



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2024 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Kvinnehelse på dagsorden

En kritisk diskursanalyse av hvordan
kvinnehelse blir kommunisert i media

Christine Claudi-Nielsen
Master i Folkehelsevitenskap

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på en epoke i livet, men også begynnelsen på en annen. Min tid ved NMBU har vært veldig fin, med støttende medstudenter som har blitt venner, og dyktige lærere som har engasjert meg i spennende fag.

Da jeg skulle velge tema for masteroppgaven var jeg aldri i tvil om at jeg ønsket å kombinere mine to bachelorgrader; Medievitenskap og Fysisk Aktivitet og Ernæring. Jeg har et brennende engasjement for kjønnsmessig likestilling, og slik ble denne masteroppgaven om Kvinnehelse i norske medier til.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder, Ruth Kjærsti Raanaas, som gjennom det siste året har vært en veldig god hjelp og støtte. Veiledningstimene med deg og Maria har hjulpet meg enormt og ikke minst vært motiverende, særlig i innspurten.

Spesielt takk til mamma, pappa, mormor og bestefar for at dere alltid støtter meg og heier på meg gjennom et tiår med studier, flytting, jobb og studier igjen. Til slutt vil jeg takke min forlovede, Tarald, som har gjort det mulig for meg å ta denne masteren.

Christine Claudi-Nielsen

Oslo, mai, 2024

Sammendrag

Bakgrunn: Kvinnehelse har fått økende oppmerksomhet og blitt et viktig tema i norske medier. Den 2. mars i fjor la Kvinnehelseutvalget frem sin utredning (NOU) om kvinners helse i Norge, hvilket ytterligere har aktualisert temaet. Til tross for den økte oppmerksomheten, er kunnskapsgrunnlaget om kvinners helse fremdeles begrenset. Media har en sentral rolle i å tilgjengeliggjøre informasjon for å engasjere allmennheten i offentlige debatter. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvordan media kommuniserer kvinnehelse.

Formål: Formålet til denne studien er å undersøke hvordan kvinnehelse, som historisk har vært et tabubelagt og lite belyst tema, kommuniseres i norske redaktørstyrte medier.

Metode: I denne studien benyttes kritisk diskursanalyse (CDA) for å undersøke hvordan kvinnehelse kommuniseres i norske medier. Studien fokuserer primært på en systematisk analyse av tekster fra VG og NRK, gjennom spørsmål om definisjon av kvinnehelse, fremhevede problemer, foreslåtte løsninger og uttrykte identiteter og roller. Dataene er samlet fra deres temasider om kvinnehelse, og omfatter artikler publisert etter lanseringen av NOUen den 2. mars 2023. Totalt ble 27 artikler valgt ut for analyse.

Resultater: Studien identifiserte fem overordnede temaer: behov for bedre helsetilbud, mangel på kunnskap, skam, innskrenkede rettigheter, og kvinnehelse blir ikke prioritert. Det ble også identifisert fire forskjellige roller: offer, ekspert, ansvarlig og støttespiller. Funnene viser at ansvaret for kvinnehelse ofte blir plassert på individnivå. Samtidig peker flere artikler på at helsemyndigheter og politiske beslutningstakere, må ta større ansvar på systemnivå for å forbedre kvinnehelsetilbudet.

Konklusjon: Studien viser at kvinnehelse er satt på dagsorden, og peker på urettferdighet kvinner utsettes for i en helsesammenheng. Samtidig har mediene begrenset fokus på løsninger på slike urettferdigheter. Dette er viktig for å redusere sosiale helseforskjeller og forbedre folkehelsen, i tråd med folkehelseloven og FNs bærekraftsmål. Media kan øke bevisstheten om kvinnehelse og positivt påvirke politiske beslutninger. Økt forskning er nødvendig for å fylle kunnskapshull og støtte bedre helsepolitikk og praksis.

Abstract

Background: Women's health has gained increasing attention and become a significant topic in Norwegian media. On March 2nd last year, the Kvinnehelseutvalget presented its report (NOU) on women's health in Norway, further emphasizing the topic. Despite this increased attention, the knowledge base on women's health remains limited. The media plays a central role in making information accessible to engage the public in debates. Therefore, there is a need for more knowledge on how the media communicates women's health.

Objective: The objective of this study is to explore how women's health, historically a taboo and under-examined topic, is communicated in Norwegian editor-controlled media.

Method: This study employs critical discourse analysis (CDA) to examine how women's health is communicated in Norwegian media. The study focuses primarily on a systematic analysis of texts from VG and NRK, addressing questions on the definition of women's health, highlighted problems, proposed solutions, and expressed identities and roles. Data was collected from their dedicated women's health pages, including articles published after the NOU's launch on March 2nd, 2023. A total of 27 articles were selected for analysis.

Results: The study identified five overarching themes: need for better healthcare services, lack of knowledge, stigma, restricted rights, and women's health not being prioritized. Four distinct roles were also identified: victim, expert, responsible party, and supporter. Findings indicate that responsibility for women's health is often placed on the individual level. Concurrently, several articles suggest that health authorities and political decision-makers must assume greater responsibility at the systemic level to improve women's health services.

Conclusion: The study highlights that women's health has been brought to the forefront, exposing the injustices women face within healthcare contexts. Concurrently, the media exhibits limited focus on solutions to these inequities. Addressing this is crucial for reducing social health disparities and improving public health, aligning with the Public Health Act and the UN Sustainable Development Goals. Media can enhance awareness of women's health issues and positively influence policy decisions. Increased research is essential to fill knowledge gaps and support better health policies and practices.

Innholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	1
<i>Sammendrag</i>	2
<i>Abstract</i>	3
<i>Innholdsfortegnelse</i>	4
1 Innledning	5
2 Formål og problemstilling	7
3 Bakgrunn	7
3.1 Kvinnehelse og kvinnehelsepolitikk	7
3.2 Kvinnehelsebegrepet i endring	8
3.3 Medias rolle i helseformidling	10
3.4 Tidligere forskning på kvinnehelse i media.....	11
3.5 Kritisk diskursanalyse og nyliberalisme.....	13
3.6 Forforståelse	14
4 Metode	15
4.1 Kritisk diskursanalyse som metodisk tilnærming	15
4.2 Datainnsamling	15
4.3 Datautvalg.....	16
4.4 Analyseprosessen	18
4.5 Etske vurderinger	19
5. Resultater	20
5.1 Temaer som kommer til uttrykk	20
5.1.1 Behov for bedre helsetilbud	20
5.1.2 Mangel på kunnskap	22
5.1.3 Skam	24
5.1.4 Innskrenkede rettigheter	25
5.1.5 Kvinnehelse blir ikke prioritert.....	26
5.2 Identiteter og virkemidler til identiteter	28
6 Diskusjon	31
6.1 Urettferdighet i kvinnehelse.....	31
6.2 Hvor ligger ansvaret?	36
6.3 Implikasjoner for folkehelse	39
6.4 Metodediskusjon	40
7 Konklusjon	43
<i>Litteraturliste</i>	45
<i>Vedlegg 1</i>	51

1 Innledning

«I see media texts as a class of texts which are specialized for moving resources for meaning-making between texts, and more abstractly between different social practices, fields, domains and scales of social life» (Fairclough, 2010, s. 73).

Hvorfor er det relevant å undersøke hvordan kvinnehelse blir kommunisert i media? Helse og kjønnsroller er helt essensiell i hvordan vi tenker og oppfatter vår egen og andres identitet, og sier mye om hva vi anser som viktig i vårt samfunn (Gauntlett, 2008, s. 1). Kvinnehelse har i lang tid vært omgitt av tabuer knyttet til kvinnekroppen, kjønns spesifikke sykdommer og lidelser, samt helt vanlige kroppslige funksjoner som menstruasjon, graviditet og fødsel (Oslo Sanitetsforening, 2022). På toppen av dette blir kvinnehelsetabuer også assosiert med den naturlige aldringsprosessen og andre estetiske skavanker. Media har blitt en vesentlig og sentral del av vår moderne hverdag, fordi de i stor grad er med på å definere hvilke saker, temaer og spørsmål som skal oppta befolkningen og ikke (Tørdal et al., 2021). Hva som blir snakket om og hvordan det kommuniseres angår derfor alle og enhver. Hvordan media velger å kommunisere kvinnehelse kan derfor være med på å påvirke samfunnets syn på kvinners helse, behov, utfordringer, tilbud og rettigheter (Gauntlett, 2008, s. 1).

Kvinnehelse har gradvis fått økt oppmerksomhet og blitt et mer fremtredende tema i norske medier. Begrepet brukes vidt både nasjonalt og internasjonalt. Det publiseres historier om kvinner som opplever langvarige smerter uten å bli hverken trodd eller tilstrekkelig ivaretatt av helsevesenet. Diskusjoner om abortrettigheter utfordres av ulike ideologiske perspektiver, blant annet av «pro life»-bevegelsen som har fått økt innflytelse i store deler av USA, særlig etter opphevingen av Roe vs. Wade dommen (Flem & Delebakk, 2022). Samtidig har Frankrike grunnlovsfestet retten til selvbestemt abort som det første landet i verden (Haugen, 2024). Vi har også lest om at kvinnehelse er synonymt med både fettsuging og rynke- og hormonbehandling (Undheim et al., 2022). Avisene gjenforteller politikernes lovnader om et bedre fødetilbud til norske kvinner, side om side med nyheter om at eksisterende fødeklinikker legges ned flere steder i landet (Fladberg, 2023). Økt bevissthet rundt likestilling, kjønns spesifikke sykdommer, reproduktiv helse, kroppsbilde og likeverdige helsetjenester, har gjort at kvinnehelse for alvor har inntatt den offentlige samtalen, hvilket er med på å gjøre det mulig for kvinner å være mer informert og engasjert i egne

helsebeslutninger. Som følge av dette kan man si at slike endringer reflekterer en økende bevissthet og interesse for kvinnehelse som et viktig samfunnsmessig anliggende.

Media er tradisjonelt en betegnelse på massemedier, som TV, radio og aviser, der mediene kommuniserer ut til massene, ofte i regi av en redaksjon. Med den teknologiske utviklingen har begrepets betydning blitt utvidet med nye medieformer, som for eksempel sosiale medier (Barland, 2018). Media har det viktige samfunnsoppdraget med å tilgjengeliggjøre informasjon slik at allmennheten kan ta del i den offentlige debatten (Wolff-Hansen, 2021). Offentlige samtaler kan bidra til at viktige spørsmål og problemstillinger diskuteres. Det forutsetter at disse problemstillingene også tas opp i forskermiljøet. Hva som forskes på og den kunnskapen vi tilegner oss er til enhver tid preget av hvem som sitter med makten i samfunnet. Historisk sett har maktposisjoner og forskerrollen vært forbeholdt menn, og sykdommer som er mest vanlig hos menn har derfor blitt prioritert forsket på, og gir også mer prestisje innen medisinfaget (Mathiesen, 2010, s. 108; NOU 2023: 5, s. 56). Kjønnsspesifikke symptomer på sykdommer har uteblitt, og symptomene har blitt kategorisert som «vanlige» eller «uspesifikke», der kvinners symptomer oftest har gått inn under sistnevnte kategori (NOU 2023: 5, s. 56).

Den andre mars i fjor kom Kvinnehelseutvalget med sin utredning (NOU) om kvinners helse i Norge (NOU 2023: 5). NOUen har fått navnet «Den store forskjellen – om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse». Formålet med utredningen er å gi en oppdatert oversikt over kvinners helse nasjonalt. Utvalget ble bedt om å undersøke følgende: «å se på utfordringer blant kvinner når det gjelder risiko og forekomst for sykdom, og bruk av helse- og omsorgstjenester», samt «å undersøke hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i arbeidet med folkehelse, i helse- og omsorgstjenestene og i forskning og utdanning» (NOU 2023: 5, s. 3). NOUen representerer en betydelig fremgang i å anerkjenne og ta tak i helseutfordringer som er spesifikke for kvinner på et nasjonalt nivå. Det er imidlertid interessant å utforske hvordan dette har påvirket samfunnsdebatten rundt temaet kvinnehelse. Kunnskapsgrunnlaget er her mangelfullt, noe som understreker behovet for videre studier for å fylle dette kunnskapshullet. Denne oppgaven tilbyr en inngang til å forstå og kritisk vurdere medias rolle og påvirkning på diskursen om kvinnehelse.

2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å utforske hvordan kvinnehelse, som i lang tid har vært et tabubelagt og lite diskutert tema, blir kommunisert i media i form av tekst. Sett i lys av Kvinnehelseutvalgets utredning om kvinners helse, ønsker jeg å undersøke hvordan diskursen utarter seg i den offentlige samtalen, mer spesifikt gjennom redaksjonene VG og NRK. Denne studien kan bidra til økt forståelse av hvordan kvinnehelse fremstilles i media, noe som er viktig for å belyse og kanskje også utfordre eksisterende narrativer i samfunnet.

Opgavens problemstilling lyder slik:

Hvordan kommuniseres kvinnehelse diskursivt i redaktørstyrt norsk media?

3 Bakgrunn

I dette kapittelet vil bakgrunn for oppgavens tematikk bli presentert. Først vil jeg presentere begrepet kvinnehelse, og kvinnehelse i en politisk kontekst, deretter gjøres det rede for hvordan deknningen av kvinnehelse i media har utviklet seg de siste tjue årene, før medias rolle i helseformidlingen belyses. Mot slutten av kapittelet vil jeg se på hva som finnes av empirisk forskning på kvinnehelses representasjon i media. Til sist vil jeg redegjøre for min forforståelse som forsker.

3.1 Kvinnehelse og kvinnehelsepolitikk

Kvinnehelse er opprinnelig et medisinsk fagområde som presenterer kjønnsespesifikk kunnskap basert på forskning innen biologi, medisin og epidemiologi (Sundar, 2000). I tillegg til de fysiske sidene, omfatter kvinnehelse også mentale og sosiale aspekter. Ordet «helse» kan være med på å styrke forståelsen av kvinnehelse ved at det anerkjenner at kvinners velvære påvirkes av både kroppslige, mentale og sosiale faktorer. Verdens helseorganisasjon definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (World Health Organisation, 2024). Kvinnehelse kan derfor defineres som de delene av fysisk, psykisk og sosialt velvære, samt sykdom og lidelse som er spesifikke for kvinner (Sundby, 2022). Slik blir kvinnehelse et helhetlig begrep som tar i betraktning alle sider av kvinners liv og velvære. Samtidig kan både kvinner og rammes av de samme sykdommene eller oppleve like plager. Det er derfor viktig å presisere at

helsetilstander som er spesifikke for kvinner ikke nødvendigvis betyr at de er eksklusive for kvinner.

I NOUen foreslås det en rekke tiltak som skal kunne styrke kjønns betydning innen helse (NOU 2023: 5, s. 13). Utvalget har særlig pekt på fire områder de mener danner utfordringsbildet. For det første har kvinners helse lav status. For det andre at mangelfull samordning gir dårligere helsetjenester. Det tredje peker på at en sviktende kunnskapsbro er et hinder for at kunnskap når frem til tjenestene. Det fjerde og siste er at kvinners stemmer får for lite gjennomslag. Dette er andre gang det har blitt laget en NOU om kvinnehelse, sist gang var i 1999 (NOU 1999: 13). Selv om utredningen ikke er den første av sitt slag representerer den på mange måter en milepæl i samfunnet, ved at den har satt kvinnehelse på den politiske agendaen i en tid hvor begrepet også har gjort seg bemerket i samfunnet ellers.

I kjølvannet av kvinnehelseutredningen i 1999 ble en rekke tiltak fulgt opp politisk for å prøve å innlemme kjønnspektivet i helse. Blant annet ble det etterlyst mer forskning på kvinnesykdommer hos eldre og yngre kvinner (NOU 1999: 13, s. 286). I 2022 gjorde FHI en stor kartlegging av forskningen på kvinnehelse der et av de mest sentrale funnene pekte på mangelen på forskning på eldre og yngre kvinner (Vist et al., 2022). I NOUen fra 2023 kommer det frem at engasjementet og oppmerksomheten rundt mange av tiltakene forsvant etter kort tid, og kvinners helse er fremdeles underprioritert og har lav status til tross for begrepets økende offentlige oppmerksomhet de siste årene (NOU 2023: 5, s. 53).

