

Tekst som handling

*Menns bruk av spørretjenesten hos
helsenettstedet Lommelegen.no*

Arina Bøge Stubhaug



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

vår 2011

Sammendrag

Norske menn lever kortere enn kvinner, går sjeldnere og senere til lege, og har dårligere overlevelsessjanser ved flere diagnoser. Studier av menns helse er et voksende felt, og fokus er ofte på hvordan konstruksjon av maskulinitet påvirker helseadferd. Både akademisk og politisk er det en utbredt oppfatning at forskjeller i levealder henger sammen med at menn går for sjelden og for sent til lege. Å oppsøke hjelp ved (mistanke om) sykdom er en del av det jeg kaller *hjelpesøkende adferd*.

Tema for oppgaven er menns bruk av spørretjenesten hos helsenettstedet Lommelegen.no. Datamaterialet mitt er 250 tekster i form av spørsmål stilt av menn i 2009, og legens svar på dem. Jeg analyserer tekstene ved hjelp av kvantitativ innholdsanalyse, og kvalitativ tekstanalyse. Det overordnede forskningsspørsmålet er hvordan menn bruker denne tjenesten. Jeg undersøker om den i særlig grad brukes av menn som ellers unngår legekontakt, og om de bruker den som et substitutt for eller et supplement til vanlig legekontakt. Jeg ser nærmere på kommunikasjonen mellom mennene og legene som svarer, hva som kommer frem som fortrinn ved netjtjenester, og på hva henvendelsene kan fortelle om mennenes tidligere erfaring med helsevesenet.

I denne studien sees helse som en arena der *kjønn gjøres*. Jeg vektlegger helse som et feminint felt ved hjelp av artikler av Will Courtenay, og helsepersonells konstruksjon av den mannlige pasienten ved hjelp av blant annet Sarah Seymour-Smith, Margaret Wetherell og Ann Phoenix' studie. Ved hjelp av diskurspsykologiske perspektiver argumenterer jeg for at R.W. Connells begrep *hegemonisk maskulinitet* kan behandles som en dominerende diskurs. Steve Robertson modell over sammenhengen mellom maskulinitet og helseadferd benyttes i analysen av materialet.

Jeg gjør rede for analysen i fire kapitler. Tekstene er kodet på bakgrunn av elleve variabler, og i kapittel 4 beskrives materialet ved hjelp av innholdsanalyse. Kapittel 5, 6 og 7 omhandler underproblemstillingene.

For 38% av mennene er henvendelsene et "første skritt" for å få hjelp, mens over halvparten beskriver tidligere legebek. Mennene bruker oftest Lommelegen som et supplement til vanlig legekontakt. Blant fortrinn ved netjtjenester er ønsket om en *second opinion* det vanligste, mens *anonymitet* og *raskt svar* er viktig for færre menn. Jeg argumenterer for at en del av mennene opplever problemet sitt som *for trivielt* til å bestille legetime. Dette stemmer overens med andre studier, der det kommer frem at hegemonisk maskulinitet påvirker menns hjelpesøkende adferd på en slik måte at "skikkelige" menn ikke skal oppsøke lege med mindre det gjelder et synlig, konkret og alvorlig problem. Dette kan lede til bagatellisering av alvorlige symptomer, og det er en utbredt oppfatning både akademisk og politisk at dette er noe av grunnen til menns dårligere helse og lavere levealder i Norge. Når menn handler på tvers av maskulinitetskrav og dominerende diskurser, forsvarer og forklarer de ofte adferden sin. I tillegg fremheves ofte kvinners innvirkning på menns hjelpesøkende adferd, ved at kvinner "beordrer" mennene til legen. Flere forskere har pekt på at dette viser at menn trenger å *legitimere* positiv helseadferd og det å oppsøke lege.

Ved hjelp av materialet gjør jeg rede for det jeg kaller *rammer for konsultasjonen*, på internett og på legekantorene. Med støtte i Robertsons modell argumenterer jeg for at

Lommelegens viktigste funksjon for mennene som stiller spørsmål, er legitimering av hjelpesøkende adferd. Skriftlig kommunikasjon mellom menn og nettleger kan ikke erstatte legekonsultasjonen. Derimot oppfordrer og oppmuntrer nettlegerne mennene til å søke hjelp "i det virkelige liv". Denne funksjonen kan være spesielt viktig for enslige menn, en gruppe jeg mener ofte blir lite synlige i studier på dette feltet.

Takk

Å skrive masteroppgave er å forsøke å mestre en sjanger. Det lykkes sjelden på første forsøk. Det er en svenneprøve, og som alle håndverkere vet, blir hvert arbeid litt bedre enn det foregående. Derfor gleder jeg meg til fortsettelsen, uansett hvilken form den tar.

Stor takk til Svein Hovde, for veiledning, hjelp og tro på prosjektet. Takk til Ulla-Britt Lilleaas for at hun introduserte meg til dette feltet. Takk til alle forelesere som har plukket ut gode artikler og startet gode samtaler, og til alle medstudenter som har fulgt dem opp.

Takk til Astrid Edland for at jeg i det hele tatt har skrevet denne oppgaven, og til Lommelegen og Alexander Vassbotn Røyne-Helgesen for hjelp med å få tak i datamaterialet som har resultert i den.

En stor takk til familien min – for alt.

Takk til Nicklas for inspirasjon og tro på meg gjennom hele prosjektet. Og til sist: En stor takk til Vanja for korrekturlesing, innspill, interesse, humor og et godt blikk.

Takk!

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	III
TAKK	V
KAPITTEL 1: INNLEDNING	1
STUDIENS BAKGRUNN	1
<i>Forventet levealder som mål på helse</i>	2
<i>Politisk fokus</i>	3
PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING	4
DISPOSISJON.....	6
<i>Begrepsavklaring</i>	7
KAPITTEL 2: TEORETISKE OG EMPIRISKE PERSPEKTIVER	9
KJØNN OG HELSE SOM SOSIALE KONSTRUKSJONER.....	9
MASKULINITETER	10
DISKURSER OG MENNS HELSE.....	13
DEN SYKE MANNEN.....	15
HELSE FOR MENN	18
MOTSETNINGER OG LIKHETER	21
INTERNETT OG HELSE	23
KONKRETISERING AV FORSKNINGSPØRSMÅL.....	24
<i>Datamaterialet: tekst som handling</i>	26
KAPITTEL 3: METODE OG DESIGN	28
METODISKE VEIVALG	29
VEIEN TIL DET ENDELIGE FORSKNINGSDESIGNET.....	31
<i>Å se temaet sitt overalt</i>	33
MATERIALE OG UTVALG.....	34
<i>Lommelegen.no</i>	35
KODING OG INNHOLDSANALYSE	36
KAPITTEL 4: INNHOLDSANALYSE	40
MATERIALET I TALL – FREKVENSER.....	41
KAPITTEL 5: MANNEN OG NETTLEGEN	47
HELSE SOM FEMININT	47
MENN SOM UNNGÅR LEGE	48
ULIKE MENN, ULIKE MASKULINITETER?.....	57
NYE SPØRSMÅL OG RASK KONTAKT	59
EN NY VURDERING: MENN SOM ØNSKER EN SECOND OPINION	61
ØYEBLIKKELIG HJELP	67
KAPITTEL 6: KOMMUNIKASJON MELLOM PASIENT OG LEGE – PÅ LEGEKONTORENE OG PÅ NETT	70
DEN MANNLIGE PASIENTEN	70
PÅ LEGEKONTORENE	71
DEN MANNLIGE HYPOKONDEREN	80
KAPITTEL 7: MENNS BRUK AV LOMMELEGEN	86
HVORFOR NETTLEGE?.....	86
<i>Konstruksjon av (hegemoniske) mannlige pasienter</i>	89
<i>Hva med enslige menn?</i>	90
RAMMER FOR KONSULTASJONEN	91
HELSEKOMMUNIKASJON RETTET MOT MENN?	94
AVSLUTNING	95
<i>Begrensninger og implikasjoner</i>	97

KILDER	99
VEDLEGG	104
<i>Vedlegg 1: Skjema for innsendelse av spørsmål til Lommelegen</i>	<i>104</i>
<i>Vedlegg 2: Vilkår for spørretjenesten hos Lommelegen</i>	<i>105</i>
<i>Vedlegg 3: Tips om formulering av spørsmål til Lommelegen</i>	<i>107</i>
<i>Vedlegg 4: Kodebok</i>	<i>108</i>
<i>Vedlegg 5: Frekvenstabeller</i>	<i>111</i>

Kapittel 1: Innledning

Indeed, deeply embedded in the politics of gender and health is the assumption that men are in fact responsible for their ill-health and that, if they actually asked for help, acted differently and got involved in health prevention, this gender gap would close. This is, at least in part, correct (Broom og Tovey 2009:1)

Tema for denne studien er menns bruk av spørretjenesten til den nettbaserte helsetjenesten Lommelegen.no. Hensikten er å bidra til et mer utfyllende bilde av hvordan menn forholder seg til helse, og spesielt av menns *hjelpesøkende adferd*.

Studiens bakgrunn

Norske menn lever kortere enn kvinner, går sjeldnere og senere til lege, og har dårligere overlevelsessjanser ved flere diagnoser (Bakketeig og Nordhagen 2007). Det har vært forsket i årsakene, og tanken om at forventet levealder hos menn og kvinner ville kunne utjevnes dersom menn endret adferdsmønster, har vært sentral (Broom og Tovey 2009).

Flere studier har vært rettet mot menns måte å håndtere sykdom på, og begreper som *ronkedorfenomenet* (Simonsen 2006) og *John Wayne-tilnærmingen til helse* (Lilleaas 2005) har blitt brukt for å forklare menns håndtering av alvorlig sykdom. Steve Robertsons studie *Understanding Men and Health* (2007) peker på at menn ser på helse som det motsatte av sykdom; er du ikke syk, er du frisk. Dette står i kontrast til den utviklingen medisinen har hatt i vårt samfunn, med det Armstrong (1995) kaller *surveillance medicine*. Overvåkningsmedisin medfører en problematisering av det normale, slik at alle potensielt er i risikosonen. Helsestoff er et fast innslag i mediebildet, og kostholds- og treningsråd så vel som informasjon om sykdommer og symptomer, når stadig avisenes førstesider. Der kvinner inntil ganske nylig ble sett som overforbrukere av helsevesenet, har det skjedd et skifte: Nå ses menn i større grad som *underforbrukere*.

Det uttrykkes stadig et ønske om at menn skal gå oftere til legen, og Mannspanelet¹ (2008) foreslo blant annet lavterskeltilbud og obligatorisk innkalling til fastlegen som et tiltak for å bedre menns helse.

Forventet levealder som mål på helse

Tittelen på en bok om folkehelse i et kjønnsperspektiv, "Kvinner lider, menn dør" (2007), setter helseforskjellene mellom kjønnene på spissen. Tittelen henspiller på at kvinner oppgir flere plager enn menn, mens menns forventede levealder i nesten alle land er lavere enn kvinners (WHO 2009).

Forventet levealder registrert i Norge i 2008 var den høyeste noensinne: 83,1 år for kvinner og 78,6 år for menn (Folkehelseinstituttet). Dette utgjør en forskjell på 4,5 år. Norges offentlige utredninger (NOU) *Kvinnens helse i Norge* fra 1999 opererte med seks års forskjell mellom menn og kvinners levealder, noe som betyr at menns dødssannsynlighet gjennom hele livet var nesten det dobbelte av kvinners (Waalder 1999).

Basert på selvrapporing har en regnet med at kvinner kan forvente seg flere år med helseplager enn menn (Mæland og Haugland 2007). Stilt sammen med forventet levealder indikerer HALE (Healthy Life Expectancy) hvor mange år uten funksjonsvansker en person kan forvente seg. Verdens Helseorganisasjon oppga likevel at norske kvinner i 2007 kunne regne med to funksjonsfriske år mer enn norske menn, med henholdsvis 74 og 72 HALE (WHO 2009).

Sosioøkonomiske forskjeller påvirker også forventet levealder, og det kan se ut som inntektsforskjeller påvirker menn mer enn kvinner (Schei og Sundby 2007). Menn på Sagene i Oslo hadde med 68,4 år for eksempel den laveste forventede levalderen i landet i 2005 (Dybendal og Skiri 2005). Mange faktorer er medvirkende for en persons helse, og flere grupper trenger særskilt fokus. Kjønn peker seg likevel ut: "Knappt noen egenskap har så mange og viktige implikasjoner for helsebelastninger og helseressurser gjennom livsløpet som kjønn" (Mæland og Haugland 2007:78).

¹ Mannspanelet er et utvalg nedsatt av Barne- og likestillingsdepartementet den 6 august 2007 som et ledd i arbeidet med verdens første stortingsmelding om menn, mansroller og likestilling.

Politisk fokus

Realitetene som ligger til grunn for tallene i avsnittet over, har ført til at det også er et politisk fokus på å bedre menns helse i Norge. I 2008 vedtok Europarådet en anbefaling om at et tydelig kjønnsperspektiv, og innsats for å minske kjønnsforskjellene på helseområdet, skal innarbeides i den nasjonale helsepolitikken. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet la frem den første stortingsmeldingen som omhandler menns helse i *Om menn, mansroller og likestilling* (St.meld. nr. 8, 2008-2009). Her beskrives forskjellene mellom menns og kvinners helse, og behovet for forskning og tilrettelegging i helseinformasjon. Krav til maskulinitet fremheves som en mulig årsak til disse forskjellene:

Framleis finst det haldningar som går ut på at sjukdom og svak helse bryt med dei stereotype mannsideala [...] Tradisjonell maskulinitet med høgt fokus på styrke, sjølvkontroll, sjølvbehersking, uthald, handlekraft og forakt for fysisk smerte gir seg utslag i mannshelsa (St.meld. nr. 8:99).

I 2006 var 78% norske kvinner registrert som pasienter hos en fastlege, mot 65% av norske menn; samtidig hadde kvinner samme år 2,9 konsultasjoner per innbygger mot 2,1 for menn (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2007). Spesielt interessant i forhold til denne studien er det at bare 5-10% av brukerne av "tradisjonelle hjelpetilbud og opplysningstiltak for ungdom" er gutter, mens like mange gutter som jenter benytter helserelaterte nett- og telefontjenester (Nasjonalt Folkehelseinstitutt i St.meld. nr. 8:99). Dette kan tyde på at netjtjenester appellerer til yngre menn. Tilsvarende statistikk for eldre menn finnes ikke.

Menns risikoadferd omtales ofte i forbindelse med menns helse. Kosthold, fysisk aktivitet, selvmord, trafikkulykker, seksuell helse, rusmiddel og generell ulykkesrisiko er faktorer som også gjennomgås i stortingsmeldingen. Mens mellom 10-20 ganger flere kvinner enn menn begår selvmordsforsøk, lykkes omkring dobbelt så mange menn som kvinner (St.meld. nr 8:106). Dødsfall som følge av drap eller selvmord er samlet fire ganger vanligere for menn, mellom to og tre ganger flere menn enn kvinner dør i trafikken og tre ganger flere dør i andre ulykker (Bakketeig og Nordhagen 2007). Ønsket om å endre menns *adferd* i forhold til helse kommer klart fram, og spesielt rettes fokus mot å få flere menn til å bruke helsetjenester.

I denne Stortingsmeldingen omtales altså kjønn som en sentral faktor for helse. Derfor legges det vekt på viktigheten av et kjønnsperspektiv i formidlingen av helsefremmende informasjon, både i forebyggende tiltak og behandling. I møtet om denne meldingen i Stortinget den 12 mai 2009 (Stortinget sak nr. 7) blir også forholdet mellom diskurser og maskulinitet tatt opp, om enn indirekte. Det formuleres at menn er "for mye menn" når det gjelder å ta vare på egen helse. Behovet for mer forskning understrekes, for å øke kunnskapen om betydningen av kjønn.

Min hensikt med denne studien er å bidra til et mer utfyllende bilde av hvordan menn forholder seg til helse, og fokus er spesielt rettet mot menns hjelpesøkende adferd. Dersom menn i flere aldersgrupper (jamfør Nasjonalt Folkehelseinstitutt i St.meld. nr. 8) ser ut til å foretrekke netjtjenester, kan en studie av nettopp *menns bruk av nettbaserte helsetjenester* vise seg å ha samfunnsmessig interesse. Jeg mener at internett og helsenettsteder i alle tilfeller er et interessant og relevant sted å undersøke menns helseadferd.

Problemstillinger og avgrensning

Studier av menns helse viser hvordan konstruksjonen av maskulinitet virker inn på helseadferd. At menn venter for lenge med å ta kontakt med lege, er nærmest en akseptert sannhet.

Dersom opptatthet av helse sees som feminint og dermed i kontrast til maskulinitet (Courtenay 2009), kan det forklare hvorfor menn oppsøker lege sjeldnere og senere enn kvinner. Mediebilder og diskurser medvirker til å posisjonere helse som lite maskulint. Også samhandling og ansikt-til-ansikt kontakt spiller inn, kanskje spesielt den på legekantorene og andre helseinstitusjoner.

Siden menns faktiske legebesøk er skjult for oss, mener jeg at "samtalene" mellom menn og leger på internett kan gi nyttig informasjon. Disse tekstene er tilgjengelige for enhver, og spørsmål og svar fra helsenettsteder kommer høyt opp på resultatlisten ved internettsøk blant annet på symptomer.

Flere studier har pekt på at anonymitet, enkel tilgang og liten bruk av tid kan være faktorer som gjør det mer attraktivt for menn å søke informasjon og hjelp hos helsepersonell. Lavterskeltilbud som "helsebusser" og besøk på arbeidsplassen eller puben (Robertson 2007) er eksempler på tiltak som tar dette til etterretning. Internett benyttes i økende grad til innhenting av helseinformasjon og til kontakt mellom lege og pasient, og 9 av 10 nordmenn ønsker elektronisk kontakt med lege (Teknologirådet 2010). Begrepet *eHelse* er blitt vanlig, og i en rapport fra Teknologirådet til Stortinget slås det fast at "helsetjenester på nett er både ønsket, gjennomførbart og lønnsomt" (Teknologirådet 2010:1). Målet er en nasjonal helseportal på internett innen 2012. Slik situasjonen er i dag finnes det et hav av helseinformasjon på norsk på internett, og et mye brukt nettsted er det Aller-eide *Lommelegen.no*. Det er dette nettstedet jeg har valgt å undersøke bruken av.

En god problemstilling bør ha både en vitenskapelig og en samfunnsmessig begrunnelse. Det blir vanligere å innhente helseinformasjon på nett samtidig som blant annet anonymiteten dette innebærer kan tenkes å ha større betydning for menn enn for kvinner. Likevel er ikke norske menns bruk av internett i forhold til helseinformasjon studert. Jeg mener derfor en studie av menns bruk av helsenettsteder kan forsvares vitenskapelig. Det er bred enighet om at helseopplysning bør treffe menn i større grad enn i dag (St.meld. nr. 8), og eventuelle funn kan derfor også ha en samfunnsmessig betydning.

Hvordan bruker menn helserelaterte nettjenester, mer konkret: Hvordan bruker menn spørretjenesten hos "Norges største helsenettsted" *Lommelegen.no*?

For å svare på dette vil jeg fokusere på følgende fem underspørsmål:

- Ser det ut til at nettstedet i særlig grad brukes av menn som ellers unngår legekontakt?
- Bruker mennene nettstedet som et substitutt for eller et supplement til vanlig lege?
- Hvordan er kommunikasjonen mellom mennene som spør og legene som svarer?

- Kan henvendelsene fortelle oss noe om hvordan mennene har opplevd kontakt med helsepersonell tidligere?
- Hva er mulige fortrinn ved nettlege?

For å svare på disse spørsmålene har jeg analysert 250 spørsmål og svar fra Lommelegen.no.

Disposisjon

Kapittel 2 består av teoretiske og empiriske perspektiver. Jeg gjennomgår Connells (1995; 2005) kjønnsorden og begrepet *maskuliniteter*, samt diskurspsykologisk bruk og videreutvikling av teorien. Robertsons (2007) modell av maskuliniteters innvirkning på helseadferd gjennomgås, og jeg refererer også til noen studier av menn og sykdom under overskriften "syke menn".

Kapittel 3 er en redegjørelse for de metodiske veivalgene og refleksjonene jeg har foretatt. Jeg vektlegger forprosjektene jeg har gjort, og gjør rede for hvordan de har påvirket min forståelse og dermed utformingen av studien. Jeg bruker både kvantitative og kvalitative metoder.

Kapittel 4, 5, 6 og 7 er analysekapitler. Siden hovedspørsmålet mitt er eksplorerende velger jeg å gi datamaterialet god plass.

Kapittel 4 er en kvantitativ innholdsanalyse av materialet. Formålet er her å gi leseren innblikk i hvordan de 250 spørsmålene fordeler seg på variablene jeg har kodet materialet ved hjelp av.

Kapittel 5 handler om de ulike kategoriene på bakgrunn av tidsvariabelen, og forsøker å svare på de to første underspørsmålene: Hvorvidt nettstedet brukes som et supplement eller substitutt for annen lege, og om mennene nevner tidligere legebesøk. Mennene som har benektet helseproblemer er relativt få, men fordi de er velkjente både fra studier og mediebilder av syke menn starter jeg med *menn som unngår lege*. Majoriteten av mennene har derimot enten flere legebesøk bak seg, eller stiller spørsmål til nettlegen

relativt raskt etter at symptomene har meldt seg. Disse gjennomgås under henholdsvis *menn som ønsker en ny vurdering og nye spørsmål, rask kontakt*. For å illustrere kategoriene gjengir jeg flere spørsmål og svar i sin helhet.

I kapittel 6 står det tredje og fjerde underspørsmålet sentralt. Jeg går nærmere inn på kommunikasjonen mellom mennene og legene, både på nett, og ved hjelp av mennenes beskrivelser av det som har skjedd på legekantorene. Den mest slående tendensen jeg fant i materialet, var beskrivelsene av dårlig kommunikasjon med fastlege eller spesialister. Også her lar jeg tekstene få god plass. Den vanligste diagnosen blant mennene i materialet viste seg å være hypokondri. Mediebildet av den hypokondriske mannen er humoristisk og handler om nær-døden-opplevelser forårsaket av influensa. Disse mennenes spørsmål og legenes svar på dem, er derimot alvorlige, og henvendelsene viser både sårbarhet og behov for kontroll. En stor del av kapittelet handler om *den mannlige hypokonderen*.

Kapittel 7 er en oppsummering av analysen. Her ligger fokus på det siste underspørsmålet, på fortrinn ved nettleger og mulige årsaker til bruken. Jeg låner rammebegrepet fra Goffman (1974), men inspirert av Davis og Harre (1990) bruker jeg det sammen med posisjoner og posisjonering, snarere enn det i denne sammenheng hyppigere anvendte rollebegrepet. Når jeg diskuterer det jeg kaller *rammer for konsultasjonen*, er det fordi jeg er interessert i hvordan selve legekonsultasjonen skaper rammer for hvordan den mannlige pasienten og legen snakker sammen. Funnene oppsummeres under *avslutning*.

Begrepsavklaring

Jeg bruker *helseadferd* i stedet for det engelske *Health practices*. I begrepet *positiv helseadferd* ligger i utgangspunktet all praksis som antas å ha positive konsekvenser for helsen, men i denne oppgaven henspiller det spesielt på det å oppsøke lege ved behov: altså *help-seeking behaviour* eller *hjelpesøkende adferd*. Den engelske betegnelsen *Men's Health Studies* oversetter jeg til *mannshelsefeltet*. Jeg bruker flere begreper som betegner *maskulinitet*, og noen steder vil jeg bruke forskjellige ord for å oppnå språklig variasjon. *Maskulinitetsuttrykk* brukes også ved et par anledninger synonymt med *ulike*

maskuliniteter. Begrepene *diskurser*, *mediebilder* og *(kjønns-)stereotypier* brukes noen steder som forskjellige betegnelser på samme fenomen, og jeg argumenterer med Wetherell og Edley (1999) for å kunne behandle *hegemonisk maskulinitet* som en diskurs. Ellers defineres begrepene etter hvert som de introduseres i teksten.

Kapittel 2: Teoretiske og empiriske perspektiver

Mange studier har undersøkt hvordan menn konstruerer maskulinitet i relasjon til helse og sykdom. Menns distansering fra mulig sykdom, med de konsekvensene det kan ha, er grundig redegjort for. Det er fastslått at alt for mange menn utsetter å gå til legen. Men hva skjer hos legen, når menn endelig tar kontakt? Det er ikke sikkert at årsaken til helseforskjeller og levealder henger sammen med at menn går for sjelden og for sent til lege, men det er en utbredt *oppfatning* at dette er hovedgrunnen, både innen akademiske kretser og politisk. Derfor har jeg valgt å fokusere på hjelpesøkende adferd, og *å ta kontakt med lege*, blant de ulike praksisene som utgjør positiv helseadferd.

Kjønn og helse som sosiale konstruksjoner

Mannsforskningen som samfunnsvitenskapelig felt ble for alvor etablert på 1980-tallet, og er tett sammenvevd med feministisk forskning. På begge felt er det et politisk mål å arbeide for et mer likestilt samfunn. Siden mannsforskningen utgår fra en "utopisk lengsel" snarere enn fra en underordnet posisjon, mener Johansson: "Även om mansforskningen bör vara utopiskt orienterad är det också viktigt att utveckla en forskning som kan bidra till att ge oss en bättre bild av förutsättningar såväl som hinder för förändring" (1998:15).

Menn og helse står naturligvis sentralt i denne oppgaven. Helse sees oftest som naturvitenskapenes domene, konsentrert om biologiske, fysiske og mentale funksjoner. Samfunnsmedisin og medisinsk sosiologi interesserer seg for politiske beslutninger og samfunnsmessige virkninger og forståelser av helse. Kvinner og menn lever forskjellige liv og gjør seg forskjellige erfaringer. Med et kjønnsperspektiv ser en nærmere på samspillet mellom kjønn og helse. Studier av menns helse springer altså ut fra forskjeller mellom kjønnene, både i levealder, diagnostisering og dødelighet ved en rekke sykdommer. Fokus er særlig rettet mot menns helseadferd.

Kjønn sees i denne studien – og i dette feltet – som relasjonelt og dynamisk, noe vi *gjør* heller enn noe vi *er*. Hva som oppfattes som feminint og maskulint varierer dermed med både tid og sted. *Hegemonisk maskulinitet* er et teoretisk begrep, det er ikke egenskaper

en mann har eller ikke har. Kjønnstereotyper er tydelige markører for hvordan vi forstår og konstruerer kjønn: De kan beskrives som karakteristikk som er typiske for *enten* kvinner eller menn (Courtenay 2009). For å få tak i hva som er "typisk menn" når det gjelder helse, kan en ta utgangspunkt i stereotypene av syke menn og menns forhold til helse. Dette har jeg gjort i forarbeidene til studien, ved å skrive minnearbeid om nettopp menn og helse, og jeg vil gjøre rede for disse i neste kapittel. Stina Backmans "Den sjuke mannen" (2005) er en studie av kjønnstereotyper, diskurser og mediebilder av syke menn. En mer eksplisitt teori om maskulinitet er Connells *kjønnorden* (1995).

Maskuliniteter

Hva er det å være en mann? Hva er maskulint? Fra å se kjønn som en dikotomi slik som i legevitenskapen har kjønn blitt problematisert og behandlet på svært ulike måter innenfor samfunnsvitenskapene. Både Michael Kimmel (1996) og Pierre Bourdieu (2000) beskriver maskulinitet som en evig kamp under premisser som hele tiden er i endring, og hvor den store frykten er å *tape ansikt*. Maskulinitet sees som et relasjonelt begrep i forhold til kvinner og i forhold til andre menn.

R. W. Connell har utviklet en teori om kjønn og maskulinitet som er mye brukt og kommentert i mange studier, og som er sentral på mannshelsefeltet. Om maskulinitet som størrelse skriver hun:

Masculinity, to the extent the term can be briefly defined at all, is simultaneously a place in gender relations, the practices through which men and women engage that place in gender, and the effects of these practices in bodily experience, personality and culture (1995: 71).

Connells relasjonelle kjønnorden (*Gender order*) beskriver kjønn som sett av relasjoner mellom menn og kvinner, men også innbyrdes menn og kvinner (Connell 1995, Connell og Messerschmidt 2005, Robertson 2007). Begrepet *maskuliniteter* erstatter her entallsformen, og Connell mener disse maskulinitetene utvikles gjennom konfigurasjoner av kjønnspraksis mer enn gjennom isolerte handlinger; konfigurasjoner som er "generated in particular situations in a changing structure of relationships" (1995:81).

Connell opererer med to analytiske dimensjoner og fem former for maskuliniteter (1995). Den første dimensjonen handler om kjønn og makt, og Connell skiller her mellom *hegemonisk*, *medvirkende* (complicit) og *underordnet* maskulinitet, der den hegemoniske maskuliniteten er selve idealformen for hva og hvordan en mann skal være i et gitt samfunn og til en bestemt tid. Det trenger ikke være den vanligste måten å være mann på, men det er den formen for maskulinitet som alle menn må forholde seg til. Den andre dimensjonen inkluderer etnisitet og klasse, og kan sees som et spekter med ytterpunktene *autoritativ* og *marginalisert* maskulinitet (Johansson 1998). Alle menn vil i løpet av livet forholde seg til ulike former for maskulinitet, og trekk som gjenspeiler den hegemoniske maskuliniteten kan samtidig være et hinder for å oppfylle andre sider av den (Connell og Messerschmidt 2005). I samvær med kvinner er kravene til selvkontroll og tilbakeholdelse av følelser mindre, og Connell kaller dette *forhandlende* maskulinitet (2005, Johansson 1998).

Will Courtenay ser også kjønn som dynamisk og sosialt konstruert. For ham henger menns risikoadferd sammen med arbeidsdelingen: Menn har de farligste jobbene, og for å kunne utføre dem har undertrykking av smerte, frykt og kroppslige signaler vært viktig. I USA utgjør menn 56% av arbeidsstyrken, mens hele 94% av dødelige arbeidsulykker rammer menn (Courtenay 2009:23). Å fortsette å sette benektelse av svakhet og sårbarhet, opprettholdelse av styrke og kontroll, og avvising av hjelp som indikasjoner på maskulinitet, er med på å svare på patriarkatets problem: Dersom menn er slik, er menns overordning over kvinner (og over andre menn) "sikret" (Connell 1995:77).

Slik henger det å gjøre helse sammen med det å gjøre kjønn. Courtenay refererer til menn som stolt deklamerer at de ikke har vært hos legen på årevis, eller som skryter av at de aldri har hatt en sykedag fra jobb. Han beskriver dette som en måte å demonstrere og skape maskulinitet på, og mener med dette at maskulinitet står i opposisjon til det vi ser på som positiv helseadferd. Helse sees i det hele tatt som et feminint felt (Courtenay 2009, Robertson 2007), og å vise liten opptatthet av helse, blir en måte å fremstå som mer maskulin på – spesielt for menn som har få ressurser tilgjengelig for å konstruere hegemonisk maskulinitet (Corttenay 2009). Til tross for at risikoadferd knyttes til maskulinitet, og at skader og død som følge av vold, arbeids- og sportsulykker samt

rusmisbruk oftere rammer menn, problematiseres kjønn sjelden medisinsk, fastslår Courtenay (2009). Isteden tas menns adferd for gitt.

Teorien om kjønnsordenen har vært innflytelsesrik men også kritisert fra flere hold. En artikkel fra 2005 (Connell og Messerschmidt) diskuterer de ulike kritikkene og foreslår endringer av teorien på bakgrunn av noen av dem. Mye av kritikken omhandler bruken av begrepet hegemonisk maskulinitet, og om hvorvidt Connell har ment at det til enhver tid kun eksisterer én form for maskulint hegemoni, og hvordan ulike lokale dominerende maskulinitetsidealer i så fall passer inn i dette. Diskursanalytiske studier har behandlet begrepene som en måte menn posisjonerer seg (og blir posisjonert) gjennom diskursiv praksis, en bruk Connell langt på vei samtykker i, selv om hun understreker at kjønnsrelasjoner også har ikke-diskursive sider som lønn, arbeidsdeling, vold og barnestell (Connell og Messerschmidt 2005). Connell og Messerschmidt hevder at selv om hegemonisk maskulinitet kan variere lokalt og nasjonalt, er det et hierarki, det er ikke flere nisjer på toppen: "The fundamental feature of the concept remains the combination of the plurality of masculinities and the hierarchy of masculinities" (2005:846).

Slik jeg leser Connell kan diskursanalytiske retninger med fordel brukes for å studere maskuliniteter. Den utstrakte bruken av begrepet taler sitt tydelige språk når det gjelder teoriens fruktbarhet. Det flytende ved flertallsformen, ved nettverket de ulike formene for maskulinitet danner, gjør etter min mening begrepet egnet til å fange det flyktige, foranderlige og vesentlige ved kjønn.

På bakgrunn av dette kan vi se kjønn som relasjonelt og dynamisk, og som hierarkiske sett av måter å handle på; konfigurasjoner menn som aktører beveger seg både innenfor og på tvers av. En slik forståelse av kjønn gir oss mulighet til å studere hvordan helseadferd er en form for kjønnsadferd (Robertson 2007, Courtenay 2009). Når vi ser på menns helseadferd som en del av et større system av sosiale kjønnete relasjoner, åpner det også opp for å se mer spesifikke muligheter for endring: "Understanding masculinities as configurations of social practices that men move between allows us to think about the opportunities that might occur to help encourage positive configurations in specific social contexts" (Robertson 2007:36).

Diskurser og menns helse

Diskurser kan grovt forstås som bestemte måter å forstå og snakke om utsnitt av verden på (Jørgensen og Phillips 1999). Våre måter å snakke på avspeiler ikke på nøytralt vis vår omverden, våre identiteter og sosiale relasjoner, men spiller en aktiv rolle i å skape og forandre dem (1999:9). Diskurspsykologien ser selvet som gjennomført sosialt, og fokus blir dermed rettet mot hvordan identiteter konstrueres og rekonstrueres gjennom sosial praksis (Jørgensen og Phillips 1999).

Bronwyn Davies og Rom Harre (1990) mener begrepet *posisjonering* er et mer fruktbart analyseverktøy enn rollebegrepet, fordi det fanger det dynamiske heller enn det statiske og rituelle. Vi posisjonerer både oss selv og andre gjennom samtale, og vi blir selv posisjonert. Vi kan både innta og motsette oss de ulike *subjektposisjonene* som blir tilgjengelige gjennom samtalen. Begrepet posisjoner beskriver "the discursive production of a diversity of selves" (1990:4). Individet er ikke et "ferdig produkt", men "one who is constituted and reconstituted through the various discursive practices in which they engage" (1990:3). Jeg bruker begrepet posisjonering for å beskrive hvordan menn veksler mellom ulike maskuliniteter, både i Connells kjønnsorden og i konkrete samtaler; og hvordan både diskurser og konkrete samtaler med blant annet leger tildeler menn ulike posisjoner.

Diskurser slik de omtales ovenfor, har store likhetstrekk med beskrivelsen av maskuliniteter. Maskuliniteter som "konfigurasjoner av sosial praksis" er heller ikke en avspeiling av iboende kvaliteter hos menn, og de er på samme måte med på å skape og forandre posisjoner i kjønnsordenen slik Connell beskriver den. Jeg mener, i tråd med Margaret Wetherell og Nigel Edley, at maskuliniteter kan behandles som diskurser:

We propose that Connells norms are in fact discursive practices. [they] are part of a kit-bag of recognizable ways of self-representation which are available to competent members of society and which always need to be accomplished in context (1999:353).

Slik kan en se reforhandlingen av hva hegemoniske maskulinitet innebærer som en diskursiv kamp, for eksempel ved at aspekter av underordnet homoseksuell

maskulinitet begynner å tas opp i den hegemoniske, ved såkalt "metroseksuell" adferd hos sportsstjerner og skuespillere. Diskurser er som maskuliniteter i stadig endring.

Wetherell og Edley beskriver Connells maskuliniteter som del av en "kit-bag".

Diskurspsykologer bruker gjerne begrepet *fortolkende repertoar* i stedet for diskurser (Jørgensen og Phillips 1999:122). Med det ønsker de å understreke at disse repertoarene er fleksible ressurser i all sosial interaksjon. Å benytte ulike repertoarer gir ulike muligheter til å posisjonere seg selv. Disse ressursene blir en slags verktøykasse vi til enhver tid har tilgjengelig. Siden både tale og tekst også er handlinger, mener de vi skal forvente at folks tale varierer og ikke er konsekvent – fordi vi trekker på forskjellige diskurser og bruker forskjellige repertoarer i forskjellige kontekster. Det viktige er ikke å undersøke om et slikt repertoar er en sann avspeiling av virkeligheten, men å analysere de praksisene som konstruerer repertoaret *som* sant. Måten maskulinitet og helse snakkes om med en forsker eller lege, kan dermed ikke brukes til å si noe om hvordan disse størrelsene oppfattes og brukes av den intervjuede i andre situasjoner, men vi kan se nærmere på det som skjer i samtalen mellom de to: Hvorfor benyttes de ulike repertoarene? Hvem introduserer dem i samtalen?

