

Helse – slik folk ser det



Tema:
Helse og
kultur

I perioden 1997–2000 gjennomførte vi en studie av folks helsebegrep. Vi har foretatt kvalitative intervjuer med 80 mennesker på fem ulike steder i Norge. Materialet inkluderer også en gruppe tidligere og nåværende toppidrettsutøvere. De viktigste meningsbærende elementene i folks helsedefinisjon er: trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. Det folkelige perspektiv på helse har tre kjennetegn:

Helhet. Helse er et holistisk fenomen. Helse er vevd inn i alle sider av livet og samfunnet.

Pragmatisme. Helse er et relativt fenomen. Helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente ut fra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon.

Individualisme. Helse er et personlig fenomen. Menneskene er ulike. Derfor må helse som mål og veiene til helse bli forskjellige fra individ til individ.

Helse har til alle tider vært en essensiell verdi for mennesket. Det gjenspeiler seg i de store religionene som er rike på løfter om helse som belønning og sykdom som straff (1). Helseidealet, det være seg i form av kroppens skjønnhet eller sjelens fred, er også synlig gjennom kunsthistorien (2). I dag bekreftes helsens prioritet gjennom meningsmålingene som viser at god helse står øverst på ønskelisten (3). Teoretikerne legger mye flid i å formulere universelle helsedefinisjoner (4–7). Et interessant spørsmål er om disse fagstyrte definisjonene også fanner folks meninger og forestillinger om helse. Det vet vi lite om i Norge. Hafting (8) gjennomførte i 1987 en kvalitativ studie av sykdomsoppfatning og legesøkningsatferd blant eldre i en bygd på Vestlandet. Gjennom 1970- og 80-årene foretok Alver & Selberg (9) omfattende kvalitative studier av sykdomsforestillinger blant utøvere og brukere av folkemedisin. Andersen (10) har gransket endringer i sykdomskulturen i en kystbygd i Nord-Norge i 1980- og 90-årene. I disse studiene står sykdomsopplevelsen sentralt. Helsebegrepet belyses bare indirekte. Behovet for kunnskap om folks forestillinger om helse øker etter hvert som medisinen demokratiseres. For å få til samhandling med pasienten og befolkningen, trenger både kliniker og samfunnsmedisineren innsikt i folks egne forestillinger om hva helse er og hva som gir og tar helse.

På denne bakgrunn og inspirert av antropologen Emily Martins bok *Flexible bodies* (11) som handler om amerikanernes oppfatning av helse, med utgangspunkt i deres forståelse av immunsystemet, har vi gjennom-

Per Fugelli

per.fugelli@samfunnsmed.uio.no

Benedicte Ingstad

Seksjon for medisinsk antropologi, internasjonale helse, sosialmedisin og medisinsk historie

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

Fugelli P, Ingstad B.

A lay perspective on health.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3600–4.

In 1997–2000, we conducted a study of people's concept of health. 80 persons aged 16–93 years were invited to a qualitative interview taken on five different locations in Norway. Included in the material was a group of former and present top athletes. We identified six essential elements in people's conceptualization of health: well-being, function, nature, a sense of humour, coping, and energy. The lay perspective on health is characterized by three qualities:

Wholeness. Health is a holistic phenomenon. Health is related to all aspects of life and society.

Pragmatism. Health is a relative phenomenon. Health is experienced and evaluated according to what people find reasonable to expect, given their age, medical condition and social situation.

Individualism. Health is a personal phenomenon. Every human being is unique, and health and strategies for health must be individualized.

ført undersøkelsen Helse på norsk. Formålet med studien er å vinne kunnskap om hva folk mener god helse er og hvordan god helse blir til.

Fremgangsmåte og folk

Vår studie representerer «multi-sited» etnografi i den betydningen Marcus (12) har gitt det – en metode hvormed man følger et begrep gjennom forskjellige kontekster, lokaliteter og meningsinnhold. Vår metode har vært det kvalitative intervju, med en stikkordliste som ledetråd for en samtale som i stor utstrekning har fått flyte fritt på informantenes premisser. Intervjuene skjedde i hovedsak hjemme i stuen til folk. Med få unntak deltok begge forfatterne i intervjuet, som varte fra én til tre timer. Vi prøvde å stimulere informantene til å komme med mest mulig personlige oppfatninger og beretninger, gjerne med utgangspunkt i egne erfaringer. Intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet ut i sin helhet. Under bearbeidingen har vi benyttet QSR NUDIST-programmet, versjon 4, for systematisering av kvalitative materialer. Vi har intervjuet 80 personer, 41 menn og 39 kvinner i alderen 16–93 år, fra fem ulike lokalsamfunn ut fra et ønske om størst mulig variasjon i sosioøkonomiske og kulturelle forhold:

I Tidsskriftet nr. 30/2001 og nr. 1/2002 publiseres en serie artikler fra forskningsprogrammet *Helse og sykdom i kulturelt perspektiv* i Norges forskningsråd. Artiklene er utvalgt i samarbeid med professor Harald Grimen og serien er redigert av Magne Nylenna.