3.2 Kvinnehelsebegrepet i endring

Kvinnehelsebegrepet har i løpet av de siste par tiårene vært i endring. Selv om den første utredningen om kvinnehelse i Norge ble utgitt for 25 år siden, var ikke mediedekningen på langt nær like omfattende. I perioden 2000-2005 publiserte NRK en liten, lokal «glad-sak» i NRK Vestfold og Telemark om en pengegave fra Norske Kvinners Sanitetsforening i Vestfold til et nyetablert voldtekstmottak (Indreiten & Syversen, 2003). I den korte artikkelen presiseres det to ganger at pengene ikke skal gå til drift, men til interiør og liknende. Andre aviser som publiserte kvinnehelse-saker i samme periode inkluderer A-magasinet som skrev at ifølge en svensk sammenlikningsstudie kan brede hofter gi bedre kvinnehelse, men konkluderte med at forskerne ikke fullt ut forstår årsaken til dette (Sortland, 2001). Bergens Tidene og Stavanger Aftenblad har begge skrevet om forskjellsbehandling kvinner opplever i møte med helsevesenet, med fokus på hjerte- og lungesykdommer (Pedersen, 2003; Sortland,

2005). Det ble ikke pekt på noen spesifikk forklaring på forskjellsbehandlingen, men at mulige årsaker kunne være at kvinner oftere bagatelliserer smertene sine og tåler mer. En annen forklaring som ble fremstilt i sistnevnte var mulig mannssjåvinisme, ettersom det er svært få kvinner i det norske kardiolog- miljøet. VG publiserte en artikkel som ikke nevner kvinnehelse spesifikt, men som handler om forskjell på søvnmønster hos nybakte foreldre (Steiro, 2003).

Kvinnehelsebegrepet har utviklet seg betydelig siden starten av 2000-tallet, hvor det nesten ikke ble brukt i media (Indreiten & Syversen, 2003; Pedersen, 2003; Sortland, 2001, 2005; Steiro, 2003). Å snakke om kvinnehelse i det offentlige rom har blitt vanligere med tiden, og utviklingen og bruken av sosiale medier kan være en bidragsyter til dette (NOU 2023: 5, s. 203). Dette reflekteres også i den økte synligheten av kvinnehelsebegrepet i en rekke andre medium, deriblant podkaster. «Kvinnehelsepodden» og «Hormonelle Frida» er eksempler på podkaster som utforsker ulike temaer innen kvinnehelse (Ellingsen, 2024; Grande, 2024). Dette viser en utvikling i måten kvinnehelsebegrepet blir formidlet på, og representerer en rekontekstualisering av begrepet i det moderne samfunnet. Rekontekstualisering dreier seg om at noe blir tatt ut av sitt naturlige habitat og flyttet til en ny kontekst (Skrede, 2017, s. 54). Slike endringer er ikke nødvendigvis hverken positive eller negative, men de bidrar til å skape nye tankesett. Et illustrerende eksempel på rekontekstualisering av begrepet kvinnehelse er lanseringen av «skjønnhetsklinikken» til kjendistrioen Synnøve Skarbø, Pia Tjelta og Vanessa Rudjord, der sistnevnte i en pressemelding uttalte det berømte sitatet: «Vi ønsket et sted som kan følge oss over tid, og passe på at vi eldes som en Jaguar E-type og ikke noe fra Rent-A-Wreck» (Kvatningen; & Saanum, 2022). Denne hendelsen var med på å markere begynnelsen på en offentlig debatt som fikk stor oppmerksomhet i 2021 og som gjorde at kvinnehelse var på alles lepper. Lanseringen av skjønnhetsklinikken skjedde samtidig som abortdebatten i USA for alvor blusset opp, hvilket har gitt kvinnehelse både nasjonal og internasjonal oppmerksomhet (Amnesty International, 2024). Gjennom å analysere forekomster av rekontekstualisering kan analysene være med på å belyse ulike maktforhold og ideologier som rører seg og dominerer i samfunnet (Skrede, 2017, s. 54-55). Det kan gi innsikt i hvordan kvinnehelsebegrepet blir omdefinert og transformert over tid, og hvilken betydning slike endringer har for samfunnet og vår oppfatning av begrepet.

3.3 Medias rolle i helseformidling

Mediene har en betydelig påvirkningskraft i samfunnet ved at de i stor grad bestemmer hvilke saker, temaer og spørsmål befolkningen skal være opptatt av og ikke. Tradisjonelt har mediene hatt en funksjon som portvokter til offentligheten, men denne rollen har utviklet seg i takt med økende grad av digitalisering i samfunnet (Karlsen et al., 2021). Det har endret seg i den forstand at sosiale medier med tiden har tatt over som informasjonskilde for en større del av befolkningen. Også myndighetene og offentlige helsetjenester bruker sosiale medier for å nå ut med sitt budskap (NOU 2023: 5, s. 203-204). Innholdet i sosiale medier styres av algoritmer, og det kan være utfordrende å nå ut til samtlige med den ønskede informasjonen når algoritmene sørger for et mer persontilpasset innhold (Hovde & Grønmo, 2005-2007). Medienes samfunnsrolle påvirkes derfor direkte av denne teknologiske utviklingen ved at deres ansvar og samfunnsoppdrag skal tilrettelegge for en transparent offentlig samtale (Wolff-Hansen, 2021). Likevel står redaktørstyrte medier fremdeles sterkt med 83 prosent av befolkningen over 12 år som daglig leser av minst én digital- eller papiravis (Mediebedriftenes Landsforening, 2021).

Med media eller norske medier menes det i denne oppgaven massemediet avis, mer spesifikt redaktørstyrt nettavis (Barland, 2018). Redaktørstyrte medier er frie til å operere uavhengig av politiske og kommersielle interesser, samtidig finnes det tydelige retningslinjer for hvem som er ansvarlig for innholdet som publiseres (Medieansvarsloven, 2020, § 1). Disse retningslinjene skal hjelpe til med å opprettholde høye etiske standarder og troverdighet i journalistikken, noe som er viktig både for demokratiet og samfunnet. Både VG og NRK er underlagt Medieansvarsloven (2020), men de er likevel forskjellige på flere punkter. VG er en kommersiell nettavis, eid av Schibsted Media Group, og finansieres hovedsakelig gjennom annonse- og abonnementsinntekter (VG, 2024). NRK, på den andre siden, er en lisensfinansiert allmennkringkaster som eies av staten (NRK, 2009). I denne studien vil jeg ha fokus på hvordan disse to redaktørstyrte mediene velger å kommunisere temaet kvinnehelse i sine kanaler.

Media omtales ofte som «den fjerde statsmakt», og med denne makta kan media være med på å forme både offentlig helsepolitikk og -praksis (Store norske leksikon, 2005-2007).

Mediemakt kan utøves i form av *viljesmakt*, *definisjonsmakt* og *strukturmakt* (Mathiesen, 2010, s. 44-50; Tørdal, 2022). *Viljesmakt* dreier seg om at mediene setter en gitt sak på agendaen som har til hensikt å påvirke den politiske dagsordenen. For eksempel kan økt

medieoppmerksomhet rundt et sviktende fødselstilbud i landet være med på å sette problemet på den politiske agendaen (Mathiesen, 2010, s. 44-46). *Definisjonsmakt* er maktypen der mediene i tillegg til å fortelle oss hva som har skjedd, også setter hendelsene i en kontekst, og dermed er med på å definere ulike forhold og fortolkning av virkeligheten (Tørdal, 2022). Mediene kan for eksempel rapportere om fødselsdepresjon blant kvinner, der de enten fokuserer på individuelle hendelser, eller det kan settes i en større kontekst av samfunnsmessige og strukturelle utfordringer. Mathiesen (2010, s. 49) anvender begrepet *mikromakt*, som er en dynamisk måte å forstå makt på. Jeg forstår likevel disse to begrepene som relaterte, ved at de begge har en påvirkningskraft og evne til å endre tankemønsteret vårt. I denne oppgaven blir *definisjonsmakt* brukt videre fordi den ofte har en større og mer systematisk rekkevidde enn *mikromakt* (Mathiesen, 2010; Tørdal, 2022, s. 49). *Strukturermakt* kommer fra de grunnleggende strukturene i samfunnet som lover, rutiner, politiske systemer og pressesystemer (Mathiesen, 2010, s. 46-47). Noen kvinnehelsetjenester er avhengig av finansiering, og økt medieoppmerksomhet rundt disse kan skape en strukturell endring som kan være av stor betydning for kvinners helse. Dette kan for eksempel være ordninger som kvinnehelsehus, som sørger for helhetlig omsorg og tilbud til kvinner i alle livets faser. Enkelte mediehus, som NRK, har stor *strukturermakt* i form av at de er en allmennkringkaster, og dermed har et særskilt ansvar for å bidra til en åpen offentlig samtale. Andre kommersielle medier og sosiale medier kan utøve sin makt ved å bestemme hvem som får og ikke får delta i den offentlige samtalen.

Medias utøving av de ulike maktypene vil kunne være med på å påvirke vår forståelse av kvinnehelse, maktforhold mellom kjønn, samt kvinners rolle i forståelsen av helse. Det er sammenhengen mellom medias påvirkningskraft i samfunnet og bruken av begrepet kvinnehelse som har vært inspirasjonskilde til oppgavens tematikk.

3.4 Tidligere forskning på kvinnehelse i media

Det har blitt gjort mange studier på kjønn og media, der kvinners representasjon i ulike medium har blitt undersøkt (Gauntlett, 2008, s. 63-65). Det finnes derimot få studier som ser direkte på kvinnehelse i redaktørstyrte medier, men en studie så på hvordan kvinners trening blir presentert i nyhetsmedier og hvilke implikasjoner dette hadde for kvinners helsefremming (McGannon & Spence, 2012). Deres funn avdekket to diskurser: en om trening og utseende, og en om forbrukerisme, hvor førstnevnte viste seg å være dominerende og begrenset

mulighetene for alternative syn på trening, kropp og identiteter for kvinner. En annen studie som kom frem til liknende resultater så på hvordan tre populære kvinnemagasiner fremstilte helseinformasjon til sine lesere (Beijbom et al., 2023). I studien kom det frem at bladene antyder at helse fortsatt blir sammenblandet med utseende, og fremstilles som forvirrende og noe som kan kjøpes. Disse studiene viser hvordan medier ofte begrenser enkelte aspekter ved kvinners helse til det estetiske.

Media har et samfunnsansvar når det kommer til å formidle sann og riktig informasjon til befolkningen, og enkelte studier viser at diskursene som utspiller seg i ulike medium kan være med å påvirke forståelsen og opplevelsen av helse og helsetjenester for kvinner. En studie undersøkte diskurser og kjennetegn ved nettartikler relatert til fødselstjenester på landsbygda i Australia (Brundell et al., 2023). Funnene indikerer at når det rettes oppmerksomhet mot å ivareta lokale barseltjenester og belyse ulike problemstillinger, kan dette påvirke ledelsen innen helsetjenestene til å vurdere tiltak for å ombygge og opprettholde en trygg barselomsorg i rurale områder. Videre konkluderte en annen studie at makten til sosiale medier kan være en styrke mellom forskermiljøet og samfunnet (Miani & Namer, 2021). Det forslås å utnytte sosiale mediers potensial i feministisk epidemiologi på ulike stadier av forskningsprosessen (fra design til formidling). I en studie som så på kvinners opplevelser med systemiske bivirkninger fra bruk av kobberspiral, ble det rapportert at mange kvinner står overfor en betydelig mangel på kunnskap og støtte fra helsepersonellet (Gunnarsson & Wemrell, 2023). Kvinnene søker derfor informasjon fra ulike medier, inkludert sosiale medier, for å forstå og håndtere sine helseproblemer, til tross for kritikk fra helsepersonell om denne praksisen.

Andre studier har tatt for seg hvordan individets ansvar for egen helse fremstilles, og diskuterer dette innfor ulike diskurser. En studie analyserte kampanjematerialet fra Canadian Heart and Stroke Foundation, som var designet for å øke bevisstheten om hjertesykdom blant kvinner (Clark et al., 2018). Denne kampanjen fokuserte på å utforske hvordan kjønn, risiko og forebygging ble fremstilt i deres informasjonsmateriell, hvor det ble avdekket to primære diskurser. Den ene handlet om akseptabel femininitet, hvilket pekte på hvordan risiko, overlevelse og forebygging spiller en rolle. Den andre omhandlet uselvisk forebygging, der det ble pekt på at forebygging ble fremstilt som et personlig valg, og overskygget diskusjonen som omhandlet sosiale helsedeterminanter og den sosiopolitiske konteksten til hjertesykdom. I en studie som analyserte "pro-life"-diskurser i Serbia og Norge ble individets rolle og ansvar i abortdebatten undersøkt (Ivančević, 2023). Studien fremhever spenningen mellom individets

ansvar for egen helse og samfunnets syn på abort, og utforsker hvordan begreper som menneskeverd og individuelle rettigheter vektlegges ulikt. Felles for begge landene var at kvinners individualitet blir fornektet og kvinnekroppen ble redusert til et reproduserende verktøy.

I Norge har det blitt gjort få studier på mediedekningen av kvinners helse. En studie viser at mediedekningen rundt legaliseringen av eggdonasjon i Norge i stor grad fokuserer på den politiske diskusjonen (Dahlstrøm, 2019). Studien kom også frem til at de fleste kildene i artiklene er politikere, særlig fra den borgerlige siden. Medisinske eksperter og berørte foreldre kom i annen og tredje rekke, og ble oftere intervjuet i samme sak. Studien konkluderte med at mediedekningen av eggdonasjon generelt preges av en positiv holdning.

3.5 Kritisk diskursanalyse og nyliberalisme

Diskurs er et annet ord for samtale og viser til både skriftlige og muntlige samtale (Malterud, 2017, s. 148). Diskursanalyse er en egnet metode for å undersøke kommunikasjon og ordenes betydning innen en rekke fagområder, blant annet massemediekommunikasjon (Jørgensen & Phillips, 2002, s. 2). Dette fordi media tar bevisste valg når det gjelder hvilken informasjon som skal spres, noe som er med på å forme vår oppfattelse og virkelighetsforståelse av kvinners helse.

Kritisk diskursanalyse (CDA) skiller seg fra andre generelle diskursstudier ved at den er problemorientert (Skrede, 2017, s. 27). CDA er ifølge Fairclough (2010, s. 74) basert på en realistisk sosial ontologi. Altså at det er reelle og observerbare trekk i samfunnet og ved sosiale relasjoner som vi gjennom kritisk diskursanalyse kan identifisere. Eksempler på dette kan være sosiale normer, verdier eller maktforhold. CDA søker etter å forstå hvilke ideologiske interesser tekster kan ha, og det er disse ideologiene som bidrar til å skape maktrelasjoner i samfunnet (Skrede, 2017, s. 21). CDA anvendes når formålet er å analysere sosiale problemer i samfunnet, men Skrede (2017, s. 22) argumenterer for at også kulturelle problemer er verdt å diskutere gitt hvordan kultur og politikk balanseres og er i endring.

Nyliberalisme er en ideologi som ofte brukes innen økonomisk politikk, der fokuset ligger på markedsfrihet, deregulering og privatisering (Fairclough, 2010, s. 11). Denne ideologien fremmer en reduksjon av statens rolle i markedet og individuell frihet i økonomiske beslutninger (Fairclough, 2010, s. 11; Vallier, 2022). En slik markedsorientering kan skape og

forsterke eksisterende sosiale og økonomiske ulikheter, spesielt i hvordan helseopplysning og tjenester blir tilgjengelig (Vallier, 2022). Innen kvinnehelse kan slike forhold vise seg spesielt problematiske, ettersom enkelte helsetjenester kan bli underprioriterte eller kostbare. Et slikt perspektiv kan kaste lys over og gi kontekst til å forstå diskursene om kvinnehelse i norske medier (Fairclough, 2010, s. 11-12). Ved å analysere hvordan kvinnehelse blir fremstilt gjennom en nyliberalistisk linse, kan man bedre forstå hvordan økonomiske og politiske strukturer påvirker individets helsevalg og bredere folkehelseutfordringer. I tillegg kan det kaste lys over hvordan disse strukturene kan lede til større ulikheter i tilgangen til og kvaliteten på helsetjenester.

3.6 Forforståelse

Malterud (2017, s. 44-45) beskriver forforståelsen som en ryggsekk vi tar med oss inn i forskningsarbeidet. I denne ryggsekken bærer jeg med meg erfaringer og flerfaglige perspektiver, som til sammen utgjør en stor del av motivasjonen for denne studien. Min curiositet for medienes rolle i helseformidling kommer fra min faglige bakgrunn i medievitenskapen, og mitt engasjement for kvinnehelse har utviklet seg gjennom personlige erfaringer og interesser. Jeg har siden begynnelsen av min bachelor i fysisk aktivitet og ernæring vært opptatt av kjønnsmessige forskjeller innen trening, og etter hvert også i helsepolitikken. Det har aldri vært noen tvil om at jeg ønsket å kombinere de to fagfeltene i masteroppgaven, og det er dette engasjementet som driver min vilje til å undersøke hvordan kvinnehelse blir kommunisert i media.