Diskurspsykologer er altså opptatt av diskurser som fortolkende repertoarer som brukes som fleksible ressurser i sosial interaksjon, hvordan dette danner bestemte måter å se og forstå noe på, hvordan vi konstruerer oss selv og selv blir konstruert, og hvordan slike verdensbilder er en del av den ideologiske praksis. Det er med andre ord også fokus på de ideologiske virkningene av folks bruk av bestemte repertoarer. Ideologi forstås som diskurser som kategoriserer verden på måter som er med på å legitimere og opprettholde sosiale mønstre – diskurser som fremmer én gruppes interesser på bekostning av en annen (Jørgensen og Phillips 1999). En kan trekke paralleller til kjønnsordenen og hegemonisk maskulinitet, som Connell (1995) som nevnt mener svarer på patriarkatets problem.

Wetherell og Edley oppsummerer Connells teori slik: "The task of 'being a man' involves taking on and negotiating 'hegemonic masculinity'. Men's identity strategies are constituted through their complicit or resistant stance to prescribed dominant masculine styles" (1999:336). De mener derimot at teorien overser hvordan det ser ut i

praksis når menn forholder seg til hegemonisk maskulinitet. Det finnes få konkrete beskrivelser av hva denne formen består av, og hvem som symboliserer den. Wetherell og Edley (1999) mener den også av Connell assosieres med macho-maskulinitet og filmroller heller enn skuespillerne som portretterer dem. De kritiserer Connell for å bruke begrepene på grupper av menn og la være å se nærmere på *hvordan* menn "conform to an ideal and turn themselves into complicit or resistant types, without anyone ever managing to exactly embody that ideal" (Wetherell og Edley 1999:337). Slik jeg ser det er dette et grunnleggende trekk ved idealer. Enten det gjelder menn, kvinner eller for den saks skyld livsstil, er idealer som stillbilder å regne, mens virkeligheten er i bevegelse. Det er umulig å realisere dem, og det er også deres karakter. Derimot mener jeg Wetherell og Edley har et godt poeng: Vi kan gjerne bruke Connells begreper på de ulike maskulinitetsuttrykkene, men vi kan samtidig se dem som nettopp uttrykk, som posisjoner menn inntar og får tildelt, men hvor det ikke er snakk om *enten* medvirkende maskulinitet eller opposisjon. I løpet av en samtale, i løpet av en dag, i løpet av et år, et sykeleie eller et legebesøk, kan og vil en mann innta ulike posisjoner og uttrykke ulike former for maskuliniteter. Diskurspsykologiske studier av hvordan menn forholder seg til mannlighet i samtaler (Edley og Wetherell 1997; Wetherell og Edley 1999) viser at få identifiserer seg med machomenn, heroiske eller tradisjonelt maskuline menn. Vanligere er det å vise individualitet, styrke og mot til å "være seg selv", enten det gjelder å være hjemme med barna, gråte, strikke eller ha langt hår (Wetherell og Edley 1999). Disse trekkene – styrke, uavhengighet og mot, er stadig forbundet med hegemonisk maskulinitet, selv om uttrykket og måten å være mann på er annerledes (Wetherell og Edley 1999). Hegemoni er en virkelighetsdefinerende versjon av verden, og slike versjoner er "plural, inconsistent, achieved through discursive work, constantly needing to be brought into being over and over again" (1999:352).

Den syke mannen

Menns sene kontakt med lege ved sykdom er et gjennomgangstema i flere intervjubaserte studier. Fordi jeg gjennom hele oppgaven forholder meg til beskrivelser av maskulinitet og menns helseadferd fra slike studier, velger jeg å gå gjennom et utvalg av disse her.

John Oliffe (2009) intervjuet 35 australske menn med prostatakraft. En av informantene beskrev seg selv før sykdommen som "I was going to work until I dropped. I was never going to retire, blah, blah, blah, I was King Dick" (2009:40). Han fortalte at han etter et lengre sykeleie på grunn av ryggen mistet jobben, at faren og broren fikk prostatakraft og at svigermoren døde av lungekreft. Selv måtte han opp flere ganger om natten for å urinere, men da han omsider gikk til lege var det på grunn av kneet. Først da legen foretok en rutineundersøkelse av prostata, tenkte han på å nevne sykdommen i familien. Oliffe beskriver hvordan mannen gradvis måtte rekonstruere seg selv som mann under denne prosessen. I intervjuene både med denne og flere av mennene blir undersøkelsene som har ledet fram til diagnosen viet mye oppmerksomhet. Den vanlige undersøkelsen av prostata kalles DRE (digital rectal examination) og består av at legen kjenner på kjertelen med en finger. Undersøkelsen er ikke smertefull, men "poorly tolerated" av menn (Macias mfl. 2000 i Oliffe 2009:38). Den oppleves som invaderende og ydmykende, spesielt av menn med lavere sosioøkonomisk status (Dale 1999 i Oliffe 2009:38). Terskelen for å oppsøke lege er om mulig enda høyere dersom mannen mistenker at han vil måtte gjennomgå denne undersøkelsen. Faktisk kan det se ut som den mye omdiskuterte blodprøven som måler prostata spesifikt antigen (PSA), har oppstått som et alternativ til DRE. Prostatakraft er i tillegg en kreftform mange menn dør *med* heller enn av (Oliffe 2009), og det er vanskelig å forutse om den er aggressiv eller saktevoksende. Behandlingen har klare bivirkninger, blant dem impotens og urinlekkasje. Videre diagnostisering skjer ved såkalt transrektal prøvetaking av prostata. I Australia ble det ikke gitt bedøvelse ved denne undersøkelsen. Mennene opplevde den som svært smertefull, men sa ikke fra til legene sine. En australsk lege som Oliffe traff i Canada, der bedøvelse ble brukt rutinemessig, sa at australske menn måtte være tøffere enn andre siden de sjelden *trengte* bedøvelse. Dette trekker han frem som et tegn på hvordan maskulinitet konstrueres av helsevesenet, og hvordan dette kan ha negative konsekvenser for mennene. Flere av mennene fikk i tillegg lite informasjon om undersøkelsene, operasjonene og bivirkningene, og opplevde at dette gjorde prosessen vanskeligere. Oliffe bruker begrepet maskuliniteter som analytisk verktøy. Ifølge ham er en svakhet ved både hans egen og mange lignende studier, at informantene ofte består av hvite middelklassemenn, hyppig rekruttert fra supportgrupper og som regel i noenlunde samme aldersgruppe.

Simon Sjørup Simonsen (2006) slår fast at for menn er sykdom forbundet med svakhet, og menn skal ikke være svake. Dermed blir sykdom ekstra vanskelig for menn. Han mener Courtenay ser forholdet mellom maskulinitet og helse som ensidig: At menn alltid konstruerer helse og sykdom ut fra maskulinitet, og aldri omvendt (2006:132). Kan det ikke hende at menn ved å være opptatt av eller ha erfaring med sykdom konstruerer andre maskulinitetsformer, spør han. At sykdom kan endre måten menn er menn på, og hvordan de ser seg selv? Slik jeg leser Courtenay er det underforstått at forholdet mellom helse og maskulinitet ikke er ensidig. Men Simonsen gjør det tydelig at hans anliggende er å undersøke sammenhengen og vekselvirkningen. Han spør: "Hvordan konstrueres sunnhet, sykdom og maskulinitet i mænds livsverden?" og fastslår at "det ene begrebskompleks bidrager til konstruksjonen av det andet og omvendt. Det er relationen mellom de to, der er kernen" (2006:9). På bakgrunn av intervjuer med 13 menn svarer han på dette spørsmålet blant annet ved å utvikle det han kaller *Ronkedormodellen*. Ronkedoren er en enslig hannelefant som lever adskilt fra flokken, en metafor for den syke mannen og det Simonsen betrakter som den klareste tendensen hos ham, nemlig distansering. Utsagn mennene kom med om å ville være for seg selv, og å ville unngå å vise frem elendighet og sykdom, tolker han til ikke bare å handle om stoiskhet eller ønsket om å fremstå som sterk og maskulin. Han ser distanseringen som en taktikk for å håndtere sykdommen, og mener at denne taktikken ikke bare har negative konsekvenser. Han skiller mellom det han kaller *negativ isolasjon* og *positiv autonomi*. Å ikke la alvorlig sykdom dominere livet eller opplevelsen av en selv, er et eksempel på sistnevnte, mens å la være å be om hjelp eller si fra når noe er galt – som mennene hos Oliffe – er typisk negativ isolasjon.

Diskursene og mediebildene av menns forhold til helse og sykdom har to stereotypiske ytterpunkter: Hypokonderen som tror han er døende når temperaturen nærmer seg 39 grader, og mannen som lider i stillhet, biter tennene sammen og tenker på noe annet (Backman 2005). Backman har studert svenske medietekster om syke menn, og viser hvordan de ofte fremstiller en infantilisert mann uten kunnskap eller evne til å ta vare på seg selv, og som dermed må passes på og læres opp av Kvinnen. Jeg vil komme tilbake til kvinners innvirkning på menns helse senere.

Paul Galdas trekker også fram problemer med utvalget i studier av menns helse (2009). Noen ganger kan skillet mellom menns og kvinners helseadferd bidra til å styrke oppfatningene om at det er en forskjell, også når det ikke er det. Kvinner kan for eksempel utsette å søke hjelp lenger enn menn ved hjertesykdom (Hewitt mfl. 2004 i Galdas 2009:66). Samtidig understreker han at menn sjeldnere enn kvinner søker hjelp for psykiske problemer. Han etterlyser studier av hvordan menn opplever å søke hjelp, og av hvordan de faktisk gjør det, slik at forskjeller innad og ikke bare mellom kjønnene blir synlig (2009:70).

Helse for menn

Steve Robertson (2007) intervjuet funksjonshemmede og henholdsvis heterofile og homofile funksjonsfriske menn om forståelser og adferd knyttet til helse. I tillegg intervjuet han helsepersonell om hvordan de forsto menns syn på og forhold til helse og sykdom. Studien hans er bred, og målet er å identifisere muligheter for endring i retning mer positiv helseadferd hos hele befolkningen:

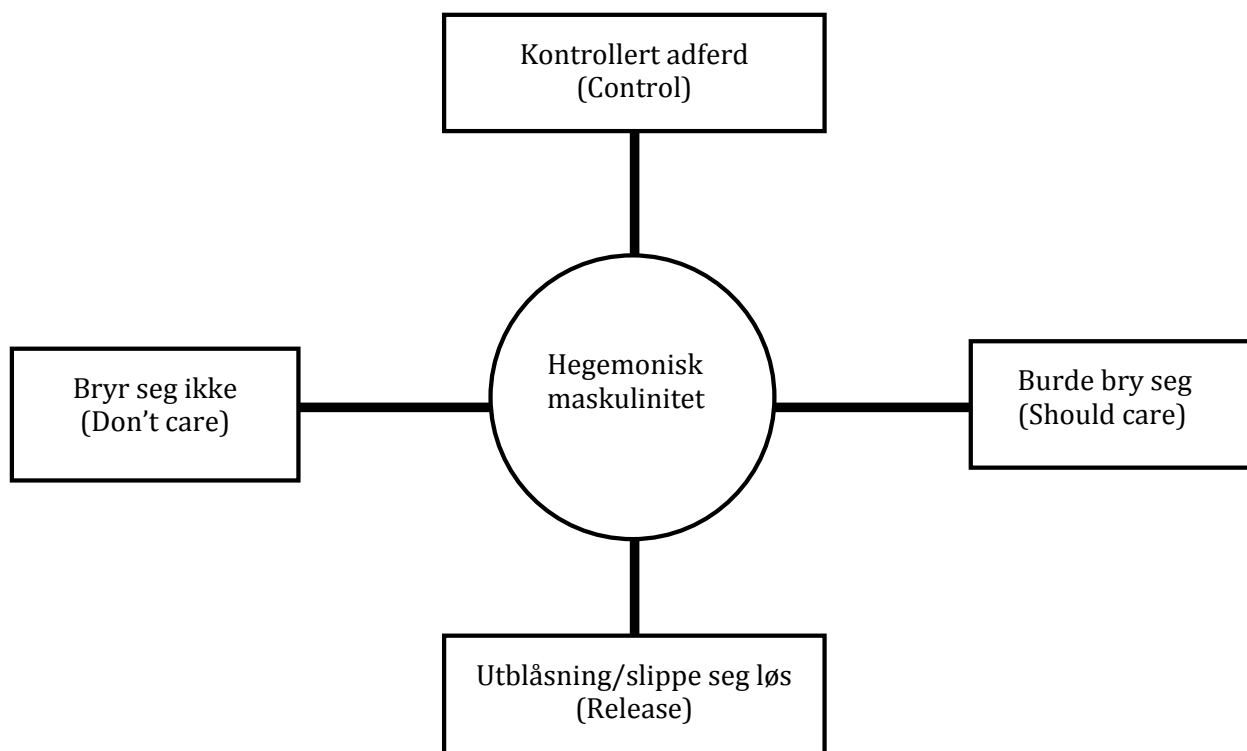
Understanding men's health practices as existing within wider sets of gendered social relations (rather than as being individual behaviours) allows us to explore how men's health interventions are not just about individual (male) change but are also about the potential for positive impact on families and communities (2007:36).

I tråd med tidligere studier (Blaxter 1990, Herzlich 1973 og Williams 1983 i Robertson 2007) forstår Robertsons informanter helse som fravær av sykdom, men mest av alt som *funksjonalitet*. Funksjonshemmede menn sa for eksempel at de aldri tenkte på helse, for bortsett fra funksjonshemmingen var de aldri syke. Helsepersonellet mente at menn møter krav om å kunne fungere fysisk både på jobb og i hjemmet, og at det påvirker hvordan de forholder seg til muligheten for sykdom så lenge de fortsatt føler seg friske: "And if you go for screening you are doubting that you're fit and healthy and I don't think men allow themselves the opportunity to doubt that" sier en av dem (2007:39). Mennene han intervjuet så ut til å fremstille helse som "det de hadde" – de funksjonshemmede mennene mente de hadde relativt god helse fordi de ikke var mye syke, og de som var en del syke mente de hadde god helse fordi de ikke hadde alvorlig sykdom. De fremhevet det de så som god helse på bekostning av det som kunne sees som uttrykk for dårlig helse. Denne "count your blessings"-holdningen kan sees både

som positiv innstilling og som fornektelse, og dermed med mulighet for både positive og negative konsekvenser. Dette minner om hvordan distanseringen Simonsen (2006) fant var typisk for syke menn, kan virke positivt i noen situasjoner og negativt i andre. Kanskje virker begge deler positivt når sykdommen er et faktum, og behandlingen er satt i gang, men kan virke som et hinder for å oppsøke hjelp og få behandling?

Nettopp den positive innstillingens betydning for helse er viktig for mennene Robertson (2007) intervjuet. Behovet for en balanse mellom kontrollert adferd og det å slippe seg løs (*control* og *release*), og tanken om at jevnlig "utblåsninger" må til for å skape denne balansen – at utblåsningene, selv om de er usunne i seg selv, kan medvirke til god helse dersom de kombineres med kontroll, er en del av modellen hans. Robertson oppdaget at både mennene og helsepersonellet forholdt seg til diskursen om at menn ikke er opptatt av sunnhet og helse, men at denne diskursen i større grad forteller hvordan menn *skal være* enn hvordan de faktisk handler privat. Mennene sa ofte "slik er menn" og "dette er typisk menn" mens de selv fortalte at de forholdt seg, handlet og tenkte annerledes (2007:63). Han mener dette viser hvordan menn navigerer mellom diskursene; på den ene siden hvordan ekte menn "skal" forholde seg til helse, og på den andre siden hvordan en god samfunnsborger har et moralsk ansvar for å ivareta sin egen helse. Dette kaller han *bryr seg ikke/burde bry seg* – dikotomien (*Don't Care/Should Care*). Bevegelsen mellom kontroll og utblåsning er også en måte å kombinere risikoadferden som er "typisk menn" med en sunnere og mer kontrollert praksis. Selv om de vet at røyking, alkohol og høy fart bak rattet er farlig, mener de at slik adferd likevel kan være positiv, ved at den reduserer stress, som er negativt. Eksempler som går igjen er røykepauser på jobben, noen øl etter jobb for å "lande", eller regelrett helgefyll for å få tankene over på noe annet enn stress, krav og eventuelle personlige problemer.

Dersom menn må forholde seg til en hegemonisk maskulinitet og en dominerende diskurs som sier at menn ikke er opptatt av helse, samtidig som *alle* samfunnsmedlemmer har ansvar for egen helse – hvordan beveger da menn seg mellom disse to motsetningene? Robertsons modell kan brukes som et verktøy for å vise hvordan menn "løser" disse motsetningene i praksis:



Disse fire elementene eller mentalitetene mobiliseres for å oppnå eller motsette seg hegemonisk maskulinitet, mener Robertson. Mens noen kan bli værende i ett av de fire ytterpunktene, bevisst eller ubevisst, mener han de fleste menn anstrenger seg for å holde seg innenfor sirkelen. For å vende tilbake til stereotypiene kan en si at den arbeidsnarkomane mannen tenderer mot ren kontroll, mannen som faller om av hjerteinfarkt i skiløypa bryr seg ikke, hypokonderen bryr seg og mannen som kjører for fort i beruset tilstand slipper seg løs. Robertson bruker dermed Connells teori og tar diskurspsykologenes innvendinger til etterretning. Virkelige menn, understreker han, forholder seg til hegemonisk maskulinitet på forskjellige måter til forskjellige tider. Hva som er riktig måte å være mann på, varierer også gjennom livsløpet. Utblåsninger og å slippe seg løs er viktigere for yngre menn, mens ansvaret som følger av å få familie og bli far fører til at kontrollert adferd blir viktigere senere i livet. Til enhver tid er imidlertid det Robertson kaller "an air of dangerousness" viktig for å være en "skikkelig mann" (2007:61).

Begrepsparet control og release er inspirert av henholdsvis overvåkningsmedisin med internalisering av ansvar for egen helse, og kapitalismens krav til at de samme

individene skal være forbrukere: "This interplay of control and release, played out in the health arena amongst other areas, is seen as a system requirement in late capitalism" (Robertson 2007:46). Denne dikotomien er kanskje best egnet til å analysere hvordan menn navigerer mellom det vi kan kalle positiv og negativ helseadferd *i praksis*, og er etter min mening best egnet til å analysere nettopp intervjuer. I resten av oppgaven vil jeg derfor fokusere på bryr seg ikke/burde bry seg-dikotomien. Sammen med det Robertson identifiserer som muligheter for positiv endring i menns helseadferd, kommer jeg tilbake til disse begrepene i kapittel 7.

Motsetninger og likheter

Flere studier peker på at menn trenger å legitimere legebesøk (Robertson 2007, O'Brien, Hunt og Hart 2005). "Choosing, or not, to seek help for health concerns depends on negotiating a 'hierarchy of threats to masculinity'" (O'Brien mfl. 2005:514). Rosaleen O'Brien mfl.(2005) foretok fokusgruppeintervjuer med 55 skotske menn om hvordan de så på det å oppsøke lege. Majoriteten av mennene så ut til å omfavne hegemoniske idealer, og understrekte at menn bør være sterke og avventende ved sykdom eller skade. Noen få sa de skulle ønske de kunne oppsøke lege før de var sikre på at de trengte det, men at de følte de kastet bort legens tid om de ikke hadde synlige og konkrete skader. Tre faktorer pekte seg ut som grunner til å søke hjelp: At de hadde holdt ut smerter over en viss tid, at skaden eller sykdommen var synlig, og det at noen andre, oftest konen, var enige i at de trengte lege (O'Brien mfl. 2005:514). Dersom legebesøk må til for å bevare eller gjenopprette andre maskulinitetsuttrykk eller sider ved dem selv som menn, vil det derimot være lettere å oppsøke lege. Om problemet er til hinder for å jobbe, for å ta vare på familien eller for seksualitet vil med andre ord legeskonsultasjon være en mindre trussel enn sykdom (O'Brien mfl. 2005, Robertson 2007). Konkrete problemer ser altså ut til å være enklere å søke hjelp for enn diffuse. En ryggskade kan lettere forsvare legebesøk enn depressive tendenser, og spesielt om mannen i tillegg venter noen dager før han bestiller legetime.

Robertson er altså langt på vei enig i de diskurspsykologiske kritikkene av kjønnsordenen. Derimot mener han, i tråd med Connell, at de ser bort fra de ikke-diskursive sidene ved hegemoniet: "Hegemony is only one of a plethora of narrative

scripts that men can draw on (or reject) *but will always be structurally situated in respect of*” (2007:62). Jeg mener at forskjeller med hensyn til både fokus og metode hos disse forskerne er noe av årsaken til vektleggingen av uenighetene. Slik jeg leser dem er likhetene mer fremtredende. Connell har utviklet teorien og fastholder at det *er* snakk om et hierarki. Begge understreker de materielle og ideologiske sidene ved kjønnsordenen. Robertson er opptatt av å studere forskjellige menn, og spesielt av å identifisere situasjoner og hendelser som kan ha *praktisk betydning* for menns helse. Han ønsker å nå ut til praktikere, både lærere, helsepersonell og politiske beslutningstagere. At det er ikke-diskursive sider ved kjønnsordenen, viser han ved å inkludere homofile og funksjonshemmede menn blant informantene; grupper som gjerne assosieres med henholdsvis underordnet og marginalisert maskulinitet. Diskurspsykologene er opptatt av hvordan menn beveger seg mellom ulike maskuliniteter og ulike posisjoner i konkret samtale, men også av de ideologiske aspektene. Jeg mener at disse tre innfallsvinklene ikke står i motsetning til hverandre, og med hell kan kombineres i videre studier.

Bruken av kjønnsordenen og spesielt av hegemonisk maskulinitet er som nevnt gjennomgående i en stor del av studiene på dette feltet. Galdas oppsummerer det slik: ”The framework emphasises that other masculinities coexist, or more precisely are produced at the same time as hegemonic masculinity” (2009:73) og spør videre ”do *all* men adhere to these hegemonic versions of masculinity and, if not, how do ‘other’ masculinities intersect with men’s help-seeking decision-making?” Slik jeg ser det, kan spørsmålet gjerne stilles annerledes. Mye av kritikken av kjønnsordenteorien handler om at den ikke er presis nok som et analytisk verktøy. Dersom en ser systemet av maskuliniteter som en skjematisk fremstilling av de ulike subjektposisjonene menn kan innta, kan spørsmålet være: Hvordan og hvorfor inntar menn ulike posisjoner, og hvordan kan det tilrettelegges for at menn oftere inntar posisjoner som gjør positiv helseadferd vanligere? Begrepet hegemonisk maskulinitet kan brukes på flere analytiske nivåer, og dersom vi for enkelhets skyld setter likhetstegn mellom denne formen for maskulinitet, dominerende diskurser for mannlighet og maskuline kjønnsstereotyper, blir det klart at en mann i noen tilfeller føyer seg etter dem, i andre tar avstand fra dem. De ulike maskulinitetene er ikke noe som kjennetegner ulike menn, men snarere idealtypiske fremstillinger – fremstillinger som er som diskursive repertoarer, og hvor

det er mulig å bevege seg mellom dem i forskjellige situasjoner. "We need to consider the multiple and inconsistent discursive resources available for constructing hegemonic gender identities, and, second, we need to allow for the possibility that complicity and resistance can be mixed together" (Wetherell og Edley 1999:351).

Internett og helse

Helseinformasjon er lettere tilgjengelig enn noen gang, med pasienthåndbøker, medisinske leksikon og uttallige diskusjonsforum for alle former for lidelser noen tastetrykk unna. En meningsmåling fra 2008 viste for eksempel at 63% oppga internett som sin viktigste kilde til helseinformasjon, mot 44% i 2004 (Journalisten.no). Det blir stadig vanligere å søke informasjon om helse og sykdom på nett.

Innenfor flere felt har anonymiteten internett gir oss blitt fremhevet som grunn til at internettadferd ofte skiller seg fra vår adferd ellers. Fagpersonell som arbeider for nettstedet Klara Klok sier at ungdom har lettere for å stille spørsmål om seksualitet til dem, enn ansikt til ansikt med helsesøstre, leger, psykologer og familie (Braaten 2004). Dette stemmer godt overens med funnene fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt nevnt innledningsvis. Ved Universitetet i Tromsø fant de at en av tre studenter ikke søkte hjelp for psykiske og sosiale problemer, men at over halvparten ville gjort det dersom det fantes en nettsjeneste (Sørensen, Østvik, Lintvedt, Gammon og Wang 2007). "De vanligste årsakene til ikke å søke hjelp var tanken om at problemet ikke skulle være stort nok, og frykt for hvordan man ville fremstå" (Sørensen mfl. 2007:265). Gjelder dette også menn og helsespørsmål? En amerikansk studie utført av et helseinformasjonsfirma konkluderte:

Online resources and tools can help bridge the gap between the healthcare system and the stereotypical male personality – marked by an aversion to seeking help, showing vulnerability, and communicating about sensitive issues (Manhattan Research 2004).

Robertson foreslår internett som et viktig verktøy, og en mulighet for å få flere menn i kontakt med helsevesenet. Anonymitet og tilgjengelighet er særlig viktige kriterier for menn som utsetter legekonsultasjoner (Robertson 2007).

Konkretisering av forskningsspørsmål

Mange studier med menn og helse som analytisk fokus har studert menn med diagnostisert sykdom. Enten det er kvalitative eller kvantitative metoder vil selve studien legge føringer på hva slags informasjon en kan få. Menn som har opplevd eller er midt i en alvorlig sykdom, og skal svare på spørsmål om maskulinitet i møte med sykdommen, kan tenkes å ha enda sterkere grunner til å "overdrive" i svarene sine. En må alltid vurdere hva slags informasjon en kan få med gitte metodiske verktøy, og dermed hvordan verktøyene påvirker funnene en gjør. Å fortelle om disse avveiningene er en viktig del av arbeidet med å videreformidle funnene. Dersom en ser maskulinitet som dynamiske strukturer med flere mulige ståsteder, blir det opplagt at menn posisjonerer seg på forskjellige måter hele tiden. Diskurspsykologien var på mange måter et svar på kognitive konsistensteorier, blant dem kognitiv dissonansteori, som på den tiden hadde en sterk posisjon (Jørgensen og Phillips 1999). Satt på spissen hevder kognitiv dissonansteori at vi stadig forsøker å anpasse holdninger med praksis: Dersom vi opplever noe som på en betydelig måte står i kontrast til våre holdninger, blir det så mentalt og emosjonelt ubehagelig at vi vil endre holdning eller opplevelsen av hendelsen slik at de to passer bedre overens. En mann som opplever kroppslig styrke og kontroll som avgjørende for hans maskulinitet, vil ifølge denne teorien måtte endre syn på maskulinitet eller "omskrive" sykdommen dersom han blir svært syk.

Diskurspsykologien hevder derimot at i intervjumaterialer er motsigelser og selvmotsigelser svært vanlig, mens forsøk på å eliminere slike motsigelser er ganske få (Jørgensen og Phillips 1999:108). Konsistens og inkonsistens er variable, og hvorvidt noe *oppfattes* som konsistent er sentralt.

Svært mange studier av menn og helse er sosialkonstruksjonistiske, der kjønn sees som sosialt konstruert og dynamisk. Likevel savner jeg at det settes ord på de mulige svakhetene ved funnene som gjøres, ofte på bakgrunn av intervjuer med menn. Hvordan vet vi at det mennene sier om opplevelsen av maskulinitet i møte med sykdom gjenspeiler hvordan de rent faktisk har forholdt seg til seg selv som mann/seg selv som syk, og ikke bare hvordan de forholder seg til det *i intervjusituasjonen*? Det vet vi selvsagt ikke. Dette er opplagte sider ved enhver studie, men nettopp å sette ord på det opplagte mener jeg er viktig. Å bli intervjuet om et vanskelig tema kan være en sjanse til å *endre* ens oppfatning av temaet. En kan aldri gi uttømmende beskrivelser, og det som

ikke sies er ofte mer enn det som sies. Hva husker en etter for eksempel ett års sykeleie? Det er nærliggende å tenke at det er mulig å fremstille et sykeleie i ettertid ved å fremheve de situasjonene hvor autonomi, distansering og selvkontroll var sentralt, men ikke nevne alle gangene sårbarhet, avhengighet og fokusering på sykdommen var dominerende – og til tross for dette føle at en fremstiller det sannferdig. Vi omskriver hele tiden vår historie.

Stereotypiene om menn som enten harde, sterke og stoiske i møte med sykdom eller som selvopptatte hypokondere, er tydelige i samfunnsdiskursene. Selv om alle vet at virkelige menn kommer i alle valører, står dette motsetningsparet sterkt. Hvilken av disse to posisjonene er ønskelig å innta? Svaret gir seg selv. Å *fremstille* aspekter av hegemonisk maskulinitet er altså ikke det samme som å *ha praktisert* dem. Mannen som sier han ikke har gått til lege på ti år kan ha kommet rett fra legetime, men mer sannsynlig er det kanskje at han har benyttet andre kilder til informasjon, lindring og behandling. Han kan ha trent målrettet, spist sunt, gått til fysioterapeut eller brukt legetjenester på nett.

En intervjubasert studie av menn og helse kan i liten grad svare på hvordan menn rent faktisk forholder seg til helse, sykdom eller maskulinitet, men derimot på hvordan de fremstiller det i møte med forskeren. Fremstillingen er altså i fokus. Den har likhetstrekk med helsepersonell og lekfolks fremstillinger – og som nevnt sier ofte de intervjuede mennene at "menn gjør slik" mens *de selv* handler annerledes (Robertson 2007:63). Album skriver om dette: "Det er en av sosiologiens viktigste sannheter at menneskers væremåte og deres bilde av virkeligheten er forskjellig avhengig av hvem de er sammen med" (1996:14).

Slik konstruksjonen av maskulinitet i relasjon til helse beskrives, er det vanskelig å se hvordan endringer i retning mer positiv helseadferd hos menn kan oppnås. Beskrivelsene kan av og til nesten gi inntrykk av at benektelse av helseproblemer hos menn er uunngåelig, og da tenderer det mot essensialisme – at *menn er slik*, noe som jo står i skarp kontrast til beskrivelsene av kjønn som dynamisk. Med begrepet posisjonering ønsker jeg å understreke det dynamiske, og at det er mulig for menn å snakke om, oppleve og forholde seg annerledes i ulike situasjoner.

Tekstene i mitt materiale er selvfølgelig også fremstillinger, de kan vanskelig sies å være mer eller mindre korrekte i forhold til et intervjumateriale. Derimot er disse tekstene *også* en handling. De er henvendelser til leger med det formål å få informasjon, hjelp, råd, forsikringer eller trøst. Hvor mange menn som spør og hva de spør om er interessant fordi vi vet lite om hva som får menn til å bruke nettlege, hva de spør om og hvordan de spør. En kartlegging og analyse av datamaterialet mitt mener jeg er interessant nettopp for å få mer kunnskap om *hvor mange, hva og hvordan*.

Datamaterialet: tekst som handling

Jeg velger å nærme meg datamaterialet mitt, og å analysere det, ved å bruke en verktøykasse med elementer fra flere til dels forskjellige metodiske retninger. Jeg vil argumentere for både valget av type datamateriale, og for bruken av forskjellige verktøy for å forstå materialet.

Jeg har allerede argumentert for området jeg studerer. Tekstene jeg har valgt ut er naturlig forekommende, jeg har hentet dem inn uten å kunne påvirke dem på noe vis. Det er korte tekster, og jeg har lest, kategorisert og gjenlest dem i deres fulle lengde. Diskurspsykologiske arbeider bruker gjerne slike tekster fordi forskeren ikke kan påvirke det – i mitt tilfelle betyr det at jeg kan studere det jeg faktisk ønsker å studere: Hvordan menn tar kontakt med lege på internett.

En masteroppgave har klare begrensninger, ikke minst med tanke på omfang. Jeg kan derfor ikke sette mitt datamateriale opp mot analyser av andre materialer, men jeg kan sammenlikne og trekke linjer til andre studier med andre typer datamateriale. Forskningen jeg har gjennomgått tidligere har flere studier jeg mener det er fruktbart å sammenligne mine funn med. Robertson (2007) identifiserer for eksempel flere repertoarer som mennene han intervjuer benytter seg av ved å navigere mellom bryr seg ikke/burde bryr seg, og kontrollert adferd og utblåsninger.

I tekstene som består av spørsmål stilt av menn og legenes svar på Lommelegen.no, mener jeg at den sosiale interaksjonen er så annerledes, både i forhold til vanlig legekonsultasjon og studier det er nærliggende å trekke inn, at en sammenlikning, om enn overfladisk, kan vise seg å bli fruktbar. Dette er menn som oppsøker hjelp ved å henvende seg direkte til leger de forventer kan hjelpe dem. Interaksjonen består kun av disse tekstene; som tilskuer og analytiker får vi se alt de involverte fikk se. Det er ingen andre momenter å ta hensyn til. Det er rimelig å anta at mennene har forsøkt å fremstille seg og sitt anliggende på en slik måte at de mener sannsynligheten er god for at de får svar på det de faktisk vil spørre om. Det hele er anonymt, ingen vet mer om dem enn det de selv forteller. De trenger ikke frykte legens reaksjon, det er ingen fare for å miste et ansikt ingen uansett kan se. Hva er det de spør om, hvordan spør de, og kan disse *hva* og *hvordan* tilføre noe til det bildet av menn og helse jeg mener å finne i relevante studier og forskningslitteratur?

Kapittel 3: Metode og design

Metodeutvikling og refleksjon omkring dette innebærer alltid kunnskapsutvikling. Med nye og andre metoder – og under utviklingen av disse – ser og forstår man rett og slett nye ting (Widerberg 2001:29).

Begrunnelsen for valg av datamateriale og for metodiske verktøy henger sammen med begrunnelsen for de forskningsspørsmålene jeg ønsket å stille. ”Ulike metoder gir ulike typer svar. Spørsmålet og svaret er med andre ord en integrert del av den metoden man har valgt”, skriver Karin Widerberg (2001:57). I de fleste studier av menn og helse mener jeg det er noen likheter både med hensyn til datamateriale og metode – det er ofte analyse av intervjuer, enten det er menn utvalgt på bakgrunn av sykdom, alder, nasjonalitet eller funksjonshemming. Et spørsmål jeg raskt stilte meg selv etter å ha gjort meg kjent med deler av forskningen på mannshelsefeltet, var: Vil jeg finne de samme tendensene dersom jeg benytter en annen type materiale, og dermed også andre metoder for å analysere materialet? Jeg ville altså ikke studere hvordan menn *snakker* om helse eller hvordan de forholder seg til å oppsøke helsepersonell, men hvordan de *faktisk gjør det*.

Etter hvert gikk det opp for meg at det allerede foreligger materiale som kan vise hvordan menn søker hjelp hos leger – nemlig på internett. Dette materialet er tilgjengelig for alle, men har så vidt jeg har kunnet se ikke blitt analysert tidligere.

I ethvert fagfelt eller forskningsområde er det mengder av ulike spørsmål og sammenhenger som er interessante og fruktbare å studere. Det gjelder også et område som kan virke noe smalere, som menn og helse. Jeg har valgt å undersøke *menns hjelpesøkende adferd*, og ytterligere snevret det inn til hvordan menn tar kontakt med lege på internett. Det siste har flere grunner. For det første er det den eneste typen naturlig forekommende materiale jeg har tilgang på, og den eneste typen data som fanger det jeg vil undersøke. For det andre er helseinformasjon på nett noe stadig flere bruker, og en samling av slik informasjon samt mulighet for kontakt mellom lege og pasient på nett, er et politisk satsningsområde i Norge (Teknologirådet 2010). For det tredje mener jeg slik kontakt i mindre grad innebærer de momentene tidligere studier

hevder hindrer eller forsinker at menn oppsøker lege: Blant annet å rydde tid til legebesøk, å måtte vente, å underlegge seg kontroll, å vise frem svakheter og å stå i fare for å miste ansikt (Courtenay 2009, O'Brien mfl. 2005, Robertson 2007, American Journal of Public Health i SteadyHealth.com).

