpet av oppgåveprosessen. Blindvegane har likevel hatt noko føre seg fordi dei har vore avgjerande for korleis oppgåva er blitt. I dette kapitlet har eg vald å leggje vekt på korleis tilnærminga til datamaterialet mitt har endra seg i løpet av tida eg har arbeidd med det. Dei blindvegane som er trødd opp har vore blindveggar i den forstand at spora ikkje er synlege i oppgåva. Den kunnskapen er teke med frå dei har likevel vore avgjerande for den kunnskapen som til slutt er blitt synleg. Eg meiner det er viktig å syne seg sjølv i denne prosessen, men også dei forventingane som fans før arbeidet tok til. Dette er viktige premiss for utviklinga av ny kunnskap:

Ved å utforske og redegjøre for oss selv og forskningsrelasjonen, legger vi ikke bare grunnlaget for våre kunnskapskrav, men også et grunnlag for kunnskapsutvikling. Metodeutvikling og refleksjon omkring dette innebærer alltid kunnskapsutvikling. Med nye og andre metoder – og under utvikling av disse – ser og forstår man rett og slett nye ting. (Widerberg 2001:29)

I analysen av Steinar er det nytta ulike analysenivå. Det vil seie at det er to tilnærmingar til materialet i analysen. Den eine tilnærminga set Steinar inn i det som er kalla helseanordninga. Dette er ein bruk av anordningsperspektivet til Foucault (sjå kapittel 3), som kort fortalt syner korleis makt blir reprodusert ved hjelp av kunnskap og gjennom diskursar, kor sistnemnde blir vidareført gjennom institusjonar og dermed synlege i samfunnet. Ynsket med ei teoretisk tilnærming, og altså plassere Steinar inn i anordninga, er å nytte både tilnærminga og Steinar som eit reiskap og døme til å forstå noko som er større enn han sjølv (helsefeltet). I siste del av oppgåva

blir det diskutert om det er faktorar i materialet som tyder på at helseanordninga er kjønna.

Det andre analysenivået er mindre abstrakt og tek utgangspunkt i det fysiske materialet som er samla inn, det vil seie intervjua med informantane, undersøkingane som dannar grunnlaget for nettsida og den visuelle undersøkinga av Steinar. Eg oppnår to ting med denne analysen. Den eine er ein presentasjon av dei førestillingane som ligg bak arbeidet med Steinar. Her får ein vite korleis det er tenkt når han har vorte utforma, og vidare korleis resultatet av desse førestillingane (Steinar) er blitt. Den andre er ein diskusjon om kva føresetnader menn har for å handle i helsefeltet. Intervjua med informantane blir sett i samband med sosiologisk forskning om menn og helse. Dette blir gjort for å plassere førestillingane i eit sosiologisk landskap.

Eg har vald å kople saman ulike analysenivå fordi dette yt materialet mest rettfærd. Det var først då eg valde ein kombinasjon av teori- og empirinærming til materialet at eg oppdaga den heilskapen som tidlegare hadde vore sakna. Det har gjort det mogleg å sjå den kjønna grunngevinga som ligg bak Steinar, og kva dette kan ha å seie dersom ein ser på kva implikasjonar han har som ein del av ”Menn og kreft”-kampanjen. Slik har eg fått svar på det som var intensjonen å finne ut i oppgåva. Korleis eg har gått fram i analysen er tema for kapittel 4-7. Korleis eg har gått fram metodisk er tema for neste del av dette kapitlet.

Vegen til ”mine” metodar

Proessen med denne oppgåva har på mange måtar vore som å lese ei metodebok om det å drive med kvalitativ forskning. Det har vore det Cato Wadel (1991 i Fangen 2004:39) kallar ein runddans mellom teori, metode og data. Arbeidet starta med eit definert ynskje og mål, men dette endra seg undervegs ettersom eg gjekk over til andre metodar og teoretiske rammer enn det som først var tenkt. I førekant var eg ikkje førebudd på at ein slik ”runddans” ville kome, og eg visste heller kor avgjerande denne ville blir for oppgåva mi. I ettertid ser eg han nesten som ein føresetnad for ei god, heilskapleg og ærleg oppgåve.

En slik runddans kan komme som en følge av en rekke situasjoner: (1) Du får ikke tak i de data du er ute etter, ved de metodene du har valgt, og derfor endrer du metode. (2) Du klarer ikke oversette observasjonene dine til data,

derfor må du utvikle nye begreper. (3) De dataene du får ved å utvikle nye begreper, leder til at du må endre teori og problemstilling. (4) Bruk av nye begreper leder til at du utvikler ny teori og nye problemstillinger (ev. hypoteser). (5) Bruk av ny teori og/eller nye problemstillinger leder til at du endrer tema og/eller fokus for hele undersøkelsen. (Fangen 2004:39)

Sjølv om observasjon ikkje vart måten å samle inn datamateriale på i denne oppgåva, fungerer dette sitatet som ein god presentasjon av heile oppgåveprosessen. Korleis metodane som det var tenkt å bruke påverka det eg var ute etter i datainnsamlinga, og korleis endringane i metodeval påverka dei teoretiske rammene for oppgåva er tema for resten av dette kapitlet.

Frå observasjon til intervju og visuell analyse

Startskotet for oppgåva var å vere til stades på eit par seminar for behandling av menn med kreft for å sjå korleis det vart snakka til og om menn. Eg ynskte å sjå korleis behandling av menn med kreft **vart gjort**. Eg var ute etter det som vart sagt, det som ikkje vart sagt og det som skjedde under seminara. Bakgrunnen for dette var delvis påstanden om at kontakten med helsevesenet er dårlegare blant menn enn kvinner. Ein av hypotesane var at helsevesenet snakkar eit ”kvinneleg” språk som ekskluderar menn. Eg hadde allereie vore i kontakt med Kreftforeningen, og lese alle brosjyrane dei hadde om kreft, retta mot både menn og kvinner. Ved å nytte desse brosjyrane og å vere til stades på eit behandlingsopplegg for menn, ville eg teste ut denne hypotesen. Dette let seg derimot ikkje gjennomføre. Den viktigaste grunnen til det, var at seminara ikkje var relevante nok. Det var snakk om seminar for menn som låg for døden, og dermed forsvann behandlingsperspektivet slik eg hadde sett det føre meg (som ei behandling for menn som kunne bli friske).

Medan eg las meg opp om menn og kreft i Kreftforeningen sine brosjyrar vart eg gjort medvit på www.mennogkreft.no. Medan brosjyrane tok føre seg den faglege og objektive sida ved kreft, hadde denne sida eit preg av uformalitet og humor. Sida var lett å leggje merke til då Steinar er ein figur som gjer mykje ut av seg. Han snakkar brautande og høgt og er ein blanding av ein animert figur og ein verkeleg mann. Når observasjonsplanen min ikkje gjekk som ynskjeleg, valde eg difor å snu meg mot Steinar istaden. Gjennom informasjon frå Kreftforeningen visste eg at målgruppa hans var lågare utdanna menn over 40 år. Kva tankar låg til grunn for målgruppa som skal nås? Og korleis tenkte ein om maskulinitet når ein laga Steinar?

Slike spørsmål leidde meg til å ta kontakt med dei som var ansvarlege for Steinar. Han er eit produkt av Kreftforeningen sine ynskjer om å nå ei bestemt gruppe med menn, og reklamebyrået (Virtual Garden) sine tankar om korleis ein best kan nå dei rette mennene. Kvar av desse institusjonane har hatt eit team som har arbeidd med Steinar (og kampanjen ”Menn og kreft” som han er ein del av). For meg vart det relevant å intervju dei ansvarlege frå både institusjonane, Astrid Bismo hjå Kreftforeningen og Ole Petter Holen frå Virtual Garden. Intervjurundande ga meg derimot ikkje det datagrunnlaget som eg hadde trudd eg skulle sitje att med. Eg vil kome attende til dei moglege årsakene til dette i delen *Etter intervju* i dette kapitlet. Min manglande intervjurutine og den manglande kontakten med forskaren i meg har altså hatt innverknad på kva eg har sett etter og kva eg har funne. Dette har likevel ikkje gjort intervju nyttelause. Den kunnskapen som til slutt utgjer grunnlaget i oppgåva er berre ein annan enn eg hadde tenkt på førehand.

Eg hadde trudd at eg skulle få informantane mine til å reflektere over kva som ligg i omgrepet ”maskulinitet”. Den store diskusjonen vart det derimot ikkje, og dei svara eg satt att med var ikkje i seg sjølv eit godt nok grunnlag for analyse. Eg hadde ein tanke om korleis oppgåva skulle sjå ut til slutt, og for å styrke analysegrunnlaget i oppgåva vart det bestemt å inkludere også andre metodar i oppgåva.

Under intervju hadde det slått meg at dei to informantane sine førestillingar om maskulinitet var like, men ulike frå mine egne førestillingar om det same. Dette er ikkje særskild overraskande, då vi representerar ulike fag og institusjonar. Men under arbeidet med intervjumaterialet gjorde dette meg nyfiken i høve til nettsida vi hadde snakka om; korleis kom informantane sine førestillingar til syne i Steinar? Og kva gjer det så med våre førestillingar om maskulinitet at helseinformasjon blir presentert som reklame? Fordi nettsida er ein del av ein større kampanje, har det vore naudsynt å presentere heile kampanjen. Eg har sett på kva han bygg på av data, kva som var målsetjinga med han og korleis er han synleg i samfunnet. At eg ikkje hadde meir konkrete mål i førekant av intervju har altså vore ein faktor som har gjort oppgåva til det ho er no.

På grunnlag av dei tankane eg hadde på førehand om maskulinitet, menn og helse, var eg ikkje interessert i å finne ut om reklamebyrået hadde treft blink eller ikkje. Eg var meir interessert i å finne ut meir om Steinar. Korleis er han, kva gjer han og kva seier han? Så i tillegg til å berre lene meg på intervju, valde eg å sjå nærare på Steinar gjennom *visuell undersøking* (Silverman 2001: 193, Emmison og Smith

2000). Ved å inkludere ei visuell undersøking i tillegg til intervjuet ynska eg å sjå korleis informantane sine tankar vart sjåande ut i praksis. Ikkje for å vurdere om dei har fått det til, men som eit døme på korleis sosial marknadsføring blir gjort. Kva som ligg i sosial marknadsføring kjem eg attende til mot slutten av dette kapitlet.

Intervjua

Det første intervjuet var med Astrid Bismo, som er spesialrådgjevar hjå Kreftforeningen. Til stades var og ein praktikant hjå Kreftforeningen, Marte Gråberg. Dei var baa med i utforminga av Steinar og nettsida, saman med eit fagteam og eit kommunikasjonsteam. Eg var ikkje ute etter detaljane kring nettsida og såg det difor som naudsynt å berre intervju Astrid Bismo, som eg vart vist til etter kontakt med Kreftforeningen. Gjennom intervjuet kom det fram at Kreftforeningen ikkje hadde vore aleine om å utarbeide sida, men at dei hadde samarbeidd med eit reklamebyrå. Eg tok difor kontakt med Ole Petter Holen i Virtual Garden reklamebyrå for å få ei betre forståing av utforminga av Steinar. Holen var heller ikkje aleine om denne utforminga. Slik det er vanleg i reklamekampanjar, har det også vore fleire personar med i arbeidet med ”Menn og kreft”-kampanjen. Eg vurderte det likevel som at det ikkje var naudsynt å intervju nokon andre, då det også her var den samla vurderinga bak sida eg var ute etter.

Baa intervjuet gjekk føre seg i informantane sine arbeidslokal. Eg hadde på førehand sendt ein e-post om kva som var tema for oppgåva og kvifor eg var interessert i å intervju dei. Intervjuet var gjort i løpet av ein time. Intervjuet med Holen vart gjort med bandopptakar medan eg i intervjuet med Bismo berre hadde ei rask hand som reiskap. Eg hadde med meg intervjuguide i baa tilfella. Denne var ikkje veldig detaljert, men var heller ei punktvis liste over det eg var ute etter. Han var heller ikkje til særleg hjelp, utanom som eit tryggjande reiskap for meg sjølv. I arbeidet med intervjuguiden hadde eg truleg hatt litt for stor tru på meg i rolla som intervjuar, og etter baa intervjuet var eg overraska over korleis det hadde gått. Eg hadde tenkt at intervjuet skulle vere det einaste analyse materialet mitt, men til det var materialet for sparsamt. Kvifor?

Etter intervju

I etterkant av intervjuet var eg overraska over den rolla eg hadde inntatt i intervjusituasjonen. Han var meir tilbakehalden enn det eg hadde forventa av meg sjølv. I transkriberinga og etterarbeidet med intervjuet vart eg fleire gonger irritert over situasjonar der eg var for passiv og/eller burde ha stilt oppfølgingsspørsmål. Til dømes svarar Holen⁷ at ”menn bare er slik” når eg spør om kvifor Steinar gjer som han gjer. Kvifor stoppa eg ikkje opp her og spurte kva han meina med dette? Kva er ”slik”? Let eg slike fråsegn bli hengande i lufta fordi det var ein nybegynnarfeil, eller hadde eg ikkje tenkt godt nok gjennom oppfølgingsspørsmål? Eller var det litt av baa?

Widerberg (2001) skriv om det å vere urutinert intervjuar at ”[m]an er redd for at man ikke skal vise seg tilstrekkelig dyktig, at man ikke skal klare det, at det skal bli pinlig, at man dummer seg ut osv.” (Widerberg 2001:90) Ein konsekvens av dette blir ofte at ein skyndar seg gjennom intervjuet, noko som vil påverke det som kjem ut av intervjusituasjonen. Den relasjonen som blir skapt mellom intervjuar og informant er avgjerande for kva for eit materiale ein sit att med til slutt (Widerberg 2001:97). Ein annan konsekvens av at ein skundar seg gjennom intervjuet kan vere at ein gløymer å stoppe opp ved dei vesentlege spørsmåla. I mitt høve er nok dette delvis forklarande for opplevinga. I førekant av intervjuet kjende eg meg trygg på at dette var noko eg skulle fikse, då eg til vanleg er både nyfiken og uredd. Når eg ikkje klarte å overføre dette til intervjusituasjonen meiner eg det skuldast usikkerheit knytt til både rolla som forskar og kva eg eigentleg ville vite. Eg hadde droppa planen om observasjon og hadde ein vag og ikkje heilt ferdigtenkt idé om at eg ville knyte saman kjønn, reklame og individualisering. Det vart likevel ikkje tydeleg før i etterarbeidet med intervjuet korleis eg ville knyte desse tre faktorane saman, og følgjeleg var dette ikkje formulert konkret nok i førekant av intervjusituasjonen. Dessutan var eg redd for å stille spørsmål som ikkje var planlagde på førehand. Desse kunne virke for impulsive, for lite sosiologiske eller irrelevante i høve til det eg hadde presentert at eg var ute etter. Men den manglande tryggleiken skuldast også faktorar utføre min kontroll. Til dømes kjønnsrelasjonen og stad for intervjuet.

Eg hadde ikkje tenkt at det var særskilt problematisk at intervjuet gjekk føre seg på informantane sin arbeidsplass. Det var arbeidet deira eg var ute etter og eg såg ikkje at staden for intervjuet kunne vere så avgjerande for korleis intervjusituasjonen

⁷ Alle referansane og sitata til Ole Petter Holen er frå intervju gjennomført i april og mai 2007

vart. Men å kome inn på nokon sin arbeidsplass vil seie at ein trør inn i deira territorium, i deira verd. I ettertid trur eg ikkje det var arbeidsplassen åleine som var avgjerande, men dei faktorane som kan knytast til denne.

Intervjuet med Bismo og Gråberg likna i stor grad ein samtale. Det kan skuldast at alle er kvinner, at vi var tre stykk og at informantane kjende einannan frå før. Gråberg og eg var dessutan i same alderssjiktet, noko som sette ein uformell tone innleiingsvis fordi vi fann ein felles plattform i det å vere under utdanning. Widerberg (2001) skriv at "[a]t begge parter var kvinner, kan ha medført at vi raskere etablerte en relasjon til hverandre, og at vi levde opp til en type nærhet som forventes av kvinner" (Widerberg 2001:96). Ho skriv og at for hennar eige høve har møtet med kvinnelege informantar vore prega av at baa partar har vore imøtekommande (Widerberg 2001:92). Korleis kan så dette vere eit hinder for forskaren?

I mitt høve er det "den type nærhet som forventes av kvinner" fordi dette var forstyrrende på den "forskarrolla" som eg gjekk inn i intervjuet med. Dette var ikkje eit intervju der målet var å få ei forståing av informanten sine personlege erfaringar, men ei utveksling av fagleg informasjon. Intervjuet var likevel prega av ein annan tone enn under intervjuet med Holen. Eg kom gjennom spørsmåla i intervjuguiden, men fann ikkje spørsmål å fylle pausane med. Kan hende var det tomt for tilleggsspørsmål fordi eg hadde plassert meg sjølv utføre forskarrolla. Kva forventingar det var til meg som intervjuar/forskar veit eg ikkje, men slik eg ser det sette eg kjønnsrolla høgare enn forskarrolla, og oppførte meg deretter. Dermed vart det kanskje viktigare for meg å vere imøtekommande enn å avbryte den hyggelege tonen. At vi sat i eit lite møterom og starta intervjuet med ein kaffi var og med på å byggje opp om at dette var noko ufarleg. Men eg trur og desse faktorane fekk meg ut av forskarrolla og dermed ut av ei rolle der det var eg som var den leiande parten. Dette vart kanskje forsterka av at intervjuet fann stad på Bismo sin arbeidsplass, og at Bismo og Gråberg var "heime" medan eg var på "besøk". Det same var tilfelle for det andre intervjuet.

Eg intervjuar Holen på ein møterom på arbeidsstaden hans. Rommet var større enn det hadde vore i intervjuet med Bismo, og vi hadde eit stort bord mellom oss. Han hadde gjort klar ein pc i førekant som han nytta undervegs i intervjuet. Etter at eg hadde presentert meg og det eg var ute etter, byrja Holen med ein PowerPoint-presentasjon om korleis arbeidet hadde vore med kampanjen. Han meinte at denne nok ville gi svar på mykje av det eg var ute etter. At Holen tok initiativ i starten av

intervjuet gjorde at eg slappa av. Det var godt å vite at han hadde førebudd seg før eg kom og at han var interessert i det eg var ute etter (det sa han og). Det gjorde meg tryggare på mitt eige tema at også andre hadde interesse for det.

Intervjusituasjonen ga meg etter ei stund likevel eit ynskje om å kome raskt gjennom intervjuet. Sjølv om det var avtalt ei tidsramme for intervjuet følte eg at eg ”tok” arbeidstid. Dette trur kan vere fordi intervjuet var på hans arbeidsplass og at det hadde forma til eit intervju heller enn ein samtale. Det var og det som var målet, men i dette høvet trur eg likevel det kan ha påverka situasjonen fordi eg ikkje hadde kjønnsrelasjonen å støtte meg på. Det er denne eg kjenner best og det er her eg kjenner meg tryggast. Det kan virke motseiande å skulde på kjønnsrelasjonen i baa høva med tanke på at eg intervjuar representantar for kvart kjønn. Eg trur likevel dette er den mest korrekte i baa tilfella. Desse intervjuar var dei første eg har gjort, og det ser ut til at eg har hatt problem med å finne eit godt balansepunkt å stå på. Dermed har uformalitetar vippa meg av pinnen i første runde, medan formalitetane vippa meg av i andre runde. Kanskje var det fordi eg venta for lenge med å kjenne på erfaringane frå det første intervjuet at eg hadde den same opplevinga andre gongen?

Eit anna problem for det andre intervjuet var at eg ikkje kom forbi dei institusjonelle diskursane eg har med meg frå sosiologien (Smith 2005). Når eg spør kvifor Steinar er slik eller slik, og Holen svarar at ”det er jo bare slik menn er”, så meiner eg at ein kan sjå desse ulike forståingane som eit resultat av at vi er ein del av ulike institusjonelle diskursar. At eg ikkje når fram kan skuldast at eg er innlært med ein sosiologisk tankemåte. Dette påverkar dei diskursane eg er van med å nytte. I tillegg til å vere van med desse diskursane er det og tydeleg i dette intervjuet at eg forventar at informanten er kjent med dei same diskursane. Dermed går eg glipp av den eigentlege kunnskapen eg er ute etter. Dette var ikkje noko som fór gjennom hovudet mitt medan intervjuet haldt på, men under intervjuar hadde eg likevel ei kjensle at det var noko der som eg ikkje fekk tak i. Dermed følte eg at eg ikkje strakk til som intervjuar og forskar, noko som i sin tur var bestemmande for opplevinga av situasjonen.

Etiske omsyn

For at det skulle vere noko poeng med oppgåva måtte Steinar presenterast så grundig som det er gjort her. Steinar er ein offentleg karakter, og tilknyttinga til Kreftforeningen er synleg der Steinar er synleg. Eg valde difor å ikkje

anonymmisera korkje han eller aktørane som er ansvarlege for han. Dette meiner eg er lite problematisk. At det ikkje er problematisk er likevel ikkje det same som at det ikkje er etiske omsyn å ta.

Fordi eg har vald å ikkje anonymmisera informantane mine, har det heile tida lege ei vurdering til grunn for korleis informantane blir presentert. Eg har difor vore nøye på at oppgåva ikkje skal vere ein analyse av kampanjen i den forstand at eg skal vurdere kvaliteten på det som er blitt sagt. Det er og viktig å poengtere at det ikkje er informantane sine personlege tankar eg er ute etter, men dei tankane som var vesentlege i utforminga av Steinar. Det er Steinar som har vore interessa mi, og sidan han ikkje kan snakke sjølv måtte eg ta kontakt med nokon som kunne gjere det for han. Informantane er intervjuja på vegne av arbeidsplassen sin, og eg var open om målsettinga eg hadde om prosjektet. Eg har vald å kalle førestillingane for ”institusjonelle førestillingar” for å understreke at det ikkje er informantane sine personlege synsmåtar som blir presentert. Sjølv om oppgåva har endra seg undervegs, blir intervjuja nytta til det som har vore intensjonen heile vegen, nemleg å kartleggje førestillingane om maskulinitet som ligg bak Steinar.

Visuell undersøking

Visuell undersøking er ikkje vanleg i sosiologi. Dette er derimot ikkje ein grunn for å ikkje gjennomføre dette, men heller ein grunn til å faktisk gjere det. Dei tradisjonelle kvalitative metodane som intervju og observasjon er blitt så vanlege at vi ikkje blir oppfordra til å utfordre desse (Silverman 2001:193, Widerberg 2001:57). At det ikkje er ein tradisjonell analysemåte er tydeleg gjennom det fattige tilfanget av litteratur. Visuell undersøking inneber at ein i hovudsak nyttar augo i større grad enn det som er vanleg i anna kvalitativ metode (Silverman 2001:193). Emmison og Smith (2000) skriv at

In giving up the idea that visual research is only the study of photographs, advertisements, etc.... a far broader range of data becomes available for investigation. From our vantage point, visual inquiry is no longer just the study of the image, but rather the study of the seen and the observable. (:ix)

I mi visuelle undersøking av Steinar er det ”the seen and the observable” (det som kan sjåast og observerast) eg er ute etter. Gjennom intervjuja fekk eg greie på kvifor han er som han er, medan eg gjennom den visuelle undersøking vil sjå korleis han faktisk er

på sida. Dette inneber korleis Steinar ser ut og korleis han oppfører seg. Det inkluderar og det som blir sagt, og korleis dette blir sagt. Korleis gjekk eg fram med Steinar?