Det er imidlertid viktig å anerkjenne at forforståelsen også kan innebære visse risikoer i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 19, 45-46). Med mitt engasjement for kvinnehelse, kan min forforståelse potensielt føre til at mine observasjoner er forutinntatt, hvilket kan være begrensende for tolkningen av mine funn. Det er derfor kritisk at jeg som forsker er bevisst disse utfordringene og at jeg kontinuerlig jobber for å sikre at min forskning ikke bare bekrefter mine egne forutinntatte oppfatninger, men også utforsker og stiller spørsmål ved etablerte antagelser. Jeg håper at ved å være åpen for alternative tolkninger, kan jeg gjennomføre en balansert og kritisk diskursanalyse som reflekterer kompleksiteten i hvordan kvinnehelse blir kommunisert i norske medier.

4 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilke metodiske valg som har blitt tatt for å besvare oppgavens problemstilling: *hvordan kommuniseres kvinnehelse diskursivt i redaktørstyrt norsk media?* Dette er en kvalitativ oppgave som anvender kritisk diskursanalyse som metodisk tilnærming.

4.1 Kritisk diskursanalyse som metodisk tilnærming

Med denne metoden ønsker jeg å se på hvordan språket i artiklene bidrar til å forme og opprettholde våre holdninger rundt kvinnehelse i samfunnet. Det er i følge Fairclough tre karakteristikk som bør være til stedet i en kritisk diskursanalyse (Fairclough, 2010, s. 10-11; Skrede, 2017, s. 23). Disse er 1) det må foretas en systematisk analyse av forholdet mellom diskurser og andre sosiale prosesser, 2) det må foretas en systematisk analyse av tekster, ikke bare generell og abstrakt omtale, og 3) analysen må være normativ i den forstand at den identifiserer og kritiserer uheldige samfunnsforhold og mulige problemløsninger. I denne oppgaven vil jeg fokusere mest på den andre karakteristikken, altså en systematisk analyse av tekstene, og litt mindre på den første og tredje. Dette fordi problemstillingen ikke tar sikte på å diskutere begrepet kvinnehelse opp mot andre sosiale prosesser, og jeg vil heller ikke gå nøye inn på ulike samfunnsforhold. Denne tilnærmingen gir også mulighet til å kontekstualisere tekstene, hvilket kan gi en mer helhetlig forståelse av hvorfor og hvordan diskurser om kvinnehelse utvikler seg.

4.2 Datainnsamling

Til denne studien har jeg valgt å analysere artikler fra to av Norges største redaktørstyrte nettaviser, VG og NRK, som begge publiserer åpent tilgjengelig innhold (Mediebedriftenes Landsforening, 2021). Å analysere åpent tilgjengelige artikler fra VG og NRK er viktig fordi det sikrer at informasjonen i artiklene har muligheten til å nå alle som leser den aktuelle avisen, uavhengig av økonomiske ressurser. Dette bidrar til å styrke studiens relevans fordi forskningen gir innsikt i hvordan kvinnehelse diskuteres i et forum som alle har tilgang til, noe som kan påvirke offentlig bevissthet og potensielt helsepolitikk (Malterud, 2017, s. 21). VG, som er en tabloidavis, har i flere år vært landets største nettavis, den har dermed det største publikummet (Mediebedriftenes Landsforening, 2021). I tillegg er de aller fleste sakene i VG gratis å lese, i motsetningen til mange andre kommersielle aviser der kun et fåtall

artikler ligger utenfor betalingsmur, som for eksempel Aftenposten. Jeg har valgt NRK som den andre nettavisen fordi kanalen er statseid og alt innholdet er dermed gratis tilgjengelig for publikum. En annen forutsetning for valg av en kommersiell og en statseid nettavis er muligheten for sammenlikning av vinklinger og problemstillinger de velger å presentere i sine artikler. NOUen som ble publisert 2.3.2023 markerer en milepæl i samfunnet hva gjelder fokuset på kvinnehelse. Datoen for publiseringen vil derfor være en naturlig avgrensning for oppgaven, og det er artikler publisert etter denne datoen som vil være av interesse å forske på.

For datainnsamling benyttet jeg meg av VG og NRKs egne temasider om kvinnehelse:

<https://www.vg.no/tag/kvinnehelse> og <https://www.nrk.no/emne/kvinnehelse-1.15751911>.

Sidene er organisert på nettsidene med «tag» og «emne». Temasidene er med på å tilgjengeliggjøre informasjon til leserne, samt at de bidrar til å sette et større fokus på tematikken ved at det vies en egen side med kun kvinnehelserelaterte artikler på hjemmesidene. Innsamlingen av data foregikk ved å hente ut samtlige artikler publisert på temasidene i perioden 2.3.2023 til 31.12.2023. Alle artikler ble hentet ut samme dag, 19.01.24. Et viktig kriterium for valg av artikler er at de ikke ligger bak betalingsmur, slik at innholdet er tilgjengelig for publikum uavhengig av betalingsevne. I tillegg innebærer kriterier for inklusjon at dataene er nyhetsartikler og ikke meninger eller kronikker, dette fordi jeg er interessert i å undersøke hva redaksjonene sier. Artikkene må også benytte begrepet «kvinnehelse» ettersom det er en essensiell del av oppgavens problemstilling å undersøke hva som fremstilles som kvinnehelse. Dette innebærer at artikler som kun benytter varianter av kvinnehelsebegrepet, som for eksempel «kvinnehelseutvalg» eller «kvinnehelsetrener», ikke inkluderes. Ekskluderende kriterier innebærer multimodale artikler, quizer og kortere faktaoppsummerende artikler. For å fokusere på hvordan avisene diskursivt kommuniserer kvinnehelse i teksten, vil reklameannonser og tilhørende bilder til artiklene bli ekskludert fra analysen, selv om verdifulle innsikter kunne ha blitt hentet ut ved å inkludere dem. Studien ser dermed utelukkende på teksten i artiklene.

4.3 Datautvalg

Etter at samtlige artikler ble hentet fra VG og NRKs temasider med overnevnte inklusjons- og eksklusjonskriterier endte jeg opp med 29 artikler, 16 fra VG og 13 fra NRK. Artikkene ble deretter skimlest for å avklare relevans til oppgavens problemstilling. Dette førte til ekskludering av ytterligere to artikler som dreide seg om dekningen av lanseringen til

kvinnehelseutvalgets rapport. Endelig datautvalg endte med 27 artikler, 14 fra VG og 13 fra NRK.

Tabell1: Oversikt avisartikler inkludert i analysene

Nr.	Tittel	Avis
1	Svenske kvinner får behandling i Norge, norske kvinner i kø: – Fullstendig absurd!	VG
2	Maria Stavang om egen vaginisme: – Visste ikke hva det var	VG
3	Studenter spiller på sex - lager brettspill til flau lærere	VG
4	Åpner opp om spontanabort: – Lett å føle seg alene	VG
5	Influencer Sara Emilie deler ærlig bilde: – OK å gå i gravidklær	VG
6	Stiftelsen Amatheia: Mange sykehus mangler rutiner for abort-oppfølging	VG
7	Krever at flere sjekkes for brystkreft	VG
8	Ny studie om PCOS gir håp: – Blir jo desperat til slutt	VG
9	Gir over 800 millioner kroner til abortkampen	VG
10	Ny studie linker p-piller til depresjon: – Vi skal ikke godta å bli et bivirkningskart	VG
11	Moteprofil mistet ufødt barn: – Mer vanlig enn man tror	VG
12	Norges første kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose	VG
13	Syklusen styrer hverdagen til Alma (23): – Hadde masse angst	VG
14	Krever lik behandling: – Har sviktet fullstendig	VG
15	Tør ikke bo hjemme før fødselen: – Vil de egentlig at vi skal bo her?	NRK
16	Overlege tok med datteren i 8. mars-tog: – Vil hun skal lære at det er lov å si ifra	NRK
17	Flest kvinner rammes: May-Elins liv er satt på vent av smerter	NRK
18	Marit (27) har hatt mensene i over 160 dager i strekk	NRK
19	Tre kvinner forteller: Slik gikk det da de sluttet med p-piller og p-stav	NRK
20	Iselin hadde ein stor svulst: – Eg visste det var noko meir enn fødselsplager	NRK
21	Mensen-vett skal hindre idrettsskader	NRK
22	Anne-Beate må ha østrogenplaster – stadig tomt på apoteka	NRK
23	Åpnet Kristiansands første kvinnehelsehus	NRK
24	Sykehus taper penger på livsendrende behandling: Velger kvinnehelse foran profitt	NRK
25	Løyver 60 millionar kroner til forskning på kvinnehelse. – Heilt fantastisk	NRK
26	Maria (35) er beinskjør – ekspertar krev oppdaterte retningslinjer	NRK
27	Mammas mørke	NRK

For ordens skyld vil artiklene refereres til med #nummer videre i oppgaven.

4.4 Analyseprosessen

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i et analyseskjema utviklet av og brukt i tidligere diskursanalyser av Debbie Rudman (Rudman, 2005; Rudman & Molke, 2009). Skjemaet har gitt inspirasjon til utviklingen av fire spørsmål som fungerer som en strukturert tilnærming til å analysere avisartiklene, og gir retning og fokus i avdekkingen av hvilke tematikker som kommer frem.

Hva fremstilles som kvinnehelse?

Dette spørsmålet hjelper meg til å identifisere hva avisartiklene mener kvinnehelse er, og hvordan det blir presentert i media. Kvinnehelse kan for eksempel komme til uttrykk gjennom en kvinnespesifikk sykdom, som endometriose, eller det kan knyttes til en helsereelatert hendelse, for eksempel fødsel.

Hva fremstilles som problem?

Med dette spørsmålet søker jeg etter å identifisere hvilke problemer eller utfordringer som kommer til uttrykk. Problemene kan være på individnivå eller på et strukturelt nivå. For individet kan det være snakk om smerter eller utfordringer knyttet til en lidelse eller sykdom, mens på et strukturelt nivå kan problemer være rotet i for eksempel økonomi.

Hva fremstilles som løsning?

Dette spørsmålet bidrar til å avdekke hvilke løsninger eller endringer knyttet til kvinnehelse som blir fremhevet i avisartiklene, samt hvem som potensielt tjener på eller har fordeler av de løsningene som blir fremstilt. Det kan inkludere tiltak på individnivå eller på strukturelt nivå. Noe som også fremkommer i dette spørsmålet er hvordan ansvar fremstilles, og hvordan handlingsmulighetene våre blir påvirket av hvor ansvaret legges.

Hvilke identiteter kommer til uttrykk?

Spørsmålet handler om å analysere hvordan ulike identiteter knyttet til kvinnehelse blir konstruert og fremstilt i artiklene. Her vil jeg se på hvilke roller disse identitetene tar. Dette kan inkludere kvinner som for eksempel «pasient», «offer» eller «forbilde». Andre identiteter kan være politikere som tar avgjørelser og formulerer lover som påvirker kvinnehelse, disse kan for eksempel være «ansvarlige». Det kan også være leger eller annet helsepersonell som kan for eksempel fremstilles som «eksperter».

Jeg begynte analyseprosessen med å stille de fire spørsmålene, og da med hovedvekt på hva som ble fremstilt som problem (Skrede, 2017, s. 27). Svarene ble notert inn i Excel for bedre oversikt og struktur på både spørsmål og svar til hver artikkel.

For å analysere og ordne svarene som kom frem gjennom de fire spørsmålene, benyttet jeg en enkel innholdsanalyse (Malterud, 2017, s. 206). Her analyserte jeg tilstedeværelsen av ord og temaer som gikk på tvers av tekstene. Jeg så blant annet etter om det ble presentert noen løsning på problemene i artiklene, samt hvilke roller som eventuelt presenterte løsningene. Det har også vært av interesse å analysere hvordan budskapet blir formidlet. Hvordan noe blir sagt direkte er én ting, mens det som blir antydning eller implisert indirekte utgjør en annen side av saken, for det er ofte her makta er lokalisert (Skrede, 2017, s. 28). Prosessen var iterativ, altså gikk jeg tilbake til artiklene gjentatte ganger i løpet av analyseprosessen for å sikre at jeg hadde en dyp og nyansert forståelse av tekstens innhold.

For å bygge videre på denne analyseprosessen inkluderte jeg også en komparativ vurdering av de to mediene. NRK, som er Norges rikskringkaster og statseid, og VG, som er en kommersiell tabloidavis, representerer ulike tilnærminger til nyhetsdekning (NRK, 2009; VG, 2024). Dette ga muligheten til å utforske hvordan disse to forskjellige redaksjonelle tilnærminger påvirker formidlingen av kvinnehelse. Alle disse elementene var med på å gi en helhetlig innsikt i den offentlige diskursen rundt kvinnehelse i norske medier.

4.5 Ethiske vurderinger

I denne studien har det ikke vært behov for å søke til REK eller SIKT om godkjenning da metoden ikke baserer seg på å innhente sensitive personopplysninger. Utvalget i oppgaven består av tekst publisert i offentlig forum som har til hensikt å nå et bredt publikum. Det er viktig at jeg i utvelgelsen er kildekritisk til datamaterialet ettersom avisartikler kan variere i troverdighet og nøyaktighet. Ved å være kildekritisk sikrer jeg at informasjonen som utgjør analysegrunnlaget, er relevant og pålitelig. Valg av metode og utvalg fritar meg likevel ikke fra forskerrollens etiske ansvar. Tematikken i denne oppgaven er nærliggende, engasjerende og har mange politiske nyanser, og motivasjonen for å forske på kvinnehelse springer ut fra nettopp dette. Med bakgrunn i medievitenskapen og nå folkehelse, er jeg som ung kvinne svært opptatt av likeverdighet for alle i samfunnet, og jeg er spesielt opptatt av kvinnehelse som ofte har blitt nedprioritert. Det er derfor viktig at jeg som forsker praktiserer refleksivitet,

slik at jeg er bevisst på mine egne antagelser og forforståelse om kvinnehelse. Dette vil bidra til å sikre en åpen og objektiv analyseprosess (Malterud, 2017, s. 19-20).

Med en fremoverlent teknologiutvikling de siste årene har flere verktøy for kunstig intelligens (KI) blitt introdusert på markedet. Ett av disse er språkmodellen, ChatGPT. I denne oppgaven har jeg benyttet ChatGPT 4 (som har tilgang på internett) til å sparre ideer og vinklinger til tematikken, finne synonymer, forbedre setningsoppbygging og oversettelse av tekst fra engelsk til norsk. Å bruke ChatGPT til forskningsarbeid kan være en stor støtte for forskeren, samtidig fordrer det at disse verktøyene brukes på en etisk forsvarlig måte. NMBU har per dags dato ingen felles retningslinje for bruk av KI i studentarbeid, men viser til akademiske normer for redelighet, etterrettelighet og åpenhet (NMBU, 2024a). Disse er å tydelig angi når og hvordan man bruker slike tekster, å kritisk vurdere og verifisere informasjonen fra KI-kilder, og å ikke stole på KI som eneste eller primære kilde til informasjon (NMBU, 2024b).

5. Resultater

I dette kapittelet vil jeg beskrive hvilke funn som har blitt gjort i analysen av avisartiklene. Gjennom analyseprosessen kom det frem at innholdet i tekstene kunne sorteres inn i fem overordnede temaer. Disse temaene er: behov for bedre helsetilbud, mangel på kunnskap, skam, innskrenkede rettigheter, og kvinnehelse blir ikke prioritert. Jeg vil først beskrive hvilke temaer som kjennetegner de ulike avisartiklene, deretter hvilke problemer og løsninger som kommer frem. Samt hvordan fordelingen av temaer er mellom VG og NRK. Noen av disse temaene vil være overlappende mellom flere artikler. Mot slutten av kapittelet vil jeg adressere hvilke identiteter som kommer til uttrykk, og hvordan ulike virkemidler er med på å definere hvilken rolle de tar.

