

Overføres UD dato 14.11.83
Kopier ikke utlånes

Solgt til
Eksamenstjeneste

SJUK, Æ NEI? SNAKK ME' KJÆRRINGA!

Helse og sykdom i et nordnorsk
kystsamfunn



Av JORID ANDERSSEN

UNIVERSITETET I TROMSØ
INSTITUTT FOR SAMFUNNSVITENSKAP
HELSE- OG SOSIALPOLITIKKGRUPPA
TROMSØ, 1983

FORORD.

Når jeg nå har fått en ferdig oppgave, er det takket være mange mennesker. Først og fremst befolkningen i "Nordfjord" fordi de ga meg de data dette arbeidet er basert på. Min veileder Georges Midre har alltid tatt seg tid til å hjelpe meg til å setts sammen alle de tanker jeg har hatt underveis. Vivi har skrevet oppgaven på maskin, mens Ruth Jørgensen har laget forsiden. Skissen hun har brukt er av Karl Erik Harr, og er benyttet etter tillatelse fra han. Takk til dere alle for hjelpa.

Foreningen Gabrielsen/Anderssen er nok likevel den gruppen som har vært sterkest berørt - i perioder også rammet av dette arbeidet. Uten dens fulle og hele støtte har dette prosjektet ikke hatt fullføringsmuligheter. Foruten all hjelp Sigrid er ved bare å være som hun er, ga hun meg nyttig hjelp under feltarbeidet. Håper dine forventninger til livet etter mammas eksamen blir oppfylt. Geir har brukt mange timer på å lese og diskutere en verden som er annerledes enn rypenes. Den økonomiske slutføringen av dette prosjektet har ensidig vært fra Gabrielsen-siden av foreningen, etter at Lånekassa ikke fant det støtteverdige lenger. Takk skal du ha, Geir.

Til slutt en spesiell takk til svigermor og mamma for all hjelp til barnepass - og til Kirsti for å ha hørt på alle mine frustrasjoner underveis.

Tromsø, august 1983.

Jorid Anderssen.

INNHOUDSLISTE

Innledning	s. 1
Resyme av oppgaven	s. 3
 <u>DEL I : BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLINGEN</u>	
Kap. 1 : Presentasjons av undersøkelsesområdet	s. 6
Kvinnerolla i Nordfjord	s. 7
Mannsrollen	s. 8
Utvikling i bygda	s. 9
Legedekning-historikk	s.11
Er folk i Nordfjord lavforbrukere av legetjenesten	s.12
 Kap. 2 : Metode	s.17
Bakgrunn for valg av metode	s.17
Datainnsamlingen	s.19
Metodeproblemer	s.23
 Kap. 3 : Teoretisk forankring	s.26
 <u>DEL II : PRESENTASJON AV DATA</u>	
Kap. 4 : Hva folk ønsker å snakke om	s.31
Problemer med å komme seg til legen	s.31
Forholdet til legene	s.34
Det ustabile legemarkedet	s.34
Forventninger til legen	s.37
Konsekvenser for legesøking	s.40
Legerollens betydning for legesøking	s.42
 Kap. 5 : Hva sykdom ikke er	s.46
Toleranse til symptomer	s.46
Gjenkjennelse av symptomene	s.47
Aktivitetshemming og alternativ forklaring	s.48
Smerte som symptom	s.49

Nordfjord i litteratursammenheng	s. 51
Kap. 6 : Hva er sykdom	s. 56
Kjønnsulikheter	s. 56
Diskusjon av nordfjordingenes kategori- sering	s. 59
Sykerollen i Nordfjord	s. 63
Kap. 7 : Kunnskapsoverføring og legesøking	s. 68
Opplysningskilder	s. 68
Massemedia	s. 68
Nærmiljø	s. 70
Rådføring når det gjelder barns sykdom	s. 73
Å søke lege	s. 75
Å bestemme seg for å søke lege	s. 75
Hvem kontakter legen	s. 78
Hvorfor har kvinner flere kategorier enn menn	s. 79
Kap. 8 : Bli ulike sykdommer ulikt akseptert	s. 83
Gynekologi	s. 84
Forebyggende kontroller	s. 85
Diskusjon av ulikhetene	s. 89
Barns sykdom	s. 89
Gynekologiske lidelser	s. 91
Overgang til diskusjon	s. 94
<u>DEL III : DISKUSJON : KJØNNSULIKHETER OG LEGEFORBRUK</u>	
Kjønnsulikheter i erfaringer og symp- tomer	s. 96
Rollesegresjon	s. 99
Ulikheter i kunnskap om sykdom	s.102
Ulikheter i å skaffe seg kunnskap	s.106
Hvorfor lavforbruk i Nordfjord	s.110
Appendix	s.114
Litteraturliste	s.123
Vedlegg	s.128

