

Helsefortellinger

Et kultursosiologisk blikk på helseforståelsen

fra 1960 til 2000

sett gjennom ukebladet Kvinner og Klær

Karin Lauritzen

Våren 2005

Cand. Polit 1992

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Universitetet i Oslo

Sammendrag

Helsebegrepet er et begrep som er vanskelig å definere. Ved å gå til ukepressen, i dette tilfellet ukebladet Kvinner og Klær, har jeg i denne oppgaven forsøkt å danne et bilde av hvordan man så på helsebegrepet for førti år siden og hvordan utviklingen har vært frem til år 2000 ved å se på legespalten i ukebladet.

På sekstitallet var det en anonym, kvinnelig lege som hadde en dagbokspalte i ukebladet. Her er det først og fremst sykdom det handler om, og helsebegrepet er preget av en biomedisinsk modell der man har et reduksjonistisk menneskesyn. Det dreier seg her om at mennesket består av ulike deler som kan repareres, og legen opptrer som en autoritær, allvitende skikkelse.

På syttitallet har en sosialkurator overtatt spalten, og man har nå beveget seg over til et sosialmedisinsk syn. Det er vekt på samfunnets normer og hvordan disse kan påvirke individet til å kjenne seg i ubalanse. Spalten handler mer om følelser og relasjoner enn tidligere, men også om det rent praktiske rundt det å være syk. Fokuset er ikke på biologisk sykdom slik det var ti år tidligere, og sosialkuratoren har en friere posisjon enn legen hadde før henne, og samfunnsdiskursen er fremtredende.

Ti år senere er det en mannlig lege som har overtatt spalten, og nå er det vekt på det medisinske som fag. Svært liten plass er viet pasientrelasjonen, og desto mer vekt er lagt på legens utredning om ulike medisinske fenomen. Det er mer en fagdiskurs som preger spalten. Helsestoffet krymper kraftig inn på denne tiden, og det reduseres til en del av en spørrespalte.

På nittitallet har "Kjære Åsa"-spalten kommet, og helsestoffet har økt betraktelig i omfang. Nå preges helsebegrepet av kjærlighet og relasjoner, og denne delen er viet størst plass. Legen opptrer nå som en fortrolig venninne i forhold til innsenderen, som skriver inn sine problemer til henne. Nye fenomen inkluderes i helsestoffet, som nå også bærer mye preg av forskningsformidling. Det økende omfanget av helserelatert stoff kan muligens tyde på en medikalisering av stadig nye deler av vår hverdag. Individet har kommet i sentrum, og har nå blitt den som er ansvarlig for sin egen helse. Det handler langt mer om forebygging og om det sunne enn tidligere, fokuset på sykdom og det kliniske har forsvunnet fra helsesidene.

I år 2000 er helsestoffets omfang oppe i 15 sider pr. utgave, og det er svært omfattende. Helse har blitt til en livsstil, og kanskje henger det sammen med at det i vår tid er økt fokus på risiko. Det å ta vare på vår egen kropp blir en måte å skaffe seg kontroll og mestring på, og det er noe som er nært for oss. Selvpleie og egenomsorg har blitt legitime fenomen i dag, og det er muligens på grunn av vårt samfunn som er preget av individualitet. Helsebegrepet har også kommet til å handle om livskvalitet og det gode liv er i stor grad det sunne liv.

| | |
|--|----|
| Innledning | 6 |
| Kapittel en: Teori og metode | 9 |
| 1.1 Ukeblader som tekst..... | 9 |
| 1.2 Teori: hvordan gjøre analysen | 11 |
| 1.2.1 Diskursanalyse | 11 |
| 1.2.2 Noen nøkkelbegreper | 12 |
| 1.2.3 Kulturelle fortellinger | 13 |
| 1.3 Metode | 14 |
| 1.3.1 Utvalg og avgrensning av stoff | 14 |
| 1.3.2 Om analysen..... | 17 |
| | |
| Kapittel to: Sentrale begreper | 19 |
| 2.1 Helse | 19 |
| 2.2 Kropp | 22 |
| 2.3 Sykdom | 23 |
| 2.4 Medikaliseringen av samfunnet | 26 |
| 3.1 De gylne sekstiårene | 28 |
| 3.2 Beroligende, autoritær folkeopplysning..... | 29 |
| 3.2.1 Om helsebegrepet..... | 30 |
| 3.2.2 Om møtet med den kvinnelige legen | 32 |
| 3.2.3 Medisinsk diskurs | 32 |
| | |
| Kapittel fire: Kvinner og Klær i 1970..... | 35 |
| 4.1 1970 – opprør og oppbrudd..... | 35 |
| 4.2 Samfunnskrav og selvrealisering | 36 |
| 4.2.1 Om helsebegrepet..... | 37 |
| 4.2.2 Om samfunnsbegrepet og møtet med sosialkuratoren | 39 |
| 4.2.3 Samfunnsdiskurs og følelser | 39 |
| | |
| Kapittel fem: Kvinner og Klær i 1980..... | 42 |
| 5.1 Forbrukersamfunn og helsevekst | 42 |
| 5.2 Kjønnsskifte i legespalten | 44 |
| 5.2.1 Maskuline problemer i kvinneblad | 45 |
| 5.2.2 Om helsebegrepet..... | 46 |
| 5.2.3 Om møtet med den mannlige legen | 48 |
| 5.2.4 Fra legeomtale til selvstendige skribenter..... | 49 |
| 5.2.5 Livsstilsdiskurs | 50 |
| | |
| Kapittel seks: Kvinner og klær i 1990 | 52 |
| 6.1 Valgfrihet og kriser | 52 |

| | |
|---|--------|
| 6.2 Mangfold i helsestoffet | 53 |
| 6.2.1 Medisin – helse | 54 |
| 6.2.3 Spalter | 54 |
| 6.2.4 Om helsebegrepet..... | 55 |
| 6.2.5 Kjærlighetsdoktoeren..... | 57 |
| 6.2.6 Fra Gesellschaft til Gemeinschaft..... | 58 |
| 6.2.7 Samtalediskurs om kjærlighet..... | 60 |
| Kapittel syv: Kvinner og Klær i 2000..... | 62 |
| 7.1 Helsefokus og tidsklemme..... | 62 |
| 7.2 Egne Helse & Velvære – sider..... | 63 |
| 7.2.1 Spalter | 66 |
| 7.2.2 Om helsebegrepet..... | 67 |
| 7.2.3 Endringer i legerollen | 69 |
| 7.2.4 Helse – fra middel til mål..... | 71 |
| 7.2.5 Den enkeltes ansvar | 72 |
| 7.2.6 Kryssende diskurser | 73 |
| Kapittel åtte: Fire årtier med helsestoff i KK: | 75 |
| 8.1 1960: Sykehus og hvite frakker | 75 |
| 8.2 1970: Sosialmedisin og holisme | 76 |
| 8.3 1980: Nye medisinske fenomen..... | 77 |
| 8.4 1990: Kjærlighet og relasjoner..... | 79 |
| 8.5 2000: Forbrukere av helse..... | 80 |
| Kapittel ni: Utviklingen av helseforståelsen i kvinne-magasin | 82 |
| 9.1 Ansvar og holisme | 82 |
| 9.2 ”Nye” sykdommer | 83 |
| 9.3 Et ønske om sunnhet | 84 |
| 9.4 Et sammensatt bilde | 86 |
| 9.5 Endrete subjektposisjoner | 88 |
| 9.6 En endret helseforståelse?..... | 92 |
| Litteraturliste..... | 94 |
| Kilder: | 98 |

Innledning

De store samtaler om helse

”Utgangspunktet for samfunnsforskning bør være et problem”, skriver Aubert (1985), ”enten en praktisk oppgave, en mer generell problemsituasjon, en plagsom uvitenhet eller noe ”rart” som vekker nysgjerrigheten.”

Min undring begynte med det enorme fokuset på helse og sykdom som har dukket opp i dagspressen og i ukepressen. I dagens kunnskapssamfunn med fokus på individet virket det på meg som om dette hadde blitt en av de store og viktige kulturelle fortellingene rundt oss. Det er i det offentlige rom at de sosialt konstruerte kulturelle fortellingene kommer til syne, de som handler om hvordan ting ”henger sammen”. I disse fortellingene settes fenomen inn i en større sammenheng, og de gis mening i form av å være en del av en helhet. Veien til kunnskap om hvordan mennesker i en periode fortolker og beskriver et tema, i dette tilfellet helse, sunt og usunt, vil derfor kunne vises gjennom en analyse av hvordan fenomenet beskrives i offentligheten. Jeg ble også interessert i hvordan de kulturelle fortellingene så ut tidligere. Hvordan ble helse, kropp og sykdom presentert for oss for noen tiår siden? Var disse temaene en like synlig del av vår hverdag da? I dag er sykdom kanskje den mest populære medievaren, og hører til i kategorien ”nyttejournalistikk” (Skårderud 1998). Men hvordan så det ut for førti år siden? Hvordan forandrer våre oppfatninger seg? Hvordan forstås helse og sykdom? Thorvald Stoltenberg kom for noen år siden med en ytring i forbindelse med et tv-program om sin narkomane datter. ”Narkomani er en sykdom”, sa han. Ville han ha sagt det samme for 25 år siden? Ideene om hva helse og sykdom er forandrer seg. Medienes behandling av stoffet avspeiler utviklingen og er med på å styre den. Diskusjonen om sykdom og helse er ikke avgrenset til medisinen. En måte å lete etter forandringer i definisjonene på er å se på tekster som produseres om helse, hvordan de avgrenser hva helse og sykdom er. For å finne kilder som tok opp helsestoff, valgte jeg å se på populærmedia og kulturelle diskurser som henvender seg til kvinner. Kvinner har oftere enn menn sykdommer som påvirker hverdagen, og de er derfor muligens mer opptatte av denne typen stoff enn menn (Ramm 2003). Uansett er det rimelig å anta at medienes innhold avspeiler innholdet i

populærforståelsen av helse. Vi kan se mediernes beskrivelser som en del av de store kulturelle ”samtaler”; diskurser. En diskurs er en bestemt måte å snakke om verden på, og det vil være flere ulike diskurser i en kulturell fortelling. Diskursene avspeiler og former sosiale strukturer og prosesser (Jørgensen/Phillips 1999). Ved å analysere utviklingen i visse diskurser om helse, skulle det være mulig å spore helseforståelsens utvikling. Kulturen påvirker våre oppfatninger og våre opplevelser av helse og sykdom, og disse forandres i takt med at kulturen forandres (Loustaunau/Sobo 1997).

Ukebladene skal selge og fenge hos leserne, og de må holde seg oppdaterte med tendensene i tiden. Kommersielle populærmedier ligger tett på dagligkulturens form og tema. Selv om de nok ikke ligger i forkant av utviklingen, men snarere henger seg på trender som allerede har et visst volum i markedet. Ukebladene må forholde seg til strømningene som finnes i samtiden, også i forhold til forståelse av helse.

Helsebegrepet er et vagt begrep, og det påvirkes og konstitueres av mange ytre forhold. Det moderne samfunnet preges av en mangfoldighet og dette gjør også noe med helsebegrepet, som har beveget seg mot en flertydighet (Jensen 1995). Dette er ikke noe som er nytt, allerede i 1895 ble det skrevet at ”sykdoms- og helsebegrepet er under kraftig utvidelse” (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002). Inne i helseforståelsen ligger også ideer om relasjoner. Jeg vil undersøke hvordan endringer i disse kommer til uttrykk når diskursene endres. Dette forholdet er gjensidig og dynamisk, og ved å gi det et historisk perspektiv vil muligens endringene tre frem. Jeg vil fokusere på utviklingen av relasjonene, og hvordan disse rollene konstitueres. Dette vil etter mitt skjønn være nært knyttet til utviklingen av selve helseforståelsen og sykdomsforståelsen.

Den nåværende legen i ukebladet KK ble for en tid siden tildelt Nasjonalforeningens Folkehelsepris. Dette kan tyde på at nettopp denne formen er en viktig kanal i det offentlige rom. Ukebladets fremstillinger av helsestoff sikter på bladets lesere, ikke på fagfolk eller organisasjoner. Men populærmagasinenes spalter forstås som viktige også av de store institusjonene. Ifølge en avhandling om ukeblader synes mange at legespalter og artikler om helse og medisin er relevante for dem, og man har ”stor tro på ukebladet som formidler mellom det offentlige helsevesen og folk flest” (Heggeli 1991).

Mitt valg av ukepressen som tekstkilde var derfor at denne har en relevans i folks hverdag og at den tillegges vekt i det offentlige. Den speiler samfunnsutviklingen til en

viss grad, og vil kunne inneholde noen av vår tids kulturelle fortellinger. Utgangspunktet for denne oppgaven blir dermed å se nærmere på hvordan de kulturelle fortellingene og diskursene rundt helse og sykdom har endret seg opp gjennom årene slik det kommer frem i ukepressen. ”Tusen tråder går fra samfunnets økonomi, klasseforhold, kultur og samværsmonstre til samfunnsmedlemmenes helse, helseoppfatninger og helseatferd” (Elstad 2003). Jeg vil i denne oppgaven forsøke å nøste opp noen av disse trådene, ikke ved å se på relasjoner mellom samfunnsgrupper og helseforhold, men gjennom hvordan populære medier som henvender seg til ”vanlige” lesere, forstår og diskuterer helse.

Kapittel en: Teori og metode

1.1 Ukeblader som tekst

Valg av materiale til et forskningsprosjekt kommer an på flere ting; på problemstillingen, hvilket materiale som er relevant og om man kan få adgang til det (Jørgensen/Phillips 1999). Ukebladene er en viktig del av samtidsopplevelser, og har i økende grad vært det gjennom dette århundret (Nordland 1973). De første ukebladene som ble gitt ut skulle belære og spre allmenntilgjengelig kunnskap (Berg 1975). Ukebladene i dag har en større underholdningsverdi enn de er belærende, men de varierer litt i formen og innholdet. Enkelte ukeblad har i dag en noe annen vinkling enn tidligere, og særlig i de spaltene jeg har valgt å ta for meg finnes det et informasjonspotensiale.

For å vise noe av utviklingen kan det være verdt å merke seg at veiledningsstoffet i kvinneblader gikk ned fra 63% i 1939 til 34% i 1971 (Berg 1975). Dette kan tyde på at ukebladene i økende grad blir vektlagt som underholdning fremfor veiledning. Selv om ukebladene har en rolle som informasjonskilder, har de forholdsvis liten intellektuell prestisje (Berg 1975). Ukebladene som formidlere er i en splittet posisjon. De har to markeder; kjøperne og annonsørene (Winship 1987). Deres stoff skal både selge andres produkter og seg selv. Publikasjonene konkurrerer på et fritt marked om publikum, og de er avhengige av at så mange som mulig innenfor markedet er kjøpere (Berg 1975).

Som tekster er ukebladene å betrakte som noe som skal treffe så mange som mulig, og de er derfor ufullstendige i sitt uttrykk (Fiske 1989). Denne typen av kultur kjennetegnes av repetisjon som gjenspeiler dagliglivets rutinepreg slik at folk skal kjenne seg igjen i dem (Fiske 1989). Blader som har kvinnelige lesere vil ha en overvekt av kjennetegn som er felles i kvinnes verden (Berg 1975). Også i dagspressen er omfanget av helsestoff stort, og disse publikasjonene er ikke like kjønns spesifikke. Jeg velger derfor å tro at helse er noe som både kvinner og menn er opptatte av, men vil i denne oppgaven holde fokus på ukepressen representert ved ukebladet KK.

Mitt utgangspunkt er at disse ukebladene vil speile noe av samfunnets blikk på det jeg har valgt å fokusere på, nemlig helse. Innholdet i ukebladene endres etter publikums smak og behov (Berg 1975). Derfor vil utgiverne langt på vei forsøke å holde seg inne med hva

som er viktig og vesentlig i forhold til de aktuelle kjøperne av bladet. Endringer i samfunnet vil raskt reflekteres i endrede normer i bladene (Cancian/Gordon 1988). Ukebladene er uttrykk for en folkekultur. Dette er noe folk har av felles kulturstoff, som de ”masse”-opplever (Nordland 1973). Selv om ukebladenes prestisje muligens ikke henger så høyt, så er det et faktum at de leses av mange og når ut til mange. Bladet anstrenger seg for å oppfylle lesernes ønsker av hensyn til salgstallene, og dette gjør at bladene kan leses som et ”folkelig interessebarometer” (Heggeli 1991).

Ukebladet heter Kvinner og Klær frem til 1990-tallet, da det bare kalles KK.

Opplagstallene som var tilgjengelige fra KK’s redaksjon ligger på:

1970: 69 271

1980: 83 024

1990: 97 009

2000: 70 115

Jeg har valgt KK av mange grunner. Det er et av bladene som retter seg mot kvinner, og det viktigste er at bladet er et av ukebladene som har vært i produksjon svært lenge. Det startet opp rundt 1933 (Berg 1975). Det har opp gjennom tidene vist seg å ha en evne til å fornye seg og følge med i samfunnsutviklingens stadige skiftninger. Andre ukeblader som ikke har klart denne utfordringen har gått inn etter få år. KK har klart seg i nedgangstider, slik som for eksempel i 1965 da fjernsynet for alvor begynte å sette sitt preg på hverdagen. Opplagstallene for ukeblader samlet sank fra å ha vært ca 2 millioner i 1957 til å havne på 1 610 000 i 1965 (Berg 1975). KK har forandret seg i takt med tiden, og det gjør at jeg finner dette bladet spesielt interessant og velegnet til mitt bruk.

Ifølge redaksjonen i KK er dagens målgruppe:

”kvinner 25 – 50 år, hovedsakelig 35 år +/-, bosatt i by eller bynære områder, inntekt /utdanning over landsgjennomsnittet, etablert livssituasjon, i fast forhold.”

Målgruppen til KK er med andre ord en gruppe som befinner seg i de endringsorienterte deler av befolkningen. De retter seg mot kvinner som antas å være mer opptatte av forandring og av helsediskursen enn menn, eller ”gjennomsnittet” av kvinner. Et kvinneorientert magasin skulle derfor ligge tettere på det som preger utviklingen blant de gruppene som er relativt opptatte av helse. Helsestoff beregnet på mannlige industriarbeidere ville ikke bare se annerledes ut, den ville sannsynligvis være fjernere fra det som ”skjer i tiden” enn stoff rettet mot voksne velutdannede kvinner.

1.2 Teori: hvordan gjøre analysen

1.2.1 Diskursanalyse

1.2.1.1 Faircloughs kritiske diskursanalyse

Den kritiske diskursanalysen er en analyse rettet direkte mot tekst. Hos Fairclough er det et hovedpunkt at det er et dialektisk forhold mellom tekstenes diskurser og de omgivelsene de opptrer i (Jørgensen/Phillips 1999). Det innebærer at samfunnsendringer både vil komme til uttrykk i form av endrete diskurser i slik som for eksempel ukeblader, og at ukebladenes diskurser til en viss grad vil være med på å forme hva samfunnet fokuserer på. Over tid forandres diskursene, og det betyr at våre verdensbilder og identiteter kunne ha sett annerledes ut (Jørgensen/Phillips 1999). Med et tidsperspektiv i denne oppgaven vil man forhåpentligvis kunne se hvordan dette innebærer at et begrep som helse har endret seg. Ofte har man en selvfølgelig innstilling til begreper som brukes til daglig, men den kritiske diskursanalysen har en kritisk innstilling til selvfølgelig viten (Jørgensen/Phillips 1999). At begrepene over tid opptrer i andre diskurser er noe som skjer så gradvis at man vanskelig oppdager endringene i det daglige. Diskursene handler for Fairclough om å se språkbruk som en form for sosial praksis fremfor en individuell aktivitet eller en refleksjon av sosiale variabler (Fairclough 2002). Dette går tilbake til hans hovedpunkt om at det er et gjensidig forhold mellom diskurs og sosial struktur, og at den diskursive praksis både avspeiler og bidrar aktivt til sosial og kulturell forandring (Jørgensen/Phillips 1999, Fairclough 2002). Tekstene influerer og de speiler. Utviklingen kan ikke leses ut i fra teksten, men den indikeres. Den kritiske diskursanalysen handler om tolkning av diskurspraksisen i teksten og en beskrivelse av selve teksten.

1.2.1.3. Althusser's subjektforståelse

Ifølge Althusser blir individer interpellert eller ”satt” i bestemte posisjoner av diskursene, interpellasjon betegner den prosessen der språket konstruerer en sosial posisjon for individet (Jørgensen/Phillips 1999). I mine tekster vil det komme frem ulike subjektposisjoner både gjennom beskrivelser av situasjoner og gjennom dialog i teksten. Diskurser er en viktig del av dette fordi diskurser gir individene ulike subjektposisjoner og dermed forventninger om en bestemt oppførsel. Et eksempel kan være en konsultasjon hos legen der posisjonene ”lege” og ”pasient” finnes, som legger føringer på hva som kan sies av hvem. Det er subjektposisjonene som bestemmer hvordan man oppfører seg i den gitte situasjonen, og det er diskursene som legger føringene på subjektposisjonene i det tenkte tilfellet. Subjektposisjonene kategoriserer og påvirker folks handlemåter, og det er en del av diskursanalysens oppgaver å avdekke dette (Jørgensen/Phillips 1999). Jeg vil derfor undersøke nærmere hva de ulike posisjonene innebærer og hvordan de endrer seg med de ulike diskursene. Althusser antar at vi aksepterer subjektposisjonene og dermed blir til ideologiske subjekter. Dette har skapt noe kritikk mot ham, fordi det skaper litt handlingsrom for aktørene i forhold til strukturen. Man aksepterer ikke hans teori om at en ideologi styrer all diskurs; ulike diskurser gir subjektet ulike og til og med motstridende posisjoner å snakke fra (Jørgensen/Phillips 1999).

1.2.2 Noen nøkkelbegreper

Faircloughs tilnærming er en tekstorientert analyse (TODA) som vektlegger språkbruken i den sosiale interaksjonen i hverdagen (Jørgensen/Phillips 1999). Tekster sees som en inngang til mer omfattende diskurser, og derfor som en mulighet til å analysere slike diskurser. Fairclough fokuserer på to dimensjoner i sin kritiske diskursanalyse. Med den kommunikative begivenheten menes det enkelte tilfellet av språkbruk, noe som i denne sammenhengen vil bety selve teksten i ukebladet. Denne har tre dimensjoner; den er tekst, den er diskursiv praksis og den er sosial praksis (Jørgensen/Phillips 1999). Den andre dimensjonen er diskursordenen, som er summen av diskurstypene som brukes innenfor en sosial institusjon eller et sosialt felt (Jørgensen/Phillips 1999). I mitt tilfelle i denne oppgaven vil det sosiale feltet være helse, og på dette feltet opptrer ulike

diskurstyper. Diskurstypene består av diskurser og genrer, og genrene er forbundet med en bestemt sosial praksis.

Interdiskursivitet handler om de ulike diskursene som finnes innenfor en diskursorden. Det hender at man finner diskurser som går på tvers av ulike diskursordener, for eksempel når en forbrukerdiskurs fra markedets diskursorden kommer inn i helsens diskursorden. Når ulike diskurser blandes på en ny måte kan det ifølge Fairclough være tegn på sosiokulturell forandring (Jørgensen/Phillips 1999).

Nodalpunkter er såkalte "privilegerte tegn", det vil si tegn som er tomme i seg selv og som får en detaljert betydning når det settes inn i en bestemt diskurs (Jørgensen/Phillips 1999). I en medisinsk diskurs er ordet "kropp" et slikt nodalpunkt, og vil først få betydning og fylles med innhold ut i fra den diskursen den er satt inn i (Jørgensen/Phillips 1999). Det at ordet er så åpent og mottakelig for påvirkning fra diskursene, gjør at diskursene kan komme til å "kjempe" for å fylle det med innhold fra motstridende diskurser. Det blir da en såkalt "flytende betegner" (*floating signifier*) (Jørgensen/Phillips 1999).

1.2.3 Kulturelle fortellinger

Alle samfunn har sine kulturelle fortellinger. Vi har fortellinger som sier noe om hvordan vi skal forholde oss til vennskap, kjærlighet, familien og mye annet. Kulturens dominerende fortellinger er forestillinger om hvordan "ting henger sammen" (Frønes 2001). Vi forholder oss til disse fortellingene mer eller mindre ubevisst, fordi de er flettet inn som en naturlig del av vår hverdag og tilsynelatende er usynliggjorte for oss.

Fortellingene er med på å danne grunnlaget for vår måte å tenke, handle og forstå på, og de danner våre mentale grunnkjema eller grunnkategorier (Frønes 2001). De er rammer rundt vår motivasjon og utgangspunktet for hvorfor vi handler som vi gjør. Som med alle fortellinger har disse en handling; et visst forløp vi forventer skal følge, begivenheter som "naturlig" følger etter hverandre (Frønes 2001). Handlinger og forløp influeres av fortellinger ved at handlingene er forankret i fortellinger. Det er fortellingene som sammen med den strukturen de har gir handlingene mening (Frønes 2001). Men disse fortellingene er på ingen måte statiske. Som kulturelle elementer følger de en samfunnsutvikling som er i stadig forandring. "Kulturelle og sosiale prosesser er som

snøballer, de driver seg selv av gårde, underveis blir de tyngre og får større fart” (Frønes/Brusdal 2000). De kulturelle fortellingene finnes overalt i samfunnet, og de er en del av den felles forståelsen man støtter seg til for å skape en sammenheng i tilværelsen. Fortellingene endrer seg og utvikler seg med tiden, og den gradvise forandringen skjer nesten umerkelig i folks bevissthet. For å finne retningen til disse fortellingene kan man gå til tekstkilder som vil vise et avtrykk av samfunnets kulturelle fortellinger. Ukepressen vil være et sted der disse kulturelle fortellingene gjenspeiler seg, og også til en viss grad dagspressen. Ved å undersøke disse kildene over tid vil man kunne se hvordan de kulturelle fortellingene har forandret karakter underveis.

Som med alle andre fenomener vil også helseforståelsen være omfattet av visse kulturtypiske kjennetegn, og det er disse jeg vil forsøke å hente frem. De kulturelle fortellingene rundt helse vil være preget av den tiden de er formet i, og vil kunne si noe både om samtiden og om måten man forholder seg til selve begrepet på. Dette handler om prosesser som er dynamiske og som hele tiden endrer form og innhold til en viss grad. Som i diskursanalysen så har man et dialektisk forhold mellom samfunnet og de kulturelle fortellingene; de påvirker hverandre gjensidig. De kulturelle fortellingene trer tydeligere frem for oss når vi møter andre kulturer og når vi ser fortellingene i et tidsperspektiv. At man tenkte på andre måter før blir fort noe som ”er naturlig”. Fortellingene er på et vis diskursenes avleiringer som mer stabile mønstre i kulturen.

1.3 Metode

1.3.1 Utvalg og avgrensning av stoff

Jeg har tatt for meg ukebladet Kvinner og Klær, og sett på ti ulike utgaver fra hvert av årene 1960, 1970, 1980, 1990 og 2000. Jeg har fokusert på spalter og artikler som har helse, kropp eller sykdom som tema. Å avgrense stoff som refererer til helse er komplisert, og krever visse prinsipper for avgrensning. Jeg har ikke tatt for meg reklamer eller annonser, da dette etter mitt skjønn faller utenfor denne oppgavens fokus. Min avgrensning henger også sammen med denne oppgavens størrelse, og ved å ta med alle annonser og reklamer ville oppgaven favne for vidt. Jeg har vært opptatt av hvordan helse, kropp og sykdom kommer til uttrykk i en dialog mellom lege/pasient eller lege/innsender. Derfor har jeg valgt ut de spaltene i ukebladet som har denne formen, og

fokusert spesielt på disse. Jeg kaller dem legespalter. Jeg har dessuten valgt å inkludere det stoffet som ukebladet selv har valgt å sette under overskrifter som ”Medisin-helse” og ”Helse & Velvære”. Her har jeg altså valgt å holde meg til ukebladets egen definisjon av hva som går inn under stoff om helse, kropp og sykdom. Dette har jeg gjort fordi jeg antar at det er slik leserne av ukebladet oppfatter denne inndelingen, og fordi denne inndelingen er en del av diskursenes avgrensning, slik ukebladet ser det. Denne avgrensningen gir meg også mulighet til å følge KK's avgrensning av helsestoff som igjen indikerer forandring i diskurser og i diskursenes mulige blanding.