5.1 Temaer som kommer til uttrykk

5.1.1 *Behov for bedre helsetilbud*

Flere av artiklene peker på at helsetilbudet til kvinner er utilstrekkelig, særlig når det gjelder tilgjengelighet og kvalitet. Helsetilbudet knyttet til fødsel er et gjentakende fenomen. For eksempel i #15 står det at fødetilbudet i Norge er varierende og ikke tilstrekkelig i hele landet, samt at fødetilbud legges ned i distriktene. I artikkel #20 skrives det om en kvinne hvis sterke

og langvarige smerter etter en krevende fødsel ble avskrevet som normalt, men som viste seg å være en svulst. Kvinnen var i kontakt med totalt åtte leger i løpet av ett år. Mangel på omsorg for kvinner i barselperioden, og den psykiske påkjenningen mange opplever etter fødsel, kan også tas med under dette temaet (#27). I #1 skrives det om at avtalen mellom Värmland regionen og Aleris i Oslo gjør at svenske kvinner får behandling i Norge, mens norske kvinner står i kø. Denne artikkelen illustrerer tydelig urettferdighet og et behov for bedre helsetilbud ved at svenske kvinner får tilbudet i Norge, mens norske kvinner må stå i kø i eget land for samme behandling. Artikkel #22 og #24 beskriver begge hvordan kvinnehelse blir rammet av et utilstrekkelig helsetilbud ved at produksjonen av østrogenplaster ikke dekker det faktiske behovet, og køene for å få behandling for overaktiv blære er for lang. Videre kommer utfordringer knyttet til abort til syne gjennom #6. I artikkelen fremkommer det at abort-oppfølgingen er mangelfull på norske sykehus, og er ikke er rigget for å ivareta kvinners reelle behov og den psykiske belastningen som ofte følger. Artikkel #16 skriver om at det generelle helsetilbudet til kvinner er for dårlig og at det er en systematisk diskriminering av kvinnehelse i landet. Alle disse artiklene beskriver ulike sider ved kvinnehelse hvor det er behov for bedre helsetilbud. NRK er den redaksjonen som fremmer flest saker om dette temaet.

I artikkel #15 blir det tydelig at ansvaret for å sikre en trygg fødsel legges på individet, da kvinnen selv må ta høyde for avstanden til sykehusene i distriktet hun bor i, og potensielle hindringer som følge av når på døgnet fødselen setter i gang. Ansvaret for løsning legger seg riktignok på strukturelt nivå ved at problemene knyttes til bemanningsutfordringer og budsjettkutt i artikkelen. Styrking av lavterskeltilbud i kommune og spesialisthelsetjenesten presenteres som mulig løsning av Kvinnehelseutvalget i artikkelen. Det samme gjelder i #20 hvor ansvaret for å få helsehjelp faller på kvinnen selv. I #27 beskrives det en ønsket løsning om økt omsorg for mor før, under og etter fødsel slik at man forebygger fødselsdepresjon. Det kommer også frem at Helsedirektoratet reviderer sine nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorg, hvilket viser en tydelig ansvarsutøvelse på strukturelt nivå. Løsninger som fremstilles på problemene knyttet #1 og #24 legger seg også på strukturelt nivå ved at det presiseres i #1 at sykehusene burde inngå avtaler med det private som har ledig kapasitet for å redusere ventetiden, mens i #24 retter løsningen seg at mot Helsedirektoratet som er ansvarlig for refusjonsordningen, må endre på hvor mye sykehusene får refundert for behandlingen. Artikkel #22 derimot fremmer kun løsning på individnivå der kvinner selv blir gjort ansvarlige for å finne alternative behandlinger for østrogenplaster. I de to siste artiklene blir

det kun fremmet løsninger på strukturelt nivå. Artikkel #6 skriver at samarbeidet mellom sykehus, kommune og ideelle aktører må styrkes, mens #16 uttrykker at NOUen kan bidra til å løse utfordringene hvis regjeringen velger å følge opp rapporten. Løsningene som blir presentert i de ulike artiklene fordeler seg nokså jevnt mellom individ og system. Det er likevel en svak overvekt av løsninger på strukturelt nivå i dette temaet.

5.1.2 Mangel på kunnskap

Et annet overordnet tema som er gjentakende i mange artikler er mangelen på kunnskap på kvinnehelseområdet. Temaet er særlig synlig i de artiklene som omhandler sykdommer, som vaginisme i #2, livmorhalskreft i #3, brystkreft i #7, PCOS i #8, endometriose og adenomyose i #12, fibromyalgi i #17, og benskjørhet i #26. I de fleste av disse artiklene fremkommer det at det finnes for lite kunnskap om den aktuelle sykdommen eller tilstanden. Blant annet i #2 hvor problemet både er knyttet til at kvinner ofte ikke vet hva vaginisme er, ei heller at det er det de har. I tillegg fremkommer det i artikkelen at det er svært vanskelig å finne informasjon om tilstanden på Internett. I #8 løftes problemet om feilinformasjon på sosiale medier opp: «*Straks tok algoritmene over. Professor Vanky beskriver feilinformasjonen på sosiale medier som en evig kamp*» (#8). I artikkelen kommer det frem at slik feilinformasjon kan for mange virke troverdig når det er mangel på kunnskap fra helsepersonell: «*– Man blir jo desperat til slutt. «Tenk deg hvis det funker». Men det jeg fikk høre mest var: gå ned i vekt og begynn på p-piller*» (#8).

I tillegg til artiklene som handler om sykdommer, er kunnskapsmangel et tema i flere artikler som omhandler menstruasjon og hormonprevensjon. Prevensjonsmidler, som p-piller blir i flere artikler problematisert fordi det knyttes en del utfordringer til dem. Artikkel #19 skildrer erfaringene til tre kvinner, som alle opplevde bivirkninger både fysisk og psykisk ved bruk av ulike prevensjonsmidler. I #10 kommer det frem at det er stor mangel på kunnskap knyttet til bivirkningene som p-piller kan gi, blant annet økt forekomst av depresjon blant unge kvinner. I #18 blir også alvoret rundt menstruasjonssmerter og mangelen på kunnskap knyttet til dette adressert: «*Hormonspiralen skulle lette symptomene, men fikk motsatt effekt. Legene har bedt henne ta enda mer hormoner. – Jeg kjenner jeg blir sint, lei meg og redd. Sånn skikkelig*». Artikkelen viser gjennom dette sitatet at mangel på kunnskap kan føre til frykt. Artikkel #13 skriver om en kvinne som legger opp dagene sine etter menstruasjonssyklusen. Det kommer frem at hun mener at samfunnet ikke tar tilstrekkelig hensyn til at hormonsyklusen påvirker alle kvinner forskjellig. En liknende fremstilling blir synliggjort i #21 hvor

kunnskapsmangelen rettes mot idrettsmiljøet, og problemet legges i at begrenset kunnskap om syklus kan ha negativ effekt på fysisk prestasjon og potensielt føre til idrettsskader. VG og NRK er svært like i antall artikler de har som handler om dette temaet. Likevel fremmer VG langt flere saker om sykdommer enn hva NRK gjør.

I de fleste av artiklene som omhandler manglende kunnskap om sykdommer, fremkommer det svært få konkrete løsningsforslag. Som for eksempel i #2 hvor det oppfordres til åpenhet rundt kvinnesykdommer og -lidelser, men ingen eksperter eller ansvarlige uttaler seg. Artikkel #17 fremmer en lite konkret løsning om at helsepersonell bør se mer helhetlig på behandlingen som tilbys de med fibromyalgi. Artikkel #8 er en av artiklene som synes å ta kunnskapsmangel på størst alvor, og viser til at det satses på et forskningsprosjekt som retter seg mot yngre kvinner med PCOS, der en ny medisin gir håp. Også i #7, #12 og #26 er løsningene rotet på strukturelt nivå. I #7 oppfordres regjeringen til å utvide mammografiprogrammet til å inkludere kvinner mellom 45 og 74 år. Artikkel #12 viser til opprettelsen av en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose, hvor eksperter skal bistå helseregionene og kommunene. Videre påpekes viktigheten av at helsemyndighetene oppdaterer sine nasjonale faglige retningslinjer i #26. Artikkel #3 viser til et konkret forslag som hverken faller på individnivå, eller på strukturelt nivå. Et brettspill kan fremstå som et nokså enkelt og kanskje ikke fullt så effektivt tiltak.

Av de seks artiklene som skriver om menstruasjon og/eller hormoner knyttet til syklusen, er det kun én artikkel, #21, som fremmer en løsning med mål om å øke kunnskapsnivået om temaet. Artikkelen viser til et mensprosjekt der elever på idrettslinjen ved en videregående skole skal lære hva som skjer gjennom menstruasjonssyklusen og hva de skal ta hensyn til i de forskjellige hormonfasene. Artiklene #10, #13, #18 og #19 har som fellesnevner at løsningene de kommer med ikke er relatert til problemet kunnskapsmangel, men heller til bivirkningene og utfordringene knyttet til hormoner og prevensjon. Flere av artiklene nevner at kvinner må se seg nødt til å prøve seg frem med ulike prevensjonsmidler for å finne det prevensjonsmiddelet som passer dem best: «– Det er ikke alltid lett å finne riktig dose med hormoner, og det er en balanse i kroppen som må tas hensyn til» (#18). Samtidig fremstilles dette av artiklene som en konservativ løsning der ansvaret for å finne riktig behandling i stor grad faller på kvinnen selv: «– Jeg har prøvd å få hjelp, men for unge jenter er løsningen å gå på prevensjon for å få hormonene i sjakk» (#10). Riktignok skriver #18 at det jobbes med

såkalt persontilpasset medisin, men at forskningen ikke har kommet langt nok til at dette kan benyttes i praksis enda.

5.1.3 Skam

Det tredje temaet som gjenspeiles i datamaterialet er skam, som skyldes psykiske påkjenninger og sosialt stigma knyttet til ulike aspekter ved kvinnehelse. Artiklene #3 og #23 skriver begge om skam i en generell forstand. Den første peker på hvordan lærere blir flau av å snakke om kvinnekroppen i seksualundervisningen på skolen, mens den andre trekker frem hvordan det å snakke om kvinnehelse i sørlandsbyen, Kristiansand er tabubelagt. Skam knyttet til abort ser vi i #4, #6 og #11, der først- og sistnevnte beskriver viktigheten av kommunikasjon under og etter en spontanabort for at færre skal føle seg alene i situasjonen. Man kan i denne artikkelen se urettferdighet ved at den trekker frem individet som ansvarlig for å komme seg gjennom den vanskelige prosessen som abort kan være. Artikkel #6 tar det ett steg videre ved at artikkelen viser problemet som mer systemrettet gjennom at abortoppfølgingen er mangelfull på norske sykehus, og ikke tilpasset kvinners reelle behov. I artikkel #5 knyttes skam til den såkalte «mammakroppen», der problemet ligger i at mange kvinner kjenner på et press om å gå fort ned i vekt etter fødsel. Artikkel #27 beskriver en annen type skam som kan komme etter fødsel, nemlig følelsen av å ikke strekke til som mange nybakte mødre kan kjenne på. Problemet i artikkelen er sentrert rundt mangelen på omsorg for kvinner i barselperioden. Også her kommer urettferdighet tydelig frem da en fødsel involverer minst to mennesker – mor og barn, mens artikkelen tydeliggjør skjevheten i omsorg gitt i barselperioden. Temaet skam er det VG som viser seg å ha skrevet flest saker om. VG-redaksjonen står for fem artikler, mens NRK kun skriver om skam i to.

Artiklene #3 og #23 har en mer nøytral inngangsportal til temaet ved at problem og løsning diskuteres uten tilstedeværelse av en berørt part. Begge fremmer sitt eget tilbud/produkt, henholdsvis brettspill i #3 og kvinnehelsehus i #23, som løsning på problemene. Særlig i #3 kan det fremstå som litt naivt og enkelt at et brettspill skal bidra til mer normalisering, og mindre flau lærere og elever i seksualundervisningene. Denne løsningen løfter heller ikke problemet til et strukturelt nivå. Artikkel #6 ser på kommunikasjon etter gjennomgått abort, og styrking av samarbeidet mellom sykehus, kommune og ideelle aktører som viktige tiltak mot problemet på strukturelt nivå. Som eksempel trekker artikkelen frem at kvinner som har gjennomgått en abort bør få en gratis time hos fastlege eller jordmor, og at det bør være en automatikk i denne oppfølgingen. Løsningen i #27 ligger også på et strukturelt nivå. Det

kommer blant annet frem et forslag om at Helsedirektoratet skal revidere nasjonale faglige retningslinjer for fødselsomsorgen. I artikkel #5 pekes det på viktigheten av å normalisere kvinnekroppen etter fødsel, samt vise mangfold og snakke høyt om kvinnekroppen. En av de mest konkrete løsningene artikkelen kommer med er å fokusere på kroppens funksjonalitet fremfor forfengelighet. Disse løsningene er riktignok kun individrettet. Totalt kan man se at under temaet skam blir de aller fleste løsningene løftet til et strukturelt nivå.

5.1.4 Innskrenkede rettigheter

Flere artikler beskriver problemer knyttet til rettigheter, særlig retten til å bestemme over egen seksuell og reprodutiv helse, og retten til å motta likeverdige helsetjenester. Artikkel #9 skildrer viktigheten av kvinners rett til kontroll over egen kropp, og at denne retten innskrenkes over hele verden. Denne artikkelen skiller seg ut fordi den fokuserer ikke spesifikt på norske kvinners rettighet til å bestemme over egen kropp, men snakker om kvinner generelt på en internasjonal skala. Artikkelen skriver videre at regjeringen gir 800 millioner kroner til organisasjoner som jobber for kvinners helse, seksuell helse og retten til selvbestemt abort. Hvilke organisasjoner det er snakk om, og hvilke land disse organisasjonene jobber målrettet mot nevnes ikke, men det er ikke utenkelig at disse midlene også vil gagne norske kvinners rettigheter knyttet til seksuell og reprodutiv helse.

I artiklene #14 og #24 derimot ser vi at kvinners rettigheter til likeverdig helsehjelp blir kompromittert. I den første av de to artiklene kommer det frem at mangelen på nasjonale faglige retningslinjer på lipødem gjør at kirurgi ikke dekkes av det offentlige, og som et resultat får kvinner med lipødem ulik hjelp avhengig av hvor i landet de bor. I artikkelen kommer det frem fra en politisk talsperson en oppgitthet over at behandling ikke er tilgjengelig for alle, med mindre man har råd til å betale for den: «*Private klinikker har bygd et tilbud for de som kan betale. Kvinnehelse kan ikke være en luksustjeneste*» (#14). I #24 er problemet likende, men rotet i økonomi. Behandlingen som kan være med på å sikre et verdig liv for mange kvinner som sliter med overaktiv blære, er for sykehusene ikke lønnsomme å utføre.

Begge artiklene fører liknende løsningsforslag som blir lagt på strukturelt nivå. Artikkel #14 nevner både stortingsmelding, ny kvinnehelsestrategi og forskningsprosjekt som mulige tilnærminger for å sikre likeverdig tilgang til helsetjenester. Artikkel #24 er mer direkte og peker på at Helsedirektoratet bør vurdere å endre på hvor mye sykehusene får refundert for

behandlingen, som løsning. Mot slutten av artikkelen kommer det frem at Helsedirektoratet har mottatt en del tilbakemeldinger fra flere sykehus og helseforetak, og basert på disse innspillene vil de vurdere å gjøre endringer for den aktuelle behandlingen fra 2024.

Innskrenkede rettigheter er det minste av de fem temaene, men likevel et svært viktig ett. Både VG og NRK presenterer saker med temaet og begge skildrer hvordan løsningene blir hevet til et strukturelt nivå, fremfor at ansvaret blir lagt på individene selv.

5.1.5 Kvinnehelse blir ikke prioritert

Det siste temaet som kommer frem i datamaterialet er at kvinnehelse blir ikke prioritert.

Temaet er vidt og kan i og for seg gjenkjennes i samtlige av de andre temaene, men det blir trukket frem som et viktig poeng i flere av artiklene, og er derfor et eget tema. Fødetilbudet er ett av områdene hvor kvinnehelse synes å ikke bli prioritert, og kommer frem i artiklene #15, #16 og #27. Disse artiklene presenterer temaet fra ulike vinklinger. Artikkel #16 er skrevet i forbindelse med kvinnedagen og kommenterer at kvinnehelse generelt ikke blir prioritert, men trekker frem fødselstilbudets mangel på bemanning og budsjettkutt som eksempel på nedprioritering på strukturelt nivå. I #15 og #27 presenteres personlig historier, men i likhet med #16 peker de også på det systemiske som årsak til nedprioriteringen. I sistnevnte problematiseres det at nybakte mødre som sliter med fødselsdepresjon ikke får tilstrekkelig omsorg og støtte i barselperioden. Blant disse tilhører samtlige artikler NRK-redaksjonen.

