



NO GÅR DET PÅ HELSA LAUS

Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn

Jorid Anderssen

Tromsø 1998



Institutt for sosiologi og
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

*ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for ISM's syn.*

*The opinions expressed in this publication are those
of the authors and do not necessarily reflect the
official policy of the institutions supporting this research.*

ISBN 82 - 90262 - 52 - 3
1998

NO GÅR DET PÅ HELSA LAUS

Helse, sykdom og risiko for sykdom
i to nord-norske kystsamfunn.

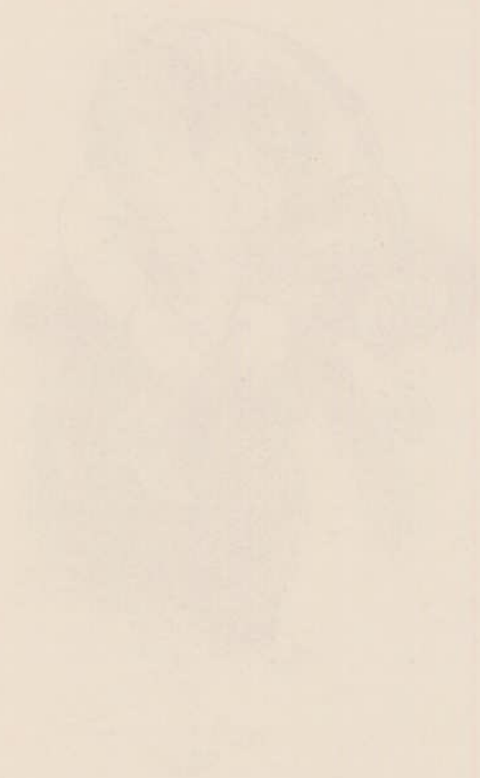


Dr.philos avhandling

Jorid Anderssen
Institutt for sosiologi og
Institutt for samfunnsmedisin,
Universitetet i Tromsø

NO GÅR DET PÅ HELSA LAUS

Helser, sykepleie og skole for syke
i de nord-norske kystbyene.



Til Geir, Sigrid, Endre og Ingrid

Forlaget
Lund
Lund
Lund
Lund



Forord

Selv om arbeidet med denne avhandlingen til tider har føltet veldig ensomt, er jeg glad for at jeg har hatt mange flotte mennesker rundt meg. Avhandlingen er et resultat av at jeg har beveget meg i to ulike fagmiljø ved Universitet i Tromsø, det sosiologiske og det samfunnsmedisinske. Og jeg har trengt begge miljøene for å kunne utføre dette arbeidet. Jeg vil her benytte anledningen til å takke folk fra begge miljøene for at de har tatt imot meg når jeg har hatt behov for hjelp av ulike slag.

Ved Institutt for samfunnsmedisin har Knut Fylkesnes vært en vitamininnsprøytning. Takk Knut for at du alltid har tatt deg tid til å diskutere, kommentere og ikke minst hatt tro på det jeg arbeidet med. Det sistnevnte har jeg virkelig hatt behov for innimellom. Olav Helge Førde har også vært en spennende og inspirerende samtalepartner. Jeg vil også takke Sissel Andersen for alt hun har hjulpet meg med i den tiden jeg var tilknyttet instituttet.

Ved Institutt for sosiologi er det Yngvar Løchen jeg først og fremst vil takke. Han har i en periode vært veileder for dette arbeidet, foruten at han har fulgt meg siden jeg var fersk student fra "yttersida". Takk Yngvar for all hjelp, ikke bare med avhandlingen, men også fordi du har vist meg at det å komme fra "yttersida" til universitetssystemet kan gjøres til noe positivt. Jeg vil også takke Tom Johansen for at han kommenterte et tidligere utkast av avhandlingen.

Takk også til Dag Album, Universitet i Oslo, for verdifulle kommentarer. Norges forskningsråd og Fylkeslegen i Finnmark har gitt økonomisk støtte til datainnsamlingene. Dagfinn Bakke skal også ha takk for at jeg fikk lov til å benytte hans tegning som forsideillustrasjon.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke "hjemmefronten" som for meg har vært svært viktig. Geir har lest korrektur opptil flere ganger. Han har til tross for sin naturvitenskapelig bakgrunn gitt meg mange interessante innspill. Takk også for at du har tatt på deg mye ekstraarbeid hjemme i forbindelse min avhandling. Mamma, du fortjener også en takk for at du alltid har stilt opp som barnevakt, enten det har vært i forbindelse med datainnsamling eller det har vært syke barn. Ungene mine, Sigrid, Endre og Ingrid fortjener også en stor takk for at jeg i perioder har kunnet arbeide lange dager. Sigrid har vært lengst med på dette arbeidet, siden hun som treåring var med på mitt første feltarbeid til hun nå er student selv. Du synes vel det er på tide at jeg er ferdig! Nå kan du sammen med Endre og Ingrid lese og se hva jeg har syslet med mange av disse årene.

Tromsø, desember 1997

Jorid Anderssen

Abstract

The present thesis shows how ordinary people experience the process of medicalization in their everyday life. The thesis describes how health and illness is resolved, and how they solve their daily health problems.

The data presented is from two villages on the coast of Northern Norway. The study from Nordfjord examines how people change their attitude to illness, health and health-care over time. It consists of two different field-studies, conducted 12 years apart. The study from Finnfjord contains interviews with 47 people who were at high risk for cardiac diseases. These people were followed up by the local health care system after a population study in the area. The people-at-risk and their spouses were interviewed. The study aimed to gain insights into what it means to be at high risk for cardiac diseases.

Similarities were found between the two villages. In both Nordfjord and Finnfjord, health is considered to have a high value. The women view health in their family as their responsibility. They are concerned about their husbands health. Women try to prevent spousal cardiac disease by feeding the family healthy food. They are concerned about possible diseases, and can no longer rely only on symptoms. This results in an expansion of modern medicine and a dependency on the health system. In Finnfjord, medicalization is an invasion from the health system. In Nordfjord, medicalization "just happens" as a part of their adaptation to modern life. The present thesis also discusses if medicalization as risk-assessment is a part of their modern way of living.

Innholdsliste

Prolog. Arbeidet med avhandlingen	1
Del I: Bakgrunn	6
Møte mellom menneske og medisin	6
Ulike medisinske sektorer	7
Medikalisering	11
Perspektiver på medikalisering	13
Problemstilling	17
Del II: Medisinsk invasjon - risikogruppe for hjerte-karsykdom	23
Finnfjord	24
Metode	26
Metodeproblemer	31
Etterinnkallingen	36
Egenoppfatning av innkallingsgrunn	36
Reaksjon på etterinnkallingen	37
Informasjon	41
Å leve med forhøyet risiko for sykdom	44
Matvaner	44
Konas innsats	48
Kvinner med forhøyet risiko og deres menns innsats	54
Kostholdsendringer	56
Røykevaner	59
Redsel for å bli syk	64
Tanker om fremtiden	68
Kontroll av risiko	69
Nytte av egeninnsatsen	71
Er risiko det samme som sykdom?	73
Årsaker til forhøyet risiko	76
Forhold til helseundersøkelsene	78
Oppsummering av Finnfjordmaterialet	80
Finnfjord sett i forhold til risikodiskusjonen i medisinen	83
Risikobegrepet i den forebyggende medisinen	84
Å temme usikkerheten	87
Konsekvenser for kontakt med helsevesenet	90
Er det en egen sosiologisk risikorolle?	94
Medikalisering i Finnfjord	100

Del III: Medisinsk kolonisering	104
Nordfjord	104
Metode	105
Metodeproblemer	110
Nordfjord i dag	111
Endringer i bygda	112
Sertifikatets betydning	113
Fritidsaktiviteter	115
Helsevesenet	116
Andre offentlige hjelpeordninger	118
Aktiviteter i bygda	120
Møtesteder	121
Butikk	122
Besøkskontakt	122
Forhold til helse og sykdom	127
* Feltarbeid 1981	127
Hva er de opptatt av? Skysproblemet og den "gode" legen	128
Legesøking og sykdomsoppfatning	129
Kunnskap og kunnskapsoverføring blant kvinnene	131
Rådføring ved barns sykdom	133
Menns rådføring	133
Gynekologiske lidelser	134
Psykiske lidelser	135
* Feltarbeid 1993-94	136
Den "gode" legen	136
Legesøking og sykdomsoppfatning	139
Kjønnsulikheter	143
Kunnskap og kunnskapsoverføring: Mennene trekkes inn i rådføringsprosessen	146
Barns sykdom	151
Gynekologiske lidelser	152
Psykiske lidelser	153
"Nye" sykdommer	155
Helseopptatthet	157
Røykevaner	160
Oppsummering av Nordfjordmaterialet	162
Foreløpig diskusjon av Nordfjord	165
Betydning av alder	165
Sammenlignende undersøkelser	166
Spesielle trekk ved livet i Nordfjord	168
Medikalisering i Nordfjord	171

Del IV: En "moderne" tilpasning til helse og sykdom?	172
Forholdet mellom Nordfjord og Finnfjord	172
Tiltro til helsevesenet og helseisme	176
Medikalisering av mat - maten får ny symbolverdi	180
Mat og kultur	181
Mat og helse	184
Matvaner som satsingsområde for helsevesenet	186
Mat som behandling og sykdomsforebygging	190
Kjønnsulikheter	196
Kvinner som "gatekeepers"?	196
Har menn og kvinner ulike verdier?	202
Kvinneres kunnskap	204
Mulige årsaker til medikalisering	210
Trekke ved medisinen	210
Tilgjengelighet til helsetjenester	211
Nordfjord og Finnfjord som del av det moderne samfunnet	214
Medikalisering som moderne levemåte: Risikotankegangen	223
Del V: Konsekvenser av mine funn	227
De medisinske sektorene	227
De selvstendige, usikre menneskene	228
Forebygging og dens konsekvenser for enkeltmennesket	230
Den livslange risikollen	232
Er fokusering på helse sykdomsfremkallende?	234
Litteraturliste	237

Prolog. Arbeidet med avhandlingen

Tema for denne avhandlingen er medikalisering¹, forstått som at medisinen over tid får større og større betydning fordi flere områder av livet blir gjenstand for medisinsk innblanding. Hensikten med avhandlingen er å gi en forståelse av medikaliseringsprosessen, slik den fremtrer i folks dagligliv. I avhandlingen blir dette belyst gjennom ulike datasett som har det til felles at de omhandler folks forhold til helse, sykdom og risiko for sykdom, og hvordan disse områdene blir håndtert i folks dagligliv.

Det er mange år siden jeg ble opptatt av hvordan folk forvalter helse og sykdom i sitt dagligliv. I 1983 leverte jeg mitt hovedfagsarbeid med tittelen "Sjuk, æ nei? Snakk me' kjærringa! Helse og sykdom i et nordnorsk kystsamfunn." Utgangspunktet for denne oppgaven var at i den lille bygda som jeg valgte å kalle Nordfjord, hadde befolkningen et lavt forbruk av helsetjenester. I min hovedfagsoppgave prøvde jeg å få en forståelse for hvordan folk som har et lavt forbruk av helsetjenester, forvalter helse og sykdom (Anderssen 1983). Bygda hadde vært isolert, og fikk like før mitt feltarbeid veiforbindelse med omverdenen. Mitt arbeid viste at kvinnene i bygda hadde en svært sentral rolle når det gjaldt beslutninger i forhold til helse og sykdom. Kvinnene brukte hverandre til rådføring når det gjaldt mange områder av livet. Deriblant helse og sykdom. Kvinnene var vant til å klare seg selv. De brukte hverandre til å få kunnskap om hvilke symptomer de skulle "bry seg om" og hvilke som ikke var verd å bry seg om. "Å bry seg om" ble ofte sett i forhold til legesøking. Min hypotese var at et tett nettverk mellom kvinnene i stor grad erstattet bruk av helsetjenester.

Etter å ha arbeidet flere år med helseplanlegging og utredning for Sosialdepartementet, fikk jeg i 1990 tilbud om å arbeide som stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM) ved Universitet i Tromsø. Her skulle jeg arbeide med helseundersøkelsene som ISM var involvert i. Utgangspunktet for mitt stipendarbeid var risikoproblematikken. Jeg ønsket å få en større innsikt i hva det betyr å leve med vissheten om at en har forhøyet risiko for å utvikle en alvorlig sykdom. Jeg antok at det hadde konsekvenser for livet til dem det gjaldt. Da jeg begynte dette arbeidet, var det utført lite forskning omkring denne problematikken.

¹ Dette begrepet vil bli diskutert i Del I.

Året etter startet jeg min datainnsamling i Finnfjord² kommune. Her ble alle som var til oppfølging av helsevesenet etter hjerte-karundersøkelsen Finnmark III³ (1987-88) intervjuet. Denne datainnsamlingen gjorde et sterkt inntrykk på meg. Risiko for sykdom var ikke bare noe personen selv skulle leve med, men det hadde også konsekvenser for den nære familien. Jeg så at dette skapte endringer i levemåte, og virket direkte inn på hverdagslivet til hele familien. Det at de var i risiko for å få sykdom ble fortolket som at de måtte endre livsstil for å unngå å bli syke. Livsstil ble spesielt koblet til matvaner. Selv om endringene var små for mange, var de for andre endringer som virket forstyrrende inn i deres dagligliv. Det skapte angst og dårlig samvittighet hos flere enn den som hadde forhøyet risiko. Dette gjaldt spesielt ektefellene, det vil si konene til de mennene som var i risiko. Kona oppfattet at det var hennes ansvar å "behandle" mannens risiko ved å sørge for at mannen spiste sunn mat.

Jeg hadde ikke gjennomført så mange intervju i Finnfjord før jeg så for meg medisinen som en invasjonsmakt, men ikke i betydning av en fiendemakt. Snarere tvert imot. Intervjuene mine med folk som tilhørte risikogruppen, viste at de fleste uttrykte stor takknemlighet til den moderne medisinen som hadde gitt dem en mulighet til å få kjennskap til at de hadde forhøyet risiko. De ville også slutte opp om en eventuell ny mulighet til å delta i en ny helseundersøkelse.

Invasjon var et bilde jeg ble hengende med. Dette fordi jeg så det som et bilde på folks hverdagsliv. Ved at de deltok i helseundersøkelsene, kunne de egentlig ikke velge om de ville være med på neste steg, nemlig å endre livsstil. Det betydde samtidig at medisinen tenkemåte invaderte hverdagslivet til folk. Det skjedde en medikalisering av deres hverdagsliv. Selv om folk i teorien kunne velge om de ville følge helsevesenets råd, oppfattet de ikke det som et valg, fordi alternativet var alvorlig sykdom eller død. Folk selv følte heller ikke oppfølgingen som en invasjon. Dette var kanskje fordi alternativet var så dramatisk. Hvis en invasjon kan defineres som en innføring av medisinsk tankegang og intervensjoner på andre livsområder enn helse - uten at folk opplever at de har mulighet til å velge om de ønsker en slik innblanding -

²Av hensyn til mine informanter er alle person- og stedsnavn i denne avhandlingen anonymisert. Dette gjelder ikke for fylkesnavn.

³Denne befolkningsundersøkelsen blir nærmere presentert i Del II.

er dette begrepet beskrivende for den medikaliseringen jeg så av livet til de som var i risiko for å få hjerte-karsykdom.

I denne tiden tenkte jeg mye på medikaliseringen, og hvilken sterk prosess jeg var vitne til i dette samfunnet. Jeg tenkte tilbake på de erfaringene jeg hadde gjort i Nordfjord, og syntes ikke medikalisering var et begrep jeg kunne knytte til dette samfunnet. Jeg fikk mer og mer lyst til å få et videre perspektiv på medikaliseringen i Finnfjord ved å se den i sammenheng med Nordfjord.

Jeg bestemte meg for å dra tilbake til Nordfjord for å se hvordan helse og sykdom ble forvaltet nå i 90-årene. Dette ga meg en mulighet til å se denne bygda i forhold til den sterke medikaliseringen jeg hadde sett i Finnfjord. Samtidig hadde jeg andre grunner til å reise dit. Det finnes få studier som ser på forvaltning av helse og sykdom i et lite lokalsamfunn over tid. Studien av denne bygda ville gi meg en mulighet til å få et innblikk i hvordan de samme folkene forholder seg til helse, sykdom og helsevesen over tid.

Etter svært kort tid i bygda fikk jeg en følelse av å ha hørt det folk snakket om før. Folk ville ikke bare snakke om sykdom, men i like stor grad om risiko for sykdom. De var opptatt av hva de burde tenke på når det gjelder helsa, om dårlig samvittighet blant annet for å røyke. Det var fortsatt kvinnene som hadde ansvar for denne sektoren. Men i motsetning til den første undersøkelsen, var nettverket mellom kvinnene nå mer eller mindre smuldret opp. Samtidig ble det satt andre krav til kvinnene som nå sto mer aleine om å forvalte helse og sykdom i familien. Det slo meg at folk i Nordfjord lignet svært mye på risikofamiliene i Finnfjord i måten de snakket om helse og sykdom på. Mitt møte med folk og mer formelle samtaler med dem, bare bestyrket min fornemmelse av at i denne bygda hadde det skjedd store endringer uten at helsevesenet intervenerte på samme måte som i Finnfjord.

Dette funnet gjorde meg forvirret, usikker og ikke minst skuffet. I utgangspunktet hadde jeg plassert dette samfunnet som en motsetning til et medikalisert samfunn, hvor helsevesenet gjennom helseundersøkelsene var en direkte pådriver. I stedet for å finne et samfunn jeg kunne sette mine funn i Finnfjord opp mot, slik jeg inntil da hadde tenkt, fant jeg et samfunn der legeforbruket hadde økt, der folk var opptatt av forebygging av sykdom, og hvor de

uttrykte stor usikkerhet for egne muligheter til å vurdere sykdom.

Jeg ble så opptatt av likheten med risikogruppen i Finnfjord, "dette har jeg hørt før", at jeg valgte å inkludere Nordfjord i min avhandling, og skrive en avhandling om medikalisering slik jeg så den i disse to samfunnene. Jeg forlot derfor min opprinnelige plan om å skrive en avhandling om det å være i risiko for sykdom. I det videre arbeidet med avhandlingen måtte jeg arbeide med både personlige og faglige frustrasjoner med hensyn til de forventningene jeg hadde hatt til feltarbeidet i Nordfjord. Jeg så også at jeg hadde hatt svært forutbestemte forventninger til hvordan bygda var. Jeg hadde "glemt" at i 1981 var bygda på vei inn i den moderne verden. Folk i bygda hadde brukt disse årene til å tilpasse seg og bli en del av det moderne samfunnet. De hadde forlatt en måte å leve på som for dem i mange henseender var kvalitativt dårligere enn dagens samfunn. Det ville være urealistisk å tro at ikke deres måte å tenke omkring helse og sykdom også ble endret i takt med andre forandringer i samfunnet. Jeg så andre endringer som passet sammen med deres måte å se helse og sykdom på.

Etterhvert som jeg så dette, ble bygda ikke en skuffelse for meg, men en utfordring. Nordfjord ble i likhet med Finnfjord en måte å illustrere hvordan folk forholder seg til helse og sykdom i dagens samfunn på. Etter studien i Finnfjord er det mulig å se på medikalisering som i stor grad styrt av medisinen selv. I Nordfjord har jeg fordelen av å se på overgangen fra et "tradisjonelt" til et moderne samfunn. I en slik endringsprosess er fokusering bare på medisinen "vesen" for snevert til å forklare at folk i bygda er blitt mer avhengige av medisinen. Jeg ble i stedet opptatt av hva det er som gir medisinen en så viktig plass i samfunnet. Hva betyr dette for folks oppfatning av helse og sykdom? Hvilke krav setter det moderne samfunnet til mennesket? Disse bidragene er blitt en studie av forholdet mellom menneske og medisin, samtidig som de er en måte å se det moderne samfunnet på.

Materialet i denne avhandlingen er litt forskjellig. Det kommer av at avhandlingen er et resultat av den forannevnte prosessen der problemstillingen er blitt utdypet og forandret. Dette medfører at min forskningsdesign ikke har fulgt en streng plan. Selv om forståelse av medikalisering er tema for dette arbeidet, har det vært vanskelig å få til et helhetlig arbeid av datasett som er samlet inn for ulike formål. Imidlertid meiner jeg at de hver for seg og sammen utdyper forståelsen av medikalisering. Avhandlingen er kronologisk oppbygd i den

forstand at den følger mitt empiriske arbeid og utviklingen av det over tid. Jeg har imidlertid valgt å presentere mine feltarbeid fra Nordfjord rett etter hverandre. Dette fordi jeg meiner at en slik fremstilling best ivaretar hensynet til endring i bygda.

Del I: BAKGRUNN

Et trekk ved det moderne samfunnet er at helsevesenet har fått større og større betydning, både når det gjelder innflytelse og ressurser. Veksten har vært stor både på etterspørsels- og tilbudssiden (St.meld 50 1993-94). I praksis kan vi se at legesøkingen øker, køene for å komme til behandling blir lengre, og bevilgningen til sektoren øker. Alt dette er ofte begrunnet med økte behov. Det er også kommet til nye sykdomsdiagnoser, behandlingsmetoder og personellgrupper (St.meld 50 1993-94). Samtidig ser vi et annet trekk ved det moderne samfunnet: Folk er i mange henseender friskere enn før, levealderen har økt, de store infeksjonssykdommene er så godt som utryddet, samt at folk opplever færre livstruende sykdommer i løpet av sin levetid (Barsky 1988). Solbakk (1995:11) formulerer dette på følgende måte: "Vi befinner oss med andre ord i den paradoksale situasjonen at folkehelsen og sykkeligheten er på topp - OG DET SAMTIDIG." Barsky (1988) kaller den økte etterspørselen etter helsetjenester fra en stadig "friskere" befolkning "The Paradox of Health".

I denne avhandlingen vil jeg fokusere på mottakerne av helsetjenesten. Slik jeg ser det er dette "folk flest". Alle har erfaring med sykdom og medisinske problemer, og alle har et forhold til helsevesenet. Slik helsevesenet fremtrer i vårt land, er det innvevd i livet til folk. Innvevingen og kontakthyppheten varierer blant annet med alder, sivilstatus og sykdomserfaring (Øverås 1995). Imidlertid vil jeg ikke fokusere på folk som pasienter, jeg vil i stedet se på hvordan folk flest tenker om helse og sykdom, og hvordan de forvalter dette området i sitt dagligliv. Gjennom denne avhandlingen vil jeg bidra til å gi en større innsikt i det Barsky (1988) kaller "The Paradox of Health".

Møte mellom menneske og medisin

Møtet mellom enkeltmennesket og medisinen er ofte beskrevet som et møte mellom to

verdener. Ved legesøking⁴ er det en folkelig forståelse av symptomene som møter en vitenskapelig forståelse. I det engelske språket brukes begrepene **illness** og **disease** for å betegne sykdomsforståelse i de ulike sektorene (Eisenberg 1977).

Spissformulert kan vi si at **illness** betegner alt det som enkeltmennesket opplever av symptomer og plager i forhold til sykdom, og som får konsekvenser for personens sosiale funksjon. Det er altså det enkeltmennesket opplever av symptomer og som han presenterer for legen. **Disease** er derimot den dårlige helsen hos enkeltindividet som kommer av et objektivt observerbart fenomen som kan klassifiseres, forklares og behandles i biomedisinske termer (Eisenberg 1977, Conrad 1987). Det vil si det at skolemedisinen finner noe galt. Begrepet sykdom har altså to trekk ved seg; det en person opplever og føler, og det medisinen er i stand til å finne ut ved hjelp av sine metoder.⁵ I møtet mellom disse to sykdomsforståelsene ligger det mange muligheter for misforståelser og feiltolkninger. Young (1982) bruker i tillegg begrepet "sickness" som den overordnede sykdomstermen, som et samlet bilde av den syke sett i et kulturelt og sosialt perspektiv.

Ulike medisinske sektorer

Når vi i dagligtalen snakker om medisinen, tenker vi vanligvis på helsevesenet og institusjoner og aktører innenfor dette systemet. Når vi snakker om veksten i helsevesenet er det altså veksten i skolemedisinen vi tenker på. Imidlertid er det slik at av de helseproblemer folk opplever er det bare en liten del som blir bragt videre til lege. Å oppleve symptomer og helseproblemer er en del av hverdagen til folk. Ramm (1997) utleder feks. med utgangspunkt i data fra Statistisk Sentralbyrås helseundersøkelse 1995, at 70% av befolkningen mellom 16 og 66 år har en eller annen sykdom, skade eller funksjonshemming. Omfanget av helseproblemene er vanskelig å tallfeste, det er også vanskelig å tallfeste hvor stor andel som

⁴I denne avhandlingen vil medisinen eller helsevesenet i all hovedsak representeres av legene. I de tilfeller det henvises til annet helsepersonell vil dette bli spesifisert.

⁵Det finnes ikke et norsk ord som gir en fullgod dekning av disse to aspektene ved sykdom. Aalvik et al. (1983) har feks. valgt å oversette begrepene med flere ord. *Illness* er oversatt med "å føle seg syk" og *disease* med "å være syk".

blir presentert for legen. Imidlertid er omfanget forsøkt beregnet gjennom hvor stor andel som ikke fører til legesøking. Fugelli (1986) anslår feks. at fra to tredeler til tre firedeler av folks helseproblemer blir løst uten at lege kontaktes. Grimsmo (1988) anslår denne delen til å være litt høyere, til ca. 80 %. Disse problemene behandles i nærmiljøet, og/eller går over. Det er også mange helseproblemer folk velger å ikke søke lege for. Dette betyr at det foregår mye helsearbeid utenfor helsevesenet.

For å forstå hvordan folk vurderer i forhold til helse og sykdom er det derfor viktig å forstå at medisinske problemer ikke bare forvaltes innenfor skolemedisinen. Dette har fra sosiologisk hold vært anerkjent lenge. Det er godt over 30 år siden Freidson (1961) påpekte at vi må se på "the organization of community life" når vi skal få kunnskap om folks helseatferd. Han sier at det er "two major structures, the lay and the professional, in interaction, meshing at some points and failing to mesh, or clashing at others" (Freidson 1961:13). Også andre har fokusert på at det ikke bare er den formelle medisinen som arbeider med helse, og at det foregår mye helseomsorg i dagliglivet til folk (se feks. Mechanic 1978).

Kleinman (1980) utvider dette perspektivet ved å si at medisinsk virksomhet foregår innenfor et medisinsk system. Dette systemet består av tre ulike medisinske sektorer som delvis overlapper hverandre; **den skolemedisinske, den folkelige** (det vil si den kunnskapen folk og deres omgivelser sitter inne med) og **den folkemedisinske sektor**.⁶ Han sier at disse tre sektorene møter alle mennesker i dag. De finnes i alle kulturer. Omfanget og grad av overlapping mellom sektorene varierer fra kultur til kultur, og over tid.

I alle kulturer er den folkelige sektoren størst. Ser vi bort fra forebyggende undersøkelser⁷,

⁶Kleinman (1980) bruker henholdsvis betegnelsene "professional sector", "public sector" og "folk sector". Disse begrepene kan oversettes på ulike måter. Alver og Selberg (1992) har feks. valgt å oversette "public sector" med lek sektor, og "folk sector" med folkelig sektor. I denne avhandlingen fokuserer jeg på folk i deres hverdagsliv, og har derfor valgt en oversettelse som avspeiler dette.

⁷Kleinman (1980) problematiserer i liten grad forebyggende undersøkelser i sitt arbeid. Et trekk ved moderne forebyggende undersøkelser er at de ikke er basert på symptomer, eller at folk føler seg syke, illness. Hensikten er at medisinen skal komme inn på et så tidlig stadium som mulig, før symptomene oppstår. Medisinen skal altså finne en disease før illness, eventuelt unngå at illness oppstår.

er det i denne sektoren ulike medisinske problemer oppstår, oppdages, vurderes, diagnostiseres og behandles før de eventuelt bringes videre til andre sektorer. Når folk henvender seg til den skolemedisinske eller den folkemedisinske sektoren, har deres handling sin basis i de verdi-orienteringer og problemforståelser som er i den folkelige sektor. Det vil si at de tar utgangspunkt i en lekmannsforståelse av sykdom og i sin **illness**. Når en person har vært innom den medisinske sektoren, kommer han tilbake til den folkelige sektoren. Her blir legens oppfatning fortolket og hans råd fulgt eller avvist. Hvordan den folkelige sektoren fungerer, vil derfor ha en avgjørende betydning for hvordan sykdom blir fulgt opp, både den som har vært innom den medisinske sektor og den som blir holdt utenfor denne sektoren.

En vanlig tankegang er at helsevesenet organiserer helsetjenesten for folk flest. Men Kleinman (1980) mener at det er folk selv som aktiviserer helsetjenesten ved at de bestemmer når og hvem de skal konsultere, om de skal følge de råd som gis, når de skal skifte til eventuelle andre behandlingsalternativer, om tjenesten er effektiv, og om de er fornøyd med tjenesten. Den folkelige sektor fungerer i stor grad som et filter i forhold til hva den medisinske sektor møter av ulike sykdommer. Vi vet at den medisinske sektoren er opptatt av å oppdra folk og lære dem hvilke symptomer de skal bringe videre til den medisinske sektor, og informerer også om når en bør gå til lege uten at en har symptomer. Det som skjer i den folkelige sektoren bestemmer imidlertid om medisinen får de klientene de ønsker. På denne måten, sier han, fungerer den folkelige sektoren som hovedsektor.

For den medisinske sektoren blir det derfor viktig å anerkjenne den folkelige sektoren og den sykdomsforståelsen som er i den. Medisinerne trenger "*.. a solid understanding of illness in the popular sector as an important aspect of clinical work... and a central element in the education of health practitioners*" (Chrisman og Kleinman 1983:586).

Selv om den folkelige sektoren viser seg å være størst, og erkjennes som viktig, fokuseres mye av forskningen på den skolemedisinske sektor og aktører innenfor den (Chrisman og Kleinman 1983). I dette kan det ligge en forståelse av at selv om den skolemedisinske sektor ikke er så stor som den folkelige sektor, så har den en viktig rolle i å definere aktivitet innenfor den folkelige sektor. I de fleste tilfeller blir den folkelige sektoren sett som en konsumsjonssektor der folk blir sett på som mottakere av medisinske tjenester. Den folkelige

sektoren blir da ikke sett som en sektor for produksjon av medisinske tjenester.

Slik jeg ser det, har Kleinmans (1980) oppdeling av ulike medisinske sektorer som gjensidig påvirker hverandre, gitt et viktig bidrag til å fange opp noe av bredden i det medisinske forvaltningssystemet. Hans modell bidrar til en større forståelse av hvordan helse og sykdom forvaltes, og de ulike aktørene som er involvert. Ikke minst er hans vektlegging av at den viktigste medisinske virksomheten foregår i folks hverdagsliv, utenfor skolemedisinen, et viktig bidrag. Kleinmans (1980) medvirkning til en slik klargjøring blir også fremhevet av andre (se feks. Sachs 1987, Alver og Selberg 1992).

Kleinman (1980) ser det medisinske systemet som delvis lukket. Han sier at den moderne medisinen først og fremst har vokst på bekostning av andre medisinske sektorer. I vårt samfunn benyttes den folkemedisinske sektor i mye mindre grad enn de to andre sektorene. Det er også en sektor som ofte benyttes som et supplement til, og ikke i stedet for den skolemedisinske sektor (Larsen og Hurlen 1984, Alver og Selberg 1992). Hvis Kleinmans (1980) tanker kan brukes på vårt samfunn, betyr det at veksten først og fremst har foregått på bekostning av den medisinske kunnskapen som folk sitter inne med. Er veksten i den moderne medisinen et uttrykk for at folk flest får mindre medisinsk kunnskap, eller er det slik at de ikke bruker den? Betyr så dette at forventninger til ulike roller endres?

Kleinmans (1980) inndeling av medisinen i tre sektorer, har gitt et viktig bidrag til forståelsen av den moderne medisinen. Han gir en troverdig tolkning av den delen av veksten innen skolemedisinen som kommer som følge av at folk overlater til medisinen å ta seg av helseproblemer de tidligere ordnet opp i selv. Men problemet med at folk bruker mer helsevesen selv om de er friskere enn før, synes likevel å være et paradoks som ikke bare kan forklares med tapping av den folkelige sektoren. Vi ser nye sykdomsdiagnoser, behandlingsmetoder og ansvarsområder som ikke bare kan forklares på denne måten. Solbakk (1995) viser feks. til at helsevesenet overtar livsproblemer fra religionen, samtidig som barnløshet og til og med søskenløshet kommer inn under medisinen's ansvarsområde. I Kleinmans (1980) terminologi er det ikke bare skolemedisinen som sektor som utvider sine grenser, men også medisinen som system ekspanderer. Dette betyr at vi trenger et videre perspektiv for å fange opp medisinen's vekst.

Medikalisering

Zola (1975) hevder at samfunnet er blitt **medikalisert**. I begrepet medikalisering legger han at stadig flere livsområder gjøres til gjenstand for medisinsk diagnose og behandling. Selv om Zola (1975) ikke bruker Kleinmans (1980) terminologi, ser begrepet ut til å dekke flere aspekter ved medisinsk ekspansjon enn det Kleinman (1980) er opptatt av. Begrepet medikalisering peker på en utvidelse av skolemedisinens område gjennom to typer for ekspansjon. Medikalisering er en beskrivelse av utvidelse av skolemedisinens område gjennom en tapping av andre medisinske sektorer. I tillegg er det et uttrykk for at medisinen som system utvides fordi andre livsområder blir et tema for skolemedisinen.

Zola (1975) bruker begrepet medikalisering først og fremst for å beskrive hvordan skolemedisinen underlegger seg andre områder, det vil si medikaliseringsprosessen, og for å påpeke at medisinenes rolle er blitt utvidet. Han vil forklare hvordan medisinsk tankegang underlegger seg flere og flere livsområder. Et interessant spørsmål i forlengelsen av dette er om hans perspektiv er fruktbart i studien av den moderne medisinen eller det stadium medisinen befinner seg på. Er medisinenes vekst et uttrykk for at den legger under seg stadig nye områder?

Da Zola (1975) lanserte begrepet medikalisering, var det med utgangspunkt i samme paradoks som Barsky (1988), det vil si at helsevesenet får større innflytelse i et samfunn der folk blir friskere og friskere. Han ønsket derfor en diskusjon om rollen til den moderne medisinen. Hans utgangspunkt var at medisinen har stor makt og kan kontrollere og påvirke sosialt liv. Han mener at i det moderne samfunnet har den overtatt etter jus og religion som kontrollinstans. Denne tilknytningsprosessen mellom medisin og sosialt liv blir stadig sterkere. Dette illustrerer han ved å vise til fire tilknytningsområder:

- Utvidelse av ansvarsområde. Saker som tidligere hørte inn under andre deler av livet er nå omdefinert til å høre inn under medisinenes ansvarsområde. Her viser han til hvordan et mer psykososialt syn på sykdom fører til ekspansjon i hva som er relevant for medisinsk innblanding. Forebyggende medisin blir også nevnt som et eksempel her.
- Ny teknologi. Medisinen har skaffet seg absolutt kontroll over teknologien. Feks. fører plastisk kirurgi og foreskriving av medikamenter for psykiske tilstander medisinenes område

langt ut over det å behandle organiske sykdommer.

- Ubegrenset adgang til menneskekroppen. Medisinen har i kraft av sin stilling adgang til våre mest private områder, vår indre kropp og psyke. Hvis noe kan vise seg å ha effekt på kroppens funksjon blir det sett på som sykdom og dermed et medisinsk problem, som feks. aldring, rusmisbruk og graviditet.

- Medisinsk retorikk. Medisinsk begrunnelse er overordnet all annen begrunnelse. Her viser han til at medisinsk retorikk og bevisførsel styrker en argumentasjon. Andre områder som feks. politikk adopterer medisinsk terminologi. Argumentasjon i forhold til helse er overordnet annen argumentasjon.

Gjennom en slik tilknytningsprosess blir det flere og flere av dagliglivets aktiviteter som kan relateres til helse og dermed helsevesenet. Zola (1975) meiner at det er et komplekst årsaksforhold til at dette skjer. Han unnlater derimot å gå inn på disse. I stedet ser han det mest som sin oppgave å beskrive for å skape debatt om det han kaller medikalisering.

Etter at Zola (1975) lanserte begrepet for over 20 år siden, har begrepet medikalisering kommet inn i den medisinsk-sosiologiske litteraturen som et begrep for medisinenes stadig sterkere innflytelse i det moderne samfunnet. Medikalisering blir her både sett som et uttrykk for at skolemedisinen overtar problemer som tidligere ble løst av folk selv, samt at medisinen har fått innflytelse på nye områder av livet.⁸

⁸I denne sammenheng er det på sin plass å nevne at den norske sosiologen Yngvar Løchen i 1971 ga ut boka "Behandlingssamfunnet" omtrent samtidig som Zola først presenterte sin artikkel, på British Sociological Associations årlige konferanse i 1971 (Zola 1975). Løchen (1971:11) sier at: "...vi ønsker å gi behandling i langt større målestokk og til langt flere enn noensinne, i ethvert fall når det gjelder de tradisjonelle og anerkjente sykdomsgrupper. En annen tendens er at selve behandlingsperspektivet griper mer og mer om seg.". Han sier videre: "I det moderne samfunnet får helseverdien og dermed helseinstitusjonen en så fremtredende plass at det ikke er misvisende å hevde at et slikt samfunn er i ferd med å bli et behandlingssamfunn" (Løchen 1991:11). Slik begrepet behandlingssamfunn brukes som ide av forfatteren, ligner det mye på Zolas (1975) medikaliseringbegrep. Slik jeg ser det kan begrepet behandlingssamfunn i stor grad overlappes begrepet "det medikaliserte samfunn". Det sistnevnte er et begrep som Zola (1975) ikke problematiserer fordi han er opptatt av medikalisering som en prosess. Jeg velger imidlertid ikke å gå mer inn på dette begrepet her, fordi begrepet medikalisering er det som er kommet inn i fagterminologien og brukes der.

Perspektiver på medikalisering

Som nevnt diskuterte Zola (1975) i liten grad årsaker til medikalisering, heller ikke konsekvensene. Av andre som arbeider med å forstå medisinenes økende innflytelse, blir drivkreftene i all hovedsak forklart med utgangspunkt i tre ulike perspektiv: En forklaring er at utviklingen er et trekk ved medisinen. En annen er at det er trekk utenfor som forklarer medikalisering. Den tredje forklaringen prøver å kombinere disse to tilnæringsmåtene.

Profesjonsmakt

Noen tar utgangspunkt i profesjonalisering for å forklare medisinenes økende makt. Freidson (1970) mener det er profesjoners egenart at de ønsker å legge under seg flere og flere områder, for å øke sin egen makt og innflytelse. Legene er blitt sett på som en profesjon i tradisjonell forstand.⁹ Legene som profesjon vil derfor bruke sin makt for å definere og kontrollere det som angår helse og sykdom. På denne måten øker de sin profesjonelle makt. Det er altså legeprofesjonens egenart som profesjon at de ønsker å få større betydning og mer makt.

Den medisinske vitenskapens logikk

Berg (1987) sier at medisinenes økende makt kan forklares utifra trekk som gjelder medisinenes indre liv, og at det viktigste trekk ved medisinen er medisinenes egen logikk. Denne logikken

⁹Torgersen (1972) sier at profesjoner innehar en langvarig utdanning som erverves av spesielt motiverte personer som oppnår yrker som ikke kan utfylles av andre. Dette har gitt profesjonene visse fortrinn i forhold til andre yrkesgrupper i å definere innhold i og utøvelse av sin virksomhet. Abbott (1988) har en litt annen tilnærming, og viderefører Freidson (1970). Abbott (1988) fokuserer på kampen mellom yrker, og sier at den går på oppgaver, hvor det er en kamp om livsområder eller jurisdiksjoner. De ulike yrkene bruker kunnskap og ferdigheter i striden om livsområder. De må overbevise om egen kompetanse og kunnskap. Han kaller yrker med abstrakt kunnskap for profesjoner. Også utifra en slik definisjon kan nok legeyrket kalles en profesjon. Samtidig må det føyes til at profesjonsbegrepet er omstridt i sosiologien. Dette gjelder blant annet i forhold til å skille en profesjon fra en semi-profesjon, fra andre yrker, og hvor stor grad av autonomi profesjonene har i et mer komplekst samfunn (se feks. Giddens 1993).

er alltid skapende. Dette betyr at den alltid prøver å forklare fenomener og utvide det området den kan anvendes på. Han sier at et trekk ved denne logikken er at medisinen er reduksjonistisk. Med det mener han at medisinen tenkning fører til stadig økende krav til å utvikle bedre og mer nøyaktige metoder for å diagnostisere flere og flere, og mindre og mindre deler. Ifølge Berg (1987:12-13) er dette: "et *uendelig* program om *av-sløring*. Hvert skritt *nedover* eller *innover* ikke bare besvarer noen spørsmål, det reiser nye." Han viser til at man kan se dette blant annet gjennom den sterke utviklingen av spesialiseringen innenfor legeyrket. Han viser også til at å satse på den moderne teknologien er i seg selv en oppfordring til å satse på helse. Teknologien gir muligheter til å studere mindre og mindre deler av menneskekroppen.

Er det trekk ved medisinen selv som kan forklare at dets område er blitt utvidet? Er det medisinen som selv skaper sitt marked, et marked som ser ut til å bli utvidet?

Styrt av interesser

Andre hevder at medisinen er et redskap for spesielle mektige grupper i samfunnet. Navarro (1975, 1986) mener at medisinen er et redskap som tjener kapitalistklassen. Kapitalistklassen skaper konsumenter. Avhengighet av medisinen blir sett på linje med avhengighet av andre varer som er skapt av kapitalistklassen. Det finnes også andre grupper som kan påvirke medisinen. Gabe og Calnan (1988) viser til at pasientgrupper kan bli sterke og legge et press på medisinen, mens Conrad (1981) ser den farmasøytiske industrien som en viktig pressgruppe.

En del av det moderne samfunnet

Noen forstår medikalisering som et resultat av en videre samfunnsprosess som medisinen er en del av. Illich (1975) hevder et slikt syn. Han snakker imidlertid mer om konsekvensene enn om årsakene. Jeg velger likevel å ta han med her fordi hans analyse av den moderne medisinen også går på en spesiell årsaksforståelse. Illich (1975) mener at medikalisering er et uønsket biprodukt av et stadig mer industrialisert og byråkratisert samfunn. Medisinen er med på å forsterke et usunt samfunn ved at den tar hånd om alle som ikke klarer å passe inn. Samfunnet produserer flere og flere som ikke passer inn, mens medisinen flytter samfunnsproblemer ned på et individuelt nivå, og tilbyr behandling. Jo mer behandling folk

tror de behøver, jo mindre blir de i stand til å gjøre opprør. Medisinen virker derfor demoraliserende og hemmende på menneskets selvstendighet. Han meiner også at mange sykdommer skapes på grunn av at legene har fått altfor stor makt. Dette er ikke bare fordi flere områder av livet defineres under legens ansvarsområde og blir gjenstand for medisinsk definisjon og "behandling". Medisinen skaper også nye sykdommer som et biprodukt av legers "helbredelse" av andre sykdommer. Hans viktigste ankepunkt mot medisinen er likevel at den tar fra folk selvstendigheten. Folk tør ikke lenger stole på egen vurdering når det gjelder helseproblemer.

Selv om Illich (1975) sier at medisinen tar selvstendigheten fra menneskene, presiserer han ikke som Kleinman (1980) at det er ulike sektorer for medisinsk utøvelse. De har likevel et sammenfallende syn på medikaliseringsprosessen. Der Kleinman (1980) sier at veksten i den medisinske sektoren først og fremst har gått på bekostning av den folkelige sektoren, sier Illich (1975) at folk søker helsevesenet for ting de tidligere løste i sitt nærmiljø.

Zola (1975) sier at medisinen er overlegen når det gjelder å spre sin virkelighetsoppfatning. Han ser i stor grad på spredningen av medisinsk kunnskap som en invasjon på alle andre livsområder. Medisinen er også blitt kritisert for å ta lite hensyn til folks egenopplevelse av sykdom når de skal diagnostisere og behandle sykdom. Illich (1975) har i denne sammenheng spesielt fokusert på at mulighetene for medisinsk ekspansjon er nesten grenseløs. Han sier at det ikke finnes grenser for hvor mye man kan undersøke og hvor bra man kan streve etter å ha det.

Et tomrom å fylle

Løchen (1990) går også utenfor helsevesenets rammer og forklarer helsevesenets ekspansjon som et trekk ved samfunnsutviklingen. Han sier at i det moderne samfunnet smuldrer fellesskapet mellom menneskene langsomt opp, det forvitrer, og etterlater seg en ensomhet, usikkerhet og et hull som blant annet profesjonene forsøker å fylle opp. Løchen (1994) ser utviklingen av medisinen som et modernitetsfenomen. I et slikt samfunn får medisinen som vitenskap et sterkt fotfeste. Han forklarer altså medisinsk ekspansjon som et resultat av en kombinasjon av trekk ved samfunnsutviklingen og ved den moderne medisinen. Beck (1992) kaller vårt moderne samfunn for risikosamfunn der vi er på leting etter erstatninger for den

usikkerheten og den risikoen som følger av et moderne liv.

Helseisme som kontroll over døden

Som en del av debatten om medikaliseringen er diskusjonen de seinere årene ofte blitt fokusert omkring begrepet helseisme som en del av medikaliseringen. I dette begrepet ligger at helse gjøres til mål for all menneskelig virksomhet (Crawford 1980). Streben etter optimal helse blir det viktigste i livet, og kommer ofte i konflikt med andre områder (Backett 1992). En forklaring som ofte knyttes til at jakten på god helse blir det viktigste i livet kan føres tilbake til Zolas (1975) tese om at medisinen har overtatt etter jus og religion som kontrollinstans. Bauman (1992) meiner at et trekk ved det moderne samfunnet er mangelen på religiøs tro. I likhet med Løchen (1994) viser han til at vitenskapen med sine rasjonelle forklaringer tar over for religion. Bauman (1992) sier at dette har ført til et nytt syn på døden. Døden er blitt individualisert og blir sett på som en avslutning på noe, og ikke som en overgang til noe annet: "Once death stopped being the *entry* it once was and was reduced to an *exit* pure and simple; once it stopped being a stage in the forward march of mankind and came to be a throughly private ending..." (Bauman 1992:8). Han meiner derfor at for det moderne mennesket blir døden meningsløs. Folk frykter den og er oppsatt på å bekjempe den og overvinne den. Det å arbeide for å fremme egen helse, og gjennom dette lar den moderne medisinen få stor makt, er et forsøk fra det moderne mennesket på å kontrollere døden, og gjøre den forutsigbar.

Årsaker til medikalisering?

Medikalisering blir forklart på ulike måter, og de vanligste forklaringene er gjengitt ovenfor. Noen tar utgangspunkt i trekk ved medisinen, og forklarer medikalisering gjennom medisinen egen logikk, eller dens profesjonelle ambisjoner. Andre igjen meiner at grupper utenfor bruker medisinen til å tjene sine interesser. En annen måte er å se medisinen ekspansjon som et trekk ved det moderne samfunn og den moderne levemåten. Noen meiner at vi lever i et samfunn som gir de medisinske ekspertene fritt spillerom. De fyller et vakuum i vårt sosiale liv. Andre stiller spørsmål om det er slik at vi er redde for å leve med den risiko og den usikkerhet det betyr å være til. Kommer medikaliseringen (eller medisinen) som en erstatning for noe vi har mistet på veien til det moderne samfunnet? Hva har vi i så fall mistet, og hva gir medisinen oss i stedet? Mulige årsaker til medikalisering vil jeg komme tilbake til seinere

i avhandlingen.

Kritikk av medikaliseringstanken

Medikaliseringsdebatten med sitt syn på medisinen som en sektor som invaderer andre sektorer, er blitt imøtegått. Haug (1988) kritiserer dette synspunktet ved å si at det gir for mye makt til legene. I likhet med andre yrkesgrupper opplever legene å miste autoritet, og kunnskapsgapet mellom leger og lekfolk minskes. Som et ledd i samme argumentasjonen viser blant annet Watkins (1987) og Calnan (1988) at folk er blitt mer skeptiske til legene og godtar ikke lenger alt det de sier. Også medlemmer av legeprofesjonen stiller seg kritiske til utvidelse av eget ansvarsområde (Williams og Calnan 1994). Andre sier sågar at legene er blitt proletarisert (McKinlay og Archer 1985, McKinlay og Stoeckle 1988). Eller som Elston (1991) hevder, at legene er i et system der andre setter rammene for dem og de presses til å tenke mer og mer profitt.

Ser vi på utviklingen i vårt eget land, er det en kjensgjerning at utgiftene til helsevesenet har økt, antall ansatte har økt og ikke minst etterspørselen etter tjenester er blitt større. Medisinens ansvarsområde er blitt utvidet til å gjelde ikke bare behandling av sykdom, men også oppfølging og behandling for noe som kan utvikle seg til muligheter for sykdom. Medikalisering sett som en utvidelse av medisinsk område og medisinsk kontroll finner vi igjen i vårt samfunn. Det er imidlertid mulig at den enkelte lege har fått en svakere posisjon. Medisinen kan utvide sitt domene, blant annet fordi helse blir en viktig verdi for en opplyst almue, som kan møte den enkelte lege med større skepsis. Dette er ikke nødvendigvis en motsetning. Selv om den enkelte leges rolle kan være svekket, er det ikke noe som tyder på at medisinen som sektor er blitt svekket. I vårt land er veksten i helsevesenet blitt problematisert. Det er reist kritikk de seinere årene mot ressursbruken i helsevesenet. Det har blant annet vært lagt frem forslag til områder som skal prioriteres (NOU 1987:23), og forslag til hvordan helsevesenet kan bli billigere (St.meld 50 1993-94).

Problemstilling

Tema for min avhandling er medikalisering. Gjennom medikaliseringprosessen utvider medisinen sitt område på ulike måter. Andre områder av livet er etterhvert blitt underordnet

den medisinske sektor, samtidig som den skolemedisinske sektor vokser på bekostning av andre sektorer. Medikalisering er derfor en mangeartet prosess. I denne avhandlingen vil jeg etterspore den, og fokusere på medikaliseringsprosessen. Min avhandling er først og fremst rettet mot å gi en beskrivelse av medikaliseringsprosessen. Derneft er jeg opptatt av å se på hva det er som driver denne prosessen fremover. Jeg vil altså identifisere drivkreftene bak prosessen.

Medikaliseringsprosessen og drivkreftene bak den vil jeg studere ved å se på mottakerne av helsetjenesten. Selv om medikalisering og drivkreftene bak den er mye beskrevet, er det en del av aktørene som er lite beskrevet. Dette er mottakerne av helsetjenesten. Samtidig viser forskning at forvaltning av helse og sykdom foregår også utenfor skolemedisinen. De aller fleste symptomer og helseproblemer blir ikke presentert for helsevesenet, men går over av seg selv eller blir behandlet uten at lege blir kontaktet. Også blant de helseproblemer som fører til legesøking, har den folkelige sektoren stor betydning. Det blir derfor viktig å få en forståelse av hvordan folk forvalter helse og sykdom i sitt hverdagsliv.

Jeg vil i denne avhandlingen beskrive medikaliseringsprosessen sett med vanlige folks øyne. I avhandlingen vil jeg altså se på hvordan folk opplever medikaliseringsprosessen i sitt dagligliv. Her meiner jeg ikke først og fremst som pasienter hos helsevesenet. Jeg vil se på forvaltning av helse og sykdom i det Kleinman (1980) betegner den folkelige sektoren. Det jeg ønsker å beskrive er hvordan folk tenker omkring helse og sykdom, og hvordan de løser sine helseproblemer. Og ikke minst, hvordan opplever folk medikaliseringen i sitt dagligliv?

Hvordan folk forvalter helse og sykdom, kan ikke sees isolert fra omgivelsene. Jeg vil derfor se på samspillet mellom enkeltmennesket, dets omgivelser og helsevesenet. Jeg vil studere hvordan folk forvalter sine ulike medisinske problemer og hvilket forhold de har til helsevesenet. Merker folk medisinenes vekst? Hvilke innvirkninger har dette i så fall på deres liv? Hvis det får innvirkninger, hvordan håndterer de det? Har utviklingen innen medisinen innvirkning på forholdet mellom menneskene, på de roller de har og de krav og forventninger som settes til dem?

Hvis det er endringer i hvordan folk forvalter medisinske problemer, kan dette ha

sammenheng med andre endringer enn forandringer innen medisinen? Kan det feks. være slik at folks oppfatning av behov for medisinsk hjelp har endret seg, uavhengig av medisinen? Her vil jeg altså drøfte om medikalisering kan settes i forbindelse med hvordan helse og sykdom blir forvaltet i den folkelige sektoren. Gjennom å studere medikalisering i folks dagligliv vil jeg altså bidra til en større forståelse av medikaliseringen som en prosess. Ved å få en forståelse for prosessen er det også mulig å få en innsikt i drivkrefter bak medikaliseringen slik den fremtrer for folk.

Jeg skal altså studere ulike måter for medisinsk innflytelse i folks hverdagsliv. Det er ulike måter innflytelse kan skje på. Fra krigsspråket er det to former for innflytelse som er fremtredende. Et ytterpunkt er at det foregår ved tvang, den kommer overaskende, som en **invasjon**. Det andre ytterpunktet er en gradvis besittelse og overgivelse, en **kolonisering**. Invasjon er en type overgivelse som skjer etter en stor kamp, med risiko og store tap for begge parter. Det er den tapende part som må underlegge seg seierherren. En kolonisering er en mer gradvis underleggelse. Fra koloniseringen av Afrika (Simensen 1996), kan en feks. se at dette i mange tilfeller skjedde i en form for samarbeid med befolkningen.

I presentasjonen av mine datasett bruker jeg disse to begrepene som et bilde på medikaliseringprosessen i den folkelige sektor. Jeg vil ikke bruke begrepene i deres egentlige betydning. I stedet vil jeg se om hvor sterkt folk, mottakerne av medikaliseringen, opplever medikaliseringen som innflytelse over livet deres. Jeg vil også se på mekanismene bak. Her vil begrepene bare bli benyttet for å beskrive mottakerne. Det er ikke en beskrivelse av medisinen, sett i forhold til et fiendebilde. Kan medikaliseringen være av en slik art at folk oppfatter at medisinen tvinger seg på dem, at de er offer for en invasjon. Eller er det slik at den medisinske tankegangen gradvis får mer og mer innflytelse over livet deres. Det vil si, mer som en kolonisering, der medikaliseringen "bare skjer".

Datasettene

Medikaliseringen blir drøftet med utgangspunkt i tre ulike datasett:

- Forvaltning av helse og sykdom i et "tradisjonelt" samfunn :

Disse data består av feltarbeid utført i 1981 i ei lita bygd, Nordfjord, på kysten av Nord-

Norge. Bygda var tidligere geografisk isolert fra omverdenen, og de fleste innbyggerne har tradisjonell næringstilpasning. Et par år før feltarbeidet startet, fikk bygda vei til kommunesenteret. Folk i bygda hadde på denne tiden lavere legeforsbruk enn resten av distriktet. De hadde før veien kom svært dårlig tilgang til lege. I distriktet var de sett på som noen "hardhauer" som er vant til å ordne opp i sine helseproblemer selv.

-Forvaltning av helse og sykdom når det tradisjonelle samfunnet er blitt en del av den moderne verden:

Feltarbeidet som er presentert i denne delen er utført i samme bygd 12-13 år seinere. Formålet er å se hvordan folk tenker omkring helse og sykdom, og hvordan feltet forvaltes i 90-årene. Folk i bygda har økt sitt legeforsbruk, og både næringstilpasning og sosialt liv er endret. Feltarbeidet fra denne delen er også rettet mot å se på hvordan folk ser på de endringene som har vært gjort, samt deres forklaringer på disse endringene.

I studiet av endringene som har skjedd i bygda vil koloniseringsmetaforen bli brukt. Det har skjedd en gradvis endring for folk i bygda. Medisinen har fått større innflytelse. Det har ikke skjedd noen plutselig og stor omveltning fra medisinenes side. Er medikaliseringen bare noe "som skjer", og eventuelt hvorfor og hvordan skjer den?

- Utvidelse av helsevesenets oppgaver:

I denne delen ser jeg på nye tjenester helsevesenet tilbyr. En viktig utvidelse er at folk, som sosiologisk sett er friske, men som ifølge medisinsk kunnskap har forhøyet risiko for sykdom, er til oppfølging av helsevesenet. Ofte blir disse menneskene fanget opp i ulike helseundersøkelser der feks. hele den voksne befolkningen i en region blir invitert til å delta. Data som presenteres i denne delen, er intervju med mennesker som helsevesenet betegner som "risikogruppe" for å utvikle hjerte-karsykdommer og deres nærmeste familie. Intervjuene omfatter 47 personer som ble etterinnkalt etter helseundersøkelsen "Finnmark III" 1987-88. Til denne undersøkelsen ble omtrent alle voksne mennesker i Finnmark invitert til å delta. Alle de jeg snakket med er bosatt i et fiskevær i Finnmark, Finnfjord. I Del II er det redegjort for denne undersøkelsen og årsak til at de ble etterinnkalt.

I presentasjon av dette datamaterialet vil invasjonsmetaforen bli brukt for å vise at det skjedde

en aktiv handling fra helsevesenets side. Dette måtte folk forholde seg til. Er det å bli plukket ut som risikogruppe for sykdom, en form for medikalisering som er tvunget på folk? Lar de seg eventuelt tvinge til å følge medisinen?

I denne avhandlingen har jeg altså tre ulike datasett. Jeg har for det første studert et utvalg av befolkningen i bygda Finnfjord. Disse er utplukket fordi de er definert til å være i risiko for å få hjerte-karsykdom. Disse menneskene er intervjuet om hvordan de ser på sykdom, risiko for sykdom og helsevesen. Fokus er spesielt på hvordan de forholder seg til risiko for sykdom til hverdags. Data er på individ- og parnivå.

I tillegg har jeg studert hele befolkningen i bygda Nordfjord på to ulike tidspunkt. I denne undersøkelsen har jeg benyttet feltarbeidsmetode, ulike typer samtaler og observasjoner for å få kunnskap om hvordan de forvalter helse og sykdom, og deres forhold til helse, sykdom og til helsevesen over tid. Data fra denne undersøkelsen er på individ-, par-, og samfunnsnivå.

Metode og metodeproblemer

Datasettene som er presentert i avhandlingen er fremkommet gjennom bruk av ulike metoder. De to feltarbeidene i Nordfjord er gjennomført etter samme type metoder. Datainnsamlingen er imidlertid tilpasset livet i bygda på de ulike tidspunkter. Det er benyttet ulike observasjonsteknikker kombinert med samtaler. I tillegg til flere uformelle samtaler, er det en formell samtale med alle voksne innbyggere i bygda. Under det formelle intervjuet ble det tatt notater som seinere ble nedskrevet. Ved siste feltarbeid ble båndopptaker også benyttet under det formelle intervjuet. Andre samtaler og observasjoner ble skrevet ned så snart det lot seg gjøre.

Data om folk som har forhøyet risiko for hjerte-karsykdom og deres ektefelle består av et kvalitativt intervju med alle informantene. Under intervjuet ble det benyttet lydbånd. I tillegg er det tatt notater under og etter intervjuene. I noen tilfeller består data av mer enn et intervju med informantene.

Datasettene er presentert på ulike måter. Blant annet er metodevalg avgjørende for presentasjonsform. Intervju gir en annen type innsikt enn det feltarbeid gir. Mens intervjuene gir en innsikt i livet til folk, gir feltarbeidsmetodene et bilde av folk i forhold til deres

sosiale omgivelser.

Feltarbeid er en langvarig prosess der en blir kjent med mennesker. En møter og blir kjent med flere sider av dem, enn det en er i stand til gjennom et enkeltstående intervju. Menneskene i Nordfjord har jeg møtt over en lengre tidsperiode, mens menneskene i Finnfjord har jeg i de fleste tilfellene bare møtt en gang. Datapresentasjonen bærer også preg av at jeg som forsker fikk ulik grad av nærhet til dem jeg undersøkte. Dette er knyttet til valg av ulike metoder. I et arbeid der så ulike metoder benyttes i samme avhandlingen, ser en det ekstra tydelig. Arbeidene viser imidlertid ulike måter å studere medikaliseringprosessen på. Metodene er valgt for å ivareta dette hensynet.

En utfordring og et problem som har preget dette arbeidet er hvordan lage en helhet, og gi et samlet bidrag til å forstå medikalisering ved å benytte ulike datasett. I denne avhandlingen ses de likevel i sammenheng. Jeg foretar to typer sammenligning: Først sammenligner jeg bygda Nordfjord på to ulike tidspunkt, for å se på endring over tid. For det andre sammenligner jeg folk i Nordfjord med risikogruppen i Finnfjord. Sammenligningen mellom bygda Nordfjord i 1981 og i 1993-94, er når jeg redegjør for metodiske svakheter, mer uproblematisk. Det problematiske er å sammenligne folk i Nordfjord med risikogruppen i Finnfjord. Her sammenlignes to ulike grupper mennesker, som tilsynelatende ikke har så veldig mye felles. Jeg har heller ikke den samme informasjonen om disse menneskene. Det er derfor ikke mulig å trekke klare konklusjoner i en sammenligning av disse bygdene.

Til tross for klare ulikheter, meiner jeg det er fruktbart å se disse to arbeidene i sammenheng. Folk i Finnfjord og folk i Nordfjord har alle et forhold til helse, sykdom og helsevesen. De har på ulike måter opplevd endringer som har preget deres forhold til disse områdene. De bidrar derfor hver på sin måte til å gi en større forståelse av medikalisering i dagliglivet. Denne forståelsen blir større ved å se datasettene i sammenheng. Dette er etter min mening en tilstrekkelig begrunnelsen for å velge å se de to samfunnene i sammenheng. Selv om jeg drøfter likheter og ulikheter mellom samfunnene, er jeg varsom med å trekke klare konklusjoner. Det er mitt mål med denne avhandlingen å gi en best mulig beskrivelse av folks opplevelse av medikaliseringprosessen. Jeg ønsker å finne forklaringer på hvorfor og hvordan medikalisering skjer i disse samfunnene. Sammenligninger blir gjort utifra en slik målsetting.

Del II: MEDISINSK INVASJON - RISIKOGRUPPE FOR HJERTE-KARSYKDOM

Dødeligheten av hjerte-kar lidelser har i mange år vært høyest i Finnmark (Øverås 1995). Dette er bakgrunnen for at Statens Helseundersøkelser (SHUS) siden 1970-årene har organisert regelmessige helseundersøkelser¹⁰ av befolkningen i fylket. Hensikten med disse har primært vært å øke kunnskapsgrunnlaget om hjerte-kar lidelser. Undersøkelsene har også vært rettet mot å bedre folkehelsen i Finnmark, blant annet ved å plukke ut risikogrupper for hjerte-karsykdommer, og intervenere på disse for å minke deres risiko for slik sykdom. Oppslutningen om helseundersøkelsene har fra befolkningens side vært stor (Westlund og Sjøgaard 1993).

Blant de som møtte til de ulike undersøkelsene, ble en del etterinnkalt til nærmere oppfølging.

¹⁰Invitasjon til Finnmarks-undersøkelsene ble sendt til menn og kvinner bosatt i Finnmark utifra følgende alderskriterier (Westlund og Sjøgaard 1993):

Finnmark I (1974-75)

Alder 35-39 (født 1925-39): Alle

20-34 (født 1940-54): Tilfeldig 10% av utvalget

I fire kommuner: 100%

Finnmark II (1977-78)

Alder 35-52 (født 1925-42): Alle

23-34 (født 1943-54): Alle som var invitert til

Finnmark I (og som fremdeles bodde i fylket), samt tilfeldig 10% av utvalg av de øvrige

20-22 (født 1955-57): Tilfeldig 10% av utvalget

Finnmark III (1987-88)

Alder 40-62 (født 1925-47): Alle

20-39 (født 1948-67): Alle som var invitert til

Finnmark II (og som fremdeles bodde i fylket), samt tilfeldig 10% utvalg av de øvrige

Finnmark IV (1990)

Alder 40-42 (født 1948-50): Alle

(samt mer omfattende aldersgrupper i seks kommuner)

I undersøkelsen Finnmark III (1987-88) ble 23,5% anbefalt nærmere undersøkelse¹¹ (Westlund og Søggaard 1993).

Kriteriene for etterinnkalling ved Finnmark III var basert på undersøkelsesresultater som var: lik eller overskredet visse aldersspesifikke grenseverdier for systolisk og/eller diastolisk blodtrykk, og/eller serumkolesterol, og/eller infarktisk (Statens Helseundersøkelser 1987). Infarktisk beregnes i risikoscore i forhold til følgende faktorer: serumkolesterol, systolisk blodtrykk, gjennomsnittlig daglig sigarettforbruk, koronarsykdom i familien, og kjønn. I tillegg er enkelte andre innkalt på bakgrunn av opplysninger om helseforhold som blir oppgitt i de spørreskjema som følger undersøkelsen (Statens Helseundersøkelser 1987). De andre undersøkelsene (Finnmark I, II og IV) er basert på samme innkallingsfaktorer, men grenseverdier for innkalling, og vektlegging av de ulike faktorer i beregning av infarktisk er noe endret fra undersøkelse til undersøkelse.

FINNFJORD

Min undersøkelse ble utført i 1991. Den innbefatter kvalitative intervju av 1-3 timers varighet med 47 personer som ble etterinnkalt til Finnmark III (1987-88) i Finnfjord, et fiskevær i Finnmark. De fleste av disse er intervjuet sammen med ektefelle.

Bagrunnen for å velge Finnfjord som undersøkelsessted er resultat av flere faktorer. Da jeg ønsket å samle data om hvordan det er å leve med risiko for å få sykdom, ble det lett etter et sted der jeg kunne få adgang til mennesker som var etterinnkalt til Helseundersøkelsene. Jeg ønsket samtidig å komme i kontakt med mennesker som var blitt etterinnkalt ei tid tilbake, slik at de hadde vært til oppfølging ei tid. Finnfjord ble valgt ganske vilkårlig blant de kommunene mitt daværende arbeidssted, ISM, hadde samarbeid med på ulike andre prosjekter.

¹¹Etterinnkallingshyppigheten økte sterkt med alder. I aldersgruppen 20-24 år var 7,7% anbefalt etterinnkalt, mens det tilsvarende tallet i den eldste gruppen (60-62 år) var 35,9%. Menn var også sterkt overrepresentert, 31,8% av mennene ble anbefalt etterinnkalling, og 15% av kvinnene (Westlund og Søggaard 1993).

Finnfjord er med sine 2-3000 innbyggere, et av de største fiskeværene i landet vårt. Bygda ligger mot Nordishavet, og mange øyer ute i Finnfjorden skjærer selve fiskeværet mot storhavet. Tidligere var det flere små fiskerisamfunn ute på øyene, men de er blitt avfolket de siste 50 årene. I dag bor det noen få fastboende på et par av disse stedene. Resten av husene fungerer nå som feriesteder. Selve fiskeværet Finnfjord har vokst parallellt med avfolkningen på disse stedene. Fra tidligere å være et av mange små fiskevær, er det i dag kommunesenter i Finnfjord kommune.

Med sine fiskemottak er Finnfjord et travelt sted i fiskerisesongen. På 70-tallet, da aktiviteten var på sitt aller største, kunne det være opptil 1000 mennesker utenbygdsfra som bare var der for å arbeide i sesongen. Ved undersøkelsestidspunktet arbeidet nærmere halvparten av den yrkesaktive delen av befolkningen i fiskerisektoren, som fiskere eller i fiskeindustrien. De andre er ansatt i den offentlige sektor eller i servicesektoren. Bygda har på dette tidspunktet også lav registrert arbeidsløshet (i overkant av 1%). En stor andel av befolkningen er uførepensjonerte. Hjerte-kar undersøkelsen Finnmark III (1987/88) viser at 55% av kvinnene og 35% av mennene over 50 år er uførepensjonerte (Finnfjord kommune, udatert notat).

Når en kommer til Finnfjord, kan en se at det er et velstandssamfunn. Det bygges nye hus, og det nye helsesenteret ligger midt i bygda ved siden av forsamlingshuset og en nybygd barnehage. Bilene som kjører på veien, bærer også preg av velstand. Snakker en med folk, finner en snart ut at det også er mange som har hytte på fjellet, snøscooter og fritidsbåt. De fleste arbeider som ufaglærte, og kommunen har det laveste utdanningsnivået i fylket (Finnfjord kommune, udatert notat). De fleste som bor i bygda, har liten eller ingen utdanning utover grunnskolen. De har begynt å jobbe rett etter grunnskolen. Unge som reiser bort for å ta videre utdanning, kommer sjelden tilbake.

Helsevesenet har vært en stor vekstsektor de seinere årene. Som i andre utkantkommuner i Nord-Norge har bygda vært preget av stor ustabilitet i legedekningen. Tidligere sto stillinger ledige over lengre tid. I dag er legestillingene for det meste besatt. Situasjonen er fortsatt ustabil fordi legene oppholder seg der en kort periode før de reiser til mer sentrale strøk.

Metode

Datainnsamlingen ble forberedt gjennom relevante litteraturstudier. Samtidig ble intervjukjema konstruert, og testet ut på kollegaer gjennom rollespill. Skjemaet ble også testet på to menn som var til oppfølging av helsevesenet etter en tilsvarende undersøkelse i Tromsø kommune.¹² Kontakt med disse to ble etablert gjennom felles kjente. De ble intervjuet på mitt kontor, og jeg brukte et forslag til intervjukjema. Etter intervjuene ble de dratt inn i debatten om hva de meinte om skjemaet, samtidig som de kom med forslag til relevante temaer. Dette endte opp i et tematisk, stikkordsmessig intervjukjema med mest åpne spørsmål.

Min prosjektbeskrivelse ble sendt til daværende helse- og sosialsjef i Finnfjord. Hun samtykket i at jeg kunne komme og gjøre mine intervju i bygda. Jeg fikk adgang til utskriftslistene¹³ fra SHUS, og utifra dem ble intervjuobjekter plukket ut. På listene var det angitt etterinnkallingsgrunn. Det viste seg å være tre kriterier for etterinnkalling:

- forhøyet kolesterol, blodtrykk eller risikoscore
- tidligere sykdom (fremgikk av spørreskjema)
- symptomer (fremgikk av spørreskjema)

I samarbeid med Helse- og sosialsjef ble det bestemt at jeg skulle ta kontakt med de som ble etterinnkalt etter kriteriene nevnt på øverste linje (forhøyet kolesterol, blodtrykk eller risikoscore). Helse- og sosialsjefen opplyste at blant de som ble etterinnkalt på bakgrunn av symptomer og tidligere sykdom, fantes et stort flertall som ikke egnet seg for min undersøkelse. Blant de med tidligere sykdom er det ofte folk med alvorlige sykdommer, ikke

¹²SHUS har etter omtrent samme mønster som i Finnmark, gjennomført hjerte- karundersøkelser av befolkningen i Tromsø kommune. Da jeg arbeidet og bodde i Tromsø, var det et nærliggende valg. Dette ble imidlertid forkastet etter kort tid, av frykt for "undersøkelsestretthet" i ei befolkning som er svært tilgjengelig for undersøkelser fra et derliggende universitet og fra ulike høyskoler.

¹³Etter at helseundersøkelsen var over, var oppfølgingen overlatt til kommunehelsetjenesten, som fikk tilsendt lister fra SHUS med oversikt over de som hadde deltatt i undersøkelsen. For dem var det oppgitt måleverdier for kolesterol og blodtrykk, samt andre opplysninger som hadde sammenheng med infarktisk. Risikoscore var beregnet, samt eventuell anbefaling av etterinnkalling.

nødvendigvis i hjerte-kar. Mange er også gjengangere i systemet, og har vært til oppfølging i mange år, flere av dem siden første helseundersøkelse i 1974-75. I tillegg ville de som hadde fått kjennskap til risiko på helseundersøkelser før 1987/88 komme på listen over "tidligere sykdom".

Utifra tanken om at jeg ønsket et utvalg som hadde levd med risikostatusen omtrent like lenge, samt ønske om ei mest mulig "rein" risikogruppe, det vil si der risiko ikke kom på toppen av en alvorlig sykdom, ble bare de som var etterinnkalt på grunn av forhøyet kolesterol, blodtrykk eller samlet risikoscore plukket ut. Disse gir jeg betegnelsen risikopersoner, eventuelt risikogruppe, videre i avhandlingen. Intervjuene med disse personene avslørte at listene ikke var gode nok. Nærmere 1/3 av de jeg intervjuet visste om sin risiko før Finnmark III- undersøkelsen. Deriblant var det noen som hadde fått sykdommer som hjerteinfarkt, hjerneblødning og kreft før Helseundersøkelsen 1987/88. De med alvorlige sykdommer er intervjuet på linje med de andre, men av selvsagte grunner har disse intervjuene forløpt annerledes enn de andre, ved at deres sykdom har fått stor plass.

Alle de 59 som hadde disse etterinnkallingsgrunnene ble sendt et brev, undertegnet Helse- og sosialsjef og undertegnede. Av brevet framgikk det at jeg ønsket å snakke med risikopersonene og deres ektefelle fordi det er behov for mer kunnskap om hvordan de som er etterinnkalte tilpasser seg det å leve med sin forhøyede risiko. Avsender for brevet var helsetjenesten i Finnfjord. Det ble presisert at jeg ikke var tilknyttet den, men var en forsker ved universitetet. Av brevet framgikk det også at jeg ville kontakte dem noen dager seinere.

Brevene ble sendt ut fra helsetjenesten i Finnfjord i 3 puljer. De 10 første ble sendt ut i april, de neste i mai og de siste i slutten av august. Noen dager etter at brevene ble sendt ut, reiste jeg til Finnfjord og tok telefonkontakt med informantene. Omtrent alle telefonkontakter ble inngått innen 1-2 uker etter at brevene var sendt ut. Av de 59 som ble kontaktet, ble det foretatt intervju med 47 personer. Av de resterende 12 var det 8 personer som hadde flyttet ut av bygda. De fleste av disse hadde bodd i bygda en kort period mens helseundersøkelsen pågikk. Gjennomsnittsalderen er lavere for disse en for resten av utvalget. De resterende 4 ønsket ikke å bli intervjuet. To av disse sa klart fra i telefonen at de ikke ønsket å delta. De to andre var forøvrig det eneste tilfelle der begge ektefellene sto på lista over etterinnkalte.

Kona sa ved første kontakt at hun hadde lyst til å delta, mens mannen ikke ville. Hun ba om å få ringe tilbake, slik at hun kunne bruke mer tid på å "overtale" han. Etter noen dager ringte hun og fortalte at hun ikke klarte å overtale mannen, og derfor ville ingen av dem delta.

Mitt utvalg består av sju kvinner og 40 menn. Aldersmessig er de fordelt fra midten av 20-årene til i slutten av 60-årene. De fleste av mennene er ved intervjutidspunktet i slutten av 40-årene, og kvinnene er noen år eldre. Ei av kvinnene er enke, mens fire av mennene er enslige. To av de andre kvinnene er intervjuet aleine. Dette kommer av at da vi avtalte intervjutidspunktet kunne de ikke se at det var viktig at mennene var til stede. De ønsket å bli intervjuet på et tidspunkt da mennene ikke var heime. Blant mennene er det fem som er intervjuet aleine. I to av tilfellene bodde kona for en periode utenfor bygda. Ei tredje kvinne var for tiden arbeidsløs og bodde hos foreldrene på et annet sted. Samboeren dro dit i helgene. Hos de to siste gjorde skiftarbeid sitt til at det var vanskelig å finne et tidspunkt der begge var til stede. Blant annet var det slik at ei av konene ble oppringt og måtte gå på jobb like før jeg kom til intervju som tidligere var blitt utsatt. Begge disse konene ble intervjuet aleine ved et seinere tidspunkt.

Seks av mine mannlige informanter er uførepensjonert, mens en er på attføring. To av kvinnene er uførepensjonert, en tredje er delvis uførepensjonert. En stor del av de resterende er skiftarbeidere, på fiskebruk, som fiskere eller i andre yrker som medfører skiftarbeid. Dette skapte et praktisk problem for meg. Blant de som deltok i undersøkelsen hadde omtrent alle bestemt seg for å delta da jeg tok kontakt. Problemet var bare å finne et tidspunkt der begge ektefellene var heime. De fleste av ektefellene (konene) var yrkesaktive, og mange var i skiftarbeid som mennene. Det måtte ofte flere avklaringsrunder til for å finne et tidspunkt der begge var til stede. I mange tilfeller var det også slik at jeg måtte ringe flere dager på rad, og til ulike tider, for å få tak i den personen jeg ville snakke med. I de familiene som ikke hadde halv voksne hjemmeboende barn, eller personen var enslig, måtte jeg noen ganger ringe flere dager på rad før noen tok telefonen. De det var vanskeligst å få tak i, var fiskerne.