Eg gjorde ein analyse av Steinar både før og etter at intervjuet vart gjennomførte. I førekant av intervjuet var eg nysgjerrig på kven han var meint å nå ut til. Eg syntte sida for andre for å få deira reaksjonar på sida. Ingen av oss var i den rette målgruppa til Steinar, vi fell utføre både med omsyn til kjønn (delvis, det var og menn som såg sida), alder og utdanningsnivå. Reaksjonane til dei som såg sida samsvarte tidvis med dei tankane eg hadde hatt. Kvifor er han så karikert? Kven er det han vil nå? Når ein fram til målgruppa si ved å lage nettstaden slik som dette? Men sjølv om ”forsøksgruppa” mi ikkje fall innføre den rette målgruppa og heller ikkje hadde kunnskap om kven sida var meint å nå ut til, var det nyttig med desse attendemeldingane for å klargjere kva eg ville finne meir ut av.

Etter gjennomføringa av intervjuet dreia analysen seg om å sjå korleis Steinar er, kva han seier og kva han gjer, heller enn ei vurdering av han. Eg har ikkje vore ute etter å vurdere **om** han snakkar til den rette målgruppa, sjølv om eg hadde stilt meg dette spørsmålet på førehand. Eg har vore interessert i sjå akkurat det han gjer.

På grunn av førearbeidet hadde eg nokre førestillingar om han sjølv. Arbeidet med å kartleggje mine eigne førestillingar hjelpte meg til å sjå at desse var bunde i faget mitt, og at eg tok for lite omsyn til marknadsføringa som fag. Gjennom intervjuet med Holen vart det grunngeve kvifor han gjer som han gjer, og det var ikkje i innføre min kapasitet å vurdere dette. Mine eigne førestillingar vart difor lagt mest mogleg til side, og arbeidet med han vart utført ved å plukke Steinar frå ein annan. Korleis oppfører han seg? Korleis ser han ut? Når er det han er humoristisk? Når er det han dansar? Kva funksjon har det at han er naken? Korleis nyttar han dialekten sin? Spørsmåla dreia altså i retning av **korleis** heller enn **kvifor**. Ved å analysere Steinar på denne måten vart det mogleg å kople informantane sine grunngevingar til det ferdige produktet.

Anna datamateriale

I tillegg til intervjuet og den visuelle undersøkinga, er det og blitt gjort ein analyse informasjonsbrosjyrane frå Kreftforeninga, samt to tidlegare kampanjar. Kampanjane, ”Trynefaktor” og ”Georg”, skil seg frå ”Menn og kreft”-kampanjen fordi dei er marknadsførte gjennom andre media enn internett. Dette gjer at dei er

stillestående, og difor må uttrykke budskapet ved hjelp av eit slagord eller ei kort oppfordring. Steinar har eit større spelerom her fordi han har ei munnleg framsyning av informasjon. Kampanjane er teke med fordi dei underbygg det som skil reklamane (kampanjane) og informasjonsbrosjyrane når det gjeld å presentere informasjon om kreft på.

Og informasjonsbrosjyrane er følgeleg med for å syne kva desse skila handlar om. Eit viktig skil er at kampanjane oppsøkar målgruppa si, medan brosjyrane må oppsøkast. Dette verkar inn på måten informasjonen blir presentert på, men det har og konsekvensar for kva som blir sagt. I kampanjane må det takast høgd for faktorar som kan skilje målgruppene, som alder og kjønn. Å inkludere dette materialet har framheva den rolla Steinar har i helsefeltet fordi han blir satt inn i ein større samanheng.

Teoretisk plassering

Frå Beck og Giddens til Foucault og Goffman

Den teorien ein forskar tek med seg inn i feltet er avgjerande for både det ein ser og det ein ser etter. Eg gjekk inn i dette prosjektet med ei innstilling om at helse er kvar einskild sitt ansvar. Eg meinte mennokreft.no var eit prov på dette då ein gjennom denne nettsida (og dermed gjennom sosial marknadsføring) skreddarsyr helseinformasjon til ei bestemt befolkningsgruppe. Og kanskje er det også slik. Men det er ikkje lenger det oppgåva handlar om.

Det teoretiske rammeverket har endra seg parallelt med arbeidet med oppgåva. På grunnlag av dei antakingane som var med meg i byrjinga, var tanken å vinkle oppgåva meir i retning av kjønn i reklame, og å sjå på reklame i eit individualiseringsperspektiv, med hjelp frå sosiologisk modernitetsteori. Vidare ville eg knyte dette individualiseringsperspektivet til ei individualisering av kvar enkelt si helse. Kreftforeningen sine informasjonsbrosjyrar var det første steget mot å sjå på helse som kvar einskild sitt ansvar. Eg hadde nesten svara klare før eg kunne formulere spørsmåla som skulle leie meg til dei.

Gjennom Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) og nr. 20 (2006-2007) blir det tydeleg at den statlege innstillinga til befolkninga si helse er at denne er eit resultat av sosiale så vel som biologiske faktorar. Det blir peika på at informasjon

(*helseopplysning*) er viktig for å sikre at alle har dei same føresetnadene for å halde seg friske. Eg ynskja å kople dette synet til Beck og Giddens sine moderniseringsteoriar om at det har skjedd ei auka individualisering av liva våre (Beck 2004, Giddens 2006). Steinar, og heile kampanjen til Kreftforeningen skulle vere grunnlaget for å seia noko om det kunne vere noko i ein slik påstand. Beck skriv om individualisering i det moderne, om bortgongen frå velferdsstaten og over til ansvar for eiga helse (Beck 2004). Dette såg eg som ein god måte å nærme meg oppgåva på.

Arbeidet med å knyte individualiseringsperspektivet til materialet mitt vart derimot ein tung prosess. Eg klarte ikkje å få datamaterialet mitt til å stemme med teorien eg ville bruke, og fekk dermed ingen gode analysar ut av dette. Dessutan hadde eg ein motvilje mot om vi faktisk er blitt meir individualiserte enn det vi har vore tidlegare. Er det ikkje slik at vi framleis er sterkt integrerte i velferdsstaten? Og tyder ikkje Stortingsmeldingane på at helse framleis er eit kollektivt ansvar? Spørsmål som dette hindra meg i å halde fram med analysen av reklame som eit uttrykk for ei individualisering av ansvaret for helse.

Det eg likevel tok med meg frå dette arbeidet, var tanken om at reklame vil ha oss til å opptre på eit bestemt vis, og at det difor ligg eit maktaspekt i dette. Dei marknadsføringsprinsippa som styrer i reklame fungerer til å påverke forbrukaren i ein bestemt retning (Kotler, Roberto & Lee 2002:11, Blindheim 2004). Auka bruk av sosial marknadsføring kan dermed påverke den innstillinga vi får til helsespørsmål. Korleis er Steinar ein del av dette?

Som det er sagt tidlegare er denne nettsida ein del av ein større kampanje. Denne kampanjen er i sin tur del av ei nasjonal innstilling til helsa hjå det norske folk. Dette handlar både om helse som einkvan sitt ansvar, men og alle dei institusjonane og praksisane som legg grunnlaget for denne oppfatninga, og for utøvinga av helse i samfunnet. Dette er det eg har kalla *helseanordninga*. Ved å sjå på Steinar som ein del av helseanordninga, ynskjer eg å kome nærare eit svar på om Steinar er med på å reprodusera dei førestillingane vi har om maskulinitet. Det var Foucault sin maktanalyse (presentert i kapittel 3) som gjorde anordningsperspektivet relevant. Makta er relasjonell og fins overalt, og altså må det også vere eit maktaspekt til stades i brukarane sitt møte med Steinar.

Maskulinitetsperspektivet har vore med frå starten. Det har vore det overordna heilskapsperspektivet på oppgåva og har dermed vore ein fast konstant å forholde seg

til gjennom heile arbeidet. Det fins derimot fleire måtar å studere maskulinitet på. Det som har endra seg har vore at eg har gått frå å ville studera ”menn” til å ville finne ut av ”førestillingar om maskulinitet”. Utgangspunktet var Connell (2005) sitt hegemoniomgrep, der eg forstår hegemoni som eit uttrykk for ein maktposisjon blant menn og ulike maskulinitetar. Eit forskingsspørsmål i ein tidlegare fase var kva vil det seie å vere ein hegemonisk maskulin mann. Ved å få svar på dette ville eg kunne ein plassere Steinar på eit ”maktkart” og vurdere om han var ein hegemonisk mann, og dermed om han har makt. Connell tek derimot avstand frå alle normative definisjonar anten det gjeld hegemoni eller maskulinitet. Det vil seie at ho ikkje avgjer om det eine eller andre er hegemonisk (maskulint). Dette gjer det vanskeleg å bruke teorien. Eg har likevel vald å halde på Connell sitt hegemoniperspektiv fordi det fungerer som eit godt utgangspunkt for ein diskusjon om maskulinitet.

Å bli presentert for informantane sine tankar kring menn sine helsevanar gjorde meg nyfiken på kva sosiologiske studie sa om det same. Det ser ut til å vere semje om at det er ein manglande kontakt mellom menn og helsevesenet som er uheldig for sjansen dei har til å overleve kreft. Er det noko med institusjonane som held menne borte frå dei? Er det noko ved rolla som mann som held dei borte frå legen? Eller er det kanskje noko i relasjonen maskulinitet – institusjon som opprettheld den avstanden som fins mellom menn og helsevesen? Desse spørsmåla leidde meg til Lilleaas og Simonsen sine undersøkingar (Kapitlet 3 i oppgåva). Analysen av materialet mitt i samband med denne forskinga gjorde meg merksam på rolleperspektivet, og med dette vart ein del av Goffman sin rammeanalyse relevant for funna mine.

Metodiske vurderingar i etterkant

Det meste av datamaterialet er samla inn i løpet av oppgåveprosessen, noko som har opna for å inkludere det materialet som var ynskjeleg undervegs. Det har vore mogleg å gjere det på den måten på grunn av den teoretiske tilnærminga i oppgåva. Steinar har vore magneten heile vegen, og det materialet som har festa seg godt nok på han er blitt undersøkt. På grunn av oppgåva sin storleik har det ikkje vore mogleg å kartleggje heile helsefeltet i Noreg, og det Steinar har drege til seg har difor fungert som ei naturleg avgrensing.

Ved vurdering i ettertid kunne intervjuet vore grundigare og tydelegare med omsyn til tema. Når det er sagt, så har dette kapitlet synt korleis nøstinga av trådane har vore, og kvifor oppgåva er blitt som ho er. Då intervjuet fann stad var ikkje føremålet med dei heilt klart. Intervjuet har vore ein av årsakene til at eg enda opp med dei innsamlingsmetodane eg gjorde – fordi dei har opna for ei undersøkende (eksplorerande) tilnærming til temaet. Dette er ikkje det same som å seie at datamaterialet er tilpassa teorien; Steinar har heile vegen vore det som det er teke utgangspunkt i, og ikkje til dømes maktrelasjonane til Foucault. Datamaterialet kan ikkje seie noko generelt om maktrelasjonane i helsefeltet. Det som det derimot kan seie noko om, er at det fins ein måte å sjå helsefeltet på som inneber eit maktspekt, og at dette kjem til syne når helseinformasjon blir spreidd på reklamen sine premiss.

Makt, maskulinitet og helse

Makt og anordning hjå Foucault

Seksualiteten blir nytta som utgangspunkt i ein av Foucault sine analysar om produksjonen og bruken av diskursar⁸, og desse si kopling til makta sitt virke. I *Seksualiteten historie. Vilje til viten* (Foucault 1999a) ser Foucault korleis talen om kjønnet har utvikla seg. Her går han historisk til verks fordi han meiner at det som har fungert som ”sanninga om seksualiteten” i det 19. århundre først og fremst kan bli forstått ved å sjå historisk på dei diskursane som har blitt nytta (Foucault 1999a:81).

Det har vore to prosessar for å produsere sanninga om kjønnet gjennom tidene. Den første, *ars erotica*, fann stad i Kina, Japan, India og dei arabisk-muslimske landa. Her er det nytinga som utvinn sanninga, ”forstått som praksis og ervervet som erfaring” (Foucault 1999a:67). I den vestlege delen av verda er tradisjonane for *ars erotica* brote ned og det er danna ein eigen (vestleg) måte å forholde seg til seksualitet på, kalla *scientia sexualis*. Gjennom det 18. århundre vart det satt i gong eit stort apparat som skulle produsere sanne diskursar om kjønnet, og det er denne sanninga som er viktig i *scientia sexualis* (Foucault 1999a:68). Seksualiteten samsvarar med dei diskursive praksisane som har utvikla seg, og som utgjer, *scientia sexualis*. Seksualitet og kjønn dermed noko historisk, som er *blitt til*, og som ikkje fins i ei rein form (Schaaning 1999:189). Det har vore eit spel om å seie sanninga om kjønnet, og dette har leidd til eit prosjekt om ein vitenskap der subjektet byrja å krinse omkring spørsmål om kjønnet i mindre og mindre sirkular (Foucault 1999a:82). Dette har igjen leidd til ein viten om subjektet:

⁸ Bruken og forståinga av diskurs er ein stor teoretisk diskusjon. Denne vil ikkje bli teke opp i større grad i denne oppgåva. Her er det Foucault (199a, 1999b) si forståing av diskursar, som noko språkleg og ein måte å sjå verda på, som blir nytta gjennom heile oppgåva.

Kausaliteten i subjektet, subjektets ubevissthet, sannheten om subjektet hos den andre som vet, vitenen i subjektet om det som det selv ikke vet – alt dette har kunnet utfolde seg i diskursen om kjønnen. Slett ikke på grunn av en eller annen indre, naturlig, egenskap ved selve kjønnen, men i kraft av de maktteknikker som er immanente i denne diskursen.

(Foucault 1999a)

Kva som blir opplevd som sanninga heng saman med kva kunnskap subjektet har. Kunnskapen får subjektet gjennom institusjonane. Institusjonane spelar difor ei viktig rolle fordi dei er disiplinerande på aktørane, og fordi dei blir synlege for subjektet gjennom anordningar:

Uansett, i snart 150 år har en kompleks anordning vært til stede for å produsere en sann diskurs om kjønnen: en anordning som strekker seg langt bakover i historien (...). Og det er gjennom denne anordninga at det kunne oppstå en "seksualitet" som skulle være sannheten om kjønnen og dets nytelser.

(Foucault 1999a:80)

Ei anordning er med andre ord alle dei faktorane som er til stades for å fortelje oss kva noko er. Ein måte å forstå det på er som ei organisering av ei bestemt forståing. Ikkje som ei strukturell forståing, men ei organisering tilsvarande produksjonen av sanninga. Denne produksjonen skjer gjennom ulike maktinstansar. Anordninga blir dermed ei samling av ulike maktinstansar, som har hatt moglegheit til å slå rot i samfunnet ved å få aksept hjå ei rekkje alliansar. Dei har presentert seg som myndigheiter for reguleringar, avgrensingar og meklingar i samfunnet, og dette er gjort som ein måte å innføre orden i maktinstansane på.

Men Foucault ser ikkje på makt som ei strukturell makt. I hans analysar kjem makta nedanfrå. I prinsippet fins det dermed ikkje eit skil mellom dei som herskar og dei som blir herska over. Makta er alltid flytande og produktiv, og eksisterar berre i relasjonar og når han blir uttrykka i handling. At han er relasjonell vil seie at han er overalt, i relasjonar mellom aktørar. Makta er "navnet man setter på en kompleks strategisk situasjon i et gitt samfunn" (Foucault 1999a:104) og institusjonane blir med dette "støtte for de store kløyvingseffektene som gjennomløper hele samfunnslegemet. Disse kløyvingseffektene utgjør altså en generell kraftlinje som gjennomtrenger de lokale sammenstøtene og knytter dem sammen (Foucault 1999a:105). Institusjonane får dermed ei rolle om organiserar eller framhevar eit dominanstillhøve på mikronivå (Alvesson og Sköldberg 1994:303). Og slik verkar dei disiplinerande på aktørane.

Makta får tak i oss gjennom diskursar. I Foucault sitt tilfelle har makta eit grep om kjønnet gjennom språket (talehandling). Når den språklege handlinga finn stad blir det skapa ein rettstilstand, og på same tid som makta snakkar gjennom det grepet det har på diskursen blir det formulert ein regel, eller eit inntrykk av normalitet (Foucault 1999a:94). Regelen som blir formulert har ein disiplinerande verknad på korleis vi stiller oss til diskursar, som i sin tur har ein verknad på korleis vi oppfører oss i samfunnet og korleis vi forstår verda. Dei ulike formene for kunnskap er disiplinerande fordi dei fortel kva som er normalt og kva som er avvikande. Dei etablerte førestillingane om normalitet og fornuft er på den måten med på å regulere den oppfatninga subjektet har om seg og sin veremåte (Alvesson og Sköldbberg 1994:305).

Diskursar er noko språkleg, og det er ein måte å sjå verda på (Foucault 1999a, 1999b). Dei diskursane vi har tilgong til er avhengig av det språket vi har tilgong til, og desse to faktorane kan ikkje eksistere utan den andre. Det er ikkje berre det talande språket som blir rekna som diskursar, dei er å finne overalt og i alle typar praksis (Foucault 1999a:32). Diskursane blir vesentlege gjennom maktmekanismer, og makta blir utøva ved hjelp av kunnskap – "[d]et er nettopp i diskursen at makt og viten forbinder seg med hverandre. Og det er av den grunn man må betrakte diskursen som en rekke av diskontinuerlige segmenter som verken har en ensartet eller taksisk funksjon" (Foucault 1999a:112). Dei praksisane som i Foucault sin maktanalyse formar subjektet, kan endre seg ettersom diskursane endrar seg. Diskursane endrar seg ved tilføring av ny kunnskap, og "[f]orutsetningen for dette store skiftet i maktens historie er oppkomsten av nye kunnskapsområder, knyttet til situasjoner, relasjoner og institusjoner der kunnskap utvinnes ved makt (...)" (Sandmo 1999:85). Utviklinga av ny kunnskap påverkar altså korleis maktrelasjonane endrar seg.

Makta er produktiv. Det vil seie at han skapar nye diskursar, ny kunnskap og nye institusjonar:

(...) må man gå ut fra disse positive maktmekanismene som produserer viten, mangfoldiggjør diskurser, induserer nytelse og frambringer makt. Man må forfølge dem i deres oppkomst- og funksjonsbetingelser og søke å bestemme hvordan de fordeler seg i forhold til de kjensgjerninger av forbud og tildekkelse de er knyttet til. (Foucault 1999a:86)

Makt og viten er forbundne i diskursane, og vi får tilgong til diskursane gjennom institusjonar. Men som sagt er ikkje Foucault sitt syn på makt at det er noko

strukturelt, det vil seie at han ikkje er ute etter å finne ut kven som "har" makt. Han meiner at ingen har makt, men at makta er overalt og blir utøva i relasjonar mellom aktørar. For å kunne analysa korleis ein bestemt type viten er blitt danna må vi sjå på makta sitt språk, heller enn det språket som fins blant dei undertrykkande eller i lovverket (Foucault 1999a:103). "Diskursen bærer og produserer makten, den forsterker den, men undergraver den også, den viser den fram, gjør den skrøpelig og gjør det mulig å demme opp for den" (Foucault 1999a:112).

Diskursar er det språket vi har tilgong til, men inneber også dei praksisane som er styrande i institusjonar og det som fins av skrivne reglar. Når det gjeld seksualiteten, fins det eit heilt nettverk av forskjellige, spesifikke og tingande språkleggingar om kjønnet (Foucault 1999a:44), og desse blir synlege for oss gjennom ei regulering av diskursane - "overalt installerte man incitament til å snakke, overalt anordninger for å lytte og nedtegne, overalt prosedyrer for å observere, spørre og formulere. Man driver fram kjønnet og tvinger det til en diskursiv eksistens" (Foucault 1999a:42). Det dreier seg ikkje om ein diskurs, men om "et mangfold av diskurser, produsert av en hel rekke installasjoner som fungerer innenfor ulike institusjoner" (Foucault 1999a:43).

Men det er ikkje nok å forholde seg til makt ved å nøste opp dei maktrelasjonane som fins. For å forstå korleis makta styrar oss og våre handlingar må ein og forstå korleis anordninga blir gjort: "[p]oenget er ikke å si at det ikke finnes klasser, grupper eller personer som regjerer, kontrollerer og beslutter, men å beskrive alle de diskurser, praksiser og institusjoner som iscenesettes når makt utøves" (Schaaning 1999:193). Det er iscenesettinga av makt som utgjer ei anordning, og det er her det blir mogleg å syne at dei ulike vitenskapane som fins om eit objekt har konstituert seg på grunn av ei rekkje maktrelasjonar. Det som er vesentleg med dei er at dei gir opphav til danninga av "kjønn" og "seksualitet" (Schaaning 1999:194).

Men makt kan ikkje fungere utan motstand (motmakt), og motstanden er alltid baka inn i maktrelasjonen. Når diskursar og kunnskap blir formulert men ikkje etterfølgt, må ein endre på den kunnskapen som blir formidla. Då blir det samla inn meir kunnskap, som dannar utgangspunkt for nye forsøk. Slik blir det motstanden mot utøvinga av makt det som gjer at makta fungerer (Schaaning 1999). Motstanden fins altså ikkje i ein utvendig posisjon til makta, men i sjølve relasjonen.

Foucault er blitt kritisert for å ha mangelfulle analysar om kor makta har sitt utspring, og at maktomgrepet hans føreset asymmetriske (hierarkiske) relasjonar

mellom aktørane (Sandmo 1999:90, Lindgren 2003:337). Ei innvending til dette er at dersom ein tenker seg at det er hierarkiske relasjonar mellom aktørar, så må dette byggje på ei forståing av makt som noko strukturelt heller enn relasjonelt. Dersom ein ser på makt som relasjonell vil ikkje relasjonane kunne vere hierarkiske fordi dei ikkje kan bestemast på førehand. Makta oppstår i situasjonen. Det er den kunnskapen som blir formidla mellom to aktørar som utgjer grunnlaget for maktrelasjonen. Slik kan ein seie at makta har sitt utspring i institusjonane fordi det er her kunnskapen blir formidla frå.

Dei manglande analysane om kor makta har sitt utspring blir mindre vesentleg om ein legg meir vekt på at makta er flytande. Ved å sjå på makt som flytande, kan ein tenke seg at han korkje treng eit utspring eller ein slutt. Han er til stades heile tida, men rører seg (flyt) der kor makta blir samla. Dette kan illustrerast med ein vanleg metafor, nemleg ved å sjå på makta som eit hav. Då kjem makta ingenstads frå, men samlar seg i ”bølgetoppar” der diskursane og kunnskapen får eit uttrykk av makt. Dette tyder likevel ikkje at makta forsvinn når relasjonen ikkje finn seg på ein bølgetopp, men heller at dominanstillhøvet i desse tilfella blir svekka.