- Nordvær – et fiskevær nordpå
- Småby – en kystby i Sør-Norge
- Storby – en bydel i Oslo
- Fjellbygd – en jordbruksbygd på Østlandet
- Vestlandsbygd – en blandet industri- og jordbruksbygd på Vestlandet

I tillegg inkluderte vi en gruppe tidligere og nåværende toppidrettsutøvere. De potensielle informantene ble foreslått av nøkkelpersoner i lokalsamfunnet (kommunelege, formann i bygdelaget, lokale tillitsvalgte og liknende). Disse ble bedt om å finne frem til 10–15 personer av begge kjønn, i alle aldersgrupper og med ulik yrkesbakgrunn. Det ble ikke lagt spesielle føringer med hensyn til helse- eller sykdomsstatus.

Vår metode gir oss et øyeblikksbilde av hva folk mener med god helse – i teorien. Begrensningen ligger i vår manglende mulighet til å se hvordan det den enkelte informant uttrykker om «god helse», spiller seg ut og eventuelt endrer seg i konkrete situasjoner i hverdagslivet. For å kunne gjøre det, måtte vi ha fulgt opp et langt mindre utvalg informanter med gjentatte besøk over lengre tid, eventuelt gjort deltakende observasjon i et lokalsamfunn, slik Andersen (10) har gjort. Vårt metodevalg har gitt et materiale av betraktninger som folk har gjort seg omkring «god helse», forankret i deres livserfaringer som norsk mann eller kvinne i lokalsamfunn med visse sosiale og økologiske særpreg, eller som idrettsutøver på toppnivå.

Vi valgte å nærme oss helsebegrepet med åpningsspørsmålet: «Hva er god helse?» Dette fordi vi ved prøveintervjuer fant ut at å spørre bare om «helse» raskt førte over i lange sykehistorier, mens å spørre om «god helse» åpnet opp for refleksjoner over begrepet som sådant – hvilket var det vi var ute etter. Dette har selvsagt metodiske implikasjoner som gjør at vår «arkeologi» av helsebegrepet tar utgangspunkt i en positiv vektlegging. Utvalgsriteriene har sikret oss god spredning etter alder, kjønn, yrke og helse-tilstand. Ved at utvalget skjedde via lokale mellommenn, kan vi ikke utelukke at det er en overrepresentasjon av «kulturelt ressurssterke» i betydningen taleføre og meningssterke personer blant våre informanter.

Hva er god helse?

På vårt innledende spørsmål gav våre informanter i stor utstrekning positive definisjoner. Bare 17 av 80 svarte spontant «å ikke være syk». Følgende hovedtemaer kan løftes ut av folks spontane åpningssvar:

- Helse er trivsel
- Helse er funksjon
- Helse er natur
- Helse er humor
- Helse er mestring
- Helse er overskudd/energi



Helse er funksjon. Utsnitt av maleriet Slaraffenland (1917). Alle bildene er utført av den danske maleren Jens Ferdinand Willumsen (1863–1958) og tilhører Willumsens Museum i Frederikssund, Danmark. Alle foto Øivind Larsen 1999

Helse er trivsel

Trivsel gjentas gang på gang når folk skal forklare hva god helse er for dem:

«Nja, eg trur faktisk eg vil seie det slik at du har ei god helse ... det betyr at du skal være i en slik tilstand at du beholder livskvaliteten. God livskvalitet, god trivsel – det er en betingelse for at du har et godt liv. Og det er vel da au ... at du har ei god helse for å oppnå det.» Mann i 50-årene, Fjellbygd.

Folks egen operasjonalisering av helsebegrepet skiller seg ikke mye fra «det gode liv», men hva som oppleves som et godt liv for den enkelte, varierer med alder, kjønn, livssituasjon, bosted og en rekke andre forhold. Vi stilte for eksempel følgende spørsmål til en eldre fisker fra Nordvær som alltid



Helse er trivsel. Badende børn på Skagens Strand. Olje på lerret, 265 × 425 cm (1909)

har vært aktiv på havet og på land og som fortsatt har en liten sjark: «Du Peder, du blir 78, gjør du ikke? Hva vil det si for deg å ha god helse?»

«Ja, det kan æ godt svare på. Det har alt å si. For enda kan æ dra på havet, dra mæ noe fisk å selge. Og det her, det e livet mitt ja. Æ kan kappe opp ved til brensel for eksempel. I eggetida farer æ holmer og skjær, koser meg sjøl og henter egg og alt mulig. Det her e trivsel. Hvis æ skulle ha vært sjuk og bli sittende ved bordet, så trur æ at æ hadde vært tufsa bort for lenge sida.»

Mens forskere og teoretikere er opptatt av semantiske og logiske avgrensninger (13–16), henger trivsel, livskvalitet og helse nøye sammen i folks bevissthet om «det gode liv». Men det handler ikke nødvendigvis om det perfekte liv. Her aner vi en forskjell fra WHO's offisielle helsedefinisjon: Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte (17):

«Trivsel ... det går ikke først og fremst på liksom om du er forkjøla eller om at du har vondt i ryggen eller ... men det går på om du har det alminnelig bra. Det trur eg at legger i god helse.» Mann i 50-årene, Fjellbygd.

Alminnelig bra er godt nok. Folk synes ikke å forvente en fullstendig tilstand av velvære. De er også skeptiske til all verdens helseråd og føler at trivselen kan oppveie for mye:

«Kosten ... selvfølgelig skal du ikkje røyk deg i hjel på røyk og drikke tusen kopper kaffe, men æ trur at alt det der rundt feit mat og kaffe og røyk er mindre alvorlig. De gamle spiste alt på sauen, mykje røyk og kaffe og de hadde aldri noe med hjertet. De var harmoniske og hadde det godt. Så lenge du har trivselen, kan du tål mykje.» Kvinne i 40-årene, Nordvær.

Helse er funksjon

Men folk er også opptatt av funksjon – hvordan kroppen, og for den saks skyld også sjelen, fungerer i dagliglivet:

«Jeg er veldig glad hver eneste morgen – det må jeg si – når jeg kan komme meg ut av sengen og gå dit hvor jeg vil. Da mener jeg at man har god helse.» Kvinne i 80-årene, Storby.

«God helse for meg er at jeg i ro og behag kan bruke meg sjøl på en måte som gjør at jeg ikke går over noen terskel... For det er det jeg føler er liksom samfunnsproblem nr. 1, på en måte ... det at du liksom hele tida føler at du går over den terskelen du sjøl makter.» Kvinne i 40-årene, Småby.

Disse to utsagnene viser hvorledes forventninger og krav til funksjon varierer med ulike stadier i livsløpet. Den gamle kvinnen, som alltid har vært energisk og aktiv og beskriver seg selv

som en typisk guttejente fra barnsben av, stiller ikke lenger så store krav til fysisk utfoldelse. Hun er takknemlig og føler at helsen er god så lenge hun kan komme seg opp og ut på egen hånd og leve et liv hvor hun ikke er avhengig av andre. Hennes langt yngre, yrkesaktive, men delvis uførepensjonerte medsøster har selv fått føle hvordan det ikke å ta hensyn til kroppens signaler, kan få varige uheldige virkninger for helsen. Det er kjent at det å ha en varig sykdom eller funksjonshemming ikke er uforenlig med opplevelse av god helse (18–20). Våre informanter hadde ulike meninger om det:

«Jo, det er mange som er handikappa, og de kan likevel ha god helse, bortsett fra handikappet sitt.» Mann i 40-årene, Småby.

«Hvis jeg satt i rullestol, så ville jeg nok si at jeg ikke hadde god helse, selv om jeg ellers, fysisk var i form. Da er det noe som mangler.» Kvinne i 80-årene, Storby.

Igen er det trolig at de ulikheter i synspunkter som vi ser her, i noen grad reflekterer alder og livssituasjon for de to som uttaler seg. Mannen i 40-årene tenker på folk han kjenner, og spesielt en på hans arbeidsplass, som lever et fullverdig liv på tross av store fysiske funksjonshemminger. For kvinnen i 80-årene er faren for tap av egne funksjoner nærmere, noe som ville bety tap av selvstendighet og reduksjon i livskvalitet. Folks vektlegging av helse som kapasitet til å fylle funksjoner, som kan veksle mellom mennesker og gjennom livsløpet, gir støtte til to anerkjente helsedefinisjoner. Parsons (21) formulering er mye brukt internasjonalt: Helse er optimal mulighet til å fylle de oppgavene og rollene man er sosialisert inn i. Her hjemme er Hjorts (22) helsedefinisjon akseptert i vide kretser: Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav.

Helse er natur

Noe av det som kanskje overrasket mest, var den store betydning naturen synes å ha for folks oppfatning av egen kropp og helse:

«Du må være snill med deg sjøl, gå i fjæra og filosofere over kor godt du har det. Vi er ikke vedlikeholdsfrie, men æ trur ikkje på tren og strev, men ut i skog og mark kan være bra. Æ blir et heilt nytt menneske ute i fjellet. Ute i naturen og frisk luft.» Kvinne i 40-årene, Nordvær.

Denne følelsen av nærhet til naturen og dens betydning for helse er også sterkt knyttet til norsk identitet. På spørsmål om hva hun forstod med god helse svarte en kvinne i 20-årene fra Storby:

«Jeg tenker litt sånn ... jeg tenker egentlig nordmenn, jeg ... friske nordmenn som er på tur i skog og mark ... jeg føler at egentlig er det litt sånn vi nordmenn er – eller tror vi skal være. Men det er kanskje ikke sånn vi er allikevel? Men det er liksom det første jeg tenker på. Det er ut i all slags vær, og ut i skog og mark og ut å fiske, og litt sånn ... Det er god helse.»

Denne kvinnen var selv ikke spesielt in-

teressert i naturen, hun ville helst trene i treningsstudio, men følte likevel at natur, identitet og helse var så nær knyttet sammen at hun la vekt på at fireåringen hennes skulle oppleve friluftslivet. Kanskje håpet hun at sønnen skulle få samme erfaring som en mann i 80-årene i Småby:

«God helse, det å kunne bevege meg rett hvor jeg vil, rundt omkring, ikke bare inne, også ute. I naturen, nyte naturen. Det er det som jeg forbinder med god helse. Jeg har vært formann i Turistforeningen i 20 år... Så der lærte jeg å bryte av i naturen, å elske naturen.»

Helse på norsk synes å være sterkt forankret i naturen. Å høre til i naturen, å være i naturen, å føle sitt jeg skapt av naturen går inn i helseopplevelsen til mange av våre informanter. Sammenholdt med studier av folks helseforestillinger i andre land (7, 11, 19, 20) ser det ut til at vi her er på sporet av et særnorsk fenomen. Nærheten til naturen har kanskje sammenheng med et annet påfallende funn – få eller ingen av våre folk ser på helse som en vare, noe som synes å være mer vanlig andre steder (23).

Helse er humør

I Hardanger (8), i Paris og Normandie (19) og i Aberdeen (20) mener folk at helse er forbundet med evnen til å tåle, som igjen henger sammen med lyst sinn og positiv innstilling. Våre folk bekrefter humørets betydning for god helse. I Nordvær hvor slike svar var særlig fremtredende, spurte vi: «Du Johannes, hva legger du i uttrykket god helse?»

«Ja, det skjells jo ... alt e relativt men æ mener at helsa e god så lenge man har humøret ... æ meiner det e det viktigaste ut av alt. Men du skjønner, det e jo det ikkje sant, at folk som har vært friske hele livet hvis de får litt ondt så klager de. Men folk som har vært mykje sjuk de tar det jo annerledes opp ...»

Vi spurte videre: «Hva kjennetegner de folkene du kjenner som har god helse?»

«Der kjem vi tilbake til det med humøret. Han Kristian, han har no fått sukkersyke han no, men han e over åtti, så det var jaggu på tide. Han hadde aldri vært sjuk i sine dager da. Han har iallfall kunnet fortelle historier og vitser hele livet. Så kan du ta sånne som han Anton for eksempel. Du så han fikk slag, men det var jo bare et øyeblikk å trene seg opp på grunn av at han hadde humøret ... Men så kan vi jo ta sånne som hu Anna. Ho har nå ikkje hatt så godt humør, men ho har nå aldri vært sjuk heller ... så ho har nå vel levd sunt.»

Helse er mestring

Det er et kjent munnhell at det ikke først og fremst er spørsmål om hvordan man har det, men hvordan man tar det.

Hvordan man tar det og hvordan man definerer god helse henger også nær sammen

med de livserfaringer man har gjort og de krav man stiller til et godt liv. Dette så vi klart da vi snakket med Gerd, som var i 50-årene og hadde bodd i Fjellbygd hele sitt liv. Hun forteller om oppveksten sin:

«Det var fattigslige kår og vi var åtte søsken. Far var tømmerhogger, braut nybrott og sagarbeider ... Eg trur det var bra å ha det litt ... ja kummerlig. Og slik som eg lever nå, så trur eg at det er bra å være mye ute og holde på med arbeid. I dag så er det artig å hugse hvordan en har hatt det og at du ikke hadde så mye før da kan du si ... men at det likevel gikk bra.»

«Du sliter jo ganske hardt med å holde denne gården, gjør du ikke det?» spurte vi:

«Jo, eg har slitt altfor mye eg ... Noen ganger når alt går dugelig godt, da synes du likevel at det går an, men samtidig noen ganger så kan du tenke at hvorfor driver en med dette her.»

«Når hadde du ferie sist?»

«Det har eg aldri hatt. Eg har hatt ferie de gangene eg har fått ungene (sju), for da har eg ligget noen dager (latter).»

«Og så har du jo en jente som er psykisk utviklingshemmet. Hva tenker du om det?»

«Nei, hu er frisk! Eg syntes liksom det var litt vondt da kan en si ... til å begynne med. Men det gikk så fint, det.»

Vi ser at for Gerd var det å få en psykisk utviklingshemmet jente noe hun tok på strak arm, som en av tilværelsens mange tilskikkelser i et liv hun opplevde som godt på tross av trange kår og hardt arbeid. Og jenta er frisk, hun. Hun bor for seg selv i et hus like ved, har god hjelp av støttekontakt og omsorgstjenesten og gir foreldrene mye glede. Gerd personifiserer et av hovedfunnene i Haftings Hardanger-studie (8) og i Williams' (20) klassiske studie av folks helseforestillinger i Aberdeen – helse kommer an på menneskets indre styrke og mestrings-evne.

Å se på den helsen man har som en gave, kan bidra til å tåle og mestre:

«Det er jo en gave å ha god helse, det er en gave ... at du kan klare deg selv i eget hus, og at du kan gå ut og, ikke glem være klar i topen – ikke sant?» Kvinne i 80-årene, Storby.

Denne damen stilte ikke så store krav. Hun hadde taklet vanskelige problemer i sitt liv og på sine gamle dager kunne hun også tåle mange av aldringens problemer, bare det gikk så noenlunde bra i den praktiske hverdagen. Men helse sett som gave innebærer forpliktelser. Forpliktelsen til å være takknemlig – overfor Gud, skjebnen eller hva man nå tror på – og forpliktelse til å ta vare på den gaven man har fått ved å ivareta kropp og helse. Utvalgets eneste selverklarte hypokonder er på sitt vis også i nærheten av en slik takknemlighetstankegang, om enn noe satt på spissen:

«Hver eneste dag jeg ikke tenker på at dette er den siste dagen, vil jeg karakterisere som en dag med god helse.» Mann i 50-årene, Storby.

Helse er overskudd/energi

Ord som overskudd og energi tas ofte i bruk når folk skal fortelle hva de legger i god helse:

«Det første jeg tenker på er en som er i god form, altså ... ja en som er opplagt. En som er opplagt utover bare det å løpe, men altså som har overskudd og energi.» Mann i 30-årene, Storby.

Igjen får vi bekreftet en klassisk observasjon, denne gang fra Herzlich's (19) studie av forestillinger om helse blant mennesker i Paris og Normandie – helse oppleves som en kraft, et overskudd som ligger på lager.

På sporet av en kulturkollisjon?

De teoretiske helsedefinisjonene ordnes gjerne etter kontrasterende prinsipper (4–7):

- Positive – negative
- Holistiske – reduksjonistiske
- Subjektive – objektive

Sammenholdt med de rådende helsedefinisjonene, er det åpenbart at folks forestillinger om helse er mest i samsvar med den positive-holistiske-subjektive skolen. Folk legger vekt på helse som ressurs, helse som totalopplevelse og helse som personlig, situasjonelt fenomen. Medisinske antropologer har for lengst dokumentert betydningen av pasientens personlige opplevelse av helse og sykdom (24). Også i klinisk medisin legger nå forskere og praktiskere økende vekt på den pasientsentrerte metoden, som gir legen innsyn i pasientens egne forestillinger om helse og sykdom (25). En slik tilnærming kan forebygge misforståelser og feil som følger av en ensidig medisinsk ekspertdominans. Det kan tenkes at disse erfaringene fra legepasient-forholdet kan overføres til forholdet mellom samfunnsmedisinen og befolkningen. Det er mulig at samfunnsmedisinen bør skaffe seg bedre innsikt i befolkningens forestillinger om helse og sykdom før forebyggende og helsefremmende tiltak settes i verk (26). «Helse på norsk»-studien er ment som et bidrag til en slik fagutvikling. I et slikt perspektiv vil vi avslutningsvis reflektere over potensielle lærdommer som kan hentes ut av folks helsemelding. I jakten på det folkelige helsebegrep, har vi kommet på sporet av tre kjennetegn som representerer potensielle avvik i forhold til den medisinske tanke- og arbeidsmodellen:

– Helhet

– Pragmatisme

– Individualitet

Helhet

Folk har en sterk og utbredt forestilling om at helse ikke er «ein Ding an sich», men at helse er vevd uløselig inn i livet, hverdagstilværelsen, arbeidsplassen, familien, lokal-

samfunnet. Helse er en likevektstilstand hvor fravær av sykdom ikke er nok, men hvor også de fleste andre verdier i personens liv må kunne realiseres på en brukbar måte:

«God helse for meg det er jo ... Selvfølgelig først og fremst så tenker man god helse for seg sjøl, men som mor så tenker jeg også (at) god helse for meg er at ungene mine har det godt ... Jeg klarer ikke å se at jeg har god helse hvis ungene mine har det dårlig, ikke fungerer på skolen eller på en måte er i en problemsituasjon. Så det jeg opplever er at



Helse er natur. Mont Blanc i skyer. Olje på lerret, 126 × 150,5 cm (1936)

jeg har en livssituasjon hvor jeg føler at jeg håndterer ungene mine, hvor jeg har økonomi til den sunne maten jeg er interessert i å gi dem, at jeg har venner som jeg føler jeg kan ha fritid sammen med. Og etterpå det så kommer det som jeg synes er god helse, det å kunne le sammen med noen og det å kunne ha et godt følelsesmessig forhold.» Kvinne i 30-årene, Småby.

Om du opplever deg som frisk eller syk kommer ikke bare an på hvilke plager du har, men også på om det er hverdag eller søndag og på hvordan du trives på arbeidsplassen. En fisker i 40-årene fra Nordvær som er glad i båten og havet, beskriver dette samspillet levende:

«Nå, hvis man har en arbeidssituasjon som en gleder seg til, som man liker seg i, så trur æ man har helsa så lenge som man e i arbeid... Da trur æ man skal være mykje sjuk før man innrømmer at man e sjuk. Ja, æ trur at har du ein trivelig arbeidssituasjon, så er de små plager, de kjennes nesten ikkje. De kjem ikkje igjen før den dagen du e nødt til å være i land, og det e helligdag og sånn ... søndagsplager.»

Mye tyder på at folks erfaringer med helse som en helhetlig opplevelse, er tidløs og stedløs. Ordet helse har rot i gammelnorsk «heill», som betyr hel (27). I alle de store helse-/sykdomssystemene i verden, bortsett fra i vestlig biomedisin, er helhetsperspekti-

vet dominerende (24, 28, 29). Mens folk vektlegger helhet, står medisinen i en reduksjonistisk tradisjon (28, 30, 31). Mens folk opplever sin helse i samspill med hele sin væren som menneske, arbeider medisinen med deler, ett molekyl, ett organ, en livstilsfaktor. Det er nødvendig for medisinen å inndele og avgrense, men hvis avstanden mellom medisinsens tilnæringsmåte og pasientens virkelighetsoppfatning blir for stor, kan det oppstå brudd på kommunikasjon og tillit (30, 32). Dette gjelder antakelig både i klinisk medisin, i helseopplysning og i forebyggende arbeid. I studier av tilfredshet med og motiver for å søke alternative behandlere blir ofte den holistiske arbeidsmåten fremhevet (33, 34). Samtidig blir det utvidede helsebegrep kritisert fra mange hold. Blant ankepunktene er (6, 13, 14, 30, 35, 36):

- Målene er uoppnåelige. Utopikritikken gjelder særlig WHOs definisjon.
- Begrepsinnholdet gir ikke operative kriterier å vurdere utviklingen etter.
- Inkluderingen av lykke og velvære fører til medikalisering av livet og samfunnet.

Det er således også argumenter mot at det folkelige helhetssyn på helse skal legges til grunn for medisinsens og helsetjenestens

arbeid. Tvert imot har det vært hevdet at folks helhetsforestillinger om helse bør utfordre medisinen og særlig samfunnsmedisinen til å avgrense det faglige oppdrag slik at det blir tydelig hvilke deler av helseansvaret som hører til enkeltmennesket, familien, arbeidsplassen og samfunnet (26).

Pragmatisme

Folk er stort sett fornøyd med nok. De veksler ikke normalbilde med glansbilde. De kan tåle sykdom og avvik og likevel oppleve god helse. For noen er det nok at de fungerer i hverdag og/eller arbeid. For enkelte kan sykdommer og plager veies opp av andre positive verdier i helsebegrepet: godt humør, noen å være glad i osv. En mann i 50-årene i Småby har allerede begynt å godta at alderen setter spor:

«Altså, du kan ikke vente å gjøre alt som du kunne. Jeg må si jeg har kommet i den alderen at jeg oppdager noen ganger at jeg ikke får til det jeg hadde tenkt å få til (liten latter), men jeg knytter ikke det til dårlig helse. Jeg knytter det opp mot en normal prosess.»

Og folk har stor romslighet for at sykdom ikke trenger gå utover helsen:

«For egentlig ... mannen min, han blir 71 år, han er bypassoperert, han har slitt med litt høyt blodtrykk og sånn, men jeg ville ikke falle meg inn å si at han har dårlig helse. Og sjøl har jeg vært uheldig for 10–12 år siden

og brekki ryggen og måtte uføretrygde meg etter en stund, Jeg våkner om natta for jeg har vondt i ryggen, men vil ikke si at jeg har dårlig helse.» Kvinne i 60-årene, Småby.

Tilpasningsdyktighet, evne til å godta livet innenfor rammen av det mulige, er bygd inn i det folkelige helsebegrep. Tilpasning er også et sentralt prinsipp i de helsedefinisjonene som går inn under den såkalte miljø- eller økologimodellen (13, 37).

Vi har sett at folk er nøkterne i sine forventinger til helse. De måler ikke sin egen helse i forhold til et ideal, men etter det man med rimelighet kan regne med ut fra alder, livssituasjon og sykdomsbyrde. Igjen aner vi en mulig motsetning til den medisinske kultur, som kritiseres for å love for mye og føre menneskene inn i helseperfeksjonisme og nullrisiko-visjon (30, 31, 36, 38). Medisinsens viktigste kapital er muligens tillit (39). En betingelse for tillit er å holde løfter. Kanskje bør medisinen begrense seg til løfter som kan innfris? Vår studie tyder på at folk er mottakelige for realisme.

Individualitet

Mange av våre informanter er opptatt av at selvopplevd helse og råd/tiltak for å fremme helse er knyttet til enkeltmenneskene, som er forskjellige. Det som passer for den ene, passer ikke for den andre. For mange synes god helse å være «det gode liv», gitt de høyest personlige kriterier og muligheter som gjelder for det:

«God helse ... det kommer an på kem du e, kor du bor, ka slag personlighet du har, på samfunnet rundt dæ, men ikkje minst på den personen du e. E du ein rolig person... eller ein som like fart og spenning? Det finnes ikkje noen fellesnevner. Det som e bra for ein, kan ikkje hjelpe to tusen.» Mann i 40-årene, Nordvær.

Han konkretiserer denne individualitetsteorien i forhold til fellesskap og ensomhet. For de fleste er fellesskap og solide, sosiale nettverk en kilde til helse, men menneskene er ulike. Noen blir plaget, kanskje syke av for mye selskap:

«Så e det de personer som æ veit, får de være litt for seg sjøl, så har de det godt. Skal de blant folk så sitter de og gruer seg ei heil uke i forveien, før de skal gå på denne tilstelningen, og når de kjem heim, så sover de ikkje den natta, for da har de så mykje å tenke på. Så på den måten har de det best med å være ensom... i hvert fall det at de sjøl får bestemme. Så æ trur bare at du får lov å gjøre det du vil... for vi e så ulike.»

Her er vi ved den tredje fare for kulturkollisjon: godtfolk betoner hvert individ som en særpreget original, mens medisinen har en tradisjon for standardisering av det menneskelige prosjekt (31, 40). Både i forskning og praksis, i epidemiologi og klinikk, har medisinen en tendens til typifisering, hvor man klassifiserer og behandler mennesker som var de biologisk og sosialt mer like enn de er. Den moderne mentalitet er sterkt opptatt

av «jegg» (41). Individualitet er på moten. Folk er blitt mer selvstendige og krevende i sin søken etter liv og tjenester som stemmer for seg. Fox (42) representerer en foreløpig front i denne utviklingen når han nærmest definerer helse som evne til å stå imot modernitetens disiplinerende institusjoner, særlig medisinen. Våre funn tyder på at sansen for «hiin enkelte» ikke er en postmoderne oppfinnelse. Det ser ut til at respekten for individualitet, ikke minst i helsesammenheng, er dypt forankret i folkesjelen. Denne tendensen forsterkes antakelig av tidsåndens jeggopptatthet, med den følge at medisinen trolig vil måtte legge større vekt på å individualisere sine tjenester i tiden fremover.

Vi har pekt på noen mulige avvik mellom folks helseoppfatning og den medisinske kulturen. Vi håper å ha vist at utforskning av folks helseoppfatning kan gi stoff til ettertanke, selvransakelse og muligens endring i medisinen. En antropologisk tilnærming kan forsyne medisinen med det korrektiv samfunnsmedisinen får Virchow anbefalte (43): «Sikkert er det at medisinen ikke vil miste noe av sin verdighet ved å ta de høye sko av og blande seg med folket, for blant folket vil den finne ny styrke.»

Helse på norsk-studien er finansiert av Norges forskningsråd.

Litteratur

1. Tillich P. The meaning of health. The relation of religion and health. Richmond: North Atlantic Books, 1981.
2. Danbolt G. Kunst og medisin. I: Husebø S, red. Medisin – kunst eller vitenskap? Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992: 13–40.
3. Barstad A. Det gode liv: hva synes nordmenn de behøver for å få det bedre? Samfunnspeilet 1999; nr. 4: 12–8.
4. Nordenfelt L. On the nature of health. An action-theoretic approach. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.
5. Aggleton P. Health. London: Routledge, 1990.
6. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philosophy of Science 1977; 44: 542–73.
7. Juul UJ. Sundhed, liv og filosofi. I: Juul UJ, Andersen PF, red. Sundhedsbegreber i filosofi og praksis. Århus: Philosophia, 1994.
8. Hafting M. Et eple om dagen. Eldre småforbrukere av helsetjenester. Oslo: TANO, 1995.
9. Alver BG, Selberg T. «Det er mer mellom himmel og jord». Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling. Sandvika: Vett & Viten, 1992.
10. Andersen J. Nå går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nordnorske kystsamfunn. ISM skriftserie nr. 46. Tromsø: Institutt for sosiologi og Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998.
11. Martin E. Flexible bodies. The role of immunity in American culture from the days of Polio to the age of AIDS. Boston, MA: Beacon Press, 1994.
12. Marcus GE. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. Annu Rev Anthropol 1995; 24: 95–117.
13. Larson JS. The conceptualization of health. Med Care Res Rev 1998; 56: 123–36.
14. Andrews T. Det utvidede helsebegrepet – begrepsmessig forvirrende og praktisk uhåndterlig. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 118: 3312–5.
15. Næss S. Livskvalitet som psykisk velvære. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1940–4.

16. Nordenfelt L. Quality of life, health and happiness. Aldershot: Avebury, 1993.
17. World Health Organization Constitution. Genève: WHO, 1946.
18. Ramm J. Egenvurdert helse: vi klager ikke før vi må. Samfunnspeilet 1997; nr. 2: 14–21.
19. Herzlich C. Health and illness: a social psychological analysis. London: Academic Press, 1973.
20. Williams R. Concepts of health: an analysis of lay logic. Sociology 1983; 17: 185–205.
21. Parson T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. I: Caplan AL, Engelhardt HT, McCarthy JJ, red. Concept of health and disease. Reading, MA: Wesley Publishing Company, 1981: 57–81.
22. Hjort PF. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen PE, Berge T, Åker J, red. Helsepolitikk og helseadministrasjon. Oslo: Tanum-Nordli, 1982: 11–31.
23. Seedhouse D. Health: the foundations for achievement. Chichester: John Wiley, 1986.
24. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.
25. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine. Newbury Park, CA: Sage, 1995.
26. Fugelli P. Folkehelse – folkets helse? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1421–5.
27. Andrews T. Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi – en kritisk drøfting av konsekvensene. I: Alvsvåg H, Andersen N, Gjengedal E, Råheim M, red. Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnproblemer. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 40–61.
28. Lock M, Gordon DR. Relationships between society, culture, and biomedicine: introduction to the essays. I: Lock M, Gordon DR, red. Biomedicine examined. Boston: Kluwer Academic Press, 1988: 11–6.
29. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.
30. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. New York: Carroll & Graf Publishers, 1999.
31. Scrabaneck K. The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Suffolk: Crowley Esmonde, 1994.
32. Kringlen E, Finset A. Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
33. Christie VM. Den andre medisinen. Alternative utøvere og deres pasienter. Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
34. Astin J. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA 1998; 279: 1548–53.
35. Boorse C. On the distinction between disease and illness. I: Caplan AL, Engelhardt HT, McCarthy JJ, red. Concept of health and disease. Reading, MA: Wesley Publishing Company, 1981: 545–60.
36. McGormick J. Medical hubris and the public health: the ethical dimension. J Clin Epidemiol 1996; 49: 619–21.
37. Kovacs J. The concept of health and disease. Med Health Care Philos 1998; 1: 31–9.
38. Førde R. Har Illich fått rett? Skaper risikofokuseringen i medisinen uhelse? Nord Med 1996; 111: 113–5.
39. Fugelli P. Trust – in general practice. Br J Gen Pract 2001; 51: 575–9.
40. McKinlay JB, Marceau LD. To boldly go... Am J Public Health 2000; 90: 25–33.
41. Giddens A. Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press, 1991.
42. Fox NJ. Beyond health. Postmodernism and embodiment. London: Free Association Books, 1999.
43. Fugelli P. Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser i den nye samfunnsmedisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1091–4.