Min andre intervjurunde inntraff samtidig med en hektisk aktivitet i fiskeindustrien. Dette var en aktivitet som det var vanskelig å forutse da tidspunkt for mine intervju ble planlagt. De jeg skulle snakke med arbeidet da i tillegg overtid, som i mange av tilfellene var vanskelig

å planlegge et par dager i forveien. Dette medførte at vi kunne avtale et tidspunkt for intervju som seinere viste seg å kollidere med deres arbeid. Dette ble løst med at folk alltid fikk mitt telefonnummer. De kunne da gi meg beskjed om de ikke kunne holde avtalen vår. Det skjedde et par ganger at jeg fikk slike beskjeder, men like ofte kom jeg til et hus der bare en av ektefellene var til stede. Jeg pratet da med den personen og avtalte nytt tidspunkt for intervju der begge ektefellene kunne være til stede.

Den første kontakten med risikopersonen skjedde altså via telefon. Jeg tok disse telefonene på ettermiddagstid, på et tidspunkt jeg antok var best for å finne folk i dette samfunnet heime. Da jeg ringte og presenterte meg, var ofte svaret: "Vi har venta på at du skulle ringe." De aller fleste ville avtale tidspunkt der og da, et tidspunkt seinere samme dag eller neste dag. Jeg merket meg tidlig at det var kvinnene som tok telefonen, og ofte var ikke mannen til stede. Da jeg presenterte meg, visste de hvem jeg var og hvorfor jeg ringte. Selv om mannen var heime, sa de at jeg like godt kunne gjøre avtale med dem: "Det e berre å komme". Det ble da gjort. De første gangene dette skjedde, var jeg litt usikker på om det var så lurt å gjøre avtale uten at risikopersonen var til stede. Dette viste seg i alle tilfellene å være en ubegrunnet engstelse. I noen tilfeller var det også slik at da jeg kom til avtalt tidspunkt, viste det seg at mannen ikke hadde kjennskap til mitt introduksjonsbrev (brevet var adressert til han) før jeg ringte. Da jeg spurte hva de meinte om dette, sa de at det var helt greit at kona hadde gjort avtale med meg.

I andre tilfeller viste det seg at de ikke hadde sett brevet fra meg da jeg ringte og presenterte meg, men sa likevel at det var bare å komme. Mange ønsket også at jeg skulle komme umiddelbart, noe som i flere tilfeller viste seg vanskelig på grunn av andre avtaler.

I et intervju spurte mannen kona om hvilket brev jeg snakket om. Hun reiste seg og hentet det åpnede brevet i et skap på stua og ga han det. Han kikket på det, kommenterte det ikke, og gikk tilbake til samtalen med meg.

Alle samtalene foregikk hjemme hos folk. Under telefonsamtalen spurte jeg om de heller ønsket en annen møteplass, et kontor jeg hadde til disposisjon på helsesenteret i bygda. Alle ønsket at jeg skulle komme hjem til dem. Samtalene foregikk på det tidspunktet som passet

folk best. I praksis betydde det alt fra kl. 10 om morgenen til kl. 22 om kvelden. De fleste samtaler med de som var yrkesaktive foregikk likevel på ettermiddagstid.

Intervjuene forløp vanligvis slik at jeg kom til huset, der eventuelt begge ektefellene satt og ventet på meg. Jeg ble møtt i gangen av vertskapet, der jeg kledde av meg skoene. Selv om folk protesterte på at jeg gjorde det, så jeg det bare som en ytring, og min kjennskap til kulturen tilsier at det ville være uhøflig å ikke kle av seg skoene. Da jeg kom inn i kjøkkenet, ba folk meg inn i stua, hvor mange hadde forberedt mitt besøk ved å dekke opp med kaffekopper og et fat med kaker. Andre dekket på og serverte kaffe under intervjuet. I et hus ble jeg ikke budt kaffe før etter at intervjuet var over.

Samtalene startet vanligvis med at jeg presenterte meg med navn og hva jeg arbeidet med. Noen kom med spørsmål til dette. Videre gikk vi inn på det at de hadde blitt etterinnkalt. Jeg ba dem prøve å gjenfortelle hvordan det skjedde. Jeg ba dem også prøve å huske hvordan de reagerte på det, seinere hvilken innflytelse det fikk på dagliglivet til familien, og hvordan de tenker i dag omkring dette. Ektefellen ble trukket inn i samtalen hele tiden. I de aller fleste samtaler trengte ikke ektefellene å bli invitert. De tok ordet tidlig i samtalen for å korrigere, eventuelt utdype det den andre sa. Jeg ba om tillatelse til å bruke båndopptaker før intervjuet startet. Ingen nektet dette. Under samtalen jeg hadde med dem hendte det imidlertid at de ba meg slå båndopptakeren av fordi de ville fortelle noe som ikke egnet seg til å være på lydbånd, som de sa. Jeg slo da av båndopptakeren, og slo den på igjen etter tillatelse fra dem. Intervjuskjema lå i fanget mitt under hele samtalen. Under samtalen prøvde jeg å følge intervjuskjema, men oftest styrte folk rekkefølgen selv. Jeg sørget imidlertid for at alle temaer ble diskutert. Intervjuskjema ble også endret underveis ved at det under samtalen kom fram flere momenter, og intervjuskjema ble da tilpasset dette.

Intervjuene fikk ofte flere avbrudd fordi folk ønsket å diskutere andre ting med meg, en telefon ringte, eller det stakk folk innom. Jeg hadde i de aller fleste tilfellene ikke problemer med å få samtalen til å gå. De aller fleste var svært snakkesalige og interessert i å fortelle om seg selv, og med to som skulle fortelle gikk tiden svært fort. Folk var i tillegg interessert i å snakke om ting som ikke var så relevant for mitt emne. I den perioden intervjuene ble

foretatt, var EØS og fiskeriene¹⁴ koblet nært inn til de fleste temaer. Selv om det ble en del utenomsnakk, prøvde jeg på en høflig måte å lede samtalen tilbake til det vi snakket om. Samtalene ble naturlig avsluttet etter at vi hadde gått igjennom min temaliste, og etter at jeg var ferdig med kaffen.

Den korteste samtalen var med en enslig mann og varte ca. en time. Den lengste varte i 3 timer. Vanligvis varte de i 1-2 timer. Mitt besøk ble alltid avsluttet med at jeg takket for meg og ba om lov til å ta kontakt hvis det var noe jeg trengte opplysninger om seinere. Alle ga tillatelse til det. Jeg benyttet meg av dette fire ganger, to av gangene var det pr. telefon.

Umiddelbart etter intervjuet ble det meste nedskrevet slik jeg husket det. Dette ble gjort sammen med en del opplysninger jeg meinte var av relevans for mitt videre arbeid, slik som feks. beskrivelse av huset, hvordan folkene så ut, visse ting som skjedde, hvordan jeg opplevde å være der, osv.¹⁵ Selve lydbåndene ble skrevet ut av sekretærer ved ISM.

Seinere hørte jeg på lydbåndene flere ganger, parallellt med at jeg hadde intervjuet nedskrevet. Dette gjorde at jeg kunne følge intervjuet og kommentere i marginen, feks. om hvilken måte noe ble sagt på. Ble det sagt i fleipetone, ironisk, eller sint. Dette var viktig informasjon for å få fram hvordan de egentlig vurderte saker og ting. Der det er relevant, er slike opplysninger tatt med i presentasjon av data.

Metodeproblemer

Mine intervjuer faller inn under det vi kaller kvalitative intervjuer (Repstad 1987), der intervjueskjema var basert på å få folk til å fortelle. De fleste spørsmål i mitt skjema var derfor åpne. En del av intervjuet var registrering, av sivilstand, alder, arbeid, (der det var relevant, også for ektefelle) osv. Jeg ba også folk anslå blant annet hvor mye de røyker og hvor mye

¹⁴På det tidspunktet intervjuene ble gjort var det ennå ikke avklart hvilken tilknytning Norge skulle ha til EU, og folk i Finnfjord var redde for at Norge ville gi fra seg fiskerettigheter til andre europeiske land.

¹⁵Gullestad (1989) viser feks. til at valg av møbler og innredning kan brukes som et viktig bidrag i analyse av livsstil.

kaffe de drikker. Størstedelen av intervjuet var åpne spørsmål i form av hvorfor..., hvordan..., og med åpne svar. Som nevnt hadde jeg intervjukjema tilgjengelig under intervjuet. Intervjuene fulgte sjelden spørsmålene slik de sto på intervjukjema i kronologisk rekkefølge, men jeg sjekket at alle temaene ble diskutert.

Bakgrunnen for at jeg valgte en slik fremgangsmåte, var at jeg ønsket å få tak i folks virkelighetsoppfatning. Jeg ville få tak i deres forståelse av risiko for sykdom. Det betydde at et tema ofte ble fulgt opp av tilleggsspørsmål som var ulike fra intervju til intervju. Intervjuene forløp derfor ulikt.

I dette arbeidet har jeg hatt som retningslinje at jeg ikke skal presse folk til å si mer enn de egentlig ønsker. Derfor har jeg valgt å ikke gå videre i ei problemstilling som jeg tydelig merket at folk følte seg ukomfortabel i forhold til. I et par tilfeller ble enkelte av spørsmålene ikke stilt, fordi jeg i intervjusituasjonen ikke fant det riktig å "presse" informanten til å si noe om et emne som det tydeligvis var vanskelig å prate om. Feks. var en person svært fortvilet og redd for at han røykte, når han ikke "skulle" det. Jeg valgte her å ikke spørre mer om hans røykevaner.

I en slik intervjusituasjon kommer en ganske nært inn på mennesker. Jeg merket også tidlig at temaet risiko er noe de fleste har snakket lite med andre om. Dette gjaldt for både enslige og ektefeller. Reint bortsett fra de praktiske sider ved å være i risiko (røyking og spisevaner), har både mann og kone vært aleine med tankene som er dukket opp med jevne mellomrom, hva det egentlig betydde å ha forhøyet risiko for sykdom. Samtalen med meg så ut til å være første gang de snakket med noen om det. Dette gjorde at jeg noen ganger følte at jeg bragte på bane et sårt emne som de vanligvis ikke ville tenke på. Andre ganger benyttet kona anledningen til å kjeft over mannens manglende engasjement. Det vil si at han hadde overlatt for mye av ansvaret til henne. Jeg syntes da det var vanskelig å være til stede. I tillegg ønsket jeg data på andre områder enn det de diskuterte, selv om også det var relevant for min problemstilling. Jeg lot dem få diskutere ferdig, og prøvde så å gå videre i intervjuet. Hos to par utviklet det seg en stor diskusjon mellom ektefellene. Begge gangene ble kona ganske opphisset, mens mannen bevarte roen. For det eine paret var det tydelig at min tilstedeværelse var det som skulle til for at kona skulle ta et skikkelig oppgjør med mannen, og spesielt hans

røykevaner. Utifra temperaturen på forholdet dem imellom da jeg forlot huset, lurte jeg svært på hva som skjedde etter at jeg hadde forlatt.

Det var to hovedgrunner til at jeg valgte å foreta intervjuene over tre perioder: Som nevnt ovenfor var det enkelte mennesker det var vanskelig å få tak i. Det at jeg valgte puljevise intervju gjorde at jeg kunne snakke med dem neste gang jeg kom til bygda.

Den andre og kanskje viktigste grunnen til at jeg valgte puljevise intervju, var hensynet til meg selv og mitt arbeid. Både gjennom forberedelsene til disse intervjuene, og ved den første intervjurunden der jeg intervjuet åtte par, fikk jeg inntrykk av at dette var en svært krevende metode. Det var slitsomt å snakke med så mange mennesker om et tema som viste seg å være svært sårt for mange. Å sitte konsentrert i intervjusituasjonen, kombinert med et stort for- og etterarbeid, medførte at det var svært vanskelig å foreta to intervju direkte etter hverandre. Jeg trengte tid til å "nullstille" meg foran hvert intervju. Dette medførte at jeg ganske raskt lagde meg en norm på to intervju for dagen. Etter å ha foretatt 10-15 intervju oppdaget jeg at det ble vanskeligere å konsentrere meg om nye mennesker. Jeg trengte en pause for å få avstand til det jeg arbeidet med, samt tenke over det jeg hadde sett. Redselen for at alle mine informanter skulle gli over i hverandre gjorde at jeg valgte å ta to pauser i arbeidet mitt. Mellom første og andre pulje var pausen bare av en ukes varighet. Pausen mellom 2. og 3. pulje var av praktiske grunner lengre. Det var skoleferie, og dermed vanskelig å finne folk heime.

Pausene mellom intervju-puljene ble blant annet brukt til å snakke om og diskutere det jeg hadde sett. Dette gjorde at pausene ble brukt til å få andre perspektiver på min problemstilling. Fordi intervjuguiden hadde så mange åpne spørsmål og intervjuene hadde preg av dialog, var jeg redd for å opptre svært ulikt som intervjuer under de ulike datainnsamlingsperiodene. Jeg var derfor bevisst hvordan jeg framsto, og meiner dette ikke har vært et større problem enn det vanligvis er å foreta en slik datainnsamling. Ved slike metoder gir hvert nytt intervju en ny innsikt, og preger derfor de etterfølgende intervju. Jeg meiner at ved å foreta puljevise intervju har jeg oppnådd å være mer engasjert og opplagt. Dette fordi jeg har unngått å gå så trøtt som det en lang feltperiode ville ha medført.

Hvert intervju foregikk ulikt. Noen personer var engasjerte og ivrige og snakket mye. Andre var mer tilbakeholdne, og jeg måtte bruke oppfølgingsspørsmål på hvert emne. Disse var mer innstilt på å svare ja eller nei. For å få data fra dem ble intervjuguiden brukt mer som direkte spørsmål. Her måtte jeg improvisere og eksemplifisere for å få svar. Dette har ført til at jeg i presentasjon av data i direkte sitater ofte bruker de som har en historie å fortelle, en historie som det var mulig å få tak i innen rammen av intervjuet. Alle intervjuene er ikke direkte sitert i avhandlingen, men alle er imidlertid brukt i analysen.¹⁶

Selv om jeg ga en presentasjon av hva en sosiolog er i innledningen til intervjuet, ble jeg jevnlig forsøkt puttet inn i rollen som medisinsk ekspert gjennom spørsmål av typen: hvor farlig er det nå egentlig å røyke, hvor høyt er kolesterolet, eventuelt blodtrykket før det er fare på ferde, hva betyr det egentlig at en har høyt kolesterol? Mitt standardsvar på slike spørsmål var at jeg forklarte at jeg var sosiolog, og dermed ikke hadde medisinsk kompetanse. Til tross for mitt svar ble likevel slike spørsmål gjentatt seinere i samtalen, ofte i en bisetning, og forsøkt flettet inn i de fleste problemstillinger. Dette tolket jeg som at folk egentlig var usikre på den informasjonen de hadde. I de tilfeller jeg ble presset i forhold til medisinske spørsmål, prøvde jeg heller å få dem selv til å få fram det de visste, eller vi ble enige om at de skulle spørre legen neste gang de oppsøkte han. Som et ledd i forberedelsene til intervjuene hadde jeg lest en del medisinsk litteratur om hjerte-karsykdommer og risiko for å få slike sykdommer. Dette medførte at jeg i noen tilfeller kunne si hva jeg trodde, samtidig som jeg gjorde det klart at jeg ikke satt med mer medisinsk kunnskap enn de gjorde.

Like ofte var folk nysgjerrige på meg som person. De ville vite hva jeg syntes om den forannevnte EØS-avtalen. Like ofte ville de vite hvor jeg kom fra, om jeg var gift, hadde barn osv. Slike spørsmål fikk jeg ofte ei tid ut i intervjuet. Jeg svarte selvfølgelig på dem. I andre tilfeller gjorde jeg egne erfaringer relevant. Feks. var det ei kvinne som snakket om at det gjerne ble lettvinne middager, fordi de kom seint fra jobb og ungene var sultne. I dette tilfellet var det nærliggende å trekke fram egne erfaringer fra lignende situasjoner. Egne erfaringer kunne også bli gjort relevant i andre sammenhenger der det falt naturlig at jeg kommenterte

¹⁶Whyte(1984) hevder at enhver erfaren forsker vet at ikke alle informanter har like stor verdi for undersøkelsen. Noen mennesker synes det er vanskelig å få fram det de meiner, andre er ikke så gode informanter fordi de ikke er spesielt observante.

hendelser eller det som ble sagt.

Å foreta intervju hjemme hos folk medfører at en er gjest i huset, og er der på vertsfolkets premisser. Dette hadde nok den fordel at folk slappet mer av og kunne rydde tid til en samtale med meg. Samtidig hadde jeg liten styring om rammen rundt intervjuet. Dette betydde at jeg måtte finne meg i både innpåsletne hunder og barn som var svært interessert i å trykke på båndopptakeren min. Når en sitter i en intervjusituasjon med slike åpne spørsmål er det kanskje spesielt viktig å skape tillit, derfor måtte jeg gi avkall på endel for å få det til. Jeg hadde på forhånd bedt folk finne et tidspunkt der de hadde ei rolig tid, men det var ikke alltid at dette lot seg gjennomføre. Spesielt siden samtalerne var såpass lengvarige. Det kunne være en telefon som avbrøt en interessant del av samtalen, en nabo som stakk innom eller unger som maste om hjelp med lekser. Dette medførte oppbrudd i samtalerne. Ved uventet besøk overlot jeg til folk selv å presentere meg, og bestemme hvor mye de ville si om grunnen til at jeg var der.

Som nevnt var det bare i et hus jeg ikke ble tilbudt kaffe og kaker. Personlig liker jeg ikke kaffe. En del av vanlig høflighet i et slikt samfunn er å by gjester kaffe, og siden omtrent alle voksne mennesker i vårt land drikker kaffe, tok jeg mot denne invitasjonen. Dette medførte at jeg måtte drikke en del kopper kaffe. Hos en mann ble invitasjonen til kaffe fulgt av: "Men dåkker drikk vel ikkje sånt" (han sikta her til universitetsfolk). Da sa jeg med en gang takk til kaffe!

Folk selv drakk også kaffe, men ikke alltid av de samme "finkoppene" som de ga til meg. Spesielt hos eldre folk fikk jeg som regel servering i finkopper med feks. lefse til. Hos yngre fikk jeg servert omtrent det samme, men med enklere oppdekning. Den enkleste serveringen fikk jeg hos enslige menn.

Jevnt over benyttet jeg meg av det som på godt norsk kalles god folkeskikk. Det betyr blant annet at jeg respekterte folks grenser. Det vil si at jeg ikke presset på for å få folk til å snakke om områder de tydeligvis ikke ønsket å prate om. Jeg opptrådte høflig og korrekt, også mot folk jeg ikke fikk umiddelbar sympati for.

Etterinnkallingen

Egenoppfatning av innkallingsgrunn

Av de 47 jeg intervjuet, oppga 16 at hovedgrunnen til at de ble etterinnkalt var høyt kolesterol, 17 sa at det var høyt blodtrykk, mens 9 sa at de ble etterinnkalt både for høyt blodtrykk og for høyt kolesterol. Det var fire som oppga for mye røyking som innkallingsgrunn, og en fortalte at han ble etterinnkalt fordi han hadde for høyt sukkerinnhold i blodet. Det viste seg videre at en stor del av de 17 som ble etterinnkalt for høyt blodtrykk også hadde fått beskjed om at de hadde forhøyet kolesterol. Disse fikk dermed råd for å redusere det. Flere med høyt kolesterol hadde også høyt blodtrykk.

Ved gjennomgang av SHUS' lister for etterinnkalling, viste det seg at de som sa at de ble etterinnkalt for røyking, hadde høy risikoscore som innkallingsgrunn. Det samme viste seg også å være tilfelle for en del av de andre etterinnkalte. Høy risikoscore var altså noe som folk ikke oppfattet som en selvstendig innkallingsgrunn. Ingen av de jeg snakket med, nevnte denne grunnen, selv om det i innkallingslistene var nevnt som den eneste etterinnkallingsgrunn eller som innkallingsgrunn sammen med høyt blodtrykk eller høyt kolesterol. Det er vanskelig å si om legen i samtale med pasienten har nevnt dette, men mine informanter benyttet ikke dette ordet. De sa at fordi de hadde høyt kolesterol, eller fordi de hadde høyt blodtrykk hadde de større sjanse til å få hjerte-karsykdommer.

De som ble etterinnkalt fordi de røykte for mye, satte ikke røyking i forbindelse med hjerte-karsykdom. De stilte seg uforstående til at de ble etterinnkalt, og skjønnte ikke hvorfor de skulle innkalles til lege for å snakke om røyking. En sa: "Det e ingenting som feile mæ, æ e frisk som en fisk." Andre kom med lignende utsagn. Også blant dem som meinte de var etterinnkalt for kolesterol eller blodtrykk, var det en som meinte at han ble etterinnkalt "mest for at dem (det vil si legene) sku få en anledning tell å snakke om røykinga." En annen sa: "Æ skjønne ikkje ka dem bråke med, æ e jo frisk." Ei kone som hørte mannen snakke om dette, sa at hun syntes det var noe tøv å kalle inn mannen på grunn av røyking. Samtidig fortalte de som ble innkalt på grunn av røyking at de hadde fått kostholdsrad, selv om de meinte at røykinga var den egentlige grunnen til etterinnkallingen. "Røykerne" var også av

dem som ikke ble innkalt til jevnlige kontroller, i motsetning til svært mange av de andre. De oppfattet det heller ikke som de ble etterinnkalt for å endre sine røykevaner, eller som en mann sa: "Det va no mest for at dem (legene) skulle ha nokka å prate om." Blant disse var det heller ingen som hadde sluttet å røyke. En av informantene fortalte imidlertid at han tidligere røykte 5 pakker rulletobakk i uka,¹⁷ mens han nå røyker litt mindre.

Reaksjon på etterinnkallingen

For de fleste av de som ble etterinnkalt på grunn av forhøyet kolesterol, var dette en tilstand de var ganske uforberedt på. En får nå kolesterolsenkende medisiner. Derimot hadde bortimot halvparten, 14¹⁸ av de 26 med høyt blodtrykk, kunnskap om dette før helseundersøkelsen, og var til oppfølging ved undersøkelsestidspunktet. Omtrent like mange med høyt blodtrykk går eller har gått på medisiner, mens andre hadde jevnlige kontroller. Flere sa at "æ visste ka det va" da de fikk brev om å komme til etterundersøkelse. De aller fleste som ikke visste noe på forhånd opplevde innkallingen som et sjokk. Disse husket i detalj hva som skjedde. Ei stund etter Helseundersøkelsen fikk de et brev i posten der de ble bedt om å møte til lege til et angitt tidspunkt (ca. 1 uke etter). Flere forteller at de grublet fælt i disse dagene, og mange sov dårlig og var "innstilt på det verste". Det samme var tilfelle for ektefellene. Noen fikk vite allerede ved hovedundersøkelsen at de sannsynligvis ville få etterinnkalling. Noen ringte også helsesenteret for å snakke med lege, som da fortalte hvorfor de ble etterinnkalt. I noen tilfeller var det kona som ringte.

En ivrig jeger i 40-års alderen fikk etterinnkallingsbrevet et par dager før høstjakta startet. Han ringte lege og spurte om han kunne dra på jakt som planlagt, eller om han heller burde holde seg heime og ta det med ro. Legen beroliget han med at han trygt kunne dra på jakt. Han ønsket god tur, og ba mannen komme til avtalt time. Mannen dro, men sier at han var redd og turde ikke anstrenge seg like mye som ellers. Vel hjemme ble hans høye blodtrykk kontrollert. Det viste seg å være tilnærmet normalt, og var lavere enn det som ble målt på Helseundersøkelsen.

¹⁷Folk regner med at en pakke rulletobakk gir ca. 50 egenrullede sigaretter.

¹⁸Her er også inkludert de som både har høyt blodtrykk og høyt kolesterol.

De fleste reagerte med å bli engstelige. De fortsatte å være engstelige også etter de fikk den første etterinnkallingen. De aller fleste brukte ord som at de hadde fått "en støkk", "en påminnelse" eller "et sjokk" da de fikk etterinnkallingen. Det var i intervjusituasjonen ofte vanskelig å få informantene til å skille mellom reaksjonen på å få etterinnkallingen, og det de fikk vite da de kom til legen. Ordet "redd" ble sjelden brukt. I stedet benyttet de andre, svakere ord:

"Nei, æ visste ikke om det¹⁹, så du skvetter jo litt."

Kona: "Æ vil ikke si at man blei engstelig, men æ trur på en måte det va et sjokk for han, fordi han har antageligvis betrakta sæ som et utypisk²⁰ kolesterolmenneske bestandig."

Han: "Det blei et lite sjokk... Ja, det e jo så mye som kan komme fram på slike undersøkelser."

Enkelte innrømmer at de var totalt uforberedt og reagerte sterkt. En mann i 60-årene hadde en kraftig reaksjon:

"Man blei jo ikke redd, man hadde ikke hørt så mye om den kolesterolen og ka det innebar, ka det var for nokka. Æ hadde ikke satt mæ inn i det, og så gikk man her og va frisk og følte sæ i fin form liksom, og så får man beskjed om at du, du kan jo snart falle i golvet du."

Jeg: "Ble det sånn at du følte deg sjuk?"

Han: "Neida, det gjor æ ikke, men æ blei jo sånn lur på den måten at æ skulle være frisk, æ skulle ha det bort. Når man va komme ned så brydde man sæ ikke så mye om det. No vise det jo sæ at æ fikk nettopp innkallelse fra dem og da va den²¹ no gått ifra 8 tell 10. Då dør man vel snart."

Ei enslig kvinne reagerte også sterkt:

"Da æ blei innkalt fikk æ et sjokk. Ja, æ fikk et brev med time hos kommunelegen her. Æ lurte og va veldig spent og æ sa det til ungan mine da. Da va det jo bærre 5 år sia mannen min va død av hjerteinfarkt, og han hadde jo gått med høyt blodtrykk i 9 år, på medisiner - så det kom frem for mæ at det va naturlig. Så æ va veldig spent da æ gikk opp til legen og han

¹⁹Høyt kolesterol og høyt blodtrykk.

²⁰Seinere i samtalen kom det fram at det utypiske var at han var slank.

²¹Kolesterolnivået.

sa med en gang at du får ta det med ro - han va veldig grei han legen. Vel, vel - og æ tok det veldig alvorlig, og da æ fikk svar, dem tok jo kolesterolprøve og det, og æ fikk svar om at det va altfor høyt. Ja, æ syntes ikke æ fant mening med livet, det gikk så inn på mæ."

Noen trengte flere "påminnelser" for å ta det alvorlig. En mann i 20-årene har forhøyet kolesterol. Han forteller at ved første helseundersøkelse (1987) reagerte han ikke noe særlig på etterinnkallingen. "Men det va no ved den siste undersøkelsen²² at æ bestemte mæ. Den første gangen tenkte æ ikke så mykje over det." Seinere i samtalen kom det fram at faren hadde dødd av hjerteinfarkt mellom disse to undersøkelsene. Faren hadde vært til oppfølging av helsevesenet i mange år på grunn av høyt kolesterolnivå.

Konene, derimot, innrømmet at de var blitt redde da mannen hadde fått beskjed om å møte til etterundersøkelse. Ei forteller at hun ble "vettskremt" da mannen fikk brevet. Mannen selv sier at han ikke ble redd, for ved selve undersøkelsen hadde han fått vite at blodtrykket var høyt, så han hadde regnet med at det var årsaken til etterinnkallingen. Og han hadde glemt å fortelle dette til kona. Av mennene til de fem gifte kvinnene som ble etterinnkalt, var det imidlertid ingen som sa at de var blitt engstelige da kona ble etterinnkalt. En fortalte imidlertid at han regnet med at det måtte være alvorlig siden hun ble innkalt til eget matkurs (ved Finnmark IV).

De som hadde fått beskjed på selve helseundersøkelsen om at de kunne bli etterinnkalt, hadde ikke reagert så sterkt som de andre da beskjeden kom. Noen av disse hadde ikke tatt seg tid til å vente på etterinnkallingen, men hadde tatt kontakt med helsesenteret etterpå. Ei kvinne forteller:

"Det var så høyt at ho sa at æ ikke kunne gå med det blodtrykket. Da måtte æ henvende mæ til helsesenteret for å få tatt det på nytt, og det har æ gjort, og da fikk æ medisn. For du veit at da gikk æ jo nesten med det samme og sa fra".

Jeg: "Ble du redd?"

"Nei, ikke redd, nei, det blei æ ikke. Æ syntes berre det va helt allright at man får greie på det. Æ va berre glad i sommer også forat æ fikk vite det at blodtrykket var for høyt, for det

²²Finnmark IV 1990.

e ikke sikkert at æ hadde blitt å gå til lege for sånn der. Man drøye det jo selvfølgelig sjøl."

For de som visste at de hadde forhøyet risiko, var etterinnkallingen ikke noe sjokk. Disse visste hvorfor de ble etterinnkalt, og så på innkallingen som en vanlig kontroll. Etpar av disse måtte tenke seg om før de husket at de hadde vært etterinnkalt etter Finnmark III. De skilte ikke mellom dette besøket og deres vanlige innkalling for blodtrykks- eller kolesterolsjekk.

Noen av de som fikk etterinnkalling for første gang ved Finnmark III, hadde nok hatt en forutanelse om at de ville bli etterinnkalt. En slik forutanelse hadde oftest sammenheng med at andre i familien hadde hjerte-karsykdommer. En mann forteller: "Æ kunne jo ane om det på forhånd, fordi ho mamma hadde for høyt blodtrykk og gikk på medisin, og det samme hadde han pappa". En annen sa: "Nei æ må jo i grunnen si at æ kanskje ikke blei så overraska, for vi har jo veldig mye, det e jo mye hjertefeil i familien. Så æ har vel ikke blitt så veldig forbause om det, om det har gjort sitt utslag. Men æ hadde ikke tenkt på den kolesterolen i det heile tatt, for det va berre, tja, ka ska æ si, 3 år sia, da hadde æ kolesterolprøve som vi tok her da, og den va heilt fin."

Under et intervju kom det fram en litt spesiell situasjon, det var ei kvinne som syntes at hennes kolesterolnivå ikke ble tatt like alvorlig som mannens. Kona til en av de jeg snakket med var blitt etterinnkalt etter Finnmark IV. Da fikk hun også vite at hun ved Finnmark III hadde hatt høyere kolesterolnivå enn mannen, selv om hun ikke var blitt etterinnkalt etter den undersøkelsen. Hun hadde fått fjernet eggstokker og livmor mange år før, og meinte derfor at hennes kolesterolnivå burde blitt tatt på like stort alvor som mannens:²³ "Æ blei heilt forfær då æ leste brevet og æ visste ka han hadde når han fikk innkallelse og ikke æ. Æ blei helt frustrert, æ blei regelrett forbanna, ja æ blei det, og det har æ gitt uttrykk for til ...(navnet på legen)." Jeg traff ellers ikke på noen ektefeller som reagerte på at de ikke hadde blitt etterinnkalt.

Oppsummeringsvis kan vi si at selv om de ikke ville bruke begrepet redsel, reagerte de fleste

²³Hun produserer derfor ikke naturlig østrogen, som anses å beskytte mot hjerte-kar sykdommer.

sterkt over å bli etterinnkalt. For mange var det dager med uro før de kom til lege og fikk vite grunnen til etterinnkallingen. Noen tok det svært tungt, dette gjaldt også ektefellene.

Informasjon

Folk forteller at deres første møte med helsevesenet etter innkallingsbrevet var et møte med lege der de fikk informasjon om grunnen til etterinnkalling. Nye målinger ble foretatt, og de fikk råd om hva de selv kunne gjøre for å bidra til å endre sitt risikonivå. De har først og fremst fått brosjyrer og råd om kosthold, de er blitt rådet til å mosjonere mer, og slutte å røyke. En stor del har siden, iallfall i perioder, gått regelmessig for å måle blodtrykk eller kolesterolnivå.

I denne bygda har det vært forholdsvis stort legeskifte. Dette har medført at flere av de jeg snakket med sier at det kan være vanskelig å vite hvilken lege de skal høre på, for ulike leger kan gi ulike råd. Dette blir spesielt nevnt i forhold til røyking. En sier: "Nei, det e no det vanlige dem bruke å sei at du må slutte å røyke. Han har no berre sagt det sånn. Men det e no ikke alle legan som sei det da. Det e jo enkelte da, veit du." Lignende utsagn var svært vanlige, og det var enkelte som meinte at røyking ikke kunne være så farlig, siden legene la ulik vekt på det. De er også kritiske til leger som tar opp røykevaner, og antyder at de kanskje bør slutte å røyke. Det er ikke bare røyking som blir håndtert ulikt fra lege til lege: "...Sånn som mæ, æ har jo gått til forskjellige lega, og enkelte lega slår ned på det mere og andre på det. Det e litt forvirranes."

Andre igjen savner fasthet fra legens side. De sier at de hadde ønsket at legene hadde snakket om hva en må eller skal gjøre i stedet for å gi råd om hva en bør gjøre. De sier at det ville blitt lettere å følge rådene hvis legen hadde "satt kniven på strupen". Av disse er det også noen som synes de ikke har nok informasjon om hvor farlig det er å ha høyt blodtrykk eller en høy kolesterolverdi. Det var flere som spurte meg hvor farlig det er å ha kolesterolverdi på et visst nivå eller hvor høyt det burde være. Flere eldre menn fortalte at ofte er det også slik at at de ikke får vite tallverdien. I stedet sier legen at nå er blodtrykket høyt, eller kolesterolet er gått ned litt. Dette oppleves som et usikkerhetsmoment. De mangler eksakt informasjon, og det er vanskelig å spørre legen direkte. En mann i 60-årene sier feks.: "Dem

burde si de nøyaktige tall og si det dem e kommen fram til. Førre æ synes det e ekkelt å spørre unødvendig når dem først si det e i høyeste laget. Da spør man mange ganga ikke meir, men man har jo løst til å vite.... Man lure jo på ka som e høyt og ka som e høyere og lavere, kor mye..."

Andre igjen husker tallverdien på både blodtrykk og kolesterol, noe som skulle tilsi at de har fått beskjed om de eksakte verdier. Den vanligste beskjeden folk sier at de har fått av legen er at "blodtrykket er høyt for alderen" eller at "kolesterolet er i overkant". Men hva det betyr er verre å forstå. De sier; "Man veit jo at det ikke e bra å gå med høyt blodtrykk" - men hvor høyt det er i forhold til hva som anses som normalt, og hvor farlig det er i forhold til å få hjerte-karsykdommer har de mindre kunnskap om.

Det er ikke bare legene som står for informasjonen. Hos mange av de jeg snakket med fikk jeg høre en historie som opprinnelig var blitt presentert i et radioprogram. Flere av de som fortalte historien hadde ikke selv hørt den på radio, men hadde fått den gjenfortalt av andre. Slik jeg fikk presentert historien, er innholdet følgende: En gruppe mennesker som i utgangspunktet fikk målt omtrent like høyt kolesterolnivå, ble delt opp i to grupper. Deretter ble de sendt på en fjelltur (ski) av flere dagers varighet. Under oppholdet på fjellet levde den ene gruppen på "farlig" kost (det vil si hadde animalsk fett på brødet, drakk helmelk, fikk spise det de ville), mens den andre levde på "riktig" kosthold (lettprodukter, frukt og grønnsaker). Da de kom tilbake, viste det seg at den gruppen som levde på "farlig" kost hadde lavere kolesterolnivå enn den andre gruppen. Denne historien fikk jeg fortalt mange ganger, og med omtrent samme innhold. Resultatet var iallfall at folk brukte denne og lignende historier til å fortelle at de var forvirret og usikre og ikke helt visste hva de skulle tro.

De fleste sier at helsevesenet har stått for den informasjonen de har om blodtrykk og kolesterol og fare for sykdom. Mange av kvinnene innrømmer likevel at etter at mennene deres fikk høyt blodtrykk/kolesterol, er de blitt mer interessert i å lese det som står i ukeblader og magasiner om disse emnene. En felles oppfatning var likevel at massemedia kommer med så motstridende og villedende informasjon at de ikke er til å stole på. En mann med høyt kolesterol forteller at han ikke har prøvd å skaffe seg informasjon utover det han har fått fra helsevesenet: ".. æ veit at det e så lite informasjon man får i media, hvis det feks.

e en fyr som komme med nokka informasjon, så e det berre et øyeblikk før det komme kanskje ti andre og motsi han...Førr mæ e det ikkje vanskelig å vette ka som e farlig å spise, men førr mange andre kan det nok være vanskelig."

Denne mannen sier at han vet hva han skal spise, men mange andre jeg snakket med reagerer med usikkerhet og frustrasjon på de motstridende signalene som kommer fra helsevesen og media. Konene snakket spesielt om dette. De kunne bli usikre på om de "gjorde rett" i matlagingen. Mannen overfor etterlyser i likhet med mange andre et helsepersonellet kanskje kunne komme heim til folk og fortelle hvordan de skulle leve. De sier at det ville vært best "hvis helsevesenet kunne gå rundt i husan". Mange meinte at de ikke kunne snakke med venner og familie om den usikkerheten de hadde i forhold til om de spiste "rett" mat.

Å leve med forhøyet risiko for hjerte-karsykdommer

Hvordan er det så å leve med vissheten om at en har forhøyet risiko for hjerte-karsykdom? De fleste fortalte at når de kom over det første sjokket, så lærte de seg å leve med det. For de fleste var det å leve med denne vissheten på to ulike plan - det praktiske og det psykiske. I hverdagen er det praktiske først og fremst knyttet til matvaner, men det å være i risiko medfører også bekymring for å bli syk.

Matvaner

Når folk skal fortelle om hvordan det er å være i risiko for hjerte-karsykdom, sier de fleste innledningsvis at "vi leve no stort sett som før". Dette blir fulgt av en fortelling om matvaner, hvilke endringer de har foretatt, og hva de savner. Ingen hushold der mannen er blitt etterinnkalt, har neglisjert de rådene de har fått fra helsevesenet. Alle sier at de har prøvd, iallfall i perioder, å følge rådene fra helsevesenet. Hos noen var denne endringen i gang før mannen fikk vite at han hadde forhøyet risiko for hjerte-karsykdom. Denne vissheten har forsterket endringen. Hos andre er det denne vissheten som har satt i gang endring. Den store endringen går på at omtrent alle de jeg snakket med har gått over fra å drikke helmelk til lettmelk, og de steiker maten i soymargarin i stedet for i dyrefett.²⁴

Den første endringen kom i gang etter at mannen hadde vært til den første etterinnkallingen. De fleste beskriver prosessen på følgende måte: Etter samtale med lege, samt prøvetaking, kommer mannen heim med brosjyrer som forteller hvilke matvarer en bør være forsiktig med, og hva en bør spise mer av. Mannen gir så brosjyrene til kona, som leser dem, og siden tar ansvar for å lage maten slik at den skal ta hensyn til mannens risiko. Dette gjaldt spesielt de som hadde høyt kolesterol. Som tidligere nevnt hadde svært mange av de med høyt blodtrykk også høyt kolesterol. Blant de som hadde høyt blodtrykk som innkallingsgrunn er det også mange som sier at de har fått råd med hensyn til fettinnhold i maten. Disse snakket til meg om at de måtte redusere kolesterolnivået. De skiller seg ikke ut fra de som hadde høyt

²⁴Det mest vanlige var Melange margarin, som folk sier at de alltid brukte før.

kolesterol som etterinnkallingsgrunn, når det gjelder å tilpasse seg et "lettere" kosthold. Noen av dem sier imidlertid at de ikke fikk andre kostholdsråd enn at de bør redusere saltmengden i maten, noe de har prøvd å etterleve. I den videre presentasjonen av data om kosthold blir kolesterol som oftest nevnt, ganske enkelt fordi folk oftest nevnte kolesterol.

Den første tiden var de strenge og prøvde å følge de rådene de hadde fått. De forteller videre at det så kom en periode der de gikk tilbake til "gamle synder" igjen, før en ny kolesterolmåling førte til at de "tok seg sammen igjen". De fleste fortalte om periodevise svingninger, der "ufornuftige" perioder blir avløst av mer "fornuftige" perioder.

De aller fleste følte at en kostomlegging ikke var noe de kunne velge. Noen brukte betegnelsen "kniven på strupen", selv om de seinere konkluderte med at de egentlig ikke har foretatt så enormt store kostholdsendringer. For de fleste var problemet at de måtte begynne å tenke på helsen når de spiste. For mange medførte endringene et savn i forhold til det de var vant til.

Begynnelsen kunne være ganske vanskelig. For mange var det å ha et mer magert kosthold det samme som forsakelser. En av dem som forteller mye om forsakelser er en mann i 60-årene. Han sier følgende: "Da æ kom heim så sa æ at æ hadde kolesterol og ikke måtte spise det og det, og være forsiktig, ja, ja, da får vi prøve å legge om og korsen vi skal gjøre det her. Så begynte vi no å diskutere, og for hver gang vi va i butikken sånn i lag, så va det jo ka man kunne spise, ka som va mest fett i, sånn som ost. Osten han va jo så tørr til slutt at han va jo næsten ikke etanes. Men æ veit ikke, det blei ikke nokka særlig. Ja først så gikk æ ned derifra 9, ja bortimot 9 til 8,2. Da va æ så beinhard at da....det va liksom hardt å sitte her i jula og ikke ta sæ ei einaste kake".

Jeg: "Var det så ille?"

"Ja, ja æ hadde ingen jul, æ spiste ikke julekaker for at æ skulle ha det bort, men så skjønnte æ at det hjalp jo ikke, ja æ gikk ned til 8,2, men så gikk æ opp til 8,5. Og så no siste gangen, det e 2 år siden æ tok, da kom æ på 10... Æ veit ikke om det nytte å kutte ned på maten og det fettete, æ har jo forsøkt det og æ får det ikke til. Og no når æ går ut, ikke spis æ, det e mager ost, og så e det ikke margarin, har ikke brukt det de siste 3 årenen. Og så e det lite kaffe, fikk jo beskjed om at æ ikke måtte drikke kaffe, det har æ gjort. Og så e det mager ost

som sagt, og pålegget det e no mæst syltetøy på den tørre brødskiva, det e no næsten sånn fangekost."

Han sier at kolesterolen fortsatt har en viktig plass i livet hans: "Hverdagen han dreie sæ faktisk mye om det her med den kolesterolen, i og med at æ må ta mæ en tur.²⁵ Og så e det maten da. Og maten, kver gang æ spis så tenke æ jo på det her med den kolesterolen, at æ har lyst på det der, men æ kan ikke spise det. Æ kan ikke ta feks. sånn som spekepølse, salami og sånne ting, masse fett i det. Æ skal ikke ha det. Og ellers sånn som et kakestykke og en kaffekopp, det e jo veldig godt....

Ja man e jo vant no, for no har det gått så lang tid at æ reagerer ikke så veldig på det. Men æ vil si at når ho (kona) smør på brødskiva si, så e det mange gonga at det hadde vorre godt å smakt, men æ skal jo ikke. Joda, det e jo "lett" alt, det e jo faktisk "lett" alt som vi har i huset her, det e jo så lett at..."

Ei kvinne som jobber i fiskeindustrien sier at:

"Æ leve på mager kost. I starten levde æ nesten på sultegrensa, men æ kunne ikke leve sånn. Æ gikk jo i arbeid så æ måtte ha skikkelig mat, for vi hadde veldig tungt arbeid."

En yngre mann: "Æ prøve å tenke på det æ spis, hver gang æ spis nokka æ ikke burde. Da tenke æ, dette burde æ ikke gjøre." Det er vanskelig, fordi: "Det e jo å la være å spise alt som e godt. Ja du drikk skummamelk og veit at lettmelk e mye bedre, men man drikk det fordi man må. Ja du får ikke spise det som e best, for å si det sånn. Når æ synes at lettmelk e mye bedre enn skummamelk, så veit æ at æ må drikk skummamelk. Så det blir sånn at man ikke har tilgang på den beste maten. Det e jo mye godt man kan lage, men når ganga.." I tillegg snakker han om alt det han burde gjøre, han burde slanke seg, trimme mer osv.

Andre forteller også at de drikket lettmelk, men synes helmelk er best, og steiker i olje og soyamargarin selv om de liker Melange best. En mann forteller at han har visst om at han har hatt høyt kolesterol i nesten 20 år. Han husker likevel hvordan han reagerte: "Da var det så

²⁵Han sier han har fått beskjed av legen om å mosjonere. Derfor går han en lang tur hver dag.

galt at æ fikk en bunke med papira om ka æ ikke skulle spise også skulle æ slutte å røyke. Etter 2 måna måtte æ berre ringe tel han (legen) og si at æ klare nesten ikke å gå, tynn og spinkel som æ va. Da tenkte æ at dette her skal æ ikke ha nokka a, og begynte å kjøpe smør, og alt æ trengte av vara, så begynte æ å spise. Det æ slutta med va kaffe. Men du kan skjønne kona blei no litt gal da."

Jeg: "Var det slik at det var du selv som følte at du måtte slutte med ulike matvarer?"

"Nei det var heller en ordre,skal du overleve så må du forandre livsstilen. Æ måtte gjøre det, ellers e det ikke sikkert æ hadde overlevd."

Jeg: "Tror du ikke på det lenger?"

"Nei å trur ikke på nån ting."

Det er flere enn disse som hadde levd strengt en periode. Ei enslig kvinne forteller: "Ikke skulle æ spise det og ikke skulle æ spise det, og ikke gjøre det. Og æ gjorde det, og plutselig så raste æ ned i vekt, det syntes æ va verst. Når æ kom ut med omgangsvenna så sa dem: "kan du fortelle mæ e du sjuk, du e blitt så tynn." Og æ spekulerte og spekulerte - Og så hadde æ jo ny time da, du fikk jo innkallelse til stadighet av legen. Da det va ny måling så sa æ til legen at æ e gått så ned i vekt, æ kan ikke være frisk eller e det kosten. Så si han det e ikke sånn det ska være. Ja, så begynte han å spørre om ka æ hadde kutta ut, og æ hadde jo kutta ut alt, æ bærre spiste tørt brød og litt magerost og fisk og sånn. Og så sa han, det e ikke meininga, du skal leve sjøl om du har for høyt kolesterol. Du skal kunne le, gå ut, spise godt en lørdag, du skal kutte ut når det e helg. Du skal unne dæ nokka godt og gå ut og leve. Og æ begynte å gjøre det og da gikk det bedre."

For folk er altså det å få vite at de har høyt kolesterol i stor grad kobla til maten. En sier "Det gjeld å være bevisst det du putte i munnen." Men det er ikke alle som synes de selv kan kontrollere det: En enslig mann har visst om at han har høyt kolesterol og høyt blodtrykk i nærmere 20 år. Han forteller at det er kun i de siste årene han har hatt anledning til å tenke på kosten: "De siste 5 åran så har æ jobba på land. Da kan du jo redusere det litt. Men sånn som før da æ har ligge på sjøen, da va det jo håpløst å redusere nokka - du kunne jo ikke forlange at kokken skulle lage spesiell mat til dæ."

Flere snakket om at det er så mye fett i den maten en får kjøpt, og at det er vanskelig å finne

mat "uten fett". De kjøper oftest den maten det er minst fett i. En enslig mann nevner dette, men konkluderer med: "Men vanligvis kjøpe æ det æ har løst på."

Konas innsats.

Selv om mennene egentlig ikke synes at de har endret så mye på kostholdet, er deres koner uenige i det. De innrømmer gjerne at de er blitt mer kostholdsbevisste når de handler inn og lager mat. Størstedelen av kvinne er utarbeidende. Blant de 42 parene²⁶ jeg snakket med var det bare et av parene som sa at det var mannen som hadde ansvar for matinnkjøp. Denne mannen hadde forøvrig vært hjemmeværende i 4 år mens barna var små. Blant de resterende var det flere som handlet inn mat sammen, men sa at kona hadde hovedansvaret. Menn som handlet aleine handlet med "lapp" fra kona. Alle parene fortalte at det var kona som innførte nye matvaner- også "lettere" matvarer som skummet melk, lettmargin og lettost.

Omlegging av kostholdet for mannen betyr omlegging for hele familien. Noen kvinner fortalte at de selv tidligere hadde drukket skummet melk, men gikk over til lettmeik da de begynte å kjøpe lettmeik til mannen. Årsaken var at de syntes det var tungvint å kjøpe to melketyper. Ordet "vi" benyttes av begge når de skal beskrive kostholdsendringer som følger av mannens kolesterolnivå. Like ofte gjorde mennene som denne mannen, og spilte ballen over til kona da jeg spurte om kostvanene: "Ja kjerringa kan forklare bedre ka slags kost vi har." Han ropte så på kona som da var på kjøkkenet for å hente kaffe, og sa at hun måtte komme og fortelle hva de spiser.

Kvinnas jobb er blitt annerledes etter at mannen fikk vite at han hadde høyt kolesterol. Alle konene sier at de tenker mer på maten. Ei kvinne i 40-års alderen forteller: "Æ tenke ganske mye på helsa, æ les ka som står på produktan. Æ les kalorimengden og fettmengden. Så æ bruke ganske lang tid på å handle, at æ ikke berre plukke sånn, men les ka som står. Matvanan våres har vel ikke i så stor grad forandra sæ, men æ les mer på varan no når æ e

²⁶Jeg må her minne om at blant disse er det 5 par der jeg ikke har snakket med begge ektefellene. Tre koner bodde utenfor bygda, og to kvinner med forhøyet risiko ønsket å bli intervjuet uten mannen til stede. For disse må jeg basere meg på hva den som er i risiko forteller.

i butikken... Æ føle ansvar, selvfølgelig, når det e æ som står for alle innkjøpan, uansett kem av oss som lage maten. Æ ønske jo ikke at han skal bli syk, og dermed så handle æ deretter." Ei anna kone forteller: "Æ lage maten.... han e jo ikke uinteressert, men det blir no sånn. Han spis det han får servert, men vi prate jo litt om fett og sånn. Æ tenke jo litt når æ går i butikken og handler. Vi har lite sånne feite sausa, det har vi ikke."

Det er ikke bare kvinnene selv som sier at de bryr seg. En ung mann ble intervjuet aleine fordi samboeren var bortreist. Han forteller at mens hun tidligere lagde det de hadde lyst på og som var godt, tenker hun nå over hva de bør spise: "Men no tenke vi på ka vi skal ha til middag, at det skal være kolesterolvennlig." Han føyer til: "Det e no bærre æ som skal gjøre noe med det, men samtidig hvis ho hadde gitt blaffen og laga mat som ikke va nokka..."

En annen mann som ble intervjuet aleine, har hatt høyt kolesterol i 20 år. Han forteller at kona hele tiden prøver å få han til å spise "riktig": "Kjerringa nevne den kolesterolen kver gang æ spis nokka æ ikke skal spise. Ho har det heile tiden i bakhodet." Jeg: "Tenker du på det?" "Nei, ikke nokka særlig." Jeg: "Blir du irritert på ho?" "Aldri, æ slutte absolutt ikke å spise fordi om nån sei æ bør slutte. Æ går aldri rundt og tenke på å leve sunt, æ spis det æ måtte ønske." Han kommer med mange eksempler som viser at kona har prøvd å endre matvanene.

De fleste kvinnene sier at de føler ansvar for at kostholdet skal være best mulig for mannen. Ei kvinne forteller at hun kontaktet lege for å få greie på hva mannen skulle spise. Hun sier til mannen: "Husker du at du fikk et brev om at du måtte ta kontakt med legen her, du hadde vært og tatt nån prøva, dem hadde jo oppdaga at du hadde litt for høgt kolesterol." Mannen tar i tillegg medisin for høyt blodtrykk. Hun sier så henvendt til meg: "Da snakket æ med legen for han hadde ikke anledning da, og da sa han at han måtte redusere fettinnholdet i maten. Æ tenke meir på helsa hannes no og passe på at æ ikke handle inn for mye usunn mat."

Kvinnene sa at de gjorde så godt de kunne for å få et bedre kosthold. Enkelte eksperimenterte også: "Til å begynne med va det vanskelig, men ikke no lenger. Det e jo en vanesak, vet du. Til å begynne med syntes æ det her med å steike i soyaolje, det syntes æ va fælt. Og æ

prøvde jo å lage smultringa til jul og koke i soyaolje. Dem va kjempegod med det samme, når dem va nykøkt vet du, men når dem hadde ligget ei stund så smakte det soyaolje. Det va for å unngå smult. Det var til forrige jul, i år laga æ ikke smultringa."

Andre har ikke bare tenkt på fett, men også på sukkerinnholdet. Ei kvinne eksperimenterer blant annet med flytende diabetikersukker i baksten. Hun synes det er vanskeligere å bruke dette, men synes ikke hun kan bruke vanlig sukker "når han e så plaga med kolesterolet."

Det er svært få som meiner at de tidligere har levd usunt. De aller fleste meiner det er bare små endringer de kan foreta, for de har levd og lever sunt. Når det gjelder kostholdsendringer er denne kona representativ når hun sier at: "Æ va jo og spurte om det va nokka å gjøre med kosten. Så vi meinte at det kunne ikke være stort å hente der akkurat. Vi har alltid spist fisk og grønnsaker." Ei anna kone sier: "Vi veit ikke ka vi skal kutte på for vi leve sunt. Vi spis mye fisk, mager mat og lite kaker." De har problemer med å forstå at de ikke lever sunt nok.

Flere av kvinnene følte kostholdsrådene som en kritikk av deres innsats som husmor. Ei sier: "Nån gang så lure æ på om det e æ som har fått han sjuk." De fleste presiserer gang på gang at de har levd normalt. Ikke minst får de dårlig samvittighet hvis deres kostholdsendringer ikke har ført til at mannens kolesterolnivå er blitt mer normalt. I slike tilfeller må de på nytt igjen vurdere det de gjør, og om de kan gjøre ting annerledes. Ei sier oppgitt: "Æ har virkelig gjort så godt æ kan, men det ser ikke ut til å nytte, ingenting nytte." For mange var det derfor viktig å finne en forklaring på mannens kolesterol som ligger utenfor deres domene. Finner de det, meiner de det er lite de kan gjøre for å forandre noe, annet enn å slutte med Melange margarin og gå over til soyamargarin, og gå over fra helmelk til lettmeik.

Kvinnene var likevel ivrige etter å fortelle at de har prøvd å gjøre noe. De hadde sluttet med fårekjøtt, de skar fett av koteletten osv. Noen har innført kylling som middagsmat. Dette er en matvare som tidligere ikke ble brukt i denne bygda. Steikefett, som de tidligere brukte, især til fisk, er nå heller ikke så mye brukt. De sier de slår ut fett etter steikingen i stedet for å slå det over maten. Dette har ført til at de synes maten er blitt tørrere. Mange har også nå begynt med mer frukt og grønnsaker, men noen menn klager over at slike varer er for dyre.

Konene forteller om menn som klager over nye og sunnere matvaner. Ei fortalte at til tross for mannens protester fortsatte hun bare å kjøpe inn lettmelk. Han likte det ikke i begynnelsen, men "det va no bærre det han fikk, så han måtte no bærre drikke den."

En mann med høyt blodtrykk forteller: "Ho starta den prosessen. Æ protesterte lenge på lettmelka. Ja, æ syntes den va heslig, det va berre vann man drakk. Æ synes også at det man skal spise, det må smake."

Kona: "Og så bruke han med jevne mellomrom å forsyne sæ med salt."

Han: "Ja, det e heilt sant."

Jeg: (Henvendt til kona) "Hva sier du da?"

Hun: "Æ si at det ikke skal være sånn. Du tåle ikke salt, og det skal smake. Seinest her i går hadde vi fårrikål, som æ syntes æ hadde salta for mye. Så si han den va heilt nydelig. Æ syns det skal smake kål og kjøtt, det skal ikke smake salt. Tidligere så brukte han å strø salt på maten og sånn der. Det har æ aldri likt, så det har æ fått bort."

Også andre forteller at de innfører nye og sunnere matvaner mot mannens vilje. Noen sier at de blir sinte på mannen fordi han selv bryr seg så lite, men overlater hele ansvaret til dem. Mange av kvinnene forteller at de i utgangspunktet hadde vært mer forsiktig med maten til seg selv enn mannen hadde vært. De begrunner det med at de har vært redde for å legge på seg. Ei kvinne forteller at hun selv lever sunt, spiser mye fisk og mager mat. Hun prøver å få mannen til å slutte med feit mat, men det vil han ikke. Hun sier at han er så gal etter fett at han spiser fettet hun skjærer av sin egen mat: "Æ må berre gi han feit mat for det e det han vil ha." Men dette gjør hun for husfredens skyld, og ikke med lett hjerte, føyer hun til.

Flere av mennene sa at "Æ bryr mæ no ikke" når vi kommer inn på om de har foretatt kostholdsendringer. En sier: "Vi har ikke bestemt noe, det e jo ho som har gjort det. Æ har ikke brydd mæ om det." Denne mannen har høyt blodtrykk og høyt kolesterol, og kona forteller at hun har gjort store endringer i matvanene for å få til et kosthold som er bedre for han.

For noen er kostholdet et emne som det tydeligvis fleipes med mellom ektefellene. En mann med høyt blodtrykk forteller at kona har stått på for å få han til å endre kostholdet. Han

spøker med at hun prøver å plage livet av han. Han sier spøkefullt: "Nei æ veit ikke koffør ho e så interessert, kanskje det kommer en ny på døra."

Hun: "Æ vil jo gjerne ha han så lenge som mulig."

Han sier da at: "Killing me softly blir Killing me saltly."

De fleste menn og konene deres snakker om hva "vi" har gjort av endringer, hva "vi" spiser nå, og ikke hva "jeg" spiser. For det store flertallet av risikograppa er kostkoldsendringen et felles problem. Blant de ekteparene der mannen var i risiko, var det ingen, verken kvinner eller menn, som snakket om hvilke endringer mannen foretok. De brukte alltid betegnelsen vi når de snakket om kostholdsendringer. For de fleste var det en selvfølge at de nye produktene de innførte erstattet de gamle, og ble ikke innført i tillegg til de gamle produktene. Skulle mannen ha mindre fett, betydde det bruk av lettmargin, lettmelk o.l., samtidig som at kakebaking, "varm kvelds"²⁷, fett kjøtt osv. ble begrenset til et minimum.

De som hadde hjemmeboende barn, sa at barna ikke syntes kostomleggingen var noe problem. I mange tilfeller var ungdommene pådrivere for kostholdsforandring. Det er flere som forteller at det var deres sønn eller datter som innførte lettmelk i huset. Dette gjaldt også utflyttede barn, som kunne være på besøk i forbindelse med sommerferie. Nye matvaner blir ofte hilst velkommen av ungdommen. Ei kone sier: "Du veit de unge e opptatt av å leve mer forsiktig." Og flere forteller at til tross for at de synes de lever "lett", har de fått kjeft av barna som synes at foreldrene spiser for feit mat.

Kvinnene er ikke bare pådrivere i kostomleggingen. Kvinnene er også i mange tilfeller pådrivere for andre typer endringer. En mann forteller at han hadde fått beskjed av legen at hvis han slanket seg ville også blodtrykket hans bli lavere. Kona dro da og kjøpte Nutrilett.²⁸ "Så va kjerringa og kjøpte en sånn pakke, ja, ja, det va no ho som kjøpte de greian - og da va det gjort." Han slanket seg 20 kilo på forholdsvis kort tid. Han forteller at det var under "tilsyn " og hjelp av kona.

²⁷Kveldsmat som vanligvis består av oppvarmede rester fra dagens eller gårsdagens middag. Det kan også være en nylaget rett som feks. egg og bacon. Folk forteller at tidligere var det vanlig at de spiste "varm kvelds" en eller flere dager i uka.

²⁸Nutrilett er et slankemiddel i pulverform som skal drikkes utrørt i vann.

Konene er også flinke til å minne om ting som må gjøres. Kona til en som tar medisin for høyt blodtrykk sier: "Ja, om han reise bort og klokke e der, så tenke æ om han tar medisinen."

Jeg: "Er det sånn at du minner han på det?"

"Ja, hvis klokka går over tida så si æ. Nå, har du glemt medisinen."

Han skyter inn: "Av og til blir æ litt irritert på det der, ja, i det stille, men æ si ikke noe."

Ei kvinne som også var gift med en som hadde høyt blodtrykk var sint på mannen fordi han jobbet så mye. Hun var redd for at han skulle "stupe", som hun sa. Hun brukte en stor del av samtalen med meg til å fortelle hvor sint hun var fordi han stresset så mye. Hun meinte det var usunt. Han forsvarte seg med at jobben krevde såpass av han, og han måtte passe jobben sin.

Flere fortalte at kona fungerte som en dårlig samvittighet. De fortalte at når mannen sto på hode i kjøleskapet for å finne seg noe godt, kunne kona feks. komme med følgende replikk: "Pass no på kolesterolen." Andre fikk høre fra kona når de ble ivrige eller hisset seg opp: "Så, så, pass no på blodtrykket." Slike bemerkninger kom helst i en spøkefull tone. Slik de fortalte det, så det mest ut til å være et form for spill mellom ektefellene. Det var bare et par menn som sa at slike replikker kunne være irriterende.

De fleste mennene er fullstendig klar over at det er kona som driver fram kostholdsendringene. En mann sier at dette med kolesterolen er verst for kona fordi det er hun som styrer med maten. En gift mann i 40-årene som ble intervjuet aleine, sier: "Det e klart at ho innføre nye matvana, det e ho som innførte det her med lettmelk også her. Ikke mye salt i maten og ikke mye fett, det e ho. Hadde det ikke vært for ho, så hadde æ drukke helmelk."

Jeg: "Så det er hun som har prøvd å overbevise deg?"

Han: "Ja det har ho, ho har ordna opp for samtlige."

Kvinner som har forhøyet risiko og deres menns innsatse

To av de kvinnene som har høyt kolesterol har menn som er pensjonister,²⁹ mens de selv er yrkeaktive. En av mennene er ikke særlig støttende:

Hun: "Nei, han si bare at: skal ikke du spise, nei her har du krem, ta no du og spis."

Jeg (til han): "Så du støtter og oppmuntere ikke henne?"

Han: "Nei, det vil æ ikke si, ho kan spise ka ho vil for mæ."

Hun: "Han har verken problema med kolesterolen eller vekta. Han lage maten, og si at han ikke tenke på fett, men tenke bare på å lage maten ferdig."

Hun ønsker å være forsiktig med maten, og sier at det var greit da ungene bodde hjemme, da kunne hun lage mat til seg selv uten å begynne med to sorter mat til bare to personer: "Vi gikk over til lettmelk så vi skulle slippe å kjøpe skumma melk bare til mæ." Tidligere hadde hun drukket skummet melk.

Det andre paret har heller ikke hjemmeboende barn, men har hatt en annen tilpasning: Han handler inn og lager mat.

Jeg (til han): "Tenker du på hennes kolesterolnivå når du handler inn mat?"

"Æ prøve jo å tenke på det, at æ ikke med vilje kjøpe feit mat. På grunn av hennes kolesterol kjøpe æ maten så nært opptil det ho skal spise som mulig."

"Føler du ansvar?"

"Nei, ikke sånn direkte. Ho e jo et voksent menneske og veit ka ho burde spise. Æ forsøke å holde mæ unna feit mat."

I dette husholdet er det hun som har innført magrere kost, og hun hadde ansvar for innkjøp og matlaging da begge jobbet.

Kvinnene som er i risiko, meiner at en eventuell kostholdsending bare måtte angå dem selv, og ikke resten av familien. Ei kvinne synes det er vanskelig å ta hensyn til sitt kolesterol i matlagingen: "Det e vanskelig, for det e et veldig tiltak vet du, for sånn som vi her, vi e tre stykka³⁰ no da, så æ synes det e vanskelig." Om det å endre kosthold sier hun: "Ja, det trur

²⁹En er uførepensjonist, mens den andre er alderspensjonist.

³⁰Yngste sønn bor hjemme.

æ ble vanskelig å få dem til, det trur æ, det måtte berre bli til mæ sjøl da, og det syns æ e litt vanskelig." Hun forteller også "...Sånn som han si om søstra, det e mannen og ikke ho som har problema. Og ho har jo - dem leve jo begge etter han - dem bruke samme maten - dem bruke det som han tåle. Han skulle kutte ut feks., ja forskjellig, margarin på brødet og ellers være forsiktig med egg og diverse, og ho følge iallfall opp det. Ho har jo ikke det, men han har det. Så det kan jo hende at hvis det hadde vorre han...."

Ei kvinne med høyt kolesterol har imidlertid foretatt kostholdsforandringer som mannen har merket. Begge er uførepensjonister. Under intervjuet snakker mannen om at han synes folk er blitt for hysteriske når det gjelder kolesterol: "Æ har hatt et avslappa forhold til kolesterol heile tida, og det har æ sagt til ho." Hun har ansvar for innkjøp, og prøver å være forsiktig med fett. Hun sier: "Han bryr sæ ikke om noen ting, han spis alt mulig." Han klager imidlertid over at kona har endret kosthold: "Ja, det har straffa sæ på mæ."

Han: "Første året va det ikke snakk om å få feit kjøtt."

Hun: "Det gikk på salat og grønnsaka. Han va heilt fortvila."

Han: "Den salaten fikk æ så ondt i magen av."

Hun forteller at de nå lever omtrent som før, bortsett fra at hun nå drikker skummet melk (han drikker H-melk), baker egne brød og hun er forsiktig med kaffe.

De andre tre gifte kvinnene er yrkesaktive på linje med mennene. Kvinnene har selv ansvar for familiens kosthold. De sier at mannen ikke bryr seg med hva de spiser, men at de prøver å leve sunt. De sier at de ikke tror mannen merker noe til at de prøver å ta hensyn til helsa. En av dem er intervjuet sammen med ektefellen. Han bekrefter at han ikke hadde opplevd endringer i familiens kosthold etter at kona fikk vite at hun hadde forhøyet risiko.

De enslige mennene har på egenhånd endret sitt kosthold. De endringer de beskriver er slike som kvinnene i familiene prøver å gjøre. En enslig mann forteller imidlertid at han gikk over til lettmelk ved en tilfeldighet, og da han syntes den smakte som H-melk, fortsatte han å kjøpe den.

For mange av familiene der mannen har forhøyet risiko er det slik at de meinte at de endringene de har foretatt er slike endringer som familien ville tatt uansett. Men når mannen

fikk vite at han hadde forhøyet risiko, var det det som gav dem et "spark bak", som enkelte sa. De sier: "Man snakke jo med andre", og flere kvinner fortalte at reklamen satser så mye på lettprodukter, slik at man ikke kan unngå å bli påvirket av den. Det var flere som refererte til reklamen når jeg spurte hvor de får opplysning om nye produkter.

Der mannen var i risiko, forteller ektefellene at de i begynnelsen snakket mye om hva det å være i risiko kunne føre til. Etterhvert snakket de mest om ulike praktiske problemer, og siden har de ikke snakket så mye om dette, med unntak av visse situasjoner. Samtalen har da vært av praktisk art. I de familiene der kvinnene hadde høy risiko, sa begge at de ikke hadde snakket så mye om dette.

Kostholdsendringer

Det er som sagt få som sier at de har endret kostholdet fordi de tidligere ikke levde sunt nok. Når kvinnene skal beskrive deres matvaner og hva som er blitt endret, åpner de som oftest med: "Vi har no alltid levd sunt". I tillegg sier de ofte: "Vi har no levd vanlig", det vil si som folk flest. Så følger en beskrivelse av et kosthold basert på fisk, lite kjøtt, potet og grovt brød. Slik var det også før mannen fikk vite at han har forhøyet risiko. Disse beskrivelsene er ikke så spesifikke, slik at det er vanskelig å vite omfanget av endringene. Ei kvinne med høyt kolesterol og som samtidig er sterkt overvektig, sier: "... da va æ jo og spurte om det va nokka å gjøre med kosten, så vi meinte at det kunne ikke være stort å hente der, akkurat. Vi har mager melk, fisk og grønnsaker. Så egentlig har æ alltid vorre oppmerksom på kostholdet, men så har æ alltid hatt lett for å legge på mæ." Hun sier også at: "Men æ må jo si det at hadde æ ikke hatt problema med vekta så e det slett ikke sikkert at æ hadde passa så mye på fett. Hvis ikke det hadde vorre det med vekta, så e æ slett ikke sikker på at...."

Den første tiden etter at mannen har fått vite at han har forhøyet risiko, foretar folk store kostholdsendringer. Etterhvert ser det imidlertid ut til at det er tilsynelatende små forandringer i familiens kosthold. De store forandringene har vært å gå over til lettmeik og soyamargarin. Dette var en prosess som allerede var i gang. Men likevel viser samtalene at de nok har hatt større endringer enn dette. I bisetninger kommer det forklaringer om at de skjærer bort fett fra kjøttet, mange spiser mindre egg, og de har erstattet feite oster med mer "lette". De med

høyt blodtrykk har kuttet ned på saltforbruket. Flere sier at de er flinkere til å spise frukt nå. Andre spiser mer salater og grønnsaker. De fleste har sluttet med fett på steikt fisk, og mange steiker nå i soyamargarin eller olje. Her var det mange av kvinnene som klaget. Den gamle Melange margarin var bedre, og mange sverger fortsatt til den for steiking, spesielt av fiskeprodukter. Olje er det ingen som liker, de sier at det blir så mye spruting og at maten lettere svir seg. De fleste har likevel prøvd det, og en del bruker det fortsatt. I stedet for smeltet smør til fisk er det nå noen som bruker brun saus.

De fleste familier er gått over til å drikke lettmelk, mens andre drikker bare skummet melk. Kona begynte ofte å drikke skummet melk lenge før mannen, og ofte før mannen fikk vite at han har forhøyet risiko. En mann gikk over til skummet melk etter at han fikk vite at han hadde høyt kolesterol. "Det va at puff i riktig retning. Det va et varsku om nokka som va galt. Skumma melk har ho (kona) motivert mæ til å bruke." Og han husker sin motvilje mot skummet melk: "Den fæle blåfarga på den skumma melka, veit du.." Han snakker også om sin barndom, da skummet melk ble sett på som "kalvedrikk", den simpleste melken. De fleste menn har samme opplevelse av skummet melk, og det er få av dem som har gått over til å drikke skummet melk.

Kaffeforbruket er også noe som folk er blitt anbefalt å endre på. Mange sier de har redusert kaffeforbruket noe. Flere har også gått til anskaffelse av kaffetrakter, fordi de har hørt at traktet kaffe er bedre for helsa enn kokekaffe. Enkelte av disse har imidlertid gått tilbake til kokekaffe igjen, fordi de synes kaffen smaker dårligere i kaffetrakter. En familie forteller at de har to nesten ubrukne kaffetraktere på loftet. Begge var gaver fra voksne barn. To familier hadde gått over til koffeinfri kaffe, mens andre erstatter noe av kaffeforbruket med te. To familier drikker mest te: "Før drakk vi mye kaffe, no e vi gått over til te. Æ begynte med te etter at æ fikk vite at æ hadde høyt kolesterol." Det var ofte vikarierende motiver for å endre kaffeforbruket. Flere av mennene oppga mageproblemer som grunn til å kutte ned på kaffeforbruket. Andre gikk over til te av samme grunn. En tidligere fisker forteller: "Æ slutta å drikke kaffe for 4 år sia. Æ blei plaga med sånn magekatarr. Og særlig når vi va ute på sjøen, når vi jobba va det svart kaffe og røyk. Æ fikk sånn sure oppstøt, og fant ut at det va kaffen. Æ kjøpe sånne boksa med te, vet du, fruktte og sånt."

De endringene som ble gjort var i stor grad "usynlige" endringer. I familiene var det som nevnt vanskelig å få mennene til å prøve nye produkter. Selv om mange er begynt med kylling, så forteller andre om at de har prøvd det, men mannen likte det ikke, så det spiser de ikke mer. I stedet er det blitt slike forandringer som mennene ikke merker. De slutter sjelden med et produkt, men erstatter det med lignende produkter. Det settes imidlertid et viktig kriterium: de nye produktene må være så lik de gamle at mennene ikke merker forskjellen når de spiser. Dette har satt krav til kvinnenens evner til improvisasjon:

Kvinnene forteller at de er blitt flinkere til å skjære av synlig fett på kjøttet. De har sluttet med fløte i sausen, og erstatter den med melk i stedet. Det samme gjelder for supper, fiskefarse o.l. I stedet for krem som tilhører til kaker, er noen begynt å spise is. Mange av kvinnene sier at de baker sjeldnere kaker nå enn før. De lager lite kremkaker, men andre "lettere" kaketyper.

Noen er sluttet med majones, eller bruker lettmaiones. Ei kvinne sier hun lager mer salat med lettere dressing til. Hun blander ikke dressingen i salaten som tidligere. Dermed reduseres mengden dressing.

En del matvarer er erstattet av "lettprodukter". Samtidig er det enkelte som uttrykker skepsis i forhold til hvor "lett" slike produkter er, og hvor mye fett de unngår ved å bruke slike produkter. Det de følte seg tryggest på var lettmelk og soyamargarin, noe alle de jeg snakket med bruker nå. En del hadde som før nevnt foretatt disse endringene tidligere.

Blant de jeg snakket med var det fire fiskere. I tillegg var det flere som hadde vært fiskere, men som nå jobber i fiskeindustrien, på kaia eller i produksjonslokalene. Av disse er det etpar som har sluttet som fisker ganske nylig og etter at de fikk vite at de har forhøyet risiko. Fiskerne fortalte at de handlet inn egen mat til fiskebåten. Også der har de endret kostholdet. Menn som heime hadde ei kone som tok ansvar for kostomleggingen, var selv begynt med nye matprodukter i båten. En forteller at i båten hans er de nå gått over til te: "Før drakk vi mye kaffe, no er vi gått over til te. Æ begynte med te etter at æ fikk vite at æ hadde høgt kolesterol. Vi kokte jo kaffe før, og den blei ståenes på kjelen og blei svart og trasig. Og så plagdes æ litt med magen, no drikk vi berre te."

Når det gjelder innkjøp til fiskebåten er kvinnene ikke på banen. Dette er mennenes domene. Selv om det er deres koner som innfører nye produkter hjemme, ofte mot mennenes vilje, fortsetter mennene konenes arbeid og tar disse vanene med til sin egen fiskebåt. Menn som forteller at de var sterkt imot å drikke lettmelk, kjøper nå inn lettmelk til båtmannskapet. De kjøper også inn soyamargarin eller lettmargin, og påleggssorter med mindre fett enn det de tidligere hadde. Og reaksjonen fra mannskapet har bare vært positiv. En sier det slik: "Gutan syns no det e heilt i orden."

For de som er mannskap på fiskebåten er det verre. Som nevnt tidligere meiner de at de ikke har mulighet til å leve "lett" når de er ute på havet. Det er andre som handler inn, og som mannskap kan en ikke forlange "egen" mat.

Enkelte sa at de ikke brydde seg om at de fikk beskjed om å legge om kostholdet. En sier at så lenge han ikke er syk, spiser han hva han vil. Han sier det ville vært annerledes hvis han hadde blitt syk. Lignende utsagn kom fra andre menn, også fra menn som hadde koner som fortalte at de prøvde å endre på kostholdet. Et interessant trekk var at kvinnene brukte lang tid på å fortelle hvor vanskelig det var å endre kostholdsvanene. Det ble brukt mange ord og setninger for å fortelle hvor mye de hadde prøvd. Likevel kunne det de beskrev i mange tilfeller bare være endring til lettmelk og soyamargarin.

Røykevaner

Av de 47 som var etterinnkalt er det nå 25 som røyker. En stor del av de som er gift eller samboende bor sammen med en som røyker. Av de resterende hadde en stor del røykt tidligere. Blant de 47 etterinnkalte var det to personer som aldri hadde røykt, resten hadde sluttet, alt fra et halvt til 20 år før intervjuet.

De fleste hadde sluttet av andre grunner enn høyrisikostatus. Av de som ikke røyker nå er det bare to som sier de sluttet å røyke fordi de fikk vite at de hadde forhøyet risiko for hjerte-karsykdommer. Av de andre tidligere røykerne, var det også en til som hadde sluttet like etter at han hadde fått vite om sin risiko. Han sier selv at han sluttet fordi det var så dyrt. En annen sluttet 1 1/2 år før intervjuet, fordi han hadde mageproblemer, og hadde fått råd om

å slutte å røyke. Fire personer hadde sluttet som følge av sykdom: To etter at de hadde fått hjerteinfarkt. En tredje sluttet etter en hjerteoperasjon etter sitt tredje infarkt. Den fjerde da han fikk hjerneblødning ca. 10 år før intervjuet.

Røyking var det emnet det var vanskeligst å snakke om. Blant de som røyker har omtrent alle dårlig samvittighet. De sier at de gjerne skulle ha kuttet ut røyken. Det var bare tre personer som sa at de ikke ønsket å slutte å røyke. En av disse røyker en pakke tobakk for dagen. Han sa at han ikke så noen grunn til å redusere sitt forbruk. Fem av røykerne sier at de nå røyker mindre enn før. Blant disse er det tidligere storforbrukere. Blant annet var det en som fortalte at han tidligere røykte fem pakker tobakk for uka, men at han nå røyker litt mindre. Av de fire som sier at de ble etterinnkalt fordi de røyker for mye, er det ingen som har sluttet. Det er disse som fortsatt røyker mest, blant annet han som røyker en pakke om dagen.