Maskulinitet som praksis

Mannen som forsørgjar

Ulla-Britt Lilleaas (2006, 2007) har intervjuet menn om deira oppleving og syn på kropp og sjukdom. Ho ynskjer å sjå på mennene sine forklaringar og levemåtar i samband med ein meir generell analyse av kjønnsmakta (Lilleaas 2003:40). ”Kvinner og menn er begge deltakere i kjønsspillet, men ved å fokusere på hvordan menn tenker, føler, snakker og praktiserer sykdom i hverdagen, kan vi få mer kunnskap om hva som skjer i kjønnsfeltet når menn blir alvorlig syke” (Lilleaas 2006:313). Lilleaas meiner at det fins ein mannleg ansvarsrasjonalitet som ofte er skjult, og som i fleire høve kjem til uttrykk som ein ”vanemessig kontrollert selvbeherskelse” (Lilleaas 2006:313). Desse (kjønna) vanene kan jamstillast med det Bourdieu kallar praktisk sans. Det er denne sansen som gjer at vi handlar som vi gjer.

Dei kjønna vanene hjå menn kjem til uttrykk gjennom ein *kroppslig beredskap* for jobb og karriere. Kroppslig beredskap er Lilleaas sitt omgrep, og er ein kritikk, eller ei vidarearbeiding, av Bourdieu sitt habitusomgrep (Lilleaas 2003).

Habitus kan definerast som eit sett av kroppsleggjorte disposisjonar om korleis aktørane (delvis umedvite) oppfattar, dømer og handlar i verda. Disposisjonane er varige, men dei er og relasjonelle og dermed opne for endring (Järvinen 2003:350). Habitus skapar ein link mellom dei sosiale strukturane og den sosiale praksisen og kan fungere som eit grunnlag for å forklare strukturelle ulikskapar (Scott & Marshall 2003:260).

Habitus er et system av disposisjoner, det vil si tanker og vaner – og da vaner som kroppsvaner – som den enkelte (eller grupper) erverver seg gjennom praktisk erfaring i et *felt*. Et felt defineres som et sosialt rom der det pågår et spill mellom individer som konkurrerer om samme belønning. Det er med andre ord i kjønnsfeltet at kjønsspillet pågår.

(Lilleaas 2003 :41)

Bourdieu advarar mot å gjere habitus til normer som blir tvungne på menneske. Det er reglar som blir gitt til ein sjølv, og som blir internaliserte i form av vanar. Med habitusomgrepet vil Bourdieu syne at dei tankane vi har og dei handlingane vi gjer ikkje er tilfeldige. Habitusen er avgjerande for dei vala vi tek, men legg og til rette for kva for val vi faktisk har. Det er eit system av uskrivne reglar for kva som er legitim og forventa oppførsel i feltet. Kva er til dømes ein maskulin måte å forholde seg til sin eigen kropp? Kor oppteken skal mannen vere av trening, kosthald og å halde seg frisk? Kor mykje ansvar for familien skal ein mann ha? Kva for oppførsel som er venta i desse høva ligg altså i kroppen som vaner, og desse får oss til å handle på bestemte måtar, og som det er venta at vi handlar.

Så til kroppslig beredskap. Dette kan defineras som ei plikt og ansvarskjensle som er innskrive i kroppen.

Det er særlig i de tilfellene der kravene til hvordan kvinner bør *være* eller *gjøre* ikke erkjennes (doxa) verken av dem selv eller omgivelsene, at en slik betraktningssmåte kan være fruktbar. Mitt anliggende her vil være å introdusere en tilnærming som kan flytte blikket bort fra ytre kjennetegn og karakteristikk, fra et objektiverende medisinsk blikk, til innarbeidede kroppsvaner og tankemønstre, belastninger og avlastningsmuligheter.

(Lilleaas 2003:43)

Lilleaas nemnar spesielt kvinner si kroppslege beredskap for sjuke (ekte-)menn som døme, men også menn har denne beredskapen (Lilleaas 2003:42). Menn si kroppslege beredskap er å finne i det Lilleaas kallar *forsørgjarlogikk*. Det vil seie korleis menn i større grad enn kvinner kjenner seg ansvarlege for både familie og jobb på same tid

(Lilleaas 2003).

Det same kjem til syne i intervjumaterialet til Lilleaas med mennene som har hatt hjartefarkt (Lilleaas 2006). Her var det bekymringar som det å ikkje lenger kunne forsørge familien eller frykta for å dette av karrierestigen som vart trekt fram som hovudbekymringar i sjukdomsperioden (Lilleaas 2006). Den kroppslege beredskapen påverkar dei kroppserfaringane individa gjer seg - det vil seie korleis dei erfarar og responderar på dei signala kroppen gir. Den kroppslege beredskapen sit som ein vane i kroppen, og dersom ein er van med å oversjå dei signala kroppen sender ut, vil ein og oversjå det når det er sjukdomssignal som blir sende ut. Dette treng ikkje forklarast med argument som at det er hegemonisk å halde seg sterk og frisk, men kan heller sjåast som ein vane som er så innarbeidd at han hindrar refleksjon ved teikn på sjukdom.

Mannen som ronkedor

Den danske sosiologen Simon S. Simonsen (2006) vil finne ”livsverdsamanhengene” mellom sjukdom/sunnskap og maskulinitet/det å vere mann; Korleis blir sunnskap, sjukdom og maskulinitet konstruert i menn si livsverd? (Simonsen 2006:9). Gjennom intervju og teori frå undersøkinga kjem han fram til *Ronkedormodellen* (Simonsen 2006:87). Ein ronkedor er ein einsleg hannelefant som lev avskild frå flokken av ymse forklarar. Det same meiner han at gjeld for menn. Ved å distansere seg frå andre prøvar dei å akseptere situasjonen dei er i, og å kome ut av han. Dei distanserar seg ved å oversjå eller skyve sjukdommen i bakgrunnen.

Distansering er nemleg den mest karakteristiske konstruksjonen av maskulinitet og sjukdom, og distanseringa er både verbal, sosial og mental.

Distansering forstår jeg som beskrevet i sidste afsnit som omgangsformer eller praksisser, der ikke er entydige – de kan både tolkes som negative eller positive. Begreberne *den negative isolation* og *den positive autonomi* udgør en del af det spændingsfelt, jeg forsøger at viderefremde med distanseringsbegrebet. (Simonsen 2006:92)

Positiv sosial distansering (autonomi) kan tyde at mannen prøver å bevare identiteten sin. Han kan skape ro til å få oversikt over situasjonen og å samle krefter. Negativ sosial distansering (isolasjon) kan leie til at ein ikkje klarar å løyse sine eige problem. Positiv verbal distansering vil seie at ein kan kome vidare utan å snakke om at ein er

sjuk. Ein kan klare å halde fast på identiteten sin og halde fram med eit personleg og intimt forhold til familie, vener eller kollegaer. Negativ verbal distansering kan leie til at ein ikkje ber om hjelp, om i sin tur kan leie til at ein heller ikkje får hjelp. Til slutt kan positiv mental distansering gjere at mennene ser bort frå smerteopplevingar og heller klarar å forholde seg analytiske til oppleving av smerte (spørsmål som kva smerta kan kome av, eller om ho kjem att?). Dermed kan mennene unngå panikk eller unngå handlingslamming og dei kan bli klokare i høve til kva det er som skjer med kroppen deira. Negativ mental distansering kan gjere at mennene lukkar seg for refleksjonar om sunnskapsmessige og faretrugande tilhøve, som å avvise behandling (Simonsen 2006:93).

Distanseringa skjer alltid i relasjon til andre menneske. Simonsen skil mellom ulike relasjonsnivå; dei næraste, vener, kollegaer og helsepersonell. Distanseringa kan skje i høve til berre eit av desse nivåa, eller det kan vere til ”folk” i og utføre institusjonar, generelt. Dette vil seie at nokre kan ha problem med å snakke om sjukdommen med vener men ikkje kollegaer, medan andre ikkje ynskjer å snakke om det overhovudet (Simonsen 2006:96.). I den verbale og sosiale distanseringa er det meir tydeleg kven ein distanserar seg frå (andre menneske) enn ved mental distansering (Simonsen 2006:94). Den mentale distanseringa dreier i større grad om å samanlikne seg sjølv med andre grupper. ”Der findes jo folk nok, der jamrer sig over det ene og det andet, uanset om der er grund til det eller ej, og det gider jeg ikke bruge min alderdom på. Jeg er rask. Sådan er det” (Simonsen 2006:94). Denne informanten distanserar seg frå ”folk” som ”jamrer sig over det ene og det andet”.

Måten menn forstår sjukdommen sin på heng saman med handteringa deira av sjukdommen (Simonsen 2006:100).

Sygdom, sundhed og maskulinitet konstrueres i mænds livsverden på den måde, at hegemonisk maskulinitet for alle deltagere hænger sammen med en overvejende distancerende (overvejende isolationsdistancerende), men også for nogle fokuserende (overvejende overreaktionsfokusering) omgang med sundhed og sygdom, hvor deltagerne konstruerer sig som stærke i større eller mindre grad.

(Simonsen 2006:102)

Simonsen deler menn inn i tre hegemoniske grupper; sterk, middels og svakt hegemoniske. Simonsen nyttar hegemoniomgrepet på ”én dominerende maskulinitetsform, som de andre former for maskulinitet må forholde sig til”

(Simonsen 2006:148). Han nyttar dette omgrepet istaden for "kampkultur" fordi det er i dette omgrepet det meste av den sosiologiske forskinga tek utgangspunkt. Å sidestille desse omgrepa gjer det tydeleg at det er eit makttilhøve mellom ulike maskulinitetar. Slik Simonsen forstår maskuliniteten, så må denne forholde seg til ein eller annan form for eit dominerande maskulinitetsideal (Simonsen 2006:154).

Og ligesom Connell, der mente, at den rene hegemoniske maskulinitetsform ikke behøvede at være den mest almindelige, mener jeg også, at det er den form (blandt de forskjellige maskulinitetsformer), som alle mænd i en kultur er nødt til at forholde sig til og skabe deres egen maskulinitet i relation til. Problemet er blot at vi (...) kan "bebo" flere kulturer samtidig.

(Simonsen 2006:154)

Og kva er det Connell meiner?

Hegemonisk maskulinitet

R.W. Connell (2005) ynskjer å etablere ein vitenskap om relasjonen mellom menn. Ho meiner at den samfunnsvitenskaplege interessa for menn og maskulinitet er ein mangelvare, og at dette delvis kan skuldast at "there is no masculine entity whose occurrences in all societies we can generalize about" (Connell 2005:43). Det er lite som er konstant med omsyn til menn, utanom fysikken og relasjonen til feminitet. Maskulinitet og feminitet kan ikkje bli forstått åleine, men har berre meining i relasjon til einannan, "as a social demarcation and a cultural opposition" (Connell 2005:43). Ho skriv vidare at

To put the point in another and perhaps clearer way, it is *gender relations* that constitute a coherent object of knowledge for science. Knowledge of masculinity arises within the project of knowing gender relations. (...) Masculinities are configurations of practice structured by gender relations
(Connell 2005:44)

"Maskulinitet" er med andre ord å finne i ein kjønnsrelasjon, og den maskuline praksisen kjem til syne gjennom kropplege erfaringar, personlegskap og kultur (Connell 2005:71). Men det er ikkje berre mellom kvinner og menn at det fins ein kjønnsrelasjon. Denne er vel så viktig menn seg imellom. Ho meiner at det å

anarkjenne at det fins fleire maskulinitetar berre er det første skrittet mot å forstå samspelet mellom kjønn og klasse.

Variantane av maskulinitet er ulikt plasserte i høve til maktstrukturane i samfunnet. Dermed vil det også vere eit makttilhøve mellom menn, samstundes med at alle menn har ei overordna stilling til kvinner. Connell meiner at det er viktig å sjå på tilhøvet mellom dei ulike maskulinitetane fordi dei står i eit makttilhøve til einannan. Det er den hegemoniske maskuliniteten som har den sterkaste posisjonen, det vil seie at det er den som har mest makt. Connell si bruk av hegemoniomgrepet spring utifrå Antonio Gramsci sin bruk av det same omgrepet i sine klasseanalysar (Connell 2005:77). Gramsci nyttar omgrepet til å forklare ein kulturell dynamikk der ei gruppe gjer krav på, og held på, ein leiande posisjon i det sosiale liv (Connell 2005:77). Hegemoniet går parallelt med dei dominerande kulturelle straumningane i eit samfunn, og vil difor variere frå samfunn til samfunn.

Ein føresetnad for hegemoniet er dei kjønnsesifikke relasjonane mellom overordna og underordna grupper av menn i eit gitt samfunn (Connell 2005:78). Kven som har den hegemoniske posisjonen, eller kva han inneber, er ikkje statisk, men vil vere avhengig av økonomiske og teknologiske endringar i tida. Sjølv om den hegemoniske posisjonen er den dominerande posisjonen mellom menn, er det ikkje eit likskapsteikn mellom å vere ein mann i ein hegemonisk posisjon og det å ha mykje makt.

Hegemoni er eit uttrykk for makt, og mellom menn fins det altså eit ein maktdynamikk. Connell presenterar tre relasjonar mellom menn; hegemoni, undertrykkande og komplisert (Connell 2005:77). Desse tre står i sin tur i relasjon til samfunnet, gjennom større eller mindre grad av marginalisering. Vi må først sjå på relasjonen mellom maskulinitetane, for deretter å kunne avdekke kva for andre faktorar det er som har sitt virke innføre denne kjønnsrelasjonen, som til dømes klasse:

Hegemony, subordination and complicity, as just defined, are relations internal to the gender order. The interplay of gender with other structures such as class and race creates further relationships between masculinities.
(Connell 2005:80)

Modellen opnar for å analysere makt mellom dei ulike formene for maskulinitet, og dermed menn si makt over menn. Grupper av menn kombinerar

tilgongen til makt og pengar med bestemte legitimerande diskursar som oppretthald den dominansen gruppa har fått (Lorentzen 2006:124). Det er denne dominansen (autoriteten) som stadfestar den hegemoniske posisjonen, heller enn ei valdeleg form for maktposisjonering. Dersom det ikkje er faktorar til stades som kan utfordre hegemoniet, vil definisjonen på kva som er maskulint også bli ei forventning av kva det vil seie å vere maskulin. Dette vil gjere det nærast til ei kroppsleggjort forståing av kva som er maskulint (Connell 2005: 164). Kva er det så som er avgjerande for den maskuliniteten ein blir oppfatta som ein del av? Connell meiner at det som er med på å kjenneteikne ei underordna gruppe med menn (som altså ikkje vil kunne vere dominerande) er at det er feminine konnotasjonar knyta til gruppa. Som døme trekk ho fram homofile menn. Elles er det lite normative definisjonar å knyte til maskulinitet, for som Connell seier ”normative definitions of masculinity, as I have noted, face the problem that not many men actually meet the normative standards” (Connell 2005:79).

Connell sin modell er mykje nytta innføre maskulinitetsforskning (i denne oppgåva i Simonsen 2006, Lilleaas 2003, 2006, 2007). Omgrepet ”hegemonisk maskulinitet” har satt seg som omgrep, og mi forståing av hegemonisk maskulinitet er at det er ”det som menn har å forholde seg til”. Ein slik definisjon kan ein også finne hjå Simonsen (2006:148). Det er derimot ikkje uproblematisk å nytte denne modellen. For det første er det ikkje ei normativ forklaring på det å vere maskulin, utanom at det må sjåast i høve til feminitet. Å alltid sjå maskulinitet i relasjon til ein annan kjønnskategori, gjer at ein ikkje tek høgd for at kjønn kan bli forma internt i ein kjønnskategori (Slottemo 2000:9).

Til trass for det relasjonelle aspektet, og argumentet om at hegemonisk maskulinitet heng saman med det samfunnet mennene er ein del av, manglar Connell ein definisjon på kva hegemoni og maskulinitet er. Maskuliniteten blir forma i relasjonen mellom menn, og ulike grupper av menn vil forholde seg til kva det er som er hegemonisk. Men dei ulike gruppene av menn vil også ha ulike oppfatningar av kva som er hegemonisk fordi dei har ulike syn på/oppfatningar av samfunnet dei er ein del. Fordi maskulinitet og hegemoni er ulikt frå samfunn til samfunn står modellen på grensa til å vere for universell. Det er ikkje er rom for at det fins individuelle skil mellom menn, og Connell tek heller ikkje med moment som menn sine emosjonelle og rasjonalistiske sider (Lorentzen 2006). Det er ein dynamikk med omsyn til kva for maskulinitet som er den dominerande til einkvar tid, men det er

ikkje rom for mennene si individuelle endringspraksis, det vil seie dei mennene som ynskjer å kjempe imot og bryte ned den hegemoniske maskuliniteten og patriarkatet (Lorentzen 2006).

I forlenginga av at det er ein for universalistisk modell; kan dei individuelle skila mellom menn utelukkande grunnjevast med dei ulike formene for maskulinitet? Kva med klasseperspektivet? Som det er peika på tidlegare skriv Connell at underordna grupper av menn har feminine konnotasjonar knyta til seg. Underordna grupper av menn vil altså seie dei gruppene som ikkje er hegemoniske. Men det er ikkje feminine konnotasjonar som gjer til dømes arbeidarklassemenn underordna. Her vil det vere andre (makt-)faktorar som er avgjerande. Dette er noko som forsvinn med Connell sitt utelukkande fokus på kjønn.

Connell problematiserar tydinga av klasse i liten grad fordi ho meiner at maskulinitetsvitskapen ikkje har kome langt nok enno (Connell 2005:44). Vil dette seie at kjønnsrelasjonen er viktigare enn klasserelasjonen? I avslutningskapitlet skriv ho at:

Class, race and generational differences, to recall a familiar argument, cross-cut the category "men", spreading the gains and costs of gender relations very unevenly among men. The different situations defined by these structures are among the important bases of diversity in gender practices and consciousness, that is to say, among patterns of masculinity. Should we therefore abandon the category "men" altogether? (Connell 2005:249)

Men utelukkar det eine det andre? Connell seier vidare at det ville vore eit større mistak å forby kategorien "mann" enn å "tingleggjere" han (Connell 2005:249) Men det er ikkje eit mål å ta bort kategorien menn. Dersom ein skal oppnå det Connell ynskjer, nemleg å ha på plass ein meningsfull vitskap om maskulinitet, er det naudsynt å ha ein heilskapleg vitskap, og då må ein inkludere alle perspektiva på maskulinitet – også klasseperspektivet. Berre ved å inkludere dette kan ein få kunnskap om dei maktmekanismene som spelar inn. Desse kan vere avhengige av kjønn, men det er likevel ikkje sikkert at kjønn har ein direkte effekt.

Kampanjen

Bakgrunnen for kampanjen

Årleg er det omlag like mange kvinner og menn som blir råka av kreft, men fleire menn døyr som ei følgje av han. Då Kreftforeningen sette igong kampanjen ”Menn og kreft” var det utifrå ein hypotese om at menn ikkje har god nok kontakt med helsevesenet og at dei ikkje har nok kunnskap knyta til kreft (Bismo). Denne hypotesen hadde delvis vakse ut ifrå eigne erfaringar om kven som er i kontakt med Kreftforeningen; hovudvekta av dei som tek kontakt er kvinner (Bismo). Etter å ha gjennomført undersøkingar om menn og kvinner sin kunnskap om sjukdom og relasjonen til lege (som eg vil kome meir attende til seinare i dette kapitlet) vart det klart at dei som har dårlegast kunnskap om sjukdom, og dårlegast kontakt med helsevesenet, er lågare utdanna menn over 40 år. Målet med ”Menn og kreft”-kampanjen vart dermed å nå ut til så mange som mogleg i denne delen av befolkninga for å auke kunnskapen om kreft og dermed senke dødelegskapen for menn med kreft.

Dette målet er det ikkje berre Kreftforeningen som har. Som nemnd innleiingsvis er det eit mål også på nasjonalt plan å auke den ålmenne kunnskapen om kreft, og om sjukdom generelt. I Stortingsmelding 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* står det at det er eit statleg ansvar at kvar enkelt har dei same moglegheitene for å kunne leve eit mest mogleg risikofritt liv, i den grad helsa skuldast sosiale og ikkje biologiske faktorar. Ein måte å nærme seg dette målet på, er gjennom *helseopplysningskampanjar*, som tilsvarar det som blir omtala som helsereklame eller sosial marknadsføring i denne oppgåva:

Helseopplysningskampanjer har hatt stor betydning for endringer i befolkningens helseatferd, men vi vet samtidig at kampanjene ofte treffer best i de delene av befolkningen som har sunnest livsstil. Derfor er det

nødvendig å utforme nye kampanjer slik at de treffer målgruppene best mulig, også i et sosialt perspektiv. (Stortingsmelding 20 2006-2007:50)

”Menn og kreft”- kampanjen er eit døme på ein slik helseopplysingkampanje. Kampanjen spenner over tre år, med startskot i november 2006. Vekene etter kampanjestarten var det presseoppslag i fleire medier: i tv, aviser og magasin (Holen). Den største satsinga i kampanjen er nettstaden www.mennogkreft.no. Sida er meint som å vere ei opplysningsside for mennene i målgruppa, der dei kan få informasjon om dei vanlegaste formene for kreft, samt symptom på desse. Ved å nytte nettet som informasjonskanal var målet at informasjonen skulle nå ut til så mange som mogleg (Bismo). I motsetnad til pressedeckninga, som avtok etter ei tid, skal nettstaden eksistere så lenge kampanjen går, altså ut 2009. I kampanjeveka (veke 41 kvart år) blir nettsida derimot endra for å tilpassast tema for året. Det er sida slik ho var det første året som er utgangspunktet for denne analysen.

Reklamebyrået ynska å lage ei nettside der det vart laga ei ”abonnementsordning” for menn, og kor dei ville bli kalla inn til jamlege legebepesøk. Kreftforeningen ville derimot ikkje at nettstaden skulle fungere som ei oppfordring til å gå til legen (Bismo), men heller at sida skulle auke kunnskapsnivået til menn om kroppen deira. Det er berre dersom mannen finn noko unormalt ved kroppen sin at han skal kontakte legen. Utifrå dette er det vald ut fem former for kreft. Seleksjonen gjekk på dei formene for kreft som berre råkar menn (testikkelkreft og prostatakreft) og tre vanlege krefttypar (lungekreft, mage- og tarmkreft og føflekkreft).

Her er Kreftforeningen på linje med nasjonale mål, som kjem fram mellom anna i Stortingsmelding 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Her kjem det individuelle ansvaret til syne, sjølv om det blir lagt vekt på sosiale bakgrunnsvariablar i forklaringa på kven som er disponert for ulik helsetilstand. *Resept for et sunnere Norge* vektlegg spesielt den enkelte sine val og ansvar for å oppnå god helse. Samstundes er det eit uttalt politisk mål å gjere dei sunne vala lettare tilgjengeleg gjennom kunnskapsformidling og haldningspåverknad (Bismo). Målet for helsepolitikken er mellom anna å redusere helseskila mellom kjønn og mellom ulike sosiale grupper. Dette blir og vidareført i *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St.meld. nr 20 (2006-2007)). I førekant av kampanjen vart det gjennomført undersøkingar for å finne meir ut av kvar desse skila går. Her det lagt vekt på kunnskapen om kreft og kontakten med helsevesenet.