INTRODUKSJON

Jeg har alltid hørt at folk i Nordfjord* er noen "hardhauser" som ikke er snar til å kontakte lege hvis det er noe i veien. En lege som tjenestegjorde i distriktet for endel år siden, sa det slik : "Når nordfjordingene ringer, er det bare å hente veska og begi seg i vei." Og det går historier av denne typen: Når noen ringte, pleide han å spørre hvor samtalen kom fra. Hvis svaret var "Nordfjord", ga han seg ikke tid til å høre hva det gjaldt, sa at han kom med en gang og la på røret.

Om denne legen overdreiv, så er det en kjennsgjerning at folk i Nordfjord har ord på seg for ikke å "springe ned dørene" hos legen, noe både innbyggerne i legedistriktet og seinere leger kan bekrefte.** Når Nordfjord i tillegg ligger i et distrikt som har skiftet lege svært ofte, så har det vært nok av leger til å bekrefte denne påstanden. (F.eks. har det vært 8 distriktsleger siden opprettelsen av legedistriktet i 1970).***

Da jeg dro til Nordfjord, var det for å se på hvordan helse og sykdom blir vurdert i et samfunn av "hardhauser". Den første samtalen jeg hadde der bare bekreftet det jeg fikk se som en gjennomløpende tendens i seinere samtaler, at kjønn var en viktig variabel for å forklare organiseringen av helse i dette samfunnet.

Den første jeg snakka med var en av mennene som jeg kjente ganske godt fra før, og som det av den grunn var naturlig å henvende meg til. Svaret jeg fikk var : "Nei, e det sjukdom du vil snakke om, får du heller snakke med kjarringa, det e ho som har greie på sånt." Og dermed overløt han meg til kona si og gikk for å gjøre noe annet selv.

* Fiktivt navn, i likhet med andre person- og stedsnavn jeg vil presentere fra dette distriktet.

* Kilde : Samtaler med innbyggere og seinere distriktsleger.

* Kilde : Helse- og sosialplan for Fjorden kommune.

Etter flere slike opplevelser, satt jeg igjen med det inntrykket at helse og sykdom var kvinnes domene, og for å få informasjon om dette samfunnets ordninger, måtte jeg henvende meg til kvinnene i bygda. Og mennene var "hardhauser", både i sin holdning til sykdom og i sin måte å avvise tema på. Og jeg fant også ut at mennenes "hardhaus"-mentalitet også delvis blir forsterket og opprettholdt gjennom kvinnes større engasjement i helse-spørsmål.

Ved å fokusere på ulikheter mellom kjønnene, vil jeg se på hvordan folk i dette samfunnet tar vare på helsa si, og hva de gjør når de oppdager tegn på sykdom. Ved å se på hvordan folk vurderer, og på hvilken bakgrunn de handler i forbindelse med sykdom og symptomer, håper jeg å få større kjennskap til faktorer som bestemmer deres lavforbruk. Og det som blir presentert i denne oppgaven er sentrert om følgende problemstilling :
Hvorfor er folk i Nordfjord lavforbrukere av legetjenesten ?

Resyme av oppgaven.

Denne oppgaven består av tre deler : Bakgrunn for problemstillingen, presentasjon av data, og en diskusjonsdel.

Del I starter med en presentasjon av bygda Nordfjord, ei typisk lita nordnorsk kystbygd, med bosetning basert på slekt, og der mennene er fiskere eller arbeidere, og kvinnene er husmødre. Og som så mange andre småbygder har Nordfjord nå fått vei inn til kommunesenteret, der også legen bor. Distriktet har hatt problemer både med å få besatt distriktslegestillingen, og deretter å få legen til å bli i stillingen. Her får jeg også bekreftet utgangspunktet for denne oppgaven, folk i Nordfjord er lavforbrukere av legetjenesten.

Jeg forklarer deretter hvilke metoder jeg har benyttet for mitt studie, og argumenterer for hvorfor jeg meiner deltagende observasjon kombinert med intervjuer, er gode metoder for denne problemstillingen. Problemer i forbindelse med bruk av disse metodene er at de er tidkrevende og forutsetter nærhet mellom informant og intervjuer.

I denne delen tar jeg også opp hvilke teoretiske utgangspunkter min problemstilling har. Her argumenterer jeg for hvorfor Ivan Illich (1975, 1975) og David Mechanic (1978) er to arbeider som har relevans for min problemstilling, og viser to ulike sider av forbruksproblematikken. Mechanics modell for legesøkning viser til faktorer som hinder en person i å søke lege, mens Illich meiner at folk søker lege for for mange ting, og at målet heller må være å få folk til å stole på sin egen kunnskap i stedet for legens.

Del II, presentasjons av data, starter med hva folk selv ønsket å snakke om. Kvinnen var stort sett opptatt av å fortelle om praktiske problemer i forbindelse med å komme seg til legen, mens mennene heller ville snakke om at legene er anderledes enn de burde være. Likevel så disse problemene ikke ut til å innvirke på deres legesøkning, men var heller ting de erget seg over.

Befolkningen som helhet meinte at om bare de var syke nok, spilte disse tingene ikke så stor rolle - trengte de lege, så trengte de lege. Og de søkte ikke lege uten at de trengte han.

Jeg gikk derfor videre og så på hva folk ville gi betegnelsen sykdom og som de derfor søkte lege for, noe kapitlene 5 og 6 viser. Menn og kvinner hadde ulike oppfatninger om hva sykdom var, kvinnene hadde en "videre" definisjon og snakket om flere kategorier tilstander enn mennene. De brukte også erfaringer både fra egne opplevelser og fra omsorg for andre, og deres "videre" definisjon så spesielt til å gi seg utslag når det gjaldt ungene, som de snarere vil kontakte lege for enn voksne. Mennene derimot, la sin egen erfaring som kroppsarbeidere som grunn for definisjonen. Når det gjaldt symptomer var de smerteinteressert, og viste stor toleranse til symptomer som ikke hindret dem i deres daglige arbeid. En diskusjon av befolkningens sykdomsdefinisjon i forhold til relevant litteratur, viser at de i deres sykdomsdefinisjon først og fremst tar hensyn til hvor alvorlig de regner et symptom for å være, og prognosen. Jeg måtte derfor se på grunnlaget for hvorfor noe blir regnet som sykdom, mens andre symptomer ikke blir det. Altså hvilken viten som gir bakgrunn for å si noe om prognose og alvorlighet.

Til tross for at både menn og kvinner hadde adgang til magasiner, radio og TV, var det bare kvinnene som var interessert i å skaffe seg kunnskap og brukte anledning til å få opplysninger. Mennene regnet ansvar for helse og sykdom som et kvinneområde, og sa at de verken hadde behov eller interesse for å skaffe seg kunnskap om sykdom.

Men slike massemedia var ikke kvinnes viktigste informasjonskilde, det var andre kvinner i bygda, både når det gjaldt seg selv eller noen andre i hennes familie (dvs. mann og barn). Kvinnene gikk til hverandre både for å få råd om hva de skulle gjøre når noen i familien var syk, og andre kvinner i bygda brukte egen erfaring og kunnskap for å hjelpe til med å avgjøre hva som burde gjøres. Mannen rådførte seg med kona som ofte "tvang" han til lege.

Og helse og sykdom var et kvinneområde. Når det gjaldt å bestemme når en skulle søke lege, og det var kvinnen som også kontaktet lege, uansett hvem i familien som var syk. På denne bakgrunn kom jeg også til større forståelse for hvorfor de også hadde et mer variert språk i forbindelse med helse og sykdom - det var fordi de trengte flere kategorier, for å avgjøre når noe var sykdom og trengte legehjelp, og for å få så gode råd som mulig fra andre kvinner.

Kap. 8 er en diskusjon og presentasjon av to typer problemer som kvinnene nevnte, nemlig gynekologi og barns sykdom. Gjennom diskusjon av dem viste det seg at disse problemene ikke er så spesielle, men heller har ulik overenstemmelse med deres kategori sykdom. Deres handling i forbindelse med symptomene er også bestemt av deres forhold til sykdomsdefinisjonen.

Kjønnsulikheter blir viktig for å forstå lavforbruket i bygda. Menn og kvinner har ulikt forhold til sykdom, de har ulik sykdomsdefinisjon og ulik viten om sykdom. Derfor må jeg diskutere kjønnsulikheter jeg har funnet i denne bygda, for å få full forståelse av lavforbruk i dette samfunnet. Del III er en diskusjon av de kjønnsulikheter, slik jeg oppfatter dem og har data på fra Nordfjord, og hvilken innvirkning de har på det generelle lavforbruket i Nordfjord. Denne delen ender ut i en forklaring av lavforbruk på bakgrunn av menn og kvinners roller i dette samfunnet.

DEL I: BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLINGEN.

Kap 1 PRESENTASJON AV UNDERSØKELSESOMRÅDET

På en av de større øyene i Nord-Norge, ligger bygda Nordfjord, som med et folketall på 50-60 innbyggere, er en av de minste på øya. Bygda ligger innerst i en åpen fjord, og Storhavet står rett i mot, noe som ofte fører til vanskelige værforhold. Bygda ligger omkranset av høye fjell på de andre sidene. Nordfjord ser ut som ei typisk nordnorsk kystbygd, slik f.eks, Brox (1964), eller Anderssen et.al. (1979) beskriver den. Husene står tett, og det er vanlig at barna bygger hus på foreldrenes eiendom. Typisk for denne bygda, som andre kystsamfunn i Nord-Norge (jfr. Anderssen et.al. 1979), er at like ofte kommer første barnet, mens jenta og ofte også gutten, ennå er i tenårene og før giftemål. Dette fører til at jenta bor heime hos foreldrene under svangerskapet og like etter fødselen. Barnefaren bor som oftest hjemme hos sine foreldre, mens han prøver å legge til side penger til husbygging. Ingen par bor hos foreldrene i lengre tid, men bygger eget hus, de fleste forholdsvis kort tid etter at de får det første barnet. Og giftemål finner som oftest sted før de flytter inn i huset.

Folk som bor i Nordfjord er alle mer eller mindre i slekt med hverandre. Av unge par som har slått seg ned i bygda, er alltid den ene partien født og oppvokst der, mens ektefellen kommer fra en av nabobygdene. Verken i Nordfjord eller nabobygdene er det store arbeidsmuligheter for de unge, spesielt unge jenter, slik at de ofte må reise bort for å gå på skole eller skaffe seg arbeid. Det er et fåtall av de unge fra bygda som søker videre utdannelse etter grunnskolen. De fleste tar en kortvarig utdannelse, og de som ikke flytta heimefra/evt. har flytta tilbake igjen etter en kortvarig pendlerperiode, har begynt å en jobb som ikke setter krav til spesiell fagkompetanse.

Sysselsettingen i Nordfjord er vel også typisk for ei slik kystbygd. Kvinnene er husmødre, og passer heim og unger. De har også hovedansvaret for stell av dyra (sauer og høns), og den daglige driften av det vesle småbruket som de fleste har.

Dessuten har de fleste også en potet- og grønnsakhage, som i vekstsesongen også trenger stell. Mennene i bygda er enten fiskere eller fiskearbeidere, eller de jobber på industribedriften i kommunesenteret (heretter kalt Sentrum), en avstand som tar 1/2 times kjøretur med bil.

Kvinnerolla i Nordfjord.

Å være kvinne i dette samfunnet betyr å være husmor og ha ansvar for alt i heimen. Ei kvinne entrer deler av denne rolla når hun blir gravid første gangen, for siden å oppfylle den når hun flytter sammen med barnefaren i eget hus. Når jenta bor heime hjelper hun moren med huset, mens moren hjelper henne med barnet. På denne måten får hun opplæring til sin fremtidige rolle hos sin mor. Når jenta så flytter inn i eget hus og selv blir husmor, kan hun det som er nødvendig for utøvelsen av denne rolla. Hvis det er noe hun lurer på eller trenger hjelp til, søker hun vanligvis moren, evt. svigermoren eller noen av de andre kvinnene i bygda. Kvinner som flytter dit fra andre bygder, flytter som regel inn i nabohuset til svigermoren, og får da nær tilknytning til svigerfamilien.

I dette samfunnet er noe av det som kjennetegner husmorrollen at den er ganske omfattende og selvstendig i forhold til mannen. I de familier der mannen fisker, og derfor er heimefra i lange perioder, er kvinnene ofte eneansvarlig for hus og heim. Husmorrolla innebef atter da også såkalt "mannfolkarbeid", reparasjoner i huset, tunge løft o.l. Så til tross for at husmora vanligvis har ansvar for alt "kvinnearbeid" i heimen, innebefatter husmorrolla også en del arbeid som i andre samfunn nok vil gå inn under mannens arbeidsområde. Husholdet er vanligvis selvforsynt med egg, grønnsaker, kjøtt og fisk. Nærmeste butikk er i Sentrum. Siden ingen av husmødrene har sertifikat, foregår innkjøp vanligvis bare en gang i uka. Ofte foregår disse pr. telefon, og varebilen kommer da med varene. Denne faktoren spiller nok inn på at husmora bruker lite halvfabrikata,

både i baking og matlaging.

Kvinnene har også omsorg og ansvar for barna. Barna i bygda går forholdsvis fritt, det er ikke mange farlige ting som gjør at de må passes på hele tiden. F.eks. finnes det ingen biltrafikk der om dagen, for mennene har bilene med seg på jobb. Fra barna er små, er de ute og leker med de andre ungene. Større unger, ofte eldre søsken eller søskenbarn, blir bedt om å "holde øye med" de små, mens mora holder overoppsyn fra kjøkkenvinduet. Det eneste mødrene er redde for er havet, men på grunn av værforholdene ligger kaia og båthavna et godt stykke unna bebyggelsen - noe som fører til at det er sjelden de mindre ungene finner veien dit bort. Likevel er dette noe som plager mødrene, og formaner ungene før de går ut om at : "No høre du, du går ikkje på kaia".

Det er alltid mora som følger barna til lege, tannlege o.l., selv om det betyr stort avbrudd fra det daglige arbeidet. Det er også mora som holder kontakt med skolen og deltar i frivillige aktiviteter i forbindelse med musikkorps eller andre aktiviteter.

Blant kvinnene er det stor sosial omgang. De går på besøk til hverandre, ofte i forbindelse med et "ærend". De går til hverandre for å få råd, enten det gjelder kakeoppskrifter eller mer personlige ting. Kvinnene har ingen organisert møtevirksomhet seg imellom, selv om spesielt de eldre tar med et håndarbeid når de går på besøk. For mer organiserte aktiviteter som offentlige fester, kino o.l., drar de sammen med mannen eller annen familie til Sentrum. Noen av kvinnene er også medlem av husmorlaget i distriktet, som har møtelokaler i Sentrum.

Mannsrollen.

En ung gutt som vil bo i bygda, kan også få yrkesopplæring fra faren eller noen av de andre mennene i bygda. Fedre med fiskebåter, tar som regel gutten med i båten sin. Unge gutter får også jobb på bedriften i nabobygda, der mange av bygdas menn jobber.

Mennene er kroppsarbeidere, og er slitne når de kommer heim fra arbeid, og de fleste tar en blund etter å ha spist middag. Dette er vel en nødvendighet, for de som arbeider på bedriften står opp ved halv 5- 5 tiden om morgenen. For fiskerne er det kanskje en enda større nødvendighet, siden de står opp enda tidligere når de skal ut på feltet.

Selv om noen av de yngre mennene tar med seg barna når de kjører ærender inn til Sentrum, eller tar barna med på fisketurer, så blander ikke mennene seg så mye opp i barneoppdragelse og omsorg for barna mens de er små.. Det samme er tilfelle med husarbeid. De overlater til kvinnene å ta avgjørelser både når det gjelder ungene og heimen, noe de meiner er en del av kvinnens oppgaver.

Om sommeren bruker mennene fritida si til å ordne med jorda, De slår gress og sørger for fôr til dyra for vinteren. Selv om mange av dem ikke er fiskere, så har de egen båt. De sørger for at husholdet er selvforsynt med fisk, så en stor del av fritida bruker de også på havet. Dessuten har de fleste også litt å styre med av vedlikeholdsarbeid på og omkring huset. Flere av de yngre mennene er også aktive i fotballklubben, som egentlig hører hjemme i Sentrum, men like ofte trener på fotballbanen i Nordfjord. De av mennene som ikke er aktive selv, er ofte med og ser på når de andre trener.

Om vinteren sier de selv at de ser endel på TV, eller måker snø, hvis ikke kona allerede har gjort det om dagen. Mennene går ikke så mye på besøk, men snakker heller med hverandre når de er ute og arbeider rundt huset. Det er bare i helgene og ved festlige sammenkomster menn og kvinner i bygda møtes,

Utvikling i bygda.

Helt til for noen år siden var bygda isolert, og lokalbåten et- par ganger i uka var eineste forbindelse med omverdenen. Mennene som arbeidet i Sentrum, kom bare heim i helgene. På denne tida

hadde bygda egen barneskole, og etter endt barneskole måtte ungene flytte til Sentrum for å gå videre på ungdomsskolen. Hver helg tok ungdomsskole-elevene, sammen med fedrene på bedriften, beina fatt og gikk over fjellet heim til Nordfjord, noen timers marsj i ulendt terreng. Barneskolelæreren, som regel en ung artianer fra Sør-Norge, var der et års tid, og forsvant så til hjemlige trakter. Distriktslegen hadde utekontor i bygda en gang i måneden - ellers var det å stole på Vårherre når helsa ikke holdt, som de gamle i bygda sier det, for på grunn av de vanskelige natur- og værforholdene var det ikke alltid en selvsagt ting at legen kunne komme når noen ble sjuk og trengte legehjelp.

Men i 1977 skjedde det store forandringer i bygda - veien kom og knyttet bygda til Sentrum. Dette medførte store forandringer for folket i Nordfjord. Barneskolen ble nedlagt, men i stedet kunne barn både i barne- og ungdomsskolen bo heime og kjøre buss til og fra skolen. Skolebussen er også følgelig eineste offentlige kommunikasjonsmiddel med Sentrum. Mennene flytta heim og kjører nå bil til og fra arbeid hver dag. Utekontordagen for legen ble det også slutt på, og i stedet ble folk knytta til legeordningen på Sentrum.

Både barn og voksne har etterhvert begynt å delta i sosiale aktiviteter i Sentrum - familiebandet mellom disse to stedene har alltid vært tilstede. Til gjengjeld er sosiale aktiviteter i bygda, som kvinneforeninger, blitt nedlagt. Sentrum er nå for det meste stedet som folk drar til når det skjer noe.

De kvinnelige beboerne i bygda har alle vært gift og hatt barn. Det er noen enslige kvinner. Disse er eldre enn 55 år og er blitt enslige som følge av ektefelles død. Av mennene, er det bare etpar som er enslige, Disse har aldri vært gifte og bor sammen med sin eldre mor, som er enke. Bygda består av både unge og gamle, men bygda har ei forholdsvis ung befolkning.

Av den kvinnelige befolkningen er det bare to som er utearbeidene, i Sentrum. Mennene har etterhvert tatt sertifikat og

kjøpt bil, noe de fleste er avhengig av for å komme til og fra jobb. Av kvinnene er det kun de to som har arbeid utenfor heimen, som har tatt sertifikat.

Det som kjennetegner denne bygda er først og fremst stor stabilitet over befolkningen og at "alle kjenner alle". Bosted er valgt etter tilhørighet, og tilflyttere utenfra kommer via en som er fra bygda. Vanskelige arbeidsmuligheter i distriktet gjør at unge som ønsker videre utdanning eller jobb, flytter ut. Spesielt gjør dette seg gjeldende for jenter.

Bygda er også delvis isolert fra omverdenen. Helt til de siste årene har bygda vært uten vei, og selv om veien er kommet nå, vanskeliggjøres kontakt med omverdenen av dårlig utbygd offentlige kommunikasjonsmidler, og av at så få av befolkningen kan kjøre bil.

Arbeidsfordelingen i bygda er etter kjønn, der mannen er lønnsarbeider og kvinnen er husmor. Også i fritiden (dvs. etter mannens arbeidstid) er det stort skille mellom manns- og kvinneaktiviteter. Dette fører til at utenom husholdet er det liten samhandling mellom menn og kvinner. På denne måten kan man si at de representerer to verdener, - en manns- og en kvinneverden

legedekning - historikk.

Nordfjord ligger i Fjorden kommune, som består av bygdene Sentrum og Nordfjord, i tillegg til noen andre bygder. Tidligere hadde kommunen felles distriktslege med Vika kommune, med lege bosatt i kommunesenteret der, Været. Avstanden mellom Sentrum

og Været er en times kjøring over etpar fjelloverganger (som i tillegg ofte er stengt om vinteren p.g.a. stor rasfare) og ferge. Legen hadde da utekontor på Sentrum en gang i uka, og i Nordfjord en gang i måneden. På den tid foregikk det meste av ferdselen på havet fordi det var lite utbygd veinett.

1. januar 1970 ble Fjorden eget legedistrikt, men stillingen ble først besatt seinere på året. Lege ble bosatt på Sentrum, der han fikk kontordag to ganger i uka, og månedlige utekontordager i de fleste småbygdene omkring. Legen sluttet etter et år, og det kom ny lege som var der i 4 år. I en periode dekket han også Vika, fordi dette distriktet var uten lege. Resten av året 1975 var legen i Vika ansvarlig for legetjenesten i Fjorden.

Den tredje legen som kom til Sentrum var der til sommeren -77. To måneder den sommeren brukte to danske leger sin ferie fra sjukehus-tjeneste i heimlandet til distriktslegetjeneste i Fjorden. Året etter var det en turnuskandidat fra Vika som dekket Fjorden, med en ukentlig kontordag på Sentrum.

Sivil tjenestepliktig lege utplassert i Vika dekket Fjorden fra september til desember -78, inntil det ble plassert egen sivil tjenestepliktig lege på Sentrum*. Den etterfølgende sivilarbeideren, tok seinere over i ordinær distriktslegestilling, men sluttet i juli -82. Ny sivilarbeider er for tiden i tjeneste i distriktet.

Av helsepersonell er det en legesekretær i halv stilling. Hun har ingen formell utdanning, men fikk opplæring av den legen som var i tidsrommet 1971-75. Hun har vært i stillingen siden 1971. Alle leger som har vært i dette distriktet er menn.

Er folk i Nordfjord lavforbrukere av legetjenesten ?

Å få statistisk bekreftelse på at folk i bygda er lavforbrukere.

* Kilde : Føslag til planlegging av sosial- og helsetjeneste utenfor institusjon, Fjorden kommune.

viste seg å være vanskelig, selv om det er mer eller mindre akseptert som gitt sannhet at det er tilfelle. Alle distriktsvise oversikter over forbuk, har ikke spesifisert forbuk over Nordfjord separat. En søknad jeg sendte via Fylkeslegen til Helsedirektoratet høsten 1980 om adgang til distriktslegens arkiv for å eventuelt lage oversikt over føbruk, ble avslått med bakgrunn i § 14 i lov av 29. april 1927 om lægers rettigheter og plikter*.

Den kartlegging som finnes fra før Nordfjord fikk veiforbindelse og hadde eget legekantor, er i følge Trygdekontorsjefen så dårlig at det er lite en kan finne ut av dem, både fordi krav til kartlegging var mindre og registreringsmetodene har forandret seg mye de siste årene. I tillegg vil adgang til disse data og støtte på samme problemer i forhold til lovverket som min søknad til Helsedirektoratet.