Jeg mener spørsmålene mine har vitenskapelig og samfunnsmessig interesse. Å bruke andre innfallsvinkler for å undersøke noe det finnes flere studier av, kan kaste lys over hvorvidt det er noe ved selve forskningsdesignet som påvirker hva slags informasjon vi får, og dermed hvilke funn vi gjør. Samtidig er det et politisk ønske om mer forskning på menn og helse, og det foreligger også et ønske om å få til en felles helseportal der informasjon og kontakt med lege kan foregå – uten at disse to målene kobles sammen politisk. Jeg kan selvsagt ikke si noe om hvorvidt menn vil ha større utbytte av nettkontakt med leger enn kvinner, men dersom jeg kan vise til at menn forholder seg annerledes i slik nettkontakt – at de benytter seg av andre diskursive repertoarer enn det som kommer frem i lignende studier, mener jeg at det i det minste kan tyde på at en slik utvikling kan være gunstig for menn.

Metodiske veivalg

Karin Widerbergs (2001) praktiske lærebok i kvalitative metoder har vært til stor inspirasjon. Kreativitet og mot til å fylle den metodiske verktøykassen basert på hva som kan få frem mer kunnskap om akkurat det en ønsker å si noe om, går som en rød tråd gjennom boken. Nettopp at metode handler om analytiske verktøy, verken mer eller mindre, slås tidlig fast. At forskning handler om valg, og om å begrunne valgene når en formidler resultatene, enten det er i en rapport, masteroppgave eller artikkel, understrekes allerede i forordet. Metode og analyse er to sider av samme sak. Kravene om reliabilitet og validitet som vi kjenner fra kvantitative metoder, handler ved kvalitative prosjekter om å gjøre sitt ståsted kjent, og gjennom hele prosjektet å dokumentere og diskutere valgene som er tatt (Widerberg 2001, Thagaard 2003, Silverman 2005; 2009). Creswell foreslår åtte validitetsstrategier, og skriver at forskere bør forholde seg til minst to av dem i enhver studie (2007:209). For min del blir det gjennomsiktighet ved å beskrive forkunnskaper og forprosjekter, og metodetriangulering ved å bruke ulike metoder for å analysere materialet. Reliabilitet

handler om pålitelighet, at andre ville kommet frem til det samme som en selv med samme forutsetninger. Dette har jeg forsøkt å etterleve ved å utforme og bruke en *kodebok* (vedlegg 4) under analysen av datamaterialet.

Widerberg (2001) understreker viktigheten og fruktbarheten av forprosjekter. En forsker kommer alltid til feltet hun skal studere med forforståelser, erfaringer og fordommer, men refleksjoner omkring disse er ofte fraværende i det ferdige arbeidet. Betyr det at forprosjekter er uvanlig, eller at de tas for gitt og derfor ikke formidles? Kravene til gjennomsiktighet gjør at jeg mener også forprosjekter bør gis plass, og det er under *veien til det endelige forskningsdesignet* jeg vil redegjøre for mine.

For å få informasjon om hvordan menn bruker Lommelegen ser jeg nærmere på innholdet i henvendelsene deres. Hva spør de om? Spør de på egne vegne, i forhold til et konkret symptom, sykdom eller problem? Har de hatt problemet over tid? Hvorfor spør de en nettlege? Har de hatt fysisk legekontakt i forkant? Jeg har ønsket å trekke så mye kunnskap som mulig ut av mitt materiale, innen rammene for masteroppgaven, og derfor har jeg valgt å kombinere ulike metoder. For å få overblikk over tekstene benytter jeg innholdsanalyse. Datamaterialet kodes og telles, for å kunne gi "overfladisk" informasjon. Deretter ser jeg nærmere på tendenser som peker seg ut i tekstene.

Gjennomsiktighet er viktig for en kvalitativ studie (Creswell 2007). Leseren skal føle seg sikker på hva jeg gjør og hvorfor jeg gjør det, slik at hun eller han kan vurdere det jeg legger fram. Jeg mener dette blir viktigere jo mer forskningsdesignet avviker fra velkjente design.

Tove Thagaard skriver at antall informanter i et kvalitativt utvalg som en tommelfingerregel ikke bør være så stort at det ikke er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (2003:57). Mitt utvalg består av 250 tekster, potensielt fra 250 forskjellige menn. Thagaard kaller analyse av foreliggende tekster dokumentanalyse eller *innholdsanalyse*. Begrepet brukes om forskjellige former for analyse – det kan betegne alt fra analyse av dokumenters innhold til kvantitativ analyse av forekomsten av bestemte ord i dokumenter. I det etterfølgende vil jeg derfor beskrive hva jeg legger i begrepet, og hvordan jeg bruker det.

Veien til det endelige forskningsdesignet

Temaet for masteroppgaven min ble tidlig klart: Jeg ville studere menn og helse. Derimot prøvde jeg ut flere ulike design og forskningsspørsmål, før jeg fant frem til de som har resultert i denne oppgaven.

Det er viktig å være klar over sine egne forkunnskaper, og derfor startet jeg med et todelt forprosjekt inspirert av individuell minnearbeidsmetode slik Widerberg (2001) presenterer den. Jeg skrev ned egne minner om helse, kropp og sykdom, og reflekterte over dem. Selv om jeg er kvinne, og temaet hele tiden var menn og helse, mener jeg det er viktig å reflektere over egne erfaringer og tanker rundt helse og sykdom. Flere har også påpekt at når det gjelder helseadferd er det ofte større forskjeller innad enn mellom kjønnene (Courtenay 2000).

Et lignende minnearbeid ble sentrert rundt hvordan jeg husker at menn rundt meg har forholdt seg til og snakket om helse. Jeg fokuserte spesielt på hvordan jeg husket at menn i familie og nær omgangskrets hadde oppsøkt eller ikke oppsøkt legehjelp, og hvordan det ble snakket om – eller *ikke* snakket om. Deretter skrev jeg ned minner om menn jeg ikke kjente; venninner som klagde over at samboeren nektet å gå til legen, og historier om syke menn fortalt av andre. For eksempel kunne jeg huske samme historie fortalt av både min morfar, mormor og mor, og se forskjeller mellom hvordan den ble fortalt. Disse minnene leste jeg gjennom og skrev videre på til jeg følte jeg hadde satt ord på min forforståelse slik at den ikke skulle komme i veien for hva jeg så etter hos mennene jeg skulle studere.

Spesielt var det historier fortalt om og av morfaren min som skilte seg ut. Han kom fra et middelklassehjem, dro til sjøs som svært ung, og arbeidet senere som flynavigatør. Han fortalte ofte historier fra livet til sjøs og under krigen, og kroppen var med i historiene. Han opplevde flere traumatiske skader, ulykker og sykdomsopplevelser, og han fortalte gjerne om dem. Historiene var detaljerte, og tilsynelatende skjulte han ingen smerter, bekymringer eller redsler for tilhøreren – men poenget med historien, mer eller mindre uutalt, var alltid at han hadde taklet situasjonene, han hadde overlevd, og kunne se

humoren og ”den gode historien” i det som like gjerne kunne vært skjult og fortrent. Etter hvert begynte jeg å bruke begreper om maskulinitet på minnene, og jeg konkluderte med at han var svært opptatt av hvordan menn *bør* være. Menn skulle ikke være svake, redde, feige eller klage. Likevel unnlot han ikke å fortelle om nettopp slike følelser og situasjoner. Var det fordi de handlet om at han opplevde følelsene, overvant dem og dermed viste seg enda sterkere – og hvor vanlig er i så fall dette? Den viktigste innsikten etter dette forprosjektet var at menn kan ha svært uttalte oppfatninger om hvordan en mann skal være, oppfatninger i tråd med hegemonisk maskulinitet – og likevel handle på tvers av dem. Jeg mener dette bekrefter at motsigelser er vanlig, og at fraværet av dem ikke er en forutsetning for opplevd konsistens. I dette tilfellet var flere maskuliniteter tilstede i fortellingene, uten at det tilsynelatende virket problematisk for mannen som fortalte dem.

Forforståelsen min kan oppsummeres slik: Jeg så raskt et skille mellom de mennene som var *for* opptatte av sykdom – hypokonderne som ble fremstilt som selvopptatte og relativt dårlig egnet både som partnere og fedre – og menn som viste motstand mot til og med å *snakke* om sykdom. ”Midt-i-mellom-mennene” var det færre av i begynnelsen, men etter hvert begynte minnene om dem å komme. Det viste seg at jeg kunne huske langt flere slike menn og situasjoner enn de to ”ekstremformene”. Dette var menn som tilsynelatende hadde et ukomplisert og naturlig forhold til sykdom, som rådet andre til å sjekke mulige symptomer og fulgte sine egne råd. Jeg tror grunnen til at jeg i første omgang husket flest menn med et komplisert forhold til helse, sykdom og maskulinitet henger sammen med innstillingen jeg hadde: Menn og helse som et problemfylt område, hvor menn har problemer med å ta vare på seg selv både fysisk og psykisk.

Forarbeidet gjorde meg klar over at jeg i utgangspunktet *forventet* at menn hadde et problematisk forhold til helse og sykdom, og dermed ubevisst lette etter ”bevis” for denne antakelsen. For meg demonstrerte dette at det er verdifullt å reflektere over forforståelser og forventninger til området en skal studere. Det skjerper blikket og kan gjøre det lettere å formulere forskningsspørsmål.

Å skrive ned og reflektere over ulike minnebilder jeg har av menn og helse gjorde det tydelig at selv om de to ytterpunktene tidlig gjorde seg gjeldende, er bildene mer

mangefasetterte enn som så. Minnearbeidet med egne erfaringer gjorde det også klart at jeg selv har forholdt meg "maskulint" til sykdom ved flere anledninger. Å føle tap av ansikt er ikke forbeholdt ett kjønn. De færreste opplever kroppslige plager som uproblematisk. Bildene av menn og helse rommet mye forskjellig – hva ville jeg fokusere på? Både i litteratur, politiske utspill og egne minner er det at menn utsetter eller helt unngår å gå til legen fremtredende. Utsagn som "jeg har ikke vært hos legen på årevis" blir vist til hos flere forskere (Robertson 2007, Courtenay 2009) som en måte menn demonstrerer maskulinitet og helse på samtidig. I forprosjektene mine husket jeg to menn som hadde sagt det samme, begge med stolthet, og i situasjoner hvor det var både menn og kvinner til stede. Jeg husket også kvinner komme med det samme utsagnet, men med en helt annen betoning: Nå må jeg ta meg sammen og bestille time. Å fortelle at det er lenge siden man har vært hos lege ser ikke ut til å bety det samme for menn og kvinner.

Parallelt med minnearbeidene intervjuet jeg to menn med fokus på hvordan de forsto helse, og hvordan de forholdt seg til egen og andres helse i hverdagen. Jeg valgte kokker, siden kokk er det yrket med lavest levealder for menn i Norge. Disse intervjuene ble en del av forarbeidet. Menneskets utsagn stemte godt med Robertsons (2007) funn, spesielt med hensyn til begrepsparet *control* og *release*. Begge nevnte for eksempel den positive effekten av røykepauser på jobb, og av en "kokkeøl" etterpå for å roe seg ned og la stresset ligge igjen på arbeidsplassen. Slik ble jeg også sikrere på at jeg var på "rett spor", både med hensyn til litteraturen jeg hadde lest, og spørsmålene jeg stilte meg.

Å se temaet sitt overalt

Widerberg (2001) setter ord på det selvfølgelig når hun beskriver hvordan temaet en skriver om følger en overalt: "Denne forandringen i innstillingen til omverdenen er en ressurs man bevisst kan ta i bruk for dermed å få så mange innspill som mulig til prosjektets utforming" (2001:38). En av mennene Robinson intervjuet mente menn i TV-serier burde bli syke og gå til legen, og at sykdom og legebesøk som en del av folks hverdag på TV ville ha stor innvirkning på menns helseadferd. Han peker dermed på manglende diskurser rundt menns hjelpesøkende adferd i populærkulturen. En av

legene han intervjuet sa det samme(2007:133). Stina Backman (2005) analyserer syke menn i populærkulturen, i magasiner, biografier og krimlitteratur. I de to førstnevnte finner hun hegemonisk maskulinitet og fokus på kvinnens rolle i mannens sykdomshåndtering, mens i sistnevnte er det den manglende kvinnen som knyttes opp mot mannens sykdomserfaringer. Legebesøk og i såpeserier er kanskje rundt hjørnet, men britisk TV har underveis i denne oppgaven bidratt med en serie kalt "Pinlige sykdommer" (Embarrassing Bodies) som også har gått på norsk TV. Her kjører legeteamet rundt i Storbritannia med en rullende klinikk, og behandler sykdommer folk har vært for flau til å oppsøke lege for. Dermed vises kvinner og menns "mørke helsehemmeligheter" frem i beste sendetid, og mottoet er at ingenting er pinlig siden vi alle er like. Nærbilder av urologiske og gynekologiske undersøkelser vises, ingenting skjules. Om slike programmer kan være med på å endre oppfatninger og holdninger, ville vært interessant å undersøke. I denne omgang nøyer jeg meg med å nevne det; siden jeg tolker det som et tegn på at *måten det snakkes om* menns (og kvinners) kropper og sykdommer på er i endring. Det er også et eksempel på hvordan en ser temaet en studerer overalt, og dermed nesten ikke kan unngå en form for forprosjekter (Widerberg 2001).

Widerberg (2001) anbefaler at en tar sitt eget materiale på alvor, og i første omgang går i dybden på det uten å trekke inn andres materiale og studier. Dette rådet fulgte jeg, og derfor fokuserte jeg fullt og helt på tekstene fra Lommelegen før jeg vendte tilbake til litteratur og studier om menns helse, og leste om igjen de studiene som i utgangspunktet hadde vekket min interesse.

Materiale og utvalg

Datamaterialet mitt består altså av 250 spørsmål og svar. Jeg fikk hjelp av teknisk utvikler ved Aller Internett til å sortere ut de 250 siste spørsmålene stilt av menn til Lommelegen i 2009, og legenes svar på disse. Dette er tekstmateriale, og med *tekst* forstår jeg i tråd med Silverman (2009) materiale som eksisterer uavhengig av en forsker. Tekstene ligger ute på internett, og kan søkes i både direkte fra Lommelegen.no og ved at de kommer opp ved søk med for eksempel Google. De kan dermed tenkes, i tillegg til å være til hjelp for andre med lignende spørsmål, å være med på å påvirke

oppfatninger av hvordan menn forholder seg til helse, kropp og sykdom. Hva kan disse henvendelsene om menns plager og bekymringer fortelle oss?

I analysen av datamaterialet har jeg valgt å kombinere kvantitative og kvalitative metoder. Hovedgrunnen til dette er ikke et ønske om sterkere validitet med metodetriangulering, selv om det er en positiv effekt. Det er ganske enkelt et ønske om å gi et mer utfyllende bilde av hvordan menn bruker nettstedet, enn kun analyse av et mindre antall tekster ville gitt. Derfor kombinerer jeg innholdsanalyse og tekstanalyse. Jeg vil først presentere nettstedet Lommelegen, og deretter vende tilbake til hvordan jeg har brukt disse verktøyene for å analysere materialet.

Lommelegen.no

Nettstedet Lommelegen kaller seg Norges ledende helsenettsted, og har temasentre med artikler om ulike helserelevante tema, bokhandel, diskusjonsforum og en spørretjeneste der en kan stille alle slags spørsmål til ulike leger og spesialister. Det er den siste tjenesten som er kjernen i Lommelegen, og det er her jeg har hentet data til denne studien.

Det første som møter en på nettstedet er følgende tekst:

Spør Lommelegen nå - garantert svar.
Kvier du deg for å gå til legen? Er køen for lang?
Få raske og anonyme svar på alle dine helse spørsmål over nett fra våre mer enn 40 erfarne leger og fagpersoner.

En kan velge mellom ekspress-svar innen 24 timer og vanlig svar innen 72 timer. Ekspress koster 390,- (og et tillegg på 150,- dersom spørsmål og svar ikke skal legges ut slik at alle kan lese det) og spørsmålene besvares av en av to almennleger. Vanlige svar koster 195,- (295,- fra psykiaterne) og her velger en selv hvilken lege en stiller spørsmålet til. Listen over spesialister er lang, og sortert under følgende tema: Almennleger, gynekologer, Fedon Lindbergs klinikk, helse og juss, dykkerlege, jordmor, helsesøster, fysioterapeut, hudsykdommer, smertebehandling, reiselege, kost og ernæring, seksuelt overførbare infeksjoner, øre-nese-hals, tannlege, røykeslutt, plastikkirurgi, muskler og ledd, flylege, kirurg, psykisk helse, sexolog, kiropraktor, rus og

spilleproblemer og anestesilege. Det er mulig å stille spørsmålene på engelsk (i ekspresskategorien) og på urdu (vanlig svar). Alle legene og spesialistene blir presentert med bilde, navn og kort informasjon.

Lommelegen eies av Aller Internett. Lesertall rapporteres av TNS Gallup (Aller Internett). Lesertall for nettstedet oppgis i antall unike brukere og i antall sidevisninger. I 2009 hadde Lommelegen i snitt 450 000 visninger av 115 000 unike brukere i uken, og i underkant av to millioner (1 955 000) visninger av 425 000 brukere i måneden. Demografiundersøkelsene (Aller Internett) indikerer en sterk overvekt av kvinnelige brukere, med bare 14% menn. Ved utgangen av 2009² hadde nettstedet likevel fått inn 8236 spørsmål fra menn, og 13 439 fra kvinner (inkludert de som ønsket skjult svar). Dersom Lommelegen har en så lav andel mannlige brukere som de demografiske undersøkelsene indikerer, er det overraskende mange av disse som stiller spørsmål til legene – 38% av det totale antallet spørsmål var stilt av menn. Dette kan sees i sammenheng med at menn beskrives som mindre generelt opptatt av og interessert i helse og sykdom enn kvinner, og at de derfor besøker nettstedet for å søke i relevante spørsmål eller selv spørre en lege; mens mange kvinner er der for å lese og diskutere.

Koding og innholdsanalyse

Selv om tekstene er korte, blir datamaterialet fort stort. Siden vi vet lite om menns bruk av helsenettsteder mener jeg det gir mening å bruke et relativt stort antall tekster. Jeg har derfor valgt å bruke det kvantitative grepet *innholdsanalyse* som et ledd i analysen. Ved innholdsanalyse velger en kategorier og teller antall tekster som faller inn under hver kategori (Silverman 2009). Ulempen er at forskeren selv utformer kategoriene, og at metoden dermed kan bære preg av et teoretisk utgangspunkt (Silverman 2009). Silverman foreslår at en nøye må vurdere forholdet mellom de kategoriene en som forsker bruker, og de personene som har produsert tekstene selv ville brukt (2009:164).

Jeg har kodet tekstene ut fra elleve kategorier eller variabler. Det tok tid å komme frem til hvilke variabler jeg skulle bruke, og jeg gikk flere runder før jeg kom frem til de endelige. Skulle jeg kanskje prøve å få frem hva slags sykdom de hadde? Jeg prøvde meg

² Disse tallene har jeg fått sammen med datamaterialet fra teknisk utvikler hos Aller Internett.

frem med variabler som lå tett opp mot de medisinske, og jeg ville gjerne få mest mulig informasjon om hvordan mennene stilte spørsmålene sine. Derfor forsøkte jeg å dele inn i forskjellige typer språk, om det var kortfattet eller detaljert, emosjonelt eller klinisk, om de benyttet seg av fagterminologi eller ikke. Etter hvert fant jeg derimot ut at å kode tekstene ut fra språkbruk ble for vanskelig – og egentlig unødvendig. Innholdsanalysen var jo bare ett av grepene jeg ville bruke for å analysere materialet, og etter min mening egner dette grepet seg bedre til å fange opp tendenser som er så tydelige og entydige at en kan forvente at de fleste andre, med kodeboken som verktøy, ville kode tekstene på samme måte. På samme måte som når det gjaldt analyse av språkbruken, endte jeg opp med å forkaste de medisinske kategoriene. En liste over de ulike formene for sykdommer ble for lang, og likevel ikke uttømmende. Jeg syntes det var vanskelig å finne relevant litteratur om former for innholdsanalyse, og brukte mye tid på å lete etter studier med lignende datamateriale. Hvordan er det vanlig å gå frem med større antall kortere tekster? I sideantall blir det ikke så store forskjeller mellom få lange intervjuer og mange korte tekster. Derimot vil fordelingen med hensyn til antall case selvsagt være en klar forskjell. Da søkene etter relevante eksempler ikke førte fram, måtte jeg til slutt ta et valg. Skulle jeg stole på meg selv og bruke de grepene jeg mente ville beskrive materialet best? Det virket tryggere å følge en oppskrift, men jeg mente etter hvert at materialet jeg hadde funnet frem til var såpass interessant at det kunne forsvares å ta noen sjanser, og prøve seg frem med ulike former for metoder og analytiske grep. De metodiske verktøyene må tilpasses materialet, ikke omvendt.

De mest sentrale spørsmålene jeg ønsket svar på ved hjelp av innholdsanalysen, handlet om hvor lenge mennene hadde hatt problemet, og om de brukte helsevesenet i tillegg til nettstedet. Nevner mennene tidligere eller kommende legebesøk? Spør de før, etter eller i stedet for å gå til legen? Er spørsmålet første skritt for å få hjelp, eller spør de etter flere legebesøk, for å dobbeltsjekke om de virkelig bør slå seg til ro med en (manglende) diagnose? I stedet for å dele opp i ulike spesialistområder brukte jeg den inndelingen vi som pasienter forholder oss til i Norge: fastlege og spesialist. Derfor skilte jeg mellom "fastlege-spørsmål" og "spesialist-spørsmål". Videre så jeg på om mennene spør om hvordan de skal gå frem for å løse et problem, få behandling eller få stilt diagnose, og om de har problemer med å forstå informasjonen fra legen/spesialisten. Har de problemer med å oppsøke lege, eller med å kommunisere med legen? Spør de om informasjon om

legemidler de bruker eller har fått resept på? Etterspør de informasjon som er enkel å finne på nettet? Nettjenesten Lommelegen er anonym, rask, og en kan spørre om hva som helst. For å få tak i om slike fortrinn var viktige for mennene, så jeg etter om anonymitet eller raskt svar kom frem som et viktig poeng. I tillegg så jeg for meg at mindre og mer trivielle problemer som kan virke for "små" for et legebesøk, kunne være en grunn til å velge en nettjeneste.

Til slutt satt jeg igjen med elleve variabler i form av spørsmål:

Hva gjelder spørsmålet?

Er spørsmålet første skritt for å få hjelp?

Nevner de tidligere legebesøk?

Har de en diagnostisert lidelse?

Spør de om informasjon som er lett tilgjengelig ved internettsøk?

Spør de om framgangsmåte for å få hjelp?

Ønsker de hjelp til å forstå legens/spesialistens informasjon?

Faller spørsmålet inn under fastlege- eller spesialistfeltet?

Tidsaspektet: Er det et problem de har hatt over tid?

Fortrinn ved nettjenester: Kommer anonymitet, raskt svar, enkelhet eller ønsket om en second opinion fram som en viktig faktor i spørsmålet?

Og til slutt: Oppfordring til videre utredning/behandling i svar.

Et spørsmål stilt til en lege følger vanligvis et mer eller mindre fastsatt skript. Det handler om noe konkret (symptomer, sykdommer eller legemidler) og inneholder gjerne bakgrunnsinformasjon som vurderes som relevant for legen. Når en stiller spørsmål til Lommelegen blir en i tillegg møtt med en rådgivende tekst om hva spørsmålet bør inneholde³. Derfor mener jeg kategoriene som gjelder *hva* mennene spør om med høy sannsynlighet sammenfaller med personenes egen kategorisering. *Tidsaspektet* er også kategorier med høy reliabilitet. Hvorvidt de har gått med spørsmålet lenge eller om det er oppstått nylig, kommer oftest tydelig fram. Kategoriene som fanger opp hvorvidt *fortrinn ved nettjenester* har betydning for mennene, er mer preget av tolkning, og er valgt med tanke på at jeg lettere skal kunne velge ut et mindre antall tekster for

³ Denne teksten er gjengitt som vedlegg 3. Vedlegg 1 og 2 er henholdsvis skjema for spørsmål til Lommelegen, samt vilkår for tjenesten.

nærmere analyse. Resultatene av en innholdsanalyse som den jeg har gjort, kan vanskelig generaliseres slik kvantitative resultater skal kunne. Metoden er derfor først og fremst valgt for å gi et klarere bilde av hvordan et større antall menn enn det jeg kan analysere med tekstanalyse, bruker spørretjenesten hos nettstedet Lommelegen.

De fleste variablene viste seg å fange opp det jeg var interessert i, men to av dem – hvorvidt mennene etterspurte lett tilgjengelig informasjon eller framgangsmåte for å få hjelp – viste seg å gjelde svært få av mennene. De gjenspeiler kanskje forventningene mine mer enn materialet, og er dermed mest interessante av den grunn.

Jeg gjengir kodeboken som vedlegg slik at verdiene på variablene og også kriteriene for kodingen blir tydelig.

Helt konkret kodet jeg tekstene ved å skrive dem ut og lese gjennom dem enda en gang, for så å skrive kodene rett ned på papiret. Deretter skrev jeg kodene inn i et regneark, som jeg siden brukte for å fremstille frekvenstabeller over materialet. Jeg hadde en idé om å gå videre med kvantitative grep og gjøre noen krysstabellanalyser for å se om jeg kunne få øye på flere sammenhenger i materialet. Jeg så etter korrelasjoner mellom samtlige variabler, og prøvde meg frem med krysstabeller – blant annet for å se om det kunne være en sammenheng mellom problemenes varighet, og om kontakten med Lommelegen var et første skritt for å få hjelp. Jeg opplevde at det var vanskelig å arbeide med tabellanalyser når materialet var såpass lite. Problemstillingen opplevdes altså diametralt motsatt av tidligere: Materialet mitt virket for stort for kvalitative metoder, men for lite for kvantitative. Hva var vitsen med å undersøke statistiske mål når resultatene likevel ikke kunne eller skulle generaliseres? Likevel klarte jeg ikke fri meg fra tanken om at det ville være interessant å se hvilke sammenhenger som fantes mellom de ulike variablene i selve materialet. Jeg har derfor valgt å inkludere noen få tabeller, og å konsentrere krysstabellanalysen om variabelen for fortrinn ved nettjenester.

I de følgende kapitlene vil jeg gjennomgå analysen av datamaterialet. Jeg starter med innholdsanalysen.

Kapittel 4: Innholdsanalyse

I dette kapittelet vil jeg forsøke å svare på *hvordan menn bruker Lommelegen* ved hjelp av innholdsanalysen. Hensikten er å vise hvordan de 250 henvendelsene fordeler seg på de elleve variablene jeg har kodet materialet ved hjelp av. To av spørsmålene jeg stilte innledningsvis – om det ser ut til at nettstedet i særlig grad brukes av menn som ellers unngår legekontakt, og om mennene bruker Lommelegen som substitutt eller supplement til vanlig lege – fanges særlig opp av fire av variablene: Hvorvidt henvendelsen representerer et første skritt for å få hjelp, om de nevner tidligere legebesøk, samt tidsaspektet og fortrinn ved netttjenester. Det er også disse variablene som vies mest oppmerksomhet her.

I mitt materiale er menn som unngår lege rent kvantitativt ikke så mange, men spørsmålene deres utmerker seg. Det er blant disse mennene historiene som biter seg sterkest fast finnes. Den vanligste henvendelsen kommer fra menn som har vært hos legen før, men som ønsker en second opinion. De er fortvilte fordi de ikke finner ut hva som feiler dem, de er usikre på om de skal slå seg til ro med en manglende diagnose, eller på om legens svar virkelig stemmer. Noen av dem kontakter Lommelegen fordi de ikke tør å "mase" mer på legen sin, og noen av dem føler at de ikke blir sett eller tatt alvorlig av legen. Andre forstår ikke informasjonen de har fått, og i stedet for å snakke med sin lege spør de Lommelegen.

Mange spør Lommelegen fordi de synes det er flaut eller vanskelig å gå til legen, fordi de ønsker raskt svar, eller fordi det virker som om problemet er for "lite" til å forsvare å bestille en legetime. Men i en god del henvendelser kommer det ikke frem noen grunner til hvorfor de kontakter en nettlege i stedet for en fastlege. Dette gjelder også mennene som unngår legen.

Først vil jeg beskrive datamaterialet kvantitativt, deretter vil jeg vise hva mennene spør nettlegen om og hva slags svar de får. Med potensielt 250 ulike menn er det stor bredde på både tematikk og uttrykksmåte. Likevel er det noen likheter, og noen temaer og måter å uttrykke seg på forekommer oftere enn andre. Enkelte henvendelser utmerker seg fordi de er annerledes enn flertallets, eller fordi de uttrykker noe på en særlig klar måte. I det som ved de første gjennomlesningene så ut som en mengde forskjellige menn

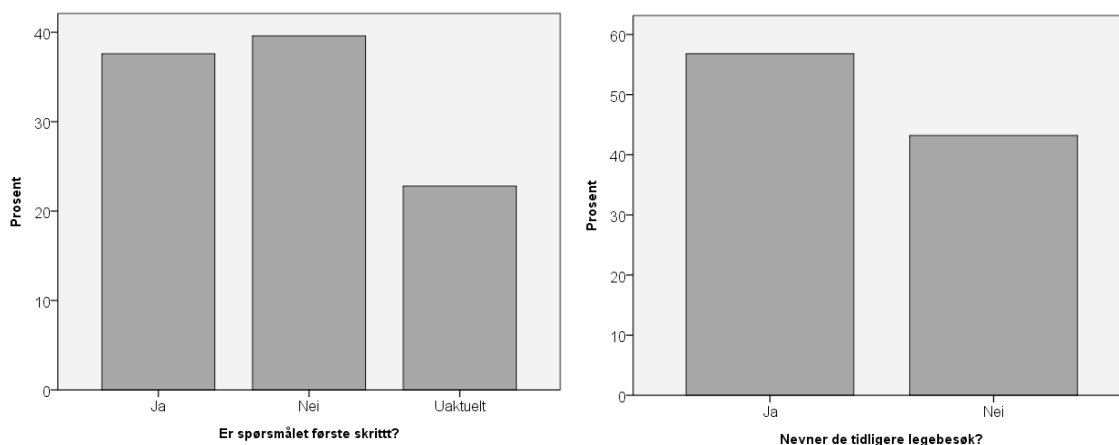
med ulike problemer, oppsto det etter hvert et mønster. Det er nettopp dette analyse handler om, å finne mulige mønstre, og en vil alltid måtte trekke noen frem på bekostning av andre. Dette er spesielt tilfelle når materialet er stort. I de følgende kapitlene forsøker jeg å vise både bredden og de tendensene jeg vurderer som sentrale.

Vegringen for å bestille legetime finnes i alle kategoriene, og dette er den tydeligste tendensen. Hvorfor er det slik? Det er mye informasjon om hvordan mennene har opplevd legebesøk i spørsmålene fra dem som nevner tidligere konsultasjoner. Blant de som har unngått lege er det i mange tilfeller informasjon om hvordan mennene forventer eller frykter et legebesøk vil være. Materialet gir altså ikke bare informasjon om mannen hos Lommelegen på internett, men også om mannen hos den "virkelige" legen – om mannen på legekantorene rundt om i landet. 57% av mennene i materialet *har* erfaring med helsevesenet, og mange av dem beskriver dårlig kommunikasjon og det å ikke bli tatt på alvor. Likevel klarer de å kommunisere klart og tydelig i spørsmålene sine. Jeg kan selvsagt ikke si noe om menn generelt, bare om mitt materiale, og i det er dårlig kommunikasjon med fastlegen en tydelig tendens. Dette kommer jeg tilbake til, men først vil jeg beskrive datamaterialet kvantitativt.

Materialet i tall – frekvenser

72% av mennene spør på bakgrunn av egen sykdom eller plager. 5% stiller spørsmål av vitebegjær eller interesse, 4% på vegne av andre – og da gjerne partner eller familiemedlem. 19% spør for å få informasjon om spesifikke undersøkelser, om legemidler eller framgangsmåte for å få time hos rett spesialist.

Når det gjelder hvorvidt henvendelsen er første skritt for å få hjelp, altså om det er tydelig at mennene ikke har vært i kontakt med annen lege for problemet det er snakk om, gjelder dette 38% av mennene. 40% har allerede vært hos lege for det aktuelle problemet.



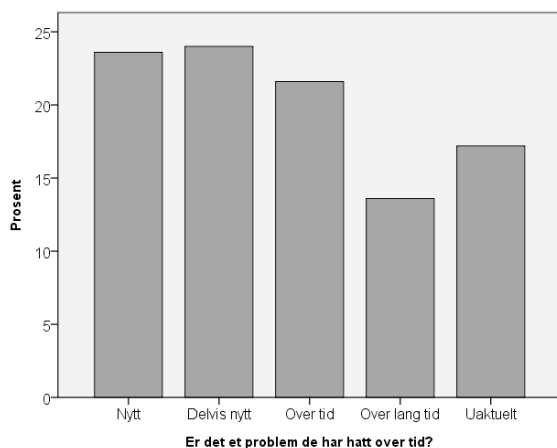
I spørsmålene til Lommelegen er det altså en svak overvekt av menn som allerede har vært hos legen, der henvendelsen *ikke* er et første skritt for å få hjelp. Denne tendensen blir tydeligere når jeg koder hvor mange som nevner tidligere legebesøk: 57% mot 43% som ikke gjør det.

30% av mennene har en diagnostisert lidelse som nevnes eller kommer frem i spørsmålene, 70% har det ikke. Her har det ikke vært avgjørende om diagnosen nevnes, siden flere gir tilleggsinformasjon om reseptbelagte legemidler og diagnoser som relevant informasjon etter selve spørsmålet.

Bare 9% av spørsmålene gjelder informasjon jeg vil betegne som lett tilgjengelig. Denne variabelen tok jeg med siden jeg ikke visste hva slags spørsmål jeg kunne forvente meg: Var det kanskje mange menn med manglende datakunnskaper som stilte spørsmål til Lommelegen? Ikke alle tenker for eksempel på at felleskatalogen nå er på nett, boka som før var forbeholdt leger og som inneholder informasjon om alle legemidler. Internett kan enkelt brukes til innhenting av nær sagt all slags helseinformasjon – enkelt for dem som er kjent med søking på nett. Overraskende få spørsmål gjaldt slik informasjon, og til og med spørsmål som først kunne se slik ut, for eksempel om utseende på hudutslett, viste seg å ikke være det. Det er relativt vanskelig å finne god informasjon om hudsykdommer, siden et søk må inneholde riktige beskrivelser for å få frem gode treff. Kanskje kan hudsykdommers "trivielle" status også være med på å gjøre det vanskeligere å få treff enn ved andre kroppslige symptomer. For å avgjøre om spørsmålet falt inn under denne kategorien forsøkte jeg dermed i noen tilfeller å søke på det selv.

Det kan se ut som om en stor del av mennene i materialet bruker Lommelegen etter å ha forsøkt andre kanaler. De kan ha sjekket leksikon og internett, og ofte har de vært hos annen lege først. Foreløpig peker ikke bruken av nettlege seg ut som en metode som prøves før andre. Den neste variabelen, om de spør etter framgangsmåte for å få hjelp, underbygger denne påstanden. 14% etterspør rådgivning av typen hvordan få gjort en spesifikk undersøkelse, få time hos en spesialist eller lignende. Kanskje er fastlegesystemet så kjent for oss at det er opplagt for de aller fleste at det er første instans for så å si alle problemer, eller så har mennene gjort research før de stiller sine spørsmål. 80% av henvendelsene faller inn under det jeg kaller "fastlegespørsmål".

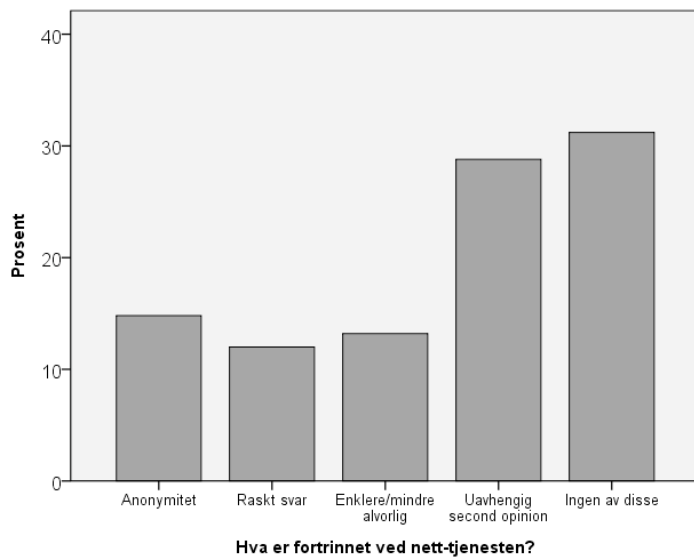
Bare 5% av alle henvendelsene gjelder hjelp til å forstå legeinformasjon. Som jeg senere vil vise, gjør imidlertid noen av disse spørsmålene inntrykk, både på den svarende lege og på meg som leser.