Et annet område hvor kvinnehelse ikke blir prioritert er sykdommer. Dette kommer tydelig frem i #7, #14, #17, #25 og #26. Artiklene #14, #17 og #26 handler om sykdommer som hovedsakelig rammer kvinner og hvordan disse blir systematisk nedprioritert. Lipødem har for eksempel ingen diagnosekode, hvilket fører til at sykdommen behandles ulikt rundt om i landet: *«Lipødem er et brutalt eksempel på at kvinner er avhengig av flaks for å få hjelp. (...) Først og fremst føyer dette seg inn i et typisk eksempel på at kvinnehelse ikke blir tatt på alvor i norsk politikk»* (#14). Artikkel #26 presenterer en liknende problematikk hvor de med benskjørhet risikerer ulik behandling ut ifra hvor i landet de bor, dette på grunn av mangel på oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer. I #17 beskrives det hvordan smertetilstanden fibromyalgi kan gi redusert livskvalitet og sette livet til den rammede på vent. Kvinner med lidelsen får ofte avskrevet smertene som «vanlige kvinneplager» som alle har. Blant disse sakene er fordelingen mellom VG og NRK mer jevn, men fremdeles er det NRK som har de fleste sakene.

I nesten samtlige av artiklene beskrives løsninger som ligger på strukturelt nivå. I #27 fremmes revidering av nasjonale faglige retningslinjer for å sikre bedre omsorg og støtte til mødre som opplever fødselsdepresjon. I artikkel #16 er uttalelsene mer forsiktige. Der står det at regjeringen sier de skal følge opp rapporten til Kvinnehelseutvalget, men utover det fremkommer det ikke noen løsning på denne nedprioriteringen. I #15 kommer det tydelig frem at det ikke blir gitt andre løsninger enn tiltakene beskrevet i NOUen: *«Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol vil imidlertid ikke love en milliard til utvalget etter å ha fått rapporten»* (#15). I det aktuelle tilfellet faller ansvaret for å gjennomføre en trygg fødsel på kvinnen selv, som også påpeker at hun er heldig som har tilgang på en leilighet i nærheten av sitt sykehusvalg. Artikkel #14 presenterer en klar løsning ved at regjeringen skal sikre at det blir utviklet nasjonale faglige retningslinjer for lipødem. Det samme gjelder artikkelen om benskjørhet: *«Ikkje minst treng me nye retningslinjer som sørgjer for at pasientar får lik behandling og oppfølging. Uansett kor i landet dei bur»* (#26). Artikkel #17 påpeker at det trengs mer forskning, men det blir ikke beskrevet noen konkrete løsninger utover de tiltakene som også fremkommer i NOUen. Selv om nesten alle artiklene fremmer løsninger på strukturelt nivå peker tre av disse på tiltakene i NOUen. Disse artiklene tilhører alle NRK, mens VG velger å presentere et helt konkret tiltak i sin artikkel.

Mens de fleste artiklene har få positive vinklinger om kvinnehelse, er det tre artikler som skriver om hvordan kvinnehelse blir prioritert i samfunnet. Artikkel #23 er en gladsak som handler om hvordan Kristiansand har åpnet sitt første kvinnehelsehus, som skal være et møtested for kvinner i alle aldre og livssituasjoner: *«Kvinnehelse har nok vært nedprioritert så langt tilbake vi kan se. Jeg tror det er utrolig viktig at vi nå får et sted og et fokus på kvinnehelse, for det trenger vi»* (#23). I #12 kommer det frem at Helsedirektoratet har gitt klarsignal for en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose. Artikkelen beskriver hvordan dette tiltaket er med på å prioritere kvinnehelse i Norge: *«En slik tjeneste vil gjøre tilgangen til god utredning og behandling mer lik, sier hun. I dag er det varierende hvilket tilbud som finnes, etter hvor du befinner seg i landet»* (#12). I likhet med flere andre sykdommer som i størst grad rammer kvinner er behandlingstilbudet varierende ut ifra hvor landet man bor, noe artikkelen adresserer og tydeliggjør gjennom løsningen på strukturelt nivå. Den siste artikkelen skriver at forskningsrådet har satt av 60 millioner kroner til forskning på kvinnehelse: *«– Vi opplever ei enorm interesse frå fagmiljøa som ønsker å forske på feltet, og det er lovande for kvinners helse»* (#25). Samtidig uteblir to viktige sykdommer

fra listen over prioriterte forskningsområder, endometriose og PCOS. VG og NRK representerer begge artikler som har positive vinklinger. VGs artikkel er dog mer avgrenset da den retter seg mot to spesifikke sykdommer, mens NRKs artikler er begge mer åpne og generelle i fremstillingen av kvinnehelse.

5.2 Identiteter og virkemidler til identiteter

I denne delen adresserer jeg de ulike identitetene som fremstilles i avisartiklene og hvilke roller disse identitetene tar. Her vil det bli lagt vekt på hvordan ulike virkemidler er med på å definere hvilke roller som kommer til uttrykk, samt hvem som potensielt kan tjene på de ulike løsningene som beskrives. Det vil også bli lagt vekt på ulikheter mellom de to nyhetsredaksjonene.

Avisartiklene presenterer mange ulike identiteter, deriblant politikere, helsepersonell, pasienter, helseforetak, kjendiser, forskere, og foreninger og organisasjoner. I artiklene fremkommer det forskjellige historier og vinklinger som gjør at disse identitetene påtar seg ulike roller i møte med de aktuelle problemstillingene. I analysen kom det frem hovedsakelig fire forskjellige roller: offer, ekspert, ansvarlig og støttespiller.

Offerrollen er jevnt representert i artikler både fra VG og fra NRK. I rollen som offer finner vi primært kvinner som er rammet av ulike sykdommer og lidelser. Dette sees blant annet i #2, #4, #5, #8, #10, #11, #15, #17, #18, #20, #22, #26 og #27. Et eksempel kan være artiklene #4 og #11, som omhandler kvinner som har gjennomgått en spontanabort. I artiklene blir kvinnene fremstilt som offer ved at de har gjennomgått en traumatisk opplevelse, og i forbindelse med dette møter lite støtte fra helsetjenesten. Rollen som offer kan også være med på å gi kvinnene et talerør gjennom sine erfaringer. Gjennom dette talerøret kan ofrene belyse sine utfordringer og behov, ikke bare til helsetjenesten og beslutningstakerne, men også til befolkningen og andre som kanskje er i liknende situasjoner. I noen tilfeller ser vi at offeret også fremstår som en helt. Et eksempel på dette er i #5 der en kjendis bruker sin plattform til å ta et oppgjør med presset om å «komme tilbake i form» etter fødsel. Bruk av kjendiser i artiklene er et virkemiddel som VG benytter seg av i større grad enn NRK. I seks av artiklene til VG blir en kjendis eller en person med et stort nettverk i sosiale medier, intervjuet. Til sammenligning benytter NRK seg bare av én person med et stort nettverk i sosiale medier som intervjuobjekt. VG bruker altså kjendiser i 43 prosent av artiklene sine, mens NRK kun

bruker kjendiser i 8 prosent av sine artikler. Samtidig er det ikke bare kvinner som fremstilles som offer. I #24 kan vi lese om at sykehus taper penger på en livsendrende behandling for kvinner som sliter med overaktiv blære. Sykehusene velger på tross av dette å gi behandlingen selv om det fører til økonomisk tap. I dette eksempelet skisseres sykehusene og helseforetakene både som offer og helt. Offer fordi de taper penger på å utføre en viktig og nødvendig behandling for en sårbar pasientgruppe, og helt fordi deres pågang i kampen om likeverdige helsetjenester for kvinner er med på å påvirke til endring på strukturelt nivå. Artikkelen er et godt eksempel på en situasjonsendring der både problem og løsning utspiller seg på strukturelt nivå, mens det er kvinnene som vinner på det.

I de fleste artiklene er det helsepersonell og forskere som fremstilles som eksperter på de ulike kvinnesykdommene og tilstandene. I 16 av de 27 artiklene refereres det til helsepersonell og/eller forsker som ekspert, hvor VG er ansvarlige for fem, mens NRK er ansvarlig for de 11 andre. Videre er VG ansvarlig for fire artikler der det ikke fremkommer noen eksperter i det hele tatt – i tre av disse er intervjuobjektet kjendiser (#2, #4 og #11). Her kan det tenkes at kjendisene kan oppnå noe mer enn bare å sette søkelys på kvinnehelse. Ved å fremme sin egen sårbarhet kan de også øke sin egen synlighet i samfunnet. Noen artikler gir også de utsatte kvinnene en ekspertrolle når det kommer til å dele sine personlige erfaringer og kunnskap vedrørende sine egne helseutfordringer. Et eksempel på dette er #13 hvor en kvinne overvåker egen menstruasjonssyklus og legger opp arbeidsdagene etter hormonnivåene sine. I noen av artiklene refereres det også til organisasjoner og foreninger som eksperter, som endometrioseforeningen og brystkreftforeningen i #12 og #7. Samtlige av disse er det VG som står for. Det fremstår derfor som at NRK forholder seg til å fremstille helsepersonell og forskere som eksperter, mens VG gir rollen som ekspert til andre identiteter i tillegg.

Rollen som ansvarlig er det for det meste identitetene politikere og aktører innen helseforvaltningen som besitter. I 12 av artiklene, halvparten i VG og halvparten i NRK, fremkommer det at ansvaret ligger hos beslutningstakerne enten det er politikere, direktorater eller departementer. I #15 sier daværende helse- og omsorgsminister: *«Nå bruker vi nesten 400 milliarder på helsetjenester årlig og utvalgslederen presiserte at det ikke nødvendigvis var friske midler de ba om. Jeg håper vi får en god høringsrunde når denne NOU-en går ut på høring om hvordan vi skal prioritere de riktige tiltakene»* (#15). Som politiker og minister ligger det et stort ansvar på vedkommende, og hun er her forsiktig i sin retorikk med å gi lovnader om økt pengebruk på kvinnehelse, samtidig benytter hun anledningen til å presisere

at regjeringen bruker nesten 400 milliarder kroner årlig på helsetjenester. Denne presiseringen kan være med på å styrke vedkommendes posisjon som ansvarlig og støttespiller. Artikkel #9 fremhever med fet skrift i teksten at abortrettigheter ofte er et tema blant mektige kvinner, som ledere og utenriksministre. Artikkelen velger her å fokusere på kvinner i maktposisjoner, hvilket kan tolkes som et ønske om å belyse viktigheten av likestilling og kvinnelig deltakelse i politiske prosesser, særlig i spørsmål som direkte angår kvinners helse og reproduktive rettigheter.

Den siste rollen, støttespiller viser til de identitetene som uttrykker støtte og sympati for kvinnehelsesakene, men som ikke nødvendigvis handler i like stor grad som det de andre rollene gjør. Denne rollen fremstår sjeldent isolert. Et eksempel på dette finnes i #22, hvor en apoteker sier: «– Vi ser at kvinner går frå apotek til apotek i rein desperasjon. Sjølv om vi prøver, klarar vi ikkje alltid finne ei løysing. Utan østrogen får kvinnene plagene tilbake» (#22). Apotekeren er i denne artikkelen ekspert i tillegg til støttespiller. Årsaken til problemet i saken faller utenfor denne aktørens kontroll, og apotekeren får dermed to roller. I #23 er støttespilleren en ordfører, noe som også gjør vedkommende til ansvarlig på grunn av sin politiske rolle i samfunnet. Likevel er det rollen som støttespiller som er mest fremtredende: «Ordfører i Kristiansand Jan Oddvar Skisland sier kommunen heier på tilbudet, og har prøvd å legge til rette så godt de kan» (#23). Det er kun tre artikler som skildrer støttespilleren isolert, uten at den samme identiteten har flere roller. I #5 er det kvinner og mødre som er takknemlige for åpenheten rundt «mammakroppen» og som står frem med sine egne historier som er støttespillere. I artikkel #20 kommer rollen til syne gjennom støtten Pasientombudet gir til kvinnen som artikkelen handler om. Den tredje artikkelen som fremmer støttespillerrollen alene er #21, hvor det er videregåendeelver som viser sin støtte til mensensprosjektet. Støttespiller er den rollen som er minst fremtredende i artiklene. I VG er det fem artikler som inneholder en støttespillende rolle, mens i NRK er det syv.

6 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere oppgavens problemstilling: *hvordan kommuniseres kvinnehelse diskursivt i redaktørstyrt norsk media?* I diskusjonen vil temaene fra resultatkapittelet bli diskutert i lys av det teoretiske grunnlaget i oppgavens bakgrunnsdel. Videre vil jeg diskutere betydningen denne studien har i et folkehelseperspektiv, før studiens metodiske styrker og svakheter blir belyst.

6.1 Urettferdighet i kvinnehelse

Det er et vedvarende fenomen i avisartiklene at det er få positive vinklinger, og urettferdighet synes å være en fellesnevner i sakene kvinnehelse skrives om. Urettferdigheten manifesterer seg i temaene på flere måter. For eksempel handler urettferdighet i kvinnehelse om håndterbare ting som mangel på kunnskap og utilstrekkelige helsetilbud, men det handler også om mer dyptgående og mindre håndterbare sosiale utfordringer som for eksempel skam og offerrollen. Media spiller en viktig rolle ved å sette disse temaene på agendaen. Gjennom sin *viljesmakt*, *definisjonsmakt* og *strukturmakt* kan media både synliggjøre de ulike individuelle og strukturelle utfordringene kvinner står overfor, og fremme løsninger (Mathiesen, 2010, s. 44-49; Tørdal, 2022). Videre i dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan media bruker sin makt i fremstillingen av kvinnehelse.

Mangel på kunnskap om kvinnehelse og kvinnesykdommer er et tema som kommer til syne i flere av artiklene, og er ett av områdene som Kvinnehelseutvalget anser som problematisk (NOU 2023: 5, s. 15). Når helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om kvinnespesifikke sykdommer som PCOS, vaginisme og endometriose, kan det føre til at slike tilstander blir undervurderte og feilbehandlet. Dette gjøres synlig i funnene der artikkelen om Norges første kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose viser at kompetansetjenesten kan gi bedre diagnostisering, behandling og oppfølging til pasientene. Ifølge Endometrioseforeningen tar det i gjennomsnitt syv år å få stilt endometriosediagnosen i Norge, en sykdom som rammer ca. 1 av 10 og er en av de vanligste kvinnesykdommene vi har (Endometrioseforeningen, 2024). Den lange ventetiden begrunnes med at selv om symptomene er typiske er de også diffuse, noe som gjør at kvinnene ofte blir feildiagnostisert. Funnene relatert til kvinnespesifikke sykdommer, som endometriose, viser at det er økt behov for kunnskap på dette feltet. Media bidrar med sin *definisjonsmakt* til å sette diskursen om

kunnskapsmangel på dagsorden, gjennom syv artikler, hvor endometriose er én av disse (Mathiesen, 2010, s. 49; Tørdal, 2022).

Studiens funn viser at mediene også er med på å kaste lys over utfordringer som er knyttet til menstruasjon. Det fremheves blant annet at manglende kunnskap om hvordan effektivt behandle sterke menstruasjonssmerter med prevensjonsmidler, som p-pillen, kan oppleves som urettferdig og føre til usikkerhet. Artikkelen om PCOS beskriver hvordan usikkerhet fører til at mange søker informasjon og råd utenfor det etablerte helsevesenet, som for eksempel på sosiale medier, hvor informasjonen ofte ikke er kvalitetssikret. Tidligere studier viser at kvinner søker helseinformasjon andre steder når de opplever at helsepersonell ikke har nok kunnskap eller gir tilfredsstillende helseråd (Gunnarsson & Wemrell, 2023). Kvinners anatomi har spilt en rolle i hvorfor det har vært vanskelig å forske på kvinnehelse, og dermed også hvordan effektivt behandle menstruasjonssmerter (Melteig, 2022). Grunnet de hormonelle variasjonene gjennom menstruasjonssyklusen har forskningsstudiers standardperson tradisjonelt vært en voksen mann med en gitt høyde og vekt (Melteig, 2022). Til tross for disse utfordringene, representerer p-pillen likevel en revolusjon innen kvinnelig autonomi, og er et eksempel på hvordan vitenskapelige fremskritt kan være frigjørende, selv når de stammer fra en begrenset forskningsbase (Lilleslåten, 2017).