Undersøkingane bak kampanjen

I førekant av kampanjen vart det laga tre undersøkingar; *Befolkningsundersøkinga*, *Allmennlegeundersøkinga* og *Pasientundersøkinga* (2006). Desse undersøkingane vart gjort for å finne ut kva forhold befolkninga har til helsevesenet, kva kunnskap dei har om kropp og sjukdom og om dei kjenner til symptom på kreft. I denne oppgåva har eg av desse tre fått tilgong til *Pasientundersøkinga* (2006). I tillegg til dette har eg fått ein innsiktsrapport om kunnskap om kreft (*Innsiktsrapporten – tidlig diagnose* 2006).

Både rapportane som er med her er utarbeidd av Kreftforeningen. Innsiktsrapporten skal sjå nærare på fakta kring temaet menn og kreft, det vere seg alder på dei som blir råka av kreft eller kva for ei kreftform dei får. Pasientundersøkinga er laga for å finne ut kva kunnskap som fins om symptom på kreft blant menneske som har eller har hatt kreft.

Innsiktsrapporten – tidlig diagnose

Hensikten er å gi eit fagleg grunnlag for Kreftforeningen si satsing på menn og kreft. Rapporten har danna fundamentet for utviklinga av prosjektet sin overordna strategi, kommunikasjonsplanen og tiltaksplanen for satsingsperioden. Kreftregisteret og SSB er nytta som primære ressursar for data. Problemstillingar som blir diskuterte er om menn undertrykker symptoma sine og dermed kjem for seint til legen?, om menn får kreft seinare i livet enn kvinner og dermed er svakare til å ta opp kampen? og om menn får kreftsjukdommar som er vanskelegare å diagnostisere og behandle enn kvinner sine?

Det som kjem fram av undersøkinga når det gjeld føflekkreft eller andre former for kreft som råkar både kjønn, er at det ikkje er noko statistisk belegg for at menn ventar for lenge med å oppsøke legen fordi dei undertrykk symptoma. Å undertrykkje symptoma er altså ikkje ei plausibel nok forklaring (*Innsiktsrapporten*:17). Det er ingen signifikant skilnad i alder ved utvikling av krefttypar hjå kvinner og menn, utanom ved brystkreft og prostatakreft der den sistnemnde er vanskelegare å diagnostisere. Utanom desse to formene for kreft fins det derimot ikkje belegg for å hevde at det er skil mellom menn og kvinner når det gjeld vanskar knyta til diagnostisering og behandling av kreft.

Det er ikkje store skil mellom kjønna når det gjeld å ha fast kontakt med legen sin (Innsiktsrapporten:12). Skilnaden blir derimot tydelegare om ein kontrollerar for familiefase. Blant einslege forsørgjarar er det markant færre menn enn kvinner som har ein fast legerelasjon. Blant menn og kvinner i parforhold er det derimot ein svært liten skilnad. Førestillinga som var til stades blant informantane, om at det er den kvinnelege parten i mannen sitt liv (kone, sambuar, mor) som er ansvarleg for at mannen kjem til legen, får dermed støtte i denne undersøkinga.

Pasientundersøkinga

Målet med denne undersøkinga (Pasientundersøkinga 2006) var å få vite kva for kunnskap folk som anten har eller har hatt kreft sit med i høve til symptom på kreft, og helse generelt. Kor lenge ein gjekk med symptom før ein sjekka seg, kommunikasjonen på legekantoret, korleis kreften vart oppdaga og kor mykje informantane kan om kreft, er blant dei spørsmåla det er blitt spurt om (Pasientundersøkinga:5). Målgruppa er både kvinner og menn over 18 år.

Når det gjeld kommunikasjonen på legekantoret syner undersøkinga at menn lettare snakkar om fakta enn om kjensler (77% menn mot 62% kvinner), og at dei med lågare utdanning har lettare for å snakke om fakta enn om kjensler enn dei med høgare utdanning. Det er ikkje stor kjønnskilnad på spørsmålet om ein er oppteken av eigen helse, men fleire kvinner enn menn kjenner til symptom på kreft. Yngre informantar kjenner til fleire symptom på kreft enn dei eldre. Det er ein signifikant samanheng med utdanningsnivået; dei med høg utdanning møter meir førebudd til eit legebesøk og dei kjenner betre til symptoma på kreft.

Det er fleire menn enn kvinner som har oppsøkt legen etter oppfordring frå partner, sambuar eller ektefelle. Men det er ikkje tydelege kjønnskil når det gjeld å bagatellisere symptom eller om ein hadde tydelege plagar då ein oppsøkte legen. Dobbelt så mange menn enn kvinner seier at dei gjekk med symptom i meir enn 6 månader før dei oppøkte legen. I venteperioden (før ein oppsøker lege) snakkar kreftramma først og fremst med familie og vener. 45 % har likevel snakka med legen sin i denne perioden. 12% har ikkje snakka med nokon og 6% med Kreftforeningen. Menn snakkar i større grad med legen i denne perioden, medan kvinner heller snakkar med familie og vener.

Over tre gonger så mange menn som kvinner seier at sjukdommen vart oppdaga ved rutinekontroll. Yngre folk oppdagar i større grad symptoma sjølv, men

må ha oppfordring frå familie og vener før dei går til legen. Dei eldre er dei som ventar lengst med å gå til legen, og 27% av dei over 60 år ventar meir enn 6 månader. Dei med grunnskuleutdanning oppsøker lege på oppfordring av partner i større grad enn dei med høgare utdanning. Det er og desse som går lengst med symptom før dei oppsøkar lege.

Det som kjem fram i undersøkingane er at det ikkje er store skil mellom menn og kvinner. Når det gjeld det å diagnostisere kreften, skil prostatakraft seg frå dei andre formene for kreft. Dette er truleg tett knytt til at han er den vanskelegaste å diagnostisera av alle formene for kreft; det er vanleg at den indre delen av prostatakjertelen byrjer å vekse hjå menn når dei kjem i 40-50 års alderen. Dette er som oftast ein godarta prostatavekst, men han kan vere vanskeleg å skilje frå ein vondarta vekst (Brosjyren om prostatakraft:5). Ved testikkelkreft eller brystkreft vil svulsten vere synlegare og dermed lettare å oppdage.

Dei skila som kjem fram med omsyn til kontakten med helsepersonell, med omsyn til kunnskapsnivå og med omsyn til om ein er oppteken av eigen helse, har alle samanheng med både alder og utdanningsnivå. Yngre informantar med høgare utdanning har meir kunnskap og er flinkare til å snakke om sjukdommen, uavhengig av kjønn. Det ser med andre ord ut som at klassevariablar (utdanning og alder) har meir å seie for kontakten med helsevesenet, enn kjønn.

"Menn og kreft"-kampanjen

Kampanjen er laga i samarbeid mellom Kreftforeningen og Virtual Garden reklamebyrå (også referert til som VG). Kreftforeningen har hatt det faglege ansvaret og bidratt med datagrunnlaget som reklamebyrået arbeidde utifrå. Reklamebyrået har hatt hovudansvaret for utforminga av nettstaden og Steinar. Dei to aktørane samarbeidde under heile prosessen, men som kunde var det Kreftforeningen som hadde det siste ordet ved eventuelle usemjer.

Kampanjen starta på ein brannstasjon, "et sted som er assosiert med målgruppa" (Holen). Dei første vekene etter at kampanjen starta var Steinar som sagt synleg på tv, i aviser og i vekeblad (Holen). Etter at merksemda frå media hadde lagt seg, var det frå Kreftforeningen si side nettstaden som skulle fungere som

kampanjestrategi (Bismo). Å nytte internett er ein ny måte å drive kampanje på for Kreftforeningen (Stensrud⁹), noko som ikkje andre årsaker enn at internett ikkje har vore eit så utbreidd medium som det er no når tidlegare kampanjar har funne stad.

Sida skal fungere som ein stad der mennene kan gå for å få informasjon. Sjølv om sida endrar seg ein gong i året, er ”Steinar” heile tida figuren som presenterar informasjon, og all informasjonen som er å oppdrive på sida blir presentert av han. Han rettleiar brukaren gjennom symptoma til dei overnemnde krefttypane, og fortel kort korleis ein blir behandla dersom ein blir råka av kreft. I tillegg til det Steinar fortel, er det ei liste over symptom ved sida av han. Eg vil kome meir attende til Steinar i kapittel 5. Det er ein link til Kreftforeningen sine heimesider på kvar side ein er inne på, og ein blir vist til desse dersom ein ynskjer meir informasjon enn det som blir sagt. Den informasjonen som er å hente på Kreftforeningen sine heimesider er meir utfyllande, og kan jamførast med informasjonsbrosjyrane som er å finne i Kreftforeningen sine lokal. Desse brosjyrane vil eg kome attende til seinare i kapitlet.

Det som skil denne kampanjen frå tidlegare kampanjar er altså bruken av internett. Å bruke eit reklamebyrå i utarbeidinga av slike kampanjar er derimot gjort tidlegare, og eg skal sjå nærare på to av desse.

Tidlegare kampanjar hjå Kreftforeningen

Eg har sett på to tidlegare kampanjar i regi av Kreftforeningen. Den tidlegaste går attende til 1993. Den eine har dreia seg om soling (*Trynefaktor*) og den andre om passiv røyking (*Georg*). I første omgang hadde ikkje desse kampanjane ei like spesifisert målgruppe som ”Menn og kreft”. ”Trynefaktor”-kampanjen skulle nå ungdom og ”Georg”-kampanjen skulle nå både born og foreldre. Etterkvart som ein kartla kor kampanjane hadde effekt og kor dei hadde mindre effekt, vart målgruppene meir spesifiserte.

Det har vore kampanjar om soling også i etterkant av ”Trynefaktor”. Kreftforeningen har hatt vedlegg om soling i vekeblad og det har vore eigne informasjonskampanjar retta mot barnehagar.

⁹ Referansane er til Mona Stensrud hjå Kreftforeningen. Eg hadde ein samtale med ho i mai 2007. I tillegg fekk eg tilgong til det kampanjematerialet som er referert til her samt informasjon om strategiane bak kampanjane.

Trynefaktor

Denne kampanjen var eit femårsprosjekt. Han vart først retta mot ungdom mellom 16 og 25 år i byen, og spesielt jenter. Etterkvart endra han karakter og vende seg istaden mot gutar i den same aldersgruppa. Målet var å få gutar til å smøre seg med solkrem og kampanjen frekventerte dermed mest i påsketider. Målet var å gjere "Trynefaktor" til ein merkevare (Stensrud) og logoen var å finne på panneband, på halstørkle, på skjerf, t-skjorter og på heiskort. Ein fekk solvettreglar som klistermerkar og på postkort. Det ironiske slagordet var "Det er ikke tøft å smøre seg", og i annonsane vart dette følgt opp av bilete som synte konsekvensen av å ikkje smøre seg. Kampanjen var eit samarbeid med Piz Buin (solkremmerke) og Natusan, som har ein serie med hudpleieprodukt.

Kjetil Andre Aamodt var frontfigur for kampanjen og figurerte på to ulike reklameplakatar. Den eine var ei snill utgåve der han har blikket retta mot kameraet. Den andre er ei tøff utgåve der han "et" ein skistav. Antakinga før kampanjen var at gutar måtte snakkast til på ein annan måte enn til foreldre og born og at dei i den alderen heller ikkje høyrer på autoritetar. Aamodt var på denne tida ei stor idrettsstjerne, og var difor førespeila å vere ein person som gutane ville lytte til. Annonsane vart trykka i avis og blader som VG, *TOPP*, *Spirit* og *Vi menn* (Stensrud).

Georg

Georg er ein sjiraff som vart laga for å gjere det lettare for helsepersonell å snakke om passiv røyking. Kampanjen vart retta mot born og foreldre på ein gong. Helsestasjonane retta seg mot borna medan barselstovene retta seg mot foreldra. På den sistnemnde staden vart det dela ut smekker og t-skjorter med Georg som seier at "Ren luft i lungene er godt for meg og ungene". I tillegg til utdelinga av klede på barselsstova var han og å få som servise, som smekke, som høgdemålar og som plysdyr på helsestasjonar. Men både på barselstovene og på helsestasjonane var det nesten utelukkande mødre som vart trefte. Difor vart det laga ein ny kampanje som skulle sendast i andre kanalar der ein kunne nå far.

I denne kampanjen er Georg borte. Han er meir lik tradisjonell reklame som er å finne på plakatar i det offentlege rom, og går direkte på menn sitt samspel med born. Bodskapen er tydeleg og målretta; plakaten og heftet som vart delt ut hadde bilete av far og son, der faren har kledd på sonen. På det siste bilete (eller det einaste bilete som

er tilfellet med plakaten) sit sonen på fanget til faren med hjelm, anna verneutstyr og redningsvest. Faren sit med ein sigarett i munnen. Teksten er ”Har du tenkt på alt?”. Reklamen var å sjå i aviser, blader og på trikkar.

Lik ”Menn og kreft”-kampanjen så har det også i desse kampanjane vore utpeika ei målgruppe. Kampanjane er likevel mindre i omfang. Fordi ein ikkje har den same fridomen som internett gir i utforminga, må budskapet i reklamen må difor kome fram på ei papirsida, noko som tek vekk moglegheitene for å ha like mykje informasjon som det Steinar kjem med. Dette er og synleg på plakatan; verknaden skal kome ved hjelp av eit enkelt bilete. Som det vil kome fram i kapittel 6, er tanken at både dialekten og aktivitetane til Steinar er hjelpemiddel som skal fange målgruppa. Faktorar som dette gjer at det er større spelerom for å nå ei målgruppe når ein kan nytte internett.

Øvrig informasjon frå Kreftforeningen

Utanom kampanjane har Kreftforeningen material som er tilgjengeleg på nettstaden, i lokala deira eller til å få tilsendt. Dette informasjonsmaterialet er laga av Kreftforeningen, i samarbeid med faglege konsulentar. Desse har eit meir klinisk preg enn kampanjane. Det fins brosjyrar som tek opp tema som er knytt til kreft (*Til deg som er pårørende* og *Kreft og seksualitet*) og det fins brosjyrar som tek føre seg dei ulike formene for kreft. Her er det den sistnemnde gruppa av brosjyrar som blir undersøkt: *Underlivskreft*, *Testikkelkreft*, *Prostatakreft*, *Brystkreft* og *Undersøk brystene sjølv*. Desse brosjyrane er valde fordi dei handlar om kreftformer som er kjønnsesifikke.

Alle brosjyrane er bygd opp på same måte. Dei har ei kort og generell innleiing om kreft, og ein eigen del om den spesifikke krefttypen. Det blir og sagt kva brosjyren skal gi kunnskap om, og kor ein kan få meir kunnskap om denne forma for kreft. ”Brosjyren gir ikke svar på individuelle spørsmål, men den kan gjøre det enklere å stille spørsmål for alle som blir berørt. Snakk derfor med behandlende lege, sykepleier eller annet helsepersonell om det du ikke finner svar på” (Prostatakreft og Underlivskreft:3). I brosjyren for testikkelkreft står det same, berre formulert på ein annan måte. Brosjyrane for brystkreft skil seg frå dei andre. Her er eit faktaskriv som tek opp årsak, symptom, utbreiing, sjølvundersøking og behandling av brystkreft. Det

andre faktaarket har informasjon om korleis kvinner kan undersøke brystene sjølv. Her står det ikkje om kartlegging eller behandling, men utelukkande om kor ofte ein bør undersøke seg sjølv, korleis ein skal gjere det og kva ein skal sjå etter. Til saman er desse to brosjyrane langt på veg like dei tre førstnemnde, men dei manglar delen om konsekvensar av behandlinga og råd før møtet med legen, som dei andre har.

Etter innleiinga skriv dei øvrige brosjyrane om kartleggingsprosessen ved kreft, om korleis ein går fram for å finne ut om nokon har kreft og kva symptom kreftformene kan ha. Så blir det gitt ei forklaring på korleis behandlinga går føre seg. Her er det først ein del om behandling av kreft på generelt grunnlag før det blir greia ut om den spesifikke kreftforma. Vidare blir konsekvensane av sjukdommen og behandlinga forklart. Etter dette er det ein generell del som går på Kreftforeningen sine tilbod, samt pasientforeiningar, råd før møtet med legen og ordforklaringsar.

Brosjyren for testikkelkreft er trykka i 2002 medan dei andre er trykte i 2005/2006. Oppbygginga er som nemnd ganske lik, utanom større eller mindre språklege skil. Det ser ut til at Kreftforeningen har gått over til ein annan layout, for dei tre andre brosjyrane er like. Testikkelkreftbrosjyren har også to pasientintervju og eit eige kapittel om seksualitet og evna til å få barn. Dette fins ikkje i nokre av dei andre brosjyrane.

Brosjyren for testikkelkreft skil seg ut i lay outen ved at han er illustrert med fleire bilete. Det er bilete av statuer med menn i ulike positurar; tenkande, berande, omfamnande. I brosjyren for prostatakreft finn ein ikkje denne type bilete; her er det menn (av kjøt og blod) som er i fokus. Det kan anten vere berre ein kroppsdel (eit fot, eit profilbilete av andletet), eller i samvær med ei kvinne. I brosjyren for brystkreft ser ein berre eit bilete av ei dame som undersøkar sine eigne bryst, medan brosjyren for underlivskreft berre syner ei dame springe langs ei strand saman med to ungar. Felles for alle bileta er at havet ofte er ein del av bilete.

Alle brosjyrane har eit konkret språk. Det er kort og presis informasjon om det som blir presentert, og det er ein distanse til lesaren: ”Rehabilitering betyr ikke alltid at man kommer tilbake til det utgangspunktet som var, men at hver enkelt ut fra egne forutsetninger bygger seg opp igjen så mye som mulig” (Underlivskreft:17). Informasjonen blir ikkje pakka inn på nokon måte, men lagt fram ryddig og formelt. Når det står om kartlegginga av kreften, blir dette følgt opp med illustrasjon og ei forklaring av illustrasjonen : ”Manuell undersøkelse: Legen fører en finger gjennom endetarmsåpningen. Kreftvevet kjennes gjerne hardt og knudret, og ikke elastisk og

jevnt som normalt prostatavev” (Prostatakraft:11). Avstanden til lesaren, og det konkrete, forklarande og direkte språket er felles for alle dei fire brosjyrane.

Makt i språket

Kampanjane har dels eit anna føremål enn informasjonsbrosjyrane. Som ein del av den sosiale marknadsføringa har dei ei ynska målgruppe å nå ut til. Det vil seie dei som har minst kunnskap om kreft, som er lågare utdanna menn over 40 år. Dette leier til at kampanjane oppsøker målgruppa si, medan informasjonsbrosjyrane er eit tilbod til menneske som søker informasjon på eigen hand. Som det er sagt, er brosjyrane like, og tek ikkje omsyn til dei skila som måtte vere mellom dei ulike målgruppene. Å ha ei definert målgruppe ein ynskjer å nå, gjer at det må takast andre omsyn i utarbeidinga av kampanjen. For at det skal vere eit poeng med kampanjane, må Kreftforeningen og det aktuelle reklamebyrået nytte fagleg bakgrunnsstoff samstundes som dei spelar på den forventta oppførselen om denne målgruppa. I ”Menn og kreft”-kampanjen er det til dømes fleire undersøkingar som kartlegg skilnadene i helsevesenet. også med omsyn til utbreiinga av kreft målt etter alder, utdanning eller kjønn (eller alle). Det endelege resultatet som er synleg i kampanjen, er likevel ei kopling av denne kunnskapen, og den kunnskapen som fins i institusjonane bak kampanjen. Dette er tema for kapittel 6.

Desse årsakene er delvis forklarande for kvifor kampanjen og informasjonsbrosjyrane skil seg frå einannan. Ein måte som desse ulikskapane kjem til syne på, er gjennom det som dei informerar om. Kampanjane har ein tydelegare agenda med det som blir sagt, og eit mindre fagområde som skal fyllast med kunnskap. Alle dei tre kampanjane som er nemnt i dette kapitlet har ulike målgrupper. Sjølv om alle er ute etter å førebyggje (ei form for) kreft, har dei ulike måtar å fortelje korleis dette bør gjerast. Her skil ”Georg” og ”Trynefaktor” seg frå ”Steinar” fordi dei ikkje er verbale, men berre har eit stillestående bilete og ein kort tekst å formidle den same type informasjon på. Steinar står friare til å fortelje meir, men held seg likevel innføre rammene av informasjon som det er forventat at målgruppa vil respondere på. Informasjonsbrosjyrane er like med omsyn til kva som blir sagt og korleis dette blir sagt. Dei spenner over eit breiare felt med omsyn til kreft, og har som sagt

informasjon om sjølve kreften og eventuelle etterverknader av det å få stilt ein kreftdiagnose.

I forlenginga av dette skil informasjonsbrosjyrane seg også i høve til kva type kunnskap som blir presentert. Brosjyrane har gjennomgåande eit høgt kunnskapsnivå, og gir dermed ei meir generell kunnskapsauke om kreft. Formatet til kampanjane gir mindre rom for fagleg framsyning. Det er ikkje den generelle kunnskapen om farane ved kreft som tilsynelatande treng eit løft, det er venta at målgruppa heller har bruk for ein mindre omfattande, og meir spesifisert kunnskap.

Det som er felles for brosjyrane og kampanjane, er at dei båe er ein del av stortingsmeldingane sine ynskjer om helseopplysning. Men fordi ”Menn og kreft”-kampanjen er meir spesifikk i høve til kven dei skal nå, er det andre og fleire faktorar som spelar inn i utforminga og framsyninga av kampanjen enn berre den informasjonen Steinar kjem med. Som språket.

Å gjere noko språkleg inneber ein maktteknikk (Foucault 1999a). Det vil seie at det er ein relasjon mellom den som lyttar og den som snakkar. Samtalen og interaksjonen inneber at vi føregrip den andre sin tale, og deretter opnar eit rom i oss sjølv for den andre (Engelstad 2005). Dette er ein måte å sjå korleis makta er verksam gjennom språket. Det vil seie at det er ein relasjon mellom Steinar og brukaren av nettsida, der sistnemnde ynskjer å ”ta del” i det som blir sagt.

Steinar formidlar kunnskap gjennom det han seier. Kunnskapen han gir brukaren får ein disiplinerande verknad gjennom den språklege handlinga i det at det han leier til ein bestemt aktivitet. Det Steinar fortel om symptoma på kreft, og den haldninga han signaliserar til det å undersøke seg, blir det som målgruppa vil forholde seg til om desse tema – han fortel det dei vil oppfatte som ”sanninga” om korleis ein kan handtere mistankar om kreft. Den kunnskapen vi får gjennom Steinar er dermed med på å regulere den oppfatninga målgruppa vil ha om seg og sin væremåte (Alvesson og Sköldbberg 1994:305). Steinar presenterar kunnskap som har som mål å endre ein måte å snakke om menn og helse på, og han er dermed med på å endre diskursane i feltet. At presentasjonen til Steinar er ulik presentasjonen i informasjonsbrosjyrane skuldast det som blir sagt, men det kan og vere delvis grunna i at kunnskapen i kampanjen blir formidla gjennom eit reklamespråk.