Alle røykerne bruker rulletobakk, ingen røyker pipe, og av de jeg snakket med var det kun en som røykte sigaretter. Det var ei kvinne som var begynt å røyke sigaretter med lavt nikotininhold (kjøpt i Finland) de siste årene. Årsaken var at hun ønsket å redusere sitt forbruk. Hun sier at hun imidlertid røyker mer etter at hun begynte med sigaretter, fordi det er så mye lettere å ta en sigarett i stedet for å rulle en selv. De andre brukte bare sigaretter i forbindelse med fester.

De fleste av konene røyker også. Noen av de som har sluttet å røyke, sluttet sammen med kona. Det ble brukt ulike knep for å redusere røykingen: Et ektepar fortalte at da de pusset opp stua julen før, så de hvor mye skitt som var i veggene. De meinte det var et resultat av at begge røykte for mye. De ble enige om at de etter oppussinga ikke skulle røyke i stua, men gå ut på kjøkkenet istedenfor. Resultatet var at de begge hadde klart å redusere tobakksforbruket betraktelig. Fjernsynsapparatet sto i stua, og de fortalte at de tidligere hadde røykt svært mye når de så på TV.

I motsetning til en del andre vaner, klarer alle å anslå hvor mye de røyker. Under intervjuene prøvde jeg å få mine informanter til å anslå hvor mye kaffe, melk ol. de inntok pr.dag. Dette viste seg å være svært vanskelig. Når det gjaldt tobakksforbruk, var det noe helt annet. Folk klarte å anslå hvor mange pakker tobakk de røyker pr. uke, hvor mange røyk det blir pr. dag

osv. De kunne også tallfeste hvor mye de røykte tidligere og når de eventuelt startet endringer i forbruk.

Røyking var også det såre punktet til mange. Noen kalte røyken "den der karen" når de snakket om den. I de fleste tilfellene måtte jeg ta initiativ, gjennom direkte spørsmål, til å snakke om deres røykevaner. Mange snakket villig vekk om kolesterol, blodtrykk og fett i maten, men de tok ikke initiativ til å snakke om sine røykevaner. Samtalen om røyking var ofte nølende i begynnelsen, gjerne fulgt av historier om hvor vanskelig det er å slutte å røyke.

En mann på 50 år sier at han sluttet å røyke 1/2 år forut før intervjuet. Han har hatt høyt blodtrykk i mange år og har fått råd om å kutte røyken. Etter at han fikk magesår ble han selv motivert til å slutte: "Æ har vorre veldig mye plaga med magen, med magesår og sånn der, og legan har gått og sagt at slutt no å røyk, slutt no å røyk så bli det bedre. Så satt æ no med mæ sjøl og grubla og så tenkte æ at i morra tidlig når du står opp -det her va en søndags kveld - i morra tidlig når æ står opp skal æ ikke røre røyken, enda hadde æ tobakk nok. Æ hadde en 10-12 posa tobakk æ hadde liggandes ned i fryseboksen. Æ sto opp og tok tobakkspungen i lomma og gikk på arbeid, og hadde den heile dagen i lomma. Til slutt heiv æ den - og til slutt ga æ sønnen min heile tobakken. Og sia har æ ikke..."

Jeg: "Hvor mange år hadde du da røykt?"

"Ja, æ hadde røykt sia æ va"

Kona: "Født.."

Han: "Nei, ja, ikke langt unna, 10-12 år."

Han sier at han nesten ikke har hatt mageproblemer siden.

Han hadde prøvd å slutte en gang før: "Ja, første gang æ prøvde, å, da svetta æ altså sånn at æ..."

Den gangen holdt han opp i ei uke. Kona tilføyer: "Ja, begynn å røyk, sa æ, før du dør. Han va så dårlig, nei æ måtte si, æ sa det, begynn å røyk, sa æ. No merka du ingenting no."

En annen mann sluttet på en mer dramatisk måte, etter å ha fått hjerteinfarkt: "Da æ kom inn på sykehuset, var det sjefslegen på overvåkinga som tok imot mæ. Så si han at, røyke du? Jada sa æ, så tok æ tobakkspungen, æ hadde den heroppe i lomma, her e den. Du, sa han, no tar æ denne herre her. Du har fått en advarsel, det e ikke sikkert du får den neste. Neivel. Og

sia har æ ikke røykt."

Ikke alle klarer å slutte selv om de prøver. En mann tidlig i 40-årene ble etter helseundersøkelsen oppfordret av lege til å begynne på røykeavvenningskurs som ble arrangert i regi av helsevesenet. Han røykte tidligere ca. fem pakker i uka. Han begynte på kurs og kutta ut røyken. Det gikk greit den første måneden, helt til han en dag ikke klarte å stå opp av senga, bare lå der og svetta og skalv. Han klarte ikke å gå på jobb. Etter noen dager på denne måten måtte han ha en røyk. Etter den første røyken klarte han å stå opp, og etter en til følte han seg så sprek at han gikk på jobb. Etter dette har han ikke prøvd på å slutte flere ganger, selv sier han at han røyker litt mindre enn han gjorde tidligere (ca. fire pakker i uka nå).

Blant kvinnene som var etterinnkalt var det fire som røykte, to hadde sluttet for mange år siden, og en hadde aldri røykt. Alle disse tre røyker mindre enn de fleste mennene. Også de andre kvinnene røyker mindre enn sine ektefeller. Et fellestrekk blant de parene der mennene har sluttet å røyke, er at konene er glade for det. De sier de har mast på mennene for å få dem til å kutte røyken. Flere av konene hadde sluttet å røyke samtidig med sine menn, og gjorde røykekutt til et felles prosjekt. Noen av konene sa at de selv ikke hadde hatt behov for å slutte, siden de røykte så lite. De ville likevel ikke friste mennene ved å røyke selv.

Et ektepar forteller om da mannen bestemte seg for å slutte å røyke. Kona, som hadde røykt 5-6 sigaretter om dagen, sluttet også: "Æ holdt opp et heilt år fordi æ syntes det va grusomt å sitte her og røyke mens han så på. Æ ble med for hannes del." Mannen hadde betydelige helseproblemer og sleit hardt for å kutte sitt tobakksforbruk.

Hos et ektepar ble kona skikkelig oppglødd da jeg spurte mannen om hans røykevaner. Kona røyker ikke, og hun liker ikke at han røyker. I tillegg til at han ikke har godt av det, sier hun at det blir stygg lukt i huset og at det ikke er bra for ungene å vokse opp i et hjem der faren røyker. Det er tydelig at hans røykevaner er et stadig tilbakevendende tema der i huset. Kona sier hun irriterer seg over at han ikke tenker mer på helsa si, og sier at hun ikke føler medansvar når han ikke gjør noe selv. For ca. 10 år siden sluttet han å røyke - trodde hun. "Vi va skikkelig uvenna da æ oppdaga at han smugrøykte." Han selv ville tydeligvis ikke gå

inn på en diskusjon om dette temaet nå. Han rullet en ny røyk om mumlet noe om at han syntes det var godt, "og daue skal vi no iallfall før eller sia."

Enkelte var redde for å legge på seg og sa at det var en av grunnene til at de ikke sluttet å røyke. Andre var redde for å få abstinens, og turde ikke av den grunn. Mange hadde prøvd å slutte, men syntes det var så vanskelig, at de var lite motiverte til å prøve igjen. Av disse var det folk som hadde holdt opp i alt ifra dager til etpar år.

En mann i 40-årene røyker tre pakker rulletobakk i uka. Det nivået har han holdt en del år: "Æ har slutta en gang før, og etter at æ slutta ble æ 10 kilo tyngre - og det e tungt. Æ har slutta to ganga, forresten. Siste gang holdt æ opp i 2 år, og æ gjør det aldri meir. Æ syns man e svær nok fra før. Men æ har no prøvd å slutte, og ble så redusert. Æ har funne ut det at når du slutte og begynne igjen, så røyke du meir."

Flere av de som røyker forteller at de har unger som i barndommem ville ha foreldrene til å slutte å røyke. Med en latter forteller de om de samme som ungdommer eller voksne røykere. Og legger til at det ikke er så lett å bestemme slike ting når man er små. De sier at de ikke ønsker at deres barn skal røyke. Det er en stygg uvane som de ikke vil at deres barn skal ta opp. Samtidig kan en merke en viss skadefryd i måten dette blir presentert på.

Røyking har en spesiell stilling blant de livsstilendringene som blir foretatt. Det er mange som har tatt det å være i risiko alvorlig, og som lar det være bestemmende for matvalg. Selv blant disse er det få som klarer å gjøre store endringer i forhold til sine røykevaner. Flere sier at legene kanskje har noe av skylda for det. Mange av de jeg snakket med har ikke fast lege, og møter nye leger hver gang de er for å kontrollere blodtrykk og kolesterol. De sier at legene har ulike holdninger til røyking. Noen sier at de bør kutte ut røyking, mens andre ikke snakker om det. Dette gjør at enkelte blir usikre på hvor "farlig" røyking egentlig er. En som har foretatt en del endringer på kostholdssiden sier: "...røyken e nok det vanskeligste, ellers så går det no bra. Ja, men hvis æ slutte å røyke så trur æ ikke det blir på grunn av dettan, æ har iallfall fått den forståelsen at det kan jo ikke være så viktig, når lega meine det og andre ikke. Kanskje de som røyke sjøl ikke syns det e så viktig, mens de som ikke røyke syns det." Flere med han etterlyser større enighet blant legene om dette spørsmålet.

Det etterlyses også fasthet fra legene: "Hvis doktern hadde sagt at æ måtte slutte, så hadde det blitt nokka anna." Flere meinte at det ville være lettere å slutte hvis legen hadde forlangt det av dem. Ei kvinne i 30-årene sier: "Ja, legen sei jo at æ skal slutte, men dem tving mæ ikke til å slutte, så det e no ikke blitt slutt enno."

Som nevnt tidligere var redsel for å få hjerte-karsykdom ofte ikke nok for å forandre på slike vaner. Spesielt gjaldt det de som meinte de var etterinnkalt på grunn av røykinga, som de sa. Disse oppfattet ikke at de hadde forhøyet risiko for hjerte-karsykdom, men heller at de røykte for mye, og at det ikke er sunt. Flere sier at de er ikke motiverte til å redusere eller slutte å røyke. Slik de fremstiller det må det like ofte andre ting til for å få en til å vurdere endringer i røykevaner: "Nei, æ e jo plaga av forkjølelse og sånn, astma og bronkitt - det e ikke nokka å røyke på. Hvis det utvikle sæ så må en slutte. Doktran har varskudd at no vil dem ikke ha det meir, så da e det ikke nokka meir å holde på med, det e berre å bite tennern sammen og.." Denne mannen er i 50-årene.

Redsel for å bli syk

At en har forhøyet risiko for hjerte-karsykdommer er ikke noe som angår andre. Snakk om kolesterol og blodtrykk er noe som vanligvis holdes innenfor hjemmets fire vegger. Samtidig er det ikke noe en holder hemmelig. Folk er ikke er redde for at venner og kollegaer skal få kjennskap til at de er i risiko. I Finnfjord er det andre som har samme problemet, noe som gjør det lettere å snakke om det. Flere forteller at arbeidskameratene vet at de har forhøyet blodtrykk eller kolesterol. Slike emner blir det snakket om i lunsjpausene. Kvinnene forteller at også deres kollegaer vet om ektemannens problemer. Imidlertid meiner både menn og kvinner at dette ikke er av de vanligste samtaleemner på arbeidsplassene. Slike emner prates det om etter at helseundersøkelser har vært, eller hvis det er ulike helseaksjoner i bygda. I slike sammenhenger kan en person som har med seg en enkel matpakke med noen "tørre" brødsiver, få kommentaren "jasså du har fått kolesterol."

På arbeidsplassene er risiko for hjerte-karsykdommer noe man spøker med. En med høyt blodtrykk forteller fra sin arbeidsplass: "Dem bruke å sei til mæ på arbeid at du som har høgt blodtrykk må no ta det me ro, ikke stresse. Det e no mest sånn skøy." Samtaler med

arbeidskollegaene er også av svært generell art og går på det reinte praktiske plan. Kvinnene forteller at arbeidskollegaer kan tipse om "lette" produkter og komme med andre råd i forbindelse med matlaging.

De snakker også med venner og familie, og voksne barn kommer ofte med endringsforslag i matveien. Men praten som foregår i hjemmet er den viktigste. Flere ektepar forteller at de snakket mye om risiko tidligere, da mannen fikk vite at han har forhøyet risiko. De snakket da om praktiske problemer knyttet til kostholdet, om hvordan de skulle bli kvitt høy kolesterol eller blodtrykk. Etterhvert ble disse samtalene overflødige. Det praktiske rundt kostholdet går etterhvert greiere, en lærer å tenke på helsa. Kostholdet har i stedet vært et tema som er kommet tilbake i forbindelse med legebisøkk og målenivå som ikke blir normalt.

Det er imidlertid en ting det sjelden snakkes om, også ektefellene imellom. Det er det spørsmålet mange sier de ofte stiller seg: Hva om en blir syk? Denne redselen bærer begge på, både den som er i risiko og kona. Verken arbeidskamerater, venner eller familie får vite om den redselen og usikkerheten flere føler i forbindelse med risiko for hjerte-karsykdom.

Selv om de ikke snakker så mye om den, er både mann og kone observante på symptomer. En mann sier:

"Men du har jo den angsten i dæ, æ e meir var hvis æ feks. får ondt når plassa. Før trakk æ bærre på skuldran. Kanskje det e aldern som gjør det, eller om det e det her."

Tanken på risiko er ikke ikke alltid like sterk. For noen kommer tanken når de kjenner stikk i brystet eller i armen. Andre sier at tanken melder seg hvis de føler seg i dårlig form. Konene sier det samme, at de lettere setter symptomer i forbindelse med sykdom etter at de fikk vite at mannen har forhøyet risiko. Ei kone sier: "Hvis det stikk i venstre sida så legg han merke til det no. Og det har sikkert stukke litt i venstresida når ganga tidligar og, men det har han ikke oppdaga. Men det gjør han no, og det sett tankevirksomheten i gang, og så går det ei stund og så kommer han og si det."

Ei anna kone sier: "Sånn som tidligar når han va sliten, ja så tenkte æ at han va sliten for han haddé jobba hardt og sånn. Men alle ting no, særlig når han har bikka over 40, han har høgt

kolesterol og det går ikke ned uansett ka man gjør, han har litt for høgt blodtrykk og. Og når han e sliten og kommer heim, så tenke æ huffamæ, koffør e han så sliten no. Men tidligar når vi va yngre og vi ikke visste nokka, han kan ha gått med høgt kolesterol og blodtrykk, men vi visste det ikke, så va det å være sliten det å være sliten. Da sa æ: Nei, no har du jobba hardt, gå og legg dæ. Forstår du forholdet. Det e jo det at man e usikker på kor alyorlig e dettan."

Bekymringen for å få hjerte-karsykdommer er ikke alltid like sterk. Det er gode og dårlige perioder, alt etter hvor forhøyede måleverdier en har. En blir som oftest bekymret og engstelig hvis en får en høy måleverdi, og tar det lettere hvis en begynner å bevege seg mot normalverdien. Jeg møtte likevel få som er så lite opptatt av det som denne mannen som er i 50-års alderen: "Nei, æ må berre si åpent og ærlig at her tidligar en periode så streifa det nok i tankan, men ihvertfall dette her siste året siden det gikk ned, så har æ ikke vorre nokka opptatt av det³¹."

Selv om tanken på risiko ikke er like sterk bestandig, melder den seg likevel i dagligdagse situasjoner. Som nevnt tidligere tenker konene på den ved matinnkjøp og matlaging. En mann kommer med et eksempel på hvordan han tenker risiko i hverdagslivet. Når han er ute og ser ei god kremkake, så kan han få så lyst på det. Samtidig tenker han at det burde han ikke spise. Men ofte seirer lysten på kake. Da får han dårlig samvittighet etterpå.

For andre igjen er det ikke hva en må unnvære av gode matvarer som er problemet. De fleste lever jevnt over som før. De synes de kan leve greit med de endringene som de har foretatt. For mange er tanken på hva en burde ha endret som er verre. Spesielt har de som røyker, svært dårlig samvittighet: "Det e en dårlig kamerat, det e æ klar over, men æ klare ikke å kvitte mæ med han."

Det var svært få som brukte ordet "redd" da de skulle beskrive sin reaksjon på å vite at de har forhøyet risiko for å få hjerte-karsykdom. På samme måte er dette ordet ikke brukt når de sier hvordan det er å leve med denne vissheten. De sier heller at de vil bli "kvitt det her",

³¹"Det" er blodtrykket.

og foretar endringer i levemåte for å endre risikonivå. Andre sier det var en omstilling å få vite at de hadde forhøyet risiko.

En vanlig talemåte er at dette er noe en lærer seg å leve med. Enkelte bruker ei tid på å lære seg å leve med vissheten om at de har forhøyet risiko. En mann som etter helseundersøkelsen fikk vite at han har forhøyet blodtrykk, forteller: "Det gikk nok et år før æ begynte å lære å leve med det. Æ må si at i den perioden va æ egentlig i veldig dårlig humør. Det gikk inn på mæ og æ regna nok med at det kunne bli det verste utfallet. Det e jo sånt man går og tenke på. Du blir engstelig, du tør ikke utsette dæ sjøl for nån ting. Du tar ingen sjansa. Det va i en periode æ ikke hadde særlig humør, det va ikke nokka topp. Men etter et år eller sånt begynte det å forsvinne, og i dag tenke æ ikke på det." Kona utdyper med å fortelle at han var så aggressiv at hun måtte være forsiktig med hva hun sa i denne perioden.

Mannen ovenfor forteller at etter at han fikk vite at han har høyt blodtrykk har han vært svært redd for å få hjerneblødning, noe begge hans foreldre døde av. Det han er mest redd for er å bli liggende lam og uten muligheter for å kommunisere med omgivelsene. Det er tydelig et vanskelig tema som ektefellene snakker en del om. Kona tørker tårene når han snakker om dette. Han føler seg for det meste trygg nå, for legene har beroliget han: "Legan sei det, og æ stole på dem, at no når æ får dempa trykket med medisiner og når vi tar kontroll, skal æ statistisk sett ikke ha større risiko enn folk flest. Æ måle jo blodtrykket sjøl sånn annenkver uka." I likhet med noen andre har han anskaffet seg egen blodtrykksmåler som han benytter mellom legebesøkene. De andre som har dette, sier at de har anskaffet det for å kunne følge med blodtrykket selv.

For andre igjen har ikke helsevesenets reaksjon virket beroligende på den redselen folk har følt. Ei kvinne med høyt kolesterol sier: "Det va jo så masse snakk om høyt kolesterol, og det døde så masse folk. Æ har jo ikke greie på høyt kolesterol og ka det betyr, men æ skjønnte at det måtte være farlig når det va så alvorlig med matkurs og alt det der".

Om mennene ikke direkte sier at de er redde, er konene deres mer direkte, og en ganske typisk reaksjon er: "Æ tenke jo på det, nån ganga kjem det for mæ, enn om han bli sjuk." Ei anna sier: "Nån ganga kan no tanken komme, enn visst han no får hjerteinfarkt." Dette settes

ofte i forbindelse med deres egen innsats på matsektoren, og med en tilføyning om at de gjør så godt de kan for å forhindre at han skal bli syk.

Enkelte tar kolesterolnivået svært rolig. Mannen til ei kvinne med høyt kolesterol sier: "Ho har ikke vorre sjuk, så det har ikke vorre noen grunn til å engste sæ. Det har jo vist sæ at etter et halvt års bruk av medisin har alt gått tilbake til normalt. No har den gått opp igjen, men det e fordi man ikke har vært så nøye."

Tanker om fremtiden

En mann i 20-årene sier at han spekulerer på hvordan det skal gå han i fremtiden: "Ja, man kunne levd lykkelig og uvitende, men det e tross alt bedre at man veit det og kan gjøre nokka med det. Og ikke vite det og plutselig en dag så...Når man veit det kan man gjøre sitt til at det skal... Det kunne jo gått bra, men det kunne jo kommet en dag da en ble alvorlig syk og da e det for seint å gjøre nokka med det. Æ tenke at e det arvelig så e æ ille utsatt."

Han sier også at: "Æ føle det e langt unna, men samtidig så veit æ jo at man kan få det når man e 35 eller 45 eller 55. Man føle det e litt langt unna, men man kan aldri være heilt sikker. Så stort sett så føle æ at æ må gjøre litt for å forhindre at det skal skje, det e det æ kan gjøre. Det e no det man sjøl kan gjøre og håpe at det går bra. Men det skal bli artig å se korsen man føle det når man blir 40-50 år... Det e no av og til du tenke på det. Det e jo ikke sånn at man går i konstant angst."

Noen få av de jeg snakke med hadde ikke gjort seg opp noen mening om hvordan det ville gå dem videre i forhold til hjerte-karsykdommer. Resten, og det er de aller fleste, hadde tenkt over det. Blant disse er det noen som er til oppfølging ved intervju tidspunktet og noen som ikke er det. Det er ingen forskjell mellom disse gruppene når de ser framover. Folk som nå har normale måleverdier, ser i stor grad på det som en fase i det å ha en livsvarig forhøyet risiko for hjerte-karsykdom: "Sjøl om æ no ikke har høyt kolesterol, så vil æ nok få det hvis æ ikke passe mæ," er et utsagn som kommer fra flere menn. En i denne situasjon sier om sitt kolesterol: "Nei det må æ jo fortsatt kontrollere resten av livet. Det må man jo hvis man e disponert for høyt kolesterol. Og man veit no ka det føre til." En tredje sier: "Det må æ alltid

tenke på, det e sikkert, og kroppen, førr den blir jo verre jo eldre du blir."

Andre har hatt høyt kolesterol/blodtrykk i mange år, og bruker det som et bevis på at de alltid vil ha problemer med det: "Æ har no hatt det så lenge og prøvd å gjøre en god del uten at det har gått ned, så det e vel nokka man må leve med."

En annen snakker om sitt høye blodtrykk: "Ja det har æ gått med i masse år allerede, og etter alderen har det vorre høgt, men ikke at æ har trengt medisina. Ja og det regne æ med å gå med så lenge æ leve. Den formening har æ gjort mæ opp."

Begge disse to gruppene meiner at hvis en først har fått påvist forhøyet verdi, er det vanskelig, om ikke umulig "å bli kvitt det". Om nivået normaliserer seg, vil det lett bli forhøyet om en ikke passer på. Bortsett fra de 4 "røykerne",³² er det ingen som setter spørsmålstejn ved om de har forhøyet risiko for å få hjerte-karsykdommer. Dette gjelder også dem som ikke har forhøyet kolesterol eller blodtrykk nå, og som feks. ikke ble etterinnkalt etter Finnmark IV (1990). Og de vil ha forhøyet risiko så lenge de lever, det meiner både de som er i risiko og deres ektefelle.

Kontroll av risiko

I de familiene der mannen hadde forhøyet risiko, syntes konene de hadde ulik tilgang til informasjon om hvor farlig det er å ha høyt kolesterol eller høyt blodtrykk. Mennene har kontakt med legen, og sier at de iallfall får litt informasjon fra han. Konene deres deltar ikke i legebesøket, og må eventuelt skaffe seg informasjon selv. Noen menn sier at de ikke er så opptatt av dette. De trenger ikke mer kunnskap. Mange sier likevel at de savner informasjon som forteller hvor stor sjanse det er for å få hjerte-karsykdommer. De forteller at de går til lege, tar en prøve og går igjen. De fleste synes det er vanskelig å spørre direkte om slike ting. Derfor får de liten kunnskap om hva deres målenivå egentlig betyr. Og hvis prøven ser bra ut, er det enda vanskeligere å spørre legen.

Som nevnt var det noen som ikke gikk til kontroll ved intervjudtidspunktet, og som ikke blir

³²De som sa at de ble etterinnkalt fordi de røykte for mye.

innkalt til kontroll. Under intervjuet var det flere av disse som sa at de burde ha vært og målt kolesterol og blodtrykk. Da jeg spurte hvorfor, ble det forklart med at "det e godt å få det sjekka". Noen blir innkalt jevnlig, eller har avtale med lege om jevnlig kontakt. Dette gjelder spesielt folk med høyt blodtrykk. Men det er flere både med høyt kolesterol og blodtrykk som jevnlig³³ selv tar initiativ til målinger. De bestiller da time hos lege, der de ber om å få foretatt en måling. Like ofte er det konene som ordner dette. I tillegg er det noen som sier at de ber om å få målt blodtrykk eller sjekket kolesternivå i forbindelse med legebesøk av andre årsaker.

Bakgrunnen for å fortsatt kontrollere måleverdi, er for de fleste at en får en trygghet på at risikonivået er akseptabelt. Ei kvinne har nå normalt kolesterolnivå og blodtrykksnivå. Hun sier: "I hvert fall blodtrykket, det trur æ at æ vil ta etpar ganga i året. Og det e det æ gjør. Om legen si at æ ikke treng det, så vil æ protestere mot det. Du føle dæ trygg, du får en trygghetsfølelse. Du får det bedre med dæ sjøl i stedet for å gå og spekulere og tenke på det."

Som nevnt er det flere som føler at det ikke er så mye de kan gjøre på kostholdssiden. De meiner at det er andre grunner til at de er i risiko. En mann med høyt blodtrykk forteller at han har en veldig stresset arbeidssituasjon, og tror blodtrykksnivået har sammenheng med dette. Han tjener godt, og familien er avhengig av den inntekten denne jobben gir. Samtidig meiner han at det er umulig å endre stressnivået. Han synes det er lite han selv kan bidra med for å redusere blodtrykksnivået: "Nei, det eineste æ kan kontrollere det med, det e å få det målt." Han går til jevnlig blodtrykksmålinger.

Flere av de jeg snakket med fikk tabletter for høyt blodtrykk. De forteller om utprøving av ulike tabletter og bivirkninger. Det å ta tabletter blir en påminnelse: "Det e klart æ tenke når æ tar dem." Andre igjen har vent seg til tablettene og ser på det som en del av hverdagen: "Æ har hatt det som en rytme at æ har tatt en tablett om morran og så meir har æ ikke reagert på det."

Høyt blodtrykk ble medisineret hos tolv personer. Noen har brukt medisin tidligere, men sluttet

³³Vanligvis en til to ganger i året.

før intervjuet. Av de sju etterinnkalte kvinnene, bruker fem blodtrykkssenkende medisin. Noen av de som bruker blodtrykksmedisin, sier at de ikke er bekymret for blodtrykket, så lenge medisinen virker blodtrykkssenkende. Da er alt under kontroll, er beskjeden de har fått fra helsevesenet. De sier at de derimot ville blitt fortvilet hvis blodtrykket ikke gikk ned med medisinbruk. Siden det finnes medisin for høyt blodtrykk, er det flere av de som ikke bruker medisin, som meiner at dette er en indikator på at deres eget blodtrykk ikke er "farlig høyt", som de sier. En mann snakker om at han alltid vil ha høyt blodtrykk: "og når æ veit at det ikke treng å få medisin, så slår en sæ enda mer til ro, veit du..."

Nytte av egeninnsatsen

For de aller fleste har ikke veien fra de fikk vite om forhøyet risiko vært en jevn og entydig vei. Nivå på både blodtrykk og kolesterol har variert i perioder. Kona til en med høyt kolesterol forteller at hun justerer kosten etter hver gang han har målt sitt kolesterolnivå. Er kolesterolnivået blitt høyere, diskuterer de hva årsaken kan være. Forklaringen har ofte sammenheng med hvordan de oppfatter sin egen innsats. De prøver derfor å være forsiktige med de produkter de antar har ført til økningen i kolesterolnivå. Lignende fortellinger kommer flere med. De bruker ord som "ta seg i nakken", eller "ta seg sammen" for å beskrive endringene de foretar etter at blodprøven avslører at de har fått øket kolesterolnivå.

I de fleste hjem er det slik at de ikke er så nøye med å følge kostholdsrådene når måleverdiene er lave. En fisker i 40-årene forteller om sitt kolesterolnivå: "Her i fjor da vi hadde ny hjerte-kar undersøkelse så blei æ jo innkalt igjen, og da va det jo gått opp igjen. Æ hadde jo nokka over 6, og etter at æ gikk inn for å få det ned hadde æ berre litt over 3, så det va gått opp, og det trur æ e uttrykk for at æ har drukke for mykje kaffe, blant anna i fjor høst og i vinter. Æ trur at det e stort sett kaffedrikkinga som gjør det. Også har æ vel kanskje røyka nokka også no. Æ e ikke vanerøyker, æ kan godt la være. Hvis æ glømme tobakken heime, så tenke æ ikke på det, men hvis æ har den med, så rulle æ gjerne en røyk. Man har røykt mykje det året som e gått, kan du si, og drukke mye kaffe, så derfor e det vel at kolesterolen har gått opp igjen. Men den skal æ no få ned igjen, for til sommeren så skal æ ta ny blodprøve og se."

Når nivået på prøvene varierer, begynner som nevnt mange av kvinnene å lure på hva de gjør galt. Enkelte sier at de føler seg helt mislykket når mannen kommer hjem etter et legebesøk, og har fått beskjed om at kolesterolnivået ikke er blitt lavere. Mange menn som er i risiko sier at de ikke klarer å ta slike ting inn over seg og meiner at det ikke er deres egen skyld.

Selv om de aller fleste kvinnene meiner at familien lever sunt, tror de likevel det er opp til dem selv å gjøre noe for å endre risikonivået. De tror også at hvis den innsatsen de har gjort ikke har lyktes, er årsaken at deres egen innsats ikke har vært god nok. Som ei kone sier: "Æ må jo tru at æ kan gjøre nokka med det sjøl."

Ei overvektig kvinne med høyt blodtrykk synes ikke det rådet hun fikk hos legen var godt nok: "Gå heim og slank dæ, ka-slags råd e det å få av en lege." Hun meiner at familien lever sunt, og "æ skjønne ikke ka æ skal kutte ned på".

Blant de som virkelig føler at de har gjort en innsats, er det bittert når anstrengelsene ikke nytter: "Æ sa jo nettopp her i går at man skulle bare drukket helmelk og drukket kokekaffe, førr man har ikke nokka igjen for å unngå det. Nei, men æ blir jo å gjøre nokka, selvfølgelig, æ bli å holde på det æ har satt i gang. Trene blir æ sikkert også å fortsette å gjøre, sjøl om æ hørte at det gikk opp da."

En eldre mann som har gjort store anstrengelser for å endre kolesterolnivå, har opplevd omtrent det samme: ".. at æ arbeide såpass hardt og det ikke hjelpe så. Hadde det gitt nokka utslag rette veien, ja så hadde det ikke vorre problema. Da kunne man godt ha stått på. Men du ser at det bli berre slik at du jobbe og jobbe, og så vise det sæ at det går berre gale veien, da miste du nesten motet."

Av de som har prøvd å endre matvaner, men som likevel ikke endrer sitt kolesterolnivå, er det ganske mange som etterlyser medisiner for å få ned kolesterolnivået. Også folk som synes de har gjort store anstrengelser, og har "fått lønn for strevet", etterlyser dette. Folk forteller om ulike typer tabletter og miksturer som de har hørt om, og som skal virke kolesterolsenkende. Noen hadde tidligere fått tabletter, men hadde sluttet. Her var det også ei kvinne som tidligere tok tabletter mot høyt kolesterolnivå: "Men dem måtte vi kaste

seinere. Dem va farlig." Selv om flere kunne fortelle om at de hadde hørt om farlige tabletter, var det likevel mange som meinte at det måtte være det aller beste å få tabletter. De spurte også meg om jeg visste hvordan de skulle få tak i slik medisin. Legene som var i bygda var ikke villige til å gi dem denne medisinen. Flere beklaget seg over hvor vanskelige legene var i forhold til denne saken.

Som nevnt er det bare et fåtall som sier at de har gjort en stor egeninnsats for å prøve å endre sitt risikonivå. Og det er de som har høyt kolesterol som har hatt den største innsatsen. De som bare har høyt blodtrykk, har kutta ned på forbruk av salt, men flere av dem har også prøvd å leve på mer lett kost. Mange sier at reint bortsett fra en kort periode, har de foretatt så små endringer at de ikke opplever store savn i matveien. De som synes de har gjort de største endringene er ofte de som opplever savn og forsakelser: "Det som var verst va jo det at æ va jo så glad i kaker, æ likte å ta mæ et stykke kake og kaffe. Også det at når vi har en skikkelig søndagsmiddag at vi feks. har muldebær eller sånn der, med krem til. Så e det jo så mye bedre med krem på. Æ kan ikke ta av det, æ veit jo kor det bær hen."

De som har sluttet å røyke (uansett hvilken årsak de nevner) har også hatt problemer. Savnet av røyken er stort. Folk forteller at savnet holder seg i mange år.

En enslig mann med høyt kolesterol og blodtrykk sier han har fått råd om å bruke mindre fett. Han sier at legen har gitt beskjed om at han skulle legge om sin livsstil. Følgende utsagn viser at ordet "livsstil" kan tolkes ganske vidt: "Ja hvis æ skal omlegge min livsstil, gå ut og sånn, det gjør æ kanskje en gang i måneden - det kan gå både 1 og 2 måna som æ ikke e ute på livet. Hvis æ skal gå mindre ut, det går jo nesten ikke an. Da e man nesten nødt til å stenge sæ inne."

Er risiko det samme som sykdom?

De aller fleste av dem jeg snakket med definerte sykdom i forhold til jobb, legesøking eller sengeleie: "Sjuk, nei det e du når du ikke klare å gå på jobb" eller "æ e lite sjuk, æ e nesten aldri hos dokter" eller "sjuk, nei då må du nesten være sengeligganes".

Selv om folk under samtalen med meg kunne bruke betegnelsen syk om sin tilstand, var det få som på direkte spørsmål ville bruke betegnelsen syk om det å være i risiko. Når de skal beskrive det å være i risiko, er det få som bruker en slik betegnelse. De aller fleste meiner at en som er til kontroll på grunn av forhøyet risiko ikke egentlig er syk. Likevel er han ikke helt frisk. I begynnelsen av et intervju spør jeg et ektepar om hvem av dem som ble etterinnkalt. Kona sier at det var mannen, og hun føyer til: "Nei, æ va frisk." Lignende svar får jeg også fra andre ektepar. Da jeg feks. spør et annet ektepar om kona noen gang er blitt etterinnkalt, svarer mannen: "Nei, ho e frisk".

Folk synes også det er vanskelig å se på det å ha forhøyet risiko som en sykdom, for de føler seg friske. Det at en føler seg frisk, er en av årsakene til at motivasjonen til å gjøre store anstrengelser for å endre sin risiko, blir mindre. Mange sier at hvis de hadde "merket" noe, det vil si følt symptomer, ville det vært enklere å motivere seg til å foreta endringer, feks. i forbindelse med røykevaner. Men samtidig er det ingen som vil si at en person som er til oppfølging for risiko er helt frisk. Det er tegn på at noe er galt, sier de.

Når det gjelder forholdet mellom høyt kofesterol og høyt blodtrykk, er det en forskjell i vurdering. Folk snakker ofte om kolesterol som noe som en er "plaget av", som må kontrolleres og alltid tenke på. Det å ha et høyt blodtrykk oppfatter de fleste lettere som sykdom. Det gjelder både den det gjelder og ektefellen. "Du e jo syk når du har høgt blodtrykk, men æ må si at æ aldri har følt nokka. Nei æ har ikke merka nokka til det." Av alle parene jeg intervjuet, var det kun et par der begge var svært kritiske til helseundersøkelsene og verdien av å foreta seg noe for å endre risiko. De forteller begge historier om folk som er blitt "tullat" etter at de fikk vite at de har forhøyet risiko. De synes begge diskusjonen om høyt blodtrykk, kolesterol og risiko er overdrevet. Mannen sier imidlertid at det at han har høyt blodtrykk er tegn på at noe er galt: "Det e klart at høgt blodtrykk, da e det jo nokka galt med pumpa." Han føyer til at "...så lenge man ikke har ondt nån plassa, så, og du føle dæ i fin form, så ...Du får heller vente til du bli sjuk. Det e min meining."

I hvor stor grad en ser høyt blodtrykk som sykdom, er oftest avhengig av hvor mye forhøyet blodtrykket er, og ikke minst om en kjenner symptomer: "Hadde det vært ekstremt høgt, så

hadde æ vært sjuk, ikke sant? Og da hadde æ jo også merka det. Svimmel og alt det der..." Blant de jeg snakket med var det som nevnt et flertall som hadde både høyt blodtrykk og høyt kolesterol. Omtrent alle sier at høyt blodtrykk er mye mer alvorlig enn høyt kolesterol. Det er feks. slik at de som både har høyt kolesterol og høyt blodtrykk, er mest bekymret for blodtrykket. Det samme er deres ektefeller.

Høyt kolesterol blir hos de fleste ikke sett på som egentlig sykdom, men noe som kan føre til sykdom: "Æ e ikke sjuk, men at det en dag kan føre til sykdom. Æ har en trussel om sykdom henganes over mæ." Her var det flere som føyde til at hvis de ikke fikk ned kolesterolverdien, ble det mest sannsynlig til sykdom. Derfor var det viktig å prøve å "legge om". Selv om de fleste syntes det var verst å ha høyt blodtrykk, var det mange som reagerte sterkt på å ha forhøyet kolesterol. De fleste meiner altså at de ville merket det hvis blodtrykket ble for høyt. De ville da følt svimmelhet, uopplagtthet og noen nevnte også hodepine. For mange er som nevnt mangelen på symptomer ved høyt kolesterol med på å minimere bekymringen. Hos andre igjen blir imidlertid mangelen på symptomer fremhevet på en annen måte, noe som gjør det farligere og vanskeligere å leve med. "Du veit ikkje av før du ligg der," var det en mann som sa.

Å være i risiko betyr for de fleste at noe er galt, uansett om det er fokusert på kolesterol eller blodtrykk. Selv om en ikke er syk, blir risiko ofte sett på som et forstadium til sykdom. Dette forstadiet kan en i mange tilfeller påvirke utgangen av selv, hvis en passer på. På samme måte som risiko er vanskelig å plassere i forhold til sykdom, er den vanskelig å plassere i forhold til helse. Folk oppfater seg ikke som friske. Når de skal beskrive helse si, er det dårlig rygg og andre faktorer som har sammenheng med funksjon, som ofte blir fremhevet. Noe som gjør at dette ofte ikke blir satt i forhold til helse, er feks: "Hvis du hadde høgt blodtrykk og dem ikke hadde fått det ned, da kunne æ jo blitt bekymra". Og det at en går og måler og kontrollerer blodtrykk og kolesterol fører også til at en kan ta det roligere: "Ja, æ forsto det sånn, ja, at dem skulle ha kontroll med det. Det e jo betrygganes det."

Årsaker til forhøyet risiko

De aller fleste spekulerte i sin egen delaktighet i forhold til det å være i risiko for hjerte-karsykdom. Størstedelen av dem kunne ikke se at de har har levd på en måte som kan forklare at de har høyere risiko for sykdom enn andre. Svært mange ektepar nevnte et trekk som var med på å gjøre dem skeptiske til verdien av kostholdsendringer: Selv om de spiste samme maten, var det i de fleste tilfellene bare en av ektefellene som hadde høyt kolesterol eller blodtrykk. En type formulering jeg ofte hørte var omtrent som den fra denne kona: "Vi spis jo samme maten, og han har det og ikke æ." De syntes det var merkelig at legene la så stor vekt på hva de spiste, siden ektefellene spiste det samme, og bare en av dem fikk problemer. En mann med høyt kolesterol sier dette om kona: " Ho har ikke kolesterol ho pussig nok, enda spiste vi den samme maten før at æ visste at æ hadde kolesterol." Hos et annet par er det kona som har høyt kolesterol:

Han: " Ja, ho har høgt kolesterol, men æ har normalt kolesterol, trur æ da."

Hun: "Ja, hos dæ va det heilt normalt, men æ trur æ hadde 12. Og vi spis no av samme maten. Æ skjønne det ikke. Ka som e årsaken veit æ ikke." Hun sier videre om legebesøkene i forbindelse med målingene: "Når man e der, så e det jo det dem prate om, det e jo det med maten, men det e jo det som e så rart, at ikke de andre i familien får høgt kolesterol. For det har jo ikke dem hatt." Folk meinte derfor at at det nok kunne være flere årsaker enn maten. Likevel var det ikke god nok grunn til ikke å prøve å foreta kostholdsforandringer.

Arv ble ofte nevnt som en forklaring på høyt risikonivå. Mange sa at de egentlig ikke syntes det var rart at de selv eller deres ektefelle har høyt kolesterol eller blodtrykk fordi foreldre eller søsken har hjerte-karsykdommer. De meinte at de hadde forhøyet risiko fordi de sannsynligvis er disponert for slik sykdom. En mann forteller at han ikke ble overrasket over at han var i "faresonen", fordi resten av familien også "e plaga med kolesterolet." Andre kom med lignende utsagn. Enkelte sier til og med at de nesten hadde ventet at det skulle være noe i veien også med dem, fordi resten av familien "har det". I disse familiene har de ofte opplevd dødsfall av hjerte-karsykdommer. En med høyt blodtrykk sier: "Æ trur en del e arvelig betinga, og det meine også legen. Men det e livssituasjonen så klart. Æ har ingenting å gjøre i et yrke der det e sterk stressbelastning."

En fisker har visst om at han har høyt kolesterol i over 20 år. Kona hans forteller at de har vært "forsiktig med maten" i alle disse årene. I familien hans er det mange som har dødd av hjerte-karsykdommer. Nylig døde en yngre bror av hjerteinfarkt. Han sier: "Det viste sæ at alle som va i slekta dem hadde høgt kolesterol, så det e vel nokka som ligg til familien. Så det ser ut til at kolesterolen, det har forsåvidt ikke nokka med maten, ser det ut til. For det e det jo mange som har, og her i familien spis vi den samme maten."

Kona hans har en litt annen forklaring. Hun forteller om en periode da han jobba svært hardt: "Da gikk det vel mye på brød og kaffe og så våking da. Så det spørs om ikke det også kan ha en medvirkende årsak."

Selv om mange er inne på arv som en mulig årsak, meiner de samme menneskene at de selv kan ha levet på en slik måte at de har fått problemer. Enkelte fremhever trening som en årsak til problemene. En med høyt kolesterol og høyt blodtrykk forklarer hvorfor hans kolesterolnivå ble forhøyet: "Æ trente jo ganske hardt i den tida, så da tenkte æ jo på ho fra radioen at det kanskje va nokka i det ho sa.³⁴ Æ spiste jo meire egg når æ trente, æ trente ganske hardt her i januar."

En annen forteller om da han fikk høyt blodtrykk for første gang: "Det som skjedde da va at æ trente på mæ høgt blodtrykk. Æ hadde en dårlig høst og starta i januar, æ jobba og trente veldig hardt og æ hadde trent i en måned eller halvannen så fikk æ høgt blodtrykk. Ja, ja, æ merka sjøl at nokka va galt. Så gikk æ til lege. Han ga mæ blodtrykksmedisin. No vil æ ikke ha blodtrykksmedisin, for æ veit ka det kommer av. Så trappa æ treningen i en heil måned. Æ berre jobba. Æ trente ikke i det store og heile. Da hadde blodtrykket stabilisert sæ". Seinere har han fått høyt blodtrykk igjen. Kona meiner at det var stress på jobben som førte til at han fikk høyt blodtrykk denne gangen.

Flere andre nevner stress som en årsak til høyt blodtrykk. Ei kone sier: "Høgt blodtrykk det har han, det e ikke rart, for han e så fæl til å stresse. Så skal han ha alt mulig gjort på kortast mulig tid. Så at han har høgt blodtrykk det e ikke rart."

³⁴Han hadde hørt et radioprogram om at trening kunne få kolesterolnivået til å stige.

De aller fleste nevner matvaner som en delårsak: "Æ trur at det at han fikk høgt blodtrykk kan ha sammenheng med at han va enormt glad i salt før i tida." Ei kvinne sier om årsaken til at hun har høyt kolesterol. "Veldig masse sukker og feit mat, det må nok være det. Æ har ikke røykt, så det kan det ikke være. Det må nesten være maten. Det kan jo være arvelig også. Ja, æ e veldig glad i søtsaker." Hun har følgende holdning til egeninnsats: "Æ kan ikke gjøre så mye. Det e jo eineste maten. Nokka mosjon når vi har så tungt arbeid, det trur æ æ får nok av på arbeidsplassen." En mann sier om sitt høye blodtrykk: "Man har mye skyld i det sjøl, trimme lite og røyke kanskje mye. Ja slutte æ no å røyke kanskje så, og rør litt meir på mæ, så trur æ nok det bli bedre. Men sånn som å røre på sæ det har man jo veldig liten tid til. Du har jo tid, men en røre jo nok på sæ på arbeid, vil æ sei."

Forhold til Helseundersøkelsene

Alle de jeg snakket med var svært positive til helseundersøkelsene. Omtrent alle hadde også møtt opp til undersøkelsen Finnmark IV i 1990. De som ikke hadde møtt, hadde vært bortreist på ferie da.³⁵ De beklager at de ikke kunne møte opp. De kritiserer undersøkelsestidspunktet, og ønsker å få en ny anledning til å møte opp til undersøkelse. Årsaken til at de ønsker å delta er omtrent den samme for alle. En føler seg trygg, og det er sjelden en søker lege uten at en har noe konkret som er i veien. En sier feks. at: "Æ skulle gjerne ha gått fast til lege en gang i året, æ. Du veit no aldri. Det e nok som med bilen, ikke sant. Du har bilen på verksted, da veit du no at den ikke stoppe med det første, skulle æ tru. Nei, æ syns det e fint å gå på sånn undersøkelse.." En annen sier noe lignende: "man e jo ikke ellers så mye på undersøkelsa at når man en gong får en slik, så burde man no gå. Jo, fordi man får vette kor man står, om man feile nokka eller ikke. Egentlig burde man gå kvert år til legen for å undersøkt alt, men det gjør man jo ikke. Det bli ikke til det, når man ikke føle sæ sjuk så."

Omtrent alle meinte at de ikke gikk ofte nok til lege. De burde gått oftere for å få enn sjekk. Derfor er helseundersøkelsene en god anledning til å få en legeundersøkelse. Det er også et flertall som sier at de ikke oppfatter innkallelse til slike undersøkelser som et tilbud, men som en møteplikt. Flere forteller historier om folk som ble reddet av Helseundersøkelsen, fordi det

³⁵Undersøkelsen ble foretatt i juli.

ble oppdaget farlige tilstander.

Folk tror at helseundersøkelsene nok får en til å tenke mer på helsa. De som sier det, sier samtidig at det er bra, en skal tenke på helsa si. En forteller at da han fylte ut spørreskjemaene i forbindelse med undersøkelsen, ble folk bedt om å angi blant annet hvor mye smør og sukker de spiser. Det var noe som fikk han til å tenke på hva han egentlig "putter i seg".

Folk er veldig glade for at de ble innkalt til helseundersøkelsen. En mann sier at han sjelden går til lege. "Hadde det ikke vært for hjerte-kar undersøkelsen så hadde æ kanskje tenkt at det (kolesterolet) e sikkert normalt. Æ kunne kanskje funne på å gå til doktor om et par år for å ta den blodprøven, men kanskje æ da kunne vært oppe i både 9 og 10 - man veit ikke." En annen mann sier at han er glad for å få vite at han har høyt blodtrykk: "For da har du jo valget sjøl. Så har du muligheta til å ...," Han savner at helsevesenet setter krav til folk: ".. æ e jo sikker på at hvis æ hadde fått beskjed om, ja at æ va heilt nødt feks. å slutte å røyke, at det hadde vært lettare å gjøre det."

Folk synes altså at helseundersøkelsene er et stort gode for befolkningen. De håper at slike undersøkelser vil fortsette å bli foretatt med jevne mellomrom fremover. Omtrent alle jeg snakket med er også svært takknemlige for at det ble oppdaget at de har forhøyet risiko for hjerte-karsykdom. Da blir de gitt muligheten til å endre på den. Det er ingen som ville vært denne viten foruten.

Oppsummering av Finnfjordmaterialet

Som vi ser er folk glade og takknemlige for at de er blitt innkalt til helseundersøkelse. De er også glade for å få vite at de har forhøyet risiko for å få hjerte-karsykdom. Ingen av de 47 personene jeg snakket med ville være denne viten foruten. Folk er takknemlige for at helsevesenet har gitt dem en sjanse til selv å "gjøre noe" i forhold til helsa si. De meiner det er viktig å støtte opp om slike undersøkelser.

Samtidig synes både de som er i risiko og familiene deres at det kan være vanskelig å leve med en slik viten. De har problemer med å plassere hva risiko er i forhold til helse og sykdom. De fleste ser ikke på seg som syke, det gjør heller ikke ektefellene. De ser heller ikke på seg selv som friske. De ser på det å være i risiko som en mellomting mellom syk og frisk, og oppfatter at de vil bli syk, det vil si få hjerte-karsykdom hvis de ikke følger "legens ordre". Likevel bruker de ofte betegnelsen "syk" når de snakker om denne tilstanden. De er mer engstelige når de opplever symptomer, og har lettere for å fortolke ulike symptomer i forhold til en mulig sykdom. Folk visste ikke at de var "sjuk" før helsevesenet ga dem beskjed om det. De hadde ingen symptomer, og det er bare kontrollene hos helsevesenet som kan fortelle hvor nær de er å være syk eller ikke.

De regner seg heller ikke som friske, og oppfatter at de vil ha forhøyet risiko for hjerte-karsykdom så lenge de lever. Dette gjelder også dem som ikke går til kontroll hos lege lenger, og som fra helsevesenets side ikke lenger regnes for å ha forhøyet risiko for hjerte-karsykdom.

Folk selv bruker sjelden betegnelsen risiko. I stedet fokuserer de på det som de oppfatter er galt, som høyt kolesterol eller høyt blodtrykk, og er opptatt av at måleverdiene skal bli normale. Å være i risiko har konsekvenser for hvordan de lever. Dette gjelder både personen selv og deres ektefelle, i dette tilfelle konene deres. De har fått en følgesvenn, forhøyet risiko for hjerte-karsykdom. Denne har de alltid med seg, i sitt hverdagsliv spesielt når de spiser, og når de ser framover. Denne følgesvennen er usynlig. De veit om at han er der, for det viser de prøvene som de tar hos legen. Ellers merker de ikke noe til at han er der. Ingen betviler

at den er der heller. De ønsker å fjerne risikofaktorene. For disse folkene vil oppfatningen av å være i risiko heller ikke forsvinne, selv når de medisinske prøvene ikke finner noen risikofaktorer lenger.

Folk husker omstendighetene omkring da de fikk vite at de var i risiko. De husker hva som skjedde, og hva som er skjedd siden. Den usynlige følgesvennen - risikoen - gir dem først og fremst en usikkerhet i forhold til det livet de lever. Usikkerheten går på mange plan: Hva som er "riktig" mat og drikke, hva de skal gjøre, hvor skadelig er det er å røyke, vil de få hjerte-karsykdom? Disse menneskene regner med å være bundet til sin usynlige følgesvenn resten av livet. Usikkerheten bunner også i at de må også ta stilling til ulik, og i mange tilfeller motstridende, informasjon om hva som er den beste måten å minimere risiko på.

Det er ikke nødvendigvis personen selv som målbærer denne usikkerheten. Kona tar i like stor grad på seg risikoen og den usikkerheten som følger med den. I mange familier er ansvaret for å følge opp legens råd overlatt til kona. Av de rådene som folk får, er det kostholdsrådene de konsentrerer seg om. Kostholdsråd som blir gitt til mannen, tar kona ofte ansvaret for å følge opp. Hun tolker kostholdsråd til mannen til å gjelde for hele familien.

Kontrollene som helsevesenet tar jevnlig, blir av mange oppfattet som en bekreftelse eller en avkrefteelse på i hvor stor grad de følger legens råd. De er ofte pådrivere til ny giv og større endring i forhold til livsstil. Selv om mange ser at arv har en innvirkning på forekomst av hjerte-karsykdom, legger de vekt på livsstil, først og fremst i form av kosthold, som en måte å forebygge sykdom på. Folk har tro på at det nytter å gjøre noe selv for å endre sin risikostatus. De har tro på medisinen og deres råd - selv om mange synes det er vanskelig å følge rådene. Resultatet av det blir dårlig samvittighet hos både personen selv og kona når de ikke er så flinke til å følge legens råd. Andre menn overlater til kona å ordne et kosthold som er helsemessig riktig for dem. Noen går faktisk motstrebende med på konas endringer. Mange koner får skyldfølelse for at mannen ikke endrer risikostatus. De arbeider for å finne ut hva de gjør galt i forhold til den maten de serverer. Å følge rådene blir en måte å få kontroll over egen eller ektefelles risiko for sykdom på. De føler at de gjør noe selv for å endre risikoen.

Samtidig ser vi at de i hverdagslivet ikke har foretatt store kostholdsendringer. De fleste har erstattet enkelte produkter med mer fettfattige produkter, eller med produkter med mer "sunt" fett, feks. som å gå over fra helmelk til lettmelk og erstatte smør/margarin av dyrefett med plantemargarin/lettmargarin. Selv om det er vanskelig å se at familiene har endret mye i sitt kosthold, er maten og sammensetning av et mer sunt kosthold noe som opptar især kvinnene. De snakker mye om dette.

Det som ofte skaper problemer for dem som er i risiko og konene deres, er usikkerhet knyttet til det psykiske planet. Det praktiske, dagliglivet, går etterhvert av seg selv. Her skjer det ikke så altfor store endringer. Dette til tross for at folk snakker mye om de endringene de gjør og eventuelt skulle ha gjort.

Når det gjelder de familiene der kvinnene er risikopersoner, eller for enslige kvinner og menn, har jeg et for spinkelt materiale til å gjøre sammenligning. Det ser iallfall ut til at enslige menn prøver å følge legens råd. De tar det ansvaret kvinnene tar i de andre familiene. Det samme ser ut til å gjelde enslige kvinner. I de familiene der kvinnen er risikoperson, ser det ikke ut til at deres ektemenn deler ansvar og bekymring for risiko i like stor grad som konene til risikomennene.

Disse data viser hvordan folk fortolker det å være i risiko for sykdom, og hvordan det er å leve med forhøyet risiko for hjerte-karsykdommer. Hvordan kan så dette materialet brukes til å se på medikalisering i form av større avhengighet av helsevesenet?

Finnfjord sett i forhold til risikodiskusjonen i medisinen

For å kunne si noe om hva det å være i risiko betyr i forhold til medikalisering, vil jeg først diskutere fenomenet risiko og plassere det i forhold til den moderne medisinen. Bakgrunnen for at jeg velger en diskusjon av det å være i risiko, er at dette er en forholdsvis ny måte å tenke omkring helse og sykdom på. De menneskene som jeg studerte, er fra helsevesenets side vurdert til å tilhøre ei gruppe som har forhøyet risiko for å få hjerte-karsykdommer. Denne type risiko er først og fremst basert på måleresultater muliggjort av moderne teknologi, der symptomer ikke er avgjørende for kontakt med helsevesenet.

Den type helseundersøkelser som disse menneskene har deltatt i, er en del av den forebyggende medisins systematiske risikostudier. Ideen om systematiske risikostudier er basert på den forebyggende medisins ide om folkeopplysning (Lupton 1995). Denne tradisjonen har sin opprinnelse helt tilbake til århundreskiftet. Ideologien bak er å gi folk opplysning for at de selv skal gis muligheter til å gjøre de riktige valgene i forhold til helse si.³⁶ De første systematiske risikostudiene som en del av den forebyggende medisinen ble satt i gang i løpet av 60- og 70-tallet. Tidlig ble det fokusert på hjerte-karsykdommer. Friske folk ble fulgt opp for å se hvem som seinere utviklet hjerte-karsykdommer. Av store internasjonale studier kan nevnes en studie fra Nord-Karelen (Puska et al. 1985). Av de første store undersøkelsene her til lands var den såkalte Oslo-undersøkelsen (Hjermann et al. 1981). Siden har andre grupper og regioner blitt fulgt opp, slik at det i dag brukes betydelige midler til studier av friske folk. Risikostudier er ikke bare avhengige av store befolkningsundersøkelser. Like ofte oppsøker folk selv helsevesenet for å få foretatt undersøkelser som skal avdekke om de er i risiko for å utvikle sykdom.

Begrepet risiko har etterhvert kommet inn i vårt språk i betydningen av en forsterket mulighet

³⁶ Dette blir av mange sett i sammenheng med fremveksten av den vitenskapelige medisinen, gjennom oppdagelsen av mikrobene på slutten av forrige århundre. Det ga en ny giv for medisinen, og legenes makt ble styrket. Før den tiden hadde legene liten makt, og hygienebevegelsen som oppsto på 1800-tallet var i like stor grad ledet av andre yrkesgrupper enn legene (Lupton 1995).

for å utvikle ulike sykdommer. I sin opprinnelige betydning er begrepet nøytralt og refererer til muligheten for, eller en matematisk sannsynlighet for at en hendelse skal skje. Risikoen for at en hendelse skal skje, kan relateres til et positivt eller negativt utfall, som risiko for å vinne i et lotteri. Risikoen, eller sannsynligheten for at en hendelse skal inntreffe kan kalkuleres i tallmessig odds - som feks. 1 på 50, 1 på 100 eller 1 på 1 000 000 (Lupton 1993). Etterhvert er begrepet blitt synonymt med fare. Mange knytter utviklingen fra et nøytralt til et negativt begrep med den økende miljøbevisstheten. Her er begrepet knyttet til faren ved teknologi og miljøødeleggelse. Risiko i denne betydning er definert som: "the probability that a potential harm or undesired consequence will be realized" (National Research Council 1989:321). Douglas (1990:4) diskuterer hvorfor den negative betydningen av begrepet blir foretrukket i vitenskapelige arbeider: "plain danger does not have the aura of science or afford the pretension of a possible precise calculation." Kanskje dette er noe av forklaringen på at ordet risiko er kommet inn i det vitenskapelige språket.

Risikobegrepet i den forebyggende medisinen

I forebyggende medisin blir det også lagt vekt på den negative siden av risiko. Risiko blir også her satt synonymt med "fare" (Lupton 1993). I forhold til helsebegrepet blir det lagt vekt på de negative aspektene. Individuer eller grupper får merkelappen "i høy risiko" eller "risikogruppe", det vil si for å utvikle sykdom. Epidemiologene beregner "relativ risiko" når de sammenligner sannsynligheten for å utvikle sykdom i ulike grupper. Informasjon blir gitt til befolkningen gjennom å fortelle helserisikoen med visse levemåter foran andre. Ideen her er at folk er rasjonelle vesener i helsemessig forstand, og at de derfor endrer atferd når de får kjennskap til helserisikoen som er forbundet med visse levemåter. Medisinens autoritet i forhold til å arbeide med testing for risiko og foreskrive atferd som skal minimere risiko, er basert på at folk tar inn over seg medisinens risikodefinsjon.

Et moment som ikke blir trukket inn i denne debatten er at risiko betyr noe helt annet på samfunnsnivå enn på et individuelt nivå. Kompaniskapet mellom forebyggende medisin og epidemiologi kan ha ført til større fokusering på risiko for sykdom. Epidemiologien kan gi et stort bidrag til å forstå utbredelsen av sykdom samtidig som den også kan lage modeller for beregning av risiko for sykdom. På samfunnsnivå betyr det at i forhold til sykdom kan

det planlegges hvor stor utbredelse sykdommen vil få, gitt visse forutsetninger. Dette betyr igjen at en ved hjelp av en kombinasjon av medisinske kunnskaper og statistikk, kan lage antakelser for hvor utsatt folk er for feks. å få en spesiell sykdom. Disse antakelsene blir så overført til befolkningen. Ideen er at de skal ta dem inn over seg og endre atferd i en mer risikofri retning. Dette betyr igjen at folk må se disse antakelsene som en sannhet som gjelder dem for at de skal ta det inn over seg. På det individuelle plan må altså folk tro at det gjelder dem personlig. Beregninger som er basert på usikkerhet i statistikk må omsettes til det personlige plan hvis en slik tankegang skal ha mulighet til å lykkes. Det er når folk tar informasjonen inn over seg og endrer atferd at de blir sett på som fornuftige.

Risikobegrepet må oversettes fra epidemiologiske funn til klinisk kunnskap og praksis, og deretter til lekmanerfaringer om helse og sykdom (Gifford 1986). Hun tar utgangspunkt i epidemiologien og sier at "For the epidemiologist, the concept of risk expresses a statistical measure of the degree of association between a characteristic and a disease within a defined population (Lilienfeld and Lilienfeld 1980). However, this epidemiologic concept becomes more broadly defined when translated into clinical practice and lay perceptions of health and illness.... The language of risk is about scientific uncertainty concerning causal relationships, and clinical and lay uncertainty concerning the prediction and control of unhealthy outcomes. The popularity of the concept is linked to the inability of epidemiologists and other medical scientists to produce models which adequately explain the etiology and population distribution of chronic diseases, and from the inability of clinical medicine to prevent and cure these diseases" (Gifford 1986:214).

I forebyggende medisin kan risikobegrepet knyttes til to perspektiver (Lupton 1993). For det første kan risiko sees i forhold til helsefarer som er skapt av omgivelsene som feks. forurensning og atomavfall. I et slikt perspektiv er helsetrusselen skapt av noe utenfor individet. Det er en ekstern trussel hvor individet har liten kontroll over å begrense den. Folk føler ofte hjelpeløshet i forhold til å kunne bestemme over slike farer.³⁷ Det er denne typen risiko, menneskeskapt fare, som enkeltindividet føler at det ikke har noen influens over, som

³⁷Vi har likevel sett at folk har dannet ulike sammenslutninger for å lage press på myndighetene, for feks. å sabotere utbygging av et planlagt atomkraftverk.

Beck (1992) først og fremst behandler. Han meiner at vårt moderne industrialiserte samfunn er et vekstsamfunn som er utenfor kontroll. Det produserer mer og mer farer for befolkningen, og forårsaker mer og mer bekymring. Tidligere tiders industrisamfunn produserte risiko som var tilgjengelig for sansene våre, som feks. forurensning som både kan luktes og sees. I dag har den industrielle utviklingen ført til farer som truer både omgivelsene våre og enkeltmenneskenes helse. I dag er risikoen usynlig og utenfor vår sanseoppfatning, som feks. tilsetningsstoffer i maten, radioaktivitet, atomavfall, vann- og luftforurensning. Farene er ikke lenger begrenset i tid eller rom. De møter oss på globalt nivå i dag og i fremtiden. Av denne grunn gir Beck (1992) vårt moderne samfunn betegnelsen "risikosamfunn". Siden tema for min avhandling er helse og sykdom og egenopplevelse av sykdom, vil jeg i denne avhandlingen ikke gå nærmere inn på denne typen helserisiko og folks forhold til den.

Den andre tilnæringsmåten ser på helserisiko som en konsekvens av valg av livsstil. Den kommer fra individet selv, og er en internt selvpåført risiko. Biomedisinen i kompaniskap med epidemiologien med sin "objektive" kunnskap vurderer hvilken atferd som er risikofylt og hvilke individer som er i risiko. Fra helsemyndighetenes side blir individene informert om hva som utgjør en risiko for deres helse. Det er da forventet at folk endrer sine vaner i en mer helsefremmende retning. Nøkkelordet er selvkontroll. Dette betyr at ansvar for endringene er lagt til individet og er i stor grad tatt ut av en samfunnssammenheng.

Det moderne risikobegrepet har derfor det trekk ved seg at det ser bakover og forklarer uflaks, så vel som det ser framover for å forutse hvem som blir syk. Det kan derfor bety at når en person får en sykdom som andre prøver å beskytte seg mot, er det et tegn på at han ikke har gjort det han har kunnet for å redusere risiko. Han er derfor skyldig i sin egen sykdom. Marantz (1990) advarer mot at alle sykdomstilfeller skal kunne forklares. Han sier at det fører til at i de tilfellene der legene ikke finner noe biologisk galt, går de til enkeltpersonen og ser på hva galt han har gjort. Her legges skylden på offeret, "blaming the victim": "Many within the profession now think that anyone who has an MI (myocardial infection) must have lived a life of gluttony and sloth - unless of course, he has a diabetic or has familial hypercholesterolemia. We seem to view rising a cheeseburger to one's lips as the moral equivalent of holding a gun to one's head" (Marantz 1990:11).

At studier av risiko for sykdom er av stor interesse innen medisinen, kan en se av tema for de artiklene som er publisert. Ved gjennomgang av medisinske tidsskrifter viser Skolbekken (1995) at det har vært en eksplosiv økning i antall artikler som bruker begrepet risiko i tittelen og/eller i abstract i perioden 1967-1991. Han finner også at 50 % av artiklene som omhandler risiko er publisert i den siste 5-års perioden som undersøkelsen omfatter. Han har i sin gjennomgang ikke skilt mellom hvilken type risiko artiklene omhandler, om det er intern eller ekstern risiko. Skolbekken (1995) undersøker også om det er slik at risikobegrepet har erstattet andre begreper. Dette ser ikke ut til å ha stor betydning for resultatet. Han antyder at det er en risikoepidemi, og sier at denne epidemien reflekterer en sosial konstruksjon av en helt spesiell kultur i en spesiell historisk epoke. Denne kulturen blir knyttet til debatten om medikalisering som en generell samfunnstrend. Han sier at risikoepidemien er knyttet til både den forebyggende og den kurative medisinen.

Å temme usikkerheten

Som et ledd i ønsket om å minimere risiko for sykdom er det i vårt samfunn en sterk fokusering på helse rettet mot enkeltindividet. Tanken om at individet selv kan arbeide for å fremme helsen sin er et viktig trekk ved den moderne forebyggende medisinen. Her blir det i hovedsak fokusert på sykdom som internt påført. I denne forbindelse blir det sett på livsstil. Tanken er at individet selv kan ha større innflytelse på sin egen helsetilstand. Crawford (1980) innfører begrepet helseisme som en betegnelse på en slik individualiserte helseoppfatning der en velger en livsstil som først og fremst har som mål å strebe etter optimal helse.

Den økende opptatthet av helse og å minimere risiko er blitt forklart på ulike måter. Noen legger vekt på at en slik fokusering på helse er en konsekvens av at livet er blitt for "enkelt" og der tidligere tiders risiko er blitt mer eller mindre fjernet. Rosenberg (1986) knytter den store interessen for forebyggende medisin og risikotenkningen til redsel for døden. Dette fører til: "The desire to explain sickness and death in terms of volition - of acts done or left undone" (Rosenberg 1986:50). Han meiner at den minkende forekomsten av infeksjonssykdommer i de moderne vestlige samfunnene har ført til en økende opptatthet av kontroll over diett- og mosjonsvaner, for å redusere følt eller ekte risiko "to redefine the moral odds that face them" (Rosenberg 1986:22). Dette fører til at det er en økende tendens

til å forklare sykdom hos andre som et resultat av livsstilsvalg, som at de feks. spiser for mye, eller drikker for mye alkohol.

Bauman (1992) hevder at vår opptatthet av alltid å forklare sykdom og død, kommer av at døden har fått en ny rolle. Tidligere var det vanlig at også unge folk døde. Nå er dette unntakene, og den moderne medisinen oppfatter døden som et nederlag. Døden er noe som den moderne vitenskapen ikke kan kontrollere. Døden blir en trussel, og det blir derfor viktig å forklare den. En slåss mot dødsårsaken, ikke døden: "Death is watching when we work, when we eat, when we love, when we rest. Through its many deputies, death presides over life. Fighting death is meaningless. But fighting the causes of dying turns into the meaning of life" (Bauman 1992:4). Det finnes ikke lenger "unaturlig" død, eller død som følge av aldersoms svakhet. Statistikken har også fått en ny rolle. Prior og Bloor (1993) sier at statistikken er brukt til å temme døden for å gjøre den kontrollerbar og forutseelig, og for å gi den et skinn av orden og gjøre den mulig å beregne.

Medisinen er altså opptatt av risiko for å kunne gjøre sykdom og død mer forutseelig, gjøre sin egen virksomhet mer vitenskapelig, eller for å kunne temme sykdom og død. Medisinens vitenskapelige syn gjør at de alltid er på jakt etter å forklare. Det er ikke skjebnen eller tilfeldigheter som fører til at noen dør for tidlig, men det er noen spesielle grunner til det. Det blir derfor viktig å arbeide for å finne årsaken, slik at folk selv kan kjempe mot en for tidlig død ved å følge de råd helsevesenet gir. Deres hensikt er altså å gjøre sykdom mer forutsigbar og kunne kontrollere den. For å forstå sin egen virksomhet er de opptatt av å forklare hvorfor noen blir "rammet" av sykdom. Eller sagt på en annen måte å forklare at en ikke blir "rammet" tilfeldig i forhold til sykdom og død. En av medisinenes hensikter ved å plukke ut risikogrupper er altså å minimere usikkerhet i forhold til sykdom og død. Lupton (1995) sier at risikodiskusjonen ikke bare har til hensikt å minimere usikkerhet, men å underlegge seg den, å temme usikkerheten.³⁸

Å temme usikkerheten betyr igjen at folk ved hjelp av helsevesenet skal kunne kontrollere sin

³⁸I sin bok om helsebevegelsene går hun inn på den moderne risikodiskusjonen. Kapitlet som omhandler denne problematikken har overskriften "Taming Uncertainty: Risk Discourse and Diagnostic Testing"(Lupton 1995:77).

egen risiko hvis de endrer livsstil. Et poeng i denne forbindelse er at for de fleste lidelser er det ikke nok å se på livsstil. Genetikk spiller ofte en større rolle enn livsstil. Når det feks. gjelder koronar hjertesykdom i forholdsvis ung alder, er den arvelige komponenten beregnet til å være over 50%. Litt forenklet kan man kanskje si at arvelige faktorer er ansvarlig for over halvparten av tilfellene (Solbakk 1995). Likevel blir det fokusert på livsstilfaktorer både fra medisinen og folks side. Å legge vekt på genetikk gir et annet perspektiv på risiko enn å legge vekt på livsstil. Så lenge en ikke kan gjøre noe med genetikken, er den på mange måter fatalistisk. Det vil si at det er skjebnen som bestemmer om en er "utvalgt" til å bli syk, og det er lite en selv kan gjøre fra eller til i denne forbindelse.³⁹

For både medisinen og for folk flest gir dette et annet perspektiv på sykdom. For medisinen betyr det at et slikt syn er uoverensstemmende med vitenskapens behov for å forklare og siden kontrollere sykdom og død. Hvis årsaken til feks. hjerteinfarkt er genetiske faktorer, betyr det at denne sykdommen i stor grad er fatalistisk. Medisinen vil da miste en viktig maktfaktor, som er det å ha innflytelse på hvordan folk lever livet sitt. Samtidig vil hele bakgrunnen for å sette i gang masseundersøkelser eller tilby folk tester for å se om de er i risiko for å få hjerte-karsykdom, falle bort. Det vil for folk være liten vits i å ta en test som viser en mulig fremtidig sykdom som de ikke kan forhindre.⁴⁰ Mine data viser også at for folk i Finnfjord er oppslutningen om disse testene og takknemligheten mot medisinen basert på at de trodde på at medisinen ga dem en mulighet for, og hjelp til selv å bestemme over om de skulle bli syke eller ikke. Det er vanskelig å gjøre noe med genetiske årsaker til en sykdom som hjerteinfarkt. Oppmerksomheten blir derfor rettet mot livsstilfaktorene, som medisinen kan kontrollere. Dette kan gi et kanskje falsk bilde av at usikkerheten blir redusert.

Vitenskapens hensikt med å ta slike tester er å redusere usikkerheten og ta kontroll over sykdom og død. Et paradoks i denne forbindelse er at vitenskapens idealer har den motsatte konsekvensen for enkeltindividene som er til oppfølging etter slike undersøkelser, og også for

³⁹Her ser jeg bort fra moderne genteknologi som kan tenkes å isolere det sykdomsbærende genet.

⁴⁰Det kan selvfølgelig være andre hensikter med å ta en test for å vite om en er disponert for å få en genetisk sykdom. Dette var ikke folk i Finnfjord inne på. Det kan feks. gjelde å bestemme om en tar risikoen ved å få barn, eller planlegging av en fremtid "som syk".

deres familie. Et av mine hovedfunn fra Finnfjord er at risikosituasjonen nettopp fører til mer usikkerhet. Denne usikkerheten går ikke bare i forhold til hva en kan tillate seg på det livsstilsmessige plan, men også i forhold til tanke omkring sykdom og død. Dette er et element som de selv meiner kommer som et resultat av å få betegnelsen risikogruppe.

Gitt at genetikken spiller en større rolle enn livsstil, er det også å påføre disse menneskene en falsk tro på medisinen som den som skal hjelpe dem til ikke å bli syke, samt følelse av å bestemme over sin risiko. Folk i Finnfjord var i stor grad inne på at hjerte-karsykdommer var noe som "lå til familien". De ville likevel tro på det medisinen fortalte, fordi de gjerne selv ville ha noe å si for utviklingen av sykdom. Som en sa: ".. at vi må no tru at det hjelpe" (å følge legen råd for livsstil). Disse menneskene ville redusere betydningen av genetikk, fordi det var livsstil som ble fremhevet fra helsevesenets side. Ikke minst at folk var redde for å bli syke. Derfor ville de tro at de selv kunne ha innflytelse på egen risiko. I den grad genetikk ble fremhevet fra helsevesenets side, skulle de kontrollere genetikken ved å "følge legens råd".

Konsekvenser for kontakt med helsevesenet

Data fra Finnfjord viser også det som er spesielt når det gjelder risiko. Folk kjenner ikke selv på kroppen om de har økt eller minket risiko for sykdom. Eller for å si det på en annen måte, de har ingen illness. Det eneste som kan avsløre det er nye tester. Folk ser derfor på helsevesenet som en kontrollør av deres risikonivå. Som mine data viser, er det å være i risiko noe som opptar folk, og som er viktig for dem. Helsevesenets kontrollørfunksjon fører til at folk blir avhengige av å ha kontakt med helsevesenet for å vite hvordan de ligger an i forhold til risiko for sykdom. På samme tid gir også helsevesenet tilbud om oppfølging. Når det gjelder forbruk av helsetjenester hos disse menneskene, er mine data basert kun på hva de sier om forbruk. De fleste av dem har vært til kontroller flere ganger. De går og tar jevnlig kontroll. Utifra det de forteller, at de oppfatter at de for resten av livet vil ha forhøyet risiko for å bli syk, må vi anta at de også videre vil gå til jevnlig kontroll "for sikkerhets skyld".

Folk i Finnfjord oppfattet ikke at de var syke, men brukte betegnelsen frisk-syk for å plassere seg i forhold til risiko. Det som er interessant i denne sammenheng er at folk ikke kan stole

på egen erfaring når det gjelder sykdom og symptomer i forbindelse med risiko. De kjenner ikke selv om de er i risiko. I denne forbindelse har folk en tendens til å fortolke ulike symptomer eller illness i forhold til risiko for hjerte-karsykdommer. Folk er redde for å bli syke. Når de merker symptomer er de redde for at deres risiko er gått over fra å være en asymptomatisk risikotilstand til en illnessrelatert disease. Folk blir mer på vakt overfor symptomer, og har en tendens til mer å bli opptatt av "å kjenne etter". Det er vanskelig å spekulere på hva slike fortolkninger av hva de tidligere så på som "harmnløse" symptomer eller som ikke ble satt i forbindelse med hjerte-karsykdom, betyr i forhold til legesøking.

Utifra litteraturen vet vi imidlertid at symptomer som blir sett på som alvorlige eller som kan sees i sammenheng med en alvorlig sykdom, vil folk ha lavere toleranse til, og fører lettere til legesøking (Mechanic 1978). Et annet aspekt er at når folk får vite om at noe kan være farlig, vil de seinere være opptatt av dette. En undersøkelse viser feks. at folk får høyere sykefravær etter at de har fått vite at de har høyt blodtrykk (Haynes et al. 1978). Dette gjelder selv i de tilfeller der det viser seg at folk har fått feil diagnose. Folk som i en undersøkelse fikk diagnostisert høyt blodtrykk, oppfatter helsa si som dårligere enn andre. Dette gjelder også de som fikk vite at de ble klassifisert feil på grunn av målefeil (Bloom & Monterossa 1981). Det gjelder også for folk hvor en ikke finner noe galt. En engelsk undersøkelse av friske folk som deltok i en hjerte-kar undersøkelse, viser at de oppfattet helsa si som dårligere enn ei kontrollgruppe, 3 måneder etter undersøkelsen (Stoate 1989). En klassisk undersøkelse av barn som feilaktig fikk diagnosen hjertesyk, viser at etter at feilen ble oppdaget, ble barnet fortsatt behandla som syk av familien (Bergman 1967).