Funn fra denne studien om utfordringer knyttet til menstruasjon viser at mange kvinner blir konfrontert med er at de bare må prøve seg frem med ulike preparater til de finner noe som fungerer for dem. Denne løsningen blir også beskrevet i mediene som konservativ, noe som tyder på at det mangler innovative og tilpassede behandlingsalternativer og at kvinnehelse ikke blir prioritert. I tillegg illustrerer dette hvordan ansvaret for behandling i stor grad blir skjøvet over på kvinnene selv. Et annet funn viser derimot hvordan en kvinne aktivt tar dette ansvaret selv ved å legge opp arbeidsdagene etter menstruasjonssyklusen. Videre viser funnene at et mensprosjekt i idretten også tar ansvar ved å tilpasse treningsopplegg basert på menstruasjonssyklusen. Disse funnene understreker behovet for økt kunnskap om og tilpasning når det gjelder kvinners menstruasjonssyklus. Ved å fremstille saker som handler om menstruasjon og prevensjon ser vi hvordan media bruker sin *viljesmakt* til å gi økt offentlig oppmerksomhet til en tabubelagt del av kvinnehelsen (Mathiesen, 2010, s. 44).

Funnene fra denne studien viser hvordan urettferdighet synliggjøres ved nedprioritering av kvinnehelse, særlig i artiklene som beskriver hvordan sykdommene lipødem og benskjørhet

mangler oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer. Samtidig handler disse artiklene om sykdommer som ikke er eksklusive for kvinner. Ved å sette søkelys på sykdommer som kan ramme alle, men som rammer kvinner i størst grad, bruker media sin *definisjonsmakt* til å belyse hvordan behandlingstilbudet til disse sykdommene kan oppleves som urettferdig (Mathiesen, 2010, s. 49; Tørdal, 2022). Denne fremstillingen er ikke noe nytt. Kjønnsmessig forskjellsbehandling har vært et tema i mediene tidligere, og i den sammenheng blitt forklart med at kvinner bagatelliserer smertene sine, samt tåler mer (Pedersen, 2003; Sortland, 2005). Artikkelen som belyser hvordan fibromyalgi påvirker kvinner, trekker også frem eksempler på at smerter som regel blir avskrevet som «vanlige» kvinnelidelser. Media fremhever underdiagnostisering som hovedårsak til den opplevde urettferdigheten blant kvinner. Slike eksempler tydeliggjør hvordan ulike sykdommer som rammer kvinner annerledes enn menn blir nedprioritert, og hvordan manglende kunnskap og svikt i kunnskapsoverføringen også gjelder for sykdommer og lidelser som kan ramme begge kjønn (Sundar, 2000; Vist et al., 2022). Mediene reflekterer det politiske fokuset på området ved å sette søkelys på sykdommer og tilstander i håp om å påvirke det strukturelle systemet, ved bruk av *strukturmakt* (Mathiesen, 2010, s. 46-47). Dette underbygges av en tidligere studie som fant at norske medier primært har et politisk fokus i sin dekning av kvinnehelse (Dahlstrøm, 2019). Samtidig er det en diskrepans mellom medias fremstilling av disse problemene og de faktiske politiske tiltakene som implementeres. Til tross for mediedekningens synliggjøring av fibromyalgi og den manglende hjelpen kvinner opplever i forbindelse med sykdommen, belyser mediene at man fortsatt ser en tydelig mangel i tilbudet av effektive behandlinger for fibromyalgi.

Helsepersonell er den identiteten som mediene i størst grad fremstiller som ekspert. VG har valgt å ikke vise til noen eksperter i enkelte artikler, og fremhever på den måten hvordan kvinner blir nødt til å påta seg rollen som ekspert selv. For eksempel i artikkelen om den relativt ukjente sykdommen vaginisme der en kjendis deler sin opplevelse. Sammen med bruk av kjendiser kan det virke som en bevisst taktikk for å kommentere på urettferdigheten mange kvinner opplever i søket etter riktig helseinformasjon. Å oppsøke helseinformasjon på egen hånd kan være problematisk fordi at ikke alle har tilstrekkelig helsekompetanse til å finne og forstå informasjonen, noe som kan føre til at man tar helsevalg basert på feilinformasjon (Helsedirektoratet, 2021). Funn i denne studien viser at feilinformasjon om kvinnesykdommer, som for eksempel PCOS, på sosiale medier er et stort problem for både kvinner som offer og helsepersonell som ekspert. Dette fordi mye av feilinformasjonen som deles på sosiale medier virker troverdig. En tidligere studie fant derimot at sosiale medier kan

bygge bro mellom forskere og allmennheten, ved å gjøre vitenskapelige diskusjoner mer tilgjengelige og engasjerende (Miani & Namer, 2021). Mangel på informasjon understrekes ytterligere i studier som viser at kvinner som ikke føler seg møtt og sett av helsepersonell, forsøker å oppsøke informasjon på egen hånd (Gunnarsson & Wemrell, 2023, s. 27; Thompson et al., 2022). Dette kan bidra til økt mistillit mellom pasient og helsepersonell, noe som potensielt kan komplisere eventuelle fremtidige behandlinger. Selv om kvinnehelse fremdeles er et underprioritert forskningsområde, har det likevel kommet noe mer kunnskap både nasjonalt og internasjonalt om ulike kvinnelidelser siden retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning ble introdusert i 2001 (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2001). Kvinnehelseutvalget mener likevel at kunnskapsbroen svikter i å overføre ny kunnskap til praksis (NOU 2023: 5, s. 15).

I denne studien kommer det frem at mangelen på kunnskap også reflekteres gjennom mangelfull oppfølging og støtte for kvinner etter fødsel. Selv om kvinnekroppen er «designet» for å føde, kan både fødselen og barseltiden oppleves som traumatisk, og ansvaret om å ta vare på et lite barn når en selv er i en veldig sårbar periode kan være overveldende. Dette understøttes i tidligere studier som har funnet at kvinner fremstilles som en naturlig omsorgsperson, og ved å forvente at kvinner skal påta seg denne rollen uten å klage, kan det føre til en omsorgsbyrde (Clark et al., 2018). Videre speiles det i artiklene som diskuterer abort-oppfølgingens mangler, hvordan dette kan bidra til en forverring av både den fysiske og psykiske belastningen til kvinner i disse sårbare posisjonene. Mye fordi mange ikke viser symptomer på fysisk og psykologisk belastning før mange måneder etter at aborten har funnet sted, og dermed ikke er klar over at man senere vil trenge hjelp og støtte (Zareba et al., 2020).

Artiklene som skriver om mangelfull oppfølging etter fødsel og abort er med på å illustrere hvordan systematiske mangler i forskningen på kvinnehelse, kan gi direkte negative følger for kvinners behandling og omsorg. En studie som undersøkte depressive symptomer og fødselsopplevelse hos de som fødte under Covid-19-pandemien, fant at den høye forekomsten av depressive symptomer skyldtes mangelfull oppfølging (Eberhard-Gran et al., 2022). Studien konkluderer videre med at det ikke kan fastslås om dette skyldtes pandemien alene, eller om eksisterende svakheter i tjenestetilbudet ble forsterket. Selv om pandemien var en unntakstilstand, understøtter studien til Eberhard-Gran et al. (2022) funnene i denne oppgaven, og understreker behovet for bedre retningslinjer og praksis. I mars kunne Helsedirektoratet annonsere at reviderte nasjonale faglige retningslinjer for fødselsomsorgen

har blitt publisert, som følge av etterlysning fra flere hold (Helsedirektoratet, 2024). Dette viser hvorfor det er viktig at media belyser saker som omhandler de delene av kvinnehelse mange kanskje ikke tenker over gjennom sin *viljesmakt* (Mathiesen, 2010, s. 44-45). Medias *strukturmakt* kan være med på å forme politikk og praksis i helsesektoren, som den reviderte retningslinjen er et eksempel på (Tørdal, 2022).

Denne studien viser at skam knyttet til kvinnehelse også reflekterer en del urettferdighet. Funn i denne studien viser at mange nybakte mødre opplever et stort press knyttet til kropp og vekt kort tid etter fødsel. Kvinnekroppen blir ikke hyllet på samme måte når babyen er ute, og presset om «å komme tilbake i form» starter allerede på fødestua. Mange sider ved kvinnehelse er fremdeles tabubelagte, som for eksempel enkelte aspekter ved graviditet og fødsel (Oslo Sanitetsforening, 2022). Media spiller en dobbel rolle i dette landskapet. På den ene siden kan media bidra til å bryte ned stigmaer ved å fremme mangfold og åpenhet om kroppslige forandringer, som det pekes på i artikkelen. På den andre siden kan media også forsterke eksisterende stigmaer gjennom hvordan de velger å presentere problemene og løsningene. Samtidig er det interessant at funnene generelt i denne studien viser at mediene i svært liten grad fokuserer på kropp og utseende når tidligere studier viser at kvinnehelse ofte blir assosiert med nettopp dette (Beijbom et al., 2023; McGannon & Spence, 2012). Ved å benytte sin *definisjonsmakt* kan media fungere som en katalysator for nødvendig endring på de områdene hvor kvinnehelse fremdeles er skambelagt (Tørdal, 2022). For eksempel blir det i artikkelen pekt på løsninger som å vise mangfold og snakke høyt om kroppens forandringer og funksjonalitet etter fødsel.

I 2022 var mediedekningen av «skjønnhetsklinikken» til kjendis-trioen en viktig bidragsyter til å få befolkningen interessert i, men også kritisk til hva vi anser som kvinnehelse (Kvatningen; & Saanum, 2022; Undheim et al., 2022). Når offentlige debatter blir så populære som det «skjønnhetsklinikken» gjorde, gir det også avisredaksjonene en større grunn til å skrive mer om temaet, fordi engasjementet vil føre til flere lesere. Noe som for VG, som en kommersiell aktør, vil være økonomisk gunstig (VG, 2024).

Rekontekstualisering av kvinnehelsebegrepet i media kan sees på som en mulighet til å forbedre den generelle forståelsen av begrepet, og at det strekker seg utover å kun handle om utseende. Eksempler på dette inkluderer artiklene som belyser lite kjente kvinnesykdommer som PCOS og vaginisme. Samtidig risikerer vi å overse viktige diskusjoner når komplekse temaer om tabubelagte sider ved kvinnehelse blir for enkle i mediene. For eksempel kan et

brettspill formet som en livmor, rettet mot lærere som synes det er flaut å diskutere temaet, virke som en overfladisk løsning på et dypere og mer utfordrende tabubelagt område. Dette er noe som kanskje ikke bidrar til å få frem viktigheten av å satse på kvinnehelse. Samtidig kan vi se eksempler på hvordan kommersialisering av kvinnehelse også kan påvirke positivt. En studie som så på den historiske utviklingen av sanitetsprodukter fant ut at tabuet og flauhet omkring menstruasjon har blitt betydelig mindre med årene, og at engangsproduktene, på tross av pris, ble beskrevet som frigjørende (Mørk Røstvik, 2018).

6.2 Hvor ligger ansvaret?

I flere artikler beskrives det hvordan mange kvinnehelsetilbud oppleves som utilstrekkelige og ikke møter kvinners reelle behov. Fellesnevneren til disse beskrivelsene er hvordan kvinnene, som offer, blir ansvarliggjort for egen helse, ofte i situasjoner der ansvaret burde, men også skal ligge hos helsepersonell og/eller helsemyndigheter. Spesifikt peker artiklene på mangelen på adekvat oppfølging etter abort, nødvendig og riktig behandling av hormonelle endringer i menopausen, mangelfullt fødetilbud i Distrikts-Norge, og for dårlig oppfølging av kvinner etter fødsel. Enkelte artikler får frem at ansvaret bør plasseres på et strukturelt nivå, ved å vise til konkrete tiltak i NOUen eller for eksempel peke på behovet for nasjonale faglige retningslinjer. Dette støttes av en tidligere studie som fant at økt oppmerksomhet i media om å ivareta lokale barseltjenester, kan påvirke til endring på strukturelt nivå til å ombygge og opprettholde en trygg helsetjeneste i rurale områder (Brundell et al., 2023). Andre artikler viser hvordan det fortsatt legges et stort ansvar på individene selv til å oppsøke nødvendig helsehjelp og informasjon, som nevnt tidligere. Dette understøttes ytterligere i studier som har sett på hvordan sykdomsforebygging blir fremstilt som et individuelt valg og ansvar (Clark et al., 2018). En slik ansvarsfordeling reflekterer en nyliberal tendens hvor markedsdrevne løsninger og individuell frihet står sentralt (Vallier, 2022). Dette kan bidra til å øke sosiale forskjeller i helse, noe folkehelseoven presiserer at vi som samfunn er pliktige til å arbeide for å motvirke (Folkehelseoven, 2012, §1). Vår helse er i stor grad påvirket av vår sosioøkonomiske status i samfunnet, men økonomisk frihet er ikke noe alle har (Syse et al., 2022). Et helsetilbud basert på en nyliberal modell kan derfor ha negativ effekt på de som ikke har råd til å kjøpe seg visse helsetjenester (Syse et al., 2022; Vallier, 2022).

Det at ansvaret for å ivareta egen helse synes å være hyppig plassert på kvinnene selv i artiklene kan knyttes til flere faktorer, blant annet økonomiske og strukturelle aspekter innenfor helsesystemet, såkalte kostnadsvekter (Helsedirektoratet, 2023). Sykehus og

helseinstitusjoner opererer ofte under et økonomisk press, noe som kan føre til et dilemma om hvorvidt de har mulighet til å gi en bestemt behandling til pasientene, som for eksempel den enkle, men effektive botoxbehandlingen for kvinner som sliter med overaktiv blære (Helse Sør-Øst, 2023). I tilfeller som avtalen mellom Värmland regionen og Aleris i Oslo, der svenske kvinner får behandling i Norge, mens norske kvinner står i kø, kan man se hvordan de private helseforetakene er de som potensielt har noe å tjene. Dette skyldes de lange ventetidene hos de offentlige helseforetakene som følge av pandemien. Diskusjonen om hvor ansvaret skal ligge er derfor ikke bare teoretisk relevant, men har direkte praktiske implikasjoner for hvordan kvinnehelse blir forstått, håndtert og ikke minst prioritert i samfunnet. Media spiller en viktig rolle som formidler og maktutøver i denne sammenhengen ved at de kan sette søkelys på et problem i samfunnet og dermed påvirke hva vi som borgere og forbrukere skal være opptatt av, samt hvilke saker politikerne bør ta stilling til (Mathiesen, 2010, s. 56-57; Tørdal, 2022).

I dataanalysen ble det avdekket en mangel på suksesshistorier blant artiklene, noe som reiser spørsmålet om dette er en måte å opprettholde en maktbalanse der kvinnehelse holdes nede. Media kan bidra til å bekrefte holdninger, og er på den måten med på å forme den offentlige oppfatningen av ansvar rundt kvinnehelse (Mathiesen, 2010, s. 194-195). Mangel på suksesshistorier kan dermed antyde at media fremstiller situasjonen slik at det ser ut som det er begrensede muligheter til å faktisk forbedre kvinnehelsen. Dette skjer spesielt gjennom hvordan problemer innen kvinnehelse blir presentert. For eksempel, når VG velger å fokusere på enkelte kvinners utfordringer og erfaringer med en kvinnesykdom, uten å utfordre ansvarlige aktører på strukturelt nivå. Dette kan lede til en oppfatning av at problemene er isolerte eller uunngåelige.

Media velger å inkludere kvinner som har ulike bakgrunn, som for eksempel de som fremstilles som offer og ekspert, eller kvinner i maktposisjoner som fremstilles som ansvarlige og støttespillere, i sine artikler. Dette, sammen med de ulike organisasjonene, som Endometrioseforeningen, Kreftforeningen og stiftelsen Amatheia, kan være med på å synliggjøre kvinnehelse fra flere ulike sider. Media utøver med dette sin *strukturmakt*, så vel som *viljemakt* (Mathiesen, 2010). Dette er i tråd med en tidligere studie som viser hvordan Frelsesarmeen spilte en avgjørende rolle i å forme medienes vinkling, så vel som å involvere kvinner fra ulike grupperinger for å styrke diskursen om helhetlig kvinnehelse (Thurston et al., 2005).