Når Kreftforeningen og Virtual Garden samarbeidar om å lage ein kampanje, er det to forståingar og kunnskapar om menn og helse som blir presentert som ein felles kunnskap. Virtual Garden har ikkje hatt eit like stort fagleg ansvar som

Kreftforeningen. Likevel – utarbeidinga har gått føre seg som ein prosess der både institusjonane har kome med innspel på korleis det endelege resultatet er blitt. Kan det som blir sagt i det heile tatt skiljast frå korleis det blir sagt? Når Steinar presenterar informasjon er sjølv presentasjonen like gjennomtenkt som det han presenterar. Slik er det som blir sagt, og måten det blir sagt på avhengig av einannan. Dette er eit resultat av at det er to institusjonar som er ansvarlege for han. Dersom Kreftforeningen har hatt eit ynskje om kva som skulle bli presentert og Virtual Garden ikkje trur at dette vil nå målgruppa, så må Kreftforeningen endre det dei vil ha sagt slik at det blir tilpassa den rette målgruppa. Det er motstand som dette som gjer at makta kan fungere (Foucault 1999a). Når Kreftforeningen eller Virtual Garden ikkje får det ”som dei vil”, så må dei endre på den kunnskapen som skal presenterast. Dette blir gjort ved å samle inn ny kunnskap til dei finn den forma for presentasjon som både institusjonane meiner at kan fungere på målgruppa sine premiss.

At informasjonsbrosjyrane har eit fagleg språk, gjer at vi får tak i dei faglege sidene ved kreft. Men Steinar gir mennene i målgruppa meir enn fagleg informasjon om kreft; han snakkar eit reklametilpassa språk, og i tillegg til at han presenterar fakta om kreft har han også ei haldning til kreft som er synleg i oppførselen hans.

På denne måten koplar Steinar saman ulike diskursar, og altså ulike måtar å snakke om, og forholde seg til, menn si haldning til helse. Slik blir ulike ”kunnskapar” kopla saman, som diskursar om lågare utdanna menn, eller diskursar om korleis desse bør sjekke kroppen for symptom på kreft. I høve til Foucault sitt syn på den verknaden diskursane har, så vil denne språkleggjeringa ha konsekvensar for korleis vi forstår menn og helse (Foucault 1999a). Idet Steinar syner ei haldning om korleis målgruppa bør handle med omsyn til kreft, vil dette vere ein kunnskap vi (vitjarane av nettsida) tek til oss fordi kunnskapen er utleidd av dei institusjonane Steinar er ein del av. Språket får dermed makt gjennom kunnskapen som blir formidla frå institusjonane.

Det språket som blir nytta i presentasjonen syner dei forventingane som fins om menn si haldning til sjukdom. Dette vil ikkje seie at Kreftforeningen eller Virtual Garden har makt i kraft av den kunnskapen dei sit med, eller det hegemoniet dei måtte ha på sitt felt. Men den kunnskapen dei synleggjer får makt i møte med dei som ser reklamen. Steinar skal lære mennene ein diskurs som inkluderar ein aktivitet om eigen kropp og sjukdom. At diskursen ”inkluderar ein aktivitet” vil seie at dei diskursane mennene kjenner om kreft vil innebære at dei veit korleis dei skal sjekke kroppen sin.

Dermed blir språket disiplinerande fordi det leier til handling. Diskursane som blir nytta er regulerande for dei oppfatningane sjåarane har om menn og sjukdom (Foucault 1999a). Korleis Steinar ser ut, og kva det er han presenterar er tema for kapittel 5.

Steinar

Steinar. Eit resultat av kunnskap.

Steinar er blitt til ved ei blanding av undersøkingane til Kreftforeningen og Virtual Garden sine hypotesar om menn. Gruppa som arbeidde med Steinar hjå VG var i same aldersgruppe som Steinar, noko som Holen trekte fram som ein styrke fordi desse lettare ville kunne forstå målgruppa sine premiss. Utsjånaden og framtoninga til Steinar er VG sitt arbeid, men han er blitt slik han er etter klargjering med Kreftforeningen. Å lande på ein animert og lite fagleg orientert figur var medvite for å unngå å skremme brukarane vekk frå staden. Det måtte vere ein type som ikkje var for alvorleg, då dette kunne virke mot sin hensikt (Holen). Difor er det og ei utbreidd bruk av humor – for at brukarane av sida skal vite kven dei har å forholde seg til.

Utsjånad

Medan sida blir lasta opp er Steinar heile tida i aktivitet. Anten rører han på seg eller så nynnar han. At internettsider lastar seg opp er truleg noko brukarane er byrja å bli van med ettersom bruken av internett har blitt vanlegare. Det at Steinar likevel gjer noko ut av seg medan han ventar på at sida er ”klar”, og at han ikkje forblir passiv, kan likevel vere eit ledd i å halde på brukaren av nettstaden. Dersom det blir for mykje venting og ein ikkje veit kva ein har i vente er det grunn til å tru at fleire hadde vald å vente på presentasjonen.

Steinar startar presentasjonen med å kle av seg til han står att naken. Deretter kjem han med nokre generelle fråsegn om at brukaren ikkje ”ser ut som ein ungsau”¹⁰ og faktasetningar som at sjansen for kreft aukar med alderen. Han forsikrar brukaren

¹⁰ Alle sitat frå Steinar er henta frå www.menogkreft.no, fram til veke 46/2007. Nettsida endrar innhald ein gong i året, i kampanjeveka til Kreftforeningen. Alle sitata som er frå Steinar i denne oppgåva er difor ikkje å oppdrive lenger. Steinar er framleis hovudfiguren på sida, og har ikkje endra korkje utsjånad eller dialekt sidan førre utgåve.

om at han kan slappe av då faren for kreft ikkje er særleg stor. Men han understrekar at det er risikomoment til stades og at desse aukar saman med leveåra. Ved å ha Steinar som ein animert figur, blir det skapt ein viss avstand til brukaren (Holen), kanskje spesielt med omsyn til at han er naken.

Steinar har ein krins av hår rundt hovudet, han har ingen definerte musklar, men pondus og store, overproporsjonerte (menneskelege, ikkje-animerte) hender. Bortsett frå at han er animert, kan han jamstillast med menn i målgruppa for kampanjen; menn over 40 år. At han ikkje ser særleg sprek eller "kjekk" er med på å ufarleggjere Steinar si rolle som ekspert. Utsjånaden til Steinar skal på denne måten halde på merksemda til brukaren.

(...) vi hadde en diskusjon på om vi skulle ha en virkelig person enn en strek. Jevnt over kan vi tillate oss mere... for å få det slik vi skulle, altså det er en stor forskjell på å ha en lege til å si noe som en slik figur. Står friere ved en animert. Fordelen med en animert figur er at han kan snakke... han har et språk og en drakt som ufarliggjør dette. (...) Med hendene.. som er overdimensjonerte blir det enda tydeligere at... det setter det litt mer ut at han er en fantasifigur da. Vi hadde store diskusjoner, i forhold til håret, altså hvor mye hår han skulle ha. Skulle han ha krans rundt hodet. Sånne detaljer er veldig viktige.

(Holen)

Den nakne kroppen kan ha to funksjonar. Den eine trer fram med ein gong presentasjonen startar. At Steinar opptrer naken kan gjere at brukaren senkar skuldra fordi det ikkje gir inntrykk av eit faktisk legebesøk. Dette kan vere eit resultat av den ufarleggjeringa Holen trakk fram som viktig. Kan hende er det også viktig for brukaren å kjenne at han er i ein kontrollposisjon og at snakket om sjukdom (førebels) ikkje har noko med han å gjere direkte.

Lenger ut i presentasjonen nyttar Steinar kroppen for å syne kor dei ulike krefttypane er lokaliserte. Dette er spesielt tydeleg når det handlar om dei delane av kroppen som menn er åleine om; testiklane og prostata. I presentasjonen av lungekreft er kroppen eit reiskap for å undertreke eit poeng. Til dømes hostar han ut lungene sine i eit anfall av røyk(?)-hoste når han snakkar om lungekreft. Han nyttar også kroppen for å illustrere korleis ein kan sjekke kroppsdelane for symptom på kreft. Når han snakkar om testikkelkreft tek han eit grepa tak om testiklane (og fortel brukaren når dette er lettast å få det til skikkeleg), og forklarar kva som kunne vore eit symptom på

kreft. Når det er snakk om prostatakreft tek han med brukaren på ei ferd inn i endetarmen. Dette gjer han for å syne for brukaren kor prostata ligg.

Steinar er ein strekman. Strekane er svarte, medan kroppen hans og bakgrunnen på sida er kvit. Utanom dette er det noko informasjon frå Kreftforeningen på sida, som er på raud bakgrunn. Sjølv om Steinar er det einaste figurative som er å sjå på nettstaden er det ikkje han som skal vere hovudpunktet, men det han har å seie. Det er likevel Steinar sin ”jobb” å vekke merksemd og å halde på brukaren, og han blir dermed tilnærma lik hovudpunktet. Om ikkje Steinar gjer ”jobben sin” vil heller ikkje budskapet bli oppfatta (Kotler 2002). Dersom ein ser bort ifrå måten han oppfører seg på, er han ein enkel figur. Utsjånaden hans tek ikkje merksemda vekk frå det han har å seie.

Den ”ukompliserte” utsjånaden fell til ein viss grad saman med måten han kjem med informasjon på. Steinar framstår som ein ”kul” mann utan større bekymringar og med ei positiv haldning. Han har ingen problem med å vere naken, og han framfører med tryggleik korleis kroppen skal fungere og korleis han kan sjekkast for kreft. Det upretensiøse hjå Steinar er til stades heile tida, også når han syner kor dei ulike formane for kreft er lokalisert. Når Steinar snakkar om testikkelkreft syner han korleis ein kan sjekke testiklane sine ved at han tek eit godt tak rundt dei og dreg dei over hovudet. Når han informerar om prostatakreft fortel han at den einaste måten å undersøke prostata på er å stikke fingeren i endetarmen, og at det berre er ein lege som kan gjere dette. Dette blir illustrert ved at han vender ryggen til brukaren, bøyer seg ned, og får ”kamera” til å syne korleis det ser ut inni endetarmen/der prostata er lokalisert.

Språk og framtoning

Den upretensiøse og trygge framtoninga til Steinar gir og ringverknader for det han har å seie. At Steinar har fått nordnorsk dialekt var ein medvit strategi for å byggje han opp som fritalande og imøtekommande. Holen utdjupar:

Og han fikk også nordnorsk dialekt og grunnen til at han fikk det, er at man kan tillate seg å være mye mer direkte i språkbruken for det tillater det nordnorske språket seg i mye større grad. Man kan si ”hestkuk” i Nord-Norge uten at det er et skjellsord. Hvis du sier til, kaller en politimann her i Oslo for en jævla kuk får en bot, men hvis du sier det i Nord-Norge er det tillat og det er ofte brukt. Det er et mye rikere og friskere språk, og det er mer som er tillat. Han måtte være direkte.

Dialekten skal hindre at Steinar framstår som ein betrevitar, men heller som ein som menn kan forholde seg til og identifisere seg med (Holen). Ved å ikle Steinar denne dialekten står reklamebyrået meir fritt i den verbale utforminga hans, då nordnorske dialektar har konnotasjonar knyta til seg som gjer at dei blir opplevde som friskare enn andre norske dialektar.

Samstundes som at budskapen skulle ufarleggjerast er Steinar meint som å vere ein eksperttype. At det er maskulint å lytte til ekspertar (i reklame) vart av Holen trekt fram som eit viktig poeng med Steinar. Steinar skal altså balansere mellom det å ikkje skremme brukaren vekk med for mykje kunnskap, og han skal heller ikkje ha ein så framand veremåte at målgruppa ikkje kjenner seg att i han. Han må med andre ord være personleg og nær at han menn vel å høyre på han, samstundes som han har så mykje fagleg tyngde at mennene held fram med å lytte til han. Dette gjer han i praksis ved å unngå å nytte medisinske eller akademiske ord og omgrep, og ved å berre gi brukaren den informasjonen som er naudsynt for å kunne kjenne til symptoma på kreft.

At det er mangel på både akademiske og medisinske referansar blir av Holen grunngeve med målgruppa som skal nås. Eit døme på mangelen på slike referansar kjem fram når han snakkar om testikkelkreft. Han har problem med å namngje testiklane, og endar opp med å overlate det til brukaren å gje dei eit namn: ”(...) men uansett bør du sjekke guttan, ballan, testiklan eller ka faen du vel å kall dem”. I kapittel 6 syner eg kva Holen trekte fram om kva som skil denne kampanjen frå ein kampanje der målgruppa skulle hatt høgare utdanning. Meir sofistisert og mindre vulgært var stikkorda. Når Steinar unngår terminologiar som kan knytast til medisin eller academia blir mangelen på sofistisertskap understreka. I så måte blir ikkje Steinar ein opplysende figur når det gjeld alt brukaren kan lure på. Dersom brukaren ynskjer meir informasjon enn det som blir sagt av Steinar må han sjølv oppsøke Kreftforeningen sine nettsider.

Mangelen på medisinsk eller akademisk språk blir grunngeve med både eit ynskje om å nå målgruppa og for å ufarleggjere temaet.

Det viktige var å ikke være moraliserende og ikke komme med en pekefinger. Vi vet, fra andre kampanjer og fra forskning, at målgruppen kopler ut hvis dette skjer. Temaet er alvorlig og vi ville ufarliggjøre det for å få målgruppen til å høre etter. Derfor er både Steinar (som animert og ikke

som en lege som sitter der), og språket hans ufarlig. Hadde han vært en lege hadde det blitt mindre spennende og mennene kunne falt av. Det at han er rufsete i kantene bidrar også til ufarliggjøringen. (Holen)

Steinar er fleipete gjennom heile presentasjonen. Spesielt fleipete blir han når han har sagt det han skal seie og ventar på at brukaren skal gjere seg ferdig med sida. Då står han og dansar, syng eller trippar, og har ikkje noko fagleg eller opplysande å kome med. I det heile tatt har han, som eg har vore inne på tidlegare, ei avslappa haldning til det han driv med gjennom heile presentasjonen.

Men til trass for at han framstår som ein avslappa type med ei roleg haldning til kreft, kjem han med hint om kva som er ynskjeleg livsførsel, det vil seie kva for livsførsel ein bør ha for å vere mest mogleg verna mot kreft. Ved alle kreftformene han er innom snakkar han om symptom, men og korleis ein kan sikre seg mot dei. ”Å sikre seg” vil seie å sikre seg i den grad det er innføre eins eigen kontroll. Han nemnar dei viktigaste årsakene til at ein bestemt krefttype rammar, og seier til dømes at sjansen for å unngå føflekkreft er større dersom ein er varsam med å sole seg. Det er ikkje mogleg å vurdere om Steinar er mykje ute i sola eller ikkje utifrå hudfargen hans. Men ved andre høve når han kjem med åtvaringar om kreftfremjande livsførsel, opptrer han motsett av det han seier. I presentasjonen av lungekreft må han avbryte presentasjonen fordi han får eit sterkt hosteanfall (der lungene blir hosta ut), og i utsjånaden hans er det lite som tydar på at han oppfører seg slik han anbefalar. Pondusen og mangelen på spenst og musklar vitnar om ein livsførsel som ikkje er einleg med ei kreftfri framtid.

Informasjonen

Blant båe informantane vart det poengtert at det var viktig å snakke rasjonelt til menn og emosjonelt til kvinner om ein ville nå ut med ein budskap. Det er lettare å nå den ynskja målgruppa på denne måten, vart det sagt. Dette syner seg og i undersøkingane som er blitt presenterte tidlegare. Det må likevel leggjast til at det ikkje var ein stor skilnad mellom kvinner og menn, og dersom ein ikkje kontrollerar for kjønn sa 70% at fakta var å føretrekke før kjensler med høve til måte å snakke om kreft på (Pasientundersøkinga 2006).

Informasjonen som Steinar kjem med er sparsam. Ein får vite dei viktigaste symptoma på kreftformene han presenterar, og dei vanlegaste årsakene til at ein (kan)

bli(r) råka av den kreftsjukdommen det er snakk om. I tillegg til dette blir ein synt til Kreftforeningen sine heimesider. Medan Steinar snakkar, er det ei liste ved sida av han som punktvis syner det som skal vere naudsynt å vite om kreften. Her er det i hovudsak symptoma som blir trekt fram. Steinar fortel ikkje undervegs at det er meir informasjon å hente på Kreftforeningen sin eigne nettsider, men dette kjem altså tydeleg fram på sida i form av ikonet nedst i det høgre hjørnet.

At informasjonen til Steinar er sparsam kan henge saman med ynsket om å ikkje skremme vekk brukaren. Steinar er meint å gjere terskelen som leier mennene til handling, lågare. Det vil seie at han må endre mennene til forhold til kropp og sjukdom. For å få til dette må mennene lytte (Holen).

Steinar tek føre seg korleis ein kan bli kjent med kroppen og kva ein skal kjenne etter. Han er ikkje innover til dømes korleis det kan vere å lure på om ein er sjuk, eller vanlege reaksjonar på det å få stilt ein diagnose. Tema for kampanjen 2006 var å få menn til å bli flinkare til å oppsøke legen. ”Det første vi skal konsentrere oss om i 2006 er at menn går for sjelden til legen, altså budskapet er kom deg til legen dersom de oppdager noe som er om det ikke skal være” (Holen). Steinar styrar unna prat som kan vere ømtolig eller vanskeleg. Han held informasjonen lettfatteleg og humoristisk gjennom heile presentasjonen og stoppar ikkje opp for å forklare noko som er ekstra alvorleg, eller ta tak i dei kjenslene som kan oppstå ved å få stilt ein diagnose.

Hegemoni og makt

Dersom Steinar kan lokaliserast i ein hegemonisk posisjon vil dette innebere at han også er i ein maktrelasjon. Den hegemoniske posisjonen vil i tilfelle innebere at mennene i målgruppa forhold seg til det han gjer og seier, og at han dermed kan få mennene til å endre handteringa deira av sjukdom. Det vil dermed vere eit dominanstillhøve i Steinar sitt møte med målgruppa, og dette kan kome til uttrykk gjennom informasjonen han kjem med, noko som gjer han fagleg dominant, eller det kan kome til uttrykk ved den generelle framtoninga hans, som er kontrollert. Han kan gi eit inntrykk av å ha kontroll som gjer at han lev opp til ei av dei forventingane som mennene har til kva det vil seie å vere maskulin (kapittel 7 har meir om menn og kontroll). Hegemoni blir forstått som at det er noko som alle menn i eit samfunn

forhold seg til. Når menn ikkje snakkar om sjukdom, kan det vere fordi dette er det hegemoniske bilete av handtering av sjukdom blant menn. Hegemoniet kjem til uttrykk som ein tausskap eller distanse. Kan Steinar, i kraft av posisjonen sin, få mennene til å snakke om sjukdom? Dersom Steinar er ein figur dei kjenner seg att i og som dei veit korleis dei skal forholde seg til, kan dette tyde at han ”speler på lag” med den hegemoniske haldninga mennene har til sjukdom..

Men dette er vanskeleg å svare på når det ikkje fins noko normativt å setje dette opp mot. Connell skriv at den hegemoniske posisjonen går parallelt med kulturelle traumar i eit samfunn (Connell 2005:77). Men kven kan gi ein definisjon av desse traumningane når dei er flytande og heile tida i endring? Det same vil gjelde for kva som blir rekna for å vere hegemonisk. Definisjonane vil vere ulike etter auget som ser. Dermed vil også det som er dominerande vere ulikt frå person til person, eller gruppe til gruppe. At det er utbreitt blant menn å ikkje snakke om sjukdom, så er ikkje dette det same som at hegemoniske menn er tause. Det er ikkje sikkert det er relasjonane innføre i gruppa som er årsak til dette, men at det kjem av faktorar som ikkje skuldast menn åleine. At det er vanleg at menn ikkje snakkar om sjukdom, er ikkje det same som at det er hegemonisk.

Connell skriv at underordna maskuline grupper har feminine konnotasjonar knyta til seg. Ole Petter Holen sette eit klårt skil mellom forventingane til det maskuline og det feminine, og Steinar skal spele på det maskuline og unngå det som er feminint. Dersom ein følgjer Connell, om at maskulinitet alltid står i relasjon til feminitet, så vil det også her vere vanskeleg å seie noko om Steinar er feminin på grunn av den manglande definisjonen på kva dette vil innebere. Holen jamførar derimot maskulinitet med det å vere rasjonell, og feminitet det å vere emosjonell.

Steinar skal gi dei lågare utdanna mennene over 40 år tilstrekkeleg kunnskap til at dei oppsøker lege. For å få vedkommande til å handle vender han seg til brukaren, og trekk fram faktorar ved ein bestemt livsførsel som kan leie til kreft. Han nemnar også alder som ein faktor. Framtoninga hans er ikkje trugande, men informasjonen kan likevel oppfattast som skremmande fordi det blir åtvare mot bestemte livsstilar, og fordi han vender seg så direkte til brukaren av sida som det han gjer. Kunnskapen Steinar formidlar er fattigare enn informasjonsbrosjyrane, og han må klare å røre noko hjå målgruppa for å oppnå målet sitt. Fordi det er ynskeleg at målgruppa skal ta til seg denne kunnskapen, blir den faglege formidlinga av informasjon tona ned til føremon for ei emosjonell formidling.

Den emosjonelle formidlinga skal gjere at han triggar noko hjå målgruppa si. Grunngevinga for at han seier det han seier, er førestillinga om at menn er rasjonelle og ynskjer faktabasert informasjon framføre kjensleladd informasjon. Men dei elementa som skal fange målgruppa, som utsjånaden og språket hans, er vald fordi det er forventa at målgruppa hans likar dette. Difor tek dette meir plass på sida enn det faglege han kjem med. Dermed blir det brukaren si tolking av det visuelle ved Steinar som blir avgjerande for kva handlingsutfallet blir, og altså vil kjenslene vere avgjerande.

I staden for å forklare effektane Steinar kan ha med utgangspunkt i om han har ein hegemonisk posisjon blant menn, kan dei moglege effektane også målast utifrå det synet på makt som har kome fram i tidlegare kapittel. Det relevante då vil vere kva det er som kjem til syne i presentasjonen til Steinar, fordi den relasjonen som oppstår mellom han og dei som ser nettsida (målgruppa) er ein maktrelasjon. Kva for ein kunnskap presenterar han, og korleis blir denne presentert?

Kunnskapen som kjem fram i presentasjonen, er det eg har kalla for dei institusjonelle førestillingane som kom fram hjå dei to institusjonane. Bismo trekk fram det at menn ikkje oppsøkar Kreftforeningen like hyppig som kvinner, som ein konsekvens av at menn ikkje kommuniserar godt nok med helsevesenet. Holen seier det same, men forklarar den same handlinga med at men ikkje er like van med å gå til legen som det kvinner er. Det treng ikkje vere det eine eller andre som er rett her, poenget er at desse forventingane er avgjerande for det Steinar seier, og det som blir synleg i kampanjen.