I utgavene fra 1990 og 2000 er helse en egen overskrift i bladets innholdsfortegnelse, og jeg har derfor tatt for meg det stoffet som står under denne overskriften siden det omhandler helse, sykdom og kropp generelt. I utgavene fra 1960 og 1980 har bladet leger som skriver i en dagbokform om møter med pasienter og om sykdom generelt. Min empiri fra disse årgangene er dermed disse legespartene. I utgavene fra 1970 har jeg med en spalte skrevet av en sosialkurator. Denne spalten handler blant annet om de sosiale problemene rundt sykdom, og hvordan man kan tilpasse hverdagen til det å leve med sykdom. Dermed er det etter mitt skjønn dette som er ukebladets spalte om helse. En av spaltene tar for seg nervøse lidelser og to andre handler om astma. Det har vært vesentlig for meg at temaet er helse, sykdom eller kropp også i denne spalten, selv om den nå skrives av en sosialkurator. Jeg fant ikke andre spalter eller artikler som handler om helse i ukebladet, eller noen overskrifter om dette, slik det må forstås som at dette var KK's helsestoff til sine lesere.

Både i 1960 og i 1970 utgjør dermed legesparten og spalten til sosialkuratoren en side i ukebladet. Disse spaltene er faste og de dukker opp hver uke. I 1980 kommer det igjen en fast legespalte i tillegg til sosialkuratorens spalte og disse utgjør en side hver, men så skjer det en endring i denne årgangen. Det startes en ”Spør oss”- spalte i ukebladet, og blant andre fagpersoner kan man nå her spørre legen direkte. Legesparten endres dermed fra å være legens dagbok til å utgjøres av lesernes egne spørsmål. I denne spalten finnes også en klinisk pedagog og en sosionom. Jeg velger å se bort fra disse i min oppgave, fordi emnene deres er barn og rene sosiale forhold. Pedagogen og sosionomen avgrenses til tema som faller utenfor helsestoffet. Spørsmålene som handler om helse, sykdom og kropp rettes til legen, og jeg vil derfor fokusere på denne i min analyse. Dette er etter mitt

skjønn mest relevant for mitt emne i denne oppgaven. At det i 1980 kommer en mannlig lege inn i legespalten representerer et brudd med hva man ville forvente å finne i et ukeblad av denne typen. Hvorfor legen ble mann kan jeg bare ha ulike antagelser om, men jeg har valgt å knytte dette til en trend i tiden som er postfeminismen. Muligens er det en motreaksjon på syttitallets feministbølge, og et forsøk på å oppdatere legespalten for å få den i takt med tiden. Men det kan like gjerne skyldes tilfeldigheter. I 1990 har ukebladet en egen overskrift i innholdsfortegnelsen som heter ”Medisin-helse”, og da har det falt naturlig å ta med disse sidene i min oppgave. Dessuten har legespalten kommet tilbake og heter nå ”Kjære Åsa”, mens den legespalten som er en del av ”Spør oss” også er med og er skrevet av Åsa. Det er i stor grad disse som er grunnlaget for mine analyser i denne årgangen. I år 2000 har de en overskrift i innholdsfortegnelsen som heter ”Helse & Velvære”. Under denne overskriften har de nå samlet artikler, spalten til legen Åsa samt andre spaltister som skriver om helse, kropp og sykdom. Alt stoffet under overskriften ”Helse & Velvære” har jeg tatt med i min analyse fra denne årgangen, med hovedvekt på legens egen spalte som også er den delen som er viet mest plass. Til sammen utgjør nå dette i gjennomsnitt 13,8 sider hver uke. Hvordan temaer og stoff fordeler seg i ukebladenes ulike årganger finnes i tabeller som er lagt som vedlegg bak i oppgaven. Her kommer det frem hvor stor del av bladet som er reklame og økningen i det totale antallet sider i ukebladet.

Når jeg følger KK’s definisjoner av helse innebærer dette at endringene i KK’s avgrensninger også blir min avgrensning i overensstemmelse med mitt utgangspunkt; hvordan forstår og avgrenser KK helse. Jeg har valgt ut ti ulike utgaver av KK helt tilfeldig og sett på disse. At jeg har valgt en periode på førti år skyldes at jeg ønsker et tidsspenn uten at det blir for omfangsrikt for denne oppgaven. En periode på førti år vil etter mitt skjønn kunne vise de gradvise endringene uten å bli en ren oppramsing av ulike år. Det at det tidvis har vært relativt lite omfang av stoff som har vært direkte relatert til helse, kropp og sykdom i ukebladet, har gitt meg noe begrenset empiri. Dette har jeg forsøkt å veie opp for ved å ta inn sitater fra de ulike tekstbidragene for bedre å beskrive det inntrykket som skapes av selve helsebegrepet i det aktuelle året. At det er svært begrenset stoff som handler om helse i enkelte år indikerer at redaksjonen mener at dette har en relativt begrenset interesse for leserne i denne perioden. Omfanget av empiri øker i

1990 og 2000, og kan tyde på en økt opptatthet av helse som ukebladet forsøker å følge opp. Ukebladene har en interesse av fenomenen som har et visst volum i markedet. De er ikke en total avspeiling av det kulturelle landskapet, men fokuserer sine interesser der temaet har fått en viss størrelse allerede. Ukebladene ligger ikke i forkant av utviklingen, men hekter seg på felt som allerede har oppnådd en stor grad av oppmerksomhet. Det er med andre ord ting de ikke tar opp, men som allikevel finnes ute i det kulturelle landskapet. Ukebladene justerer sitt stoff etter markedstunge parametere.

Jeg har valgt å fokusere på hvilke diskurstyper som opptrer i tekstene. Ved å skille ut disse vil jeg få frem endringene i det kulturelle uttrykket til helsebegrepet over tid. Jeg fokuserer også på hvordan de ulike diskurstypene konstituerer subjektposisjonene og skaper deres innhold i forhold til teksten. Jeg har valgt å gi en kort innledning til hver periode, som tar for seg det som historikere ser som grunnleggende trekk ved perioden. Hensikten med de korte historiske beskrivelsene er kun å antyde et tidsbilde, ikke å presentere noen årsakssammenhenger. Dette har jeg gjort fordi jeg mener at stoff som kommer til uttrykk i ukepressen kan være en avspeiling av de strømmingene som preger samtiden. Etter mitt skjønn vil et slikt historisk sveip bidra til å sette helseforståelsen, slik den kommer frem i ukepressen, inn i en større sammenheng og gi det en helhet.

1.3.2 Om analysen

Diskurstypene vil være med på å skape de sosiale identitetene, som for eksempel lege og pasient, samt gi et bilde av relasjonen mellom disse. Diskurstyper består av diskurser og genrer, og jeg vil forsøke å plukke ut disse fra tekstene. I arbeidet med teksten har jeg lagt vekt på noen momenter fra Faircloughs kritiske diskursanalyse:

- hvordan skifter samtalen?
- hvilke temaer bringes på bane av hvem?
- hvilke høflighetsstrategier brukes, og for hvilke formål?
- hva er tekstens tematiske struktur?

(Fairclough 2002)

Jeg vil bruke Althussers subjektforståelse til å se på hvordan subjektposisjonene endrer seg. Ifølge Althusser er det de ulike diskursene som setter subjektene i ulike posisjoner, og endringene i diskursene vil dermed gi endringer i subjektposisjonene.

Min antagelse er at diskursene rundt helse, kropp og sykdom har endret seg opp gjennom tidene. Jeg vil i tekstene forsøke å finne de ulike diskursene som til enhver tid preger måten vi forstår helse, kropp og sykdom på. Diskursene vil konstruere en sosial posisjon for individet, og mitt fokus her vil ligge på de subjektposisjonene som skapes og hvordan de endres.

En måte å stimulere sosiologisk fantasi på er å gjøre historiske og sammenlignende studier (Holter/Kalleberg 1998). Derfor har jeg gitt denne oppgaven et tidsspenn, slik at de mulige endringene skal tre tydeligere frem. Ukepressen og samfunnet står i et gjensidig forhold til hverandre der begge påvirkes av den andre til en viss grad. Derfor har jeg i begynnelsen av hovedkapitlene forsøkt å skissere et samtidsbilde basert på historiske kilder. Dette har jeg gjort fordi det forhåpentligvis vil gi et lite innblikk i hva som preget samtiden i den aktuelle perioden. Men, som tidligere nevnt, så kan det kulturelle landskapet se mer mangfoldig ut enn det som kommer frem i ukepressen. Jeg er derfor ikke av den oppfatning at ukebladene på noen måte vil være et avtrykk av den samfunnsskissen som presenteres. Men ukebladene har en tendens til å hekte seg på felt som allerede har oppnådd en stor grad av oppmerksomhet. Derfor kan ukebladene indikere trekk ved en kulturell endring.

Kapittel to: Sentrale begreper

2.1 Helse

Helse er et nokså vagt begrep, og det finnes mange og forskjellige definisjoner av det som legger vekten på nokså ulike sider ved begrepet. I et samfunn som bærer preg av modernitetens ”flytende” strømninger, vil også dette begrepet endre seg jevnlig, og det som i går ble ansett som normalt er i dag noe patologisk og bekymringsfullt (Baumann 2001). Helse blir som andre begreper utviklet og endrer karakter og betydning underveis. Det eksisterer i dag flere ulike helsebegreper som spenner fra det tradisjonelle ”fravær av sykdom”, til at helse forstås som et uttrykk for muligheter og evner til å nå sine mål (Andrews 2001). Det er vanlig å skille mellom såkalte negative og positive definisjoner av helse (Nettleton 2001). Den snevre, negative definisjonen refererer til helse som nettopp fravær av sykdom, og dette er den medisinske definisjonen (Andrews 2001). Motsatsen er en definisjon lansert av WHO, der helse er definert som en tilstand av ”komplett fysisk, mental og sosial velvære” (Nettleton 2001). Dette positive helsebegrepet er det som brukes i de helsepolitiske dokumentene som omhandler det forebyggende arbeidet (Andrews 2001). Denne definisjonen representerer et brudd med den tradisjonelle biomedisinske modellen, og ble formulert som en kritikk mot denne i 1946 (Andrews 2001). Begrunnelsen for bruddet var at den tidligere ikke dekket viktige sider ved fenomenet helse, men med denne holismetankegangen som WHO lanserer, kan en konsekvens være at vanlige problemer sykliggjøres og medisinen kan øke sin makt (Andrews 2001). Holismebegrepet er en oppfattelse av virkeligheten som bestående av ”komplekse kausale forbindelser med mange interagerende elementer som kan kartlegges” (Otto 1995).

Det er ikke uproblematisk å definere helsebegrepet. Definisjoner av helse er relaterte til strukturelle forskjeller, og varierer dessuten gjennom folks livsløp og med hensyn til kjønn (Nettleton 2001). Mye kan tyde på at samfunnsmessige endringer også har gjort sitt til at helse som begrep har endret sin betydning og fått et annet innhold. Det er et dialektisk forhold mellom helseforhold og samfunnsforhold (Elstad 2003). Hva som

oppfattes i en gitt kultur som idealer og standarder for et verdifullt liv, sier noe om denne kulturens helsebegrep (Jensen 1995). Enkelte filosofer går tilbake til antikkens tradisjon og løsriver helsebegrepet fra medisinen (Andrews 2001). Da tenker man seg at helsebegrepet er av en annen orden, og dermed atskilt fra begrepet sykdom (Andrews 2001). Her henger helse sammen med det å ha et sunt og rett levesett, og er en etisk og sosialfilosofisk kategori (Andrews 2001). Dersom det er medisinen og helseprofesjonenes preferanser som skal sette standarder for hva som er et godt liv, får man et etisk dilemma ved at det muligens åpnes for paternalisme og det autonome subjekt kan forsvinne (Andrews 2001).

”Twenty years ago the mention of health and illness would probably have invoked thoughts of hospitals, doctors, nurses, drugs and a first aid box. Today, however it would probably conjure up a much broader range of images which could well include healthy foods, vitamin pills, aromatherapy, alternative medicines, exercise bikes, health clubs, aerobics, walking boots, running shoes, therapy, sensible drinking, health checks and more.” (Nettleton 2001)

Denne utvidelsen av helsebegrepet kan tyde på at det er en økende oppfatning av og rundt helse, og dessuten har tilgangen til helserelatert stoff og publikasjoner som viser den stigende kulturelle bevisstheten rundt helse tatt seg opp. I dag er det en økende forekomst av ukeblader som handler nettopp om livsstil, kropp og helse, samtidig som denne type stoff tilsynelatende øker i eksisterende magasiner (Frønes/Brusdal 2000).

Enkelte atskiller helsebegrepet fra sykdomsbegrepet slik som antikkens filosofer gjorde, og argumenterer for et helsebegrep som i sin natur er løsrevet fra medisinen, der helse blir forstått som ”en evne eller en psykofysiologisk kapasitet til å nå sine mål” (Andrews 2001). Eksempler på dette kan være at en lammelse i bena er ubekvemt for en amerikansk president, uten at dette hindrer vedkommende i å nå sine mål, mens en inngrodd tånegl kan invalidisere en ballettdanser (Andrews 2001). Hovedkritikken mot de utvidete positive helsebegrepene er at de er normative, men det gjelder også den negative definisjonen ”fravær av sykdom” (Andrews 2001). I denne definisjonen ligger også et

element av skjønn fra den profesjonelles side. I de siste tiårene har helse kommet til å være betraktet mer som et produkt av sosiale og atferdsmessige faktorer enn kun som et biologisk fenomen (Nettleton 2001). Det å fremstå som sunn og som opptatt av egen helse har blitt en legitim livsstil. En kommersialisering av helse medfører at folk skapes som helsekonsumenter som konsumerer en sunn livsstil (Nettleton 2001). Dermed kan det synes som om forbrukersamfunnet har fått sin innflytelse på vår oppfatning av helse. Forbrukersamfunnet forholder seg til begreper som å "være i form", og dette blir ofte tatt for å være sammenfallende med helse (Bauman 2001). Det er imidlertid ikke noe sammenfallende ved disse begrepene, siden ikke alle måter å komme i form på er bra for helsen, og siden man ikke nødvendigvis kommer i form av det som hjelper en til å holde seg frisk (Bauman 2001). Formen dreier seg om en subjektiv erfaring, i motsetning til helsen som kan observeres og settes ord på av andre (Bauman 2001). Her kommer det tradisjonelle biomedisinske synet inn, der sykdom beskrives ut i fra objektive kriterier. Helsebegrepet er også preget av et annet aspekt ved dagens samfunn, nemlig risiko. Dette er et sentralt begrep i litteraturen om livsstil og helse (Nettleton 2001). I risikosamfunnets selvbilde blir det moderne samfunn refleksivt – det vil si "sitt eget tema og problem" (Beck 1997). At vi lever i et risikosamfunn kan bidra til et ønske om kontroll over noe som er nært og konkret for oss. Siden vår hverdag har blitt mer uoversiktlig, kan det å ta kontrollen over egen helse være til hjelp for følelsen av å ha lite kontroll på tilværelsen (Skårderud 1998). Ens egen helse er noe man til en viss grad kan påvirke og i det minste ha et ønske om å kunne kontrollere. I de industrielle landene i dag argumenterer man for at hovedtrusselen mot god helse er "personlig oppførsel", det vil si i forbindelse med blant annet dietter, mosjon, tobakk, alkohol og stoff (Nettleton 2001). Dermed vil altså kunnskap om hvordan man skaffer seg god helse være nødvendig for å ivareta den. Refleksivt organisert livsplanlegging blir et sentralt trekk ved selvidentiteten, som normalt forutsetter at man overveier risiko som er filtrert gjennom kontakten med ekspertviten (Giddens 1991).

Et utvidet helsebegrep gjør at stadig mer av den personlige sfære står i fare for å bli invadert av det omgivende helseapparatet, ettersom stadig flere områder defineres som relevant for medisinsk intervensjon (Andrews 2001). Maktforholdet er endret i og med at det nå er brukeren som definerer helse, ikke eksperten (Andrews 2001). Helse er en

særlig kvalitet ved måter å leve på, en gitt tids livssyn avgjør hva som i denne kulturelle sammenhengen er forbilledlige måter å leve på (Jensen 1995). Helse har blitt til et moralsk krav om hvordan man skal leve livet, og er dermed blitt normativt (Elsass 1995). Det kan synes som om helse har blitt det sekkebegrepet man øynet faren for allerede på 1900-tallet (Andrews 2001).

2.2 Kropp

Det har vært en nedgang i de store fortellingene, de religiøse og de politiske, som tilførte mening i ens liv, og individualismen har gjort at kroppen kan synes å være et fast fundament for å konstruere en pålitelig og meningsfull følelse av et selv i en moderne verden (Shilling 2003). Et stadig mer komplekst samfunn kan muligens medføre at man føler seg uten innflytelse, men man kan i det minste ha en påvirkning på størrelsen, formen og fremtoningen av ens egen kropp (Shilling 2003). Mye tyder på at det har blitt legitimt i dagens samfunn å være opptatt av egen velvære og å investere tid og krefter i sin egen kropp. Vekten på individualitet og personlig stil øker, og det henger muligens sammen med at vi lever i et kunnskaps- og kompetansesamfunn (Frønes/Brusdal 2000). Når vekten på disse tingene øker, vil kroppen komme mer i fokus.

Man kan investere arbeid og mening i sin egen kropp fordi den er en uferdig enhet (Shilling 2003). Kroppen har beveget seg ”fra produkt til presentasjon”, og er et kulturprodukt (Skårderud 1998). Denne endrete kroppsbevisstheten forteller noe om viktigheten av å ha et aktivt forhold til sin egen helse, siden kroppen vil være et synlig vitne om forfall og vanskjøtsel. Dette vil være et avslørende tegn på manglende kontroll. Mye tyder på at en frykt for skam og pinligheter har ført til en selvpåført kontroll hos mange, og dette tvinges på folk utenifra og har erstattet primitive samfunns frykt for å bli fysisk angrepet (Shilling 2003).

Det kan synes som om ønsket om distinksjon har blitt hovedfokus, og at det som skiller individene har blitt markører for verdi og egen identitet (Shilling 2003). Kroppen blir det som forteller noe til omverdenen om hvem vi er. I vårt samfunn med vekt på å skape seg selv, er det et viktig poeng å ta seg godt ut og ta vare på seg selv. Kroppen reflekterer vårt indre jeg; å se godt ut er å føle seg vel (Nettleton 2001). Det å kunne ha et sunt indre og ytre kan muligens vitne om kontroll og mestring, og signaliserer tilsynelatende at vi har

kontroll og grep om tilværelsen og livene våre; vi er kompetente aktører i våre egne liv. Mye tyder på at kroppen mer enn noen gang er til å bearbeide (Skårderud 1998). Vi har fått et aktivt forhold til vår egen kropp i en større grad enn tidligere. Kroppen er i økende grad et resultat av valg og muligheter (Shilling 2003). Kroppen sender ut en mengde signaler om livsstil, personlighet og sosial bakgrunn (Frønes/Brusdal 2000). Det kan synes som om egenpleie ikke lenger er noe som handler om bare det å være selvsentrert og selvopptatt, men det er noe man gjør for å kunne vise omverdenen den beste utgaven av seg selv. Man viser ikke lenger bare frem kroppen i det helt private, det å være avkledd er en del av det moderne (Frønes/Brusdal 2000). Vi lever i en tid med tilsynelatende stort fokus på kropp og selvpresentasjon. Sosial klasse sitter i kroppen vår, ikke bare i det materielle som klær og bolig (Frønes/Brusdal 2000).

Kroppen har dessuten kommet til å bli et symbol på tilstanden til sjelen (Nettleton 2001). Kroppen har kommet til å bli en del av selvet (Giddens 1991). Derfor vil muligens mye av samfunnsstrømmingene få et uttrykk også kroppslig hos oss, vi viser hvem vi er gjennom kroppen og dens fremtoning. Å oppleve kroppen er en måte man kan skape sammenheng i selvet som en sammenhengende helhet, slik at individet kan si ”det er her jeg bor” (Giddens 1991).

I dag er det medisinen, eller snarere den medisinske tankegangen som i vår kulturkrets mer enn noe annet former forholdet til kroppen og psyken (Palmblad/Eriksson 1995).

I denne funksjonen er den medisinske tenkingen en direkte arvtaker til religionen (Palmblad/Eriksson 1995).

2.3 Sykdom

Innholdet i begrepet sykdom er underlagt historiske variasjoner (Falkum/Larsen 1981).

I gamle dagers Hellas dominerte teorien om de fire kroppsvæsker, humoralpatologien, der sykdom ble betraktet som organismens reaksjon på patogene faktorer fra omgivelsene og ytre faktorer (Strøm 1980). Når mengdeforholdet mellom disse væskene ble forstyrret, ble det en disharmoni og sykdom oppstod; helse var når det var harmoni (Strøm 1980). Dette er en av de sykdomsoppfatningene som har hatt lengst levetid i menneskehetens historie; fra Hippokrates tid (460-370 f. Kr.) til opp på 15- og 1600-tallet (Strøm 1980).

Ved det naturvitenskapelige gjennombrudd fikk enhetsoppfatningen (entitetsoppfatningen) særlig betydning da nye sykdomsoppfatninger oppstod (Strøm 1980). Spesifikke ytre årsaksfaktorer med sitt eget forløp som fulgte bestemte lover antok man ble påført den syke utenfra, og sykdommene ble oppfattet som egne enheter (Strøm 1980). Enhetsoppfatningen holdt seg som den ledende vitenskapelige sykdomsoppfatning på grunn av at infeksjonssykdommene hadde en dominerende stilling frem til slutten av forrige århundre (Strøm 1980). Sykdommene som skyldtes infeksjon kan forstås gjennom teoriens oppfatning av sykdom som noe som utenfra trenger inn i organismen som en egen enhet (Strøm 1980). Utvikling av bakteriologien ga styrke til oppfatningen om at sykdom er noe som fremkalles av en enkelt, utenforstående årsak, og ga dermed støtte til enhetsoppfatningen (Strøm 1980). Problemet med enhetsoppfatningen er at den ser helt bort i fra andre årsaker til sykdom, slik som psykiske og sosiale årsaker (Strøm 1980). Senere kom den biologisk-naturvitenskapelige sykdomsoppfatningen, der menneskekroppen betraktes som en "maskin" (Strøm 1980). Denne sykdomsoppfatningen omtales også som den biomedisinske sykdomsmodellen. Man har fått et multietiologisk syn; sykdom fremkalles av et samspill mellom faktorer av ulike slag, og sykdom skyldes ikke bare én årsak, men flere (Strøm 1980). Her har man gått bort fra kun ytre årsaksfaktorer og regner med indre årsaker og disposisjoner, dessuten har man gått bort fra det skarpe skillet mellom syk og frisk (Strøm 1980). Enhetsoppfatningen kommer fremdeles til uttrykk, selv om det er den biologisk-naturvitenskapelige sykdomsoppfatningen som har dannet grunnlaget for vårt helsevesen (Strøm 1980). Vi har en tendens til å tenke på sykdommene som egne enheter som viser seg ved patologisk-anatomiske forandringer og forstyrrelser i fysiologiske og biokjemiske forhold (Strøm 1980). Også tanken om at sykdom kun har én årsak, det monoetiologiske synet, dukker opp igjen; man snakker om hovedårsaker og medvirkende årsaker (Strøm 1980). Svakheter ved denne modellen er at den først og fremst ser på mennesket som et biologisk vesen, og tilsynelatende glemmer at vi også er sosiale vesener.

Det finnes også et hermeneutisk syn på sykdom. Det fokuserer på meningsinnholdet i fenomenene som omgir oss, og oppfatter sykdom som en forstyrrelse av disse (Strøm 1980). Dermed er en tolkning nødvendig for å forstå hva sykdommen betyr for den syke.

De sykdomsoppfatningene som hittil er beskrevet tar utgangspunkt i en normaltilstand, og ser på sykdom som avvik hos det enkelte individ fra denne normaltilstanden (Strøm 1980). Man kan også se på sykdom som et sosialt avvik, det vil si ”svikt i evnen til å vise den atferd som ventes og til å utføre de funksjoner som er vanlige for personen” (Strøm 1980). Flere skriver om sykerollen som en avviksrølle; omgivelsene har andre forventninger til en som er syk enn til en som er frisk (Strøm 1980). Ved denne oppfatningen av sykdom, som et sosialt avvik, kommer man bort fra kun det biologiske og inn på det samfunnsmessige og kulturelle ved sykdomsbegrepet (Strøm 1980). Dermed blir det samfunnet og kulturen som i stor grad avgjør hva som oppfattes som sykdom (Strøm 1980).

Innen en annen tradisjon fokuseres det på om det er samfunnets strukturer eller normer som er slik at de kan skape sykdom (Strøm 1980). Dette er den sosialmedisinske sykdomsoppfatning, som legger hovedvekten på forhold i samfunnet som årsak til sykdom; mellom samfunn og sykdom er det et gjensidighetsforhold (Strøm 1980). Her skiftes fokus fra biologien i mennesket til å ligge på sosiale og forebyggende tiltak, og en endring i de forholdene i samfunnet som eventuelt er sykdomsfremkallende (Strøm 1980). Denne modellen skiller seg dermed vesentlig fra den biologisk-naturvitenskapelige som handler om å behandle sykdom der den finnes; i kroppen. Med utviklingen av sykdomsbegrepet har man sett at tilstander som ble betraktet som hørende under moral, jus eller religion nå faller inn som sykdom. Dette gjelder blant annet alkoholisme (Strøm 1980).

Grensen mellom sykdom og ikke-sykdom kan være vanskelig å trekke, og en kommer ikke unna et subjektivt skjønn (Strøm 1980). Noen definisjon av sykdom er omtrent umulig å gi (Falkum/Larsen 1981). Men sykdomsdefinisjonene har til enhver tid ikke uvesentlig innflytelse på faktorer som rekruttering til helsevesenet og politisk interesse for helseproblemer (Falkum/Larsen 1981). Det kommer an på hva den offentlige opinion vil akseptere som sykdom, og ikke sjelden ligger denne opinion noe etter den medisinske (Strøm 1980). Den offentlige opinion påvirkes muligens av det media presenterer, og måten stoffet presenteres på. Man kan også skille mellom sykdom som objektivt og subjektivt fenomen. Sykdom som subjektivt fenomen er det en selv har valgt å legge frem for legen, som dermed blir til sykdom eller sykdomssymptomer (Jensen 2001). Et

objektivt sykdomsbegrep er der den medisinske ekspertise med sine midler sorterer ut det som virkelig er sykdom, og dette baserer seg kun på biologiske avvikelser (Jensen 2001). Sykdom kan ikke bare defineres biologisk, men det betyr ikke at avgjørelsen om vi er syke beror på personlig smak (Jensen 2001).

Som Rousseau valgte å spissformulere det: ”det finnes ikke sykdommer, men bare syke mennesker.” (Wulff/Pedersen/Rosenberg 1990). Selve sykdomsklassifikasjonen er en konstruksjon som menneskene har skapt, og den tjener et terapeutisk snarere enn et forebyggende formål (Wulff/Pedersen/Rosenberg 1990). Sykdom har som begrep et sosialt og et kulturelt preget innhold, og vil som andre begreper være i en kontinuerlig endring. Hvordan man velger å definere sykdom vil i stor grad påvirke hvordan man former helsevesen og helsepolitikk i et samfunn (Jensen 2001, Andrews 2001). Derfor er det ikke uten betydning at sykdomsbegrepet stadig skifter karakter, og kommer til å omfatte stadig nye fenomener. Sykdomsbegrepet var en gang langt mer begrenset, men har nå blitt mer uskarpt og tåkete (Bauman 2001). Sykdommen blir nå sett på som ”helsens permanente ledsager”, og har blitt en trussel som tilsynelatende alltid er til stede og krever en stadig årvåkenhet (Bauman 2001).