Hva så med tidsaspektet? Variabelen for tid har følgende verdier: *nytt*, *delvis nytt*, *over tid* og *over lang tid*, samt *uaktuelt*, der tid enten er uaktuelt, eller spørsmålet er for kort til at det er mulig å vurdere. Overvekten ligger her på nytt og delvis nytt, med til sammen totalt 48% av alle henvendelsene. 35% av alle spørsmålene gjelder problemer som har vedvart over tid, eller over lang tid. Flere spør med andre ord relativt raskt etter at symptomer eller problemer melder seg, mens færre drøyer lenge med å få hjelp.

For brukeren byr det på flere fordeler å kontakte en nettlege fremfor en vanlig lege. Blant fordelene er *anonymitet*, men også det å kunne få *raskt svar*, og en uproblematisk mulighet for en *second opinion*. Dessuten kan en stille spørsmål om problemer som

virker for *små* og uviktige til at en kan forsvare å bestille en legetime. En kontakter da ikke fastlegen for noe så ufarlig som flass eller kløe? Motviljen mot å virke masete og kaste bort legens tid ser ut til å være spesielt sterk hos menn (O'Brien mfl. 2005).



Her er den klart sterkeste tendensen second opinion – kanskje ikke overraskende med tanke på hvor mange av mennene som har vært hos lege før de kontaktet Lommelegen: 29% av spørsmålene ønsker en ny vurdering. Litt flere, 31%, har jeg kodet som *ingen av disse*. Dette er spørsmål der det ikke er noen tydelig årsak til at de velger en nettsjeneste; det kan være fordi det tar mindre tid eller fordi de tilfeldigvis kom på det når de satt foran skjermen. I all hovedsak er dette spørsmål som jeg mener like gjerne kunne vært stilt til fastlegen, spesielt dersom legen var tilgjengelig på e-post eller internett, slik Teknologirådet som nevnt innledningsvis, anbefaler (2010). I 15% av spørsmålene virker anonymitet avgjørende, mens raskt svar er sentralt i 12% av dem. 13% av henvendelsene handler om problemer og irritasjoner som det virker som om mennene synes er for trivielle å belaste fastlegen med, men viktige nok til at de ønsker å få svar. Jeg vil diskutere mulige grunner til dette i de følgende kapitlene.

Med 250 case hadde det vært mulig å gjøre en mer omfattende statistisk analyse, og undersøke flere mulige sammenhenger i materialet. I tillegg til de kommenterte frekvensfordelingene har jeg derimot valgt å konsentrere meg om et lite antall sammenhenger. Et av spørsmålene jeg forsøker å svare på i denne studien, er som nevnt hva som er mulige fortrinn med nettlege. Her skal jeg kommentere hvordan dette henger sammen med tre andre forhold: Om spørsmålet til Lommelegen er et første skritt

for å få hjelp, om mennene har hatt problemet over tid, og om de i forbindelse med henvendelsen nevner erfaringer fra tidligere legebesøk.

		Er spørsmålet første skritt?			Totalt
		Ja	Nei	Uaktuelt	
Hva er fortrinnet ved nett-tjenesten?	Anonymitet	27 73%	4 11%	6 16%	37 100%
	Raskt svar	14 47%	7 23%	9 30%	30 100%
	Enklere/mindre alvorlig	22 67%	1 3%	10 30%	33 100%
	Uavhengig second opinion	2 3%	64 89%	6 8%	72 100%
	Ingen av disse	29 37%	23 29%	26 33%	78 100%
Totalt		94 38%	99 40%	57 23%	250 100%

Andelen hvor henvendelsen er et første skritt for å få hjelp er høyest blant de som synes å ha anonymitet som hovedmotiv, men også høy blant de som vurderer problemet sitt som mindre alvorlig. Svarmønsteret er logisk og indikerer kanskje først og fremst at måten jeg har kodet variabelen "fortrinn ved netjtjenester" har en viss validitet.

		Nevner de tidligere legebesøk?		Totalt
		Ja	Nei	
Hva er fortrinnet ved nett-tjenesten?	Anonymitet	7 19%	30 81%	37 100%
	Raskt svar	19 63%	11 37%	30 100%
	Enklere/mindre alvorlig	8 24%	25 76%	33 100%
	Uavhengig second opinion	72 100%	0 0%	72 100%
	Ingen av disse	36 46%	42 54%	78 100%
Totalt		142 57%	108 43%	250 100%

Alle mennene som ønsker en second opinion nevner naturlig nok tidligere legebesøk i henvendelsen. Nesten to av tre som er opptatt av raskt svar refererer også til tidligere legebesøk, mens fire av fem av mennene anonymitet er viktig for, ikke nevner tidligere legebesøk.

		Er det et problem de har hatt over tid?					Totalt
		Nytt	Delvis nytt	Over tid	Over lang tid	Uaktuelt	
Hva er det viktigste fortrinnet ved netttjenesten?	Anonymitet	7 19%	9 24%	5 14%	11 30%	5 14%	37 100%
	Raskt svar	19 63%	6 20%	0 0%	1 3%	4 13%	30 100%
	Enklere/mindre alvorlig	12 36%	9 27%	3 9%	0 0%	9 27%	33 100%
	Uavhengig second opinion	10 14%	18 25%	29 40%	12 17%	3 4%	72 100%
	Ingen av disse	11 14%	18 23%	17 22%	10 13%	22 28%	78 100%
Totalt		59 24%	60 24%	54 22%	34 14%	43 17%	250 100%

Hovedtendensen er at mennene med relativt nylig oppståtte problemer vektlegger raskt svar eller vurderer problemet som for trivielt til å forsvare et legebesøk. Blant mennene som stiller spørsmål om problemer de har hatt over tid, er derimot anonymitet og ønsket om second opinion de tydeligste fortrinnene ved å bruke Lommelegen.

Når det gjelder legenes svar har jeg nøyd meg med å kode etter hva de oppfordrer mennene til. 10% blir rådet til å *avvente*, 11% anbefales *egenbehandling* og 33% mottar *informasjon*. I 45% av henvendelsene oppfordres mennene til *utredning*. Bare to menn (0,8%) rådes til å *søke øyeblikkelig hjelp*. Jeg synes likevel det er såpass interessant at jeg har valgt å ta det med: At noen stiller et spørsmål til en nettlege, med svargaranti innen 24 timer, i stedet for å ringe legevakten når det kan stå om livet, overrasket meg. Er disse mennene så redde for å være til bry at de heller risikerer livet enn å kontakte legen unødig?

Kapittel 5: Mannen og nettlegen

I dette kapitlet vil jeg fokusere på om det ser ut til at nettstedet i særlig grad brukes av menn som ellers unngår legekontakt, og hvorvidt mennene bruker nettstedet som substitutt for eller supplement til vanlig lege. *Menn som unngår lege* er menn som spør som et første skritt, som ikke nevner tidligere legebesøk og som har hatt problemet over tid eller over lang tid. De utgjør 12% av datamaterialet. 48% av mennene spør om et nytt eller relativt nytt problem. Jeg gjør rede for hva slags spørsmål de stiller under *nye spørsmål og rask kontakt*. 29% av henvendelsene kommer fra menn som har vært hos lege tidligere, og som ønsker en ny vurdering. Jeg gjennomgår dem under *menn som ønsker en second opinion*. Som nevnt har jeg også valgt å gjengi de to spørsmålene hvor legen anbefaler mennene *øyeblikkelig hjelp*. Jeg velger å gi tekstene god plass, og går nærmere inn på selve kommunikasjonen mellom mennene og legene i neste kapittel.

Helse som feminint

Courtenay slår fast at å være kvinne kan være den sterkeste årsaksfaktoren for helsefremmende adferd (2000;2009). Kvinner har grovt sett sunnere livsstil, går oftere til lege og denne forskjellen er også tilstede hos individer med diagnostisert sykdom: Hos menn med lavinntekt er det to ganger større sannsynlighet for at de ikke har hatt nylig kontakt med lege, sammenlignet med kvinner med lik inntekt. For menn med høy inntekt er sannsynligheten 2,5 ganger høyere (Courtenay 2009). Courtenay vektlegger også at kjønn er noe som gjøres, og som bedre kan forstås som et verb enn et substantiv. Helseadferd sees som en arena å gjøre kjønn på, slik at handlinger knyttet til helse "may be evoked as a practice through which masculinities (and men and women) are differentiated from one another (Messerschmidt 1993:85 i Courtenay 2009:13). I tråd med Connell mener Courtenay at å omfavne hegemoniske maskuline idealer også er å motsette seg og forkaste feminine idealer, og at helse på mange måter er et feminint felt.

Healthcare utilisation and positive health beliefs or behaviours are also socially constructed as forms of idealised femininity (..) They are, therefore, potentially feminising influences that men must oppose with varying degrees of force, depending on what other resources are accessible or are being utilised in the construction of masculinities (Courtenay 2009:17)

Courtenay støtter seg på flere studier (2009:12) når han skriver at menn i større grad enn kvinner opplever at det finnes kjønnebruksanvisninger for hvordan de skal

forholde seg og oppføre seg, blant annet når det gjelder helse. Menn skal være uavhengige, selvforsynte, sterke, robuste og tøffe (Courtenay 2009). Dette, hevder han, er en av årsakene til at menns helseadferd er mer stereotypisk enn kvinners. De fleste sosiale aktiviteter kan studeres og gi innsyn i hvordan kjønn konstrueres og rekonstrueres, og hvordan motsetninger mellom maskulinitet og femininitet skapes, endres og opprettholdes. Courtenay ser helseadferd som nettopp et felt der kjønn gjøres, og mener nøkkelen til menns dårligere helse ligger her.

Hegemonisk maskulinitet beskrives som nevnt tidligere også som den praksis som best besvarer "the problem of the legitimacy of patriarchy, which guarantees (or is taken to guarantee) the dominant position of men and the subordination of women" (Connell 1995:77). Adferd som slik både kan sees i sammenheng med menns helse og med patriarkatet, er undertrykking av behov, å fornekte smerte, svakhet og sårbarhet og å gi inntrykk av styrke og kontroll, både fysisk og psykisk. Eksempler på dette kan være risikoadferd som aggressivitet, bruk av rusmidler og bilkjøring i høy hastighet, men også å unngå å gå til legen. Dette er helseskadelig adferd som samtidig bekrefter menns styrke og makt.

In exhibiting or enacting hegemonic ideals with health behaviours, men reinforce strongly held cultural beliefs that men are more powerful and less vulnerable than women; that men's bodies are structurally more efficient than and superior to women's bodies; that asking for help and caring for one's health is feminine; and that the most powerful men among men are those for whom health and safety are irrelevant (Courtenay 2009:14).

Menn som unngår lege

Som nevnt tidligere oppdaget jeg under forprosjektene at jeg "så etter" menn med motvilje mot å gå til legen. Dette er et velkjent fenomen både i mediebilder og i studier av menns helse. Derimot er det få menn i mitt materiale som har utsatt og benektet problemet sitt over lang tid. For de mennene som unngår lege, virker det som om fellesnevneren er at de oppfatter problemet som pinlig, og at de har hatt eller fortsatt har motvilje mot å ta det på alvor, og dermed også mot å oppsøke lege. Mage, tarm, testikler, penis og angstproblematikk er gjengangere tematisk sett. Det er få spørsmål hvor mennene nevner begrepet kjønn, og maskulinitet kommer naturligvis sjelden til overflaten i slike korte henvendelser. Likevel er det underliggende hele tiden, i kraft av

at spørsmålene er stilt av menn, og spesielt fordi de leses med maskulinitet som uttalt fokus. Jeg velger noen steder å gjengi tekstene i sin helhet. Det er fordi jeg mener de gir et annerledes bilde av hvordan menn snakker om sykdom. Som nevnt innledningsvis mener jeg at vi her får et sjeldent blikk inn i konsultasjonsrommet, og at vi dermed kan se nærmere på hvordan *rammene for konsultasjonen* er, både på internett og (gjennom mennenes beskrivelser) på legekontoret. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 7. Først skal vi se nærmere på mennene som har gått med et problem over lang tid uten å oppsøke lege, og hvor henvendelsen til Lommelegen representerer et første skritt.

En av mennene stiller spørsmålet sitt til to leger. I omtrent tolv år har han hatt et svært hemmende problem, uten å fortelle andre enn kona om det:

Jeg går på do (sittende) fra 5 til 20 ganger om dagen, hver eneste dag. Ikke alltid det er så mye som kommer ut (ofte ingenting), men jeg er nødt til å gå så ofte for å forhindre/minske selve problemet, nemlig fuktighet bak. Hvis jeg ikke går på do med en gang jeg kjenner behovet, starter en prosess der bak som produserer utrolige mengder fuktighet. Såpass mye at om jeg blir sittende 10 minutter før jeg går på do, kan det være nok til at hele boxeren er gjennomvåt og fuktigheten viser som en stripe utenpå buksen! På en dårlig dag kan det gå med 6-7 boxere og 2-3 bukser. Sikkert lett å forstå at dette er veldig plagsomt. Har hatt dette problemet i ca. 12 år og det er veldig slitsomt både fysisk og psykisk. Det er jo ikke alltid det passer å gå ofte på do, og rask tilgang på do er jo heller ingen selvfølge alltid. Mange av mine venner og kollegaer lurer nok på hva som egentlig er grunnen til mine hyppige toalettbesøk. "Fersk" fukt er nokså luktfri, men etter en stund blir det ganske streng lukt som igjen krever hyppige klesbytter. Selvfølgelig et stort problem, både praktisk og fordi man selvsagt ønsker å skjule problemet for andre (kun kona som vet om det). Kan i tillegg si at jeg ofte har veldig mye luft i magen og slipper ut en god del i løpet av dagen. Det er selvfølgelig ikke alltid at man kan gjøre det heller, og fukten kommer også ofte hvis jeg sitter for lenge og holder luft inne. Problemet er ofte situasjonsavhengig. Er jeg stresset eller nervøs, er som regel fuktproduksjonen enda større enn vanlig. Typisk er at jeg går fra dusjen på toalettet og når klærne er på, er det på tide med en ny tur på toalettet for å forhindre at den nye boxeren blir våt med en gang. Skal vi f.eks. ut på besøk, er det helt vanlig at jeg går 3-4 ganger på toalettet fra jeg er ferdig dusjet til vi er klare for å gå en halvtime senere. Da har jeg gjerne byttet boxer en gang også. Har aldri turt å spørre noen lege om dette, så jeg håper VELDIG at dere kan hjelpe meg!

Begge svarene fremhever at dette er noe som høyst sannsynlig kan behandles, og legene nevner ulike mulige forklaringer på problemet. Felles for svarene er at de er medfølende og forståelsesfulle. "Jeg synes virkelig synd på deg som har slitt med dette i så mange år uten å tørre og snakke med legen din om det" begynner det ene, og avslutter med "Husk du er ikke alene om å ha disse plagene. Irritert tarm er en av de vanligste konsultasjonsårsakene i allmennpraksis. Jeg håper svaret er til hjelp. God bedring og god

jul! Det finnes behandling for dette, bare du tør å kontakte legen din.” Det andre svaret fokuserer på hva slags undersøkelser mannen må regne med, men begynner slik:

Kjære deg! Det er utrolig og leit at du aldri har oppsøkt lege for dette, for der er all grunn til å tenke seg at dette er noe du kan bli kvitt! Det høres jo ualminnelig slitsomt og plagsomt ut, og du kan absolutt ikke fortsette å ha det slik, når det etter alt å dømme finnes hjelp og du kan få et liv uten å ha det så slitsomt! Du skriver at du håper veldig at vi kan hjelpe deg. Vi kan hjelpe deg til å motivere deg til å oppsøke lege, slik at du kan bli kvitt dette, men vi kan selvfølgelig ikke undersøke og behandle deg via internett.

Det kan virke som legene ikke er uvante med menn som drøyer lenge før de går til legen, men tolv år med så hemmende plager gjør likevel inntrykk. På tross av det plasserer de verken skyld eller ansvar for at det har gått så lang tid, på mannen selv eller på manglende informasjonsarbeid i samfunnet. Hvorfor har han ikke turt å snakke med noen lege om dette, i løpet av så mange år? Og hva forteller det indirekte, at nettlegene verken prøver å forklare det, eller spør mannen rett ut, hva årsaken er? Denne mannen spør som et første skritt, og hovedårsaken til at han har valgt en nettlege er opplagt anonymitet. Ved første øyekast kan det virke som om mannen er spesiell, både med hensyn til alvorlighetsgraden og tiden han har gått med den etter alt å dømme ufarlige sykdommen. Men måten legene svarer på, med mer sympati enn undring, taler for at det er et kjent bilde de ser. Mannen skriver at han ”håper VELDIG” de kan hjelpe ham, likevel er det ingen *spørsmål* i henvendelsen. Hva er det han ber om hjelp til, og hva slags hjelp får han? Svarene tilbyr en vurdering av sykdomsbildet, ulike forslag til diagnoser og en kort beskrivelse av framgangsmåten for å få hjelp. Men kanskje den viktigste hjelpen ligger i forståelsen (og ikke fordømmelse, som han kanskje har fryktet) nettlegene viser ham, og i understreking av at han ikke er alene, som forhåpentlig kan motivere ham til å oppsøke en fysisk lege.

En annen mann beskriver langvarige og store problemer med hemorroider som til slutt har ført til lekkasje, og innrømmer å ha utsatt å kontakte lege ”fordi det har vært flaut”. Nå skriver han til Lommelegen fordi han er redd det kan være kreft. Igjen anbefaler legen utredning, som de stort sett alltid gjør når spørsmålet gjelder hemmende eller potensielt alvorlige symptomer fra et sted under truselinningen. En mann som har levd med urinlekkasje i 17 år skriver kort og rett på sak, men bak et smilefjes:

:-)(1)Hei. JEG har problemer med urinlekkasje etter jeg har tisset. Da må jeg tørke urin ei stund etterpå, men uansett så blir trusa blaut.(lekkasje)Har hatt dette problemet i ca 17 år. Er 45 år.(2)Når jeg får reisning så blir jeg bløt(sæd) på tuppen med en gang og plages med tidlig utløsning ved sex. Har dette sammenheng? ønsker svar på begge spørsmålene, på forhånd takk.

Legen svarer utfyllende og empatisk også på denne korte og lite følelsesladete henvendelsen, og rådene er langt på vei de samme som til mannen over:

Hei. Du har nå slitt med disse tingene i 17 år, og da er jammen tiden overmoden for å få gjort noe med det. Så det er flott at du nå tar det opp her, og la da dette bli det startskuddet du trenger for å ta dette opp med lege nå.

At diagnoser ikke kan stilles over internett, og at det ofte er nødvendig med en konsultasjon og påfølgende undersøkelser understrekes igjen.

Mange av spørsmålene i denne kategorien gjelder for tidlig utløsning, samt form eller størrelse på kjønnsorganet. Språket varierer veldig, fra det kliniske og kortfattede til det emosjonelle. Det virker ikke som om legene nødvendigvis utleder så mye av *hvordan* spørsmålet stilles – et kort spørsmål blottet for uro kan få et langt svar med innstendig oppfordring om å oppsøke lege raskt, mens en emosjonell og bekymret henvendelse kan møte beroligende råd om å vente å se eller kjøpe en reseptfri krem. Det er mye å lese både på og mellom linjene, og en lege er selvsagt bedre rustet enn andre i disse tilfellene. Likevel hender det at spørsmålsstilleren ikke får svar på det han vil vite, som hos han som er plaget med fet hodebunn: "Mitt andre problem, som jeg tror kan være relatert, er at jeg har et område øverst ved ørefestet på høyre side som skiller ut en forferdelig lukt." Mannen får råd om reseptfrie produkter han kan prøve, mens den garantert ufarlige men like sikkert svært plagsomme lukten ikke nevnes.

Jeg har kategorisert fortrinn ved nettlege kontra legebesøk, og mener at en tydelig grunn til at mennene bruker denne tjenesten, er at de vil unngå å føle seg dumme i møte med legen. Noen ganger virker problemet for lite til at det kan forsvares å bruke av egen og andres tid, slik en gjør når en ber om en konsultasjon, andre ganger er det flauhet og angst som er hinderet.

Det er få spørsmål i materialet som utelukkende kretser om følelsesmessige eller psykiske plager, og enda færre fokuserer på relasjoner. Ett av dem, og et som skiller seg ut, finnes derimot i denne kategorien:

Hei. Jeg lever i et forhold der vi har levd platonisk i 17 år. Det er veldig lenge å gå uten sex, noe som tar på både fysisk og psykisk. Min kone vil ikke ha sex, det er bombesikkert. Jeg ønsker det, så det er en fortvilt situasjon. Jeg er ikke i den heldige situasjon at jeg kan gå på byen og treffe andre. pga. utsendet, depresjoner og slike ting. Det er heller ingen heldig løsning å "hjelp seg selv"; det er ikke nok for meg. Jeg savner kjærlighet og nærhet og noen å være glad i. Har bare hatt et forhold. Jeg savner sterkt å ha en kjæreste. Så jeg lurte fortvilt på om dere har noen gode råd å gi meg. For sånn kan det ikke fortsette. Jeg blir bare mere og mere deprimert av dette. Relevante sykdommer/medisiner: Depresjoner og angst, høyt blodtrykk. Bruker Truxal og Cipramil og Centyl.

Spørsmålet er stilt til en lege, ikke til psykolog eller sexolog, som er blant valgmulighetene. Hva sier det at denne mannen har valgt å spørre en lege likevel? Kanskje er han ute etter et medisinsk svar, eller kanskje opplever han legen som en autoritet, og ønsker å høre om legen "godkjenner" livsstilen han har endt opp med. Det er også mulig at han ikke har vurdert hvem han stilte spørsmålet til, men rett og slett valgte det raskeste alternativet, som er allmennlege. Etter å lest over fem hundre spørsmål og svar⁴ sitter jeg igjen med inntrykket av at mange menn holder spørsmålene sine inne lenge, men at det så plutselig haster å få svar: Når spørsmålet først er formulert, er det ingen tid å spille. Det kan virke som mannen sjelden eller aldri snakker med noen om situasjonen sin, men han tar medisiner mot depresjon. Har han fortalt dette til legen som skrev ut reseptene? Det virker i alle fall ikke som om han har vurdert eller blitt anbefalt parterapi. Han skriver at hans kone ikke *vil* ha sex, altså virker det ikke som om det er en funksjonshemming eller andre fysiologiske årsaker til den manglende seksualiteten mellom dem. Det meste er mellom linjene her, han skriver ikke om hvordan kommunikasjonen er, eller hvorfor de fortsatt er sammen, men han vet at et seksuelt forhold til konen er umulig ("det er bombesikkert"). Måten han beskriver savnet på oppsummerer i alle fall hvordan han opplever forholdet deres: Uten kjærlighet og uten nærhet, kanskje til og med uten noen varme følelser. Denne mannen og ekteskapet hans er milevis unna diskurser vi er kjent med. Hvor uvanlig er hans situasjon? Dette er uansett omtrent så langt unna hegemonisk maskulinitet en kan

⁴ Datamaterialet mitt består av de 250 tekster, men før jeg fikk et kronologisk utvalg fra Lommelegen leste jeg rundt 300 andre spørsmål og svar. Disse er ikke del av analysen, men gir meg likevel et bilde av en større andel spørsmål enn materialet omfatter.

komme. Her er liten uavhengighet og handlekraft, bare mengder av sårbarhet. At det er et uvanlig tema for legen er tydelig, men svaret er likevel forfattet etter beste evne. Det er påfallende mange anførselstegn i dette svaret, noe som understreker at legen kanskje føler seg på gyngende grunn, og svarer som medmenneske mer enn som lege:

Hei. Det er alment kjent at et forhold helt uten sex, eller et liv uten sex, er noe som oppleves belastende for svært mange mennesker i lengden. Mange forhold vil heller ikke overleve i lengden uten sex som "lim". Du spør oss om vi har noen gode råd å gi deg her. Det er vanskelig, og det handler vel mer om livsvalg og verdier, enn om medisinske forhold, så det er ikke så enkelt for meg som lege å gi deg noe godt råd her. Men i vanskelige situasjoner så liker jeg alltid å legge "kortene på bordet", slik at man kan starte med å se hvilke valg som foreligger: Da ser jeg for meg at du har følgende valgmuligheter her og nå: 1) Fortsette nåværende platoniske forhold 2) Avvikle nåværende platoniske forhold, og å håpe på eller forsøke å treffe en ny person du kan bli glad i og å ha sex med, evt. benytte tilværelsen som singel som anledning til evt. "tilfeldig sex", men dette ser jeg du ikke anser som spesielt enkelt. 3) Fortsette nåværende platoniske forhold, og forsøke å ha sex utenom forholdet. [...] Det er flere enn deg som sliter med tilsvarende problemer, og jeg synes det i hvert fall er et bra utgangspunkt at du stiller spørsmålet om hva du kan gjøre i din situasjon, og å eventuelt endre situasjonen om det er konklusjonen du kommer frem til. Det vil nok for en stor grad kunne oppleves som en usikkerhet av typen "Du vet hva du har, men ikke hva du får";, dersom du bryter ut av ditt nåværende platoniske forhold, men samtidig vil også "Den som intet våger, intet vinner" være et relevant poeng her i "totalregnestykket". Jeg ønsker deg uansett alt vel. Ha det bra.

Bare et par andre spørsmål handler om forhold. Fysiske problemer er altså helt klart det vanligste i mitt materiale, men å gå lenge med symptomer og uro uten å få hjelp, eller å "prøve å ikke tenke på det" har selvfølgelig psykiske og emosjonelle konsekvenser. Det kommer tydelig fram i spørsmålet til en mann som får kramper og spenninger i ryggen om natten, og må bruke opp til to timer på å komme seg opp i stående stilling: "Angsten har kommet etter hvert. Er det normalt at en får angstfølelser av slike problemer? Hvor i Norge kan en få hjelp. Jeg holder ikke ut stort lenger. Problemene har tatt overhånd." Han får til svar at han trenger utredning, at det er normalt å få angst "når man har vondt" og at han også bør ta dette opp med sin fastlege. Det kommer ikke frem hvor lenge mannen har hatt ryggsmertter, han nevner en ti år gammel ryggoperasjon, men nevner ingen kontakt med lege i forhold til ryggen etter dette. Svaret kommenterer ikke det jeg som leser tenker – hvorfor i alle dager har han ikke fått hjelp? Han spør *hvor i Norge kan en få hjelp*, så det er nærliggende å lure på om han har vært hos allmennlege uten å få svar, eller om han ikke har gått til legen i det hele tatt. Angst kan hindre legebesøk, ofte av frykt for hva svaret vil bli. Flere menn er redde for HIV, selv om de vet

hvor lite smittsomt viruset er. En som etter egen mening har utviklet en irrasjonell frykt for å ha blitt HIV-smittet beskriver dette slik:

For noen år siden var jeg offer av /blind vold/.Jeg fikk kuler og blødende sår i ansiktet. Da jeg klarte å komme meg bort fra /åstedet/ traff jeg på en annen person som blødde kraftig i munnen (også vært i slosskamp). Personen snakket til meg og tror nok blod kan ha truffet meg i ansiktet. Denne personen fikk jeg senere vite var narkoman, og tok visstnok selvmord ved overdose. Jeg frykter at jeg kan ha blitt smittet med HIV (jeg vet ikke sikkert om vedkommende var smittet). Men jeg klarer ikke tanken, blir skjelve, søvnproblemer og får tildels kraftig dødsangst. Våger ikke gå til legen å få meg testet, ettersom jeg ville kollapse om det jeg frykter er tilfelle. [...] Jeg har ikke funnet eksemplet på at personer er blitt smittet på denne måten. Trenger å vite om det kan være sannsynlighet for at jeg er smittet. Gjerne i %. Trenger IKKE råd om at jeg bare bør få testet meg, selv om det er det naturlige svaret fra dere, men jeg tror ikke jeg kan leve et normalt liv hvis jeg tester meg og får det bekreftet. Jeg trenger derfor en objektiv risikovurdering. Hvis ikke sannsynligheten er veldig høy, tror jeg heller jeg vil leve i uvitenhet, enn å få det bekreftet.

Legen svarer: "Det er leit å høre at noe som skjedde for flere år siden opptar deg i den grad du beskriver. Det må være veldig belastende å gå rundt å tenke på at du er HIV positiv, alle som har det slik, du er ikke alene, forteller det." Legen gjennomgår kort hvordan HIV smitter, og konkluderer med at informasjon om hvor liten sannsynligheten er for at han faktisk er smittet neppe hjelper. Legene hos Lommelegen vet at mange leser svarene de skriver, og dermed hender det nok at de gir mer informasjon enn det som etterspørres. Usikkerhet og angst rundt HIV er en gjenganger, og legen fastslår: "Vi forveksler HIV-virusets farlighet med dets smittsomhet", og konkluderer "når tankene om egen HIV-positivitet har satt seg fast så er det altså bare en negativ HIV-test som virkelig hjelper." Likevel presiserer legen at det er mannens valg – han er gift og regner med kona alt er smittet dersom han er positiv – men at HIV-positive nå har lik forventet levealder med resten av befolkningen. Mannen selv erkjenner: "Jeg tror jeg har fått snev av 'hysteri/hypokonder'." Den mannlige hypokonderer er ikke lenger – i alle fall ikke i den medisinske verden som møter oss hos nettlegene – en humoristisk figur, slik Backmann (2005) beskriver hverdagsoppfatningen av ham. Selverklærte og diagnostiserte hypokondere er det flere av i materialet mitt. Selv om de ikke er så iøynefallende rent kvantitativt, er det flere trekk ved spørsmålene og svarene som er interessante. Derfor kommer jeg tilbake til dem under en egen overskrift senere.

Som nevnt er det flere menn i denne kategorien som beskriver emosjonelle virkninger ved å ha unngått lege. Flere uttrykker bekymring angående penis. En "gutt i 20-årene"

deler for eksempel for første gang det han kaller "sin store mørke hemmelighet" med noen, nemlig problemer med ereksjonen. Nå er han forelsket og full av angst for å mislykkes: "Kan du være så snill og hjelpe meg med noe som er i ferd med å ødelegge livet mitt." Legen foreslår at han ber fastlegen om en resept på for eksempel Viagra, og beroliger med at prestasjonsangst er vanlig og ufarlig.

En 21-åring "sliter en del med selvbildet" grunnet liten penis, og lurere på om omskjæring kan være til hjelp. En mann lurere på om noe kan gjøres med en flere år gammel knekk i penis, og en annen på om det kan være en føflekk han har gått med på penis de siste årene.

En annen 21-åring innleder med å fortelle om "et lite problem", nemlig at urinrørsåpningen er plassert langt bak og på undersiden av penishodet. Slik han beskriver det virker det som om han har blitt så vant til problemet at ordlyden ikke er en ren underdrivelse. Legen er derimot overrasket over at tilstanden, hypospadi, ikke er oppdaget og behandlet tidligere: "Operasjonene som gjøres er først og fremst beskrevet for barn, men jeg vil tro at det ikke vil være noen hindring å operere dette hos voksne", svarer han og oppfordrer til kontakt med urolog og senere kirurg. Selv om problemet ikke er alvorlig i den forstand at tilstanden er farlig, beskriver mannen vanskeligheter ved urinering, renhold og ved ereksjon, med andre ord er dette noe han påvirkes av mange ganger hver eneste dag. Som leser undres jeg over at verken barneleger, foreldre eller han selv har gjort noe med tilstanden tidligere. Samtidig virker det ikke som han er flau eller har problemer med å uttrykke seg i teksten han har skrevet. Han nevner ingenting om hvorfor han ikke har oppsøkt lege, men skriver avslutningsvis:

"Spørsmålet mitt er om noe av dette er et kjent problem og om det er noe å gjøre med det?" – med andre ord spør han *først* om det er et kjent problem, altså om han ikke er alene om tilstanden, og *deretter* om noe kan gjøres. Frykten for å være unormal går igjen i mange av spørsmålene, men i disse internettider er det lettere enn noen gang å finne beskrivelser av ulike tilstander, både av privatpersoner med personlig erfaring og av fagfolk. Diskusjonsforum, blogger, medisinske leksikon og nettsted som Lommelegen er bare noen muligheter, og et nettsøk diskriminerer ikke – det viser alle mulige treff, og dem er det stort sett enorme mengder av. Mannen er ung og mest sannsynlig godt kjent med internett. Et søk på "plassering urinrørsåpning" gir for eksempel rundt 150

resultater, med artikler om hypospadi fra Den Norske Legeforening helt i toppen. Det kan virke som om denne mannen verken har søkt leger eller internett etter svar, og det er han i så fall ikke alene om. Syke menn er blitt sammenlignet med struts med hodet i sanden og elefanter som forlater flokken for å dø (Simonsen 2006) – en distansering eller ikke-holdning som ofte får store deler av ansvaret for menns sene diagnostisering og høyere dødelighet (Courtenay 2009, Broom og Tovey 2009). Flere av spørsmålene i mitt materiale føyer seg inn i rekken av studier som viser at en syk mann ofte forneker symptomene i det lengste.

Flere spørsmål gjelder hudforandringer rundt penis, og de beskrives i første rekke som et kosmetisk problem. En mann beskriver det slik: "Ingen generelle plager annet en visuelt! Har hatt de et par år" og får til svar at "Det er vel ganske sannsynlig at dette er tilstoppede talgkjertler eller hårsekker. Disse skal man vanligvis ikke gjøre noe med, men hvis du absolutt insisterer så lar det seg sikkert gjøre å få fastlegen eller en hudlege til å plukke ut innholdet kirurgisk." En annen skriver at han "oppdaget for noen år siden en liten utvekst (slags fettkul) midt på skrotum" og lurer på hva han bør gjøre. Han får til svar at han burde få den undersøkt, og at "dersom fastlegen er kompetent på denne type småkirurgi, så fjerner han/hun den for deg, eller så blir du henvist videre til en kirurgisk poliklinikk på nærmeste sykehus for fjerning av kulen." Spørsmålene er like, mens svarene er mer ulike. Det siste svaret tar mannens spørsmål og plager på alvor, mens språket i det første kan tenkes å bygge opp under mannens uvilje mot å kontakte lege for det han selv mener er uviktig, men som like fullt plager ham. "Hvis du absolutt insisterer så lar det seg sikkert gjøre" taler sitt tydelige språk om legens vurdering av saken. Dette er et av de få eksemplene jeg har kommet over i datamaterialet hvor mennene får svar av denne typen, og nettopp derfor gjengir jeg det. Lommelegenes svar til mennene viser ofte at legene har gjort seg flid med å svare godt, enkelt og fremfor alt med å ta mannen og spørsmålet på alvor. Derimot finner jeg flere eksempler på menn som på legekantoret har blitt møtt med holdninger, språk eller svar som har fått dem til å føle seg dumme, ikke tatt på alvor og mer urolige etter legebesøket enn før. Disse kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

En mann som skryter av å ikke gå til legen plasserer seg altså høyt oppe i kjønnsordenen (Courtenay 2009). Positiv helseadferd som å spise grønnsaker og salat, drikke vin i

stedet for øl eller å bruke solkrem er "typisk kvinnelig". Like viktig som å omfavne hegemoniske idealer er det å motsette seg de feminine. Når helse konstrueres som feminint, blir det å oppvise typisk mannlig helseadferd potensielt viktig. Courtenay (2009) mener ressursene en gitt mann har til rådighet for å konstruere seg selv som maskulin, påvirker hvor sterkt han motsetter seg helsefremmende faktorer.

"Mannemenn" som sportsstjerner, ekstremsportsutøvere eller menn i risikoyrker som brannmann eller pilot vil kunne gå til legen oftere og ta mer vare på kroppen sin uten å stå i fare for å miste anseelse. O'Brien mfl. (2005) fant at nettopp brannmenn var de som skilte seg sterkest ut ved å motsette seg hegemonisk maskuline holdninger til helse. Sykdom kan true maskuliniteten mer enn legebesøk, noe som gjør det å gå til legen til en handling som for blant annet disse mennene er plassert lavere i "hierarkiet av trusler" mot mannligheten (O'Brien mfl. 2005, Galdas 2009), og tvert i mot kan medvirke til at de beholder bildet av seg selv som ekte menn.

Ulike menn, ulike maskuliniteter?

Å unngå å gå til legen kan forstås som en handling som forsterker maskulinitet. Courtenay understreker at selv om lite helsefremmende risikoadferd er maskulint og "typisk menn", varierer formen for denne adferden med alder, sosioøkonomisk status, etnisitet og seksualitet (2009). Grovt sett kan for eksempel klasse eller sosioøkonomisk status føre til at én mann ender i slåsskamp på fortauet eller fotballstadion, mens en annen velger fallskjermhopping. I fysisk krevende yrker er det selvsagt at styrke, kontroll og evnen til å bite i seg smerte er viktig og gir uttelling. For menn i kontorjobber blir evnen til å jobbe lange dager og overtid uten å ta fri ved sykdom et uttrykk for det samme.