Dette kapitlet har synt korleis Steinar ser ut, korleis han framstår, kva han seier og korleis dette blir sagt. ”Ufarleggjering” går att som eit viktig stikkord for framsyninga av han. Ufarleggjeringa får heile vegen uttrykk som å spele på lag med mennene i målgruppa. Ufarleggjeringa er også noko som skal skape ein viss avstand til brukaren, men som samstundes skal få dei til å høyre etter. Gjennom heile framsyninga til Steinar kjem denne ufarleggjeringa til uttrykk som ein distanse.

I utsjånaden hans kjem distansen til syne ved at han er naken. Dette har, som sagt tidlegare, ei funksjonalistisk side, samstundes som det unngår at Steinar framstår som ein eksperttype (lege med frakk). Det er ikkje målgruppa han distanserar seg frå ved å vere naken, men han skapar ein avstand til det han seier fordi merksemda til brukaren kan vere to stader på same tid; den kan vere på kroppen hans og på det som blir sagt. Dette kan leie til at noko av presentasjonen til Steinar forsvinn ”bak”

utsjånaden hans. Denne avstanden er lettare å få auge på når ein ser han i samband med informasjonen han kjem med. Steinar styrar unna småprat, og informasjonen han gir er ikkje pakka inn i noko, men fortalt ”rett frå levra”. Han unngår ømtolige tema og vanskeleg informasjonen, og med den upretensiøse språkbruken unngår han å framstå som ein betrevitar. Han er fritalande og imøtekommande, og med den nordnorske dialekten, som har eit breitt uttrykk hjå han, blir det skapa ein distanse til sjukdomssnakket. Dette blir understreka med at informasjonen han kjem med om kreft er sparsam.

Steinar nyttar diskursar som det er venta at eldre menn med låg utdanning skal forstå og kjenne seg att i. Diskursane er det han seier (det språklege), men dei inkluderar også korleis menn vil tolke haldningane hans; mennene vil tolke dei utifrå dei diskursane dei har og den verda dei kjenner.

Men fins det fleire typar maskulinitetar i målgruppa til Steinar? Og korleis kan han i tilfelle snakke til alle? Kva for ein type maskulinitet ein er ein del av, vil vere avhengig av fleire faktorar enn utdanning og alder, og det fins difor fleire maskulinitetar innføre målgruppa hans. Maskuliniteten vil variere med til dømes jobb, sivilstand eller etnisitet (Connell 2005). Når Steinar presenterar korleis ein kan handtere teikn på kreft må han vere så generell at så mange som mogleg av mennene forstår at det dei han snakkar til. Dette gjer han i praksis ved å snakke på det som er kalla mennene sine premiss, som vil seie at han nyttar dei diskursane som dei kjenner. Om han hadde snakka eit språk mennene ikkje forstod, kunne dette leidd til at mennene ikkje hadde lytta.

Men på same tid som Steinar skal snakke eit språk mennene forstår, skal han gi dei ny kunnskap om kreft og sjukdom. Difor er det eit skil mellom det han seier, og korleis det blir sagt. Det som blir sagt bygg på kunnskapen om kreft, på same tid som det han gjer bygg på kunnskapen om menn. Dette gjer at han presenterar nye diskursar om kreft samstundes med at han har ei ”mannleg” haldning i høve til sjukdom. ”Ei mannleg haldning” vil her seie ei haldning som svarar til informantane sine føreventingar om menn, samt sosiologisk forsking på menn og helse (sjå kapittel 7 for meir om dette). Steinar har kontroll over både kroppen og helsa si, noko som kjem til syne ved at han har eit ukomplisert forhold til kroppen sin, og at han snakkar om kreft utan uro. Han skremmer ikkje brukaren til å springe å sjekke kroppen sin, men fortel heller korleis mannen kan meistre dette sjølv. Dermed gir han menn kontrollen over eigen kropp. Det er tidlegare sagt at han unngår medisinske og

akademiske ord og omgrep, at han gjennom presentasjonen er tidvis fleipete og at han styrar unna tema som kan vere vanskelege eller ømtolige. Ved å styre unna slike tema tek han avstand frå det som det er venta at mennene ikkje vil høyre, det Holen kalla det ”emosjonelle”. Ved å forholde seg til feltet på mennene sine premiss, kan han vere med på å oppretthalde ei maskulin handtering av sjukdom.

Organiseringa av helse

Helsefeltet i Noreg

I Noreg er det Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som har det overordna ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, helsetenester, kommunale tenester til eldre og funksjonshemma, helselovgiving og deler av sosiallovgivinga i Noreg¹¹.

Folkehelsearbeidet skal bidra til at folk får flere leveår med god helse, redusert risiko for sykdom og bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Tobakksforebygging, økt fysisk aktivitet, god ernæring og trygg mat er viktige innsatsområder for å bedre folkehelsen. Folkehelsearbeidet omfatter også miljørettet helsevern, smittevern og strålevern med tilhørende lovområder. Departementet har også ansvar for alkohol- og narkotikapolitikken¹².

Folkehelsearbeidet inkluderar både kunnskap om kva som ligg i det å ha god helse, og tiltak for å setje denne kunnskapen ut i praksis. Gjennom stortingsmeldingar om helse blir ein kjend med dei strategiane som er ynskelege for den sitjande regjeringa. I Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* og nr 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* blir det presentert eit bilete av kven det er som har ansvaret for den enkelte si helse. Utgangspunktet i båe Stortingsmeldingane, sjølv om dei er frå ulike regjeringar, er at det er store skilnader mellom ulike sosiale grupper i samfunnet når det kjem til moglegheitene for eit sunt liv. Det blir peika på at dette ikkje berre er opp til kvar einskild, men at kunnskapen om kva som er god helse er ujamt fordelt i befolkninga. Grunnlaget for eit langt og friskt liv er tinga av både biologiske og sosiale faktorar. Så

¹¹ <http://www.regjeringen.no/nb/tema/Helse.html?id=917> (20.03.2008)

¹² <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/ansvarsomraader.html?id=446> (20.03.2008)

langt det let seg gjere må ein likevel gjere det ein kan for at alle får den kunnskapen dei treng for å halde seg friske:

Regjeringen mener at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse. Hver enkelt av oss har et betydelig ansvar for egen helse, og det er viktig å respektere individets myndighet og innflytelse over eget liv. Men enkeltmenneskets handlingsrom er begrenset av forhold utenfor individets kontroll. (...) Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets resursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.

(St.meld. nr 20 2006-2007:5)

Men sjølv om ansvaret blir definert til å vere delt mellom kvar enkelt og staten, så er ikkje HOD åleine med folkehelsearbeidet. HOD har fleire underliggjande etat som til dømes Sosial- og Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Norsk pasientskadeerstatning¹³. Desse bidrar med fagleg kunnskap og skal vere med å gjennomføre nasjonal helsepolitikk. Gjennom høyringar sikrar ein at departementet utarbeidar strategiar for helsefeltet som er grunna i riktig fagleg kompetanse. Ved å ha saker ute på høyring ynskjer departementet å høyre kva dei involverte partane har å seie om dei forslaga det blir arbeidd med. Dei involverte partane kan vere offentlege eller private institusjonar, organisasjonar og andre departement. Ved å ha ei sak til høyring er det mogleg å vurderer dei moglege økonomiske eller administrative konsekvensane av eit offentleg tiltak. Høyringar kan resultere i rundskriv, forskrift, lovar eller ei stortingsmeldingar¹⁴.

HOD har ei rekkje høyringsinstansar som kan kome med innspel¹⁵. Den norske Kreftforening er ein av desse instansane. Organisasjonen blir med dette bindeleddet mellom staten og individa. Han blir medansvarlege for at stortingsmeldingane utviklar meldingane på grunnlag av den rette kunnskapen. Han blir og medansvarleg for at alle deler av befolkninga har tilgong til informasjon som sikrar dei god nok kunnskap om deira eigen situasjon. Men korleis sikrar organisasjonane at alle får tak i denne kunnskapen?

Ein måte å gjere det på er ved hjelp av sosial marknadsføring, som er det som blir kalla *helseopplysning* i stortingsmeldingane.

¹³ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/Underliggende-etater.html?id=115200> (20.03.2008)

¹⁴ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer.html?id=1904> (20.03.2008)

¹⁵ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2008/horing--forslag-til-forskriftsendringer-/horingsinstanser.html?id=504321> (20.03.2008)

Sosial marknadsføring

I USA er sosial marknadsføring blitt eit fag under terminologien social marketing. Det er dette omgrepet som er omsett og nytta i denne oppgåva. I *Social marketing. Improving the quality of life* (Kotler 2002) blir sosial marknadsføring definert som

Social marketing is the use of marketing principles and techniques to influence a target audience to voluntarily accept, reject, modify, or abandon a behaviour for the benefit of individuals, groups, or society as a whole.
(Kotler 2002:5)

Hensikten er å endre, moderere, avvise eller forby ein uheldig måte å opptre på. Målet er individuell og sosial forteneste, og ikkje finansielle gode slik ein finn i tradisjonell reklame. Dette skal ein oppnå ved å endre ein vane i ein del av befolkninga med å marknadsføre ein alternativ vane. Røykekuttkampanjar er eit døme på sosial marknadsføring. Gjennom reklamar som oppmodar til å slutte å røyke er målet å få ned talet på røykande og dermed betre den ålmenne helsetilstanden.

Sjølv om sosial marknadsføring og tradisjonell reklame har ulike mål, nyttar dei same strategiar for marknadsføring, og "(...) strategies must be tailored to the unique wants, needs, resources, and current behaviour of differing market segments" (Kotler 2002:11). Når sosial marknadsføring nyttar dei same prinsippa for å endre eit handlingsmønster som tradisjonell reklame, kan ein leggje til grunn at vi lar oss påverke i same grad av desse kommunikasjonsformene. Det eine føreset det andre. Trond Blindheim skriv i boka *Hvorfor kjøper vi? Om forbruk og reklame* (2004) kva som skjer med eit produkt når det blir ein merkevare og korleis (det visuelle) reklamespråket er viktig for å skape ei merkevare (Blindheim 2004:74). Blindheim poengterer at det ikkje er mogleg å selje eit produkt til nokon som ikkje ville kjøpt produktet likevel, og haldninga til produktet må difor vere latent. Merkevare er i dette høvet Steinar. Produktet er helseoppførsel/ å sjekke kroppen sin.

Kvar dag blir vi eksponerte for over 2000 budskap. Dei fleste av desse vil ikkje feste seg sjå mottakaren (Meyers 1984 i Blindheim 2004:91). Nokre av budskapa vil derimot gjere det, og ifølgje Blindheim oppnår ein effektiv reklame når han skjer på målgruppa sine premiss (Blindheim 2004:100). Målet er at reklamen skal

feste seg i minnet og bidra til eit endra åtferdsmønster eller ei endra haldning. Det er fire viktige premiss for effektiv reklame: felles oppleving av budskapet, pålitelegskapsprinsippet, relevansprinsippet og informasjonsprinsippet (Blindheim 2004:102). ”Med andre ord: skal du komme på talefot med forbrukerne i deres opplevelsesverden, må du respektere deres ønske om å fremstå som et fornuftig menneske (Blindheim 2004:111). Premiss er også eit stikkord for Kreftforeningen. Å snakke på dei rette premissa er ei føresetning for å nå fram til målgruppa. ”Å snakke til menn på menn sine premiss” (Bismo) er dermed det som skal få mennene til å høyre etter og å handle deretter.

Sosial marknadsføring (reklame) er ein del av det som i kapittel 1 vart kalla den medierte offentlegheit. Den medierte offentlegheita er ein arena der kommunikasjon blir spreidd til eit større publikum (Ytreberg 2006). Sjølv om reklame er ikkje eit massemedium i seg sjølv, må han kommunisere gjennom media for å vere synleg og verksam. Det er på grunn av denne synlegskapen at stortingsmeldingane etterspør sosial marknadsføring. Som ein institusjon, og som ein synleg aktør i samfunnet, er sosial marknadsføring ein måte for å forstå kor makta har sitt utspring, og korleis diskursar kan bli produserte eller reproduserte. For å forstå korleis denne makta styrar oss, er det derimot naudsynt å sjå på det som i denne oppgåva blir kalla *helseanordninga*.

Helseanordninga

Eg definerar helseanordninga som følgjande; *det er ei samling av fråsegn, praksis og institusjonar som let helse kome til syne i samfunnet*. Alle desse faktorane er med på å definere korleis menn og helse skal vere synleg. Helseanordninga er ei omskriving av det Foucault kallar seksualitetsanordninga (1999a), og er ein måte å forstå korleis maktmekanismer bidrar til å oppretthalde og å skape nye institusjonar. Institusjonane er med på å forsyne oss med kunnskap, og blir dermed avgjerande for måten vi forstår eit felt på, korleis vi snakkar om det og korleis vi oppfører oss i det. ”Det er nettopp i diskursen at makt og viten forbinder seg med hverandre” skriv Foucault (1999a:112). Det vil seie at den institusjonelle kunnskapen som blir formidla gjennom Steinar blir dei diskursane som er synlege for oss om menn og helse.

Helseanordninga vil seie ei framsyning av heile det norske helsefeltet. Tidlegare i dette kapitlet er det gitt ein kort presentasjon av dette, og korleis det er mogleg for utanforståande institusjonar å kome med innspel og vere med på å avgjere korleis feltet skal organiserast. Men det er ikkje berre desse institusjonane som er ein del av helseanordninga. På skulen, på arbeidsplassar, gjennom kost- og ernæringsråd og på tv får vi presentert kva som er best for oss med omsyn til helsa vår, og korleis ein kan oppnå dette. Dermed er også dette arenaer der det blir presentert ei ”sanning” for oss om kva ein helsefremjande livsstil inneber.

I kapittel 4 vart makt knytt til språket, og korleis språket i ”Menn og kreft”-kampanjen skil seg frå Kreftforeningen sine informasjonsbrosjyrar. Foucault meiner at språket er avgjerande i høve til utøvinga av makt fordi det formar medvita vår (Engelstad 2005). Måten kunnskap blir formidla på er difor relevant for korleis vi vil leggje denne til minnet og korleis vi vil oppføre oss i høve til det som blir sagt. Dei diskursane som blir nytta av Steinar har eit anna språk, men og eit anna omfang, enn brosjyrane. Informasjonen i brosjyrane er å få tak i fleire stader, men han må oppsøkast av den som er interessert i vite meir om kreft. Informasjonen til Steinar blir aktivt spreidd gjennom fleire kanalar. I forlenginga av reklametankegongen blir informasjonen spreidd strategiske plassar. I ”Trynefaktor”-kampanjen vart informasjonen dela ut i skiheisar og på klede. I Georg-kampanjen vart materialet gitt vekk på barselstover, på helsestasjonar og i skulen. I ”Menn og kreft”-kampanjen vart opninga halde på ein brannstasjon. Utanom nettsida er Steinar synleg både i aviser og på nettaviser i kampanjeveke. Det fins med andre ord reguleringar og oppmodingar til korleis vi bør forholde oss til helse overalt, og spesielt når vi er i den rette målgruppa.

Og nettopp dette siste her er eit poeng også i Foucault sin maktanalyse. Det at helseanordninga innefattar så mange institusjonar gjer at ho er lett å få auge på. Makta er overalt. Ho er produktiv i den grad at ho skapar ting eller diskursar og formar kunnskap. I samfunnet vårt i dag er produksjonen og formidlinga av kunnskap i vekst fordi kunnskap er rekna som nyttig. Produksjonen av kunnskap har ein sentral kulturell effekt som påverkar makttilhøva. For å få gjennomslag for synspunkt må ein kunne argumentere på ein (vitskapleg) akseptabel måte (Engelstad 2005:130). På denne måten får kunnskapen legitimitet gjennom institusjonar. Kreftforeningen og Virtual Garden hadde tidvis ulike ynskjer om kva for ein kunnskap som skulle vere synleg i kampanjen. Presentasjonen til Steinar er dermed eit resultat av ein kunnskap

som er "framforhandla" mellom desse to institusjonane. På denne måten er det blitt avgjort og organisert korleis det er ynskjeleg at målgruppa skal forstå og tyde Steinar, som i sin tur skal gi dei ny kunnskap om (symptom på) kreft.

Eg ser helseanordninga i lys av kampanjen. Steinar er berre ein liten del av denne. Men ein stor del av "Menn og kreft"-kampanjen blir formulert gjennom han, og det er han som skal leie til ei endring i mennene sine vanar. Han utgjer dermed den praktiske delen i definisjonen ovanfor, og det er gjennom han at dei institusjonelle førestillingane kjem til syne. Ei av grunngevingane for utforminga av han er at menn ikkje snakkar om sjukdom og helse. Steinar skal få mennene til å setje ord på tausskapen om helse, og altså endre diskursane om menn og kreft til å bli noko det kan snakkast om. Som nemnt har vi tilgong til kunnskap gjennom det språket vi kjenner. Og gjennom desse språklege handlingar oppstår det ein maktrelasjon. Ved å lære seg "eit nytt språk" (og få tilgong til nye diskursar) vil det vere ny kunnskap som blir bestemmande for dei vala vi tek. Desse vala er ei følgje av dei maktmekanismane som har vore til stades i diskursutvekslinga.

Helseanordninga er også ei ansvarleggjering. Ansvarleggjeringa kjem til syne som, eller er ein konsekvens av, den disiplineringa og den kontrollen som blir utøva gjennom det apparatet som blir satt i gong rundt Steinar. Han vil til dømes få mennene til å undersøke seg sjølv. Dette kjem fram fordi nettsida synleggjer avgrensingar og reguleringar i høve til maskulinitet og helse. Avgrensingane kjem i form av den distansen og ufarleggjeringa som sida uttrykkar. Dette er med på å avgrense den informasjonen som blir gitt om kreft. Ynsket om at brukaren er med gjennom heile presentasjonen, gjer at mengda med informasjonen er så liten som mogleg. Reguleringane kjem med at Steinar oppmodar mennene til å undersøke seg for kreft. Han fortel ikkje korleis dei kan sjekke kroppen sin, men fokuserar heller på at mennene skal ha kunnskap nok til å vite kva som går føre seg.

Desse avgrensingane og reguleringane heng saman med den kunnskapen som utgjer grunnlaget for sida. Når Steinar presenterar kreft, er det Kreftforeningen og Virtual Garden sin kunnskap som blir synleg. Når budskapet til Steinar breier om seg, er desse institusjonane sin kunnskap som vil spreie seg. Praksis og kunnskap knytt til menn og kreft vil dermed kunne endre seg, og det er jo og dette som er målet med kampanjen. Det "(...) dreier [det] seg om å sende den yrende diskursproduksjonen om kjønnet ned i maktrelasjonens mangfoldige og bevegelige felt" (Foucault 1999a:109). Steinar nyttar visse diskursar, og dei "maktrelasjonane" han er ein del av påverkar og

blir påverka av dei diskursane han nyttar. Desse ”maktrelasjonane” er dei institusjonane som har laga han, og dei mekanismane som gjer han synleg for målgruppa (eller iallfall synleg på internett).

Gjennom reklamen blir diskursar om menn og kreft synleg. Ved å synleggjere desse overalt kan det bli løfta fram nye diskursar om menn og helse. Dette skjer fordi reklamen kan gi oss tilgong til nye diskursar. Det er i institusjonen at det skjer ei endring av diskursane ettersom ny kunnskap blir tilført feltet (Foucault 1999a). Dette vil seie at når reklamen om å sjekke kroppen om kreft breier om seg, så vil målgruppa sine diskursane om feltet også endre seg. Og det er nettopp her ein kan trekke ut eit makttilhøve. Det er ikkje noko med diskursane eller reklamen i seg sjølv som ”har” makt. Maktaspektet blir først verksamt idet språket og budskapet i reklamen møter aktørane.

Helseanordninga syner korleis makta er eit vilkår for danninga av eit subjekt, og korleis ho kan skape reflekterte personar og forsterke fullnøyande relasjonar (Engelstad 2005:45). Det vil ikkje vere mogleg med ei oppseding eller sosialisering utan at oppdragaren kan utøve makt (Engelstad 2005:45). Helseanordninga er dermed med på å skape eller oppsede aktørane i målgruppa. Makta som fins i helseanordninga er dermed produktiv også.

Han er produktiv fordi han produserar kunnskap, og fordi denne kunnskapen kan leie til at våre praksisar endrar seg. Desse praksisane er i sin tur det som formar subjektet. Dei diskursane vi kjenner om menn og kreft er avgjerande for korleis vi forhold oss til feltet. I dette høvet vil det gjennom disiplinering, og ei endring i diskursane om maskulinitet og helse, kome fram fleire tilfelle av kreft. Makta vil derimot vere frigjerande på same tid, fordi menn får sjansen til å bli kurerert for kreften fordi dei oppdagar han tidlegare. Det produktive aspektet ved makta er meir synleg i helseanordninga fordi ein finn ”fråsegna, praksisane og institusjonane” overalt, og fordi anordninga blir mogleggjort i kraft av ei rekkje av slike maktrelasjonar.

Helseanordninga har fått moglegheit til å slå rot fordi ho er blitt akseptert gjennom fleire samanslutningar i samfunnet. Det fins ei organisering av helse frå politisk hald, og denne organiseringa har planta seg nedover i hierarkien på grunnlag av den kunnskapen som fins i andre institusjonar. Gjennom dei avisene, blada og internettsidene som presenterar Steinar, er Kreftforeningen og Virtual Garden med på å innføre ei felles forståing (orden) i maktinstansane. Ulike vitskapar samlar seg om Steinar, og konstituerar seg på grunn av ei rekkje av desse maktinstansane (Foucault

1999a). Dette er i sin tur avgjerande for kva kunnskap målgruppa har om handtering av kreft, fordi helseanordninga gir dei ein kunnskap som dei vil oppfatte som normaliteten om dette feltet.

Poenget med helseanordninga er at Steinar si haldning til menn og helse blir formidla gjennom ei rekkje instansar. Måten temaet menn og helse blir språkleggjort på, og slik det kjem til syne i kraft av ei rekkje praksisar med ulike historiske, institusjonelle eller sosiale opphav, påverkar korleis vi ser feltet og gjer at vi blir konfrontert med temaet overalt. Det er ikkje interessant kva dei ulike utformarane av nettstaden "eigentleg" har meint. Det som er vesentleg er at dei går inn i eit omfattande nett av relasjonar som til saman utgjer ei "anordning" (Schaaning 1999:195).

Førestillingar om maskulinitet

Rammer for samtale

Ei framtrekande antaking om ”den maskuline måten å handtere sjukdom på”, er at det er maskulint å la vere å snakke om sjukdom. I det heile tatt er det fleire personlege tema som ikkje er rekna for å vere maskuline å snakke om. Førestillinga om mangel på samtale gjelde både for menn i helsevesenet og menn seg imellom (Bismo). I intervjuet med Astrid Bismo siterar ho (fritt etter) generalsekretær i Kreftforeningen, Anne-Lise Ryel som ynskjer ”å snakke med menn på menn sine premiss”. Det blir sagt at premissa for å snakke med menn er ikkje å finne i helsevesenet i dag, fordi ”helsevesenet kommuniserar betre med kvinner enn med menn” (Bismo). Målet med nettsida blir dermed å nå ut til dei mennene som helsevesenet ikkje klarar å snakke til. Men kan ikkje menn snakke sjølv?