2.4 Medikaliseringen av samfunnet

Medikalisering innebærer å stemple ulike fenomener som sykdom (Elvebakken/Solvang 2002). Konsekvensen av dette er at vi overlater stadig nye områder av vår hverdag og våre liv til helsepersonell. Dette har blitt kalt ”medikaliseringen av livet” (Illich 1975). Helseprofesjonene kan frata folk evnen til personlig og selvstendig å hankses med sine menneskelige svakheter, sin sårbarhet og sin egenart, og dette kan lede til en ”negativ institusjonell feedback” (Illich 1975). Helsevesenet er ikke lenger forebyggende, men det kan synes som om det oppmuntrer til sykdom, og gjør sykerollen ettertraktet med sin ansvarsfraskrivelse (Illich 1975).”Like sterkt som medikaliseringen har influert alderdommen, har den påvirket gravide kvinner, mennesker som har blitt slaver av heroin, individer som befinner seg i overgangsalderen eller alkoholikere”(Illich 1975). Dette kan kalles for en overmedikalisering, og oppsvulmingen av det medisinske kompleks kan være en trussel mot folkehelsen fordi den er avhengighetsskapende

(Illich 1975). "Livet går fra å være en sammenhengende rekke av helsestadier til å bli en serie av perioder som hver krever sin spesielle terapi" (Illich 1975). Forbrukerkulturen har kommet til å omfatte helsevesenets "service", og denne varen har blitt et statussymbol for middelklassen (Illich 1975). Enten vi er syke eller friske lærer vi oss til å være avhengige av legen, og dette gjør oss til pasienter på livstid (Illich 1975). Det kan synes som om vår kultur er blitt medikalisert, og et tegn på dette er allmenhetens beundring for nye medisinske oppdagelser; dette fenomenet bør i grunnen oppfattes som en "dypt rotfestet lengsel etter mirakelkurer" (Illich 1975).

Illich kalte for tretti år siden medisinen "vår tids verdensomspennende kirke." Det vi tilsynelatende lever under er et medisinsk regime, og medisinen har en egen evne til å få kulturelle fenomen til å fremstå som naturlige (Palmlad/Eriksson 1995).

Medikaliseringen kan dessuten være et kraftig instrument for sosial kontroll (Nettleton 2001). Enkelte mener derimot at påstandene om medikalisering undervurderer folks egen evne til å være kritiske til medisinske ideer, og at de evner å stole på sine egne kunnskaper (Nettleton 2001). Noen hevder det tvert i mot har funnet sted en av-medikalisering (Otto 1995). Begrunnelsen er at ansvaret for helse og livskvalitet er flyttet over til individet, og vekk fra helsevesenet (Otto 1995). I en mer individorientert kultur kan mye tyde på at det er det enkelte individ som føler seg ansvarlig for sin egen helse, og at vi dermed ikke legger alt på et profesjonelt helsevesen.

Sykdomsbegrepet er kontinuerlig, og tendensene er ikke bare mot en medikalisering.

Man kan også se hvordan enkelte tilstander har blitt av-medikalisert, slik som for eksempel homofili som for få tiår tilbake ble diagnostisert som seksuelt avvik (Skårderud 2003). Dermed finnes det fenomen som tidligere ble definert som en sykdom som nå faller utenfor begrepet. Utviklingen går altså ikke bare en vei.

Kapittel tre: Kvinner og Klær i 1960

3.1 De gylne sekstiårene

I denne perioden, som omtales som ”de gylne sekstiårene” ser vi en stigning i servicesektoren og folks levestandard øker (Furre 1991). Dette medfører et endret forbruksmønster, og folk får tilgang til materielle goder som bil, fryseboks, oppvaskmaskin og fjernsyn (Furre 1991). I denne perioden kommer telefoner og fjernsyn for fullt, og dermed stagnerer salget av blader, tidsskrifter og aviser (Furre 1991).

1960-årene var ”husmorens gylne tidsalder” (Hareide 1991). Antallet husmødre øker i antall fra 674 000 i 1950 til 745 000 i 1960 (Furre 1991). Husmorens ansvar for å oppdra den kommende slekt ble stadig understreket i mediene, og gjennom kurs, studieringer og opplysning kunne man tilsynelatende kvalifisere seg for å bli en god mor (Furre 1991). Mye kan tyde på at det fant sted en oppdragelse av husmødrene i blant annet tidsskrifter og ukeblader i årtiene rundt 1900-tallet (Elvebakken /Solvang 2002).

Sentralisering og urbanisering bidro til å gjøre Norge til et rikt og moderne samfunn, og den sosialdemokratiske orden var etterkrigstidens store fortelling om seg selv (Furre 1991). Helsebudsjettet nærmest eksploderte på sekstitallet, og innføring av folketrygd skulle dekke en stor del av utgiftene til helsevesenet (Furre 1991). Helse og sosialt fellesskap er ifølge undersøkelser det folk i Norge legger mest vekt på når det gjelder egen trivsel (Hareide 1991). Helsevesenet var under ledelse av leger, og troen på fagfolk var et styringsmerke særlig i sosialsektoren med det mektige Helsedirektoratet (Furre 1991). Nasjonalforeningen for Folkehelsen vektlegger hvordan økt levestandard, hygiene og vaksiner har blitt løsningen for å bli kvitt tuberkulosen og infeksjonssykdommene som var sykkeligheten som preget tidligere tider (Hareide 1991).

Samfunnet preges tilsynelatende av et bilde av mennesket som det konforme masse mennesket, og det samfunnsmessige fokus er på det standardiserende og regulerende (Frønes 1992). I sekstiårene var det offentlige sosiale rom noe man passerte gjennom, når ”velstandsmennesket beveget seg omkring i sin funksjonsdelte verden” (Frønes 1992). Det var den standardiserte massekonsument som preget denne perioden (Frønes 1992). Det var mindre rom for det særegne og individuelle, og siden media og

populærkulturens økende innflytelse ga en forståelse av masse mennesket som manipulert ble alle like og ”puttet i samme boks” (Frønes 1992).

Dette var en tid der tiltroen til profesjonelle fagfolk var sterk, og blant annet legene hadde en nokså ubestridt makt (Scambler/Higgs 1998). Det var i stor grad hos legene definisjonsmakten lå med hensyn til sykdom (Scambler/Higgs 1998). Legene har en dominerende posisjon med hensyn til å formidle kunnskap som en slags form for folkeopplysning (Scambler/Higgs 1998). Med helsedirektør Karl Evang gjennomgikk norsk helsevesen store endringer blant annet ideologisk (Schiøtz 2003). Han lanserte en visjon allerede i 1945 om en utvidelse av medisinenes ansvarsfelt, og at det hele mennesket – dets fysiske og psykiske velvære- måtte være helsevesenets interesseområde og virkefelt (Schiøtz 2003). Også administrativt ble det endringer, og med Evang kom legeprofesjonen inn i statsapparatet (Schiøtz 2003).

3.2 Beroligende, autoritær folkeopplysning

I 1960 er det en legespalte i Kvinner og Klær som heter ”Fra en kvinnelig leges dagbok”. Øverst i spaltens venstre hjørne er det et portrett av den navnløse, kvinnelige legen med tilknapet hvit krage og bølget, kort hår. Hun har et svakt smil om munnen og ser seriøs og tillitvekkende ut (se vedlegg). Selve spalten er ført i pennen av henne selv, og tar for seg en konsultasjon hvor dialogen mellom legen og pasienten gjengis. De er ikke dus med hverandre, og pasientene refereres til med fornavn og forbokstaven i etternavnet sitt (Ingrid L., Tora H.).

I de ti ugavene av spalten som jeg har sett på finnes overskriftene:

TBC (om tuberkulose)

Grå stær

Barnesykdommer

Lymfekjertlenes betydning

Narkose

Akutt mavekatarr

Injeksjon med sprøyte

Ryggsmerter

Astma

Foran hvetebrødsdagene

To av disse (Grå stær, Akutt mavekatarr) handler om menn, mens tre av dem handler om barn (Barnesykdommer, Lymfekjertlenes betydning, Injeksjon med sprøyte). De resterende dreier seg om kvinnelige pasienter. Dialogen bærer preg av en formell atmosfære og konformitet, og har en klar rollefordeling der pasienten spør og legen svarer. Pasientene omtaler legen som ”doktor”. ”Mener De at jeg kan bli verre, doktor?” Jeg oppfatter situasjonen som sterkt scriptet, med strenge krav til hva både pasient og lege foretar seg. Det er et fast mønster i spalten, hvor legen først får beskrevet symptomene og deretter undersøker for å få stilt en diagnose. Pasienten spør generelt rundt sykdommen og behandlingen av den, og den kvinnelige legen kommer med utlegninger om dette. Det kommer i medisinske og kliniske termer, og er svært nær et rent medisinsk fagspråk. Selv de latinske navnene tas med i spalten når legen forklarer for pasienten.

”Men jeg synes det er meget som taler for at det er en monoukleose.”

”.., og de er som sagt et minne om en gjennomgått tuberkuløs adenitt..”

”Derimot er exanthema, hudutslettet, meget karakteristisk ved de andre sykdommene”

3.2.1 Om helsebegrepet

I denne legespalten i 1960 er temaet hovedsakelig sykdom, og det er skrevet i et medisinsk språk. Helsebegrepet er her knyttet tett opp til den biomedisinske sykdomsoppfatningen med hovedvekt på kropp og sykdom. Flesteparten av spaltene er ren medisinsk opplysning rundt sykdom, men noen av dem skiller seg litt ut. Spalten om narkose er formet som en samtale med pasientens ektemann før en operasjon. I ”Injeksjon med sprøyte” dreier det seg i utgangspunktet om et barn, men det går over i en samtale om injeksjoner generelt. Men fokuset i spaltene er i hovedsak orientert mot det medisinske og er presentert svært klinisk. ”Hva var det De ga henne, doktor? Det var et preparat som tilhører barbitursyregruppen.”

”Derfor er man nødt til å gi dem parenteralt, det vil si at man går utenom fordøyelseskanalene”

”Det har i en tid eksistert to slike stoffer, som forresten er nær beslektet med sulfonamidene.”

Enkelte ganger kan man undre seg over pasientenes grundighet i spørsmålene de kommer med. ”Men hvor lang tid tar det innen legemidlet kommer til hjertet?”.

”De sier at fordunklingen kan begynne i periferien, doktor, men kan den begynne noe annet sted også?” Det kan noen ganger høres ut som spørsmål fra en medisinstudent til sin professor, eller at spørsmålet er konstruert for et pedagogisk formål..

En av spaltene tar for seg seksualitet og samliv (Foran hvetebrødsdagene). Her kan man ane at helsebegrepet er noe videre enn kun å gjelde sykdom, men utgangspunktet for denne pasientens henvendelse er at hun vil forsikre seg om at hun er frisk. Så det er altså også her sykdom som er bakteppet selv om samtalen dreies mot samliv og seksualitet. Den kvinnelige legen opptrer her som en beroligende og forsikrende person overfor den kommende bruden. Denne gangen virker hun temmelig moderne når hun forsikrer den unge kvinnen om at ”det er meget alminnelig med seksuelt samliv før ekteskapet”, noe som ikke var helt ukontroversielt på denne tiden. Legen blir her en som tilsynelatende gir uttrykk for de samfunnsmessige normene på dette området, og hun kan blant annet dele med oss og den kommende bruden at det er hustruen som har ansvaret for å ordne med prevensjon. Men hun kommer ikke med mange konkrete råd. ”Det gjelder i de aller fleste tilfeller bare å ta tiden til hjelp – en dag er alt som det skal være.”

Helse i denne spalten dreier seg stort sett om sykdommer og kureringen av disse. Det er til tider svært detaljerte fremstillinger av tilstandene. ”Det vil si at en del av den bløte kjernen i den bruske mellomhvirvelskiven har presset seg ut gjennom en sprekk i den ytre og mer faste delen av denne.”

Hun går ofte inngående inn i selve behandlingen, kanskje for å gjøre det til noe gjenkjennelig og dermed noe som virker tryggere for leserne som potensielle pasienter.

Den medisinske diskursen i spalten er preget av den biomedisinske sykdomsmodellen. Det er en årsakstenkning som preger diskursen om helse her. ”Men kan De forklare meg, doktor, hvorfor linsene fordunkles og hvorfor det bare er enkelte personer som rammes av det?” Det er den tradisjonelle medisinske tenkningen, man stiller diagnose og foreslår behandling (Otto 1995). Pasienten som individ er ikke i fokus her, det dreier seg kun om sykdom og dens årsaker og behandling. Det blir et reduksjonistisk syn på livet og

mennesket; mennesket som en maskin som består av ulike deler som kan repareres av legen. Det dannes ikke noe helhetlig bilde av pasienten, og følelser er i stor grad utelatt i denne sammenhengen. Helsebegrepet er symptomorientert og behandlingen er utelukkende med medisiner eller inngrep. Dette helsebegrepet hviler på den vestlige medisinske biomedisinske modell. Det innebærer et skille mellom kropp og sjel, og er sådant et dualistisk syn på mennesket (Nettleton 2001). Den biomedisinske modellen fokuserer hovedsakelig på biologiske faktorer, og tar ikke de sosiale og psykologiske faktorene med i sykdomsbildet (Nettleton 2001).

3.2.2 Om møtet med den kvinnelige legen

Samtalen mellom legen og pasienten skifter ved at pasienten stiller spørsmål og legen svarer. Det er sjelden omvendt i denne presentasjonen av legens dagboknotater. Dermed kan det synes som om maktfordelingen mellom pasienten og legen ligger nokså fast. Pasienten er avhengig av legens kunnskap for å forstå noe om sin tilstand. Legen har den informerende posisjonen og er den som bringer de medisinske temaene på banen. Mye tyder på at pasientene har svært lite kunnskap på forhånd.

Spalten har et generelt og noe upersonlig preg, og dette understrekes av at vi ikke kjenner til den kvinnelige legens navn. Høflighetsstrategier som brukes er tiltalen ”De” og ”Dem”, samt at pasienten tiltaler henne som ”doktor”. Det kan understreke at det ikke er som privatperson hun er viktig her, men det er kun som fagperson hun skal opptre. Disse tiltaleformene skaper distanse mellom personene i teksten. Møtet med pasientene bærer tilsynelatende få spor av individualitet, men er fokusert inn mot det faglige og det medisinske. Tekstens tematiske struktur preges av et klinisk syn på sykdom og fokus på diagnostisering og behandling. Det er sykdom, medisin og behandling som er det oftest forekommende tema. Bruken av de latinske termene understreker en avstand mellom legen og pasienten.

3.2.3 Medisinsk diskurs

Legespalten er skrevet i en dagboksgenre. Dette gjør at vi får et inntrykk av å få et blikk bak ”kulissene”. Vi tas med inn i legens hverdag og får møte det hun møter, men vi holdes likevel på avstand. Ved å benytte seg av en medisinsk diskurs sørger den kvinnelige legen for at lesere uten relevant medisinsk bakgrunn holdes utenfor

rekkevidde av hennes hverdag med latinske begreper. Den nærheten som kunne oppleves ved å kikke i en annens dagbok, blir gjort om til avstand ved at språket i den ekskluderer leseren i stor grad. Den medisinske diskursen bidrar til å bevare en avstand og skape en distanse til den kvinnelige legen.

Lege/pasient-relasjonen tydeliggjør denne avstanden ytterligere ved bruken av høflighetsformene De og Dem, og ved at legen stadig legger frem latinske faguttrykk. Her er et skille mellom leg og lærd, og det understrekes på denne måten av den kvinnelige legen. Dette befester hennes rolle som fagperson, og understreker at hun er den med høyest maktstatus i denne sammenhengen. Det er hun som snakker mest, og pasientene forteller kun om hvordan de har det og er ellers relativt uvitende. Det er muligens tegn på at pasientene har trådt inn i legens univers på hennes premisser, og at de deltar i en samtale som tydeliggjør deres underlegne posisjon. Selv om de nok kan lære litt av det legen forteller dem, så er det muligens et åpent spørsmål om de forstår henne. Kroppen er et nodalpunkt i medisinsk diskurs. Det innebærer at det som tegn er tomt i seg selv før diskursen fyller det med innhold (Jørgensen/Phillips 1999).

I denne teksten blir kroppen fylt med innhold fra en medisinsk diskurs som er preget av biologi og det biomedisinske synet på sykdom. Dette bærer preg av en fremmedgjorthet, sykdom er noe den syke selv vet lite om. Pasienten er helt avhengig av å henvende seg til legen for å finne ut hva som er i veien med kroppen, og å la seg underordne hennes veiledning. Kroppen blir i denne sammenheng noe man overgir til fagfolk når sykdom oppstår, man overlater ansvaret for den til andre. Også fra legens synspunkt blir kroppen til pasienten preget av den biomedisinske sykdomsmodellen, som er et reduksjonistisk syn. Kroppen til pasienten fremstår nærmest som en maskin, hvis ulike deler kan repareres når det behøves. Dette er en biologisk kropp uten følelser, mer som et urverk som skal fungere. Det er også en diagnostiseringsdiskurs i spalten, som handler om å lokalisere sykdom og bekjempe den. Det bærer preg av det biomedisinske synet på sykdom, som har et objektivt sykdomsbegrep. Det innebærer at man baserer seg på biologiske avvikelser, og at man trenger medisinsk ekspertise for å finne det som virkelig er sykdom (Jensen 2001). Hovedfokus her er på biologiske avvikelser, og på sykdom som biologisk avvik. Legen leter etter årsaken til sykdom for å kunne stille en diagnose og finne en behandling.

Hovedpunktet i Faircloughs diskursanalyse er det dialektiske forholdet mellom samfunnet og diskursene. På sekstitallet bar samfunnet tilsynelatende preg av liten individualitet i menneskesynet (Frønes 1992). Dermed kan det synes som om den sosiale praksis her gjenspeiles i legespalten på denne tiden. I teksten finnes det lite rom for individualitet, den handler om sykdom generelt og behandlingen av den. Den kvinnelige legen har et profesjonalisert syn på helse, sykdom og kropp. Det er lite interdiskursivitet i denne teksten. Diskursene som finnes handler om medisin og diagnoser, med fokus på lege og pasientposisjonene. Det er ingen av diskursene som bryter inn fra andre diskursordener.

Subjektposisjonene som her er "lege" og "pasient" gir lite rom for annet enn sykdom og symptomer i denne teksten. Det er legen som er den vurderende og pasienten som er den undrende, så det er en nokså lukket og tradisjonell posisjonering. Det er legen som fagperson som gir en uttalelse basert på en klinisk vurdering av pasienten hun har foran seg. Det er den medisinske diskursen og diagnostiseringsdiskursen som gir dem disse posisjonene.

Kapittel fire: Kvinner og Klær i 1970

4.1 1970 – opprør og oppbrudd

Det skjedde en del endringer i samfunnets strukturer og i synet på individet i denne perioden. I 1970 bodde to tredjedeler av folket i byer og tettsteder, og det var en million flere enn i 1950 (Furre 1991). Det ble vanligere for husmødre å arbeide utenfor hjemmet, og av de gifte kvinnene var 24% i arbeid i 1970 mot 10% i 1960 (Furre 1991).

Det skjedde en voldsom økning i utdanningssektoren, over 20% av folket satt på skolebenken i 1970, og dermed bleknet husmoridealet; flere hadde utdanning og de ønsket også å bruke den (Furre 1991). Mye tyder på at ekteskapet ikke lenger representerte den samme trygge livsformen som før, det ble flere ”ufullstendige familier” med høyere skilsmissetall og flere barn ble født utenfor ekteskap på denne tiden (Furre 1991). Gamle nettverk og fellesskap ble brutt opp, og utdanning og forbruk ble verdier i et samfunn med et mer individualisert menneskebilde, der det å ”realisere seg selv” ble viktig (Furre 1991). Med denne vekten på utdanning, økte også leselysten i befolkningen og bokutgivelser og boksalg økte, og billigbøkene og debattbøkene var nye trekk (Furre 1991). Den økte opplæringen skapte også en holdningsendring, og kjønnsroller ble sentrale ord i samfunnsdebatten; i 1972 opprettet man et statlig likestillingsråd (Furre 1991). Enkelte snakket om en ny populisme når det for første gang på mange år dukket opp verdispørsmål i samfunnsdebatten, og det ble stilt spørsmål ved samfunnsutviklingen (Furre 1991). Enkelte mente fokuset på det menneskelige hadde måttet vike for dyrkningen av det materielle, og at dette hadde fått uheldig følger som blant annet at samfunnslivet ble hardere, kaldere, mer ensomt og brutalt enn det hadde vært før (Ustvedt 1981).

9% av bruttonasjonalprodukt gikk med til offentlig konsum i 1950, mens det var kommet opp i 14% i 1970, og det var en særlig økning i utgifter til utdanning, trygder og helse (Furre 1991). Det skjedde gradvis noe med befolkningens holdninger til helsevesenet; barrierene mot å søke helsetjenester ble mindre og folk ble stadig mer bevisste med hensyn til både muligheter og rettigheter (Schiøtz 2003). Det sies gjerne at 70-tallets helsesektor var preget av ”kjempevekst og fordelingskrise” (Schiøtz 2003).

Den nye kvinnebevegelsen gjorde seg gjeldende fra og med 1970 (Ustvedt 1981). Ukepressen fikk kritikk for å formidle et verdisyn som var konservativt og materialistisk, og som en motvekt mot dette ble det en oppblomstring av feministiske romaner og tidsskrifter (Ustvedt 1981). På syttitallet legges det stor vekt på det naturlige, og det autentiske og ekte blir sett på som det naturlige og ”den naturlige aktør søker symboler på sin ekthet” (Frønes 1992). Denne kulturelle formen dominerte i store grupper av befolkningen, men fantes først og fremst som uttrykk i deler av middelklassen og hos de intellektuelle (Frønes 1992). Det blir et adelsmerke å være ”naturlig”, og man skal på ingen måte konstruere seg selv fordi det blir et tegn på unatur (Frønes 1992). ”Avprivatisering” ble et viktig slagord: hverdagslivet skulle synliggjøres og politiseres (Ustvedt 1981). Den klassiske privatsonen utvides, og de private verdier er ikke lenger private; det ekte menneske skal ideelt sett være det samme i alle sammenhenger (Frønes 1992).

4.2 Samfunnskrav og selvrealisering

Spalten ”Fra en kvinnelig leges dagbok” har forsvunnet, og det er en ny spalte som nå heter ”Fra en sosialkurators dagbok”. Dermed er det ikke selvsagt at dette nå kommer inn under stoff som handler om helse, kropp og sykdom. Men denne spalten tar opp blant annet sykdommer og de ulike sosiale konsekvensene det kan ha å være syk. Av den grunn velger jeg å se sosialkuratorens ukentlige spalte som ukebladets helsestoff, fordi dette er det tilbudet som KK har på helseområdet. Spalten er uten noe bilde eller navn på sosialkuratoren, og vi får dermed heller ikke vite hvilket kjønn vedkommende har. Ut i fra teksten går det derimot frem at det sannsynligvis er en kvinne som skriver, da det ofte refereres til ulike venninner av vedkommende. Men dette er ikke noe som er gjort eksplisitt i spalten. Teksten fungerer som i den kvinnelige legens spalte ti år tidligere, med en fremstilling av et problem og omtale av personene som Merete F. eller Helge N. Det er relativt lite direkte tale i teksten, og mer av sosialkuratorens egen gjennomgang og analyse av problemet som tas opp. Det står eksplisitt i spalten at personnavnene er oppdiktet (se vedlegg).

To av spaltene er en ”føljetong”, og dreier seg om en kvinnes problemer i hverdagen i forbindelse med hennes astma. ”Forrige gang hørte vi om Åse G. som har astma og som

hadde vanskeligheter med å greie husarbeidet på grunn av sykdommen. Det ble derfor aktuelt for henne å finne annet arbeid. Vi skal denne gangen se litt på praktiske hjelpetiltak for astmatikere.”

Det er det praktiske og de sosiale konsekvensene som det fokuseres på, ikke på det medisinske eller selve sykdommen. ”Forholdet til mannen var også komplisert, han kunne ikke riktig akseptere hennes sykdom.” Samliv er dermed også et element som kommer inn i denne spalten, i forbindelse med at sykdom kan være en utløsende årsak til problemer med partneren. I en spalte tar man for seg hvordan p-pillen gjør samlivet lettere for et voksent ektepar. Igjen er det alt det praktiske rundt pillene som betones, og det henvises til en brosjyre skrevet av leger for nærmere informasjon om pillene.

”De lesere som skulle ha interesse av å lese mer om dette emnet, kan for eksempel anskaffe seg dr.Knut Bjørøs og dr.Eivind Myhres bok: ”P-pillen”. Den kom ut i vår og er liten og lett å lese. Den koster ca. 12 kroner”.

I en annen spalte handler det om en gutt med nervøse symptomer, som sammen med foreldrene får hjelp til å oppsøke psykolog. Psykologen som samarbeidspartner dukker opp i ulike sammenhenger i tekstene fra dette året. ”Hun var presset inn i en rolle”, skriver sosialkuratoren om en pike som må igjennom psykologiske undersøkelser for å kartlegge hennes evner. Her handler det om at foreldrene ikke ”ser” henne for den hun egentlig er og hvor hennes evner ligger. Teksten dreier seg ofte om hvordan samfunnet rundt individet tilsynelatende legger sine forventninger på det og gjør at man ender opp med å lide under et press som kan skape sykdom. Løsningen som ofte nevnes er å skifte omgivelser, enten ved å ta seg et nytt arbeid eller gjennom å ta en utdanning. Om astmapasienten skriver sosialkuratoren: ”Hennes mentale tilstand ble bedre som en følge av mer tilfredsstillende arbeid”.

4.2.1 Om helsebegrepet

Det finnes rester av den folkeopplysningen som preget den kvinnelige legens dagbok på sekstitallet, særlig i spaltene om astmapasienten og om p-pillen som prevensjon.

Sistnevnte spalte handler om seksuallivet til et ektepar, og sosialkuratoren kommer med lesetips til den som vil lese mer om p-pillene. Det sosiale rundt seksualitet er betonet, mens det medisinske rundt selve pillen er nedtonet.

Modellen som brukes her er en biopsykososial modell (Loustaunau/Sobo 1997). Den tar for seg den holistiske naturen i medisinen, som ser for seg et ”rammeverk eller et integrert hierarki av de separate områdene av helse – det biologiske, det psykologiske og det sosiale – som et verktøy til å identifisere forholdet dem imellom” (Loustaunau/Sobo 1997). Vi ser her tilsynelatende en utvidelse av det rent biomedisinske helsebegrepet som preget spalten ti år tidligere. Nå beveger man seg over til sosialmedisinen. Helsebegrepet er ikke så nært knyttet opp mot kropp og sykdom, men handler om de sosiale sidene rundt en lidelse som for eksempel astma. I spalten om denne sykdommen fokuseres det på hvilke stønader man er berettiget til. Her nevnes blant annet uføretrygd, hjelpestønad og attføring som eksempler.

Spalten er mer samfunnsfokusert og opptatt av normer menneskene forholder seg til enn den var i sekstiårene. Fokus har skiftet til problemene som oppstår i individet i møtet med krav og forventninger fra samfunnet. Her kommer fokuset fra sosialmedisinen inn, det handler ikke bare om det rent biologiske, men om samfunnets strukturer og normer.

Mye tyder på at fokus har gått over fra det klinisk medisinske til å handle om livskvalitet, og det å kunne realisere sine muligheter for å kunne trives i tilværelsen.

”Husarbeidet hadde ingen heldig innflytelse på hennes sykdom.”

”Var det ekteskapet og barna som stilte så store krav til henne at hennes egen personlighet ble helt utvisket?”

Det blir på sett og vis en av-medikalisering (Otto 1995, Loustaunau/Sobo 1997). Sosiale faktorer og samfunnsnormer sees på som gunstige eller ugunstige for individenes mentale og fysiske helse. Det kan synes som om løsningene nødvendigvis ikke ligger i medisinen, men i å la individene få realisere seg selv og utvikle sine muligheter. Fokus har gått over til relasjoner og det sosiale har fått en langt mer fremtredende plass. ”For dette ekteparet lot det til at konens sykdom var blitt konfliktstoff.”