Til tross for at kvinnehelse er et underprioritert felt i forskningen, viser denne studien at med medias økte fokus på ulike problemstillinger, har interessen og engasjementet for likeverdige helsetjenester steget (NOU 2023: 5, s. 14; Syse et al., 2022). Likevel er ikke engasjement isolert sett nok, fordi forskning er helt avhengig av finansiering (Flaten, 2016). Når de som står for tildeling av forskningsmidler velger å ikke prioritere kvinnehelse, reiser det et spørsmål om de som sitter med makta og er eksperter anser kvinnehelse som mindre viktig og ikke verdt å prioritere (Flaten, 2016; Hafstad, 2023). Tidligere dekning av slike problemstillinger i norske medier støtter oppunder dette (Pedersen, 2003; Sortland, 2005). Med kvinnehelsens stadige økende popularitet, både i tradisjonelle medier, sosiale medier og andre medium, kan dette være en styrke for forskningsmiljøet ifølge tidligere studier (Miani & Namer, 2021). En bredere oppmerksomhet kan legge til rette for at viktige stemmer og perspektiver blir hørt, både fra akademiske og politiske roller, for eksempel gjennom populære podkaster, som Kvinnehelsepodden og Hormonelle Frida (Ellingsen, 2024; Grande, 2024). Dette krever imidlertid at forskningsmiljøet og finansieringsorganer anerkjenner og reagerer på denne interessen, og på den måten velger å allokere mer ressurser til kvinnehelseprosjekter. I flere av løsningene som blir presentert støtter redaksjonene seg på tiltakene i NOUen, og på den måten blir løsningene hevet til et strukturelt nivå. Ved å lene seg på NOUen støtter redaksjonen seg på et grundig utarbeidet dokument som kan gi økt troverdighet til artikkelen. Det gir også økt oppmerksomhet til rapporten, hvilket kan være positivt for å løfte statusen til kvinnehelse både i forsknings- og politikkkfeltet.

Til tross for at retningslinjene som inkluderer kvinner i medisinsk forskning har gjort det lettere å forske mer på kvinner, er det fremdeles store kunnskapshull om kvinnehelse og særlig om effekt av behandling for kvinnesykdommer (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2001; Vist et al., 2022). Det ble etter NOUen i 1999 etterspurt mer kunnskap og forskning om kvinnesykdommer, men lite har blitt gjort de siste tyve årene (NOU 1999: 13, s. 329; Vist et al., 2022). Det bør derfor forskes videre på kvinnehelse og sykdommer som rammer kvinner, og det bør snakkes mer om dette kunnskapshullet og behovet for mer forskning i mediene (Brundell et al., 2023). Samtidig må man understreke nødvendigheten av en kritisk vurdering av hvordan mediene velger å ramme inn problemene knyttet til kvinnehelse, for å sikre at viktige og underprioriterte områder får den oppmerksomheten de bør ha. Dette illustreres i en tidligere studie som antyder at måten resultatene fra et tidlig avsluttet forskningsprosjekt ble presentert på, forklarer den forvirrede

og oppsiktsvekkende responsen fra media (Brown, 2012). Denne studien underbygger viktigheten av at media ikke bare belyser kvinnehelseproblemer, men også formidler dem på en måte som øker forståelsen og fremmer endringer i helsepolitikken.

6.3 Implikasjoner for folkehelse

I folkehelselovens formålsparagraf står det at «Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller» (Folkehelseloven, 2012, §1). Sosial ulikhet blir beskrevet som en av de største folkehelseutfordringene vi har (NOU 2023: 5, s. 63). Å løfte frem kvinners helse har stor relevans for folkehelsearbeidet. Dette understøttes ytterligere av FNs bærekraftsmål om likestilling mellom kjønnene, samt målet om å sikre god helse og livskvalitet for alle (FN-sambandet, 2023). Å adressere kvinnehelse og utfordringene knyttet til kjønn i helse er derfor en viktig del av folkehelsearbeidet, og hvordan temaet forstås og omtales i media påvirker arbeidet rundt tematikken.

NOUen peker på fire områder som danner grunnlaget for utfordringene som kvinnehelse står overfor i Norge (NOU 2023: 5, s. 13). Disse er kvinners helse har lav status, mangelfull samordning gir dårligere helsetjenester, en sviktende kunnskapsbro er et hinder for at kunnskap når frem til tjenestene og kvinners stemmer får for lite gjennomslag (NOU 2023: 5, s. 13). Funnene i denne studien belyser flere viktige aspekter ved kvinnehelse som i stor grad er sammenfallende med disse fire punktene.

Det er på nasjonalt nivå Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvar for å legge føring for folkehelsearbeidet, og fremmer hvert fjerde år en folkehelsemelding til Stortinget (NOU 2023: 5, s. 105). Den siste folkehelsemeldingen har fått navnet «Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar» (Meld.St. 15 (2022-2023)). Folkehelsemeldingen som har basert deler av kunnskapsgrunnlaget sitt på NOUen svikter likevel i å løfte frem kvinnehelse og kjønnsperspektivets betydning for folkehelsearbeidet (Meld.St. 15 (2022-2023), s. 9, 92; NOU 2023: 5, 2023). Kvinnehelse blir totalt nevnt tre ganger, der kun to perspektiver blir trukket frem, henholdsvis psykiske plager hos ungdom og muskel- og skjelettlidelser (Meld.St. 15 (2022-2023), s. 9, 92). Mine forskningsresultater understreker viktigheten av hvordan kvinnehelse kommuniseres i norske medier for å belyse ulikhetene mellom kjønnene, og peker på nødvendigheten av å plassere ansvaret på et strukturelt nivå.

Med dette som utgangspunkt kan det argumenteres for at myndighetene bør vekte kvinnehelse mer seriøst og vurdere å iverksette nødvendige tiltak for å fremme kvinnehelse, noe som er viktig for å oppnå likestilling og styrke folkehelsen (Folkehelseloven, 2012, §1).

6.4 Metodediskusjon

I kvalitativ forskning er det viktig at man som forsker stiller seg kritisk til egen metode. For å kunne gjøre dette vil jeg i det følgende reflektere over oppgavens valg av kritisk diskursanalyse som metode, samt metodens styrker og svakheter. Videre vil jeg diskutere studiens min egen refleksivitet, reliabilitet og validitet (Malterud, 2017, s. 19-25).

Hensikten med denne studien har vært å se på hvordan kvinnehelse blir fremstilt i to norske nettaviser, VG og NRK. For å svare på oppgavens problemstilling har studien benyttet en kritisk diskursanalyse, inspirert av Norman Fairclough (2010) som metode. Dette fordi Faircloughs tolkning av CDA tillater forskeren å utforske språket i tekstene dypere, og analysere hvordan språkbruken både kan reflektere og være med på å forme samfunnsmessige forhold, som makt og identiteter (Fairclough, 2010, s. 74; Jørgensen & Phillips, 2002, s. 68). Denne metoden er derfor relevant å bruke for å forstå hvordan kvinnehelse blir kommunisert i media, så vel som hvordan kvinners stemmer og erfaringer blir representert eller utelatt. Denne studien kan også bidra til å belyse nye perspektiver på temaet, spesielt med tanke på at det er relativt begrenset forskning som undersøker hvordan kvinnehelse blir kommunisert i media. Min tverrfaglige bakgrunn gir studien en unik tilnærming, noe som potensielt kan være en styrke for studien ved at den kombinerer kunnskap både fra medievitenskapen og fra folkehelse. Videre har tilnærmingen med å sammenligne to forskjellige redaksjoner, VG og NRK, muliggjort en analyse av hvordan ulike redaksjonelle linjer kan ha forskjellig innvirkning på offentlighetens oppfatning av kvinnehelse. Valget om å avgrense studien til etter lanseringen av NOUen var strategisk fordi jeg antok at det politiske tiltaket ville føre til økt oppmerksomhet rundt kvinnehelse i media. Imidlertid kan denne sammenhengen også gå andre vei, ved at opprettelsen av kvinnehelseutvalget kom som et resultat av økt oppmerksomhet på kvinnehelse. Dette viser hvor viktig det er å se på hvordan politiske beslutninger og samfunnets interesse for kvinnehelse påvirker hverandre gjennom mediedekningen.

Selv om CDA er godt egnet for å undersøke min problemstilling, er den også kompleks og krever en dyp forståelse av både språklige og sosiale teorier (Jørgensen & Phillips, 2002, s. 69). Denne kompleksiteten kan være utfordrende for nye forskere, som meg selv, som ikke har bakgrunn i diskursteori. Tross disse utfordringene har metoden bidratt til en kritisk tenkning rundt konsekvensene av språkbruk i media. Studiens fokus på spesifikt VG og NRK fører også med seg noen begrensninger, da den ikke fanger opp hele spekteret av hvordan kvinnehelse blir fremstilt i alle norske medier. I tillegg kan tidsavgrensningen ha gjort det mulig at jeg gikk glipp av viktig informasjon som kunne nyansert bildet av kvinnehelse enda mer. Videre kan utelukkelsen av bilder og multimodalt innhold i analysen ha vært begrensende da man mister forståelsen av hvordan kvinnehelse blir visuelt presentert, noe som er en vesentlig del av hvordan media kommuniserer sine budskap. I retrospekt kunne jeg vurdert og tatt med bilder i analysen for å få med denne nyansen. Kunnskapsgrunnlaget innen diskurser om kvinnehelse i media er relativt tynt, hvilket gjør det vanskelig å sammenligne og validere funn mot eksisterende forskning, noe som jeg anser som en større svakhet ved studien. På grunn av oppgavens omfang tok jeg en avgjørelse om å fokusere mest på CDAs andre karakteristikker, og noe mindre på den første og tredje (Fairclough, 2010, s. 10-11). Ved å ikke gi like mye fokus til alle de tre karakteristikkerne, kan det sette begrensninger for studiens validitet.

I kvalitative studier er forskeren som fortolker en sentral del av metoden, og min forforståelse, erfaringer og verdier vil derfor kunne påvirke både forskningsprosessen og resultatene (Malterud, 2017, s. 19, 41 og 43). CDA krever en viss grad av personlig involvering fra forskeren, og denne involveringen kan både berike og utfordre forskningsprosessen, noe som kan gjøre refleksivitet vanskeligere å oppnå (Malterud, 2017, s. 20). Refleksivitet er ifølge Malterud (2017, s. 19) en aktiv prosess hvor forskeren viser vilje og evne til å stille kritiske spørsmål ved sin egen fremgangsmåte og konklusjon. Min tverrfaglige bakgrunn og mitt engasjement for kvinnehelse har ført meg tett innpå dataene, og har i perioder gjort det utfordrende å opprettholde nødvendig refleksivitet. Dette ble spesielt merkbart under analyseprosessen, hvor mitt personlige engasjement for rettferdighet noen ganger kunne farge min tolkning av dataene. I disse tilfellene måtte jeg aktivt jobbe for å skille mellom min egen oppfatning og det faktiske innholdet som ble presentert. Jeg var opprinnelig skeptisk til å finne positive fremstillinger av kvinnehelse i artiklene, men underveis i analyseprosessen ble jeg konfrontert med min egen forutinntatthet. Denne oppdagelsen var av stor betydning for å nyansere min forståelse og illustrerer viktigheten av kontinuerlig refleksivitet i forskerrollen.

Videre er det noen aspekter ved oppgavens reliabilitet som kan reflekteres rundt. Reliabilitet er et spørsmål pålitelighet (Morse, 2015). Studien skal altså kunne være etterprøvable for andre forskere under lignende omstendigheter. I CDA, der tolkning av data og deres kontekst står sentralt, blir spørsmålet om reliabilitet svært viktig (Skrede, 2017, s. 155-156). Tolkningen vil være påvirket av forskernes subjektive perspektiver og forforståelse, hvilket betyr at to forskere kan komme frem til helt ulike konklusjoner basert på det samme datasett (Morse, 2015). Denne studien har basert seg på naturlig forekommende data, noe som i teorien kan hevdes å styrke studiens reliabilitet (Skrede, 2017, s. 159). Dette fordi naturlig forekommende data eksisterer uavhengig av forskerens involvering, i motsetning til for eksempel intervjudata. Studiens reliabilitet hviler derfor tungt på metodens transparens og en tydelig presentasjon av analyse og funn (Malterud, 2017, s. 36). Dette er med på å bygge tillit til forskningsmetoden og øker dermed reliabiliteten. Selv om den subjektive naturen av kritisk diskursanalyse kan gjøre fullstendig reproduksjon utfordrende, har jeg forsøkt å minimere dette gjennom å nøye dokumentere alle forskningstrinn. Ved å detaljere metodiske valg og reflektere over egen posisjon som forsker, forsøker jeg også å adressere og synliggjøre eventuelle bias (Malterud, 2017, s. 20).

Validitet refererer til den grad studien måler det den faktisk har til hensikt å måle, og for denne studien er valg av datakilder noe som kan påvirke hva som kan sies om fremstillingen av kvinnehelse i norske medier (Malterud, 2017, s. 192). Da valget om å bruke VG og NRK som kilder ble tatt, ble det begrunnet med at sammenlikningsgrunnlaget mellom en tabloidavis og en statseid kanal kan bidra med en balansert og omfattende dekning av hvordan kvinnehelse blir fremstilt. Denne dekningen innebærer både en bred representasjon av temaet kvinnehelse, men også publikumsbredden. Et av de viktigste inklusjonskriteriene for datautvalget var at artiklene ikke skulle ligge bak betalingsmur. VG er blant Norges aller største aviser og tilbyr betalingsfri tilgang til det aller meste av nettsidens innhold. Likevel kan den valgte utvelgelsesmetoden være begrensende på studiens validitet. Dette fordi jeg valgte å forholde meg til nettavisenes temasider, noe som burde indikere at alle relevante artikler ble sett og vurdert. Dette kan jeg med sikkerhet ikke vite, og sjansen for at relevante artikler om kvinnehelse ikke ble vurdert på grunn av plassering på nettsiden, kan ikke utelukkes. Ved å ikke nødvendigvis dekke alle relevante kilder kan dette begrense studiens interne validitet (Malterud, 2017, s. 23-24). Samtidig påvirker det den eksterne validiteten, da det reiser spørsmål om hvor overførbare funnene er til mediedekningen av kvinnehelse

generelt, utover de spesifikke temasidene som ble undersøkt. Videre forskning bør vurdere å inkludere et bredere spektrum av medieplattformer for å styrke overføringsverdien av resultatene.

Etisk bruk av ChatGPT

I denne oppgaven har jeg benyttet ChatGPT 4 til følgende: å sparre ideer og vinklinger til tematikken, finne synonymer, forbedre setningsoppbygging og oversettelse av tekst fra engelsk til norsk. Jeg har gjennom hele prosessen vært nøye på å bruke skjønn, og være kildekritisk til informasjonen ChatGPT 4 har gitt meg (NMBU, 2024b). Fremfor å se på KI som en trussel mot akademia, bør det anses som et verktøy. Studenter har nå muligheten til å bidra til å forme fremtidige retningslinjer og standarder for etisk bruk av KI i oppgaveskriving og i andre vitenskapelige sammenhenger. Dette understreker viktigheten av å holde følge med teknologiske fremskritt, og legge til rette for en etisk bruk av KI i forskningen.

7 Konklusjon

Formålet med oppgaven har vært å utforske hvordan kvinnehelse blir kommunisert i norske redaktørstyrte medier. Studien benyttet en kritisk diskursanalyse som metode, og fokuserte primært på en systematisk analyse av artikler fra VG og NRK. Studien undersøkte hvordan kvinnehelse blir definert, hvilke problemer som fremheves, hvilke løsninger som foreslås, samt hvilke identiteter og roller som uttrykkes i mediedekningen. Media omtales ofte som «den fjerde statsmakt», og gjennom *viljesmakt*, *definisjonsmakt* og *strukturmakt* kan media være med å påvirke vår forståelse av kvinnehelse, maktforhold mellom kjønn, samt kvinners rolle i forståelsen av helse.

Hovedfunnene i denne studien viser at kvinnehelse har fått økt oppmerksomhet og blitt en viktig sak på dagsorden. Fem overordnede temaer i medias fremstilling av kvinnehelse ble identifisert: behov for bedre helsetilbud, mangel på kunnskap, skam, innskrenkede rettigheter, og kvinnehelse blir ikke prioritert. Studien identifiserte også fire forskjellige roller: offer, ekspert, ansvarlig og støttespiller. Funnene avdekker at kvinner ofte opplever en urettferdighet i helsesammenheng, noe som går på tvers de ulike temaene. Artiklene viser at ansvaret som regel blir plassert på individene selv, og ofte uten nødvendig støtte fra helsevesenet. Dette inkluderer blant annet å navigere komplekse helseutfordringer og finne løsninger på

behandlinger på egen hånd. Et slikt ansvar kan oppleves som byrde, spesielt for de som mangler tilstrekkelig helsekompetanse eller ressurser. Noen artikler peker på behovet for at helsemyndigheter og politiske beslutningstakere tar større ansvar på systemnivå for å utjevne kjønnsforskjellene og løfte kvinnehelsens status. Media har imidlertid hatt et begrenset fokus på å presentere løsninger på disse urettferdighetene, ut over å vise til tiltakene i NOUen.