Robertson (2007) har hatt som mål å undersøke hva menn legger i begrepet helse, og intervjuet homofile, heterofile og funksjonshemmede menn. Et av funnene var, ikke overraskende, at de tre gruppene menn skilte seg fra hverandre på flere områder. Grovt sagt fortalte de homofile mennene om positiv helseadferd, og de trakk den frem som noe som distanserte dem fra den stoiske heteroseksuelle mannen. De gikk til legen om de ble syke og tenkte på kostholdet. De funksjonshemmede mennene hadde selvsagt mer erfaring med helsevesenet enn de andre, og for dem var funksjonshemmingen noe som

forsvarte at de var opptatt av helse. Også for "ikke-hegemoniske" menn er helse en arena å gjøre kjønn på.

Flere andre studier har også pekt på at menn både kan omfavne kjønnsstereotyper og hegemonisk maskulinitet, men også aktivt konstruere seg selv som annerledes og i besittelse av en annen type maskulinitet ved sykdom (Robertson 2007, Galdas 2009; Emslie, Ridge, Ziebland og Hunt 2006). Wetherell og Edley (1999) mener at hegemonisk maskulinitet kan ligge så nært opp til stereotyper at trekk ved den også oppfattes slik. I intervjuer har de flere ganger funnet at informanter bruker begrepet stereotypi når de blir bedt om å "plassere" seg selv i samfunnet, for eksempel ved å reflektere over hvilket av et utvalg bilder av menn de identifiserer seg med. Dette forklarer de med at spriket mellom virkeligheten og bildene blir for stort: "Often, the social or cultural realm is formulated as 'just stereotypes', in other words, as artificial, contrived, unreal, and contrasted with what is ordinary, moderate, individual non-conformist, complex real and normal" (1999:345). De kritiserer, men mest av alt *utvikler* de Connells begrep slik at det blir et nyttig verktøy i konkrete studier.

One could say that sometimes one of the most effective ways of being hegemonic, or 'being a man', may be to demonstrate one's distance from hegemonic masculinity. [...] What seems to be happening here is that the realm of hegemonic masculinity cannot be sealed off from other hegemonic ways of being a person in western societies, such as demonstrating individuality and autonomy from social forces (1999:351).

Hva da med menn med tilhørighet i ikke-vestlig kultur? Galdas (2009) fant for eksempel at blant britiske menn de intervjuet, skilte en gruppe pakistanske og indiske menn seg ut. De stilte seg uforstående når forskeren spurte om de syntes det var mannlig å unngå legen, og heller vente til det gikk over. De svarte at dersom de var dårlige eller ikke i form, gikk de til legen, og ferdig med det. Det som blir tydelig når det ikke bare er én type menn som intervjues, er at ulike menn trekker på ulike diskurser og ulike former for maskulinitet når de forteller om seg selv som menn og om sitt forhold til sykdom, kropp og leger.

I mitt materiale er det tydelig at for en større gruppe menn går det kort tid fra et problem melder seg, og til de forsøker å få svar.

Nye spørsmål og rask kontakt

48% av alle henvendelsene gjelder et nytt eller delvis nytt problem. En stor del av mennene benytter seg altså av nettlege relativt raskt. Hva slags spørsmål har de? Ofte er det snakk om et mindre problem som sannsynligvis kan løses uten legekonsultasjon, men iblant er det ikke mulig å finne noen åpenbar grunn til at de velger nettlege fremfor vanlig lege. Det er mange korte spørsmål i denne gruppen, blant annet flere fra menn som nettopp har tatt svineinfluensavaksine, og har spørsmål om hvorvidt de kan trene, drikke vin eller forsøke å gjøre partneren gravid kort tid etter vaksinen. Det er tydelig at det har vært mye uklarhet rundt denne vaksinen, og at flere har hatt spørsmål som de av en eller annen grunn ikke fikk stilt da de var hos legen. I tiden rundt vaksineringsen var det flere informasjonskampanjer i tillegg til andre medieoppslag. Det kan virke som om informasjonsmengden har vært forvirrende for en del, og at helseinformasjon noen ganger kan føre til flere spørsmål enn svar. Dette kan også sees i spørsmålet til en mann som har blitt urolig av informasjon på tekst-tv:

Bakgrunnen for min henvendelse er usikkerhet ift. nedenfornevnte melding på NRK-tekstTV 18.11.09: Behandling med folsyre, som er syntetisk folat, kan gi økt risiko for kreft og død blant hjertepasienter. Det viser en norsk studie. I to tiår har det vært en oppfatning i det internasjonale fagmiljøet at B-vitaminet folat er bra for helsa. Men nå viser studiene fra Bergen og Tromsø at folsyre økte kreftrisikoen med 21 prosent, og risikoen for å dø med 18 prosent. [...] Jeg har hjerteflimmer i perioder, -spesielt etter en hektisk arbeidsuke - etter middagshvil og ved oppvåkning. Kroppen min har ikke lett for å ta opp B12, og følgelig får jeg tilskudd gjennom sprøyte hver 3. mnd. I tillegg må jeg ta 1 tab. folsyre 0,4 mg. daglig. Iht. fastlege er denne tab.en viktig. Mitt spørsmål er følgelig: Bør jeg droppe folsyre tab.-ene? Eller kan jeg se bort fra meldingen på NRK-tekstTV? Håper på et greit svar som kan roe mitt indre.

Raskt svar er nok viktig for denne mannen, som jo ønsker "å få roet sitt indre". Samtidig får han en ny vurdering. Legen svarer at han bør ta det opp med sin fastlege, forklarer litt mer om undersøkelsen meldingen gjaldt, og avslutter med å berolige: "Det er imidlertid slik at du ikke er alene om å få i deg folsyre, i amerikanske frokostblandinger er det tilsatt ganske store mengder av dette vitaminet."

Jeg kan ikke se når på døgnet spørsmålene er stilt, men det er lett å tenke seg at en del av dem er skrevet sent om kvelden eller om natten, og i noen er det også tydelig at dette er tilfelle. Uro og bekymringer kan komme nærmere opp mot overflaten når hverdagens mas er lengre unna, og en netttjeneste er selvfølgelig døgnåpen. En hører ofte hvor vanskelig det er for menn å innrømme sårbarhet, men i mitt materiale er det mange

sårbare menn som ikke legger noe i mellom. Anonyme ord, kanskje skrevet i ensomhet foran skjermen, kan selvsagt lettere formidle de spørsmålene de *egentlig* har, og som de har vanskeligere for å stille ansikt til ansikt med en lege under en kort konsultasjon. Det er opplagt at fordelene ved skriftlige anonyme spørsmål med kort svartid er større jo vanskeligere slik kommunikasjon oppfattes av den som spør.

Mange av spørsmålene i denne kategorien gjelder seksuelt overførbare sykdommer, og oftest spørsmål rundt sannsynligheten for å ha blitt smittet med HIV. De fleste er klar over at den er liten, men er tydelig urolige, og som mannen med tekst-tv ønsker de nok mest av alt å få stilt denne uroen. Tre menn spør etter tilfeldig sex med kondom. Den ene beskriver at jenta flyttet seg over ham før kondomet kom på, og antar at det kan ha vært "noen sekunders kontakt". "Er en slik kontakt nok til å få evt. kjønnsykdommer? og da tenker jeg på alt fra klamydia til hiv?????" spør han. Svaret fra legen er godt egnet til å berolige. En annen har tatt en negativ HIV-test men føler seg likevel ikke sikker, og er tydelig svært bekymret:

Vi praktiserte sikker sex med kondom under hele samleiet. Det eneste som etter hvert har begynt å bekymre meg er at jeg under sexakten fuktet mine fingre med eget spytt som jeg gnidde inn hennes kjønnslepper og klitoris med. Jeg er nå i etterkant redd for at jeg har tatt meg selv mot munnen med samme fingrene og da potensielt kunne blitt smittet med hiv. Jenta jeg hadde sex med er ikke i risikozonen, hun var en helt vanlig høyt utdannet jente jeg traff på byen, men jeg vet ingenting om henne og har aldri truffet henne igjen. Selv om jeg vet at hun høyst trolig ikke har hiv har jeg en irrasjonell frykt siden jeg ikke har noen kjennskap til personen. 2,5 uker etter hendelsen ba jeg legen min om å ta en hiv test. Det ble foretatt både en såkalt combo-test og en annen type test. Begge testene var negativ. Men kan jeg slå meg til ro med dette svaret? Eller bør jeg ta en ny test? Jeg har planlagt å ta en ny test tett før jul (det har da gått 6,5 uker). Hvis denne også er negativ, kan jeg da være sikker?

Det er mange spørsmål omkring usikkerhet rundt seksualitet, i alle gruppene av spørsmål. I ett blir for eksempel en føflekk på penis beskrevet og gutten som spør beskriver hva slags seksuelle situasjoner han har vært i, selv om han selv understreker at han ikke tror det er relevant. Hvorfor informerer han da om det? Forholdet mellom seksualitet og helse som kommer til syne her, er langt fra det positive og ukompliserte menn, og spesielt yngre menn, gjerne forbindes med. De vanlige diskursene har ikke rom for at en ung mann sliter med det han selv kaller irrasjonell frykt i ukevis etter et ellers vellykket seksuelt møte med "en vanlig høyt utdannet jente" han traff på byen. Tvert i mot er dette adferd som stemmer godt overens med hegemonisk maskulinitet. Utad har

han handlet som en stereotyp mann, men inni ser det annerledes ut. Å oppsøke lege to ganger for å ta det som med overhengende sannsynlighet er en unødvendig test stemmer ikke med det mannsbildet vi har i Norge i dag, og heller ikke med begreper som hegemonisk maskulinitet. Likevel virker det slett ikke uvanlig sett i sammenheng med resten av spørsmålene jeg har lest. Det er mange som spør raskt, og enda flere som spør på bakgrunn av uro, ofte uro de mistenker er uberettiget. Dette er enda tydeligere i spørsmålene fra hypokonderne, som jeg snart vil komme tilbake til.

En del av mennene som beskriver nye problemer ser ut til å bruke nettlege fordi problemet er for lite til at de synes de kan bestille legetime med en gang. For eksempel skriver én om tørre lepper, en annen om øresus etter konsert, en tredje om hvorvidt en bør bruke plaster på smårifter eller la dem gro uten. Av spørsmål der *raskt svar* er viktig er kanskje det beste eksempelet en mann som spør om smittsomhet ved forkjølelse fordi han må skjerme en som får strålebehandling, og derfor trenger svar raskere enn han nok ville fått hos legen sin. En 60 år gammel bonde (slik introduserer han seg) kommer rett fra legen der han har fått apocilin mot ørebetennelse, men når han kommer hjem sprekker trommehinnen. Da skriver han en e-post til Lommelegen i stedet for å ringe legekantoret. Legekantoret kan ha vært stengt, men selv om det skulle ha vært en fredag er det alltid mulig å ringe legevakten. Tjenesten koster også mer enn en telefon ville gjort. Det er vanskelig å se andre grunner til at han kontakter nettlege enn at han av en eller annen grunn ikke vil spørre legen – og det er vanskelig å ikke bite seg merke i dette, da det er en tendens som går som en rød tråd gjennom materialet.

En ny vurdering: menn som ønsker en second opinion

29% av henvendelsene gjelder som nevnt en second opinion. De fleste ønsker en ny vurdering fordi de ikke stoler på, eller klarer å slå seg til ro med en (manglende) diagnose, mens enkelte også vil ha bekreftet at det er "greit" å bestille ny legetime, som her:

Heisann! Jeg var i forrige uke slått ut med det jeg tror var en influensa. [...] Jeg kom litt til hektene etter en liten uke, feberen forsvant, men hosten fortsatte. Da jeg begynte og hoste opp blod sammen med slimet tok jeg på nytt turen til legen. [...] Han mente at det var vener/blodkar i halsen/luftveiene som blødde, og jeg fikk beskjed om å komme tilbake hvis det ikke gikk over av seg selv. Hosten har minsket, og det blodige oppspyttet har nå forsvunnet, men fortsatt føler jeg meg tungpustet i enkelte situasjoner. Det kan

komme både i hvile, og når jeg er i bevegelse. En følelse av at jeg ikke får nok luft, og jeg føler må ta ekstra godt i for å få den 'lufta jeg trenger'. I går kveld opplevde jeg det igjen, og når jeg skulle legge meg i går begynte jeg å føle meg nummen i underleppa, på venstre side. Det spredte seg så til venstre arm, hånd, lår og legg. Kjente det også litt i ryggen.[...] Jeg er nummen i venstre del av ansiktet, nakken, venstre arm og skulder, og fra låret og ned i foten. Jeg har ingen problemer med å gå, og bruke kroppen, men det er en veldig ekkel følelse. Jeg er som du kanskje skjønner litt bekymret, og sov veldig dårlig i går natt. *Har bestilt ny legetime, men føler meg litt 'dum' når jeg kommer til legen for tredje gang på under to uker.* Noen idé om hva dette kan være? Jeg er som sagt bekymret, og sliter veldig med søvnen. Redd for hva som kan skje om natta på en måte. Relevante sykdommer/medisiner: Hjerteroperert i 6-års alder. Hull i hjertet. Erklært helt frisk (min utheving).

Lommelegen mener det er all grunn til en ny konsultasjon: "Dersom du har fått ventetid for legetime, synes jeg du skal ringe legen din i morgen og be om å få time samme dag, og om du ikke får det, så synes jeg at dette er noe du skal oppsøke legevakten for, evt. i kveld for den saks skyld." Det er med andre ord ingen grunn til at mannen skal føle seg dum, tvert i mot bør han komme seg til legen så raskt som mulig. Nettopp dette at mennene føler seg *dumme* går igjen i flere henvendelser. Er det fordi de føler de plager doktoren med små problemer? Kan det hende denne mannen, som jo har vært to ganger hos samme lege og bestilt en tredje time, har følt seg dum *etter* møtet med legen? Kanskje finnes det forventinger, også hos leger, om at mannlige pasienter ikke skal bekymre seg eller klage i utid. Det er langt færre studier av hvordan helsepersonell snakker om og forholder seg til pasientens kjønn, enn av hvordan menn eller kvinner forholder seg til helse og leger. Jeg vil komme tilbake til et utvalg av studiene som undersøker dette i neste kapittel, under overskriften *Den mannlige pasienten*. Også med et diskurspsykologisk perspektiv er helsepersonells forhold til kjønn og maskulinitet mer interessant enn det motsatte, siden det vanskelig kan argumenteres mot at en lege har mest makt i møtet med en pasient. Når så mange studier peker på at menn har en tendens til å bagatellisere helseplager, mener jeg det er på høy tid å utvide studiene til også å omfatte helsevesenets syn på mannlige pasienter.

Ikke all sykdom er alvorlig på den måten at den er invalidiserende eller livstruende. Henvendelsene er fra siste halvdel av året, og dermed er det som forventet en god del spørsmål som gjelder forkjølelse, influensa og lungebetennelse. Etter åtte uker skriver denne mannen et kort og konsist spørsmål, med flere "legeforkortelser" enn beskrivelser av uro:

Syk i 8 uker. Nesten bra etter 4. I starten rennende øyne og nese. Lett feber. Fastlegen etter 2 u. Blodprøver normale. Bakteriepr.neg. På ny hos fastlegen etter 5 uker. 10 dg. Imacellin. Røntgen: Liten bet. h.lunge. Ct 10 dg. senere. Normale funn. Har siste 3 uker hatt feber om aften opp til 38. Under disse toktene rennende fra nese og slim opp. Svimmelhet under toktene. Noen perioder smerte, stikk fra ryggen ut fra lungene. Noen perioder ganske bra. Siste besøk hos fastlegen for 1 uke siden. Råd: Ta det med ro framover. Mitt syn i saken: *Er ikke fornøyd med konklusjonen. Fastlegen har liten tid. Det er noe galt.* Har lest dine tidl. svar. Beskrivelse av A-typisk lungebet. passer bra. Utelukker bakterietesten denne? Ellers kan det sies at jeg nesten aldri har vært syk og har aldri hatt noe med luftveier og lunge. Aldri influensa og nesten aldri forkjølelse. Blodtrykk 130/85. God kondisjon ved mye fysisk aktivitet (min utheving).

Mannen har lest andre svar på Lommelegen før han spør selv, og etter minst fire besøk hos lege er han fortsatt ikke frisk, og ikke fornøyd med manglende diagnose. Det er noe galt, skriver han. Legen gir mannen rett, ved å starte svaret slik: "Det er riktig at du skal forfølge saken dersom du mener at du ikke har fått nok klarhet i om du feiler noe galt." Legen slår fast at flere ting taler mot en aktiv betennelse, men foreslår likevel ny CT etter noen uker uten bedring, samt en eventuell ultralyd av hjertet for å utelukke hjertesykdom. I et annet svar på et lignende spørsmål, skriver en av legene:

Ikke helt sjeldent kan det se ut som at enkelte leger ser ut til å være "fornøyd" og avslutter en utredning når han/hun har fått utelukket enkelte tilstander, mens pasienten selvfølgelig er mer interessert i å få vite hva diagnosen er, enn hva den IKKE er.

Det er flere språklige reservasjoner her, men det er tydelig at svarende lege har lest mange henvendelser der utredninger kun har utelukket diagnoser, og pasienten dermed sitter igjen med tvil og uro. Også mer alvorlige lidelser kan etter utredning forbli udiagnostisert, som hos denne mannen som har gjennomgått flere undersøkelser:

Hei Gutt 22 år. 56 kg og 177cm. Problemer med løs avføring i ca 1 års tid. [...] Føler meg tappet for energi. [...] Avføringsprøver: negativt (bakterie/parasitt prøver tror jeg) Fecal test. Hadde en verdi på 75 første gangen. Ved prøve nr 2 var verdien under 16. Koloskopi: alt normalt, bortsett fra at det ble fjernet en polypp. Blodprøve for å finne ut om jeg reagerer mot gluten: negativ. Laktoseintoleranse test: negativ. Fruktoseintoleranse test: negativ. *Fastlegen har nesten gitt opp. Han finner ikke noe galt. Problemene mine er fortsatt der. Hva kan jeg gjøre??* kan det være problemer med f.eks enzymer i magen som ikke gjør jobben?? Problemer med hormoner? kan det være at problemet ligger en annet sted?? mangel på vitaminer/mineraler?? Fordøyelsesproblemer. Jeg har også store vansker med å legge på meg. Kan det være noen spesielle parasitter som man ikke finner med vanlige avførings prøver?? Kan det være at problemet ligger et annet sted og løs avføring bare er en 'bivirkning' av dette og fokuset har vært på feil sted? Tidvis har jeg også røde øyner der blodårene i øyene mine dukker frem. Sjekket det hos øyelege der han ikke fant noe galt. Har også sjekket forbrenningen. Normalt den også. Finnes det evt noen eksperter på det aktuelle området jeg kan dra og få sjekket. *Redd det er noe alvorlig. Jeg har nettopp forlovet meg og denne sykdommen bekymrer meg veldig mye.* Mvh Sliten pasient (min utheving).

Hei. Dette er alt annet enn lett, og jeg har også diskutert ditt tilfelle her med vår gastrokirurg. Det mest nærliggende i første omgang er å tenke på tarmbetennelser [...] For å utelukke dette må det taes biopsi/vevsprøve fra slimhinnen i tarmen din.[...]Det betyr at man kan ikke utelukke denne tilstanden uten biopsi, og følgelig må dette gjøres, da en slik tilstand kunne ha forklart symptomene dine. Når det gjelder cøliaki, så er det IKKE slik at en negativ blodprøve utelukker cøliaki. [...] Med så stor diagnostisk usikkerhet det er her, og siden du åpenbart ikke er frisk, så må det etter min mening avklares MED SIKKERHET om du har cøliaki, og det gjøres kun ved biopsi/vevsprøve. Negativ blodprøve utelukker IKKE cøliaki, *det er alment kjent og dersom du har blitt fortalt noe annet, så er det ikke korrekt.* [...] *Fastlegen din hverken kan eller må "gi deg opp", slik du antyder. Det er selvfølgelig ikke holdbart overfor et ungt menneske med såpass store helseproblemer som du her beskriver.* Du bør utredes videre slik som skissert her, og ta derfor dette opp med legen din. De andre teoriene du tar opp avslutningsvis i henvendelsen din, tror jeg har mindre for seg å spekulere i. Få heller utført de aktuelle vevsprøver i første omgang. Håper du har nytte av svaret! Lykke til! (min utheving)

Mannen har for så vidt hatt tiltro til at behandlende lege har fått tatt de nødvendige undersøkelsene, og spør Lommelegen mest i forhold til helt andre diagnosemuligheter. Legen svarer så at de riktige undersøkelsene faktisk ikke er tatt, og har i tillegg diskutert tilfellet med en gastrokirurg. Dette svaret synes jeg viser hva fortrinnene med en nettlege, og kanskje mest av alt skriftlig kommunikasjon mellom pasient og lege, kan være: Legen kan diskutere med andre dersom det er usikkerhet, ta seg god tid, og siden svaret er skriftlig kan pasienten lese det igjen dersom noe er uklart. Selvfølgelig er ikke alle leger like dyktige på alle områder. Det er rimelig å anta at legene på Lommelegen både er dyktige innen fagfeltet sitt, i tillegg til at de kan uttrykke seg godt og forståelig. Her ser det ut som om den 22 år gamle mannen er dårlig utredet til tross for alle undersøkelsene, som svarende lege skriver er det "allment kjent" at blodprøver ikke er riktig verktøy. Selv når legene gir uttrykk for mangler ved behandlingen mennene har fått, kommer de sjelden med åpenlys kritikk. Å gi pasienten forslag til utredninger, mulige diagnoser og behandling han så kan foreslå for sin fastlege er det vanligste. Som jeg vil vise senere er det derimot tilfeller hvor det må sterkere lut til, og hvor svarende lege også anbefaler mennene å skifte fastlege.

Det er også menn med kroniske sykdommer i materialet mitt. En mann med spinal stenose spør Lommelegen om kortisonsprøyter kan hjelpe. Han får et langt og informativt svar. En annen har artrose, flere operasjoner bak seg og "snart utslitte knær" som han er avhengig av i jobben som billakkerer:

Legen min mener kortison men jeg vil ikke det da jeg har brukt mye kortison. Jeg vil skifte ut ledd, da jeg mener leddet er utslitt. [...] Kortison hjelper mest på smertedempende og jeg kan ikke se at det hjelper på utslitte ledd.

Lommelegen gir langt på vei mannen rett:

Kortisonsprøyter har kun kortvarig effekt, og ingen varig behandling. I tillegg er vi ortopeder ikke så glade i at det settes for mye kortison inn i leddet [...] Utifra det du forteller virker det som innsetting av et kunstig kneledd er den riktige behandlingen for deg.

Det er også menn med hjerteproblemer, diabetes, mage-tarmlidelser og angst blant mennene som har en diagnose. Enkelte av dem har flere sykdommer, som denne mannen:

hei. jeg er mann 45 år. diabetes type 2, insulinkrevende svært vanskelig å regulere. siste 2,5 år med døgn serum på over 20 mml-l. har medført insulinresistens. har utviklet diabetisk nevropati. har forsøkt mer sarotex og lyrika og neurontin i større doser uten større effekt, smertene er store spesielt tær fot og legg litt i underarm og prikking i fingre. nevrologen har oppgitt og sender meg til smertepoliklinik. der er det lang vente tid. burde jeg ikke fått et mildt morfin preparat i vente av smerteklinikken. MVH snart smertedød. Relevante sykdommer/medisiner: kronisk skizoaffektiv bipolar lidelse med dysthony. by-passet med alvorlig karlidelse lidelse m/stenose på kransarterien hovedstamme.

Legen anbefaler at mannen ber fastlegen skrive ut resept på et smerteplaster, som "smertelegen" senere kan søke om refusjon på slik at det ikke skal bli for dyrt for mannen. En 18 år gammel mann med medisineret angst har flere spørsmål, om tilsynelatende helt ulike emner: Trening og kosttilskudd, medisin og tvangstanker.

Hei. Jeg er en gutt på 18 år, har diagnosen angst. Går på cipralex 20mg daglig. Trener vektseriøst, og vil gjerne ta bort det lille fettete som jeg har på kroppen, har kjøpt et produkt ved navn 'sesamin pro', som jeg skal ta 30 min før et måltid, 3 ganger daglig. Kan dette gå utover behandlingen? Og dette med cipralex, jeg må ofte på do om morgenen, så jeg pleier alltid å spise frokost først, så vente til jeg har vært på do før jeg tar tablettene, er redd for at den skal bli med ut i avføringa. hvordan er dette? Også sliter jeg en del med tvangstanker, rundt dette med gud, har funnet meg en jente jeg er utrolig glad i, så er jeg litt bekymret for hva gud kan gjøre. Jeg tenker på hva som vil skje hvis jeg hadde bedt til gud om at han skulle gjøre så hun ikke hadde følelser for meg mere, tenker på om dette er mulig, og gå inn i kroppen hennes og ta de vekk? Men jeg vil jo selvfølgelig ikke det, hun betyr alt. Men bare tenker på om det er mulig, er det virkelig så lett å miste den som betyr mest? På forhånd Tusen takk!

Også dette spørsmålet er stilt til en lege og ikke en psykolog. Legen kommenterer at den siste delen av spørsmålet ikke engang er i grenseland for medisinske problemer, men

anstrenger seg likevel for å gi et slags svar, og for å ta både mannen og problemet hans på alvor. De to første spørsmålene besvares alt i første linje, mens resten av svaret konsentrerer seg om temaet som ligger utenfor legens fagfelt. Jeg gjengir begge tekstene i sin helhet for å vise bredden av temaer en og samme henvendelse kan romme, og hvordan et skriftlig svar kan favne mer enn det er lett å se for seg at en konsultasjon kunne gjort:

Hei. Du kan kombinere disse preparatene, det går greit. Du behøver ikke å vente til du har vært på toalettet, for å ta Cipralax. De kan ikke gå ut med avføringen. Men det er greit å gjøre det slik du gjør det nå også. Det er flott å høre at du har en kjæreste du er så glad i, men ikke så bra å høre om dine tvangstanker. Du forteller om en tvangstanke som går ut på at du tenker på hva som kunne skje "dersom du bad til gud om at han skulle gjøre det slik at din kjæreste ikke hadde følelser for deg lenger". Dette er jo en åpenbar tvangstanke, som ikke har noe med verken virkelighet eller gud å gjøre, - i den grad gud finnes, hvilket noen som kjent tror på og andre ikke tror på. Forutsetningen for i det hele tatt å være opptatt av dette eller å stille spørsmålet, er at man tenker at der finnes en gud. Hvis man ikke tror at der finnes en gud, så faller spørsmålet vekk og det blir meningsløst å stille det. Mao.: Hvis du ikke tror at gud finnes, (hvilket jeg ikke vet noe om) så trenger du heller ikke å frykte at noe som ikke finnes kan gjøre noe som helst, ikke sant? Det er det første du kan ta stilling til. Det er ikke et tema for Lommelegen eller en lege å diskutere hvorvidt der finnes en gud, for dette er jo som kjent også et trosspørsmål og ikke noe man kan diskutere seg frem til eller bevise. Men jeg tenker nå rent personlig at dersom der finnes en gud, så mener jeg at der er all grunn til å ta for gitt at han ikke vil fjerne et menneskets gode følelser for et annet menneske, slik du frykter i din tvangstanke. Det strider ihvertfall mot alle de beskrivelser og tanker som troende mennesker har om deres gud. Du spør om det er mulig for en gud å gå inn i kroppen til din kjæreste og ta vekk hennes følelser. Forutsetningen for å stille dette spørsmålet er altså at man faktisk tenker at det finnes en gud, jfr over. For meg høres dette helt umulig ut, for det første fordi jeg tenker at en evt gud -om det finnes- ikke oppfører seg slik, og fremfor alt fordi jeg vet at et menneskes følelser, f.eks. din kjærestes, er hennes egne og at de kommer fra henne selv, og at de oppstår i samvær med deg. Følelser er et menneskelig og psykologisk fenomen, og ikke et religiøst fenomen. Du kan og bør altså jobbe for å klare å legge fra deg denne tvangstanken, som ikke har noe med verken konkret eller religiøs virkelighet å gjøre. Det er kun en tanke inni ditt hodet, og ikke noe mer. Og tanker er som kjent ikke farlige, men de kan være plagsomme, slik du merker. Dersom du ikke synes at du klarer å legge fra deg denne tvangstanken, så høres dette så ille og plagsomt ut, at jeg vil sterkt anbefale deg å få profesjonell hjelp fra din fastlege eller en psykolog, for å få dempet eller få bort denne tvangstanken. Håper du finner noe av nytte i dette svaret, og jeg ønsker deg lykke til.

Det er rett på sak og greie svar på de medisinske spørsmålene, og neste setning fastslår at mannen gjerne kan forstette morgenrutinen likevel. Det kan virke som om legen ser at ideen om at medisinen skal gå ut i toalettskålen minutter etter at den er inntatt også har form av tvangstanker, og det kan være snakk om flere tvangsmessige adferdsmønstre. "Tanker er ikke farlige", skriver han, og det er kanskje det mest beroligende mannen kan høre. Mannen blir selvfølgelig også anbefalt videre hjelp av lege eller psykolog. Etter min

mening er dette et godt eksempel på en lege som tar pasienten på alvor, en kvalitet mange av mennene i materialet etterspør.

I en håndfull av spørsmålene i denne kategorien befinner mennene seg i utlandet, og vil dobbeltsjekke at behandlingen de får der holder mål sett med en norsk leges øyne. Bortsett fra en eldre mann med "brennende tunge" gjelder det utelukkende varighet av forskjellige antibiotikakurer mot forkjølelse eller kjønnsykdommer.

Øyeblikkelig hjelp

Det er som nevnt bare to henvendelser som faller inn under denne kategorien. Den mest dramatiske beskriver alle symptomer på akutt hjertesykdom, en lidelse med høy status (Album 2010) og absolutt noe som burde legitimere et legebesøk:

Jeg er mann 65 år og bor i Bergen. Klokkeren er 00,40-får ikke sove av smerter i brystet. Høyre arm nummen fra armhulen på undersiden og ut i tommelen som har vært kald og litt nummen et par dager. Jeg har hatt litt tett med arbeidsoppgaver i den senere tid og dette kjenner jeg presse. Har fått konstatert innsnevret halspulsåre v/side på Volvat, blir fort lilla i fjeset ved bøyninger og tunge tak. Stoppet å røyke i 1982, drikker en del øl, trener en gang i uken og er ellers aktiv. Høyde 188, vekt 104 kg. Har også hatt noen perioder med et høyt blodtrykk. Min far fikk hjerteinfarkt og døde da han var 67, han hadde også trange årer. Hva anbefaler dere meg å gjøre? Håper på et godt råd og anbefaling! Beste hilsen en som er glad i livet! Takk.

Mannen etterspør altså en anbefaling av Lommelegen, når han våkner om natten av brystmerter og i tillegg har en nummen arm. Det burde være opplagt hva han skal gjøre, spesielt når hans far hadde samme lidelse og døde da han var på mannens alder, og definitivt når han undertegner med "hilsen en som er glad i livet!". Likevel skriver han en e-post. Han skriver hvor han bor, og Bergen har både sentral legevakt og flere taxiselskap, om han nå absolutt ikke ville ringe ambulansen. Det er tydelig at dette er en mann som er redd for å overdramatisere, og som faktisk ser ut til å være villig til å risikere livet for å unngå dette. Her kommer den stoiske mannen som for enhver pris vil unngå leger, klaging og unødvendig dramatik til syne for alvor. Han omtales i andre studier, ofte som en typologisk skikkelse, men selv om flere menn i mitt materiale har snev av slik tankegang og handlingsmønster er dette altså det mest iøynefallende eksemplet. Når han ber om en anbefaling er det nærliggende å tro at han trenger

ytterligere argumenter for å få øyeblikkelig hjelp. Han nevner ikke om han er gift eller enslig, men jeg vil anta det siste er tilfelle. En mann som ikke bor alene ville neppe trenge en netttjeneste for å forsvare legehjelp i dette tilfellet; og nettopp dét er en av funksjonene flere studier peker på at kvinner har for menns helse. Den svarende lege trenger ikke tenke seg om, og det ser ut som han har svart godt innenfor 24-timersfristen, sannsynligvis tidlig om morgenen dagen etter:

Hei. Dette er svært enkelt å svare på, og du må definitivt følge rådet jeg gir deg her: Du må snarest (dog uten å stresse) komme deg til lege, her og nå. Ring din fastlege med en gang du har lest dette. Dersom du ikke kommer gjennom på telefonen, må du heller dra til legevakten. Ikke kjør selv. Dersom du er dårlig bør du ringe etter sykebilen. (ring 113) En person på din alder, med hjertesykdom i nær familie, overvekt, tendens til åreforkalkning og høyt blodtrykk er i høyrisiko for hjertesykdom og -infarkt. [...] Det du beskriver her, må ansees som sannsynlig/mistenkt akutt hjertesykdom, inntil det motsatte er bevist. Lykke til og god bedring.

At hjerterelaterte symptomer ikke alltid tas på alvor er det flere spørsmål som vitner om. En mann får for eksempel beskjed om ikke å gå ut i vinterkulden, og bestille legetime for å få tatt EKG så snart som mulig. Den andre mannen som anbefales rask legekontakt og eventuell øyeblikkelig hjelp presenterer vage og uklare symptomer: En mulig omgangssyke med oppkast og diaré har etter noen dager utviklet seg til så sterke smerter i rygg og skuldre at han ikke får sove. "Kvalmen går egentlig helt greit, og jeg regner med det går over snart", skriver han, det er smertene som er problemet: "Det er litt sprøtt hele denne greien, ettersom jeg ikke har vært syk de siste 10 årene og aldri følt lignende smerte i skuldrene. Lurer på om dere har noen tips til hva som foregår." Svaret oppsummerer symptomene og mulige årsaker til dem, men legen skriver at det er umulig å stille noen diagnose: "Jeg råder deg derfor til å kontakte fastlege eller legevakten som kan stille nødvendig spørsmål, undersøke deg grundig [og] dersom problemene har tiltatt bør du kontakte legevakten."

Å oppsøke lege kan oppleves som en trussel mot maskulinitet (Courtenay 2000; 2009). Det samme kan sykdom (O'Brien mfl. 2005), og som jeg har vist er det flere faktorer som avgjør hva som oppfattes som den største trusselen. Begge deler kommer til uttrykk her. Hos mennene som unngår lege har det å be om hjelp tydeligvis virket vanskeligst og mest truende. Objektivt sett kan det vanskelig argumenteres for at ikke mannen vi møtte aller først burde kjenne seg mer truet av lidelsen han har, også *som mann*, enn av det å

oppsøke lege. Legebesøk, utredning og behandling ville vært unnagjort på timer eller dager, og bare legene hadde trengt å vite hva som var galt. I stedet har han valgt å handle slik at han kontinuerlig er i fare for å bli "avslørt". Hvorfor har han kviet seg slik for å gå til lege at det føles enklere å leve med, og forsøke å skjule lidelsen, for alle andre enn sin kone? Angsten for å få vite at en er alvorlig syk, slik mannen med "irrasjonell frykt" for HIV beskrev, er ikke noen brukbar forklaring når sykdommen verken er livstruende eller progressiv. Hva er det som er så vanskelig med selve legebesøket?

De fleste av mennene i materialet har som sagt legebesøk bak seg. Hos dem som ønsket en second opinion ser vi konturene av frustrasjonen de har opplevd i forbindelse med konsultasjoner. I neste kapittel blir det tydeligere hvordan flere menn har opplevd det å gå til legen.

Kapittel 6: Kommunikasjon mellom pasient og lege – på legekantorene og på nett

Dette kapittelet omhandler, som tittelen antyder, kommunikasjon. Jeg ser nærmere på kommunikasjonen mellom mennene som spør og legene som svarer, og på om henvendelsene kan fortelle oss noe om hvordan mennene har opplevd kontakt med helsepersonell tidligere.

Den mannlige pasienten

Courtenay (2009) peker på institusjonenes rolle i å skape og gjenskape maskulinitetsuttrykk og -normer. Helsevesenet må opplagt være den institusjonen som i størst grad har sammenheng med konstruksjonen av maskulinitet i forhold til helse. Fokus rettes derimot sjelden mot helsevesenets konstruksjon av maskulinitet, mener Courtenay. Han stiller også spørsmål ved om ikke leger og forskere har konstruert kvinner som "det sykere kjønn", og menn som sterkere og mer motstandsdyktige. Kjønsdelingen i helsevesenet har i hele dets historie bestått av en overvekt av menn i ledende stillinger, og en overvekt av kvinner i de lavere. Kvinner har lært å definere problemer medisinsk og søke hjelp for dem (Nathanson 1977 i Courtenay 2009:24), slik at kvinner mottar helsehjelp mens utførelsen og den medisinske forskningen tradisjonelt har vært et maskulint domene. "It is a (hegemonic) male gaze that undertakes observation and examination and a (hegemonic) male 'norm' by which others (women, non-hegemonic men) are measured" (White 2002:131 i Robertson 2007:135).