Ulla-Britt Lilleaas (2007) har intervjuet seksten handballspelarar om deira forhold til sport og kjensler. Målet har vore å forstå korleis menn snakkar om kroppane sine, om kroppslege vanar og om kjensler. Noko av det ho finn er at det gjennom ein mannleg praksis kjem fram eit språk som handlar om kropp og kjensler, men at mennene tek ikkje i bruk ”den gode samtale” for å lette på trykket. Dei nyttar fysisk aktivitet for å handtera det som er vanskeleg, og dekker over pinlige situasjonar ved å spøke om det. For alle utøvarane er trening blitt ein del av den kroppslege vanen, og fleire av dei sette eit likskapsteikn mellom det å trene og det å føle seg bra (Lilleaas 2007:44). Lilleaas set denne måten å oppføre seg på i samband med ein spesiell form for maskulinitet som kjem til syne i sport. På sportsbanen er det lov til å syne kjensler, anten dei er aggressive eller glade. At to menn omfamnar einannan på ein sportsbane er til dømes ikkje eit uvanleg syn. Men dersom dei kyssar på munnen, så bryt dei med uskrivne reglar (Lilleaas 2007:44). Det er med andre ord klare grenser til stades for korleis ein kan eller ikkje kan oppføre seg på banen. Slike grenser finn

ein og blant handballspelarane utføre banen - også her er det uskrivne reglar for oppførsel. Eit døme er grensene for kva ein kan seie, og den reaksjonen ein kan vente seg dersom ein trør over disse grensene. Situasjonen blir då anten avslutta med tausskap eller med ein spøk (Lilleaas 2007:44).

Lilleaas finn eit skil mellom dei eldre og dei yngre spelarane. Dei yngre snakka meir om kjensler enn dei eldre gjorde, og hadde oftare ein person i heimen eller ein mannleg kamerat som dei snakka med. Snakket mellom spelarane var, som nemnd tidlegare, i stor grad prega av spøk. Dersom det ikkje var rom for å spøke om eit gitt tema, vart det ikkje snakka om overhovudet. Til dømes var det ein på laget som hamna i ein depresjon etter eit samlivsbrot. Alle medspelarane såg kva som skjedde med han, men det var ingen som sa noko (Lilleaas 2007:47).

Ole Petter Holen frå Virtual Garden trekk fram fråver av snakk som noko maskulint; ”menn er tøffere og vil ikke snakke om ting”. Ein måte å forstå dette på, er at menn ikkje snakkar om sjukdom fordi dei held seg til dei forventingane som fins til deira handtering av sjukdom. Men her er det fruktbart å stoppe opp og sjå om det kan vere eit skil mellom *å ville snakke* og *å kjenne rammene for konversasjon*. ”Ramme” er eit ord som illustrerar at noko har ei grense. Det er ei innfatning. Her er det den (ventelege) mangelen på kommunikasjon mellom helsevesenet og menn som er viktig, fordi denne står som illustrasjon også for helsesnakk i relasjonar menn imellom. Når ordet blir nytta her, som i ”rammer for samtale” er det ikkje lenger berre eit ord, men eit omgrep låna av Erving Goffman (1974).

I assume that definitions of a situation are built up in accordance with principles of organization which govern events – at least social ones – and our subjective involvement in them; frame is the word I use to refer to such of these basic elements as I am able to identify. That is my definition of frame. My phrase ”frame analysis” is a slogan to refer to the examination in these terms of the organization of experience. (Goffman 1974:10)

Goffman nyttar rammer til å beskrive noko situasjonelt. I denne oppgåva blir rammer forstått som det å gjenkjenne ein situasjonen, og å vite korleis ein skal oppføre seg på ein passende måte i han. Rammer er fellesforståingar av kva som skjer og dei påverkar mellom anna snakkemåtane våre, både innhaldet i praten og samtaleemna. ”Rammebegrepet åpner for å studere sosiale relasjoner uavhengig av hvor faste mønstre de er en del av. Rammene for samhandling i en situasjon kan vi forstå som det samme som definisjonen av situasjonen” (Album 1996:22). Rammene

forpliktar deltakarane i ein situasjon og dei gir forventingar til korleis ein situasjon skal utarte seg, nettopp fordi ramma er ei felles forståing mellom aktørane i ein bestemt situasjon.

Når dei handballspelande mennene til Lilleaas seier at dei ikkje snakkar med nokon på laget om kjensler, kan dette skuldast at det ikkje er rom for å snakke om dette blant handballspelarane. Mennene seier at "there are only small differences between how women and men feel but that men are more reticent and have trouble articulating their emotions" (Lilleaas 2007:47). Vidare blir det sagt at mennene er blitt oppdratt til å ikkje snakke om kjensler. Dette har ført til at fleire av mennene får ei kjensle av å ha gitt opp eller å ha tapt dersom dei uttrykkar kjensler (Lilleaas 2007:47). Dette står i kontrast til det viktigaste kriteriet for å kjenne seg som ein mann, nemleg det å ha kontroll (Lilleaas 2007:47). Kontroll er nemleg eit gjennomgåande stikkord for fleire av mennene når dei skal beskrive seg sjølv. Mangel på rammer for snakk heng altså og saman med mangel på situasjonsbestemte rammer. Med dette meiner eg at menn ikkje har vore i, og på den måten heller ikkje lært seg, situasjonar der kjensler blir uttrykka. Dei har dermed ikkje dei same moglegheitene for å vite når dei er i ein situasjon der det ligg til rette for å snakke om sjukdom eller kjensler. Ein situasjon som er synt i artikkelen er denne:

One of the men described how he felt when his father died. He felt deep grief, and when surrounded by the men on his team, he showed his feelings and cried openly. The reaction from the trainer and leaders was a great shock to him – it was no comfort – they only recommended that he pull himself together and stop crying. Experiences such as these are still in his body, even though it happened twenty years ago. However, he said, "That experience gave me a lesson for life; I always hide my feelings."
(Lilleaas 2007:48)

Dersom ein les denne situasjonen med rammeomgrepet i bakhovudet kan ein spørje kven det er som handlar utføre dei gitte rammene i denne situasjonen. Likevel; sett frå denne informanten sin synsvinkel, er det som kjem fram her eit døme på å trø utføre dei rammene som det er forventa at ein held seg innføre. Konsekvensen av det blir at informanten "lærer" seg å skjule kjenslene og ikkje snakke om dei. Dermed blir tausskapen kring menn og kjensler oppretthaldt.

Holen seier at "gutter snakker ikke om følelser". Seidler (1997) knyt dette saman med homofobi. "We learn to present ourselves as we are supposed to be and we learn to conceal any emotions that might bring this ideal (the ideal of masculinity)

into question” (Seidler 1997:50). Maskulinitet, skriv Seidler, er noko som menn heile tida må prove, og som ofte blir overskugga av homofobe kjensler. Lik Connell (2005) blir maskulinitet og homofili trekt fram som usemjande. Å snakke om kjensel blir hjå Seidler karakterisert som ein trugsel mot det maskuline idealet, som er det Connell vil kalle den hegemoniske maskuliniteten. Connell samanliknar slike homofile/homofobe ytringar med noko som er feminint, og ei slik haldning vil dermed bli sett på som underordna i høve til andre former for maskulinitet. Dermed vil ikkje ei gruppe med feminine haldningar til maskulinitet, ha ein maktposisjon blant menn.

Steinar snakkar ikkje om kjensler. Utifrå den haldninga han syner til kropp og kreft gir han inntrykk av å ha kontroll fordi han veit kva dette handlar om. På denne måten framsyner han ei ro, som det er mogleg å tenke at kan ha ein dominerande posisjon blant menn fordi det er eit teikn på kontroll. Men på same tid kan den manglande praten om kjensler fungere motsatt. Om det er slik at menn manglar rammer for å samtale om sjukdom, vil Steinar oppretthalde desse manglande rammene, ikkje utfordre dei. Nettsida er lagt opp til at mennene må ta initiativ om si eiga helse på eigen hand. Dermed vil det vere dei same mekanismane som vanleg som vil vere avgjerande for handlingsvalet dei tek. Ein av dei faktorane menn forhold seg til når det gjeld sjukdom, er jo nettopp fråver av prat. Og det er det menn forhold seg til som er det hegemonisk, eller dominerande, maskuline.

Dersom ein forstår hegemonisk maskulinitet i høve til Connell sitt fokus på relasjonane som fins *mellom* menn, så vil Steinar vere ein figur som mennene forhold seg til, og som har makt i kraft av ein eventuell hegemonisk posisjon. Men dette blir problematisk dersom vi skal følgje Connell vidare. Det er ikkje noko konkret å plassere Steinar i høve til når det gjeld menn og helse. Ein kan sjå han i høve til dei kriteria om ansvar for eiga helse som blir fremja i Stortingsmeldingane. Men i desse kjem det ikkje fram kva som er mennene sin oppførsel i røynda, men heller det som er den ynskjelege oppførselen. Ein kan og velje å sjå Steinar sin relasjon til ande menn som eit uttrykk for noko anna enn ein spesifikk maskulinitet. Det vil seie at ein kan trekkje inn andre faktorar enn kjønn åleine. Då kan rammeomgrepet trekkjast inn att.

Ei forklaring på at menn ikkje snakkar om kjensler kan dermed vere at rammene for snakk ikkje er til stades, og at det heller aldri er blitt bygd opp eit rammeverk for det. Dette er langt på veg dei same rammene som vart trekt fram i Lilleaas sine intervju med handballspelarane. Dersom menn ikkje er blitt lærte opp til å snakke om sjukdom og kjensler, korleis skal dei då starte ein samtale om dette? Det

er altså rammer også for kva det ikkje skal snakkast om. Blir desse rammene vidareførte i helsevesenet?

I følgje Holen kommuniserar helsevesenet på ein ikkje-maskulin måte. Bismo (Kreftforeningen) var av same oppfatning, og haldt dette fram som ein av hovudårsakene til at dette vart tema for kampanjen. Dette (venta) mistilhøvet gjer at terskelen er for høg for at mennene tek kontakt. Steinar, og mennogkreft.no, skal difor senke terskelen for å få mennene i kontakt med helsevesenet. Ein strategi for å få til dette, er at det blir spela på humor. Steinar spøker ikkje med det som blir sagt om kreft, men spøker mellom innlegga sine. ”Det er viktig å ikke skremme vekk brukeren av nettsiden” (Holen). Då vil det ikkje vere noko poeng med heile kampanjen. Eit middel for ikkje å skremme vekk brukaren, er at informasjonen Steinar kjem med skal vere så enkel som mogleg. Enkelskapa i informasjonen blir understreka, eller spela ut, med dei humoristiske innslaga. Då ”snakkes det på menn sine premiss” fordi ”menn liker humor” (Holen). Det er med andre ord viktig å møte menn på mennene sin arena for å vere sikker på at budskapet til Steinar når fram. Å møte menn på deira premiss vil dermed innebere at mennene kjenner rammene for kor informasjonen blir spela ut.

Blant informantane kjem det fram ei førestilling om maskulinitet der det er klåre rammer for snakk. Desse rammene kjem og fram i den sosiologiske litteraturen om menn og sjukdom. I Lilleaas sitt sine intervju med handballspelande menn kjem dette og til syne, ikkje som ei førestilling, men som ei oppleving blant informantane. Fleire stader blir det sagt at det kan vere ynskeleg å snakke med nokon, men at det ikkje fins nokon å snakke med. Desse tydeleg definerte rammene blir vidareført til nettstaden fordi det er eit ynskje om å nå ut til mennene på deira egne premiss. Informantane meiner det er på denne måten ein kan nå fram til målgruppa, og dermed kunne vente ei endring i møtet med helsevesenet. I fortsetjinga vil eg sjå på korleis mangelen på handlingsrom også kan vere avgjerande for den maskuline tilnærminga i helsefeltet.

Rom for handling

Når det er snakk om menn sine helsevanar, blir desse sett på i samband med kvinner sine vanar. ”Kvinner har et bedre forhold til legen sin enn det menn har fordi de er mer vant med kroppen gjennom menstruasjon og fødsel og sånn” (Holen). Dette blir

nytta som ei forklaring på at menn vegrar seg for å gå til legen. Kvinner blir til dømes automatisk kalla inn til mammografi og livmorhalssjekk, medan slike ordningar for menn er ikkje-eksisterande. Dette kan gjere at kvinner blir meir van med legar enn det menn gjer fordi dei går dit oftare. Samstundes så har ”menn en livsstil som øker risikoen [for kreft]” (Holen). Er det kanskje ikkje ope for at menn kan vere sjuke på same linje med kvinner?

Det er nemleg ikkje berre kunnskapsmangel som får skulda for menn sin manglande kunnskap og iver med omsyn til eigen kropp og helse. ”Menn lytter til eksperter. De er rasjonelle” seier Ole Petter Holen. Han set dette i motsetnad til kvinner, ”som er emosjonelle”. Som illustrasjon trekk han fram ein reklame for økologisk mat dei har laga som er retta mot kvinner i urbane strøk, med høgare utdanning og i 35 - 40 års alderen:

Stil og tone der er mye mer til hjertet, mer emosjonelt, mer estetisk i stil og tone og uttrykk enn det Steinar er. Steinar er en røff fyr han, superrøff. Så at vi lager kommunikasjon vidt forskjellig til menn og kvinner er definitivt.. Det skulle jo bare mangle altså.. Det handler å snakke om premisser.. Vel, det er farlig å stigmatisere altså, men det er interessant, men det blir alltid litt sånn. Hvis man skal være litt banal så tror jeg det handler mye om å snakke til hjerte til kvinner, og mer rasjonelt til menn. Kanskje penger.. Jeg tror menn i mye større grad er tilbøyelige, eller mottakelige for rasjonelle argumenter enn det kvinner er. (Holen)

Men burde ikkje rasjonalitet gjere det maskulint å oppsøke lege? I andre land (til dømes Irland) er det laga helsekampanjar retta mot menn der kroppen blir samanlikna med bilar; er det noko feil i maskineriet så må feilen fiksast. Og det mest rasjonelle i ein sjukdomssituasjon ville vel vere å prøve å bli kvitt problemet? Holen si antaking samsvarar likevel med sosiologisk forskning som er gjort på feltet. Det rasjonelle for mennene blir heller knytt til å ta vare på andre deler av livet. Når rasjonalitet først og fremst er knytt til andre deler av livet, blir det ikkje rom for å ta omsyn til sjukdommen. Dei situasjonane der menn har sitt spelerom omfattar ikkje sjukdom, og det er difor det er ein **mangel** på rom når det er snakk om maskulin handtering av sjukdom.

Holen seier at det er maskulint å sjå på seg sjølv som ein supermann; ein som kan fikse alt, og som heller ikkje blir sjuk. Å bli sjuk bryt med dette bilete av ein sjølv fordi ein ikkje lenger er i stand til å gjere det som er venta av ein. Lilleaas (2003) kallar ei slik forventning til menn for *forsørgjarlogikken*. Forsørgjarlogikken er det

mannlege svaret på kvinner sin *kroppsslege beredskap*. Disse er kroppsslege vanar som ligg i kroppen vår og som er utvikla over tid. Vanane kjem til uttrykk gjennom ei kontrollert sjølvbehersking (Lilleaas 2006:313).

Forsørgjarlogikken er ei forventning både blant kvinner og menn om at menn framleis er hovudforsørgjaren i ein husstand, også etter at det vart vanleg for kvinner å arbeide (Lilleaas 2006). I ei studie der Lilleaas intervjuar menn som har hatt hjarteinfarkt (Lilleaas 2006) vart bekymring for familie og økonomi trekt fram som den største frykta mennene hadde hatt i sjukdomsperioden. Det å ikkje lenger kunne forsørge familien og dermed setje han i ein økonomisk ugunstig situasjon, gjorde at mennene kunne gå med sjukdomssymptom i lengre tid. Dette er eit døme der det er ein mangel på rom for handling. Dersom maskulinitet framleis er så sterkt knyta til det å kunne forsørge er det ikkje rom for å vere sjuk. Dette kan og vere ei forlenging av at dei har eit manglande språk, som eg var inne på i førre underkapittel.

Det er maskulint å klare alt og å ha kontroll, seier Holen. Dersom ein ikkje er van med å snakke om sjukdom eller å kjenne etter om ein er sjuk, kan sjukdommen virke skremmande fordi ein ikkje veit kva ein har i vente, og heller ikkje har kontroll over situasjonen. Det same kan gjelde for ei helseundersøking, og Holen poengterer at dette kan vere ei av årsakene til at menn nølar med å gå til legen: ”Menn er usikre på hva en helsesjekk innebærer. Flere ting kan virke skummelt – kvinnelig lege, selve undersøkelsen; av med buksa, inn med fingeren”. Steinar og mennogkreft.no skal få hente fram kjensla av kontroll. Steinar skal førebu mennene på kva dei kan ha i vente. Dersom ein knytar maskulinitet til det å ha kontroll, så skal altså Steinar vere det leddet som opprettar den kontrollen blant mennene som er naudsynt for å endre ein vane. Men kva om mannen er ein *ronkedor*?

I boka *Mænd, sundhed og sygdom – Ronkedorfænomenet* (2006) av Simon S. Simonsen, blir menn samanlikna med ronkedorar. Ein ronkedor er ein hannelefant som av ulike forklaringar lev åtskilde frå resten av flokken. Simonsen meiner at dette kan overførast til også å gjelde menn. Han er ute etter å sjå på livsverdsamanhengen mellom sjukdom og maskulinitet blant menn (Simonsen 2006:9). Eit av funna hans er at måten menn forstår sin eigen maskulinitet på, heng saman med den handteringa dei har av sin eigen sunnskap/sjukdom (Simonsen 2006:100). Gjennom å distansere seg frå andre prøver menn å akseptere situasjonen sin, og å kome ut av han (Simonsen 2006:89). Dette leier også til ei distansering frå sjukdommen, og eit forsøk på å skyve han vekk.

Menn samanliknar seg med andre menn og må heile tida forholde seg til ei dominerande forteljing om maskulinitet (Simonsen 2006:154). Den dominerande forteljinga om menn si handtering av sjukdom, er ei manglande handtering av denne. Det "lovlege" rommet for handling er å opptre som ein ronkedor. Mennene må handle på denne måten for å oppretthalde det bilete dei har av seg sjølv som maskuline. Det er altså ikkje ein mangel på handlingsrom per se, men det er ein mangel på rom for å handle på andre måtar og samstundes ivareta eit bilete på seg sjølv som maskulin.

Dersom det ikkje er eit rom for menn for å vere sjuke, vil det å bli sjuk stå i eit misforhold til det å ha kontroll og å vere "supermann". Men også sjølve sjukdommen kan vere på kollisjonskurs med oppfatninga av ein sjølv som maskulin. "Prostata har vært et ømt tema fordi prostata er noe så personlig og maskulint for menn. Føflekkreft kan ses i sammenheng med en farlig livsstil", seier Bismo. Og vidare - "de krefttypene som bare rammer menn er krefttyper som er bundet til personlige og maskuline identitetsmarkører for menn". Det er difor Steinar tek føre seg dei kreftformene som han gjer; testikkelkreft og prostatakreft råkar menn i stor skala. Det er dei yngre som i størst blir råka av den førstnemnde og dei eldre (over 60 år) som blir råka av den sistnemnde. I 2006 vart 255 menn råka av testikkelkreft medan det var 3815 tilfelle av prostatakreft (www.kreftregisteret.no).

Det er "høyere status å ha en krefttype som har kommet av en viss livsstil" (Bismo). Føflekkreft blir trekt fram som dømet på ein "viss livsstil". Testikkelkreft og prostatakreft ligg utføre menn sitt kontrollområde. Det gjer ikkje huda (i same grad). Lilleaas (2006) skriv at det blir oppfatta som maskulint å ta sjansar og å leve farleg (Lilleaas 2006:312). Kanskje er det mindre rom for handling som ei følge av dei manglande rammene for snakk? Føflekkreft kan til dømes "orsakast" ved for mykje soling etc. Testikkelkreft og prostatakreft kan ikkje det og dermed kan ein sjå føre seg at det er meir problematisk å snakke om. Testikkel og prostata er intimt snakk. Dersom det er maskulint å sky situasjonar der slik snakk kan førekome, tyder dette i neste omgang at det heller ikkje vil bli gjort noko. Mangel på rom for handling kan difor føresette mangel på rammer for snakk.

Det som kjem fram både blant informantane og i litteraturen som er presentert her, er at det er ein distanse mellom menn og handteringa av kropp og sjukdom. Denne distansen kan vere positiv eller negativ, forstått som involvering eller isolering i høve til sjukerolla. Simonsen (2006) knyt menn si distansering til eit hegemonisk maskulinitetsbilete. I kva grad dei er hegemoniske vil henge saman med korleis dei

steller seg til det hegemoniske bilete i samfunnet på korleis menn skal handtere sjukdom. Her skil Simonsen si oppfatning av hegemoni seg frå Connell (2005) si. Simonsen meiner at alle menn er hegemoniske, men i ulik grad. Dermed blir det oppretthalde ein autonomi hjå mennene. Når Steinar kjem med informasjon vil han oppmode til det Simonsen kallar for positiv distansering. Distanseringa er produktiv, noko som vil seie at mennene kan takle sjukdommen samstundes som dei vernar om identiteten som menn (Simonsen 2006:154). Negativ distansering vil i så måte ikkje vere produktiv fordi menn forblir menn ved å ikkje handle i høve til sjukdomsbiletet. At mennene må halde på identiteten som menn kan knytast til det som har kome fram om at menn vil ha kontroll og vere supermenn. Men denne handteringa vil oppretthalde ein avstand til helsevesenet fordi han ikkje utvidar feltet kor mennene opererar innan. Dei handlar i alle høve med utgangspunkt i at dei sjølv kan ordne opp. Å halde på eit slikt maskulinitetsbilete av seg sjølv gir mennene eit handlingsrom, men dette inneber ei handling som ikkje endrar diskursane i feltet. Handlingsrommet er dermed ikkje einleg med Kreftforeningen sitt mål om å gi menn eit handlingsrom som inkluderar sjukdom.

Kjønna helseanordning?

Førestillingar om maskulinitet

Det eine temaet i denne oppgåva har vore å finne ut korleis menn og kreft (helse) blir synleg i reklame. I byrjinga av oppgåva vart det spurt kva for institusjonelle førestillingar som danna grunnlaget for figuren Steinar, og nettstaden mennogkreft.no. Kunnskapen og førestillingane som fans blant informantane er blitt til informasjon og oppmodingar gjennom Steinar, som fortel korleis menn kan handtere kroppen sin og sjekke han for kreft. Det er Kreftforeningen og Virtual Garden sin kunnskap som dermed er vorte synleg for dei som vitjar sida, og då i hovudsak dei som fell innføre målgruppa til Steinar.