Ved å ta opp problemene i slike enkeltsaker er nok muligens tanken at det skal kunne skape gjenkjennelse i andres liv også. Den enkelte kvinnes problemer er ikke alltid private problemer, men noe som er felles for mange (Ustvedt 1981). Det er et uttrykk for ”tidsånden” at helhetsperspektivet i behandlingen av mennesket skal stå i sentrum, og at andre yrkesgrupper enn medisinen alene må bringes inn i vurderingen av sykdom og helse (Schiøtz 2003). ”For å rette på forholdet sa de seg villige til å samarbeide med

psykolog og kurator.” Dette er elementer som ikke hadde noen plass hos den kvinnelige legen i 1960, der det var biologien som dominerte. Helsebegrepet legger her vekt på sosiale og miljømessige faktorer, og viser at helsestatus hos mennesker klart er konsekvenser av andre faktorer enn kun biologien alene (Nettleton 2001).

4.2.2 Om samfunnsbegrepet og møtet med sosialkuratoren

Samfunnet betraktes her som en form for Gesellschaft, hvor alle er ”enhver for seg i en spenningstilstand overfor alle øvrige” (Tönnies 1990). Spenningstilstanden kommer til uttrykk i individet som mishag eller utilpasshet i forhold til sin situasjon eller sine nærmeste. Individene i et Gesellschaft forstår ikke hverandre umiddelbart, men de er atskilte (Tönnies 1990).

Sosialkuratoren skriver: ”For mannens vedkommende var det nødvendig å sette seg inn i konens situasjon og å akseptere hennes handicap.”

”De var nøkterne mennesker uten tendens til dramatisering, og følelsene holdt de for seg selv.”

I denne spalten er det ikke mye direkte tale, stort sett er det sosialkuratoren som beskriver situasjonen. Det er ikke spørsmål og svar som tidligere, men av og til siteres klientene når de forteller noe om seg og sin situasjon. Høflighetsformene ”De” og ”Dem” er fortsatt med som tiltaleformer. Den tematiske strukturen dreier seg om samfunn, sykdom og individ. Hvordan man lever med sykdom og hvordan man tilpasser seg samfunnet generelt når helseproblemer oppstår. I motsetning til Gemeinschaft som preges av en felles forståelse og individer som er forbundet, forblir man i et Gesellschaft atskilt (Tönnies 1990).

”Jeg burde ha innsett at familien ikke bryr seg en døyt om meg”, sier en klient.

Ved å løfte frem enkelte eksempler kan det virke som om sosialkuratoren vil peke på generelle trekk ved samfunnet. Hensikten er å vekke følelser, ikke bare å spre informasjon (Palmlblad/Eriksson 1995).

4.2.3 Samfunnsdiskurs og følelser

Sosialkuratorens spalte er også formet som en dagbok, og fremstår som litt mer personlig enn den kvinnelige legens spalte. Sosialkuratoren bruker et enklere og mer hverdagslig språk, og skriver av og til om personer som omtales som venninner, ikke bare klienter

eller pasienter. Det er i stedet for biologi og medisin lagt vekt på det sosiale og ulike praktiske løsninger. Det har kommet inn en samfunnsdiskurs i spalten som ikke var der tidligere. Samfunnet har krav og forventninger til individet, og disse kan medføre at man føler seg syk dersom man ikke lever opp til dem eller velger å tilpasse seg dem; det er elementer i dette samfunnet som fungerer dårlig og som man ønsker å endre. Det er tilsynelatende en samfunnskritikk i denne spalten som ikke var der tidligere. Det er en følelsesdiskurs i spalten, man legger vekt på individets indre liv, og sykdom er ikke lenger begrenset til det biologiske avviket. Man kan også føle seg syk uten at biologiske avvik nødvendigvis er til stede. Her kommer det sosiale individet inn som en egen størrelse. Det kan muligens henge sammen med utvidelsen av roller som har funnet sted; fra lege til sosialkurator. Ved at profesjonen er endret, endres også de relasjonene som ligger i helsebegrepet. Andre profesjoner enn leger kan ivareta vår helse for oss, og de vektlegger helt ulike sider av mennesket. At samfunnet kan bidra til å skape sykdom i individet er også nytt i denne sammenhengen. Dermed er den medisinske diskursen i denne spalten preget av sosialmedisin. Det handler om samfunnet som årsak til sykdom, og om hvordan samfunnets strukturer er slik at de kan skape sykdom (Strøm 1980). I spalten omtales man både som klient og pasient, og relasjonen til sosialkuratoren er preget av mer nærhet enn til den kvinnelige legen ti år før. Denne gangen møter hjelperen dem med et mer hverdagspreget språk, selv om tiltaleformen fremdeles er De og Dem. I stedet for å se personene som rammet av noe, legges nå ansvaret mer over på dem. Klientene/pasientene må selv ta ansvaret for den situasjonen de er i, og forsøke å ta grep for å komme seg ut av den.”Hilde H. hadde så rett. En er selv ansvarlig for sitt eget liv.” Man kan her si at det er kommet inn en ansvarsdiskurs i forhold til klientene. Kroppen som flytende betegner er her først og fremst knyttet til følelser og selvrealisering. Selvrealisering har også med kroppen å gjøre (Frønes/Brusdal 2000). Det er i denne spalten et mindre passivt individ som tar i bruk ulike virkemidler (utdanning) i det samfunnet som har hemmet det. Det er mennesket som sosialt individ som er vektlagt, og tanker og følelser kommer i forgrunnen. Ved å introdusere diskurser som tidligere ikke inngikk i helsens diskursorden, slik som for eksempel en samfunnsdiskurs og en ansvarsdiskurs, vil det skape økt interdiskursivitet. Det er tegn som kan tyde på at man da står overfor en sosiokulturell forandring (Jørgensen/Phillips 1999).

Subjektposisjonene preges av følelsesdiskursen og av samfunnsdiskursen, og dette blir et litt nærere, men samtidig noe mer utydelig forhold enn mellom legen og pasienten. Dette handler mer om langt nærere og mer private ting enn biologisk sykdom. Derfor har også sosialkuratoren flere handlingsmuligheter enn det legen hadde, og kan gå nærmere inn på sin klient som et individ med følelser og mene noe om disse. Hennes meninger behøver ikke være fundert på kliniske bevis av noe slag, et ønske om hjelp kan være nok. Men sosialkuratoren ser også faren i dette når hun i en av spaltene er i et selskap og får ta del i en venninnes problemer. Da lager hun et skille mellom jobb og privatliv, og går ikke inn i venninnens problemer på en ”profesjonell” måte. Subjektposisjonene som sosialkurator og klient er ikke like lukket som lege og pasient, og det er større rom for andre diskurser til å bryte inn og skape en variasjon.

Kapittel fem: Kvinner og Klær i 1980

5.1 Forbrukersamfunn og helsevekst

Kunnskapsindustri kom inn som et nytt slagord mot slutten av syttitallet, og dataindustrien i Norge hadde en sterk vekstperiode frem til 1986 (Furre 1991).

Nye kort og betalingssystemer vokste frem slik som Visa og American Express, og ga uttrykk for det ”moderne, grenseløse mennesket” (Furre 1991).

Mye tyder på at den ubetingete tilliten til den sosialdemokratiske orden begynte å blekne, og en sterkere tro på markedskrefter og ”den usynlige hånden” meldte seg (Furre 1991).

Oljen var viktig for Norge, og bidro til at vi hadde den høyeste økonomiske veksten i Europa fra 1974 til 1980 (Furre 1991). ”Oljealderen ble en vandring inn i ukjent land langs en krokete sti av forventninger, uro og overraskelser” (Furre 1991). Syttitallets tro på det rasjonelle samfunnet med livskvalitet måtte tilsynelatende vike for en dyp uro; det var utsikter mot en usikker fremtid i et hardere samfunn og frykt for atomkrig som preget mange (Furre 1991).

Kommersialiseringen vokser på denne tiden, og i løpet av 80-tallet passerte utgiftene til reklame i Norge det vi bruker på grunnskolen (Hareide 1991). Det synlige luksusforbruket ble tilsynelatende sosialt legitimt; luksushytta ble vanligere for flere og var nå lett synlig ”oppe på haugen” (Furre 1991). Folk brukte like mye av inntekten til transport som til mat, og i 1980 fantes det 1,233 millioner personbiler i landet mot 740 000 i 1970 (Furre 1991). Undersøkelser viser at det offentlige forbruket økte med gjennomsnittlig 7% årlig fra 1974 til 1980 (Furre 1991). I 1979 hadde 70% av beskattede ektepar to skattbare inntekter, og økt yrkesdeltakelse for kvinner var den viktigste endringen i arbeidslivet og familielivet (Furre 1991, Blom/Sogner 2001).

Helse- og sosialarbeid økte til det dobbelte fra 82 000 i 1969 til 161 000 årsverk i 1980, og helsetjenesten er på denne tiden Norges største bedrift (Strøm 1980, Larsen/Berg/Hodne 1986). Gjennom tiårene etter krigen ble helsevesenet sterkt differensiert og spesialisert med stadig nye yrkesgrupper; tretti yrkesgrupper i 1945 mot 98 i 1979 (Furre 1991). Helse- og sosialtjenestene bygges ut og sees mer som en samlet enhet i tråd med et utvidet helsebegrep (Schiøtz 2003). Utgiftene i helsevesenet passerte

20 milliarder på syttitallet, en økning på to hundre prosent fra 1970 til 1980 (Furre 1991). Den organisatoriske oppbygningen fortsatte utover i 1980-årene (Schiøtz 2003). Nasjonalforeningen for Folkehelsen snakker nå om den andre bølgen av sykkelighet som har rammet Norge de siste par generasjonene; mens den første var tuberkulose og infeksjonssykdommer, handler det denne gangen om hjerte- og lungesykdommer, ulykker og kreft (Hareide 1991). Ved å kalle åttiårenes sykdommer for livsstilsykdommer blander man tilsynelatende sammen fag og moral; enkeltindividene har mer eller mindre seg selv å takke for de sykdommene de pådrar seg (Schiøtz 2003). 700 000 pasienter ble behandlet på sykehus eller i annen helseinstitusjon årlig på slutten av syttitallet, mot 600 000 ti år før; man kunne spørre seg om folk ble sykere eller friskere av all denne helsetjenesten (Furre 1991). Mens helsetjenesten avskaffet ”gamle” sykdommer, kunne mye tyde på at samfunnsutviklingen drev frem nye livsstilsykdommer (Furre 1991). Mens sykehusene stod i fokus på syttitallet, var primærhelsetjenesten i kommunene det viktigste helsepolitiske emnet på åttitallet (Furre 1991).

Tilsynelatende gikk man fra et produsentsamfunn til et konsumentsamfunn, og medie- og massekommunikasjonen forandret hverdagen (Furre 1991). Det var ikke lenger den lyse optimismen som preget hverdagslivet, men derimot begynte frykt og uro å prege mange, noe som skapte en resignasjon og tilbaketrekking til privatlivet: 71% så daglig på tv mot 61% i 1971-72 (Furre 1991).

Samfunnet får flere enslige mødre og flere som lever helt alene, dessuten blir familiene mindre på denne tiden (Furre 1991). Det blir en voldsom økning i tallene på dem som mottar sosialhjelp – fra 60 000 til bortimot 150 000 mottakere på 80-tallet; i 1970 var tallet 33 000 (Furre 1991). Det indikerte et viktig brudd med tidligere normer, og signaliserte endring i maskulin identitet når enslige fedre fra 1980 fikk rett til overgangsstønnad (Blom/Sogner 2001).

Det standardiserte masse mennesket som preget sekstiårene har blitt erstattet av en variasjonsrikdom i åttiårene (Frønes 1992). I begynnelsen av åttitallet ble det etter Grete Waitz’ suksesser vanlig for jenter å jogge (Blom/Sogner 2001).

På syttitallet fortrenses sosialmedisinen, og perspektivet beveger seg fra samfunnsstrukturer til enkeltfaktorer og individer (Skaset 2003). Det var en tid der

kommunal styring og folkemakt kom i sentrum, og legene måtte kjempe for å beholde den faglige ledelsen i kommunene (Schiøtz 2003).

5.2 Kjønnsskifte i legespalten

I 1980 er det igjen en lege som skriver en ukentlig spalte i bladet, men sosialkuratorens spalte er også blitt beholdt. Denne er i stor grad lik sosialkuratorens spalte på syttitallet, og jeg velger derfor å fokusere på den mannlige legens spalte. For aller første gang presenteres legen med navn, og spalten kalles "Pasienter jeg møtte" av Erik Münster. Dette indikerer et mer personlig preg enn man hadde med de anonyme spaltistene tidligere, og Erik Münster presenteres med et portrett hvor han ser med fast blick skrått oppover mot kameralinsen. Vi skimter kragen på legefrakken og et stetoskop rundt halsen hans, og det er ingen tvil om at det skapes et inntrykk av en tillitvekkende, nær og profesjonell lege. Den mannlige legen smiler imøtekommende, men uten å vise tenner; et profesjonelt smil som kan antyde noe om vennlighet, men også om profesjonell distanse (se vedlegg).

Tittelen på spalten fremhever det mellommenneskelige aspektet; det er møtet mellom pasient og lege det dreier seg om. Teksten som sådan dreier seg lite om selve pasientmøtet, men desto mer om Erik Münsters egne betraktninger og utlegninger om emnet som tas opp. Men det er oppsiktsvekkende at man i et typisk kvinneblad som *Kvinner og Klær* har valgt en mannlige lege. Ukebladenes verden er "a world largely shunned by men" (Winship 1987). Men kanskje har det sammenheng med at man på denne tiden begynner å snakke om en post-feminisme (Winship 1987). Enkelte av feminismens ideer var blitt en del av folks hverdagstenkning, og det var en ny generasjon kvinner som følte at syttitallets harde feminisme var upassende (Winship 1987). Dessuten er de kommersielle ukebladene ikke en del av kvinnebevegelsen, og de ønsker heller ikke å være det (Winship 1987). Men det kan også skyldes tilfeldigheter at de valgte en mannlige lege til å skrive legespalten i denne perioden, og avtaler og forhold internt i magasinet kalkyler. Av redaksjonen har jeg fått vite at Erik Münster var basert i Danmark, men at man hadde jevnlig kontakt med ham i redaksjonen. Det er mulig at man søkte en vending tilbake til "medisinen", et forhold som ikke direkte kan forankres i den allmenne sosiale utvikling.

5.2.1 Maskuline problemer i kvinneblad

En skulle tro at legen i et ukeblad som Kvinner og Klær ville velge å fokusere på kvinnelige problemer, men med skifte av kjønn på legen er det også kommet et tydelig skifte av type medisinske problemer som tas opp. Dette illustrerer at 1980-tallets legespalte ser ut til å ha en klar plan i KK's profil, og at det skal være medisinsk opplysning. I de ti spaltene jeg har tatt ut finnes:

Prostataproblemer

Skudd i hjernen

Alkoholisme

Skallethet hos menn

Gallesten

Ørevoks

Byller

Lymfeknuter

Utflod og bluferdighet

Angst for dyr

Av pasientene som presenteres er det seks menn og tre kvinner, og en uten noen pasient (Skudd i hjernen). De kvinnelige pasientene presenteres som fru Berg og fru Hansen, mens de mannlige presenteres med både for- og etternavn. Dette kan synes noe merkelig fordi det fremgår ingen steder om navnene er fiktive eller ikke. Tiltaleformen er fremdeles De og Dem. Spalten utgjør en side i ukebladet, og hele ukebladet totalt er på 72 sider (se tabellvedlegg). Spalten handler i svært liten grad om pasientene. Det er kun i de første linjene pasienten figurerer, mens mesteparten av teksten er viet legens egne utlegninger om sykdommen eller lidelsen. Spalten som handler om "Skudd i hjernen" har ingen pasient i det hele tatt. Den er en gjennomgang av hva som hender i hjernen ved skudd, hvor legen tenker tilbake til Kennedy-mordene, og dessuten snakker han generelt om hvordan hjernen skades ved skudd. "Når et prosjektil trenger inn i hjernen, ødelegger det på grunn av sin store energi langt mer vev enn tilsvarende sin bane."

Denne spalten handler lite om pasientene og mye om Erik Münster. Hans kunnskaper dominerer totalt, og pasientene faller helt i bakgrunnen til tross for tittelen. Teksten er et eksempel på en intertekstuell kjede, der man blander faglig formidling med medietekster (Jørgensen/Phillips 1999).

5.2.2 Om helsebegrepet

Her er man tilbake til et helsebegrep som ligger nær det biomedisinske, og som fokuserer på kropp og sykdom. Men man har altså i tillegg beholdt det sosialmedisinske helsebegrepet fra syttitallet i sosialkuratorens spalte. Her legges det som tidligere vekt på de sosiale sidene rundt sykdom, og hvordan man forholder seg til samfunnet rundt seg med en sykdom. Det er de praktiske sidene som vektlegges, slik det var på syttitallet. Siden dette aspektet ble analysert i forrige kapittel, velger jeg her å fokusere på legespalten til den mannlige legen i denne årgangen. Helsebegrepet i spalten til Erik Münster kan synes noe utvidet i og med at han tar opp angst for dyr, skallethet og alkoholisme. Tilstander som tidligere ikke har blitt betraktet som sykdom, faller nå inn under dette begrepet. Introduksjonen av sykdomsbegrepet på et nytt område innebærer en form for beskyttelse mot juridiske og moralske overgrep (Otto 1995). Dette gjør legen et poeng av i spalten om alkoholisme, som for noen tiår siden var forbundet med at man hadde svak karakter og lav moral. ”Folk har vanskelig for å forstå at noe som virker så komisk kan være forbundet med sykdom”, skriver legen i innledningen, ”men man ler da ikke av andre sykdommer”. På åttitallet har altså alkoholisme kommet inn under et utvidet helsebegrep i ukebladets legespalte. Han tar først og fremst for seg skader på kroppen ved overdreven bruk av alkohol. Dessuten tar han for seg røyking under dette temaet. ”Kombinasjonen av røyk og alkohol er farlig.” Her kommer han inn på kreft og katarr. Men han tar visse forebehold med hensyn til alkoholisme som sykdom. ”Dessverre kjenner vi ikke årsaken til at drikkingen tar makten fra så mange mennesker så de ikke kan begrense forbruket.”

Spalten minner mye om den kvinnelige legens dagbok på sekstitallet, men den gang var den skrevet som en dialog mellom legen og pasienten. Erik Münsters spalte er mer som en utlegning, og minner ikke så rent lite om en lærebok i medisin. Utviklingen fra 1960 til 1970 tenderer tilsynelatende mot større åpenhet, men denne utviklingen følges ikke

her. Spalten nå kan nærmest virke som et tilbakeskritt, og følger ikke den utviklingen man muligens kunne ha forventet mot større bredde og flere nyanser innenfor medisinsens område. Legen inkluderer latinske faguttrykk og er svært grundig og detaljert i sine beskrivelser. ”De fleste leger kaller sykdommen prostatahypertrofi. Men det korrekte navn er prostata-hyperplasi.” ”Før penicillinet ble oppdaget, utviklet små betennelser seg ofte til livstruende tilstander og tallrike mennesker døde hvert år av sepsis.”

Han bruker spalten om ”Utfloed og bluferdighet” til å ta opp hvordan kvinner unødvendig oppsøker lege for helt normale tilstander. Dessuten er problemet han tar opp at kvinner ofte søker hjelp for en ting, mens det er noe annet som er galt. ”Det finnes fremdeles en god del bluferdighet når det dreier seg om seksuelle spørsmål. Det gjelder særlig kvinnelige pasienter, som ofte kommer med helt andre klager når problemet i virkeligheten er sexlivet.” ”Undertiden kommer kvinner til legen og klager over en utfloed som ved nærmere undersøkelse viser seg ikke å stamme fra skjeden.”

Det kan synes som om det er mer rom for forståelse for hans mannlige pasienter, der både måne og alkoholisme får sykdomsstatus. En utfordring for den biomedisinske sykdomsmodellen er at sykdom ikke bare er biologisk, men også sosialt konstruert (Nettleton 2001). Medisinske kunnskapssystemer er som andre kunnskapssystemer kulturelt betinget, og som tidligere nevnt så er innholdet i begrepet sykdom underlagt historiske variasjoner (Falkum/Larsen 1981, Nettleton 2001). Her kan det tyde på en utvikling av hva som skal ha sykdomsstatus. Selv om det psykiske har kommet med i ”Angst for dyr”, så er det det somatiske som preger også dette temaet. Angsten gir seg utslag i kløe og eksem for mannen, så også dette får et kroppslig uttrykk.

”Jeg kommer fordi jeg et par ganger har fått en meget generende kløe på brystet.”

Resten av spalten handler om hvordan angst for dyr og småkryp arter seg.

”Som oftest er det antagelig ingen egentlig årsak, frykten bare sitter i en.”

Her kommer vi også litt nærmere inn på legen selv, som blir litt personlig.

”Personlig har jeg ingenting imot edderkopper, og jeg må være helten som skal lempe dem ut av huset hvis min kone eller mine barn oppdager en.”

Når den medisinske diskursen åpner for at nye fenomen kan betraktes som sykdom, ligger legenes makt til å definere hva som er sykdom bak. Årsaken til at nye fenomen blir

medikalisert kan ligge flere steder, blant annet i legemiddelindustrien som kan ha utviklet nye produkter, eller det kan være sosiale og politiske interesser som ligger bak.

5.2.3 Om møtet med den mannlige legen

Der den kvinnelige legen i sin dagbok i 1960 fremstod som beroligende kan det virke som om det motsatte gjelder hos Erik Münster, med utsagn som ”For da risikerer De at det går betennelse i øregangens hud!” ”Ta nå av deg og la meg få seg på det!”

Det synes som om han har en ulik måte å forholde seg til sine mannlige og sine kvinnelige pasienter på. Ikke bare når det gjelder omtalen av dem (*fru Berg, Sverre Ulriksen*), men også i måten han møter dem og deres problemer. I spalten om prostata trekker han frem eksempler som: ”Den amerikanske general Douglas Mac Arthur (..) den engelske statsminister Harold Macmillian (..) den franske president Charles de Gaulle (..) fikk fjernet en forstørret prostata..” Mens for de kvinnelige pasientene er tonen en annen. ”Fru Berg hadde fått litt vondt i høyre øre under en forkjølelse, og hadde fylt øregangen med bomull.”

Studier av samhandling mellom lege og pasient viser at legen møter kvinnelige pasienter annerledes enn mannlige pasienter, og kvinnelige pasienter har større sannsynlighet for å få god forebyggende behandling hvis de har en kvinnelig lege enn hvis legen er en mann (Malterud 1999, Lorber/Moore 2002). I spaltene som omhandler kvinnelige pasienter med henholdsvis gallesten og ørevoks, ligger det tilsynelatende et element av skyld mellom linjene. Det ene skyldes overvekt og det andre skyldes putting av bomull i øret. Gallesten kan dermed komme inn under betegnelsen livsstilssykdom som preger åttitallets sykdomsbilde. I motsetning til et livsstilbegrep som sosialt og kulturelt betinget fenomen, blir helsevesenets begrep om livsstil betraktet som et individuelt anliggende og helse som et individuelt ansvar (Schiøtz 2003). I spalten om det mest utpreget kvinnelige, nemlig utflod, forekommer ordet ”klager” flere ganger i teksten.

”Mange kvinner kommer til meg og klager over utflod, selv om de i virkeligheten ikke feiler noen verdens ting”, skriver han.

Om den mannlige pasienten med skallethet brukes ordene ”lidelse” og ”problem”. Det kan synes som om de mannlige pasientene møtes med mer forståelse og tas mer på alvor enn hva de kvinnelige pasientene gjør. ”Sykdommen (skallethet) er til en viss grad

arvelig betinget.” ”I en del tilfeller kommer håret igjen av seg selv. Men det gjelder dessverre ikke ved den mest utbredte form for hårtap som hadde gjort Ulriksen skallet.” Men pasientene som sådan er viet svært liten oppmerksomhet i spaltene. Dette kan tyde på en mindre personorientert behandling, noe som preget åttitallet (Schiøtz 2003). Legene kan komme til å glemme at det er mennesker det handler om, og dermed kan en ”tingliggjøring” true forholdet mellom lege og pasient når hovedvekten blir lagt på å kurere sykdom (Strøm 1980).

5.2.4 Fra legeomtale til selvstendige skribenter

Legespalten endres i 1980. Legens dagboknotater forsvinner ut, og spalten innlemmes i den nye samlespalten ”Spør oss!”, som foruten legen består av en plante-ekspert, en advokat, en kosmetolog og en som svarer på spørsmål om antikviteter. Her skriver leserne selv inn, og innleggene honoreres med kr.30,-. Spørsmålene er relativt korte, og svarene til Erik Münster preges fremdeles av å være utlegninger rundt fenomenet han får spørsmål om. Av temaer som dukker opp er det ikke overraskende langt mer hverdagslige ting enn ”Skudd i hjernen”. Spørsmål som forekommer handler om:

Årsaken til høyt blodtrykk

Migrene etter maten

Etter brystoperasjon

Urolig mage

Åreknuter

Hvor lenge skal man ta hostesaft?

Slitasjegikt i nakken

Har jeg brystkreft?

Det kan virke som om det er mer kvinneorienterte problemer som kommer på trykk enn det Münster tidligere tok for seg i sin egen spalte ”Pasienter jeg møtte”. Innleggene er mest sannsynlig redigerte og håndplukket til å være av en viss allmenn interesse for bladets lesere. Tiltaleformen har nå gått over fra ”De” og ”Dem” til ”du” og ”deg”. Det har blitt et mer folkelig preg over relasjonen mellom lege og innsender. Ingen av

leserbrevene til legen tar for seg noe utover rene somatiske lidelser og plager, så helsebegrepet handler om det rent medisinske og om kroppen som syk eller frisk. Det å nå ha en spørrespalte der leserne selv henvender seg til ulike eksperter kan tilsynelatende speile samfunnsutviklingen. Fra annen halvdel av 70-årene blir helsevesenet satt under et veldig press, og det slår tilbake på mer individuelt ansvar og krav om større egenomsorg (Schiøtz 2003). Samtidig er det en utvikling der stadig flere søker profesjonell hjelp for flere lidelser, og det som tidligere var ”hverdagsplager” som man har ordnet opp i selv blir nå et spørsmål for helsevesenet (Schiøtz 2003). Dette kommer frem i spørrespaltens temaer, som viser at leserne er atskillig mer opptatt av hverdagslige plager enn det legespaltene har tatt for seg tidligere. Mens det biomedisinske sykdomsbegrep tar utgangspunkt i hva som feiler personen, handler selvvurdert helbred om hvordan personen har det (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002). I det engelske språket skiller man mellom disse to ved å bruke ordet ”disease” om legediagnostisert sykdom og ”illness” om selvvurdert sykdom (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002).

Et typisk spørsmål ser slik ut:

”Jeg er en seksti år gammel dame som en tid har lidd av for høyt blodtrykk. Hver måned går jeg til legekonsultasjon, og jeg får tabletter. Ved noen av konsultasjonene er blodtrykket lavere enn andre ganger. Hva er årsakene til at blodtrykket er forhøyet? Kan jeg bli helt frisk igjen?”

Man kan jo undres over om ikke slike spørsmål like gjerne kunne vært stilt til den behandelende legen, når pasienten går til den månedlige konsultasjonen.

5.2.5 Livsstilsdiskurs

Spalten til Erik Münster kalles ”Pasienter jeg møtte”. Den plasserer seg dermed i en slags erindringsgenre, og blir tilsynelatende mindre personlig enn en dagbok. Men nå får vi for første gang møte legen med navn, noe som bidrar til å skape en viss nærhet i spalten til forskjell fra tidligere der dagbokforfatterne var anonyme. Hos legen Erik Münster som nå skriver spalten, dreier det seg mye om medisinske fenomen og ikke så mye om selve pasientkontakten. Det kan av og til virke som om dette er skrevet mer for et tidsskrift enn for et typisk kvinneblad.