Courtenay mener dette har sammenheng med at menn er sjeldnere på sykehus, sjeldnere og kortere hos legen, og får kortere og mer tekniske forklaringer fra leger. Menn blir konstruert som mindre omsorgskrevende enn kvinner. Bjørnerud (2006) fant at unge menn med kreft ofte foretrakk kvinnelige leger nettopp fordi de følte seg mer sett og hørt av dem. Album (1991) peker i sin studie av pasientroller i norske sykehus på at sykepleierne opplevde mennene som mindre krevende pasienter, og derfor foretrakk å arbeide med dem. Mennenes lette og lite alvorlige tone gjorde det enklere, mindre tidkrevende og mer behagelig å oppholde seg på "mannsstuene" enn hos kvinnene (Album 1991:32). I Simonsens (2006) beskrivelse av *ronkedorfenomenet* er sosial, verbal og mental distansering til sykdom sentralt for menn. En slik distansering står i

kontrast til det vi vanligvis tenker på som positiv helseadferd. Distansering og undertrykkelse av symptomer kan forsinke kontakten med lege, med de åpenbare negative konsekvenser det kan ha; men når mannen først er blitt syk ser det ut som distanseringen gjør ham bedre likt av helsepersonell – og altså teoretisk sett ”mer maskulin”. Det ser med andre ord ikke ut som en overveiende dårlig strategi.

Diskurspsykologene Sarah Seymour-Smith, Margaret Wetherell og Ann Phoenix (2002) argumenterer for at helsepersonells forventninger til maskulinitet har stor innvirkning på hvordan menn opplever legebesøk. Selv om helsepersonellet snakket om menns ikke-forhold til helse, benektelse av problemer og usunne livsstil som negativt, ble de mannlige pasientene som framviste slike trekk fremstilt på en humoristisk overbærende måte. Med andre ord fant de at den stereotype mannlige pasienten ble respektert og spøkt med, mens hypokondriske menn og fremfor alt kvinner ble fremstilt langt mer negativt. Helsepersonells konstruksjon av maskulinitet kan ha vel så stor, om ikke større innvirkning på hvorvidt menn oppsøker lege som mennenes egen konstruksjon (Seymour-Smith mfl. 2002, Robertson 1998; 2007). Spesielt gjelder dette for menn med ikke-hegemoniske holdninger til helse (Robertson 2007, O’Brien mfl. 2005). I mitt materiale mener jeg dette blir spesielt tydelig i henvendelsene fra mennene med smerteproblemer og opplevelse av dårlig kommunikasjon med legen, og i noen av henvendelsene fra hypokonderne. Dette er menn som sett i lys av Seymour-Smith mfl. (2002) sine funn vurderes som ”dårligere” pasienter av legene. Legens makt til å opprettholde ideen om den sterke mannen som må dras inn på legekantoret ”kicking and screaming” (2002:258) fremheves: Dersom slike menn foretrekkes og forventes, blir det lett for pasienten å spille opp til dette bildet. En kan dermed argumentere for at helsepersonell ifølge disse studiene konstruerer maskulinitet på en slik måte at de posisjonene menn kan ta, blir få, og at det kan være noe av årsaken til at så mange lever opp til den stoiske ”bryr-seg-ikke-mannen” i møte med legen, eller nettopp utsetter eller unngår dette møtet.

På legekantorene

Jeg ble tidlig slått av hvor mange menn som i henvendelsene til Lommelegen beskriver dårlig kommunikasjon med legen sin. En mann fikk hjerneslag for fire år siden, og har

siden hatt problemer med synsforstyrrelser: "Eg har spurt lege om dette fleire ganger utan å få noko konkret svar." På en diabetesrelatert kontroll hos øyelegen får han beskjed om at det er noe galt med det ene øyet:

Augelegen sa at det såg fint ut med hensyn til diabetes, men det var ikke bra med høyre auge, og forsto godt at eg hadde plager. Legen sa at dette måtte gjerast noko med, i verste fall kanskje ta vekk synet på høyre auge for å slippe plagene. Eg vart sendt vidare i systemet, det enda med briller, men plagene er som før. Det store spørsmålet er kva skal eg gjera for å få hjelp?

Nettlegen slår fast at mannen har fått for dårlig informasjon:

Det kan virke som om du ikke har fått god nok informasjon her, og det har du rett på. Fastlegen er den som har hovedansvaret for dette nå [...] Når du går til øyelege igjen, så ta gjerne med deg en kopi av spørsmålet du har skrevet til oss her, slik at øyelegen kan se hva du lurar på og trenger informasjon om. Dette er et godt råd som du bør følge.

Det er flere menn som får dette rådet. Spørsmålene er som regel forståelig formulert, men det er nok ikke alltid like lett å huske dem eller få dem frem på legekantoret. "Fastlegen har liten tid", skriver som nevnt en av mennene. En konsultasjon er kort, og nettlegen kan ha rett i at det er et godt råd å ha med en lapp med spørsmål inn på legekantoret.

Mange menn føler også at de ikke blir tatt på alvor. "Grunnen til jeg ikke har oppsøkt lege, er at jeg stort sett alltid får svar om at det er bare et virus og det kan ikke gjøres noe med", begrunner en mann som beskriver smerte ved hoste og mistenker atypisk lungebetennelse. Flere med ham har opplevd å få avfeid diagnosen de selv foreslår for legen. En mann som har hatt vondt i hælene et halvår skriver: "Jeg antydde til allmennlegen min allerede i februar at det kunne være hælspore. Han brummet litt stille i skjegget og ga meg resept på betennelsesdempende." Mannen ble lei av ventetiden og ønsker nå Lommelegens syn på om han bør bestille operasjon: "Til slutt dro jeg på Aleris privatklinik og fikk henvisning til røntgen og joda. Hælspore på størrelse med en haikrok!" En annen mann forteller at han spurte legen om det fantes spesialister som kunne undersøke en mulig nerveskade i armen hans, men at "dette blånektet fastlegen på". Han skriver ellers at han "tror på fastlegens diagnose", men at legen sa det var "opp til vår herre" om armen ville bli bedre. "Jeg liker ikke dette svaret, synes det virker enkelt", skriver han.

Noen menn stiller egne diagnoser, én har til og med undersøkt sin egen sæd i mikroskop for å finne ut om han er fertil. Noen kopierer legespråket når de beskriver symptomene sine, og mange, spesielt de diagnostiserte mennene, er tydelig kunnskapsrike. Andre kan virke som om de bruker fagterminologi og forkortelser for å bli tatt på alvor. Som vist i forrige kapittel kan helseinformasjon i mediene føre til flere spørsmål enn svar hos mennene, og det samme kan prøvesvar de ikke helt forstår. To menn har spørsmål om PSA-verdier (Prostata Spesifikt Antigen), den ene har fått målt sine verdier i tre år på rad. Legen gir et langt svar med mange argumenter mot å måle PSA, og har tydelig sterke meninger om emnet. PSA-tester har vært omdiskutert de siste årene, og mye brukt blant annet i USA. Allerede i 2001 fastslo Legeforeningen (Tidsskrift for Den norske legeforening) at testen ikke bør tas på friske menn, men om det likevel skjer skal mannen få god informasjon om mulige konsekvenser. Dette henger sammen med at testen ikke er en god kreftmarkør (NHI), og at behandlingsmetodene har alvorlige bivirkninger samtidig som de ikke er entydig livsforlengende. Dette er også hovedargumentene i legens lange svar.

Noen har spørsmål til blodverdier de burde ha fått forklart av legen sin, andre har spørsmål til informasjon de har funnet gjennom ulike medier. Tolkninger av bildediagnostikk kan være forvirrende og skremmende lesning, og er da heller ikke ment for pasienten, men for rekvirerende lege. Flere menn har derimot fått prøvesvar på røntgen eller MR i posten, og i spørsmålene sine gjengir de dem. Dette er et konkret tegn på dårlig kommunikasjon og antakelig også dårlige rutiner. En mann gjengir MR-funnene og spør om de kan ha sammenheng med at han falt om på fotballbanen under trening: "Har senere vært og tatt MR og røntgen men forstod ingenting av svarene legen hadde sendt i posten." Nettlegens svar kan bedre vise frustrasjonen over at mannen ikke har fått den informasjon han skulle hatt, enn mannens korte spørsmål. Mannen er frustrert, men skylder ikke på legen i spørsmålet sitt. Han vil bare ha hjelp til å forstå hva som har skjedd med ham, og forsøker nå å få den hos Lommelegen. Nettlegen er derimot klar på hvor skoen trykker:

Først klarer jeg ikke å la være å påpeke at det er altfor dårlig og helt uholdbart, å sende en MR- og røntgenbeskrivelse i posten til en pasient, uten å samtidig gi pasienten forklaring på hva det betyr, hvordan det skal tolkes i forhold de plager og symptomer pasienten har, og å forklare hvilke behandlingmessige konsekvenser det får for pasienten og å

iverksette evt. nødvendig behandling. Man tar jo ikke et røntgenbilde for bildets skyld, men for at det skal få visse konsekvenser for pasienten. [...] Hva slags behandling du trenger nå, kan ikke avgjøres ut fra røntgensvaret. Det er primært din tilstand og ditt smertenivå nå som vil avgjøre dette. Du må derfor ta kontakt med din fastlege for å få den selvfølgelige oppfølgingen på denne undersøkelsen som du har krav på, og deri ligger blant annet dette med å diskutere om du trenger noen behandling nå og fremover. Håper dette var et greit svar, men ta kontakt med legen som bestilte røntgenundersøkelsen, *slik at han/hun gjør hele jobben sin og ikke spiller ballen over til deg!* God bedring! (min utheving)

En annen av mennene som vil ha hjelp til tolkning har blitt sendt til MR av kiropraktoren, og ikke av legen. Om legen skriver den 28 år gamle mannen med mangeårige ryggproblemer: "Min fastlege sier jeg bare må leve med smertene, gir få råd (hun har ikke sett dette MR-svaret), og jeg føler hun ikke tar meg på alvor." Igjen er Lommelegens svar mye lengre enn spørsmålet.

Hei. For det første bør du sterkt vurdere å skifte fastlege. Hvis fastlegen din faktisk får deg til å føle at hun ikke tar deg på alvor, så er dette en lege du ikke kan forvente å ha noe nytte av. Å få en pasient til å føle seg tatt på alvor, er det "første bud" og forutsetningen for enhver mulighet for god legehjelp! Med tendens til kroniske ryggplager er en dyktig og hjelpsom fastlege noe av det viktigste du kan skaffe deg nå, så begynn med dette. Du spør om en tolkning av MR-svaret. Da er jeg først nødt til å bemerke følgende: Det å tolke et MR-eller røntgensvar er selvfølgelig en jobb som den som rekvirerte MR-bildet skal og må gjøre for deg! [...] Et bilde ene og alene har ingen praktisk nytteverdi for deg! Og det er svært viktig å påpeke at der ofte er påfallende liten grad av samsvar mellom funnene på røntgen- og MR-bilder, og graden av rygg smerter som pasienten kjenner. Man kan ha masse smerter i ryggen uten at der påvises noe som helst på MR/Røntgen, og man kan ha masse funn på MR/Rtg, uten at man har særlig mye rygg smerter. [...] Jeg synes du burde diskutere med din (nye) fastlege om du kanskje burde henvises til et 2-4 ukers opphold på et rehabiliteringssenter, for opptrening av ryggen med tilpasset program. Evt. også en henvisning til en avdeling for fysikalsk medisin, som finnes på de fleste større sykehus. [...] Håper du har nytte av svaret og ikke minst av min aldri så lille "peptalk" i forhold til å få den oppfølging du har krav på! Lykke til! (Min utheving)

Det er tydelig at legene på Lommelegen ofte gir mennene en slik "peptalk"; både for å få dem til legen for første gang, tilbake etter flere runder resultatløs utredning, eller som her, når de ikke får den oppfølgingen de har krav på. Dette svaret er heller ikke det eneste som inneholder en oppfordring om å skifte fastlege. Her skriver legen hvor viktig det er å få pasienten til å føle seg tatt på alvor, det er "første bud" og en forutsetning for vellykket legehjelp. Det er mange spørsmål som beskriver frustrasjon over manglende hjelp og diagnose, og nesten like mange som beskriver dårlig kommunikasjon og å ikke føle seg tatt på alvor. Kanskje beskriver de alle sammen konsultasjoner hvor denne forutsetningen har vært fraværende, og handler slik sett om det samme? Dette er menn

som *har* oppsøkt lege for problemene sine, ofte gjentatte ganger – de har ikke bagatellisert problemene eller stukket hodet i sanden. De har tatt kroppens signaler på alvor. Slik sett har de handlet slik helsediskursene anbefaler, og på tvers av hegemonisk maskulinitet, men det kan se ut som mange er redde for at legen skal tro de overdriver problemene sine. Spesielt er dette tydelig i spørsmålene fra menn med smerter, som her:

Hei, jeg er en mann på 22 år som har i 3-4 år vært plaget med hodepine! Symptomer jeg har er: smerte i øynene nedsatt hørsel på h.side sensitiv for lyder og lys smerte i høgre tinning øverste tanngjeksler uten at tannlegen finner noe galt spasmer i ansiktsmusklene når jeg snakker eller smiler smerte øverst i nakke(mest på høyre side) smerte mellom øynene og nederst i pannen skikkelige smerte bak h. øre Har vært mye plaget med bihule! har hatt en bihuleoprasjon for 3 måneder siden. Men synest ikke at dette tyder på å være problemet! var det samme før og etter operasjonen. har hatt mr av hode som jeg vil at dere skulle ha sett på. har gått til behandling hos kiropraktor, Manuelterapeut, akupunktur uten hell. *legen min sier at det ikke er noe galt med meg og alt dette er psykisk! noe som jeg NEKTER for i og med at disse smertene er uutholdige* og går bort med 3 paracetter, da får jeg konsentrasjonen og synet tilbake. Kan dere gi meg en mail eller noe så jeg kan sende bilder fra min mr? det er noe jeg vil at dere skulle ha tolket! (min utheving)

Nettlegens svar er langt, og bærer preg av å være både grundig og gjennomtenkt:

Hei. Det går dessverre ikke an å sende MR- eller røntgenbilder til oss for tolking. Men det trenger du forøvrig heller ikke, for tolkingen blir gjort av røntgenlegen der hvor bildet ble tatt. Man tar aldri MR- eller røntgenbilder uten at det samtidig (og alltid) blir skrevet en tolkning av røntgenlegen. [...] Din fastleges oppgave er å forklare for deg hva som står i tolkingen [...] Dersom du ikke synes legen din gjør dette på en adekvat og forståelig måte, så kan du godt sende inn beskrivelsen/tolkningen av røntgenbildet (som tekst) til oss her på Lommelegen, slik at vi kan "oversette" det for deg [...] Det er mange som gjør det, men i utgangspunktet så skulle det være helt unødvendig, i og med at det er fastlegens åpenbare plikt og jobb å gjøre dette for deg. *Du beskriver dine symptomer på en presis måte, og du skriver at smertene er uutholdelige. Din opplevelse av smerter er den eneste "korrekte" beskrivelsen av smertene, og du har faktisk de smerter du opplever å ha selv, det er helt ubestridelig og udiskutabelt.* Slik er det fordi smerter er pr definisjon en subjektiv ting. Smerter kan skyldes både fysiske og psykiske årsaker, det er meget velkjent. Det at smerter er veldig sterke, er absolutt ikke noe som kan brukes som "bevis" på at de må ha en fysisk årsak, slik du ser ut til å tenke. [...] Når jeg skriver dette, så er det på ingen måte ensbetydende med at jeg tenker at smertene dine faktisk skyldes psykologiske forhold. Jeg skriver det for å fortelle deg at det på ingen måte kan utelukkes, spesielt ikke ut fra de begrunnelsene du bruker (sterke smerter). Det er din leges oppgave å finne ut om der kan være fysiske årsaker til smertene du opplever, og det er fremfor alt legens oppgave å hjelpe deg med å få lindret smertene, uansett om det skyldes fysiske eller psykiske årsaker. *Dersom du ikke får slik hjelp, og har det så ille som du beskriver, så ville jeg nok vurdert å skifte fastlege. De fleste leger vil nemlig ta et smerteproblem meget seriøst og sørge for å hjelpe pasienten, fullstendig uavhengig av om smertene skyldes fysisk sykdom eller psykologiske forhold.* [...] Avslutningsvis vil jeg anføre at jeg synes ikke at du skal kategorisk avvise at dine smerter kan skyldes psykologiske årsaker. *Det er for det første særdeles vanlig* [...] Grunnen til at jeg ikke synes du skal "lukke døren" helt til eventuelle psykologiske komponenter i dine smerter, er at dersom

det er hele eller deler av forklaringen, så vil jo det være mulig å hjelpe deg med dette, slik at du kan bli kvitt smertene dine, og det er jo det du er ute etter! [...] *Avslutningsvis vil jeg si at mitt tilsynelatende fokus på mulige psykiske årsaker til dine smerter, absolutt ikke betyr at jeg tror at det er årsaken.* Det er generelle betraktninger og råd jeg kommer med, basert på generell kunnskap om disse tingene. *Og mine anbefalinger om at du holder døren åpen for andre enn rent fysiske forklaringer på smertene dine, er altså for å hjelpe deg til å øke mulighetene for å få hjelp for smertene dine.* Jeg håper at jeg med dette svaret kan bidra til at du får det bedre. Følg rådene mine, for de er faktisk gode. Lykke til! (min utheving)

Mannens spørsmål virker desperat og nesten åndeløst i sin manglende tegnsetting. Legen berømmer ham for å ha beskrevet symptomene sine presist, og fastslår tidlig at smertene hans er reelle: Dersom han sier han har sterke smerter så *har* han det. Bare dette kunne være nok til at mannen føler seg tatt på alvor. Legen skriver at mannen har krav på informasjon, hjelp og behandling for smertene, og at legen hans altså ikke har gjort jobben sin godt nok. Det understrekes at "de fleste leger" ville tatt ham alvorlig, og at hans lege dermed er et unntak. Videre i svaret blir sammenhengen mellom styrken på smerter og årsaken til dem gjennomgått – fra flere innfallsvinkler, som for å forsikre seg om at mannen skal forstå. Det kan virke som om legen aner at mannen har satt likhetstegn mellom "psykisk" og "innbilt", og at det er dette han vil motvirke. Mannen skriver jo også at legen mener det "ikke er noe galt" med ham, og dersom det er slik han har forstått legen, er det naturlig at han føler smertene han kjenner ikke blir tatt alvorlig. Slik sett gjør nettlegen kanskje grunnarbeidet for at mannen skal ha tiltro til at han kan få hjelp av en ny lege.

Denne mannen er ikke alene om å beskrive at smertene han opplever blir mistrodd. En "sliten og søvnløs smertefull mann på 38 år" skriver:

Jeg har store smerter i korsrygg å opp til hodet. Prøvd ALL behandling+bilder som ikke viser at jeg skal ha slike smerter. Noe lite veske i L3 å L4 "ny ben-dannelse" på ryggrad,(lite),å noe sprekkdannelse(husker ikke hvor, for jeg hadde så vondt den dagen)Fått Paralginforte, Nozinan 5mg,Vival 5mg som ikke lindrer stort etter uttallige legebesøk. Har hvert på legevakten 4ganger pga. jeg spyr å nesten besvimer av smertene. Der jeg har fått injeksjon med noe muskelavslappende å et morfin lignende middel. Da sovnet jeg i hele 8 timer, vanligvis sover jeg toppen 3-4 timer pr natt pga smerter. Min nye Naprapat sier ryggen men er skjev + høyre side av hofta peker frem å venstre side peker bakover. Tror han kan hjelpe meg mye fremover nå, men han kunne ikke gjøre meg smertefri sa han. Har enorme muskelspenninger, derav, smerter,stiv nakke/rygg å mye hodepine. Har gradvis blitt værre de siste 7 åra. Er i relativt god form, når jeg ikke har de dårlige periodene så trener jeg flexibelt. dvs. ikke bare pumper jern. Alt begynte i 1993(som jeg husker), så nå er jeg utrolig sliten å har lite overskudd. Er bekymret over all smertemedisinen jeg må ta som hjelper bare en kort stund, men sjøl tror jeg at jeg må ha sterkere smertestillende i de periodene dette varer(opp til 1mnd). *Jeg får ikke hjulpet*

til hjemme å er mer en belastning enn en pappa for 2 barn på 9 og 16 år og ikke minst min tolmodige kone. Er det upassende å spørre legen min om andre/sterkere smertestillende? og i det heletatt hva ska jeg gjøre??? (min utheving)

Mannen har altså vært hos legevakten flere ganger fordi smertene er blitt så voldsomme, og han føler seg mer som en "belastning" enn som en far og ektemann. I tillegg nevner han "uttallige legebesøk", og at han har forsøkt "all behandling". Hvordan skulle det være upassende å be legen sin om hjelp til å takle hverdagen? Er det fordi, som han skriver innledningsvis, bildene ikke kan dokumentere at smertene han kjenner er reelle, og det dermed kan virke som om han dikter dem opp? Her er det tydelig at å innrømme sårbarhet og be helsepersonell om hjelp oppfattes som en mindre trussel mot ham selv som mann enn sykdommen og smertene. Det er også et av de få spørsmålene som nevner kone og familie – nesten som en årsak til at han ikke kan slå seg til ro med smertene, slik han mener legen ønsker eller forventer av ham. Han har oppsøkt legevakt flere ganger, men kvier seg for å be fastlegen om smertestillende. Det er umulig å vite om legene han har gått til faktisk har mistrodd ham. Uansett er det vanskelig å se at han er blitt fulgt opp på en god måte gjennom de mer enn syv årene dette har preget livet hans, og lite tyder på at han har forsøkt å bagatellisere smertene. Nettlegen avslutter svaret med en bekreftelse av mannens opplevelse, og med konkrete råd:

[...]det er overhodet ikke røntgenfunn som skal styre hva slags behandling du skal ha, og selvfølgelig er det heller ikke røntgenfunn som sier noe om hvor mye smerter du har. *Det er kun du som kan si noe om det, og du sier at det er ille, og da er det slik, helt uavhengig av røntgenbilder. Smerter er smerter, og kan ikke bestrides heller, forøvrig og selvfølgelig.* Du spør om hva du kan gjøre. Jeg synes du skal gå til fastlegen din og be om henvisning til en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Slike finnes på de fleste større sykehus. Her finnes tverrfaglig kompetanse på vanskelige smertetilstander i muskel-skjelett-systemet, og du vil samtidig kunne få hjelp fra eksperter på smertebehandling / smerteklinikk. Inntil du får time på en slik avdeling, bør du selvfølgelig også ha en kontinuerlig dialog med fastlegen din om hva slags smertestillende du kan og bør bruke. Det er aldeles meningsløst å IKKE spørre om slikt, jfr ditt spørsmål om det er "upassende" spørre legen din om dette! Håper (og ser ikke bort fra) at du kan ha nytte av dette svaret, og jeg ønsker deg lykke til og god bedring.

Nettlegene har naturligvis rett i det de skriver om smerter, men det er en sannhet som nok med fordel kan gjentas. Underbehandling av smerter regnes fortsatt som et problem, og det er fokus på dette spesielt innen sykepleien (Reiersdal, Helland og Breland 2007). Definisjonen av smerte som en subjektiv størrelse hvor pasienten er den

absolutte autoritet, ble lansert av sykepleieren og smertespesialisten Margo McCaffery i 1968 (McCaffery og Pasero 1999).

De fleste diagnostiserte mennene har kroniske, men ikke livstruende sykdommer. Spørsmålene som gjelder kreft handler i stor grad om kreftfare og behov for å få tatt ulike undersøkelser, som koloskopi eller CT og røntgen av lungene. Noen kreftopererte menn er det likevel blant spørsmålsstillerne. En av dem trenger informasjon om hvordan operasjonssåret vil gro etter å ha fjernet en testikkel to uker tidligere:

For snart 14 dager siden fjernet jeg venstre testikkel pga testikkelkreft. Nå kjenner jeg at det er en slags hard klump i pungen der det tidligere var en testikkel. Klumpen er helt inntil kroppen mot roten av penis og sitter fast. Det er ikke vondt, men bittelitt ømt. For meg virker det som om det fortsatt er en testikkel der, men den har de fjernet og jeg har ikke fått satt inn en protese. Har det hovnet opp inni der? *Jeg fikk ikke informasjon på sykehuset om hvordan dette såret skal gro og bli til slutt.* (min utheving)

Bjørnerud (2006) oppdaget at flere menn med kreft følte de fikk for lite informasjon, eller at informasjonen ble gitt på tidspunkter hvor de ikke klarte å ta den til seg. De aller fleste vil ha spørsmål etter både operasjoner og kreftbehandling, og det er bred enighet om viktigheten av oppfølging. Enigheten om hvem som skal ha ansvaret for den er nok ikke alltid like stor. En annen nyoperert mann har også fått altfor lite informasjon:

Jeg er en mann på 62 år som har tatt en tur-p operasjon høvlet i prostata 6 uker siden, etter denne operasjon har jeg fått lekkasje må bruke bleier hver dag. Er dette noe som retter seg etter hvert???. Under operasjon fant de en svulst kreft på prostata og skal nu på rikshospitalet og fjerne prostata. Blir det bedre angående når det gjelder lekkasje etter denne operasjon.

Nettlegen informerer og anbefaler mannen å snakke med legen sin om medisin som kan hjelpe på urinlekkasjen, siden dette kan bli et langvarig problem.

Det er flere svar hvor legen oppfordrer mennene til å skifte fastlege. Enda flere spørsmål forteller om usikkerhet grunnet bagatellisering – ikke av mennene, men av legene deres. En mann med det nettlegen mistenker kan være søvnapné, beskriver for eksempel pustestopp om nettene, og forteller at han "var hos lege etter første anfall. Han sa det var sånn som ofte skjedde??" Lommelegen svarer: "Jeg synes ikke din leges 'forklaring' med at dette er 'sånn som skjedde' er særlig tilfredsstillende, og fortsetter han/hun med

dette utsagnet, ville jeg vurdere å skifte fastlege." En mann med irritabel tarm forklarer henvendelsen sin med at han har "søkt endel på nett, da fastlegen kommer med lite råd og jeg føler han bagatelliserer det hele." Igjen råder Lommelegen mannen til å finne en ny lege: "Det å oppleve at legen bryr seg, er engasjert i å informere og å hjelpe, er noe som vil kunne hjelpe deg, i motsetning til å ha en lege som du opplever bagatelliserer plagene dine." En mann med en urelatert kronisk sykdom beskriver en mangeårig trykkfølelse i hodet. Han er opptatt av å finne en årsak til dette, og har "tatt røntgen av hodet" to ganger uten å få svar. "Har etterhvert blitt redd for denne følelsen av 'å være utenpå meg' selv, noe som har medført et problem med angst", skriver han: "Har tatt opp dette med fastlege ved flere anledninger, men føler ikke å bli tatt på alvor." Nettlegen svarer at det er lite som tyder på at det er en alvorlig lidelse, men anbefaler mannen å gå tilbake til legen for videre utredning.

I mange av svarene til menn med uklare lidelser og mange symptomer blir det understreket at hyppig kontakt med legen kan være en god idé, og at det kan virke beroligende å ha noen å snakke med. En slik ordning er ikke bare avhengig av at mennene ønsker og er villige til å oppsøke lege oftere: Da gjelder det også å finne en lege som deler oppfatningen om at det å snakke, enten det gjelder smerter en ikke finner årsaken til, angst og uro som følge av ikke å få en diagnose, eller rett og slett håndtering av hverdagen med kronisk sykdom, er god nok grunn til å bestille time.

For mange av mennene i materialet er det viktig å ha en samtalepartner med medisinsk kunnskap, som når forholdsspørsmål stilles til en lege og ikke en psykolog, eller det er vanskelig å akseptere svar om at det "er i hodet" fra en som ikke også har inngående kjennskap til kroppen. Når henvendelsene beskriver angst som følge av et medisinsk problem, er det ikke angsten, men det medisinske de prioriterer. Dette stemmer med funn fra andre studier, som viser at menn synes det er lettere å oppsøke hjelp for konkrete fysiske problemer enn for mentale og emosjonelle (O'Brien mfl. 2005, Robertson 2007). At noe er psykisk ser ut til å være et alternativ først etter at alle mulige fysiske årsaker er eliminert. Dette kan også sees som en redsel for kroppen, som i dette materialet oftere har preg av en udetonert bombe enn av det instrumentelle forholdet det gjerne sies menn har til den (Seidler 2003). Redselen for "bakholdsangrep" fra kroppen er spesielt tydelig i henvendelsene fra de mannlige hypokonderne,

henvendelser som ligner brev mer enn spørsmål. Det er som nevnt flere diagnostiserte menn i materialet, og den vanligste diagnosen blant disse er faktisk hypokondri.

Den mannlige hypokonderen

Stina Backman (2005) mener at forestillingene våre, eller diskursene rundt menns helse og syke menn, har to ytterpunkter. Det ene er som nevnt den mannlige hypokonderen. Hypokonder brukes nærmest nedsettende, men slik har det ikke alltid vært. Historisk har hypokondri vært et mannlig fenomen, og under opplysningstiden var det en motesykdom som rammet privilegerte menn fra overklassen, og en stund nærmest var å betrakte som et adelstegn:

Det var en civilisationssjukdom, framsprungen ur ett liv i överflöd och vällevnad. Hypokondrikern blev i vissa fall densamme som den konstnärlige och den skapande. Han sågs som en sensibel, krävande och utlevande typ. Förklaringen till detta ligger i att sjukdomen under 1700-talet tolkades som en kroppslig åkomma med säte i nervsystemet, en sjukdom som drabbade de utvalda och således hörde i hop med sårbarhet men också med kreativitet och genialitet. (2005:16)

I dag regnes hypokondri som like vanlig hos begge kjønn, og kjennetegnes ved overdreven sykdomsangst. Den danske helseportalen sundhed.dk har en "legehåndbok" med detaljerte beskrivelser av sykdommer på sidene sine. Om forholdet mellom hypokondere og leger understrekes det: "At behandle patienten med respekt, varme og empati er viktig i alle læge-patient-relationer, og helt afgørende ved hypokondri." Videre slås det fast at "øget sygdomsangst er et udbredt og almindeligt fænomen, så alle læger bør kunne forholde sig til fænomenet på en fornuftig måde" (sundhed.dk).

Hypokondere tolker normale kroppslige fenomener som tegn på sykdom, og det er oftest alvorlige sykdommer som kreft og hjerteproblemer de er redde for og gjerne overbevist om at de har. I mitt materiale handler nesten alle de uttalte hypokondernes henvendelser om hjertesykdom, men noen av spørsmålene om HIV tenderer hypokondri, som i henvendelsen fra mannen med "irrasjonell frykt" for å ha blitt smittet. Mens alle de andre spørsmålene i datamaterialet bærer preg av å være eneste – eller i alle fall første – henvendelse til Lommelegen, er det flere av mennene i denne gruppen som har skrevet gjentatte ganger. Det er tydelig at de har hatt nytte av kontakten, føler de får hjelp og er takknemmelige for denne hjelpen. Én henvendelse er mer et takkebrev

og ønsker god jul i stedet for å stille spørsmål, og flere av tekstene er oppdateringer av hvordan det går med dem. Det er tydelig at mennene og nettlekene har hatt kontakt over lengre tid. Noe av årsaken til dette kan være at Ingvard Wilhelmsen, legen som startet Norges eneste hypokonderklinikk, har vært tilknyttet Lommelegen, og at nettstedet dermed har hatt både fokus og kompetanse på området. I tillegg er det mange hypokondere som bruker flere ulike leger for å få både andre og tredje vurdering, og mulighet til å spørre en lege anonymt på internett vil nok være et godt alternativ eller supplement.

Et av spørsmålene som ser ut til å være første henvendelse fra en hypokonder, handler om redsel for kreft. Mannen har allerede en kronisk sykdom, og angsten kom etter en influensa med komplikasjoner:

Hei, jeg går for tiden med en angst og depresjon p.g.a. en dyp frykt for kreft. For 1 måneds tid tilbake fikk jeg svineinfluensa. Fikk så en uke etterpå lungebetennelse i høyre lunge. Ca en uke etter jeg fikk lungebetennelsen våknet jeg en morgen med sovende lillefinger og ringefinger. Etter å ha ristet liv de, merket jeg en merkelig følelse på overarmen. Som om det lå et bånd rundt og klemte mildt og ga ubehag. Legen mente jeg hadde sovet tungt på armen. Hadde helt siden svineinfluensaen gått og vært bekymret, siden jeg har lett astma. Så når jeg da fikk lungebetennelse og senere med armen, var det som om noe så klikk. Jeg har alltid hatt litt snev av hypokondri, men det blomstret virkelig ut nå. Og jeg har begynt å sømfare nettet, spesielt ang. lungekreft. [...] Så jeg er vel egentlig i grunn ute etter en leges tanker rundt det hele. Har også time til fastlegen, neste uke.

Som hypokonderne med flere henvendelser bak seg, får også denne mannen et langt svar:

Hei. Du har skrevet en oversiktlig og informativ presentasjon av hvordan du har det for tiden og hva som bekymrer deg, og du er ute etter en leges tanker om det du her skriver om. Innledningsvis og viktigst: *Jeg finner ingenting i det du skriver som gir mistanke om kreft eller alvorlig sykdom i det hele tatt. Tanker om kreft er IKKE det samme som kreft. Men tenker man at man kan ha kreft, så vil følelsene naturlig nok komme som et resultat av slike tanker, og det er selvfølgelig betydelig angst som da vil dukke opp.* Denne angsten kan du ikke styre, det er en reaksjon på hva du har tenkt og tenker. Men du kan i aller høyeste grad styre hva du tenker, ved å bestemme deg for hva og hvordan du skal tenke. For det første må du minne deg selv på at tanker om kreft og bekymring for kreft, absolutt ikke er det samme som kreft! Det er kun tanker, og tanker er som kjent ikke farlige. Men tanker kan gi angst, og angst kan også farge hva man tenker og hvordan man tolker f.eks. små kroppslige sensasjoner, slik du nå gjør. Du feiltolker i betydelig grad helt udramatiske opplevelser fra kroppen, i retning av at det skulle være symptomer på kreft. Slik går det ofte [...] når du "leser symptomene" i angstens grimme lys. Du både kan og bør få hjelp for å bli kvitt denne helseangsten. Det får du hos din fastlege. [...] Videre bør du ta opp med legen at du faktisk har helseangst og er livredd for kreft. Det vil ikke bli en

spesielt nyttig time, hvis du unnlater å ta opp dette, men bare går og ber om å bli lytte på lungene og å bli tatt blodprøver av. Akkurat dette er så viktig, at jeg vil sterkt anbefale deg at du tar med deg en utskrift av spørsmålet ditt og svaret mitt til legen din når du skal dit. La legen lese igjennom dette før konsultasjonen. [...] Jeg vil også sterkt anbefale deg at du avtaler en eller flere oppfølgingstimer hos legen din, slik at der er rom for en dialog videre om din helseangst, og du får komme tilbake og fortelle hvordan det går osv. [...]Håper (og tror) at du har nytte av de tankene jeg har delt med deg her, og jeg ønsker deg lykke til!

Igjen fastslås det at tanker ikke er farlige i seg selv. Svaret oppsummerer logisk tankemåten som har gitt mannen angst, og foreslår grep han kan ta for å bli kvitt den. Først hva han selv kan gjøre, og siden hva han bør gjøre for at legen hans skal kunne hjelpe ham. Rådet om å ta med en utskrift av spørsmålet til fastlegen er det som nevnt flere menn som får, og nettlekene understreker i et par tilfeller også at de bør følge det for å få best mulig utbytte av legetimen. Det kan virke som om de andre hypokonderne har vært åpne om helseangsten sin for både fastlege og spesialister, men at det ikke alltid har ført til ønsket resultat. En mann med flere besøk hos ulike kardiologer bak seg skriver:

Jeg vil med dette innlegget rette en stor takk til dere, for all hjelp jeg har fått i forbindelse med min ganske alvorlige hjertenevrose. Har hatt et meget langt sykdomsbilde, som er dominert av frykten for ekstraslag. Jeg har opplevd helsevesenet fra alle sider. Nå sist meget dårlig, da en lege tvang meg til å lese gjennom analyseutskriftene av min Holtermåling. For øvrig utredet med AKG og UL + 3 konsultasjoner hos kardiologer. Normale funn. Endelig føler jeg at jeg greier å legge ekstrasystolene mer eller mindre bak meg. Jeg plages ikke mer på trening, og lite ellers også. På bakgrunn av gjennomgang av Holter, og angsten som kom opp her, skulle kardiolog kontakte meg. Svaret kom fra hans assistent om at han overhode ikke var interessert i å snakke mer om dette. Jeg føler da behov for å stille dere et par generelle spørsmål, i håp om å få lagt siste angst bak meg. [...]