Studien konkluderer med at media spiller en betydelig rolle i hvordan kvinnehelse blir kommunisert og forstått i samfunnet, noe som har viktige implikasjoner for folkehelsen. Gjennom sin maktrolle kan media øke bevisstheten rundt kvinnehelse og påvirke politiske beslutninger. Mer forskning er nødvendig for å tette de eksisterende kunnskapshullene. Dette gjelder både hvordan media kan bruke sin makt til å påvirke politiske prosesser, og hvordan medias fremstilling av kvinnehelse redefinerer og rekontekstualiserer begrepet.

Litteraturliste

- Amnesty International. (2024). *USAs abortlover*. Amnesty International.
<https://amnesty.no/usas-abortlover>
- Barland, J. (2018). Hva er 'media'? Hva er medievitenskap? *Norsk medietidsskrift*, 25(2), 1-3.
<https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.0805-9535-2018-02-01>
- Beijbom, M., Fabricius, A. & O'Doherty, K. C. (2023). Women's health magazines and postfeminist healthism: A critical discourse analysis. *Feminism & Psychology*, 33(4), 604-621. <https://doi.org/10.1177/09593535231169823>
- Brown, S. (2012). Shock, terror and controversy: how the media reacted to the Women's Health Initiative. *Climacteric*, 15(3), 275-280.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2012.660048>
- Brundell, K., Vasilevski, V., Farrell, T. & Sweet, L. (2023). Rural maternity and media discourse analysis: Framing new narratives. *Aust J Rural Health*, 31(3), 395-407.
<https://doi.org/10.1111/ajr.12978>
- Clark, M. I., McGannon, K. R., Berry, T. R., Norris, C. M., Rodgers, W. M. & Spence, J. C. (2018). Taking a hard look at the Heart Truth campaign in Canada: A discourse analysis. *J Health Psychol*, 23(13), 1699-1710.
<https://doi.org/10.1177/1359105316669581>
- Dahlstrøm, H. K. (2019). Medienes eggløsning. *Norsk medietidsskrift*, 26(4), 1-15.
<https://doi.org/10.18261/ISSN.0805-9535-2019-04-03>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2001). *Retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/inklusion-av-kvinner/>
- Eberhard-Gran, M., Engelsen, L. Y., Al-Zirqi, I. & Vangen, S. (2022). Depressive symptomter og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 142(3). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0450>
- Ellingsen, L. (2024). I *Kvinnehelsepodden*.
<https://open.spotify.com/show/6s8k7rO08POjaOpCp0qMWI>
- Endometrioseforeningen. (2024). *Endometriose - diagnose* Endometrioseforeningen.
<https://endometriose.no/om-sykdommene/endometriose/>
- Fairclough, N. (2010). *Critical Discourse Analysis - The Critical Study of Language* (Second. utg.). Routledge.

- Fladberg, K. L. (2023, 24.01.2023). Fødetilbudet ABC-klinikken i Oslo legges ned: – En tragedie. *Dagsavisen*.
<https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2023/01/24/aftenposten-fodetilbudet-abc-klinikken-i-oslo-legges-ned/>
- Flaten, G. E. (2016). – Skammelig nedprioritering av forskning på kvinnesykdommer. *Kilden*.
<https://kjonnsforskning.no/nb/2016/03/skammelig-nedprioritering-av-forskning-pa-kvinnesykdommer>
- Flem, S. S. & Delebekk, N. F. (2022). *Hva er Roe vs. Wade?* faktisk.no.
<https://www.faktisk.no/artikler/zkx87/hva-er-roe-vs-wade>
- FN-sambandet. (2023). *Verdens helseorganisasjon (WHO)*. FN.no. <https://www.fn.no/om-fn/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Gauntlett, D. (2008). *Media, gender and identity: An introduction* (Second. utg.). Routledge.
- Grande, F. (2024). I *Hormonelle Frida*.
<https://open.spotify.com/show/7B0v75EdUaWOMCqVzYM9fH>
- Gunnarsson, L. & Wemrell, M. (2023). On the verge between the scientific and the alternative: Swedish women's claims about systemic side effects of the copper intrauterine device. *Public Underst Sci*, 32(2), 175-189.
<https://doi.org/10.1177/09636625221107505>
- Hafstad, A. (2023). Vi må skrike høyere om kvinnehelse! *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/meninger/2023/01/vi-ma-skrike-hoyere-om-kvinnehelse>
- Haugen, V. (2024, 4.mars). Historisk abortvedtak i Frankrike. *NRK*.
<https://www.nrk.no/urix/retten-til-abort-blir-grunnlovsfestet-i-frankrike-1.16789028>
- Helse Sør-Øst. (2023, 12.01.2023). *Krevende budsjett for sykehusene*. Helse-sorost.no
<https://www.helse-sorost.no/nyheter/krevende-budsjett-for-sykehusene>
- Helsedirektoratet. (2021, 16.02.2021). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*.
Helsedirektoratet.no.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2023, 09.11.2023). *Kostnadsvekter*. Helsedirektoratet.no.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/kostnadsvekter>

- Helsedirektoratet. (2024, 04.03.2024). *Ny kunnskap skal gi bedre fødselsomsorg*.
Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ny-kunnskap-skal-gi-betere-fodselsomsorg>
- Hovde, K.-O. & Grønmo, S. (2005-2007, 2.11.2020). *algoritme*. snl.no.
<https://snl.no/algoritme>
- Indreiten, A. & Syversen, A. C. (2003, 1. juli). *Bedre omgivelser for voldtatte*. NRK.
<https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/bedre-omgivelser-for-voldtatte-1.274803>
- Ivančević, T. (2023). «Pro-life»-diskurs i Serbia og Norge – hvordan kvinner usynliggjøres.
Tidsskrift for kjønnsforskning, 47(1), 19-32. <https://doi.org/10.18261/tfk.47.1.3>
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. J. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. SAGE Publications Inc.
- Karlsen, R., Enjolras, B., Ihlebæk, K., Beyer, A., Steen-Johnsen, K. & Sundet, V. S. (2021).
Digitalisering og medienes samfunnsrolle: hovedfunn fra prosjektet Disruptive Change and New Media Policies: A Field Approach (8277637071). I. f. samfunnsforskning. https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2781427/Digitalisering_og_medienes_samfunnsrolle.pdf?sequence=1
- Kvatningen, R. & Saanum, O. S. (2022, 22. september). – Vi angres så inni hampen. Vanessa Rudjord og Synnøve Skarbø kommenterer kvinnehelse-kritikken i sin nyeste podkastepisode. *TV2Nyheter*. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/vi-angres-sa-inni-hampen/15126439/>
- Lilleslåtten, M. (2017, 21. desember). *P-pillen 50 år i Norge: En historie om seksuell frigjøring og tvilsomme forsknings-metoder*. Kilden.
<https://kjonnforskning.no/nb/2017/12/p-pillen-50-ar-i-norge>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Mathiesen, T. (2010). *Makt og medier - en innføring i retts sosiologi* Pax forlag A/S.
- McGannon, K. R. & Spence, J. C. (2012). Exploring news media representations of women's exercise and subjectivity through critical discourse analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 4(1), 32-50. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2011.6535>
- Medieansvarsloven. (2020). *Lov om redaksjonell uavhengighet og ansvar i redaktørstyrte journalistiske medier (medieansvarsloven)* (LOV-2020-05-29-59). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-05-29-59>

- Mediebedriftenes Landsforening. (2021, 15. september). *Mediehusenes lesertall: VG størst totalt - Aftenposten størst på papir*. mediebedriftene.no.
<https://www.mediebedriftene.no/artikler/2021/mediehusenes-lesertall--vg-storst-totalt--aftenposten-storst-pa-papir/>
- Meld.St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. H.-o. omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>
- Melteig, E. (2022, 21. november). *Fem grunner til at kvinner er vanskelige å forske på*. Titan.uio.no. <https://www.titan.uio.no/livsvitenskap/2022/fem-grunner-til-kvinner-er-vanskelige-forske-pa.html>
- Miani, C. & Namer, Y. (2021). Women's voices on social media: the advent of feminist epidemiology? *Emerg Themes Epidemiol*, 18(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12982-021-00097-1>
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative health research*, 25(9), 1212-1222.
<https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Mørk Røstvik, C. (2018). «Vi hadde ikke menstruasjon, vi hadde ‘vondt i maven’» Norske menstruasjonsopplevelser fra 1900-tallet. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 42(4), 215-232. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2018-04-02>
- NMBU. (2024a, 19.03.2024). *Bruk av KI i studiene – tips og triks*. nmbu.no.
<https://www.nmbu.no/biblioteket/bruk-av-ki-i-studiene-tips-og-triks>
- NMBU. (2024b). *Tillatte hjelpemidler ved eksamen, sitere og referere i akademisk tekst og bruk av kunstig intelligens (KI)*. nmbu.no.
<https://www.nmbu.no/student/hjelpemidler-sitering-og-referering-unnga-fusk-og-plagiering>
- NOU 1999: 13. (1999). *Kvinnens helse i Norge*. S.-o. helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4f30e0da65db42549ab37eaa491d4445/no/pdfa/nou199919990013000dddpdfa.pdf>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen: Om kvinnens helse og betydningen av kjønn for helse*. H.-o. omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>

- NRK. (2009, 26.04.2024). *Slik er NRK organisert*. NRK.
<https://www.nrk.no/informasjon/slik-er-nrk-organisert-1.6511619>
- Oslo Sanitetsforening. (2022, 20. oktober). *Det er mye med kvinnehelse som er tabu. Rynker burde ikke være en av dem*. osf.no. <https://osf.no/det-er-mye-med-kvinnehelse-som-er-tabu-rynker-er-bare-ikke-en-av-dem/>
- Pedersen, K. (2003, 11. januar). Kvinner tåler mer. *Bergens Tidene*.
<https://www.bt.no/innenriks/i/GrxeB/kvinner-taaler-mer>
- Rudman, D. L. (2005). Understanding political influences on occupational possibilities: An analysis of newspaper constructions of retirement. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 149-160. <https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686558>
- Rudman, D. L. & Molke, D. (2009). Forever productive: The discursive shaping of later life workers in contemporary Canadian newspapers. *Work*, 32(4), 377-389.
<https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0850>
- Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse* (1. utgave. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Sortland, K. (2001, 31. mai). Brede hofter gir bedre kvinnehelse. *A-magasinet*.
<https://www.aftenbladet.no/magasin/i/EzILA/brede-hofter-gir-bedre-kvinnehelse>
- Sortland, K. (2005, 3. november). Kvinner i hjertekø blir diskriminert. *Stavanger Aftenblad*.
<https://www.aftenbladet.no/innenriks/i/jkb5z/kvinner-i-hjertekoe-blir-diskriminert>
- Steiro, G. (2003, 25. februar). Barnegråt vekker ikke pappa. *VG*.
<https://www.vg.no/forbruker/helse/i/KvvwmX/barnegraat-vekker-ikke-pappa>
- Store norske leksikon. (2005-2007, 18.10.2023). *fjerde statsmakt*. snl.no.
https://snl.no/fjerde_statsmakt
- Sundar, T. (2000). Kvinnehelse i faglig klemme? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 07.
<https://tidsskriftet.no/2000/03/vi-intervjuer/kvinnehelse-i-faglig-klemme>
- Sundby, J. (2022). Hva er egentlig kvinnehelse? *Kilden*.
<https://kjonnsforskning.no/nb/2022/09/hva-er-egentlig-kvinnehelse>
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H. & Næss, Ø. E. (2022). *Sosiale helseforskjeller i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=#om-sosiale-forskjeller-i-helse>
- Thompson, C. M., Babu, S. & Makos, S. (2022). Women's Experiences of Health-Related Communicative Disenfranchisement. *Health Commun*, 1-12.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2137772>

- Thurston, W. E., Rutherford, E., Meadows, L. M. & Vollman, A. R. (2005). The role of the media in public participation: Framing and leading? *Women & health*, 41(4), 101-122. https://doi.org/10.1300/J013v41n04_06
- Tørdal, R. M. (2022, 09.09.2022). *Hva er mediemakt?* NDLA.no. <https://ndla.no/article/5442>
- Tørdal, R. M., ; , Løvskar;, T., Aftret-Sandal;, M. & Wolff-Hansen, E. S. (2021, 29.09.2021). *Teorier om medienes påvirkning*. NDLA.no. <https://ndla.no/article/5386>
- Undheim, I., Rønning;, I. K., Schwebs;, I. J. R. & Skaar, E. (2022, 16. september). Lege ut mot skjønnheitsklinikk: – Skremmande. *NRK*. https://www.nrk.no/kultur/lege-ut-mot-skjonnheitsklinikk_-_skremmande-1.16105690
- Vallier, K. (2022). *Neoliberalism* (E. N. Zalta & U. Nodelma, Red. Winter 2022. utg.). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/neoliberalism/>
- VG. (2024). *Det er VG*. VG. <https://www.vg.no/informasjon/om-vg>
- Vist, G. E., Hestevik, C. H., Forsetlund, L., Hval, G., Underland, V., Kucuk, B. & Kirkehei, I. (2022). *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*. (978-82-8406-295-2). FHI. <https://www.fhi.no/publ/2022/forskningskart-om-behandling-av-sykdommer-hos-kvinner/>
- Wolff-Hansen, E. S., Overland, J., Laberg, J. (2021, 30.11.2021). *Offentlighet og den offentlige samtalen*. NDLA.no. <https://ndla.no/article/34345>
- World Health Organisation. (2024). *Constitution*. WHO.int. <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
- Zareba, K., La Rosa, V. L., Ciebiera, M., Makara-Studzińska, M., Commodari, E. & Gierus, J. (2020). Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *Eastern Journal of Medicine*, 25(3), 477-483. <https://doi.org/10.5505/ejm.2020.82246>

Vedlegg 1

Tabell1: Oversikt avisartikler inkludert i analysene

Nr.	Tittel	Avis
1	Svenske kvinner får behandling i Norge, norske kvinner i kø: – Fullstendig absurd!	VG
2	Maria Stavang om egen vaginisme: – Visste ikke hva det var	VG
3	Studenter spiller på sex - lager brettspill til flau lærere	VG
4	Åpner opp om spontanabort: – Lett å føle seg alene	VG
5	Influencer Sara Emilie deler ærlig bilde: – OK å gå i gravidklær	VG
6	Stiftelsen Amatheia: Mange sykehus mangler rutiner for abort-oppfølging	VG
7	Krever at flere sjekkes for brystkreft	VG
8	Ny studie om PCOS gir håp: – Blir jo desperat til slutt	VG
9	Gir over 800 millioner kroner til abortkampen	VG
10	Ny studie linker p-piller til depresjon: – Vi skal ikke godta å bli et bivirkningskart	VG
11	Moteprofil mistet ufødt barn: – Mer vanlig enn man tror	VG
12	Norges første kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose	VG
13	Syklusen styrer hverdagen til Alma (23): – Hadde masse angst	VG
14	Krever lik behandling: – Har sviktet fullstendig	VG
15	Tør ikke bo hjemme før fødselen: – Vil de egentlig at vi skal bo her?	NRK
16	Overlege tok med datteren i 8. mars-tog: – Vil hun skal lære at det er lov å si ifra	NRK
17	Flest kvinner rammes: May-Elins liv er satt på vent av smerter	NRK
18	Marit (27) har hatt mensene i over 160 dager i strekk	NRK
19	Tre kvinner forteller: Slik gikk det da de sluttet med p-piller og p-stav	NRK
20	Iselin hadde ein stor svulst: – Eg visste det var noko meir enn fødselsplager	NRK
21	Mensen-vett skal hindre idrettsskader	NRK
22	Anne-Beate må ha østrogenplaster – stadig tomt på apoteka	NRK
23	Åpnet Kristiansands første kvinnehelsehus	NRK
24	Sykehus taper penger på livsendrende behandling: Velger kvinnehelse foran profit	NRK
25	Løyver 60 millionar kroner til forskning på kvinnehelse. – Heilt fantastisk	NRK
26	Maria (35) er beinskjør – ekspertar krev oppdaterte retningslinjer	NRK
27	Mammas mørke	NRK



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway