

Emma Lelek Obenius

Den lovende, umulige teknologien

En kvalitativ studie av helsepersonells fortolkning
av hormonell prevensjon for menn

Masteroppgave i Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS)

Veileder: Kristine Ask og Vivian Anette Lagesen

Desember 2022

Emma Lelek Obenius

Den lovende, umulige teknologien

En kvalitativ studie av helsepersonells fortolkning av
hormonell prevensjon for menn

Masteroppgave i Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS)
Veileder: Kristine Ask og Vivian Anette Lagesen
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for tverrfaglige kulturstudier



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS)

Læringsutbytte

En student som har fullført programmet, forventes å ha oppnådd følgende læringsutbytte, definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse:

Kunnskap

Kandidaten har:

- avansert kunnskap om hvordan vitenskap og teknologi utvikles, brukes og implementeres i samfunnet med spesielt fokus på RRI (Responsible Research and Innovation), dvs. samfunnsetisk tenking omkring dette
- kunnskap på et høyt nivå om så vel historiske som samtidige endringsprosesser knyttet til vitenskap, ekspertise, demokrati og teknologi
- inngående kunnskap om hvordan vitenskap og teknologi samproduseres med sosiale, politiske og økonomiske aktiviteter på ulike samfunnsområder

Generell kompetanse

Kandidaten kan:

- sette seg inn i og analysere omfattende faglige problemkompleks innenfor en relevant etisk ramme
- anvende sine kunnskaper og ferdigheter på nye områder gjennom tverrfaglige dialoger med eksperter fra andre fagområder
- selvstendig vurdere og bruke ulike framgangsmåter for å bidra til innovasjon og nyskaping på en bevisst og samfunnsetisk måte
- formidle resultater av eget faglig arbeid på en selvstendig måte, både til allmennhet og andre eksperter, muntlig og skriftlig

Ferdigheter

Kandidaten kan:

- analysere og forholde seg kritisk til problemstillinger knyttet til teknologiutvikling og -bruk, og derigjennom se flere tilnæringsmåter og mulige utfall
- identifisere og arbeide selvstendig med praktiske og teoretiske problemer knyttet til effekter av vitenskap og teknologi i konkrete samfunnsmessige sammenhenger
- utføre avansert kunnskapsmekling i forbindelse med tverrfaglige prosjekter og prosesser

Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om helsepersonells ulike holdninger og meninger til hormonell prevensjon for menn. Mens kvinner har et stort utvalg av medisinske prevensjonsmidler, er alternativene for menn i mindretall. I flere tiår har ulike aktører, som feminister, forskere, og helseorganisasjoner, forsøkt å få realisert hormonelle prevensjonsmidler for menn uten hell. Hormonelle prevensjonsmidler for menn har støtt på en rekke barrierer og vært et kontroversielt tema i media og forskning. Fokuset i denne oppgaven er på hva slags holdninger og meninger helsepersonell har om hormonell prevensjon for menn. Målsetningen er å utvikle bedre forståelse av hvordan hormonell prevensjon for menn fortolkes av en relevant gruppe. Helsepersonell er en gruppe som er regelmessig i kontakt med prevensjonsfeltet via forskning og pasienter, og er derfor en relevant gruppe å studere for å belyse holdninger og fortolkninger av dette temaet. Oppgaven benytter et STS-perspektiv for å belyse hvordan holdninger til prevensjon skapes i samspill med sosiale og kulturelle faktorer, og hvilke sosiotechniske forestillinger som har vokst frem. Feministisk STS benyttes for å vise hvordan forståelser av kjønn påvirker synet på prevensjon og konstruksjonen av kjønnsidentiteter. Datamaterialet består av kvalitative intervju med åtte personer i helsesektoren, som er analysert ved hjelp av tematisk analyse og Michel Callons innrammingsteori. Gjennom dette bidrar oppgaven med å utvikle en bredere og dypere forståelse av hvilke holdninger og meninger som preger kontroversen, samt forskjellige fortolkninger av hormonell prevensjon for menn. I forlengelse belyser det også hvorfor prevensjon for menn ikke har blitt etablert som et alternativ.

De to analysekapitlene belyser tre ulike innramminger, som jeg har kalt «en likestillingsteknologi», «en parteknologi», og «en umulig teknologi». Den første innrammingen inneholder fortolkningen om at bruk av hormonell prevensjon for menn skal føre til likestilling mellom kjønnene. Likestillingen innebærer en likestilling av ansvar for prevensjon, og kontroll over reproduksjon. Rammen trues av en oversvømmelse om vanskeligheten med å se for seg at menns ansvar endres siden konsekvensene av graviditet ligger hos kvinner. I den andre innrammingen er fortolkningen om at preparatet vil fungere best for brukere som er i faste parforhold. Her handler da bruken om familieplanlegging og at mannen kan ta byrden av bivirkningene. En oversvømmelse av denne rammen er hormonell prevensjon som passende for menn utenfor faste forhold. I den tredje innrammingen fortolkes prevensjonen for menn som en umulig teknologi. Den blir sett på som umulig å utvikle i lys av nulltoleransen for bivirkninger for menn og umulig å lage av biologiske årsaker. Oversvømmelsen innenfor denne rammen er at informantene tolker forskning som løsningen.

Til sammen viser analysen at debatten om hormonell prevensjon for menn preget av en rekke forestillinger om likestilling, prevensjon, og kjønn.

Abstract

This master's thesis is about the different attitudes and opinions of healthcare professionals towards hormonal contraception for men. While women have a large choice of medical contraceptives, the alternatives for men are lacking. For several decades, different actors, such as feminists, scientists, and health organisations, have tried to have hormonal contraceptives for men be realised without success. Hormonal contraceptives for men have faced a number of barriers and have been a controversial topic in the media and research. The focus of this thesis is on what kind of attitudes and opinions healthcare professionals have about hormonal contraception for men. The aim has been to develop a better understanding of how hormonal contraception for men is interpreted by a relevant group. Healthcare professionals are a group which is regularly in contact with the field of contraception through research and patients, and is therefore a relevant group to study to shed light on attitudes and interpretations of this theme. This paper uses an STS-perspective to illustrate how attitudes to contraception are created in co-production with social and cultural factors, and which sociotechnical imaginaries have emerged. Feminist STS is used to show how understandings of gender influence views on contraception and the construction of gender identities. The data material consists of qualitative interviews with eight people in the health sector, which have been analysed using thematic analysis and Michel Callon's framing theory. Through this, this thesis contributes to developing a broader and deeper understanding of which attitudes and opinions characterize the controversy, as well as different interpretations of hormonal contraception for men. By extension, it also sheds light on why contraception for men has not been established as an alternative.

The two chapters of analysis highlight three different frames, which I have called «an equality technology», «a couple's technology», and «an impossible technology». The first framing includes the interpretation that the use of hormonal contraception for men should lead to gender equality. Gender equality implies an equal sharing of responsibility for contraception, and control over reproduction. The frame is threatened by an overflow about the difficulty of seeing men's responsibility change since the consequences of pregnancy lie with women. In the other frame, the interpretation is that the drug will work best for users who are in committed relationships. The use here is about family planning and that the man can take the burden of the side effects. An overflow to this frame is hormonal prevention as appropriate for men outside of committed relationships. In the third frame, contraception for men is interpreted as an impossible technology. It is seen as impossible to develop considering the zero tolerance for side effects for men and impossible to make for biological reasons. The overflow here is that informants interpret research as the solution.

In total, the analysis shows that the debate on hormonal prevention for men is affected by a number of notions about gender equality, contraception, and gender.

Forord

Endelig var masteroppgaven fullført. Fem år som student har kommet til veis ende. Da jeg startet på en bachelor i sosiologi virket det å skrive en masteroppgave utrolig fjernt. Å starte med en vag ide, og ende opp med en ferdig masteroppgave har vært en spennende og lærerik reise. Oppgaven ville ikke vært mulig å gjennomføre alene, derfor vil jeg ta meg tid til å takke alle som har hjulpet meg på veien.

Tusen takk til mine to veiledere, Kristine Ask og Vivian Anette Lagesen, for all hjelpen med å dra oppgaven i land! Deres gode faglige innspill og støtte har virkelig fått oppgaven til å ta form.

Tusen takk til alle informanter som stilte opp på intervju! Takk for at dere tok dere tid til å svare på spørsmålene mine som ga meg det spennende materialet å jobbe med. Oppgaven ville ikke eksistert uten dere! Ikke minst, tusen takk til alle som hjalp meg med å skaffe informanter.

Tusen takk til Hanna og Torjus for å alltid lage god stemning på lesesalen.

Tusen takk til alle i mastergruppen til Sit for alle gode innspill og for å ha vært et koselig fellesskap i en krevende prosess.

Tusen takk til familien min, venner, og Joakim for alle de gode ordene og omsorgen. Ekstra takk til Joakim for at du leste korrektur i innspurten.

Generell takk til alle som har bidratt med å gjøre studietiden så flott.

Sist, men ikke minst: takk til meg selv!

Emma Lelek Obenius

Bergen, desember, 2022

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----|
| Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS) | i |
| Sammendrag | ii |
| Abstract | iii |
| Forord | iv |
| Tabeller | vii |
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Oppgavens problemstilling..... | 2 |
| 1.2 Prevensjonens historie – en revolusjonerende p-pille?..... | 2 |
| 1.3 Prevensjonsteknologi som knyttet til sosiale og historiske relasjoner | 3 |
| 1.4 Forskning på den mannlige pillen og kvinnekroppens tilknytning til reproduksjon og vitenskap | 5 |
| 1.5 Legemiddelindustriens rolle | 6 |
| 1.6 Oppgavens oppbygning..... | 7 |
| 2 Teoretisk rammeverk | 9 |
| 2.1 Hva er STS? | 9 |
| 2.1.1 STS med motsvar til teknologisk determinisme | 9 |
| 2.1.2 Sosiotekniske forestillinger | 11 |
| 2.2 Kjønnsperspektiv på teknologi | 12 |
| 2.3 Innramming | 14 |
| 2.4 Oppsummering | 16 |
| 3 Metode | 18 |
| 3.1 Valg av tema og problemstilling | 18 |
| 3.2 Forskningsdesign: Hvorfor velge kvalitativt? | 18 |
| 3.3 Datamaterialet..... | 19 |
| 3.4 Datainnsamling: utvalg og rekrutteringsprosess..... | 19 |
| 3.4.1 Intervjuprosess..... | 21 |
| 3.5 Tematisk analysemetode..... | 23 |
| 3.6 Vurdering av forskningens og datamaterialets kvalitet | 25 |
| 3.7 Forskningsetikk: Konfidensialitet og informert samtykke | 26 |
| 3.8 Oppsummering | 26 |
| 4 En teknologi for likestilling og par | 28 |
| 4.1 Innramming 1: En likestillingsteknologi..... | 29 |
| 4.1.1 Likestilt frustrasjon..... | 29 |
| 4.1.2 Likestilt kontroll | 31 |
| 4.1.3 Likestilt ansvar | 32 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1.4 | Oversvømmelse: Kvinnens ansvar følger biologiske konsekvenser | 33 |
| 4.1.5 | Oppsummering & drøfting | 35 |
| 4.2 | Innramming 2: En parteknologi..... | 36 |
| 4.2.1 | Familieplanlegging..... | 36 |
| 4.2.2 | Byrden av bivirkninger..... | 37 |
| 4.2.3 | Oversvømmelse: For menn utenfor faste forhold | 38 |
| 4.2.4 | Oppsummering & drøfting | 39 |
| 5 | Forestillinger om vitenskap | 41 |
| 5.1 | Innramming 3: En umulig teknologi..... | 41 |
| 5.1.1 | Aksepten for bivirkninger | 41 |
| 5.1.2 | Biologisk umulig: Om graviditet som en «naturlig» tilstand | 44 |
| 5.1.3 | Understudert og underutviklet | 46 |
| 5.1.4 | Oversvømmelse: Mer forskning gjør det mulig, men å videreutvikle kvinners prevensjon er kanskje bedre? | 48 |
| 5.1.5 | Oppsummering & drøfting | 49 |
| 6 | Konklusjon: Hormonell prevensjon for menn er en umulig teknologi, men kanskje av andre grunner enn du tror..... | 51 |
| | Referanseliste | 54 |
| | Vedlegg | 59 |
| | Vedlegg 1: Intervjuguide 1 - Lege..... | 59 |
| | Vedlegg 2: Intervjuguide 2 - Helsesykepleier | 61 |
| | Vedlegg 3: Intervjuguide 3 – Medisinstudenter..... | 63 |
| | Vedlegg 4: intervjuguide 4 - Gynekolog | 65 |
| | Vedlegg 5: Informasjonsskriv | 67 |

Tabeller

| | |
|---|----|
| Tabell 1: Oversikt over informanter | 20 |
|---|----|

1 Innledning

Søken etter hormonelle prevensjonsmidler for menn har pågått siden 1970-tallet. Forskere innen reproduktiv helse har jobbet i mer enn fem tiår for å få utviklet en hormonell prevensjon for menn (Oudshoorn, 2003, s. 4), men i skrivende stund, 2022, er vi fortsatt ikke i mål. Mens kvinner har en rekke preparater å velge mellom (p-piller, p-stav, p-plaster, p-sprøyte, spiral mfl.), har menn hovedsakelig tre metoder: kondom, sterilisering (vasektomi), og coitus interruptus (Armstrong, 2015).

I løpet av årene har en rekke aktører forsøkt å få gjennom mer hormonell prevensjon for menn, men ingen alternativer har nådd markedet ennå. Dette på tross av flere samfunnsproblemer som flere prevensjonsmidler vil kunne bidra positivt til. Noen eksempler er uønskede svangerskap og abort. En rapport fra FNs befolkningsfond (United Nations Sexual and Reproductive Health Agency, UNFPA) viser at nesten halvparten av alle graviditeter globalt, totalt 121 millioner hvert år, er uønskede (UNFPA, 2022). UNFPA skriver videre at over 60 prosent av uønskede graviditeter ender med abort og anslagsvis 45 prosent av alle aborter er utrygge. På tross av en rekke eksisterende preparater for kvinner er altså tallene for abort og uønskede svangerskap høye. Å hindre uønsket graviditet er viktig for den fysiske og psykiske velferden til kvinner.

Ansvar for prevensjon har tradisjonelt sett blitt lagt på kvinner, og det eksisterer i dag flest preparater for kvinner. Dette gjør at menn har liten mulighet til å kunne ta ansvar for prevensjon og delta i familieplanlegging. Menn bruker prevensjon i bare 1/3 av heterofile partnerskap (Eberhardt et al., 2009, s. 161). Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) understreker at behovet for effektiv prevensjon for menn er en stor prioritet i den større globale diskusjonen om familieplanlegging (Armstrong, 2015, s. 67). Undersøkelser viser også at en del menn er positive til flere alternative prevensjonsmidler. Eberhardt et al. (2009) gjorde en undersøkelse som viste at både menn og kvinner hadde en positiv holdning til den mannlige p-pillen. I en spørreundersøkelse fra 2005 ble 9000 menn fra ulike kontinenter spurt om holdninger og aksept for mannlige prevensjon (Eielsen, 2020, s. 217). Denne viste at over halvparten av mennene aksepterte mannlige hormonelle prevensjon. I en norsk undersøkelse fra 2009 var 40 prosent av de spurte mennene positive til en p-pille for menn (Eielsen, 2020, s. 217).

På tross av en del positiv omtale eksisterer det fortsatt tvil om hormonell prevensjon for menn kan bli realisert. Tvilen har kommet fra flere hold, fra blant annet journalister, legemiddelindustrien, og forskere. Spørsmålsteget settes ved om menn faktisk vil bruke det, om de vil godta bivirkninger, og om kvinner stoler på menn til å ta denne typen prevensjon. Diskusjonen rundt hormonelle prevensjonsmidler for menn er noe som jevnlig dukker opp i media. I de siste årene har også norske medier rapportert om saker relatert til prevensjon for menn. Avisartiklene handler gjerne om lovende fremskritt for hormonell prevensjon til menn, og setter spørsmålsteget ved hvorfor det ikke er tilgjengelig ennå (Egge, 2022; Husøy, 2011; Johansen, 2019; Kringstad, 2021). Jeg opplever det som interessant og relevant å belyse denne diskusjonen, ettersom det nå er en ny bølge med interesse for et preparat for menn. Det inngår i en viktig diskusjon om reproduksjon, helse, og samliv. I en metodebok for seksuell helse skrives det at ulike hormonelle prevensjonsmidler til menn det er forsket på er «blant annet piller, p-stav,

transdermal gel og ikke-permanente propper i sædlederne, alle med gode effekter på å hindre produksjonen av spermier» (Klækstad et al., 2022). Blant de forskjellige tilnærmingene til å kontrollere mannlig fertilitet, er hormonell prevensjon det alternativet som er nærmest mulig klinisk bruk (Gava & Meriggiola, 2019, s. 1). Dette betyr at hormonell prevensjon for menn er det som har kommet lengst for bruk av pasienter. Til tross for dette ser det ut til å være hindringer på veien, blant annet knyttet til motviljen til å delegere ansvaret til menn og bekymringer over bivirkninger (Eberhardt et al., 2009, s. 161). Hva slags barrierer er det som hindrer hormonell prevensjon for menn å entre markedet? Hvilke holdninger knyttes til prevensjonsteknologien? I min oppgave vil jeg undersøke noen av de kulturelle og sosiale barrierene.

1.1 Oppgavens problemstilling

Hormonell prevensjon for menn er altså et høyst aktuelt og omdiskutert tema. Formålet med denne oppgaven er å utforske hvilke holdninger og meninger om hormonell prevensjon som preger debatten blant helsepersonell. Mange av spørreundersøkelsene er gjort med potensielle brukere, derfor ønsker jeg å sette et kunnskapshull ved å utforske holdningene til helsepersonell. Helsepersonell er i en unik posisjon, som eksperter vil de ha større innblikk i forskningsfeltet og kunnskap om mannlig prevensjon faktisk kan lages. De er også regelmessig i kontakt med pasienter som trenger prevensjon. Deres holdninger er sentrale for hvordan pasienter blir behandlet, og utviklingen av prevensjon. Problemstillingen for denne oppgaven er derfor: *Hvordan fortolker helsepersonell hormonell prevensjon for menn?* Målet mitt er å utforske dette ved hjelp av kvalitativ metode for å undersøke nærmere de holdningene og meningene helsepersonell har til hormonell prevensjon. Det er også interessant å utforske perspektivet i en norsk kontekst, ettersom mesteparten av forskningen på feltet er internasjonal. Fokuset mitt vil være på hva slags holdninger og meninger helsepersonell har om preparatet. Siden hormonell prevensjon for menn er en teknologi som ikke eksisterer ennå, er det interessant å utforske informantenes forestillinger om dette. Dette kan gi en innsikt i deres mer bakenforliggende forestillinger om verden, syn på vitenskap og teknologi, kjønn og reproduksjon. Hva tenker helsepersonell om hormonell prevensjon for menn? Hvordan ser de for seg bruk av hormonell prevensjon for menn? Bivirkninger ser ut til å være en viktig og kontroversiell del av diskursen. Hva tenker helsepersonell om bivirkninger i prevensjonsmidler for menn og kvinner? Hvordan tror de prevensjon for menn påvirker ansvar? Dette er noen av spørsmålene jeg vil undersøke nærmere i analysen.

1.2 Prevensjonens historie – en revolusjonerende p-pille?

Til å begynne med skal vi nå se kort på historien til prevensjon for kvinner og menn. Judy Wajcman skriver at historien til prevensjonsmidler er ofte sterkt preget av teknologisk determinisme (Wajcman, 1991, s. 74-78). Et utbredt syn er at kvinner i den før-industrielle æraen var offer for sin egen fruktbarhet, og at det var kun ved hjelp av moderne teknologi at kvinner endelig kunne kontrollere den. Også i dag blir p-pillen gjerne beskrevet som «revolusjonerende» og noe som endelig ga kvinner en seksualitet (Simonsen, 2020). P-pillen får gjerne æren for å gi kvinner den første muligheten til å kontrollere fertiliteten sin. Samtidig tilskrives p-pillen de store sosiale endringene for kvinner pillen førte med seg (Wajcman, 1991, s. 74). Ofte antas det at manglende teknologi hindret tidligere generasjoner fra å bruke prevensjonsmidler. Mange historiske beretninger om prevensjon begynner som regel med kondomet, og forteller at det var først på 1800-tallet effektiv prevensjon ble mulig (McLaren, 1984, s. 5). Linda Gordon

(1977) skriver at det er en utbredt myte i vårt teknologiske samfunn at prevensjonsteknologi kom til oss med moderne medisin. Gamle medisinske tekster og antropologiske studier viser at kvinner har nesten alltid søkt kontroll over sin fertilitet (Wajcman, 1991, s. 75). Effektive prevensjonsmidler ble laget og tatt i bruk av kvinner i nesten alle gamle samfunn. Flesteparten av dagens prevensjonsmetoder har ifølge studiene faktisk forløp i mye mindre teknologisk avanserte samfunn enn nåtidens samfunn. Prevensjonsmetodene i antikkens verden og før-industrielle samfunn var mange og varierte. Noen eksempler er magi, drikker av urter, spedbarnsdrap, abort, coitus interruptus, vaginal svamp, og pessar (Wajcman, 1991, s. 75).

Kunnskap og praksiser rundt reproduksjon pleide å være en del av kvinners kultur, men det mannlige hegemoniet som ble etablert i medisinen gjorde at mange metoder forsvant som var mer under kvinners kontroll (Wajcman, 1991, s. 75). Judy Wajcman argumenterer i boken *Feminism confronts technology* for at visse typer teknologi er uløselig knyttet til visse institusjonaliserte former for makt og autoritet, og at reproduksjonsteknologi går under dette (Wajcman, 1991, s. 63). Etableringen av et mannlige hegemoni i medisin ved hjelp av teknologi har vært sentralt for å skape og opprettholde kontroll over kvinner, ifølge feministiske historiske beretninger. Disse beretningene forteller om hvordan fødsel og reproduksjon var opprinnelig domene for kvinnelige healere og jordmødre til slutten av 1600-tallet. I løpet av 1700-tallet var det en bitter strid mellom kvinnelige jordmødre og det voksende mannsdominerte medisinske yrket om hvem som skulle ha kontroll over deltakelse i fødsler (Ehrenreich & English, 1979 og Donnison, 1977 i Wajcman, 1991, s. 64). I England fra 1720-tallet var det flere menn som gikk inn i jordmødres arbeid som konkurrenter til kvinner (Wajcman, 1991, s. 64). Kirurger, som også var et mannsdominert yrke, ble kun kalt inn til vanskelige tilfeller der en naturlig fødsel ikke var mulig. Kirurger hadde også gjennom laug enerett på bruk av kirurgiske instrumenter. En av disse viktige instrumentene var «forceps» eller en tang som lot brukeren hjelpe til med å få ut spedbarn i potensielt dødelige fødsler for mor og barn, og for å korte ned tiden på krevende fødsler. Jordmødre fikk ikke lov til å bruke dette instrumentet, kun leger og kirurger. Dette ble assosiert med fremveksten av medisin som et yrke. Da instrumentet ble introdusert var legene ivrige brukere av dem, så ivrig at til og med oppfinneren selv synes tangen ble tatt i bruk for ofte (Wajcman, 1991, s. 64). Resultatet av denne teknologien ga mennene et forsprang sammenliknet med jordmødrene. Selv om jordmødrene var eksperter på naturlige fødsler og hadde all den praktiske kunnskapen, mistet de monopolet på fødsler. Som følge av dette ble teknisk intervensjon kjennetegn på en mannlige medisinsk praksis.

1.3 Prevensjonsteknologi som knyttet til sosiale og historiske relasjoner

Gordon (1977) argumenterer for at sosiale institusjoner og kulturelle verdier har formet moderne prevensjonsteknologi, ikke medisinske og teknologiske hensyn. Hun skriver at prevensjonsbevegelsen kom først frem da kvinners tradisjonelle måte å regulere fertiliteten sin på ble undertrykt. Abort ble ikke kriminalisert før på 1800-tallet, da lover ble laget som skulle undergrave legers konkurrenter – jordmødre (Wajcman, 1991, s. 75). Prevensjon er i hennes øyne like mye et symptom som en årsak til større sosiale endringer i relasjonene mellom kjønnene og i den økonomiske organisasjonen av samfunnet (Wajcman, 1991, s. 74). Wajcman (1991, s. 74) skriver også at «prevensjon har alltid handlet om sosial og politisk aksept heller enn medisin og teknologi». Teknologiens effektivitet er ikke den eneste faktoren for utbredelsen og åpenheten

knyttet til bruk av prevensjon, men også samfunnets holdning til sex, barn, og kvinners verdi som noe annet enn kone og mor (Wajcman, 1991, s. 74). Abort var en tradisjonell form for kontroll over reproduksjon som kvinner ikke lenger fikk tilgang til. I følge forfatteren var det nye på 1800-tallet ikke prevensjonsteknologien, men fremveksten av en politisk bevegelse som kjempet for retten til å bruke prevensjon (Wajcman, 1991, s. 75).

I boken *The death of nature* skriver Carolyn Merchant (1989) om hvordan kvinner og natur lenge har hatt en sterk assosiasjon som har vedvart gjennom kultur, språk, og historie. Hun skriver om hvordan naturen har gått fra å bli sett på som en levende organisme til en maskin som kan utnyttes for ressurser. Metaforen om moder jord er sentral. Feministiske og økologiske perspektiv brukes for å se den historiske sammenkoblingen av kvinner og natur. Denne sammenkoblingen utviklet seg samtidig som den moderne vitenskapelige og økonomiske verdensorden fikk sin form på 1500- og 1600-tallet. For europeere på 1400- og 1500-tallet var daglig interaksjon med naturen det som strukturerte hverdagen, derfor var det gjennom metaforer om natur og organisme som bandt sammen selvet, samfunnet, og kosmoset (Merchant, 1989, s. 1).

Merchant (1989) kaller det en «organisk teori» som hadde politiske og filosofiske forutsetninger. Sentralt for den organiske teorien var «identifiseringen av naturen, spesielt jorden, med en pleiende mor» (Merchant, 1989, s. 2). I motsetning til dette var synet på naturen som vill og ukontrollerbar, og noe som kunne forårsake vold, kaos, og stormer. Begge disse synene koblet det kvinnelige kjønn til naturen fra menneskelige oppfatninger. Etter hvert som den vitenskapelige revolusjonen mekaniserte og rasjonaliserte verdenssynet, forsvant gradvis dette bildet av naturen som en pleiende mor. Det hang sammen med et skifte mot to ideer: mekanisering og herredømme over naturen. Kvinnelige prinsipper spilte en viktig rolle i den organiske orienterte mentaliteten, men disse ble undergravd da en mer mekanisk orientert tankegang tok over (Merchant, 1989, s. 2). Den mekaniske mentaliteten gjorde at kvinnelige prinsipper ble enten eliminert eller utnyttet. Vestlig kultur økte mekaniseringen på 1600-tallet, og som følge var den kvinnelige jorden og urørte jordånden underlagt maskinen. Samfunnet trengte disse nye symbolene av mestring og dominans over naturen for å kunne fortsette prosessene med industrialisering og kommersialisering, for disse var avhengig av å direkte forandre jorden – for eksempel gruvedrift, avskoging, og drenering. Bildet av jorden som en pleiende mor kan ses på som en kulturell begrensning for de sosiale og moralske menneskelige aktivitetene som tillates i forhold til å utnytte jorden.

Som følge av de nye aktivitetene, kom også nye teknologier i bruk: pumper, kraner, vindmøller, vannmøller, klaffventiler, kjeder, stempler, gravemaskiner, valser, gir- og hjulbroer, skiftenøkler, presser og skruer for å nevne noen (Merchant, 1989, s. 2). Teknologisk og kommersiell endring skjedde gradvis i løpet av antikken og middelalderen. Konflikten mellom jorden som en pleiende mor og herredømme over naturen var noe som eksisterte i filosofi, religion, og litteratur, deriblant den greske filosofien og den kristne religionen. Romerske forfattere som Ovid, Seneca, og filosofer fra stoicismen kritiserte åpenlyst gruvedrift som mishandling av deres mor, jorden. Tradisjonelt sett i flere kulturer har ulike deler av jorden vært sammenliknet med kvinnelige kroppsdeler. Mineraler og metaller var i moder jords livmor, gruver ble sammenliknet med vaginaen hennes, og utvinningen av metallene sammenliknes med fødselen av levende metall i ovns kunstige livmor (Merchant, 1989, s. 4). En rekke rammeverk og varianter av det organiske temaet har vært til stede opp igjennom de ulike epokenes tolkning og symbolske mening gitt til naturen. Et eksempel er pastoralt

dikt og kunst i renessansen som presenterte et annet bilde av naturen som kvinnelig, mer tilbake til en velgjørende mor. Naturen her ble fremstilt som en rolig, vennlig kvinne med generøse gaver å gi gjennom å være eks. en hage, et ruralt landskap, eller en fredfull fruktbar scene. Selv om naturen blir fremstilt som en velgjørende kvinne, impliserte det også at når naturen var pløyd og kultivert kunne den brukes som en vare og manipuleres som en ressurs (Merchant, 1989, s. 8). Etter et maskulint syn på naturen som en mor og brud ville primærfunksjonen være å trøste, pleie og sørge for mannens velvære. I denne tradisjonen er også både kvinner og naturen underordnet og passiv. Naturen har altså lenge hatt en viktig funksjon opp igjennom historien, og har blitt behandlet basert på den rådende kulturelle normen. Kvinner spiller en viktig rolle som symbol for først den begrensede utnyttningen av natur, før det mekaniserte og rasjonaliserte verdenssynet tar over. Videre er det sentralt å se på hvordan kvinners assosiasjon med naturen har påvirket deres plassering i samfunnet.

Skillet mellom natur og kultur var en sentral faktor i den vestlige sivilisasjonens fremskritt på bekostning av naturen (Merchant, 1989, s. 143). Natur-kultur dualismen var sentral i humanistiske fag, som historie, litteratur, og antropologi. I disse disiplinene ble dette skillet godtatt uten spørsmål. Etter hvert som europeisk kultur løsrev seg fra det gamle hierarkiske kosmossystemet, hevet den seg i stedet over alt som var symbolisert av naturen. I USA skjedde et tilsvarende skifte, der det å bevege seg vekk fra naturen rettferdiggjorde ekspansjon og utnyttelse av naturens ressurser. Mye amerikansk litteratur har en grunnleggende antakelse om kulturens overlegenhet over natur (Merchant, 1989, s. 144). Antropologer har pekt på at natur og kvinner ansees som et lavere nivå enn kultur, som historisk og symbolsk assosieres med menn (Merchant, 1989, s. 144). Siden kvinners fysiske funksjoner forbindes med reproduksjon, fødsel, og graviditet er kvinner sett på som nærmere naturen, dermed faller som følger den sosial rollen til kvinner lavere på den kulturelle skalaen enn menn (Merchant, 1989, s. 144). Tidlig i moderne Europa var natur-kultur dikotomien brukt som rettferdiggjøring for å holde kvinner på sin plass i den hierarkiske ordren under menn. Det var en reaksjon mot natur og uorden, som var symbolisert av kvinner, og rammet ikke bare underklasse hekser, men også dronninger og adelskvinner. Tilknytningen av kvinner til naturen har altså hatt en rekke konsekvenser for kvinner. Videre skal vi se på hvordan dette har hatt konsekvenser for forskningen på en mannlig p-pille.

1.4 Forskning på den mannlige pillen og kvinnekroppens tilknytning til reproduksjon og vitenskap

Nelly Oudshoorn (2003) gir et historisk overblikk over prosessen for å utvikle hormonell prevensjon for menn i boken hennes *The male pill*. Vitenskapen, samt infrastruktur i både legemiddelindustri og finansiering av forskning har skapt premisser som ikke har vært optimale for utviklingen av hormonell prevensjon for menn. I moderne tid har mesteparten av fokuset innen reproduksjonsmedisin vært på kvinner heller enn menn (Oudshoorn, 2003, s. 4). Dette henger sammen med hvordan medisin, som vitenskapelig felt og praksis, har fortolket og forholdt seg til kvinnekroppen. Kvinnekroppen som et spesielt medisinsk objekt har også en lang historie (Oudshoorn, 2003, s. 4). Ifølge Ornella Moscuccis (1990) beretning var synet at sex og reproduksjon var mer sentralt for kvinners «natur» enn menns, der det å bære fram barn knyttes uløselig til å det å være kvinne. Kvinners assosiasjon med reproduksjon var en viktig begrunnelse for framveksten av det som førte til en egen spesialisering: gynekologi (Moscucci, 1990). Dette var da på slutten av det nittende og begynnelsen av det tjuende århundre.

Fremveksten av gynekologi har legitimert synet på at kvinnekroppen er ferdigstilt for reproduksjon, som definerer studiet av kvinner som et separat medisinsk felt (Moscucci, 1990, s. 2). Moscucci påpeker også at det er påfallende at fremveksten av gynekologifeltet ikke skjedde parallelt med et samsvarende felt for vitenskap rundt menns reproduksjon (Moscucci, 1990, s. 2). Kvinner ble derfor sett på som «den andre», og ble separert i diskursive og institusjonelle praksiser i den biomedisinske vitenskapen (Oudshoorn, 2003, s. 5). Det fortsatte da forskning på hormoner vokste frem, og koblet kvinnekroppen enda mer sammen med laboratoriet (Oudshoorn, 2003, s. 5).

Vitenskapeliggjøringen av kvinnekroppen som først og fremst laget for reproduksjon førte til at det manglet en tilfredsstillende infrastruktur til å forske på hormonell prevensjon til menn. Hormonell prevensjon for kvinner ble utviklet på 1950-tallet takket være det eksisterende nettverket av forskere som fokuserte på hormoner og kvinnekroppen. Interessen for å øke ekspertisen på menns reproduksjons derimot var marginal på 1950- og 60-tallet (Oudshoorn, 2003, s. 24). Det var først sent på 1970-tallet at forskere etablerte andrologi som en spesialisering dedikert til medisinsk forskning og behandling av menns reproduksjonsfunksjoner (Oudshoorn, 2003, s. 6). Selv om andrologi har eksistert i snart 50 år, har det likevel ikke vært utviklet noen nye prevensjonsmetoder for menn det siste århundret, kun forbedringer av eksisterende metoder (Oudshoorn, 2003, s. 6). De eksisterende metodene for menn er kondomer, som har høy risiko for brukerfeil, og vasektomi, som mangler garanti for reversering (Armstrong, 2015, s. 97). Etter hvert har flere menn og kvinner ønsket en bedre utvikling av nye prevensjonsmetoder for menn som er mer effektive og trygge.

Da behovet for flere alternative prevensjonsmidler for menn meldte seg, var det få forskere internasjonalt som spesialiserte seg på menns reproduksjonsbiologi og prevensjon. Det var heller ikke mange land som drev med forskning på det. Utenom Europa og USA var det kun India som drev med forskning på prevensjonsmidler (Oudshoorn, 2003, s. 24). Orienteringen av medisin mot kvinnelige reproduktive kropper har ført til en mangel på kliniske etterforskere og klinikere som var trent i alle aspekter relatert til menns reproduksjon (Oudshoorn, 2003, s. 25). Ekspertisen på menns reproduktive helse har som konsekvens blitt spredt utover en rekke spesialiseringer, som urologi, endokrinologi, gynekologi, og andrologi. Andrologi er fortsatt et marginalt område sammenliknet med gynekologi i dag. En aktør det er sentralt å se på videre er legemiddelindustrien.

1.5 Legemiddelindustriens rolle

Legemiddelindustrien har historisk sett vært en sentral aktør med ressurser til innovasjon av medisiner, og var derfor involvert i utviklingen av legemidler til formål for prevensjon tidlig på 1960-tallet (Oudshoorn, 2003, s. 27). I utgangspunktet var legemiddelfirmaer motvillige til å binde seg til utvikling og forskning på prevensjonsmidler, men det lovende nye markedet for prevensjonsmidler var overbevisende nok. P-pillen for kvinner ble sluppet på markedet to år etter klinisk testing, og på grunn av denne suksessen ble industriell forskning og utvikling av nye prevensjonsmidler en lukrativ forretning (Oudshoorn, 2003, s. 27). Dette tiltrakk seg store amerikanske og europeiske legemiddelfirmaer. Flere faktorer dukket i midlertidig opp som kunne sette en stopper for videre suksess. Rapporter om helserisikoer knyttet til prevensjonsmidler som p-pillen vekket oppmerksomhet (Seaman & Seaman, 1979, sitert i Oudshoorn, 2003, s. 27). Forbrukeraktivister og kvinnebevegelsen kritiserte vitenskapen og industriens manglende bekymring for kvinners helse (Gelijins & Pannenburg, 1993, sitert i Oudshoorn, 2003, s.

27). Det store fokuset på å redusere helserisiko førte til nedgang i aktivitet relatert til forskning på prevensjonsmidler av to grunner (Oudshoorn, 2003, s. 27-28). For det første førte det til en rekke ansvarssaker mot produsenter av prevensjonsmidler. For det andre førte det til strengere reguleringer knyttet til produksjon og godkjenning av nye medisiner. Et strengere testregime har ført til at kostnadene har økt betydelig. Forskning på prevensjonsmidler har blitt et område der innovasjon blir sett på med stor risiko for å mislykkes (Oudshoorn, 2003, s. 28). Representanter fra legemiddelindustrien trekker ofte frem disse faktorene som forklaring på hvorfor industriell utvikling av prevensjonsmidler har stanset (Oudshoorn, 2003, s. 28). Amerikansk legemiddelindustri har så å si trukket seg fra driften av forskning og utvikling. Mesteparten foregår nå i Europa, der tre store legemiddelselskaper har relativt store forskningsprogram (Oudshoorn, 2003, s. 29). Når industrien plutselig måtte møte strengere regler og høy risiko ble forskning og utvikling heller forsterket i retningen mot tryggere produkter, som fokus på forbedring av eksisterende midler heller enn radikale nye innovasjoner (Oudshoorn, 2003, s. 29). Legemiddelfirmaer har som følger vist liten interesse for forskning på prevensjonsmidler for menn. Kravene til ny prevensjon for menn er spesielt høye, så finansiering fra legemiddelindustrien er vanskelig å skaffe (Eielsen, 2020, s. 215). Helst skal hormonell prevensjon for menn være mer eller mindre bivirkningsfri (Eielsen, 2020, s. 215). Sam Keane (2012) skriver i en artikkel at en grunn til at kravene for prevensjon for menn er så høye, er at kalkuleringen de gjør av risiko og ulemper sett opp mot fordeler er annerledes for kvinnelig og mannlig prevensjon. Et eksempel som blir trukket frem er at p-pillen for kvinner øker risikoen for blodpropp, men siden graviditet øker risikoen ti ganger så mye blir bivirkningene sett på som verdt risikoen siden den forhindrer graviditet (Kean, 2012, s. 318). For menn, derimot, gjelder ikke denne sammenlikningen, og toleransen for antall bivirkninger faller til null (Kean, 2012, s. 318). Med et strengere testregime enn før, og de høye medisinske kravene er prevensjon til menn spesielt kostbart å utvikle. Økonomi blir dermed en stor barriere.

Et typisk teknologisk deterministisk syn er teknologiske innovasjoner er selvdrevne prosesser framskyndet av et behov i samfunnet. Teknologiene skapes fordi det er et behov for dem. Slik sett fokuserte forskere på prevensjon for kvinner fordi det var en fremtredende tankegang. Kvinner var forbundet med sex og reproduksjon, derfor fikk kvinnene ha prevensjonsmidler, slik sett var det naturlig. Effektene den nye teknologien får når den introduseres, er helt nødvendig etter et slikt tankegods. Dermed vil det være naturlig at kvinnene tar ansvar for prevensjon. STS påpeker heller at teknologi og vitenskap påpekes av sosiale normer, og kulturelle strømninger (Skjølsvold, 2015). Teknologier er sosialt konstruert i en sosial prosess, som vil si at forskerne ikke utvikler midler i et vakuum. De er preget av egne holdninger og oppfatninger, som utvikles i samspill med samfunnets verdier. Samtidig, hva samfunnet anser som verdige problemstillinger betyr mye for hvilken forskning som får finansiering av staten eller andre institusjoner som Norges Forskningsråd. Finansiering er essensielt for å kunne utføre forskningsprosjekt, og dermed utvikle medisiner som kan testes og til slutt få godkjenning til bruk. Dersom forskningsprosjekt ikke finansieres, kommer ikke nye medisiner til bruk. Dette er en av de sentrale problemstillingene for prevensjonsmidler til menn. Å utvikle prevensjonsmidler til kvinner var kanskje noe samfunnet anså som mer viktig, dermed neglisjerte dette prioritering og finansiering av midler til menn.

1.6 Oppgavens oppbygning

Det første kapittelet er en introduksjon til temaet om hormonell prevensjon for menn. I kapittel 2 redegjør jeg for oppgavens teoretiske grunnlag. Teorikapitlet er delt i tre: den

første delen presenterer et overblikk over STS som feltet, og den andre delen feministisk STS med noen sentrale begreper. Den siste delen beskriver innramming som er det analytiske verktøyet jeg benytter i analysen. Kapittel 3 legger frem studiets valg av metode. Det første analysekapittelet er kapittel 4, og her diskuteres det hvordan informantene tolker prevensjonsteknologien for menn. Kapittel 5 handler om forestillinger om vitenskap som anvendes i diskusjonen om prevensjonsmidler for menn kan eksistere. Til sist kommer en konklusjon i kapittel 6 med videre diskusjon av funn.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for det teoretiske rammeverket jeg benytter for å tolke dataene. Jeg anvender hovedsakelig innrammingsteori for å kategorisere hvilke sosiotechniske forestillinger informantene har om prevensjonsteknologien. Sosiotechniske forestillinger brukes for å utforske informantenes forestillinger om hormonell prevensjon for menn. Begrepet 'fortolkningsmessig fleksibilitet' er for å belyse at hormonell prevensjon for menn kan tolkes på flere måter. Feministisk STS står sentralt som et teoretisk bakteppe for å belyse kjønnsdimensjonen til teknologien.

2.1 Hva er STS?

«Science, technology, and society» eller «teknologi- og vitenskapsstudier» (STS) er et tverrfaglig felt med fokus på å skape en helhetlig forståelse av opphavet, dynamikken, og konsekvensene av vitenskap og teknologi (Hackett et al., 2008). STS trekker sine linjer fra en rekke felt som filosofi, sosiologi, historie, og antropologi, og utfordrer gjerne tradisjonelle perspektiver på vitenskap og teknologi (Sismondo, 2008, s. 13). STS er teknologi- og vitenskapsstudier som har som interesse å studere kunnskapsproduksjon og teknologiutvikling (Skjølsvold, 2015, s. 9). Et sentralt syn STS stiller spørsmålstegn ved er vitenskap og teknologi som noe objektivt, rasjonelt, og naturgitt. I fagfeltet studeres vitenskap og teknologi som sosiale og kulturelle prosesser (Asdal et al., 2001, s. 10). STS legger vekt på at kunnskap, mening, og effekter skapes gjennom sosial handling og aktivitet i vitenskap og teknologi (Hackett et al., 2008, s. 4). Blant annet er det sentralt i STS å åpne 'svarte bokser' for å forstå mekanismer og gjensidige innflytelser som tas for gitt knyttet til fenomener (Spiegel-Rösing, 1977, s. 24). STS er altså nyttig for å gi et kritisk blikk på de antakelser og fenomener man tar for gitt. Spesielt i henhold til hvordan man tenker på teknologi og vitenskap. I kjernen av dette kan det sies at STS ser på hvordan ting konstrueres, og dette har utvidet seg fra kunnskapsproduksjon til artefakter, metoder, materialer, observasjoner, fenomen, klassifiseringer, institusjoner, interesser, historier, og kultur (Sismondo, 2008, s. 13). For mitt prosjekt er det sentralt å benytte et STS-perspektiv for å gi et kritisk blikk på hvordan prevensjon konstrueres. Teknologier kan ofte bli sett på som isolerte enheter uten påvirkning fra noe hold. STS bidrar til å nyansere dette. Prevensjon er en sentral del av et kulturelt og politisk landskap, og vil oppleve påvirkning derfra. For mitt prosjekt fremhever STS hvordan hormonell prevensjon for menn kan konstrueres. For å forstå mer om STS, er det sentralt å se på teknologisk determinisme. Dette er en tankeretning STS aktivt jobber mot.

2.1.1 STS med motsvar til teknologisk determinisme

STS kan beskrives som sosialkonstruktivistisk, en metafor som binder sammen mange av tilnærmingene i fagfeltet (Sismondo, 2008, s. 17). I følge Sismondo (2008, s. 14) gir sosialkonstruktivisme tre viktige antakelser om vitenskap og teknologi: 1. Vitenskap og teknologi er sosialt, 2. konstruksjon innebærer aktivitet, 3. produktene av vitenskap og teknologi er ikke i seg selv naturlige; det er ikke en direkte linje fra naturen til ideer om naturen. Tanken om vitenskap og teknologi som sosiale konstruksjoner kan sees på som et motsvar til et annet dominerende tankegods: teknologisk determinisme. Teknologisk determinisme består av to ideer: at teknologisk utvikling er autonom og at

samfunnsutvikling bestemmes av teknologien (Bijker, 2002, s. 238). Teknologisk determinisme antar gjerne at teknologisk forandring er en uavhengig faktor, den påvirker samfunnet fra utsiden og det eneste menneskene i samfunnet kan gjøre er å tilpasse seg den (MacKenzie & Wajcman, 1999, s. 5). Parallelt til dette var det tradisjonelle internalistiske synet på vitenskap som rasjonell: en autonom sfære på utsiden av samfunnet, som avdekker den «egentlige» virkeligheten (Skjølvold, 2015, s. 21). På samme måte ble teknologi forstått, preget av determinismen, som autonom, selvrevet, og basert på en indre logikk. Sentralt var også tanken om at effektene teknologier fikk når de ble introdusert var helt nødvendige. Nettopp dette gikk teknologi- og vitenskapsstudier imot, ved å vise at både teknologi og vitenskap produseres og formes av sosiale, kulturelle, og historiske strømninger (Skjølvold, 2015, s. 21). Judy Wajcman skriver at litteraturen om reproduksjonsteknologi ofte er preget av teknologisk determinisme (Wajcman, 1991, s. 54). Her antas det at endringer i teknologi er den viktigste årsaken til endringer i samfunnet. Prevensjon for kvinner omtales ofte som revolusjonerende for kvinners likestilling. STS påpeker at denne teknologien ikke har dukket opp av seg selv. Eksistensen av prevensjon er like avhengig av samfunnets holdninger til kvinner og reproduksjon som den er avhengig av effektiv teknologi (Wajcman, 1991, s. 74). Totalt sett viser STS hvordan historie og sosiale strømninger er innebygd i prevensjonen vi har.

Forskere innenfor ulike STS-tradisjoner vektlegger å behandle teknologiutvikling og teknologiens effekter som empiriske fenomen (Skjølvold, 2015, s. 21). Inspirert av det empiriske relativismeprogrammet (EPOR), beskrev Pinch og Bijker (1989) hvordan man kan bryte ned teknologistudier i faser. Akkurat som i EPOR, der den første fasen handlet om å vise hvordan vitenskapelig data var gjenstand for fortolkningsmessig fleksibilitet, skrev Pinch og Bijker at det samme skulle gjøres for teknologi (Skjølvold, 2015, s. 18+22). Fortolkningsmessig fleksibilitet i EPOR handler om å vise at data og resultater man trekker konklusjoner fra ikke er objektive i seg selv, men kan bli tolket forskjellig av ulike forskere (Skjølvold, 2015, s. 18-19). Resultatene man får gjennom eksperimenter og data er altså ikke naturgitt, men får liv gjennom en fortolkning som kan variere fra forsker til forsker (Skjølvold, 2015, s. 19). Pinch og Bijker (1989) bruker det samme begrepet i deres teoriretning «Social construction of Technology» (SCOT) om teknologiske artefakter. Her betyr det ikke bare en fleksibilitet i hvordan ulike mennesker tolker artefakter, men også at det er en fleksibilitet i hvordan artefakter er designet (Pinch & Bijker, 1989, s. 34). Teknologien vil kunne tolkes forskjellig av teknologiens ulike brukere og eventuelt andre potensielle brukergrupper. Samtidig vil designere og utviklere av teknologi besitte sine fortolkninger og forståelser mens de lager teknologien (Skjølvold, 2015, s. 22). Å fokusere på kontroversen som følger den fortolkningsmessige fleksibiliteten til en teknologi eller vitenskapelig arbeid er derfor en viktig inngangsport for STS-forskere (Pinch & Bijker, 1989, s. 22). Teorien får godt frem hvordan ulike ideer og forståelser preger tolkningen av en gitt teknologi. For hormonell prevensjon til menn går kontroversen mye ut at det er forskjellige ideer om hva som er korrekt bruk og hvordan den skal fungere.

Et eksempel på en teknologi som har vært gjenstand for fortolkningsmessig fleksibilitet er ultralyd som diagnostisk verktøy på kvinner. Ultralydteknologi som medisinsk verktøy brukes til å stille diagnoser, kartlegge sykdommer, og vurdere effekter av behandlinger (Helsenorge, 2021). Først på slutten av 1970-tallet ble ultralyd en vanlig prosedyre ved graviditet i Norge (Kvande & Levold, 2014, s. 36). Teknologien var først og fremst tolket som en svangerskapsdiagnostisk metode med den gravide kvinnen som pasient. Forholdene i den gravide livmoren var i utgangspunktet fokuset for ultralyden og det

skulle brukes for å tilrettelegge en optimal fødsel (Kvande & Levold, 2014, s. 37). Etter hvert ble det argumentert for å innføre ultralydscreening og dermed ble det mer fokus på fosteret som pasient, ved at teknologien kunne diagnostisere fostre og finne misdannelser. En gruppe kvinnelige gynekologer gikk ut mot dette og protesterte mot at svangerskap skulle sykeliggjøres fordi man ville bruke begrensede helsetjenester og ressurser på et unødvendig spesialisert og teknologisert nivå (Kvande & Levold, 2014, s. 38). Motsvar til dette vektla imidlertid ultralyd som faglig viktig kunnskapsutveksling. På den ene siden ble altså ultralyd i begynnelsen tolket som et rent faglig og medisinsk nyttig verktøy for å fremme god helse under svangerskap. På den andre siden ble det tolket som en sykeliggjøring av svangerskap og fosteret.

Dette betyr at en teknologi ikke er hugget i stein. En teknologis bruksområder, betydning, og påvirkning er ikke noe som er naturgitt. En teknologi kan bety forskjellige ting for forskjellige brukere. Slik sett blir det viktig å forstå en teknologis ulike tolkninger for å nyansere forståelsen vi har av den. Fortolkningsmessig fleksibilitet står sentralt i STS som et alternativ til den teknologideterministiske tankegangen. For denne oppgaven er begrepet sentralt for å forstå at hormonell prevensjon for menn er en teknologi som kan tolkes på flere måter. Begrepet vil benyttes for å få frem de ulike fortolkingene og hva de kommer av. Hvilke ulike fortolkinger av hormonell prevensjon har informantene?

2.1.2 Sosiotekniske forestillinger

En viktig faktor som påvirker hormonell prevensjon for menn, er at dette er en teknologi som ikke er i bruk ennå. Studien handler derfor om informantenes forestillinger knyttet til blant annet bruk og konsekvenser for den sosiale ordenen. Til dette er 'sociotechnical imaginaries' (min oversettelse: sosiotekniske forestillinger) et nyttig begrep.

Sheila Jasanoff (2015, s. 6) definerer 'sociotechnical imaginaries' som kollektive visjoner av ønskede fremtider som er oppnåelig via fremskritt i vitenskap og teknologi. Disse forestillingene er stabilisert av institusjoner og bygger på en delt forståelse av sosialt liv og sosial orden. Denne forståelsen er støttende ovenfor fremskritt innen vitenskap og teknologi. Sosiotekniske forestillinger kan formuleres og spres av organiserte grupper som bedrifter, sosiale bevegelser, og profesjonelle samfunn (Jasanoff, 2015, s. 5). Forestillingene inneholder ikke bare visjoner om hva som er mulig å oppnå med vitenskap og teknologi. Det handler også om normative vurderinger, hvordan livet burde eller ikke burde leves. På den måten uttrykkes samfunnets delte forståelse. Forestillingene stabiliseres av institusjoner med makt til å heve visse fremtider foran andre for politiske formål (Jasanoff, 2015, s. 6). Dette kan være media, lovgivere, domstoler, eller andre. Forestillinger om ønskede fremtider henger også sammen med det motsatte, delte frykter om skade som kan skje fra innovasjon (eller mangelen på innovasjon) (Jasanoff, 2015, s. 6). Sosiotekniske forestillinger fanger altså opp den normative dimensjonen til sosial orden via forestillingen om det imaginære (Jasanoff, 2015, s. 7).

Min studie ser på informantenes sosiotekniske forestillinger knyttet til hormonell prevensjon for menn. Teknologien er ikke i bruk, men informantene baserer sine forestillinger på en delt forståelse om den eksisterende praksisen med prevensjon for kvinner. Det handler om å undersøke deres visjoner for en foretrukket fremtid med hormonell prevensjon for menn. Hvilke effekter den vil ha og hvem teknologien passer for er viktige spørsmål. Informantene kan ikke kommentere på en teknologi som er i bruk, men benytter allikevel normative vurderinger av hva som er bra og dårlig med

teknologien. Sosiotekniske forestillinger blir derfor viktig for å fange opp informantenes forestillinger eller fortolkninger av hormonell prevensjon for menn.

2.2 Kjønnsperspektiv på teknologi

Siden denne studien handler om informantenes tolkninger av en ny teknologi, er det hensiktsmessig å se på samspillet av sosiale faktorer, vitenskap, og teknologi. Prevensjon generelt, og spesielt prevensjon til kvinner, er preget av en lang historie påvirket av datidens (blant annet) politikk og moral rettet mot seksualitet og reproduksjon. Prevensjon er ikke utviklet i et vakuum, men avhenger i stor grad av en rekke strukturelle og sosiale faktorer. F.eks. som beskrevet av Oudshoorn har forskning på mannlige prevensjon i stor grad vært manglende i forhold til forskning på prevensjon til kvinner fordi det mangler et tilsvarende sosioteknisk nettverk (Oudshoorn, 2003). Dette illustrerer at teknologi ikke eksisterer i et vakuum, men er gjenstand for en gjensidig påvirkning fra sine skapere og brukere, i samspill med samfunnets ulike faktorer og organisering. En annen viktig faktor jeg ønsker å legge vekt på i denne oppgaven er kjønn, og jeg vil kort gjøre rede for feministisk STS.

Jeg vil ta en grunnleggende gjennomgang av hva feministisk teknovitenskap/STS er, fordi jeg anser det som et viktig teoretisk bakteppe for innholdet i min studie. Feministisk teknovitenskap er et tverrfaglig forskningsfelt som har oppstått etter mange tiår med feministisk kritikk (Åsberg & Lykke, 2010, s. 299). Feministisk STS har oppstått i det overlappende feltet mellom STS og feministisk forskning. Denne tilnærmingen fokuserer på den gjensidige påvirkningen kjønn og teknologi har på hverandre (Wajcman, 2010). I tillegg konseptualiseres teknologi som en kilde og en konsekvens av forhold mellom kjønn (Wajcman, 2010, s. 149). Cecilia Åsberg og Nina Lykke (2010) skriver om kjennetegn ved feministisk teknovitenskap. Målet som feministisk teknovitenskap sikter mot, er avdekke måtene kjønn er sammenvevd med natur-, medisinsk-, og teknisk vitenskap i tillegg til sosiotekniske nettverk og globale praksiser (Åsberg & Lykke, 2010, s. 299). STS og feministisk teknovitenskap deler nettopp antakelsen om at vitenskap er sammenvevd med samfunnets interesser og kan stilles til politisk og etisk ansvar for praksisene som skapes ut av dette. I forhold til prevensjon er det interessant å se hvordan ideer om kjønn påvirker utviklingen av prevensjon. Hvordan forestillinger om femininitet og maskulinitet påvirker vitenskapen er sentralt.

Feministiske teknovitenskapelige studier er gjerne inspirert av den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen til kjønn, samfunn, vitenskap, og teknologi. På den måten ønsker feministisk STS å unngå teknologisk determinisme og kjønnsessensialisme ved å vektlegge at forholdet mellom teknologi og kjønn er flytende og situert i sin kontekst (Wajcman, 2010, s. 143). I liknende forstand forstås gjerne kjønn i seg selv som sosialt konstruert gjennom interaksjon. Judith Butler er en sentral teoretiker som snakker om hvordan kjønn er «performativt» og umulig å skille fra den politiske og kulturelle interseksjonen som produserer og opprettholder kjønn (Butler, 1999). Butlers prosjekt er også å få frem at biologisk kjønn er like kulturelt konstruert som sosialt kjønn (Moi, 1998, s. 57). Ved å kombinere disse perspektivene, fremheves det at konstruksjonen av kjønnsidentiteter henger sammen med teknologien som lages (Wajcman, 2010, s. 150). Kjønn blir ikke sett på som statisk og uavhengig av teknologi i lyset av performativitet. Dermed blir kjønn og teknologi produktet av en dynamisk prosess, skapt i relasjonen mellom individuelle og kollektive fortolkninger (Wajcman, 2010, s. 150). Følgene av dette er at kjønnete oppfatninger er flytende, samtidig som de teknologiske artefaktene er gjenstand for varierte fortolkninger og meninger.

Kjønnsforskere har siden 1970-tallet stilt spørsmål ved forholdet mellom vitenskap og kjønn (Wajcman, 1991, s. 1) Et sentralt grep feministiske STS studier har gjort er å vise hvordan vitenskapelig kunnskap ofte har sitt opphav i kjønnete eller kjønnsdiskriminerende holdninger, og samtidig bidrar til konstruksjonen av kjønn (Sismondo, 2008, s. 14). Sismondo (2008) trekker frem studiene til Emily Martin (1991) og Anne Fausto-Sterling (1992) som avdekker hvordan kjønnsstereotyper og ideologi spiller en sentral rolle i vitenskapelig forskning på biologi. Dette var noe tidlige kjønnsforskere var opptatt av.

Som et utspring fra kritikken om underrepresentasjon av kvinner i vitenskap, hevdet feminister forskning generelt i vesten var preget av et maskulint bias. Spesielt biologi mente feminister ble brukt for å skape kjønnsroller med grunnlag i biologiske kjønnsforskjeller (Wajcman, 1991, s. 3). Vitenskap var sett på som verdifri, men etter hvert ble vitenskap koblet med ideologi. Forskning demonstrerte blant annet hvordan sosiale og politiske hensyn er sentrale for forskeres vurdering av teorier (Wajcman, 1991, s. 4). På 1980-tallet fokuserte feminister på teknologien i seg selv som kjønn. Mer radikalt ble teknologi, som vitenskap, sett på som et mannlig prosjekt for å skape dominans og kontroll over kvinner og naturen (Wajcman, 1991, s. 17). Det henger sammen med et tradisjonelt syn på teknologi som mannlig aktiviteter i form av industrielle maskiner og militære våpen, mens mer dagligdagse teknologier glemmes (Wajcman, 2010, s. 144). Denne assosiasjonen mellom menn og maskiner er et resultat av historiske og kulturelle produksjoner av kjønn (Wajcman, 2010, s. 144).

Kjønnsforskere har argumentert for at maskulinitet er privilegert i forhold til femininitet via binære opposisjoner i vestlig kultur, f.eks. kultur og natur, logikk og følelser, hard og myk (Wajcman, 2010, s. 144). En sentral bekymring til feminister er teknologiers påvirkning på kvinners liv (Wajcman, 1991, s. 13). Blant annet reproduksjonsteknologier er gjenstand for kontrovers. Teknologien kan være frigjørende for kvinner, f.eks. prevensjon ved å stoppe uønsket graviditet eller husarbeid. Samtidig, hvis teknologien blir sett på som uttrykk for menns dominans, så regnes den som undertrykkende for kvinner. Dette viser at også prevensjon er gjenstand for fortolkningsmessig fleksibilitet. Poenget er at teknologi er noe kjønnsforskere har ansett som viktig lenge, og er et felt som er preget av ulike fortolkninger. En grunnleggende teknofeminisme blir derfor sentralt i min oppgave.

Teknofeminisme viser hvordan konkrete praksiser innen design og innovasjon fører til at visse brukere blir utelatt, da gjerne kvinner (Wajcman, 2010, s. 151). I forhold til hormonell prevensjon for menn er det interessant å se på det motsatte, hvordan menns prevensjonsutvikling har blitt utelatt og underutviklet. Den feministiske kritikken er dermed nyttig for å se på hvordan produksjon og bruk av teknologi er formet av kjønn og makt. Wajcman skriver at innsikten som skiller seg ut med feministisk STS er at kjønn er integrert i den sosiotekniske prosessen der teknologi skapes (Wajcman, 2010, s. 150). Teknologiens materialitet tillater eller hemmer praksiser av bestemte maktforhold mellom kjønn. Mennesker og artefakter utvikler seg sammen, og er ikke et automatisk resultat av vitenskapelig og teknisk kunnskap tatt i bruk. Et viktig poeng Wajcman understreker er at selv om kjønn er integrert i teknovitenskap betyr det ikke at forholdet er fast og uforanderlig (Wajcman, 2010, s. 150).

For min studie er anser jeg det som viktig å belyse hvordan kjønnsdimensjonen påvirker meningene og holdningene rundt hormonell prevensjon til menn. Historisk har kvinner blitt knyttet sterkere til sin biologi og naturen enn menn. Derfor er det interessant å se

om dette er et syn som vedvarer. Feministisk STS er viktig for mitt tema for å forstå hvordan kjønn og teknologi knyttes sammen. På grunn av det nevnte historiske synet på kvinner som natur kan en hypotese være at dette fortsatt er noe som vedvarer. P-pillen kan tenkes å ha blitt skapt av forskere med dette synet, at det er kvinnens biologi som må reguleres. Kunne det vært annerledes, at prevensjon for menn heller hadde blitt prioritert? Basert på tidligere forskning kan det se ut som at konstruksjonene av en kvinnes kjønnsidentitet henger tett sammen med muligheten hun har til å bli gravid og dermed ansvaret hun må ta for det. Maktforholdet mellom kjønnene i vitenskapen og produksjonen av prevensjonsmidlene står som sentralt. Hvordan forhandler informantene dette synet på kvinners ansvar mot en potensiell teknologi som skal påvirke menns biologiske funksjon?

'Heteronormativitet' er et sentralt begrep utviklet innen skeiv teori. Heteronormativitet referer til hvordan det eksisterer en overveldende antakelse innebygd det i vestlige samfunn, om at majoriteten av forhold er heterofile (Jeppesen, 2016). Videre betegner det hvordan heteronormativitet er den dominerende modellen for organiseringen på flere områder, som det sosiale, kulturelle, politiske, og økonomiske feltet (Jeppesen, 2016). Samtidig får det konsekvenser for organisering av identiteter, erfaringer, og kunnskap. Begrepet beskriver hvordan heteroseksualitet og cis-kjønn blir produsert som en universell standard for menneskelig erfaring (Svendsen et al., 2018). Med andre ord blir heterofili sett på som den «normale» eller «standard» seksualiteten man skal organisere livet sitt etter. Hensikten med begrepet er å klargjøre disse prosessene tydeligere, og tydeliggjøre at heterofili er som noe tas for gitt.

Et eksempel i norsk kontekst er hvordan norske elever har vanskeligheter med å forestille seg et ikke-heterofilt liv, selv om norske verdier i større grad vektlegger likestilling mellom homofile og heterofile forhold (Røthing & Svendsen, 2010). Røthing og Svendsen relaterer dette til hvordan norsk undervisning og lærebøker reflekterer antakelsen om at alle studentene er heterofile og kommer til å leve et heterofilt liv (Røthing & Svendsen, 2010, s. 152).

Dette begrepet er relevant for å forstå min studie, ettersom den helt klart tar sted innenfor et heteronormativt rammeverk. For det første er debatten i seg selv preget av et heteronormativt syn. Ofte omtales hormonell prevensjon i forhold til kun menn og kvinner. Sjeldent nevnes det andre grupper prevensjon kan være nyttig for, som transkjønnede eller ikke-binære personer. Når det snakkes om hormonell prevensjon til menn knyttes det ofte opp mot menn og kvinner i et parforhold. Forskingen på hormonell prevensjon for menn foregår også gjerne i tilsynelatende heterofile par, som eksemplifisert i en avisartikkel om et preparat til menn som testes i par: «Male contraceptive could be near as trial of gel begins - 450 couples will try for a year using gel applied daily» (Devlin, 2019). Slik sett blir reproduksjon og biologi rammet inn i et heteronormativt perspektiv. Derfor blir begrepet nyttig for å forstå rammeverket som preger debatten i sin helhet.

2.3 Innramming

Begrepet 'innramming' har blitt benyttet av akademikere på tvers av humaniora og samfunnsvitenskap (Skjølsvold, 2013). I STS brukes innramming gjerne i studier av kontroverser, mer presist for å forstå og analysere prosessen der kontroversen lukkes. En kontrovers oppstår når det er «store uenigheter mellom aktører med ulike interesser i den nye kunnskapen eller teknologien» (Kvande & Levold, 2014, s. 34). Hormonell prevensjon for menn er en potensiell ny teknologi preget av store uenigheter mellom

aktører om funksjon og aksept. Innramming har blitt brukt i studier der fokuset ligger på hvordan aktører håndterer komplekse situasjoner eller spørsmål. Det legger vekt å hente frem hvilke fortolkninger eller rammer aktører bruker for å håndtere ulike type kontroverser eller situasjoner.

Michel Callons (1998) videreutviklet begrepet 'innramming' fra sosiologen Erving Goffman (1974). Goffman (1974, s. 10) bruker begrepet 'rammer' for å isolere det grunnleggende rammeverket av forståelse i samfunnet som er med på å gi hendelser mening. For Goffman er en ramme en måte å organisere erfaring slik at deltakende aktører kan identifisere typen aktivitet som finner sted (Fine & Manning, 2003, s. 53). Goffman nevner et eksempel om et kyss som kan forstås på forskjellige måter: en romantisk hilsning mellom et par, et uformelt tegn på affeksjon mellom venner, et uønsket forsøk på byen, en måte å kose et kjæledyr etc. (Fine & Manning, 2003, s. 54; Goffman, 1974, s. 10). For Goffman er rammer de usynlige prinsippene for organisering i hverdagen som definerer menneskers opplevelser (Ritzer & Stepnisky, 2014, s. 363). Det handler om hvordan sosiale situasjoner er strukturert eller rammet inn av sosiale og materielle elementer som gjør regler og muligheter for handling tydelige (Skjølsvold, 2015, s. 80). Et premiss er at aktørene klarer å bli enige (gjerne implisitt) om de ulike tilgjengelig handlingene basert på rammene interaksjonene finner sted i (Callon, 1998, s. 249). Hvilke innramminger som gjøres avhenger av aktørenes relasjoner, forpliktelser, og erfaringer, men også at innrammingene har sterk forankring i den ytre verden utenfor rammene (Singstad, 2011, s. 131). Forskjellige fysiske og organisatoriske virkemidler er noe rammene er avhengig av.

Lise Kvande og Nora Levold (2014) tar i bruk innrammingsbegrepet for å se på hvordan ultralydundersøkelse av gravide kvinner ble et kontroversielt tema gjennom uenigheter om innramming. Kvande og Levold skriver at teknologiske kontroverser ofte oppstår fordi aktører rammer inn teknologien ulikt (Kvande & Levold, 2014, s. 35). Innramming kan brukes til å analysere hvordan aktører kalkulerer og forstår problemkompleks ved å skape ulike innramminger av samme fenomen eller problem (Kvande & Levold, 2014, s. 36). Tomas Moe Skjølsvold benytter innramming for å bidra til forståelse i kontroversen rundt bærekraft (Skjølsvold, 2013). Even Nordhuus Levolds (2021) masteroppgave undersøker ungdommers kunnskaper og holdninger omkring genredigerings teknologi ved hjelp av innrammingsbegrepet. I STS kan altså innramming vært nyttig for å bedre forstå kategorier som skapes i en kontrovers, og hvordan aktørene forholder seg til dem. For mitt prosjekt har det vært sentralt å benytte innramming for å sortere forestillingene informantene har om hormonell prevensjon.

Callon bruker begrepet 'ramme' i studiet av økonomiske markeder. Han ser at det samme som Goffman peker på også gjelder interaksjoner i markedet. I hans økonomiske kontekst handler det om å studere hvordan aktører utfører transaksjoner eller kontrakter ved hjelp av å ramme inn de nødvendige handlingene. Callon argumenterer for at aktørene og godene involvert i kalkulasjonene må ramme dem inn; klare og presise skillelinjer må etableres mellom relasjonene aktørene anser som viktig og relasjonene som blir ignorert (Callon, 1999, s. 186). Callon hevder at innramming på den måten er essensiell i markeder, ettersom det fasiliterer at avgjørelser tas og evalueringer gjøres (Skjølsvold, 2013, s. 1271). Innramming handler altså om at aktører kategoriserer, strukturerer, og avgrenser kunnskap, verdier, og holdninger de anser som viktig og relevant for å håndtere ulike situasjoner. Samtidig betyr det at noe skyves på utsiden av rammen som irrelevant eller uinteressant (Kvande & Levold, 2014, s. 35).

Callon foreslår det kan være nyttig å se på lukningsmekanismer til kontroverser ved hjelp av innramming (Skjølsvold, 2015, s. 79). Lukking i denne sammenhengen betyr at kontroversen avsluttes når enighet konstrueres for å håndtere situasjonen (Callon, 1998, s. 261). Innramming indikerer at lukking er mulig, ved at individer regulerer problemet sammen mens de etablerer en barriere mellom seg og verdenen rundt (Callon, 1998, s. 251). Dette skjer f.eks. gjennom nye forhandlinger av kontrakter. Det er ikke alltid like enkelt. I tilfeller der innramming er vanskelig eller bevisst blir overtrådt av aktører skaper det noe Callon kaller for «overflyt» eller «oversvømmelse» (Callon, 1998, s. 251). Han skriver at ingen rammer er totalt tette, enhver ramme er utsatt for oversvømmelser (Callon, 1999, s. 188). Dette er fordi rammene alltid vil ha en forankring til verden utenfor. En fysisk forankring er nødvendig for å kalkulere og endre en innramming. Et eksempel Callon bruker er relatert til forskning: handlinger inne i rammer er forberedt og strukturert av utstyr, teori, og forskere. Disse tingene er med på å skape innramming og struktur, men de er også potensielle kanaler for oversvømmelser (Callon, 1998, s. 254). Innramming blir dermed en dynamisk prosess ettersom det alltid er fare for at ny kunnskap og informasjon, eller nye kategorier invaderer prosessen og skaper oversvømmelser (Kvande & Levold, 2014, s. 35). Når aktørene identifiserer oversvømmelser er det mulig å mobilisere elementer for å stabiliseres rammen og holde oversvømmelsen unna, eller de kan gjøre nye kalkulasjoner for å ramme inn interaksjonen annerledes (Callon, 1998, s. 259; 1999, s. 188).

Innramming i denne oppgaven brukes for å forstå hvordan helsepersonell fortolker hormonell prevensjon for menn. Jeg vil undersøke hvordan informantene vurderer og skaper rom for hormonell prevensjon for menn ved hjelp av innramminger. Fokuset ligger på informantenes holdninger og meninger knyttet til en ny teknologi. Hvilke effekter ser de for seg teknologien potensielt kan ha? I hvilke kontekster ser de for seg at teknologien passer eller ikke passer? For å skape en ramme kreves det at aktørene har et felles utgangspunkt alle er enige om, gjerne implisitt. Deretter går de sammen for å regulere en situasjon, å skape en barriere mellom seg selv og verdenen, som Callon sier (Callon, 1998, s. 251). Lukking av en kontrovers skjer som resultat av det. Problemet med hormonell prevensjon for menn er at det har vært vanskelig å skape enighet på flere områder. Dette kan være om bivirkninger, generell nytte, og bruk. Siden det finnes så mange prevensjonsmidler for kvinner kan det hende det ikke blir sett på som like sentralt å få flere alternativer til menn. Hvordan vurderer informantene nytten av et nytt prevensjonsmiddel til menn? En mulig oversvømmelse kan kanskje være at informantene ikke ser poenget med å utvikle et nytt middel til menn når det finnes så mange alternativer for kvinner allerede. Forskning på hormonell prevensjon ser også ut til å alltid slite med bivirkninger og helserisiko som følger med prevensjon. I begynnelsen da ulike prevensjonsmidler for kvinner ble lansert på markedet, som spiral og p-piller, var det flere som opplevde alvorlige bivirkninger. Dette møttes med stor kritikk da og har vært en sentral kritikk i ettertid. Det kan derfor tenkes at en mulig oversvømmelse er helserisiko. I en innramming av hormonell prevensjon som trygg, ønsker man ikke noen slags type helserisiko for brukeren. Jeg forventer nok derfor at bivirkninger og helserisiko er noe informantene er opptatt av, basert på tidligere forskning. Hvordan forholder de seg til mulige helserisikoer og bivirkninger av hormonell prevensjon for menn?

2.4 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg presentert sentrale teorier og begreper som skal brukes for å besvare min problemstilling: *Hvordan fortolker helsepersonell hormonell prevensjon*

for menn? Fortolkningsmessig fleksibilitet er et nyttig begrep for å forstå at artefakter kan designes og tolkes på forskjellige måter basert på gruppen det handler om. Til dette stiller jeg spørsmålet: Hvilke ulike fortolkninger har informantene om hormonell prevensjon for menn? Feministisk STS er sentralt for å få med kjønnsdimensjonen i debatten, ettersom prevensjon er et kjønnnet felt. Hvordan forhandler informantene synet på kvinners ansvar mot en potensiell teknologi som skal påvirke menns biologiske funksjon? Jeg vil bruke innrammingsteori for å kartlegge og kategorisere de sosiotechniske forestillingene informantene har om en ny teknologi preget av kontrovers. Hvilke effekter ser de for seg teknologien potensielt kan ha? I hvilke kontekster ser de for seg at teknologien passer eller ikke passer? Hvordan forholder de seg til mulige helserisikoer og bivirkninger av hormonell prevensjon for menn? Disse forskningsspørsmålene vil jeg utforske i analysen min.

3 Metode

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for de metodiske valgene jeg har gjort for å undersøke hvordan helsepersonell fortolker hormonell prevensjon for menn. Først vil jeg presentere valget av temaet og problemstilling, som en inngang til den kvalitative metoden. Deretter skriver jeg om datamaterialet og prosessen med datainnsamling. Videre vil jeg gå inn på analysemetoden, avslutningsvis kommer refleksjoner rundt studiens kvalitet og forskningsetikk.

3.1 Valg av tema og problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er som følger: *Hvordan fortolker helsepersonell hormonell prevensjon for menn?* Utgangspunktet for studiet mitt var å finne ut mer om hormonell prevensjon for menn. Først var spørsmålet mitt hva slags barrierer det var som hindret slik prevensjon å komme ut på markedet. Så langt har ikke slik prevensjon for menn etablert seg som et tilgjengelig produkt for befolkningen, på tross av årevis med forskning og interesse fra ulike grupper. Etter hvert spisset jeg problemstillingen mot å se på folks holdninger til teknologien. Det var spennende i seg selv siden det er et relativt ukjent felt for folk flest. Med jevne mellomrom dukker det opp diskusjoner om lovende forskning for et potensielt produkt, med interesse fra både kvinner og menn, før det stilner igjen. I tillegg er prevensjon en teknologi som påvirker og blir sett på som viktig for mange ulike samfunnsområder som reproduksjon, likestilling, seksualitet, politikk, økonomi, medisin, og forskning for å nevne noen. Til slutt ble fokuset mitt rettet mot helsepersonell. Jeg ønsket å finne ut mer om hvordan personer som jobbet mer eller mindre direkte med prevensjon fortolket og forsto en potensiell teknologi som hormonell prevensjon for menn. Målet var å utforske deres holdninger og meninger knyttet til teknologien. Dette var interessant å utforske fordi de har mer ekspertkunnskap om prevensjonsfeltet, eks. hvordan prevensjon fungerer og hvilke behov pasienter har. Jeg vil også argumentere for at deres holdninger og kunnskap har sentral påvirkning på prevensjonsfeltet og pasienters opplevelser. For å undersøke dette har jeg valgt å benytte meg av kvalitativt intervju.

3.2 Forskningsdesign: Hvorfor velge kvalitativt?

Tove Thagaard (2018) skriver at en målsetting med kvalitative metoder er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Kvalitative metoder gir dermed et grunnlag for fordykning og intensive analyser av fenomener vi studerer (Thagaard, 2018, s. 12). Intervju er en av de mest brukte metodene innenfor kvalitativ forskning. Formålet med intervju er blant annet å få fylldig og omfattende kunnskap om hvilke synspunkter og perspektiver informantene har på temaet som intervjuet handler om (Thagaard, 2018, s. 89). Ifølge Thagaard (2018) gir intervju et godt grunnlag for å få innsikt i personers erfaringer, tanker, og følelser. Siden målet mitt var å utforske en spesifikk gruppes holdninger, meninger, og tolkninger av hormonell prevensjon for menn, anså jeg dette som den best egnede metoden. Jeg opplevde at informantene så på dette som et litt ukjent område. Flere sa de måtte de søke opp informasjon selv, ettersom det ikke var noe de hadde hørt så mye om. Intervjuet ble dermed en plass for utveksling av meninger som de kanskje ikke hadde fått diskutert høyt før. Intervju tillot meg å gå i dybden på informantenes

meningsunivers. Jeg fikk utdypende forklaringer på deres resonnement rundt prevensjonsteknologien.

3.3 Datamaterialet

Datamaterialet mitt består av fire intervju med til sammen åtte personer. Intervjuene varierte i antall deltagende personer og lengde. To av intervjuene ble gjort én-til-én, som varte ca. 30-40 minutter. To intervjuer ble gjort i grupper på to til fire personer, hvor det korteste var ca. 40 minutter mens det lengste var 1,5 time langt. Alle informantene jobber innenfor helsesektoren og jobber mye eller delvis med prevensjon. Det inkluderer en fastlege som driver en praksis med å informere og å skrive ut prevensjon til pasienter, og oppfølging av prevensjon. En gynekolog som jobber mye med fødselshjelp, men også på en poliklinikk knyttet til områder som blødningsforstyrrelser, prevensjon, og sterilisering. To helsesykepleiere som driver en helsestasjon, og holder på med prevensjonsveiledning og samtaler rundt seksualitet med studenter. Det siste intervjuet var med fire medisinstudenter, som i tillegg til å studere medisin har en type deltidsjobb med seksualundervisning for ungdom i skolen. Slik sett kan denne informantgruppen klassifiseres mer som eksperter på prevensjon, siden de driver spesielt mye praksis eller har spesialisert utdanning rettet mot emnet. Et unntak kan være medisinstudentene, som ikke er ferdig utdannet, men som allikevel har ekstra kunnskap om prevensjon knyttet til arbeidet med seksualundervisning. Intervjuene ble gjennomført i løpet av høsten 2021 og våren 2022.

3.4 Datainnsamling: utvalg og rekrutteringsprosess

Fastleger har en sentral rolle med å informere og skrive ut prevensjon til pasienter. Samtidig må de holde seg oppdatert på hvilke typer prevensjoner som er tilgjengelig og utviklingen i feltet. Slik sett kan fastleger beskrives som en type portvakter for behandling og informasjon relatert til prevensjon. Derfor ville det vært interessant å få perspektivet fra noen som er mer i kontakt med prevensjonsfeltet, blant annet det faglige og diskursive i forbindelse med forskning og formidling. Samtidig må de håndtere pasienter situert i en mer hverdagslig kontekst, der prevensjon er viktig for deres livsstil og velferd. Det opplevdes som en interessant vinkling å få perspektivet til helsepersonell som jobber med prevensjon. Meningene deres kunne tenke seg å være informert på en annen måte enn potensielle brukere. Eksisterende studier ser gjerne på menn (og kvinner) som brukere, og holdningene de har rettet mot en potensiell hormonell prevensjon for menn (Eberhardt et al., 2009; Marcell et al., 2005; Walker, 2011). Imidlertid er det vanskeligere å finne lignende studier som ser på holdningene helsepersonell har til hormonell prevensjon for menn i lys av sin rolle som eksperter. Dermed var tanken å supplere med denne studien på det området.

Slik sett har denne studien et strategisk utvalg, ettersom jeg systematisk valgte personer som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Kvalifikasjonene jeg ønsket utviklet seg etter hvert fra kun fastleger til helsepersonell som jobber tett opp mot prevensjon. Grunner til at kriteriene mine forandret seg var blant annet tidsbegrensninger og tilgjengelighet, som jeg kommer nærmere inn på i de neste avsnittene.

Tabell 1: Oversikt over informanter

| Gruppe | Nummer i int. | Kjønn | Alder |
|------------------------|----------------------|--------------|--------------|
| Lege | 2 | Mann | 32 |
| Gynekolog | 2 | Kvinne | 34 |
| Helsesykepleier | 2 | Kvinne | 35 |
| Helsesykepleier | 3 | Kvinne | 36 |
| Medisinstudent | 2 | Kvinne | 25 |
| Medisinstudent | 3 | Mann | 24 |
| Medisinstudent | 4 | Mann | 25 |
| Medisinstudent | 5 | Kvinne | 22 |

Kriteriene mine var altså: a) utdannet helsepersonell, b) jobb som innebærer veiledning og administrering av prevensjon, c) kunnskap om prevensjonsfeltet. Basert på kriteriene jeg hadde satt meg i begynnelsen startet jeg med å søke etter klinikker med fokus på kvinnehelse på nettet. Jeg kontaktet disse klinikkene via e-post. Intensjonen var å få tak i legene som jobbet på disse klinikkene, siden de spesialiserte seg på blant annet prevensjon. Dermed ville de potensielt ha kunnskap og meninger om hormonell prevensjon til menn. Prosessen tok lang tid og jeg fikk få svar. Dette kan muligens være fordi fastleger er en yrkesgruppe under økende arbeidsmengde og liten tilgjengelighet (Helsedirektoratet, 2022). Det samme skjedde ved forsøk på å kontakte leger og forskere som hadde uttalt seg i media om prevensjon for menn. Siden masteroppgaven har en begrenset tidsramme, var det derfor ikke ønskelig å fortsette rekrutteringen av denne gruppen ettersom det potensielt kunne ta for lang tid. Tanken var derfor å heller supplere med andre innenfor feltet helse og prevensjon, f.eks. medisinstudenter, gynekologer, urologer, sexologer, eller helsesykepleiere. Da jeg snakket om utfordringene knyttet til rekruttering av informanter i mine kretser fikk jeg mange tips og forslag til personer jeg kunne kontakte. Blant annet var det en medstudent som kjente en medisinstudent jeg fikk komme i kontakt med, som skaffet meg en gruppe medisinstudenter. Helsesykepleierne kom jeg i kontakt med via en kursleder jeg kjente som jobbet under samme arbeidsgiver som dem. Gynekologen var rekruttert via en tidligere kollega til et familiemedlem som jobbet i helsesektoren. Jeg bestemte meg for å inkludere disse også, ettersom de oppfylte kvalifikasjonene med å være utdannet helsepersonell, hadde kunnskap om og jobbet med prevensjon på ulike vis.

Intervjuene ble utført i løpet av en relativt lang tidsperiode. Jeg fikk god tid til å bearbeide og gjøre meg kjent med materialet før neste intervju tok sted. Til slutt endte jeg opp med åtte informanter til sammen. Dette ble satt som metningspunktet for antall intervju ettersom jeg opplevde at lignende svar og tema begynte å dukke opp i intervjuene. Dermed ble det grunnlaget for å danne et helhetlig bilde.

Slik sett var rekrutteringsprosessen min en blanding av type tilgjengelighetsutvalg og snøballmetoden. Utvalget var strategisk fordi de hadde egenskaper som var relevante for problemstillingen, og fremgangsmåten for å velge deltakere var basert på at de var tilgjengelige for forskeren (Thagaard, 2018, s. 56). Kravene mine til kvalifikasjoner gikk fra kun fastleger til personer innen helse som også jobber med prevensjon. Dette på grunn av utfordringer med rekruttering av fastleger. Utvalget hadde blitt for lite med kun

ett intervju. Derfor besluttet jeg å utvide kravene slik at informantene som var tilgjengelige, rekruttert via mitt nettverk, også kunne inkluderes i studien. En fordel er at det gir mer mangfoldig perspektiv på debatten innen helsesektoren, ettersom det var flere typer helsearbeidere. En ulempe var at ekspertisen på prevensjon varierte noe. Sammenlikning var derfor ikke like gjeldende på alle områder. Utvalget kan heller ikke sies å være representativt for en yrkesgruppe.

Snøballmetoden innebærer at et utvalg i begynnelsen er lite og gradvis vokser, ved at forskeren får personlig kontakt med noen informanter som bes om å rekruttere andre informanter til studien (Andrews & Vassenden, 2007, s. 152). I motsetning til definisjonen var alle førstekontaktene i rekrutteringsprosessen min innenfor mitt eget nettverk: medstudenter, familie, og kjente som tilbød seg å bidra i rekrutteringen. Alle informantene var ukjente for meg. Andrews og Vassenden (2007, s. 156) kaller dette en kjederekruttering. Snøballmetoden kan være problematisk av forskningsetiske hensyn i henhold til prinsippet om informert samtykke før deltakelse i et forskningsprosjekt (Andrews & Vassenden, 2007, s. 154). For å ivareta informert samtykke og anonymitet sørget jeg for at videre rekruttering skjedde via mine førstekontakter. Mine kontakter videresendte prosjektinfo til de potensielle informantene. Først da de potensielle informantene takket ja til å delta fikk jeg navn og kontaktinformasjon slik at vi kunne avtale intervju.

Kjønnsfordelingen er ganske jevn: tre menn og fem kvinner deltar i studien. Mitt inntrykk fra forskningslitteraturen, er at menn og kvinner ville kunne ha noe ulik oppfatning om hormonell prevensjon for menn. Det kan være vanskelig å lese ut kjønnete perspektiver fra et lite utvalg. Det skaper usikkerhet over hva som handler om kjønn og hva som er en naturlig variasjon i meninger. Samtidig kan begge kjønn være nyttig for å se en variasjon og bredde i meninger og tanker. Dette kan være basert på kjønn de har eller hvordan de ser på kjønn, men det kan være vanskelig å se et klart mønster.

3.4.1 Intervjuprosess

Det første intervjuet jeg hadde med legen var digitalt via Zoom. Intervjuet med medisinstudentene var et fokusgruppeintervju med fysisk oppmøte. Helsesykepleierne, også med fysisk oppmøte, som et dyadisk intervju. Det siste intervjuet med gynekologen var via telefon. Informantene fikk tilsendt informasjonsskrivet fra NSD med et samtykkeskjema som de måtte lese og skrive under på før intervjuet. I tillegg fikk jeg muntlig samtykke på nytt for å bekrefte deltakelse før intervjuet startet. Informantene fikk informasjon om at intervjuet ville bli tatt opp og transkribert for videre analyse.

Intervjuet var basert på en relativt strukturert tilnærming. Jeg utformet intervjuguiden med tre temaer, som hadde en nokså fast rekkefølge. Rekkefølgen på spørsmålene innad i temaene varierte noe, men som regel fulgte jeg temaene slik de var satt opp. Med mindre informanten tok opp noe som kom senere i guiden, da gikk jeg gjerne over på neste tema dersom det passet seg eller trakk samtalen tilbake til bolken vi var i. Intervjuguiden var delt opp i to-tre temaer. Jeg valgte å tilpasse intervjuguiden basert på hvem jeg intervjuet, og utviklingen i kunnskapen jeg opparbeidet meg. Den første intervjuguiden for legen var delt opp i fire deler: Tanker om hormonell prevensjon, utdanning og kunnskap om prevensjon, og meninger og kontroverser rundt prevensjon. For intervjuet med gynekologen og helsesykepleierne gikk jeg mer bort i fra bolken om utdanning og prevensjon, og hadde heller et lite tema om spørsmål de møter om prevensjon i sin praksis. Dette var fordi jeg ikke anså det som en like sentral vinkling å fokusere på utdanning. For medisinstudentene var guiden noe forkortet med tanke på tid

i gruppeintervju. Spørsmål om prevensjon i utdanning og i møte med praksis anså jeg ikke som passende og tok dermed bort dette. Intervjuguidens viktigste temaer var spørsmål om informantenes personlige tanker om hormonell prevensjon for menn og deres meninger om sentrale argumenter i debatten. I den sistnevnte kategorien trakk jeg frem typiske påstander jeg hadde sett om hormonell prevensjon for menn, og ba om informantenes meninger.

Det første intervjuet ble holdt digitalt via Zoom. Intervjuet ble tatt opp via Zooms opptaksfunksjon, som betydde at video og lyd ble tatt opp. Informanten ble derfor informert om dette, og at det kun var lyden som skulle brukes til transkripsjon. En tanke å ha med seg når man rekrutterer til videointervju er at det kan ekskludere potensielle informanter som enten ikke behersker teknologi eller ikke har tilgang til akseptabelt teknisk utstyr (Lobe et al., 2022, s. 6). På grunn av COVID-19 pandemien har bruken av verktøy for videobaserte konferanser (Teams, Zoom, Skype, etc.) blitt benyttet i større grad enn før av den øvrige befolkningen for blant annet arbeid (Campos, 2021; Karl et al., 2022). I lys av dette tenkte jeg derfor teknisk kompetanse og utstyr ikke ville være et like stort hinder, ettersom flere har blitt eksponert for nettbaserte videosamtaler og skaffet seg nok ressurser for å mestre dette. Fordelen med nettbasert videointervju er at det ga meg utvidet tilgang til større geografiske områder (Lobe et al., 2022, s. 10). Det gjør det også enklere for informanten å få intervjuet til å passe inn i hverdagen, f.eks. kan de foreta intervjuet uten å måtte forlate kontoret. Akkurat det anså jeg som en fordel som veide opp for andre faktorer, siden jeg ønsket å rekruttere fra en svært travel informantgruppe.

Dyadisk eller to-persons intervju ligger i mellom individuelle intervju og fokusgruppeintervju på spekteret (Lobe et al., 2022, s. 2). Siden helsesykepleierne ble rekruttert samtidig av den ene førstekontakten min, virket det mer naturlig å intervju dem samtidig. Dette ville være mer effektivt med tanke på tid. En annen fordel var deres dynamikk som kollegaer. Det bidro til en mer avslappet dynamikk under intervjuet. Lobe et al. (2022, s. 2) skriver at dyadiske intervju gir dybden og detaljene slik som individuelle intervju har, samtidig som man får interaksjonen mellom de to som intervjues, slik som i fokusgruppeintervju. Fordelen med å gjøre intervjuet på denne måten var at jeg som intervjuer til en viss grad ble avlastet for å lede samtalen. Ofte kunne jeg stille et spørsmål som førte til en diskusjon mellom de to informantene. Her fikk de muligheten til å dele erfaringer og sammenlikne meninger. Som Lobe et al. (2022, s. 2) skriver var dette spesielt nyttig for å forstå hvordan kontekst påvirker tanker, atferd, og beslutningstaking. Det førte f.eks. til at informantene reflekterte mer høyt med den andre parten om hvor holdningene deres kom fra. Dette intervjuet ble også gjort fysisk på arbeidsplassen deres. Slik kunne distraksjoner bli minimert, dynamikken kunne spille ut for fullt, og det var komfortabelt å stille spørsmålene (Frey & Fontana, 1991, s. 183).

Intervjuet med medisinstudentene ble gjort som et fokusgruppeintervju med fire deltakere. Fokusgruppeintervju samler data gjennom gruppeinteraksjon om et emne som er bestemt av forskeren (Morgan, 1997, s. 6). Fordelen med gruppeintervju er at gruppedynamikken bidrar til å generere data, ved at deltakerne kan dele meninger og sammenlikne. Kilden til dataene blir dermed ikke bare svarene de enkelte i gruppen gir, men kommentarene de kommer med til hverandre (Lobe et al., 2022, s. 3). Samtidig var det tidsmessig effektivt. Å lede et gruppeintervju kan være utfordrende på en annen måte enn én-til-én intervju. Jeg opplevde at diskusjonen gikk fint uten for mye inngripen fra min side da jeg stilte spørsmål. Rollen min var derfor litt mer tilbaketrukket. Samtidig

krevde det litt mer konsentrasjon å følge med på at alle temaene ble dekt, samtidig som diskusjonen holdt seg saklig. Mason (2018) advarer også mot tendensen til at de mest dominerende synspunktene fremmes fordi personer med avvikende synspunkter kvier seg for å uttrykke seg (Thagaard, 2018, s. 92). Informantene var ikke redd for å diskutere både positive og negative holdninger til hormonell prevensjon for menn. Det må likevel tas høyde for.

Det siste intervjuet med gynekologen ble holdt over telefon. Dette var mest av praktiske årsaker, fordi informanten var på et sted der internett ikke var tilgjengelig, derfor var en telefonforbindelse mer stabilt. Selv om intervjuet var over telefon, startet jeg med praktisk informasjon om intervjuet og ba om muntlig samtykke til deltakelse. Irvine (2010, s. 2) skriver at telefonintervju på en måte lar intervjuer og informant være litt mer avslappet. Informanten kunne også forholde seg mer anonym. Som Irvine (2010, s. 2) skriver, er fordelen at jeg kunne holde mer øye med intervjuguiden og ta notater uten at informanten kunne se det. Samtidig opplevde jeg at telefonintervju krevde like mye, om ikke mer konsentrasjon som fysiske intervju. Det var en ulempe at det var lettere å miste konsentrasjonen eller bli distraheret ettersom jeg ikke hadde en person fysisk på samme sted som meg å forholde meg til.

På grunn av variasjonen i intervjumetoder vil det ha påvirket datamaterialet mitt både positivt og negativt. Fordelen med intervju over zoom og telefon er at det er enkelt å arrangere. Det er også lettere å få frem individuelle meninger fra en gitt informant. I motsetning til spesielt gruppeintervju der det kan være fare for at ikke alle meninger kommer frem. Gruppe- og dyadisk intervju gir dog mulighet til å sammenlikne flere ulike meninger. En ulempe er at opplevelsen av en mer uformell, avslappet atmosfære var mindre fremtredende i intervju digitalt og over telefon. Der hadde intervjuene litt mer preg av å gå rett på sak i stedet for uformell småprat, slik som Irvine (2010, s. 5) beskriver sin opplevelse med telefonintervju. Da det digitale intervjuet og telefonintervjuet var avsluttet gikk det fort over til å si takk og farvel, med begrenset mulighet for uformell sosialisering eller refleksjon etter opptaket var avsluttet. Tillit og trygghet kan derfor være vanskeligere å skape. Det var fortsatt en akseptabel måte å gjennomføre intervjuene på, og var meget praktisk med tanke på omstendighetene. Jeg anerkjenner allikevel at variasjonen vil ha påvirket datamaterialet mitt. Jeg har ikke opplevd at variasjonen i intervjumetoder har påvirket arbeidet med datamaterialet på en overveldende måte.

I bearbeidingen av datamaterialet måtte jeg ta noen valg om transkribering. Transkriberingen gjorde jeg mest mulig ordrett, men besluttet å ikke ta med ulike nøleord. Pauser ble heller markert med tre punktumstegn. Jeg valgte også å utelate dialekt, transkripsjonene ble skrevet i bokmål, for å få mest mulig samsvar på tvers av datamaterialet. I utgangspunktet har jeg kun redigert sitatene for at informantens mening skal komme tydeligere frem, gjennom å eks. fjerne gjentakende ord eller å legge til ord som klargjør hva de snakket om.

3.5 Tematisk analysemetode

Metoden jeg har benyttet for analysen min er inspirert av tematisk analyse. Tematisk analyse er et paraplybegrep for metoder som søker å identifisere mønster eller tema i kvalitative datasett (Braun et al., 2019, s. 843). Tematisk analyse er metoder for å systematisk identifisere og organisere data for å skape innsikt i overordnede meninger eller tema på tvers av datasett (Braun & Clarke, 2012, s. 57). Et tema kan defineres som «en gruppering av data med viktige fellestrekk» (Johannessen et al., 2018, s. 279).

Hvert tema er en kategori hvor data med viktige fellestrekk er gruppert. Målet med tematisk analyse er å gruppere svarene i kategorier eller temaer for å få et svar på forskningsspørsmålet man stiller (Johannessen et al., 2018, s. 279).

Jeg valgte tematisk analyse på grunn av metodens evne til å la forskeren systematisk organisere og skape kategorier for å svare på spørsmål. Jeg ønsket å finne ut av informantenes personlige mening om prevensjonsteknologi for menn. Temaene som jeg konstruerte ved hjelp av metoden lot meg derfor skape forståelse for deres forestillinger om hormonell prevensjon for menn. Verdien i denne metoden er at empirien får mest plass. Analysen min ble dermed i stor grad veiledet av informantenes utsagn, som dannet grunnlaget for mine tolkninger.

Siden tematisk analyse er teoretisk uavhengig i seg selv (Johannessen et al., 2018, s. 280), valgte jeg å kombinere analysemetoden med innramming som teoretisk rammeverk. På denne måten var teorien brukt for å identifisere og definere temaer. Tematisk analyse ved hjelp av innrammingsteori var nyttig for å forstå hvordan informantene tolket hormonell prevensjon for menn. Det gjorde det mulig å granske hva slags rammer de konstruerte for å gi mening til teknologien.

Som sagt er min analysemetode inspirert av tematisk analyse, da mest av Braun og Clarke (2012) og Johannesen, Rafoss, og Rasmussen Johannessen et al. (2018). Braun og Clarke foreslår en tilnærming i seks faser. Jeg vil videre gå gjennom disse som samsvarer med min metode.

Den første fasen handler om å gjøre seg kjent med datamaterialet for å oppdage ting som er relevant for forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2012, s. 61). Dette startet allerede i fasen med transkribering, da jeg hørte gjennom opptakene flere ganger og konverterte lyden til tekst. Deretter begynte jeg med flere gjennomlesninger av materialet, først med generelle spørsmål i bakhodet om hva informantene sa og hva det kunne bety. Jeg skrev også flatempiri for å få en oversikt over hva informantene sa. Slik ble jeg enda mer kjent med materialet.

Den andre fasen er å begynne en systematisk analyse av data gjennom koding (Braun & Clarke, 2012, s. 61). Som definert av Braun og Clarke (2012) identifiserer og markerer koder deler av dataen som kan være relevant for forskningsspørsmålet. Slik som Johannessen et al. (2018, s. 285) instruerer markerte jeg viktige poeng i fargekoder basert på kategorier jeg så for meg. Jeg begynte med å markere generelle utsagn om hormonell prevensjon i gult, mens fargen rød handlet om utsagn relatert til kjønn, rosa var utsagn om forskning og diskurs, lyseblå handlet om bivirkninger, grønn var barrierer som legemiddelindustri og økonomi. Samtidig skrev jeg også noen koder i tekstformat som påpekte gjentakende utsagn på tvers av intervjuene. Her endte jeg opp med koder som: «kunnskapsunderskudd», «trenger mer forskning», «kvinner bærer konsekvenser», «naturlig tilstand for kvinner», og «ansvar for prevensjon». Slik sett kodet jeg lite med tekst, men dannet meg heller kategorier og potensielle temaer mens jeg fargekodet transkriberingen. Kodene var basert på gjentakende samtaleemner som dukket opp. Jeg lagde derfor veiledende tema med fargekoding og tekstkoding. Derfor ble kodingsfasen mer kombinert med den tredje fasen om å søke etter tema.

Et tema skal fange opp noe viktig om dataene i forhold til forskningsspørsmålet og fanger opp mønsteret eller meningen innad i dataene (Braun & Clarke, 2012, s. 63). Viktig for Braun og Clarke (2012, s. 63) er at temaene er ikke noe forskeren oppdager, men heller konstruerer i en aktiv prosess. Jeg kombinerte fargekoding og tekstkoding i et tematiske

kart for å kartlegge temaene jeg så for meg og hva disse inneholdt. De neste fasene hos Braun og Clarke (2012) er å gjennomgå temaene, for så å navngi og definere dem. Siden jeg hadde innrammingsteori som teoretisk utgangspunkt, søkte jeg å konstruere innramminger med informantenes utsagn som besvarte problemstillingen min. Jeg lagde en tabell med fire innramminger og plasserte passende sitater jeg syntes ga et helhetlig bilde av innholdet i rammen. De tre rammene jeg bestemte meg for til slutt var: likestillingsteknologi, parteknologi, og umulig teknologi. Ifølge Braun og Clarke (2012) er det viktig at de konstruerte temaene sjekkes opp mot dataene man har samlet inn. Samtidig må man kunne navngi og definere det som er unikt og spesifikt med temaene man setter opp. Dette gjorde jeg ved å sørge for at innrammingene hadde nok sitater som kunne tolkes i analysen. Å forklare temaene jeg lagde til sparringspartnere muntlig var også nyttig for å klargjøre og definere grensene for hva temaet inneholdt.

3.6 Vurdering av forskningens og datamaterialets kvalitet

For å vurdere kvalitativ forsknings kvalitet er det sentralt å rette oppmerksomhet mot forskningens troverdighet. Ifølge Thagaard (2018, s. 181) er 'reliabilitet', 'validitet', og 'overførbarhet' sentrale begreper for å vurdere et forskningsprosjekts troverdighet og dermed kvalitet.

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet og knyttes til hvordan forskeren utvikler data (Thagaard, 2018, s. 181). For styrke forskningens pålitelighet har jeg redegjort tidligere i metodekapittelet for dataene mine, metoden, og avgjørelser gjennom prosjektet. Slik styrkes reliabiliteten ved at en utenforstående kan vurdere forskningsprosessen (Thagaard, 2018, s. 188). I tillegg presenterer jeg tydelig hva som er primærdata og hva som er mine egne tolkninger. Begge disse tiltakene er med på å sikre høy reliabilitet i forskningen (Ryen, 2002; Thagaard, 2018, s. 188).

Validitet handler om gyldigheten av tolkningene forskeren kommer frem til (Mason, 2018, s. 239 sitert i Thagaard, 2018). Validitet kan oppnås ved å stille spørsmål om tolkningen forskeren har kommet frem til er gyldig i forhold til virkeligheten som har blitt studert (Thagaard, 2018, s. 189). I en sosialkonstruktivistisk tradisjon vil jeg påpeke at dette er tolkningen min av en virkelighet basert på dataene mine. Tolkningen kunne vært annerledes dersom en annen forsker hadde utført analysen. Jeg har dog styrket validiteten ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen. For en ekstra dimensjon av kritisk refleksjon som styrker validiteten har jeg sammen med mine veiledere diskutert ulike tolkninger. I tillegg vil jeg argumentere for at validiteten styrkes fordi funnene mine speiler seg i annen forskning. F.eks. finner jeg den samme modellen for vurdering av risiko med bivirkninger som Oudshoorn (2003).

Overførbarhet baserer seg på at forståelsen man utvikler innenfor et prosjekt, kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2018, s. 182). Kvalitativ forskning generaliserer sjelden fra en analyse av et empirisk utvalg til et større, bredere utvalg (Mason, 1996, s. 153). En måte å generalisere på er å vise hvordan funnene belyser prosesser eller problematikk som er sentrale for en bredere forklaring eller kunnskap (Mason, 1996, s. 154). Funnene mine kan være relevante i andre sammenhenger om prevensjon. De belyser hvordan prevensjon tolkes i lys av syn på kjønn og vitenskap. Slik sett kan dataene mine bidra til å mer forståelse for hvordan prevensjon tolkes i ulike kontekster. Samtidig kan det være relevant for å se på kjønne forestillinger om teknologi.

En begrensning med datamaterialet er at perspektiv rundt betydningen av hormonell prevensjon for menn ikke har blitt vurdert for andre grupper som transkjønnede og ikke-

binære personer. Hvordan jeg skulle inkludere disse perspektivene var noe jeg var usikker på fra begynnelsen av. Samtidig var dette ikke noe som dukket opp i intervjuene av seg selv. Oppgaven har altså blitt preget av et heteronormativt perspektiv. Det er en selvforsterkende effekt ettersom mesteparten av litteraturen og diskusjonen i debatten er preget av samme heteronormative ramme. En av forskningsartiklene jeg leste som anerkjente dette var Bertotti et al. (2021). Bertotti et al. (2021, s. 2) anerkjenner at «prevensjonsteknologi har forskjellige meninger, implikasjoner, og risikoer for individer på tvers av kjønnsidentiteter». Videre påpekes det at prevensjon brukes av flere grunner enn kun for å hindre graviditet, og at ikke alle som kan bli gravide identifiserer seg som kvinne. Jeg anser dette som sentralt for oppgaven min også. Bruken av mann og kvinne i denne oppgaven referer derfor også til cis-kvinner og cis-menn for å være konsistent med resten av litteraturen. Et forslag til nyansering av videre forskning vil altså være å inkludere et mer mangfoldig perspektiv på blant annet kjønnsidentitet til de som bruker og trenger prevensjon.

3.7 Forskningsetikk: Konfidensialitet og informert samtykke

De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH) skriver at forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger er meldepliktige (Thagaard, 2018, s. 22). Dette prosjektet er meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

Ethvert forskningsprosjekt skal ta utgangspunkt i prinsippet om at forskeren må ha deltakerens informerte samtykke (Thagaard, 2018, s. 22). Det vektlegges at samtykket skal være fritt, informert, og utvetydig (NESH, 2021, s. 18). NESH skriver at forskeren skal gi tilstrekkelig informasjon om hva det innebærer å delta i forskningen (NESH, 2021, s. 19). For å sikre dette ga jeg informasjonsskrivet fra NSD til informantene på forhånd. Informasjonsskrivet med samtykkeskjema måtte leses og skrives under på. Før intervjuet startet gikk jeg gjennom informasjonen igjen og innhentet muntlig samtykke på nytt. På tross av dette kan samtykke i kvalitative forskningsprosjekter være problematisk. På grunn av fleksibiliteten som preger metoden er det vanskelig å gi fullstendig informasjon om prosjektet i startfasen, hva slags innsikter dataene vil gi, og hvordan resultatene vil se ut (Thagaard, 2018, s. 23).

Thagaard (2018) skriver at «et annet grunnprinsipp for en etisk forsvarlig forskningspraksis er kravet om konfidensialitet» (Thagaard, 2018, s. 24). NESH formulerer det som at «forskere skal behandle innsamlet informasjon konfidensielt hvis det er avtalt eller hvis det er nødvendig av andre grunner» (NESH, 2021, s. 23). For å sikre informantenes konfidensialitet har jeg behandlet informasjonen fra prosjektet slik at deres identitet har forblitt skjult. Alle intervjuene ble tatt opp med en lydopptaker og transkribert. Materialet har blitt anonymisert underveis ved at jeg fjernet navn og andre identifiserbare personopplysninger. Som sagt valgte jeg å transkribere intervjuene i bokmål, dette var også et grep for å sikre anonymisering, slik at informantenes opprinnelsessted ikke kunne bli identifisert. Navn ble erstattet med nummer, og kontaktinformasjon ble oppbevart separat fra datamaterialet.

3.8 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg gjennomgått mitt metodiske grunnlag og fremgangsmåten for studien. Jeg har presentert valget av temaet og problemstilling som grunnlag for valget av intervju som kvalitativ metode. Jeg har redegjort for datamaterialet bestående av fire intervju. Prosessen med datainnsamling, der rekruttering var problematisk og førte til en

utvidelse av kriterier for utvalget. Deretter beskrev jeg tematisk analyse som min analysemetode. Til slutt noen refleksjoner rundt studiens kvalitet og forskningsetikk. I det neste kapittelet skal jeg presentere og drøfte mine funn fra datamaterialet med utgangspunkt i det teoretiske og metodiske bakteppet lagt frem for oppgaven.

4 En teknologi for likestilling og par

I STS er innramming sentralt for blant annet å vise hvordan nye teknologier kan styres (Pichelstorfer, 2016). Callons (1998) etablerer at rammer er et viktig verktøy for inkludering og ekskludering for å håndtere situasjoner. På den måten blir innramming måter å gi teknologier muligheter på noen områder, samtidig som de begrenses på andre (Pichelstorfer, 2016). Hormonell prevensjon for menn er en potensiell ny teknologi preget av kontrovers. Hvilken metode fungerer på menn? Hva slags bivirkninger har den? Hvorfor er det nyttig å utvikle? Hvem er interessert? Det er noen spørsmål debatten er preget av. Hvordan denne teknologien snakkes om er interessant å kartlegge. Det gir mulighet til å forstå hvordan individer forsøker å håndtere en kontroversiell ny teknologi. Det kan gi innsikt i hva slags plass de ser for seg teknologien kan ta i det eksisterende sosiotekniske nettverket. Eventuelt om det må dannes et nytt. I dette kapitlet skal jeg undersøke de ulike innrammingene av teknologien hormonell prevensjon for menn. Jeg ønsker å få frem informantenes meninger om selve teknologien, men også deres ideer om hvordan den kan brukes. Det er interessant å se på i lys av at hormonell prevensjon for menn er en teknologi som ennå ikke er i bruk. Siden den ikke er tilgjengelig ennå, ønsker jeg å utforske de sosiotekniske forestillingene informantene har dannet seg.

Reproduksjon er et grunnleggende kjønnet felt siden det er tett forbundet med kroppslige reproduksjonsfunksjoner (Ravn et al., 2016, s. 14). Siden det er kvinner som blir gravide, legger samfunnet det meste av ansvaret på kvinner. Det kan sees i f.eks. mengden prevensjonsmidler tilgjengelig for kvinner. I Norge har likestilling blitt en dominant ramme for forståelse av kjønnete problemstillinger, i offentlig debatt, politikk, og som en generell kulturell fortolkningsramme rundt kjønnsrelaterte spørsmål (Ravn et al., 2016, s. 15). Prevensjonsmidler får ofte tilskrevet status som en revolusjonerende teknologi for kvinner av blant annet historikere. Dette ved at kvinners status ble forbedret i familien og i samfunnet gjennom bruk av prevensjon (Benagiano et al., 2007). P-pillen blir sett på som en revolusjonerende teknologi som ga kvinner mulighet til å kontrollere sin egen fertilitet. Seksuell aktivitet kunne skilles fra reproduksjon. Å kunne unngå graviditet gjorde at kvinner kunne fullføre utdanning, opplæring og å bli sysselsatt (Benagiano et al., 2007). Dette gjaldt ikke bare single kvinner, men også nylig giftede kvinner som ønsket å kombinere karriere og familie (Silies, 2015). I lys av dette forstås gjerne prevensjon som en teknologi knyttet opp mot en likestilling av kvinner. Også for kvinner i parforhold er prevensjon sentralt. Ekteskap og kjernefamilien står fortsatt sentralt i det norske samfunn (Ravn et al., 2016). F.eks. skriver Jotun Solheim (1998) at den heteroseksuelle parrelasjonen, spesielt det heteroseksuelle samleiet, ligger i sentrum av den kulturelle forståelsen av slektskap og familierelasjoner (Ravn & Skjølsvold, 2016, s. 162). Det forventes gjerne at en kjernefamilie skal inneholde to voksne med et barn, født og oppdratt av sine passe unge, heterofile, genetiske foreldre (Ravn & Skjølsvold, 2016, s. 162). Videre forventes det at forholdet mellom foreldrene er et kjæresteforhold med en intim relasjon som romantiske og seksuelle partnere. Slik sett blir prevensjon viktig for familieplanlegging, siden det forventes en seksuell aktivitet hos par som kan føre til barn. Prevensjon forbindes generelt med kvinner, og da gjerne med likestillingen av kvinner i samlivet. Videre ønsker jeg å se på hvordan prevensjon diskuteres når det kommer til menns rolle.

4.1 Innramming 1: En likestillingsteknologi

Studier viser at kvinner fortsatt har hovedansvaret for graviditet, og velger f.eks. gjerne p-pillen i stor grad. (Wajcman, 1991, s. 77). Mens p-pillen på 1960-tallet ga kvinner en mulighet til å kontrollere egen reproduksjon i større grad enn før, har ikke menn hatt en lignende utvikling i muligheten til å kontrollere sin reproduksjon gjennom medisinske prevensjonsmidler. I begynnelsen var det blant annet feminister som kjempet for mer utvikling av prevensjon, med krav om at menn også delte ansvar og helserisiko (Oudshoorn, 2003, s. 6). Oudshoorn (2003) viser at forskere innen reproduksjon brukte feministiske termer for å fremme prevensjon for menn, med fokus på at det ville føre til at kvinner og menn blir likestilte. Slik sett har prevensjon vært innrammet som en likestillingsteknologi for både kvinner og menn. Selv om menn har mulighet for å bruke kondomer eller ta en vasektomi, er det flere studier som viser at både kvinner og menn har en interesse for flere tryggere, reversible, og effektive prevensjonsmidler for menn (Gava & Meriggiola, 2019, s. 1). Siden kondomer assosieres som en metode med høy feilrate, og vasektomi som et invaderende inngrep og ikke enkelt å reversere (Wang et al., 2016, s. 38), så har hormonell prevensjon for menn blitt sett på som et mer praktisk og effektivt alternativ som skal gi menn mer kontroll over egen fertilitet og mer deltakelse i familieplanlegging (Gava & Meriggiola, 2019, s. 1). Fordi et hormonelt preparat for menn kobles sammen med mer kontroll over reproduksjon og mer deltakelse i familieplanlegging for menn vil jeg argumentere for at det kan rammes inn som en likestillingsteknologi. Målsetningen mange aktører har, blant annet feminister, er at introduksjonen av en ny prevensjonsteknologi for menn vil føre til mer likestilling mellom menn og kvinner på reproduksjonsfeltet. Teknologien skal skape likestilling ved deling av ansvar og risiko. Med andre ord så har likestilling for menn vært en av de store argumentene for å utvikle mer hormonell prevensjon for menn. Fra mitt synspunkt utgjør dette en potensiell innramming av prevensjon for menn, som jeg vil utforske videre.

4.1.1 Likestilt frustrasjon

I intervjuene fortalte både legen og helsesykepleierne at det regelmessig kommer kvinnelige pasienter og uttrykker frustrasjon over at det er dem som må ta prevensjonsmidler. Flere etterspurte også hormonell prevensjon for menn som et alternativ. På spørsmål om noen etterspør hormonell prevensjon for menn, sa legen: «Ja, veldig mange, og det er særlig kvinner som etterspør det, og det er naturlig nok fordi de sier «hvorfor er det vi som skal ta denne «søkken»?». Legen tolker det her som at kvinner opplever ansvaret som krevende og urettferdig. Krevende fordi å finne prevensjonen som passer best innebærer en prosess av utprøving av forskjellige preparater. Urettferdig fordi det er kvinnen som må tåle bivirkningene og ubehaget som bruker av denne prevensjonen. For legen virker det som mange kvinner spør etter hormonell prevensjon for menn som en løsning for å lette på frustrasjonen med prevensjon. Han tolker det som et de etterspør det fordi kvinnene stiller spørsmålsteg ved hvorfor de må håndtere frustrasjonen.

I begynnelsen av intervjuet med helsesykepleierne spurte jeg om hvorfor det virket som menn ikke var interessert i hormonell prevensjon, og svarene ble gitt i en lattermild tone. Kvinnene som uttrykker frustrasjon med sin egen prevensjon, vekker sympati:

Helsesykepleier 2: «Jeg tror rett og slett [menn] bare ikke kommer og spør fordi at det er jo ikke noe og det det vet de jo.»

Helsesykepleier 3: «Mhm.»

Helsesykepleier 2: «Jeg opplever veldig mye frustrerte damer da.»

Helsesykepleier 3: «Ja! [ler] Ja, det er sant.»

Helsesykepleier 2: «Ja. Mhm, som synes det er noe herk og at det her er lagt på oss! Oss damer, liksom.»

Mens menn ikke spør noe særlig om prevensjon, gjør mange kvinner det. Da er særlig situasjonen med en frustrert kvinnelig pasient veldig kjent for dem. Det virker som de lo fordi situasjonen virket så absurd. Mens det er mange kvinnelige pasienter som er frustrerte over prevensjonen sin, er det ingen menn som er i samme situasjon, og det gjør situasjonen latterlig.

Intervjuer: «Ja, hva gjør du da når de uttrykker sånn frustrasjon?»

Helsesykepleier 2: «Nei, jeg støtter dem fullt ut.»

Helsesykepleier 3: [latter]

Helsesykepleier 2: «Jeg har jo kjent på det selv også. [ler]»

Helsesykepleier 3: «Jaja.»

Videre var de opptatt av å gi disse kvinnene støtte, spesielt siden de selv har kjent på det samme. Dette tyder på at de kan identifisere seg med situasjonen. Igjen kom det frem en litt lattermild tone. Det oppleves ikke som at de ler av pasientene, men heller av situasjonen siden den er såpass utbredt og gjenkjennelig. Etter dette kom de inn på en beskrivelse av hvordan prosessen oppleves med å finne et prevensjonsmiddel:

Helsesykepleier 2: «Det er jo en liten reise det der, og finne liksom.... en sånn utforskningsperiode til å teste ut forskjellige preparater for å finne den som passer kroppen din best mulig. Det kan være tidkrevende og frustrerende, og berg-og-dal-bane, altså. I følelser og... i bivirkninger og...»

Helsesykepleier 2: «Mye penger òg.»

Helsesykepleier 3: «Mhm.»

Helsesykepleier 2: «Ikke minst.»

En av helsesykepleierne beskrev prosessen med å finne et preparat som passer som en «liten reise» og en «utforskningsperiode». Når man skal velge et prevensjonsmiddel er det mye å tenke på: varighet, type prevensjon, pris, metode for bruk/innsettelse, bivirkninger og sikkerhet. Sex og Samfunn, et norsk senter for seksuell og reproduktiv helse, har en prevensjonsguide som skriver om bivirkninger for hormonell prevensjon:

«De vanligste bivirkningene av hormonell prevensjon er hodepine, ømme bryster, tørrhet i skjeden, humørendringer, kviser, fet hud, fett hår og mindre sexlyst. Bivirkningene går ofte over i løpet av de tre første månedene, så ha litt tålmodighet når du starter med ny prevensjon. Hvis plagene ikke går over, kan du bytte til en annen type prevensjon. Det er bare du som kan avgjøre om plagene er ille nok til å slutte eller bytte» (Sex og Samfunn, 2020, s. 5).

Hormonell prevensjon fører altså med seg en rekke bivirkninger kvinner må håndtere. Å måtte være tålmodig og teste ut flere preparater ser ut til å være noe kvinner må tolerere med teknologien. Kvinner oppfordres til å være tålmodig og teste ut flere apparater for å se hvilken som passer deres kropp best, med minst mulig bivirkninger. Dette ser vi eksempel på i prevensjonsveiledningen til Sex og Samfunn. Det må tas avveininger om plagene er håndterbare eller om kvinnen vil bytte. Helsesykepleierne beskrev dette som en «berg-og-dal-bane» som indikerer at prosessen er preget av svingninger. Det er tidkrevende, ettersom at man må vente en viss periode for å se om bivirkningene går over, og kan være frustrerende dersom det ikke går som man ønsker. I

tillegg er det kostbart å prøve prevensjon. Man må regne med kostnaden for legetimer, evt. innsettelse, og prisen på selve prevensjonen.

En av helsesykepleierne nevnte eksplisitt i intervjuet, at hun tenkte utviklingen av hormonell prevensjon for menn var en del av likestillingskampen: «Man tenker det er jo en del av likestillingskampen også, på en måte, at vi må komme videre». Dette kan tolkes som at informantene ser neste fremskritt for likestilling er at menn får like muligheter som kvinner til å bruke prevensjon. På samme måte som menn får flere muligheter til prevensjon, vil det bety samme mulighet til å ta byrden med bivirkninger. Hvem skal ta ansvaret for prevensjon og de påfølgende bivirkningene? Likestilling ser ut til å være en viktig innramming i dette spørsmålet. Innrammingen av hormonell prevensjon for menn som en likestillingsteknologi gjør at teknologien fortolkes med et positivt syn. Det gjør at informantene tolker den som et middel som skal hjelpe oss oppnå målet om likestilling av kjønnene. Bruken av prevensjon for kvinner har blitt innrammet som en frigjøring og et stort skritt for likestilling i samfunnet. Samtidig sees det på som urettferdig at menn ikke må takle de samme frustrasjonene med prevensjon. Det er flere måter informantene så for seg likestilling. Vi skal nå se videre på forestillingen om likestilt kontroll og ansvar.

4.1.2 Likestilt kontroll

Kontrollen kjønnene har på sin egen reproduksjon var et sentralt emne i intervjuene. Da handlet det gjerne om at kvinner har mer kontroll fordi de har mye prevensjon å velge mellom. En av medisinstudentene knyttet makt opp mot dette. Medisinstudent 2 påpekte at kvinner har mer «makt» i form av at kvinnen kan bestemme når hun bruker prevensjon:

«Ja, kvinner har mye mer makt da i det spillet her, hvis man kaller det et spill, enn det menn har, fordi de kan da selv velge om de vil gå på prevensjon. [...] Menn i det spillet her da de har på en måte ikke så mye de skulle ha sagt da. Heller. Så den ufrivillige barnløsheten vs. jeg vil ha barn, derfor får jeg ha det. Den er ganske mye... og den er ganske skjevfordelt da. Kan man si.»

Jeg tolker dette som at medisinstudenten ser for seg at prevensjon for menn skal skape en likestilling i maktforholdet mellom kvinner og menn knyttet til reproduksjon. Menn vil bli likestilt i større grad i form av større mulighet til å kontrollere egen reproduksjon. Jeg tolker dette som medisinstudenten ser en sammenheng mellom makten til å bestemme over reproduksjon, og skjevfordelingen i valgmulighetene kvinner og menn har til å velge prevensjon. Den samme informanten så for seg konsekvenser av hormonell prevensjon til menn som «at menn igjen vil få kanskje større makt i samfunnet da. Bare per nå, så er det jo sånn at det er langt flere ufrivillige barnløse menn enn kvinner». Kvinnen blir sett på som den med mest makt siden hun har mest kontroll over om hun blir gravid ved bruk av hormonell prevensjon, mens menn ikke har den samme muligheten. Helsesykepleierne så det som positivt at menn også kan få større kontroll over egen reproduksjon:

Helsesykepleier 3: «Tenker bare på det som positivt, jeg da.»

Helsesykepleier 2: «Ja, hvorfor skulle det være negativt? For skal man velge å føde et barn i verden så må jo det være en enighet mellom de to partene da. Så hvorfor er det da negativt at mannen skal få lov til å være med å kontrollere det?»

Helsesykepleierne vektla her en likestilling i form av lik bestemmelse over reproduksjon. De tolker det som at et prevensjonsmiddel til menn skal kunne skape mer likestilling i

form av lik autonomi over egen reproduksjon. Dette sees på som positivt ettersom flere informanter mener begge, men spesielt menn, burde ha mer kontroll. På den måten kan man si at ved hjelp av hormonell prevensjon skal menn få like mye autonomi som kvinner har når det kommer til egen reproduksjon.

I tillegg til mer likestilt kontroll over fertilitet, forestilte informantene seg i intervjuene at menn kan få større kontroll i uvisse situasjoner. Det vil si, situasjoner der de ikke vet om den andre parten går på prevensjon. Da jeg spurte om grunner for og mot at informantene ville brukt hormonell prevensjon, svarte en av de mannlige medisinstudentene:

Medisinstudent 3: «Største som liksom veier tyngst for min del - det er det at vi har på en måte mer kontroll og mer... har også et valg da, uten å nødvendigvis må ta opp den her kondomet eller et spørsmål eller... og så videre. For vi kan jo spørre og dem kan si ja og fortsatt slik... Vi vet egentlig aldri med mindre vi har et kondom på og vi får kontroll. Som sagt. Jeg vet at jeg har tatt prevensjonen min. Det her går fint, trenger ikke å spørre engang. Og det er mitt største argument da, for at det bør finnes.»

Kondomet er et av de få prevensjonsmidlene menn har. Derfor kan det tenkes at kondomet er et viktig fysisk symbol på kontrollen menn har. Det kan tolkes som at dersom menn hadde flere valg, ville de ikke måtte ta opp kondomet og spørre, noe som kanskje oppfattes som å «forstyrre» stemningen. Informanten ser ut til ønske seg et annet alternativ. Etter min fortolkning av studentens utsagn, vil en p-pille for mannen kanskje derfor anses som mer diskret. Mannen kan da selv vite han har kontroll på situasjonen rundt graviditet, uten å fysisk bringe det opp. Den samme vissheten som kvinner har når de bruker p-piller eller lignende. Mannen ville dermed likestilles i mengden kontroll han har på å gjøre noen gravide. Muligheten for flere valg ser også ut til å stå sterkt for medisinstudenten. Medisinstudenten anser dette som det største argumentet for at prevensjonen for menn skal eksistere. Slik forestiller altså informantene seg at menn vil få mer likestilt kontroll.

4.1.3 Likestilt ansvar

Intervjuene viser altså at likestilling er en viktig innramming informantene bruker når de diskuterer om hormonell prevensjon for menn skal eksistere. Denne rammen har flere dimensjoner, likestilling av kontroll er en. Det vil si en mer likestilt kontroll over når mannen kan gjøre noen gravide i samspill med den andre parten. I tillegg vil det bety mer likestilt kontroll for mannen uten å være avhengig av at den andre parten går på prevensjon eller et kondom. Slik sett vil mannen kunne oppleve mer uavhengighet. Nært knyttet til likestillingen av ansvar og kontroll er en forestilling hos informantene om endring av ansvar i lys av forventning. Dette er en forventning av hvem som skal gå på prevensjon.

Etter min analyse henger ansvar og kontroll tett sammen hos informantene.

Helsesykepleierne sa i intervjuet at mer hormonell prevensjon for menn vil føre til likestilling i ansvar: «Menn må bli mer likestilt da, hvis begge har samme mulighetene til å styre det. At da er det ikke bare oss [kvinner].» Legen sa i intervjuet at han trodde hormonell prevensjon for menn ville bidratt til en «bedre ansvarsfordeling og bedre likestilling». Her knyttes altså likestilling direkte opp mot ansvaret for prevensjon. Fra empirien kommer det frem at alle informantene er for så vidt enige om at prevensjon er begges ansvar, men en av de mannlige medisinstudentene opplevde det som vanskelig for menn å ta ansvar, fordi de har færre muligheter siden utvalget av prevensjon er mindre. En fortelling som går igjen hos medisinstudentene, er at kvinner føler på et

større ansvar, blant annet fordi de har det største utvalget av prevensjon. Medisinstudentene opplever det slikt, at det er underforstått at kvinner skal ta mer ansvar for prevensjon. Medisinstudentene tolker det dermed som at hormonell prevensjon for menn skal føre til likestilling ved at begge kjønn kan ta mer ansvar. Det vil si at siden begge kjønn får likestilt muligheten til ansvar vil forventningen om hvem som skal ta ansvar forskyves mer på menn. Her handler det mer om muligheten til å kunne ta mer ansvar. Medisinstudentene diskuterer det spesielt i forhold til «engangsligg» (engangstilfeller av seksuelt samleie, populært kalt one night stand) der begge parter opplever det som kvinnens ansvar å bruke prevensjon. Medisinstudentene sa i intervjuet at det gjerne er antakelser om at dersom ingen blir spurt eller sier noe, så går jenta på prevensjon.

Medisinstudent 3: «Da slipper du den der påleggelsen om at jenter skal gå på p-pilla, som jeg føler til en viss grad. Det er liksom litt forventa at hvis det skal være prevensjon som ikke er kondom, så er det damene som har det. Det blir jo sånn for vi har ikke noen mulighet til å gjøre det.»

Medisinstudent 4: «Da er det underforstått at da skal jo jenta gå på prevensjon.»

Medisinstudent 2: «Og det er jo. Ja, som du nevnte at det er en sånn tabubelagt å spørre om prevensjon også, eller liksom folk tenker at det er kleint i en sammenheng hvor du kanskje skal ha one night stand eller noe sånn da. Så ender man kanskje opp med å bare ikke ta det opp i det hele tatt, og... Og det syns jeg kanskje skaper en enda større forventning til jenter da. At jeg liksom... Du må ha kontroll på den situasjonen fordi at gutten kommer ikke til å spørre en gang på en måte.»

Her tolker jeg det som at medisinstudentene ser for seg at hormonell prevensjon for menn vil føre til en forskyving i forventning om hvem som går på prevensjon, og dermed ansvar. I en situasjon som innebærer one night stand, forestiller studentene seg det er kleint å spørre om hvem som går på prevensjon. I kombinasjon med at menn ikke har flere (lett tilgjengelige) alternative prevensjonsmidler utenom kondom, skaper det en forventning til kvinnen i situasjonen. For andre situasjoner kan dette også være relevant. Kvinner har generelt sett flere mulige prevensjonstyper. Et nytt alternativ til menn ville kunne gi mer mulighet for menn til å ta ansvar for prevensjon. Dermed kan noe av forventningen forskyves over på menn.

Ovenfor har jeg redegjort for hvordan hormonell prevensjon for menn rammes inn som en likestillingsteknologi. Med dette mener jeg at informantene forestiller seg prevensjon til menn som en teknologi som vil føre til mer likestilling mellom kjønnene. Rammen om likestilling inneholder en tolkning om at mer prevensjon for menn vil føre til at ansvaret for prevensjon fordeles likere mellom kjønnene. Menn vil også oppleve en likestilling fordi de får flere alternativer til å kontrollere sin egen reproduksjon. Samtidig vil det gi mer likestilling av ansvar for prevensjon.

4.1.4 Oversvømmelse: Kvinnens ansvar følger biologiske konsekvenser

Selv om likestilling er en sentral innramming for informantene, med en ganske så optimistisk og støttende tone etter min oppfatning, er det en oversvømmelse som preget rammen. En utfordring ved innrammingen av hormonell prevensjon for menn som en likestillingsteknologi, var oppfatningen av at det til syvende og sist er kvinnen som må ta ansvar for prevensjon siden det er hun som eventuelt blir gravid. Medisinstudent 5 sa hun ikke så likestillingsargumentet som like sterkt på grunn av dette:

«Det går jo an å ta på måte likestillingsprinsippet også med her da. At man på en måte...Ok damer... Må på en måte... eller.... Damer skal gå på p-piller, hvorfor kan vi ikke lage sånn at

menn også har den samme ansvaret da? Men vi har jo diskutert at det er.... Det er jo en del biologiske forskjeller mellom menn og kvinner som gjør at situasjonen er forskjellig. Så jeg synes, jeg synes ikke at likestillingsargumentet er så... at det veier noe tungt i forhold til, i forhold til det her da, fordi at det er forskjeller mellom kvinner og menn og... kvinner, så er det faktisk noen gunstige effekter med å ta prevensjonen da mens for menn, så er det kanskje ikke like store funksjoner annet enn denne prevensjonskontrollen.»

Det er et gjennomgående utsagn blant informantene, at selv om de ser på ansvaret for prevensjon mellom begge parter som like stort, så er det naturlig at kvinner tar mer ansvar uansett. Jeg tolker det som at synet på likestilling av ansvar faller bort i lys av biologiske funksjoner som fører til forskjellige konsekvenser. Siden kvinnen er den som blir gravid tolkes det av informantene som et hinder for likestillingsaspektet. Akkurat på grunn av dette med at kvinnens kropp som blir påvirket mest av graviditeten, og det er den kroppen som må bære frem barnet:

Medisinstudent 2: «Det er jo på en måte mer naturlig at det ligger hos kvinner med tanke på at hvis det faktisk blir... Ja, en graviditet da, så er det jo kvinnen som har barnet i seg på en måte og. Da blir det jo hennes kropp det skal bestemmes over da. Så sånn sett er det mer naturlig at det er kvinnen som går på prevensjon.»

Jeg kan tolke det som at informantene mener biologiske funksjoner er noe som skaper en oversvømmelse i innrammingen av prevensjon for menn som en likestillingsteknologi. Informantene påpeker at selv om ansvaret fordeles og begge kan bruke prevensjon, er det til syvende og sist kvinnens kropp som «må» bære graviditeten. Kvinnens kropp er den som alltid opplever de (fysiske) konsekvensene av en graviditet. Dermed kan det virke som informantene tenker det kan være mer naturlig at kvinner går på prevensjon, fordi hun må beskytte sin kropp. Det skaper en oversvømmelse i innrammingen av hormonell prevensjon for menn som et virkemiddel som skal skape likestilling. Siden kvinnen er den som kan bære barnet, ser ut til å sette en stopper endringen av forventning og ansvar. Informantene forestiller seg at selv om mannen får mulighet til mer ansvar og mer autonomi over egen fertilitet, vil ikke forventningen kunne skyves helt over på mannen. Kvinnen er den som blir gravid, og dermed vil hun oppleve den største konsekvensen av prevensjonssvikt. Det kan derfor tenkes at forventningen ikke blir likestilt selv om mer prevensjon for menn blir tilgjengelig. Medisinstudentene påpeker det samme i en situasjon med uønsket graviditet. Her diskuterer de en situasjon med uplanlagt graviditet. Dersom begge partene eller kun mannen går på prevensjon, må fortsatt kvinnen ta angrepillen.

Medisinstudent 4: «Altså hvis du går på p-piller og blir gravid på p-piller, og får p-pille barn så er det jo det samme. Selv om det kanskje forekomsten for sprukket kondom er større enn p-pille barn så det jo fortsatt jenter som må ta den angrepillen etter du har tatt p-pillen.»

Medisinstudent 5: «Det blir jo igjen en sånn en biologisk forskjell man bare må akseptere, på en måte. For det vi får ikke gjort det på en annen måte, og da er det liksom ... sucks for us, men sånn er det da.»

Her påpeker medisinstudent 4 at selv om mannen potensielt bruker en p-pille, må fortsatt kvinnen ta en angrepille dersom det blir en uønsket graviditet. Den biologiske funksjonen er noe medisinstudent 5 tolker som urokkelig. Det blir tolket som en hindring man ikke kan gjøre noe med.

Selv om informantene så biologi som en stor hindring for likestillingsargumentet, betyr det ikke nødvendigvis at synet på ansvar er gitt. Argumentet som vektlegger at menn har like mye ansvar er gjerne at ved et samleie som resulterer i en graviditet, krever det

like mye en manns deltakelse som en kvinnes. Synet på hvem som har ansvar for barnet er noe som har variert opp igjennom historien og i ulike kulturer. Rollen mødre og fedre har hatt er resultat av kompleks sammensetning av økonomi, religion, sosiale faktorer, og politikk (Mintz, 1998). I et førindustrielt samfunn var det mindre skille mellom hjem og arbeid (Mintz, 1998, s. 5). Oppgaver relatert til produksjon og reproduksjon var mer knyttet sammen, og menn tilbrakte mer tid sammen med barn og familie. I dag er hjem og arbeid adskilt i større grad. Siden kvinner forbindes med omsorg- og husholdning tar de som regel mer ansvar for husholdningsarbeid. Biologi er også noe som stadig blir et viktigere spørsmål relatert til ansvar for barn. I lys av reproduksjonsteknologier skapes foreldrerollen på flere ulike måter. Det finnes flere ulike typer foreldre som viser at biologi ikke er en nødvendig forutsetning for å ta ansvar for barn. Adopsjon og steforeldre er bundet av samme ansvar som biologiske foreldre. Likekjønnede par spiller en rolle. Derfor er det sentralt å tenke på en større sammenheng enn kun biologi når ansvar for graviditeten diskuteres.

4.1.5 Oppsummering & drøfting

Hormonell prevensjon for menn blir i det store og hele sett på som positivt fordi det rammes inn som en likestillingsteknologi. På grunn av frustrasjonen mange kvinner føler på med prevensjon sin, ønsker de et alternativt prevensjonsmiddel til menn. Frustrasjonen til kvinnene henger gjerne sammen med bivirkningene de opplever. Hormonell prevensjon for menn blir rammet inn som et virkemiddel til å skape større likestilling blant kjønnene når det kommer til kontroll over reproduksjon og ansvar for prevensjon. Teknologien rammes inn som noe som kan lette på ansvaret for kvinner. Samtidig skal teknologien kunne fordele frustrasjonen med bruk av prevensjon. Samtidig ser informantene en brist i innrammingen av likestillingsteknologien ved at konsekvensene for en graviditet først og fremst forbindes med kvinnen og hennes kropp. Slik sett kan det se ut som at kjønnsnormer for ansvar for prevensjon er en faktor som påvirker suksessen til hormonell prevensjon for menn. Kulturelt er det en forventning om at kvinnen skal ta seg av barnet. Kombinert med den biologiske funksjonen som kobles til kvinner, uttrykker informantene skepsis til om hormonell prevensjon for menn er kompatibel med dette. Samtidig anerkjenner informantene tosidigheten i dette. Menn kan ta mer ansvar, men kvinner må bære konsekvensene.

Både legen og helsesykepleierne fortalte om pasienter som opplever det frustrerende å måtte ta hormonell prevensjon. Grunnene som ble oppgitt var blant annet vanskeligheten med å finne preparatet som passer kroppen best, der man opplever minst mulig bivirkninger. Det ble beskrevet som en «berg-og-dal-bane», som indikerer at det opplevdes som en krevende prosess, både på grunn av bivirkninger og at det er kostbart. Frustrasjonen kvinner opplever med prevensjon og de medfølgende bivirkningene er ofte fremtredende i mediebildet. Flere aviser har flere artikler som handler om kvinners frustrasjoner og plager på grunn av hormonell prevensjon. I en NRK-artikkel med tittel «Prevensjon gir kvinner plager, men forskes lite på: – Jeg ble så sliten, så deprimert» (Store-Ashkari & Cissé, 2021) fremheves de negative bivirkningene noen kvinner opplever, som kvalme, utmattelse, humørsvingninger, og depresjon. Vanligvis ender fortellingen med hvor mye bedre kvinnene føler seg etter at de slutter på prevensjonen, som i en kronikk skrevet av en kvinne som ønsker p-piller til menn: «Da jeg slutta på p-piller for godt sa kjæresten min til meg: «Oi, nå har du jo blitt deg selv igjen!»» (Eikje, 2021). Denne frustrasjonen står i kontrast til et utsagn fra en lege i den førstnevnte NRK-artikkelen som sa «at selv om noen opplever negative bivirkninger, synes flertallet av brukerne at prevensjonsmidlene fungerer godt» (Store-Ashkari & Cissé, 2021). Noe

av det samme mønsteret kan speiles i empirien min. Både legen og gynekologen påpeker i intervjuet at bivirkningsprofilen for kvinners hormonelle prevensjon er veldig god, og at flere er fornøyde. Helsearbeiderne derimot identifiserte seg mer med pasientenes frustrasjoner, og hadde stor forståelse for akkurat dette. Dette kan tolkes som at det blant leger i større grad er en diskurs som handler om at prevensjonsmidler til kvinner har flere fordeler enn ulemper, og at midlene er uten så mange eller alvorlige bivirkninger. Kvinnene det ble fortalt om, og helsearbeiderne var derimot ikke så enige i dette. De legger mer vekt på hvor frustrerende og langtekkelig prosessen faktisk er på grunn av antallet bivirkninger de må håndtere. Å ønske seg hormonell prevensjon for menn blir noe kvinnene forestiller seg som et hjelpemiddel til å løse disse frustrasjonene. Dette viser den fortolkningsmessige fleksibiliteten prevensjon har. På en side er prevensjon for kvinner tolket som et nyttig middel som mange kvinner er fornøyde med. På den andre siden tolker mange kvinner det som en frustrerende byrde.

4.2 Innramming 2: En parteknologi

Mens den første rammen handler om de forestilte effektene av hormonell prevensjon for menn, handler den neste rammen om hvor prevensjonen passer best i bruk. Når det kommer til forestillinger om hvordan hormonell prevensjon for menn kan brukes, og hvilke situasjoner det passer i, knyttes det ofte opp mot et par bestående av en kvinne og en mann.

4.2.1 Familieplanlegging

Familieplanlegging var en sentral situasjon hvor hormonell prevensjon for menn ble plassert, som er tett knyttet opp mot paret. Gynekologen sa dette om bruk av et hormonelt preparat til menn:

«Hvis det var noen damer som trengte prevensjon spesielt de i faste forholdene da som hadde mye bivirkningsplager og hadde få alternative prevensjonsmetoder så kunne det vært aktuelt med det. [...] At man da hadde hatt muligheten til at mannen brukte prevensjon i stedet i familieplanleggings øyemed.»

Gynekologen knytter preparatet først og fremst spesielt til faste forhold. Hormonell prevensjon for menn får en viktig tenkt hensikt i familieplanlegging for par. Samtidig som det eventuelt kan fjerne byrden av bivirkninger for kvinner, kan det heller bli mannen som går på prevensjon slik at det ikke blir en graviditet. Slik sett kan jeg kanskje tolke det som at en viss type ansvar kan bli mer selvfølgelig for mannen. Preparatet skal være en likestillingsteknologi for paret, ved at ansvaret kan legges på begge to. I hvert fall på langsikt, fordi kondom er fortsatt en mulig prevensjon som menn bruker med potensielt null bivirkninger for begge, men dette er kanskje ikke ønskelig for et par i et lengre fast forhold. Medisinstudent 5 nevner også livsplanlegging opp mot prevensjon for menn:

«Det blir på en måte en slags livsplanlegging da, men at man på en måte kan planlegge at jeg skal ikke bli far nå. [...] Det er jo i stor grad kvinnen som på en måte blir satt tilbake hvis vi tenker på sånn livsplanlegging da. Så er det jo kvinnen som blir gravid, som på en måte må bære frem barnet. Og som sitter igjen med barnet, altså det er jo i stor grad liksom... Mor barnet havner hos. Selvfølgelig finnes det unntak, men...»

Dette er synspunkt som flere informanter har uttrykt i intervjuene. Som i oversvømmelsen til den første innrammingen, forbindes kvinnens biologiske funksjoner med prevensjon. Som flere informanter har sagt før, blir det kvinnen som bærer konsekvensene i form av graviditet. Det samme nevnes her i forhold til livsplanlegging og graviditet. Litt av den oversvømmelsen som i den første innrammingen kan tenkes her.

At selv om mannen får mer mulighet til å planlegge at han ikke skal bli far, vil fortsatt en graviditet gjøre at kvinnen må bære frem barnet, eller ut av yrkeslivet og utdanning. En kvinnes kjønnsrolle forbindes med å ta hovedansvaret for barnet av informantene. De trakk ofte frem forventningen at kvinnen skal ta mest permisjon fra jobb og utdanning. Prevensjon for mannen kan kanskje fortsatt tolkes som et viktig virkemiddel for mannens bestemmelse over egen reproduksjon. Hvis en mann i et forhold ikke ønsker å bli far et gitt tidspunkt, som studenten tenker seg, og han går på prevensjon, krever det enighet fra begge i forholdet. Helseesykepleierne uttrykte også dette synet i intervjuet:

Helseesykepleier 3: «At begge parter må være enige for å slutte på prevensjonen, at begge har en mulighet til å ikke få barn sånn.»

Helseesykepleier 2: «Det blir jo sikrere da. Alt blir jo sikrere, for da har du faktisk litt sånn egenansvar når du har ubeskyttet sex om det her fører til noen ting eller ikke.»

Helseesykepleier 3: «Da har du ingen å skylde på eller hvis at [det] blir en graviditet ut av det kan du ikke si at du ikke ønsket det, eller at det var den andre parten som ville ha det.»

Helseesykepleierne snakker om det samme, at en eventuell situasjon der begge i et par går på prevensjon krever kommunikasjon og enighet for å slutte på prevensjon. I forhold til familieplanlegging, kan det tolkes som at ansvaret for en graviditet blir mer fordelt dersom begge går på prevensjon. Dersom begge i et parforhold går på prevensjon blir det ikke nødvendigvis kun en som har makt til å slutte på prevensjon. Makten til å si ja, men også nei til barn kommer frem som mer likestilt etter helseesykepleiernes tolkning. En annen dimensjon helseesykepleieren nevner er skyld. Knyttet til at ansvaret fordeles, tolker de det som at skylden også vil bli mer fordelt. Dersom mannen får mulighet til å gå på prevensjon vil han få mer skyld hvis samleie resulterer i en graviditet. Dette hegner sammen med normene for ansvar og skyld for graviditet, som ofte forbindes mer med kvinner, blant annet av informantene.

4.2.2 Byrden av bivirkninger

Videre får prevensjon for menn enn funksjon som et alternativ til par der kvinnen ikke tåler bivirkningene av sin prevensjon. Det handler da gjerne om å dele på eller flytte byrden av bivirkninger fra kvinnen til mannen. Gynekologen beskriver hvor hun tenker hormonell prevensjon for menn (kanskje) passer best i intervjuet:

«Da blir det jo kanskje mest i faste forhold da, at det er aktuelt med mannlig prevensjon, kanskje. Og det er jo også spørsmålet litt, kan jo hende at det er noen menn som kan være interessert i det der hvis du har damer som sliter veldig med prevensjonen sin og bivirkninger av det. Det er jo mulig. Hvis man planlegger å få barn senere og hvis man da har en partner som ikke kan bruke mye forskjellig prevensjon, blant annet de med blodpropp som har litt færre alternativer, eller tidligere blodpropp eller blodsykdommer så der kan det jo... Det er jo noen steder det kan komme inn og finnes nok et visst marked for det.»

Gynekologen forteller altså at prevensjonen vil kanskje passe best i faste forhold, hvor det handler om å lette kvinnens plager med prevensjon. Spesielt bivirkninger er viktig der kvinnen kan ha blitt utsatt for eller står i fare for blodpropp. I denne sammenheng blir hormonell prevensjon for menn knyttet opp mot tilsynelatende heterofile former for par. Det kan da brukes i en form for samarbeid for å sørge for minst mulig plager når det kommer til prevensjon i parforholdet. Kvinnelig prevensjon assosieres ofte med en rekke bivirkninger. Gynekologen tolker det som at hormonell prevensjon for menn blir et viktig virkemiddel for å lette på den byrden. Byrde er et ord som ofte knyttes opp mot bivirkninger, som i intervjuet med medisinstudent 2: «Men som [navn medisinstudent 4]

sier, at det å kunne ta vekk den byrden av bivirkningene. For noen er ekstremt plaga av bivirkninger. Hadde vært ganske fint det òg, når man er i et fast forhold». Hormonell prevensjon for menn blir altså her tolket av medisinstudentene som et hjelpemiddel i et fast forhold, der mannen som en part kan ta vekk byrden for kvinnen dersom prevensjonsmidler er noe hun ikke tåler. Teknologien vil i disse forestillingene fungere best i faste par, der man kan kommunisere hvem som skal ta byrden.