Nettlegen bedømmer kardiologens oppførsel som "ille arrogant" og at mannen slik sett burde få en vurdering av en annen spesialist, men at det kanskje kan virke "mot sin hensikt, i og med at både du og jeg går sterkt ut fra at du er hjertefrisk. Du har imidlertid en skråsikker helseangst og hjertenevrose, og det er den du primært burde få hjelp for." For mye informasjon om sykdommer kan som kjent virke mot sin hensikt. Disse mennene kan mye om hjertet og ulike hjertelidelser, og de har stort sett fagterminologien inne. De vet også at mer informasjon ikke hjelper dem, men tvert i mot ofte forverrer situasjonen, som denne mannen forteller:

Jeg måtte egentlig smile litt over hvor dum jeg har vært i all lesingen. Husker et svar du skrev en stund tilbake, til en pasient som mistenkte upassende sinustakykardi (og angst)

etter for mye lesing. Vel, jeg har lest om, og fryktet dette, SVT, VT, Torsades, nodalrytme, AV-blokk, SA-blokk, grenblokk, atrieflimmer, atrieflutter, mitralklaffprolaps, myokarditt, CAD, LQTS, ARVD, hypertrofi, bradykardier, you name it. Det viser bare hvor galt det kan gå når man ikke er helsepersonell, og leser om slike lidelser, og setter det i sammenheng med egne symptomer.

Mannen vet at han sannsynligvis ikke har noen hjertesykdom, og han vet at han burde "holde seg unna hjertestoff". Dette skriver han innledningsvis, men i slutten av henvendelsen ber han om mer informasjon og om legens syn på om han feiler noe. Dette biter legen seg også merke i:

Hei. Jeg synes for det første at du ikke på noen måte har vært "dum" som har lest så mye om hjertesykdommer. Det er en alminnelig menneskelig reaksjon, å prøve å finne ut av ting ved hjelp av å tilegne seg kunnskap, og noe som ofte fører frem, men slett ikke alltid. Især ikke i situasjoner hvor helseangst og ubevisste forsøk på selvdagnostisering er inni bildet. [...] Noe av problemet ditt er at du tolker ting du kjenner i kroppen og fra hjertet, i lys at ting du har lest, sier du. Og du akter å la være å lese mer om hjertesykdommer. Bra. Men: Her vil jeg gjerne gjøre deg oppmerksom på et paradoks: Du spør nå om tekniske beskrivelser av VES og beskrivelser av dette fenomenet, og om sannsynligheten for "endringer fra SVES til VES" og om litt høyt FT3 kan skape slike plager. Det går selvfølgelig an å besvare dette, eller du kan innhente slik informasjon fra et vell av andre kilder. Du er flink til å tilegne deg informasjon om hjertesykdom. Men ikke like flink til å tolke symptomer i forhold til det du har lest, faktisk øker dette dine plager og reduserer din livskvalitet. Det at du ber om slik informasjon nå, er faktisk det stikk motsatte av det du hadde bestemt deg for: Å slutte å lese om hjertesykdommer. Du er nå på samme "kjøret" igjen: Innhenting av informasjon om hjertesykdom og -symptomer, noe du hadde bestemt deg for å slutte med, fordi det ikke er bra for deg. Vi har jo forlenget funnet ut (og du har erfart) at det å lese om symptomer og sykdommer ikke hjelper deg i det hele tatt, snarere tvert imot. Jeg provoserer deg litt med vilje her, for å gjøre deg oppmerksom på at du -slik jeg ser det- har gått i din egen felle her påny. Eller tar jeg feil? [...] Jeg tror du har vesentlig mer nytte av at jeg her og nå minner deg på og gjør deg oppmerksom på at du faktisk gikk rett i "lesefella" påny, og oppfordrer deg heller til å holde på avgjørelsen om at du ikke skal lese mer om hjertesykdom. Jeg velger derfor, i frykt for at du skal bli misfornøyd med svaret her (men den sjansen tar jeg), faktisk å IKKE servere deg mye ny "hjertesykdominformasjon", av alle de grunner vi har snakket om nå ved flere anledninger. [...]

Kontrollbehovet og problemet med å takle usikkerhet er sentralt hos disse mennene, og hos de fleste hypokondere. Til en annen mann, som skriver at han tidligere har stilt mange spørsmål til dem, sammenligner nettlegen hjertesykdom og kardiologer med bilmotorer og merkeverksted:

Bestem deg for å nyte det privilegium det er, å slippe å sette seg inn i noe så vanskelig som hjertesykdommer. For hvorfor skulle du det, når der allerede finnes fagpersoner tilgjengelig til din disposisjon, som kan dette allerede, og som du kan benytte. Jeg ønsker for eksempel ikke å bruke min knapt tilmålte tid på jord på å lese om Toyotamotorer, når

der finnes personer som kan alt om dette allerede, på merkeverkstedet mitt. [...] Når jeg velger å forholde meg slik til dette, så vet jeg samtidig meget godt at de kan faktisk overse noe, de kan utføre en reparasjon dårlig, og jeg kan kjøre utfor og bli drept på vei hjem fra merkeverkstedet pga slike forhold. Denne usikkerheten må jeg, dvs velger jeg faktisk å leve med, bl.a. fordi jeg tenker at jeg uansett ikke har noe særlig større sjanse for å få gjort korrekte vurderinger og reparasjoner enn nettopp på et merkeverksted. Ditt "merkeverksted" er de legene og cardiologene du har vært til. Det er overhengende sannsynlig at de faktisk gjør korrekte vurderinger [...] Jeg tenker også noe om dette med det umulige prosjektet det er, å sikre seg absolutte garantier mot sykdom og død. Ser vi ditt prosjekt i litt fugleperspektiv, så er det vel tildels det du holder på med. [...] Livet vårt er ikke slik at slike absolutte garantier er tilgjengelig, og vi må leve våre liv med en viss grad av usikkerhet om sykdom og død. Og faktisk en sikkerhet om en død på et ikke-forutsigbart tidspunkt. Slik har det alltid vært å være menneske, og slik vil det fortsette å være. Intet helsevesen i verden, ingen avansert medisinskteknisk maskin kan levere noe produkt som fritar oss for denne usikkerheten. Det handler altså om det å akseptere å være dødelig [...].

Det kan se ut som om flere av henvendelsene kommer fra tre menn som alle har skrevet flere "brev" til Lommelegen, og som alle er i det begge parter kaller "en god prosess". Svarende lege beskriver i flere tilfeller kommunikasjonen som at de har "snakket sammen", og det er tydelig at mennene også oppfatter det slik. Den ene nevner at han av og til måler pulsen til samboeren som en kontroll, og at hun har samme uregelmessigheter som ham: "Ingen ting av dette merket hun, og hun bryr seg heller ikke. Det er vel noe vi alle har. Det er vel bare jeg som har vært så uheldig å kjenne det godt, trolig fordi jeg kjenner så mye etter", oppsummerer han. En annen skriver: "Jeg synes dette er god og velfungerende terapi for meg (og vil ha et utgangspunkt for kognitiv terapi torsdag). Jeg hadde virkelig ikke trodd dette skulle være så hardt som det faktisk er." En tredje har nettopp vært hos en ny spesialist:

Det er nesten pussig hvor like du og han var i deres svar. Alle spørsmål om dette var VES eller SVES, om dette kan utvikle seg, hva som er normalt, hva som er farlig, osv, ble avvist med "dette er irrelevant, du er frisk, men har tvangstanker". Tvangstanker? Det er kanskje riktig. Det har blitt nesten en besettelse å lese medisin, og gruble over plager. Tanken min i går var: Hva skal jeg tenke på nå? Det er ikke lett, når jeg i 90% av mitt våkne liv siste 8 måneder stort sett har grublet over hjertesykdommer, og vært 'styrt' av disse tankene. Har du noen tips? Som nevnt er dette ekstra vanskelig før innsovning. [...] jeg blir livredd, innbiller meg (man tenker ikke så rasjonelt når man bråvåkner) at jeg hadde hjertestans og kroppen sluttet å fungere, 3-4 sekunder, og at jeg akkurat forhindret dødsfall. I våken tilstand skjønner jeg (naturligvis) at dette er psykisk. Det skulle nå vært en pussig hjertesykdom, som bare fant sted mellom 23.00 og 23.30 om kvelden.

At legen føler han "har snakket" med mannen kommer til syne for eksempel ved at han kaller den siste setningen "kostelig" og berømmer mannen for å være reflektert og

velformulert. Den tredje mannen beskriver også at angsten er sterkere når han skal sove, og at han av og til føler pulsen er for rolig om kvelden. Om angsten skriver han "jeg føler at mange svar jeg har fått (av helsevesenet) er ganske halvkvedede viser. For en person som meg blir det da naturlig å finne resten selv, som ofte gir tolkningsfeil." Legen svarer:

[...] "Halvkvedede viser" er noe som er kjent for å kunne være angstprovoserende, spesielt innen helse, og spesielt for personer med legning for helseangst. [...] Jeg får et inntrykk av at en fellesnevner i problemene dine er FOKUS. Det å ha fokus på noe, altså selve fokuset i seg selv, er noe som virker uheldig inn på deg. Se for eksempel dette med at du fikk en søvnløs natt fordi du (av alt på jord) følte deg "for rolig" da du la deg (!), og så "var dum nok" til å sjekke pulsen. [...] spesielt på det tankemessige og analytiske planet har du god oversikt over problematikken og de nødvendige tiltak. Utfordringen nå fremover blir å dra inn disse erkjennelsene og kunnskapen inn i livet ditt.

Disse mennene er altså klar over hvordan angsten oppstår, men som legen skriver er det én ting å vite noe, noe helt annet å inkorporere det i hverdagslivet. Også i praksis er det tydelig at kroppen er et tregt felt (Lilleaas 2003).

Dersom opptatthet av helse sees som feminint, og den maskuline motsatsen er styrke og kontroll, kan det ved første øyekast virke vanskelig å plassere hypokonderne. Hvor hører disse mennene hjemme i kjønnsordenen? Med Robertsons (2007) modell kan vi si at de bryr seg *for mye*, og dermed kan plasseres utenfor den hegemoniske maskuliniteten. De kan virke ekstreme både i opptatthet av sykdom og i sin usikkerhet. Angsten for sykdom kan derimot leses som en angst for å tape ansikt og mannlighet – og behovet for "absolutte garantier" om kroppens styrke handler dermed om et behov for maskulin kontroll. En av mennene beskriver sykdomsopplevelser som årsak til helseangsten. Hypokondri forstås av fagfolk som en reaksjon på den usikkerheten det å leve er forbundet med. Kanskje kan det også handle om hvordan helse kan påvirke konstruksjonen av maskulinitet? Simonsen (2006) mener få studier fokuserer på hvordan erfaring med sykdom påvirker menns opplevelse av dem selv som menn. Helseangst kan være en reaksjon på sjokket over å erfare egen dødelighet, svakhet og sårbarhet. Forsøket på å navigere mellom *bryr seg* og *bryr seg ikke*, mellom kravene til en skikkelig mann – og kanskje også en (god) mannlig pasient – og en god samfunnsborger, har ført til vanskeligheter for disse mennene, også i møtet med leger.

Kapittel 7: Menns bruk av Lommelegen

I dette siste kapittelet vil jeg se nærmere på fortrinn ved nettlege slik det fremstår i mitt materiale. Jeg forsøker å sammenfatte funnene i de foregående kapitlene, for slik å svare på det overordnede forskningsspørsmålet. Hvordan bruker menn spørretjenesten hos Lommelegen? Jeg vil diskutere det jeg kaller *rammene for konsultasjonen*, på nett og på legekantoret.

Hvorfor nettlege?

Menn som unngår lege gir per definisjon uttrykk for en hegemonisk holdning til helse, ved at de har holdt seg borte fra helsevesenet. De har handlet som menn som ikke bryr seg, avventet og vært sterke. Anonymitet er viktig for mange av dem. Flere av mennene er redde for å være unormale, og spørsmålene handler oftest om problemer med mage, tarmen eller kjønnsorgan. Nettlegene avkrefter at de er unormale og oppmuntrer dem til å oppsøke lege. *Nye spørsmål og rask kontakt* kan sees som et uttrykk for en ikke-hegemonisk holdning til helse. Mange av disse mennene har spørsmål de ønsker raskt svar på, men uten at de ønsker å bestille legetime. Flere av henvendelsene handler om "små" problemer. O'Brien mfl. (2005) fant en klar enighet blant alle mennene de intervjuet om at menn ikke "løper til legen med bagateller". En nettjeneste som Lommelegen kan svare på spørsmålene deres uten at de utad trenger å bryte med disse hegemoniske idealene. En stor del av mennene som ønsker en *second opinion* beskriver at de opplever at problemene deres har blitt bagatellisert, at de ikke har blitt trodd eller at legene deres har "gitt dem opp". Flere beskriver dårlig kommunikasjon med legene sine. Nettlegene oppmuntrer dem til å fortsette sin hjelpesøkende adferd, til tross for at den foreløpig ikke har ført frem. I flere tilfeller rådes de til å bytte lege. Noen ganger peker nettlegene også på undersøkelser mennene bør be legene sine om å få tatt. Menn i alle kategorier blir anbefalt å ta med spørsmålet og svaret fra Lommelegen når de oppsøker legen sin, for slik å lettere få den hjelpen de trenger. O'Brien mfl. (2005) fastslår at menn ikke vil mase på eller kaste bort legens tid. Dette stemmer godt overens med mine funn. Flere beskriver som nevnt at de føler de maser, og kjenner seg dumme når de bestiller legetime på bakgrunn av mindre alvorlige problemer.

Anonymitet er altså viktig for mennene som er flau, redde for å være unormale, og som har unngått legebesøk over tid. Noen ser også ut til å ønske å "slippe en moralpreken", som for eksempel en mann som stiller spørsmål om doping, og en annen som skriver at han drikker 20 liter øl i uken og lur på "hvor skadelig er egentlig dette". Som jeg har vist, er raskt svar og en uforpliktende second opinion klare fortrinn for flere av mennene. Noen av tekstene viser også at et spørsmål og svar kan romme mer enn det er lett å se for seg at en legeskonsultasjon kan, som i spørsmålet fra mannen med "tvangstanker om gud". Flere henvendelser stiller i tillegg uvanlige spørsmål. En mann spør for eksempel om det er greit å tatovere seg når han har diagnosen lupus, og understreker at han vet leger gjerne fraråder tatoveringer på generell basis. Nettlegen svarer at han har søkt blant publiserte medisinske artikler, og bare funnet to som nevner lupus og tatovering. Å gjøre research som denne vil være vanskelig under en vanlig legeskonsultasjon. For mennene som spør på vegne av andre, eller befinner seg i utlandet og vil ha bekreftelse på at de får rett behandling, er tjenesten helt klart å foretrekke fremfor andre typer legeskontakt. To menn stiller for eksempel spørsmål om sine fedres sykdom. Med mindre de har kontakt med fedrenes lege er det vanskelig å få svar på slike spørsmål.

Den største andelen av spørsmålene, 31%, har jeg derimot kodet med verdien *ingen av disse*. Noen av disse spørsmålene er svært korte og med lite informasjon. Jeg mener likevel grunnen til at såpass mange henvendelser havner i denne kategorien er at nettlege er *praktisk*. Selv med et uproblematisk forhold til helse, sykdom og leger er en døgnåpen netttjeneste enkelt, lite tidkrevende og raskt unnagjort. En slipper å ta frem kalenderen, rydde plass til timen og komme seg til og fra legeskontoret. Spesielt dersom mennene er usikre på om de *trenger* å oppsøke lege kan en nettlege være å foretrekke. Flere av mennene i denne kategorien kan dermed også sies å navigere mellom *bryr seg ikke/burde bry seg*. De er ikke bekymret eller plaget nok til at de er sikre på at legeskonsultasjon er nødvendig, men føler at de burde *forsikre* seg om at det virkelig forholder seg slik. De ønsker kanskje en forsikring uten å måtte gå til legen. Ved å spørre en nettlege om de trenger en konsultasjon kan de altså være gode samfunnsborgere som bryr seg, samtidig som de opptrer som menn som ikke bryr seg. Slik kan de holde seg innenfor sirkelen eller måltavlen som hegemonisk maskulinitet utgjør i Robertsons modell (2007).

Menn som ønsker en second opinion er den kategorien med høyest reliabilitet, fordi *alle* spørsmålene jeg har kodet med denne verdien høyst sannsynlig ville bli kodet likt av en annen, ved bruk av samme kodebok (Silverman 2009). 29% av henvendelsene faller som nevnt innenfor denne kategorien. Disse mennene nevner tidligere legebesøk, og mange av dem ønsker også en forsikring: En forsikring om at de er i sin rett når de ikke slår seg til ro med en manglende diagnose, eller en diagnose de ikke tror på.

Diagnostiserte menn legitimerer opptatthet av helse med sykdommen eller lidelsen de har, de *må* ta vare på helsen sin (Robertson 2007). Med Connell (1995) kan vi si at disse mennene har trekk av marginalisert maskulinitet, og det blir derfor viktig å unngå ytterligere marginalisering. Opptatthet av helse og legeskonsultasjoner blir en mindre trussel mot maskuliniteten enn ytterligere helseproblemer (O'Brien mfl. 2005, Robertson 2007).

Hypokonderne er også (selv)diagnostiserte menn. De representerer kanskje det klareste bruddet med hegemonisk maskulinitet. Den mannlige hypokonderen fra mediebilder og diskurser virker fjernt fra disse (virkelige) mennene. De skriver lange henvendelser, og de beskriver både tanker og følelser som ligger langt unna det vi forbinder med "hegemoniske menns" forhold til helse og sykdom. Mennene som uttrykker det vi med Connells begreper kan kalle et underordnet eller marginalisert maskulint forhold til helse, får ofte oppmuntrende svar fra legene, og spesielt er dette tydelig i svarene til hypokonderne. Det er vanskelig å finne spor av legers posisjonering av menn slik Seymour-Smith mfl. (2002) beskriver den. Svarene vitner om leger som anstrenger seg for å se mannen og ta ham på alvor. Det synes jeg de langt på vei lykkes godt med. Er det til tross for eller på grunn av at teksten er det eneste synlige ved disse mennene?

De to stereotypiske ytterpunktene som beskriver maskulin helseadferd, er altså også å finne i dette materialet. Men slik de virkelige hypokonderne skiller seg fra de karikerte, ser også den sterke, stoiske mannen annerledes ut i disse tekstene. Kategorien jeg kaller *menn som unngår lege* har tilsynelatende holdt seg i ytterkanten av Robinsons modell – de bryr seg ikke, de har bitt tennene sammen, stukket hodet i sanden og distansert seg. Det har på samme tid ført dem bort fra den hegemoniske maskuliniteten. Mannen som i 12 år har hatt med klesskift og gått på toalettet "fra 5 til 20 ganger om dagen" har

unngått lege, selv om plagene må kunne sies å være en større trussel også mot maskuliniteten, enn å oppsøke hjelp ville vært. Slik Connell og Messerschmidt (2005) beskriver det, kan trekk som gjenspeiler den hegemoniske maskuliniteten samtidig være til hinder for å oppfylle andre sider ved den. Begrepet hegemonisk maskulinitet *i seg selv* kan ikke forklare denne adferden. Hvorfor velger menn å unngå lege når legebesøket er en mindre trussel enn sykdommen?

Konstruksjon av (hegemoniske) mannlige pasienter

Helsepersonell konstruerer menn som mindre opptatte av og mindre flinke til å ivareta egen helse (Robertson 2007, Seymour-Smith mfl. 2002). Når menn blir intervjuet trekker de på de samme diskursene om uansvarlige menn som er lite opptatt av helse og benekter problemer i det lengste. Når de snakker om menn og helse sier de ofte *menn* i stedet for *jeg* og *de* i stedet for *vi* (Robertson 2007). Menn som har handlet på tvers av diskursene forsvare og forklarer adferden sin (O'Brien mfl. 2005). Dette viser en sammenheng mellom maskulinitet og behovet for å *legitimere* positiv helseadferd. Hendelser som særlig legitimerer legebesøk, foruten så alvorlig skade eller sykdom at det er åpenbart uansvarlig ikke å gå til legen, er alvorlig sykdom hos venner eller familie, spesiell risiko for bestemte sykdommer i familien, og oppfordringer fra partner, som regel kone – eller mor (Robertson 2007:155). Menn konstrueres i tillegg som *de seriøse brukerne* av helsetjenester (Seymour-Smith mfl. 2002), og menn som går til legen med små og trivielle problemer bryter dermed med forventningene. Holdninger som at kvinner løper til legen for den minste småting kan sees både hos helsepersonell og hos menn som snakker om kjønnsforskjeller (Seymour-Smith mfl. 2002, O'Brien mfl. 2005, Robertson 2007). Når maskulinitet oppstår i relasjon til femininitet, skal med andre ord ikke menn forholde seg slik kvinner gjør når det gjelder å gå til legen. Noen av mennene i mitt materiale har erfart at problemene deres blir bagatellisert. Andre er kanskje redde for å ikke bli trodd eller bli sett som umandige, og ønsker derfor å unngå å bestille legetime unødige. Ifølge White (2002:131 i Robertson 2007) innebærer en medisinsk undersøkelse at et hegemonisk mannlige blikk observerer og måler pasienten mot en hegemonisk mannlige norm. Angsten for å være unormal er tydelig i flere av henvendelsene jeg har analysert. Dette kan igjen knyttes til frykten for å tape ansikt, eller det Claes Ekenstam kaller redselen for å falle ned i umannlighet (1998).

Dersom menn ofte må legitimere å oppsøke lege, kan en nettjeneste som Lommelegen opplagt bidra til å få menn til legen i tide. Mange svar oppmuntrer mennene til å bestille time for konsultasjon, og ofte til å ta med teksten for å gjøre kommunikasjonen med legen han skal møte *ansikt til ansikt* enklere. Det er tydelig at flere av nettlegene er klar over denne funksjonen, og over hvor viktig den er. "Vi kan hjelpe deg til å motivere deg", og "la da dette bli det startskuddet du trenger for å ta dette opp med lege nå" er sitater som vitner om det.

Hva med enslige menn?

Menns sivile status ser ut til å ha stor påvirkning på helseadferd (Kiecolt-Glaser og Newton 2001, Harvard Men's Health Watch 2010). Kvinner, og spesielt koners innvirkning på menns helse har mange sider: Gjennom dem får mennene et sunnere kosthold, de inngår sjeldnere i aktiviteter som kan betegnes som risikoadferd, de drikker ofte mindre; jevnt over får de en sunnere livsstil (Robertson 2007). Mødres innvirkning på voksne menn er derimot sjeldent beskrevet, men Robertson oppdaget at den var tydelig hos hans informanter. Ofte er det kona (eller altså moren) som tar ansvar for mannens helse, også ved å bestille legetime og "beordre" dem til å gå (Seymour-Smith mfl. 2002). Lilleaas (2005) har beskrevet hvordan maskuline mestringsstrategier ved sykdom overlater store deler av følelsesarbeidet til konen, og dermed forsterker mannen som den stille og sterke, og kvinnen som den emosjonelle omsorgsgiveren.

Mer kunnskap om forskjeller mellom menn med hensyn til etnisitet, seksualitet, nasjonalitet og funksjonshemming er etterlyst av flere forskere (Galdas 2009). I den sammenheng nevnes ikke forskjeller når det gjelder hvorvidt mennene er enslige eller lever med en partner. Hvorfor ikke, når det så ofte refereres til at menn går til legen etter å ha blitt "sendt dit" av konen? Etter min mening er den hegemoniske mannen ikke bare heteroseksuell, men også gift – og han har ofte barn. Hegemonisk maskulinitet, den formen for maskulinitet alle menn må forholde seg til (Connell 1995, Robertson 2007, Courtenay 2009, Simonsen 2006), innebærer å ha funnet en partner. Jeg mener at den

enslige mannen blir lite synlig i mange studier, og at nettlegers legitimering av og oppfordring til å oppsøke lege kan spille en særlig stor rolle for nettopp disse mennene.

Rammer for konsultasjonen

Sett i forhold til indikasjonen på antall mannlige brukere og spørsmål stilt av kvinner i samme tidsrom, er det mange menn som stiller spørsmål til Lommelegen. Sammen med statistikken nevnt innledningsvis – at få gutter bruker helsesøster, mens like mange gutter som jenter bruker nettjenester, kan dette tyde på at menn kan ha stort utbytte av helsetjenester på internett. Rammene for hva som kan spørres om er annerledes på nettet, og det er i større grad opp til mannen som spør å definere dem. *Maskuliniteters innvirkning på helseadferd* handler ikke bare om den mannlige aktøren, men også om samfunnet, mediebilder, kjønnsstereotyper og diskurser, og ikke minst om legen. Selv om mannen er i stand til å trekke på andre diskurser, innta andre posisjoner og forholde seg kritisk til hegemonisk maskulinitet, kan han *likevel* unngå legen på grunn av krav til maskulinitet – fordi rammene for legebesøket gjør andre posisjoner vanskelige å innta. Både den mannlige pasienten og legen påvirkes av diskursene omkring menns forhold til helse. Diskursene blir dermed en del av det vi kan kalle *rammene for konsultasjonen*, som igjen påvirker hvilke subjektposisjoner det er mulig for pasienten å innta. Davies og Harre (1990) mener Goffmans begrep om *footing* passer bedre med deres begreper enn *ramme*. Når jeg bruker dette begrepet er det ikke i streng enighet med Goffmans definisjon, men fordi det er et beskrivende ord for definerte situasjoner slik nettopp legekonsultasjonen er. Ramme er et ord med sterke konnotasjoner også utenfor samfunnsvitenskapene. Albums definisjon er vid: "Rammer er et begrep som leder oss til å se små utsnitt av det sosiale livet om gangen" (1996:210). Det er slik jeg bruker begrepet: Rammene for konsultasjonen er fastlagte, de skifter ikke til noe helt annet underveis i legetimen. De viser oss det samme utsnittet av det sosiale livet – men det som skjer innenfor vil selvsagt variere. Rammer er altså gitt på forhånd. Vi identifiserer hvilken ramme som omslutter legebesøket, og handler innenfor den. Goffman (1974) mener vi er forpliktet til å oppføre oss i samsvar med mulighetene og begrensingene som er innebygd i rammen, og at endring av rammen er avhengig av makt: Hos legen er det med andre ord vanskelig for pasienten å endre betingelsene eller rammen. I datamaterialet ser det ut til at en stor del av mennene har opplevd å bli posisjonert på

en slik måte innenfor disse rammene, at de ikke klarer å spørre om det de trenger, og dermed ikke får den hjelpen de ber om. Det stemmer med funn fra andre studier (O'Brien mfl. 2005).

Det er flere klare forskjeller mellom den sosiale interaksjonen mellom mennene og nettlegen, i forhold til en vanlig lege. Der interaksjonen på nett består av skriftlig kommunikasjon i form av spørsmål og svar, består vanlig legekontakt av muntlig samtale. Lommelegen er kontekstfattig og maskinformidlet interaksjon, mens legekonsultasjonen er kontekstrik samhandling ansikt-til-ansikt. I tillegg er henvendelsene og svarene på nett reflekterte med tanke på innhold, men spontane med hensyn til kontakttidspunkt. Legekonsultasjonen kan sees motsatt: Den er planlagt med hensyn til tidspunkt, men mer spontan med tanke på innhold. Der begge parter har hjelpemidler på nett, stiller begge i større grad uten på legekontorene.

Rammene for en "nettkonsultasjon" er vide. Mennene står fritt til å spørre om hva de vil, hvordan de vil, og når de vil. Ingen trenger å vite at de har stilt et spørsmål, også overfor legen er de anonyme. Siden mannen og legen ikke kan se hverandre⁵ kan han ikke miste ansikt. Kommunikasjonen er ikke en dialog, men et spørsmål og et svar, så legen kan ikke posisjonere mannen underveis i spørsmålet hans. Tekstene denne kommunikasjonen utgjør viser hva menn spør om og hvordan de beskriver problemene sine når de er alene. Mennene kan få legitimert en virkelig konsultasjon, de kan bli "sett" og få oppmuntring, informasjon og bekreftelse om normalitet gjennom nettkonsultasjonen. Flere henvendelser i mitt materiale forteller om menn som slik jeg ser det, er blitt posisjonert av legen som *for opptatt* av helse – som sytete og klagende og derfor lite maskuline. "Det er slikt som skjer", er de blitt fortalt når de har utlevert "sin store mørke hemmelighet" – for å låne ord fra to forskjellige menns henvendelser.

Når jeg sammenligner rammene for legekonsultasjonen og rammene for "nettkonsultasjonen" er det selvsagt ikke fordi jeg mener nettjenester kan erstatte vanlig legekontakt. Derimot kan en se for seg at noen av trekkene ved Lommelegen kan gjøre det lettere for mennene å innta en *bryr seg*-holdning når de føler behov for det – og hver gang de føler behov for det. For at trekkene ved hegemonisk maskulinitet som virker

⁵ Legene er avbildet ved siden av svaret, med samme portrett som på oversiktssiden.

hemmende og forsinkende på menns hjelpesøkende adferd ikke skal føre til dårligere helse og lavere levealder for menn, er det viktig at menn oppsøker hjelp hver gang de trenger det.

Både i intervjuer (Robertson 2007, Seymour-Smith mfl. 2002) og fokusgruppeintervjuer (O'Brien mfl. 2005) fremheves hegemonisk maskulinitets innvirkning på helseadferd, og helsepersonells konstruksjon av maskulinitet: Når menn først søker hjelp, er de seriøse pasienter. Det kan føre til bagatellisering av alvorlige symptomer. Flere steder går det for eksempel igjen at menn ikke blir deprimerte, bare stresset (O'Brien mfl. 2005), og også i mitt materiale er det få henvendelser om psykiske problemer. Dersom menn opplever å ikke kunne søke hjelp på bakgrunn av slike problemer, kan det ha alvorlige konsekvenser, slik selvmordsstatistikken nevnt innledningsvis kan sees som en indikasjon på. Kravene til maskulinitet i møte med helseproblemer er sterke, og menn som bryter med de hegemoniske idealene forsvarer og forklarer adferden sin (Robertson 2007, O'Brien mfl. 2005). I mitt materiale forholder en stor del av mennene seg annerledes til helse. Mange "løper til Lommelegen" raskt og for "bagateller", mange spør i tillegg til at de har oppsøkt vanlig lege, og flere viser svakhet, bekymringer, redsel og angst. Ingen kan selvfølgelig se dem, og tekstene er anonyme. Tekstene i seg selv er derimot synlige, og blir liggende på internett, utenfor mennenes kontroll. Det er ikke sikkert at mennene i mitt materiale er annerledes, og "mindre hegemoniske", enn mennene i studiene jeg har referert til og sammenlignet med. Det er mulig å tenke seg at forskjellene har sammenheng med rammen for (nett)konsultasjonen. I så fall taler det for at hegemonisk maskulinitets innvirkning på helseadferd ikke er internalisert i den forstand at den også virker i det stille – og at kravene til hva det vil si å være mann i møte med (mistanke om) sykdom oppstår i det sosiale liv, og ikke virker like sterkt når mannen er alene.

Siden fokus både forskningsmessig og politisk rettes mot muligheter for endring (Johansson 1998, Robertson 2007, Mannspanelet 2008), vil jeg hevde det er av interesse å studere rammene for konsultasjonen. Det diskurspsykologiske synet på posisjonering bærer i seg at vi forholder oss annerledes til ulike temaer, avhengig av situasjonen og nettopp det vi kan kalle rammene for samtalene vi deltar i. Dermed kan en mann forholde seg til helse – og til maskulinitet – på en mengde ulike måter, og kan forventes å

snakke annerledes om det avhengig av hvem han snakker med. Selv om vi identifiserer mønstre for konstruksjon av helse og maskulinitet i mediene eller i intervjuer med menn, betyr det ikke at de samme mønstrene eller tendensene er tilstede under konsultasjonen – der er det gjort få studier med et kjønnsperspektiv.

Helsekommunikasjon rettet mot menn?

Verken usynliggjøring eller ”overfokusering” på kjønn er veien å gå om vi ønsker større likhet. ”For det første reproducerer vi ulikhet både når vi overser den og når vi framhever den. Synliggjøring av ulikhet innebærer en risiko for at vi reproducerer den” (Widerberg 1992:292). Informasjonskampanjer rettet mot menn kan bidra til å reproducere maskulinitet og positiv helseadferd som motsetninger. Forsøket på å ”treffe” menn dersom en setter likhetstegn mellom menn og hegemonisk maskulinitet, og altså en rendyrket *bryr seg ikke*-holdning, vil etter min mening bare reproducere menn som lite opptatt av helse. Det vil være en forenkling av noe som er langt mer komplisert, og en større vektlegging av stereotypier enn av virkelige menn. På kreftforeningens nettsted *Menn og kreft* begynner for eksempel en informativ tekst for menn slik: ”Du trenger ikke søke lege for «småsykdommer», men hvis du får spesielle symptomer som ikke gir seg etter en måneds tid, kan det være lurt å konferere med legen og eventuelt få en nærmere undersøkelse” (Kreftforeningen.no). Konstruksjonen av menn som de seriøse brukerne av helsetjenester ser som vist ut til å bidra til å holde menn borte fra legen, og legger i tillegg ansvaret for å bedømme om symptomer er trivielle eller spesielle over på mannen. Dette er et ansvar det sjeldnere legges opp til at kvinner skal ta. Kampanjer som benytter denne konstruksjonen av maskulinitet som virkemiddel, kan reproducere adferden de ønsker å motvirke. Ifølge Robertson (2007) kan et alternativ være å henvende seg til menn som samfunnsborgere som bryr seg, heller enn som hegemonisk maskuline menn som ikke bryr seg. Slik kan en se for seg at den helsekommunikasjonen rettet mot menn som etterlyses blant annet i Stortingsmeldingen, med fordel kan forsøke å normalisere menns opptatthet av helse, heller enn å understreke hvor vanlig det er at menn ikke er opptatt av helse.

Jeg har argumentert for at hegemonisk maskulinitet kan sees og behandles som en dominerende diskurs. Uansett metodologisk ståsted er det sikkert at diskursene om hva

som er "typisk menn" er viktige faktorer for hvordan både leger og "legmenn" ser menns helseadferd. Medienes rolle, og spesielt TV-serier trekkes frem både av helsepersonell og menn (Robertson 2007). Der informasjonskampanjer rettet mot menn kan virke mot sin hensikt, mener jeg "naturlig forekommende" syke menn og menn hos legen, for eksempel i TV-serier, vil være med på å endre hegemonisk maskulinitet knyttet til helseadferd. På samme måte ser jeg for meg at datamaterialet mitt representerer en type tekster som kan ha samme virkning, om enn i mindre grad. Mange av mennene i mitt materiale lurer på om de er normale. Det at såpass mange har tilgang til – og leser – disse tekstene på internett, vil kunne medvirke til en normalisering av menns spørsmål, plager og bekymringer. Henvendelser som disse var for ikke så lenge siden noe bare helsepersonell og en og annen forsker hadde innsyn i. Om det er en stor nok faktor til å ha innvirkning på diskursene og den hegemoniske maskulinitetens innvirkning på helseadferd, og spesielt hjelpesøkende adferd, gjenstår å se. I alle tilfeller mener jeg det er et interessant og verdifullt materiale for dem med interesse for konstruksjonen av maskulinitet i tilknytning til helse.

Avslutning

Det ser ikke ut til at Lommelegen i særlig grad brukes av menn som ellers unngår legekontakt. Mennene som har unngått lege møter forståelse og blir oppmuntret til å oppsøke hjelp. Det ser dermed ut til at nettstedet likevel kan ha en viktig funksjon for disse mennene. Mennene bruker i liten grad tjenesten som et substitutt for vanlig lege. En del av henvendelsene handler om *nødvendigheten* av legebesøk, og viser at de i større grad bruker Lommelegen *før* lege enn i stedet for. De fleste bruker likevel Lommelegen som et supplement, og over halvparten av mennene nevner tidligere legebesøk. Kommunikasjonen mellom mennene og de svarende legene på internett er etter min mening ofte klar og reflektert, og svarene er ofte empatiske. Nettlegenes *legitimering* av mennenes bekymringer fremstår som særlig viktig. Det er mange beskrivelser av dårlig kommunikasjon med leger "i det virkelige liv" i spørsmålene. Det ser ut til at flere menn opplever å bli mistrodd eller ikke tatt alvorlig. Dette kan sees som et uttrykk for at de har opplevd å bli posisjonert som ikke-hegemoniske menn, og i noen tilfeller også som "dårligere pasienter" (Seymour-Smith mfl. 2002).