Bruk av medisinske undersøkelser for å redusere usikkerhet har, i likhet med det mine data fra Finnfjord viser, andre konsekvenser for menneskene det gjelder. En undersøkelse av Daly (1989) viser at bruk av teknologi kan få folk til å bli mer opptatt av sine symptomer. Et utvalg personer gjennomgikk en EKG-undersøkelse for å forsikre dem at det ikke var noe galt med hjertet. Selv blant de med "normale" hjertefunksjoner var det flere som var mer usikre på om de var friske eller ikke etter at undersøkelsen var utført. Utifra slike undersøkelser er det derfor nærliggende å trekke en konklusjon om at det å bli utplukket som risikoperson for sykdom påfører folk en opptatthet av mulige symptomer. Dette kan muligens i neste omgang resultere i mer legesøking.

Kan så ikke folk selv bestemme om de vil være til oppfølging av helsevesenet? I teorien kan de det, fra medisinenes side er det et tilbud. Som vi ser av mine data, oppfatter ikke folk det som et tilbud, men som noe de skal gjøre. De av gifte menn som nøler, blir fulgt opp av konene slik at de holder kontakten med helsevesenet. Her er det også viktig å ha for seg at folk har en annen forståelse av risiko enn epidemiologien. Folk i Finnfjord har gjort det som medisinen er avhengig av for å få oppslutning om undersøkelsen. De har tatt inn over seg statistikken og oppfatter at statistikk på befolkningsplan kan brukes på dem personlig. Utifra mine data kan en si at folk oppfatter at hvis de ikke følger medisinenes råd, så er det en stor mulighet for at de får hjerte-karsykdom. For enkelte var det også slik at de oppfattet at de ville bli syke hvis de ikke fulgte rådene. At folk ikke setter spørsmålsteget ved om de skal benytte seg av helsevesenets tilbud eller ikke, må forstås som at de ikke ser på helsevesenets råd som råd, men som direktiver, hvis de skal unngå å bli syke. Folk ser heller ikke mulighet for å unngå å følge rådene, eller "hoppe av" i oppfølgingen. Dette fordi det er deres egen fremtid det gjelder. De oppfatter at de ikke kan nullstille seg i forhold til risiko for hjerte-karsykdom igjen, og la være å tenke på risiko for sykdom. De vet at de er utsatt, og kan ikke gå tilbake igjen til tiden før de fikk vite om sin risiko for sykdom.

Dette synet på risiko kan en også se i andre undersøkelser. I en studie av kvinner som er i risiko for å utvikle brystkreft, er det ei som sier at hun føler at hun må følge legens jevnlige undersøkelser, selv om hun selv synes hun blir mer og mer frustrert av det: " ... the woman is left feeling that she has no alternatives but to continue with medical surveillance. Faced with the fear of breast cancer, knowing that there is no way to prevent the disease and the early diagnosis is a woman's primary tactic for survival, this woman is caught in a bind of being both healthy and needing medical surveillance until her condition either becomes cancer or goes away. In her current state, can this woman ever walk away from her doctor and declare herself well?" (Gifford, 1986:234). Også for folk i Finnfjord er det vel denne usikkerheten som binder dem til helsevesenet og sørger for jevnlig oppfølginger.

De fleste undersøkelser som ser på menneskene som er involvert i risikoproblematikken, er mest opptatt av å se på i hvor stor grad folk følger helsevesenets råd. I den forbindelse blir det sett på hvordan helsevesenet "lykkes" i forhold til å få folk til å minimere sin risiko. Her er forskerne opptatt av å samle erfaring for å se på hvor mye folk reduserer sin risiko, og

skaffe kunnskap for å få folk til å følge helsevesenets råd. De fleste oppfølgingsundersøkelsene etter de ulike helseundersøkelsene i Finnmark er feks. av denne karakter. Likeså er det mange internasjonale undersøkelser av dette slaget (fekst. Toronto Working Group on Cholesterol Policy 1990, The Multiple Risk Factor Intervention Trial Group 1990). Det er få undersøkelser som ser på hvordan det er å leve med risiko. Det er derfor få undersøkelser min studie fra Finnfjord direkte kan sammenlignes med. Denne type forskning er utført de seinere årene. Dette avspeiler trolig at sosiologisk opptatthet av risikoproblematikken i forhold til medisinen er av forholdsvis ny dato.

Risikodiskusjonen sett i forhold til enkeltindividet har også blitt aktualisert de seinere årene etter at genetikken har hatt en rivende utvikling. Vi kan gå til slike studier for å få et bedre inntrykk av hva medisinen risikobetegnelser betyr for folk. I likhet med folk i Finnfjord forstår de ikke risiko i forhold til statistiske termer, men de oversetter det i forhold til sitt liv og sin hverdag. En engelsk studie (Parsons og Atkinson 1992) viser feks. at kvinner i familier med Duchenne sykdom⁴¹ omsatte den risikoprofil de hadde fått utarbeidet fra helsevesenets side, slik at det ga mening i deres hverdagsliv. Kvinnene oversatte det forskjellig. For noen betydde det feks. at de fortolket det slik at de bare kunne få døtre.

Vi ser at også folk i Finnfjord har et behov for å forstå risiko for sykdom i sin hverdag. De omsetter den informasjonen de får fra lege og fra massemedia i forhold til sin hverdag. For noen mennesker betydde det at de kombinerte den kunnskapen de fikk fra medisinen med egen eller andres erfaring om hva som var "farlig" å gjøre i forhold til å bli syk. Det vil si at den medisinske kunnskap ble fortolket og innarbeidet i deres erfaringsverden. I dette ligger det også en "lekmannsepidemiologi". "Kandidattankegangen" som en del av denne (Davidson et al. 1991), som gir folk en forestilling om at de på bakgrunn av feks. levemåte eller kroppsstørrelse kan "se" hvem som vil bli syk, var en måte å ordne kunnskap på.

⁴¹En form for muskelsvinn som forekommer utelukkende hos menn. Sykdommen føres genetisk videre gjennom kvinner.

Er det en egen sosiologisk risikorolle?

Fra mine data fra Finnfjord ser vi at folks opplevelse av å være i risiko setter krav til dem, og ikke minst til deres koner. I sosiologien opererer vi med rollebegrepet for å beskrive sosiale posisjoner det er knyttet visse rettigheter og plikter til (se feks. Merton 1968). For å forklare sosialt liv tar vi ofte utgangspunkt i rollebegrepet og de sett med forventninger som er knyttet til de ulike rollene.

Innen medisinsk sosiologi er det skrevet mye om helse og sykdom. Den samfunnsvitenskapelige forståelsen av sykdom er nært knyttet til avviksteori, der sykdom blir betraktet som et legitimt sosialt avvik. "Far" for denne retningen innen sosiologien er Parsons og hans beskrivelse av sykerollen (først og fremst i boka "The Social System" fra 1951). I et seinere arbeid (Parsons 1958) sier han at helse og sykdom først og fremst er knyttet til sosiale roller. Det å bli syk er en form for ubevisst handling, som oppfattes og besvares på ulike måter i forskjellige samfunn.

Hos Parsons (1951) har sykdom en dobbeltrolle. Sykdom er på den ene siden samfunnsprodusert. Han sier at mye sykdom er psykosomatisk, og det er vanskelig å skille mellom mentale og organiske sykdommer. Mange sykdommer og skader oppstår fordi mange har et ubevisst ønske om å trekke seg ut av samfunnet. Blir samfunnet vanskelig nok, er det mange som ønsker nettopp det.

På den annen side er sykdom truende for samfunnet. Den kan føre til at det blir for mange som faller utenfor og skaper uro i det sosiale systemet. Sykdom trekker folk ut av nødvendige funksjoner. Det kan feks. ødelegge produksjonen at altfor mange blir syke.

For å beskytte seg mot ubalanse i samfunnet ved at altfor mange av samfunnsmedlemmene trekker seg ut og skaper uro, blir det opprettet en egen rolle, sykerollen, som de syke kan gå inn i. Følgende krav og forventninger blir satt til denne rollen:

1) Den syke er fratatt vanlig sosialt ansvar.

Dette er selvfølgelig avhengig av hvilken sykdom en har og hvor alvorlig den er. Det er også et krav til folk for å beskytte dem mot å bli verre.

2) Den syke må tas vare på av andre. Han kan ikke for at han er syk, og må akseptere å få hjelp.

3) Den syke må selv ønske å komme ut av sykdommen så snart som mulig.

4) Den syke må også søke medisinsk hjelp og samarbeide med medisinske eksperter for å bli frisk igjen.

Den som er satt av samfunnet til å forvalte denne rollen, er legen. Han er både den som bestemmer hvem som har "lov" til å være syk, og hvordan en person best kan komme ut av den.

Mange forskere har seinere angrepet Parsons (1951) for at hans beskrivelse har begrenset gyldighet. Spesielt har det vist seg at hans teorier ikke er holdbare ved empiriske utprøvinger. Feks. sier Freidson (1970) at den bare er gyldig for akutte, livstruende sykdommer som i et avviksperspektiv er legitime for samfunnet. Som en del av den kritikken som er kommet av Parsons sykerolle er det også enkelte som har prøvd å komme med beskrivelser av sykerollen. Disse forsøker å ta opp i seg noe av det Parsons (1951) mangler.

De seinere årene har imidlertid en del av fagmiljøet tatt til motmæle mot en slik massiv kritikk. De sier at Parsons må kritiseres for det han har gjort og ikke bare i forhold til det han ikke har gjort. Album (1991) sier feks. at det var sykerollen som funksjonell institusjon for samfunnet som opptok Parsons. Han var opptatt av å få fram hvilke trekk ved sykerollen som gjorde dette avviket legitimt. Han henviser til Gerhardt (1989) som sier at formålet ikke var å gi en empirisk dekkende beskrivelse av rollen som syk eller pasient. Album (1991) sier videre at det dessverre er slik at "Parsons redegjørelse for sykerollen ofte blitt tatt for å være en autoritativ beskrivelse av mønsteret i de sosiale relasjonene syke mennesker går inn i. Men å undersøke sykerollens funksjoner, og å gi en empirisk dekkende beskrivelse av pasientroller er to forskjellige oppgaver" (Album 1991:29). Østerberg (1988) fremhever også at Parsons motstandere hevder at hans systematiske teori er for uklar og svevende til noensinne å kunne prøves mot virkeligheten. Han meiner imidlertid selv at det er den begrepsmessige og den systematiske tolkningen som er hovedsaken.

Parsons (1951) er fortsatt så sentral at de fleste sosiologiske debatter om helse og sykdom tar utgangspunkt i hans diskusjon av sykerollen. Selv om han blir kritisert, er hans bidrag til

forståelse av sykerollen noe av det mest helhetlige bidraget til en forståelse av hva sykdom er, og hva det betyr å være syk.

Hva så med forståelsen av risiko og risiko for sykdom? Er det mulig å se på risiko på samme måten som en behandler sykdom og sykerolle? Finnes det ei risikorolle på lik linje med sykerollen? På bakgrunn av tilgjengelig litteratur, er det få arbeider som ser på innholdet i dette begrepet, og hva det betyr for enkeltmennesket å tilhøre ei risikogruppe. Reint sosiologisk kan en si at det er lite litteratur som gir innsikt i den rollen en person går inn i. Det mest interessante arbeidet som jeg har funnet om dette emnet, er et gammelt arbeid av Baric (1969). Hans hensikt med å ta opp risikorollebegrepet er å prøve å gi en større forståelse for forebyggende arbeid. Baric (1969) klargjør risikorollebegrepet ved å kontrastere det til Parsons (1951) sykerollebegrep.

I forhold til Parsons (1951) sykerolle, gir Baric (1969) risikorollen følgende kjennetegn (s.32-33):

- a) I sykerollen er det en balanse mellom rettigheter og plikter. Risikorollen mangler denne balansen fordi det ikke er noen rettigheter knytta til den. Det er bare plikter.
- b) Sykerollen er institusjonalisert. Det vil si at det er en institusjon som legitimerer den (den kurative medisinen). Risikorollen er ikke institusjonalisert. Om en vil gå inn i den, er avhengig av individet uten noen formell godkjenning.
- c) Sykerollen ved akutt sykdom, har en begrenset varighet. Risikorollen (og kronisk sykdom) har ingen tidsbegrensning og atferden må opprettholdes. Personen i risiko må ta på seg plikter for en mulig gevinst i fremtiden.
- d) Sykerollen blir forsterket av den medisinske profesjonen og de sosiale omgivelsene. Bakgrunnen for dette er at den er institusjonalisert og at det er knyttet visse krav og forventninger til den. Risikorollen blir ikke forsterket av den medisinske profesjon eller omgivelsene. I stedet må en ofte kjempe mot fristelser fra omgivelsene (i form av visse typer mat eller sigaretter) og har liten forsterkning i forhold til helsetrusselen. Personen i risiko må få forsterkninger fra tynn, dårlig planlagt og spredt informasjon om helsetrusselen. Informasjonen kan også ha negativ effekt på grunn av den type appell informasjonskilden gir.
- e) Sykerollen er basert på reelle symptomer. Det vil si at det er en årsakssammenheng mellom symptomer og sykdom, og at det iallfall finnes behandling (som letter) symptomene.

Risikorollen er basert på abstrakt kunnskap om helsetrussel. Det vil si en statistisk sannsynlighet mellom en viss atferd og helsetrusselen. En forholder seg her til sykdommer hvor det ikke er noen sikker behandling.

f) Når en person blir syk, blir han (som oftest) ikke holdt ansvarlig for den. Ansvar for behandlingsresultater er i stor grad tillagt medisinen. For risikorollen er personen selv ansvarlig for den rollen han har tatt på seg. Selv om han endrer atferd (feks. i forhold til røyking), men unngår likevel ikke trusselen (får hjerteinfarkt), kan han ikke legge skylden på medisinen. Dette fordi forholdet mellom atferdsmønster og helsetrussel kun er basert på statistiske sammenhenger for totale populasjoner, og ikke kan overføres direkte til individnivå.

Som nevnt ovenfor er Barics (1969) hensikt med å ta opp denne debatten å få en bedre forebyggende medisin, slik at folks atferd kan endres. Han sier at vi må møte realitetene i de begrensninger og vanskeligheter som er i arbeidet med å endre folks atferd. Han sier at først og fremst må vi innse at vi ikke kan endre folks atferd uten aktiv deltagelse fra medisins side. Heller ikke kan vi endre alle menneskers atferd. Vi må derfor begrense oss til å arbeide med atferdsendringer hos høyrisikogruppene. Utifra disse forutsetningene sier han at for å få en god forebyggende medisin må vi ta utgangspunkt i de to rollene og følgende forutsetninger:

1) Formell aksept av høyrisikostatus.

Begrepet høyrisiko bør bli generelt akseptert og gjenkjent på samme måte som pasientbegrepet. På denne måten tar en et skritt mot å institusjonalisere risikorollen.

2) Institusjonalisering av risikorollen

Almenlegen representerer institusjon for å legitimere risikorollen. Hans oppgave bør da være å stadfeste risikostatus og forsterke den iblant.

3) Normer relatert til risikorollen.

Når begrepet risiko har blitt akseptert og legitimert av den medisinske profesjon, vil andre samfunnsmedlemmer gjenkjenne den. De vil utvikle normer som regulerer krav og forventninger til denne rollen. Personens omgivelser vil på denne måten presse han til å følge disse kravene. For å nå dette må personens omgivelser (familie, venner, arbeidskamerater) få opplysningskampanjer om risiko. Baric (1969) sier at det da vil bli lettere å gå inn i rollen og samarbeide om å gjøre en best mulig tilpasning til denne situasjonen.

Barics (1969) artikkel ble skrevet i den tiden forebyggende undersøkelser var i en oppstartingsfase. Noe av hensikten var som nevnt å få en forståelse for at forebygging er enklest hvis den medisinske institusjon også tar ansvar for disse som har forhøyet risiko for sykdom. Sett i forhold til Barics (1969) oppfatning av risikorollen, er det blitt synlige endringer siden denne artikkelen ble skrevet. I vårt land er risikogrupper etter dagens store befolkningsundersøkelser som oftest under oppfølging av representanter for helsevesenet. Fra helsevesenets side er risikorollen derfor i stor grad blitt institusjonalisert.

Ser vi data fra Finnfjord og familiene der, kan vi si at i forhold til rolleteori finnes det en egen rolle, risikorollen, som folk går inn i når de får beskjed om at de har forhøyet risiko for sykdom. De får en spesiell posisjon, som det er knyttet rettigheter og forpliktelser til, og som er anerkjent av miljøet rundt. I dette tilfellet omfatter mine data om miljøet bare den nærmeste familie. Opplysninger om resten av omgivelsene er bare kommet via risikopersonen selv og hans familie.

I hvor stor grad kan en kjenne igjen risikogruppeproblematikken for folk i Finnfjord ved å se den i forhold til Barics (1969) sammenligning med sykerollen? Her vil jeg teste hans risikorolle mot den empiriske realiteten, noe som er gjort med Parsons sykerolle og som det seinere er kommet kritikk mot. Jeg vil i denne sammenheng likevel se mine data i forhold til Baric (1969). Dette fordi jeg vil se om det er visse kjennetegn som gir en større forståelse av det å være i risiko i hverdagslivet.

a) Utifra data fra risikopersonene ser vi at folk i Finnfjord ikke oppfatter at det er balanse mellom rettigheter og plikter. De ser at det å være i risiko forplikter. De må benekte alt som er godt, og må holde seg unna ting de liker. Samtidig oppfatter ikke folk at det medfører noen rettigheter.

b) Her er det en stor forskjell fra Baric (1969). Dette avspeiler trolig at artikkelen er skrevet i en periode da risikostudier var i sin spede barndom. Risikorollen er for de fleste institusjonalisert gjennom den kurative medisinen. De føler ikke at de har noe valg i å ta på seg risikorollen. Dette er noe de blir "pålagt" av medisinen og omgivelsene. Den blir jevnlig forsterket ved at folk blir innkalt til helsevesenet, kontrollert og får vite sine måleverdier. De blir da minnet på hva de kan gjøre for å kontrollere sin risiko. For mennene anerkjenner ektefellen rollen, og kvinnene støtter opp om medisinsens råd.

c) I likhet med Baric (1969) antar folk at denne rollen ikke har noen tidsbegrensning. De ser at de må ta på seg mange forpliktelser for ikke å bli syk. Mange oppfatter muligheten for sykdom å være langt inn i framtiden.

d) Baric (1969) har som utgangspunkt at risikollen ikke er institusjonalisert. I Finnfjord er risikollen institusjonalisert og forsterket av den medisinske profesjonen og de sosiale omgivelser. Også risikopersonene opplever at informasjonen noen ganger er motsigende. Dette fordi ulike leger legger vekt på ulike ting, og ikke minst fordi media har skiftende fokus på hva som er "farlig" til enhver tid.

e) Folk i Finnfjord opplever at de ikke har symptomer å forholde seg til. Det de forholder seg til er statistiske sammenhenger om forholdet mellom risiko og sykdom. Selv om det er statistikk de forholder seg til, ser de ikke på det å være i risiko for sykdom som en mulighet for å bli syk. I motsetning til Baric (1969), tar de statistikken inn over seg og ser på den som en sannhet som gjelder seg selv. Det vil si at de vil bli syke hvis de ikke følger legens råd.

f) Folk i Finnfjord har en tendens til å forklare risiko i forhold til hva de kan gjøre for å bli kvitt risikostatusen. Mange meiner også at de har forhøyet risiko for sykdom fordi de selv har gjort noe galt eller har vært utsatt for uheldige omgivelser. De har feks. spist feil mat eller hatt en stresset jobb.

For folk i Finnfjord medfører det å være i risiko forpliktelser og få eller ingen rettigheter. Det de arbeider mot er et fremtidig mål om ikke å bli syk. Det store skillet i forhold til Baric (1969) er at de kriteriene han satte opp for å få atferdsendring, for å få folk til å arbeide for ei bedre helse, i stor grad er realisert i Finnfjord. Risikollen er i stor grad formelt akseptert. Den er også institusjonalisert gjennom helsevesenet. Mine data viser også at det er knyttet visse normer til det å være i risiko. Rollen er jevnlig forsterket av medisinen og omgivelsene (kona) og de som er i risiko opplever et sterkt press for å "følge legens ordre". Medisinen har derfor en "enkler" jobb med å prøve å få folk til å endre atferd. Mine data viser også at for mange blir det lagt godt til rette for at folk skal gå inn i risikollen. I forhold til de forutsetningene som Baric (1969) meinte måtte være til stede, skulle risikopersonene i Finnfjord ha gode forutsetninger for å tilpasse seg risikollen.

Mine data viser imidlertid at ser vi bare på den som er i risiko, får vi et snevert bilde som ikke fanger opp det komplekse forholdet ved risikoproblematikken. Det er også en annen

person som ofte er like viktig for å forstå risikoproblematikken. Dette er ektefellen til risikomannen. Denne rollen ser ut til å utfylle risikorollen og bærer en viktig rolleforventning i forhold til denne problematikken. Det virker som om denne rollen på mange måter er like vanskelig som å være i risikorollen. Slik risikorollen er utformet, setter den store krav til de sosiale omgivelsene, det vil si kona, for at risikopersonen skal få helsemessig gevinst. Kona til risikopersonen bærer mye av den usikkerheten som det å være i risiko medfører. I tillegg har de forpliktelser om å være den som sørger for at personen minsker sin risiko. Ofte må de gjøre dette uten samarbeid fra han som er i risiko. En kan stille spørsmål om det kanskje kan være lettere å være i risiko nettopp fordi kona avlaster risikopersonen i forhold til forpliktelser. De "overtar" mye av den usikkerheten og ansvaret som er forbundet med risikoproblematikken.

Det er altså to viktige roller i forbindelse med denne problemstillingen. Det å bare se på den ene rollen gir ikke et utfyllende bilde av hva det vil si å være i risiko for sykdom i denne bygda. I forhold til den rolleteorien det er vist til, er det bare fokusert på risikorollen. Vi ser at det er en del problemer knyttet til denne rollen, men for å forstå risikoproblematikken må vi også se på hva rollen kona-til-risikomannen innebærer. Hennes rolle kan vel mer passende gis betegnelsen "risikorollebærer", "risikorolleansvarlig", eller "risikorolleavlaster", fordi mannens rolle er avhengig av hvordan hun fortolker risikorollen. Kona er helt sentral i å bære de forventninger som settes fra helsevesenet. Hun fortolker dem slik at de settes inn i deres liv, og hun er i stor grad ansvarlig for at rådene blir fulgt. Hun er også bærer av mange av de frustrasjonene som er knyttet til risikoproblematikken. Kona er også kontrollør av risikorollen, og forsterker rollen jevnlig. I denne forbindelse kan en kanskje spørre om mennenes ofte labre interesse i å følge rådene er et resultat av at kvinnene avlaster dem. Det vil si at risikorollen vil være annerledes der det ikke finnes en slik avlastning. Dette er ting jeg vil komme tilbake til i hoveddiskusjonen (Del IV).

Medikalisering i Finnfjord

Slik denne risikorollen er blitt til, kan vi si at den er initiert av helsevesenet. Folk kommer i risikorollen ved å bli utvalgt etter deltagelse i en helseundersøkelse som alle mennesker i visse aldersgrupper i deres hjembygd ble invitert til å delta i. Invitasjonen var personlig og

i brev form. Størstedelen av befolkningen i Finnfjord deltok. Selv om folk fikk en invitasjon og ikke et påbud om å delta, så hadde ikke folk et reflektert forhold til å delta i undersøkelsene. De utviste heller holdningen at "det er sånt en gjør", samt at det representerer en god anledning til å få en legesjekk. For folk ble det oppfattet som et gode, og folk var takknemlige for at de har fått vite at de er i risiko for å få hjerte-karsykdom.

Deres risikoroller er altså et resultat av intervensjon fra helsevesenets side. Uten denne intervensjonen kan vi godt tenke oss at disse menneskene kan leve i mange år symptomfri og uvitende om at de har forhøyet risiko for sykdom. De aller fleste ville ikke utviklet hjerte-karsykdommer. Noen få ville gjort det, og antallet ville vært ubetydelig høyere enn det antallet som utvikler sykdom av ei risikogruppe som er til oppfølging (Jakobsen 1991).⁴² Data fra Finnfjord viser imidlertid at når folk blir sett på som risikogruppe, lever både risikopersonene og deres ektefelle som om risikopersonen vil utvikle hjerte-karsykdom, hvis de ikke får risikofaktorene under kontroll. Dette er i overensstemmelse med det som er nevnt tidligere om at folk må ta inn over seg en statistisk risikofordeling. Det vil si at alle i risikogruppen tror at risikostatus er et forstadium til sykdom. De oppfører seg som om de vil bli syke hvis de ikke følger legens råd.

Folk i Finnfjord er blitt fanget opp av helsevesenet uten at de har følt sykdom, illness, og denne undersøkelsen er initiert av helsevesenet. Helsevesenet kaller altså en slik oppfølging av de som har forhøyet risiko en intervensjon, en inngripping (se feks. Statens helseundersøkelser 1987). Mine data viser at for folk er konsekvensene mer enn en intervensjon. Det er kanskje mer korrekt å bruke invasjonstankegangen på slike helseundersøkelser som den vi ser fra Finnfjord. Mine data viser også at selv om det presenteres som et tilbud fra helsevesenets side blir det fra folk oppfattet som et direktiv, eller som "det er noe en gjør". Når folk er blitt utplukket som del av en risikogruppe, oppfatter de ikke at de kan velge å ikke følge legens råd. Redselen for å bli syk er så stor at folk ikke tør annet enn å følge rådene. Når de først har fått vite at de har forhøyet risiko, er det ingen vei tilbake. I en invasjon er det vanligvis motstand, noe kanskje mennene noen ganger

⁴²Jakobsen har beregnet hvor mange som unngår sykdom ved intervensjon i forhold til ubehandlet kolesterolnivå. Hans konklusjon er at det kun er ved svært høy kolesterolverdi (9 mmol/l) det er god effekt av intervensjon.

representerte. Men når folk ser på alternativet, som er alvorlig sykdom, er det vanskelig å ikke "overgi" seg til medisinen. Problemet er bare at folk må slåss med seg selv for å godta at det å følge legens råd er viktigere enn andre aspekter med livet. Data tyder på at risikogruppen i Finnfjord får et økt forbruk av helsevesenet som følge av å være i risiko. Dette skyldes først og fremst at risikorollen krever kontakt med helsevesenet, dernest fordi det er stor sannsynlighet for at folk får mindre toleranse til symptomer. Det er altså skapt ei risikorolle som er avhengig av medisinen. Den er opprettet av helsevesenet, og medfører en varig avhengighet av helsevesenet.

Hvis vi bruker begrepene til Kleinman (1980), kan vi si at slik folk oppfatter det å være i risiko for hjerte-karsykdom, er dette et område den folkelige sektoren er uten kompetanse. Det må leves med og fortolkes i hverdagslivet, men den folkelige medisinske sektor kan ikke gjøre annet enn å støtte opp om den medisinske sektor. Det er den medisinske sektor som kontroller ved hjelp av ulike medisinske teknologiske tester om folk gjør det "rette". Folk har ikke noen illness å forholde seg til. Dette betyr igjen en større avhengighet av helsesektoren, siden det er den som kan si om en er i risiko for sykdom eller ikke.

Bruker vi medikaliseringstankegangen i forhold til de funn vi har om risikogrupperne, kan vi si at hele vellykketheten til helsevesenets oppfølging av risikogrupper, er avhengig av at folk tar inn over seg medisinske krav til atferdsendringer. Data viser også at folk ønsker "å bli kvitt det". Derfor må folk ideelt sett følge legens råd for levemåte. Dette medfører medisinsk innflytelse over områder som de ikke tidligere har sett på som et medisinsk område. Vi kan derfor bruke begrepet medikalisering om det å gå inn i risikorollen. Det betyr at medisinen underlegger seg den folkelige sektoren når det gjelder dette. Samtidig ser vi at medisinen invaderer andre livsområder som mat og mosjonsvaner.

Men helsevesenet er ikke alltid invasjonsmakt. Store befolkningsundersøkelser er bare en liten del av helsevesenets virksomhet, selv om denne type kontroller av befolkningen er i stor økning. Like ofte er det folk som selv initierer kontakt, kanskje fordi de har et sett symptomer som de ønsker å få legen til å se på, eller det kan være en sykemelding som må attesteres av legen. Et spørsmål blir hvilken rolle helse, sykdom og helsevesenet spiller i livet til folk som ikke har erfaring fra store befolkningsundersøkelser. Hva betyr dette for legesøking? Data fra

bygda Nordfjord er egnet til å belyse dette spørsmålet. Feltarbeid er utført i bygda med 12-13 års mellomrom, og er rettet mot å studere hvordan folk ser på helse, sykdom og legesøking. Data herfra kan også brukes til å få en forståelse av hvordan endringer skjer, og deres holdning til og bruk av helsevesenet.

Del III: MEDISINSK KOLONISERING

NORDFJORD

På en av de større øyene i Nord-Norge ligger bygda Nordfjord, som med et folketall på 50-60 innbyggere er ei av de minste på øya. Som navnet tyder på ligger bygda ved Nordfjorden, en av de mange små fjordene i dette området. Bygda ligger innerst ved munningen av fjorden, og husene står tett i hverandre, som de ofte gjør i små nordnorske kystbygder. Storhavet står rett inn mot bygda, og det er ingen øyer som tar av for vinterstormene. Værforholdene har ført til at båthavna er plassert ca. 1 km. unna bebyggelsen, på "le-siden" av fjorden. Bosetningen er basert på slektskap og tilhørighet i bygda. Av unge par som har slått seg ned i bygda, er alltid den ene parten født og oppvokst der, mens ektefellen like ofte kommer fra ei av nabobygdene. De unge bygger eget hus etter kort tid, som regel på foreldrenes eiendom. Bygda ligger omkranset av høye fjell, og ser ut som ei typisk nordnorsk kystbygd slik feks. Holtedahli (1986) eller Anderssen et al. (1979) beskriver den.

Tradisjonelt har folk i bygda levd av fiske, kombinert med en liten gård med sauer, ku og noen høner. De har også en liten åkerlapp der de mest nødvendige grønnsaker dyrkes. På 60-tallet begynte noen av mennene i bygda å arbeide på industribedriften i Sentrum, kommunesenteret, et lite tettsted med ca. 1000 innbyggere. De ble da ukependlere. På den tiden var det ingen vei ut av bygda. Avstanden til Sentrum var noen timers marsj over fjellet i ulendt terreng. Eneste forbindelse med utenverdenen var anløp av lokalbåten et par ganger i uka. På den tiden hadde bygda egen udelt barneskole og telegraf, og i en kort periode også egen butikk.

Bygda ligger i Fjorden kommune. Tidligere delte kommunen distriktslege med nabokommunen Vika. Legen hadde kontordag i Nordfjord en gang i måneden. Ellers var det å stole på Vårherre og håpe på at helsa holdt, som de gamle sier. Turen til lege var lang over et værhardt hav. Ikke sjelden kunne ikke legen komme på grunn av værforholdene. Like ofte hendte det at legen lå værfast i ei av de andre små bygdene han hadde ansvar for. Fra gammelt av er folk i Nordfjord kjent for å være noen "hardhauser" som klarte det meste selv.

De kontaktet ikke legen i utide. En distriktslege som arbeidet i dette distriktet på 60-tallet sa det slik: "Når nordfjordingene ringer, er det bare å hente veska og begi seg i vei."

I 1970 ble Fjorden eget legedistrikt, omtrent samtidig som kommunen innførte 9-årig skole. Ungdomsskolelevne ble sendt til Sentrum, kommunesenteret i Fjorden kommune. Her bodde de på hybel, gjerne hos slektninger, og gikk over fjellet til Nordfjord sammen med fedrene hver lørdag ettermiddag.

På slutten av 70-tallet ble den 2 mil lange veien mellom Nordfjord og Sentrum ferdig. Fra og med skoleåret 1978-79 kunne ungdomsskolelevne bo heime. Det samme kunne mennene. Omtrent samtidig ble barneskolen nedlagt, og det ble satt opp skolebuss til Sentrum før og etter skoletid. Like etter begynte den første kvinna fra Nordfjord i lønnsarbeid, på alders- og sykehjemmet i Sentrum.

Metode

Data fra Nordfjord består av to feltarbeid. Et ble utført våren og sommeren 1981, det andre høsten 1993 og våren 1994.⁴³ Mitt første feltarbeid er altså utført et par år etter at bygda fikk vei. Det andre over 12 år seinere. I denne avhandlingen vil beskrivelse av folk i bygda og deres forhold til helse, sykdom og helsevesen primært være basert på data fra siste feltarbeid. Avhandlingen er rettet mot å se på endringer. Funn fra siste feltarbeid danner basis for beskrivelsen, mens data fra første feltarbeid blir benyttet som referanse for å se på endringer som har skjedd i denne bygda. For mer utførlig beskrivelse av bygda, metode og funn fra feltarbeidet i 1981, se Anderssen (1983).

Begge feltarbeidene består i hovedsak av flere samtaler, både formelle og strukturerte og uformelle og ustrukturerte, med alle voksne innbyggere i bygda. I tillegg har jeg bodd i dette samfunnet under feltarbeidene. Jeg har deltatt på de sosiale arrangementer som har vært, har pratet med folk og foretatt observasjoner. Forut for feltarbeidene har jeg testet ut de

⁴³Videre i avhandlingen vil data fra feltarbeidet i 1981 bli gitt betegnelsen "første feltarbeid" eller "første datainnsamling", og feltarbeidet fra 1993-94 vil tilsvarende bli gitt betegnelsen "andre datainnsamling" eller "andre feltarbeid".

spørsmålene jeg ønsket å diskutere. Før første feltarbeid ble spørsmålene testet ut på noen familier i ei nabobygd til Nordfjord, og før andre feltarbeidet på kolleger ved ISM. Gjennom disse samtalene fikk jeg inntrykk av hvordan mange folk snakker om helse og sykdom, samt tips om emner det er verdt å undersøke, og emner det kan være vanskelig å få informasjon om.

Av andre forberedelser er det viktig å nevne opphold i kommunesenteret i Fjorden kommune der jeg fikk adgang til offentlige dokumenter som gjelder kommunen. Av spesiell interesse var helse- og sosialplaner for kommunen. Før siste feltarbeid prøvde jeg å skaffe informasjon om endringer i kommunen. Jeg snakket med rådmann, sosialsjef (som ved siste feltarbeid var blitt til helse-og sosialsjef), og trygdesjef, samt helsepersonell som kommunelege og hjemmesykepleier. Jeg fikk på denne måten gjort helsepersonell i kommunen oppmerksom på min tilstedeværelse i Nordfjord. Jeg fikk også presentert og diskutert prosjektet med dem.

Før mitt andre feltarbeid startet, sørget jeg også for å bli oppdatert når det gjelder innbyggerne i bygda. Denne informasjonen fikk jeg av Per og Kari, et av de ekteparene jeg hadde hatt god kontakt med under første feltarbeid. De fortalte meg hvem som var døde, unge som var flyttet ut, og nye barn som var kommet til. Sammen tegnet vi kart over bygda og jeg fikk en grov oversikt over de demografiske endringer i bygda.

Etter råd fra dette paret valgte jeg å sende et introduksjonsbrev til alle husstandene i bygda noen dager før feltarbeidet tok til. I dette brevet presenterte jeg meg selv og prosjektet mitt. Per og Kari fortalte at folk i bygda etterhvert var blitt skeptiske til "forskere" som ringte og ville høre deres mening og de merkeligste ting. Da feltarbeidet tok til, så det ut til at alle visste at jeg kom. De fleste hadde hørt om det før brevet fra meg kom. Da jeg kom fikk jeg en svært hjertelig velkomst. Folk sa: "Der e du endelig," og "vi har no venta dæ," og ble ønsket velkommen til bygda. Flere hadde problemer med å forstå hvorfor jeg kom tilbake, i den forstand at de kunne ha noe positivt å bidra med til min forskning. "Men vesst du no trur at du får nokka ut av å snakke med oss, så..."

De første dagene av feltarbeidet ble brukt til å gjøre meg kjent med bygda, presentere meg for innbyggerne og snakke om felles kjente og vind og vær. Ved siste feltarbeid stakk jeg

innom flere av husene, og vi snakket om hva som hadde skjedd med både dem og meg siden første feltarbeid. Allerede på det tidspunktet ville folk snakke om tema for mitt arbeid, og jeg kunne gå forholdsvis raskt i gang med å samle inn data om dette emnet.

Første feltarbeid ble utført på sommerstid. Det var ei tid det var lett å komme i kontakt med folk uten å oppsøke dem heime. Folk oppholdt seg for det meste heime i bygda, og hadde kort ferie utenfor bygda. Jeg var på fotballbanen, kaia og høymarka og slo av en prat. Her møtte jeg mest menn. Kvinnene møtte jeg utenfor husene. De var ute og pratet med naboer, noen så etter egne unger eller barnebarn. Her var min datter, som da var 3 år, en god hjelper. Hun skaffet kontakt ved at hun lekte med ungene, eller snakket med eldre kvinner.

Jeg hadde også planlagt å legge mitt 2. feltarbeid til sommeren. Da jeg hadde vært på besøk i bygda og snakket med Per og Kari, så det ut til at det ville være vanskelig å gjennomføre dette arbeidet om sommeren. Etter å ha snakket med enkelte fra bygda viste det seg at omtrent alle reiser ut av bygda på ferie, ofte for en periode på opptil 4 uker. Folk rådet meg derfor til å utsette mitt feltarbeid til etter skoleferien.

En tur til bygda på dagtid gjorde meg oppmerksom på at "alle" var på jobb. Det at barna og folk i lønnsarbeid var borte fra bygda om dagen, gjorde at dette feltarbeidet måtte legges opp annerledes enn mitt første feltarbeid. Om ettermiddagen var det stille i bygda, folk var hjemme hos seg selv. Dette gjorde at det var vanskelig å treffe på folk. Jeg måtte være mer aktiv, og i større grad stikke innom folk enn ved mitt første feltarbeid. Det var ikke bare å starte en samtale ute, for folk var ikke ute på samme måte som ved første feltarbeid. Jeg oppdaget likevel ganske raskt en møteplass for de som var i bygda på formiddagen. Dette var ved postkassestativene etter at landpostbudet hadde levert posten i postkassene. Postkassene står på noen stativer ved bygdeveien, mens husene ligger ca. 10-50 m fra disse. Det betydde at folk måtte kle på seg for å hente posten. Ofte sto de i vinduet og kikket etter postbudet, og var klare til å gå ned til veien når de så han. Folk møttes ved stativene, eller de ropte over til en som sto ved et annet stativ. Der sto de og pratet med hverandre. Ofte resulterte dette i at de ble med hverandre hjem for å få en kaffekopp. Jeg sørget derfor for at jeg gikk en tur på dette tidspunktet, da kom jeg alltid i snakk med folk. De kom med kommentarer til det jeg arbeidet med, noe som ofte resulterte i en god prat, gjerne fulgt av en kaffekopp, hvor flere

enn jeg ble invitert. Jeg oppdaget også at en måte å få kontakt med de eldste kvinnene var å ta med seg deres post, hvis de ikke var ved stativet når landpostbudet kom. Dette satte de stor pris på, og kaffekjelen og praten var ikke langt unna.

Andre kunne jeg se i arbeid i grønnsaks- og potethagen. På dagtid kunne noen av de som arbeidet skift også sees i hagen. Ellers var det vanskelig å finne møteplasser med de som var i lønnsarbeid. Jeg kunne invitere folk med hvis jeg feks. skulle til Sentrum og handle. Jeg har hatt mange interessante samtaler i bilen. Like ofte møtte jeg folk fra Nordfjord på butikken i Sentrum. Når vi møttes, spurte omtrent alle kvinner og enkelte menn om hvordan det gikk, og om jeg "fant ut noe". Slike anledninger ble benyttet til å snakke om tema for mitt arbeid. Jeg hadde alltid på meg en notatbok hvor jeg ved første anledning skrev ned viktige observasjoner og informasjon.

Mange arbeider skift. Det hendte at de var hjemme om formiddagen, men de var likevel sjelden å se ute i Nordfjord. Derfor måtte jeg like ofte lage meg ærend for å treffe dem. Det var derfor vanskeligere å utføre feltarbeid i dette samfunnet nå enn i 1981. Jeg måtte arbeide mye med å finne arenaer der jeg kunne treffe folk. Det positive var imidlertid at folk var imøtekommende og vennlige.

Det formelle intervjuet ble avtalt på forhånd. I de fleste tilfeller ble det avtalt pr. telefon. Når det gjaldt ektepar, prøvde jeg å avtale et tidspunkt der begge ektefellene var til stede. For de som var skiftarbeidere kunne det som ved intervjuene i Finnfjord være vanskelig å finne et tidspunkt der både mann og kone var heime samtidig. Det kunne derfor ta litt tid å finne et samtaletidspunkt. Alle sa at det var greit at jeg intervjuet dem, men flere kom med den innsigelsen at de regnet med at de ikke hadde noe interessant å fortelle. Det viste seg seinere at enkelte av de som sa slikt, hadde mye å fortelle om temaet under mer uformelle samtaler.

Ved det formelle intervjuet møtte jeg opp til avtalt tidspunkt. Jeg hadde med intervjueskjema, og jeg noterte under intervjuet, som også ble tatt opp på båndopptaker. Ved første feltarbeid benyttet jeg ikke båndopptaker under det formelle intervjuet fordi jeg meinte at det ville virke som et hinder for folk. Intervjuene i Finnfjord hadde gitt meg en erfaring i at denne frykten nok var en del overdrevet. Folk så ganske snart ut til å "glemme" at jeg brukte båndopptaker.

En stor fordel ved å bruke båndopptaker var at jeg i ettertid kunne høre på hva som ble sagt, og fikk sitater ordrette. Folk var likevel oppmerksomme på båndopptakeren. Ved et par anledninger ble jeg bedt om å slå av båndopptakeren fordi den historia de skulle fortelle, ikke var egnet til å "ta opp". Ved to intervju benyttet jeg ikke båndopptaker. Det var i begge tilfeller konene som insisterte på at det ikke var noen vits at jeg brukte den, da de hadde så lite interessant å fortelle. Begge disse samtalene varte et par timer, og begge konene hadde jeg hatt lange samtaler med forut for det formelle intervjuet.

Som nevnt noterte jeg under de formelle samtalene. Så snart som mulig skrev jeg referat av intervjuene. Jeg skrev også ned andre relevante hendelser, som feks. folk som kom på besøk eller om noen hisset seg opp. Etter å ha foretatt intervjuene i Finnfjord, savnet jeg notater som ble foretatt under selve intervjuet. I Finnfjord hadde jeg basert meg på notater etter hvert intervju, samt utskrift av intervjuene. Det siste viste seg å ta lang tid. Blant annet syntes jeg det tok for lang tid før jeg kunne begynne å bearbeide intervjuene. I Nordfjord tok jeg heller notater parallellt og skrev ikke ut hele båndet etterpå. Dette førte til at jeg kunne begynne bearbeidingen raskere. Jeg kunne også lettere finne fram til uttalelser jeg anså som viktig på båndet. Jeg fikk også fram flere trekk ved selve intervjuene.

De formelle intervjuene ble som oftest gjennomført på kvelds- eller ettermiddagstid hos de som var i lønnsarbeid. Omtrent alle disse intervjuene foregikk i stua, mens mange andre samtaler foregikk på kjøkkenet. Hos pensjonistene har intervjuene foregått på både formiddag- og ettermiddagstid. I familier med små barn foregikk samtalene oftest etter at ungene hadde lagt seg. Intervjuene tok fra 1-3 timer, de fleste varte rundt to timer. Da jeg møtte til det formelle intervjuet, satt konene og ventet på meg. Det samme var tilfelle med de enslige mennene.

Som ved første feltarbeid var mange av mennene til stede da jeg kom. Flere av dem snakket litt med meg før de forsvant til andre sysler. Noen gikk litt til og fra intervjuet mens jeg var der. Jeg ba dem sette seg, eller spurte dem direkte. De svarte på det jeg spurte om, men føyde som oftest til at kona hadde bedre greie på disse tingene enn dem, før de forsvant igjen. For å komme med eksempler: En mann holdt på å male gangen da jeg kom, og tok små avbrudd for å snakke med meg. Døra var åpen, og ofte ropte han inn kommentarer til det kona hans

sa. En annen så ut til å være mer opptatt av det som foregikk på TV enn å snakke med meg. De kommentarene han kom med da jeg snakket med kona, tilsa likevel at han hørte etter hva som ble sagt.

Av de 14 gifte mennene i bygda, var de 5 yngste til stede under hele intervjuet. De fleste av dem meinte at kona hadde mer greie på helse og sykdom, men deltok likevel. Selv om de kunne sitte og se på TV, var de til stede og deltok iallfall i deler av samtalen.

Metodeproblemer

En del av mine data består i likhet med data fra Finnfjord, av intervju hjemme hos folk. Her opplevde jeg noen av de samme problemene som det jeg opplevde i Finnfjord, som at jeg feks. hadde liten styring om rammen rundt det formelle intervjuet. Imidlertid opplevdes det ikke i så stor grad som hemmende, fordi jeg i Nordfjord mer opplevde å være "på besøk" hos kjente. Slik ble det nok også oppfattet av folk. Det formelle intervjuet var ikke så forskjellig fra andre typer samtaler jeg hadde med folk der. Jeg tillot meg derfor mer frihet i å være med på å definere rammene, som feks. å spøke mer, og invitere mennene mer inn i samtaler jeg hadde med konene. Kom det folk på besøk, var det ingen problemer med å forklare hvorfor jeg var der, og like ofte satte de seg ned og deltok i samtalen.

Et av de største problemene ved å bruke slike metoder var at jeg kom nært inn på folk. Over to perioder har jeg levd i denne bygda. Dette betydde at jeg fikk kjennskap til mange ting som ikke ble betrodd meg som forsker, men som venn og medmenneske. Dette merket jeg spesielt når det gjaldt de eldre i bygda. De så ut til å sette pris på min tilstedeværelse, og var glade når jeg stakk innom. I slike samtaler fikk jeg høre om barn som ikke kom så ofte på besøk, men jeg fikk også se gleden de gangene de kom. Jeg har sett gjennom fotoalbum, og hørt mange historier om mennesker og hendelser som for meg er fra en svunnen tid. Under siste feltarbeid har jeg også gjenoppfrisket gammelt vennskap med mennesker jeg lærte å sette pris på under mitt første feltarbeid.

Dette betyr at jeg har brukt mye tid til aktiviteter som ikke direkte har sammenheng med problemstillingen for mitt arbeid. Jeg har måttet høre historier og prat som jeg ikke har hatt

noen interesse av å høre, og som jeg i forhold til mitt videre arbeid godt kunne vært foruten. Det har vært dager da jeg har oppsummert for meg selv at "i dag har jeg ikke lært noe nytt." Samtidig har dette vært vanskelig å unngå når arbeidet legges opp på denne måten.

Et problem ved å være så nær mennesker i en periode er at jeg etterpå føler et visst ansvar for dem. Mennesker har hatt glede av å ha meg der, de har brukt av sin tid på meg, som reiser derfra når jeg har fått de data jeg trenger. Dette er et problem det er vanskelig å finne det riktige svaret på. Et svar er at alle i bygda har visst hensikten med mitt opphold og den omtrentlige varigheten. Denne nærheten til menneskene har iallfall ført til at jeg i datapresentasjonen har hatt menneskene med meg. Når jeg skriver om dem, dukker de opp som enkeltpersoner, i større grad enn det som er tilfelle etter et enkelt intervju.

Dette har reist noe som enkelte forskere har betegnet som et metodeproblem, feks. hvordan skape distanse nok til å skrive ut data etter et slikt feltarbeid (Nielsen 1996). Jeg har ikke opplevd dette som et problem. Jeg har hele tiden vært bevisst på at hensikten med mitt arbeid i Nordfjord har vært å skaffe informasjon. Notater og lydbånd er derfor blitt behandlet med informasjonshensynet for øye. At jeg føler at jeg kjenner de menneskene jeg skriver om, er etter min mening en styrke i forhold til mitt arbeid. Det har medført at jeg har kjennskap til flere områder av en persons liv enn det som fremkommer gjennom et enkelt utsagn. Dette har jeg kunnet bruke som informasjon når jeg seinere har gått gjennom datamaterialet.

NORDFJORD I DAG

En fin sommerdag danner ramme om mitt gjensyn med Nordfjord etter 12 år. Selv om jeg i mellomtiden har hatt sporadisk kontakt med enkelte fra bygda, er dette mitt første besøk der på alle disse årene. Det er litt rart å være på vei dit igjen, og som alltid når jeg skal gå i gang med et feltarbeid har jeg "sommerfugler" i magen. Jeg både gleder og gruer meg, jeg gleder meg til å treffe folk igjen og høre hvordan de har det i dag, og jeg gruer meg til muligheten for at folk ikke skal ha tid eller interesse av å snakke med meg.

Ved enden av den blikkstilte Nordfjorden ligger bygda som den lå der 12 år før. Når jeg kommer nærmere, ser jeg at det er kommet etpar nye hus, ellers ser alt ut til å være som før.

Da slår det meg hvor stille det er. Det er ingen båter ute på fjorden, og båthavna ligger der med sine mange småbåter fint fortøyd. Det er ingen unger som springer i lek utenfor husene, og det er ingen heftig uteaktivitet rundt husene. Bygda ser helt forlatt ut.

Jeg drar inn i bygda og får se at stedet ikke er helt forlatt likevel. To gamle kvinner står og prater ved postkassestativet. De stopper opp da jeg passerer, de kjenner meg igjen, og jeg blir ønsket velkommen tilbake. De har begge hørt at jeg "var på tur" til bygda igjen. I barnesetet sitter min 1-årige datter som begge har hørt om. Gullungen blir behørlig beundret, før andre store og mindre nyheter fra mitt og deres liv blir utvekslet. Mitt feltarbeid er i gang igjen!

Endringer i bygda

På det ytre plan er det ikke skjedd store forandringer i bygda. Folketallet er på omtrent samme nivå som sist, ca. 60 personer. I noen familier er det kommet til barn siden sist, ungdommer er flyttet ut, mens noen av de eldste er død. En av mine viktigste informanter fra første feltarbeid, Jenny, døde vinteren før. Hun blir fortsatt nevnt som en som "hadde greie på så mye". Folk i bygda sier at det er ingen som kan ta hennes plass. Hun bodde sammen med sønnen. Nå bor han aleine, i likhet med flere andre.

I bygda er det nå 22 bebodde hus. Det er bygget tre nye hus. To av dem ligger ved innkjørseilen til bygda. Alle disse er bygget av menn fra bygda som har koner fra ei av nabobygdene. Under mitt forrige opphold bodde det ene paret med sitt eldste barn delvis hos konas familie i Sentrum, delvis hos hans familie. Et annet par hadde leid hus i Sentrum. Det siste paret var forlovet og bodde hver for seg. Han var fisker og bodde heime hos foreldrene sine, mens hun bodde og arbeidet i Sentrum. Alle de nye parene har barn og har bygd hus på foreldrenes eiendom. Det snakkes om andre unge som har lyst til å flytte heim igjen, bygge seg hus og etablere seg der. Imidlertid er det ingen med konkrete planer, feks. i form av husbygging.

Ved første feltarbeid arbeidet noen av mennene som fiskere, mens andre arbeidet ved bedriften på kommunesenteret. To av kvinnene var i lønnsarbeid, den ene i halv stilling. Begge arbeidet ved alders- og sykehjemmet i Sentrum, og hadde begynt å arbeide etter at veien kom. Ved siste feltarbeid arbeider de fleste mennene fortsatt i bedriften i Sentrum. På

grunn av leveranseproblemer ble det for noen år siden foretatt innskrenkninger ved bedriften. Dette fikk innvirkning for to menn fra Nordfjord. En ble førtidspensjonert og er i dag alderspensjonist. Den andre arbeider på et kommunalt sysselsettingstiltak.

Stillheten jeg la merke til på fjorden viser seg å ha sin forklaring. Det er bare en fisker igjen i bygda. En annen er nettopp blitt alderspensjonist. De andre tidligere fiskerne arbeider nå på oppdrettsanlegget som en av de yngre mennene fra Nordfjord er medeier i. Her arbeider også en av kvinnene fra bygda. Fiskeoppdrettet ligger like ved Sentrum.

Stillheten i bygda har i stor grad sammenheng med at det ikke er unger i bygda på formiddagstid. Førskoleungene er i barnehagen i Sentrum, mens de andre barna er i barne- og ungdomsskolen der. Barna deltar også i fritidsaktiviteter som musikkorps, svømming og andre idretter. Alle aktivitetene er lagt til Sentrum. Dette medfører at foreldrene kjører dem til og fra aktivitetene, for buss før og etter skoletid er det eneste offentlige kommunikasjonsmidlet (1 dag i uka er tilbudet litt utvidet).

Førskoleungene er begynt i barnehage etterhvert som mødrene deres er begynt i lønnsarbeid. Av kvinner i arbeidsdyktig alder er det bare ei kvinne som er husmor. Hun er i begynnelsen av 60-årene. To andre i samme alder er nå uførepensjonister⁴⁴ etter å ha arbeidet ute i flere år. Resten er i hel- eller deltids lønnsarbeid. Ei kvinne arbeider som hjemmehjelp i Nordfjord, de andre arbeider utenfor bygda. De fleste arbeider i pleie- og omsorgssektoren, på sykehjemmet i Sentrum eller i servicearbeid på industribedriften. Dette betyr at kvinnene i likhet med mange av mennene har skiftarbeid.

Sertifikatets betydning

Når jeg ber folk fortelle om de endringene som har skjedd i bygda på disse årene, nevner kvinnene sertifikatet. De sier at det var det som gav dem valgmuligheter, og etterhvert mulighet til lønnsarbeid. Ved forrige feltarbeid var det kun ei av de to kvinnene som var i lønnsarbeid som hadde sertifikat. Den neste tok sertifikatet året etter mitt første feltarbeid. De

⁴⁴Den ene er en av de to som var utearbeidende i 1981.

andre fulgte etter i årene som kom. To kvinner i arbeidsdyktig alder har ikke sertifikat. Den ene er hun som arbeider som hjemmehjelp i bygda. Den andre arbeider i Sentrum. Tidligere satt hun på med mannen som kjørte dit hver dag. Hvis hennes arbeidstid ikke korresponderte med hans, gikk hun på butikken for å finne noen hun kunne slå følge med heim. Nå er mannen alderspensjonist og kjører henne til og fra arbeid, uansett skiftordning.

Av mennene har alle i yrkesaktiv alder sertifikat. Omtrent alle tok det før veien kom til bygda. Å skaffe seg sertifikat i denne bygda har krevd stor innsats, ikke bare av økonomisk art. Nærmeste sjåførscole ligger i Handleby, 7-8 mil unna. Hit er det bussforbindelse via skolebussen til Sentrum morggen og ettermiddag. Mens mennene sier at de tok sertifikat for mange år siden, og snakker ikke mer om det, husker mange av kvinnene både årstall og nærmere omstendigheter omkring kjøreopplæringen. Berit, trebarnsmor i 50-årene og gift med Hans, var en av de første som tok sertifikat. Hun forteller: "Vi hadde no snakka om det, æ trengte sertifikat. Han Hans va mykje borte, æ va nødt til å ha det. Men æ hadde ikkje trua på mæ sjøl". Hun forteller også at hun ønsket å komme seg mer omkring. Hun syntes det var vanskelig å spørre andre om å få sitte på når hun hadde et ærend til Sentrum. En lørdagskveld da de satt og pratet, sier eldstesønnen på 16 at hun skulle ta sertifikat, han skulle hjelpe henne med penger hvis hun trengte det. "Æ gjekk rett til telefonen og ringte han Anton.⁴⁵ Æ visste at han va heime då. Og vekka etter begynte æ å kjøre. Det skjedde så fort at æ ikkje fekk tenkt mæ om." Det var et stort øyeblikk da hun tok sertifikat: "Æ begynte å kjøre 10.mars, og den 10.juni hadde æ sertifikat. Æ va over 40 år. Æ har ikkje angra en dag, sjøl om det kosta mykje og vi måtte prioritere det foran andre ting."

Andre kvinner forteller lignende historier. Synnøve forteller: "Bilen va kvinnefrigjøringa. Det va ikkje veien eller at kvinnfolkan jobbe no. No kan du putte ungan i baksetet og hunden med, og kjøre til butikken om ikkje anna."

Felles for kvinnene var at de fokuserte på at bilen ga kvinnene nye muligheter som de tidligere ikke hadde. Etterhvert som kvinnene tok sertifikat begynte de i lønnsarbeid. De

⁴⁵Anton er opprinnelig fra ei av nabobygdene. Han er bosatt i Handleby og driver egen kjørescole der. De fleste fra Nordfjord og nabobygdene har fått sin kjøreopplæring hos han.

understreker heile tida at sertifikatet kom før lønnsarbeidet, og oftest før de hadde begynt å søke jobb.

Fritidsaktiviteter

Da jeg kom tilbake til bygda for første gang på 12 år, var stillheten ikke bare preget av at det var mindre folk ute. Dyrene var også borte. Det er bare et av fjøsene som rommer sauer nå. Resten av fjøsene står tomme. Familiene har utover på 80-tallet avviklet dyreholdet. De nye husene har ikke bygd fjøs. Dyreholdet ble drevet av kvinnene. Hanna og Lars forteller hvorfor de sluttet med husdyr i 1986. Han sier: "Ho arbeidde, æ arbeidde, vi fekk ikkje tid." Hun fortsetter: "Æ orka ikkje det der. Når æ fekk ferie, så måtte æ gå her - æ orka det ikkje."

I likhet med dette paret forteller andre at de syntes det ble for tungt når begge var i jobb utenfor heimen. Å slutte med fjøsdrift betydde at de slapp det daglige ansvaret for dyrene, samtidig som de ble fleksible til å reise bort når de fikk ferie. I 1981 brukte ennå mennene mesteparten av sommerferien i høymarka, samt at familien kanskje reiste for å besøke slektninger noen dager. I dag reiser de fleste bort på sommerferie. Mange reiser langt. Sydenferie er ikke lenger en sjeldenhet, noe det heller ikke er i nabobygdene. Utover i 80-årene og videre på 90-tallet har flere og flere familier hatt en eller flere sydenturer. For noen av alderspensjonistene er turen blitt til en jevnlig foreteelse.

For noen år siden giftet ei av jentene fra Nordfjord seg med en mann fra et sydeuropeisk land, forøvrig et av de mest populære reisemål for sydenferie. Bryllup ble holdt på hans hjemsted, hvor de nå er bosatt. Da hun giftet seg, reiste foreldrene, søsken, samt søskenbarn, onkler og tanter fra Nordfjord og nabobygdene for å feire bryllup. Seinere har flere fra bygda vært på sydenferie, kombinert med besøk hos henne.

I helgene drar mange på hytta. De siste 10 årene har 6 av familiene bygd hytte i Ørnedalen, et populært utfartsområde et par timers kjøring fra Nordfjord. Familier fra nabobygdene har hatt hytte her i mange år. Nordfjord-familiene som har bygd hytte er av de yngste i bygda, bortsett fra en familie som har bygd hytte sammen med datter og svigersønn. Om sommeren fisker de, og om vinteren går de på ski. Flere av mennene er ivrige jegere, så i jaktida

benyttes hytta hver fridag. Mange er også glade i å plukke bær, og bruker hytta som utgangspunkt for denne aktiviteten. Andre forteller at de siste årene er de begynt å benytte helger og fridager til å dra på besøk til barn, søsken og annen familie utenfor bygda. Eldre i bygda sier at det er vanskelig å finne folk heime nå, også utenfor arbeidstid. "Dem e borte når dem før va heime," som ei gammel kvinne sier.

Fjøsene står som nevnt tomme. Men potet- og grønnsakhagen har alle beholdt. Også de nye husene har opparbeidet hage. Alle husstander er omtrent selvforsynte med poteter og gulrøtter. Mange dyrker jordbær og prøver seg på andre typer grønnsaker og urter. Utover sommeren og høsten brukes mye av fritiden til vedlikehold og potetoptak.

Omtrent alle familier har egen båt. Fortsatt er de fleste selvforsynt med fisk. I likhet med de eldre lager også de unge sin egen fiskemat. De kjøper også inn kjøtt i store partier. Det er sjelden at folk fra bygda kjøper kjøtt og fisk i småposjoner hos kjøpmannen i Sentrum.

Alderspensionistene i bygda er knyttet til Sentrum gjennom pensjonistforeningen. Møtene der vil ingen gå glipp av. Under mitt opphold i bygda var det møter i pensjonistforeningen. De gamle snakker om disse mange dager i forveien, og gjorde meg oppmerksom på at den kvelden var de nok ikke hjemme. Pensjonistforeningen arrangerer mellom annet bingo. Dette er meget populært blant pensjonistene i Nordfjord. Et par ganger i året arrangerer foreningen også utflukter, noen av dagers varighet. Disse turene er høydepunkter. Alle eldre viste bilder og fortalte om opplevelser fra slike turer. Ei kvinne fra Nordfjord har tillitsverv i denne foreningen.

Helsevesenet

Fjorden kommune har egen kommunelege og turnuskandidat. Da Fjorden ble eget legedistrikt, sto legestillingen ofte ubesatt. Dette bedret seg mot slutten av 80-tallet. På denne tiden fikk kommunen også egen turnuskandidat. Begge er bosatt på Sentrum. Fortsatt er legedekningen lite stabil. I likhet med turnuskandidatene har kommunelegen kommet og gått. I tidsrommet

mellom mine to feltarbeid har befolkningen stiftet bekjentskap med 15-20 leger.⁴⁶ Den faste kommunelegstillingen har vært vanskelig å få besatt. Leger som hittil har fungert i stillingen, har som regel vært i stillingen noen måneder etter endt turpustjeneste. I tidsrommet mellom legeskiftene har leger fra nabolaget eller kortvarige engasjementer fra utenlandske leger sørget for legetjenesten. På slutten av 80-tallet var en lege bosatt i distriktet i nesten 3 år. Denne legen var folk svært fornøyde med. De refererer ofte til henne når de forteller om legetjenesten. I tiden mellom de to feltarbeidene har altså distriktet hatt egen lege hele tiden, men folk har hatt stadig nye leger å forholde seg til. Det som imidlertid skiller distriktet fra tidligere, er at det alltid er lege tilgjengelig i kommunen. Om legen er der for kortere eller lengre tid, er det likevel alltid en lege til stede. Fra kommunalt hold arbeides det med tiltak for å få leger til å bli i distriktet.⁴⁷

Foruten legetjenesten danner hjemmesykepleien grunnlaget i den kommunale helsetjenesten. To sykepleiere, som begge er bosatt i Sentrum, arbeider i denne tjenesten. De har begge familietilknytning til distriktet. Folk i Nordfjord kjenner dem, og flere av innbyggerne i Nordfjord har i de seinere årene hatt hjelp fra dem. Hjemmesykepleien var i ferd med å bygges ut under mitt første feltarbeid. Den ene gikk da i 1/2 stilling som hjemmesykepleier. På det tidspunktet var det ingen i Nordfjord som hadde benyttet denne tjenesten. Hjemmesykepleier arbeider på formiddagstid mandag til fredag.

Mange av de eldre i bygda forteller at de har benyttet hjemmesykepleier når det har "vært noe". De har oppsøkt hjemmesykepleier når hun har vært i bygda for å stelle en syk. De har da fått hjelp for sine problemer. Eldre forteller også at hjemmesykepleierne stikker innom når de har ærend i bygda, da for å høre om de trenger hjelp. De eldre i bygda snakker mye om de to sykepleierne, og forteller hvor flinke og greie de er.

Eldre mennesker som er syke og ikke kan bo hjemme, får tilbud om plass på alders- og sykehjemmet på Sentrum. I 1981 var det en person fra bygda som i en periode hadde vært der (han var død før siste feltarbeid). Under siste feltarbeid er det ingen fra Nordfjord som

⁴⁶Statistikk utarbeidet av kommuneadministrasjonen.

⁴⁷Samtale med helse-og sosialsjef.

bor der. To av de eldre enslige kvinnene har problemer med å klare seg aleine. Ingen har barn bosatt i bygda. De får hjelp av naboer, og barna som bor i nærheten kommer på helgebisøk. Begge disse to bor hos barna i lange perioder om vinteren.

Hvis folk trenger kontakt med lege utenom kontortid, må de ringe en vaktsentral i nabokommunen. Denne sentralen ble opprettet for noen år siden og hensikten var å dele på vaktbelastningen mellom legene i kommunene. På sentralen opplyses det hvilken lege som har vakt. Det kan da enten være en av legene i Sentrum eller i nabokommunen.

Andre offentlige hjelpeordninger

Ei av de eldre kvinnene som bor aleine, har fått installert trygghetsalarm. Det er hun svært fornøyd med. Noen eldre har også hjemmehjelp. Janne fra Nordfjord har denne jobben.

Da Odin⁴⁸ ble syk, ble det fra kommunalt hold ordnet med skyss for han en gang i uka til Sentrum for å handle. Tilbudet ble raskt utvidet til å gjelde andre eldre uten tilgang til bil. Et par år etter ordningen ble innført er det i alt 4 eldre, enslige kvinner som drar inn til Sentrum hver torsdag. De to mannlige alderspensjonistene har egen bil. Ei kvinne i Nordfjord som er uførepensjonist er ansatt for å kjøre dem til Sentrum. Pensjonistene betaler vanlig bussbillett. Her får de handle og gå i bank og posthus, som begge ligger vegg i vegg med butikken. Både pensjonistene og sjåføren forteller at etter ærendsrunden kjører de alle til alders- og sykehjemmet. Der benytter de anledningen til å besøke venner og kjente, og få seg en kopp kaffe. Turen til Sentrum varer alltid 3-4 timer. Sjåføren får betalt for 2 timer. De eldre kvinnene forteller at etter at dette tilbudet kom, er det blitt mye enklere for dem. De slipper å plage noen for å få gjort sine nødvendige ærender.

Eldre som ønsker det, får brakt middag fra alders- og sykehjemmet. Ingen i Nordfjord benytter seg av dette tilbudet. Alders- og sykehjemmet fungerer likevel som en servicebedrift for hjemmeboende eldre i distriktet. Ei kvinne fra Nordfjord går til foterapeut en gang i måneden. Andre benytter seg av frisøren som også har faste timer ved institusjonen.

⁴⁸Han døde 1/2 år før starten på mitt siste feltarbeid.

Et nytt tilbud som noen av de eldre i bygda har benyttet, er fellesordningene for syketransport mellom kommunene. For folk som ikke kan reise med offentlige transportmidler til sykehus, ble det fra slutten av 1990 organisert egen transportordning med drosje. Transporten samordnes fra en egen sentral i Handleby. De som har benyttet dette, sier det er et flott tilbud, og de snakket mye og gjerne om dette.

Skoletannlegen kommer til Sentrum fra en av nabokommunene to dager i uka hele skoleåret. Folk forteller at denne ordningen først og fremst er beregnet på skolebarn, men de voksne i distriktet kan benytte seg av den "hvis det er noe".

En dag i uka går det buss fra Nordfjord som korresponderer med videre transport til Byen, noen timers kjøretur unna, hvor blant annet sykehuset ligger. Bussen går fra Nordfjord tidlig om morgenen. Den går tilbake om kvelden, slik at det skal være mulig å reise fram og tilbake samme dag. Mange fortalte om dette tilbudet, som er noen år gammelt. Det viste seg imidlertid at de fleste visste hvilken ukedag det var, men da de skulle fortelle meg rutetidene, fikk jeg opplyst ulike tidspunkt.⁴⁹ Folk forteller om dette tilbudet på samme måte som de forteller om andre og forbedrede trekk ved utviklingen: "... tenk, no har vi også fått..." Det viste seg at ingen i bygda hadde benyttet seg av denne reisemåten til Byen. "Det e jo veldig greit hvis du skulle trenge det," sier de - og den dagen har de også ekstra bussforbindelse med Sentrum. Bussen på kveldstid er ofte benyttet.

En tur til sykehuset er for de fleste i bygda ikke noe de vil gjøre unna på en dag. "Når en først er der," sier de, vil de kombinere det med handling og besøk hos familie. De fleste velger derfor å overnatte i Byen. De gamle som er storforbrukere, er fornøyd med drosjesamkjøringen mellom kommunene, og bruker det tilbudet når de skal til sykehuset. I september-93 hadde ei kvinne allerede benyttet drosje til sykehuset i Byen 11 ganger dette året.

⁴⁹Jeg oppdaget selv rutetidene etter å ha bodd ei tid i bygda.

Aktiviteter i bygda

Det er ingen kvinneforening⁵⁰ i Nordfjord lenger. Kvinnene forteller at den ble gradvis oppløst etterhvert som kvinnene begynte i lønnsarbeid. Klubben har ikke hatt møte siden 1991. Det var ikke lønnsarbeidet i seg selv som var problemet, men skiftarbeidet vanskeliggjorde sammenkomstene.

En av "ildsjelene" i bygda forteller at like etter at veien kom så bygdelivet ut til å gå i oppløsning. Alle aktiviteter i bygda stoppet opp. Dette har imidlertid endret seg de aller siste årene. Et par år før siste feltarbeid var han en av initiativtakerne for å overta den gamle skolestua av kommunene. Etter overtagelsen ble den satt i stand på dugnad, og ombygd til grendehus. Flere enn han forteller hvor koselig dugnadstida var. Mennene malte og ordnet og kvinnene laget vafler og kaffe. Skolestua står nå nymalt og flott. En lørdag i måneden er det ettermiddagskafé der. Da møtes både gamle og unge, og prater og koser seg. Baking og kaffekoking går på omgang. Overskuddet går til velforeningen i bygda, til fremtidig vedlikehold og investeringer. En gang i blant er det også "kosekvelder" det vil si lørdagsfester der. Den gamle skolestua brukes også til store arrangementer som barnedåp og bryllup. Da leies den ut gratis til bygdas innbyggere.

Det hender også det arrangeres diskotek på skolestua. Da kommer også ungdom fra nabobygdene. I velforeningen er det en ungdomsrepresentant. Folk med barn ønsker et tilbud for unge i heimbygda, slik at de holder seg der i helgene. De unge blir derfor forsøkt dratt med på de aktivitetene som finnes i bygda.

Hvert år arrangeres en annen stor dugnad. Det paret som fortsatt har sauer ordner høyonna som dugnad. Svingersøsteren forteller: "Han Fredrik orka ikkje med den høyinga, ja då blei vi enig om å ha dugnad. Han har over 60 saua, så du skjønne det e nokka." Til dugnaden lager kvinnene lapskaus og baker kaker. I pausene er det samling med god mat. Foruten bygdefolket kommer det også noen fra nabobygdene for å hjelpe.

⁵⁰Ved første feltarbeid var det en aktiv kvinneforening i bygda. Møtene gikk på omgang, og de møttes for å gjøre handarbeid og prate. Ingen av de yngste kvinnene var medlem.

Møtesteder

Nordfjord i 1981 var preget av et tett nettverk, spesielt mellom kvinnene i bygda. Nettverket hadde stor grad av intimitet. Nettverket var viktig for informasjonsutvikling på mange områder av livet, også når det gjelder sykdom og symptomer. Opprettholdelse av nettverket er betinget av at folk møtes og snakker sammen. Da jeg utførte mitt feltarbeid i 1981, var noen av møtearenaene i bygda nettopp avskaffet, i og med at veien hadde "overflødiggjort" enkelte funksjoner. Før veien kom, var som nevnt eneste kontakt med omverdenen lokalbåtanløp to ganger i uka. Det betydde samtidig postleveranse. Et av husene hadde innredet eget postkontor, som også fungerte som telegraf. Det var ikke fast åpningstid, men det var alltid noen til stede, slik at folk kunne komme og gå som det passet dem. I samme huset ble det i en kort periode på 60-tallet også drevet butikk.

Selv om bygda hadde eget postkontor, var det vanlig at folk møtte opp for å hente posten når lokalbåten kom. Først gikk de "på lokalen", det vil si gikk til kaia når lokalbåten kom, for å hilse på folk som reiste forbi, eller hente egne varer som ble sendt fra kjøpmannen i nabobygda. Siden gikk de med postbestyreren til huset hennes og ventet på at posten ble sortert, slik at de kunne få brev og "ferske" aviser med seg heim. Folk forteller at mens de ventet, ble det utvekslet nyheter og problemer naboene imellom. Umiddelbart etter at veien kom, sluttet lokalbåten å anløpe Nordfjord. Posthuset ble nedlagt, og landpostbudet leverer nå post i postkassene. Nærmeste postkontor er i Sentrum. Når folk forteller om bygda (både under mitt feltarbeid i 1981 og i 1993-94) sier de at ventetiden hos postbestyreren og turen "på lokalen" er av de tingene de savner mest i bygda. "Landpostbudet laga et sår i det sosiale miljøet," sier ei kvinne, "og det tar tid å lege dette såret med andre ting."

I det "gamle" samfunnet,⁵¹ var det også vanskelig å holde på en hemmelighet når det gjaldt sykdom. Til langt ut på 70-tallet var det bare telegrafen som hadde telefon. Det betydde at det ble lagt merke til enhver telefonsamtale. Folk forteller at "alle" i bygda visste det hvis en hadde ringt til lege. Når en gikk til telegrafen, i alle fall utenom formiddagstid, var det oftest for å ringe lege, og ryktet spredte seg raskt. De forteller at det ikke var uvanlig at flere av

⁵¹Her meiner jeg tiden før mitt første feltarbeid.

bygdefolket stakk innom like etter en hadde ringt lege. Telegrafen ble også avviklet etterhvert som folk kjøpte seg egen telefon. I 1981 var telegrafene i ferd med å bli avviklet, og de fleste hadde egen telefon. I dag er det telefon i alle husene i bygda.

Butikk

Bygda har liten erfaring med egen butikk. Før veien kom, bestilte folk varer fra Sørfjord⁵² eller Sentrum. Varene ble enten sendt med lokalbåten, eller de dro til Sørfjord med egen båt. Hvis en bestemte seg for å dra til Sørfjord, spredte ryktet seg raskt i bygda. Handleliste ble levert, og etterpå møtte de opp på kaia for å hente varene. "Og da fikk vi oss en prat," forteller de. Folk handlet "på bok" hos kjøpmannen, og regningen ble betalt når de var et ærend der. Tok det lang tid, sendte de penger med andre for å ordne opp i det de skyldte. Vanligvis handlet de ikke på bok over lengre tid enn en måned.

En annen måte å handle på, var å bestille varer pr. telefon fra Sørfjord. Varene ble da sendt med den første fra Nordfjord som kom innom butikken. Det var ofte en av fiskerne som leverte fangsten der. Like ofte skjedde det at mennene som arbeidet i Sentrum måtte bære varene heim. Ei 5-barnsmor forteller hvor slitsomt dette kunne være. Mannen hadde dype sår på ryggen når han om lørdagskvelden kom heim med ryggsekken full av mat. Mannen selv vil ikke kommentere dette. Han sier at det bare var slik det var den gangen.

Besøkskontakt

Av de ting omtrent alle tok opp når vi snakket om bygda ved siste feltarbeid, var at forholdet mellom folk hadde endret seg. Omtrent alle snakket om at ingen har tid lenger, og at folk ser lite til hverandre. Spesielt eldre sa stadig at "Folk går ikkje på besøk lenger." Omtrent alle beklaget at det ikke var samhørighet mellom folk, og at de snakket så lite sammen. Mangelen på kontakt mellom folk i bygda ble fremhevet. Et interessant trekk var at mange menn engasjerte seg og fortalte om hvordan det var "før". "Før" var slik det ble fremstilt, "før veien

⁵²Ei bygd som geografisk ligger nærmere enn Sentrum. Bygda har nå ca. 100 innbyggere. Etter at veien kom, er avstanden til Sentrum den tidsmessig korteste.

kom".

Anna er gift med Petter fra Nordfjord. Hun flyttet til bygda et par års tid etter mitt første feltarbeid. Hun sier at da hun kom var hun den eneste kvinne som arbeidet full stilling (i Sentrum). Hun forteller at hun opplever stor forandring i bygda. Tidligere var det ei bygd med stor aktivitet og mye kontakt mellom folk. Da hun kom ville hun bygge hus og slå seg ned der nettopp fordi hun opplevde bygdemiljøet som annerledes og med spesielle kvaliteter. Stikkord her var nærhet mellom menneskene, hjelpsomhet og frihet. Hun sier at forholdet mellom menneskene har forandret seg siden hun flyttet dit. Hos Anna og mannen er det nå sjelden at folk "stikker innom", slik de gjorde de første årene.

Bygda har forandra seg på andre måter også, sier hun. Nå får hun alltid høre det hun betegner som overfladiske ting, feks. sier hun at hun vet når folk pusser opp. Hun får også ta slike endringer i øyesyn etter ei tid. Det hun ikke lenger vet noe om, er hvordan folk "har det". Har de feks. problemer de trenger å snakke om, og hjelp til å løse. De første årene hun bodde i bygda visste hun mer om folk. Hun sier at hun følte at hun tidligere kjente naboene bedre. Men hun meiner at bygda fortsatt er et eldorado å vokse opp i for de to ungene hennes. De har stor frihet og kan gå hvor de vil, bortsett fra kaia. Ellers, sier hun, er det å bo i Nordfjord som å bo hvor som helst, feks. en bydel i Byen. Når andre unge kvinner skal fortelle hva som er spesielt med å bo i bygda, fremhever også de frihet for ungene. I bygda er det nå 10 unger i førskole- og grunnskolealder. Det finnes ingen lekeapparater eller lekeplass der. Når ungene er hjemme leker de hvor de vil, bortsett fra den før nevnte kaia.

I likhet med Anna fremhever andre unge at det ikke er noe spesielt med Nordfjord lenger. Det blir beskrevet slik: Om dagene er folk på jobb, ungene er på skole eller barnehage, de drar heim, lager mat, og kjører eventuelt ungene til fritidsaktiviteter. Så er det å se litt på TV før de legger seg. Og de snakker kun med ektefelle og unger. I helgene reiser de på hytta, eller så drar de på lørdag formiddag til Handleby eller Sentrum for å handle - gjør det husarbeidet de skulle gjort resten av uka, og slapper av foran TV.

Ungdom som er flyttet heimefra, enten for å gå på skole eller for å jobbe, kommer ofte heim i helgene. På fredags- og lørdagskveldene reiser de sammen med ungdomsskoleelevene inn

til Sentrum. Der møter de gamle venner, finner et "ledig" hus, eller går og driver langs veiene. Ofte overnatter de hos venner i Sentrum. Foreldrene forklarer at blant de unge er det slik at jentene ønsker seg vekk, mens guttene trives bedre heime. Guttene er opptatt med båten eller laksesettet. Om sommeren går de ofte på fisketur i ferskvann, og om høsten på jakt sammen med fedre eller onkler. Jentene har ikke fritidsaktiviteter som knytter dem til bygda på samme måten som guttene.

De fleste knytter endringene i bygda til to ting, kvinnes yrkesaktivitet og mindre avhengighet av hverandre. Før var det vanlig at folk stakk innom for å låne ting hos hverandre. "No e folk så sjølberga og klare seg sjøl. Dem skaffe sæ det dem treng på butikken og fer dit - ofte med tom bil," slik en mann ordla seg. Flere kommer med eksempler på nærheten som var mellom menneskene tidligere. I likhet med flere andre trekker Ole fram dette eksemplet på nærheten i det "gamle" samfunnet: "Når du så lyset fra en båt uti fjorden, gikk du ned og sto klar til å dra båten inn. Du tenkte ikkje over det, det va sånn det va. Du vesste at alle måtte hjelpe tell for å få den opp." Han forteller også at var det noen som hadde fått mye fisk, ble det fisk på hele bygda. I likhet med andre understreket han at folk var avhengige av hverandre, mens de nå er blitt selvhjulpne og ikke trenger hverandre. Han sier at "No kjøre folk til Sentrum med tom bil, og spør ingen om å være med." Andre formulerer uavhengigheten slik: "Dem har bil og hiv sæ i bilen," som ei eldre kvinne sier. Folk besøker hverandre mindre nå enn før. Mens kvinnene forklarer det med at folk er blitt mer opptatte fordi begge ektefellene er i jobb, er det flere menn som formulerer seg like klart som denne mannen: "Då kjerringan begynt å jobbe, det va då alt forandra sæ." Bjørg sier: "Enten så e man på arbeid, eller så e man heime i huset."

Samtidig er folks forhold til "før" og "nå" dobbelsidig. Alle, spesielt kvinnene, fremhever at de synes at de har det bedre nå. De sier at de tenker med gru tilbake til hvor tungvint alt var før, og bruker ord som "godt" og "trygt" for å beskrive livet nå. På den annen side klager omtrent alle på at folk ikke har tid til hverandre lenger. Som nevnt er "før" og "nå" slike ting som spesielt de eldre og mennene i bygda er opptatt av. Det er ofte menn som forteller lignende historier som Oles for å illustrere hvor godt samhold det var i bygda før, og hvor mye folk brydde seg om hverandre før.

Et mål for hvor lite kontakt folk har med hverandre er besøk av sykebil i bygda: "Sykebilen kan være her og det kan gå daga før æ veit kem som e sjuk." Lignende utsagn fikk jeg høre i nesten alle hus i bygda. Etter ei tid får folk likevel vite hvem sykebilen hentet. "Det spørres no," sier de. Sammenlignet med "før" er forskjellen at de før visste hvem som var syk og trengte syketransport lenge før den kom til bygda.

Folk sier altså at de ser mindre til hverandre enn før. De fleste beklager det: "Det e synd at det skal være sånn," sier ei kvinne. "Æ veit ikkje ka det e, om det e tida eller... Vi kan ikkje skylde på TV, før det hadde vi før, det fikk vi i -66 eller -67." Også hun konkluderer med at det må være at folk er så opptatt nå, og at de ikke trenger hverandre som de gjorde før. Hun sier at hun bare går og besøker "sine", det vil si nær slekt.

Når jeg snakket med begge ektefellene om dette, hendte det at det ble diskusjon om hvor store endringene har vært. Her var mennene mest bestemt på at det har vært store endringer. En sier feks. "Man tør no ikkje gå på besøk lenger, folk har nok med sitt." En annen sier at "en føle at en trengte sæ på". Ei kvinne ber mannen prøve å gå på besøk, så skal han se at folk setter pris på det. Ei anna kone sier at hun ikke synes forskjellen er blitt så enorm stor. Hun sier at tidligere gikk de heller ikke på besøk før "alt" kom i hus om høsten. Og høsten var besøkstid da som nå, sier hun. Hun legger til at det at de besøker hverandre mindre nå, er noe en har hørt på radio og TV, og hun tror ikke det er riktig. "Men", legger hun til, "før snakka vi over gjerdet om sommeren, no reise vi på ferie, men når vi e heime, så ser vi folk."

Hos flere i bygda, også hos eldre som var de som klaget mest på liten kontakt, fikk jeg med selvsyn se at folk stakk innom hverandre. For det første observerte jeg ofte at folk gikk til hverandre. Ei eldre kvinne som klaget over mangel på besøk, svarte jeg slik: "Ja, men da jeg gikk forbi huset ditt i dag så jeg at ho gikk inn til deg." Kvinna svarte meg med: "Men ho var no bare innom for å fortelle"

For det andre fikk folk besøk når jeg var til stede hos dem. Dette opplevde jeg spesielt hos pensjonister på dagtid. Under flere av mine besøk hos folk opplevde jeg at andre fra bygda kom innom. De kom i samme typer ærend som de gjorde ved første feltarbeid, nemlig for å låne noe, spørre om noe, be om hjelp, for å fortelle noe eller bare for å "skravle", for å bruke deres eget uttrykk. Og de visste ikke at jeg også var på besøk. Like ofte kunne naboer sitte

med en kaffekopp da jeg stakk innom, enten det var til avtalt intervju eller jeg bare ønsket å prate med dem det gjaldt. Når slike besøk var kvinner, satte de seg gjerne ned og snakket om tema for mitt arbeid.

De kom ofte med gode råd om hva jeg burde ta opp. Ved slike samtaler fikk jeg ofte høre fortellinger av typen "husker du da". Like ofte ble det en diskusjon mellom vertskapet og gjesten om emne som hadde relevans til det jeg var opptatt av. Var det menn som var på besøk eller stakk innom, så var det mer fleiping og ert i forhold til meg, og hva jeg holdt på med, eller hvordan universitetsfolk "er".

Sammenlignet med mitt første feltarbeid, må jeg likevel si at jeg sjeldnere observerte at folk besøkte hverandre, og som før nevnt var det "stillere" i bygda enn da, både på formiddags- og ettermiddagstid.

En kontaktform som har utviklet seg siden første feltarbeid, er telefonkontakten mellom folk i bygda. Denne kontaktformen er mest mellom kvinner. Eldre kvinner forteller at de ringer hverandre for å høre nytt eller "tiender", som de sier. I stedet for å gå på besøk ringer de til hverandre. De kan snakke med hverandre lang tid om gangen. Ei eldre kvinne som ikke har noen slektninger i bygda, klager over at hun er ensom. Hun sier imidlertid at hun snakker med andre i bygda hver dag, i alle fall i telefon. Også yngre ringer hverandre. De sier det er så liten tid til å gå på besøk og til hverandre, derfor ringer de heller og slår av en prat på telefonen når de synes det er gått lang tid siden siste kontakt. Også dette opplevde jeg ved selvsyn. Ved besøk ringte ofte telefonen. Etterpå forklarte de meg at: "det va bærre ho ..., ho fortell at...."

En annen forandring jeg kunne merke ved selvsyn - og lukt, var at ved første feltarbeid sto kaffekjelen alltid til varming på komfyren. Når jeg kom inn i kjøkkenet til folk, kjente jeg alltid kaffelukt. Dette har endret seg. Nå kokes kaffen opp og slås over i kaffekanne. Noen har også skiftet til kaffetrakter. Men likevel er ikke forandringene så store. Kaffekanna står klar en stor del av tiden. Og en har ikke vært lenge inne i et hus før kaffekanna og koppen kommer på bordet.

Forhold til helse og sykdom

Feltarbeid 1981

I Nordfjord levde menn og kvinner ulike liv. Mennene arbeidet og var borte fra bygda hele dagen, mens omtrent alle kvinnene var hjemmearbeidende. Både unge og eldre kvinner var opptatt av hus og hjem, og så på det som sitt ansvar. Dette inkluderte også ansvar for helse og sykdom. Når det gjaldt oppfatning om helse og sykdom gikk det et hovedskille mellom kjønnene. Selv om det var ulikheter som gikk på alder og sivilstatus, var mitt overveldende inntrykk at menn og kvinner hadde ulik oppfatning av dette området. Mitt første møte med ulikheter mellom kjønnene fikk jeg da jeg kom til de avtalte intervjuene. Selv om tidspunktet var avtalt på forhånd (oftest med ektemannen), var det bare 2 av 13 ektemenn som var til stede. Da jeg kom, møtte jeg ofte ektemannen, enten i arbeid utenfor huset eller på marka. Han sa: "Gå berre inn og snakk me ho ..., ho vente dæ." Eller: "Gå berre inn og snakk me ho ..., de e ho som har greie på sånt."

Et vanlig mønster var at mannen kom inn etter en tid, satte seg til å lese avisen, og hørte litt på samtalen mellom kona og meg. Jeg prøvde å få han inn i samtalen med å stille han direkte spørsmål, som han i mange tilfeller overlot til kona å svare på. Etter en stund reiste han seg, gikk for å gjøre noe annet, og kunne så komme tilbake, og det samme gjentok seg igjen. På denne måten var det bare de to intervjuene der mennene var til stede da jeg kom, som ble foretatt med begge ektefellene samtidig. Kona, derimot, satt klar og ventet med nykokt kaffe og kaker. Hun forlot rommet bare i "nødvendige" ærend som å hjelpe barn eller ta telefonen. Under mer uformelle møter feks. i båthavna eller på høymarka var mennene mer enn villige til å snakke om tema for mitt arbeid. Oftest tok de initiativ til selv å starte en samtale om dette.

Hva er de opptatt av? Skyssproblemet og den "gode" legen

I mitt første feltarbeid ønsket jeg å få en oversikt over hva folk var opptatt av når det gjelder helse, sykdom og legesøking. Hva oppfattet de som et problem, og hva ville de snakke om? I både formelle og uformelle samtaler var den umiddelbare reaksjonen hos de fleste kvinner da de fikk vite hva jeg jobbet med, svært lik denne kvinnen: "Vesst det e nokka du må skrive om, så e det korsen vi har det førr å komme oss tell doktern." Mange kvinner opplevde at avstanden til kommunesenteret, samt sjeldne bussavganger, gjorde det vanskelig å komme til lege. Et legebesøk tok en dag. De reiste med skolebussen om morgenen og måtte vente til etter skoletid for å dra heim igjen. Bilene brukte mennene for å komme seg på jobb. Under hele mitt opphold i bygda ble jeg minnet om at dette var et stort problem for kvinnene, og det var dette jeg måtte skrive om. Men samtidig så det ut til at til tross for denne massive interessen for skyssproblemet, var det mer et irritasjonsmoment enn en grunn til ikke å søke lege. Kvinnene sa at var de syke nok, så måtte de til lege, selv om det var vanskelig å komme seg dit.

For folk i bygda ble sykdom automatisk sett i sammenheng med legesøking. "Nei, sjuk, æ har ikkje vorre hos doktern på det æ kan minnes." Dette ble ofte fulgt av en "forklaring": "Æ syns det e nok av folk som spreng tell han, om ikkje æ og skal gjøre det." Og legen var en person folk i bygda hadde god kjennskap til. Kvinnene holdt seg orientert om legeskifte, og hva folk sa om den nye legen. Mennene sa at de ikke var interessert i legene og "ka som prates om på bygda". De måtte likevel innrømme at de visste når det kom en ny lege, og hva folk sa om han. Like oppglødde som kvinnene var over skyssproblemet, like opptatt var mennene av hva de syntes om legene de hadde stiftet bekjentskap med. Det var dette mennene ville snakke om. En var forarget over disse som "ikkje e ordentlige doktra lenger, dem har en altfor lett omgangstone tell at man kan få respekt for dem." De legene de hittil hadde stiftet bekjentskap med, hadde vært for unge, usikre og pratet for mye. Kort sagt, de var ikke "dokter" nok. En "dokter" skulle være formell, korrekt, og stille diagnosen selv uten å ta pasienten på råd. Samtidig måtte han ikke "holde på folk", men sende dem til nærmere undersøkelse på sykehus og røntgen.

Kvinnene var enige i det, men meinte at det var viktig at legen også tok seg god tid, var

vennlig og gav informasjon om hvorfor han valgte en type behandling. En mann som hørte kona si disse tingene, utbrøt: "Æ syns no doktran no tell dags ikkje gjør anna enn å snakke." En annen svarte kona slik: "Det e no nok at doktern veit ka som feile dæ, det e no han som skal få dæ fresk igjen."

Til tross for at menn og kvinner er ganske enige om hvordan den gode legen er, har de ulike forventninger til legen. Mennene setter strengere krav til legene, mens kvinnene er mer forsiktige. Mennene ønsker en mer autoritær eller "profesjonell" lege, og er interessert i det han kan. Kvinnene på sin side setter pris på mer "menneskelige" trekk hos legene. Flere kvinner prøvde å "unnskyld" legene, ved å si at hvis de ikke var som forventet, var det fordi de har et viktig yrke, og at de har så mye å gjøre.

Likevel var begge kjønn enige om at til tross for at man kunne ha sine forventninger om hvordan legen skulle være, var det sjelden slike ting spilte inn når det gjaldt legesøking. De presiserte at egentlig hadde ikke legens personlighet så mye å si. Dette fordi en var syk når en kontaktet han, og var derfor ikke så interessert i hans personlighet. "Trenge man dokter, så trenge man dokter," som en sa - og da bryr en seg ikke så mye om hvordan han er ellers.

Legesøking og sykdomsoppfatning

I denne bygda så legesøking ut til å ha en klar sammenheng med sykdomsoppfatning. Jeg prøvde derfor å få en oversikt over når en regnet seg som syk. At en var syk, var noe en "visste", men hva sykdom ikke var, var mye lettere å beskrive. Eldre nevnte ofte smerter i ledd og rygg. Ei sa: "Æ har no denne hofta," ei anna sa: "Dennan ryggen min e blidd heilt besætt i det siste." De nevnte varmelaken og varmeputer som de hadde "skrevet etter" for å lindre smertene. Slike symptomer fikk betegnelsen "gikt" og sa at "Dettan e jo ikkje sånt som doktran kan gjøre nokka med." Her kom de ofte med bevis for det: "Æ såg no ho , det nøtta no ikkje kor mykje ho spreng tell doktern, ho e no ikkje blidd nokka bedre." Slike symptomer måtte en heller regne med å leve med.

Yngre kvinner nevnte ofte synlige, gjenkjennelige symptomer når de skulle fortelle om noe som ikke var sykdom. Dette kunne være feber, forkjølelse, diare og oppkast. Det ble kalt

influenza, og var gjenstand for lite bekymring hvis de visste om andre som hadde lignende symptomer: "E en no dårlig av nokka sånt, så e det no bærre å håpe at det e nokka som går på bygda. Og e det nokka som går, så veit en jo ka som e i veien." De ville da vente og se før de "gjorde noe", det vil si tok kontakt med lege. Imidlertid utgjorde sykdom hos barn et særtilfelle for både eldre og yngre kvinner: "En veit no aldri når det gjeld ongan." De var redde for at det hos et barn kunne ligge alvorlige sykdommer bak symptomer som feks. høy feber.

Mennene i bygda var som sagt mindre interessert i å snakke om sykdom. De syntes ikke det var interessant å diskutere hva sykdom var: "Man kjenne det når man e ordentlig sjuk, og influensa e ikkje nokka som får mæ av føten." De som hadde barn, nevnte sykdom hos disse kun på direkte spørsmål fra meg, og sa at "ongan e man jo alltid redd for," og føyde ofte til "..men det e no kona som stelle med dem."

Mennene snakket om sykdom i forhold til det å gå på arbeid. Mens kvinnene snakket om flere symptomer, dog med smerte som det vanligste, snakket mennene nesten utelukkende om smerte, og brukte ordet synonymt med symptom. Symptomer som ikke var smerte, ble avvist som noe som en ikke ville "bry seg om". "Å bry seg om" betydde det samme som å søke lege. Likevel var det ikke smerten i seg selv de brydde seg om, men hvordan den virket inn på deres daglige liv.

I tillegg benytter kvinnene et mer nyansert språk for å beskrive symptomer. Kvinnenes sykdomsforståelse kan settes innenfor de ulike begrepene "småplaga", "plaga av", "sjuk" og "ordentlig sjuk". Slik disse begrepene ble brukt, fikk jeg en forståelse av at de to sistnevnte kategoriene er tilstander de "bryr seg om". I forhold til de tilstander som ble brukt til å illustrere de ulike kategoriene, betegner "sjuk" ikke så alvorlige, og mer kjente symptomer. Ved "ordentlig sjuk" er de redde for at noe er galt, og kontakter lege. Det var et unntak. Blant eldre av begge kjønn var det flere som hadde kroniske lidelser som krevde jevnlig legekontroller, som feks. diabetes. Slike lidelser ble ikke sett på som sykdom, men heller som noe de måtte leve med. Noe av det de måtte leve med, var jevnlig legekontroller. Slike kontrollbesøk ble heller ikke regnet med når de snakket om hvor ofte de hadde kontakt med helsevesenet. Mennene, derimot, var mindre villige til å snakke om sykdom og ulike typer

symptomer. De avviste kvinnenes nyansering med at: "Enten e man sjuk, og då veit man det, eller så e man det ikkje, verre e det ikkje." Menns betegnelse av sykdom er ikke så vid som kvinnenes, og inneholder mest akutte, smertefulle lidelser som går ut over normal aktivitet:

	Ikke syk/ småplager	Plaga av	Syk
Kvinner Ung 55-	hodepine influensa underlivsplager		lungebetennelse høy feber over lengre tid eggestokkbetennelse
Menn	svullfinger ryggverk kutt/skader influensa		magesår ryggskader
Kvinner eldre 55+ ⁵³	gikt søvnløshet influensa	angina pectoris diabetes	lungebetennelse høy feber over lengre tid
Menn	ryggverk gikt	diabetes	

Uansett årsak, ble det presisert at lege alltid ble kontaktet som siste utvei.

Kunnskap og kunnskapsoverføring blant kvinnene

Til tross for at folk sa at de vanligvis visste når symptomene var av en slik art at de burde kontakte lege, meinte kvinnene at de hadde forholdsvis liten helseopplysning. Når symptomene ikke var i form av feber eller smerte, var de mer usikre på hvilke symptomer som burde resultere i legebesøk. Kvinnene i bygda leste et eller flere ukeblad jevnlig, og spesielt de yngre kvinnene leste helse- og legespaltene. De få personene (det var også menn blant dem) som hadde kroniske sykdommer leste blader som informerte om deres spesielle sykdom. Ellers leste ikke mennene helsespaltene. De fortalte at kona ville fortelle det hvis hun leste noe som var av spesiell interesse. Fjernsynets opplysningsprogrammer ble også sett "hvis det passet seg sånn". Ektepar kunne ha ulike oppfatninger av hvor stor interesse de hadde av slike programmer. Kvinner fortalte at de begge to likte å se disse programmene og at de så dem sammen. De fortalte også at de kunne diskuterte med andre innholdet i et slikt program.

⁵³Betegnelsen "eldre" ble valgt, fordi de fleste som var yngre enn 55 år hadde hjemneværende barn, mens all over denne alderen ikke hadde det. De hadde gifte barn, og barnebarn, ofte bosatt i nabohuset. Det gikk et skille mellom disse to gruppene i hvilke aspekter ved sykdom de var interessert i og opptatt av. Spesielt gjaldt dette kvinnene.

Mannen kunne si at "æ ser no berre når æ ikkje har anna å gjøre." Ellers var sykdom og helse ikke av de emnene mennene i bygda ønsket å se, lese eller høre om.

Mange av de jeg snakket med sa at det foregikk en del prat om sykdom i bygda. Både menn og kvinner fortalte at "dem" likte godt å snakke om sykdom. Ingen ville navngi "dem". Etter å ha vært ei stund i bygda, hadde jeg imidlertid fått såpass mange opplysninger om hvem "dem" var, at det ikke var vanskelig å forstå at de fleste meinte at "dem" var noen eldre, enslige kvinner, som ikke hadde så stor familie i bygda. Her kan føyes til at jeg også snakket med "dem". De tok avstand fra slik prat, og syntes at "dem" burde ha hyggeligere ting enn sykdom å prate om når "dem" møttes. Hvem "dem" var her fikk jeg ikke rede på.

En annen type sykdomsprat blé sett på som verdifull. Det var den rådføringen som foregikk mellom slekt og venner. Det var i forbindelse med symptomer de var usikre på, og gjaldt spørsmålet om hva de burde foreta seg i den forbindelse. Denne rådføringen var mellom kvinnene. Kvinnene fortalte at de pleide å snakke med andre kvinner om sine sorger og gleder. Disse andre kvinnene var ofte nære slektninger. I svært mange tilfeller var disse kvinnene deres beste venninner, og de som sto dem nærmest, i tillegg til en eventuell ektemann. Blant de typer problemer de pleide å snakke om var helse og sykdom. Kvinnene fortalte at når det var noe de lurte på i forbindelse med symptomer, pleide de å ta det opp med disse andre kvinnene. Dette gjaldt ikke bare egne symptomer, men også problemer som mann og barn hadde. Samtidig ble det understreket at de ikke gikk på besøk bare for å få råd, men at de tok opp helseproblemer når de møttes, når det passet seg slik.

I hvor stor grad de fulgte rådene, varierte, ikke bare fra kvinne til kvinne, men så også ut til å variere sterkt med alder. Yngre kvinner hadde samme mønster for rådføring som de eldre, men hadde samtidig mer bestemte meninger om at en best selv kjente hvordan symptomene artet seg. Kroppen var ens egen, slik at en hørte på hva andre hadde å si, men overlot ikke avgjørelsen til andre. Gifte kvinner fortalte at de også snakket med mannen hvis det var noe de var engstelige for, og trengte råd. Men de fleste sa at det ikke var så gode råd mannen kom med, for han "visste" så lite. De gikk derfor heller til andre kvinner. Yngre kvinner fortalte at de nevnte det for mannen hvis de skulle kontakte lege. Mennene visste imidlertid alltid hva de søkte lege for. Men de meinte også at det var deres egen sak hva som feilte

dem, og det var noe de måtte ordne opp i selv.

Rådføring ved barns sykdom

Når et av barna ble syk var det imidlertid annerledes. Hvis det var noe i veien med barna, var de snare til å-oppøke en av de andre kvinnene for å få råd. Rådføringskilden her var ikke nødvendigvis en venninne, men helst en av de eldre kvinnene i bygda. Flere av de unge kvinnene nevnte navnet på ei av de eldre. De sa: "Det ho Jenny⁵⁴ ikkje veit om sjukdom hos ongan, det e heller ikkje verdt å vette." Årsaken til at Jenny visste mer enn andre når det gjaldt barns sykdom, var vanskelig å forklare for de som nevnte henne. Men hun hadde selv hatt mange barn, og dessuten hadde hun "greie på" så mye. Her ble det understreket at hun overhode ikke var noen "klok kone" i tradisjonell forstand, men heller at hun hadde lang erfaring i tillegg til at hun fulgte med og visste mer enn de andre.

Hvis et barn var syk, ble det selvfølgelig diskutert mellom foreldrene. Kona kontaktet først og fremst sine egen mor (eventuelt svigermor), som igjen diskuterte med sine venninner hva som burde gjøres. Ofte trengte de ikke oppsøke folk, det hendte like ofte at andre fikk høre at ungen var syk, og stakk innom for å høre hvordan det gikk. Dette var anledninger som ble brukt for å få andres synspunkt på hva det kunne være og hva som videre burde gjøres. Ved barns sykdom ble altså nettverket koblet inn tidligere i sykdomsprosessen, og da på en enda sterkere måte enn når voksne ble syke. Legesøking kom også inn som et alternativ tidligere. "Man veit no ikkje når det gjeld ongan," var forklaringen. Det var mora som hadde ansvaret for å kontakte lege, presentere problemet for han, og det var også mora som fulgte barnet.

Menns rådføring

Mennene sa at de diskuterte ikke barns sykdom med andre enn kona. De hørte på hva hun hadde fått av eventuelle råd fra andre i bygda før de tok en beslutning om eventuelt å kontakte lege. Det var konas jobb, fordi hun hadde best kjennskap til ungen og hvordan det

⁵⁴Jenny er ved første feltarbeid over 70 år og bor sammen med en av sønnene, som er ugift. Hun døde like før mitt andre feltarbeid.

var med han. Ellers avviste de prat om sykdommer som "kvinnfolkprat". De sa at når menn møttes, var det ingen som klaget over plager. De syntes heller ikke de hadde behov for å snakke med andre menn om slikt. Det var andre og mer interessante ting de heller pratet om. Hvis det var noen de diskuterte egen sykdom med, så var det kona, "for ho e den i familien som har greie på sjukdom." Eller: "Æ treng no ikkje å fortelle vesst det e nokka, ho ser det på mæ vesst det e nokka, og då fortell æ det tell ho." Og her så det ut til at konas råd ble hørt, og flere av dem fortalte at "Det e kjærringa som tving mæ tell doktern". Og "Æ går no tell doktern førr å få slutt på maset hennes," eller: "ho ordne mæ time hos doktern, og finn fram finklean tell mæ - og då e det berre førr mæ å gå."

De enslige mennene fortalte at når de hadde symptomer, pratet de ikke med andre om det. En av dem sa at de kunne snakke med hverandre om slike ting på jobben, men da var det problemer som hadde relevans for jobbutførelsen. Han nevnte følgende eksempel: Under et tungt løft klaget en over vondt i ryggen. I den forbindelse spurte de andre mennene hvorfor han hadde vondt og hvor lenge han hadde hatt det. De sa da hva de syntes han skulle gjøre for å få rettet på dette. De snakket ellers ikke om symptomer som ikke hadde innvirkning på arbeidsevnen, og meinte at det ikke var noen som ønsket det heller.

Flere av mennene begynte å flire da jeg spurte dem om de brukte å rådføre seg med andre når de fikk symptomer. De svarte at de hadde andre ting å gjøre enn å "kjenne etter" om det var vondt noen steder. Enda mindre var de interessert i å fortelle andre det. Andre reagerte ikke slik, og sa at det var "no berre sånt man må dreges med sjøl". Men de meinte at når og hvis det skulle bli aktuelt, var kona den nærmeste å betro seg til.

Gynekologiske lidelser

Forebyggende helseundersøkelser var ikke noe som opptok folk i bygda. Det var et unntak, og det var i forbindelse med gynekologi. De aller fleste kvinnene kom på eget initiativ inn på forebyggende kontroller. Yngre kvinner var også svært ivrige etter å få i stand innkallingsordninger for å ta "kreftprøve", og begrunnet det med at de syntes det var vanskelig å søke lege på eget initiativ for slike problemer. Eldre kvinner nevnte også slike tiltak, og meinte at det var et godt tilbud "for de unge". Noen av kvinnene hadde allerede vært til

forebyggende kontroller, på "Kreftsenteret"⁵⁵ i en by i nærheten. De sa at de kviet seg for å ta gynekologiske undersøkelser. Når det gjaldt problemer av gynekologisk art, utsatte de legesøking lenger enn hvis problemene oppsto på en annen del av kroppen. De meinte også at slike problemer var vanskeligere å diskutere med andre. De tok da som oftest kontakt med lege uten å ha rådført seg med andre kvinner. For kvinnene var legens personlighet av stor betydning for om de ville søke lege for slike problemer.

Psykiske lidelser

Under mitt første feltarbeid var det et område folk ikke ville søke lege for, og det var psykiske problemer. Betegnelse de ga slike problemer, var "personlige problemer" eller "nerver". De meinte at slike problemer ikke var noe å søke lege for. De ville heller ikke gi dem betegnelsen sykdom. I deres sykdomsbeskrivelse ble ikke "personlige problemer" nevnt. Noen av de eldre kvinnene nevnte søvnløshet som eksempel på "småplager" som de levde med, men som ikke ble presentert for legen. Psykiske lidelser ble avfeid som noe de verken tenkte på eller ville tenke på. Om en fikk slike problemer, ville en ikke søke lege for dem. En ville heller prøve å løse dem ved å snakke om dem, eller lære seg å leve med dem.

I Nordfjord er det lavt forbruk av lege. Oppsummeringsvis kan vi si at folk er svært selektive i hva de søker lege for. De meiner at det er mange typer lidelser legen ikke kan gi en god hjelp for. Folk søker lege som aller siste utvei, og etter at "heile bygda" har vært med på å ta denne beslutningen. Kvinnene i bygda bruker hverandre og nyttiggjør seg hverandres kunnskap om helse og sykdom. De som blir rådført i forhold til helse og sykdom er de som de vanligvis snakker om andre ting med, og er ofte en del av familien. Menneskes legesøking er på mange måter "styrt" av kona. Menn tar i all hovedsak ikke beslutningen om selv å søke lege. De stoler på konas vurdering, og de retter seg etter den -selv om det betyr at de må oppsøke lege en gang i blant. I denne bygda ser en at legesøking i en del tilfeller er overflødiggjort fordi kvinnene i bygda har et sterkt nettverk som også konsulteres i forbindelse med helseproblemer.

⁵⁵Husmorlaget i Sentrum arrangerte jevnlig turer for kvinner i kommunen til dette senteret, der det blant annet ble tatt prøver for å kontrollere for cervixcancer.

Feltarbeid 1993-94

I tiden mellom feltarbeidene har det skjedd endringer på mange felt. Når det gjelder helsevesenet har Fjorden kommune i likhet med resten av landet fått et utvidet helsetilbud, blant annet med flere leger. Folk i Nordfjord lever også forskjellig fra tidligere. Blant annet er kvinnene i likhet med mennene i arbeid utenfor bygda, og familiene har både telefon og bil. Er også deres forhold til helse og sykdom endret? Opplever fortsatt kvinnene problemer med å komme seg til lege? Har de fortsatt udugelige leger og savner en skikkelig "dokter"? Eller er det helt andre problemer i forhold til helse og sykdom som opptar folk så mange år etter?

Den "gode" legen

Ved siste feltarbeid er spesielt kvinnene opptatt av å få formidlet til meg at de har det veldig godt. Spesielt la de vekt på det at legen var tilgjengelig var et stort gode ved det å bo i bygda i dag: "Vi har det godt." Dette ble relatert til slik det var tidligere: "Vi har det så fint no, når æ tenke på korsen det va"

De hadde det godt på to måter: "Vi har vorre så heldig med doktoren" eller "Vi har no hadd gode doktra." I neste setning kommer forklaringen: "Doktran e så flink tell å komme," eller: "Det e berre å ringe, så kjem dem." Ei eldre kvinne som hadde en slektning i Trondheim, sammenligner med hvordan det er der: "Det e no berre å ringe, så kjem dem på øyeblikket. Æ trur ikkje dem har det nokka bedre i Trondheim." Og legene i distriktet er ifølge henne blitt bedre de seinere årene: "Vi ha no hadd det nån år at dem e så veldig gjev å komme." Det var flere enn henne som fremhevet at legene de seinere årene var blitt "flinkar tell å komme." Mange er takknemmelige over hvor godt de har det nå. De sammenligner hvor godt de har det nå med de erfaringene de har gjort seg ved å bo i bygda: "Vi har det no godt no. Vi e no ikkje så godt vant, æ sammenligne med korsen det va."

Et annet trekk ved det å ha det godt var: "..... at det e doktor på Sentrum, om han e god eller dårlig, det får vi berre erfare." De snakket om at det var så flott at det var en lege i nabobygda, og at det var en de kunne kontakte "vesst det e nokka". At det var lege

tilgjengelig i nabobygda, opplevde folk som svært viktig. Flere snakket om den tryggheten det medfører å vite at det er lege ikke så langt unna, og at de slipper å få lege fra nabolokket.

Ingen i bygda kritiserte legene på samme måte som ved mitt første feltarbeid. På direkte spørsmål fra meg forteller folk hvordan de synes legen skal være. De fleste har likevel klare bilder av hvordan den gode legen er. Først og fremst er han slik at han "kjem når du ber om det". Av de fleste blir det fremhevet at en god lege tar seg god tid til hver enkelt pasient, og sørger for at pasienten får tid til å fortelle hva som er årsaken til at han har tatt kontakt. Han hører på deg og stiller fornuftige spørsmål. Den gode legen sender deg også videre (til røntgen eller sykehus) hvis han finner noe unormalt. I tillegg ber han ikke deg om å stille diagnose selv. Ei ung kvinne forteller at hun flere ganger har opplevd at legen spør hva som feiler henne. "Det er et tåpelig spørsmål, det er jo fordi en er usikker på det at en går til lege," sier hun.

Folk i bygda forteller mye om den tidligere legen som bodde i distriktet en lang periode på slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90 tallet. Da jeg hørte så mye om henne, spurte jeg folk om hvor lenge hun arbeidet i distriktet.⁵⁶ Flere i bygda trodde at hun bodde der i mange år. Ei meinte sågar at denne legen var i distriktet i 6-7 år. Etter å ha sjekket med kommuneadministrasjonen, viste det seg at hun var den legen som hadde bodd lengst sammenhengende i denne kommunen, i nesten 3 år. Om dette var en av årsakene til at folk snakket så mye om henne, eller om hun var helt spesiell, er vanskelig å si. I alle fall ble hun ofte referert til når folk skulle fortelle hvor bra leger som er i distriktet "nå". Folk fortalte hva hun hadde sagt, hva hun meinte om ulike ting, og hvor "flink" hun var til å komme i sykebesøk. Når de fortalte om de flinke legene de har møtt de seinere årene, ble det fortalt som om de tidligere hadde møtt mange udugelige leger. Folk gjentar ofte at "Vi har vorre så heldig å ha bærre flinke doktra her de siste åran." Dette ble sagt av både unge og gamle.

Ei av de eldre kvinnene sier: "Doktran som e no dem e gjev." For å fortelle hvor "gjev" de er, nevner hun et besøk hun hadde et par år tidligere hos datteren, som bor på et større sted

⁵⁶Hun er forøvrig den andre kvinnelige legen som har arbeidet i dette distriktet.

i fylket. Da hun var der, fikk hun halsbetennelse og måtte søke lege. Hun syntes ikke det var noen hyggelig erfaring. Etter å ha fortalt om at hun måtte reise til legevakt hvor det var lang ventetid, avslutter hun med: "Og tenk æ fekk ikkje medisin engang." Hun slutter med å si om legene i distriktet: "Dem har vorre grei, veldig grei."

Det var likevel noen menn som klaget over legevaktssystemet mellom kommunene. Flere menn fortalte forskjellige episoder for å illustrere hvor håpløst det er å få lege fra en nabokommune når de trenger lege raskt. Når de sa det, ble de avbrutt av konene som sa at grunnen til at legene sluttet etter svært kort tid, nettopp var at distriktet er så stort at legene fort sliter seg ut. For å komme med et eksempel: Under et besøk hjemme hos et ektepar i 50-årene, satt jeg og snakket med kona. Mannen satt i godstolen et stykke unna og så på fjernsyn. Plutselig reiser mannen seg, og blir stående på golvet foran oss mens han forteller en episode fra jobben: På et nattskift ble en av arbeidskameratene syk, han falt plutselig sammen og ble liggende med sterke smerter i hjerteregionen. De måtte vente lenge på lege fordi legen i distriktet hadde fri. En annen lege måtte komme fra nabokommunen. Mannen uttalte seg samtidig ganske sterkt om vaktordningene og motvillige leger som ikke kommer når de har fri. Kona avbryter han skarpt: "Vi har ikkje holdt på doktran nettopp fordi dem har vakt døgnet rundt." Hun sier at folk må forstå at også legene må ha fri en gang i blant.

Et annet moment like mange menn kritiserte, var ventetiden for å få time hos lege: En sier at "fra du ringe tell doktoren går det 14 daga. Kver gang e det de samme ansiktan som går igjen." Han hisser seg opp og sier: "Du veit ka som feile dæ, du blir frisk før du har fått dæ time." Denne mannen fortsetter med å si: "Men de doktran æ ha vorre hos har stort sett vorre flink."

Når vi snakker om legen, sier flere at "Det e en stor fordel at den doktoren som kjem at han blir nokken år." "Doktran skifte altfor jamnt," seir de fleste. Her trekker som nevnt folk fram stort distrikt og stort arbeidspress som årsak til at legene ikke blir i distriktet i lengre perioder. Mange sier at når det er så stort legeskifte "så e det å begynne på den samme historia igjen." Da må en fortelle hele sykehistorien til en ny lege. De sier også at ulike leger ikke

nødvendigvis gir samme råd.⁵⁷

Som ved første feltarbeid er folk flest ikke så opptatt av selve legeskiftet. Omtrent alle sa at de visste når det kom ny lege. De aller fleste meinte at "det e sånt man høre". Et par sa at de ikke fikk vite noe før de leste det i lokalavisen. Også disse sa at "det e no sånt som spørres", at også de etterhvert ville fått vite slikt av andre i bygda. De sier at legeskifte er slikt de som bor i distriktet ikke kan gjøre noe med, og derfor ikke kan bruke tid til å ergre seg over.

At legene kommer og reiser igjen, er altså av de tingene folk flest opplever at de har liten styring med. Derfor er det av de ting de ikke vil bruke for mye energi på. Når det gjaldt forholdet til legene, er mitt overveiende inntrykk at mennene var mer kritiske og mer kravfulle, i den forstand at de var mer kritiske til organiseringen av tjenesten, og at legene skulle stille opp når folk trengte dem. De ønsket tjenester fra legene, mens kvinnene var mer forståelsesfulle for legens vanskelige arbeidssituasjon. Dette var en kjønnsforskjell som gav seg utslag hos både gifte og ugifte, gamle og unge. Kvinnene var glade for at det var lege i distriktet. De syntes at de var heldige, mens mennene tok opp problemer som feks. vaktordninger og ventetid for å komme til lege.

Legesøking og sykdomsoppfatning

Som ved første feltarbeid var legesøking med når folk skulle snakke om hvilke symptomer de "brydde seg om" og søkte lege for. Ved det siste feltarbeidet var det imidlertid vanskeligere å finne ut hva sykdom er. Legen er med i folks tanker fra et symptom dukker opp og til det forsvinner eller når de eventuelt må søke lege. De sier at legen er der i bakhodet hele tiden. De sier det ikke er noen grunn til å "vente og se". De er glade for å ha fått lege og søker han når det er behov for det. Flere i bygda sa at det er bedre å søke lege en gang for

⁵⁷Ved første feltarbeid fortalte noen kvinner at de ganske nylig hadde hatt en lege som var imot selvbestemt abort. Derfor ga han kvinner ingen opplysning om dette alternativet. Ønsket de abort, måtte de henvende seg til en lege utenfor kommunen. Ved siste feltarbeid er det ingen som kommer med et slikt eksempel, kanskje fordi de ikke hadde hatt en abortmotstander som lege etter den tid.

mye enn en gang for lite. Her kunne en også se en kjønnsforskjell. De fleste menn var ganske kort og kontant og sa at: "Nei, vi snakke no med doktorn når det e nokka, det e derfor vi har dem." De syntes ikke det "gamle" samfunnet, med problemer med å komme til lege, er noe de ønsker seg tilbake til.

Kvinnene derimot, var mer opptatt av å prøve å finne ut når de søker lege. Alle var imidlertid enige om at det var flott at det var lege tilgjengelig - og han var til for å brukes. Til forskjell fra mitt første feltarbeid er folk i bygda stolte når de forteller hvor lett tilgjengelig legen er. Det å bruke lege blir sett på som fornuftig. De fleste meinte at folk i bygda nok søkte lege oftere enn før. En mann sier: "Æ vil tru at folk søke lege meir no enn dem gjor for mange år sia. Det e vel nokka me at det e lettare å komme dit. Då dem måtte med båt utførr Stormneset⁵⁸ så venta dem vel litt lenger og så det an."

Mange kvinner fortalte historier fra den tiden da bygda var isolert fra omverdenen. Det var historier om alvorlig sykdom, dårlig vær og lege som ikke kunne komme. Kanskje lå legen værfast i ei anna lita bygd. Felles for alle disse historiene er at det var en skikkelig krise med stor dramatik. En måtte selv ta avgjørelser som en egentlig ikke følte seg i stand til å ta. Samtidig viser historiene kvinnenes vemod når de forteller om stort samhold, der andre i bygda, kanskje en som de til vanlig ikke hadde størst kontakt med, våket over et sykt barn sammen med dem. Eller det var bygdefolk som kom innom med et godt råd som en i desperasjon måtte prøve. Historiene slutter ofte med en kontrastering til dagens situasjon: "Når æ tenke på kor godt vi har det i dag ..." eller hvor enkelt livet er nå: "No når en e sjuk, sleng en vedkommende i bilen og kjør tell doktorn." Dramatiske historier fra før veien kom blir fortalt av både unge og gamle kvinner. Mange har flere historier. Eldre kvinner forteller ofte fra da barna deres var små, mens yngre kvinner like gjerne forteller fra egen barndom, eller historier deres mødre har fortalt dem. Noen forteller fra barndom i en av de nabobygdene som da kanskje var like isolert som Nordfjord. Enkelte av historiene fikk jeg gjenfortalt av flere. Omtrent alle kvinner som bodde i bygda før veien kom, forteller iallfall ei slik historie. Menn forteller ikke slike historier, kanskje fordi kvinnenes historier like ofte forteller om en far eller

⁵⁸Fiktivt navn på et meget værhardt havstykke som ligger mellom Nordfjord og kommunesenteret i Vika kommune, der distriktslegen for Fjorden og Vika kommune tidligere var bosatt.

ektemake som var ute på fiske, eller var hjemmefra av andre grunner, samtidig som krisen oppsto.

Sammenlignet med mitt første feltarbeid, er et trekk at folk nå er mer interessert i å fortelle dramatiske sykdomshistorier som utspant seg i tiden før veien kom. Ved mitt første feltarbeid var det ikke så mange som fortalte slike historier. Selv om jeg fikk fortalt slike historier også da,⁵⁹ er forskjellen at ved siste feltarbeid er historiene blitt tatt med inn i fortellingen om hvor trygt og godt de har det nå i forhold til tidligere.

Selv om kvinnene sier at de tidligere utførte oppgaver de ikke hadde kompetanse til å gjøre, er de samtidig litt stolte over at de ofte gjorde de "riktige" tingene. Ei kvinne forteller ei historie fra da bygda var isolert. En av ungene hennes falt mot ovnen og fikk en kraftig forbrenning. Hun stelt sårene så godt hun kunne til legen kom etpar dager seinere. Med stolthet i stemmen forteller hun at hun fikk ros av legen da han fikk se hvor godt arbeid hun hadde gjort med sårene. "Han sa at han ikkje kunne gjort det bedre sjøl." Fortsatt, sier hun, steller hun de fleste sår selv. "Men," legger hun til, "no når det e forhold for å komme tell doktor, da bruke vi han."

Selv om tilgjengelighet av lege er viktig for legesøking, er det sykdom folk søker lege for. Det er ikke uinteressant når i sykdomsprosessen lege blir kontaktet. Flere av de jeg snakket med, meinte at de personlig lettere søkte lege fordi de hadde mer opplysning nå. En av de tingene de hadde kunnskap om, var at en lettere ble frisk av en alvorlig sykdom hvis en kom til lege tidlig i sykdomsprosessen. Ei gammel kvinne sa: "Æ e no såpass opplyst at æ veit at æ kan bli fresk vesst æ kjæm mæ tidlig tell dokter. Æ trur også folk flest går snarar tell dokter no."

Folk i bygda går til lege når de føler seg syke: "Det e jo derfor vi har dem," er en vanlig talemåte. Deres forhold til legene er bestemt av at legen "veit best", som de sier. Folk søker lege når det oppstår problemer, har smerter eller andre symptomer en er usikker på. En går

⁵⁹Det var enkelte historier jeg hørte ved første feltarbeid, og som ble gjentatt i andre feltarbeid.

til lege når en er bekymret for noe, sier de.

Samtidig så meiner de at de ikke søker lege i utide: "Når man kjenne det riv i en arm eller en fot eller har ondt i magen, så spring man ikkje tell doktorn." Fortsatt er det en del symptomer en ikke "bryr seg om". En tidligere fisker sier: "Ryggen har æ no hatt ondt i sia konfirmasjonsalderen, den kan dem ikkje gjøre nokka me. Det e berre å ligge still i 2-3 vekke og la det gå over av sæ sjøl. Dem kan ikkje gjøre nokka med det."

Og hvis de får influensalignende symptomer drøyer de legesøkningen. I alle fall hvis det er noe som "går på bygda". Feber skal imidlertid ikke være "for høy" (nærmer seg 40°) lenger enn et par dager før de søker lege. Spesielt gjelder dette for ungene. Da søker de lege snarere.

På det generelle plan er folk opptatt av at det er fornuftig å søke lege. Når det gjelder dem selv sier omtrent alle at de selv ikke har stort forbruk av lege. De fleste sier som denne kvinnen: "Æ går ikkje så mykje tell doktorn," eller: "Vi går aldri tell doktorn." Andre kunne si at: "Vi har no ikkje nokka med dem å gjøre, men snakk med ho, ho e ofte der." Fortsettelsen er gjerne: "Æ trur man vente litt for lenge" (med å søke lege). Når jeg spør når de sist var hos lege, må de fleste tenke seg godt om. Etterhvert kommer det fram at de fleste i bygda har hatt jevnlig kontakt med lege det siste året, de fleste opptil flere ganger.

Folk kan i første omgang glemme legekontakt som har strukket seg over lengre tid. For å komme med et eksempel, Lisa sier: "Vi har vorre så fresk, æ må sei for mæ og han Erik at vi har vorre så fresk at vi sjelden og aldri e hos doktor." Lisa presiserer dette med å si: "Vi går aldri til doktor." Seinere viser det seg at nøyaktig et år forut for samtalen gikk hun jevnlig til lege for blærekatarr, noe hun også tidligere har hatt problemer med. En stund før samtalen med meg hadde hun også søkt lege fordi hun hadde kraftige og uregelmessige menstruasjonsblødninger. Hun ble da lagt inn på sykehus og fikk utskrapninger samt østrogentabletter. Hun sier at hun ble bra etter utskrapningen, men tablettene kastet hun. Årsaken til det var at hun var skeptisk til bruk av kunstig østrogen.

Mannen til Lisa går til årlige bedriftslegekontroller. Våren før var han til en omfattende undersøkelse i byen der blant annet lungene ble testet. Han forteller detaljert om de ulike

testene han var gjennom. I tillegg har han vært "plaga med magen". En seinere samtale med dem avslører at han hadde hatt store smerter og blod i avføringa. Det viste seg å være sår på tykktarmen. Han har inntil nylig hatt jevnlig kontakt med primærlege og sykehus for dette.

Dette eksemplet er ikke spesielt. Noe lignende erfarte jeg med flere av de jeg snakket med. "Aldri" og "friske" i denne sammenheng viste seg i stor grad å bety at en ikke hadde en kronisk eller alvorlig sykdom som krevde jevnlig kontroll for øyeblikket.

Imidlertid har enkelte i bygda sannsynligvis hatt lite kontakt med helsevesenet, slik som en nylig uførepensjonert eldre fisker. Han forteller at han har vært to ganger hos lege på en 20-års tid. Sist han var hos lege var 2 år før samtalen med meg. Han fikk da så vondt i en arm at han ikke kunne røre den. Han husker det spesielt, for det skjedde like før de dro på besøk til sønnen som bor på Østlandet. Da fikk han ingen annen hjelp enn smertestillende tabletter. De har han ikke spist: "Æ like ikkje bedøvelse," men armen er nå mye bedre.

Året før hadde han også vært hos lege. Han forteller: "Æ fekk så ondt atti haue og kom mæ tell doktorn. Det va en professor eller ka fainen dem kalla han for nokka, han fant ei lita fortetning." Han tror også at det er viktig at en ikke bruker helsevesenet for ofte. Han fikk god behandling av helsevesenet, og meiner det kommer av at han ikke er så ofte hos lege. Han forteller: "Ho (legen) ordna mæ plass med en gang. Så æ har sagt det at når man ikkje fer og spreng tell doktor kver dag, før at man har stokke ei flis i fengern, så bit dem sæ merke i at denne mannen han fer no ikkje og klage Mot mæ va ho eneståanes - det e no det æ har vorre på 20 års tid."

Kjønnsulikheter

I likhet med denne mannen har de fleste menn i bygda et forhold til legesøking generelt, og et annet forhold til egen legesøking. De sier at det er fint at det er kommet egen lege til distriktet og at det er så lett å få tak i lege. De understreker også at lege er til for å brukes. Dette holder så lenge det er generell prat om legesøking: Når det gjelder dem selv sier de fleste menn som Olav: "Æ går tell doktorn når kjerringa begynne å mase om at æ skal gå." Kona hans forteller at hun "ser det på han" når hun vil han skal søke lege. Han har

mageproblemer, og sier at kona ser på han når han har så vondt at han bør søke lege. Oftest ringer han selv og avtaler time, selv om det også hender at hun må gjøre det. På samme måte maser han på henne om å dra på underlivskontroll når det begynner å bli mange år siden sist hun tok celleprøve fra livmorhalsen.

De fleste menn forteller om ei kone som maser på dem om å søke lege. Andre er mer ekstreme, Synnøve forteller: "Æ må no ringe og bestille time, så varsku æ han Tor at æ har bestilt. Æ går og mase og mase og så bestill æ time." Hun sier at hun tror han bare går til lege når han er syk ut over de 3 dagene han kan være borte fra jobben uten sykemelding, og når han må ha sykemelding for "rygghaill". Samtidig føyer hun til: "Den samme karen ber bestandig mæ om å gå tell doktor berre æ åpne munnen og nevner at æ har ondt nån plassa."

Andre kvinner sier at mannen må ha et "puff" for å søke lege. Bjørg forteller at hun sier ifra til mannen at nå ringer hun og bestiller time hos lege for han: "han blåse av det og sei at det går over, men han sei no ikkje nokka når æ går og ringe." Jakob som er i 40-årene, har psoriasis og har derfor jevnlig kontakt med lege. Kona forteller: "Men så e han så sta, æ må ringe tell doktorn." Han sei: "Det her e sånt som går over." Æ sei: "Nei, æ bestill time i morra. Så gjør æ det - og han går."

I de fleste familiene er det kvinna som tar ansvaret for å komme seg til lege. Flere kvinner maser på mennene sine om å søke lege. Erna synes ikke at mannen hennes tar ryggproblemene sine alvorlig (det vil si søker lege for dem). Hun sier, henvendt til han: "No synes æ du e gammel nok tell å varsku fra" - og føyer til, henvendt til meg: "Men då går han vel aldri." Hun forteller at hun gjennom sitt 20-årige samliv med han har lært seg å "se tegn".

Lisa, kona til han som hadde sår på tykktarmen, forteller om da hun "tok affære og ringte doktor". Mannen fortalte henne ikke noe om sine mageproblemer. "Æ begynte å få mistanke da æ begynte å reagere på dogåinga tell stadighet, og æ fekk han tell å tilstå." Og det han tilsto var blant annet at han hadde magesmerter og blod i avføringen. Lise sier at han aldri sier noe, uansett. Hun kan se han ta en smertestillende tablett, og spør da om han har vondt i hodet. Han sier: "Jada, æ har no det." Det er alt han sier, og snakker ikke videre om det som

plager han. Hun sier at hun var så bekymret da han hadde mageproblemer og ventet på å komme til sykehuset. Han, derimot, snakket ikke om det.

I likhet med slik det var under første feltarbeid, sier altså både mann og kone at det er kona som må ta affære. Det er i stor grad hun som avgjør hva som skal skje videre når hun "oppdager" at det er noe som feiler han, eller han "tilstår" det for kona. Og kvinnene gjør narr av sine ektemenn for dette. Petter forteller at han går til lege når han er syk. Anna flirer og sier: "Du går ikkje vesst du e sjuk heller. Katti e du sjuk nok?" Han svarer med å si at det er når han har feber i flere dager. Petter er forøvrig svært opptatt av forebyggende kontroller, og prater mye om at folk burde vært innkalt til en årlig kontroll.

Når vi snakker om disse tingene, motsier mannen ikke kona når hun kritiserer han for å være lite flink til å ta kontakt med helsevesenet. Han, derimot, understreker at det er kona som "veit sånt", og han hører derfor på kona.

Når ei kvinne får et problem, er det flere som sier at ektemannen ikke er til å stole på, så de snakker ikke med han. Andre sier at mannen bare sier at de skal søke lege uansett hva det er. Ei kvinne ordlegger seg slik: "Det e liten vits i å nevne det før han, før han sei no at æ skal gå tell doktorn uansett ka det gjeld." Flere av kvinnene sier at når hun får symptomer som hun er usikker på, og hun nevner det for mannen, sier han alltid: "Så gå til doktorn med det." Det er ikke alltid kvinnene synes det er et godt råd. Flere kvinner er oppgitt over ektemennene som ikke kunne diskuterte med dem, men ville koble inn legen når problemer ble nevnt. De sier at mennene ikke er noen gode rådføringskilder. Og det er ulikt i hvor stor grad det er noen vits i å nevne et problem for mannen, fordi det er liten hjelp å hente hos han.

Kvinnene sier at de føler ansvar, ikke bare for seg selv og ungene, men også for mannen og hans problem. Mennene sier at de ikke bryr seg så mye om helsa, og sier at de iallfall ikke føler noe ansvar for hva kona gjør videre når hun har symptomer.

Kunnskap og kunnskapsoverføring: Mennene trekkes inn i rådføringsprosessen

Både mann og kone er imidlertid enige om en ting. De går lite utenom "husets vegger" når det gjelder å bestemme hva de skal gjøre når de merker at noe er galt. Det var menn som først tok opp og understreket dette for meg, selv om kona sa seg enig. Kvinnene holder på at legesøking er noe en selv velger og en selv tar ansvar for. De er ganske bestemt på at de hører på mannen, men de lar ikke han få det avgjørende ord om hun skal søke lege eller ikke. De fleste ekteparene sier at de diskuterer med hverandre hva de skal gjøre videre når det dukker opp et medisinsk problem.

Yngre par sier at sykdom diskuterer de kun med hverandre. Hos litt eldre par er det noen av konene som sier at de heller snakker med søsteren sin enn med mannen. Hovedparten av ekteparene snakker med hverandre, og kun med hverandre. Folk er helt klar her. Det som angår helse og sykdom er ikke slikt en bringer utenfor husets vegger - i alle fall ikke når en går og lurer på hva en skal gjøre videre med symptomene.

Selv om både yngre og eldre kvinner klager over at mannen ikke er noen god veiledningskilde, er han vanligvis den eneste de rådfører seg med når de får symptomer. Et ektepar i 50-60 årene forteller hvordan de løser problemene. Kona sier at hun ikke snakker med andre i bygda om sine helseproblemer: "Æ går heller direkte til doktorn - æ føle mæ trygger." Mannen føyer til: "Det e no mange ting vi to kan prate om, og vi kan bli enige om at det ikkje e nokka å søke doktor førr. Vi vil no heller gå tell doktorn enn å gå på gården med det." Ei kvinne forteller at før brukte hun å snakke med andre kvinner om det som plagde seg, spesielt hvis det var sykdom hos en av ungene. "Men no e de no sånn at vi heller ringe tell doktorn."

Ei enslig kvinne i slutten av 70-årene snakker mye om hvordan det var i bygda før - da hun var ung. Hun sier at de brukte hverandre mye mer da: "De gamle, det va utrolig ka dem kunne. Du hadde no ei som ho Tora..."⁶⁰ Hun forteller at tidligere kunne en spørre naboene

⁶⁰Tora levde til hun ble gammel og døde på begynnelsen av 70-tallet. Også datteren hennes forteller om folk som kom til mora når det var noe de lurte på.

når det var noe en lurte på. Da hun selv kom flyttende til bygda som nygift kvinne hendte det at hun måtte spørre andre kvinner om råd, ikke bare når det gjaldt sykdom og symptomer, men også om ting som angikk "de meir private ting", som hun sier. "Du veit, man va jo meir uvitende før når man gifta sæ. Du va jo veldig uvitende..." Hun delte fjøs med ei anna kone på det tidspunktet. Mange intime detaljer ble utvekslet over melkebøtta. "Ellers kunne du spørre ei kone på tomannshånd."

Av det folk forteller, viser enkeltepisoder at de likevel snakker om sykdom utenfor husets fire vegger. Eksempler på det fikk jeg tilfeldig høre, og ble ofte fortalt i en annen sammenheng enn i en diskusjon om hvem man snakker om sykdom med. For å illustrere dette vil jeg komme med et par eksempler: Bjørn (i 40-årene) fikk problemer med en fot. Etter at han og kona hadde diskutert hva det kunne være, viste han foten til mora. Hun så med en gang at dette kunne være farlig (det viste seg å være blodpropp), og hun sørget for at lege øyeblikkelig ble kontaktet.

Et annet eksempel viser at en også kunne søke hjelp utenfor familien. Tidlig en søndag morgen forbrente et av de minste barna til Anna seg stygt. Lege ble øyeblikkelig kontaktet. Omtrent samtidig ringte Anna til en av de andre kvinnene, Erna, og ba henne komme. Vanligvis har ikke disse to kvinnene så mye kontakt. Erna kom med en gang, og var hos dem til legen kom, og barnet ble sendt til sykehus. Grunnen til at Erna ble kontaktet var at de visste at et av barna hennes hadde fått brannskader noen år tidligere.

Folk ønsker ikke å fortelle andre om det som plager dem. De bruker uttrykk som "å gå på gårdan" eller "gå på bygda med", og vil ikke selv gjøre slikt. De sier de er "flinkar tell å bruke doktorn" nå, enn det som var tilfelle før, da de brukte å rådføre seg med andre i bygda: "Ja, æ synes jo det e bra at vi kan søke hjelp hos doktor, som du betrakte førr å ha bedre kunnskap om det som feile dæ enn ei nabokjerring har," sier en mann som er svært glad over at de har fått lege tilgjengelig. Både menn og kvinner var enige her: "Det som feile dæ e ikkje nokka å springe på bygda med. Vi har jo doktor, det e det vi skal bruke han tell." Helse, sykdom og problemer i denne forbindelse springer en ikke på bygda med "når vi har en doktor i nabobygda."

Flere av kvinnene jeg snakket med, fortalte om hvordan det var før. Da brukte de å snakke mer med andre om helsa si, og de forteller om forskjellige kvinner i bygda, og som nå er død. Disse kvinnene hadde en sterk posisjon blant de andre kvinnene i bygda, i og med at folk spurte dem til råds når det gjaldt helseproblemer. Samtidig blir det understreket at bakgrunnen for at kvinnene i bygda brukte nettverket og hverandre, var at de ikke hadde andre muligheter. En vanlig formulering i denne forbindelse er "Når æ tenke på korsen det va ...," og så kommer det ofte ei ny historie om dårlig vær og en lege som satt værfast i ei anna bygd. Mens noen av kvinnene snakker litt vemodig om "før" og hvor godt det kunne være å dele også sine helseproblemer med andre kvinne, understreker imidlertid alltid mennene hvor bra det var å få lege i stedet for "kjerringan i bygda".

En ny type rådføring når det gjelder symptomer foregår nå mellom kvinnene pr. telefon, og da gjerne med døtre som er flyttet ut av bygda. Ei kvinne forteller at når det gjelder egne problemer "prate æ no litt med kaillen, og så skravle æ no med döttern." Ei av døtrene er sykepleier og bor på en annen kant av landet. Hun blir ofte oppringt når mora lurar på noe. Også andre forteller at de bruker telefonen og ringer døtre når de har noe de lurar på.

Noen kvinner i bygda har fortsatt nær kontakt med hverandre. Det gjelder 4 søstre i alderen 50-70 år, som alle er gift med menn fra bygda (ei er nå enke). Søstrene forteller uavhengig av hverandre at de har et nært forhold til hverandre og snakker om det meste. De gir hverandre råd og hjelp i forbindelse med helse og sykdom, så vel som for andre ting. De forteller at de ikke går videre og spør om råd hos andre enn søstrene. De problemene de snakker om går ikke videre til andre kvinner, men holdes innenfor familien. Som ei av dem sier: "Æ klaga no tell søstern mine." Hun sier at hun synes det er flott at hun har søstre sine, men synes samtalene har endret karakter de seinere årene, for hun legger til: "Men dem ber mæ om at æ må gå tell doktorn for sikkerhets skyld." Ei av de andre sa også at søstrene har endret seg fra å være noen de kunne be om råd og hjelp, til i dag da det er lite hjelp å få annet enn det rådet å søke lege. Hun føyer til: "Det kunne æ no ha sagt sjøl."

Disse søstrene er alle gift med menn som de betegner som håpløse når det gjelder å få støtte og hjelp. Samtaler hjemme hos hver av dem avslører at de snakker lite med ektefellene om sine problemer. Hvor lite de stoler på dem, viser følgende historie: Ei av søstrene fikk

hjerteinfarkt et år før vår samtale. Hun hadde følt seg dårlig en dags tid. Neste dag ble hun dårligere og følte at hun trengte hjelp. Hun og mannen var aleine i huset. Hun lå på sofaen i stua, mens mannen lå oppe på loftet og sov middag. Hun klarte å karre seg bort til telefonen, som sto i stua, og ringte sin eldre søster i nabohuset. "Ho kom og overtok og ringte doktern." Da jeg spør hvorfor hun ikke vekket mannen, sier hun at hun ikke klarte å gi han beskjed: "Men æ vil no heller at søstern mine skal hjelpe mæ - han kan no ikkje så mykje."

Det er også andre enn disse søstrene som har fått råd om å søke lege de gangene de har forsøkt å snakke om helseproblemer med andre kvinner i bygda. Legesøking blir som regel foreslått som konklusjon på en samtale. Og som ei sier: "Det e no ikkje nåkka vits i å snakke med andre, før dem veit no ikkje meir enn en sjøl veit."

Det var altså ikke bare ektemennene som meinte at legesøking var mest aktuelt når en prøvde å be andre om råd. Ei kvinne, Bjørg, har et nært forhold til sin mor, og bruker henne når det er noe hun lurar på. Hun sier at mora er snar til å be henne la legen få vite om det som feiler henne.

Noen av de som bor i bygda har et nært forhold til sine arbeidskamerater. Kvinner som arbeider på syke- og alderhjemmet forteller at de har et godt forhold til kollegaene sine. I pausene kan de gjerne snakke om sykdom og helse. Det er da gjerne i forbindelse med at noen kjente er blitt syke eller at det er gått et helseprogram på TV. De sier at de ikke snakker om egne problemer i slike sammenhenger. Praten på jobb er av en helt annen karakter. De snakker gjerne om kolesterol og helseundersøkelser, forebyggende undersøkelser og "farlig alder" i forhold til ulike sykdommer. Samtalene blir som regel av mer generell karakter, men kan også fungere som personlig veiledning.

Ei kvinne forteller at det "va ho Unni på jobb som fekk mæ tell å gå og ta kreftprøve dennan gongen." Hun forteller at de satt og prata over en kaffekopp, og samtalen kom inn på ei som hadde fått underlivsskreft, "og da ho Unni fekk vette at det var lenge siden siste prøven, overtalte ho mæ tell å gå tell doktorn og få det unna." Noen av kvinnene føyer til at hvis de skulle trenge råd, ville de i like stor grad gått til arbeidskollegaer enn noen i Nordfjord. Her fikk jeg et eksempel hos en kvinne. Hun har blødningsforstyrrelser og problemer i forbindelse

med menopausen. Hun har spurt en sykepleier hun arbeider sammen med om disse problemene.

De av mennene som arbeider på fiskebedriften, forteller at det er et godt miljø i bedriften, og de kan snakke med hverandre om alt mulig. Bedriften er liten, og de kjenner hverandre godt.⁶¹ Her snakkes det ofte om kolesterol og hjerte-kar undersøkelser. Selv om de kan snakke om "alt mulig", går også her en grense mot å snakke om egne helseproblemer. "Men æ sett no ikkje akkurat og fortell om mine egne problema," sier en av de som jobber der.

Ifølge dem selv så sitter de heller ikke og forteller om sine egne problemer til andre i bygda. Det er få arenaer utenfor huset der folk i bygda kan snakke om egne helseproblemer. De meiner likevel at det ikke er noe problem, siden de kan gå til lege hvis de lurer på noe. De meiner de iallfall har nok kunnskap om helse og sykdom til å vite når de selv skal søke lege. Eldre mennesker sier at det er en kunnskap de har ervervet gjennom et langt liv. "Du veit, man høre no litt av hvert gjenna et langt liv," sier gamle Oline. Ei anna sier at: "Man oppleve no nokka...", og sier at det at hun har levd ei stund har gitt henne mange erfaringer. Men eldre kvinner sier at dette likevel ikke gir dem nok kunnskap til å råde andre, det får legen gjøre.

Kvinnene i bygda sier at deres kunnskap om helse og sykdom i all hovedsak er "snappa opp her og der." Her nevner de ulike massemedia som informasjonskanal, det gjelder både aviser, ukeblader, radio og TV. De sier de er interessert i å få kunnskap, og leser det de kommer over. Samtidig var det et annet moment som flere av kvinnene nevnte. De syntes det noen ganger var vanskelig å vite hvilken opplysning som var til å stole på. Noen ganger var det slik at ulike kilder kom med ulik opplysning om et emne. En mann sa: "Skal du no høre på alt ka dem sei, kan du no bærre pakke sammen." Han meinte at det var viktig å skaffe seg kunnskap, men syntes det samtidig ble mye fokusert på alt det som var farlig. Til forskjell fra tidligere meinte folk at de snakket lite med hverandre om helsekunnskap de "snappet opp" her og der. Det var bare når de hørte om at noen var blitt syke, at de diskuterte det de visste om den spesielle lidelsen. Ellers snakket de ikke om dette.

⁶¹Nesten alle ansatte kommer opprinnelig fra Nordfjord.

De kvinnene som det gikk snakk om fordi "dem" prata så mye om sykdom under mitt første feltarbeid, ser ikke ut til å finnes lenger. Ingen snakker om "dem", og ingen nevner sykdomsprat i bygda som et problem. Kanskje alle "dem" er døde? Utifra min kjennskap til hvem "dem" var i første feltarbeid, er et par av dem fortsatt i live.

Barns sykdom

Ungene er fortsatt gjenstand for bekymring hos både foreldre og besteforeldre. Foreldre sier at de alltid er bekymret når det feiler barna noe. De kontakter fortsatt lege tidligere enn det de gjør for voksne med tilsvarende symptomer. Ved sykdom hos barn er det likevel blitt to store endringer: De søker mer lege, og det er mindre rådføring utenom husholdet. Når folk ved siste feltarbeid skal nevne noen av de endringene som har vært i bygda, kommer flere med utsagn som ligner denne bestemoras: "Uten tvil så søke dem doktern mykje meir no, særleg for ungan." Hun forteller om sønnen og hans familie som bor i nabohuset: "Dem e flink til å ta kontakt sjøl og rydde opp vesst det e nokka." Også andre besteforeldre sier at de sjelden blir kontaktet og rådspurt: "Dem ordne opp sjøl," sier de om barn og svigerbarn. Men samtidig vet de det alltid når barnebarna er syke og følger med i hva som videre skjer.

Mens gamle uten etterkommere i bygda tidligere kunne bli bedt om råd og inneha en form for ekspertrolle når det gjaldt barn og sykdom, er dette ikke tilfelle ved siste feltarbeid. Disse gamle sier at folk ikke trenger hjelp slik som før. De har "noen", det vil si legen, å henvende seg til og "e bedre hjelpen enn vi va før."

Ei gammel bestemor forteller at hun ikke blir rådspurt når det feiler barnebarna noe - og føyer til at det kommer av at "sånne plaga som dem har, det va jo sånne ting som vi ikkje vesste om - enten man søkte lege før det eller ikkje." Hun forteller at et av barnebarna har allergi. Bestemora har stor kunnskap om hva barnet er allergisk mot. Hun sier hun har fjernet fra sitt eget hus de tingene som kan utløse allergi hos den lille jenta. Hun forteller også om ulike hendelser som har ført til at barnebarnet er blitt syk. Hun sier: "Æ synes så synd på det lille banet som skal plages med sånt." Hun fortsetter: "Det vil æ sei at sånne ting... Æ reagere ikkje på nokka, æ kan heller ikkje huske at det va sånne plaga før." Hun snakker videre om at hun ikke kan forstå hvorfor det er så mye allergi i dag. Etterhvert kommer det fram at

broren hennes har samme form for allergi som barnebarnet hennes. Han har i alle år drevet en liten gård. Han har alltid hatt store problemer når tørrhøyet skulle kjøres inn: "Når han skulle kjøre inn tørrhøyet, så nøys han sånn at han skulle nyse sæ i hel." Problemene hans er så store at familien etterhvert har overtatt denne jobben. Han har aldri søkt lege for sine problemer. "Men han e den eineste... det e jo sånn man har fått vett på i voksen alder."

Denne kvinna var ikke spesiell, flere av de gamle kvinnene sa at de syntes det var så mye nytt at det var vanskelig for dem å ta stilling til barnebarnas problemer. De syntes at det var bedre at foreldrene søkte lege. I denne sammenheng ble Jenny trukket frem, av både gamle og unge. Ei kvinne sier: "Du store tid, det ho ikkje vesste om onga og sjukdom, det va ikkje nokka å bry seg om." Folk forteller at hennes kunnskap ikke ble brukt de siste årene.

Syke unger er ikke bare et problem som angår kvinnene som mødre. Ektepar forteller at de snakker sammen, og i fellesskap tar de beslutninger om hva de skal gjøre. "Men det bli no tell at det e æ som må ringe"(til lege), sier en kvinne. Foreldre kontakter ikke alltid lege for at legen skal se på barnet, men like ofte "før å få ei trygghet om at dettan ikkje e nokka å bry sæ om." Holdningen er at det er best å ha kontakt med lege når barnet er syk. Ei kvinne sier: "Æ ringe heller tell at dem e kjempelei av mæ." Den legen som var lenge i distriktet hadde et klart syn på barns sykdom: Hun sa at når foreldrene ringte til henne, hadde foreldrene overlatt ansvaret for barnet og dets sykdom til henne. Derfor kom hun alltid i hjemmebesøk når noen ringte og fortalte at et barn hadde feber. Dette ble fortalt meg av mange i bygda, både av de med ansvar for barn og de uten. Folk i bygda fortalte dette som et positivt trekk ved denne legen, og for å understreke hvor viktig det var å søke lege når barn ble syke.

Gynekologiske lidelser

Ved siste feltarbeid er det ingen av kvinnene som snakker om gynekologi som et problem. Forebyggende gynekologiske kontroller er heller ikke et emne som opptar kvinnene. Omtrent alle kvinner under alderspensjonsalder går til gynekologisk kontroll en gang iblant. Hvis de ikke har noen spesielle problemer, går de fleste med et par års mellomrom. Noen av kvinnene i fertil alder sier de går til jevnlige kontroller fordi de bruker p-piller. Kvinnene i bygda kan

ikke huske hvor lenge siden det er de begynte å ta jevnlige kontroller, men flere sier: "Det må no ha vorre etter at veien kom." Ei eldre kvinne har hatt celleforandringer i livmorhalsen, og har hatt jevnlige kontroller flere ganger i året. Ved siste feltarbeid sier hun at hun går til årlig kontroll.

Flere av kvinnene bruker gynekologi som et eksempel på hvor vanskelig det er å søke lege når en ikke har noen spesielle symptomer. Som tidligere nevnt, maser ektemannen på ei av kvinnene om at hun må gå og ta "kreftprøve", hvis det er gått for lang tid siden siste undersøkelse. Ei anna sier med et smil at hvis ikke mannen hadde mast på henne, ville det nok gått minst en 10-årsperiode mellom hver gang. Årsaken, sier hun, er at det er slikt et tiltak å gå til lege uten at det er noe spesielt i veien. Ei av de yngre kvinnene fikk ved siste kontroll tilbud av distriktslegen om å bli satt på liste over innkalling til undersøkelse hvert 3. år. Hun synes det er en utmerket ide, og har fortalt andre i bygda om dette. Når andre kvinner snakker om gynekologi, forteller de meg om hun som er blitt satt på ei slik liste. De sier at de vil be om det samme neste gang de søker lege. Legens personlighet blir ikke nevnt som et problem i slike sammenhenger.

Psykiske lidelser

Synet på psykiske lidelser har endret seg. Ved siste feltarbeid meinte de aller fleste at psykiske problemer var sykdommer på linje med andre sykdommer. De henviser til historien om Leif, en av de yngre mennene i bygda. Her gjengis historien slik den er blitt meg fortalt av Leif selv, og mange andre i bygda:

Leif er en av mennene i bygda som tidlig satset på fiskeryrket. Etter eget utsagn elsket han dette livet, og visste med seg selv at dette var det han ønsket. Like før jeg foretok mitt første feltarbeid, hadde han investert i ny fiskebåt sammen med faren sin. Omtrent samtidig forliste en av de største fiskebåtene fra ei av nabobygdene. Alle om bord omkom. Leif var en av dem som deltok aktivt i letingen etter overlevende.

Ei tid etter ulykken begynte han å føle seg dårlig hver gang han kom på havet. Han fikk en uforklarlig angst, han svetta, fikk hjertebank og kvelningsfølelser. Dette skjedde gradvis, og symptomene ble bare verre og verre. Etterhvert ble det så ille at han begynte å grue seg

til å ro ut, ja, bare en liten tur i robåten var nok til å fremkalle de verste symptomer.

Leif trodde han var blitt alvorlig syk, og så seg nødt til å oppsøke lege. Legen forklarte han at det ikke var noe fysisk i veien med han, men at han var blitt rammet av angst. Som Leif selv sier: "Og æ som trudde det va sånt som kjerringe fekk." Leif fikk beroligende medisin hos legen, men sier at "æ tok en 4-5 peller, så heiv æ glasset." Han ønsket ikke å bli avhengig av medisiner. Da angsten ikke ville gi seg, og tida gikk, snakket han med kona, og bestemte seg for å skifte yrke. Det var også i full forståelse med faren han sluttet som fisker. For faren hadde dette dramatiske konsekvenser. Han kunne ikke ha ansvaret for båten aleine, så den måtte selges. Faren er i dag uførepensjonist.

Ved siste feltarbeid har Leif en god, stabil jobb. Han sier at det var med tungt hjerte han sluttet som fisker: "Det e no 10 år sia æ slutta, det (ønsket om å være fisker) e ikkje gått over. Det e ikkje et yrke, men en livsstil. Man va så innlevd i det der."

Leif sier altså at han har erfaring med at psykiske problemer kan være sykdom. Både han og kona understreker flere ganger at angst er en sykdom når den er så alvorlig at en må skifte yrke. Begge to meiner at en bør gå til lege med slike problemer, men, føyer Leif til, det hadde ikke hjulpet han.

Foreldrene til Leif, spesielt faren, snakker ved flere anledninger om hvor tungt Leif har hatt det, og hvor mye de har lært om psykiske lidelser ved å følge Leifs problemer. Leif sier han har vært åpen om sine problemer, og at folk i bygda kjenner til dem. Historien blir trukket frem av mange i bygda, som et eksempel på hvor syke folk kan bli av "nervan". Og det er ikke tvil om at Leif har vært "ordentlig sjuk". Det blir samtidig understreket at dette ikke er noe en selv er skyld i. Dette brukes også som et eksempel på at det i en del sammenhenger er lite en selv kan gjøre for å unngå å bli syk.

Reint bortsett fra søvnløshet, som noen eldre kvinner nevner som et personlig problem, er det ingen andre i bygda som har personlig erfaring med psykiske problemer. Likevel er folk klar når det gjelder slike problemer; det er sykdom på linje med fysiske lidelser. Som ved fysiske lidelser ville de fleste gått til lege hvis problemene var ille nok. Når det gjelder slike

problemer, har de bare Leif å relatere til. Siden de ikke har personlige erfaringer, sier de at de da bare må tenke seg til hvordan de selv ville reagert:

Ei kvinne sier at når det gjelder personlige problemer, meiner hun at legens personlighet ville spille inn. Hvis hun visste at legen var grei, ville hun oppsøkt han, hvis ikke, ville hun ikke gjort det. Ei eldre kvinne formulerer seg litt klarere: "Æ trur æ måtte ha kontakta dokter vesst det va noka med nervan." En enslig mann sier: "Æ ville gått tell doktern vesst æ hadde psykiske problema. Men æ har ennå ikkje merka nokka. Æ ville gått, det e æ sekker på."

Det er imidlertid ikke alle som ser ut til å bestemme dette selv. Synnøve, uføretrygdet i 50-årene, sier at hun ville gått til lege hvis hun fikk slike problemer. Mannen sier: "Men æ ville ikkje gått." Hun avbryter, og sier, henvendt til meg: "Då må du se på mæ. Æ ville sendt han tell doktorn, æ ville ringt." Mannen kommenterer ikke hennes utsagn.

"Nye" sykdommer

Bakgrunnen for at kvinnene heller vil gå til lege er at legens kunnskaper har endret seg: "Det e så mykje no, så mykje medisina, så en kan få hjelp. Æ trur ikkje du skal gå og slite med det". I likhet med Hanna snakker flere om at det kan være lurt å søke lege, fordi "dem kan no så mykje i dag". Slike utsagn blir også sett i forhold til tidligere, og hvor mye legevitenskapen har endret seg.

Samtidig har sykdomsbildet endret seg: "Sykdommen kjem ofte snikende," er en metafor som ofte blir benyttet. Siden sykdom kan være til stede "uten at en veit at en e sjuk," er det viktig å søke lege. Ofte er symptomene av en slik art at en ikke vet hva det "er". Denne usikkerheten er et godt argument for å søke lege. Tidlig diagnostisering er viktig for å bli bra. Forebyggende kontroller blir derfor fremhevet som viktig. Nesten alle i bygda ønsker innkalling til forebyggende kontroller. Her ble det poengtert at "man kan aldri være sikker, sjøl om man føle sæ fresk." At sykdom kunne komme snikende som en tyv om natta, ble eksemplifisert av ulike historier. Spesielt kvinnene kom med eksempler på at folk som tilsynelatende er friske, egentlig kan være syke. Historiene var slike de enten hadde lest, eller det kunne gjelde personer de selv kjente, i Nordfjord eller i ei av nabobygdene. Ofte henviste de til personer de antok også jeg kjente til. I denne sammenheng var det to typer sykdommer

som ble trukket frem: kreft og hjerteinfarkt. Kreft ble ofte avslørt ved en tilfeldig kontroll hos lege, eller symptomene var av en slik art at personen kom "for seint" til lege. Hjerteinfarkt var noe som plutselig rammet: "Du ser no han ..., plutselig datt han om. Det va no hjertet." Eller: "Ho var no berre inne på en vanlig kontroll, og så hadde ho kreft. Ho hadde ikkje kjent nokka." Eller: "Ho var full av kreft. Ho må no ha gådd med det lenge. E de'kje fælt."

Ved første feltarbeid ble jeg presentert for få slike historier. Mens historiene da heller var fokusert på symptomer folk hadde, er symptomene de nå fokuserer på, slike folk ikke merker selv, eller i alle fall ikke gjenkjenner som symptomer.

Flere eldre sier at "det e no så mykje no, æ synes ikkje det va sånn før," og henviser til kreft og hjerteinfarkt. "Nei, æ synes aldri æ kan være trygg lenger." I neste setning kommer: "kanskje vi ikkje vesst bedre?"

Samtidig sier folk i bygda at de synes det er blitt en positiv utvikling i forhold til åpenhet om sykdom. Mens kvinnene fortalte historier om folk som var rammet av kreft og hjerteinfarkt, ble åpenhet omkring sykdom nevnt av begge kjønn. Kreft og hjerteinfarkt ble også nevnt her. Eldre, og yngre med, sier at de husker at før når folk fikk kreft, så var det slik at de omtrent ikke nevnte ordet. Flere sier at de tror at årsaken til at ordet ikke ble nevnt, var at folk nok syntes det var altfor alvorlig og skremmende til å snakke om. "Folk døde bare," sier de. En mann sier feks. at hans far døde av hjerteinfarkt ca. 20 år tidligere. Han forteller at faren bare "datt om", og ingen snakket om hva han døde av. Det som det ble snakket om, var at han "datt om", ikke hva som var årsaken til at han døde. Nå, forteller de, sier folk det som det er, og "pakker det ikke inn". Folk meiner at dette fører til at disse sykdommene ikke blir så skremmende som før. To av kvinnene i bygda har like før mitt feltarbeid gjennomgått større kreftoperasjoner. Begge disse forteller meg i detalj om det de har vært gjennom. Også andre i bygda forteller om disse to kvinnene. Folk sier at de nok har mye å fortelle om helsevesenet, fordi de nå har så mye kontakt med "dem".

Når folk snakker om at det nå er større åpenhet om sykdom, understrekes det igjen at det er viktig å søke lege tidlig. Sjansen for å bli bra er da så mye større.

Helseopptatthet

Menneskene i bygda hadde problemer med å kategorisere hvilke symptomer de "brydde seg om". De syntes det vanskelig å snakke om hvordan de selv vurderte når det gjaldt sykdom. Kvinnene i bygda ville i stedet over på et annet emne som de var mer opptatt av. De ville heller snakke om hva de kunne gjøre for å unngå å bli syke. Det de ville unngå å få, var hjerte-karsykdommer. Flere av kvinnene fortalte at de gjennom mange år hadde prøvd å få mannen til å endre kostvaner. "Han e no i en farlig alder", og "man kan no aldri vette". De var svært opptatt av å spise "lettere kost". Det de først og fremst forbinder med lettere kost er reduksjon av fettmengden. Kvinnene forteller at de i de seinere årene har innført lettmeik i huset. Flere har også tatt i bruk skummet melk. De har også sluttet med smør, og er gått over til plantemargarin eller lettmargin. I flere av familiene er det nå vanlig med lettmargin, lettromme, lettmaiones og andre "lette" produkter. Dette gjelder også for eldre i bygda. Samtidig har de endret kostholdet ved å innføre mer friske grønnsaker og frukt. Alle gifte kvinner både med og uten barn forteller at de har ansvar for helsa til familien. Dette inkluderer også mannen. Som ei yngre kvinne sier: "Vi kan no late som vi dele, men tell syvende og sist e det mett ansvar." Hun har valgt å endre kostholdet i retning av mindre fett. Hun forteller at slike ting snakker kvinnene seg imellom om, feks. et nytt lettprodukt som de anbefaler hverandre å prøve. Det er først og fremst av hensyn til mannens helse at hun har foretatt slike endringer - og mannen har ikke vært så veldig samarbeidsvillig i denne forbindelse.

Björg forteller under en samtale jeg har aleine med henne at hun og mannen ser svært ulikt på mat og helse. Eksempler hun kommer med er at hun prøver å redusere fettinntaket ved feks. å varme opp fiskekakene ved å dampe dem. Mannen vil ha fiskekakene tilberedt på den gamle måten og sier: "E det syhuskost". Björg arbeider skift og har et hjemmeboende barn. Handling og matlaging blir delt på.⁶² Hun lager handleliste. Hun forteller at når de skal lage mat, er han mest opptatt av at det skal være lettvent, mens hun tenker på helsa også. Der mannen feks. lager surkål og erterstuing fra pose, lager hun en frisk salat. Hun har innført lettmeik. Tidligere nektet han å drikke annet enn helmelk. Etterhvert har det hendt at han tar

⁶²Hun var hjemmeværende ved første feltarbeid.

seg et glass, men sier at det smaker som vann. Det er hun som kjøper vitaminer, "men han spis det når æ sei det." Ved en seinere anledning blir mannen konfrontert med det kona har sagt. Bjørg forteller han hva hun har fortalt meg. Som kommentar sier han: "Ho får no berre holde på - æ bryr mæ no berre om å få maten ferdig."

Kvinnene i bygda har møtt mye motbør i forbindelse med kostomlegging. Mennene deres har ikke vært så veldig samarbeidsvillige når kvinnene har kommet med nye matvarer, eller har sluttet å kjøpe det de har vært vant til. Kvinnene forteller om menn som har blitt "sure" fordi de har kjøpt nye og sunnere produkter. Det er også enkelte menn som har nektet å spise slike produkter. Ei kone forteller om mannen "Han blei kjempesur første gongen då æ kom heim me lettmelk. Han nekta lenge. Men du skjønne æ ga mæ ikkje. Han må no berre drikke den." Andre forteller om lignende reaksjoner på lettmaiones, plantemargarin, lettrømme osv. Flere kvinner sier at de synes det er urettferdig at mannen skal reagere slik, fordi de foretar endringene først og fremst for mannens del. Dernest vektproblemer for egen del, for å holde seg slank. "Æ sjøl treng no heller ikkje alt det fettet," sier flere. Ei ung kvinne nevner vektproblemer hos både seg og mannen: "Det e no i like stor grad vekta som e drivkreftan. Vesst ikkje vi begge hadde hatt vektproblem, ville vi ikkje levd så sunt." Hennes mann, i likhet med andre menn, nevner ikke vektproblemene.

Når folk skal tidfeste når de begynte med endringer i matveien, setter de det til midten av 80-tallet, "så har det no skjedd sånn gradvis." Det var folk under pensjonsalder som først og fremst ville snakke om endringer i kostholdet. Også eldre ektepar har endret kostholdet sitt, "men det e no lenge sia vi begynte å tenke på det." "Lenge sia" viste seg å bety de siste 5 til 10 år.

Også folk i Nordfjord har hatt kontakt med store befolkningsundersøkelser. I 1990/91 ble det foretatt en helseundersøkelser etter mønster av "Finnmarksundersøkelsene" blant alle 40-åringer i Troms fylke. I Nordfjord var det tre personer som var invitert til å delta, to kvinner og en mann. Alle møtte opp til avtalt tid på Sentrum, og ingen ble etterinnkalt. Folk i Nordfjord sier at denne undersøkelsen ikke ble lagt så sterkt merke til fordi det bare var en liten gruppe som ble invitert. De sier likevel at i tiden rundt undersøkelsen var det mange som snakket om kolesterol og blodtrykk og sunn mat. Dette endret seg etter at undersøkelsen var

over.

Kvinnene forteller at det ofte er i forbindelse med jobben de får høre om nye produkter, eller ved besøk hos andre. Som tidligere nevnt kjøper de fleste familiene i bygda kjøtt og grønnsaker i store partier om høsten. Ei av de yngre kvinnene forveller mye av grønnsakene, for siden å fryse dem ned. Forvelling er noe hun har begynt med i de aller siste årene. Det var ei på jobben som fortalte om denne måten å holde grønnsakene friske på. Like ofte leser de i ukeblad som reklamerer for slike produkter. Nye produkter blir innført av kvinnene, uansett om de er "lette" eller ikke. Det er både mann og kone enige om.

I noen tilfeller er det halv voksne barn som innfører nye matretter. Pizza var feks. ikke brukt i familiene ved mitt første feltarbeid. Dette er nå vanlig helgemat i mange av husene i bygda, selv om de eldre ikke synes om "alt dettan som de unge lage". Pizza er ofte blitt innført via ungdommene, ved at de har overtalt mora til å prøve å lage det.

Flere av mennene synes at det prates for mye om helse og livsstil, og kolesterol og fett. Ikke minst synes de konene overdriver. Under en samtale konfronterte kona mannen med at hun prøvde å lage sunn mat for hans del. Han sa: "Ho får no bærre holde på, æ bryr mæ ikkje." Jeg kunne se at kona ble rød i ansiktet.

En mann i 40-årene sier at når han er i selskap får han stadig vekk høre: "Nei, æ kan ikkje spise den kaka, den e for feit." Unger som drikker skummet melk, synes han er en "uting". "Og at folk som e gla i god mat skal nektes det, e fælt."

Enkelte menn vil ikke ha noe med "helsehysteriet" (deres begrep) å gjøre. En litt eldre mann (ca. 50 år) sier: "Man leve berre en gang, så koffør ikkje leve godt når man leve." Han drikker H-melk. "Når æ vil ha melk, vil æ drikke melk. Og drikke vatn når æ vil ha vatn." Han sier at han ikke tenker på helsa når det gjelder mat og røyk. Kona rister på hodet og forteller at han tidligere skar smøret med ostehøvel, men det har hun fått han til å slutte med nå. Hun kjøper lettmargin i stedet, men det vil han ikke ha. Han prater foraktelig om lettproduktene. Kona sier derimot at selv om han er tynn, så er hun redd for at han skal få hjerteproblemer. "Det va det faren døde av," sier hun. Hun er derfor gått over til feks. å bruke

lettprodukter i sauser. Hun prøver å tilberede maten på en sunnere måte: "Men du veit, det e sånn som han ikkje veit om. Og det han ikkje veit, har han ikkje ondt av." Mannen kommenterer ikke dette.

Røykevaner

Et annet fenomen som ble sett i forbindelse med helsa, var røyking. Som ved første feltarbeid er det flere av mennene i bygda som røyker. Det samme er tilfelle for noen kvinner. Enkelte har sluttet de siste årene. Ved siste feltarbeid benytter mennene våre samtaler om sykdom og helse til å snakke om sine røykevaner. Under våre samtaler var det vanlig at folk tente seg røyk. Dette gjorde de også under mitt første feltarbeid. Forskjellen var imidlertid at folk under mitt andre feltarbeid gjerne ville snakke om røyking som et problem, mens de ved første feltarbeid ikke kommenterte det. Noen ganger henviste de i ei bisetning til at de kanskje ikke burde holde på med "sånt". Dette ble gjort i en spøkefull tone. Ved siste feltarbeid er det altså flere som ser på røyk som en helsetrussel. En mann sier: "Det e ikkje nokka god ting."

En mann forteller at han har hatt store problemer fordi han ønsker å slutte å røyke. Han har holdt opp i perioder, for så å begynne igjen. Han prøver å forklare hvorfor han sluttet, og hvorfor han har begynt igjen. Kona hans sluttet å røyke da hun ventet sitt første barn (ca. 35 år tidligere), og har ikke røykt siden.

Også andre i bygda tar opp sine røykevaner. En enslig mann som røyker under de samtalene jeg har med han, forteller at han bryr seg om helsa si, men føyer til at: "Vesst æ hadde vorre meir opptatt, hadde æ slutta å røyke. Æ vil ikkje sei at æ e sløv, æ e mykje ute i fresk luft, trimme, e ute i naturen ..."

Han sier at han ikke tror så mye på forskninga om at fett er så skadelig. Folk før i tiden spiste fett og fikk ikke hjerteinfarkt. Han tror heller ikke at røykinga spiller inn i denne forbindelse. Han føyer til at han for sin del tror at det er forurensning og sprøytemidler, og ikke røyking, som er årsaken til at folk får hjerteinfarkt. Han etterlyser forskning som ser på sammenhengen her.

Også andre menn forteller at de er blitt opptatt av forholdet mellom røyk, fett og hjerteinfarkt.

Ingen stiller seg tvilsom til at det er en sammenheng mellom disse faktorene. De stiller ikke spørsmål ved om det er riktig eller ikke. Begge de parene som er etablert i bygda etter mitt første feltarbeid, har gått på røykeavvenningskurs som distriktslegen arrangerte på Sentrum ca. 2 år før mitt siste feltarbeid. Alle sluttet å røyke, og har holdt opp siden. En av mennene forteller at han brukte 3 pakker rulletobakk ukentlig og sigaretter i tillegg. Han ville slutte fordi han var sterkt plaget av hoste. Kona hans sier at hun sluttet av solidaritet med mannen, samtidig som hun var opptatt av at ungene ikke skulle vokse opp i et røykfylt miljø. Hun, som hadde et lavt forbruk i utgangspunktet (5-6 sigaretter om dagen), forteller at hun hadde vanskeligst for å slutte. Hun tror det kommer av at hun sluttet av hensyn til andre, og ikke fordi hun for egen del så noen nytte i det.

Oppsummering av Nordfjordmaterialet

Som vi ser har det skjedd store endringer i Nordfjord i tiden mellom mine to feltarbeid. Fra å være ei isolert bygd som ble drevet av kvinnene, er den blitt ei bygd som deltar i det moderne livet. Å bo i Nordfjord skiller seg ikke så mye ut fra det å bo i ei anna lita kystbygd. En del av de endringene som har skjedd i bygda, var allerede i gang under mitt første feltarbeid. Bygda er blitt "moderne", i den forstand at folk lever mer likt folk i andre deler av landet. Folk har tilpasset seg de tilbud veiforbindelsen har gitt. For kvinnene har dette medført lønnsarbeid, og barna deltar i organiserte fritidstilbud.

Selv om folk meiner at en av de viktigste forklaringene for endring er veitbyggingen, har det også skjedd endringer rundt bygda. Helsetjenester er blitt mer utbygd i dette distriktet. På samme tid har flere kvinner fått sertifikat. Det er derfor lettere for dem å komme til lege i kommunesenteret. Folk oppfatter derfor at helsetjenesten er blitt mer tilgjengelig. Folk har endret sine forventninger til legen. Mens de tidligere var opptatt av hvordan den gode legen er, legger de nå vekt på at legen er tilgjengelig. Legen kommer når de trenger han, og dette oppfattes som trygt. Om en lege er grei eller ikke, blir ofte sett i forhold til hvor villig legen er til å foreta hjemmebesøk.

Legen er også blitt mer tilgjengelig i den forståelsen at folk er glade for at legen er der, og sier at de har lettere for å oppsøke han. Selv om de ikke synes at de bruker lege unødig, er de mer villige en før til å søke lege. Holdningen er at det er bedre å søke lege en gang for mye enn en gang for lite. Folk har på mange måter fått et fjernere forhold til legen enn før. De bryr seg lite om legens personlighet. Samtidig bruker de han for flere tilstander enn de gjorde tidligere. Folk har også stor tiltro til legen. De følger de rådene de får hos legen, og meiner at han vet best.

Legesøking er fortsatt knyttet til sykdomsbegrep, som er blitt en noe endret på denne tiden. Folk hadde ved begge feltarbeidene problemer med å definere hva sykdom var. Spesielt hadde kvinnene ved mitt første feltarbeid et rikt språk knyttet til det å vurdere hvilke symptomer som var alvorlige nok til å bringe videre til legen. Ved siste feltarbeid er folk mer opptatt av å avklare hva en bør søke lege for eller ikke. Ved første feltarbeid ble det lagt mest vekt på

akutte, synlige og alvorlige symptomer når de snakket om sykdom. Ved siste feltarbeid er folk mindre opptatt av å snakke om slike symptomer. De typer sykdommer som ble nevnt var ikke de samme sykdommene som de som ble nevnt ved første feltarbeid. Ved siste feltarbeid blir det fremhevet at det etterhvert er kommet så mange "nye" sykdommer, og som ikke følger den samme symptomutviklingen som de akutte sykdommene. Eksempler her er hjerteinfarkt og kreft. Disse sykdommene ble ikke spesielt nevnt i mitt første feltarbeid. Selv om disse sykdommene fantes tidligere, meiner folk ved siste feltarbeidet at de ikke ble snakket om tidligere.

Ved første feltarbeid var sykdom og symptomer noe som ble diskutert i bygda. Kvinnene diskuterte med hverandre symptomer som gjaldt dem selv, deres ektefelle eller barna. Diskusjonen hadde rådføring som hensikt, og de som en står nær på andre områder var også dem en vanligvis diskuterte sykdom med. Her kunne de også gå videre til kvinner som de ikke var sterkt fortrolige med, men som "visste" mer enn andre på de ulike områdene. De ga hjelp i å sortere symptomer og ga råd blant annet i forhold til legesøking. Når lege ble kontaktet, "visste" derfor alle hvorfor. Bruk av telegrafene i bygda synliggjorde også enhver telefonsamtale, både til lege og andre. Mennene hadde ikke et slikt nettverk. De som var gift "overlot" til kona å ta beslutninger i forhold til hans symptomer. Menn kontaktet sjelden lege uopfordret.

Ved siste feltarbeid er dette mønsteret endret. Begge kjønn forteller at de vanligvis ikke går utenfor husets fire vegger med symptomer. Sykdom er ikke noe som angår andre enn en selv. Enkelte menn snakker foraktelig om hvordan kvinnene søkte hjelp hos hverandre før. Denne rådføringen blir ved siste feltarbeidet forklart utifra at folk tidligere ikke hadde andre muligheter til hjelp ved sykdom. Her blir det ofte trukket fram historier som viser hvor vanskelig det kunne være å få tak i lege tidligere. I dag, derimot, har de en lege som de heller foretrekker å diskutere med. Ektefeller diskuterer med hverandre, før de eventuelt søker lege. Kvinner synes ikke det er så stor hjelp i å diskutere med mannen, for han har ikke så stor kunnskap, og oppfordrer alltid til legesøking. De av kvinnene som fortsatt diskuterer symptomer med andre kvinner, meiner de ikke heller har noe utbytte av det, for legesøking er alltid rådet de får her. Det stilles også spørsmålsteget ved verdien av rådføring hos andre, fordi andre ikke har mer kunnskaper om sykdom enn de selv har. Derfor søker de legens

kunnskap når de har problemer.

Ved første feltarbeidet var det to typer problemer som ofte ble satt i en særstilling i forhold til vanlig håndtering av sykdom. Det var gynekologiske lidelser og barns sykdom. Gynekologiske lidelser fordi det var slikt en utsatte mer enn noe annet å søke lege for, og barns sykdom fordi lege ble kontaktet på et tidligere tidspunkt enn ved sykdom hos voksne. Ved siste feltarbeid blir ikke gynekologiske lidelser trukket fram, mens de fortsatt har lavere toleranse til symptomer hos barn. I tillegg blir psykiske lidelser regnet som sykdom ved mitt siste feltarbeid.

Av nye områder som kvinnene sier de må forholde seg til, er forebygging av sykdom. I denne forbindelse er spesielt hjerte-karsykdommer nevnt. Her er menn spesielt utsatt. Kvinnene oppfatter at det er deres oppgave å tilrettelegge for forebygging gjennom den maten de serverer. På dette området er det vanskeligere å rådspørre noen, for det ikke er symptomer som blir diskutert. Og den informasjonen de får fra massemedia kan være uklar, og kan være preget av usikkerhet.

Selv om kvinnene er yrkesaktive på linje med mennene ved siste feltarbeid, er helse og sykdom fortsatt sett på som et kvinneansvar. Men kvinnene forvalter denne oppgaven mer individuelt enn tidligere, da de hadde et nettverk å forholde seg til. Kvinnene i Nordfjord må forvalte familiens helse og sykdom aleine. Dette skjer mange ganger med usikker informasjon å forholde seg til, og uten bruk av det gamle nettverket til å hjelpe seg med å sortere og ta beslutninger.

Foreløpig diskusjon av Nordfjordmaterialet

Betydning av alder

Å skaffe data fra de samme menneskene med over 12 års mellomrom medfører spesielle problemer. Her kan nevnes at en del av de forandringer som en ser hos enkeltpersoner, kan skyldes aldersforandringer. De jeg har snakket med (reint bortsett fra de "nye" familiene som ikke var inkludert i den første undersøkelsen), er blitt 12 år eldre mellom de to feltarbeidene. Det betyr samtidig at de er blitt gamlere, og har på disse årene opplevd mer av sykdom bare ved å leve flere år. Noen har mistet en de er glad i, og andre er kommet i en ny livssituasjon og en ny fase av livet. I familier hvor det tidligere var småbarn, er det nå bare mor og far som bor igjen i bygda. De er kanskje derfor ikke lenger så interessert i barn og problemer knyttet til dem. Dette betyr også at hvilke typer helseproblemer folk er opptatt av, er avhengig av hvor relevant en oppfatter problemet for seg og sitt liv. Folk snakker om det som opptar dem. Når de nå er blitt over 12 år eldre vil de snakke om andre ting enn de gjorde 12 år tidligere.

Andre undersøkelser viser at unge og eldre har ulike erfaringer og oppfatninger av helse og sykdom. Jo eldre folk blir, jo flere sykdomstilfeller opplever de, også alvorlige (Øverby 1995). De oppfatter også helsa si som dårligere (Fylkesnes 1991). Vi må derfor anta at enkeltpersoners større opptatthet av å søke lege for problemer de tidligere ikke satte i forbindelse med legesøking, kan til en viss grad sees i sammenheng med at de er blitt eldre mellom feltarbeidene. Likevel er det vanskelig å bare bruke alder som forklaring på at folk i bygda har endret syn på hva som er sykdom, og hvilke symptomer som fører til legesøking. Vi ser at i tiden mellom feltarbeidene er det kommet til unge, som sier at de søker lege for problemer folk i bygda ikke ville søke lege for ved første feltarbeid. Ved feltarbeidet i -81 var det ulikhet mellom de ulike aldersgruppene om hva de snakket om i forbindelse med sykdom og legesøking, men synet på hva de ville "bry seg om" og eventuelt søke lege for var ikke så ulikt. De eldste i bygda hadde da også flere helseproblemer enn de som var yngre. De hadde derfor mer kontakt med helsevesenet. De så imidlertid ikke ut til å være tilbøyelig til å søke lege for flere tilstander enn de yngre, snarere tvert i mot. Det var vel heller slik at de eldste ikke benyttet lege for mange problemer nettopp for deres erfaring hadde lært dem

at det var mange problemer helsevesenet ikke kunne hjelpe med, men som de likevel måtte plages med. Ved mitt siste feltarbeid så vi eksempler på det motsatte: Ei av de eldre sa ved siste feltarbeid at alderen hadde lært henne at en skulle søke lege tidligst mulig. Her ble alder brukt som en støtte for å søke lege tidlig i sykdomsprosessen. Det ser derfor ikke ut til at alder og derved større behov for helsetjenester er den eneste forklaringen til at folk rapporterer mer bruk av helsevesenet.

Endring i holdning til helse og sykdom blant yngre folk i bygda, skulle tilsi at det er reelle holdningsendringer i det å søke lege. Blant de unge ser vi at spesielt yngre menn er blitt mer opptatt av sykdom og helse. Dette funnet stemmer godt overens med Fylkesnes et al. (1992) analyse av data fra en større befolkningsundersøkelse. De antyder at yngre menns høyere legeforsbruk enn eldre menn, kan komme av: "... a changing trend in help-seeking behaviour between generations, ie the new generations are more likely to seek health care compared to the older, given the same level of "need" (Fylkesnes et al. 1992:288). Kanskje det er slike endringer vi også ser i Nordfjord?

Sammenlignende undersøkelser

Et av de store problemer ved å diskutere de endringene som har vært i Nordfjord i forhold til helse og sykdom, er at det finnes få undersøkelser å sammenligne min undersøkelse med. Så vidt meg bekjent er det få andre undersøkelser som ved å benytte kvalitative metoder, har sett på hvordan friske mennesker ser på helse og sykdom over tid.

De fleste endringsstudier er av en annen karakter. Det er feks. utført store surveyundersøkelser (se feks. Cox et al. 1993) der det måles effekt av intervensjon (Kronenfelt et al. 1985). Andre undersøkelser har fulgt opp mennesker som er i risiko for å utvikle sykdom, blant annet for å se hvor mange av dem som har utviklet sykdom etter ei tid (The Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group 1990, Toronto Working Group on Cholesterol Policy 1990). På samme måte ser vi undersøkelser der feks. en alders- eller sosialgruppe er fulgt opp, for å se hvor mange av dem som har utviklet sykdom etter en viss tid (Thürmer 1993).

Slike undersøkelser er viktige som bakgrunn for å få bedre kunnskap om utbredelse av

sykdom, for å få gode estimater for risiko for å utvikle sykdom, for å avgjøre om det skal settes i gang store befolkningsundersøkelser, eller om antatte risikofaktorer er gyldige. De nevnte studiene er kvantitative undersøkelser som har vært rettet mot å få oversikt over utbredelse, og har derfor registrert antall tilfeller. Det finnes også kvalitative undersøkelser som ser på folks forhold til helse og sykdom, der folk selv ser tilbake og forklarer egen endring (Calnan og Williams 1991). Metodisk kan disse ligne på min undersøkelse i Finnfjord. Av kvantitative undersøkelser kan nevnes Botten og Bjerkedal (1988) som har analysert data fra Statistisk Sentralbyrås Helseundersøkelse 1985. I denne undersøkelsen har folk i ettertid rapportert egen endring i forhold til enkelte helsevaner.

Andre undersøkelser har sett på hvordan en feilaktig sykdomsdiagnose påvirker folk oppfatning av egen helse. I en undersøkelse av Bloom og Monterossa (1981) har folks oppfatning av egen helse blitt målt før diagnosen blir gitt, og etter at folk har fått vite at diagnosen var feil. Denne undersøkelsen viser at folk endrer oppfatning av egen helse etter å ha blitt gitt diagnosen. Helsen oppfattes som dårligere, selv forholdsvis lang tid etter at en har fått vite at diagnosen var feil.

Noe av problemet med å sammenligne mine funn fra Nordfjord med de fleste av disse undersøkelsene er at jeg ikke har fokusert på spesielle mennesker eller spesielle lidelser. Min undersøkelse er heller ikke rettet mot kartlegging. Metodene som jeg har benyttet skiller seg fra disse, ved at min undersøkelse fra Nordfjord er rettet mot å få innsikt i folks levemåte. Det finnes mange ulike innsigelser mot å sammenligne mine data fra Nordfjord med de nevnte undersøkelsene. Den viktigste innsigelsen er av tematisk art. Det er vanskelig å finne undersøkelser som følger de samme menneskene og ser på hvordan de endrer syn på helse, sykdom og helsevesen.

Det finnes imidlertid noen undersøkelser som er interessant å se i forhold til min studie fra Nordfjord. Davis (1997) har sett på hvordan kvinner i et fiskerisamfunn i Newfoundland (Grey Rock Harbour), har endret syn på menopause over tid. Feltarbeidene ble foretatt i 1977 og 1989. Bygda har i tiden mellom feltarbeidene gjennomgått mange av de samme endringene som er beskrevet for Nordfjord. Mens problemer forbundet med menopause ikke ble gjenstand for legesøking i 1977, er de blitt det i 1989. Mellom feltarbeidene er det blitt en privatisering

av kroppen, og kvinnenes syn på egen kropp er ved siste feltarbeid mer i overensstemmelse med medisinen. Dette har ført til en sterkere medikalisering av deres problemer. Selv om denne undersøkelsen tar opp et spesielt problemområde, er Davis (1997) funn interessante å se i forhold til mine funn fra Nordfjord når det gjelder syn på helse og sykdom.

Spesielle trekk ved livet i Nordfjord

Ved å sammenligne de to feltarbeidene i Nordfjord, ser vi at folk opplever at de må forholde seg til medisinen på en annen måte nå enn tidligere, blant annet fordi de meiner at sykdomsmønsteret har endret seg. Det er kommet "nye" sykdommer og nye helseproblemer som ikke fantes i det "gamle" Nordfjord. En kan være syk uten å vite det selv, ha disease uten illness, eller å ha forstadier til sykdom uten å kjenne det selv. Den kunnskapen kvinnene i Nordfjord tidligere samlet og forvaltet var basert på symptomer, eller at folk følte seg syke. De søkte råd hos hverandre når aktuelle helseproblemer dukket opp. Dette betyr igjen at folks gamle kunnskap ikke er tilstrekkelig til å håndtere de "nye" sykdommene - de forholdt seg til symptomer, som enten ble formidlet eller som de kunne kjenne igjen på andre synlige sykdomsindikatorer.⁶³ Det er bare en måte en kan vite om en har en disease uten å ha noen symptomer å forholde seg til, det er å søke lege. Lege er blitt mer tilgjengelig mellom mine to feltarbeid. Kvinnene har tatt sertifikat og mange av dem jobber i Sentrum. Om legene skifter er det alltid en tilgjengelig lege der.

Dette forklarer likevel ikke at folk i Nordfjord ikke benytter folk i bygda når det gjelder "gamle" sykdommer og symptomer. De har fått en større avhengighet av medisinen også for "vanlige" sykdommer. Hvorfor rådfører ikke kvinnene seg med hverandre når det gjelder symptomer i familien? Hvordan kan dette forklares? For å forstå dette må vi nok se på andre trekk ved deres nye levemåte. I likhet med Davis (1997) ser vi at det er blitt en sterkere privatisering av symptomer. Symptomer blir kun diskutert i husholdet før det blir en sak mellom enkeltpersonen og legen. Selv om folk i bygda fortsatt får høre om det hvis noen er syke, betyr det ikke at de har deltatt i avgjørelsen og diskutert seg fram til hva som er den beste løsningen i forhold til det spesielle helseproblemet.

⁶³Som feks. høy feber.

Går vi tilbake til det gamle samfunnet var det et samfunn basert på at folk hjalp hverandre på ulike områder. De var avhengige av hverandre. Dette gjaldt feks. for å få tak i mat eller å dra båten opp på land. Det gamle samfunnet var basert på fellesskap. En mulig forklaring på at barns sykdom var noe som opptok alle, kan blant annet være at folk følte et kollektivt ansvar for hverandre. Barns sykdom kan være en god illustrasjon for det ansvaret folk følte for hverandre, da i form av ansvar for de som ikke var i stand til selv å ta egne avgjørelser.

Etterhvert har folk endret levemåte. De har fått hver sin bil, hver sin telefon og har fått mulighet til egen individuell tilpasning til det moderne livet. På mange måter er Nordfjord i dag et samfunn der folk ikke lenger trenger hverandre i den betydning at de trenger hverandres hjelp for at hverdagen skal fungere. Den gamle avhengigheten var på mange områder, og hadde samtidig en annen funksjon, den førte til at folk møttes. Fordi de var avhengige av hverandre, tok de kontakt med hverandre for å dra opp båten, når en skulle dra til nærmeste bygd for å handle, eller de trengte hjelp for å ta inn høyet. I det gamle samfunnet var det også andre arenaer for møte. De møttes når lokalbåten kom,⁶⁴ det var også flere som hadde gårdsbruk, noe som medførte samarbeid og møte naboer imellom. Ikke minst gikk de på besøk for å låne noe eller utveksle nyheter - og for å se til en som var syk. Disse arenaene er nå mer eller mindre forsvunnet. Folk lever et mer individualisert liv der de ikke trenger hverandre så mye som før. Den kollektive tankemåten er det ikke så stort behov for lenger. Kanskje mindre opptatthet av barns sykdom blant de som ikke er småbarnsforeldre i dagens Nordfjord, er et tegn på at folk ikke føler et så sterkt ansvar for andre i bygda, slik som de gjorde tidligere?

Mange av de gamle møtearenaene var kvinnearenaer. Mennene levde en stor del av tiden utenfor bygda, som pendlere eller fiskere. Det var kvinnene som var bærere av det sosiale livet i bygda. Lønnsarbeid har betydd en stor endring i både bygdas og den enkelte kvinnes liv. Kvinnelivet blir for mange nå tilbragt en stor del utenfor bygda. Dette har skjedd samtidig som andre fellesskapsskapere er blitt omstrukturert, som skole, post og gårdsdrift. Kontakten mellom kvinnene i bygda er vanskeligere å opprettholde, fordi de ikke er til stede på samme måte som før. Samtidig klarer kvinnene seg selv på områder de tidligere var avhengig av

⁶⁴Det var faktisk to ganger i uken.

samarbeid på. Dette har også ført til færre arenaer å møtes på. Folk i bygda opplever dette som mindre kontakt mellom menneskene.

Vi ser at fortroligheten mellom kvinnene i bygda var basert på kontakt. Mine data viser imidlertid at det var sjelden i det gamle samfunnet at folk gikk på besøk til hverandre bare for å få råd i forhold til helseproblemer. Denne rådføringen inngikk som en del av kontakten i forbindelse med andre saker. Når arenaene for andre områder er endret, er også anledningene til å ta opp helseproblemer blitt færre.

Større tilgjengelighet til lege har kommet samtidig med at de har fått en mer individuell livsstil. Tilgjengeligheten til lege har ikke bare blitt større fordi at folk har det lettere for å komme til lege i form av vei og bil, men også fordi helsevesenet har hatt en sterk utbygging i årene mellom feltarbeidene. Fjorden kommune er ikke lenger uten lege i perioder. Det er også kommet flere leger til kommunen. Ved akutt, livstruende sykdom, kan helikopter komme i løpet av kort tid. Det betyr at helsevesenet alltid er til stede, om sykdom skulle ramme plutselig, eller hvis en bare ønsker å få målt kolesteroleet. Folk trenger ikke på egenhånd å ta helseavgjørelser de føler seg usikre på, det er alltid en lege tilgjengelig som kan hjelpe dem. Dette er også noe nytt som folk har fått å forholde seg til.

Som diskusjonen ovenfor antyder, har bygda i perioden mellom feltarbeidene gått fra å være et tradisjonelt, isolert samfunn med blant annet tradisjonell rollefordeling mellom kjønnene, til et mer moderne kystsamfunn, med ny rollefordeling. Disse endringene har skjedd raskt. Vi ser altså at folks forhold til helse og sykdom er en av mange endringer som har skjedd i dette samfunnet. Folk forklarer også endringer i helse og sykdom som en av andre endringer i forholdet mellom menneskene. Dette er trekk som må sees i sammenheng med hverandre. Nordfjord må altså studeres i forhold til modernitet (Giddens 1991, Løchen 1994), med de krav som settes til moderne mennesker, som en innfallsvinkel til å forstå endringer i helse og sykdom. I denne forbindelse er et annet trekk ved deres levemåte av interesse. Det er at folk har endret syn på hva legen kan brukes til. I et modernitetsperspektiv er ekspertenes rolle av interesse (Giddens 1994). Jeg velger å ikke ta opp denne diskusjonen her, men vil heller legge den til hoveddiskusjonen (Del IV). Der vil jeg diskutere medikalisering som fenomen. De endringene vi ser i Nordfjord som en tilpasning til den moderne verden, vil bli drøftet der.

Medikalisering i Nordfjord

Kan jeg på bakgrunn av mine data si at det har foregått en medikalisering i Nordfjord? Ved å sammenligne feltarbeidene ser vi medikalisering på to plan: Medisinen eller rettere sagt legene har overtatt en del av den funksjonen nettverket mellom kvinnene hadde tidligere. Samtidig ser vi at medisinen beskjeftiger seg med funksjoner som tidligere ikke var etterspurt i dette samfunnet. Begge disse prosessene fører til at folk bruker helsevesenet mer enn tidligere. Data er samlet inn ved to ulike tidspunkt, så det er vanskelig å følge medikaliseringen som en prosess. Mest sannsynlig består denne prosessen av ulike faser. Feks. kan folk tidfeste når de begynte å endre kostholdet. De kan også tidfeste andre endringer som har innvirkning på deres forhold til helse og sykdom. Feks. er kvinnes sertifikat av stor betydning for forandringer i livet i bygda.

Medikaliseringen i Nordfjord er ikke kommet ved at medisinen har foretatt en invasjon som i Finnfjord. Medikaliseringen har skjedd ved at folk har overlatt mer og mer til helsevesenet. Samtidig kan vi si at en del av denne prosessen er medisinsk skapt, fordi det gis nye tilbud om tjenester. Andre deler av avhengigheten ser ut til å komme fra folk selv. De har stor tillit til legen og søker lege for ting de tidligere ordnet opp i selv. Gradvis har medisinen fått en viktig plass i folks liv, og har overtatt forvaltningen av større og større deler av livet. Dette har imidlertid ikke skjedd som i Finnfjord, ved at medisinen invaderer folks liv. I Nordfjord kan en heller bruke koloniseringsmetaforen. Da med den presiseringen at koloniseringen ser ut til å være ønsket av folk i bygda. For folket i Nordfjord oppfattes medikaliseringen som en del av "det gode liv", det vil si å få tilgang på et viktig gode i det moderne samfunnet.

Del IV: EN "MODERNE" TILPASNING TIL HELSE OG SYKDOM?

Forholdet mellom Nordfjord og Finnfjord

Etter at mine datasett er blitt presentert, kan de virke ulike. De tar opp ulike aspekter ved livet til folk og hvordan de innretter sitt dagligliv i forhold til sykdom, helse og helsevesen. Vi ser også at data er samlet inn for ulike formål. Data fra Finnfjord er samlet inn med det for øye å få en forståelse av hvordan folk tilpasser seg til å være i risiko for sykdom. Data fra Nordfjord er rettet mot å få en forståelse for hvordan folk tenker om og innretter seg i forhold til helse og sykdom over tid.

Folk i Nordfjord og Finnfjord har ulike erfaringer og tilknytninger til helsevesenet. Risikogruppen i Finnfjord oppfatter at de lever med en reell trussel om alvorlig sykdom over seg. Denne trusselen kjenner de ikke på kroppen annet enn som et måleresultat som blir presentert av legen. De fleste i Nordfjord opplever ikke en slik umiddelbar trussel i forhold til hjerte-karsykdommer, selv om flere har opplevd alvorlige sykdommer. De går til lege først og fremst når de opplever symptomer, selv om de også er opptatt av å forebygge sykdom.

Datasettene skiller seg også metodisk fra hverandre. I Finnfjord ble intervjuformen valgt, mens feltarbeidsmetoden ble valgt i Nordfjord. Det er umulig å si hvilket arbeid som hadde den "rette" metoden. Feltarbeidet i Nordfjord ga muligheter for å få en del opplysninger som ikke nødvendigvis fremtrer gjennom et enkelt intervju. En slik metode ga meg en nærhet til informantene. Dette åpnet igjen for ny kunnskap, og ga meg også mulighet til å gjøre egne observasjoner. Samtidig ga intervjuene i Finnfjord meg muligheter til å kartlegge noen av folks oppfatninger og vaner. Denne situasjonen åpnet også for at folk fikk anledning til å gå i dybden og snakke om risikoproblematikken, noe de fleste ikke hadde snakket så mye om tidligere. Kanskje noe av styrken i dette arbeidet var at disse menneskene kunne snakke med et ukjent menneske, som de ikke behøvde å forholde seg til i sitt hverdagsliv, verken som bekjent eller som helsepersonell.

Min rolle som forsker var også ulik i Finnfjord og Nordfjord. Mens folk i Finnfjord har møtt

meg en gang til et formelt intervju, har jeg bodd i Nordfjord i to perioder. Under disse oppholdene har jeg delt hverdagen med folk. Derfor har feks. rollen som venn vært viktigere i Nordfjord enn i Finnfjord. Dette betyr at jeg kjenner folk i Nordfjord på en helt annen måte enn det jeg kjenner folk i Finnfjord. Dette så jeg da ei av kvinnene i bygda døde ganske brått noen måneder etter mitt siste feltarbeid. Da jeg fikk høre om dødsfallet, ble jeg svært lei meg. Jeg følte at jeg kjente henne, og jeg tenkte på slektninger hun hadde i bygda, på barn og barnebarn. Det er klart at et slikt forhold kan man ikke få til mennesker man har hatt et enkelt møte med. Samtidig kan en også si at for å kunne si noe om hvordan folk i Finnfjord oppfatter hvordan det er å være i risiko for å få hjerte-karsykdom, kan det være tilstrekkelig å spørre dem om det. Det er ikke nødvendig å ha et så nært og langvarig forhold til dem.

Presentasjonsformen på mine data bærer også preg av bruk av ulike metoder. Mens data fra Finnfjord ofte blir presentert i form av direkte sitater, er data fra Nordfjord annerledes. Her finner en direkte sitater, men det legges i tillegg vekt på annen type informasjon. Data består også av opplysninger om bygda, og hvordan folk oppfatter å leve der.

Hvordan kan det forsvares å bruke begge datasettene til å bygge opp en helhet i min avhandling? Begge datasettene tar opp forholdet til helsevesenet i det moderne samfunnet. Finnfjordmaterialet tar opp en problematikk som omhandler et av moderne medisins produkter, risikogruppen, mens Nordfjordmaterialet gir mulighet for å studere endringer i syn på helse og sykdom i et samfunn som har gjennomgått relativt rask modernisering. I begge samfunnene er det blitt økt avhengighet av helsevesenet. Dette kan vi blant annet se av at legeforbruket i begge bygdene sannsynligvis har økt. Folk i Nordfjord sier at de søker lege oftere enn før. I Finnfjord har vi fått en økning i legeforbruk som resultat av jevnlig innkallinger for å kontrollere risiko for hjerte-karsykdom. Vi har lite data på legeforbruket når det gjelder andre forhold. Utifra hva folk forteller om hvor oppmerksomme de er i forhold til symptomer som kan settes i sammenheng med deres risiko, kan vi anta at deres legeforbruk har økt.

Som nevnt i prologen, har forholdet mellom datasettene vært med på å utvikle problemstillingen. Etter å ha utført datainnsamlingen i Finnfjord satt jeg igjen med et inntrykk av at det foregår en sterk medikalisering av livet til folk. Helsevesenet har gjennom

oppfølging av risikogrupper invaderte livet deres. Etter den siste datainnsamlingen i Nordfjord så jeg at medikaliseringen foregikk uten at helsevesenet var aktivt oppsøkende. Det var folk selv som i stor grad etterspurte helsetjenester. Medikaliseringen som skjedde i Nordfjord ga jeg betegnelsen kolonisering. Dette gir en ny dimensjon i forhold til mine erfaringer fra Finnfjord, om at medikalisering foregikk som invasjon.

Medisinen har ulike roller i medikaliseringsprosessen, og det har også folk. Deres tilpasning til medikaliseringen er ulik, fordi medikaliseringen er ulik. Medikalisering er for folk både en aktiv og en passiv prosess. I mine datasett var folk aktive i denne prosessen på ulike måter. I Finnfjord var folk aktive i den forstand at de oppfattet det å være i risiko for å få sykdom som at de aktivt måtte begynne å tenke helse og ha et aktivt forhold til de prioriteringer de gjorde. I forhold til medikaliseringprosessen var folk i Finnfjord passive. Det så ut til at de meinte at de ikke hadde noe valg i forhold til å bestemme om de ønsket en medikalisering av livet sitt. Det samme forholdet hadde de til helsevesenet. De ble "fanget opp" ved å delta i helseundersøkelsene. Deretter var det medisinen som i stor grad styrte deres videre oppfølging. Her fikk vi imidlertid også se at folk fikk et mer aktivt forhold til helsevesenet. De ble feks. mer oppmerksomme på symptomer, og ville oppsøke helsevesenet for å kontrollere sin risiko. I Nordfjord var medikaliseringprosessen noe som "bare skjedde". De måtte ikke velge helse på samme aktive måte som i Finnfjord. I forhold til helsevesenet var folk i Nordfjord imidlertid mer aktive. De ønsket helsetjenester og etterspurte dem, selv om vi også her må anta at medisinen i stor grad kan påvirke hva de søker lege for, og hva som følges opp av lege.

Felles for datasettene er at de på ulike måter omhandler medikalisering. I Finnfjord medførte det å være i risiko en utvidelse av helse som ansvarsområde, slik at andre områder av livet ble relevant for helsevesenet. I Nordfjord så jeg også dette, men her kunne jeg også se hvordan medikalisering ble relevant i forhold til å studere deres forvaltning av sykdom. Vi ser at det har foregått en medikalisering av livet til folk i begge samfunnene. Medisinsk tankegang har invadert livet til folk, og de er blitt mer avhengige av helsevesenet. Dette har skjedd uavhengig av om det er medisinen selv som har initiert denne utviklingen (invasjon), eller ved at medikaliseringen "bare skjer" (kolonisering).

I tillegg tar begge datasettene utgangspunkt i folks opplevelser.⁶⁵ Selv om datasettene behandler ulike problemområder, tar de utgangspunkt i dagliglivet til folk og ser på hvordan de forvalter helse og sykdom. I Kleinmans (1980) språkbruk kan vi si at datasettene omhandler medikalisering i den folkelige sektoren.

Datasettene totalt sett, gir gode muligheter til studere medikalisering i dagliglivet. Med utgangspunkt i mine datasett ser vi en del fellestrekk ved medikaliseringen. Det er derfor viktig å diskutere disse for å få en større forståelse av medikalisering slik den fremstår i dagliglivet til folk:

Helse som verdi blir overordnet: I begge disse samfunnene sier folk at de selv har ansvar for å forhindre sykdom. De har stor tiltro til helsevesenet. De ønsker derfor å samarbeide med helsevesenet og følge de råd de får der. Dette gjelder selv om det betyr at de må gi avkall på andre verdier.

Medikalisering av mat: En av de klare likhetene mellom Nordfjord og Finnfjord er at matens rolle er blitt endret. Maten blir sett i forhold til "behandling" og forebygging av hjertekarsykdommer. Dette fører til endrede krav til kvinnene. Kvinnene i begge bygdene støtter opp om medikaliseringen. Kvinnerollen er blitt utvidet.

I hoveddiskusjonen vil jeg også se på likhetene mellom datasettene for å få en større forståelse for hvilke prosesser som er viktige i en moderne tilpasning til helsevesenet. Til slutt i avhandlingen diskuteres trekk ved samfunnet og ved medisinen selv, som kan være med på å forklare de tilpasningene til helse og sykdom vi har sett i Nordfjord og Finnfjord. Kan disse tilpasningene være med på å gi en større forståelse for medikaliseringsprosessen slik den fremstår i dagens samfunn?

⁶⁵Jeg er imidlertid oppmerksom på jeg har fått tak i folks opplevelser på ulike måter i de to samfunnene. Fra Nordfjord har jeg opplysninger om hva folk sier, men har også hatt mulighet til å se hva de gjør. Mine data fra Finnfjord består kun av hva folk sier.

Tiltro til helsevesenet og helseisme

Tidligere undersøkelser viser at folk er skeptiske til det som blir presentert fra massemedias side når det gjelder forholdet mellom forebygging av hjerte-karsykdommer, mat og kolesterol (Calnan 1990, Davidson et al. 1992, Lupton og Chapman 1995). Folk i Finnfjord og Nordfjord er i likhet med folk i de nevnte undersøkelsene skeptiske til en del av de opplysningene som kommer fra massemedia. Til forskjell fra de nevnte undersøkelsene skiller de seg imidlertid ut med å være svært lite skeptiske til den informasjonen som kommer direkte fra helsevesenet. Dette skjer selv om de har oppfattet at det også fra helsevesenet kunne komme motstridende informasjon. Fra Nordfjord har vi data på at de har en sterk tiltro til legene og er skeptiske til sin gamle "folkelige" kunnskap om helse og sykdom. Når også folk i Finnfjord prøver å følge legens råd, og ikke setter spørsmålstejn ved dem, er det grunnlag for å si at i begge samfunnene er tiltroen til skolemedisinen sterk. I Nordfjord har tiltroen til helsevesenet alltid vært sterk. Tidligere hadde de også tro på at de selv var i stand til å løse medisinske problemer. Denne tiltroen er sterk uten at helsevesenet har drevet overvåkning av befolkningen. Deres tillit til helsevesenet er sammenlignbart med Davis (1997).⁶⁶ Hennes studie av syn på menopause viser samme tillit til legene. Selv kvinner som i utgangspunktet er skeptisk til bruk av hormoner sier at de ville brukt hormoner hvis legen anbefalte det.

Andre undersøkelser viser at helse ikke er noe som opptar folk til vanlig. Backett (1992) viser at helse er bare et av mange konkurrerende hensyn å ta i dagliglivet. Calnan og Williams (1991) sier at når folk skal beskrive sitt dagligliv, er helse ikke noe som problematiseres. Først når det blir oppfordret til å diskutere helse, vil folk snakke om forholdet mellom levemåte og helsespørsmål. Helse opptar bare folk når de får helseproblemer. Helse blir altså tatt for gitt, og er bare interessant når den er fraværende. Ifølge Calnan og Williams (1991) var det vi kaller "helseatferd" dagligdagse hendelser som ikke ble kommentert hvis ikke problemene tårnet seg opp. De forklarer dette fenomenet med støtte i etnometologien

⁶⁶Som tidligere nevnt har Davis (1997) foretatt to feltarbeid med 12 års mellomrom for å studere endring i syn på menopause i et tidligere fiskerisamfunn i Newfoundland. Denne studien trekkes fram fordi den har mange likhetstrekk med min studie av Nordfjord.

(Garfinkel 1967) og fenomenologisk forskning (Schutz 1973), der hverdagslivets kunnskap på mange måter blir sett på som implisitt. Den snakkes ikke om, det tas som en selvfølge at folk har den.

For folk i Finnfjord kan vi si at problemene "tårner seg opp" i form av at de oppfatter at de vil bli syke hvis de ikke lever "riktig". Deres opptatthet av helse og helsefremming kan forklares utifra dette. Hva så med kvinnene i Nordfjord? De visste alle at mitt feltarbeid var rettet mot helse og sykdom. Dette kan forklare at de snakket til meg om dette temaet. Denne kjensgjerningen forklarer likevel ikke at de forteller at de tenker helse i dagliglivet. Helse er altså noe også de tenker på, når de handler, lager mat osv. Dette betyr at de er seg det bevisst på samme måte som folk i Finnfjord er det. De sier at de tenkte helse i dagliglivet også før jeg kom og snakket med dem om helse og sykdom. Det har også skjedd en endring i tiden mellom mine to undersøkelser i Nordfjord. Det ser ut til at helseopptattheten i begge disse bygdene er større enn de nevnte undersøkelsene viser. Helseopptatthet er ikke implisitt, det er av de ting folk bevisst tenker på og forholder seg til.

Undersøkelser viser også at endring i levemåte i stor grad blir forklart i forhold til andre verdier, som feks. at kostholdsendring blir forklart med det at en ønsker å være slank (Pill og Parry 1989). Det så vi også i de samfunnene jeg studerte, men den viktigste årsaken til endring så likevel ut til å være helsemessige hensyn. Et annet moment som også er viktig i forbindelse med folks forhold til helse, er at i begge disse bygdene vil spesielt kvinnene se på helse som den viktigste verdien. De gangene de ikke lever som om helsa er det viktigste og setter andre behov foran, det vil si ikke følger "legens ordre", får de dårlig samvittighet. Verdien helse omsettes oftest i begge disse samfunnene til å forebygge hjerte-karsykdommer. Selv om vi ser at mennene vil gi etter for andre behov, har kvinnene ulike mekanismer de tar i bruk for at helse blir prioritert. Kjønnforskjeller i vektlegging av helse som verdi vil bli diskutert seinere (se s. 202).

Som nevnt tidligere sier Crawford (1980) at det er en spesiell form for medikalisering, helseisme vi kan se i det moderne samfunnet. I dette begrepet ligger det at helse gjøres til mål for all menneskelig virksomhet, mens andre deler av livet blir underordnet. I dette begrepet ligger det også at det er individet selv som skal sørge for å opprettholde en god helse. Å

oppretholde sin helse blir et eget foretak. Det å fremme god helse blir altså et mål i seg selv i stedet for å være et middel til å oppnå et godt liv. God helse blir sett på som et eget individuelt, rasjonelt valg (Crawford 1980, Greco 1993). Bakgrunnen for at helse er blitt den verdien mange aktiviteter er rettet mot, kan sees i forhold til den tidligere diskusjonen om risiko. Oppfatningen av helse kan forstås som et uttrykk for det moderne menneskets ønske om å bestemme over egen dødelighet (se Bauman 1992). I et slikt perspektiv blir god helse noe en velger. Vi har alle muligheter til å få god helse. Sykdom blir ikke fatalistisk, men et resultat av egne valg. Personen selv får altså kontroll over helsa si.

Kan vi si at helseisme er et trekk ved disse to samfunnene? Vi ser at i begge samfunnene er helse satt fram som en viktig verdi. Folk anser at de selv har stor makt til å bestemme egen helse. Denne verdien betviles av få. Utifra data gir det mening å si at helseisme er et trekk ved medikaliseringen i begge samfunnene.

Helse har verdi i seg selv, men mine data viser også at det å ha adgang til helsevesenet har en egen verdi. Folk uttrykte stor takknemlighet mot helsevesenet. I Nordfjord var formuleringen "vi har det så godt". I dette lå det at legen var til stede og kom hvis de skulle trenge han. I Finnfjord så vi det uttrykt gjennom at folk var glade for at de fikk delta i befolkningsundersøkelsene. De er glade for at medisinen har gitt dem en mulighet til å være med på å påvirke egen sykdom og død. De er svært glade for å ha fått et lett tilgjengelig helsevesen. Dette til tross for at det er en belastning å være i risiko. I begge bygdene er de stolte når de forteller at legen kommer når de ber om det. De forteller om medisinske nyvinninger og om helikopteret som kommer når det er kritisk. De ønsker også mer forebyggende kontroller. Denne stoltheten og takknemligheten er forbundet med at helse er sett på som en viktig verdi. I deres beskrivelse ligger det også under en forståelse om at de som enkeltmennesker blir satsset på, at de betyr noe og er del av velferdsstaten Norge. Dette betyr at medisinen har fått en viktig symbolfunksjon.

I dag utgjør helsetjenesten en stor del av velferdsstatens tilbud. Helsevesenets størrelse og støtte i befolkningen gjør det til et av de mest sentrale elementene i den norske velferdsstaten (Lian 1996). Det å få tilgang til helsetjenester er derfor å få tilgang til en av de viktigste deler av velferdsstaten. Løchen (1985) gir eksempler på at helsevesenet på denne måten har en

utvidet betydning. Han argumenterer for at helsevesenet har hatt og fortsatt har en viktig funksjon i å vedlikeholde vårt nasjonale fellesskap. Han sier (1985:6): "Ikke bare gir helsetjenesten behandling - den symboliserer også den holdningen at ressurser skal satses til felles beste. På denne måten blir helsetjenesten et produkt av fellesskapet samtidig som den bidrar til å opprettholde det."

Mine data om at helsevesenet kan være et symbol på det å være med i velferdssamfunnet, kan også være et moment i forståelsen av oppslutningen folk i disse bygdene har om helsevesenet. Dette til tross for de ulemper i form av usikkerhet og redsel en slik oppslutning medfører. En slik bekreftelse på at en er med i velferdssamfunnet er med på å støtte opp om medisinen, og er med på å forsterke helsevesenets rolle i samfunnet. Den virker derfor medikaliserende. Helse blir en overordnet verdi, og folk jobber for å fremme denne verdien.

I det påfølgende vil jeg se på enkelte områder for medikalisering, og den spenningen medikaliseringen medfører i dagliglivet til folk. Den mest synlige form for medikalisering ser vi i forhold til mat.

Medikalisering av mat - maten får ny symbolverdi

I Finnfjord har maten en viktig rolle i folks tenkning om det å være i risiko for å få hjerte-karsykdommer. Å være i risiko ble umiddelbart fortolket som "å passe på hva en putte i munnen". I den grad vi kan bruke betegnelsen "behandling" fra helsevesenets side, er diettråd det folk først og fremst har festet seg ved, ikke som råd, men som direktiver, nærmere presisert som: "å få kniven på strupen". Hva en spiser blir "behandlingen" av risiko for sykdom. Mat og matvaner blir altså fortolket i en medisinsk kontekst. I Nordfjord ser vi også at spesielt kvinnene i bygda i tiden mellom de to feltarbeidene er blitt mer opptatt av matens rolle for å forebygge sykdom. Folk er blitt mer kostholdsbevisste i den forstand at de er blitt opptatt av å lage en mat som er helsemessig riktig, sett i forhold til det de veit om matens betydning i å forebygge hjerte-karsykdommer. Selv om ikke folk her er like opptatt av kosthold og helse som risikogrupperne i Finnfjord, er medisinske vurderinger i forhold til å forebygge kommet mer og mer inn i de vurderinger folk gjør i forhold til mat og valg av matvarer.

Hvorfor er det slik at kostholdet er det området som ser ut til å være gjenstand for mest bekymring og innsats fra folk? En mulighet er at det fra både helsevesenet og medias side er satset først og fremst på kostholdsråd og informasjon. Utifra den tilnærmingen jeg har valgt er det vanskelig å få oversikt over om dette er tilfelle. Det er feks. mulig at når folk i Finnfjord ble etterinnkalt på grunn av forhøyet risiko for hjerte-karsykdom, ble det lagt like stor vekt på andre livsstilsfaktorer, som feks. mosjonsvaner, røyking og arbeidsforhold. Det som folk først og fremst oppfattet, var kostholdsrådene. Det er også mulig at folk i Nordfjord har vært utsatt for like mye informasjon om viktigheten av mosjon og røykens skadelige virkninger, men har også først og fremst oppfattet det som angår kosten. Jeg har imidlertid data om folks virkelighetsforståelse, og må ta utgangspunkt i det, og ikke hva som er "riktig" eller "galt", eller hva helsevesenet meiner de har lagt vekt på. Det er folks opplevelse jeg først og fremst ønsker å få tak i i denne avhandlingen. Folk i begge bygdene oppfatter kostholdsråd som viktige, og ønsker å endre kostholdet i en mer helsemessig riktig måte.

En annen mulighet er at jeg i datainnsamlingen oppmuntret folk til å se mat i forhold til helse. I Finnfjord har jeg feks. ikke samlet inn data om mat i andre forbindelser enn i forhold

til helse. Imidlertid var det folk selv, som uoppfordret av meg, foretok denne koblingen. Jeg anser derfor en slik forklaringen som utilstrekkelig for å forklare deres fokusering på mat og helse.

En annen og like nærliggende fortolkning, er at folk lettere vil gjøre endringer som ikke er for altomfattende. Å endre på sammensetningen av kosthold kan fremtre som en mindre endring enn å begynne å mosjonere, eller å stumpe røyken. Det er derfor mulig at folk har "valgt" å oppfatte det de selv føler at de kan gjøre noe med. Vi veit fra ulike helseopplysningskampanjer at de som ser ut til å være mest virkningsfulle, er slike som anbefaler gradvise små endringer (se feks. Sjøgaard og Førde 1986). Et annet momemt som vil bli diskutert seinere i avhandlingen (se s. 196), er viktigheten av at matlaging er knytta til kvinnes oppgaver i familien, og dermed underlagt kvinnes anvarsområde.

Uansett årsak, var det altså diettrådene folk i Finnfjord festet seg ved. Samtidig ser vi at også folk i Nordfjord tenker matvaner når de tenker forebygging av sykdom. Er det vanlig at folk tenker forebygging av sykdom når det gjelder valg av mat? Hvilken funksjon har egentlig maten i vårt samfunn, og hva er det som gjør at folk spiser som de gjør?

Mat og kultur

I ei sosiologisk lærebok fra 1981 står det: "Eating habits are simply a matter of fashion and individual taste" (Bilton et al. 1981:7). Selv om folk selv ofte sier at det er deres individuelle valg hva og hvordan de spiser, er et slikt synspunkt etterhvert blitt imøtegått av mange forskere. Den nevnte læreboken har i nyere utgaver (Bilton et al. 1987, Bilton et al. 1996) strøket denne formuleringen.

Bourdieu (1984) hevder at valg av mat må sees i forhold til de sosiale og de materielle livsbetingelsene folk lever under. Bourdieu (1984) innfører begrepet habitus som et uttrykk for ulike ubevisste preferanser, klassifiseringer og selvfølgeligheter i valg som er ulikt mellom ulike grupper og klasser, og som skiller dem fra hverandre. Han gjør habitus relevant i forhold til hvordan subkulturer opprettholder og fører videre blant annet matvaner. Han sier at hvis en tilhører en gruppe og identifiserer seg med den, vil en gjøre valg i dagliglivet som

avspeiler denne gruppens habitus.

Men hva er det da som gjør at vi liker en mattype framfor en annen? Bourdieu (1984) sier at smak er et produkt av habitus, folk utvikler en smak i forhold til hva som er tilgjengelig for dem. Han ordlegger seg slik: "... virtue made out of necessity which continuously transforms necessity into virtue by inducing "choices" which correspond to the condition of which is the product" (Bourdieu 1984:175). Det fundamentale skillet i smak går mellom nødvendighetens smak og frihetens smak. De klassene som lever under de beste økonomiske livsbetingelsene, har full frihet til å velge, frihetens smak. De som lever under dårlige materielle kår har ikke denne friheten, de må godta det de har og utvikler smaken deretter, nødvendighetens smak. På denne måten betyr det å være dominerende i et samfunn at en da kan definere hva et samfunn verdsetter som distinksjon som igjen tilsvarer det de dominerende klasser eier og verdsetter. De reproducerer da sin egen dominans som en "legitimert distinksjon".

Likevel er det slik at også folk som har dårlige muligheter til å velge, har drømmen om "det gode liv". Undersøkelser viser at "det gode liv" for folk fra lavere sosiale lag er knyttet til søt og feit mat (Fjellström 1990, Mintz 1985). I matlagingen vektlegges det ulike faktorer som kan knyttes til klasse. En engelsk undersøkelse (Calnan 1990) viser at middelklassekvinner og arbeiderklassekvinner legger vekt på ulike ting i forhold til hva som er et "riktig" kosthold. Mens arbeiderklassekvinnene var opptatt av at maten skulle være substansiell og mettende, var middelklassekvinnene mer opptatt av et balansert kosthold og "alt, men i moderasjon".

Mat må altså sees i forhold til kultur, og Eriksen (1994:21) sier det feks. slik: "Kultur er et aspekt ved matvaner. Matvaner må sees på som utøvelse av kulturell praksis." Murcott (1986) har studert matens betydning for sosial og kulturell identitet. Hun sier at maten er et uttrykk for vår sosiokulturelle identitet. Dette oppsummerer hun i "We are what we eat".

Maten og sammensetningen av den har klare kulturelle rammer. Vi har måltider, som er ulikt sammensatt i forhold til tid på dagen. Det er også klare kulturelle forventninger for hva et "skikkelig måltid" består av, selv om et skikkelig måltid har en litt annerledes sammensetning i Sør-Wales (Murcott 1986) enn i fiskeværet Båtsfjord i Finnmark (Lien 1987).

Maten har også en sosial betydning. I vårt samfunn har middagen en viktig samlende funksjon. Medlemmene i husholdet møtes over et varmt måltid der dagens begivenheter diskuteres. Middagen er ofte det eneste av dagens måltider som familien spiser samlet (Lien 1987). Selv om det er individuelle variasjoner mellom mennesker, har de fleste samfunn normer for hvilken mat som skal serveres til hverdags og hvilken som skal serveres til fest. Det er ofte knyttet helt bestemte matvarer til ulike religiøse høytider.⁶⁷ Ellers varierer matvalg med årstid. Det er blant annet avhengig av råstofftilførsel, mens rekkefølgen av det som blir servert til ulike måltider er kulturelt bestemt. Douglas og Nicod (1974:744) viser feks. hvordan den lille kjeksen strukturerer engelske måltider, eller som de sier: "The way in which the British eat is as formally structured as a Bach sonata. But however the composition begins, there's one coda: the biscuit."

I et samfunn er det også normer for hvilken mat som kan serveres venner og hvilken som kan serveres fremmede. Hvor i huset maten serveres, og valg av dekketøy, viser både hvor høytidelig anledningen er, og hvor godt en kjenner de en spiser sammen med. Hvordan disse oppgavene løses, er ulikt fra samfunn til samfunn. Men at maten har en viktig sosial betydning, og at den strukturerer sosiale relasjoner, er noe vi har eksempler på fra mange samfunn (Douglas 1975, Douglas 1984, Lien 1987, Charles og Kerr 1988, Eriksen 1994). Matvaner er imidlertid ikke bare hva en spiser. Thorp (1995) sier at kaffen har en helt spesiell kulturell funksjon. Hennes eksempler fra Finnmark viser blant annet at kaffen samler folk og danner ramme om sosial samhandling.

Matvanene endrer seg også, i takt med andre samfunnsmessige endringer, som feks. økonomi, kjennskap til ny mat, og ved endret tilgjengelighet. Det viser seg at ny mat oftest blir tatt opp av høyere sosiale lag, for så etterhvert å komme videre til lavere sosiale lag. Eller som Charles og Kerr (1988: 3-4) sier det "what the middle classes eat today the working classes eat tomorrow." Det viser seg at når nye matvaner blir innført blir de satt inn i den lokale konteksten og tilpasset den matkulturen som er i dette samfunnet (Lien 1987). Studier av feks. matvaner hos innvandrere viser at de gradvis tilpasser seg det nye landets matvaner gjennom

⁶⁷ Hos oss er julen kanskje den høytiden som mest er knyttet til mat. Det er feks. klare "regler" for hva som aksepteres som julemiddag.

å inkorporere nye ingredienser i sine egne tradisjonelle retter (Koçtürk-Runefors 1991). Fra vårt eget land ser vi eksempler på det samme, og på at folk tilpasser seg et mer "internasjonalt" kosthold ved å bruke kjente ingredienser i nye retter (Lien 1987). Det samme viser Eriksen (1994:28) fra bondesamfunn i Trøndelag. Hun sier: "Når kostholdet forandres vil også matens identitetsskapende betydning endres, men ikke nødvendigvis svekkes."

Utifra det vi fra litteraturen veit om matvaner, kan vi si at hva folk i Nordfjord og Finnfjord spiser er ikke bare et resultat av helsevesenets ønsker for hva som er et sunt kosthold, men er et resultat av kultur i sin videst betydning. Folk er i stand til å inkorporere endringer inn i maten slik at den tilpasses deres tidligere vaner.

Mat og helse

Maten i vår kultur har altså mange funksjoner, ikke minst er den full av paradokser. Spesielt kan en se det i forbindelse med at mat er koblet til helse. Maten i vår kultur har en konfliktfylt rolle. På den ene siden anses den som skadelig, og som en kilde til sykdom og død. På den andre siden anses den som nødvendig for å opprettholde livet. Fischler (1988) kaller dette "det altetendes paradoks", og definerer det som det menneskelige biologiske behov for på den ene siden variasjon, mangfoldighet og forandring, mens det på den andre siden er et tilsvarende behov for forsiktighet fordi ukjent mat kan være skadelig. Fischler (1988) hevder at denne dobbeltsidigheten skaper spenning og redsel i menneskets forhold til mat. Han meiner at reglene, normene og det klassifiseringssystemet som er bygd opp omkring matkonsumpsjon og matlagning i alle menneskelige samfunn, er et delvis forsøk på å løse dette paradokset.

I et slikt perspektiv kan helsevesenets informasjon som omhandler hvilken mat som er riktig for helse, være et forsøk på å gå inn i folks kultur og "løse" "det altetendes paradoks" ved å kategorisere visse matvarer som "sunn" (eller "god"), og andre som "usunn" (eller "dårlig"). Når dette skjer, vil en se andre paradokser, inkludert spenningen mellom behovet for å spise visse typer "god" mat av helsemessige årsaker, og behovet for å spise "dårlig" mat for trøst og glede. Dette paradokset ser ut til å være fremtredende i begge samfunnene som ble studert. Folk møtte dette paradokset i sine forsøk på å følge helsevesenets råd. Denne spenningen så

vi spesielt blant risikofamiliene i Finnfjord, der kvinnene ønsket å ta hensyn til helsa først og fremst, mens mennene best likte "dårlig mat". Kona ble fortvilet over at mannen helst ville ha "dårlig" mat. Hun fikk dårlig samvittighet fordi hun ikke klarte å lage "god mat" som mannen kunne like. Mannen overlot i mange tilfeller til kona å løse dette paradokset.

Sett i forhold til den kunnskapen vi har om matens rolle, blir det ikke så vanskelig å forstå at folk syntes det var problematisk å endre matvaner. Når maten har så mange funksjoner, blir det vanskelig å sette helseaspektet først og prioritere deretter.

At mat kan settes i forbindelse med helsa, er et aspekt som folk tradisjonelt har vært opptatt av. Fra vårt eget land kan en blant annet se det i ordtakene. Selv om ordtakene har ei betydning ut over det som blir sagt, kan en likevel finne en del visdomsord knyttet til sammenhengen mellom mat og helse: "Den som et' lengst, han lever lengst" (Aasen 1982), og at helse er vurdert som viktigere enn mat: "Maten er god, men helsa er bedre" (Christiansen 1928). Det finnes også visdomsord for de som en meiner har spist seg syk: "Den som heve etet seg sjuk, fær faste seg frisk" (Aasen 1982). Og hva kan spise for mye av? "Nykjinna smør og nybåkkå brø e kjerringdau" (Björgum og Røkke 1921). En annen variant over samme maten finner vi i Christiansen (1928): "Nybakat braud og nykirnat smør, det gjeng som det aat seg upp sjølv".

En trenger ikke gå til ordspråkene for å se at mat er satt i sammenheng med helse. I likhet med det vi finner i Nordfjord og Finnfjord, viser Graham (1984, 1985) at kvinners rolle som omsorgsutøver også innebærer omsorg for helse i familien. Hun tenker også på helse når maten blir tilberedt. Men når det gjelder matlagingen, har kvinna mange hensyn å ta. Charles og Kerr (1988) viser at foruten at kvinna må forholde seg til kulturelle rammer, opererer hun også med begrensninger i økonomi og ressurstilgang, og hun må tenke smak og helse. Det er til enhver tid idealet for den gode mor å sette sammen maten slik at barna og ektefelle får i seg det som regnes som sunt. Dette hensynet veves inn i de beslutningene som tas med hensyn til mat i familien.

Også små barn setter mat i forhold til helse. Mayall (1993) har utført feltarbeid blant barn i alderen 5-9 år, for å finne ut hvordan de tenker omkring helse: "Asked directly what keeps you

healthy, all the children talked about food: the older ones talked about exercise, fresh air and hygiene (just like their mothers do!)"(Mayall 1993:471).

Matvaner som satsingsområde for helsevesenet.

Hvordan skal vi så se helsevesenet og deres kostholdskampanjer inn i dette bildet? At kosthold i mange år har vært et viktig satsningsområde innenfor norsk sosialmedisin, kan vi se blant annet ved at de første kostholdsundersøkelsene ble satt i gang så tidlig som i 1933. Dette skjedde i regi av Socialistiske lægers forening og var ledet av vår seinere helsedirektør Karl Evang (Nordby 1989). Nordby forteller at allerede i det første nummeret av medlemsbladet for Socialistiske lægers forening understreket Evang at: ".kostholdet er den viktigste miljøfaktoren for menneskenes naturlige utvikling - viktigere enn bolig og arbeidsbetingelser: Ernæringen virker avgjørende inn på høyde, vekt, utseende, levealder, fruktbarhet, og ikke minst på motstandsevnen" (Nordby, 1989:70). Evang og hans medarbeidere arbeidet seinere for at ernæringspolitikken gjennom subsidier og avgifter skulle være slik at folk fikk råd til, og ble oppmuntret til, å spise ernæringsmessig riktig mat.

Av helsekampanjer rettet mot befolkningen er kosthold et område det er brukt store ressurser på. Årsaken til at kostholdet er blitt fokusert så mye på kan være mange. En av grunnene til at helsevesenet har satset på maten i forbindelse med hjerte-karsykdommene er at forskningen viser at det er sammenheng mellom kostvaner og hjerte-karsykdommer⁶⁸ (Thürmer 1993). En annen forklaring kan være at matvaner er et område der enkeltmennesket kan gjøre en innsats for helsa si. Innsatsen kan derfor rettes mot enkeltmennesket, og ikke mot statens pris- og subsidiepolitikk.

Noen forskere meiner at hvis vi ser på hva som virkelig har innflytelse på helsetilstanden i befolkningen, har kampanjer rettet mot enkeltmenneskets kosthold lite å si. Townsend og Davidson (1982) har feks. med sin berømte "Black Report" fra England vist at det som virkelig er skadelig for helsa er å være fattig. Gapet i helsetilstanden mellom de rike og

⁶⁸Dette kan en feks. se i store helseundersøkelser som Finnmarksundersøkelsene. Her blir matvaner grundig kartlagt gjennom spørreskjemaer til deltakerne.

fattige har faktisk økt i etterkrigstidens England (Townsend og Davidson 1982, Townsend 1990). Undersøkelser fra vårt eget land viser blant annet at det er en stor forskjell i sykkelighet mellom fattig og rik, mellom ulike sosiale klasser (Dahl 1988, Thürmer 1993, Westin 1995), og mellom ulike geografiske områder (Øverås 1995). Andre undersøkelser viser at lavere sosiale klasser har en livsstil som er i mindre samsvar med helsevesenets oppfatning av hva som er en helsemessig riktig livsførsel. Det er feks. klasseforskjell i røykevaner (Graham og Hunt 1994), mosjonsvaner (Salonen et al. 1988), i forekomst av overvekt (Stunkard og Sørensen 1993) og kostholdsvaner (Osler 1993, Prettlä et al. 1994). Det er blitt satt spørsmålstejn ved om det å fokusere på individuelle råd er veien å gå, fordi noen meiner at fattigere folk ikke har mulighet til å velge helsemessig riktig livsførsel (Blaxter 1990, Lynch et al. 1997). Av kostholdsråd er det spesielt fettmengde og fettype det fokuseres på. Disse kostholdskampanjene er kommet parallellt med ulike holdningsendringer som har gått på at en selv bestemmer over livet sitt, også helsa. Crawford (1980) kaller dette som nevnt det individualiserte helsebegrepet.

Budskapet fra helsevesenets side har vært: God helse = sunne matvaner. Hva som er sunt har helseveseneet definert. Gjennom kolesterolkampanjer og hjerte-kar undersøkelser har helsevesenet definert hva som er sunne matvaner = godt for hjertet = godt for helsa. Massemedia har fulgt opp disse kampanjene med egne "mat for hjertet" fjernsynsprogrammer, "hertegode" matoppskrifter i ukebladene, og det er utgitt egne "hjerne"-kokebøker.⁶⁹

Mine data viser at folk i Finnfjord i liten grad har satt spørsmålstejn ved helsevesenets framstilling av hvilken mat de bør spise, selv om de har klare forestillinger om hva de synes er godt. Deres preferanser for god mat ligner det både Fjellström (1990) og Mintz (1985) nevner. De savner både feit og søt mat. De har alle prøvd å følge helsevesenets råd, selv om det er med ulikt hell. De ser på kostholdsrådene som noe de burde følge, og når de gir etter for andre hensyn, gjør de noe galt. Folk i Finnfjord gjør som de har fått råd om fra helsevesenet, de ser mat i forhold til helse. Når folk snakker om mat, er det ikke i forhold til hva de liker, men hva som er sunt for dem, det vil si slik medisinen vil de skal spise. Selv

⁶⁹Et samarbeid som resulterte i egen hjerte-kokebok, var da vår "TV-matmor" Ingrid Espelid Hovig og professor i ernæringsfysiologi Kåre Norum, skrev ei kokebok kalt "Maten - en hjertesak". Den ble trykket i store opplag, første gang i 1987.

problematiskerte de ikke om helse er overordnet andre hensyn. Alle prøvde å endre matvanene sine. De som prøvde minst, er også opptatt av at de burde gjort mer. I tråd med Backett (1992) beklager de at det er andre hensyn som konkurrerer med hensynet til helsa. Det vil si at folk meinte at de egentlig burde satt helsehensyn foran alle andre hensyn. Her er det ikke kultur og tradisjon som er det viktigste, men helsa. Det er imidlertid en stor forskjell i forhold til Backett (1992). I mitt materiale er den dårlige samvittigheten noe som følger dem i deres dagligliv. Backetts (1992) poeng er som nevnt det motsatte, at helse ikke er en del av dagliglivet, og er et av mange hensyn en tar i forhold til matvaner. At det i mitt materiale er kvinnene som først og fremst foretar den sterke koblingen mellom mat og helse, vil bli diskutert seinere (s. 202-204).

Samtidig ser vi at folk i Finnfjord også best liker det de er vant til. De har klare forestillinger om hva som er god mat, og hva som ikke er god mat. I tråd med det vi veit om hvordan nye matvarer innføres i husholdet, ser vi at folk tilbereder maten ganske likt det de gjorde før, men erstatter "skadelige" tilberedningsmåter eller matvarer med nye. Totalt sett spiser de ikke så annerledes enn de gjorde før. Som vi ser er smaken avgjørende. De prøver å etterligne den "gamle" maten, og de prøver å få den nye maten til å smake som den gamle, da den smaker best.

Inn i den tradisjonelle måten å tenke omkring mat på, er helse kommet inn som et overskyggende hensyn å ta. Folk er bevisst på at de endrer maten for helsas del. De skulle gjerne leve som før, de likte maten slik den var. Nå må de i stedet "spise det som ikke er godt" for helsas skyld. De sier de må "ta seg sammen" når kolesterolverdien ble målt for høy. De må "være mer bevisst det de putter i munnen". Når konene leser kalorimengde og fettmengde før de kjøper et produkt, er dette også et uttrykk for det samme - at de bruker maten for å kontrollere helsa.

Disse eksemplene viser også i tråd med Bourdieu (1984) at smaken er resultat av det folk er vant til. Mennene liker det gamle best, og det er noe motstrebende de lar kvinnene innføre de nye varene. Men det er et annet moment som er lite behandlet i litteraturen om forholdet mellom mat og helse: mat er sett som en måte å regulere eller kanskje rettere "behandle" risiko på. "Behandlingen" består av å ikke spise farlige ting. Familiene i Finnfjord har også

en tendens til å sette kolesterolnivå i sammenheng med maten de spiser. En høy kolesterolverdi blir forklart med at de ikke har spist "riktig". Selv om litteraturen viser at mat er satt i sammenheng med helse, har helse vært en av mange konkurrerende hensyn. Det nye i mitt materiale fra Finnfjord er at helse er overordnet andre hensyn, og ikke sidestilt. Dette er trekk som vedvarer over lengre tid. Iallfall vedvarer det noen år etter at folk er blitt etterinnkalt i forbindelse med denne befolkningsundersøkelsen.

I Nordfjord har ikke matvanene vært gjenstand for direkte oppfølging fra helsevesenets side. Likevel ser vi at folk tenker helse i forbindelse med mat. I likhet med det jeg finner i Finnfjord, er det å prøve å unngå at mennene skal få hjerte-karsykdommer. De kostholdsendringene som er foretatt i denne bygda er små. De omfatter både spise- og drikkevaner, og er i all hovedsak slike endringer folk i Finnfjord allerede har foretatt. Feks. har de i likhet med i Finnfjord med vekslende hell prøvd å endre kaffetype. De synes også det er både vanskelig og upraktisk å endre kostholdet, men de ser det samtidig som en nødvendighet for å beholde helsa. Også i denne bygda er det kvinnene som står for endringene mens mannen noe motstrebende lar henne innføre "lettere" kost. I likhet med i Finnfjord har kvinnene dårlig samvittighet og snakker om ting de "burde" gjøre.

Selv om ikke det store flertallet av befolkningen i Nordfjord har deltatt i masseundersøkelser, kobler de også mat og helse på samme måte som folk i Finnfjord. De tidsbestemmer også kostholdsendringene til midten av 80-tallet, det vil si omtrent til samme tid som folk i Finnfjord begynte å endre sitt kosthold.

Slik jeg tolker mine data, ser det ut til at også folk i Nordfjord ønsker å sette hensynet til helse foran andre aspekter med mat. Vi kan derfor si at i begge samfunnene er maten blitt medikalisert. Medikalisering av matvanene i Nordfjord har skjedd mellom de to feltarbeidene i bygda, på omtrent samme tid som i Finnfjord. Dette har skjedd uten at de har fått "kniven på strupen", slik som enkelte i Finnfjord uttrykker det. Maten er ikke blitt like sterkt medikalisert i Nordfjord som i Finnfjord. Folk føler ikke i like stor grad at matvaner er et enten - eller i forhold til å bevare helsa. Likevel er koblingen til helse svært viktig i Nordfjord.

I forhold til Zolas (1975) områder for medikalisering kan vi i begge samfunnene se medikalisering av mat på to ulike områder: Først ser vi at medisinsk tankegang er kommet inn i valg av mat. Dette er et område som tidligere mest av alt var et uttrykk for kultur og tradisjon. Samtidig ser vi at i matvalg er medisinsk begrunnelse overordnet all annen begrunnelse. Selv om ikke folk klarer å overholde dette i praksis, meiner de at det er det idealet de skal strebe etter. At mat blir koblet så tett til helse, påvirker ikke bare valg av matvarer (som tidligere ofte skiftet i forhold til råstofftilførselen), men den endrer også selve innkjøpsprosessen (folk leser varedeklarasjon, fettinnhold osv.). De endrer altså oppfatning av hva de kan spise. Dette påvirker selve tillagingen og forrykker gamle tradisjoner.

Hvordan har dette gått til? Hvordan har maten blitt satt i så sterk sammenheng med helse, når vi veit at maten har andre viktige funksjoner? Hvorfor prøver de å spise "sunt" og drikker filterkaffe, når de synes den "gamle" maten er best? Er det helsevesenet og dets verdier som også har invadert Nordfjord og gjort helse til en verdi overordnet andre aspekter med mat, selv for folk som ikke er definert fra medisinenes side som risikogruppe for hjerte-karsykdom?

Mat som behandling og sykdomsforebygging

Selv om det er kommet motsetningsfylte beskjeder fra helsevesenet, ser folk ut til å ha fått en forståelse av hva som er en "sunn livsstil". Dette går i all hovedsak på mat- og røykevaner. Hvorfor setter de ikke spørsmålsteget ved om det er riktig å følge helsevesenets råd? I Finnfjord er vissheten om at de har forhøyet risiko for å bli syk viktig. Samtidig ser vi også at folk i Nordfjord er villige til å gjøre mye for å unngå sykdom. Folk i Nordfjord verdsetter også helsa så mye at de "frivillig" eller kanskje riktigere uten direkte press fra helsevesenet, er villige til å medikalisere sine matvaner. Samtidig er det ikke korrekt å si at de ikke har vært utsatt for press til å ta opp andre matvaner. Hvis vi ser på den opplysning folk i begge samfunnene har vært utsatt for i forbindelse med helseopplysning i media, har folk vært utsatt for et massivt press i forhold til å endre kosthold.

Hvis vi i tillegg kobler inn Bourdieu (1984) og hans tankegang, kan vi også trekke inn klasseforskjeller og dominans. De menneskene jeg har studert, tilhører i en vanlig klasseanalyse ulike sosiale klasser. De består av trygdede, ufaglærte, faglærte, selvstendige

næringsdrivende, og både lavere og høyere funksjonærer. Det store flertallet i begge disse bygdene tilhører likevel arbeiderklassen.⁷⁰ For disse vil spesielt legene representere den dominerende klasse. Uten å ta en diskusjon om hva helse representerer som verdi, er det sannsynlig at livsstil som blir markedsført av legene lettere vil bli etterstrebet av andre. Den smaken de forfekter, vil være noe folk etterstreber, fordi den herskende klassen har makt til å definere hva som er riktig livsstil. I forhold til Bourdieu (1984) kan et mer sunt kosthold derfor kobles til smak. Den dominerende klassen har en mer helsemessig riktig smak blant annet i forhold til sukker- og fettinnhold i maten (Fjellström 1990).

Når det gjelder endring, er dette noe som Bourdieu (1984) ikke har tatt spesielt opp. Hans oppfatning er at selv om folk endrer eller modifiserer sin livsstil, er de ikke nødvendigvis disponert til å gjøre det. Bourdieu (1984) er heller opptatt av å forklare livsstils "valg" som en konsekvens av folks sosiale kassetilhørighet, i stedet for å individualisere og se levemåte i forhold til enkeltindividets valg. Dette betyr at selv om ulike klasser kan tilpasse seg samme sosiale praksis, vil de legge ulik mening i den. Den vil også ha ulik sosial funksjon. Vi ser fra undersøkelser at de som først har tatt opp ny helseinformasjon, har først og fremst vært representanter for den dominerende klassen. Feks. er det en klasseforskjell i hvem som først stumper røyken (Thürmer 1993), og hvem som startet joggebølgen (Crawford 1980). I tillegg er det slik at det er en klasseforskjell i kostholdsvaner. Den dominerende klassen spiser mat som er sett på som helsemessig riktigere. Forbruk av usunne matvaner øker med lavere sosialklasse. Dette betyr at personer som får informasjon om at de er i risiko for å få hjertekarsykdom, eller får informasjon om et kosthold som skal være mer hjerte-kar vennlig, har ulikt utgangspunkt for å kunne leve "riktig". Folk i lavere klasser vil ha et "etterslep" i forhold til å tilpasse seg et mer sunt kosthold. Det vil si at de må gjøre større forandringer for å få et sunt kosthold.

Bourdieu (1984) ville nok ha sagt at folk fra høyere klasser lettere tilpasser seg helsevesenets

⁷⁰Data viser at bortsett fra en fisker og en mann i mellomlederskiktet er mennene i Nordfjord fiskearbeidere eller industriarbeidere. Blant kvinnene er det bare en faglært, mens de andre er ufaglærte og arbeider i omsorgssektoren og i industrien. I Finnfjord er det mer spredning i yrkesbakgrunn, men de aller fleste tilhører det vi tradisjonelt har kalt arbeiderklassen.

budskap fordi informasjonen er mer i overensstemmende med deres levemåte totalt sett. Den er mer i overensstemmelse med deres "smak". Dette høres rimelig ut, samtidig som vi ser at det kan være vanskeligere for folk av lavere klasser fordi de har et "etterslep" i forhold til folk av høyere klasser. Folk kan også etterstrebe å ha den "riktige" smaken, men deres klassetilhørighet vil være avgjørende for i hvor stor grad de klarer å tilpasse seg den. Å tilpasse seg en ny smak vil være vanskelig. De liker den gamle smaken best og den nye vil oppleves som dårligere. Å prøve å foreta en endring har sammenheng med kultur.

Opplysning har vært nøkkelbegrepet i de ulike helsekampanjene som har vært rettet mot å få folk til å endre helseatferd. Det finnes ulike modeller for hvordan folk tar opplysningen inn over seg. Basis i disse modellene er at endring i kunnskap automatisk vil føre til holdningsendring, som igjen vil føre til endring i atferd (Lupton 1995). Det vil si at hvis folk som enkeltpersoner får nok kunnskap, så vil de etterhvert følge de rådene som gis. McGuire (1978) kaller feks. en slik modell for "the learning hierarchy".

Opplysning om forholdet mellom helse og kosthold ser ut til å ha nådd fram til de bygdene jeg studerte. Folk meiner at de selv "veit" hva som er sunt eller ikke. Dette viser seg å stemme overens med det som kommer fram av andre undersøkelser. Folk flest har mye kunnskap, ikke bare om kosthold, men også om forholdet mellom livsstil og helse (Blaxter 1990). Dette viser seg å holde stikk selv i de aller laveste sosioøkonomiske klasser (Blaxter 1993).

For de som driver med helseopplysning, ser ikke problemet ut til å være at de ikke når folk med sin kunnskap. Problemet ser heller ut å være å få folk til å sette kunnskap ut i praksis. Selv om flere og flere setter spørsmålsteget ved slike modeller, er det fortsatt opplysning som er basis for de fleste helsekampanjer (Lupton 1995). I sin avhandling om helseatferd konkluderer Aarø (1986:18) om forholdet mellom holdninger og atferd: "Studies on the relationship between attitudes and behaviour in the field of health behaviour and lifestyle indicate a significant, but weak association." Han sier at dette har fått mange til å revurdere sitt syn på sammenhengen mellom kunnskap, holdning og atferd.

Menneskene i de bygdene jeg har studert, prøver å omsette kunnskap i praksis. Det kan vi se

av deres forsøk på å endre matvanene. Noe av problemene deres er å klare å sette helsehensyn fremst når maten har så mange ulike funksjoner i livet til folk. Ikke minst må smaken underordnes helsehensyn. Vi ser at de sliter med å gjennomføre en sunn livsstil. I likhet med andre undersøkelser (Blaxter 1990, Backett et al. 1994) lever folk sunt på noen områder og usunt på andre. Backett et al. (1994) viser at når det gjelder mat lever folk etter en blanding av sunt og usunt, i stedet for å leve moderat. Et usunt måltid ble avløst av et sunt måltid. Folk oppfattet at de hadde vært "slappe" og ville kompensere for det ved å spise et sunt måltid.

Kampanjer for å få folk til å leve sunnere er fokusert på at folk selv er i stand til å "bestemme" om de skal få slike sykdommer. Sagt på en annen måte er en forutsetning at de har tatt opp i seg det individualistiske helsebegrepet (Crawford 1980). For å forstå dette, må vi tilbake til diskusjonen som ble ført for å forstå risikogruppeproblematikken. Folk må også tro at de blir syke hvis de ikke følger helsevesenets råd. Vi ser at spesielt i Finnfjord har både menn og kvinner en sterk tro på at de selv ved å endre sine matvaner kan gjøre noe for å bestemme over helsa si. Som vi har sett, gir dette folk både en følelse av makt og en følelse av ansvar.

Verdt å merke seg er imidlertid at folk i Nordfjord og Finnfjord har et ideal om å ha sunne matvaner, og blir fortvilte når de ikke klarer å leve etter sine idealer. Spesielt i Finnfjord snakker folk om at kostholdsendingene er vanskelige. Utifra hvor mye de snakker om hvor vanskelig det er, skulle en anta at de hadde foretatt store og dramatiske endringer i kosten. Dette er ikke tilfelle. Setter vi dette i forhold til smak, kan det bety at selv om ikke endringene er så store, kan det være vanskelig å leve med en dårlig erstatning for det som er den "egentlige" smaken for disse menneskene. Et viktig trekk er også den dårlige samvittigheten kvinnene har fordi de ikke er flinke nok til å endre kostholdet. Hvis vi relaterer dette til litteraturen, er det mulig å forstå den dårlige samvittigheten i lys av matens viktige kulturelle funksjon. Det kan være et uttrykk for at det er vanskelig å endre matens symbolverdi fra en kulturell kontekst til en medisinsk kontekst. Den dårlige samvittigheten kan derfor tolkes som et uttrykk for at de "veit" at helsa er viktigst, men at de lar seg friste til å tenke mer på andre ting enn helse når det gjelder mat.

Baksiden av medaljen er derfor en sterk skyldfølelse fordi de ikke prioriterer riktig. I verste

fall kan de selv føle seg ansvarlig for egen eller mannens sykdom. Den moderne medisinen blir kritisert for å legge så stor vekt på individets innsats at personen selv blir sett på som ansvarlig for egen sykdom, "blaming the victim" (Marantz 1990). I et slikt perspektiv er sykdom sett som et trekk ved enkeltindividet. Sykdomsårsak kan relateres til egenskaper ved individet og til individets atferd. I et slikt perspektiv kan også andre trekk ved individet sees i forhold til egenskaper, som feks. at tykke mennesker er karaktersvake (Davidson et al. 1991). Ser vi den dårlige samvittigheten i forhold til folks oppfatning om at de selv bestemmer over egen helse, kan det fortolkes som et utslag av at de selv ikke er flinke nok til å etterkomme helsevesenets påbud. De ser det som et negativt trekk ved egen karakter, og de ser på seg selv som utilstrekkelige og karaktersvake.

Hunt og MacLeod (1987) har foretatt en undersøkelse for å finne ut hva det er som får folk til å endre sin atferd i en mer helsefremmende vei. De fant lite bevis på at endringer kom som en direkte følge av helsevesenets informasjon. Derimot så de at endringene kom etter en lang tenkeperiode, ofte etter periodiske forsøk på endringer. Folk hadde små "prøveperioder" før de endelig greide å leve med endringene. Det var ulike begrunnelser for å endre levemåte. I likhet med min undersøkelse ble økonomi oppgitt som begrunnelse for at de har sluttet å røyke, og at slankehensyn var en grunn til å endre kosthold. Det var sjelden helse ble fremhevet som en grunn til endring av vaner.

Dette er i motsetning til min undersøkelse der folk nettopp fremhevet helse som en viktig grunn til å endre levemåte. Dette gjaldt også røykevaner. Det var bare eks-røykerne i Finnfjord som sjelden fremhevet helse som en årsak til at de har sluttet å røyke. Av eks-røykerne som knyttet røykeslutt til helse, var det ikke risiko for hjerte-karsykdom som ble nevnt. Det var derimot helt andre grunner som feks. mageproblemer som førte til atferdsendring. Dette gjelder også de som er sluttet etter at de fikk vite at de har forhøyet risiko for hjerte-karsykdommer. Dette kan synes noe merkelig. Det er imidlertid en mulighet for at folk gir ulik begrunnelse for det de har gjort og det de ønsker å gjøre. Data viser imidlertid at ved akutte, livstruende tilstander klarer folk å gjøre store endringer (feks. han som sluttet momentant da han fikk hjerteinfarkt, se s. 61-62).

Selv om folk meinte at de stort sett levde "riktig" når det gjaldt matvaner, var det mange som

var klar over at de hadde røykevaner som ikke var spesielt helsefremmende. Alle var klar over røykens skadelige virkning. Det ser derfor ikke ut til at mangel på opplysning kan forklare hvorfor de fortsatt røyker. Undersøkelser viser at hvordan folk lever, er ikke bare avhengig av hva de meiner er best. Det kan være mange grunner til at folk opprettholder en skadelig atferd. Feks. viser det seg at forbruk av rusmidler kan være en mestringsmekanisme som skaper likevekt i tilværelsen. Oakley (1989) har studert gravide som røyker, til tross for at de veit det er skadelig for både seg selv og fosteret. Hennes undersøkelse viser at røyking er en måte å holde ut hverdagslivets krav på: " .. smoking is selfconsciously a coping strategy, and/or it is an attempt to claim space and time for oneself amidst the draining responsibilities of everyday life" (Oakley 1989:327). Andre undersøkelser viser det samme med andre typer rusmidler. Gabe og Thorogood (1986) viser at bruk av beroligende tabletter kan være det som gjør at en gruppe kvinner klarer å fungere i en vanskelig livssituasjon. Som nevnt tidligere kan også mat, eller kanskje heller visse typer mat, ha en lignende funksjon (Charles og Kerr 1986, Fischler 1988).

Det er vanskelig å si om overnevnte momenter spiller inn når det gjelder endring i levemåte i min undersøkelse, men utifra det som er sagt ovenfor er det nok sannsynlig at både røyking og mat kan fungere som en "avreageringsmekanisme" for enkelte. Dette kan være et tilleggsaspekt som kan være med på å gjøre det vanskelig å endre disse vanene. Når det gjelder mat, støtter mine data opp om litteraturen som viser at maten er en viktig del av kulturen. Medisinens inntog i matvanene avspeiler en spenning mellom kultur og medikalisering, og det skaper konflikter som folk må forholde seg til.

Kjønnsulikheter.

Når vi har snakket om mat- og helsevaner i Nordfjord og Finnfjord, er et fellestrekk at det er kvinnene som først og fremst er pådrivere for endringer i helseatferd. I Finnfjord støtter kvinna opp om risikollen ved å ta ansvar for at mannen følger "legens ordre". Hun får dårlig samvittighet når mannens risiko ikke blir redusert. Hun passer på at mannen får i seg riktig mat og forandrer kostholdet i familien for å støtte opp om mannen. I de fleste tilfellene er han medspiller for at dette skal la seg gjennomføre. I Nordfjord ser vi det samme - kvinnene tar ansvar for mennenes helse. Det betyr blant annet å ta ansvar for forebygging av sykdom. Siden de oppfatter forebygging som å forebygge hjerte-karsykdom hos mannen, blir deres oppgaver i stor grad lik den kvinnene i Finnfjord har. Kvinnene i Nordfjord har en vanskeligere oppgave enn mange kvinner i Finnfjord. De arbeider med sterkere motstand fra ektemennene, som ofte ikke anerkjenner deres innsats på dette området.

Kvinner som "gatekeepers"?

At kvinner har en viktig rolle i forbindelse med den maten som blir servert i familien, ble tidlig satt ut i offentlig politikk. Forebyggende medisin har i dette hundreåret vært opptatt av folkeopplysning (Lupton 1995), og forholdet mellom helse og kosthold har fått stor oppmerksomhet. I USA ble det feks. tidlig satt i gang et eget program som var rettet mot å endre kvinners kjøpevaner. Her ble kvinners rolle som "gatekeeper" i forbindelse med mat lansert (Lewin 1943). Han sier at vi kan finne ut hvorfor folk spiser som de gjør ved å se på hvordan maten kommer til bordet. Maten kommer på bordet gjennom ulike "kanaler", som matbutikken, hagen og kjøleskaper. Ved å studere 107 husmødre i Midtvesten i USA, fant han at kvinnene kontrollerte "all of the channels except gardening, and even there the husband(s) seldom control this channel alone. Children are never mentioned as controlling any of the channels, although they undoubtedly influence the decision indirectly through their rejection of food put before them" (Lewin 1943:40).

I de årene som er gått siden hans undersøkelse har mange lærebøker referert til kvinners "gatekeeper" rolle i forbindelse med matvaner i familien (McIntosh og Zey 1989). Oppfatningen er at siden det i det moderne samfunn er kvinnene som handler inn og lager

mat, er det de som kontrollerer hvilken mat som lages i et hushold.

Innen forebyggende medisin er fortsatt kvinners "gatekeeper"-funksjon i forhold til mat anerkjent, og dette har medført at kostholdsråd i stor grad har vært rettet mot kvinner. Hensikten har vært å øke kvinners kompetanse om sammenhengen mellom helse og kosthold, slik at de velger det kostholdet som helsemessig er mest riktig for familien. Fra vårt eget land kan det vises til at helseundersøkelser som har vært rettet mot å minske forekomsten av hjerte-karsykdommer blant menn, har rettet sine kostholdsråd mot kvinner. Feks. ved den såkalte Bugøynes-undersøkelsen ble kolesterolverdiene til menn i visse aldersgrupper undersøkt ved ulike tidspunkt (1972, 1973, 1974, 1977 og 1987⁷¹) (Forsdahl og Salmi 1990). Det ble i tillegg gitt generelle kostholdsråd: "Det må her fremheves at vår målgruppe, når det gjaldt de generelle kostendringer, var den kvinnelige del av befolkningen, det vil si de som tilberedte maten" (Forsdahl og Salmi, 1990:2341)

I begge de to samfunnene jeg har studert, er det kvinnene som har hovedansvar for matinnkjøp og matlaging. I Nordfjord kan vi se at mennene har kommet mer på banen etterhvert som kvinnene er begynt i lønnet arbeid. I Finnfjord deltar også mennene. Deres innsats kan likevel ikke sidestilles med kvinnene. Et viktig poeng i begge samfunnene er at det fortsatt er kvinnene som har hovedansvaret for både innkjøp og matlaging, og at dette er anerkjent av begge kjønn. Er det da kvinnene som også bestemmer hva familien spiser?

Teorien om at kvinnene er "gatekeepers" for hva familien spiser, er etterhvert blitt imøtegått i sosiologiske arbeider. Denne teorien er blitt kritisert av blant annet McIntosh og Zey (1989). De sier at selv om kvinne er ansvarlig for å tilberede maten, er det ikke hun som kontrollerer hva som skal spises og hvordan maten skal tilberedes. Charles og Kerr (1988) viser også at selv om det er kvinne som lager mat i familien, er det mannens ønsker og smak som ofte er avgjørende for hva som blir servert, nettopp fordi han har høyere status enn henne i familien. Deres undersøkelse av matvaner blant 200 småbarnsmødre i Nord-England konkluderer blant annet med at "... food practices within the family reflect and reproduce social divisions of gender, age and class and, because of this, contribute to maintenance of the social order - a

⁷¹Ved den siste undersøkelsen ble kvinnene også invitert.

social order characterised by inequalities between women and men, adults and children and different social classes" (Charles og Kerr 1988:235). McIntosh og Zey (1989) viser også at selv om kvinna har ansvar for matlagingen, har hun ikke makten til å bestemme over hva som skal serveres, og at den makten ligger hos mannen. Pill og Parry (1989) viser sågar at kvinner gjerne vil forandre et uønsket kosthold, men de har ikke makt til å gjøre det, selv om det er de som lager maten.

Charles og Kerr (1988) viser at kvinners rolle som ansvarlig for maten kan være i konflikt med kvinners matønsker for seg selv. De fleste av de kvinnene de intervjuet var misfornøyde med egen kropp og ønsket å slanke seg. De ønsket selv å spise en annen mat enn de gjorde, men kravet om at familien skulle få ernæringsmessig riktig og sosialt akseptert mat, kom i konflikt med deres egne ønsker: Mange følte derfor at de ikke hadde kontroll over hva de selv spiste. Data fra samme undersøkelse illustrerer også mannens sterke posisjon i å bestemme over matvanene: når mannen er bortreist, kommer barnas smak bedre fram. Mor serverer da mat som barna er glade i, men som mannen ikke liker (Charles og Kerr 1988).

Mine data viser i likhet med disse undersøkelsene at ansvar for matlaging ikke betyr kontroll over hva som serveres. I begge bygdene ser det ut til at mannen har stor makt over hva som skal serveres. I begge bygdene var mannen mer konservativ i matveien enn kvinna. Kvinna hadde i sin matlaging to viktige hensyn å ta; til mannens smak og til hans helse. Hun kom da i konflikt med hvilke hensyn hun skulle legge mest vekt på. Hun ser ut til å velge å legge mest vekt på mannens helse, noe som medfører at hun samtidig må "lure" mannen, slik at han ikke merker at hun tar mest hensyn til den.

Mennene i Nordfjord og Finnfjord aksepterer motstridende at kvinnene endrer matvanene. Kan det være at de anerkjenner helse og helsefremming som så viktig at de lar det konkurrere med smak? Eller er kvinnerollen i disse bygdene annerledes enn i de engelske og amerikanske undersøkelsene jeg har referert til? Har kvinna her mer autoritet til å bestemme enn i de nevnte undersøkelsene?

For å få et større forståelse av dette, kan vi gå til forskningen som spesielt ser på forholdet mellom kjønnene. Vi snakker ofte om kvinnerolle og mansrolle når det gjelder ulike

tilpasninger mellom kvinner og menn. Kimmel (1987) sier at kvinners og menns atferd må betraktes mer som et resultat av forhandlinger enn som et resultat av sosialisering til bestemte roller. Kimmels (1987) perspektiv innebærer at i det enkelte parforholdet må forholdet mellom mann og kvinne stadig reforhandles. Haavind (1984) bruker samme perspektiv for studier av småbarnsfamilier. Hun sier at fordeling av husarbeid og omsorg for barna er resultat av forhandlingene mellom ektefellene. Men, sier hun, å si at fordeling av ansvarsområde er resultat av forhandlinger er ikke det samme som å si at foreldrene opplever det som forhandlinger. De innretter seg i forhold til hverandre og opplever at fordelingen "bare blir slik".

Verken Kimmel (1987) eller Haavind (1984) meiner at forhandlinger er mellom likeverdige parter. Maktaspektet må bringes inn. Kimmel (1987:122) sier: "Not only do men as a group exert power over women as a group, but the historically derived definitions of masculinity and femininity reproduce their power relations... By undervaluing the historical and social bases for gender relations, the sex role paradigm reproduces the very problems it seeks to understand". Haavind (1984) er inne på det samme når hun sier at hvis maktforholdet holdes utenfor, kan en ikke forstå hvordan de ulike partene preger foreldreskapet. Hun meiner at kvinner som gruppe er relativt underordnet menn, og de må forholde seg til disse rammene.

Brandth og Kvande (1991) tar utgangspunkt i forhandlingsperspektivet når de ser på omsorg for barn i mer "likestilte" par.⁷² Det viser seg at i disse familiene definerer menn og kvinner omsorgen ulikt, ved at de legger ulike ting i det å ha omsorg for barnet. Feks. legger de ulike innhold i et begrep som nærhet til barnet. Mens det for far betyr å være sammen med barnet, betyr det for mor innlevelse og identifisering. Undersøkelsen viser at når far kommer inn, blir foreldreskapet forandret. Det betyr at det ikke automatisk blir kvinnes standard for innholdet i omsorgen som blir gjeldende. Ofte blir mannens standard viktigst, og kvinne må gi seg. Mors større omsorg for barnet blir feks. avfeid som hysteri og overbeskytning av far, og får mors nølende tilslutning. Brandth og Kvande (1991) advarer mot at kvinnene i sin streben etter å trekke menn inn i omsorgen for barna, ikke må forkaste det positive i moderskapet.⁷³

⁷²Definert som at også far har tatt en del av omsorgspermisjonen i barnets første leveår.

⁷³Med utgangspunkt i diskusjonen til Kimmel (1987) og Haavind (1984) meiner de begrepet moderskap er bedre egnet enn begrepet morsrolle.

I mine data er det også eksempler på at menn går inn på et tradisjonelt kvinneområde. De har en helt annen oppfatning av det som skjer der: I Nordfjord er helse og sykdom endret fra å være behandlet i kvinnenettverket til å bli diskutert innenfor hjemmets fire vegger. Enkelte utsagn fra menn i bygda kan tyde på at de hadde liten forståelse for kvinnenes kunnskap: Det var mennene i bygda som snakket nedsettende om nabokjerringene som måtte trå til i gamle dager fordi de ikke hadde tilgang til lege. Mennene spør ikke om det var noe positivt å hente fra dette nettverket, og fremhever de gamle kvinnenes mangel på kunnskap. Et nærliggende spørsmål i denne forbindelse er om mennene har noen bakgrunn for å kunne kritisere kvinnenettverket. De hadde ikke adgang til nettverket, og vet lite om den kunnskapen som ble forvaltet der. Mine data viser også at kvinnene i liten grad motsier mennenes oppfatning.

Andre undersøkelser viser også at menn ikke har forståelse for en del av det omsorgsarbeidet kvinnene utfører. Feks. viser Brannen et al. (1994) i deres undersøkelse om ungdom og helse at det er mor som prater med de unge om helseforhold, inkludert seksuelle forhold. De unge anerkjenner også mora som den av foreldrene de lettest kan prate med om intime, private ting. Far ser ikke det verdifulle i slik prat. Han avviser det som snakk, og meiner mor bekymrer seg unødige. Samtidig kan vi se at fedrene er mer optimistiske enn mødrene i forhold til tro på egen mulighet til å påvirke barnas helseatferd. Mødrene bekymrer seg mer for barnas helsevaner.

I likhet med Brannen et al. (1994) ser vi at mange av mennene i Nordfjord og Finnfjord synes at kvinnene bekymrer seg for mye, og overdriver kostholdsendingene. Tilsynelatende liker de heller ikke at kvinnene innfører mer sunne kostvaner. Hvorfor gjør kvinnene denne innsatsen, og utvider sitt ansvar, ofte med motstand fra mannen? Først og fremst må vi vel se det i forhold til hva som er kvinnes ansvarsområde. Endring til sunnere matvaner er et møte mellom to kvinneansvarsområder, mat og helse. Det er kvinnes oppgave i familien å ta seg av familiens helse, og resten av familien ser på det som hennes oppgave. Det samme er tilfelle med matlaging. (Brannen et al. 1994, Charles og Kerr 1988, Graham 1984, Graham 1985). Til og med små barn er bevisst at det først og fremst er mor som lærer dem å ta vare på helse si. Her er gode matvaner det viktigste (Mayall 1993).

Kvinner gjør altså dette fordi de ser å det som sitt ansvar. Hva så med mennene? Hvis vi skal

følge den ovenfornevnte litteraturen som trekker inn makt mellom kjønnene, kan dette fortolkes slik at kvinna får lov til å endre matvaner så lenge mannen gir henne tillatelse til det. Mannen har makt over kvinna, og at han gir henne lov til å endre matvaner, er et tegn på at han egentlig aksepterer endringene. Hvis ikke ville han brukt sin makt over kvinna til å sørge for at hun gjør det han ønsker. Utifra et slikt syn er mannens motstand mot sunnere matvaner ikke et uttrykk for egentlig motstand.

Motstanden kan også tolkes som et forsøk på å ta (tilbake?) den innflytelsen over matlaging som undersøkelser fra andre samfunn viser at menn har. Det kan se ut til at så lenge kvinnene laget den maten mennene ville ha, ville de ikke blande seg inn. Men når kvinnene begynner å lage en mat som de ikke liker, ønsker de å ta kontrollen. I et forhandlingsperspektiv kan det sees som mennene vil ha reforhandlet matvanene fordi kvinnene ikke utfører det på deres premisser.

Er det slik at mennene i mitt materiale har kontroll over kvinnene og bestemmer om de skal endre matvanene? Mine data viser at mennene har innflytelse, men at kvinnene forvalter og har en stor del av kontroll over dette området. Dette ser også ut til å være akseptert av mennene. Kvinnene har stor makt til å påvirke matvanene, og større enn det som er beskrevet i litteraturen. Vi ser feks. at kvinnenes mottrekk mot mennenes innblanding er å "lure" dem, eller nekte å gi fra seg bestemmelsen på dette området. Blant annet ser vi eksempler på at kvinnene ikke kjøpte inn H-melk, selv om mennene "ville" ha det.

Mitt funn om at kvinner har en sterk posisjon, kan sees i sammenheng med andre funn fra nordnorske kystbygder som viser at kvinnene har en sterk posisjon, og sterkere enn det en finner i undersøkelser fra andre typer samfunn (Holtedahl 1986). En tolkning av at mennene finner seg i nye kostvaner er derfor å bruke forhandlingsperspektivet samtidig som ubalansen i maktforholdet mellom kjønnene blir nedtonet. Da kan en si at menn og kvinner forhandler seg fram til ei viss type arbeidsdeling. Mennene må motvillig akseptere at mat er kvinnenes område og er kontrollert av dem.

At kvinna bestemmer seg for å ta mer hensyn til mannens helse enn til mannens smak kan være et uttrykk for at hun har stor grad av kontroll. Samtidig er det vanskelig utifra dette å

si hvor stor kontroll kvinnene egentlig har. Dette fordi deres endringer i matlaging er definert til å være til beste for mannens helse, ikke deres egen helse.

Et moment som skulle tale for at hensynet til mannen prioriteres høyt i familien, er at kostomlegging for mannen medførte kostholdsendringer for hele familien. Data fra de familiene i Finnfjord der det var kvinne som var i risiko, antyder en annen prioritering. Selv om det var få familier der kvinne var i risiko, føyer data fra familiene i Finnfjord seg inn i forståelsen om at hensynet til mannen teller sterkere enn hensynet til kvinne. Verdt å merke seg er at det er kvinne som i stor grad driver fram et slikt syn. Også i Nordfjord er det mannens helse det fokuseres på. Det kan derfor se ut som det er lettere å få gjennomslagskraft for endringer ved å argumentere for mannens helse.

Har menn og kvinner ulike verdier?

En nærliggende forklaring på kjønnsulikhetene i synet på helse, er at kvinner og menn faktisk har ulike verdier i disse samfunnene. Fra andre undersøkelser veit vi at kvinner har høyere forbruk av lege enn menn (Malterud 1990, Fylkesnes 1991, Øverås 1995), også når kontakt som gjelder prevensjon og svangerskap er unntatt (Fugelli 1978). Hasvold (1996) utleder fra egen distriktspraksis at i en populasjon med lik kjønnsfordeling, vil fordeling av konsultasjoner være tilnærmet 60% og 40% fordelt på kvinner og menn. Han viser også at kvinner har flere sykdomsdiagnoser enn menn. Går vi imidlertid fra mindre alvorlige til mer alvorlige lidelser, blir kjønnsforskjellene utvisket.⁷⁴ Kvinner er altså mer i kontakt med lege enn menn, men da for mindre alvorlige lidelser. Denne forskjellen er forklart på ulike måter: Kvinner er sykere enn menn, men har flere mindre alvorlige plager enn menn (Gove og Hughes 1979, Verbrugge 1985). Det er også hevdet at kvinner har mindre toleranse til symptomer enn menn (Gijsbers et al. 1991). Andre hevder at gjennom morsrollen og andre deler av kvinnroller (Mechanic 1976, Fylkesnes 1991), og de spesielle erfaringer (menark, barnefødsler og menopause) det å være kvinne medfører (Hibbard 1984), fører til at de har lettere adgang til helsevesenet. En mulig forklaring som kan avledes fra mitt datamateriale,

⁷⁴ Dette gjelder ikke for psykiatriske lidelser, der det også ved alvorlig sinnssykdom er en overvekt av kvinner.

er at kvinner er mer opptatt av å fremme helse enn menn. Andre undersøkelser støtter min undersøkelse ved å vise at kvinner har mer tiltro til helsevesenet (Meininger 1986). Kvinner lever sunnere enn menn (Stronegger et al. 1997), og tror blant annet mer på nytten av forebyggende kontroller (Aarø 1986). De er også mer opptatt av helse (Ware og Young 1977, Hibbard og Pope 1983).

For kvinnene ser det ut til at helseisme er et viktig verdisyn. Mennene har ikke en så klar holdning til dette. Dette kan også henge sammen med at kvinner og menn har ulik forståelse av sykdom. Data viser at mens kvinnene tror på at mange typer sykdommer kan forebygges, forfekter mennene et mer fatalistisk syn og er mer skeptiske til forebygging. Dette gir seg utslag i mennenes manglende vilje til å leve helsemessig riktig. Denne spenningen er minst i Finnfjord. Det kan forklares med at de oppfatter risiko som begynnelsen på en alvorlig sykdom, hvis de selv ikke gjør noe for å forhindre det. Derfor gir det mening i å være opptatt av å leve sunt. Vi ser samme opptatthet av helse hos kvinnene i Nordfjord, selv om de ikke har en institusjonalisert risikorolle å støtte opp om. Kan det være slik at kvinnene bruker verdien helse som støttespiller for å få større kontroll over maten?

Det er også mulig at bekymring for helsa ikke er forenelig med en maskulin manssrolle. I et slikt perspektiv er mannens motstand ikke "egentlig" motstand. Kvinnene arbeider for deres beste, og mennene kan fortsatt opptre som tøffe så ierke kvinnene tar ansvar for deres helse. Dette poenget kan sammenlignes med tidligere tolkning av funn fra Nordfjord (Anderssen 1983), som antyder at mennene ikke trenger å bry seg om sykdom og skaffe seg kunnskap om sykdom fordi kvinnene tar på seg ansvaret for mennenes symptomer. En slik tolkning viser samtidig at mennene har stor tillit til kvinnene når de overlater dem ansvaret for egen helse. Funn fra siste feltarbeid i Nordfjord skulle tyde på at mennene ser på helse og sykdom som kvinnenes domene. Dette gjelder også omsorg for menns helse.

Viser da menns motstand mot kostholdsendringer at menn og kvinner har ulike verdier? Det kan se ut til at mennene har større problemer enn kvinnene med å akseptere verdien helse som overordnet smak. Størst problemer har mennene i Nordfjord. Det at de ikke er blitt utplukket som risikogruppe, kan nok forklare at de har mer motstand mot matvaner som en del av forebygging av sykdom. Det kan se ut til at det er kvinnene som først og fremst

målbærer synet om at helse er en verdi som skal prioriteres. For mennene i disse bygdene ser det ut til at helse er viktig, men helse konkurrerer med andre verdier. Det kan derfor se ut til at helseisme er en trend som drives av kvinnene, mens menn ikke har et så avklart forhold til det.

Mine data fra Finnfjord viser samtidig at enslige menn tar på seg samme ansvar som kvinnene gjør, ved at de prioriterer egen helse. En annen måte å se dette på er at forebygging av sykdom først og fremst er knyttet til matlaging, som er et område kvinnene har ansvaret for. Derfor er det kvinnene som i første omgang må ta stilling til hvor sterkt helse skal prioriteres. De tar på seg ansvaret for at helse blir den viktigste verdien. Kvinner ser meget alvorlig på oppgaver som ligger inn under deres ansvarsområde (Graham 1984, 1985, Charles og Kerr 1986, Charles og Kerr 1988, McIntosh og Zey 1989, Eriksen 1994). Slik matvanene fremtrer i mitt datamateriale, er det altså en kobling mellom to områder kvinner har ansvar for, mat og helse. Samtidig må de ta ansvar på vegne av andre enn seg selv. Dette momentet kan nok gjøre sitt til at kvinner er svært opptatt av å gjøre det de synes er best, og prioriterer helsehensyn. Mennene har problemer med å godta kvinnes vurderinger, spesielt der det fører til at de ikke får den maten de liker. Samtidig ser det ut til at de motstridende overlater dette området til kvinnene. De lar altså kvinnes standarder være avgjørende på dette området. Dette betyr samtidig at kvinners oppfatninger om helse og sykdom blir en viktig innfallsvinkel for å forstå beslutninger om helse og sykdom i disse to samfunnene.

Kvinnerens kunnskap

Hvilken type kunnskap har kvinnene og hvordan blir den videreført? I beskrivelsen fra Nordfjord I fremgår det at kvinnene har stor kunnskap om sykdom. Denne kunnskapen viderefører de gjennom nettverket. Det betyr at en som trenger kunnskap, like gjerne får den gjennom andre kvinners erfaringer eller ved at andre kvinner får tak i informasjon. Samtidig betyr det at den kunnskapen de får, er fortolket, sortert og presentert av den som har hatt den direkte tilgangen, eventuelt i samband med andre. Det betyr at kunnskapen må oppfattes som relevant å bringe videre. Den er en erfaringsnær, praktisk kunnskap båret opp og formidlet av nettverket.

Data fra Nordfjord i dag viser at denne kunnskapen ikke verdsettes lenger. Dalmiya og Alcott (1993) viser med eksempel fra de gamle, ufaglærte jordmødrene hvordan deres erfaringer ikke lenger blir sett på som kunnskap. Dette til tross for at deres kunnskap på mange måter har samme basis som den "vitenskapelige": "Their skills were based on a combination of direct empirical sources, practice, experience, and a reliance on the body of beliefs accumulated by the acknowledged community of experts on childbirth (that is, other midwives) - not unlike the knowledge of modern scientists" (Dalmiya og Alcott 1993:223). Det er likevel et stort skille i forhold til vitenskapen: "Their knowledge remained preliterate: it was *oral, practical, and experienced*" (Dalmiya og Alcott 1993:224). De sier videre at mye av den kunnskapen ikke egnet seg til overføring til skrift. Den har blitt sett på som vranglære og ikke kunnskap. Debatten mellom moderne fødselshjelp og de tradisjonelle jordmødrene "... which has been typically characterised as a contrast between *knowledge* and *nonknowledge*, is really only a contrast between conformity and non-conformity to the schema "S know that p" (Dalmiya og Alcott 1993:335). De sier at skillet går mellom "knowing how" og "knowing that", der den tradisjonelle kunnskapen var basert på "knowing how", å vite hvordan de skulle utføre jordmorgjerningen. Davis (1997:4) bruker en lignende betegnelse for å forklare den kunnskapen vanlige kvinner tidligere hadde om menopause, hun sier at den "... was based in lived experience".⁷⁵

Kunnskapen som er beskrevet her har mye til felles med den gamle kunnskapen som ble formidlet mellom kvinnene i Nordfjord I. Selv om kvinnene også brukte mye kunnskap som ble formidlet fra helsevesenet, eventuelt via ulike massemedia, var en stor del av kunnskapen basert på erfaringer. Den ble formidlet muntlig, i form av praktiske råd, og den ble aktualisert

⁷⁵Det er ikke bare hos lekfolk vi kan se denne spenningen mellom ulike kunnskaper. Obstfelder (1996) viser hvordan sykepleiere på en overvåkningsavdeling står i et dilemma mellom sin egen erfarte kunnskap og bruk av teknologi. Når sykepleieren utfra sin erfarte kunnskap ser tegn til at en pasient blir dårlige, feks. at han skifter hudfarge eller blir klam, føler hun et sterkt press for å få en "objektiv" beskrivelse ved hjelp av ulike måleinstrumenter før ny behandling. De objektive målingene teller ofte mest: "Det vil si fordi sykepleierne ser betydningen av sine egne handlinger i kraft av overvåkningssystemets mening at egne kliniske observasjoner oppleves for diffuse og utilstrekkelige" (Obstfelder 1996:93). Hamran (1987) kaller den erfarte, ikke-målbare kunnskapen som sykepleiere tilegner seg gjennom sin yrkesutøvelse, "den tause kunnskapen".

i forhold til konkrete medisinske problemer. Det var altså en stor del kunnskap som var av typen "knowing how", eller var basert på "lived experience".

I dag har mennene i bygda problemer med å se på det som kunnskap, og folk stoler ikke på den lenger. Kunnskapen kunne fremtre som implisitt og vanskelig for en utenforstående å få tak i. Som nevnt tidligere, kan mennenes manglende respekt like gjerne komme av at denne kunnskapen ikke var tilgjengelig for dem. De har derfor ikke bakgrunn for å vurdere den. Satt på spissen kan vi si at tidligere var dette ikke et problem, fordi helse og sykdom var et kvinneområde. Mennene trengte ikke denne kunnskapen. Når nå mennene kommer inn på banen i forhold til forvaltning av helse og sykdom i familien, har de ikke det kunnskapsarsenalet med seg som kvinnene har. Mange av dagens kvinner i Nordfjord har også vært en del av det gamle kvinnenettverket og har erfart at den kunnskapen de forvaltet ikke bare var "prat". Dette gjelder selv om de meiner at den ikke på noen måte kan konkurrere med legens kunnskap. Derfor kan det være at kvinner i Nordfjord ikke på langt nær er så skeptiske som det mennene er, og i stedet omtaler de enkelte av de gamle kvinnene i bygda med stor respekt.

I dagens Nordfjord er sykdomskunnskap fortsatt basert på symptomer. Språket har imidlertid ikke lenger de fine nyansene som ble brukt for å sortere symptomer i forhold til alvorlighetsgrad. Ifølge dem er legesøkingsterskelen lavere, slik at en større del av behandlingen av sykdom er "satt ut" av bygda. Behovet for kunnskap om sykdom er derfor ikke så stort som tidligere. Det rike språket som kvinnene i Nordfjord I hadde er det ikke behov for lenger, fordi enkeltmennesket går direkte til legen i stedet for å søke nettverket først. Satt på spissen kan vi si at legen har overtatt nettverkets funksjon.

Dette funnet stemmer godt overens med Davis (1997) som viser at i hennes feltarbeid utført i 1977 var kvinnenenes helseproblemer noe de snakket om på bygda. Problemene ble diskutert med andre kvinner, og var på mange måter offentlig. De søkte ikke lege for problemer forbundet med menopause, selv om de kunne oppleve problemer. Tolv år seinere er hormonbehandling aktuelt. Men det blir ikke diskutert med andre kvinner: "Her husband would be consulted, but otherwise it was a matter between herself and her physician" (Davis 1997:12). Her ser vi den samme privatiseringen av helseproblemer som i Nordfjord.

Davis (1997) har imidlertid ikke sett på forebyggende medisin. Vi vet derfor ikke hvordan kvinnene i hennes bygd løser slike problemer. Kvinnene i både Nordfjord og Finnfjord har vanskelig for å forholde seg til den nye kunnskapen om forebygging av sykdom. Den er løst fra deres erfaringsverden. Likevel tar de forebygging på alvor. Kvinnene i Finnfjord er gjennom mannens risiko for hjerte-karsykdom blitt nødt til å forholde seg til forebygging. Selv om kvinnene i Nordfjord ikke er i den samme situasjonen, er også de blitt mer opptatt av forebygging, ikke bare i forhold til hjerte-karsykdom, men også i forhold til andre "usynlige" sykdommer som feks. kreft. De møter derfor de samme problemer som kvinnene i Finnfjord. Kunnskap om forebygging blir i all hovedsak formidlet direkte til enkeltpersoner. Denne formidlingskanalen så vi også tidligere. Det som imidlertid er endret i Nordfjord er at kvinnenettverket ikke fungerer som før. Dette medfører at kunnskapen i mindre grad blir bearbeidet og diskutert i nettverket. Enkeltpersonene må derfor forholde seg direkte til det som kommer fra massemedia, og vurdere om den er relevant i forhold til deres eget liv.

Hvilken kunnskap er det da kvinnene forholder seg til? Som nevnt i diskusjonen om risiko, er kunnskap når det gjelder forebygging mindre eksakt enn den som gjelder sykdom. For at folk skal bruke den, må de fortolke den til å bli faktakunnskap. Men det er ingen eksakt kunnskap. Det er kunnskap om mulige sammenhenger mellom feks. levemåte og fremtidig sykdom. Den er ikke basert på at folk føler seg syk, illness, der en kan ta stilling til symptomer. I stedet må de forholde seg til mulighet for fremtidig sykdom. Fordi dette er et felt som gjennomgår store forandringer, kan de oppleve at de kan få kunnskap som står i direkte motstrid til hverandre. I mange tilfeller kan samme media med korte tidsintervaller gi motstridende informasjon. I Finnfjord ble dette også nevnt som et problem. Den kunnskapen folk må forholde seg til, er også diffus og usikker. Den nye kunnskapen fremtrer som vitenskapelig, men for kvinnene som skal forholde seg til den, fremtrer den som diffus og vanskelig å få tak i. For å kunne nyttiggjøres må kunnskapen fortolkes i forhold til det feltet den skal anvendes på. Kvinnene fortolker den til faktakunnskap av typen: Du blir syk av å spise fett. At det er kvinnes jobb å gjøre denne fortolkningen, kan nok være med på å forklare at kvinnene er "strengere" enn menn når det gjelder hva de kan tillate seg i forhold til feks. kosthold.

Kunnskap om forebygging er ikke basert på erfaring. På denne måten blir mye av den

sykdomskunnskapen som var i kvinnenettverket i Nordfjord I ikke relevant. Dette fordi den kunnskapen var basert på illness, og var rettet mot spesielle konkrete problem som måtte løses. Den var ikke rettet mot potensielle helseproblemer. Det betyr at nettverket vi så i Nordfjord I ikke var basert på kunnskap som rettet seg mot eventuelle fremtidige helseproblemer. Data fra Nordfjord II viser også at mye av den "gamle" kunnskapen heller ikke blir benyttet av de kvinnene som var bærere av den tidligere. De føler at de ikke trenger denne kunnskapen lenger. De søker lege isteden. Når vi samtidig ser at folk meiner at helseproblemer er en privatsak, som ikke angår andre enn den det gjelder, kan det se ut som om nettverket er blitt overflødiggjort i forhold til medisinske problemer.

Data viser også at kvinnene ikke stoler på mennenes vurderinger. Dette betyr igjen at kvinnene står mer aleine enn før når de må ta stilling til medisinske problemer i familien. På mange måter settes det større krav til kvinnene. Ikke bare må de ta stilling til symptomer, men også til trussel om mulig sykdom. Uten nettverket i ryggen blir det en vanskelig jobb å forholde seg til delvis motstridende kunnskap for å "behandle" en risiko for en mulig fremtidig sykdom. Samtidig kan vi si at folk opplever mindre behov for nettverket når det gjelder medisinske problemer. De helseproblemene de møter søker de heller lege for. De helseproblemer de er bekymret for å møte, kan ikke nettverket hjelpe med allikevel.

På bakgrunn av mine data ser det heller ikke ut til at kvinnene i Finnfjord har et nettverk i ryggen når de arbeider for å unngå at mennene skal få hjerte-karsykdom. Likevel opplever de at de arbeider for å unngå en mer relle trussel enn det kvinnene i Nordfjord gjør. Selv om deres arbeid er basert på en diffus sammenheng mellom levemåte og sykdom, støttes deres arbeid direkte opp av helsevesenet, og de opplever mer samarbeid fra mannen. Derfor ser det ut til at på dette området arbeider kvinnene i Nordfjord mer aleine enn det kvinnene i Finnfjord gjør.

Vi ser altså at den form for medikalisering som er studert i denne avhandlingen, har konsekvenser for dagliglivet. Den setter nye krav til folk, spesielt kvinnene, fordi medikaliseringen omfatter mat og helse, områder som defineres som kvinners ansvar. Det betyr samtidig at det er kvinners fortolkning av denne oppgaven som blir gjeldende. Koblingen mellom levemåte og helse fører til at av kvinners mange roller i familien blir

rollen som helsearbeider den viktigste. Denne rollen har invadert andre roller som kvinnen innehar. På denne måten har det foregått en medikalisering av kvinners ansvarsområde.

Mulige årsaker til medikalisering

Min diskusjon har hittil vært rettet mot å få større forståelse for hvilke konsekvenser medikalisering har for dagliglivet til folk i Finnfjord og Nordfjord. Videre i denne avhandlingen vil jeg drøfte mulige forklaringer på hvorfor det har skjedd en medikalisering av disse to samfunnene.

Trekk ved medisinen

Mine data er ikke rettet mot å se på medisinsens indre liv. Men helseundersøkelsene og etterinnkalling av risikogrupper er et resultat av det Berg (1987) kaller medisinsens reduksjonistiske tilnæringsmåte. Det å plukke ut noen og si at de har forhøyet risiko er blant annet resultat av at medisinen har fått hjelp av moderne teknologi til å måle mindre og mindre bestanddeler av kroppen. Dette er undersøkelser som vanligvis ikke blir foretatt på bakgrunn av symptomer. Folk kan ikke selv kjenne at de har forhøyet risiko for en sykdom. De ulike helsekontrollene som folk i Nordfjord og Finnfjord ønsker, for eventuelt å avdekke om det er noe galt i ulike deler av kroppen, er muliggjort av medisinsens reduksjonistiske tilnærming.⁷⁶

Et interessant trekk ved disse kontaktformene er at det som tidligere fikk folk til å søke lege, nemlig folks illness, ikke trenger å være av betydning for denne type kontakt. Dette betyr igjen at hvordan folk føler seg ikke er et interessant funn. Folks opplevelse av kroppen blir ikke gjort relevant i denne forbindelse. Sett i forhold til Kleinmans (1980) oversikt over ulike medisinske sektorer, betyr det at den folkelige sektoren som medisinsk system blir vanskelig å aktivisere i forbindelse med forebyggende medisin. Kleinmans (1980) sektortankegang er basert på at sykdom oppdages i den folkelige sektoren, og at det er sykdom eller illness som danner basis for forståelsen og videre behandling. Forebyggende medisin tar ikke utgangspunkt i illness som blir fortolket. Kontakten mellom enkeltpersoner og skolemedisinen

⁷⁶Her må det tilføyes at det er en forskjell mellom forebyggende undersøkelser som er rettet mot å avsløre forhøyet risiko for sykdom og andre forebyggende undersøkelser. Ved forhøyet risiko er ikke disease, men måleverdier som kan føre til disease. Vanlige forebyggende kontroller er rettet mot å avsløre en skjult disease.

går ikke veien om illness. Spørsmålet om det er en folkelig sektor som kan aktiviseres også i forbindelse med slike medisinske spørsmål, og hvordan den eventuelt fremtrer i forhold til den moderne medisinen, vil jeg komme inn på seinere (s. 227-228).

I Finnfjord har helsevesenet selv spilt en aktiv rolle ved å kalle inn folk til undersøkelser. Selv om folk i Nordfjord ikke har fått samme tilbud som folk i Finnfjord, er de også opptatt av forebyggende kontroller. Da for å få klarlagt tidligst mulig om de er syke, eller å få vite om de har forhøyet risiko for sykdom. Både folk i Nordfjord og risikogruppene i Finnfjord vet at det finnes muligheter for å foreta slike målinger, og de er opptatt av det. "Man kan no aldri vette" er et uttrykk for at deres egen opplevelse av symptomer ikke blir sett på som den eneste og tilstrekkelige grunn for å ha kontakt med helsevesenet. De vet at selv om de ikke opplever illness, kan de ikke være sikre på om de er friske. I begge disse samfunnene kan de ikke lenger stole på kroppens egne signaler når det gjelder sykdommer som de anser som farlige. På denne måten har trekk ved medisinen utvikling, den medisinske logikk, hatt konsekvenser for hvordan folk i begge disse to samfunnene ser på sin egen kropp, deres opplevelse av hva sykdom er, og hvilke muligheter de har for å oppdage og behandle sykdom.

Tilgjengelighet til helsetjenester

I de to bygdene jeg har studert, kan vi se at tilgjengeligheten til lege er blitt endret. Økt tilgjengelighet kan sees som et uttrykk for medisinenes reduksjonistiske logikk. Medisinen kan på grunn av sin oppdeling i mindre og mindre deler tilby flere og flere tjenester. Det kan også sees som et uttrykk for profesjonens egenart at de ønsker å legge under seg flere og flere områder, for derved å øke sin egen makt og innflytelse.

Antallet leger har i likhet med resten av landet (Øverås 1995), økt i begge samfunnene de seinere årene. Selv om ikke jeg har data som tar for seg legefórbuket over tid i Finnfjord, må vi anta også med støtte i andre undersøkelser (Øverås 1995) at legefórbuket har økt. Når det gjelder de menneskene jeg har fokusert på i Finnfjord, har disse jevnlig kontakt med helsevesenet på grunn av sin forhøyede risiko for hjerte-karsykdom. Kontroll i forbindelse med risiko for sykdom er en form for kontakt de tidligere ikke hadde.

I tillegg til at det er kommet flere leger i Sentrum, har folk i Nordfjord de seinere årene fått en helt ny tilgjengelighet til denne tjenesten, fordi Nordfjord har fått veiforbindelse med Sentrum. Folk selv er også opptatt av at veien har betydd svært mye i forhold til tilgjengelighet til lege, såvel som for andre tjenester. Deres forhold til helsevesenet blir forklart i forhold til den økte tilgjengeligheten. De forklarer mye av sitt forbruk i dag med at det er så enkelt å komme til lege. Slik folk fremstiller sin forståelse av legefotbruk i bygda, er veien det de legger vekt på. Historier de forteller om hvor vanskelig det var å få tak i lege før veien kom, og hvor godt det er å ha lege tilgjengelig i dag, illustrerer godt dette poenget.

Er da endring i tilgjengelighet av helsetjenester i form av nye tilbud, økt antall stillinger, eller i form av en vei det som forklarer folks endrede forhold til helsevesenet? Er økning i tilgjengelighet et trekk ved medisinen selv? Debatten om medisinen som profesjon og medisinenes indre logikk tyder på at medisinen i sitt vesen søker etter å utvide sitt område for innflytelse. Som vi ser er det trekk ved medisinen som legger til rette for at folk søker lege for andre problemer enn før, og tidligere enn før. Som vi ser kommer disse signalene i stor grad fra medisinen selv. Reduksjonistisk medisin og større tilgjengelighet til legetjenester har nok vært med på å tilrettelegge for et tettere forhold til helsevesenet. Som vi ser av mine data fra både Nordfjord og Finnfjord har folk tro på at det er til deres eget beste at de søker lege på et tidligere stadium, og for flere problemer enn de tidligere gjorde.

Utifra mine data kan jeg ikke si så mye om medisinsk ekspansjon innenfra. Dette skyldes at data er samlet inn om mottakerne av medisinske tjenester. Jeg har ikke behandlet medisinen som profesjon eller sett på andre trekk ved medisinen. Det er derfor vanskelig å kunne si noe om medisinsk ekspansjon som kommer fra medisinen selv. Dette var heller ikke hensikten med mitt arbeid.⁷⁷ Det jeg derimot kan si noe om, er hvilke virkninger ulike tiltak har på mottakerne.

⁷⁷På bakgrunn av mine data er det også vanskelig å undersøke press utenfra, fra grupper som tjener på medisinsk ekspansjon, som feks. den farmasøytiske industrien. Denne industrien vil selvfølgelig se et stort markedspotensiale i at flere får diagnostisert og medisinerer sitt høye blodtrykk eller sitt høye kolesterol. Denne problematikken har jeg ikke mulighet til å undersøke innenfor rammene av denne avhandlingen.

Imidlertid ser vi at medisinenes absolutte kontroll over teknologi er nevnt som et viktig moment i medikaliseringsdebatten (Zola 1975). Dette er et område vi finner igjen i min undersøkelse. Risikogruppetilhørigheten i Finnfjord er som nevnt blant annet basert på at ny teknologi klarer å måle "uregelmessigheter" i en blodprøve, og kan fange opp folk eventuelt før de blir syke. Denne risikogruppetilhørigheten er også initiert av helsevesenet selv, og er et resultat av den reduksjonistiske medisinen.

Det er imidlertid vanskelig å årsaksforklare en slik enorm vekst ved bare å se på trekk ved medisinen selv. Mest sannsynlig er veksten et resultat av en kombinasjon mellom indre og ytre trekk.⁷⁸ Løchen (1996) viser feks. til at befolkningen har sterke, til dels urealistiske, forventninger til hva helsevesenet kan utrette. Mange meiner også at medisinen selv må stilles til ansvar for at folk har slike urealistiske forventninger. Dette blant annet gjennom å ta æren for helsegevinster som kan tillegges andre samfunnsendringer,⁷⁹ eller ved å fremstille seg som den som ved hjelp av teknologi klarer å gjennomføre det meste.

Samtidig er det en kjensgjerning at det ikke er vekstpotensiale i en virksomhet hvis ingen etterspør eller benytter deres tjenester. Dette betyr at medisinen ikke kan vokse uavhengig av omgivelsene. Selv om medisinenes logikk fremmer vekst, både i antall spesialiteter og teknologi, må det være enighet om at dette er et viktig satsingsområde. Dette betyr igjen at medisinen også må ha talsmenn og støtte utenfor sin egen profesjon. Den veksten i antall stillinger i helsevesenet som folk i Nordfjord kan se, er derfor mest sannsynlig en kombinasjon av indre medisinske krefter og ytre krav. Medisinen må på en eller annen måte få mulighet til å vokse. Det er da for snevert bare å se på medisinenes indre liv. Vi må også gå utenfor medisinen og se om det er noen trekk ved omgivelsene som tilrettelegger for

⁷⁸Et eksempel er kolesterolmålingene. Selv om det opprinnelig er et reduksjonistisk helsevesen som gir muligheter for slike tester, ser vi at etterhvert som testene blir tatt i bruk, får folk kunnskap om at det finnes slike tester. De vil da etterspørre slike tester, noe som medfører at omfanget av slik prøvetaking øker.

⁷⁹Feks. blir det ofte fremstilt som om det var medisinen som gjennom storstilt vaksinasjoner fikk kontroll over tuberkulose. Det er vist at forekomst av tuberkulose har sammenheng med levestandarden. Forekomst av denne sykdommen gikk tilbake etterhvert som levestandarden ble forbedret. Det samme kan vi se i forhold til spedbarnsdødlighet (Lupton 1995).

medikalisering.

Nordfjord og Finnfjord som del av det moderne samfunnet

Hvilket samfunn er det medisinen er en del av? Løchen (1994) sier at vi lever i et moderne samfunn, der det er sterke spenninger mellom det moderne og det tradisjonelle. Løchen (1994) definerer ikke det moderne samfunnet, men Giddens (1991) sier at det grovt sagt er ekvivalent til "den industrialiserte verden". Det moderne samfunnet har redusert mange typer risiko (som feks. store infeksjonssykdommer), men skaper nye typer usikkerhet (som feks. global miljøødeleggelse). Giddens (1991) sier at det moderne samfunnet gir folk en annerledes identitet enn det tradisjonelle gir. Individet deltar i, og direkte fremmer, sosiale endringer som er globale i deres konsekvenser. Det betyr samtidig at folk må forholde seg til globale forhold og til globale konsekvenser av handlinger, på samme tid som enkeltmennesket blir påvirket av globale forhold (som feks. verdensøkonomien).

Løchen (1994) sier at det moderne samfunnet opphever det lokale og tradisjonsbundne grunnlag for menneskelig samkvem. Det gir muligheter, men samtidig risiko fordi det setter nye krav. Det endrer også betydning av det en tidligere trodde på. Det forrykker grunnlaget for tillit, som igjen må opparbeides, og som ikke springer ut av naturlige fellesskap som naboskap og lokalsamfunn.

Fra at enkeltmennesket hadde et lokalt ankerfeste, må det nå forholde seg til hele verden. I det moderne samfunn overtar nasjonale standarder for lokale, og kunnskap erstatter tro. Tradisjonelle og nedarvede privilegier blir forkastet, og dyktighet blir belønnet. Mennesket settes på denne måten i sentrum. Folk handler mye mer på det individuelle plan. De forholder seg som enkeltmennesker til en større global enhet. Det betyr samtidig at hvor en bor ikke blir så viktig lenger. Men, sier Løchen (1994), på samme tid som det moderne samfunnet opphøyer mennesket til overordnet subjekt, ser det merkelig nok også ut til at det samtidig fremmedgjør enkeltmennesket. Mennesker blir underordnet upersonlige strukturer. De føler seg hjelpeløse i forhold til verden som omgir dem. Den moderne verden gir muligheter og risiko som er vanskelig for enkeltindividet å forholde seg til.

Den moderne verden setter enkeltindividet foran et utall av valg. Ikke minst gjelder dette valg av livsstil. Dagens åpenhet i sosialt liv og de mange muligheter til valg av aktiviteter er noe folk må forholde seg til. Når det gjelder helseatferd må ikke bare folk forholde seg til eksperter, men de må forholde seg til ulike ekspertsystemer som skolemedisin og alternativ medisin. Skepsis til skolemedisinen kan eksistere samtidig med en selvsagt tillit til alternativ medisin. At folk kan velge betyr samtidig at de i stor grad kan planlegge egen livsstil. Dette gjelder også å ta vare på kroppen i forhold til hvordan kroppen skal se ut. Giddens (1991:102) sier: "We become responsible for the design of our bodies."⁸⁰

Å planlegge betyr at en tror en selv kan bestemme over egen helse. Å bestemme over egen helse betyr at en kan kontrollere fremtiden. Å leve i det moderne samfunnet er å kolonisere fremtiden, sier Giddens (1991). Fremtiden er ukjent og skilt fra fortiden, fremtiden blir et nytt terreng, et territorium for uante muligheter. En ønsker derfor å temme fremtiden, å legge den under seg. Å minimere risiko for sykdom er en måte å kontrollere fremtiden på. Å minimere risiko er som tidligere nevnt et trekk ved det moderne samfunnet. Giddens (1991) mener at det er vanskelig å unngå å tenke i forhold til risiko i dagens samfunn, fordi folk blir konfrontert med risikotankegangen i svært mange situasjoner.

Som en følge av den moderne levemåten, er ikke folk avhengige av hverandre på samme måte som før. Det sosiale fellesskapet går i oppløsning. Løchen (1994) låner ordet forvitring fra geologien for å beskrive en oppløsningstenstendens i samfunnet der solidariteten og lojaliteten til felles målsetninger brytes ned. Menneskene har mindre felles å samle seg om og er opptatt av å fremme egennyttige krav. Han mener at forvitring av det sosiale fellesskap er et trekk

⁸⁰Er en ikke fornøyd med det en selv kan gjøre, kan en få hjelp av ulike eksperter. Et marked som er i sterk vekst spesielt i USA er å få hjelp av medisinen til å designe kroppen sin som en vil den skal se ut. Glassner (1995) sier at i USA utføres det årlig 600 000 operasjoner som bare har til hensikt å få folk til å se yngre eller vakrere ut. Dette tar en stor del av helseressursene. 40% av kirurgene som er medlem av the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, bruker omtrent all tiden på skjønnhetsbehandling. Glassner (1995:179) sier at "Rarely if ever do they perform reconstructiv plastic surgery." Han viser også hvordan moten bestemmer hva disse arbeider med. Under et intervju tar en plastisk kirurg fram et eksemplar av magasinet Playboy, og sier: "The Saks Fifth Avenue catalogue of our profession,.. If you want to know which breast shape is stylish this year, just open up and look" (Glassner 1995:174). Selv om dette er et interessant felt, vil det ikke bli nærmere diskutert her, fordi mine data ikke omhandler dette.

ved det moderne samfunnet.

Et annet trekk ved det moderne samfunnet er at det produseres generell og abstrakt kunnskap som kan anvendes uavhengig av tid og sted. Den er kritisk, til egne forutsetninger, produkter og konklusjoner. Kunnskapen er vitenskapelig, som i sitt utgangspunkt er kritisk og åpen for motforestillinger. Av dette følger at kunnskapen hele tiden er i utvikling og i endring. Spesialisering er nøkkelen til denne kunnskapen. Et av modernitetens trekk er at det er vokst fram eksperter som forvalter sine små deler av denne kunnskapen. Med forrang som eksperter kommer de tidlig inn i livet til folk og inn i deler av livet og på områder som i det tradisjonelle samfunnet er en del av hverdagskunnskapen. Giddens (1991:22) sier at ekspertene fører til "deskilling of daily activities". Han viser blant annet til hvordan ekspertene kommer inn i den tidlige sosialiseringen av barna som barneleger, førskolelærere og lignende. Dette erstatter den kunnskapsoverføringen som tidligere var mellom generasjonene. Lasch (1977) diskuterer denne profesjonaliseringen av barneomsorgen. Han mener at den er med på å skape avhengighet av ekspertene og fremmedgjøre foreldre i forhold til foreldrerollen.

Giddens (1994) viser ved å kontrastere vårt samfunn til det tradisjonelle samfunnet at det er en del trekk ved dagens samfunn som kan forklare at ekspertene har en så sterk posisjon. Det blir forklart ved den nevnte ulikheten i kunnskapsproduksjonen. Han sier at tradisjon har sammenheng med kontroll av tid. Fortiden brukes til å ordne fremtiden. Kjennetegnet på tradisjon er nettopp gjentakelse. Han bruker begrepet "kollektivt minne" for å beskrive den aktive sosiale prosessen som fortolker nåtid i forhold til fortid. Tradisjon medfører ritualer. Og tradisjon er repetisjon. Repetisjon er en måte å forbli i den verden vi kjenner, for derved å unngå en fremmed levemåte.

I det tradisjonelle samfunnet er det ofte de eldre som er "guardians of tradition", tradisjonens voktere. Disse kan oppfattes som tilsvarende eksperter i det moderne samfunnet. Forskjellen er imidlertid at vokterne ikke er eksperter. De fortolker tradisjonene, og de hemmelige kunnskapene de har adgang til er for det meste ikke kommuniserbar til utenverdenen. Status i samfunnet i stedet for kompetanse er det som karakteriserer vokterne. De forvaltet en generell visdom.

Kunnskapen som forvaltes av ekspertene i dagens samfunn, kan se mystisk ut for legmenn, men poenget er at hvem som helst kan i prinsippet skaffe seg den. Spesialisering betyr igjen at eksperter er spesialister på et område og lekmann på et annet. Samtidig er kunnskapen løsrevet fra den lokale konteksten. Den er i utgangspunktet kritisk og åpen for motforestillinger, og er hele tiden utsatt for endringer. Det er ikke slik at "the sureties of tradition and habit have been replaced by the certitude of rational knowledge" (Giddens 1991:2-3). Det er heller slik at tvilen er et viktig trekk. Williams og Calnan (1996:1612) formulerer det slik: ".. modernity institutionalizes the principle of radical doubt by insisting that all knowledge is tentative and corrigible, taking the form of hypotheses." Denne kjernen av tvil er det i all den kunnskapen ekspertene forvalter.

Kjenner en igjen Nordfjord og Finnfjord i disse trekkene ved det moderne samfunnet? Kan trekk ved det moderne samfunnet sees i sammenheng med medikaliseringen vi har sett i disse bygdene?

Data fra Nordfjord er egnet til å se på hvordan medikaliseringen har skjedd. Ved mitt første feltarbeid var bygda kjennetegnet av en del av de trekk som også går igjen i et tradisjonelt samfunn der folk i stor grad forholdt seg til det lokale fellesskapet. Folk var avhengige av hverandre for å få samfunnet til å gå. De var i sine tradisjonelle roller. Livet i dagens Nordfjord er preget av et mer moderne liv, der folk må forholde seg til en større verden enn den tidligere avgrensede bygda.

I dag meiner folk at det ikke er noe spesielt med det å bo i Nordfjord, og at de bruker hverandre mindre fordi de ikke er avhengig av hverandre lenger. Vi ser også at de naturlige møteplassene er borte, fordi aktiviteter arrangeres annerledes, og fordi folk ikke har tid til å møtes lenger. Løchen (1990) ville nok kalle dette en forvitring av fellesskapet i bygda.

I Nordfjord kan vi se at forvitringen er skjedd som en følge av en mer moderne levemåte som har ført til at folk er mindre avhengige av hverandre. Som folk i bygda selv sier, så kan de bo der uten å ha kontakt med andre i bygda. De har sin jobb, sin bil og eget TV. De trenger ikke de andre til noen av dagens gjøremål. Dette er en stor kontrast til samfunnet slik det var for bare et tiår tidligere. Da var de avhengige av andre for å skaffe seg matvarer, sette opp

båten, få mat til dyra og få diagnostisert sykdom. Ikke minst måtte de møte andre for daglige gjøremål som å hente post, eller ta en telefon. Uansett årsak til kontakt, så møttes folk og kunne utveksle informasjon. I dag er en del av grunnlaget for fellesskap borte, og en mer individualisert livsstil er resultatet. En stor del av det kvinnenettverket som var tidligere, kan som nevnt forklares ut i fra avhengighet av hverandre. Når avhengigheten forsvant, forsvant også mye av grunnlaget for nettverket - og dermed forsvant også en viktig arena for forvaltning av sykdom. Her må det igjen presiseres at denne prosessen sannsynligvis er en kombinasjon av flere ting. Nettverket og den kunnskapen som var i det gamle samfunnet, er heller ikke tilpasset de krav som settes til medisinsk kunnskap, slik folk opplever det i dagens Nordfjord.

Selv om nettverket er blitt svekket, så finnes det fortsatt rådføring i bygda. Spesielt ser en det mellom nære slektninger. Samtidig er denne rådføringen ikke så viktig som hjelp til avklaring av symptomer. Fordi folk stoler lite på sin egen kunnskap, fører det til at en slik rådføring i mange tilfeller ikke er en reell rådføring i forhold til å avklare symptomer, men fungerer som en ekstra påminnelse om å overlate problemet til legen.

At Nordfjord gradvis er "blitt med" i den moderne verden, har muliggjort andre typer tilpasninger, som igjen har ført til en ytterligere forvitring av det lokale fellesskapet. Veien har ført til at kvinnene har tatt sertifikat, som igjen har ført til lønna arbeid for dem. Dette har igjen resultert i at de er mindre til stede i lokalsamfunnet. Kvinners lønnsarbeid førte også feks. til at barna deres begynte i barnehage. Mye av den daglige oppdragelsen av barna ble flytta ut av samfunnet. I dag er oppdragelsen mer et samspill mellom foreldrene og barnehagepersonell - og en annen arena for utveksling av kunnskap mellom generasjonene er blitt mindre viktig.

Disse endringene i lokalsamfunnet har skjedd samtidig som medisinen har ekspandert, og "nye" sykdommer er satt på dagsorden. Disse endringene er altså skjedd i takt med at kvinnenettverket har fått mindre betydning. Mens kjønnsrollene er blitt noe endret, er det fortsatt kvinnenes hovedansvar å ta vare på familien. Dette gjelder også deres helse. Det betyr samtidig at det er kvinnenes standarder for helseomsorg som er gjeldende i familien. Dette har skjedd i en tid der kvinnene har tatt inn over seg de moderne standarder for helseomsorg.