Forestilling om funksjonen til hormonell prevensjon for menn, kan ses som en parallell til sterilisering. Empirien viser tanken om at byrden av bivirkninger kan tas av mannen dersom kvinnen opplever store plager. Gynekologen snakket om dette i intervjuet. Hun fortalte at i faste par som ikke ønsker barn anbefaler de at mannen steriliserer seg fordi inngrepet er mindre krevende og billigere. I tillegg sa hun: «Så jeg tenker jo i den grad det er mindre komplikasjoner da, og mindre risiko for det andre kjønn, så er det riktig at det er det kjønnnet med lavest risiko som kanskje tar mer av byrden også». Jeg tolker det som at dette prinsippet overføres til forestilte situasjoner med mannlig hormonell prevensjon. Ofte tenker informantene at mannlig hormonell prevensjon kanskje vil føre med seg mindre komplikasjoner, og derfor blir det mer riktig at mannen i forholdet tar på seg jobben med å bruke prevensjon. De forestiller seg altså at hormonell prevensjon for menn passer i en kontekst der mannen skal lette på byrden av komplikasjoner for kvinner. Dersom menns prevensjon blir forbundet med mindre risiko kan heller menn ta prevensjonen i forholdet.

Informantene forestiller seg at hormonell prevensjon for menn er en teknologi som passer best til par. I forlengelse av dette vil den fungere som en likestillingsteknologi for paret. Prevensjonen skal da likestille ansvaret for prevensjonen. Byrden av bivirkningene skal fordeles og tilpasses etter kvinnens behov. Slik sett kan likestilling se ut til å gjøres til et heterofilt prosjekt, og det viser heteronormativiteten prevensjon er preget av. Denne prevensjonsteknologien skal kunne fremme en likestilling i paret.

4.2.3 Oversvømmelse: For menn utenfor faste forhold

Selv om hormonell prevensjon for menn kanskje først og fremst blir forbundet med par, ble også menn som ikke er i faste forhold trukket frem som en målgruppe av informantene. Medisinstudentene påpeker tosidigheten i debatten:

Medisinstudent 4: «Men så føler jeg jo det er litt sånn... Det er liksom en debatt, samtidig som man er splittet i to. Fordi du har nettopp det med, altså hvis du er i et forhold så er det to personer som kan liksom snakke om ting. Og da føler jeg kommunikasjonen går litt annerledes enn med et «one night stand». Sånn at det òg er jo... ja, annerledes og om det kan det fungere liksom på «one night stand» eller er det beste for forholdet, så jeg føler [det] må liksom bli trukket fram. Hva slags setting er det prevensjonsmiddelet blir diskutert da?»

Student 2: «Ja, jeg føler jo det er fordeler og ulemper med begge deler. Sånn hvis man er i et fast forhold, så kan en gå på prevensjon, på en måte at gutten tar over da hvis det er dritt for jenta.»

Medisinstudent 4: «Mhm»

Medisinstudent 2: «Men at... ja, på «one night stand», så er det mer den egen sikkerheten. «Vil jeg bli far? Ja. Vil jeg dele et barn med dette denne kvinnen? Nei, det vil jeg ikke. Da er det nice at jeg allerede går på p-piller.»

Hormonell prevensjon for menn er som sagt ikke en teknologi i bruk, dermed er det interessant å se de sosiotekniske forestillingene informantene har om teknologien. Her forestiller de seg at prevensjonen kunne fungert i både faste forhold og utenom faste

forhold. De snakker om at et preparat for menn kunne passet i et parforhold, som har et bedre premiss for kommunikasjon. To personer i et fast forhold kan nok enklere snakke sammen, enn den mer flyktige kommunikasjon som assosieres med «one night stands». Her er det igjen snakk om, i par, at mannen kan avlaste kvinnen dersom hun sliter med prevensjon. For single menn som er seksuelt aktive uten et fast forhold, blir det andre kriterier som tenkes som nyttig, eks. unngå uønskede graviditeter og egen sikkerhet. I «one night stand» settingen kan funksjonen til mannens preparat tolkes av informantene som mer «egoistisk», i den forstand at egen sikkerhet prioriteres. Det kan da handle mer om å sørge for å ikke gjøre en kvinne gravid som mannen ikke ønsker å binde seg med. Han ønsker seg fortsatt barn, men kan ved hjelp av egen prevensjon få mer kontroll på hvilken kvinne det blir med. Tillitsrelasjonen man har i de ulike settingene kontrasteres av medisinstudentene. Medisinstudent 5 nevnte dette spesifikt:

«Jeg tror jo liksom at man kunne fått i gang det liksom. (...) Tror du ikke det hadde vært attraktivt, for liksom gutta, som er kanskje spesielt seksuelt aktive med masse folk de ikke er sammen med? Så ville det kanskje vært ekstra attraktivt når man ikke har den, liksom tillitsrelasjonen til de man har sex med. Og man ikke har lyst på kondom da.»

Studentene har tidligere snakket om usikkerheten menn opplever rundt prevensjon som følger med blant annet «one night stands», at de aldri føler på full kontroll om kvinnen går på prevensjon eller ikke. Her tolkes det av studenten som at hormonell prevensjon for menn ville vært attraktivt for seksuelt aktive gutter/menn uten fast partner. Tillitsrelasjonen som vanligvis ligger til grunn for faste forhold kan være mindre til stede utenom forhold. Derfor vil et preparat for menn kunne tenkes å gi mannen mer kontroll utenom et fast forhold, dersom man ikke vil bruke kondom.

4.2.4 Oppsummering & drøfting

I hvilke kontekster ser informantene seg for at teknologien passer eller ikke passer? Først og fremst er ofte prevensjon preget av heteronormativitet. Det kan tolkes som at prevensjonsmidler ofte forbindes med heterofile par. Informantene trekker frem et fast parforhold med en mann og kvinne, som et mulig passende bruksområde for hormonell prevensjon for menn. Da handler det gjerne om at mannen kan avlaste kvinnen for bivirkninger. Familieplanlegging er sentralt. Det knyttes opp mot par som planlegger å få barn. Dersom begge kunne brukt prevensjon ser informantene for seg at ansvaret og makten fordeles mer. Oversvømmelsen for denne innrammingen er at informantene tenker prevensjon for menn det kan være passende for menn uansett om de er i par eller er single. De forestiller seg altså at prevensjon for menn kan fungere i begge settinger, både for menn i parforhold og menn uten faste forhold. Prevensjonen vil da ha ulike funksjoner for mannen. Dersom mannen er seksuelt aktiv uten en fast partner vil det handle mer om egen sikkerhet mot det å prioritere kvinnens behov. Totalt sett knyttes det allikevel opp mot kvinner og menn sammen.

Overordnet viser det hvordan diskusjonen i sin helhet er preget av et heteronormativt syn. Den mest sannsynlige potensielle brukeren fremstilles av informantene som en heterofil, monogam mann. Som nevnt tidligere i metodekapittelet, gjelder det også den overordnede litteraturen og forskningen som omhandler hormonell prevensjon for menn. Forestillingene er gjerne knyttet til heterofile cis-kvinner og cis-menn. Når det kom til tidligere forskning på preparat til menn beskriver Oudshoorn (2003) hvordan forskerne valgte menn i stabile forhold til klinisk testing av preparater. Slik ble brukeren av et potensielt preparat gjort til en heterofil, monogam mann. Andre menn, som menn i mindre forpliktende forhold, single menn, og bifile menn, var ekskludert og dermed

definert som en ikke-bruker (Oudshoorn, 2003, s. 233). Forskere forsterket og opprettholdt heteronormativitet som en viktig del av maskuline identiteter (Oudshoorn, 2003, s. 233). I min analyse kobler informantene også prevensjon for menn som oftest til menn og kvinner i et parforhold. Hvem som skal ta ansvar er et sentralt poeng. Oudshoorn (2003, s. 240) skriver at slik prevensjonsmidler er designet legger det opp til at kvinner tar mer ansvar. P-piller delegerer alt ansvaret til kvinner, ved at hun kan velge selv om hun vil ta pillen. Tillit står sentralt i parforhold. I diskusjoner om prevensjonsmidler til menn fremstilles gjerne menn som en ganske ansvarsløs gruppe. Medisinstudentene snakker f.eks. om menn som ikke spør om prevensjon før etter samleie, og det er en typisk diskurs at menn ikke vil bruke kondom eller er dårlig til det. Som Oudshoorn (2003) diskuterer måtte en ny maskulin identitet konstrueres for at menn ville ta del i klinisk testing for preparat. Det sammen kan tenkes her, at den forestillingen om menn som ansvarsløse og som ikke bryr seg må endres om til en mann som bryr seg, og vil ta ansvar for prevensjon. Ellers vil et preparat for menn kanskje ikke lykkes. Teknologien kan ikke i seg selv sikre dette, brukeren må skape denne identiteten i samspill med teknologien.

5 Forestillinger om vitenskap

Det første kapittelet handlet om holdningene og meningene informantene hadde til hormonell prevensjon for menn. Det vektla sosiotekniske forestillinger om hva slags effekter preparatet vil ha, som likestilling av kontroll og ansvar, og hvilke situasjoner preparatet passer i: for par eller single menn. Dette kapitlet fokuserer mer på forestillingene knyttet til den vitenskapelige siden. Tolkning av muligheten preparatet har til å eksistere og lages står sentralt. Kan produktet i det hele tatt eksistere? Er det mulig å lage et akseptabelt fungerende produkt? Trenger vi det i det hele tatt? Disse diskusjonene overlapper allikevel med forrige kapittel på sosiale dimensjoner. Vitenskapen sees ofte på som en objektiv, separat sfære, men den påvirkes av sosiale faktorer. Teknologiens eksistens er avhengig av samfunnets holdninger til reproduksjon. Hva som aksepteres av bivirkninger står blant annet sentralt. Det tas som en selvfølge at medisiner ikke skal ha alvorlige, livstruende bivirkninger. Heller ikke bivirkninger som forårsaker permanente skader. Diskusjonen handler mer om de mindre livstruende, men fortsatt belastende bivirkningene. Prevensjon for kvinner har en god bivirkningsprofil med tolererbare bivirkninger, ifølge legen og gynekologen i empirien. Samtidig er dette noe kvinner ofte uttrykker frustrasjon over, som nevnt i den første innrammingen, at de *må* håndtere. Man får derimot et inntrykk av at bivirkninger for menn ikke godtas i det hele tatt. Da av både menn selv, men kanskje mest av industrien som skal produsere preparatet. Vi skal nå se videre på hvordan prevensjonens eksistens forhandles med problematikken rundt bivirkninger.

5.1 Innramming 3: En umulig teknologi

Den tredje rammen inneholder tolkningen om at hormonell prevensjon for menn er et umulig prosjekt å gjennomføre. Komplikasjoner ser alltid ut til å oppstå når det kommer til forskning og produksjon av hormonell prevensjon for menn. Det er stadig sykluser der media rapporterer om noe suksessfull forskning relatert til prevensjon for menn, før det stopper helt opp før preparatet i det hele tatt får kommet seg ut på markedet. Begrunnelsen for at teknologien ikke eksisterer ennå kommer av at produktet ofte ikke møter standardene for bivirkninger.

5.1.1 Aksepten for bivirkninger

En av grunnene til at hormonell prevensjon for menn fremstilles som umulig er bivirkninger. I en NRK artikkel som skriver om hvorfor menn ikke får p-piller, forteller Professor Kristina Gemzell-Danielsson at kravene til bivirkningsfrie prevensjonsmidler for menn er enorme (Husøy, 2011). Et eksempel som ofte trekkes frem i debatten er at studier avbrytes fordi menn opplever bivirkninger som depresjon, humørsvingninger, muskelsmerter, og kviser (BBC, 2016). Dette er bivirkninger som kvinner også opplever med sin prevensjon. Legen forklarer det slik:

«Og alltid sånn innenfor medisinen, at når du forsker på medisiner som... skal gis til friske mennesker, og det kan være både vaksiner og p-piller. Så tolererer du ekstremt lite bivirkninger. Fordi... det... du skal ikke lindre en alvorlig sykdom. Du skal bare behandle en normal tilstand da, så det er ikke noe... Det er ikke noe man setter, ikke noe lavere terskel for hva som aksepteres for menn og kvinner.»

Prevensjon kan tolkes av legen som en type medisin som ikke skal brukes til å behandle en alvorlig sykdom, men en normal tilstand for kvinner. Hvis menstruasjon og graviditet ikke sees på som en sykdom som skal lindres, vil det bety at egentlig burde det tolereres lite bivirkninger for kvinner. Så i forskning på hormonell prevensjon for menn tolereres det også ekstremt lite bivirkninger. Bivirkninger ser ut til å være en viktig målestokk for hvor suksessfullt prevensjonsmiddelet kommer til å bli. Siden eventuelle p-piller skal gis til friske menn, og ikke skal brukes til behandling av sykdom sier legen det tolereres ekstremt lite bivirkninger. Det står i kontrast til den tidlige forskningen og testingen av prevensjon til kvinner. Her var det forskere fra USA som testet p-piller på kvinner i utviklingsland som Puerto Rico. Bivirkninger og dødsfall av kvinner som testet dem ble blant annet ikke rapportert (Bertotti et al., 2021, s. 3). Dette var riktignok på 1950-tallet, og testregimer og standarder har endret seg.

Helsesykepleierne så ut til å ha en idé om ulikt akseptnivå fra kvinner og menn:

Helsesykepleier 2: «Jeg tror nå uansett at det... jeg vet ikke... Kanskje noe.... Har en sånn tanke om at vi damer er liksom villig til å prøve ut litt ekstra for å få det til å funke...»

Helsesykepleier 3: «Mhm»

Helsesykepleier 2: «Mens jeg tror hvis menn skal liksom begynne med noe sånt, så må det være veldig enkelt og veldig trygt. Og at... Jeg ser for meg at de har liksom høyere krav til hva de vil...»

Helsesykepleier 3: «Ereksjonssvikt i 3 måneder kan på en måte ikke være et en bivirkning.»

Helsesykepleier 2: «Nei! Sant.»

Helsesykepleier 3: «For da, da gidder man ikke.»

Helsesykepleier 2: «Ja. Eller redusert sexlyst. Ja.»

Her snakker de om villigheten kvinner har til å prøve ut prevensjonsmidler for å finne et som tolereres. De forestiller seg kvinners aksept for bivirkninger er høyere enn hos menn, og igjen relaterer de utsagnet til seg selv. De tenker at menn vil ha et veldig enkelt og trygt preparat fordi de har høyere krav enn kvinner. Dette kan nok knyttes opp mot tidligere poeng som at kvinner opplever mest ansvar for prevensjon og konsekvenser. Jeg tolker det som at bivirkningene er noe kvinner opplever de må håndtere for å sikre seg selv mot graviditet. Menn derimot knyttes ikke like mye opp mot denne følelsen. Derfor ser kanskje helsesykepleieren for seg at menn har høyere krav til bivirkninger. Nettopp fordi det ikke er noe de strengt tatt må håndtere for å sikre seg mot graviditet. Gynekologen sier noe av det samme i hennes intervju:

«Det [jeg] er litt spent på her i forhold til prevensjon til menn det er jo markedet der ute og hvor stort det faktisk er. For det kan være litt problematisk med at det er kvinner som egentlig bærer konsekvensene av at det ikke brukes prevensjon. Ikke alle selvfølgelig, det kan jo bli litt økonomiske konsekvenser for menn òg. Men tør man å stole på en mann man ikke kjenner for eksempel på at han sier han bruker prevensjon? Og også litt med at når man ikke bærer konsekvensene av det selv så tenker jeg kanskje at det gir en lavere terskel for hva man tolererer av bivirkninger. Så det bør jo da være en hormonell prevensjon med relativt lave bivirkninger. Så jeg er litt usikker på hvor stort markedet finnes der ute i forhold til mannlige prevensjon.»

Gynekologen bringer frem en av de tidligere oversvømmelsen, at det er kvinner som til syvende og sist bærer konsekvensen av å være gravid. Jeg tolker det som at gynekologen også mener aksepten for bivirkninger er lavere for menns preparat på grunn av denne oversvømmelsen. Dette blir i samspill med kalkulasjonen av fordelene kvinner får av prevensjon fremfor risikoen med graviditet og toleransen av bivirkninger. Menn derimot passer ikke inn i kalkulasjonen på samme måte, ettersom de ikke trenger

å ta en pille for å unngå å bli gravid og de medfølgende helserisikoene. Derfor tenker gynekologen det gir grunnlag for en lavere terskel for toleranse av bivirkninger i et preparat til menn. Hvis denne oppfatningen av kjønnes konsekvenser og krav er noe som også eksisterer i institusjoner som lager prevensjon, vil dette manifestere seg som enda en barriere for at preparater til menn lages. Hvorfor skal et preparat for menn forskes frem når det ikke kommer til å aksepteres av målgruppen på grunn av bivirkninger de ikke strengt tatt må håndtere?

Helsesykepleierne snakket videre om frustrasjonen kvinner føler på grunn av bivirkningene de må håndtere i kontrast til aksept for menn. Her relaterer de det også til sin egen opplevelse:

Helsesykepleier 3: «Ja, det er jo det vi opplever på campus side da. Det er jo det vi opplever i samtale våre. Ja, at det ... det er frustrerende at vi må stå i det og på en måte for å sikre vår egen helse da så, så må vi bruke prevensjonsmidler med bivirkninger.»

Helsesykepleierne identifiserer seg igjen med de kvinnelige pasientenes opplevelse av frustrasjon som de uttrykker i veiledningssamtalene. Denne gangen er tonen mer seriøs. Jeg tolker det som en frustrasjon forbundet med nødvendigheten kvinner føler de har for å ta ansvar. Helsesykepleieren vektlegger alvorligheten med at det handler om å sikre egen helse. Derfor tolker jeg det som at bivirkninger og prevensjon er noe de opplever de bare må håndtere. Graviditet er noe som ofte beskrives i medisinfeltet som risikofyllt og usikkert (Bertotti et al., 2021). Tolkningen min er at kvinner føler sterkt på dette, og er derfor føler de må ta prevensjon med bivirkninger for å hindre uønsket graviditet. I samme sitat snakker de videre om aksepten for menn:

Helsesykepleier 3: «Men... mest sannsynlig så tenker jeg det ville det ikke vært akseptert hvis det hadde vært omvendt da.»

Helsesykepleier 2: «Mhm»

Helsesykepleier 3: «Men det skjer jo for mye av medikamenter også at det kanskje virker på en annen måte for kvinnekroppen enn på mannekroppen. Og så blir det på en måte bare feid under teppe, ikke gjort noe med. Det... de som sitter på pengene og ressursene er ikke interessert i å gjøre noe med det, så ja, opplevd mye frustrasjon med det.»

Helsesykepleierne tolker det som at bivirkningene kvinner opplever i forbindelse med prevensjon ikke hadde blitt akseptert for menn. De har også et inntrykk av at de med makten til å endre situasjonen og forske på prevensjon ikke er interessert i å gjøre noe for å forbedre kvinners opplevelse. Jeg tolker det som at de kvinnelige pasientene har samme inntrykk og derfor har mye frustrasjon på grunn av dette. Det tyder kanskje på at mange kvinner i stor grad er frustrert og lei av å håndtere bivirkninger. Denne frustrasjonen er spesielt fremtredende i mediebildet, så det preger nok debatten i stor grad. Men det henger med en forestilling om at det ikke vil aksepteres om menn måtte håndtere de samme bivirkningene. Det betyr kanskje at distribusjonen av prevensjon for menn med bivirkninger ikke vil aksepteres. Dette skaper spenninger fordi kvinner opplever som kvinners bivirkninger godtas i større grad enn for menn. Det kan derfor tolkes som at hormonell prevensjon for menn innrammes av informantene som et umulig prosjekt fordi det ser ut som flere aktører, nærmere bestemt menn, legemiddelindustrien, og forskere, ikke godtar bivirkninger for menn.

Diskusjonen av hva som aksepteres henger sammen med om det er mulig å lage et bivirkningsfritt prevensjonsmiddel til menn, eller i hvert fall om det kan lages med et akseptabelt nivå bivirkninger. Dersom det er umulig å lage et bivirkningsfritt

prevensjonsmiddel til menn, kan det kanskje være mulig å lage noe med et akseptabelt nivå. I samspill med det organisatoriske elementet utenfor rammen:

legemiddelindustriens nulltoleranse for bivirkninger til menn gjør at informantene rammer inn hormonell prevensjon for menn som et umulig prosjekt. Hvis det derimot kan eksistere et nivå av bivirkninger som er mulig å tolerere for menn, så en av de mannlige medisinstudentene seg for at han kunne brukt det:

Medisinstudent 3: «Så negativt er jo bivirkningene, selvfølgelig. Det er ikke det største argumentet, men bivirkninger er jo en stor del av det og... Hvis det havner på noe av det samme som det er for kvinnelig prevensjon i dag, p-piller da. Så tror jeg det har vært... greit. Det hadde ikke vært verdens største utfordring, men det er jo en faktor uansett. Det eneste som hadde vært mye verre, for eksempel infertilitet, større sjanse for å få blodpropp. Sånne ting. Da hadde det vært... Hvis jeg skulle ha sagt nei til å ha begynt måtte det ha vært noe sånt, tror jeg.»

For han var bivirkninger en stor faktor for om han vil bruke et potensielt preparat. Dersom bivirkningene hadde vært det samme som prevensjon for kvinner, så han det kunne vært greit. Dette gjelder dersom det ikke hadde vært noen alvorlige bivirkninger. Det står i kontrast til tidligere konstruksjoner av en mann som tolererer null bivirkninger. For den andre mannlige medisinstudenten var det derimot lite aksept for bivirkninger dersom han skulle brukt det:

Medisinstudent 4: «Altså hadde det vært mannlige prevensjonspiller med de bivirkningene som kvinnen hadde tatt, så hadde ikke jeg tatt det. Det må, det må være enda mindre bivirkninger for at jeg skal velge å ta det. Rett og slett.»

Han ville derimot ikke akseptert de samme bivirkningene som kvinners prevensjonsmidler har, og ville helst brukt det dersom det var enda mindre bivirkninger.

Hormonell prevensjon for menn blir innrammet av informantene som et umulig prosjekt å gjennomføre når det kommer til aksept av bivirkninger. Forestillingen av en mann med høye krav og lav aksept står i kontrast til en kvinne som aksepterer mer bivirkninger av nødvendighet. Dersom kravet om null bivirkninger fortsatt står i utviklingen av prevensjon for menn vil det være et umulig prosjekt å få godkjent. Derfor bidrar den lave aksept for bivirkninger til innrammingen av hormonell prevensjon for menn som et umulig prosjekt.

5.1.2 Biologisk umulig: Om graviditet som en «naturlig» tilstand

Selv om bivirkninger ser ut til å være en stor barriere for at et preparat skal slippes gjennom, er det ikke den eneste forklaringen. En av de mest sentrale grunnene som presenteres for at hormonell prevensjon for menn ikke har fått et suksessfullt medikament er biologiske årsaker. En av legene sier rett ut at han ikke tror det kommer noe hormonell prevensjon for menn:

«Det som er problemet med hormonell prevensjon for menn er at det finnes ingen naturlig tilstand hvor menn ikke er fertile. For kvinner så finnes det en naturlig tilstand, og det er når kvinnen er gravid. Da kan hun ikke bli gravid på nytt, så det man gjør med hormonell prevensjon til kvinner er at du lurer kroppen til å tro at den er gravid. (...) Hormonell prevensjon for kvinner er veldig enkelt, for du kan bruke hormoner som allerede finnes i kroppen, og du kan etterligne en tilstand som er normal for kroppen. Det finnes ikke hos menn, og det man har sett på for menn er at man gir hormoner som gjør at sædcellene ikke virker. Problemet med det er at det tar mange uker til måneder å lage en sædcelle, sånn at du må bruke prevensjonen i flere måneder før den faktisk er effektiv. Så summen

av disse tingene gjør at jeg tror dessverre ikke vi kommer til å få noe hormonell prevensjon for menn.»

I dette sitatet er det mye som foregår, og jeg vil derfor bryte det ned. Først og fremst snakker han om en «naturlig tilstand» som kvinner har, der de ikke er fertile. Dette er da graviditet, som menn ikke har en som en tilsvarende «naturlig tilstand». Det kan tolkes som at mannens «motsatte» biologiske disposisjon gjør det vanskelig å lage prevensjon på samme måte som for kvinner. Det finnes ingen lignende plantegninger å kopiere for menn som for kvinner, for å si det på en annen måte. Slik prevensjon fungerer får man kvinnekroppen til å tro den er gravid, ved å kopiere hormonnivåene til en gravid kvinne, som legen forklarte senere:

«Så det man gjør med hormonell prevensjon [er at] man får kroppen til å tro at den er gravid, så kroppen er i en naturlig tilstand hvor du tror den er gravid, og dermed så skjer det ingen egglosning, sånn at man ikke kan bli gravid på nytt da. Så hvis du tar en gravid kvinne, og så ser du... Hun har litt høye nivåer av enkelte hormoner. Det er det som gjør at hun ikke lenger kan være fertil under et svangerskap, og da tar du en annen kvinne, og så tar du og øker disse månedene tilsvarende mot den kvinnen, og da vil ikke hun kunne bli gravid heller. Så du overfører en naturlig tilstand fra en kvinne til en annen da for å si det litt enkelt.»

I forrige sitat beskrev han hormonell prevensjon for kvinner som «veldig enkelt», ettersom hormonene kvinner allerede har i kroppen kan brukes til å simulere en infertil tilstand, som er graviditet. Kvinnekroppen kobles tett opp mot graviditet når det kommer til hvordan den fungerer og hvordan man skal løse problemer knyttet til den. Hvis man ser på graviditet som en risiko, vil medisinsk prevensjon være en måte å løse det problemet på, samtidig som man med prevensjon etterligner en tilstand knyttet opp mot stor medisinsk risiko for å ikke gjøre kvinnen gravid. Graviditet beskrives også av legen som en «normal» tilstand for kroppen. Det, og uttrykket «naturlig tilstand», gir assosiasjoner til graviditet som en ufarlig og grunnleggende tilstand som kvinnekroppen kan være i. I det store og hele kan det tolkes som at den kvinnelige kroppen er meget formbar og lett å manipulere, når det kommer til hormonell prevensjon. Det forsterkes også med forklaringen fra det andre sitatet, at man overfører en naturlig tilstand fra en kvinne til en annen, som om man bare kopierer en rekke filer fra en mappe til en annen. Den mannlige kroppen fremstår implisitt som det motsatte, vanskelig å manipulere uten noen iboende ideell tilstand der de ikke gjør kvinner gravide. Det vekker assosiasjoner om kvinnekroppen som tett knyttet opp mot naturen, med eksisterende hormoner som gjør forutsetningen for prevensjon mye enklere.

Å lage et godkjent hormonelt prevensjonsmiddel for menn blir på flere måter rammet inn som et umulig prosjekt. For det første ser det ut til at det gjøres forskjellige kalkulasjoner for menn og kvinner i forhold til hva som er akseptabelt og ikke av bivirkninger. Kort sagt gjenfortelles det ofte at siden kvinners største gevinst av å gå på prevensjon er å ikke bli gravid og gå gjennom fødsel. Dermed slipper kvinner å møte de mange medisinske risikoene assosiert med det. Bivirkninger «godtas» derfor i større grad. Menn derimot, sees ikke på som å ha en liknende medisinsk risiko de kan unngå ved å på en p-pille. Gevinsten for dem er derfor ikke like stor, og medikamentet som menn eventuelt skal bruke må som følger være ganske «feilfritt», uten noen særlig store bivirkninger (Armstrong, 2015, s. 98). For det andre argumenteres det med at det er mye lettere biologisk å lage prevensjonsmidler til kvinner enn menn. Det handler om at mannen ikke har en lignende biologisk disposisjon som gjør man lett kan simulere en infertil tilstand med prevensjonsmidler.

5.1.3 Understudert og underutviklet

Videre blir hormonell prevensjon for menn fortolket som noe understudert og underutviklet. Informantene sammenlikner prevensjon for menn med kvinners prevensjon, som har en sterkere assosiasjon til noe mer enn bare en prevensjonsfunksjon. Ofte påpekes det at kvinnelig prevensjon har flere funksjoner, at det også er en viktig type behandling for å håndtere problematikk i forhold til blant annet menstruasjon. Mannlig prevensjon er ikke ferdig utviklet eller i bruk på samme måte, så langt vi vet har den ikke samme type funksjoner. Fokuset så langt har vært på å få et fungerende preparat som kan gjøre det grunnleggende: få ned menns fertilitet på en sikker måte slik at han ikke kan gjøre kvinner gravide. Gynekologen snakket i intervjuet om kvinners prevensjon som behandling:

«En annen ting med hormonell prevensjon til kvinner og det er at det er ikke bare prevensjon. Det er også ofte behandling av blødningsforstyrrelser, ikke sant, man kan slippe unna å ha menstruasjon spesielt hvis man har veldig vondt under menstruasjon eller blør veldig mye. Så det kan jo også da hende at en del vil velge å gå på hormoner selv, allikevel, selv om det er en mann som bruker prevensjon. Så da forsvinner jo også litt indikasjon hos en del også for å bruke det på mannssida. Ja, og det ser vi jo også litt med kvinner som blant annet steriliserer seg, at det er plutselig noen som ender med å måtte ha en hormonspiral allikevel på grunn av blødningsforstyrrelser. Så det er det er en del kvinner som trenger hormoner som behandling også og da får man jo på en måte også prevensjonseffekten av den behandlingen.»

Gynekologen påpeker at prevensjonsmidler for kvinner ikke bare handler om å forhindre graviditet, men også blir en behandling for ulike plager relatert til kvinnekroppens reproduktive funksjoner. Derfor vil kvinner potensielt fortsatt trenge sine prevensjonsmidler selv om mannen bruker det. Nettopp fordi kvinnen kan trenge det til behandling av ulike symptomer. Gynekologen tenker seg så at det ville være en grunn til at menn (og kanskje en potensiell partner) ikke ser poenget med å bruke hormonell prevensjon som erstatning for kvinnens bruk. Klart begge kjønn kunne brukt hormonell prevensjon uansett, som en ekstra sikkerhet, men hvis hormonell prevensjon for menn skal erstatte kvinners preparater er det tvilsomt grunnet behandlingsfunksjonen. Kvinnelig prevensjon forstås som noe mer enn kun et middel for å forhindre fertilitet. Det blir også en type medisinsk behandling. Som gynekologen forteller trenger noen kvinner hormonspiral allikevel etter sterilisering fordi de får forstyrrelser med blødning. Prevensjonseffekten her blir ikke nødvendig ettersom kvinnen er sterilisert. Som sagt er ikke nye preparater for menn i bruk ennå, dermed vet vi ikke om de kan ha noen ekstra gunstig effekt for menn. Vil menn potensielt kunne bruke det som en type hormonell behandling ved lignende plager knyttet til sin kropp? En rapport om tidlig klinisk testing av hormonell prevensjon for menn, skrev at dosering av testosteron reduserte bivirkninger som akne og hårtap (Roth et al., 2016, s. 4). Kanskje dette ville endret synet på hvor nødvendig middelet er for menn, eller gjort det mer attraktivt. Om bekjemping av kviser og hårtap blir en etablert effekt er det kanskje ikke direkte en behandling for plager relatert til reproduksjonsfunksjoner, som p-pillens behandling av menstruasjonssmerter, men det kan fortsatt være en positiv effekt på en annen type hormonell plage mange generelt opplever. Medisinstudentene problematiserte hva slags andre gunstige effekter et preparat for menn ha kunne:

Medisinstudent 5: «Jeg vet ikke hva for noe gunstige effekter en mannlig prevensjon kan ha som p-piller for jenter da. At man på en måte får blødningskontroll og...»

Medisinstudent 2: «Kviser kanskje, jeg vet ikke.»

Medisinstudent 5: «Ja, kviser kanskje. Men hva annet? Kan jo kanskje spille inn på kanskje muskelmasse, eller noe sånt? Det hadde sikkert vært kjempepopulært, men...»
[latter fra de alle medisinstudentene]

Kviser er en plage begge kjønn sliter med, og studentene tenker seg at et preparat for menn som behandle kviser kunne vært en mulig positiv effekt. Dog spør den ene studenten, «men hva annet?». En tolkning kan være at middelet for menn burde ha flere positive effekter ved bruk enn bare å forhindre kviser, for at det skal vært attraktivt. Å tenke seg flere positive bivirkninger ser også ut til å være utfordrende. Et annet forslag, mest spøkefullt, er en effekt på muskelmassen som kanskje ville vært populært blant menn opptatt av slikt.

Noen av informantene tenker at et preparat for menn kanskje ikke vil ha like mange gunstige effekter. Medisinstudent 5 sa: «[For] kvinner så er det faktisk noen gunstige effekter med å ta prevensjonen da, mens for menn så er det kanskje ikke like store funksjoner annet enn denne prevensjonskontrollen.» Det kan tolkes som at hormonell prevensjon for menn ikke blir sett på like gunstig på grunn av de ekstra positive effektene prevensjon kan ha for kvinner, som nevnt tidligere blødningskontroll eller hjelp med menstruasjonssmerter. Den ekstra kontrollen menn kan få over sin egen reproduksjon, sees kanskje ikke på som like viktig uten noen ekstra positive effekter. Det er interessant at informanten sier det kanskje er «ikke like store funksjoner» bortsett fra en prevensjonseffekt. Ut ifra dette sitatet kan det vise hvor stor del behandlingseffekten utgjør av vurderingen av prevensjonen (for kvinner). Å forhindre graviditet på en sikker måte blir jo ofte beskrevet som den viktigste funksjonen til prevensjon, men informantens utsagn gir inntrykk av at uten ekstra positive effekter for menn vil preparatet ikke være like attraktivt.

Hormonell prevensjon for menn er ikke i en fase der det er i bruk ennå, men allikevel tenker informantene seg at det ikke er utviklet nok til å være gunstig med ekstra effekter. I motsetning til kvinners prevensjonsmidler, som har en sterk assosiasjon som ikke bare et prevensjonsmiddel for å hindre uønsket graviditet, men et medisinsk middel til behandling av ugunstige effekter av f.eks. menstruasjon. Mannlig prevensjon har ikke den samme assosiasjonen. Det kan tolkes som at den mannlige kroppen ikke har en like sterk assosiasjon til hormonelle plager som må behandles på en medisinsk måte. Samtidig kan menn også slite med lavt testosteron og trenge hormonbehandling. De opplever også plager som hårtap og kviser. Det er usikkert hva slags effekter mannlig prevensjon vil ha.

For å trekke det tilbake til problematikken med bivirkninger, kan kanskje den lave toleransen forklares med funksjonen preparatet for menn eventuelt vil ha. Dersom den eneste funksjonen en f.eks. p-stav til menn kommer til å ha er å forhindre graviditet, vil det kanskje gi grunnlag for å kreve færre bivirkninger. Dette er noe gynekologen også uttrykte i intervjuet: «Når man ikke bærer konsekvensene av det selv så tenker jeg kanskje at det gir en lavere terskel for hva man tolererer av bivirkninger. Så det bør jo da være en hormonell prevensjon med relativt lave bivirkninger». Igjen dukker det opp en vektning av konsekvenser kvinner opplever mot menn dersom oppstår en graviditet.

Gynekologen nevnte også i intervjuet at kvinnelig prevensjon har litt beskyttelse mot kjønns sykdommer, mens menns kanskje ikke vil da det:

«Og så vet man også at en del av prevensjonsmidlene gitt til damer beskytter litt mot seksuelt overførbare sykdommer også. Sånn som hormonspiral kan ha opptil femti prosent beskyttelse blant annet for en bekkeninfeksjon med klamydia. [...] Altså det er jo ikke en

full beskyttelse så man kan fortsatt få en skikkelig bekkeninfeksjon, men det er lavere risiko når man bruker hormonell prevensjon da for det slimet blir tykkere rundt skjedeinngangen eller rundt livmorhalsinngangen. Så den det vet jeg ikke om man vil få ved mannlige prevensjon for eksempel.»

Sett fra gynekologens perspektiv kan det tolkes som lite gunstig å få mer bruk av menn på hormonell prevensjon og mindre bruk av kondom. Hun frykter at konsekvensen blant annet er en økning i kjønns sykdommer. Dette er interessant i lys av data som sier at nordmenn er dårlig på å bruke kondom når de har samleie med ny partner (RFSU, 2016). Gynekologen tolker det kanskje som en forverring av allerede lav bruksstatistikk. Det viser at de er vanskelig å predikere hva slags effekter prevensjonen for menn vil ha. Konsekvensene av ny teknologi er gjerne vanskelige å predikere, og spesielt en så verdiladet teknologi som prevensjon. Betydningen prevensjon har henger sammen med normer for blant annet seksualitet, og moralitet. Designere av teknologier besitter sine fortolkninger av hvordan teknologien skal brukes. Brukere vil også forme sin bruk etter hva teknologien oppfordrer, men samtidig former de teknologien med sin bruk. Hvordan menn vil vurdere risikoen for kjønns sykdommer kontra risikoen for graviditet er usikkert. Kanskje fører det til mer bruk av dobbel prevensjon (kondom og hormonelt preparat), eller mindre bruk av kondom og mer bruk av hormonell prevensjon.

I lys av alt dette uttrykkte derfor flere av informantene i dataene at hormonell prevensjon for menn virker umulig å få til. På spørsmål om hormonelle prevensjonsmidler for menn i det hele tatt kommer til å kunne lages sa legen:

Legen: «Jeg tror ikke det det. Og det handler overhodet ikke noe med igjen kjønnsdiskriminering å gjøre, men rett og slett at det det vil være altfor teknisk vanskelig, medisinsk vanskelig å bruke prevensjon som du må bruke flere måneder før du føler den er effektiv, virker lite attraktivt. I tillegg til at det tar flere måneder fra man slutter til man blir fertil igjen og man klarer ikke å etterligne en normalt tilstand i mannekroppen som gjør at summa summarum, så er det rett og slett både vanskelig å utvikle det, lage det og jeg tror det blir også vanskelig å bruke det.»

Ettersom legen har mer innsikt i hvordan forskning på feltet ligger an, virker det som forskningen ikke har kommet så mye lenger. Han sier det er for teknisk vanskelig å lage og medisinsk vanskelig å bruke. Dette ser ut til å være en utbredt forestilling om preparatet. Derfor rammes teknologien inn som umulig å lage for menn.

5.1.4 Oversvømmelse: Mer forskning gjør det mulig, men å videreutvikle kvinners prevensjon er kanskje bedre?

Innrammingen av hormonell prevensjon for menn som umulig å lage på en tilfredsstillende måte ser ut til å være en ganske sterk ramme. Biologiske faktorer blir forklart som store hinder. Allikevel tenker informantene seg som regel at mer forskning vil kunne løse problemet. Oversvømmelsen som truer det umulige prosjektet er tanken om mer forskning som løsningen. Selv om legen som var tydelig på at det er et umulig prosjekt, løftet han fortsatt forskning som en mulig løsning:

«Da må man nok fortsatt forske for å finne frem riktig preparat. De preparatene som til nå har vært forsket på er ikke gode nok i den forstand at de er ikke sikre nok, og det tar for lang tid før de begynner å virke. Så det tror jeg er det som må til.»

Han tenker seg altså at hvis man bare får forsket mer, vil man etter hvert utvikle et bra preparat. Helseesykepleierne uttrykker samme synspunkt. De ønsker seg gjerne en utvikling: «For det trengs jo definitivt mer forskning på det her». Da jeg spurte om hva

de tenkte er de største barrierene for at prevensjonen er et alternativ svarte de blant annet forskning: «Nei, det må begynnes med å forske mer på det.» Et gjennomgående håp er altså at problemet kan løses ved hjelp av mer forskning. Legen ønsket gjerne at et preparat ble funnet til slutt:

«Nei, jeg tror man må som alltid bevilge mer penger. Forsker mer på det. Teste ut flere ulike preparater. Man finner nok noe til slutt. Det håper jeg på, så får vi bare håpe at den utviklingen går så raskt som mulig.»

En av de største barrierene for at hormonell prevensjon for menn ikke er ferdig, forklares gjerne med manglende forskning og ressurser. Som redegjort for i innledningskapittelet mangler det rett og slett ekspertise og kunnskap om menns biologi relatert til reproduksjon og hormoner. Kombinert med at det meste av spesialiseringen og ressursene rettes mot kvinners reproduksjon, kan det tenkes at mer forskning og bevilgninger faktisk er nødvendig. Samtidig vil det henge sammen med den kulturelle og sosiale vurderingen av nytten. Trenger vi hormonell prevensjon for menn? Noen av informantene foreslo det er mer nyttig å videreutvikle kvinners prevensjon:

Medisinstudent 2: «Ja, men sånn bivirkningsmessig, så er det på en måte mer gunstig at samfunnet fokuserer da mer på å videreutvikle prevensjon for damer enn å lage et nytt preparat for menn.»

Bivirkninger er en annen sentral hindring. Å forhandle med aksepten for bivirkninger ser ut til å være vanskelig. Samtidig som kvinner i den offentlige diskursen uttrykker frustrasjon over mengden bivirkninger de må håndtere, aksepteres svært lite bivirkninger i prevensjonen for menn. Å utvikle et middel for kvinner uten bivirkninger ville løst frustrasjonen mange kvinner føler med sin prevensjon. Dersom det er mulig å utvikle. Det kan tolkes som at medisinstudenten mener det er mer nyttig for samfunnet å fokusere på videreutvikling av kvinners preparat. Kanskje hun tenker det ville vært bedre å forbedre midler til kvinner basert på kunnskapen vi har kontra å fokusere på menns preparater hvor det mangler kunnskap.

Totalt sett ser det ut som oversvømmelsen med at forskning løser alle problem, kan gjøre tidligere argument mindre gjeldende. Argumentene om at prevensjon for menn er umulig å utvikle vil falle bort dersom man mener mer forskning vil kunne løse problemet. Informantene foreslår også å heller prioritere kvinners prevensjon. Informantene ser for seg dette kan resultere i en videreutvikling, at kvinners preparat vil kunne lages uten bivirkninger. P-pillen er en prevensjon som har endret mye på hvordan vi tenker rundt reproduksjon. Det er ikke utenkelig at nye preparater i fremtiden vil endre det igjen. Spesielt dersom bivirkningsfrie midler for kvinner utvikles. Vil da tanken om at ansvar burde likestilles forsvinne? Det snakkes om at kvinner må ta byrden med bivirkninger, derfor kan prevensjon for menn gi mer av ansvaret og byrden til menn. Hva med hvis det utvikles et bivirkningsfritt middel for menn? Noen forskere jobber også med å lage hormonfrie prevensjonsmidler til menn som skal ha færre bivirkninger, som omtalt i en NRK-artikkel (Egge, 2022). Vil prevensjon for kvinner bli forkastet dersom det skjer? Det er vanskelig å si, spesielt med tanke på at midlene til kvinner har en assosiasjon som noe mer enn bare prevensjon.

5.1.5 Oppsummering & drøfting

Selv om informantene generelt er positive til hormonell prevensjon for menn, hersker det en sterk tvil om teknologien i det hele tatt kan lages. En av de største hindringene ser ut til å være bivirkninger. I forskning og produsering av medisiner tolerer man lite

bivirkninger. For prevensjon gjelder dette spesielt siden det skal gis til friske mennesker. Bivirkninger har dermed blitt et viktig målepunkt for om et preparat for menn blir godkjent og tatt i bruk. Det ser ut som det er en forestilling av menn med høye krav og lav toleranse for bivirkninger. Legemiddelindustrien ser ut til å ha den samme standarden, og vil ikke satse på midler til menn med bivirkninger. Den biologiske disposisjonen til kvinner og menn presenteres også som et stort hinder for utvikling av hormonell prevensjon for menn. Det blir brukt som begrunnelse flere ganger, at det er de biologiske forskjellene mellom kvinner og menn som gjør ferdigstilling av et produkt for menn vanskelig. Hormonell prevensjon for menn ses heller ikke alltid med et like gunstig blikk av informantene. Det henger sammen med at kvinners prevensjon assosieres med andre funksjoner enn bare graviditet. Siden menns prevensjon kun skal ha en funksjon tenker informantene det gir grunnlag for å kreve færre bivirkninger. Oversvømmelsen som truer denne rammen, er holdningen om at mer forskning etter hvert vil kunne overkomme hinderet mannens biologi skaper, og til slutt komme frem til et akseptabelt preparat.

Innrammingen av hormonell prevensjon for menn ser ut til å stå ganske sterkt. For det første vil forestillingen om at menn ikke aksepterer bivirkninger sette standarden for preparatet høyt. Legemiddelindustrien ønsker nok ikke å satse på preparater dersom menn ikke vil bruke det. Oudshoorn (2003, s. 109) skrev nettopp om dette, at den lave aksepten for risiko for menns prevensjon fører til lange perioder med testing av preparatet. Det kan se ut som det er en ulik modell i beregning av risiko for kjønnene. Oudshoorn (2003, s. 108) skriver at helserisikoen med prevensjon for menn måles opp mot friske menn, mens kvinners risiko med prevensjon måles opp mot graviditet. Noe av det samme kan ses i dataene mine. F.eks. at kvinner opplever de største konsekvensen av graviditet og menn gjør ikke det, derfor kan det kreves færre bivirkninger. Kjønn spiller kanskje derfor en rolle i aksepten for bivirkninger i utviklingen av prevensjon. Dersom søken etter null risiko for menn fortsetter, vil kanskje prosjektet om prevensjon for menn være umulig.

6 Konklusjon: Hormonell prevensjon for menn er en umulig teknologi, men kanskje av andre grunner enn du tror...

I denne masteroppgaven har jeg studert ulike holdninger og meninger om hormonell prevensjon for menn blant helsepersonell. Mens kvinner har et stort utvalg av medisinske prevensjonsmidler, er alternativene for menn fortsatt manglende. Selv om ulike aktører har forsøkt i flere tiår å utvikle hormonelle prevensjonsmidler for menn, har ingen kommet gjennom og ut på markedet. Jeg ønsket å se nærmere på hva helsepersonell tenkte rundt dette. Helsepersonell er en ekspertgruppe som gir råd om prevensjon og opplever pasienters ønsker og behov om prevensjon i større grad. Oppgavens problemstilling var: *Hvordan fortolker helsepersonell hormonell prevensjon for menn?* Gjennom intervju med helsepersonell har jeg belyst den fortolkningsmessige fleksibiliteten til hormonell prevensjon for menn, og med utgangspunkt i hvordan de forestiller seg og rammer inn denne teknologien, sett på deres sosiotekniske forestillinger.

De to analysekapitlene belyser tre innramminger informantene benyttet da de diskuterte prevensjon for menn. Analysen viser at hormonell prevensjon for menn overordnet tolkes som en positiv teknologi fordi den skal føre til likestilling. Flere av informantene fortalte om kvinnelige pasienter som etterspør hormonell prevensjon for menn, på grunn av frustrasjonen de opplever med hvor krevende egen prevensjon er. Krevende blant annet fordi kvinnene ofte må gjennom en lengre prosess med å håndtere belastende bivirkninger, før de finner et passende prevensjonsmiddel. Prevensjon for menn blir tolket av pasientene som en løsning på disse problemene. En sentral sosioteknisk forestilling er at prevensjonsteknologien skal føre til likestilling mellom kjønnene. Likestillingen informantene ser for seg er en likestilling av ansvar for prevensjon og kontrollen over reproduksjon. Ansvar vil likestilles fordi menn får mer mulighet til å bruke prevensjon, og menn kan få mer likestilling i muligheten til å kontrollere egen reproduksjon. Slik sett blir hormonell prevensjon for menn tolket som en likestillingsteknologi. Oversvømmelsen som truer rammen er den ulike konsekvensen for kvinner og menn hos informantene. Siden det er kvinnen som blir gravid, tolker informantene den biologiske konsekvensen som et hinder for full likestilling av ansvar og forventning. De ser det som et hinder at det er kvinnen som blir gravid dersom ansvaret neglisjeres eller prevensjon feiler, selv om menn kan ta mer ansvar.

Den andre innrammingen handler om hvordan informantene forestiller seg brukere av prevensjonen. Preparatet blir tolket av informantene som en parteknologi. Her synliggjøres den heteronormative rammen prevensjonsfeltet er preget av. Informantene ser for seg bruket av preparatet vil fungere best for en mann og en kvinne i et fast forhold. Familieplanlegging står sentralt. De tenker at for par som ønsker seg barn senere kan mannen bruke prevensjon i stedet for kvinnen. Det henger sammen med tanken om å flytte byrden av bivirkningene over på mannen. Blant annet trekker informantene frem faste forhold der kvinnen sliter med bivirkninger på grunn av sin

prevensjon. Her kan da mannen heller bruke prevensjon for å hjelpe med dette. I likhet med tolkningen i innramming 1, ser informantene for seg at ansvaret og makten fordeles mer likt mellom partene dersom begge kan bruke prevensjon. F.eks. dersom begge går på prevensjon og ønsker barn, må begge være enige for å slutte. Samtidig kan skylden for graviditeten fordeles mer likt mellom partene. Hormonell prevensjon for menn tolkes derfor som en parteknologi. Oversvømmelsen av denne rammen er en annen relevant bruker: menn uten faste forhold. For seksuelt aktive menn utenfor faste forhold tenker informantene prevensjonen for en annen funksjon. I motsetning til faste forhold, der en tillit er til stede for at den andre parten går på prevensjon, kan single menn bruke hormonell prevensjon for egen sikkerhet i relasjoner med mindre tillit, f.eks. «one night stands». Informantene snakker her om usikkerheten menn ofte har om kvinnen går på prevensjon. Slik sett kunne menn gått på prevensjon for å skape større sikkerhet for seg selv.

Den siste innrammingen handler om barrierene informantene ser for seg som hindrer eksistensen til prevensjon for menn. På grunn av hindringene fortolker informantene hormonell prevensjon som et umulig prosjekt. Konflikten oppstår på grunn av den tilsynelatende ulike måten nytte og konsekvenser kalkuleres for kvinner og menn. Det baserer seg først og fremst på det ulike nivået av aksept for bivirkninger, altså mindre alvorlige bivirkninger som hodepine, humørendringer, kviser, og mindre sexlyst. Toleransen for bivirkninger ser ut til å være lav for menns preparater. Legen påpekte at prevensjon skal gis til friske mennesker og toleransen for bivirkninger er derfor lav. Siden hormonell prevensjon for menn kun har en funksjon med å forhindre graviditet forestiller gynekologen seg at det gir grunnlag for å tolerere færre bivirkninger for menn. Dette som følge av at kvinners prevensjon har flere behandlingsfunksjoner i tillegg til prevensjonsfunksjonen. Dette fungerer i samspill med den ulike konsekvensvurderingen, kvinner bærer fortsatt konsekvensene om det blir en graviditet, derfor må ikke menn godta bivirkningene på samme måte. Helseesykepleierne forestiller seg at menn har høyere krav og godtar færre bivirkninger, i kontrast med en kvinner som aksepterer flere bivirkninger. De tenker seg kvinner aksepterer flere bivirkninger av nødvendighet for å sikre seg selv mot graviditet. Informantene fortolker også preparatet som umulig å lage av biologiske årsaker. Her trekkes det frem at kvinners biologiske disposisjon gjør det å lage prevensjon for kvinner mye enklere. Det handler om at når kvinner er gravide, er de ikke fertile. Dette kalles en «naturlig tilstand» for kvinner. Det er denne tilstanden som simuleres med prevensjonsmidler for kvinner, men som ikke er mulig med menn ettersom de ikke har en lignende tilstand. Totalt sett gir det assosiasjoner til kvinner som nærmere naturen og med kropp som er enklere å manipulere med teknologi enn menns kropp. I sammenlikning med kvinners prevensjon blir det potensielle preparatet for menn sett på som understudert og underutviklet. Oversvømmelsen for denne rammen er at mer forskning eventuelt vil løse problemet og gjøre det mulig å få et prevensjonsmiddel for menn til slutt.

Teknologi og samfunn er stadig i endring. De påvirker hverandre i en gjensidig skapelsesprosess. Måten vi tenker om prevensjon er ikke gitt for alltid. I litteraturen sier flere eksperter at hormonell prevensjon for menn har en mulighet til å komme ut på markedet i fremtiden. Det store spørsmålet er når det faktisk kommer ut.

I tråd med en STS-nyansering av teknologiers effekter, er det interessant å se at forestillingene om prevensjonen for menn også innebærer en rekke forestillinger om menn og likestilling. Informantene forestilte seg at mer prevensjon for menn skal føre til mer likestilling. STS fremhever at ikke alle nye teknologier eller innovasjoner automatisk

fører til fremskritt i samfunnet. Teknologi kan ha andre konsekvenser eller brukes på andre måter enn hva intensjonen til designeren er. Det henger nøye sammen med sosiale og kulturelle dimensjoner. Følgelig, kan ikke en teknologi automatisk skape likestilling av seg selv. For at et preparat til menn skal ha en likestillingseffekt, må vi også rette blikket mot brukerne av teknologien. For hva er poenget med å ha klart et preparat til menn dersom de ikke kommer til å bruke det?

I dataene mine råder det noen forestillinger om kjønn og prevensjonsteknologi. Menn kommer ikke alltid godt ut av dette. De blir gjerne fremstilt som ansvarsløse: de bryr seg ikke om prevensjon, de vil ikke bruke kondom, de har høye krav til et potensielt prevensjonsmiddel for seg selv. Det er også andre forestillinger om hva slags brukere menn er: heterofile og monogame. Slik sett er forståelsen av menn ganske ensidig. Menn forsvinner også litt når det blir snakk om konsekvensene av graviditet. Selv om kvinnen er den som blir gravid vil menn fortsatt ha et ansvar i å forårsake det, men det tas ikke så ofte opp hva menn føler om sitt ansvar. Det er også viktig å presisere at analysen handler om forestillinger om kvinner og menn, og at disse kan gi et meget forenklet bilde av virkeligheten. Det er ikke gitt at menn (og kvinner) er en enhet med samme behov og meninger. Forskningslitteraturen om hormonell prevensjon for menn peker som oftest på menn som sier de selv ønsker flere preparater, slik at de kan ta mer ansvar. Poenget er at den potensielle brukeren av teknologien må også faktisk ta den aktivt i bruk. For menn og prevensjon henger det sammen med en endring av de kulturelle forventningene om prevensjon. Dersom normene for ansvar fortsatt forbindes mest med kvinner, vil kanskje ikke menn oppleve ansvaret i like stor grad? En annen norm for menn må skapes, der det gjøres mer naturlig for menn å ta mer ansvar for prevensjon. Dette er sentralt for at et potensielt preparat skal lykkes.

I utgangspunktet var jeg nysgjerrig på hvorfor kvinner har så mange prevensjonsmidler i forhold til menn. Hva er egentlig grunnen til det? Som studiet har vist er sosiale relasjoner i teknologi kjønne. STS vektlegger hvordan teknologi og samfunn gjensidig påvirker hverandre. I den tidlige forskningen på prevensjon kan det tenkes at de normene og kjønnsrollene man hadde for kvinner resulterte i en skjevfordelt prioritering. Kvinnekroppen var forbundet mer med reproduksjon og graviditet enn menns kropp. Dermed prioriterte forskerne, som ofte var menn, å utvikle kunnskapen for prevensjon til kvinner. At kvinner har så mange prevensjonsmidler kan da forklares som en selvforsterkende effekt. Prevensjonsmidler for kvinner eksisterte allerede i flertall og kvinnene brukte prevensjon, derfor fortsatte forskningen og produksjonen av prevensjonsmidler til kvinner. Normene for ansvar for prevensjon var kanskje noe både menn og kvinner knyttet mer opp mot kvinner ettersom tiden gikk. Men denne utviklingen gikk på bekostning av prevensjonsmidler for menn. Slik sett er det en sosioteknisk problemstilling. Hormonell prevensjon for menn er kanskje ikke umulig bare på grunn av en tolkning om vanskeligheten med å lage det, men også manglende normer for ansvar, og bruk av prevensjon blant menn. Dette i samspill med lite prioritering av forskning på menns prevensjonsmidler. For at hormonell prevensjon for menn skal lykkes må både teknologien og de sosiale faktorene spille på lag for å gjøre en endring.

Referanseliste

- Andrews, T. & Vassenden, A. (2007). Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*, 15, 151-163.
- Armstrong, A. Y. (2015). *Contraception: Unmet Needs, Existing Options, and New Technologies*. Hauppauge: Nova Science Publishers, Incorporated.
- Asdal, K., Brenna, B. & Moser, I. (2001). Introduksjon: Teknovitenskapelige kulturer. I K. Asdal, B. Brenna & I. Moser (Red.), *Teknovitenskapelige kulturer* (s. 9-12). Spartacus.
- BBC. (2016, 26. oktober). Birth control: Male contraceptive injection 'shows promise'. *BBC*.
<https://www.bbc.com/news/health-37790450>
- Benagiano, G., Bastianelli, C. & Farris, M. (2007). Contraception: A social revolution. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12(1), 3-12.
<https://doi.org/10.1080/13625180601012311>
- Bertotti, A. M., Mann, E. S. & Miner, S. A. (2021). Efficacy as safety: Dominant cultural assumptions and the assessment of contraceptive risk. *Social Science & Medicine*, 270, 113547.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113547>
- Bijker, W. E. (2002). Sociohistorical Technology Studies. I S. Jasanoff, G. E. Markle, J. C. Petersen & T. Pinch (Red.), *Handbook of science and technology studies* (Rev. utg., s. 229-256). Sage Publications.
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57-71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. I P. Liamputtong (Red.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (s. 843-860). Springer Singapore.
https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Butler, J. (1999). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity* (10th anniversary. utg.). Routledge.
- Callon, M. (1998). An Essay on Framing and Overflowing: Economic Externalities Revisited by Sociology. *The Sociological review (Keele)*, 46(1_suppl), 244-269.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1998.tb03477.x>
- Callon, M. (1999). Actor-Network Theory—The Market Test. *The Sociological Review*, 47(1_suppl), 181-195. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03488.x>
- Campos, G. (2021, 05.06). Videoconferencing app usage 'hits 21 times pre-Covid levels'. *AV Magazine*. <https://www.avinteractive.com/news/collaboration/usage-mobile-video-conferencing-apps-including-zoom-grew-150-first-half-2021-05-08-2021/>
- Devlin, H. (2019, 22. juni). Male contraceptive could be near as trial of gel begins. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/society/2019/jun/22/male-contraceptive-could-be-near-as-trial-of-gel-begins>
- Eberhardt, J., van Wersch, A. & Meikle, N. (2009). Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 35(3), 161-165. <https://doi.org/10.1783/147118909788707986>
- Egge, J. H. (2022, 26. mars). P-piller for menn funnet 99 prosent effektive i mus. *NRK*.
https://www.nrk.no/trondelag/p-piller-for-menn-99-prosent-effektive-i-mus-_ser-ingen-negative-bivirkninger-1.15905858
- Eielsen, M. S. (2020). *Pillen: Historien om 1900-tallets viktigste oppfinnelse*. Manifest.
- Eikje, I. V. (2021, 2. februar). «25 under 25»: Gi menn p-piller! *VG*.
<https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/wevJVP/25-under-25-gi-menn-p-piller>

- Fausto-Sterling, A. (1992). *Myths of gender: biological theories about women and men* (2. utg.). Basic Books.
- Fine, G. A. & Manning, P. (2003). Erving Goffman. I G. Ritzer (Red.), *The Blackwell Companion to Major Contemporary Social Theorists* (s. 34-62). Chichester: John Wiley & Sons, Incorporated. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9780470999912.ch3>
- Frey, J. H. & Fontana, A. (1991). The Group Interview in Social Research. *The Social Science Journal*, 28(2), 175-187.
- Gava, G. & Meriggiola, M. C. (2019). Update on male hormonal contraception. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 2042018819834846. <https://doi.org/10.1177/2042018819834846>
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Harvard University Press.
- Gordon, L. (1977). *Woman's body, Woman's right: A Social History of Birth Control in America*. Penguin.
- Hackett, E. J., Amsterdamska, O., Lynch, M. & Wajcman, J. (2008). *The Handbook of science and technology studies* (3. utg.). The MIT Press; Published in cooperation with the Society for the Social Studies of Science.
- Helsedirektoratet. (2022). *Fortsatt reduksjon i kapasitet og tilgjengelighet til fastlege*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. mai 2022, lest 19. september 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/fortsatt-reduksjon-i-kapasitet-og-tilgjengelighet-til-fastlege>
- Helsenorge. (2021). *Ultralydundersøking*. helsenorge.no. Hentet 29.08.2022 fra <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/ultralyd/>
- Husøy, S. (2011, 11. desember). Derfor får ikke menn p-piller. *NRK*. <https://www.nrk.no/livsstil/derfor-far-ikke-menn-p-piller-1.7909838>
- Irvine, A. (2010). *Using phone interviews*. Realities Toolkit series. Morgan Centre, University of Manchester. https://www.researchgate.net/publication/279372560_Using_phone_interviews
- Jasanoff, S. (2015). Future Imperfect: Science, Technology, and the Imaginations of Modernity. I S. Jasanoff & K. Sang-Hyun (Red.), *Dreamscapes of Modernity: Sociotechnical Imaginaries and the Fabrication of Power*. University of Chicago Press.
- Jeppesen, S. (2016). Heteronormativity. I A. E. Goldberg (Red.), *The SAGE Encyclopedia of LGBTQ Studies* (Bd. 1, s. 492-496). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4135/9781483371283>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Johansen, M. S. (2019, 30. juni). Håper gelé på skuldrene skal revolusjonere prevensjon for menn. *TV2*. <https://www.tv2.no/nyheter/utenriks/haper-gel-pa-skuldrene-skal-revolusjonere-prevensjon-for-menn/10691556/>
- Karl, K. A., Peluchette, J. V. & Aghakhani, N. (2022). Virtual Work Meetings During the COVID-19 Pandemic: The Good, Bad, and Ugly. *Small Group Research*, 53(3), 343-365. <https://doi.org/10.1177/10464964211015286>
- Kean, S. (2012). Reinventing the Pill: Male Birth Control. *Science*, 338(6105), 318-320. <https://doi.org/doi:10.1126/science.338.6105.318>
- Kløkstad, S., Aarvold, T. & Johansen, M. (2022). Prevensjonsmidler. I M. Røsok & T. Aarvold (Red.), *Metodebok for Seksuell Helse* (Bd. 9). <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
- Kringstad, K. (2021, 18. april). Denne p-geleen kan bli vanlig i menns toalettmappe. *NRK*. https://www.nrk.no/trondelag/nar-kommer-hormonell-prevensjon-for-menn_-glem-p-piller-for-menn_-snart-kommer-p-geleen-1.15442725
- Kvande, L. & Levold, N. (2014). Klinisk bruk av ultralyddiagnostikk på 1980-tallet: medisin, politikk eller etikk? I N. Levold (Red.), *Biopolitikk. Kropp, kunnskap, og teknologi*. Fagbokforlaget.

- Levold, E. N. (2021). *Ungdoms innramming av genredigeringsteknologi: Mellom muligheter og risiko?* [Masteroppgave, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet]. Ntnuopen. Trondheim. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2787097>
- Lobe, B., Morgan, D. L. & Hoffman, K. (2022). A Systematic Comparison of In-Person and Video-Based Online Interviewing. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 16094069221127068. <https://doi.org/10.1177/16094069221127068>
- MacKenzie, D. & Wajcman, J. (1999). Introductory essay: the social shaping of technology. I *The social shaping of technology* (2. utg., s. 1-49). Open University Press.
- Marcell, A. V., Plowden, K. & Bowman, S. M. (2005). Exploring older adolescents' and young adults' attitudes regarding male hormonal contraception: applications for clinical practice. *Human Reproduction*, 20(11), 3078-3084. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei168>
- Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501. <https://doi.org/10.1086/494680>
- Mason, J. (1996). *Qualitative Researching*. SAGE Publications Ltd.
- Mason, J. (2018). *Qualitative Researching* (3. utg.). SAGE Publications Ltd.
- McLaren, A. (1984). *Reproductive Rituals: The Perception of Fertility in England from the Sixteenth Century to the Nineteenth Century*. Routledge.
- Merchant, C. (1989). *The death of nature : women, ecology, and the scientific revolution*. Harper & Row.
- Mintz, S. (1998). From Patriarchy to Androgyny and Other Myths: Placing Men's Family Roles in Historical Perspective. I A. Booth & A. C. Crouter (Red.), *Men in Families. When do they get involved? What difference does it make?* Lawrence Erlbaum Associates.
- Moi, T. (1998). *Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori*. Gyldendal.
- Morgan, D. L. (1997). Focus Groups as Qualitative Research. I *Focus groups as qualitative research*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>
- Moscucci, O. (1990). *The science of woman : gynaecology and gender in England, 1800-1929*. Cambridge University Press.
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (5. utg.). De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Oudshoorn, N. (2003). *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*. Duke University Press.
- Pichelstorfer, A. (2016, 01.09.2016). *Analyzing 'framing' as device in public debates* [Paperpresentasjon]. 4S/EASST 2016 conference: Science and technology by other means, Berlin Social Science Center. <https://nomadit.co.uk/conference/easst2016/paper/32135>
- Pinch, T. & Bijker, W. E. (1989). The social construction of facts and artifacts: or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other. I W. E. Bijker, T. Hughes & T. Pinch (Red.), *The social construction of technological systems: New Directions in the Sociology and History of Technology* (s. 11-43). MIT press.
- Ravn, M. N., Kristensen, G. K. & Sørensen, S. Ø. (2016). Reproduksjon i dagens Norge. I *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge*. Fagbokforlaget.
- Ravn, M. N. & Skjølsvold, T. M. (2016). Arbeidet med å lage barn: Lesbiske par og tredjepartsutfordringer i familieskaping. I *Reproduksjon, kjønn og likestilling i dagens Norge* (s. 161-178). Fagbokforlaget.
- RFSU. (2016). *Nordmenn foretrekker kjønns sykdommer fremfor uønsket graviditet*. RFSU. <https://www.rfsu.com/no/nordmenn-foretrekker-kjonns-sykdommer-fremfor-uonsket-graviditet/>
- Ritzer, G. & Stepnisky, J. (2014). *Sociological theory* (9. utg.). McGraw-Hill.
- Roth, M. Y., Page, S. T. & Bremner, W. J. (2016). Male hormonal contraception: looking back and moving forward. *Andrology*, 4(1), 4-12. <https://doi.org/10.1111/andr.12110>
- Ryen, A. (2002). *Det Kvalitative Intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Fagbokforlaget.

- Røthing, Å. & Svendsen, S. H. B. (2010). Homotolerance and Heterosexuality as Norwegian Values. *Journal of LGBT Youth*, 7(2), 147-166. <https://doi.org/10.1080/19361651003799932>
- Sex og Samfunn. (2020). Prevensjonsguiden. I.
- Silies, E.-M. (2015). Taking the Pill after the 'sexual revolution': female contraceptive decisions in England and West Germany in the 1970s. *European Review of History: Revue européenne d'histoire*, 22(1), 41-59. <https://doi.org/10.1080/13507486.2014.983431>
- Simonsen, C. (2020, 10. mai). 60 år siden kvinner fikk ha en seksualitet: – Det tror jeg har forandret verden. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/60-ar-siden-p-pillen-ble-godkjent-1.15010629>
- Singstad, B. N. (2011). *Det «overbestemte» livet? Balansering av arbeid og familieliv i IT-bransjen i Norge, Malaysia og California* [Doktoravhandling for graden philosophiae doctor, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet]. Trondheim.
- Sismondo, S. (2008). Science and Technology Studies and an Engaged Program. I E. J. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch & J. Wajcman (Red.), *The Handbook of science and technology studies* (3. utg., s. 13-33). The MIT Press; Published in cooperation with the Society for the Social Studies of Science.
- Skjølvold, T. M. (2013). What We Disagree about When We Disagree about Sustainability. *Society & Natural Resources*, 26(11), 1268-1282. <https://doi.org/10.1080/08941920.2013.797527>
- Skjølvold, T. M. (2015). *Vitenskap, teknologi og samfunn: en introduksjon til STS*. Cappelen Damm akademisk.
- Solheim, J. (1998). *Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Pax.
- Spiegel-Rösing, I. (1977). The study of Science, Technology and Society (STSS): Recent Trends and Future Challenges. I I. Rösing-Spiegel & D. de Solla Price (Red.), *Science, Technology, and Society. A Cross-disciplinary Perspective* (s. 7-42). Sage publications.
- Store-Ashkari, S. & Cissé, M. E. (2021, 19. juli). Prevensjon gir kvinner plager, men forskes lite på: – Jeg ble så sliten, så deprimert. *NRK*. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/mange-kvinner-opplever-negative-bivirkninger-pa-grunn-av-prevensjonsmidler-1.15541015>
- Svendsen, S. H. B., Stubberud, E. & Djupedal, E. F. (2018). Skeive ungdommers identitetsarbeid: SKAM etter homotoleransen. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 42(3), 162-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1890-7008-2018-03-03>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- UNFPA. (2022). *Nearly half of all pregnancies are unintended—a global crisis, says new UNFPA report* <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended-global-crisis-says-new-unfpa-report>
- Wajcman, J. (1991). *Feminism confronts technology*. Polity Press.
- Wajcman, J. (2010). Feminist theories of technology. *Cambridge Journal of Economics*, 34(1), 143-152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/cje/ben057>
- Walker, S. (2011). Attitudes to a male contraceptive pill in a group of contraceptive users in the UK. *Journal of Men's Health*, 8(4), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2011.04.003>
- Wang, C., Festin, M. P. R. & Swerdloff, R. S. (2016). Male Hormonal Contraception: Where Are We Now? *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 5(1), 38-47. <https://doi.org/10.1007/s13669-016-0140-8>
- Åsberg, C. & Lykke, N. (2010). Feminist technoscience studies. *European Journal of Women's Studies*, 17(4), 299-305. <https://doi.org/10.1177/1350506810377692>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide 1 - Lege

Introduksjon/før-intervju

- Takke for at personen har tatt seg tid til å delta
- Introduser deg selv og bakgrunn (prøv å være uformell)
- Fortell om hensikten med intervjuet og hvorfor jeg har bedt om intervjuet.
- Fortell om informasjon/data
 - Lydopptak
 - Hvem som får tilgang på data, når det slettes
 - Publikasjon
 - Anonymitet - dataene vil bli skrevet om slik at det som sies ikke kan brukes for å identifisere informanten som enkeltindivid.
- Deltakelse er frivillig. Kan velge å trekke seg når som helst.
- Skriftlig samtykke (forklar hvordan det gjøres og avtal måte/tidspunkt det gjøres på)

Intro

1. La oss starte litt generelt. Kan du fortelle litt om deg selv? Hvor gammel er du? hvor lenge har du vært fastlege/lege? Hvor studerte du?
Oppfølging:

Hoveddel

Jeg ønsker å undersøke debatten og føringene rundt hormonelle prevensjonsmidler for menn, og vil derfor vite litt mer om dette fra din rolle som fastlege, men også dine meninger personlig rundt det.

Tanker om hormonell prevensjon

2. Hva tenker du om hormonell prevensjon for menn? Har du hørt noe om det?

(Oppfølging: Bør det belyses mer? Er det kontroversielt? Hvorfor/hvorfor ikke? En mangel? Hva skulle du ønske var snakket om? Snakker andre leger om det?)

Utdanning og kunnskap om prevensjon

3. Hvor mye av utdanningen din har handlet om prevensjon? Hvor mye av praksisen din handler om det? Hvilket kjønn handler det mest om i forbindelse med prevensjon?

(Oppfølging: Har debatten/forskning på hormonell prevensjon for menn dukket opp der?)

4. Hvor og når har du sist lest eller hørt om hormonell prevensjon for menn?

(Oppfølging: (Om det ikke blir nevnt tidligere:) Er hormonell prevensjon for menn noe som er diskutert i legemiljøet i det hele tatt?)

5. Hva slags spørsmål møter du om prevensjon for menn i din praksis?

(Oppfølging: Har noen etterspurt noe mer info om eks hormonelle alternativer? Hva gjør du/sier du når du får slike spørsmål? Spør menn eller kvinner om det?)

Meninger og kontroverser rundt prevensjon

6. I diskusjoner om prevensjon og graviditet er det mange som mener kvinnen har ansvar for å bruke prevensjon. Hva tenker du om det? Hva syns du om mannens ansvar? Tror du mer alternative mannlige prevensjonsmidler kan endre det? Hvorfor/hvorfor ikke?

7. Problemstillingen om bivirkninger har vært sentral i debatten om prevensjon. I en kronikk trekkes det frem urettferdigheten med at kvinner opplever en rekke bivirkninger fra hormonell prevensjon, mens det stilles store krav til bivirkningsfrie midler for menn. Hva tenker du om det? Hvor vanskelig er det å få bivirkningsfrie prevensjonsmidler?

8. Det har lenge vært tvil om kvinner og menn ville akseptert nytt tilgjengelig prevensjonsmiddel for menn. *Selv om fordeler trekkes frem, som mindre helserisiko for kvinner og mer ansvar hos menn. Noen mener prev middel for menn vil gi kvinner mindre selvbestemmelse, og at kontrollen flyttes over til menn.* Hva tenker du om det? Hvordan tror du dine pasienter ville mottatt det? Hvordan ville du mottatt det?

9. Om det var aktuelt ville du brukt prevensjonsmiddelet selv? Hvorfor/hvorfor ikke?

(Oppfølging: Ville du anbefalt det til andre du kjenner? Til pasienter: Hva skal til for at du ville anbefalt det til pasienter? Burde det stå på legemiddellisten?)

10. Hva tror du skal til for at hormonell prevensjon for menn blir etablert som et alternativ? Og for at pasienter vil bruke det?

11. Hvordan ønsker du at utviklingen rundt hormonell prevensjon for menn skulle vært?

(Oppfølging: Hva slags hindringer er det som møtes? Mener du det er noe som trengs? Hvorfor/hvorfor ikke?)

12. Før vi avslutter, hva tror du ville blitt konsekvensene om prevensjonsmidlene ble tatt i bruk?

Avrundning

(Hvis tid) Er det noe du tenker på som er relevant som vi ikke har vært innom, eller andre ting du kommer på?

Etter avslutning

- Igjen takke for at personen deltok
- Oppfordre til å ta kontakt hvis det er noe de lurer på eller har innspill

Vedlegg 2: Intervjuguide 2 - Helsesykepleier

Introduksjon/før-intervju

- Takke for at personen har tatt seg tid til å delta
- Introduser deg selv og bakgrunn (prøv å være uformell)
- Fortell om hensikten med intervjuet og hvorfor jeg har bedt om intervjuet.
- Fortell om informasjon/data
 - Lydopptak
 - Hvem som får tilgang på data, når det slettes
 - Publikasjon
 - Anonymitet - dataene vil bli skrevet om slik at det som sies ikke kan brukes for å identifisere informanten som enkeltindivid.
- Deltakelse er frivillig. Kan velge å trekke seg når som helst.
- Skriftlig samtykke (forklar hvordan det gjøres og avtal måte/tidspunkt det gjøres på)

Intro

1. La oss starte litt generelt. Kan du fortelle litt om deg selv? Hvor gammel er du? hvor lenge har du vært fastlege/lege? Hvor studerte du?
Oppfølging:

Hoveddel

Jeg ønsker å undersøke debatten og føringene rundt hormonelle prevensjonsmidler for menn, og vil derfor vite litt mer om dette fra din rolle som helsesykepleier, men også dine meninger personlig rundt det.

Tanker om hormonell prevensjon

2. Hva tenker du om hormonell prevensjon for menn? Har du hørt noe om det?

(Oppfølging: Bør det belyses mer? Er det kontroversielt? Hvorfor/hvorfor ikke? En mangel? Hva skulle du ønske var snakket om?)

Prevensjon i praksis

3. Hvor og når har du sist lest eller hørt om hormonell prevensjon for menn?

(Oppfølging: (Om det ikke blir nevnt tidligere) Er hormonell prevensjon for menn noe som er diskutert i miljøet i det hele tatt??

4. Hva slags spørsmål møter du om prevensjon for menn i din praksis?

(Oppfølging: Har noen etterspurt noe mer info om eks hormonelle alternativer? Hva gjør du/sier du når du får slike spørsmål? Spør menn eller kvinner om det?)

Meninger og kontroverser rundt prevensjon

5. I diskusjoner om prevensjon og graviditet er det mange som mener kvinnen har ansvar for å bruke prevensjon. Hva tenker du om det? Hva syns du om mannens ansvar? Tror du mer alternative mannlige prevensjonsmidler kan endre det? Hvorfor/hvorfor ikke?

6. Problemstillingen om bivirkninger har vært sentral i debatten om prevensjon. I en kronikk trekkes det frem urettferdigheten med at kvinner opplever en rekke bivirkninger fra hormonell prevensjon, mens det stilles store krav til bivirkningsfrie midler for menn. Hva tenker du om det? Hvor vanskelig er det å få bivirkningsfrie prevensjonsmidler?
7. Det har lenge vært tvil om kvinner og menn ville akseptert nytt tilgjengelig prevensjonsmiddel for menn. *Selv om fordeler trekkes frem, som mindre helserisiko for kvinner og mer ansvar hos menn. Noen mener prev middel for menn vil gi kvinner mindre selvbestemmelse, og at kontrollen flyttes over til menn.* Hva tenker du om det? Hvordan tror du dine pasienter ville mottatt det? Hvordan ville du mottatt det?
8. Hva tror du skal til for at hormonell prevensjon for menn blir etablert som et alternativ? Og for at pasienter vil bruke det?
9. Hvordan ønsker du at utviklingen rundt hormonell prevensjon for menn skulle vært?

(Oppfølging: Hva slags hindringer er det som møtes? Mener du det er noe som trengs? Hvorfor/hvorfor ikke?)
10. Før vi avslutter, hva tror du ville blitt konsekvensene om prevensjonsmidlene ble tatt i bruk?

Avrundning

(Hvis tid) Er det noe du tenker på som er relevant som vi ikke har vært innom, eller andre ting du kommer på?

Etter avslutning

- Igjen takke for at personen deltok
- Oppfordre til å ta kontakt hvis det er noe de lurer på eller har innspill

Vedlegg 3: Intervjuguide 3 – Medisinstudenter

Introduksjon/før-intervju

- Takke for at personen(e) har tatt seg tid til å delta
- Introduser deg selv og bakgrunn
- Fortell om hensikten med intervjuet og hvorfor jeg har bedt om intervjuet.
- Fortell om informasjon/data
 - Lydopptak
 - Hvem som får tilgang på data, når det slettes
 - Publikasjon
 - Anonymitet - dataene vil bli skrevet om slik at det som sies ikke kan brukes for å identifisere informanten som enkeltindivid.
- Deltakelse er frivillig. Kan velge å trekke seg når som helst.
- Skriftlig samtykke (forklar hvordan det gjøres og avtal måte/tidspunkt det gjøres på)

Åpning

1. La oss starte litt generelt med en runde der alle sier sitt navn, alder, og studie.
Oppfølging:

Hoveddel

Jeg ønsker å undersøke debatten rundt hormonelle prevensjonsmidler for menn, og de ulike perspektivene som trekkes frem. Jeg vil derfor vite mer om deres meninger personlig rundt det, litt knyttet til deres rolle som medisinstudenter.

Tanker om hormonell prevensjon

2. Hva tenker dere om hormonell prevensjon for menn? Hvor mye har dere hørt om det?

(Oppfølging: Bør det belyses mer? Er det kontroversielt? Hvorfor/hvorfor ikke? En mangel? Hva skulle dere ønske var snakket om? Snakker andre om det?)
3. Hvor mye av utdanningen deres handler om (hormonell) prevensjon for menn?
Hva sier lærebøkene om (hormonell) prevensjon for menn?

Meninger og kontroverser rundt prevensjon

4. Problemstillingen om bivirkninger har vært sentral i debatten om prevensjon. I en kronikk trekkes det frem urettferdigheten med at kvinner opplever en rekke bivirkninger fra hormonell prevensjon, mens det stilles store krav til bivirkningsfrie midler for menn. Hva tenker dere om det?

5. I diskusjoner om prevensjon og graviditet er det mange som mener kvinnen har ansvar for å bruke prevensjon. Hva tenker dere om det? Hva syns dere om mannens ansvar? Tror dere mer alternative mannlige prevensjonsmidler kan endre det? Hvorfor/hvorfor ikke?
6. Det har lenge vært tvil om kvinner og menn ville akseptert nytt tilgjengelig prevensjonsmiddel for menn. Hva tenker dere om det? Hvordan ville dere mottatt det? Hvordan tror dere det ville blitt mottatt av pasienter?
7. Hvor nyttig tror dere mer prevensjon for menn ville vært? Kan dere se noen situasjoner der det trengs? Der det ikke trengs?
8. Til mennene her: Hva er noen grunner til at dere ikke ville eller ville brukt et slikt produkt? (Oppfølging: Hva skal til for at dere ville brukt et slikt produkt?)
9. Før vi avslutter, hva tror dere ville blitt konsekvensene om prevensjonsmidlene ble tatt i bruk?

Avrundning

(Hvis tid) Er det noe dere tenker på som er relevant som vi ikke har vært innom, eller andre ting dere kommer på?

Etter avslutning

- Igjen takke for at personen(e) deltok
- Oppfordre til å ta kontakt hvis det er noe de lurer på eller har innspill

Vedlegg 4: intervjuguide 4 - Gynekolog

Introduksjon/før-intervju

- Takke for at personen har tatt seg tid til å delta
- Introduser deg selv og bakgrunn (prøv å være uformell)
- Fortell om hensikten med intervjuet og hvorfor jeg har bedt om intervjuet.
- Fortell om informasjon/data
 - Lydopptak
 - Hvem som får tilgang på data, når det slettes
 - Publikasjon
 - Anonymitet - dataene vil bli skrevet om slik at det som sies ikke kan brukes for å identifisere informanten som enkeltindivid.
- Deltakelse er frivillig. Kan velge å trekke seg når som helst.
- Skriftlig samtykke (forklar hvordan det gjøres og avtal måte/tidspunkt det gjøres på)

Åpning

1. La oss starte litt generelt. Kan du fortelle litt om deg selv? Hvor gammel er du? hvor lenge har du vært lege? Hvor studerte du?
Oppfølging:

Hoveddel

Jeg ønsker å undersøke debatten og føringene rundt hormonelle prevensjonsmidler for menn, og vil derfor vite litt mer om dette fra din rolle som gynekolog, men også dine meninger personlig rundt det.

Tanker om hormonell prevensjon

2. Hva tenker du om hormonell prevensjon for menn? (Hva syns du om hpfm som konsept? Har du hørt noe om det? Når var sist du hørte om det?)

(Oppfølging: Bør det belyses mer? Er det kontroversielt? Hvorfor/hvorfor ikke? En mangel? Hva skulle du ønske var snakket om? Snakker andre kollegaer om det?)

3. En lege jeg intervjuet sa han ikke tror det er mulig å lage hormonell prevensjon for menn i det hele tatt av biologiske årsaker. (Fordi kvinner har en naturlig tilstand der de ikke er fertile som kan etterlignes, mens menn ikke har det.) Hva tenker du om det? (muligheten til å lage hormonell prevensjon for menn?)

Prevensjon i praksis

4. Hva slags spørsmål møter du om prevensjon for menn i din praksis? Hvordan er kjønnsfordelingen?

(Oppfølging: Har noen etterspurt noe mer info om eks. hormonelle alternativer for menn? Hva gjør du/sier du når du får slike spørsmål? Spør menn eller kvinner om det?)

Meninger og kontroverser rundt prevensjon

5. I diskusjoner om prevensjon og graviditet er det mange som mener kvinnen har ansvar for å bruke prevensjon. Hva tenker du om det? Hva syns du om mannens ansvar? Hvordan tror du mer alternative mannlige prevensjonsmidler kan ha noe å si for det?
6. Problemstillingen om bivirkninger har vært sentral i debatten om prevensjon. I en kronikk trekkes det frem urettferdigheten med at kvinner opplever en rekke bivirkninger fra hormonell prevensjon, mens det stilles store krav til bivirkningsfrie midler for menn. Hva tenker du om det? (Hvor vanskelig er det å få bivirkningsfrie prevensjonsmidler?)
7. Legen jeg intervjuet sa det ikke er bevist en sammenheng mellom bruken av prevensjon og noen bivirkninger som vektoppgang og depresjon. Hva tenker du om det? Hva kan man si om de som mener de opplever vektoppgang og depresjon? Pga prev eller andre ting?
8. Legen jeg intervjuet sa at mange ikke vet at det forskes mer på kvinnehelse enn mannehelse, mens andre leger har sagt det motsatte i media. Hvordan er den fordelingen egentlig i forskning på kvinne- og mannehelse? Kan man si noe om det?
9. Hva tror du skal til for at hormonell prevensjon for menn blir etablert som et alternativ? Og for at pasienter vil bruke det?
10. Hvordan ønsker du at utviklingen rundt hormonell prevensjon for menn skulle vært?

(Oppfølging: Hva slags hindringer er det som møtes? Mener du det er noe som trengs? Hvorfor/hvorfor ikke?)
11. Før vi avslutter, hva tror du ville blitt konsekvensene om prevensjonsmidlene ble tatt i bruk? Hvor kunne prev for menn vært nyttig eller ikke nyttig?

Avrundning

(Hvis tid) Er det noe du tenker på som er relevant som vi ikke har vært innom, eller andre ting du kommer på?

Etter avslutning

- Igjen takke for at personen deltok
- Oppfordre til å ta kontakt hvis det er noe de lurer på eller har innspill

Vedlegg 5: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet "Hormonell prevensjon for menn"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke debatten og utviklingen av hormonell prevensjon for menn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å utforske ulike perspektiver og tanker om hormonell prevensjon for menn. For å gjøre dette vil jeg undersøke hva helsepersonell, en viktig port til informasjon og behandling, forstår og mener om prevensjonsteknologien. Forskningsspørsmålene kretser rundt informantenes personlige mening om problemstillinger knyttet til hormonell prevensjon for menn. Det vil bli stilt spørsmål om hvorfor hormonell prevensjon ikke har blitt et etablert alternativ, hva som kan forhindre det, og utforsker generelt diskursene rundt teknologien. Dette er tilknyttet en mastergrad i STS ved NTNU.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Emma Lelek Obenius som masterstudent ved institutt for tverrfaglige kulturstudier ved humanistisk fakultet, NTNU er ansvarlig for prosjektet. Sammen med veiledere Kristine Ask og Vivian Anette Lagesen ved samme institutt.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Forskningsprosjektet søker deltakere som er helsepersonell med fagekspertise på området. Dette er de som har mest sannsynlighet for å møte på spørsmål og foreskriver behandling rundt prevensjon, da gjerne spesifikt forespørsel om hormonell prevensjon for menn. Jeg ønsker å utføre 5-6 dybdeintervjuer med personer som treffer disse kriteriene. Utvalget er rekruttert via direkte henvendelser til ulike klinikker og legekontor.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det å stille til et dybdeintervju på ca. 30-40 minutter med utgangspunkt i din kunnskap og mening om hormonell prevensjon for menn. Det skal ikke handle om pasienters helseopplysninger, men heller dine personlige meninger om temaet. Intervjuet vil bli tatt opp og transkriberes for videre analyse i forskningsprosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som vil ha tilgang til dataene er masterstudent og veiledere ved prosjektet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Transkripsjonen vil anonymiseres fortløpende. Data og lydopptak vil lagres i NTNUs krypterte lagringstjeneste. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2022. Ved prosjektslutt vil lydopptak og personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Institutt for tverrfaglig kulturstudier* ved veileder Kristine Ask (kristine.ask@ntnu.no), Vivian Anette Lagesen (vivian.lagesen@ntnu.no), og student Emma Lelek Obenius (emmalo@stud.ntnu.no)
- Vårt personvernombud: *Thomas Helgesen* (Thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristine Ask, Vivian Anette Lagesen
(Forsker/veileder)

Emma Lelek Obenius
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hormonell prevensjon for menn*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju
- at anonymiserte opplysninger om meg lagres etter prosjektslutt, til videre forskning.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