Menns tilsynelatende *bryr seg ikke*-forhold til helse kan sees både som et uttrykk for menns *holdning* (eller ikke-holdning) til helse, og som en refleksjon av diskursene (eller med Connell: den hegemoniske maskuliniteten) som sier at *slik er menn*. Jeg skriver *tilsynelatende* – for det at menn forholder seg til denne diskursen når de snakker om helse og sykdom, og det at vi kan se konturene av at mange menn også unngår helseinstitusjonene *i praksis*, betyr ikke nødvendigvis at dette bildet beskriver hvordan menn faktisk tenker og forholder seg til helse. At menn går sjeldnere til lege enn kvinner, er sannsynligvis en medvirkende årsak til nevnte forskjeller. For å oppnå endring kan et konkret fokusområde nettopp være å få menn til å gå oftere og raskere til lege ved mistanke om sykdom. Robertson (2007) identifiserer situasjoner der menn er mer mottakelige for endring: spesielt er dette store livsendringer som ekteskap, farskap og samlivsbrudd. Disse situasjonene medfører en reforhandling av maskulinitet og måter å være en mann på, og er dermed åpninger for endring, både i negativ og positiv retning, som han mener helsepersonell bør være oppmerksomme på. Robertson diskuterer særlig muligheten for innkalling til lege ved farskap. Dette er også et tidspunkt da menn ofte er med både til lege og på sykehus, og hvor helseinstitusjoner forbindes med noe annet enn bare sykdom. Innkalling til lege, slik Mannspanelet foreslår, kan virke som en god idé. Dersom menn blir mer vant med legeundersøkelser og legekonsultasjoner som noe vanlig og ufarlig, med andre ord ikke direkte knyttet til muligheten for sykdom og dermed tap av kontroll, er det rimelig å anta at terskelen for å oppsøke lege ved mistanke om sykdom også blir lavere. I tillegg kan en slik praksis være med på endre de kroppslige vanene (Lilleaas 2003). Om en slik innkallingsordning kommer på plass er i stor grad et spørsmål om politikk.

Johansson mener mannsforskning skal bidra til et bedre bilde av både forutsetninger og hindringer for endring (1998:15), for forandring i retning mer likestilling er alltid målet, mener han. Når menn overser og undertrykker helsebehov og utsetter seg for fare ved risikoadferd, bekrefter det menn som "det sterke kjønn" og legitimerer dermed kjønnsordenen (Courtenay 2009, Connell 1995, Connell og Messerschmidt 2005). Fokuset på menns helse kan bedre menns fysiske velvære, mener Courtenay, men samtidig vil det medvirke til at menns dominerende posisjon overfor kvinner vil svekkes (2009:27). Det vil med andre ord bidra til nettopp det Johansson mener er målet for

mannsforskning. Hva er vi opptatt av når vi fokuserer på menns helse – hva er målet med studier innenfor dette feltet? På bakgrunn av diskurspsykologiske tanker og Robertsons råd om konkrete muligheter for endring i retning positiv helseadferd for menn, er det mulig å se for seg at 1) menn kan oppsøke lege raskere og oftere enn i dag, men samtidig 2) fortsette å snakke om helse på en slik måte at (hegemonisk) maskulinitet og (god) helse står i et motsetningsforhold. Sagt på en annen måte: Det er fullt mulig at den faktiske helseadferden endrer seg i utakt med diskursene om maskulinitet og helse. Politisk er fokus også rettet mer mot endring av handling, enn av holdninger.

Begrensninger og implikasjoner

Mitt materiale består av 250 spørsmål stilt av menn til leger på Lommelegen.no, og jeg kan derfor ikke uttale meg med sikkerhet om andre enn mennene bak disse spørsmålene. For så vidt er antallet likevel ikke av betydning, da mange studier går i dybden med et lite antall informanter. I min studie har jeg derimot sett og forsøkt å gjengi et litt annerledes bilde av menns helseadferd. Spørsmålene er stilt på internett, men mye kan leses ut av tekstene, også når det gjelder mennenes opplevelse av kontakt med leger og helsevesen i det såkalte "virkelige liv". Et stort antall av tekstene er klare og informative. Dette er menn som i alle fall skriftlig kan gjøre rede for sine problemer. Svarene de får tar mannen på alvor, de kritiserer sjelden, men oppmuntrer ofte. Jeg ser konturene av legers konstruksjon av maskulinitet slik som hos Seymour-Smith mfl. (2002) og Robertson (2007) i mennenes beskrivelser av fysiske leger. De virtuelle legene, nettlegene, gir derimot langt på vei et annet bilde. Likevel kan vi se likhetstrekk: Den svarende legen oppmuntrer og dytter forsiktig mannen mot legekonsultasjon, men nesten alltid uten pekefinger. Det skinner tydelig i gjennom at det ikke er overraskende at menn bruker lang tid på å ta symptomer på alvor ved å bestille legetime. Jeg har forsøkt å vise hvordan mennene uttrykker seg, hva de spør om, og hva slags svar de får. Jeg har valgt å fokusere på den dårlige kommunikasjonen mange beskriver, fordi denne tendensen for meg har vært blant de klareste. Det er selvfølgelig mye annet jeg kunne fokusert på, og kanskje bet jeg meg merke i dette også fordi det sjeldnere har vært beskrevet og gjennomgått i andre studier, og dermed fremsto desto tydeligere i mitt materiale.

Menns spørsmål til nettleger er etter min mening et verdifullt materiale, fordi det gir oss innsyn i konsultasjonsrommet på internett. Som nevnt innledningsvis kan vi ikke si med sikkerhet at menns sjeldne og sene kontakt med lege er årsaken til helseforskjellene mellom kjønnene. Så lenge det er en utbredt oppfatning at det finnes en sammenheng, mener jeg imidlertid det er behov for flere studier. Jeg innledet oppgaven med å si at *menns faktiske legebesøk er skjult for oss*, og at tekstene jeg har analysert representerer et innblikk i det jeg kaller konsultasjonsrommet på internett. Studier som Dag Albums *Nære fremmede* (1996) og Aagoth Elise Storviks *Skikk og bruk på legekantoret* (1996) undersøker hvordan behandlere og pasienter samhandler i de virkelige konsultasjonsrommene. *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter* (Malterud 1990) ser nærmere på kvinnelige pasienters møte med legen. Kanskje kan en lignende studie med maskulinitetsperspektiv kaste mer lys over hvorvidt noen av hindrene for at menn skal bruke helsetjenester i større grad enn i dag finnes i rammene for konsultasjonen.

Skriftlig kommunikasjon mellom pasient og lege kan ikke erstatte den vanlige konsultasjonen. Jeg mener den kan være et fruktbart supplement, og kanskje gjøre terskelen for å ta kontakt og be om hjelp lavere for menn som til nå har holdt seg borte. I tillegg ser jeg muligheten for at den kan ha større ringvirkninger: Tekstene på Lommelegen kan kanskje være med på å endre oppfatningene våre om hvordan menn snakker om helse, og hva som er normalt. Det er som nevnt et politisk mål at alle leger skal kunne kommunisere med pasientene sine over nett innen 2012. Hvordan en slik ordning vil fungere i praksis gjenstår å se. Robertson mener en viktig oppgave for helsepersonell ligger i å hjelpe menn til å endre adferd: "Health professionals can help men manage the 'don't care/should care' dichotomy by recognizing and providing the 'legitimation' men need to utilize health services" (Robertson 2007:64). I mellomtiden vil jeg hevde at legekontakt på internett fyller nettopp denne funksjonen.

Kilder

Alle url-adresser der lesedato ikke er oppgitt, er aktive per 21. Juni 2011.

- Album, D. (1991) Det kjønnsdelte pasientfelleskapet. I D. Album & G. Midré (red.) *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi.* (s 27-54). Oslo: Ad Notam.
- Album, D. (1996) *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus.* Oslo: Tano.
- Album, D. (2010) Den ene undersøkelsen etter den andre. I D. Album, M.N. Hansen & K. Widerberg (red.) *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Aller Internett: <http://www.allerinternett.no/innsikt> Lesedato: 11.01.2010.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2007) Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. Arbeids- og velferdsdirektoratet: Statistikk og utredning. I *Nav-rapport 4: 2007.*
- Armstrong, D. (1995) The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17 (3): 393-404.
- Backman, S. (2005) *Den sjuka mannen. Populärkulturella gestaltningar av manlig ohälsa.* Stockholm: Carlsson.
- Bakketeig, L.S & Nordhagen, R. (2007) Hva feiler menn? I B. Schei & L. S. Bakketeig (red.) *Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv.* (s 88-96) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørnerud, K. (2006) *Menn og kreft. En kvalitativ studie av unge menns opplevelse og håndtering av kreftsykdom.* Masteroppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
- Bourdieu, P. (2000) *Den maskuline dominans.* Oslo: Pax forlag
- Braaten, E.S. (2004) "Er det normalt?" En studie av forståelsen av seksualitet på www.klara-klok.no Hovedoppgave i Sosiologi. Universitetet i Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.
- Broom, A. & Tovey, P. (2009) Introduction: Men's health in context. I A. Broom & P. Tovey (red.) *Men's Health: Body, Identity and Social Context.* (s 1-8). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Connell, R.W. (1995) *Masculinities.* Cambridge: Polity Press.
- Connell, R.W. & Messerschmidt J.W. (2005) Hegemonic Masculinity. Rethinking the concept. *Gender & Society* Vol. 19 No. 6 : 829-859.

- Courtenay, W.H. (2009) Theorising masculinity and men's health. I A. Broom & P. Tovey (red.) *Men's Health: Body, Identity and Social Context*. (s 9-32). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Courtenay, W.H. (2000) Teaming Up for the New Men's Health Movement. *The Journal of Men's Studies* Vol.8 nr.3: 387-392.
- Creswell, J.W. (2007) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches*. 2 utgave. London: Sage.
- Davies, B & Harre, R. (1990) Positioning. The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 20 (1): 1-18.
- Dybendal, K.E & Skiri, H (2005) Befolkningsstatistikk: Klare geografiske forskjeller i levealder mellom bydeler i Oslo. *Samfunnsspeilet*, 6 (19): 18-27.
- Edley, N. & Wetherell, M. (1997) Jockeying for Position: The Construction of Masculine Identities. *Discourse & Society* 8 (2): 203-217.
- Ekenstam, C. (1998) Kroppen, viljan & skräcken för att falla: ur den manliga självbehärskningsens historia. I C.Ekenstam, J.Frykman, T.Johansson, J.Kuosmanen, J.Ljunggren & A.Nilsson *Rädd at falla. Studier i manlighet*. (s 26-49) Södertälje: Gidlunds Förlag.
- Embarassing Bodies. (TV-program) Channel 4.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S. & Hunt, K. (2006) Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science and Medicine*, 62(9):2246-2257.
- Folkehelseinstituttet. *Helsetilstanden i Noreg: Levealder*.
<http://www.fhi.no/artikler/?id=70805>
- Galdas, P.M. (2009) Men, masculinity and help-seeking behaviour. I A. Broom & P. Tovey (red.) *Men's Health: Body, Identity and Social Context*. (s 63-82). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Goffman, E. (1974) *Frame Analysis. An Essay of the Organization of Experience*. Cambridge Massachusettes: Harvard University Press.
- Harvard Men's Health Watch (2010) Marriage and Men's Health: July 2010
http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Mens_Health_Watch/2010/July/marriage-and-mens-health
- Johansson, T. (1998) Från mansroll til maskuliniteter: en innledning. I C.Ekenstam, J.Frykman, T.Johansson, J.Kuosmanen, J.Ljunggren & A.Nilsson *Rädd at falla. Studier i manlighet*. (s 7-15) Södertälje: Gidlunds Förlag.
- Journalisten.no, <http://www.journalisten.no/story/51087>

- Jørgensen, M.W. & Phillips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Newton, T.L. (2001) Marriage and Health: His and Hers. *Psychological Bulletin* Vol.127, No.4: 472-503.
- Kimmel, M. (1996) *Manhood in America*. New York: Free Press.
- Kreftforeningen: http://www.kreftforeningen.no/forebygg/menn_og_kreft
- Lilleaas, U. (2003) Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne. Rapport 2:2003: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.
- Lilleaas, U. (2005) John Wayne- tilnærmingen til alvorlig sykdom. *NIKK magasin*, 1: 21-23.
- Malterud, K. (1990) *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Universitetet i Bergen: Tano.
- Manhattan Research (2004) New Analysis from Manhattan Research Debunks Myths about Men's Health. Men Find the Internet an Appealing Alternative in Managing Health Concerns. Press Release.
http://www.manhattanresearch.com/newsroom/Press_Releases/Mens_Health_09152004.aspx
- Mannspanelet (2008) Mannspanelet's konklusjonsnotat - med panelets anbefalinger til tiltak. Oslo 3. mars 2008. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:
<http://www.regjeringen.no/nn/dep/bld/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/2008-2009/stmeld-nr-8-2008-2009-/13.html?id=539278>
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1999) *Pain: clinical Manual*. 2. utgave. St. Louis: Mosby.
- Mæland, J.G. & Haugland, S.(2007) Det syke kjønn? I B. Schei & L. S. Bakketeig (red.) *Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. (s 69-87) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NHI: Norsk Helseinformatikk. PSA-test hos friske menn.
<http://nhi.no/sykdommer/kreft/diverse/psa-test-hos-friske-menn-1839.html>
- NOU (1999) Kvinners helse i Norge. Norges offentlige utredninger 1999:13. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- O'Brien, R., Hunt, K. & Hart, G. (2005) 'It's cavemen stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine* 61 (3): 503-516.
- Oliffe, J.L. (2009) Positioning prostate cancer as the problematic third testicle. I A. Broom & P. Tovey (red.) *Men's Health: Body, Identity and Social Context*. (s 33-62). Oxford: Wiley-Blackwell.

- Reiersdal, O., Helland, E.S., Breland, H.P. (2007) Sykepleiere bruker ikke smerteskala. *Sykepleien* 95(7):50-52.
- Robertson, S. (1998) Men's Health: present practice and future hope. *British Journal of Community Nursing*. 3(1): 45-49.
- Robertson, S. (2007) *Understanding Men and Health. Masculinities, Identity and Well-being*. London: McGraw-Hill.
- Schei, B. & Bakketeig, L.S. (2007) *Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et Kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schei, B & Sundby, J. (2007) Kjønn og helse – Begreper og modeller. I B. Schei & L.S. Bakketeig (red.) *Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. (s 33-49) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Seidler, V.J. (2003) Men, Bodies and Identities. I S. Ervø & T. Johansson (red.) *Bending Bodies. Moulding Masculinities*. Aldershot: Ashgate.
- Seymour-Smith, S., Wetherell, M. & Phoenix, A. (2002) 'My Wife Ordered me to Come!': A Discursive Analysis of Doctors' and Nurses' Accounts of Men's Use of General Practitioners. *Journal of Health Psychology*. Vol 7(3): 253-267.
- Silverman, D. (2005) *Doing Qualitative Research*. 2 utgave. London: Sage.
- Silverman, D. (2009) *Interpreting Qualitative Data*. 3. utgave. London: Sage.
- Simonsen, S.S (2006) *Mænd, sundhed og sygdom - ronkedorfænomenet*. Århus: Klim.
- SteadyHealth.com:[http://www.steadyhealth.com/articles/The Real Reasons Men Don t Go to the Doctor %E2 And Why They Should_a1517.html](http://www.steadyhealth.com/articles/The_Real_Reasons_Men_Don_t_Go_to_the_Doctor_%E2_And_Why_They_Should_a1517.html)
- Stortinget : sak nr 7. Møte 12 mai 2009. <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2008-2009/090512/7/>
- Stortingsmelding nr. 8 (2008-2009) Om menn, mansroller og likestilling. Oslo: Det kongelige Barne- og likestillingsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nn/dep/bld/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/2008-2009/stmeld-nr-8-2008-2009-.html?id=539104>
- Storvik, A.E. (1996) *Skikk og bruk på legekantoret : en studie av legers selvpresentasjon og deres relasjoner til pasientene*. Universitetet i Oslo: Institutt for sosiologi.
- Sundhed.dk http://laegehaandbogen.dk/default.aspx?menu=3026&submenu=3027&document=7444#reference_2
- Sørensen, K., Østvik, A.R., Lintvedt, O.K., Gammon, D. & Wang, C.E. (2007) Forebygging av psykisk helse blant studenter ved hjelp av et lavterskeltilbud på Internett. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 44, nummer 3: 265-268.

- Teknologirådet (2010) eHelse: Pasienten på nett. *Fra rådet til tinget* nr. 27/2010.
- Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tidsskrift for Den norske Legeforening. Fortsatt nei til PSA-test på friske menn.
<http://tidsskriftet.no/Innhold/Nyheter/2003/Mai/Fortsatt-nei-til-PSA-test-paa-friske-menn>
- Waler, H.T (1999) Menns overdødelighet. *Norsk Epidemiologi*, 9 (2): 97-100.
- Wetherell, M. & Edley, N. (1999) Negotiating Hegemonic Masculinity: Imaginary Positions and Psycho-Discursive Practices. *Feminism & Psychology* 9 (3): 335-356.
- WHO (2009) World Health Statistics 2007. Mortality and Burden of Disease.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70805::1:6043:17:::0:0
- Widerberg, K. (1992) Teoretisk verktøykasse – analysemåter og metoder. I A. Taksdal og K. Widerberg (red.) *Forståelser av kjønn*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Widerberg, K. (2001) *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i denne oppgaven (ekskludert krysstabeller) er 39 382.

Vedlegg

Vedlegg 1: Skjema for innsendelse av spørsmål til Lommelegen

1: Spørsmålet ditt

Forsøk å være så kortfattet som mulig, men ta med symptomer og helseopplysninger som gir legen grunnlag for å kunne svare best mulig. Ikke ta med navn, e-postadresse eller andre opplysninger om din identitet. [se] Tips om formulering.

Man får erfaringsmessig et bedre og mer konkret svar fra legen, jo mer presist og kortfattet man formulerer seg. Derfor har vi lagt inn en maxgrense på 2000 tegn i spørsmålsfeltet nedenfor. Du vil kunne se hvor mange tegn du har skrevet inn like under feltet.

2: Bilde

Her kan du helt anonymt laste opp et bilde hvis du f.eks har et utslett eller annet visuelt symptom som kan bidra til at du får en mer presis diagnose. Ingen innsendte bilder kommer på trykk i Lommelegen.no.

Bildet må være i 'jpg', 'gif' eller 'png' format og kan ikke være større enn 2MB.

3: Relevante sykdommer eller medisiner

Ta kun med opplysninger som er relevante for spørsmålet ditt, ellers kan du la dette feltet stå tomt.

4: Kjønn Kvinne / Mann

5: Alder

6: E-postadresse

E-postadressen din vil kun bli brukt til å sende deg en 100% anonym e-post med koden du trenger for å kunne lese svaret på ditt innsendte spørsmål til legen. E-postadressen din vil ikke bli lagret av Lommelegen eller bli brukt til øvrige tilbakemeldinger fra oss eller våre samarbeidspartnere.

7: Skjult svar

Identiteten til den som stiller spørsmål er skjult for Lommelegen og for Lommelegens brukere. Spørsmål og svar publiseres på våre sider på en slik måte at spørsmålsstilleren er anonym. Det er av stor verdi for Lommelegens brukere at spørsmål og svar gjøres tilgjengelig for flere. Dersom du likevel skulle ønske at ditt svar kun kan leses av deg, kan det gjøres mot et pristillegg på kr. 150,-

Huk av hvis du ønsker at svaret ditt skal være skjult for andre (pristillegg kr 150,-).

8: Vilkår for tjenesten



Huk av for at du har forstått og godtatt vilkårene for tjenesten.

Vedlegg 2: Vilkår for spørretjenesten hos Lommelegen

Dette er vilkårene for tjenesten

Denne svartjenesten fra Lommelegen.no er en betalingstjeneste hvor du er garantert å få svar fra en av Lommelegens fagpersoner. Fagpersonene setter seg inn i spørsmålet ditt og gir deg et personlig svar med informasjon om for eksempel sykdommer, skader, behandlingsformer, rettigheter og eksisterende behandlingstilbud.

SVAR

Når du stiller spørsmål til Lommelegen, vil ditt personlige svar vil foreligge i løpet av den tiden som er angitt for hver svarkategori. Du kan lett finne fram til svaret ved å bruke et referansenummer du får oppgitt idet du stiller spørsmålet ditt. Alle svar legges anonymt ut på Lommelegens nettsider. De er søkbare og kan lese av andre med mindre du velger tilleggstjenesten  skjult svar . I så fall blir svaret passordbeskyttet og kan bare leses av deg selv.

PERSONVERN OG ANONYMITET

Lommelegen setter personvernet i høysetet og har konsesjon fra Datatilsynet. Alle som stiller spørsmål får være anonyme. For å opprettholde denne anonymiteten, må du ikke ta med navn, adresse, e-postadresse eller andre opplysninger som kan røpe din identitet når du formulerer spørsmålet ditt. For å ivareta din anonymitet, sendes ingen svar eller andre opplysninger til deg med e-post.

TJENESTENS BEGRENSNINGER

Lommelegens svartjeneste kan ikke sammenliknes med å gå til undersøkelse eller behandling hos en lege eller på et sykehus, og tjenesten må aldri brukes i stedet for kontakt med, undersøkelse hos eller behandling av lege eller annen fagperson. Svaret du får gir kun generell informasjon basert på spørsmålet du har stilt og har ikke forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål. Et svar er derfor ikke "helsehjelp" etter Helsepersonellovens definisjon. Svaret du får må aldri brukes som utgangspunkt for å stille diagnoser eller avgjøre valg av behandling. Ingen tilstander, legemidler eller behandlinger blir fullstendig beskrevet.

PRIS OG SVARTID

De ulike svarkategoriene kan ha forskjellig pris og svartid. Opplysninger om pris og svartid er angitt på tjenestens forside.

BETALING

Betalingen foregår via PayEx, et betalingssystem for Internett som er utviklet og blir driftet av betalingsselskapet Payex Solutions AS. Beløpet du skal betale belastes i forbindelse med at du stiller spørsmålet ditt. Betalingstransaksjonen håndteres i sin helhet av betalingsselskapet. Teknisk foregår dette ved at du blir midlertidig videresendt fra Lommelegens nettsted til betalingsselskapets nettsted, hvor selve betalingstransaksjonen finner sted på en sikker server. Den eneste informasjonen som vil gå mellom Lommelegen og betalingsselskapet vil være en bekreftelse på om betalingstransaksjonen er gjennomført eller ei. Ut over dette har Lommelegen ikke tilgang til informasjon om betalingstransaksjonen. Når transaksjonen er gjennomført, blir du videresendt tilbake til Lommelegens nettsted. Betalingsselskapet har ikke tilgang til opplysninger du gir når du formulerer spørsmålet ditt til Lommelegen. Informasjonen som angår din betalingstransaksjon og din kommunikasjon med Lommelegens fagpersonell er altså helt atskilt. Opplysninger du gir i ditt spørsmål kan ikke spores tilbake til deg.

BEHOV FOR HELSEHJELP

Ved mistanke om et helseproblem må lege alltid kontaktes. Hvis liv og helse står på spill, må du straks ringe 113 - medisinsk nødhjelp. Ved annet behov for legehjelp kan du kontakte fastlegen din eller legevakttjenesten i det området du befinner deg. Du finner en oversikt over allmennpraktiserende leger i Norge på gulesider.no.

ANSVAR

Verken redaktøren, medarbeiderne eller Lommelegen AS kan på noen måte stilles til direkte eller indirekte ansvar for noen form for ulempe, tap, skade, lyte eller mén som direkte eller indirekte måtte være konsekvens av bruk eller misbruk av informasjon inneholdt på, forutsatt i eller tolket ut fra dokumentene som til sammen utgjør nettstedet Lommelegens svartjeneste. Referanse- og passord du mottar må læres utenat og aldri oppgis til andre. Svar fra Lommelegen.no er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. De gjøres tilgjengelig for at du skal kunne lese dem på skjerm. Uten særskilt avtale med Lommelegen AS er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring utover dette bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

FORSINKELSER OG UTEBLITTE SVAR

Lommelegen har som mål å levere svar til avtalt tid. Hvis det likevel forekommer at et svar av noen grunn blir forsinket eller uteblir, har du rett til å få refundert beløpet du har betalt. Erstatning ut over dette vil ikke bli gitt, og Lommelegen påtar seg ikke ansvar for ulempe, tap eller skade som direkte eller indirekte måtte ha sammenheng med et forsinket eller uteblitt svar. Melding om uteblitt svar kan gjøres her. Ta med tidspunkt og dato for når spørsmålet ble stilt.

KLAGE

Dersom du er av den oppfatning at svaret du får ikke er tilfredsstillende, eller at svaret er i strid med lovgivning, forskrifter, avtaler eller etiske retningslinjer, ber vi deg ta kontakt med Lommelegen på følgende adresse:

Lommelegen AS
Aller Internett
Mølleparken 2E
0459 Oslo

Vedlegg 3: Tips om formulering av spørsmål til Lommelegen

Tips til deg som skal skrive inn et spørsmål

For at vi i Lommelegen skal kunne gi deg et best mulig svar på spørsmålet ditt, er det fint om vi får vite så mye som mulig om problemet eller plagene dine. Her er noen tips til hva som er fornuftig å ta med.

Hvor lenge har problemet vart?

Ikke bruk mye plass på detaljer om datoer, men gi oss en formening om hvor lenge du har hatt plagene.

Beskriv symptomene dine

Forsøk å beskrive dem så saklig og objektivt du klarer. Fortell hvor i kroppen plagene kommer fra, i hvilke situasjoner de er bedre eller verre, om de varierer i løpet av døgnet, hvordan eventuelle smerter oppleves (sviende, sprenge, murring) og om det er synlige forandringer. Beskriv i så fall størrelse, sted, farge og eventuelt hudtemperatur. Har du andre plager bør du nevne dem kort, spesielt hvis du tror de har sammenheng med hovedplagene.

Fortell om medisiner du bruker

Doser, altså hvor mye du tar av hver medisin, er vanligvis ikke nødvendig, med mindre du selv tror det har noe med plagene å gjøre.

Fortell om behandling du har fått

Hvilke behandlingsopplegg du har forsøkt og hvilken effekt de har hatt?

For jenter og kvinner:

Fortell om du har normal menstruasjon, eller om det er mulig at du kan være gravid.

Hva er du bekymret for?

Skriv gjerne med rene ord hva du tror selv og hva du er bekymret for. De fleste har mange tanker rundt plagene sine, og tenker kanskje på alt fra kreft til farlige infeksjoner.

Vedlegg 4: Kodebok

A: Hva gjelder spørsmålet?

- **Egen sykdom/symptomer** (Alt som gjelder egne lidelser, symptomer og sykdom)
- **Generell interesse** (Spørsmål på bakgrunn av interesse heller enn behov, eks. "det hadde vært interessant å vite")
- **På vegne av andre** (Spørsmål stilt på vegne av andre, eks. partner/familie. Også spørsmål der fokus er på en annen - hvordan skal jeg hjelpe, kan jeg smitte en som skal skjermes etc.)
- **Informasjon om framgangsmåte/legemidler/undersøkelser** (spørsmål om framgangsmåte for å få hjelp/stilt diagnose, spørsmål om legemidler, eller om hva en undersøkelse innebærer etc. Spørsmål som etterspør rådgiving.

B: Er spørsmålet første skritt for å få hjelp?

- **Ja** (Egen sykdom: Dersom spørsmålet tydelig er første skritt for få hjelp. Mannen har ikke tidligere oppsøkt lege for problemet.)
- **Nei** (Egen sykdom: mannen har hatt kontakt med lege for problemet, men nye symptomer kan ha kommet til, og spørsmålet kan gjelde disse nye symptomene)
- **Uaktuelt** (Egen sykdom: For lite bakgrunnsinformasjon til at det er mulig å avgjøre, samt spørsmål som gjelder andre, eller generell interesse.

C: Nevner de tidligere legebekøk?

- **Ja** (Dersom mannen nevner tidligere legebekøk, utredning eller undersøkelser)
- **Nei** (Dersom mannen ikke nevner tidligere legebekøk)

D: Har de en diagnostisert lidelse?

- **Ja** (Dersom mannen har en diagnose, også dersom spørsmålet ikke er direkte relatert til den - eks. "jeg har angst og får medisin for dette, i det siste har jeg blitt tungpustet")
- **Nei** (ingen diagnose nevnes)

E: Spør de om informasjon som er lett tilgjengelig ved internettsøk?

- **Ja** (Dersom mannen spør om informasjon som er tilgjengelig på internett, eks. legemidler i felleskatalogen, hva en undersøkelse innebærer, hvem som er spesialist på hva, standardsymptomer på ulike lidelser etc.)
- **Nei** (Dersom mannen ikke etterspør informasjon som er (lett) tilgjengelig på internett)

F: Spør de om framgangsmåte for å få hjelp?

- **Ja** (Dersom mannen spør om hvordan han går frem for å få foretatt undersøkelser/stilt diagnose etc. Eks. Hvordan får jeg time hos nevrolog, hvordan bestiller jeg MR, hvem skal jeg kontakte etc.)
- **Nei** (Dersom mannen ikke spør om dette)

G: Ønsker de hjelp til å forstå legens/spesialistens informasjon?

- **Ja** (Dersom mannen ber om hjelp til å forstå eller tolke svar eller informasjon gitt av lege eller spesialist, feks. MR-svar eller epikrise)
- **Nei** (Dersom det ikke gjelder hjelp til å forstå informasjon gitt av lege/spesialist)

H: Faller spørsmålet inn under fastlege- eller spesialistfeltet?

- **Fastlege** (Dersom spørsmålet gjelder noe som faller inn under fastlegens arbeidsfelt - allmenntilleggsmedisin eller noe som krever utredning før evt. spesialist. Spørsmål hvor det ikke er opplagt hvor en skal henvende seg faller inn under "fastlege")
- **Spesialist** (Dersom spørsmålet gjelder noe som krever spesialist. Spørsmål som gjelder tilstander/undersøkelser som må utredes/behandles av spesialist, uavhengig av om vedkommende ønsker offentlig eller privat behandling)

I: Tidsaspektet: Er det et problem de har hatt over tid?

- **Nytt** (Spørsmål med formuleringer som "nå", "i går", "i det siste" etc., eller hvor det er tydelig at dette er et nylig oppstått problem. Grovt sett de siste dagene/ukene)
- **Delvis nytt** (Der problemet er relativt nytt, de siste månedene dersom det ikke er et alvorlig problem. Enten ved at det eksplisitt kommer til uttrykk, eller ved at det tydelig skinner i gjennom)
- **Over tid** (Der det eksplisitt nevnes eller er tydelig at det gjelder det siste året, eller ved alvorligere tilstander måneder - altså hvor det må være åpenbart at mannen har gått med problemet lengre enn det kan forsvares ut fra "å se det an")
- **Over lang tid** (Dersom det gjelder et problem mannen har hatt over lang tid, gjerne flere år) Her må en til en viss grad tolke spørsmålene, men ofte kommer det også eksplisitt fram hvor lenge symptomene/problemet har vedvart.
- **Uaktuelt** (for lite informasjon, som når spørsmålet er én enkelt setning)

J: Kommer anonymitet, raskt svar, enkelhet eller ønsket om en second opinion fram som en viktig faktor i spørsmålet? (fortrinn ved nettenester)

- **Anonymitet** (Der det er tydelig at mannen synes det er vanskelig, pinlig, ubehagelig å ta kontakt med lege, enten ved at han eksplisitt nevner det, eller ved at tema må kunne oppfattes (eller tydelig oppfattes av ham) som potensielt ømfintlig – feks. ulovlige preparater, angst, penisrelaterte problemer, etc.)
- **Raskt svar** (det haster med svar – han ønsker svar fortere enn han ville fått ved å bestille legetime, ønsker spørsmålet besvart før en bestilt legetime, eller ønsker rask tilbakemelding på om symptomene/problemet må utredes av lege)
- **Enklere/mindre alvorlig** (der det kommer frem at mannen synes det er et trivielt spørsmål, "det hadde vært intr. å vite" etc. Spørsmål som det synes som om oppleves for lite alvorlige til å ta opp ansikt til ansikt med en lege – tørre lepper, hudforandringer etc. Også når det virker som om mannen synes det er unødvendig å bestille legetime for å spørre)
- **Uavhengig second opinion** (Der mannen har vært til lege(r) med problemet, men ønsker en uavhengig "second opinion". Det kan være fordi han ikke har slått seg til ro med diagnosen/manglende diagnose, eller for å be om nettlegens syn på om han mottar riktig behandling, eller om han burde gjøre mer for å få bedre utredning/behandling etc.)
- **Ingen av disse** (Der faktorene (anonymitet, enkelhet, raskt svar, second opinion) ikke er fremtredende, og hvor spørsmålet like gjerne kunne vært stilt til en annen lege. Ofte virker det som om det er like greit/bedre å stille spørsmål til legene her enn å bestille legetime, bla. fordi en ikke vet hvor en skal henvende seg, eller ikke orker bestille time)

K: Oppfordring til videre utredning/behandling i svar

- **Avvente** (Dersom legen mener mannen kan avvente før han eventuelt oppsøker lege, eks. Se an noen dager, jeg tror du kan ta det med ro etc.)
- **Egenbehandling** (Der legen foreslår egenbehandling i form av ikke-reseptbelagte preparater, hygiene, livsstilsomlegging, endrede tankemønstre etc.)
- **Informasjon** (Dersom legen kun gir informasjon, oftest der spørsmålet ikke gjelder egen sykdom, men også når legen svarer at undersøkelser/utredning/behandling ikke er nødvendig eller ikke anbefales. Eks. Kan jeg bruke denne medisinen selv om den er for noe annet? Svar: Nei)
- **Utredning** (Dersom legen oppfordrer mannen til å oppsøke lege/spesialist eller lignende for videre utredning)
- **Øyeblikkelig hjelp** (Dersom legen mener mannen må få legetime på dagen, oppsøke legehjelp, ringe ambulanse eller ta kontakt med sykehus)

Vedlegg 5: Frekvenstabeller

Hva gjelder spørsmålet?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Egen sykdom eller symptomer	180	72.0	72.0	72.0
Generell interesse	13	5.2	5.2	77.2
På vegne av andre	10	4.0	4.0	81.2
Info om framgangsmåte ved bruk av legemidler eller undersøkelser	47	18.8	18.8	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Er spørsmålet første skritt?

	Frekvenser	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Ja	94	37.6	37.6	37.6
Nei	99	39.6	39.6	77.2
Uaktuelt	57	22.8	22.8	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Nevner de tidligere legebesøk?

	Frekvenser	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Ja	142	56.8	56.8	56.8
Nei	108	43.2	43.2	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Har de en diagnostisert lidelse?

	Frekvenser	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Ja	74	29.6	29.6	29.6
Nei	176	70.4	70.4	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Spør de om informasjon som er lett tilgjengelig?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Ja	23	9.2	9.2	9.2
Nei	227	90.8	90.8	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Spør de om framgangsmåte for å få hjelp?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Ja	36	14.4	14.4	14.4
Nei	214	85.6	85.6	100.0
Total	250	100.0	100.0	

Ønsker de hjelp til å forstå legens informasjon?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Ja	12	4.8	4.8	4.8
Nei	238	95.2	95.2	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Faller spørsmålet inn under fastlege- eller spesialistfeltet?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Fastlege	199	79.6	79.6	79.6
Spesialist	51	20.4	20.4	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Er det et problem de har hatt over tid?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Nytt	59	23.6	23.6	23.6
Delvis nytt	60	24.0	24.0	47.6
Over tid	54	21.6	21.6	69.2
Over lang tid	34	13.6	13.6	82.8
Uaktuelt	43	17.2	17.2	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Hva er fortrinnet ved nett-tjenesten?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Anonymitet	37	14.8	14.8	14.8
Raskt svar	30	12.0	12.0	26.8
Enklere/mindre alvorlig	33	13.2	13.2	40.0
Uavhengig second opinion	72	28.8	28.8	68.8
Ingen av disse	78	31.2	31.2	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	

Oppfordring til videre utredning i svaret?

	Frekvens	Prosent	Gyldig prosent	Kumulativ prosent
Avvente	25	10.0	10.0	10.0
Egenbehandling	27	10.8	10.8	20.8
Informasjon	83	33.2	33.2	54.0
Utredning	113	45.2	45.2	99.2
Øyeblikkelig hjelp	2	.8	.8	100.0
Totalt	250	100.0	100.0	