Som enkeltpersoner står kvinnene i Nordfjord alene, og må foreta beslutninger i forhold til den informasjonen som kommer fra det medisinske ekspertsystem. Det moderne samfunnets større vekt på risiko og enkeltmenneskets ansvar for egen risiko fører til at kvinnene gjør som kvinnene alltid har gjort, de tar ansvar og utvider sitt domene. Samtidig må de også gi opp noe. Uten et nettverk og tradisjonell kunnskap som filteringsmekanisme for symptomer, blir det større usikkerhet om hva sykdom er, og de konfronterer lege som ekspert med disse.

Sammenligner vi Nordfjord med tidligere, ser vi at legen som ekspert på sykdom er mer fremtredende. Ved første feltarbeid var folk mer opptatt av hvem legen var, om de likte han som person. Dette var med på å skape et bilde av hvordan den "gode" legen er. De "visste" mye om legen før de eventuelt selv tok kontakt. I dagens Nordfjord har folk fått mer kontakt med legen, de oppsøker han oftere, samtidig som de vet mindre om han som person. På samme tid har ikke legens autoritet blitt svekket i forhold til å stille diagnose og behandle. Folk meiner fortsatt at legen "veit best". En kan her stille spørsmål om hvorfor det er en avtagende interesse for legen som person uten at legens autoritet er blitt svekket.

Går vi tilbake til Giddens (1991) analyse av det moderne samfunnet, har ekspertene en fremtredende rolle. Han sier at et trekk ved moderne samfunn er at tilliten til ekspertene er en basis for det moderne samfunnet. Vårt liv er sekvensert og oppdelt, og ekspertene har vår tillit fordi de innehar kunnskap om de ulike sekvenser vårt moderne liv er oppdelt i. Sett i forhold til Giddens (1991) vil mine funn om folks forhold til legen gi en mening. Det "gamle" Nordfjord var på mange måter et tradisjonelt samfunn, der folk ikke levde et moderne, oppdelt liv. Legen hadde også en viktig posisjon i dette samfunnet, som autoritetsperson og som medlem av legestanden. I det moderne Nordfjord har legen autoritet både som lege med høy sosial status, og som ekspert. Det ser ut som ekspertrollen, og den kunnskapen det medfører, er overordnet i dette samfunnet. Av denne grunn kan vi tenke at folk ikke bryr seg om hvordan legen er som person. I det moderne Nordfjord brukes legen som ekspert. Det er bare hans kvalifikasjoner som ekspert som etterspørres. Da blir de personlige karaktertrekk ved legen av mindre interesse for folk.

Samtidig prøver kvinnene å følge helsevesenets standard for det forebyggende arbeidet i familien. Her er legens ekspertrolle heller ikke betvilt. Dette fører til en medikalisering, som

de selv støtter opp om, og et større forbruk av helsevesenet.

Selv om ekspertene er leger, og medisinen har en spesiell posisjon, kan vi også se det at folk overlater til legene mye av den helsetjenesten de selv forvaltet tidligere, som et uttrykk for at folk har gått over fra "selvbergingsprinsippet" til kjøp av helsetjenester fra eksperter på et marked. Dette kan sammenlignes med en generell trend i bygda som en del av folks tilpasning til det moderne samfunnet. Her kan kjøp av helsetjenester sees i forhold til at folk nå går til frisør i stedet for å få nabokona til å stelle håret. De har også anskaffet bil som må kontrolleres av fagfolk. De har avviklet sine gårdsbruk, og kjøper nå disse produktene på et marked. Selv om vi kan se bruk av helsetjenester som tilpasning til et marked, viser mine data at helse som verdi er overordnet andre produkter som kan kjøpes. Det er derfor flere trekk som virker sammen. Verdien helse er overordnet andre verdier. Folk har en generell sterk tiltro til eksperter. Legen som ekspert på helse blir en kobling av to viktige verdier. I tillegg ser vi som en generell trend i bygda en større markedstilpasning. På denne måten er ikke helse helt sammenlignbar med deres generelle tilpasning til en markedsøkonomi. Samtidig er overgang fra å gjøre ting selv til å få kjøpt dem på et marked en tilpasning som støtter opp om en profesjonalisering av helseomsorg.

Når det gjelder Finnfjord, har mine data ikke gitt en slik mulighet for å undersøke tilpasning på ulike tidspunkt. Men vi ser at det er store likheter mellom Nordfjord II og Finnfjord i kvinnenes måte å forvalte helse på og tenke omkring helse på. Vi ser at de har samme tiltro til legenes kunnskap, og samme fokusering på verdien helse, og en medikalisering av deres liv. Mens Nordfjord kunne studeres i forhold til det moderne samfunnets utvikling, kan vi studere folk i Finnfjord på et bestemt tidspunkt. Risikofamiliene i Finnfjord lever også i et moderne samfunn i forhold til å ta risiko på alvor. Ikke minst har folk i Finnfjord i større grad enn folk i Nordfjord fått muligheter til å ta ansvar for og kontrollere risiko. Vi veit ikke om disse kvinnene har et sosialt nettverk som de kan benytte til å sortere symptomer. Men slik risiko fremtrer er det et av de tilfeller der det er vanskelig å bruke et eventuelt nettverk, fordi den kunnskapen er vanskelig å forvalte så lenge risiko ikke er knyttet til symptomer. På mange måter er et nettverk overflødig i forhold til denne type problemer. Nettverket kan ikke benyttes til å sortere symptomer. Kunnskapen skifter også fort. Det blir derfor slik at det å være i risiko for sykdom er et direkte forhold mellom enkeltmennesket og den informasjon

som er tilgjengelig. Dette fører til økt kontakt med helsevesenet.

Nordfjord og Finnfjord er altså blitt en del av det moderne samfunn. Tilpasning til det moderne samfunnet kan altså langt på vei forklare deres forhold til helse og sykdom. Folk i begge bygdene forholder seg til et stadig utvidet helsetilbud ved å benytte helsevesenet - fordi deres levemåte forøvrig legger til rette for det. I begge bygdene så vi at tiltroen til legen som ekspert er svært stor. I Finnfjord er det vanskelig å si det om annet enn når det gjelder risiko. I Nordfjord ser vi at det gjelder helseproblemer generelt. Dette står i motsetning til det som ble nevnt innledningsvis om at andre studier viser at medisinen opplever en tillitskrise (Watkins 1987, Calnan 1988). Ikke minst ser en at folk er mer opptatt av egen helse og vil ha en større bestemmelse over hva som skjer i forhold til egen kropp (Lupton og Chapman 1995). En mulig forklaring på at folk i Nordfjord ikke opplever en slik tillitskrise er at bygda kanskje er i en tidligere fase av modernitet enn det de nevnte undersøkelsene viser. Vi må her huske på at overgangen til deltagelse i det moderne samfunnet har foregått raskere i denne bygda enn i mange andre samfunn. Folk i Nordfjord er fortsatt i en fase der de forundrer seg over hva den moderne medisinen er i stand til å utrette. For dem er helsevesenets symbolfunksjon sett i forhold til det å "være med" i det moderne samfunnet, av stor betydning. Et eventuelt kritisk syn er noe som muligens kommer etterhvert som de blir vant til å leve i den moderne verden.

Folk i Finnfjord viser også sterk tillit til medisinen. Data fra denne bygda er fokusert på forebygging av hjerte-karsykdom. Tillit til medisinen når det gjelder et område, er ikke nødvendigvis tegn på full tillit til medisinen. Samtidig viser data at folk i Finnfjord ikke tenker alternativer. De følger legens ordre. Det skulle tyde på sterk oppslutning. Finnfjord er også ei utkantbygd som har slitt med mange av de samme problemer som Nordfjord, som feks. ustabilitet i legedekning. Derfor er et moderne, tilgjengelig helsevesen heller ikke en selvfølge i denne bygda. Det kan vi se ved at også folk i Finnfjord er opptatt av helsevesen som fremskritt.

Folk i begge bygdene er glade og fornøyde over å få adgang til helsevesenet. Oppslutningen om helsevesenet er meget stor. De problematiserer ikke helsevesenets rolle, selv i de tilfeller de synes hensynet til helsa setter store krav til dem. I Finnfjord ble det å være i risiko for

sykdom sett som et helseproblem. De problemer de hadde med å følge "legens ordre" ble sett på som et resultat av at de hadde et helseproblem. Disse problemene ble feks. sjelden knyttet til egen nytteverdi av å bli utplukket. Risikorolle ble ikke sett som noe en kunne velge. Lignende trekk ser en i Nordfjord, der kvinnene ikke problematiserte om de skal satse på mannens helse. Heller ikke var deres økende legesøking et problem, legen var der for å brukes.

Dette fører til at de selv er med på å skape en medikalisering av sitt dagligliv. I mange henseender kan vi si at de etterspør og ønsker en slik utvikling. Medikalisering som et eventuelt problem synes ikke å være erkjent av folk i Nordfjord og Finnfjord.

Medikalisering som moderne levemåte: Risikotankegangen

Utgangspunktet for denne avhandlingen var medikalisering. Min oppgave har vært å beskrive medikaliseringprosessen sett med vanligs folks øyne. Hvordan opplever folk medikalisering i sitt dagligliv? Selv om beskrivelsen har vært hovedmålsetningen, har jeg også vært opptatt av å finne drivkreftene bak medikaliseringprosessen.

Data fra Nordfjord og Finnfjord omhandler ulike sider ved folks forhold til helse og sykdom. Ved å se på folks tilpasning, har jeg funnet fellestrekk mellom datasettene. Disse fellestrekkene gir en større innsikt i hvordan medisinen får innflytelse i folks liv:

- Medikalisering er en prosess som griper om seg. Den virker inn på hverdagslivet til folk, og har konsekvenser for forholdet mellom mennesker, deres roller og rolleutforminger.
- Medikaliseringen vi ser av folks hverdagsliv er basert på at de har en sterk tiltro til helsevesenet, kombinert med at kvinnene og en del av mennene i begge samfunnene er villige til å sette verdien helse foran andre verdier.
- Medikalisering av hverdagslivet som er studert i denne avhandlingen er først og fremst medikalisering av matvaner, noe som igjen medvirker til medikalisering av kvinners ansvarsområde, der deres rolle som helsearbeidere blir fremtredende.
- Medikalisering fører også til at den folkelige sektoren blir svekket. Et annet trekk er at medikalisering setter nye krav til menneskene, samtidig som de blir mer usikre på seg selv. Til tross for dette ser de medikalisering som fremskritt.
- Drivkreftene bak medikaliseringen er en kombinasjon av ytre krav og indre trekk ved medisinen. Medikalisering skjer ikke bare fordi ei bygd får veiforbindelse med utenverdenen, eller en imperialistisk medisin presser på. Medikalisering skjer fordi omgivelsene legger til rette for det.

I avhandlingen har jeg knyttet begrepene kolonisering og invasjon til medikaliseringsbegrepet. Uansett i hvilken form innflytelsen fra medisinen har vært, har folk sluttet opp om medisinen og dets verdisyn. Ikke overraskende så jeg at medikaliseringen av livet til folk var sterkest der den fikk form av invasjon. Begrepet invasjon var dekkende for den innflytelsen medisinen fikk i forbindelse med å forebygge hjerte-karsykdom. I Nordfjord fikk medisinen innflytelse

gjennom at folk fikk mindre tiltro til egen dømmekraft, de ble mer og mer opptatte av å følge medisinenes råd. Levemåte i dette samfunnet la til rette for medisinsk innflytelse. Medikaliseringen "bare skjedde" som en kolonisering.

Medikalisering som invasjon - risiko for sykdom

Jeg startet dette prosjektet med en undring over hva det betyr å være i risiko for sykdom. Data viste at det å være i risiko var en spesiell situasjon preget av stor usikkerhet. De kunne ikke bruke sin erfarte kunnskap om sykdom fordi det å være i risiko ikke var basert på symptomer. Uten illness å forholde seg til ble risiko en usynlig fiende de måtte leve med, og den folkelige helsesektoren er på mange måter overflødiggjort i forbindelse med risiko for sykdom. Fordi de selv ikke kunne kjenne symptomer, måtte de stole på helsevesenet. Når folk fikk vite at de var i risiko for å få sykdom, var det ingen vei tilbake. De måtte gå med på medisinsk innblanding på store deler av livet sitt. Alternativet til risikollen var alvorlig sykdom eller død. Fortolket i deres dagligliv ble ikke risiko for sykdom en kalkulerbar risiko. Den ble sett som et forstadium til sykdom som gjaldt deres liv. Overgangen til sykdom kunne med medisinenes hjelp kontrolleres av dem selv. De så derfor ikke på den overgivelsen til medisinen som dette medførte som en egentlig overgivelse. Det ble i stedet sett som et samarbeid med en alliansepartner som kjempet mot en felles fiende, sykdom og død. Folk kom inn i en sterk avhengighet til helsevesenet, og de følte en sterk taknemlighet fordi helsevesenet fanget dem opp. De oppfattet at de var i en livslang risikollen, selv i de tilfeller der helsevesenet ikke kunne påvise forhøyet risiko. Som resultat fikk de en livslang medikalisering av deler av livet sitt, og en livslang avhengighet av medisinen. Ektefellen, det vil si kona, støtter opp om denne avhengigheten av medisinen, og legger til rette for at mannen skal være i risikollen. Medikalisering knyttet til risiko for sykdom er i stor grad medisinskapt. Jeg brukte medikalisering som invasjon fra helsevesenet som et bilde på denne medikaliseringen. Den er initiert av medisinen selv, men støttet opp av folk selv ved at de underlegger seg de verdier denne risikollen er eksponent for.

Medikalisering som kolonisering - forvaltning av helse og sykdom over tid

I Nordfjord har jeg studert folks forhold til helse og sykdom. Her har jeg ikke bare studert folk forhold til usynlige helseproblemer, som i Finnøyfjord, men også deres forhold til opplevde symptomer. Vi ser at i denne bygda er medisinen mer involvert i deres illness,

samtidig som de er blitt mer opptatt av usynlige, mulige sykdommer. Dette er en annen form for medikalisering enn den medikaliseringen som vi kan se ved risiko for sykdom. Vi skulle derfor anta at folk i dette samfunnet er mer i stand til å påvirke medikaliseringprosessen. Til en viss grad er de nok det, men et viktig funn her er at folk ser medikalisering som et gode. Medikalisering er for dem fremskritt. Samtidig som vi ser at folks muligheter til å sortere mellom ulike former for illness er begrenset, fordi nettverket mellom menneskene er i forvitring. De er derfor aleine i denne prosessen, hvor sykdomsbegrepet er blitt mer uklart, og hvor deres sykdomsforståelse også inkluderer forebygging av sykdom. Denne form for medikalisering kommer som følge av større tilgjengelighet av leger, helseisme samt forvitring av det sosiale liv. Den folkelige sektoren har krympet i tiden mellom de to feltarbeidene. Dette er ikke bare fordi den er delvis overflødiggjort når det gjelder risiko for sykdom, men fordi deres levemåte ikke tilrettelegger for opprettholdelse av denne. Den medikaliseringen vi har sett i dette samfunnet er ikke først og fremst drevet fram av medisinen. Veiforbindelse med utenverdenen tilrettela for en moderne levemåte, som igjen har tilrettelagt for medikalisering. Medikalisering er i stor grad drevet fram av den moderne levemåten, mens den moderne medisinen fyller et behov som nettverket tok seg av tidligere. Samtidig hjelper den moderne medisinen folks usikkerhet i forhold til noen av de tjenestene som et nettverk ikke kan hjelpe med, ved å avklare "usynlige" sykdommer og risiko for sykdom. Til forskjell fra i Finnfjord har ikke den moderne medisinen invadert livet deres. Medisinen har hatt et tilbud som folk har benyttet fordi den forfekter verdier som er viktige for dem.

Det sistnevnte er viktig. Vi ser at i Nordfjord er deres tanker om sykdom etterhvert også dreid mer i retning av å tenke forebygging, fordi de ser på verdien av helse som svært viktig. Når de tenker forebygging, tenker de ikke bare på "usynlige" sykdommer, der sykdommer er på et så tidlig stadium at det bare er medisinske funn, disease, men at forebygging også betyr å være klar over hvilke sykdommer de har forhøyet risiko for å få. Deres opptatthet av helse og sykdom er sterkt rettet mot å håndtere usikkerhet. Dette er kvinnes ansvar. Deres helseforvaltning er derfor ikke så forskjellig fra det vi ser i Finnfjord. Deres medikalisering er blitt til som en følge av den moderne levemåten, samtidig som medikalisering som risiko i vid betydning også er et resultat av den moderne levemåten. Medisinen hjelper dem med å håndtere den individualisering av problem som følger av å leve et moderne liv. Medikalisering som en prosess beveger seg i dette samfunnet i retning av å tenke mer på

risiko for sykdom enn de tidligere gjorde. Medisinen hadde i Finnfjord en "ønsket" invasjon i livet til fra folk, mens i Nordfjord er tendensen at medikaliseringen i form av å tenke risiko er et område som folk har gitt større oppmerksomhet. Som en del av den moderne levemåten, er begge disse samfunnene blitt medikalisert i form av å tenke risiko for sykdom.

Hvis vi med utgangspunkt i disse to samfunnene skal oppsummere medikaliseringen som en prosess, hva har denne avhandlingen lært oss?

Medikaliseringen kan i disse to samfunnene knyttes til opplevd utvidelse i sykdomspanorama, fra sykdom (i Nordfjord I) til frykt for usynlig sykdom og risiko for sykdom, (hjerte-kar og kreft) i Nordfjord II og Finnfjord. Denne endringen i sykdomspanorama fører til mer usikkerhet i hva sykdom er. Medikalisering i form av helse som overordnet andre verdier, blir også en viktig innfallsvinkel for å forstå de tilpasninger til helse og sykdom vi har sett i Nordfjord og Finnfjord. I begge samfunnene kan vi se at endring i opplevd sykdomspanorama og helseisme fører til at den moderne medisinen eter seg inn på andre livsområder. En premisse for en slik medikalisering er at kvinnene fortsatt er ansvarlig for forvaltning av helse og sykdom. Dette resulterer i at kvinnenes oppgaver blir utvidet. Det sosiale nettverks endrede betydning samt den økte sosiale uavhengighet som preger moderne aktører, er med på å forsterke den usikkerheten det moderne sykdomspanorama medfører for kvinnene. Den direkte kontakten med helsevesenet og dets informasjon blir en direkte konsekvens. Helsevesenet med dets eksperter overtar for nettverket, og i et ønske om å kontrollere sykdom og død disiplinere folk sitt kosthold og sine levevaner inn under medisineres kontrollregime.

Del V: KONSEKVENSER AV MINE FUNN.

De medisinske sektorene

Til slutt i denne avhandlingen vil jeg diskutere mulige konsekvenser av mine funn. Først og fremst kan en spørre om medikalisering er et problem, så lenge folk selv ser medikalisering som et fremskritt. Representerer en større avhengighet av helsevesenet et problem for folk? Her må vi se på hvordan dette slår ut i forhold til folks hverdagsliv. Data har vist at i tråd med Kleinman (1980), finnes det en folkelig medisinsk sektor.⁸¹ Denne sektoren er forvaltet av kvinnene. Medikalisering av dagliglivet til folk har hatt konsekvenser for denne sektoren. Mine funn viser at den folkelige medisinske sektor etterhvert er blitt "tappet" for funksjoner. Dette blir forklart med at den moderne medisinen overflødiggjør deler av den folkelige sektoren, samtidig som den moderne levemåten ikke tilrettelegger for vedlikehold av nettverksbygging. Ekspertene blir heller mer tilgjengelige, noe som betyr at det har vært en utvidelse av den skolemedisinske sektor på bekostning av den folkelige sektor.

Avhandlingen viser også at sektoren har fått tilført nye oppgaver, som først og fremst kvinnene tar seg av. For det første er sykdomsbegrepet blitt utvidet til å gjelde flere tilstander. Som enkeltindivider har kvinnene også fått tilført en utvidelse av sin oppgave med å forebygge sykdom. Jeg har i min avhandling særlig fokusert på kvinnens rolle i forebygging av mannens sykdom. Dette betyr en utvidelse av den folkelige medisinske sektoren. Denne utvidelsen går ikke på bekostning av andre medisinske sektorer, men på andre områder av livet. Det vil si at de fortolker nye områder i en medisinsk kontekst. Som mine data viser, oppleves det ikke som et problem å gi fra seg oppgaver til medisinen. Det oppfattes som fremskritt, og folk synes det gir dem trygghet. Det er utvidelsen til å ta ansvar for å forebygge sykdom som oppleves som vanskelig. Denne utvidelsen er i stor grad kontrollert eller rettere

⁸¹I denne avhandlingen er Kleinmans (1980) 3. sektor, den folkemedisinske sektoren, ikke diskutert. Det kommer av at jeg ikke har data som skulle tilsi at den er viktig i de samfunnene jeg har studert. Som nevnt i Del I (s. 10), viser annen forskning at folkemedisinen benyttes, men da ofte som et supplement til skolemedisinen (Larsen og Hurlen 1984, Alver og Selberg 1992). Forskningen viser også at folk søker ofte til denne sektoren for spesielle lidelser, og når skolemedisinen ikke kan tilby hjelp (Larsen og Hurlen 1984).

sagt i mange tilfeller evaluert⁸² av skolemedisinen, og den setter nye krav til kvinnene. Blant annet fører det til at folks oppfatninger og kunnskap om sykdom og helse endres, og at folk kan gjøre begrenset bruk av erfart kunnskap. Kjernen i dette er at den folkelige medisinske sektoren ser ut til å gå i retning av å bli mindre verdt som egen sektor. Den blir mer og mer underlagt og kontrollert av skolemedisinen.

I Finnfjord fungerer den folkelige sektoren i stor grad som en underordnet hjelpesektor til medisinen, der den prøver å sette medisinenes råd ut i livet. Den fungerer i stor grad på medisinenes premisser. I Nordfjord I fungerer den som en selvstendig sektor, som på enkelte områder overlapper medisinen. I Nordfjord II er denne sektoren krympet, hvor deler av den er overtatt av medisinen. En ikke fremmed tanke vil i denne sammenheng være at gitt at de tendensene en ser i denne bygda fortsetter, kan en tenke seg en enda større krymping av den folkelige sektoren, og en underleggelse av denne sektoren også i Nordfjord. En ting som skulle tale imot en slik underleggelse er at en del av deres forhold til medisinen er bestemt av illness. Imidlertid ser det ut til at folk ikke ser verdien av denne sektoren, fordi de synes det er tryggest å overlate til medisinen mest mulig av sine problemer. Derfor er den folkelige sektoren som selvstendig sektor krympende og delvis underlagt medisinen også i dette samfunnet.

De selvstendige, usikre menneskene

Når den folkelige sektoren krymper, hva betyr det for folk? Illich (1975) er opptatt av enkeltmennesket. Har han rett i at medisinen har tatt selvstendigheten fra menneskene i disse bygdene? Det kan ut ifra mine data se ut som at de krav som settes til forvaltning av helse i det moderne samfunnet har tatt mye av selvstendigheten fra menneskene. Medisinen tar over oppgaver, samtidig som forebyggende medisin opererer med et sykdomsbegrep som ikke bygger på folks erfaringer. Dette fører til mer usikkerhet blant folk. Usikkerheten fører til mer bekymring, som fører til at de etterspør flere kontroller. På denne måten forsterkes en medikaliseringstendens som allerede er der.

⁸²Her tenker jeg spesielt på de data som viser at folk oppfatter at legen gjennom jevnlige kontroller kan evaluere om de lever "riktig" eller ikke.

En kan spørre seg hvor lenge disse menneskene ser på medikalisering som et fremskritt. Når begynner denne usikkerheten å bli et problem? På det helsepolitiske plan blir den i stigende grad uttrykt som et problem. Veksten i helsevesenet oppfattes som et økonomisk problem. Det er vanskelig å finansiere et helsevesen der folk etterspør flere og flere tjenester. Det er enighet om at et sted må grensen gå. Nå lanseres det flere tiltak for å forsøke å sette grenser for helsevesenets virksomhet.

Et ferskt eksempel er en debatt som foregikk for en tid tilbake, der det ble diskutert gradert egenandel for legebesøk. Debatten gikk på at egenandelen for mer bagatellmessige problemer burde bli dyrest. Selv om det ikke endte i et forslag denne gangen, kan vi se dette i sammenheng med andre tiltak som diskuteres, og som forsøk på å styre strømmen av kontakt med helsevesenet. Tanken bak er at det skal bli for dyrt å søke lege for små problemer. Implisitt ligger en oppfatning om at folk bør og kan ordne opp i bagatellmessige problemer selv. Med utgangspunkt i mine data kan en imidlertid spørre om hvem som skal fortelle folk hva som er bagatellmessige problemer, når forholdet mellom mennesker selv i et tilsynelatende tett samfunn er forvitret? I Nordfjord finnes det feks. lite igjen av et nettverk hvor sykdomserfaring blir overført til andre. Folk står aleine og må ta standpunkt til den strøm av helseinformasjon de møter. Hvordan skal folk vite hva som er bagateller? Er det legens stilling som folkeopplyser som skal styrkes?

I denne forbindelse kan en spørre om det er slik at et tett nettverk virker beskyttende for medikalisering. Eller mer konkret, hvis nettverket mellom kvinnene var like tett i Nordfjord II som i Nordfjord I, ville vi da se en medikalisering av dette samfunnet? Dette er et hypotetisk spørsmål. Slik jeg tolker mine data, er risikotankegangen blitt innvevd i livet til folk i denne bygda. De krav som derav settes til kvinnene i dag er så annerledes enn det vi så i Nordfjord I, slik at dette er lite sannsynlig. Mine data viser nettopp en stor usikkerhet i forhold til disse kravene, samtidig som det vi ser av nettverk i bygda i dag virker medikaliserende. Paradokset som framtrer av dette er at slik helsevesenet er organisert, vil dets fokus på forebyggende kontroller nettopp tilrettelegge for en større avhengighet av helsevesenet, en avhengighet som vårt politiske system har problemer med å leve med.

Enkeltmenneskets mulighet til å velge helse settes som en viktig legitimeringsfaktor bak det

forebyggende helsevesenet. Her er det friheten til å velge som fremheves. Folk skal kunne velge helse om de ønsker det (Lupton 1995). Mitt materiale viser at folk ikke ser at de har en frihet til å velge det helsevesenet ser på som riktig helsemessig atferd. Tilliten til helsevesenet, fokusering på helse som verdi, og ikke minst det folk ser som alternativet til å følge legens råd, fører til at folk ikke står overfor reelle valg av levemåte.

Forebygging og dens konsekvenser for enkeltmennesket

Dette valget om å prioritere helse, eller folks opplevelse av mangel på valg, er interessant sett i forhold til den forebyggende medisinen. Som tidligere nevnt, har det de seinere årene vært stor vekst i befolkningsundersøkelser. Ny teknologi gir mulighet for å gjennomføre befolkningsundersøkelser på flere områder. Når helsevesenet skal planlegge for fremtiden, bør funn fra denne avhandlingen få konsekvenser for hvilken vei som skal velges i det forebyggende helsearbeidet, iallfall når det gjelder forebygging av hjert-karsykdommer. Valget av høyrisikostrategi for å fremme helsen i befolkningen ser ut til å ha sine kostnader. Å være i risiko for sykdom virker ekstra medikaliserende. Folk oppfatter ikke at de kan velge om de skal medikalisere dagliglivet sitt, og om de skal gå inn i en risikorolle.

Jeg innehar ikke medisinsk kompetanse, og kan derfor ikke vurdere gevinsten av en slik høyrisikostrategi. Imidlertid er det gjort beregninger for ulike strategier i dette arbeidet. Taylor et al. (1987) meiner det er lite å hente i form av et forlenget liv. De har beregnet at når det gjelder de som er i aldersgruppen 20-60 år, og som er i lav risiko⁸³ for å utvikle hjertekarsykdom, vil et livsvarig program for kolesterolreduksjon føre til at de forlenger livet fra 3 dager til 3 måneder. For de i høy risiko er det fra 18 dager til 12 måneder.

Holme (1990) viser derimot at reduksjon i kolesterolnivået er effektivt for å redusere dødeligheten av hjertekarsykdommer. Han har beregnet at reduksjonen må være på minst 8-9% før det blir en reduksjon i totaldødeligheten. Jakobsen (1991) setter høyrisikostrategi opp mot massestrategi i forebygging av infarkter. Han har beregnet mulig helsegevinst av kolesterolreduksjon for menn i aldersgruppen 40-49 år. Hans beregning tar utgangspunkt i et

⁸³Risikonivå er beregnet utifra blodtrykk, røykevaner og kolesterol.

kolesterolnivå i normalbefolkningen med fordeling lik den som var i en hjerte-kar undersøkelse som var i Tromsø kommune 1986-87, der 56% hadde over 6 mmol/l. I ei befolkningsgruppe på 100 000, kan vi forvente 4 200 infarkter i løpet av de nærmeste 10 år. I den gruppen som har et kolesterolnivå over 8 mmol/l, 8 000 personer, kan vi forvente ca. 970 infarkter (12% får infarkt). Hvis alle disse reduserer sitt kolesterolnivå med 1 mmol/l, vil det bli ca. 350 færre infarkter. Resultatet ville bli det samme, ca. 400 færre infarkter, om alle 100 000 hadde redusert sitt kolesterolnivå med 0,2 mmol/l ved hjelp av kostholdsendringer, noe Jakobsen (1991) anser som mulig.

Atrens (1994), derimot, er mer usikker i sin konklusjonen. Etter å ha gjennomgått en del av seinere års forskning, sier hun at forskning viser en svært tvilsom sammenheng mellom fettinntak, kolesterolreduksjon og hjerte-karsykdommer.

En større undersøkelse av adventister fra vårt eget land (Fønnebø 1992), viser at denne gruppen har mindre forekomst av hjerte-karsykdommer og kreft. Dette blir forklart med deres mer sunne livsstil, der det fokuseres på kostholdet som den viktigste faktoren. Helsegevinsten gjelder imidlertid bare dem som er oppdratt som adventister. Folk som har blitt medlem av denne gruppen i voksen alder, viser omtrent samme sykdomsmønster som resten av befolkningen. Dette får forfatteren til å stille spørsmålsteget ved effekten av livsstilsendringer i voksen alder.

Den sterke fokusering på kosthold må også sees i forhold til betydning av andre faktorer for utvikling av hjerte-karsykdommer. Her kan det feks. vises til at to ferske undersøkelser viser uavhengig av hverandre at en spesiell bakterie har betydning for utviklingen av hjerte-karsykdommer (Gupta et al. 1997, Gurfinkel et al. 1997). Ånestad et al. (1997) antyder utifra disse studiene at antibiotikabruken i befolkningen kan ha betydning for forekomst av hjerte-karsykdommer.

Slike undersøkelser viser at gevinsten for den enkelte ikke trenger å være så stor, om noen, i form av å unngå sykdom eller å vinne leveår. Ville folk vært opptatt av å foreta slike endringer hvis de hadde forstått risiko slik? Neppe, men mine data viser at folk ikke tenker i statistikk. For dem er risiko et forstadium til sykdom, som kan unngås ved endringer av

levemåte. På denne måten fører fokusering på risikogrupper til at svært mange medikaliserer livet sitt "unødig" i den forstand at de allikevel ikke ville fått hjerte-karsykdom. Dette blir ytterligere problematisert når vi ser at denne medikaliseringen ikke bare har konsekvenser for den personen som har forhøyet risiko, men setter nye krav til ektefellen. En kan her spørre seg hvor stor forhøyet risiko en person må ha for at det skal være verdt den medikaliseringen denne form for risikostempling fører med seg.

Når det gjelder folk som har lav risiko for å få hjerte-karsykdom sier Taylor et al. (1987:610): " Although there are undoubtedly persons who would choose to participate in a lifelong regimen of dietary change to achieve results of this magnitude, we suspect that some might not." Selv om ikke folk i Nordfjord har kjennskap til hvor lite det er å hente ved kostholdsending for lavrisikogruppene, viser mine data at folk der, eller rettere sagt kvinnene der, er villige til å gjøre store endringer.

Den livslange risikollen

Som nevnt i prologen, var grunnlaget for å skrive denne avhandlingen i den formen den har fått, at folk i Nordfjord og Finnfjord på mange områder ligner hverandre i måten de fortolker helse og sykdom i sitt dagligliv på. I Finnfjord så vi at folk som var i risiko hadde en egen rolle som det ble satt krav og forventninger til. Denne posisjonen fikk betegnelsen risikollen. Rollen ble jevnlig forsterket av medisinen og omgivelsene, det vil si kona. Risikollen i Finnfjord ble båret av kvinnene, som samarbeidet med medisinen for å få mennene til å være i en slik rolle. Denne rollen kom som et resultat av medisinsk invasjon som det var vanskelig å ikke overgi seg til. Mennene gikk noe motstrebende inn i en slik rolle.

I Nordfjord har kvinnene blant annet tatt på seg å prøve å forebygge hjerte-karsykdom hos mennene. Deres oppgaver på dette området ligner til forveksling dem kvinnene i Finnfjord har. Går også mennene i Nordfjord går inn i en risikollen? Utifra data kan vi ikke si at det er en institusjonalisert rolle, men det ser ut som at kvinnene er selvpålagt bærere av risikollen. Det kan se ut til at kvinnene forsøker å påføre mennene en risikollen mennene selv tilsynelatende ikke ønsker. Men fordi kvinnene tar ansvar for maten og mennenes helse, har kvinnene stor innflytelse. Mennene blir derfor motvillig forsøkt plassert

i en kvinnepåført rolle som har en del fellestrekk med risikorollen i Finnfjord. Forskjellen er at i Finnfjord er den påført av medisinen, og i Nordfjord er den påført av kvinnene. I begge disse samfunnene er kvinnenes måte å forholde seg til den usikkerhet og de oppgaver som settes til dem som omsorgsutøvere en form for "verstefalltenkning", det vil si å leve som om det verste kan skje (Kjølsrød 1985). Det kan se ut til at kvinnenes strategi for å mestre den usikkerhet deres rolle som helsearbeider nå innebærer, er å forsøke å sykeliggjøre mennene. I tiden framover kan en godt tenke seg at kvinnene blir enda mer risikoorienterte. En konsekvens av en slik utvikling kan bli at kvinnenes oppfatning av helse og sykdom smitter enda mer over til mennene enn det vi ser i dag. Risikorollen og hvordan det bygges opp rundt den, kan i fremtiden bli en viktig innfallsvinkel for å forstå medikalisering i begge samfunnene.

Hvis risikotankegangen er en generell trend, vil det få konsekvenser for forholdet til den moderne medisinen i fremtiden. Mine data viser at kvinnene prøver å følge helsevesenets anbefalinger. Det vil si at kvinnene lever som om å være i risiko for å bli syk er det samme som å bli syk, hvis ikke rådene følges. En vekst i forebyggende medisin vil sannsynligvis forsterke en større sykdomsopptatthet og en større sykeliggjøring. Det er derfor behov for forskning som ser på trekk ved kvinners liv i forhold til utviklingen av den moderne medisinen, samt hvordan kvinnene tilrettelegger for medikalisering av dagliglivet.

Det er kvinnene som tar opp helseinformasjonen og setter den ut i praksis i familien. Som vi har sett er sykeliggjøring av mennene en strategi. Med den arbeidsdelingen som er i familien, har mannen små muligheter til å endre dette. Arbeids- og ansvarsfordelingen må i så fall reforhandles. Ønsker mannen å overta kvinnens ansvarsområde i forhold til mat og helse?

Når vi sammenligner data fra Nordfjord I med Nordfjord II ser vi imidlertid at mennene er blitt mer opptatt av helse og sykdom. De er opptatt av forebygging, og ønsker mer bruk av lege. Dette kan tyde på at mennenes inntog på dette feltet fører til at de blir mer lik kvinnene i deres måte å vurdere helse og sykdom på. Mine data viser at at mennene var mest skeptiske til det kvinnenettverket som var i Nordfjord I, et nettverk som virket hemmende på medikalisering. Det er etter min mening behov for forskning som ser på hva mennenes inntog på dette tidlige kvinneområdet betyr for forvaltningen av helse og sykdom i den folkelige

sektoren. Mine funn kan tyde på at mennenes inntog kan føre til større avhengighet av medisinen.

Mine data kan også indikere, i likhet med blant annet Bloom og Monterossa (1981), Gifford (1986), Daly (1989), at når folk først får vite at de er i risiko for sykdom, vil de ha vanskelig for seinere å oppfatte seg som frisk. De kan få problemer med å komme ut av risikollen. Dette kan ha konsekvenser for forebyggende medisin. Det vil bety at jo flere deler av kroppen som blir undersøkt, jo større mulighet er det for å bli i risiko for en eller annen sykdom. Folk blir dessuten "avhengige" av at legen sjekker deres risikostatus. Mine data fra Nordfjord tyder på at slike undersøkelser også har konsekvenser for de som ikke er direkte berørt som risikogruppe. Folk i Nordfjord som ikke har vært til hjerte-karundersøkelser er blitt opptatte av slike lidelser, og fravær av egen illness er ikke nok for å utelukke sykdom. Folk blir mer usikre på egen vurdering, fordi "man kan no ikkjë vette..." En utvikling mot flere og flere typer risikoundersøkelser skulle tyde på mer avhengighet av medisinen i tiden framover.

Er fokusering på helse sykdomsfremkallende?

Det er forskning som tyder på at jo mer opptatt en er av helse, jo mer blir en fokusert på de områdene der helsa ikke er god nok, og en får en negativ helsevurdering. Kaplan et al. (1988) viser at den subjektive helsen blir redusert blant annet av mer kontakt med lege. Barsky (1988) meiner også at en negativ side av de medisinske fremskritt er en mer negativ helseoppfatning. Andre undersøkelser (Mossey og Shapiro 1982, Kaplan og Camacho 1983, Kaplan et al. 1988, Idler og Angel 1990) viser at folk som har en negativ helsevurdering, har en overdødelighet over tid. Slike funn blir ytterligere aktualisert av en kvantitativ studie av sammenhengen mellom helseopptatthet, subjektiv helse og helsetjenesteforbruk, foretatt med basis i empiri fra befolkningsundersøkelser i Nord-Norge (Fylkesnes 1991). Den enkeltfaktoren som betydde mest for helseopptatthet var sosial status. Jo høyere sosial status jo mer opptatt av helse. Dette funnet samsvarer med Crawfords (1980) beskrivelse av helseisme som mest synlig i middelklassen. Fylkesnes (1991) undersøkelse viser videre en klar sammenheng mellom helseopptatthet og legesøking. Jo mer opptatthet av helse, jo mer legesøking. Dette så en uavhengig av symptomer, sykdommer og risiko for hjerte-karsykdommer. Også denne undersøkelsen viser en tendens til at helseopptatthet reduserte

subjektiv helse. En seinere undersøkelse av samme forfatter (Fylkesnes og Førde 1992) viser at helseopptatthet reduserer subjektiv helse.

Hvis dette er tilfelle, kan en si at det er usunt å være for helseopptatt. Et slikt funn støttes av at det er undersøkelser som viser at når det gjelder dødelighet, er det ikke så mye å hente i form av vunnet leveår ved å få ned kolesterolnivået i høyrisikogruppen. Folk dør av andre lidelser i stedet (Kaplan 1985, Hulley et al. 1992). Andre setter lavt kolesterolnivå i sammenheng med depresjon og andre personlighetsforstyrrelser, for å forklare en høyere forekomst av ulykker, vold og selvmord blant folk med lavt kolesterol (Kleiner 1995). En finsk studie sammenligner menn som er til oppfølging av helsevesenet fordi de har forhøyet kolesterol, med ei kontrollgruppe. Etter en 10-års periode viser det seg at gruppen som er til oppfølging har overdødelighet av både hjerte-karsykdommer og andre lidelser (Strandberg et al. 1991). Et annet tankekors er funn som viser at det er muskel-skjelettproblemer som først og fremst fører til at folk har negativ helsevurdering. Dette er lidelser som helsevesenet i dag i liten grad kan kurere (Fylkesnes og Førde 1991).

Diskusjonen om helseopptatthet og legesøking kan sees i forhold til et annet tema, som sosiologen Antonovsky (1980) først og fremst har reist. Antonovsky (1980) setter spørsmålsteget med den helseoppfatningen som helsevesenet har. Han påpeker at selv om det heter helsevesen, fokuseres det på den negative delen av helse, som er sykdom. Av dette følger at helsevesenet er opptatt av hvorfor folk blir syke. I stedet, sier han, bør vi få mer kunnskap om den positive helsen, hva det er som får folk til å holde seg friske. Vi bør altså ta utgangspunkt i et positivt helsebegrep.

Kanskje medisinen fokuserer så mye på det som er galt at folk ikke er i stand til å se det positive med helsa si. Er det slik at større kontakt med medisinen virker forsterkende på en negativ helsevurdering, eller lærer medisinen opp folk til først og fremst til å se etter det som er galt? Satt på spissen kan en spørre om en blir syk av å søke lege. Dette er et område som er interessant å forske videre på. Spesielt kan det sees i forhold til mine data som viser at folk ser et større tilbud på helsetjenester som en symbolverdi for det å "bli tatt på alvor" og å "være med" i det moderne samfunnet.

Et område som er lite berørt i denne avhandlingen er spørsmålet om det moderne menneskets skepsis til medisinen. Dette kommer av at avhandlingen tar utgangspunkt i data der tvilen ikke er fremtredende, snarere tvert imot. Som nevnt i innledningen er jeg klar over at det foreligger litteratur som viser at medisinen er i ferd med å bli proletarisert og at det moderne mennesket ikke er preget av lydighet mot medisinen. Som nevnt i hoveddiskusjonen kan funn fra denne avhandlingen vise en spesiell fase av disse to samfunns tilpasning til det moderne livet. Det er mulig at skepsisen viser det moderne mennesket i en seinere fase. Samtidig er det mye litteratur som peker i retning av en større medikalisering. Det er vanskelig å spå, spesielt når det gjelder mennerskers holdning, men det er få trekk i mitt datamateriale som gir pekepinn på at folk i disse samfunnene i en nær framtid vil utvikle større skepsis til medisinen. Helse som verdi står sterkt i disse samfunnene, noe som medfører at helsevesenet er viktig. Utifra mine data skulle jeg anta at en endring mot en større skepsis iallfall må betinges av en mer omfattende endring i det sosiale livet.

Illich (1975) hevder at medisinen som kurative institusjon har spilt falitt, og at medisins forsøk på reparering fører til skader som er like store som fordelene. Han gir dette betegnelsen "medisinsk nemesis". Det eneste området han tiltror legene er forebygging. Min avhandling er her på kollisjonskurs med Illich (1975). Den medikalisering vi har sett i de to samfunnene som er studert, kan i stor grad settes i sammenheng med den risikotankegangen forebyggende medisin er eksponent for. Er det nettopp på den forebyggende medisinen at hans påpekning av den medisinske nemesis kanskje ikke er så uaktuell likevel?

LITTERATURLISTE

Aalvik, I., E. Willumsen., J. Grund, O.D. Vellar og L.E. Aarø 1983: Forebyggende helsearbeid i 1980-åra: Muligheter og begrensninger. Universitetsforlaget, Oslo

Aarø, L.E. 1986: Health behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult population in Norway. Dr.gradsavhandling, Universitet i Bergen, Bergen

Aasen, I. 1982: Norske Ordsprog. Vestanbok Forlag, Voss

Abbott, A. 1988: The system of professions. Chicago University Press, Chicago

Album, D. 1991: Det kjønnsdelte pasientfellesskapet.
I: D. Album og G. Midré (red.): Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Ad Notam, Oslo

Alver, B. og T. Selberg 1992: Det er mer mellom himmel og jord.
Vett & Viten, Larvik

Anderssen, J. 1983: Sjuk, æ nei? Snakk me' kjærringa. Helse og sykdom i et nordnorsk kystsamfunn. Hovedfagsoppgave i samfunnsvitenskap, sosialpolitikkgruppa, Universitetet i Tromsø

Anderssen, J., A. Cederløw og K. Wærness 1979: Ugift mor - en fornuftig tilpasning til utkantsamfunnet.
I: Kolberg, J.E. og K. Wærness (red.): Trygd og samfunn. Universitetsforlaget, Oslo

Antonovsky, A. 1981: Health, Stress and Coping. San Francisco, USA

Atrens, D.M. 1994: The questionable wisdom of a low-fat diet and cholesterol reduction. *Social Science and Medicine* 39 (3):433-47

Backett, K. 1992: Taboos and excesses: lay health moralities in middle class families. *Sociology of Health & Illness* 14 (2):255-74

Backett, K, C. Davidson og K. Mullen 1994: Lay evaluation of health and healthy lifestyles: evidence from three studies. *British Journal of General Practice* 44 (june): 277-80

Baric, L. 1969: Recognition of the "at-risk" role: a means to influence health behaviour. *International Journal of Health Education* 12 (1):24-34

Barsky, A.J. 1988: The Paradox of Health. *New England Journal of Medicine* 318 (7):414-18

Bauman, Z. 1992: Survival as a social construct. *Theory, Culture and Society* 9: 1-36.

Beck, U. 1992: Risk society. Towards a New Modernity. Sage, London

- Bergman, A.B. og S.J. Stamm 1967: The morbidity of cardiac nondisease in school children. *New England Journal of Medicine* 276:1008-13
- Berg, O. 1987: *Medisinens logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk.* Universitetsforlaget, Oslo
- Bilton, T., K. Bonnett, P. James, M. Stanworth, K. Sheard og A. Webster 1981: *Introductory Sociology.* Macmillan, London
- Bilton, T., K. Bonnett, P. James, M. Stanworth, K. Sheard og A. Webster 1987: *Introductory Sociology* 2. ed. Macmillan, London
- Bilton, T., K. Bonnett, P. James, M. Stanworth, K. Sheard og A. Webster 1996: *Introductory Sociology* 3. ed. MacMillan, London
- Björgum, O. og O. Røkke 1921: Som de gamle sa for eit ord. Ordtak og talevendinger frå Stjørdalen. "Teledølsens" prenteverk, Notodden
- Blaxter, M. 1993: Why do victims blame themselves?
I: A.Radley (ed.): *Worlds of Illness: Biographical and Cultural Perspectives of Health and Disease.* Routledge, London
- Blaxter, M. 1990: *Health and Lifestyles.* Routledge, London
- Bloom, J.R. og S. Monterossa 1981: Hypertension Labeling and Sense of Well-Being. *American Journal of Public Health* 71:1228-32
- Botten, G. og T. Bjerkedal 1988: Endringer i helsevaner og forekomst av hjerte-og kar sykdommer. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 25 (108):2045-49
- Bourdieu, P. 1984: *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste.* Routledge, London
- Brandth, B. og E. Kvande 1991: Når likhet blir ulikhet. Foreldrenes forhandlinger om barneomsorg.
I: R. Haukaa (red.): *Nye kvinner, nye menn.* Ad Notam, Oslo
- Brannen, J, K. Dodd, A. Oakley og P. Storey 1994: *Young People, Health and Family Life.* Open University Press, Buckingham
- Calnan, M. 1988: Lay evaluation of medicine: report of a pilot study. *International Journal of Health Service* 18:311-22
- Calnan, M. og S.J. Williams 1991: Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in household from different socio-economic circumstances. *Sociology of Health & Illness* 13 (4):506-29

- Calnan, M. 1990: Food and Health.
I: S. Cunningham-Burley og N. McKegney (eds.): Readings in medical Sociology. Routledge, London
- Charles, N. og M. Kerr 1988: Women, food and families.
Manchester University Press, Manchester and New York
- Charles, N. og M. Kerr 1986: Food for feminist thought.
Sociological Review 34 (3):537-73
- Chrisman, N. J. og A. Kleinman 1983: Popular health care, social networks, and cultural meaning. The orientation of medical anthropology.
I: D. Mechanic (ed.): Handbook of health, health care, and the health professions. The Free Press, New York
- Christiansen, R. 1928: Gamle visdomsord. Norske Ordsprog i Utvalg. Steenske Forlag, Oslo
- Conrad, P. 1981: The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behaviour.
I: D Ingleby (ed): Critical Psychiatry: The Politics of Mental Illness:102-119. Penguin, Harmondsworth
- Conrad, P. 1987: The experience of illness: recent and new directions. Research in the Sociology of Health Care 6:1-31 JAI Press
- Cox, B.D., F.A. Huppert og M. Whichelow (eds) 1993: The Health and lifestyle survey: seven years on: a longitudinal study of a nationwide sample, measuring changes in physical and mental health, attitudes and lifestyle. Dartmouth, Aldershot
- Crawford, R. 1980: Healthism and the medicalization of everyday life. International Journal of Health Service 10:365-88
- Dahl, E. 1988: Sosial ulikhet i helse. En analyse av norske undersøkelser. SIFF-rapport nr.7
- Dalmiya, V. og L. Alcoff 1993: Are "Old Wives' Tales" Justified?
I: L. Alcoff og E. Potter (eds.): Feminist epistemologies:217-44
Routledge, New York
- Daly, J. 1989: Innocent murmurs: Ecocardiography and the diagnosis of cardiac normality.
Sociology of Health & Illness 11 (2):96-116
- Davidson, C., G.D. Smith og S. Frankel 1991: Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. Sociology of Health & Illness 13 (1):1-19.
- Davidson, C., S. Frankel og G.D. Smith 1992: The limits of lifestyle: Re-assessing "fatalism" in the popular culture of illness prevention. Social Science and Medicine 34 (6):675-85

- Davis, D.L. 1997: Blood and Nerves Revisited. *Medical Anthropology Quarterly* 11 (1):1-18
- Douglas, M. og M. Nicod 1974: Taking the Biscuit: the structure of British Meals. *New Society* 30:744-47
- Douglas, M. 1975: Deciphering a Meal.
I: M Douglas: *Implicit Meaning. Essays in Anthropology*. Routledge, London, Boston.
- Douglas, M. (ed.) 1984: *Food in the Social Order. Studies of Food and Festivities in Three American Communities*. Russell Sage Foundation, New York
- Douglas, M. 1990: Risk as a forensic resource. *Dædalus*, 119 (4):1-16
- Eisenberg, L. 1977: Disease and Illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:9-23
- Elston, M.A. 1991: The politics of professional power: medicine in a changing health service. I: Gabe, J., M. Calnan og M. Bury (eds.): *The Sociology of the Health Service*. Routledge, London
- Eriksen, S.H. 1994: En kultursosiologisk studie av matvaner blant bønder. (Avhandling Dr.Polit ved Universitetet i Trondheim).
Rapport nr 1, Senter for bygdeforskning, Trondheim
- Finnfjord kommune: Finnfjord mot år 2004 (udatert)
- Fischler, C. 1988: Food, self and identity. *Social Science Information* 27:275-92
- Fjellström, C. 1990: Drömmen om det goda livet. Livskvalitet ovh matvanor i ett uppväxande industrisamhälle. *Acta Ethnologica Umensia, Skrifter, Etnologiska institutionen i Umeå, Vol 1, Umeå*
- Forsdahl, A. og H. Salmi 1990: Bugøynes-undersøkelsen: Finskåttede i Sør-Varanger kommune - IV. En etterundersøkelse på grunnlag av hjerte-og karundersøkelsene i Finnmark fylke 1987.
Tidsskrift for den norske lægeforening 18 (110):2341-44
- Freidson, E. 1961: *Patients' Views of Medical Practice*. Russell Sage Foundation, New York.
- Freidson, E. 1970: *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd Mead; New York
- Fugelli, P. 1978: Helsetilstand og helsetjenester på Værøy og Røst. Universitetsforlaget, Oslo
- Fugelli, P. 1986: Serie om alternativ medisin. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 106:1
- Fylkesnes, K. 1991: Factors effecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.

ISM skriftserie nr 19, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway

Fylkesnes, K. og O.H. Førde 1991: The Tromsø-study: Predictors of self-evaluated health - has society adopted the expanded health concept? *Social Science and Medicine* 32 (2):141-46

Fylkesnes, K. og O.H. Førde 1992: Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Social Science and Medicine* 35 (3):271-79

Fylkesnes, K., R. Johnsen og O.H. Førde 1992: The Tromsø study: factors affecting patient-initiated and provider-initiated use of health care services. *Sociology of Health & Illness* 14 (2):275-92

Fønnebø, V. 1992: The healthy faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day Adventists. ISM skriftserie nr 21, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway

Gabe, J. og M. Calnan 1989: The limits of medicine: Women's perception of medical technology. *Social Science and Medicine* 28 (1):223-31

Gabe, J. og N. Thorogood 1986: Prescribed drug use and the management of everyday life: The experience of black and white working-class women. *Sociological Review*:738-72.

Garfinkel, H 1967: *Studies in Ethnomethodology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs

Gerhardt, U. 1989: *Ideas about Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. Macmillan, London

Giddens, A. 1991: *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Polity Press, Oxford

Giddens, A. 1993: *Sociology*. Polity Press, Oxford

Giddens, A. 1994: *Living in a Post-Traditional Society*.
I: U. Beck, A. Giddens og S. Lash: *Reflexive Modernization*.
Polity Press, Oxford

Gifford, S.M. 1986: The meaning of lumps: A case study of the ambiguities of risk.
I: I. Craig, R. Janus, R. Stall og S.M. Gifford (eds.): *Anthropology and Epidemiology*:213-46.
Dordrecht, Reidel

Gijsberg van Wijk, C.M.T., K.P. van Vliet og W.T. A.M. Everaerd 1991: Symptom Sensitivity and Sex Differences in Physical Morbidity: A Review of Health Surveys in the United States and the Netherlands. *Women and Health* 17:91-124.

Glassner, B. 1995: *In the name of health*.
I: R. Bunton, S. Nettleton og R. Burrows (eds.): *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*. Routledge, London

- Gove, W.R. og M. Hughes 1979: Possible causes of the apparent sex differences in physical health: an empirical investigation. *American Sociological Review* 44:126-46
- Graham, H. 1984: *Women, Health and the Family*. Hemel Hempsted, Wheatsheaf
- Graham, H. 1985: Providers, negotiators and mediators: women as the hidden carers. I: Lewin, E og V. Oleson (eds.): *Women, health and healing*. Tavistock, London
- Graham, H. 1987: Womens' smoking and family health. *Social Science and Medicine* 25:47-56
- Graham, H. og S. Hunt 1994: Women's smoking and measures of women's socioeconomic status in the United Kingdom. *Health Promotion International* 9:81-88
- Greco, M. 1993: Psychosomatic subjects and the "duty to be well": personal agency within medical rationality. *Economy and Society* 22 (3):357-72
- Grimsmo, A. 1988: Egenomsorg og selvhjelp. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 108:2654-56
- Grund, J. 1991: *Helsepolitikk i 1990-årene*. TANO, Oslo
- Gullestad, M. 1989: *Kultur og hverdagsliv*. Universitetsforlaget, Oslo
- Gupta, S., E.W. Leatham, D. Carrington, M.A. Mendall, J.C. Kaski og J. Camm 1997: Elevated Chlamydia pneumoniae Antibodies, Cardiovascular Events, and Azithromycin in Male Survivors of Myocardial Infarction. *Circulation* 96 (2):404-07
- Gurfinkel, E., G. Bozovich, A. Daroca, E. Beck og B. Mautner 1997: Randomised trial of roxithromycin in non-Q-wave coronary syndromes: ROXIS pilot study. *Lancet* 350:404-07
- Haavind, H. 1984: Fordeling av omsorgsfunksjoner i småbarnsfamilier. I: I. Rudie (red.): *Myk start - hard landing*. Universitetsforlaget, Oslo
- Hamran, T. 1987: *Den tause kunnskapen: Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hasvold, T. 1996: Headache and neck or shoulder pain. An analysis of problems in three comprehensive population in Northern Norway. ISM's skriftserie nr.38, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Tromsø, Norway
- Haug, M. 1988: A re-examination of the hypothesis of deprofessionalization. *Milbank Quarterly* 66 (Suppl. 2):48-56

Haynes, R. B., D.L. Sackett, D.W. Taylor, E. Gibson og A.L. Johnson 1978: Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *New England Journal of Medicine* 299:741-44.

Hibbard, J.H. 1984: Sex differences in Health and Illness Orientation. *Int'l Quartely of Community Health Education* 4 (2) 1983-84:95-104

Hibbard, J.H. og C.R. Pope 1983: Gender Roles, Illness Orientation and Use of Medical Services. *Social Science and Medicine* 17:129-37.

Hjermann, I., K. VelveByre, I. Holme og P. Leren 1981: Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* ii:1303-10

Holme, I. 1990: An analysis of randomized trials evaluating the effect of cholesterol reduction on total mortality and coronary heart incidence. *Circulation* 82:1916-24

Holtedahl, Lisbeth 1986: Hva mutter gjør er alltid viktig. Universitetsforlaget, Oslo

Hulley, S., J. Walsh og T.Newman 1992: Health policy on blood cholesterol: time to change directions. *Circulation* 86:1026-29

Hunt, S og M. MacLeod 1988: Health and behavioural change. *Community Medicine* 9:68-76.

Idler EL og R.J. Angel 1990: Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *American Journal of Public Health* 80:446-52

Illich, I. 1975: *Medisinsk nemesis*. Gyldendal, Oslo

Jakobsen, B.K. 1991: Forebygging av hjerteinfarkt ved reduksjon av serumkolesterolkonsentrasjon. *Tidsskrift for den norske Lægeforening* 17 (111):2159-61.

Kaplan, R.M. 1985: Behavioral Epidemiology, Health Promotion, and Health Services. *Medical Care* 23:564-83

Kaplan, G.A. og T. Comacho 1983: Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology* 117 (3):292-304

Kaplan, G., V. Barell og A. Lusky 1988: Subjective state of health and survival in elderly adults. *Journal of Gerontology* 43:114-120

Kimmel, M. 1987: *The Contemporary Crisis of Masculinity*. I: Harry Brod (ed.): *The Making of Masculinities*. The New Men's Studies. Allen & Unwin, London

- Kjølsrød, L. 1985: Verste fallstenkningen i fødselsomsorgen.
I: P. Måseide og D. Gjestland (red.): *Mennesker og medisin*.
Universitetsforlaget, Oslo.
- Kleiner, K. 1995: Why low cholesterol can get you down.
New Scientist 29 (april):10
- Kleinman, A. 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture*. Univ. of California Press, Berkeley
- Koçtürk-Runefors, T. 1991: A Model for Adaptation to a New Food Pattern: The case of immigrants.
I: Fürst, E.L., R. Prättälä, M. Ekström, L. Holm og U. Kjærnes (eds.) 1991: *Palatable Worlds*.
Sociocultural Food Studies. Solum, Oslo
- Kronenfeld, J.J., K. Jackson og S.N. Blair 1985: *Health Behavior and Attitude Change: Does Health Promotion Matter?* Assosiation Paper, School of Public Health University of South Carolina
- Larsen, Ø. og M. Hurlen 1984: *Bruk av alternativ-medisinsk tilbud i en pasientgruppe*.
I: Ø.Larsen et al.: *Hjelp meg - jeg har gikt. Holdninger og forventninger til skolemedisin og alternativ medisin*. I kommisjon gjennom Olaf Nordlis bokhandel, Oslo
- Lasch, C. 1977: *Haven in a Heartless World*. Basic Books, New York
- Lewin, K. 1943: *Forces behind Food Habits and Methods of Change*.
I: *The Problem of Changing Food Habits*:35-65. Bulletin no 108, Washington DC: National Academy of Science, National research Council
- Lian, O.S. 1996: *Norsk helsevesen - utfordringer og utviklingstrekk*.
I: O.S. Lian (red.): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*.
Tano Aschehoug, Oslo
- Lien, M.E. 1987: *Fra bokna fesk til pizza. Sosiokulturelle perspektiver på mat og endring av spisevaner i Båtsfjord, Finnmark*. Oslo Occasional Papers in Social Anthropology No 18. Magistergradsavhandling i sosialantropologi, Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Oslo
- Lynch, J.W., G.A. Kaplan og J.T. Salonen 1997: *Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse*. *Social Science and Medicine* 44 (6):809-19
- Løchen, Y. 1971: *Behandlingssamfunnet. Sosiologiske essays om forholdet mellom medisin og samfunn*. Gyldendal, Oslo
- Løchen, Y. 1985: *Helsetjenesten i et nasjonalt fellesskap*.
I: P. Måseide og D. Gjestland (red.): *Mennesker og medisin*.
Universitetsforlaget, Oslo.

- Løchen, Y. 1990: Den sosiale forvitringen.
I: Y. Løchen (red.): Formål og fellesskap. Prosjekt Alternativ Framtid, Oslo
- Løchen, Y. 1994: Modernitet og ambivalens.
I: O.S. Lian (red.): Mellom tradisjon og modernitet. Stensilserie A nr 46, Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø
- Løchen, Y. 1996: Drivkreftene bak helsevesenets utvikling.
I: O.S. Lian (red.): Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys.
Tano-Aschehoug, Oslo
- Lupton, D. 1993: Risk as moral danger. The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services* 23 (3):425-35
- Lupton, D. 1995: *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body.* Sage, London
- Lupton, D. og S. Chapman 1995: "A healthy lifestyle might be the death of you": discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health & Illness* 17 (4):477-99.
- Malterud, K. 1990: *Almenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter.* TANO, Bergen
- Marantz, P. 1990: Blaming the Victim: The Negative Consequence of Preventive Medicine. *American Journal of Public Health* 80 (10):1186-87
- Mayall, B. 1993: Keeping healthy at home and school: "It's my body, so it's my job." *Sociology of Health & Illness* 15 (4):464-87
- McGuire, W. 1978: An information-processing model of advertising effectiveness.
I: H.L.Davis og A.J. Silk (eds.): *Behavioral and management science in marketing:*156-80.
John Wiley and Sons, New York
- McIntosh, A. og M. Zey 1989: Women as gatekeepers of food consumption: A sociological critique. *Food and Foodways* 3 (4):317-332
- McKinlay, J. og J. Archer 1985: Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services* 15:161-95
- McKinlay, J. og J. Stoeckle 1988: Corporatization and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services* 18:191-205
- Mechanic, D. 1976: Sex, illness, illness behavior, and the use of health services. *Journal of Human Stress* 2:29-40.
- Mechanic, D. 1978: *Medical Sociology* 2. ed. The Free Press, New York

- Meininger, J. C. 1986: Sex differences in factors associated with use of medical care and alternative illness behaviors. *Social Science and Medicine* 22 (3):285-92
- Merton, R. 1968: *Social theory and social structure*:422-40
The Free Press, New York
- Mintz, S.W. 1985: *Sweetness and Power. The Place of Sugar in Modern History*. Viking, New York
- Mossey J.M. og E. Shapiro 1982: Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 72:800-08
- Murcott, A. 1986: You are what you eat. *Anthropological Factors Influencing Food Choice*. I: Ritson, C, L. Gofton og J. McKenzie (eds.): *The Food Consumer*. John Wiley & Sons Ltd., Chichester
- National Research Council Committee on Risk Perception and Communication 1989: *Improving Risk Communication*. National Press Academy, Washington DC
- Navarro, V. 1975: The industrialization of fetishism and the fetishism of industrialization: a critique of Ivan Illich. *Social Science and Medicine* 9:351-63
- Navarro, V. 1986: *Crisis, Health and Medicine: a Social Critique*. Tavistock, London
- Nielsen, F.S. 1996: *Nærmere kommer du ikke... Håndbok i antropologisk feltarbeid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Nordby, T. 1989: *Karl Evang - en biografi*. Aschehoug, Oslo
- Norum, K. og I.E. Hovig 1987: *Maten - en hjertesak*. Universitetsforlaget, Oslo
- NOU 1987:23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*
- Oakley, A. 1989: Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Towards a materialist analysis. *Sociology of Health & Illness* 11 (4):311-35
- Obstfelder, A. 1996: *Informasjonsteknologi og klinisk skjønn. Overvåkningsutstyrets betydning for sykepleierne på en medisinsk overvåkningsavdeling*. Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for samfunnsvitenskap. Universitet i Tromsø
- Osler, M. 1993: Social class and health behaviour in Danish Adults: a longitudinal study. *Public Health* 107:769-80
- Parsons, T. 1951: *The Social System*. Free Press, New York

Parsons, T. 1958: Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structures.

I: E. Jaco (ed.): Patients, Physicians and Illness. The Free Press, New York

Parsons, E. og P. Atkinson 1992: Lay construction of genetic risk. *Sociology of Health & Illness* 14 (4):437-55

Pill, R. og O. Parry 1989: Making changes - women, food and families. *Health Education Journal* 48 (2):51-54

Prettälä, R., A. Karisto og M-A Berg 1994: Consistency and variation in unhealthy behaviour among Finnish men, 1982-1990. *Social Science and Medicine* 38:115-121

Prior, L. og M. Bloor 1993: Why people die: social representation of death and its causes. *Science as Culture* 3 (3):346-75.

Puska, P., A. Nissinen, J. Tuomilento, J. Salonen, K. Koskela, A. McAlister, T. Kottke, N. Maccoby og J. Farquhar 1985: The Community-based Strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the Ten Years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health* 6:147-93.

Ramm, J. 1997: Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må.
I: Samfunnsspeilet 2/97, Statistisk Sentralbyrå, Oslo

Repstad, P. 1987: Mellom nærhet og distanse. Universitetsforlaget, Oslo

Rosenberg, C.E. 1986: Disease and social order in America. Perceptions and expectations. *Milbank Memorial Quarterly* 64 (suppl):34-55

Sachs, L. 1987: Medicinsk antropologi. Liber, Stockholm

Salonen, J.T., J.S. Slater, J. Tuomilehto og R. Rauramaa 1988: Leisure time and occupational physical activity: risk of death from ischemic heart disease. *American Journal of Epidemiology* 127:87-94

Schutz, A. 1973: Hverdagslivets sociologi. København

Simensen, J. 1996: Afrikas historie. Cappelen, Oslo

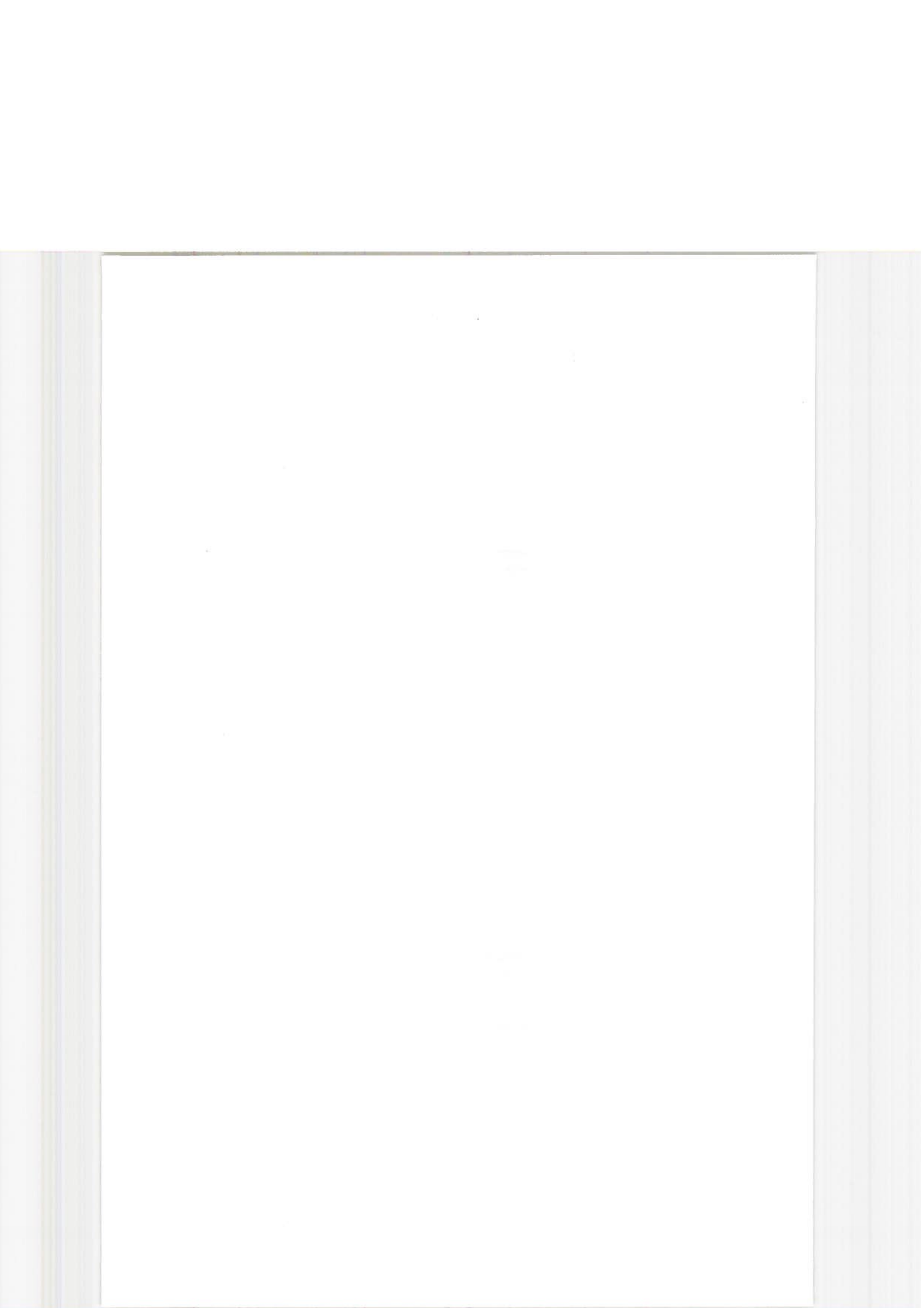
Skolbekken, J-A. 1995: The Risk Epidemic in Medical Journals. *Social Science and Medicine* 40 (3):291-305

Solbakk, J.H. 1995: Medisinen som møtested og markedsplass.
Forum, Oslo

St.meld. 50:1993-94: Samarbeid og styring

- Statens Helseundersøkelser 1987: Håndbok for hjerte-karundersøkelsen. 40.åringsprosjektet.
- Statistisk Sentralbyrå 1995: Statistisk årbok 1995, Oslo
- Stoate, H.G. 1989: Can health screening damage your health?
Journal of the Royal College of General Practitioners 39:193-95
- Strandberg, T., V. Slomaa. V. Naukkarinen, H. Vanhanen, S. Sarna og T. Miettinen 1991: Long term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular disease in middle-aged men. Journal of the American Medical Association 266:1225-29
- Stronegger, W.-J., W. Freidl og E. Ràsky 1997: Health behaviour and risk behaviour: socioeconomic differences in an Austrian rural county. Social Science and Medicine 44 (3):423-36
- Stunkard, A.J. og T.I.A. Sorensen 1993: Obesity and socioeconomic status - a complex relation. New England Journal of Medicine 329:1036-37
- Søgaard, A.J. og O.H. Førde 1986: Individrettet helseopplysning. Kan konsultasjonen brukes? Tidsskrift for den norske lægeförening 31 (106):2657- 60
- Taylor, W.C., T.M. Pass. D.S. Shepard og A.Komaroff 1987: Cholesterol Reduction and Life Expectancy: A Model Incorporation Multiple Risk Factors. Annals of Internal Medicine 106:605-14
- The Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group 1990: Mortality rates after 10,5 years for participants in the Multiple risk factor intervention trial. Findings related to a priori hypotheses of the trial. JAMA, 263:1795-1801
- Thorp, V. 1995: Normal - et spørsmål om moral. Refleksjoner over kaffedrikking i Finnmark. Scandinavian Journal of Nutrition/Näringsforskning 39:80-90
- Thürmer, H. 1993: Risk factor for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. ISM skriftserie nr 26, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway
- Torgersen, U. 1972: Profesjonssosiologi. Oslo
- Toronto Working Group on Cholesterol Policy 1990: Cholesterol lowering and clinical outcomes: the result of clinical trials. I: Asymptomatic hypercholesterolemia: a clinical policy review.
Journal of Clinical Epidemiology, 43:1028-1122 kap.3:1053-63
- Townsend, P. 1990: Individual or social responsibility for premature death? Current controversies in the British debate about health. International Journal of Health Services 20 (3):373-92.

- Townsend, Peter og Nick Davidson (eds.) 1982: *Inequalities in Health. The Black Report*. Penguin Books Ltd., Harmondsworth
- Verbugge, L.M. 1985: *Gender and Health: An Update on Hypothesis and Evidence*. *Journal of Health and Social Behavior* 26:156-82
- Ware, J.E. og J. Young 1977: *Studies of the Value Placed on Health. The Rand Paper Series*
- Watkins, S 1987: *Medicine and Labour: The Politics of a Profession*. Lawrence & Wishart, London
- Westin, S. 1995: Sosial klasse - dimensjonen som forsvant? *Tidsskrift for den norske lægeforening* 115 (24):2821-23
- Westlund, K. og A.J. Sjøgaard 1993: Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III. ISM skriftserie nr. 28. Institutt for samfunnsmedisin, Universitet i Tromsø
- Whyte, W.F. 1984: *Learning from the field. A Guide from Experience*. Sage Publications, Newbury Park, London, New Dehli
- Williams, S.J. 1995: Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness* 17 (5):577-604
- Williams, S. og M. Calnan 1994: Perspectives on prevention: the views of General Practitioners. *Sociology of Health & Illness* 16:372-393
- Williams, S. og M. Calnan 1996: The limits of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in "late" modernity. *Social Science and Medicine* 42 (12):1609-20.
- Young, A. 1982: The anthropology of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11:257-85
- Zola, I.K. 1975: Medicine as an institution of social control. I: Cox, C og P.A. Mead (eds.): *A Sociology of Medical Practice*. Collier-MacMillan, London
- Østerberg, D. 1988: Talcott Parsons' sosiologi. I: D. Østerberg: *Talcott Parsons' sosiologiske essays*. Pax, Oslo
- Øverås, S. 1995: *Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge*. Statistisk Sentralbyrå, Oslo
- Ånestad, G., O. Scheel og O. Hungnes 1997: Chronic infections and coronary heart disease. *Lancet*, 350:1028



ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.
Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.
Av Anders Forsdahl, 1977.
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.
Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.
4. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.
Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.
5. Reformen i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.
Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.
Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.
- 8.* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.
Av Anders Forsdahl, 1984.
9. "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.
Av Toralf Hasvold, 1984.
10. Tvunget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.
Av Georg Høyer, 1986.

11. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.
Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.
- 12.* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.
Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.
13. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.
Av Anne Johanne Søgaard, 1989.
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.
Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.
Av Knut Holtedahl, 1991.
17. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.
Av Synnøve Fønnebø Knutsen, 1991.
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.
Av Åge Wifstad, 1991.
19. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.
Av Knut Fylkesnes, 1991.
20. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.
Av Odd Nilssen, 1992.
21. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.
Av Vinjar Fønnebø, 1992.

22. Aspects of breast and cervical cancer screening.
Av Inger Torhild Gram, 1992.
23. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.
Av Roar Johnsen, 1992.
24. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.
Av Hasse Melbye, 1992.
25. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.
Av Kaare Bønaa, 1992.
26. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49.
Av Hanne Thürmer, 1993.
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990.
Av Anders Forsdahl, 1993.
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerter-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III.
Av Knut Westlund og Anne Johanne Søgaard, 1993.
29. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway.
Av Anne Elise Eggen, 1994.
30. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972.
Av Per G. Lund-Larsen, 1994.
31. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Maja-Lisa Løchen, 1995.
32. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript.
Av Edvin Schei, 1995.
33. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention.
Av Børge Ytterstad, 1995.

- 34.* Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri.
En filosofisk undersøkelse.
Av Åge Wifstad, 1996. (utgitt Tano Aschehoug forlag 1997)
35. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag, 1996.
36. Factors affecting doctors' decision making.
Av Ivar Sønbo Kristiansen, 1996.
37. The Sørreisa gastrointestinal disorder study. Dyspepsia, peptic ulcer and endoscopic findings in a population.
Av Bjørn Bernersen, 1996.
38. Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive population studies in Northern Norway.
Av Toralf Hasvold, 1996.
39. Senfølger av kjernefysiske prøvespreninger på øygruppen Novaya Semlya i perioden 1955 til 1962. Rapport etter programmet "Liv". Arkangelsk 1994.
Av A.V. Tkatchev, L.K. Dobrodeeva, A.I. Isaev, T.S. Podjakova, 1996.
40. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard høsten 1988.
Av Helge Schirmer, Georg Høyer, Odd Nilssen, Tormod Brenn og Siri Steine, 1997.
41. Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer.
Av Inger Thune, 1997.
42. The Norwegian - Russian Health Study 1994/95. A cross-sectional study of pollution and health in the border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, Valeri Tchachtchine, Eiliv Lund, Tor Norseth, Vladimir Bykov, 1997.
43. Use of alternative medicine by Norwegian cancer patients
Av Terje Risberg, 1998.
44. Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus in allmenn general population. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Inger Njølstad, 1998.

45. General practitioner hospitals: Use and usefulness.
A study from Finnmark County in North Norway.
Av Ivar Aaraas, 1998.

45B. Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi.
Av Ivar Aaraas, 1998.

De som er merket med * har vi dessverre ikke flere eksemplar av.

42