Lege/pasient-relasjonen er tilsynelatende skiftende avhengig av om han henvender seg til de mannlige eller de kvinnelige pasientene. For de kvinnelige kan det synes som om det er mer en omsorgsdiskurs. De kommer til ham uten å feile noe, og legger frem problemer som ikke er det som egentlig plager dem. Behovet for oppmerksomhet på helt andre områder viser seg å være den egentlige grunnen til at de kommer. Det feiler dem ingenting, mener han. Overfor de mannlige pasientene er det derimot en større vekt på at det dreier seg om sykdom. Det er som på sekstitallet en utpreget medisinsk diskurs med mange latinske betegnelser i teksten. Det har også kommet inn en livsstilsdiskurs. Han tar opp problemer relatert ikke bare til biologisk sykdom, men problemer som alkoholisme og overvekt. Disse legges frem som sykdommer og sykdomsfremkallende, men henger sammen med livsstil. Livsstilsykdommer var i fokus på åttitallet (Furre 1991). Dermed kan det synes som om den sosiale praksis finnes igjen i legespalten, og at livsstil nå er et element i helsedebatten. Dermed er det også her et element av ansvar som kommer inn. Det er ikke så stort fokus på individet, men desto mer på legens egne medisinske utlegninger. Han trekker mer på sin medisinskfaglige bakgrunn enn sin forgjenger, og han viser en interesse for litt spesielle medisinske fenomen som for eksempel med ”Skudd i hjernen”.

På denne tiden går ukebladet over til å la leserne selv føre henvendelsene til legen i pennen. Dermed blir det korte spørsmål om hverdagslige plager når leserne selv velger temaer. Tiltaleformen med ”De” og ”Dem” forsvinner til fordel for ”du” og ”deg”. Dette gjør at noe av avstanden forsvinner mellom legen og ”pasienten”/innsenderen. Svarene til Erik Münster er fremdeles som små utlegninger, men nå er det en klarere diagnostiseringsdiskurs slik som på sekstitallet. Interdiskursiviteten er liten, noe som tyder på at det her er en ganske tradisjonell diskursorden med lite rom for sosial forandring. Helse handler her i stor grad om medisin og biologi slik som på sekstitallet.

Subjektposisjonene er relativt tradisjonelle slik de har vært mellom lege og pasient. Legen er den aktive, allvitende med faget som bakgrunn, mens pasienten er den tilsynelatende uvitende part som trenger hjelp. Det er ikke i denne sammenhengen noen spor av at ulike diskurser gir motstridende posisjoner subjektene kan snakke fra, her er det lege og pasient som snakker rundt sykdom og behandlingen av den.

Kapittel seks: Kvinner og klær i 1990

6.1 Valgfrihet og kriser

På slutten av åttitallet mente enkelte at samfunnet opplevde en verdikrise, og at det var blitt mindre viktig med mål og mening i tilværelsen (Furre 1991). På arbeidsmarkedet skjedde forandringene raskere, og dermed ble det for mange stor uvisshet knyttet til arbeidsplassen (Furre 2000). "Avindustrialiseringen" medførte at flere skiftet jobb oftere; mye tydet på at mange unge søkte jobb med tanke på å bli der noen år til de "fant på noe nytt" (Furre 2000). Valgfrihet og nyliberalisme ble viktige nøkkelord i det moderne velferdssamfunnet, og datamaskiner kom inn i folks stuer slik fjernsynet hadde gjort det tidligere (Furre 2000). Det ble en debatt om hvorvidt velferdsstaten var for dyr; trykdeforvaltningen hadde årlige utgifter på 115 milliarder i 1990, og dette var en økning fra 38 milliarder i 1980 (Furre 1991). Det ble bygget ut flere barnehager, og stadig flere kvinner var yrkesaktive; 913 000 i 1990, og antallet hjemmeværende husmødre ble halvert fra 1980 til 1990; 163 000 mot 334 000 (Furre 1991).

Ting tyder på at det hersket en optimisme rundt det å ta opp lån og ha kreditt, noe som førte bankene inn i en krise (Furre 2000). Det handler også om kriser i den helsepolitiske debatten. Det er et krav om reformer, mens antall sykesenger reduseres fra 21 793 i 1981 til ca 15 000 i 1990 (Skaset 2003). Innen helsevesenet er det først og fremst eldreomsorgen som får mye oppmerksomhet (Skaset 2003). I 1984 opprettes helsesentrene, og det var en av flere endringer innen primærhelsetjenesten på denne tiden (Schiøtz 2003). Helsesentrene skulle lette samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene innen helsevesenet, noe som tilsynelatende kom som et resultat av et utvidet helsebegrep (Schiøtz 2003). Antallet ansatte i offentlig helse- og sosialomsorg økte fra 181 000 i 1980 til 246 000 i 1990 (Skaset 2003).

Det enkelte individ blir gjennom begreper som livsstil og helseatferd gjort ansvarlige for sitt eget liv, noe som er med på å øke bevisstheten rundt sykdom og sunnhet (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002). Det ligger en fare her i at man kommer til å "skyldes på offeret" ved å gjøre den enkelte ansvarlig for sin helsetilstand, og ved å gi den enkelte all innflytelse på egen helse (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002).

Norge blir på denne tiden et flerreligiøst og flerkulturelt samfunn (Furre 2000). Mye tyder på at kvinneaktivistene har liten appell til dagens unge, som tar mye av likestillingen for gitt og har dermed vanskelig for å identifisere seg med dem (Furre 2000). Det ble opprettet et mannsrolleutvalg fra 1986 til 1991 (Blom/Sogner 2001). Tidligere hadde helseopplysning vært rettet mot husmødrene som i kraft av sin oppdragerrolle i familien var naturlige som målgruppe (Skaset 2003). Nå kom ikke lenger denne typen opplysning bare gjennom myndighetenes kanaler, men det strømmet mot folk flest fra mange hold (Skaset 2003). I mediasamfunnet er kropp, livsstil og helse blitt godt stoff, og det kan synes som om folk til en viss grad skremmes av all informasjonen (Skaset 2003). Mange blir mer usikre i forhold til sin egen kropp og helse, og dette medfører økt etterspørsel etter helsetjenester (Skaset 2003).

6.2 Mangfold i helsestoffet

Det har kommet inn en egen overskrift i bladets innholdsfortegnelse som kalles ”Medisin-helse”. Under denne overskriften presenteres ulike studier og forskning innen medisin. Enkelte av temaene ligger nær opp til den alternative medisinen.

Dette er første gangen denne typen informasjon presenteres i ukebladet. Det kan muligens tyde på en større relevans for denne formen for opplysning, og en økende interesse hos leserne for alternativ medisin. Det er flere kvinner enn menn som har langvaring sykdom, og kvinner har oftere enn menn sykdommer som påvirker hverdagen (Ramm 2003). Dette kan muligens være en medvirkende årsak til at mange ønsker å vite mer om alternative behandlingsformer.

Det har kommet en spalte skrevet av en kvinnepsykolog. Man oppfordres til å skrive inn hvis man har ”personlige problemer”. Her skriver den anonyme spaltisten en liten fortelling om problemene hun får tilsendt. Denne spalten kommer ikke inn under overskriften ”Medisin-helse”, men er likevel muligens et tegn på at den mentale delen av mennesket kommer i større fokus. Av ukebladet regnes dette derimot ikke som tilhørende delen av bladet med helsestoff. I ukebladets artikkeldel finnes nå en serie der man tar opp ulike medisinske temaer. Leserne oppfordres til å komme med forslag, og artiklene skrives av en ”medisinsk reporter og et legeteam”. Noen temaer som tas opp er:

Krybbedød

Kreft

Kronisk smerte

Huden

Her er det først og fremst ren medisinsk opplysning som kommer til uttrykk. I tillegg til disse delene kommer også legespalten skrevet av Åsa Rytter Evensen. Legespalten er nå å finne på to steder i bladet; som egen spalte og som en del av spørrespalten ”Spør oss!”. Jeg kommer til å fokusere mest på den delen ukebladet selv velger å kalle ”Medisin-helse” og på Åsas spalter.

6.2.1 Medisin – helse

Dette er en ny overskrift i innholdsfortegnelsen, og tar i hovedsak for seg presentasjon av ulike typer studier og forskning innen medisin. Mesteparten kommer fra amerikansk forskning og ulike tidsskrifter. Mange av rådene og temaene er muligens på grensen til ”kjerringråd”, men henviser til seriøse studier.

Eksempler på temaer som tas opp er:

vondt i magen av melk?, èn av ti har fobi, aromaterapilamper, helse hos enker og enkemenn, vitaminer for synets skyld, alkohol og kalk, ingefær mot halsbrann og ny allergiforståelse.

Det ligger et klart opplysningspotensiale i denne delen av ukebladet, og selv om overskriften er ”Medisin – helse” er det et variert utvalg av temaer som presenteres. At denne typen informasjon finnes i slike mengder i et typisk kvinneblad er muligens ikke overraskende. Flere kvinner enn menn har langvarig sykdom, og kvinner har oftere enn menn sykdommer som påvirker hverdagen (Ramm 2003). Dette kan muligens bidra til at man søker nye løsninger utenfor den tradisjonelle skolemedisinen.

6.2.3 Spalter

”Kjære Åsa” er nå navnet på legespalten. I innledningen til spalten står det:

”Har du et samlivsproblem? Noe du ikke vil snakke med andre om?”

Her er det allerede i anslaget gjort oppmerksom på at det handler om samliv – ikke om sykdom. ”Det er ingen tilfeldighet at legen etter hvert er blitt den representant for samfunnet som skal forsøke å løse noen av kjærlighetens problemer” (Aubert 1985). Det handler om mennesket som biologisk skapning, og kjærligheten sammenlignes av og til

med en sykdom (Aubert 1985). Jeg kommer nærmere tilbake til denne spalten, som jeg har valgt å fokusere på fordi den er skrevet av ukebladets lege. Her ser man nå disse temaene som en del av medisinsens område.

”Spør oss” har fulgt med fra 1980, og i denne spalten dukker Åsa opp igjen. Foruten henne som lege finnes en klinisk pedagog, en sosionom, en advokat, en journalist og en som svarer på spørsmål om antikviteter. Jeg har valgt å fokusere på legens svar i denne spalten fordi det her er helse, kropp og sykdom som er tema. At jeg ikke har tatt med den kliniske pedagogen og sosionomen i min analyse skyldes at de svarer på spørsmål og henholdsvis barn og familieproblematikk, som jeg som nevnt valgte å definere som utenfor oppgavens hovedområde. Legen svarer som sin forgjenger på korte, medisinske spørsmål fra leserne. Innleggene til denne spalten honoreres med kr 75,-. I disse spørsmålene er det dagligdagse medisinske tilstander som går igjen, slik det var hos Erik Münster. Eksempler er: åreknuter, feberkramper, hovne ben, kuler i brystet, føflekk og rennende nese. Det finnes også eksempler på at nyere tilstander og sykdommer kommer med, slik som brevet om fibromyalgi og om overflødig hud på magen. Til forskjell fra tidligere går ordene ”jeg” og ”du” ofte igjen i svarene, noe som forsterker inntrykket av en dialog med innsenderen. I motsetning til det nøkterne portrettet av den forrige legen i denne spalten, har Åsa et portrett hvor hun er velfrisert og sminket, og smiler bredt til fotografen. Her er ingen antydning til verken legefrakk eller stetoskop.

6.2.4 Om helsebegrepet

Omfanget av helsestoffet har økt; det er gjennomsnittlig 6,8 sider med helsestoff i KK i 1990 og det totale antallet sider er nå 127. Omfanget av reklame har økt fra 8,5 sider i 1980 til 32,9 sider i 1990 (se tabellvedlegg).

I ”Spør oss” -spalten er det leserne selv som kommer med innsendte problemer. Selv må Åsa noen ganger ta høyde for at denne formen for ”konsultasjon” kan ha sine begrensninger: ”Jeg vil foreslå at du henvender deg til en allmennpraktiserende lege,” skriver hun til en.

Her kan vi se at nye og omdiskuterte fibromyalgi dukker opp. Det fremgår at innsenderen har oppsøkt ulike leger uten å få hjelp med sine diffuse symptomer.

”Kan KK-legen gi meg noen trøstende ord om hvor jeg kan få hjelp?” spør innsenderen.

I legens svar tas lidelsen som beskrives på alvor, selv om dens diffushet understrekes. Vi kan også se at ting som kosmetisk kirurgi ("Overflødig hud på magen", "Utstående ører") tas med og behandles som medisinske problemer i denne spalten.

"..jeg tror en operasjon er eneste muligheten til å bli kvitt problemene (..) du må henvende deg til en spesialist i plastisk kirurgi."

"Jeg sender separat en liste over godkjente plastikk-kirurger."

Her har vi tilsynelatende å gjøre med et utvidet helsebegrep som går videre enn det som kom til uttrykk i de tidligere legespaltene.

"Kjære Åsa"-spalten preges av samliv og relasjoner, og man kan muligens spørre seg om det trengs medisinsk kompetanse for å svare tilfredsstillende på disse henvendelsene. Det kan synes noe malplassert å ha en dr.med. som svarer på denne typen spørsmål. I enkelte av innleggene er det riktignok konkrete spørsmål rundt seksualitet og kropp, og da kommer den mer fysiologiske og biologiske siden frem. Men hovedvekten er på relasjonelle problemer og sosiale sider ved samlivet. Siden bladet har valgt en lege til å svare på denne typen spørsmål, velger jeg her å se det slik at dette blir betraktet som helsestoff. Muligens handler dette om det enkelte helsesosiologer omtaler som et skifte fra "curing to caring" (Nettleton 2001). Helsebegrepet har tilsynelatende i 1990 kommet til å omfatte også det relasjonelle og det som dreier seg om samliv. Har man det dårlig i samlivet betraktes det som en "syk" tilstand, og dermed henvender man seg til en lege. Her ser vi muligens en medikalisering av kjærlighetslivet.

I spalten "Medisin – helse" kommer man svært nær den alternative medisinen.

Tilsynelatende veldokumentert forskning på alternativ medisin i mange ulike former er med, og disse rådene om de alternative hjelpemidlene formidles i denne spalten. Mange begynner å tvile på den tradisjonelle medisinen når denne ikke kan møte deres forventninger om hva den "skal" kunne helbrede (Elstad 2003). En konsekvens er en stor vekst i alternative, komplementære behandlingsformer (Elstad 2003). De fleste av tipsene presenteres som forskningsresultater og som fremkommet av ulike studier, slik at de virker veldokumenterte. Studier viser at de som oppsøker alternative behandlere har en sterkere tro på at mentale, emosjonelle og miljømessige faktorer er av betydning for sykdom og helse (Loustaunau/Sobo 1997).

Helsebegrepet i KK i 1990 tar for seg både den ”vanlige” skolemedisinen i spalten ”Spør oss” og i de medisinske artiklene skrevet av en ”medisinsk reporter”, det relasjonelle i ”Spør Åsa”, det psykiske i ”Kvinnepsykologen” og de mer alternative behandlingsmetodene i ”Medisin – helse”. Medisinsk kunnskap har ikke den samme eksklusive karakter som før; økt utdanning, helselitteraturen og internett gjør medisinsk viten tilgjengelig for andre enn legene (Elstad 2003).

6.2.5 Kjærlighetsdoktoren

Bildet i spalten ”Kjære Åsa” endrer seg midt i årgangen. Fra å være et smilende portrett, går det over til å være et bilde som viser Åsa sittende i en kurvstol. Hun har på seg knallrosa genser og et blomstret skjørt, med en åpen legefakk over. Dette forsterker inntrykket av at man gjennom denne spalten har en ”samtale” med henne (se vedlegg). Moderniseringen av ukebladene representerer tilsynelatende et redaksjonelt skifte fra en mer paternalistisk, autoritær tone til en som søker å være mer på likefot og vennlig overfor leserne (Winship 1987). Den personlige tonen gjør at leseren føler at man henvender seg til henne direkte, og dette bringer kvinner sammen i en verden de kan dele (Winship 1987). Det blir som å ha en god venninne å betro seg til, og spalten bærer da også preg av å være som en samtale med innsenderen. Åsa understreker også dette med enkelte utsagn i spalten. ”Men det er deg jeg ”snakker” med nå”, skriver hun til en innsender.

Det er noe nytt at legen svarer på samlivs- og relasjonsspørsmål. Medisinens studieobjekt har tradisjonelt vært den anatomisk-fysiologiske kroppen (Råheim 2001). Denne praksisen synes å være endret her. Det kliniske preget fra spalten i 60-årene har forsvunnet, og det er en overgang fra en biomedisinsk modell til et mer relasjonelt fokus på følelser og samliv. Men ulikt den kvinnelige legen som i sin spalte i 1960 ga uttrykk for samfunnsnormene når det var snakk om en kommende brud, går Åsa inn i den enkeltes følelsesliv og kommenterer dette. ”Jeg liker ikke å se at kvinner stiller seg til disposisjon for å bli tråkket på, og det er det du gjør.”

Det er nesten utelukkende relasjonelle spørsmål som dukker opp hos Åsa. Eksempler er: ”Ekteskap i fare”, ”Glad i en gift mann” og ”Hvordan skal jeg få ham tilbake?”

I svarene hun kommer med er det lite som vitner om at hun faktisk er lege, det er snarere som et medmenneske hun uttaler seg. ”Så når jeg nå på en måte ber deg om å senke kravene til hva ekteskapet kan gi deg, er det fordi jeg vet at du litt senere kan få så mye mer igjen.” Åsa er temmelig konservativ og råder kvinnene til å bli hos sine menn og løse problemene der. ”Jeg tror kvinner ofte er de sterkeste og klokeste i et forhold”, er blant utsagnene hun kommer med. Det personlige inntrykket forsterkes av avslutningene på brevene som ofte er ”varme hilsener fra Åsa”.

I flere av brevene fremgår det at disse tingene vil ikke innsenderne snakke med noen andre om, og det er ofte ting de uttrykker at de føler skam og skyld for. Selv i moderne samfunn kan vi i dag finne rester av det å tenke på synd og straff i forbindelse med sykdom og helse; man snakker om å ”synde” hvis man tar seg en sjokolade, og forestillinger om ”skyld” spiller en stor rolle i forklaringen av hvordan sykdom oppstår (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002).

Det kan virke som om legerollen her er utvidet til en slags ”agony auntie” som vi finner mange av i andre ukeblader. Disse opptre som ”venninner” for kvinnene som skriver inn, og skaper et fellesskap i sine spalter (Winship 1987). Her vises det hvordan enkelte ukeblader har samme funksjon som et godt vennskap; det er kontakt, kommunikasjon begge veier, det er utveksling av ideer og erfaringer (Winship 1987). Denne nærheten fantes ikke i legespaltene i de foregående årgangene, da de opptrådte i en strengere legerolle. De siste tiårene er det mye som tyder på at man har fått en ny type ”følelsesargumentasjon” innen helseområdets informasjonsvirksomhet, noe som muligens stammer fra USA og deres ”life-style marketing”, der hensikten er å få oppmerksomhet eller føre frem personlighetsidealer (Palmlad/Eriksson 1995).

Det er stort sett kvinner som skriver inn, men to av innsenderne er menn. De har konkrete spørsmål om kondomer og kropp, og disse innleggene handler ikke om følelser eller relasjoner.

6.2.6 Fra Gesellschaft til Gemeinschaft

Mens det i spalten i 1970-årene handlet om et samfunnssyn som bar preg av Gesellschaft, der individene har en følelse av å være atskilt og isolerte, bærer nå spalten mer preg av at

det er et Gemeinschaft-syn på samfunnet. Individene påvirker hverandre gjensidig ut i fra en indre forbundethet og følelse av samhörighet.

I Åsas spalte legges det nå vekt på hvordan man skal leve sammen i et samliv som er preget av gjensidig påvirkning og at man sammen skaper sin egen situasjon.

”Min erfaring er at begge parter må forandre seg når det er problemer i parforholdet,” skriver Åsa.

Gemeinschaft fremstår ved ulike forholdsarter, deriblant ved forholdet mellom mann og kvinne som maker – som en enhet (Tönnies 1990). I Gemeinschaft-forhold er man i langt større grad utsatt for en påvirkning fra den andre, fordi det er denne påvirkningen som gjør at man selv formes og påvirkes i forholdet. Gemeinschaft-forhold tåler ikke så godt forstyrrelser, og er kjennetegnet av at ”viljene vekselvis bestemmer og tjener hverandre” (Tönnies 1990).

”For mannen din har det antagelig bygget seg opp mange såre følelser over å bli avvist.” Det legen bidrar med i denne sammenhengen er forståelse. Både mellom innsenderen og partneren, og mellom innsenderen og legen. Denne formen for forståelse (consensus) er det som preger Gemeinschaft; det er dette gjensidige, felles sinnelaget som binder menneskene sammen i nettopp et Gemeinschaft (Tönnies 1990). Som Tönnies selv sier det; ”studiet av huset er studiet av Gemeinschaft” (Tönnies 1990).

”Jeg håper du er villig til å investere i en felles fremtid for deres lille familie”, skriver Åsa.

I Gesellschaft er menneskene vesensmessig atskilt fra hverandre, mens en totalform for Gemeinschaft er ”concordia”, eller hjertelig forbundethet og enighet (Tönnies 1990).

På nittitallet er det de indre forhold som teller, og det er følelsesarbeid som skal til for å klare hverdagen som kan bli grå og fargeløs med den samme ektemannen dag ut og dag inn. Og menneskene i samlivet påvirker hverandre gjensidig.

”Dersom du liker å bli tråkket på og få selvtilliten din undergravet, får du streve videre med å løpe etter denne mannen.”

De står ikke atskilt som i et Gesellschaft, men har en innvirkning på hverandre. Derfor er det også fra dem forandringene må komme – ikke fra ytre forhold rundt dem. I hvert fall hvis vi skal forstå Åsa rett.

6.2.7 Samtalediskurs om kjærlighet

Helsestoffet har økt i omfang, og temaene som nå oppfattes som helserelevante er flere enn tidligere. Legespalten med korte spørsmål og svar finnes fremdeles separat, og her er det diagnostiseringsdiskursen som preger stoffet. Det er hverdagslige plager i et biologisk sykdomsperspektiv. Legens egen spalte heter ”Kjære Åsa”, og denne har en helt annen form enn tidligere. Det er mye bruk av ordene ”jeg” og ”du” som om man satt ansikt til ansikt, og legen selv kommer med utsagn som ”det er deg jeg snakker med nå..”. Denne bruken av en samtalediskurs skaper en helt annen nærhet enn det har vært tidligere i legespalten i ukebladet. Man kan antyde at det med samtalediskursen har kommet inn en intimitet som har fjernet den avstanden som preget relasjonen mellom legen og pasienten tidligere i legespalten. Det er en mer muntlig og uformell tone i brevene og svarene fra legen. Selve navnet på spalten understreker dette, og det gjør også avslutningen på brevene som ofte lyder ”varme hilsener fra Åsa”. At dette er noe svært privat fremgår av innledningen til spalten som sier at her kan man ta opp ting man ”ikke kan snakke med andre om”. Dette er et privat og personlig rom midt i det offentlige.

Det har kommet en kjærlighetsdiskurs inn i helsestoffet nå. Samliv og relasjoner er ting man tar opp med en lege, og den vanskelige kjærligheten har blitt et tema for medisinenes folk. Her handler det om følelser og om vårt private kjærlighetsliv, men i motsetning til på syttitallet er det ikke her noe samfunnsperspektiv på problemene. Alt handler her om det personlige og intime, og det er svært ofte kjærligheten som er tema.

Lege/innsender-relasjonen preges av en nærhet som ikke har vært så fremtredende tidligere. Kanskje er det anonymiteten som skapes som gjør at man kan åpne seg opp for en fremmed i et ukeblad? De som skriver inn går i nære detaljer omkring sitt følelsesliv, og mange gir nettopp uttrykk for at dette er ting de ikke kan dele med andre. I legens svar ligger det en ansvarsdiskurs og forslag til selvhjelp; man må selv arbeide med seg og sine omgivelser for å løse de følelsesmessige flokene. Det er ikke i mitt materiale noe tegn til at legen anbefaler å søke hjelp hos en terapeut eller noe lignende. Løsningen ligger altså i å arbeide med seg selv, ikke i ytre hjelpemidler av noe slag.

Her kommer det frem hvordan ulike diskurser kommer inn i diskursordenen og danner en ny ”interdiskursiv mikse” (Jørgensen/Phillips 1999). Ifølge Fairclough henger dette sammen med forandring, mens liten interdiskursivitet er tegn på at man reproducerer det

bestående i en tradisjonell forstand (Jørgensen/Phillips 1999). Muligens kan dette tyde på en forandring i helsebegrepet, som en del av en større samfunnsmessig forandring.

Individualitet og intimitet er viktige stikkord på nittitallet.

Siden det kommer inn flere ulike diskurser, endrer også subjektposisjonene seg.

Fortroligheten og nærheten har ikke preget legespalten tidligere, og samtalediskursen gjør den mulig. Ved at man har fått inn en kjærlighetsdiskurs vil den vanlige ”lege” og

”pasient” – konsultasjonen få et annet innhold. Slike private ting vil endre

subjektposisjonene til at man opptrer som nære venner i en fortrolig samtale. Dette gjør noe med legens handlingsrom i situasjonen, og hun kan tillate seg å gå ut av sin lukkede

legeposisjon og over i en mer åpen og frittalende medmenneskelig posisjon. Ved å gå ut av det rent faglige gir det legen et større register enn kun det kliniske og det medisinske.

At man har flere kryssende diskurser nå bidrar til å nyansere og variere de

subjektposisjonene som finnes. Men aktørene er ikke bare underlagt strukturene, de har

til en viss grad et handlingsrom. Åsa skal være som en god venninne fremfor en dr.med. i

denne sammenhengen. Man har skapt et rom for intime betroelser midt i det offentlige,

og ved å bruke en lege bruker de en vi allerede har tillit til i kraft av sin profesjon. Ved å

ta inn ulike og kryssende diskurser skapes et inntrykk av henne som en medfølende

venninne, som vi får ha en samtale med.

Kapittel syv: Kvinner og Klær i 2000

7.1 Helsefokus og tidsklemme

Selv om folk hadde mye fritid i år 2000, ble "tidsklemmen" innført som et nytt begrep, og det er først og fremst kvinner som blir rammet av denne, fordi det var de som kjørte til og fra jobb, barnehage og fritidsaktiviteter og i tillegg var 80% av gifte kvinner yrkesaktive (Furre 2000). Man ble lettere tilgjengelige for hverandre, og Norge lå på verdenstoppen i antall mobiltelefoner (Furre 2000). Resten av verden ble også mer tilgjengelig med internett, og i 1998 hadde 1,7 millioner nordmenn internett-tilgang hjemme eller på arbeidsplassen (Furre 2000).

Det var en viss endring i familiestrukturen, og det var 110 600 enslige mødre (Furre 2000). Når det gjaldt kvinnesaken var det mest oppmerksomhet rundt kontantstøtten, som mange mente var et tilbakeslag for likestillingen (Furre 2000). Man fikk en endring i holdningene til velferdsstaten, når man så for seg at de universelle ordningene burde differensieres (Furre 2000). Kostnadene til helsevesenet fortsatte å øke, og også her kom markedstankegangen inn; "fritt sykehusvalg" og "pengene skal følge pasienten" ble nøkkelord, og sykehusene skulle tjene penger på lik linje med andre bedrifter (Furre 2000). I 1999 var 185,5 milliarder budsjettert hos Sosialdepartementet og i Folketrygden (Furre 2000). Helsekøene ble lengre, og nye behandlingstilbud tiltrakk seg stadig nye pasienter (Furre 2000). Forventningene til helsevesenet økte, og flere henvendte seg til et utbedret helsevesen (Furre 2000). Men antall sykehussenger gikk stadig nedover, og ble redusert fra ca. 15 000 i 1990 til 13 053 i år 2000 (Skaset 2003). Det var en tendens til at folk ble mer interesserte i å bruke penger på helse (Furre 2000).

Store fødselskull og en økende levealder skaper "eldrebølgen", som skaper problemer i sosial- og velferdspolitikken (Furre 2000). Det kommer i disse tider tilsynelatende en svekkelse i tilliten til vitenskap og profesjoner (Elstad 2003).

Gjennomsnittlig levealder har økt til 75,5 for menn og 81,1 for kvinner, samtidig som undersøkelser viser at sykkeligheten har økt i befolkningen (Elstad 2003). Men undersøkelsen viser en dobbelthet; to av tre voksne er rammet av en varig helselidelse, men den viser samtidig at flertallet har en "rimelig god fysisk funksjon og en positiv

selvopplevd helse” (Elstad 2003). Befolkningen blir friskere og friskere, men blir samtidig mer og mer syk (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002).

Det er et stort fokus på helse, og introduksjonen av dataskjermer, pc-er, datamus og mobiltelefoner er blitt fulgt av forskning om hvilke helseproblemer de muligens kan medføre (Elstad 2003). Det er et krav fra mange hold at man har en sunn livsførsel, og folk mottar mengder av helsebudskap fra helsemyndighetene (Elstad 2003). I mediene florerer medisinsk forskning, som har blitt en av de største forskningsindustriene og forskningen spres via ukepresse og dagspresse (Elstad 2003). Ansatte i offentlig helse- og sosialomsorg har økt fra 246 400 i 1990 til 356 100 i 2000, og helseforvaltningen har blitt ”et mer fragmentert system av ulike spesialister” (Skaset 2003).

Samfunnet bruker 8,5% av bruttonasjonalprodukt til helseformål i 1999, noe som er en økning fra 7,8% i 1990 (Skaset 2003). Nye forebyggende medisiner leder fokus over på gener og biologi, og dermed handler ikke lenger det forebyggende arbeidet om valg og moral hos det enkelte individet; det blir tilsynelatende en medikalisering (Skaset 2003). Myndighetene er interesserte i folks helseatferd, og oppmerksomheten rettes mot blant annet røyking, sikker sex, alkohol, kost og mosjon, det vil si områder som oppfattes som personlige (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002).

7.2 Egne Helse & Velvære – sider

I innholdsfortegnelsen i KK har det nå kommet en egen overskrift som heter ”Helse & Velvære”, som samler alt helsestoffet i ukebladet. Mengden har også økt, det er gjennomsnittlig 13,8 sider (se tabellvedlegg) som regnes som en del av disse ”Helse & Velvære”-sidene i hver utgave i år 2000. Det totale antallet sider i bladet er 140,8, og antall sider med reklame har økt fra 32,9 i 1990 til 36 i 2000.

”Helse & Velvære”-sidene består av små ”notiser” nærmest, med tips om helse og velvære. Alle disse notisene er gitt egne underoverskrifter, som jeg vil presentere her for å gi et inntrykk av hva de fokuserer på.

| Underoverskrifter | Antall i utgavene totalt |
|--------------------------|---------------------------------|
| Myter/fakta | 7 |
| Forskning | 14 |
| Medisin | 16 |
| Kosthold/kosttilskudd | 9 |
| Helse | 16 |
| Psykisk helse | 11 |
| Røyking | 4 |
| Samliv | 4 |
| Søvn | 3 |
| Bøker | 6 |
| Graviditet/fødsel | 10 |
| Alternativ helse | 8 |
| Internett | 7 |
| Trim | 4 |
| Sex | 1 |
| Jobb | 1 |
| Hygiene | 1 |
| Velvære | 1 |

Disse underoverskriftene viser en inndeling som er gjort av KK's egen redaksjon. Under dem følger små tips og nyttige ting å vite som knytter seg til underoverskriften. Eksempler på "Myte/fakta" kan være opplysninger om kaffe og koffein, under "Helse" kan man lese at man skal bytte oppvaskklut og under "Medisin" kan man lese om insulinpennen. En del er også lengre artikler om ulike temaer rundt helse, kropp og sykdom. Eksempler på temaer er:

Sterk av motgang – om AQ-motgangsintelligens

Naturøyelege

Om pms

Om fibromyalgi

Om shiatsu; ”akupressur”

Om tuberkulose

Det er gjennomsnittlig 2,5 sider lengre artikler i hver utgave i tilknytning til ”Helse & Velvære”-sidene. At helsesidene øker nå kommer av at det nye begrepet ”velvære” trekkes inn. Her kan definisjonen til WHO finnes igjen; at helse er en tilstand av ”komplett fysisk og mental velvære”. Det er dermed ikke noe nytt å knytte helse og velvære sammen. ”Velvære” kan knyttes opp mot flere ulike aspekter av vårt liv og forbindes ikke nødvendigvis kun med fravær av sykdom, slik helsebegrepet tidligere har fokusert på. Det er det mer holistiske perspektivet som kommer inn når man her kobler inn ”velvære”. Hele mennesket skal stå i sentrum, og det innebærer å ta hensyn til mer enn bare det biologiske. Dette fører til at definisjonen blir bredere, og at andre sider ved mennesket kommer inn under helseforståelsen. Det sosiale, det psykologiske og det relasjonelle blir dermed aspekter som faller inn under ”velvære”-begrepet. Men ”velvære” er et subjektivt og relativt diffust begrep, og kan derfor være problematisk å bruke generelt om en tilstand som er ønskelig, slik det er brukt i WHO’s definisjon. En mulig årsak til at mye av helsestoffet fokuserer på forskning, alternative metoder og ”kjerringråd”, kan være den økende andelen av kvinner som er rammet av de såkalte diffuse helseplagene. Kvinners plager blir klassifisert som ”medically unexplained” oftere enn hos menn (Malterud 1999). I møtet med helsevesenet kommer man med disse lidelsene ofte til kort, og en kvinnelig fibromyalgi-pasient uttalte til et tv-program at man i hennes situasjon var ”villig til å prøve alt”. Et gjennomgående funn er et flertall av kvinner i forhold til menn blant pasienter med diffuse lidelser (Malterud 1999). Dette kan gjøre et kvinnelig publikum til en særlig egnet gruppe lesere som er mottagelige for tips, råd og nyere forskning. Man søker hjelp fra andre kilder enn helsevesenet, fordi man muligens opplever å komme til kort i møtet med den tradisjonelle medisinen. Det å få en diagnose på en tilstand handler tilsynelatende også mye om

verdighet. Man blir anerkjent på en annen måte med en diagnose, og derfor betyr det muligens mye for pasienter med diffuse lidelser at man får en konkret merkelapp på sin tilstand.

7.2.1 Spalter

I tillegg til den faste "Kjære Åsa" som har fulgt med siden 1990, har nå også andre fått plass. Det er henholdsvis en homøopat, en filosof, en psykolog og en selvhjelpsterapeut som alternerer i de ulike utgavene. Spaltene deres er fordelt på ulike uker, slik at det kun er en av dem i hvert nummer. Det er bare Åsa som er fast spaltist hver eneste uke. Så her har ulike yrkesgrupper kommet inn og gir en annen bredde. Helseforvaltningen har blitt et mer fragmentert system av ulike spesialister (Skaset 2003). I motsetning til hos Åsa er det i disse spaltene ikke leserne som skriver inn direkte og ber om råd, men det er spaltisten selv som presenterer ukens tema og beskriver det. Leserne oppfordres derimot til å komme med forslag til temaer som kan tas opp.

Eksempler på temaer som tas opp er:

Psykologen – Angstens ulike ansikter

Filosofen – Alle er fremmede

Homøopaten – Naturlig mage

Selvhjelpsterapeuten – Drømmetid

Spaltistene er avbildet øverst i hjørnet i spalten sin, i den enkeltes spalte vises vedkommende sittende på gulvet iført noe som minner om selskapsklær av mørk farge. Dette gir et inntrykk av noe uformelt ved spaltene. "Kjære Åsa" har flyttet seg fra kurvstolen og ned på gulvet hun også. Hun sitter med hodet lent mot den ene hånden, og med et skjerf hengende løst rundt halsen, og legefrakken er helt forsvunnet.

Siden spørrespalten "Spør oss" er borte, har de konkrete sykdomsspørsmålene fra leserne blitt inkludert i "Kjære Åsa". Dette betyr at temaene Åsa befatter seg med i sin spalte er ganske springende; fra "Oppbrudd med en psykopat" til "Vondt under foten" og "Magnesiummangel".

I forhold til sine forgjengere i legespalten, viser Åsa at det ikke alltid er like lett å stille diagnoser på en tilfredsstillende måte i dette forumet. Det viser seg i formuleringer som;

”..mine forklaringer her blir gjetninger..”

”..du bør henvende deg til legen din..”

”..jeg vet ikke nok gjennom dette brevet..”

Spalten bærer også preg av en dialog med leserne i form av utsagn som;

”Takk for rådet..”

”Takk for interessant og lærerikt brev..”

”Det er fint å vite at rådene jeg strever med å formulere kan komme til så god nytte..”

Men de ”varme hilsenene fra Åsa” har forsvunnet helt.

7.2.2 Om helsebegrepet

Det er tilsynelatende et ”bredere” helsebegrep som kommer frem i ukebladets ”Helse & Velvære”-sider i 2000. Det fokuseres ikke her like sterkt på sykdom, men på det å føle seg vel og det å pleie seg selv generelt. At man bringer inn ulike yrkesgrupper som en filosof og en psykolog kan antyde et mer holistisk helsebegrep der det hele mennesket bringes inn i sammenhengen. Både kropp, sjel og sinn skal pleies og tas vare på. Det kan tyde på en utvidelse av helsebegrepet som omfatter livsstilssammenhenger som ikke er snevert relatert til sykdom (Otto 1995). Et tilsynelatende utvidet helsebegrep har medført en differensiering i helsetjenesten, og utviklingen har medført større gjensidig avhengighet mellom alle helsetjenestens utøvere (Skaset 2003). At man nå i ukebladet bruker ulike profesjoner i sine spalter i tilknytning til ”Helse & Velvære”, gjør at man får personer med ulike innfallsvinkler som gir et mer sammensatt syn på helse, kropp og sykdom.

Åsa tar som lege opp tilstander som pms og overgangsalder, og hun blir her en som representerer det tradisjonelle biomedisinske synet. Dette kan muligens være uttrykk for en medikalisering av denne typen problemer. I vestlig kultur i det tyvende århundret ble menstruasjonssyklusen og overgangsalderen transformert fra kvinnelige fenomener til en serie av biomedisinske hendelser (Lorber/Moore 2002). Det biomedisinske perspektivet på de fysiske og emosjonelle effektene av disse fasene er en sosial konstruksjon som reflekterer den høye verdien vestlig vitenskap setter på regularitet og kontroll av

kroppsfunksjoner (Lorber/Moore 2002). Slik som i 1990 presenterer man også nå en rekke forskningsresultater fra ulike undersøkelser som ikke faller inn under den tradisjonelle medisinen. Det handler om naturmedisin, akupunktur og andre alternative behandlingsmetoder. Alle de nye behandlingstilbudene skaper en forventning om at de fleste av livets problemer kan løses av en ekspert; det oppstår en ”forventningskrise” (Gjengedal 2001). Muligens kan alle rådene som presenteres i ukebladet bidra til at disse forventningene skapes hos leserne, og muligens kan noen av dem bidra til at forventningene møtes. Det har vært en nedgang i troen på den store fortellingen om biomedisin, og den stilles overfor utfordringen fra alternative metoder som medfører at skillet mellom vitenskapelig medisin og alternativ medisin kolliderer (Scambler/Higgs 1998). Muligens er det dette som kommer til uttrykk i ukebladets sider om ”Helse & Velvære”. For å tilfredsstille lesernes behov skaper de en bredde og et større mangfold i stoffet som handler om helse, kropp og sykdom. Det medisinske paradigmet oppleves av mange som ”kaldt og teknifisert”, og i liten grad i stand til å ta vare på det hele mennesket (Skaset 2003).

Noen av konfliktene mellom tradisjonell medisin og nye sykdomsbilder kommer til uttrykk form av artikler som ”Fibromyalgi – mer enn kvinnemas”. Fibromyalgi blir plassert blant de mest diffuse av de diffuse lidelsene, og dette har store konsekvenser for pasientene (Måseide 2001). De aller fleste av disse pasientene er kvinner (Malterud 1999). Ved å bringe nye fenomen på bane bidrar man til å kaste lys over lidelser som ikke tidligere var anerkjente sykdommer.

Et annet område man bringer frem i lyset er psykisk helse. Ved å se på antall ganger denne underoverskriften forekommer (11), kommer dette inn som et relativt stort område. Dette er en del av medisinen som det tidligere har vært relativt stille rundt, og psykiatrien har vært omgitt av en rekke tabuer. Ved å ta dette inn som en del av den allmenne helsen blir det muligens mer alminneliggjort. Det kan virke som om det er et mer holistisk syn på helse, kropp og sykdom som kommer til uttrykk i ukebladet. Holismebegrepet er en oppfattelse av virkeligheten som bestående av ”komplekse kausale forbindelser med mange interagerende elementer som kan kartlegges”, som settes opp mot den tradisjonelle, monofaktorielle årsaksmodellen (Otto 1995).

Det kan synes som om veiledningsstoffet i ukebladet har økt. Med veiledningsstoff mener jeg stoff som viderebringer forskningsresultater og allmenn opplysning rundt helse, kropp og sykdom, stoff som videreformidler kunnskap om disse områdene. Mye av stoffet på ”Helse & Velvære”-sidene er informativt og gir en mulighet for en form for opplæring. Ofte forekommer henvisninger til internettadresser slik at leserne kan søke mer informasjon på egen hånd.

7.2.3 Endringer i legerollen

En sterkere forbrukerkultur har medført at man forholder seg til og forbruker helsetjenester på en helt ny måte (Skaset 2003). Rollemotsetningene med den underdanige, passive pasientrollen, og den autoritære, paternalistiske holdningen hos behandlerne er noe som de fleste ikke lenger aksepterer (Skaset 2003). Pasientene er i dag mer bevisstgjorte i forhold til sin egen rolle og sine rettigheter i møtet med helsevesenet, og kalles nå for ”brukere”. Denne bevisstgjøringen og tilgjengeligheten til medisinsk informasjon har medført endringer i både lege- og pasientrollen.

Det er en langt mer innlevende og medfølede lege vi møter i ”Kjære Åsa”- spalten, særlig kommer dette frem i samlivsspørsmålene hun tar for seg. Det er også lagt opp til en helt annen nærhet, noe selve navnet på spalten er med på å bidra til. Helt frem mot vårt århundre har distansen mellom den jevne mann og medisins representant vært meget stor (Falkum/Larsen 1981). Dette preget da også i stor grad spaltene og legene i Kvinner og Klær både i 1960 og i 1980, da symboler som legefrakk og stetoskop ble brukt for å understreke et skille mellom lege og pasient.

Innen den holistiske tankegangen som preger noe av dagens medisin må legen, snarere enn å innta rollen som ekspert slik de biomedisinske legene gjør, bli en hjelper som utdanner og er som en konsulent som deler sin ekspertise til mer selvorienterte klienter (Loustaunau/Sobo 1997). Mye av selvorienteringen handler om at store mengder av informasjon nå er tilgjengelig på internett. Kunnskap formidles via andre kanaler og på andre måter enn tidligere. Internett-tilgangen gir folk muligheten til å tilegne seg store mengder av informasjon som tidligere var forebeholdt medisins krets. Helse er et av de største og mest besøkte emneområdene på internett, og internett som informasjonskilde dukker opp også i form av adresseformidling i ukebladet.

Det har dessuten vokst frem et tilbud av alternative behandlingsformer. Mye tyder på at de som velger disse har en tro på at det er andre faktorer enn ren biologi som spiller en rolle i helse og sykdom (Loustaunau/Sobo 1997). Det kan synes som om den tiltroen man har hatt til den tradisjonelle medisinen begynner å svekkes, og at dette også påvirker vårt forhold til legenes rolle. Høsten 1999 tror fire av ti nordmenn at de ikke får den hjelpen de behøver på sykehus når de trenger det (Frønes/Brusdal 2000). Det er en ny helhet som står i sentrum; det er mange faktorer som spiller inn for at vi skal være ved god helse og vi har tilsynelatende mer kunnskap tilgjengelig om hvordan vi skal pleie helsen enn før. Et problem for dagens medisin er at den ikke kan behandle mange plager og lidelser (Elstad 2003). Det har blitt en økende grad av tilstander som vi ønsker behandling for, men som den tradisjonelle medisinen ikke kan ta seg av. Vi har bedre informasjon om rettigheter, og velferdsstaten har skapt forventninger i oss til hva staten og helsevesenet kan og skal hjelpe oss med. Vi er forbrukere av helsetjenester i en helt annen grad enn tidligere. Dette har muligens noe å gjøre med det utvidete helsebegrepet, i og med at mye tyder på at vår oppfatning i dag er at helse handler om mye mer enn sykdom. Det kommer fra den holistiske tenkning at "individet gjøres primært ansvarlig for sin egen helse og sykdom, og lar pasienten bestemme" (Loustaunau/Sobo 1997).

Det vi ser i dag er en langt mer pasientorientert medisin, skapt av økt helseopplysning og folks økende opptatthet av egenpleie (Loustaunau/Sobo 1997). Mye tyder på at siden vår rolle som pasient har blitt sammenvokst med vår rolle som forbruker, ønsker man som pasient også mer informasjon og bedre service (Skaset 2003). Det er blitt en kommersialisering av helse slik at folk skapes som helsekonsumenter som konsumerer en sunn livsstil (Nettleton 2001). Mye av fokuseringen på forbruk har lekket over til å gjelde også hva vi investerer i oss selv, og selvrealisering har med egenpleie å gjøre. Egenpleie kobles i dag sammen med helse, og det å fremstå som frisk har blitt et ideal for mange. Den økte bevisstgjøringen henger muligens sammen med det økte utdanningsnivået i befolkningen. I 1985 var det over 38% som hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Ti år senere var andelen om lag 27% og i 2002 hadde omtrent 20% kun fullført utdanning på grunnskolenivå (Statistisk sentralbyrå).

7.2.4 Helse – fra middel til mål

Den nye helsebevissthetten har tilsynelatende endret mye av innholdet i helsebegrepet. Man har gått over til en pleie av sunnhet og en styrking av det friske, fremfor det å kartlegge og bekjempe sykdommer som har oppstått i individet slik den biomedisinske sykdomsmodellen tradisjonelt har gjort. Det er slik det fremkommer i media rundt oss, men det er ikke bare der endringene har funnet sted. Man har et annet sykdomsmønster å forholde seg til med kroniske fremfor akutte sykdommer, noe som har medført en omstilling til ”fremme og pleie av helse” innen medisinen (Otto 1995). Tidligere var helse et middel til å unngå sykdom, nå har helse blitt et mål i seg selv. Dette kan muligens knyttes opp mot det nye kjernebegrepet i medisinen, nemlig livskvalitet (Otto 1995).

Mye kan nå tyde på at vi overlater til helsepersonell å hjelpe individet til å finne livskvalitet og utvikle seg, noe som er i tråd med et utvidet helsebegrep (Andrews 2001). Mye kan tyde på at dette er noe av det Illich siktet til da han snakket om ”medikaliseringen av livet” (Illich 1975). Vi overlater tilsynelatende en stadig større del av våre liv til de profesjonelle innen helseomsorgen. Her ser man hvordan helsebegrepet knyttes sammen med et annet begrep, nemlig livet (Jensen 1995). Dermed kan man se av helsesidene av år 2000 at de ikke bare handler om sykdom lengre, men også om det å ha en livskvalitet. Helse får en betydning der begreper som ”livskvalitet” og ”det gode liv” er sentrale (Otto 1995). ”Vi lever i en tid og en kultur der individets evne til å virkeliggjøre sine mål er en sentral verdi” (Jensen 1995). Her kommer vi tilbake til en definisjon av helse som ”evnen til å nå sine mål” (Andrews 2001). Dermed blir ”god helse” noe subjektivt og personlig, og er tilsynelatende ikke lengre målbart med objektive kriterier slik som i den biomedisinske tankegangen. Det er en diskusjon om hvorvidt man skal prioritere livskvalitet eller livsforlengelse i forbindelse med geriatrike pasienter. Dette blir en etisk komplisert debatt med helsepolitiske følger. Å knytte livskvalitet til helsebegrepet kan muligens være problematisk, fordi vi er vant til å ha objektive og målbare kriterier på sykdom. Dessuten er vi vant til å tenke at man skal arbeide for å redde liv, uansett hvordan dette livet så skal leves av den som rammes av sykdom.

7.2.5 Den enkeltes ansvar

Med all opplæring og all helseinformasjon som møter oss i hverdagen skiftes tilsynelatende ansvarsforholdet over fra de profesjonelle som ikke lenger er de eneste med denne typen kunnskaper; det er det enkelte mennesket som har ansvar for sin helse og for å sørge for at man lever et sunt liv. Helsemyndighetene kan sette i gang forebyggende holdningsskapende kampanjer, men ansvaret ligger til syvende og sist hos den enkelte. Så kan man kanskje snakke om en av-medikalisering av samfunnet?(Otto 1995, Loustaunau/Sobo 1997). For å bevare autonomi og retten til eget liv er det nødvendig at man fratar legevitenenskapen noe av ansvaret (Otto 1995). Det handler tilsynelatende om å være subjekt i sitt eget liv, og det handler om livskvalitet og livsstil (Otto 1995). I vårt samfunn legger vi vekt på individualitet og autonomi, og det blir tilsynelatende naturlig at man også overtar ansvaret for helsen sin selv. Det blir et spørsmål om personlige valg og prioriteringer hvorvidt man har god eller dårlig helse, fordi det finnes mye informasjon om hvordan man velger riktig. Helse har blitt en metafor for det å ha en mening med livet, og har blitt et livsperspektiv (Otto 1995). Men det handler ikke derfor nødvendigvis om en av-medikalisering av samfunnet. Det kan også sees som at medisinen faktisk har trent dypere inn på flere områder i vårt hverdagsliv, selv om legen som fysisk person ikke deltar (Otto 1995). Muligens skyldes fokuset på helse ikke medikaliseringen i det hele tatt, men en kommersialisering av helsebegrepet (Nettleton 2001). Markedets logikk har tilsynelatende lekket over på også dette området.

Det kan synes som om endringene kommer av en forandring i den helsemodellen som nå er blitt stadig mer vanlig. En holistisk helsemodell vil legge vekt på å forhindre sykdom, og krever dermed en forståelse av hvordan man ivaretar sin helse (Nettleton 2001). Man vil med andre ord få et fokus på livsstil, og den enkeltes livsstil henger sammen med ens forbruksmønster (Nettleton 2001). Slik man kan være en bevisst forbruker, kan man også være bevisst hvorvidt man forholder seg aktivt til å ivareta sin egen helse. For svært mange er det gode liv et liv med god helse. I dag er mange så opptatte av sin egen helse at det er på grensen til hva som er sunt for dem (Skårderud 1998).

7.2.6 Kryssende diskurser

Mengden av helsestoff har økt og er nå oppe i gjennomsnittlig 13,8 sider hver uke.

Spaltene har endret seg lite, det er først og fremst artikler og informasjonsstoff som har økt i omfang. Vi finner ”Kjære Åsa”-spalten, som nå har de rent medisinske spørsmålene inkludert i samlivsdelen. Den er som tidligere preget av en samtalediskurs som gjør den nær og personlig. De medisinske spørsmålene er i samme form som tidligere da de hørte til ”Spør oss”-spalten, og har en diagnostiseringsdiskurs. Språket i disse leserbrevene er noe annerledes enn i brevene som handler om samliv og relasjoner, og de preges av en medisinsk diskurs og til en viss grad fagspråk fra legens side. Dette fagspråket kommer kun til uttrykk når stoffet handler om biologisk sykdom.

I innleggene om samliv og kjærlighet preges svarene av en ansvarsdiskurs. Åsa mener at man selv bidrar til å skape sin situasjon, og at man selv dermed må sørge for å ta seg ut av den. Med eller uten hjelp fra partneren sin, selv om det i enkelte tilfeller er nettopp denne som er kjernen til problemet. Man har ikke fokus på samfunnet slik man hadde på syttitallet, her handler det om det helt private og nære. Man legger ikke ansvaret over på samfunnet og dets normer og regler.

Det har kommet inn en mengde med små ”notiser” med blant annet presentasjon av forskning og forskningsresultater. Her videreformidles resultater av blant annet alternative behandlingsmetoder. Det blir en slags oversikt over et helsemarked og over hvilke behandlinger og tjenester som finnes. Det skaper en forbrukerdiskurs på disse sidene. Leserne er kjøpere av ulike helsetjenester, og disse tjenestene markedsføres i ukebladene.

Mye kan også tyde på en økt medikalisering. Tilstander som før ble betraktet som en naturlig del av livet, som for eksempel overgangsalder og pms, er nå gjenstand for medisinsk behandling.

Sykdomsdiskursen fra seksti- og åttitallet er generelt erstattet av en sunnhetsdiskurs. Det er fokus på hva som bør gjøres for å unngå sykdom og hvordan man skal holde seg sunn, fremfor fokus på sykdom som allerede har oppstått. Kroppen blir i denne sammenhengen noe man kan bearbeide på ulike måter for å skaffe seg god helse. Den er også her utgangspunktet for vårt følelsesliv og sentrum for våre relasjoner. Kroppen er noe vi uttrykker oss med i forhold til samfunnet omkring oss og våre medmennesker. Det

handler i liten grad om fremmedgjorthet og biologi på disse sidene nå. Kroppen blir det private, det nære og det personlige, det blir sentrum for vårt selv.

Med alle de ulike diskursene som nå inngår i diskursordenen vises det et nytt mangfold i helsebegrepet. Interdiskursiviteten har økt og det har kommet diskurser blant annet fra markedets diskursorden. Dette kan ifølge kritisk diskursanalyse speile sosiokulturell forandring (Jørgensen/Phillips 1999). Vi har blitt forbrukere av helse, og mye tyder på at markedslogikken har lekket over på helseområdet.

Subjektposisjonene er her i stor grad de samme som tidligere, hvor det er et mangfold av diskurser som krysser hverandre. Individene blir satt i bestemte posisjoner av diskursene slik at legen har flere ulike posisjoner. Hun er både venninne og medfølende trøster i tillegg til å være lege med medisinsk kunnskap om kropp og sykdom. Hennes handlingsmuligheter påvirkes av dette fordi hun kan tillate seg å gå svært nær innpå folk med sine private meninger, i kraft av å være en slags autoritet på området. Autoriteten hennes ligger i at leserne er skjulte og anonyme, og de velger å betro seg til henne som er eksponert i et ukeblad. At hun er offentlig gir henne autoritet, hun er synlig og det vekker tillit. Hvor stor bevissthet det er rundt det at hun her muligens blander roller er det vanskelig å si noe om. Det hender at det er enklere å være svært privat overfor mennesker som i utgangspunktet er fremmede enn å være ansikt til ansikt når man skal blottstille seg, og hun representerer en profesjon som er definert som hjelpere. Mye tyder på at man i vårt samfunn forventer at de fleste av livets problemer kan løses av en ekspert (Gjengedal 2001).

Kapittel åtte: Fire årtier med helsestoff i KK:

8.1 1960: Sykehus og hvite frakker

Mye tyder på at det har vært en utvikling og en utvidelse av helsebegrepet de siste tiårene, og denne utviklingen kan følges blant annet i ukepressen slik denne oppgaven tar for seg. Også ved å følge samfunnsutviklingen generelt kan man finne hvordan ulike elementer tas opp i bestående begreper og er med på å forme dem og utvikle dem videre. På sekstitallet ga helsebegrepet, slik det kommer til uttrykk i Kvinner og Klærs legespalte, assosiasjoner til sykehus og hvite frakker. Det er et ganske snevert og konsentrert område det dreier seg om i den kvinnelige legens dagboknotater på denne tiden. Hun presenterer først og fremst sykdommer som man må behandles for på et sykehus, og selve fremtoningen i spalten er klinisk og medisinsk preget. Vi får høre legenes faguttrykk og et medisinsk språk dominerer spalten. Det er her et klart og tydelig skille mellom legmann og doktor, og det kommer tydelig frem at det er hos legen ekspertisen ligger. Det er hun som her sitter inne med kunnskapen og ferdigheten som trengs for å behandle sykdom slik det kommer frem i spalten hennes. Helt dominerende er den biomedisinske sykdomsmodellen, som også er den modellen vårt helsevesen er grunnlagt på. Her oppfattes mennesket som en samling av deler som hver for seg kan repareres, slik som man kan reparere maskiner. Det er et reduksjonistisk menneskesyn, der biologien har kommet til å ha en dominerende plass. De sosiale og psykologiske sidene ved mennesket tas ikke i betraktning når man snakker om sykdom og årsakene til den (Nettleton 2001). Det handler kun om mennesket som en biologisk organisme. Innen den biomedisinske tradisjonen gjelder det å forstå hvilken sykdom pasienten har, man legger ikke like stor vekt på hvilken pasient som har sykdommen (Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002). Fokuset ligger hele tiden på selve sykdommen, og ikke på individet som sådant. Det blir et preg av ren sykdomslære i legespalten dette året. Det kan henge sammen med at man hadde et litt annet menneskesyn på denne tiden; individualiteten var ikke kommet i sentrum ennå, og det var et syn på mennesket som et standardisert "massemenneske" som dominerte (Frønes 1992). Det er dessuten et skarpt skille mellom lege og pasient her; pasienten er uvitende, legen er allvitende.

Det helsebegrepet som kommer til uttrykk i 1960 er det som knytter helse til sykdom og sykehus. Det er en tradisjonell fremstilling av stetoskop, medisin og hvite legefakker som kommer frem i legespalten. Helsebegrepet er derfor ganske snevert, og fokuserer på menneskets biologi og skillet mellom syk og frisk. Er man syk kan sykdommen diagnostiseres av de rette fagfolkene, og med riktige medisiner kommer man til å bli frisk igjen. Det handler om at kroppen er en biologisk organisme hvis deler kan repareres når sykdom oppstår.

8.2 1970: Sosialmedisin og holisme

I 1970 kommer det i ukebladet frem en annen forståelse av hvilke faktorer som kan bidra til å skape problemer for folks helse. Det er på denne tiden ingen lege som er ansvarlig for spalten, men en sosialkurator. Dermed ligger det i dennes bakgrunn at man nødvendigvis har en annen innfallsvinkel enn en med tradisjonell medisinsk bakgrunn. Spalten er fremdeles anonymisert med hensyn til hvem spaltisten er, slik den var på sekstitallet, men den har ikke det samme upersonlige preget. Vekten legges på relasjoner og hva som skal gjøres med omgivelsene rundt oss for at vi skal ha det bra. Hos personer med sykdom handler det om hvordan omgivelsene behandler dem, og om hvordan man kan håndtere ulike lidelser. Det skrives også om hvordan samfunnets krav og normer kan tyngne individet med ulike forventninger. Det er ikke nødvendigvis påvist konkret sykdom, men individet kan være i ubalanse for det.

Det er de sosiale konsekvensene rundt sykdom som tas opp i en av spaltene som handler om astma. Hvordan man blir forstått som pasient av omgivelsene er et av temaene. Her kommer det sosialmedisinske synet til uttrykk, og man har beveget seg bort fra den biomedisinske modellen. Helse handler nå om at man trives og har det bra, og da nærmer man seg den holistiske helsedefinisjonen til WHO, der helse er definert som en tilstand av "komplett fysisk, mental og sosial velvære" (Nettleton 2001). Det er også nærmere den visjonen Karl Evang lanserte allerede i 1945, hvor han ønsket at medisinen skulle ta vare på det hele mennesket, fysisk og psykisk (Schjøtz 2003). Med holismeperspektivet åpner man for at andre faktorer og årsaker enn kun de biologiske tas med i forbindelse med sykdom, og at mennesket betraktes som en helhet. Mennesker er sammensatte og forskjellige, og vil reagere på situasjoner på ulike måter. Det bringes inn en mer

individuell forståelse av den enkeltes situasjon og tilstand. Samfunnet påvirker individet med sine normer og krav, og dette har man en forståelse av at kan medføre ubalanse i individuelle forventninger. Helse handler her mye mer om å nå sine mål og være fornøyd i livet, slik at man fremstår som et balansert individ. Denne perioden handler mye om selvrealisering og det å kunne virkeliggjøre sine mål. Det var en økt vekt på utdanning i dette tiåret, og det er da også den løsningen sosialkuratoren foreslår i de fleste tilfellene i sin spalte. Helsebegrepet er her preget av synet på helse som en mulighetsstruktur (Andrews 2001). Det har også kommet inn et annet menneskesyn, når mennesket nå sees i sammenheng med sine omgivelser og hvordan de påvirkes av disse. Ved at helsebegrepet utvides gradvis, kommer også nye yrkesgrupper inn i helsevesenet (Schiøtz 2003). Det er ikke lenger bare legene med sin medisinske ekspertise som kan hjelpe mennesker til bedre helse, og man har tilsynelatende videreutviklet den enhetsoppfatningen som har preget den biomedisinske modellen. Den psykiske velværen var et ikke-tema for den kvinnelige legen på sekstitallet. Ti år senere spiller følelser inn i spalten til sosialkuratoren, selv om det også handler om somatiske ting som astma og prevensjon. Men selv rundt disse emnene så er det følelser som er i fokus. Det vesentlige er at relasjoner og samliv er noe som nå får betydning for vår helse. Mennesket som sosialt vesen har kommet i fokus, og vekten på det kliniske har kommet i bakgrunnen. Det handler ikke lenger om sykdom, men om mennesker og deres hverdag. Man kan muligens snakke om en av-medikalisering (Otto 1995, Loustaunau/Sobo 1997). Det er ikke nødvendigvis i biologien eller i medisinen problemet og løsningen ligger, fordi omgivelsene våre skaper reaksjoner i oss som sosiale vesener og dermed må løsningen i enkelte tilfeller bli noe annet enn medisiner.

8.3 1980: Nye medisinske fenomen

På åttitallet kommer det, i tillegg til sosialkuratorens spalte, en tilbakevending til det tradisjonelle biomedisinske synet på helse. Her har man fått inn en mannlig lege, noe som i seg er ganske oppsiktsvekkende i et utpreget kvinneblad. Legen har nå fått navnet sitt i spalten, slik at vi kjenner ham bedre og det blir mer personlig. Men som fagperson er han svært tradisjonell og minner ikke så rent lite om sin kvinnelige forgjenger i 1960, og i spaltene hans er det sykdom og behandlingen av den som igjen er hovedfokus. Enkelte av

spaltene han skriver tar for seg medisinske fenomen som i relativt liten grad hører hverdagen til, men han tar også for seg noe mer hverdagslige ting. Man kan muligens ane en utvidelse av sykdomsbegrepet, siden både alkoholisme og skallethet er tatt med som medisinske problemer. Det gjøres et poeng ut av at alkoholisme er en sykdom, og dermed altså ikke noe man ler av. Man ser her tegn som tyder på at det foregår en medikalisering av fenomen som ikke tidligere falt inn under begrepet sykdom. Det har både sosiale og helsepolitiske følger når noe defineres som sykdom som ikke tidligere ble betraktet som det. Enkelte mener medikalisering fører med seg en unødvendig sykeliggjøring (Elvebakken/Solvang 2002). I dag er alkoholisme som sykdom blitt nokså innarbeidet i samfunnet, og nå i neste omgang snakker man så vidt om narkomani som en sykdom. Det vil nok ta tid før dette er innarbeidet i folks bevissthet på samme måte, men det er tilsynelatende slik begrepene vokser og endrer seg; de dukker opp i nye sammenhenger og med annet innhold enn tidligere. Med tiden blir de så innarbeidet i nye sammenhenger, blant annet gjennom den offentlige debatt i dagspressen og ukepressen.

Den mannlige legen tar først og fremst opp mannlige problemer i sin legespalte, og dette er ganske pussig med tanke på hvilke lesere han skriver for. Man vil jo tro at skallethet er av begrenset interesse for de fleste kvinner. Det han tar for seg av typiske kvinneting er få, og det blir tilsynelatende behandlet med en viss nonchalanse. Man får inntrykk av at kvinner oppsøker legen helt unødvendig og med hverdagslige ting. Det er vist at legens kjønn ikke er uten betydning for den behandlingen pasientene får; kvinner får bedre forebyggende behandling hos en kvinnelig lege (Lorber/Moore 2002).

Helseforståelsen er nå tilbake på et individnivå, og i denne perioden handler det ikke om samfunnsstrukturer slik som i tiåret før. Det var livsstilssykdommene som var i fokus på denne tiden, og en av dem fremkommer da også i legespalten, nemlig gallesten som skyldes overvekt hos pasienten. De sosiale faktorene er ikke fremtredende lenger, og de psykiske faktorene er det heller ikke mye snakk om. Det er lagt ytterst liten vekt på stoff om helse, kropp og sykdom i disse utgavene, og det krymper inn til nesten ingenting når legen flyttes over i en større spørrespalte sammen med andre ”eksperter”. Helse, kropp og sykdom er ikke viktige elementer i folks bevissthet kan det synes ut i fra Kvinner og Klær på åttitallet.

8.4 1990: Kjærlighet og relasjoner

På nittitallet finnes det en spalte som er skrevet av en kvinnepsykolog, samtidig som de har en egen medisinsk reporter som tar opp medisinske temaer sammen med et legeteam og de har spalten ”Kjære Åsa”. Dessuten er det en spalte med spørsmål og svar der Åsa også finnes, hvor hun besvarer innlegg fra leserne. Den kvinnelige psykologen tar for seg ulike følelsesmessige problemer, og her kan man ane at fokus har kommet på den psykiske helsen som ellers har vært fraværende i legespaltene. Den nye oppmerksomheten på mental helse er muligens et uttrykk for et mer holistisk menneskesyn, og man bringer tidligere tabubelagte områder frem i lyset.

Blant de innsendte spørsmålene finner vi blant annet en ny sykdom som fibromyalgi, og kosmetiske inngrep dukker også opp som sykdomsproblematikk. Her ser vi en utvidelse av sykdomspanoramaet til å omfatte de moderne, diffuse lidelsene og problemer med misnøye med sin egen kropp. Det er i denne delen det tradisjonelle biomedisinske synet på helse som dominerer i og med at det handler om diagnostisering av objektiv sykdom, og det dreier seg stort sett om hverdagslige plager og sykdommer. Det samme synet preger artikkelserien om de medisinske temaene, der det er leserne selv som skal bidra med forslag til hva de skal ta opp av emner.

Størst omfang og plass har ”Kjære Åsa” – spalten fått. Her ser vi en tydelig utvidelse av helsebegrepet, i og med at legen i denne spalten nå nesten utelukkende tar for seg spørsmål om kjærlighet og samliv. Det er ikke nødvendigvis det rent seksuelle som er tema, men følelser og relasjoner. Her kan man muligens ane en forbindelse med syttitallets helsebegrep. Men i motsetning til den anonyme sosialkuratoren på den tiden, blir Åsa nærmest som en nær og medfølende venninne. Det er i stor grad en intimisering i forholdet til legen, som opptrer mer som et medmenneske enn som en med fysiologisk kunnskap om kvinnesykdommer. Mye tyder på at legerollen går over fra å ha befattet seg med ren biologi til å ha et forhold til det relasjonelle, noe som er nytt (Råheim 2001).

Menneskesynet her er at man legger spalten på et relativt privat individnivå, og går langt inn i innsenderens følelsesliv. Der man på syttitallet la vekt på samfunnsnormer og deres begrensninger i forhold til individet, går Åsa nå helt inn i den enkeltes følelsesliv og mener noe om dette ut i fra innsenderens egen beskrivelse. Noen av innsenderne legger vekt på at dette er ting de ikke vil snakke med noen andre om. Her ser vi hvordan

begreper som skam og skyld tilsynelatende knyttes opp mot det å ha det dårlig eller det å ha dårlig helse.

Det er også en holismetankegang i helsebegrepet her; de biologiske, sosiale og psykologiske faktorene tas med og spiller en rolle for det moderne mennesket.

Helsedefinisjonen til WHO står muligens i bakgrunnen; ”komplett fysisk, mental og sosial velvære” er idealet (Nettleton 2001). Har man ubehagelige følelser kan dette være noe å henvende seg til en lege med, i dette tilfellet Åsa. Mye kan tyde på at besværlige følelser bør helbredes og leges fordi man helst skal ha det bra på alle områder i livet. Det å ha blandete følelser kan synes som om å bli sett på som et sykdomstegn, man skal helst ha det bra hele tiden.

Helsestoffet er på nittitallet blitt variert og omfangsrikt. Det er også kommet inn tegn som tyder på at alternative metoder er av interesse. I spalten ”Medisin – helse” tar man opp en mengde temaer som ligger noe utenfor den tradisjonelle skolemedisinen.

Helseforståelsen innbefatter nå en biomedisinsk modell, alternative metoder, det psykiske og det relasjonelle.

8.5 2000: Forbrukere av helse

Ukebladene tar seg av det som rører seg i markedet og det som har litt volum, og mye tyder dermed på at helsebevisstheten har økt mot år 2000. Omfanget av helsestoffet er oppe i 13,8 sider hver uke i ukebladet, og en stor del av det er viet medisinsk forskning som har blitt en av de største forskningsindustriene (Elstad 2003).

I tillegg til legen finnes det nå også andre yrkesgrupper som skriver spalter som inngår under overskriften ”Helse & Velvære”. Dette kan tyde på at man innen helsevesenet har blitt en mer differensiert yrkesgruppe, og at det kreves ulik kompetanse for å ivareta de ulike sidene av menneskets helse. Det er et mer holistisk helsebegrep man finner på disse sidene; det handler om å se flere ulike sider av mennesket og se dem som en helhet. Helse handler ikke lengre bare om det å være syk og om diagnostisering av sykdom, men det handler også om sunnhet og velvære generelt.

Tilstander har kommet med i helsesidene som ikke alltid har hørt til i et sykdomspanorama. Overgangsalder er ett eksempel, og det har nå blitt gjenstand for medisinsk intervensjon. Muligens kan man snakke om en medikalisering av tilværelsen,

hvor vi overlater stadig flere sider av livet til fagfolk innen medisinen. Det er ikke bare til den tradisjonelle medisinen man kan vende seg, en stor del av informasjonen på helsesidene fokuserer på den alternative medisinen. Vårt helsevesen er bygget opp rundt den biomedisinske sykdomsmodellen, og mange føler muligens at den av og til kommer til kort. Den tradisjonelle modellen har et mer reduksjonistisk syn på mennesket, og mye kan tyde på at enkelte foretrekker en mer helhetlig medisinsk behandling.

Det kan synes som om en sterkere individualisme og en mer utpreget forbrukerkultur setter sitt preg på vårt syn på helseforståelsen. Vi har på mange måter selv overtatt ansvaret for vår egen helse, og er forbrukere av helsetjenester på en annen måte enn tidligere. Dette viser seg også i hvordan man forholder seg til den medisinske ekspertisen. Det er ikke det samme ujevne maktforholdet mellom lege og pasient som tidligere. Mye av dette er muligens skapt av økt helseopplysning og økt utdanningsnivå i befolkningen. Der helse tidligere handlet om sykdom, handler det nå om styrking av det friske. Man ser tendenser til at folk er mer opptatte av egenpleie (Loustaunau/Sobo 1997). Helse har kommet til å handle om det gode livet, og man bør helst være frisk for å ha det bra. Dermed blir forebygging og opptatthet av egen helse viktig for mange. Mye tyder på at helse har blitt en metafor for det å ha mening med livet (Otto 1995). Det å nå sine mål og ha ulike muligheter har tilsynelatende kommet til å bli knyttet opp mot det å ha god helse. Helsebegrepet blir dermed satt i sammenheng med et begrep som selvrealisering, som er et sentralt begrep i dagens samfunn.

Kapittel ni: Utviklingen av helseforståelsen i kvinne- magasin

9.1 Ansvar og holisme

Helseforståelsen har endret seg i løpet av de siste førti årene slik det kommer frem i KK. Antall sider og mengden av stoff kan tyde på at samfunnet fokuserer mer på helse og at det er en økende opptatthet av denne typen stoff. Helsefokuset er ikke like sentrert rundt sykdom nå som det var i 1960, nå handler det snarere om sunnhet. Mange er tilsynelatende opptatte av å få informasjon om hvordan man bør handle og oppføre seg for å få tilgang til et sunt liv. Sekstitallets helseforståelse, som ga assosiasjoner til sykehus, legefrakker og stetoskop, har forsvunnet. I stedet handler fortellingen om helse nå om forebygging og selvutvikling.

Det har kommet inn fokus ikke bare på kropp, men også på sjelen. Helseforståelsen knyttes opp mot velvære, ikke mot sykdom og behandlingen av sykdom. Det er det holistiske synet som dominerer, og man har tilsynelatende et mer helhetlig syn på individet. Mye tyder på at ansvaret for egen helse gjennom 1990-tallet i økende grad har blitt flyttet over på individet, og idealet synes å være at man har et bevisst forhold til sin egen helse. Samtidig som ansvaret og valgene tilsynelatende ligger hos den enkelte, har vi fått et mer utbygd helsevesen med et mangfold av tjenester. Dermed har en rekke nye tilstander kommet til å bli gjenstand for helsevesenets fokus og behandling, men dette er et sammensatt bilde. Ved å fokusere mye på sin egen helse vil man muligens oppnå det motsatte av hva man ønsker, og med store mengder forskning på dette området det vil man av og til oppleve å møte motstridende konklusjoner. Selv om man i dag kan forebygge og kurere langt flere tilstander enn tidligere har vi også større kunnskap om hva som er skadelig, og vi har nye navn på tilstander som vi tidligere ikke betraktet som sykdommer eller lidelser.

9.2 "Nye" sykdommer

Blant annet PMS og overgangsalder tas med i en ny sammenheng, og man ser her en medikalisering av tidligere naturlige faser i kvinners liv. Disse tilstandene kan nå behandles med medikamenter, slik at man kan unngå plager av noe slag og dermed befinne seg i en tilstand av "komplett velvære". De medisinske profesjonene får adgang til flere deler av vår hverdag, og preger i stadig større grad ulike faser av livet vårt. Røyking forekommer ofte på helsesidene, men da snarere som noe som er sykdomsfremkallende fremfor at det behandles som en egen sykdom. Det er å anse som en avhengighet, og er ikke innarbeidet som en sykdom i dag. Men ser man på utviklingen av alkoholisme og narkomani som sykdommer, er det ikke usannsynlig at røyking kommer til å følge etter. Spilleavhengighet er jo å betrakte som en sykdom i dag, uten at noe tyder på at dette er noe særlig kontroversielt.

Fibromyalgi finnes blant de "nye" sykdommene, og ved å sammenligne den med "kvinnemas" sier det noe om hvordan man muligens blir møtt når man kommer med de "nye" sykdommene. Kvinner går vanligvis oftere til lege enn menn, og er mer plaget av de diffuse lidelsene. I 1997 var 87% av de som søkte om uførepensjon for fibromyalgi kvinner (Malterud 1999). Mye tyder på at dagens diagnosesystemer er bedre egnet til å klassifisere helseplager hos menn enn hos kvinner (Malterud 1999). Menn får oftere enn kvinner en sykdomsdiagnose, mens kvinner oftere får en symptomdiagnose, og de subjektive symptomene som preger de diffuse lidelsene har ikke sykdomsstatus (Malterud 1999). Kvinners helseplager setter i mindre grad medisinske avlesbare spor i kroppen i form av "objektive" funn (Malterud 1999). Ved å sette fokus på disse diffuse lidelsene i KK kan det bidra til en større oppmerksomhet og en større aksept for denne typen plager. Den biomedisinske sykdomsmodellen som vårt helsesystem i stor grad er basert på, handler i første omgang om å konsentrere seg om de målbare kriteriene som indikerer sykdom.

Det alternative markedet er også fremtredende på helsesidene, noe som kan henge sammen med at siden vårt helsevesen bygger på en biomedisinsk modell føler mange at de kommer til kort med diffuse plager (Gjengedal 2001). På grunn av stadig nye behandlingstilbud oppstår det en "forventningskrise", hvor man forventer at de fleste av livets problemer kan løses av en ekspert (Gjengedal 2001). Et begrep som brukes om

dette er medikosentrisme, der man tror at helsevesenet skal ordne alt (Malterud 1999). En motvekt til dette kan man muligens finne i det holistiske helsebegrepet. I og med at det inkluderer flere sider av individet, vil man også ha et annet ansvar og andre påvirkningsmuligheter på sin egen helse. Ved å skrive artikler om ulike behandlingsformer og terapier vil dette gjøres mer allmenn kjent ved at det bringes ut til KK's lesere. En kvinne med fibromyalgi uttalte at hun var "villig til å prøve alt", og dermed kan muligens ukebladet fungere som en presentasjon av nye metoder for behandling. I de tidlige årgangene av KK var legespalten preget av at det var legen og helsevesenet som spilte hovedrollen når det gjaldt helsespørsmål. Dette ga pasienten et begrenset spillerom i og med at diagnostiseringen naturlig nok ble overlatt til fagpersonen. Hovedsaken i legespaltene tidligere var sykdom, mens det senere har utviklet seg til å ta for seg mer generelt stoff om helse og om ulike deler av mennesket. De henter inn ulike yrkesgrupper slik som filosofer og homøopater, i tillegg til legen. Det er ikke lengre kun den tradisjonelle biomedisinske vinklingen på stoffet og sykdom er ikke lengre hovedtema.

Det er mye som tyder på at det fremkommer et mer holistisk helsebegrep i de senere årene, der man ser på menneskets ulike deler som viktige for helheten, fremfor et reduksjonistisk menneskesyn som preger den biomedisinske modellen. Dette sees blant annet i form av at man i KK tar inn filosofer og andre yrkesgrupper i en helsesammenheng. Mennesket er sammensatt, og de eksistensielle sidene ved livet kan være like vanskelige å hankses med som konkret sykdom.

9.3 Et ønske om sunnhet

Fortellingen om helse er preget av at det i samfunnet er en ny helsebevissthet. Det enkelte individet er ansvarlig for sin egen helse, og det å være opptatt av helse er blitt en form for livsstil. Helsevesenets begrep om livsstil blir betraktet som et individuelt anliggende, og helse som et individuelt ansvar (Schiøtz 2003). I KK kan man se dette i form av utallige tips og råd, samt henvisning til forskning og nettsider der man kan få vite mer om helserelaterte emner. Begreper som "det gode liv" og "livskvalitet" knyttes opp mot helseforståelsen (Otto 1995). Om man velger å definere helse som evnen til å nå sine mål, vil opplevelse av velvære når man har nådd dem bli oppfattet som det å være sunn.

Dermed vil det sunne liv bli sammenfallende med det gode liv (Andrews 2003). I KK legges det vekt på å formidle ulike løsninger og behandlinger for de fleste problemer man kan møte. Ukebladet presenterer alternativer som alle hver på sin måte gir en hjelp til sunnhet. Ønsket om sunnhet er dermed ønsket om tilgangen til det gode liv med lykke og velvære. Mye tyder på at både dagspressen og ukepressen har fanget opp denne trenden, og de har store mengder med denne typen stoff i sine utgaver. At man kaller det ”nyttejournalistikk” sier noe om legitimeringen av denne typen informasjon (Skårderud 1998). Det er til samfunnets beste å ha sunne og friske medlemmer, dermed ligger det også økonomi og politikk i dette.

Det kan synes som om mange bruker en del tid på å sette seg inn i forskningen som presenteres og å følge de rådene som gis av medisinske folk. Helse har fått et mer altomfattende preg, og siver inn på stadig nye områder av våre liv og i vår hverdag. Noen vil si det så sterkt som at helse har blitt en religion (Hareide 1991). Helse har blitt noe som gir oss muligheter for å leve det gode liv, og et sunt liv er likestilt med livskvalitet. Dermed er det mye som tyder på at mange er villige til å investere mye tid og krefter i sin egen helse. Flere av de tipsene som KK presenterer er ofte kostbare behandlinger, dermed kan det synes som om dette tilbudet er forebeholdt de med solid økonomi. Man skal dessuten ha tid til å sette av til å dyrke sin egen helse og sunnhet. At ukebladet presenterer så store mengder av informasjon om helse, kan muligens føre til at man når et metningspunkt. Eller det kan dreie den andre veien, og mange vil føle at de kommer til kort i forsøket på å bli sunn. Dersom helse blir likestilt med det å nå sine mål, blir det en omskrivning av det å være vellykket og ha suksess; man er sunn hvis man oppnår de mål man har satt seg. Selv om det i KK muligens ligger en tanke om opplysning og informasjon bak, kan alle artiklene og tipsene føles som et krav til å korrigere seg selv og være så sunn og dermed så vellykket som mulig. Utviklingen utover på 1990-tallet ligger fjernt fra den nøkterne kvinnelige legen i KK på sekstitallet som rolig informerte om tuberkulose og injeksjoner.

Hvis man velger å gjøre livskvalitet til et anliggende for helsevesenet kan man muligens gi dem ”monopolet” på det gode liv (Andrews 2003). Når man etter hvert definerer stadig flere deler av livet som relevant for medisinsk intervensjon, står man muligens i fare for å invadere den personlige sfære (Andrews 2003). I KK gjør man mye for å inkludere en

tankegang preget av sunnhet i den personlige sfære. Alle tips og råd formidler hvordan man kan forebygge og dermed øke sin sunnhet ytterligere. Det å leve sunt og det å være opptatt av sunnhet blir hos dem en livsstil. Samtidig er det mye av det de presenterer som er ren informasjon, og denne kunnskapen er noe alle kan tilegne seg. På den måten vil de nå ut til så mange som mulig, men uten å være belærende. KK er et ukeblad som også skal være underholdende, og stoffet bærer et visst preg av dette. Poenget blir at i dag er helsestoff å betrakte som underholdning, det var det ikke noen tiår tidligere. At legen slipper til i vårt kjærlighetsliv på nittitallet kan muligens være et uttrykk for at man nå skal "helbrede" samlivsproblemer. Dette er en introduksjon av legen som fagperson i den personlige sfære og dermed utenfor det rent biologiske. De tidlige legespaltene holdt seg til sykdom og diagnose, og gikk ikke inn i den enkeltes private følelsesliv. Det var det kliniske som opptok dem, mens det nå er mye som tyder på at det "diagnostiske blikk" i tillegg har falt på vårt samliv. Å ta inn begrepet "livskvalitet" i medisinen vil øke dens fokus på andre områder enn bare sykdom og biologi, og kan blant annet medføre at kjærligheten vil bli gjenstand for et profesjonelt fokus. Livskvalitet kommer inn som tema i KK's helsestoff på 2000-tallet, hvor det nå skrives om veier til et sunnere og dermed et bedre liv.

9.4 Et sammensatt bilde

Som nevnt kaller Illich medisinen for "vår tids verdensomspennende kirke" (Illich 1975), og det skrev han allerede for tretti år siden. Som jeg har forsøkt å vise, kan man argumentere for at det har funnet sted en medikalisering og for at det har funnet sted en av-medikalisering. Siden individet nå er i fokus som det ansvarlige, og ikke helsevesenet, kan man påstå det sistnevnte (Otto 1995). Det meste av stoffet i KK baseres ikke på det tradisjonelle biomedisinske synet, og inkluderer ikke hvite legefrakker og sykehus. De legger mer vekt på alternativ behandling og forebyggende tiltak. Dermed kan man muligens se en vending bort fra medikaliseringen, fordi ikke alt er sykdom og må behandles av lege. Samtidig er det et faktum at etterspørselen etter helsetjenester har skutt i været, og at utgiftene på helsebudsjettet øker voldsomt. Dermed kan det synes som om vi overlater flere av våre helseproblemer til de profesjonelle, og deres kompetanse dekker stadig nye områder av vår hverdag.

I en kultur som er opptatt av helse vil man ikke kun være opptatt av det rent biologiske, men også av sinnet, og hvordan man kan skape et godt liv i forhold til den sosiale og moralske orden (Loustaunau/Sobo 1997). Man kan se utviklingen av det holistiske helsebegrepet og hvordan det hele mennesket, også som sosialt og psykologisk vesen, nå er det sentrale i helsestoffet. Det er flere sider ved sykdom og helse enn ren biologi, og dette er noe man har sluttet opp om i langt større grad i dagens samfunn. Fra at man på sekstitallet fokuserte på den rene biologien i KK, er bildet nå blitt mer sammensatt i populærpressen. Dette er muligens en reaksjon på interessen hos leserne som gruppe, og at det er tendenser til en økt opptatthet av mangfold i markedet. Studier viser at folk flest har sofistikerte og komplekse teorier om det å ta vare på sin egen helse og om årsakene til sykdom (Nettleton 2001). Vi lever i et informasjonssamfunn, og det er vanskelig å ikke påvirkes av noen av de mange helsebudskapene som strømmer mot oss til daglig. Det er muligens en god ting at flere nå vet mer om sin egen helse og derfor bedre kan ivareta den, men det kan også bli et for stort press på den enkelte. At mangel på de store, altomfattende fortellingene har skapt behov for nye, kan kanskje være en årsak til at fenomen som helse kommer i fokus. Det blir noe konkret og nært i et samfunn som er preget av et fokus på individualisering.

Vi lever i en tid fylt med risiko og uvisshet, og da blir det som er nært og kjent for oss nødvendig å forholde seg til for å bevare en følelse av kontroll. Kroppen og helsen blir våre naturlige ”prosjekter” i en tid og et samfunn som legger stor vekt på selvrepresentasjon. Kroppen har blitt et symbol på hvordan vi ”har det” og er med på å vise ”hvem vi er” (Giddens 1996). I stedet for å være kun en biologisk enhet har kroppen fått sosiale og psykologiske funksjoner, og dette inngår som en del av den holistiske tankegangen. Kroppen har blitt noe man kan bearbeide og omforme, og dermed være med på å skape slik man ønsker det. Kroppen har fått et annet innhold som nodalpunkt. Nodalpunktene kjennetegnes ved at de som tegn er tomme, men at de kan fylles med innhold av diskursene de opptrer i (Jørgensen/Phillips 1999). Diskursblandingen gjør at ”kropp” får et mer sammensatt innhold enn tidligere da diskursene var færre og mer enhetlige. Kroppen som nodalpunkt går her over fra å være en sykdomsbærer til å være et sentrum for følelser i og med at relasjoner introduseres. I stedet for at sykdom oppfattes som en enkeltstående hendelse som har en begynnelse og en slutt i kroppen, har den blitt

helsens permanente ledsager (Bauman 2001). Kroppen kan bearbeides og påvirkes, men det som var sunt i går er ikke nødvendigvis sunt i dag (Bauman 2001). Det å la kroppen sin forfalle blir et signal til omverdenen om at man har lite kontroll og dårlig moral. Det er ikke nok å fremstå som vellykket i dag, man må også fremstå som sunn. Dette har ukepressen og dagspressen tilsynelatende fanget opp, og mengder av deres journalistikk retter søkelyset mot helse og velvære, og fokuserer på vår helsetilstand generelt. Helse har blitt stoff som folk tilsynelatende ønsker å lese om i dagens informasjonssamfunn. Med en tid som er opptatt av de store linjene; globalisering, terror og miljøkatastrofer kan det synes som om det blir et poeng for oss å sørge for at vi selv har det bra og lever i en sunnhetskokong. Da kan vi i alle fall ha god samvittighet for noe, og slippe unna bekymringene en stund ved å ta kontrollen over noe som er nært og konkret for oss i vår egen hverdag. Ved å presentere oss for ”motgangsintelligens” og ”aku-pressur” vil vi introduseres av KK til nye områder som muligens oppfattes som problematiske, og vi kan søke å gjøre noe med våre egne problemer. Problemer vi kanskje ikke engang ante at vi hadde. Denne bevisstgjøringen som helsestoffet i KK bidrar til medfører muligens et større fokus på sider av livet som ikke hadde trengt et så skarpt lys. Samtidig bidrar KK til blant annet å hjelpe frem tabubelagte områder som for eksempel psykisk helse. Dette er et område som først kommer til syne i KK på nittitallet, og er derfor relativt nytt i denne sammenhengen. Det har kommet inn en diskursblanding, noe som kan tyde på en sosiokulturell forandring (Jørgensen/Phillips 1999). Fra å være fokusert på det medisinske og en sykdomsdiskurs, finnes nå et fokus på kjærlighet, relasjoner og følelser. En forbrukerdiskurs skaper inntrykket av at helsetilbudene finnes på et marked man kan ”shoppe” rundt på. Potensialet for å skape glede blir raskt oppbrukt når det gis en overflod av fristende tilbud (Bauman 2001). Diskursblandingen gir individet andre roller og skaper nye subjektposisjoner.

9.5 Endrete subjektposisjoner

Tidligere fantes det i legespaltene subjektposisjoner som tilskrev ”lege” og ”pasient” snevre og nokså lukkede posisjoner. Det var klart definert hvem som hadde makt og kunnskap, og dessuten hva samtalen skulle dreie seg om. Subjektposisjonen ”lege” handlet om en som var ekspert på sykdom og symptomer, og som først og fremst i sitt

møte med pasienten skulle stille en diagnose på bakgrunn av en utspørring. I forhold til Althussers subjektposisjoner kan man si at de endrete diskursene har ført til en endring i posisjonene slik de kommer frem i ukebladet KK. Legen på sekstitallet hadde en annen posisjon enn legen har på nittitallet.

Diskursene i de tidlige utgavene av KK dreiet seg om sykdom og medisin, og for å tydeliggjøre subjektposisjonene brukte man i ukebladene symboler som hvite frakker og stetoskop. Legen var først og fremst en fagperson som var interessert i hva som feilte pasienten. Diagnostiseringen basert på objektive kriterier var helt sentral i situasjonen. De forventningene man hadde til legens oppførsel var satt av en diagnostiseringsdiskurs basert på biologi. Pasientens oppgave var å svare så korrekt som mulig på legens spørsmål, og på den måten bidra til ”oppklaringen”.

Sosialkuratorspalten er noe friere med hensyn til selve møtet med sine klienter/pasienter. Her legges noe av biologien vekk, og det er mer rom for de private og individuelle følelsene. Symbolene er ikke like sterke med latinske faguttrykk eller arbeidsklær, og dermed minskes avstanden til en viss grad. Posisjoneringen blir mindre tydelig, her opptrer man mer som medmenneske. Subjektposisjonene endrer seg med den mer holistiske helsediskursen. Det blir lagt mer vekt på følelser og erfaringer enn på den rent objektive sykdommen. Sosialkuratoren kan dermed innta en nærere og mer privat posisjon basert på forståelse av klientens følelser. Samfunnsdiskursen gjør at sosialkuratoren kan sette seg selv som en hjelper for det syke individet som møter samfunnets normer og forventninger. Den sterke representanten for en fagtradisjon har forsvunnet med legefakken og stetoskopet.

På åttitallet er den mer tradisjonelle posisjonen tilbake i KK, og dette kan være tilfeldig. Da har selve relasjonen med pasienten blitt skjøvet helt i bakgrunnen, og det er faget som er hovedfokus. Legens subjektposisjon blir her sett i forhold til medisinen som fag, ikke i forhold til hans pasienter som sådan. Han viser seg her som en selvstendig og uavhengig representant for det biomedisinske, som ikke trenger hjelp av pasienter for å drive ”handlingen” frem. Legen konstituerer seg her som en lærd person, og bryter koblingen lege-pasient. I denne sammenhengen er han nå enerådende, og har blitt en kunnskapsformidler fremfor en helbreder. Dette er medisin for medisinenes skyld, pasientene tilhører tilsynelatende en helt marginal del av stoffet. Ved å presentere ham

for oss med navn for første gang bringer det en antydning til noe mer personlig inn i hans posisjon, samtidig understrekes det i spaltens overskrift at her er en viss distanse ("Pasienter jeg møtte" av Erik Münster). Han fremstår mer som en forfatter og en skribent av fagstoff her, og bruker mer plass på dette enn han gjør på behandlingen av pasientene.

Overgangen er derfor stor til spalten som ti år senere heter "Kjære Åsa". Ingenting i denne tittelen tilsier at dette har noe med en lege å gjøre, før vi på et av bildene langt ute i årgangen møter henne med en hvit frakk på seg. Man oppfordres til å ta opp ting man ikke kan snakke med andre om, og her er det for første gang en fortrolighet som preger subjektposisjonene. Det er nevnt i spaltens innledning at Åsa faktisk er lege, men at det her er samliv det skal handle om i innleggene – ikke sykdom. Dessuten er det nå innsenderen som legger frem sine egne problemer for henne, ført i pennen av dem selv. Dermed ender Åsa opp med en nokså subjektiv og ensidig skildring av situasjonen. Her har subjektposisjonen fått et helt nytt innhold. Diskursene som konstituerer dem handler om følelser, nærhet og intimitet og er skrevet som om de involverte førte en fortrolig og privat samtale. Diskursendringer fører til nye posisjoner ifølge Althusser, og med kjærlighetsdiskursen vil en annen type "diagnostisering" bli introdusert. Legen vil gå over fra å være fagperson til å være medmenneske. Her handler det utelukkende om følelser, og de er ikke like "diagnostiserbare" som sykdommers ofte objektive kjennetegn. Åsa opptrer mer som en nær venninne eller en "klok kone" enn som en lege i en lege-pasient relasjon. Her er det helt andre regler for hva som kan sies og menes i kraft av hennes posisjon som samtalepartner. Det er betroelsesformen som legger føringene på hennes posisjon, og hun trekker minimale veksler på sin medisinsk-faglige bakgrunn kan det synes som. Det er her muligens den hvite legefrakken som kan gi henne en autoritet som en hjelper. Det kan synes som om det er et eksempel på at motstridende diskurser gir subjektet motstridende posisjoner å snakke fra. Den fortrolige venninediskursen bryter med legens profesjonalitet og faglige distanse. De snevre og lukkede posisjonene som "lege" og "pasient" er nå langt mer åpne og mangfoldige. Det handler ikke lengre om smerter eller fysiologisk sykdom. Her er det sår på sjelen og følelser i ubalanse som skal "behandles". Her har man nå skapt en situasjon man trenger andres hjelp for å komme seg ut av, man har ikke som tidligere blitt rammet av sykdom i biologisk forstand. Mye

kan tyde på at samlivet tilsynelatende har blitt noe som fagfolk bør mene noe om. Kjærligheten har blitt en gjenstand for vitenskapen. Men det er altså ikke først og fremst Åsa som fagperson de som skriver henvender seg til. De henvender seg til noen som kan høre på ting de ikke vil snakke med noen andre om. Det kan synes som om spalten har gått over til å bli en slags skriftestol, hvor man har anonymitetens dekke for ting man synes er for privat å snakke med noen om.

Noe som her også er annerledes er at det er ikke legen som styrer utspørringen av pasienten, det er helt og holdent innsenderen selv som bestemmer hva legen får av informasjon. Her har altså maktforholdet mellom subjektposisjonene blitt forskjøvet. Det er heller ingen diagnostiseringsdiskurs, men mer en analytisk gjennomgang av problemet som beskrives basert på følelser.

Åsas oppgave er her å være forstående og medfølende, mer enn det er å være den som kartlegger objektive symptomer og foreskriver en behandling. De ulike diskursene gir henne en mer utydelig og kanskje noe mer diffus subjektposisjon. Tidligere var den klar og tydelig med vekt på fag, biologi og medisin, nå er den langt mer utflytende, muligens på grunn av kryssende diskurser. For å være helt sikre på hvem legen "er" så viser de henne med et stort bilde i spalten, smilende i en kurvstol. Vi "kjenner" Åsa fordi vi har sett henne. Vi kan kategorisere henne som lege, og dermed får hun tillit og autoritet i kraft av denne tittelen slik at vi blir trygge på at vi kan betro oss til henne. Denne tilliten og nærheten er hun helt avhengig av for å få inn det materialet hun trenger.

Relasjonen her tar ikke for seg den syke kroppen, men følelser og relasjoner i våre nære omgivelser. Subjektposisjonene konstitueres av samtalediskursen og privatheten i temaet. De opptrer som gamle venner som betror hverandre personlige problemer. Det kan synes som om dette til en viss grad overskrider en terapeutisk relasjon, og er en stor kontrast til den anonyme legen på sekstitallet. Der det er flere motstridende diskurser vil subjektet være fragmentert, idet det posisjoneres av mer enn en diskurs (Jørgensen/Phillips 1999). I denne sammenhengen er det tilsynelatende motsetninger mellom de svært fortrolige følelsesdiskursene og selve legediskursen som tidligere har vært preget av objektivitet og nøytralitet. Det ser ut til at dette løses ved å holde seg til en diskurs av gangen. Der Åsa svarer på medisinske spørsmål er hun i legediskursen og ikke like nær, mens hun i samlivsdelen legger bort det objektive medisinske og er i en fortrolig venninnekurs.

9.6 En endret helseforståelse?

Man skrev allerede i 1895 at sykdomsbegrepet var under kraftig utvidelse, og på 1900-tallet øynet man en fare for at helse skulle bli et "sekkebegrep" (Andrews 2001, Iversen/Kristensen/Holstein/Due 2002). Disse uttalelsene kan det synes som om har blitt til virkelighet gjennom den helseforståelsen som møter oss i ukepressen i våre omgivelser. Det handler om en forståelse som tilsynelatende har endret seg svært mye bare på de siste førti årene. Helsestoffet har gått fra å handle om sykdom til å bli en viktig del av hvordan man kan få tilgang til det gode liv. Helse og livskvalitet har kommet til å bli begreper som knyttes sammen i vår moderne tankegang. Gjennom vår tids fokus på det individuelle har vår helse kommet til å bli vårt eget ansvar. Vi kan dermed selv tilsynelatende velge hvor godt vi vil ha det ut i fra hvor godt vi tar vare på oss selv. Helse handler ikke lenger bare om syk eller ikke syk, det har kommet til å handle om hvorvidt man har det bra på flere ulike områder i livet. Det handler om kjærlighet, relasjoner og vår livssituasjon som sådan, i tillegg til å handle om sykdom generelt. Og hva vi velger å kalle sykdom har tilsynelatende endret seg opp gjennom årene. Stadig flere tilstander som man tilskrev karaktersvakhet eller dårlig moral kan nå kalles for sykdom. Da tenker jeg på definisjonen narkomani som en sykdom som er av nyere dato, og definisjonen på alkoholisme som en sykdom som ble vanlig for noen tiår siden. Vi overlater til legen i dag deler av våre liv som tidligere tilhørte den helt private sfære, og tar samtidig mer ansvar selv. Det har dessuten skjedd en differensiering i helsevesenet som har ført til at stadig flere profesjonelle hjelpere med ulik kompetanse står klare til å bistå for å bedre vår helse. Om dette er et fremskritt eller et tilbakeskritt vil det herske ulike meninger. Helseforståelsen er tilsynelatende preget av både fragmentering og holisme. Fragmenteringen finnes i form av blant annet en økt differensiering i helsevesenet, og en stadig økning i profesjoner som deltar i omsorgen for og behandlingen av vår helse. Holismen kommer inn som en utvikling fra vekten på det rent biologiske, til vekten på det hele mennesket med sosiale og psykologiske sider. Det dannes et sammensatt bilde med vekt på både fragmenteringen og det holistiske ved helseforståelsen. I tillegg kommer en dobbelthet i form av en økt vekt på det å tillegge individet ansvaret for sin egen helse, samtidig som fokus styres mot medikalisering og stadig nye diagnoser. ADHD, utbrenthet, fibromyalgi og elektro-overfølsomhet er noen

eksempler på dette, og i noen tilfeller behandles også overvekt som et medisinsk problem. Det behøver ikke å være noen motsetninger i dette, men det skaper et sammensatt bilde. Utviklingen i KK viser dessuten en økt vekt på relasjoner og har beveget seg i noen grad vekk fra den rene sykdomslæren. I en kultur som har fokus på individet og som fremstår som selvorientert kan dette tyde på en dobbelthet at samlivsfokuset er så sterkt. Bildet som dannes av vårt helsebegrep er mer sammensatt enn i 1960, slik det fremkommer i KK. Det har også kommet inn en dobbelthet i form av en medikalisering og en tilsynelatende av-medikalisering. Tilstander som tidligere var uinteressante for helsevesenet har nå blitt gjenstand for medisinsk oppmerksomhet, slik som for eksempel overgangsalder og overvekt. Samtidig har enkelte tilstander som har vært betraktet som sykdommer, som for eksempel homofili, nå blitt av-medikalisert (Skårderud 2003).

KK utgir i dag et eget magasin om nettopp kropp og helse, og det kommer som et bilag til det vanlige ukebladet. Det har dermed vokst fra en enkel legespalte i 1960 til et helt eget magasin om helse i 2004. Det å holde seg frisk og sørge for egen velvære kan synes å være et livsprosjekt for noen. Siden vi lever i en kroppsfokusert tid, vil det være et tegn på mestring å ta seg godt ut. Sunnhetsidealet er noe man har forholdt seg til i lengre tid, og det er dermed legitimt å være helseopptatt. Men også dette har en dobbelthet, da man kan bli så opptatt av sin egen helse at det blir en patogen faktor (Bauman 2001). I det postmoderne samfunn har medlemmene gått over fra å være produsenter til å være forbrukere, og dette forbrukersamfunnet setter opp idealet "å være i form" for sine medlemmer (Bauman 2001). Det at helseforståelsen slik den fremkommer i KK tilsynelatende er så sammensatt og preget av dobbelthet, avspeiler muligens dette idealet med å "komme i form". Det å jakte på "formen" er å jakte på noe som er ubeskrivelig og svært subjektivt, og det endelige målet kan sjelden nås (Bauman 2001). Det handler om den "flytende" moderniteten, som gjør det endelige og det faste skjørt i et samfunn med uendelige og ubegrensede muligheter (Baumann 2001). Legespalten var i KK i 1960 noe som hovedsakelig dreiet seg om sykdom, og utviklingen frem til i dag er at den er mindre preget av en helhet. For å si det med Baumans ord: "Det som er skåret i stykker, kan ikke limes sammen igjen. La alt håp om helhet fare, både i fremtiden og i fortiden, du som trer inn i den flytende modernitetens verden" (Bauman 2001).

Litteraturliste

- Andrews, Therese "Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi – en kritisk drøfting av konsekvenser" i *"Kunnskap, kropp og kultur"*, Alvsvåg, Herdis m fl (red), Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2001
- Aubert, Vilhelm "Det skjulte samfunn", Universitetsforlaget, Oslo 1985
- Bauman, Zygmunt "Att tänka sociologiskt", Bokforlaget Korpen, Göteborg 1992
- Bauman, Zygmunt "Flytende modernitet", Vidarforlag, Oslo 2001
- Berg, Mie (red.) "Massemedier i Norge", Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1975
- Blom, Ida/Sogner, Sølvi (red.) "Med kjønnsperspektiv på norsk historie", Cappelen Akademisk forlag, Oslo 2001
- Cancian, Francesca/Gordon, Steven "Changing emotion norms in marriage: Love and anger in US women's magazines since 1900" *Gender and society* 1988
- Ehn, Billy/Löfgren, Orvar "Kulturanalys", Liber, Lund 1982
- Elsass, Peter "Sundhedsfremme" i Jensen, Uffe Juul/Andersen, Peter Four red. *"Sundhedsbegreber filosofi og praksis"*, Philosophia, Århus 1995
- Elstad, Jon Ivar "Helse i Norge ved årtusenskiftet" i Frønes, Ivar/Kjølørød, Lise (red.) *"Det norske samfunn"* 4.utg, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2003
- Elvebakken, Kari Tove/Solvang, Per "Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv", Fagbokforlaget, Bergen 2002
- Fairclough, Norman "Discourse and social change", Polity Press, Malden 2002
- Fiske, John "Understanding popular culture", Routledge, London 1989
- Frønes, Ivar "Handling, kultur og mening", Fagbokforlaget, Bergen 2000
- Frønes, Ivar "Veier til det moderne. Et essay om historiske fortolkningsformer", ISO rapport nr.17, Universitetet i Oslo, 1992
- Frønes, Ivar/Brusdal, Ragnhild "På sporet av den nye tid", Fagbokforlaget, Bergen 2001
- Furre, Berge "Vårt hundreår", Det Norske Samlaget, Oslo 1991

- Furre, Berge "Norsk historie 1914-2000", Det Norske Samlaget, Oslo 2000
- Giddens, Anthony "Modernitet og selvidentitet", Hans Reitzels forlag, København 1996
- Gjengedal, Eva "Kriser i helsevesenet: Utfordringer for omsorgsarbeideren" i "*Kunnskap, kropp og kultur*", Alvsvåg, Herdis m fl (red), Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2001
- Gullestad, Marianne "Kultur og hverdagsliv", Universitetsforlaget, Oslo 1993
- Hareide, Dag "Det gode Norge", Gyldendal, Oslo 1991
- Heggli, Gry "Bladdag e ein god dag. Kvinners bruk av familieukebladet som kilde for kunnskap, kreativitet og selvbekreftelse", Universitetet i Bergen 1991
- Holter, Harriet/Kalleberg, Ragnvald (red.) "Kvalitative metoder i samfunnsforskning", Universitetsforlaget, Oslo 1998
- Illich, Ivan "Medisinsk nemesis", Gyldendal Norsk Forlag 1975
- Iversen, Lars/Kristensen, Tage Søndergård/Holstein, Bjørn Evald/Due, Pernille "Medisinsk sosiologi Samfund, sundhed og sygdom", Munksgaard Danmark, København 2002
- Järvinen, M/Mortensen, N "Det magtfulde mode mellem system og klient", Aarhus Universitetsforlag 2002
- Jensen, Uffe Juul "Sygdomsbegreber i praksis" 2.utgave, Munksgaard, København 1986
- Jensen, Uffe Juul "Sygdoms- og sundhedsbegreber: Harmoni eller konflikt?" i "*Kunnskap, kropp og kultur*", Alvsvåg, Herdis m fl (red), Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2001
- Jensen, Uffe Juul/Andersen, Peter Four red. "Sundhedsbegreber filosofi og praksis", Philosophia, Århus 1995
- Jørgensen, Marianne Winther/ Phillips, Louise "Diskursanalyse som teori og metode", Roskilde Universitetsforlag 1999
- Lorber, Judith/Moore, Lisa Jean "Gender and the social construction of illness", Rowman & Littlefield Publishers, AltaMira Press, Oxford 2002
- Loustaunau, Martha O./Sobo, Elisa J. "The cultural context of health, illness and medicine", Bergin&Garvey, Westport 1997

Mattingly, Cheryl/Garro, Linda C. "Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing", University of California Press, Berkeley 2000

Mishler, Elliot G. "The discourse of medicine", Ablex Publishing Corporation, New Jersey 1984

Måseide, Per "Natur og kultur" i "*Kunnskap, kropp og kultur*", Alvsvåg, Herdis m fl (red), Gyldendal Norsk Forlag 2001

Nettleton, Sarah "The sociology of health & illness", Polity Press, Cambridge 2001

Nordland, Odd "Ukeblad og samfunn", Universitetsforlaget, Oslo 1973

Otto, Lene "Et robust helbred eller et lykkelig liv" i Jensen, Uffe Juul/Andersen, Peter Fuur red. "*Sundhedsbegreber filosofi og praksis*", Philosophia, Århus 1995

Palmblad, Eva/Eriksson, Bengt Erik "Kropp og politikk", Carlssons, Stockholm 1995

Romøren, Tor Inge (red.) "Helse i Norge", Pax forlag, Oslo 1973

Råheim, Målfrid "Forståelse av kroppen som fenomen" i "*Kunnskap, kropp og kultur*", Alvsvåg m fl (red), Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2001

Scambler, Graham/Higgs, Paul "Modernity, Medicine and Health", Routledge, London 1998

Schiøtz, Aina "Folkets helse – landets styrke 1850-2003" Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003, bind 2, Universitetsforlaget, Oslo 2003

Seland, Anne Cathrine "Jakten på det gode liv", hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo 1996

Sennett, Richard "The fall of public man", Knopf, New York 1977

Shilling, Chris "The Body and Social Theory", SAGE Publications Ltd., London 2003

Skaset, Maren "Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985" i Schiøtz, Aina, "*Folkets helse – landets styrke 1850-2003*" Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003, bind 2, Universitetsforlaget, Oslo 2003

Skårderud, Finn "Uro, en reise i det moderne selvet", Aschehoug, Oslo 1998

Skårderud, Finn "Kunsten å forholde seg" i Skavlan, Jørgen "Frisk nok for livet", Pantagruel forlag, Oslo 2003

Strøm, Axel "Velferdssamfunn og helse", Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1980

Søvik, Oddmund "Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng", Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2001, 2624-2627

Thwaites, Tony/Davis, Lloyd/Mules, Warwick "Tools for cultural studies", Macmillian Publishers, Australia 1994

Tönnies, Ferdinand "Gemeinschaft og Gesellschaft" i Østerberg, Dag (red) "Handling og samfunn", Pax forlag, Oslo 1990

Ustvedt, Yngvar "Overflod og opprør. Det skjedde i Norge", Bind 3 1961-72, Gyldendal, Oslo 1981

Winship, Janice "Inside womens magazines", Pandora, London 1987

Wulff, Henrik R./Pedersen, Stig Andur/Rosenberg, Raben "Medicinsk filosofi", Munksgaard, København 1990

www.ssb.no (Statistisk sentralbyrås hjemmesider)

Kilder:

Kvinner og Klær 1960

Nr. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13

Kvinner og Klær 1970

Nr. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12

Kvinner og Klær 1980

Nr. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 40

KK 1990

Nr. 1, 6, 14, 24, 28, 32, 34, 43, 47, 49

KK 2000

Nr. 1, 7, 14, 20, 25, 32, 39, 42, 47, 50

Alle kildene i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord: ca 35000

| Kvinner og klær 1960 | Antall sider |
|-----------------------------|---------------------|
| Intervjuer | 12,8 |
| Romaner/noveller | 11,4 |
| Mote | 6,6 |
| Mat | 5 |
| Håndarbeid | 4,8 |
| Interiør | 0,6 |
| Faste spalter: | |
| Fra mitt liv | 3,6 |
| Spareklubb | 0,4 |
| For tenåringer | 1 |
| Platerunden | 1 |
| I stjernevrimmelen | 0,8 |
| Legespalten | 1 |
| Reklame | 6,2 |
| Antall sider i bladet* | 60 |
| | |

*Kuponger, kryssord oa er ikke med i tellingen av stoffet

| Kvinner og klær 1970 | Antall sider |
|-----------------------------|---------------------|
| Intervjuer | 14,8 |
| Romaner/noveller | 15,4 |
| Mote | 4 |
| Mat | 8,2 |
| Interiør | 1,6 |
| Håndarbeid | 2 |
| Faste spalter: | |
| Sosialkuratoren | 1 |
| KK's lille bod | 1 |
| Platerunden | 1 |
| Tensidene | 1 |
| Filmbiten | 1 |
| Reklame | 8,4 |
| Antall sider* | 64 |

*kuponger oa ikke med i tellingen

| Kvinner og klær 1980 | Antall sider |
|-----------------------------|---------------------|
| Intervjuer | 16,4 |
| Romaner/noveller | 7,2 |
| Mote | 8,8 |
| Mat | 5,2 |
| Interiør | 3,8 |
| Håndarbeid | 8,2 |
| Reise | 0 |
| Faste spalter: | |
| Min lille verden | 2 |
| Poesiens blå blomst | 1 |
| Blant annet | 2 |
| Legespalte | 1 |
| Sosialkurator | 1 |
| Reklame | 8,5 |
| Antall sider i bladet* | 72 |
| | |

*kuponger, kryssord oa er ikke med i tellingen av stoffet

| Kvinner og klær 1990 | Antall sider |
|-----------------------------|---------------------|
| Intervjuer | 16,2 |
| Romaner/noveller | 6,6 |
| Mote | 11 |
| Mat | 10,2 |
| Interiør | 8,4 |
| Håndarbeid | 11 |
| Reise | 0 |
| Faste spalter: | |
| Kvinnepsykologen | 1 |
| Kjære Åsa | 1 |
| Artikkel om medisin | 2,4 |
| Medisin og helse | 2 |
| Spør oss | 2 |
| Din historie | 2 |
| Egenpleie | 2 |
| Reklame | 32,9 |
| Antall sider i bladet* | 127 |

*kuponger, kryssord oa er ikke tatt med i tellingen

| Kvinner og klær 2000 | Antall sider |
|-----------------------------|---------------------|
| Intervjuer | 20 |
| Romaner/noveller | 3,6 |
| Mote | 12,4 |
| Mat | 5,6 |
| Interiør | 12,2 |
| Håndarbeid | 2,2 |
| Reise | 6,4 |
| Faste spalter: | |
| Film og bøker | 2 |
| Helse og velvære | 11,8 |
| Kjære Åsa | 2 |
| Jobb og penger | 3 |
| Reklame | 36 |
| Antall sider i bladet* | 140,8 |

*kuponger, kryssord oa er ikke tatt med i tellingen