I materialet kjem det fram eit dikotomt syn på kjønn. Det kjem først fram blant informantane, der det er bestemte eigenskapar som blir kopla til kvinner og andre eigenskapar som blir kopla til menn. Inndelinga kjem også til syne når det blir hevda at helsevesenet kommuniserar på ein annan måte med kvinner enn med menn, og at dette er ein form for kommunikasjon som berre kvinnene kjenner seg heime i. Denne mangelen på kommunikasjon med menn gjer at mennene held seg borte frå helsevesenet. Det blir også trekt eit skil mellom kvinner og menn si oppleving i helsevesenet. Fordi kvinner er meir van med ein fast legerelasjon enn det menn er (Holen), så går det ikkje så mykje tid før dei oppsøkar legen dersom dei har mistanke om at noko ikkje er som det skal. At menn ikkje har denne faste relasjonen til legen gjer at dei heller ikkje er van med å gå til legen. Dette medfører at dei i større grad ventar for lenge med å sjekke eventuelle symptom, og at sjukdommen difor oftare blir oppdaga på eit seinare tidspunkt. Menn har til dømes dårlegare overlevingsrate med omsyn til kreft, enn det kvinner har.

Den dikotome inndelinga av kjønn er til stades blant informantane, men han er også synleg i det øvrige datamaterialet. I informasjonsbrosjyrane frå Kreftforeningen

er det ikkje teke omsyn til dei skila som måtte finnast mellom kvinner og menn. Her blir det gitt den same informasjonen uavhengig kven det blir snakka til. Når informasjonen derimot skal formidlast med eit reklamespråk, og det er ei spesifikk målgruppe som skal nås, så leier dette til at informasjonen blir tilpassa målgruppa og dermed får eit meir karikert uttrykk. Det faglege hjå Steinar er tona ned for å sikre seg at målgruppa ikkje dett av undervegs. Informasjonen han kjem med er i like stor grad prega av kva form det blir sagt i, som korleis det som blir sagt. I kapittel fem vart det poengtert at dette er med på å oppretthalde ei avstand til brukaren, fordi det visuelle i same grad som det verbale krev ei merksemd frå brukaren. Den dikotome inndeling som ligg til grunn for kampanjen er derimot ikkje like tydeleg i forskinga på menn og helse.

I høve til materialet fins det altså skilnader både mellom kjønn og innerter i kjønnskategoriane. Både Connell (2005) og Simonsen (2006) meiner at det er fleire måtar å vere mann på, og den typen maskulinitet menn forhold seg til, er avgjerande for korleis menn forhold seg til ulike felt. Simonsen finn til dømes at det er fleire måtar for menn å handtere sjukdom på. Men alle måtane å handtere sjukdom på handlar likevel om ei form for distansering frå han. Simonsen meiner at mennene distanserar seg for å oppretthalde ein identitet som menn. Ved å adaptere Connell sitt hegemoniomgrep til helsefeltet, vil dette seie at det å distansere seg frå sjukdommen er den hegemonisk maskuline måten å handtere det å vere sjuk på. Menn vil forholde seg til sjukdom etter det dei ser på som den mest aksepterte måten blant menn, og med omsyn til sjukdom er dette å "halde seg borte" frå sjukdommen.

Samstundes som det kom fram eit dikotomt syn på kjønn blant informantane, vart det også poengtert at det fins skil mellom menn. Steinar er laga med tanke på at målgruppa har ein bestemt måte å stille seg til humor, autoritetar eller fagleg kunnskap på. Vil dette seie at det fins rom med fleire maskulinitetar i helsevesenet likevel, og at rammene for oppførsel i helsevesenet kan opplevast på ulike måtar blant menn? Bakgrunnen for "Menn og kreft"-kampanjen syner iallfall at menn har ulik høgd på terskelen dei må over for å oppsøke lege. Men dette vil eventuelt gjelde før dei blir ein del av helsevesenet, noko som gjer at dei framleis vil ha kontroll over rolla si, i tillegg til at dei kjenner romma og rammene for korleis dei skal handtere situasjonen. Dersom det er rom for fleire maskulinitetar i helsevesenet, så må dette tyde at menn vil forholde seg til feltet på ulike måtar. Men treng dette berre å vere avhengig av kjønn? Kva med faktorar utanom kjønn? Er det slik at menn berre ser

seg sjølv i høve til andre menn, eller fins det andre faktorar som er med å avgjere korleis dei skal forholde seg til sjukdom?

Noko av det Lilleaas finn i sine intervju med menn (Lilleaas 2007) er det som i denne oppgåva er kalla for manglande rammer for samtale og manglande rom for handling. Konsekvensen av desse manglane resulterer ofte i ein distanse lik den Simonsen trekk fram, men i Lilleaas sitt studie handlar det ikkje berre om å sjå seg sjølv i høve til andre menn. Mennene uttrykkar eit ynskje om å snakke om kropp og kjensler, men det fins ikkje føresetnader for at ein slik samtale skal finne stad. Mennene har ikkje lært seg korleis dei skal handle i høve til sjukdom, og veit dermed ikkje korleis dei skal forholde seg til helsevesenet. Dei manglande romma og rammene kan dermed gjere at menn handterer sjukdom ved å distansere seg frå han fordi det er desse grensene som er kjente for dei.

Men kan det og vere at det er ulike rom og rammer for korleis vi ser menn og kvinner? Det kan i tilfelle tyde at menn og kvinner blir sett, forstått og forma innføre bestemte rammer også av andre enn dei sjølve. Dette kan ha innverknad på grensene dei set for sine eigne handlingsalternativ, men det kan og leie til at samfunnet på denne måten i større eller mindre grad er organisert rundt eit ulikt syn på men og kvinner. Til dømes så blir kvinner kalla inn til mammografi og livmorhalssjekk jamleg. Liknande undersøkingar for menn, til dømes jamleg sjekk av testiklane eller prostata, fins ikkje. Slike undersøkingar opprettheld ein relasjon mellom kvinner og helsevesen som menn går glipp av. Er dette fordi vi har ei anna forståing av menn si helse? Eller kan dette kome av at pasientrolla er kjønna? Er det slik at det er noko ved det å vere pasient som ikkje går saman med maskulinitet?

Å snakke om ei kjønna pasientrolle vil seie at det fins ulike forventingar til det å vere pasient for menn og kvinner. Informantane nemner helsevesenet som ein viktig årsak til mennene sitt fråver, fordi det blir snakka eit språk som ikkje inkluderar mennene. Ei kjønna pasientrolle vil innebere at det er visse kunnskapar, eller eigenskapar knyta til helsevesenet som kvinner har, men som menn manglar. Dette gjer at kvinnene kjenner denne rolla, og at helsevesenet på si side veit kva dei kan vente seg av kvinnene. Dersom ein kan snakke om ei kjønna pasientrolle, er det då slik at dei romma og rammene menn og kvinner har følgjer med inn i helsevesenet? Dersom det er slik at vi forstår menn og kvinner utifrå ulike rom og rammer, så kan det tenkast at dette er forståingar som ikkje er knytt til helse spesielt, men at det handlar om ulike måtar å forstå kjønn på generelt.

”Å snakke eit språk som menn forstår” (Holen) har vore viktig med kampanjen. Språket til Steinar er altså ikkje tilfeldig på nokon måte, og distinksjonen mellom ein mannleg og kvinneleg måte å snakke på, har vore viktig å halde fast på. Ved å spele på ulikskapane mellom menn og kvinner i helsereklame, vil ein oppretthalde eit skil mellom dei og dei rollene som er forventa i helsevesenet. Dermed vil ein vere med på å skape ulikskap. Widerberg (1992) skriv at dersom ein produserar kjønn som like så vil ein skape likskap, medan ein vil skape ulikskap dersom ein produserar kjønn som ulike:

For det første reproduserer vi ulikhet både når vi overser den og når vi framhever den. Synliggjøring av ulikhet innebærer en risiko for at vi reproduserer den. *For det andre* er ulikhet bare forståelig og interessant i sammenlikninger, dvs. når den oppstår i en relasjon. Til tross for dette anvendes ofte ulikhet når kjønn beskrives hver for seg. *For det tredje* innebærer en organisering av forståelse etter kjønn, dvs. etter ulikhet, at vi organiserer noe som kanskje ikke fins. Vi skaper med andre ord kjønn i vår forskning og dermed reproduserer vi kjønn og ulikhet. (:292)

Reproduksjon av førestillingar?

I det første kapitlet i oppgåva vart det gitt ein presentasjon av reklamen sin plass i samfunnet vi lev i dag, som ein kan kalle individualistisk eller forbrukarorientert. Uansett kva ein vel å kalle det, så har reklamefeltet fått fleire arenaer å spele på, slik som helsefeltet. Vidare i kapitlet vart det spurt om Steinar, og mennogkreft.no, er med på å reproducere dei førestillingane vi har om maskulinitet. I oppgåva er det gjort nytte av Michel Foucault sin maktanalyse, og ein sentral del av oppgåva har difor dreia seg om det er som er synleg i kampanjen. Som det har kome fram i oppgåva, og i førre del av kapitlet, så er kunnskapen til Steinar tilpassa den målgruppa han skal snakke til. Dette vil seie at informasjonen er regulert i høve til dei forventingane som fins til målgruppa. I oppgåva er det argumentert for at informasjonen til Steinar førar med seg ei form for makt idet han når brukaren. Det han seier vil vere med på å avgjere kva målgruppa vil kunne oppfatte som ”sanninga” i høve til haldningar om menn og helse.

Når Kreftforeningen og Virtual Garden har kome fram til den kunnskapen Steinar skal presentere, og når denne er tydeleg kjønna, så kan dette vere fordi mediefeltet krev ein slik måte å kommunisere på. Reklamefeltet må tilpasse kunnskapen sin til dei diskursane som fins i mediefeltet. Er det difor Steinar er kjønna – fordi det berre er rom for to kjønn i reklamen? Kan det vere at det er maktrelasjonane i reklame- og mediefeltet som gjer at det berre er to kjønn som er synleg? Når kjønn skal presenterast i media, vil alle dei deltakande aktørane vere interessert i at reklamen når den rette målgruppa. Dei kan derimot ha ulik kunnskap om kva som er den beste måten å gjere det på. Dermed vil reklamen kunne møte hinder i mediefeltet som gjer at kunnskapen som dei hadde tenkt å nytte må revurderast. På denne måten kan det vere at det berre er rom for to kjønn i reklame – fordi det er dette som er blitt ei felles forståing blant aktørane om av kva for ein kunnskap som passar i dette feltet.

Ein føresetnad for at det fins makt i relasjonen mellom Steinar og målgruppa, er at det også fins motstand. Motstanden er ikkje å finne i ei utvendig posisjon til makta, men er innbaka i sjølve maktrelasjonen (Foucault 1999a), og motstaden blir danna ved at makta møter ulike hinder eller forsvar i sjølve utøvinga.

Kan helseinstitusjonar vere eit motstandspunkt for helsereklame, samstundes som dei er pådrivarar for denne type informasjon? Helseinstitusjonar og reklameinstitusjonar sit på ulik kunnskap om sine felt. På same tid som mediediskursane kommuniserar på ein viss måte, kan også dei ulike helseinstitusjonane ynskje å formidle ein bestemt kunnskap. Dersom reklamefeltet meiner at dei diskursane helseinstitusjonane vil nytte ikkje eignar seg som reklame, så vil helseinstitusjonane måtte justere eller endre det dei vil formidle. Det vil vere ei tilpassing av kunnskapen til han passar til den kunnskapen reklamediskursane kan ”tillate”. På denne måten vil diskursane stadig vere oppe for vurdering. Relasjonen mellom dei to institusjonane vil difor gjere at det blir samla kunnskap som dannar utgangspunkt for ny kunnskap. Den kunnskapen som blir offentleg vil vere dei diskursane som endar opp i reklamen, i dette høvet kunnskap om menn og helse.

Kan Familien A/S (som institusjon) vere ein motstand til Steinar? Om det er slik at det er ei forventing blant både kvinner og menn i ein husstand om at mannen framleis har ei forsørgjarrolle, kan denne rolla utgjere ein motstand til det Steinar formidlar? Dei diskursane om korleis familielivet er dei vanlegaste oppfatningane, blir teke med i utforminga av Steinar. Er han distansert i framtoninga si fordi

familiediskursane fungerer som avgrensingar for kva for ein informasjon han har moglegheit til å formidle? Dette tyder ikkje at det i kvar einskild familie er ein motstand mot det han seier, men at det ligg ein motstand mot det som blir sagt i diskursane om Familien. Dersom Steinar snakkar på ein måte som Familien ikkje finn seg i, til dømes om han trugar forventingane til mannen som forsørgjar, så vil han kunne protestere på det som blir sagt. På denne måten må Steinar si formidling (kunnskap) revurderast og endras. Slik vil det bli samla ny viten om korleis han kan formidle kunnskap om menn og sjukdom, og denne dannar utgangspunkt for ny informasjon. Motstanden mot det Steinar har å kome med gjer med andre ord at makta kan fungere.

Til slutt – kan det vere motstand i politikken? Når diskursar om helse blir offentlege som reklame er dette ein del av eit statleg ynskje om at helseopplysning skal nå ut til alle deler av befolkninga. Det blir spesifisert at informasjon må spreiest til kanalar som når dei gruppene som til vanleg ikkje blir råka av slik informasjon. På denne måten kan det politiske feltet leie til ein framvekst av nye institusjonar fordi det etterspør nye måtar å formidle kunnskap på. Gjennom mellom anna høyringar, er det eit samspel mellom det politiske feltet og institusjonar elles i samfunnet. Institusjonane tek med kunnskap inn i politikken. Gjennom ei utveksling av kunnskap og gjennom reguleringar og avgrensingar av kunnskapen, kan institusjonane til slutt ende opp med å få gjennomslag for dei forslaga dei har hatt. Dermed vil det vere eit makt- og motstandstilhøve mellom det politiske feltet og, som her, helseinstitusjonar.

Steinar er ein del av det som i denne oppgåva er kalla helseanordninga. Dei fråsegnane, den praksisen og dei institusjonane som utgjer helseanordninga og som er synlege i samfunnet, blir det vi vil forstå som sanninga om menn og helse. Kapittel fire såg på den makta som er å finne i språket til Steinar. Han gir oss ny kunnskap og dermed får vi tilgang til nye diskursar. Gjennom denne kunnskapen disiplinerar han aktørane med omsyn til avgrensingar og reguleringar i høve til det å sjekke kroppen. Dette handlar om språket, men det handlar og om haldninga hans og det han let vere å snakke om. Framsyninga som kjem fram gjennom språket, handlingane og budskapet er difor avgjerande for korleis vi forstår maskulinitet.

Den delen av helseanordninga som Steinar er ein del av, syner den kunnskapen som fins om menn, maskulinitet og helse hjå Kreftforeninga og Virtual Garden. Dei diskursane Steinar nyttar har som mål å endre diskursar som allereie fins om kreft, blant lågare utdanna menn over 40 år. Det som Steinar presenterar skil seg

frå ein del av det øvrige materialet som er presentert i oppgåva fordi han har ei bestemt målgruppe han ynskjer å snakke til. Korleis denne målgruppa tek til seg informasjon på best mogleg måte er det Virtual Garden og Kreftforeningen som er blitt samde om. I høve til Foucault si forståing av makt, inneheld denne språklegginga av menn og kreft ein maktteknikk idet det oppstår ein relasjon til brukarane av nettsida. Maktrelasjonen oppstår fordi det blir ei forskyving av kunnskap som leier til at sistnemnde lærar seg nye diskursar om menn og kreft.

Som ein del av helseanordninga er denne eininga av kunnskap og makt med på å fastsetje kva orden, normalitet og disiplin vil seie. Gjennom reklamen er Steinar med på å påverke det vi vil tenke på som sanninga med omsyn til maskulinitet og helse. Dei same maktmekanismane er også avgjerande for korleis vi oppfattar oss sjølv som subjekt. Dette er ein konsekvens av den kunnskapen og dei diskursane vi kjenner, som vil fungere som reguleringar for livsførselen vår. Kunnskapen Steinar formidlar bygg på eit syn på kjønn som ulike, og når han snakkar til målgruppa så er det på det som venteleg er deira premiss. Fordi ho bygg på, og reproduserar førestillingar om kjønn, kan vi snakke om ei kjønna helseanordning.

Makten er overalt. Dette skyldes ikke at den omfatter alt, det skyldes at den kommer alle steder fra. Og det permanente, gjentagende, trege, selvreproduserende ved *makten* er bare den helhetseffekten som avtegner seg ut fra alle disse bevegelighetene, den sammenkjedningen som støtter seg på hver enkelt av disse bevegelige elementene og som dessuten søker å stabilisere dem. Man må utvilsomt være nominalist: Makten er ikke en institusjon og den er ikke en struktur, den er ikke en bestemt styrke som bestemte personer skulle være utstyrt med: Den er navnet man setter på en kompleks strategisk situasjon i et gitt samfunn. (Foucault 1999a:104)

Litteraturliste

Album, D. (1996), *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Engers Boktrykkeri A/S: Oslo

Alvesson, M. og K. Sköldberg (1994), *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur

Andersen, U.C. (2007), *Mellomrom*. Masteroppgåve ved institutt for sosiologi og samfunnsgeografi: Universitetet i Oslo

Beck, U. (2004), *Globalisering og individualisering. Bind 1 – Modernisering og globalisering*. Norge: Abstrakt Forlag

Blindheim, T. (2004), *Hvorfor kjøper vi? Om forbruk og reklame*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Connell, R.W. (2000), *The men and the boys*. Berkley: University of California Press

Connell, R.W. (2005), *Masculinities*. (2.utg), United Kingdom: Polity Press

Courtney, W.H. (2000), "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health" i *Social Science and Medicine*, 50(10)

Ege, T.A. (2007), *Bare barnemat?* Masteroppgåve ved institutt for sosiologi og samfunnsgeografi: Universitetet i Oslo

Emmison, M. & Smith, P. (2000), *Researching the Visual*. London: Sage Publications

Engelstad, F. (2005), *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget

Fangen, K. (2004), *Deltakende observasjon*. Oslo: Kunnskapsforlaget

- Foucault, M. (1999a), *Seksualitetens historie I. Viljen til viten*. Noreg: EXIL
- Foucault, M. (1999b), *Diskursens orden. Tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970*. Oslo: Spartacus forlag
- Giddens, A. (1996), *Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfunnet under senmoderniteten*. København: Hans Reitzel Forlag
- Goffman, E. (1974), *Frame Analysis. An Essay of the Organization of Experience*. Cambridge Massachusettes: Harvard University Press
- Haldar, M. (2006), *Kjærlighetskunnskap: tolvåringers fortellinger om romantikk og familieliv*. Avhandling (dr.polit): Universitetet i Oslo
- Järvinen, M. (2003), "Pierre Bourdieu" i Andersen, H. og Bo Kaspersen, L. (red.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzel Forlag
- Kotler, P., N. Roberto & N. Lee (2002), *Social marketing. Improving the quality of life*. USA: Sage Publications
- Lilleaas, U-B. og K. Widerberg (2001), *Trøtthetens tid*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Lilleaas, U-B (2003), *Fra en kropp i ustand til en kropp i det moderne*. Dr. Polit. Avhandling. Rapport 2, Universitetet i Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
- Lilleaas, U-B. (2006), "Det sterke kjønns sårbarhet" i *Sosiologisk tidsskrift Vol 14*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lilleaas, U-B. (2007), "Masculinities, Sport, and Emotions" i *Men and masculinities Vol 10*, Sage Publications
- Lindgren, S. (2003), "Michel Foucault" i Andersen, H. og Bo Kaspersen, L.(red.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag

Lorentzen J. (2006), ”Kap 2.3: Forskning på menn og maskuliniteter” i Lorentzen, J. og Mühleisen, W. (red) *Kjønnsforskning. En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget

Sabo, D. (2000), ”Men’s health studies: Origins and trends” i *Journal of American College Health*, 49(3)

Sabo, D. (2008), ”The study of masculinities and men’s health: An Overview” i R.W. Connell, J. Hearn & M. Kimmel (Eds.) *Handbook of Theory on Men and Masculinities*. Sage: Thousand Oaks, California (ikkje publisert)

Sandmo, E. (1999), ”Michel Foucault som maktteoretiker” i Engelstad, F. (red.) *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Schaaning, E. (1999), ”Etterord” i Foucault, M. *Seksualitetens historie I. Vilje til viten*. Valdres Trykkeri: EXIL

Schofield, T., Connell, R.W., Walker, L., Wood, J.F. & Butland, D.L. (2000), ”Understanding men’s health and illness: A gender relations approach to policy, research and practice” i *Journal of American College Health*, 48(6).

Scott, J. og Marshall, G. (2003), *Dictionary of Oxford Sociology*. New York: Oxford University Press

Seidler, V. J. (1997), *Man enough. Embodying masculinities*. London: Sage Publications

Sennett, R. (1992), *Intimitetstyranniet*. Oslo: J. W. Cappelens forlag A/S

Silverman, D. (2001), *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction. Second edition*. Storbritannia: Sage Publications

Simonsen, S. S. (2006), *Mænd, sygdom og sunhed. Ronkedorfænomenet*. Århus: Forlaget Klim

Slottemo, H.G. (2000), *Menn som forskningsfelt. Begreper og perspektiver i historisk og samfunnsvitenskaplig forskning om menn og maskulinitet*. Dragvoll:NTNU

Smith, D. E (2005), *Institutional Ethnography. A sociology for people*. USA: Altamira

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Det kongelige helsedepartement

Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007), *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller i befolkningen*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement

Wadel, C. (1991), *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Oslo: Seek

Widerberg, K. (1992), "Teoretisk verktøykasse – analysemåter og metoder" i Taksdal, A. og Widerberg, K. *Forståelser av kjønn i samfunnsvitenskapens fag og kvinneforskning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Widerberg, K. (2001), *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget

Watson, J. (2000), *Male bodies, health, culture and identity*. Buckingham Philadelphia: Open University Press

Ytreberg, E. (2006), *Medie – og kommunikasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget

Andre kjelder

- Informasjonsbrosjyrar frå Kreftforeningen: Til deg som er pårørende, Underlivskreft, Kreft og seksualitet, Testikkelkreft, Prostatakreft, Undersøk brystene selv
- Informasjon frå Kreftforeningen: *Pasientundersøkelsen og Innsiktsrapporten – tidlig diagnose* (2006) Den Norske Kreftforening, Oslo
- *Handlingsplan for sunnere kosthold i befolkninga* (2007-2011)

Internett

- www.mennogkreft.no
- www.kreftforeningen.no
- <http://www.regjeringen.no/nb/tema/Helse.html?id=917> (20.03.2008)
- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/ansvarsomraader.html?id=446> (20.03.2008)
- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/Underliggende-etater.html?id=115200> (20.03.2008)
- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer.html?id=1904> (20.03.2008)
- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2008/horin-g--forslag-til-forskriftsendringer-/horingsinstanser.html?id=504321> (20.03.2008)
- http://www.kreftforeningen.no/om-_kreftforeningen/organisasjon/visjon_verdier_formaal (20.03.2008)
- http://www.kreftregisteret.no/forekomst_og_overlevelse_2006/CiN2006_web.pdf (30.03.2008)

”Alle kjelder i denne oppgåva er oppgitt”

Antall ord i oppgåva: 32 472