For å få oversikt over folks legesøkningshyppighet er det selvfølgelig også mulig å spørre informantene selv om når de sist var i kontakt med lege, og lage statistikk utifra det. Men andre undersøkelser viser at når folk blir spurt, har de ofte en tendens til å huske å ha vært til flere konsultasjoner enn det som er tilfelle. Slike resultater kan nok for en stor del forklares ut i fra at når helsearbeidere oppsøker folk, kan de oppleves som representanter for de offentlige myndigheter, og at det derfor kan være greit å "pynte" litt på hukommelsen for å legitimere sin egen adferd.

En norsk undersøkelse over nektergruppen fra en masseundersøkelse m.h.t. livmorhalskreft tar opp dette problemet. Helsesøstre som i dette tilfellet var intervjuere, fikk ofte det til svar at de hadde fått foretatt denne prøven andre steder. Forsøk på å spore opp disse prøvene gav i de fleste tilfeller negative resultater (Bjørgum, 1970).

I min undersøkelse støtte jeg på nesten det motsatte, at visse

* Se vedlegg, kopi av brevet.

typer legebesøk ikke blir regnet for "egentlige" legebesøk, og regnes derfor ikke. Et par eksempler fikk meg til å trekke denne slutningen. På mitt spørsmål om når han sist var hos lege, fortalte en mann at det kunne han nesten ikke huske. Koda føyde til at det måtte være lenge siden, fordi han alltid hadde vært så frisk. De ble da enige om at det minst måtte være 30 år siden. Når jeg samtidig hadde informasjon om at denne mannen arbeider på bedriften i Sentrum, som i allefall tilstreber jevn-
lige legekontroller av sine ansatte*, så må den faktiske tiden siden siste legebesøk være mye kortere. Mitt spørsmål ble oppfatta som når han sist på eget initiativ hadde tatt kontakt med lege.

Et lignende tilfelle opplevde jeg i forundersøkelsen til dette studiet. Under et intervju fortalte ei av kvinnene fra ei av nabobygdene at det minst måtte være 2-3 år siden siste legebesøk. Seinere i intervjuet fortalte hun over de to siste åra og inntil ganske nylig, hadde gått til jevnlig, og nesten ukentlig, kontroll for å få penslet et sår på livmormunnen, men det ville hun ikke regne som "ordentlig" legebesøk, for hun kom bare for å få utført behandlingen og gikk heim like etterpå.

De fleste oppgav også vide tidsrammer for når de hadde hatt kontakt med lege sist, slik at det er vanskelig å få noen korrekt oversikt. Et unntak var de som gikk til faste legekontroller p.g.a. en eller annen kronisk tilstand. Disse visste med stor nøyaktighet hvor ofte de gikk, og når de hadde vært hos lege sist.

Hvis jeg skal stole på folks rapportering, så ligger deres gjennomsnittlige besøkshyppighet hos lege på 1,1 pr. år. I dette tallet er medregnet all kontakt hver av de voksne innbyggerne hadde med lege, både i kontortiden hos legen, og hjemmebesøk. Innkludert er også kontroller for de med kroniske sykdommer. Dette gjelder for 5 personer, derav tre kvinner som går til kon-

* I følge bedriftsledelsen har de ikke årlige kontroller, som de meiner er ønskelig. Årsaken til dette, er i følge dem, at distriktet har hatt såpass ustabil legedekning (distriktslegen er bedriftslege), at de har hatt problemer med å få dette som en årlig foreteelse.

troll hver 3. måned, og to menn hvor den ene oftest har månedlige kontroller og den andre hver 3. måned. Oppdelt i forhold til kjønn er kvinnes besøkshyppighet på 1,3 og mennenes på 0,9.

Hvis vi tar utgangspunkt i deres egen rapportering og sammenligner med gjennomsnittet for vårt land, ser vi at den er meget lav.* Men det har også vært problemer med å finne et landsgjennomsnitt. Noen undersøkelser i ulike deler av landet har bare beregnet et gjennomsnitt av antall besøk på legekantoret, mens de fleste ikke har inkludert "indirekte henvendelser".**

Deres undersøkelser er nok mer korrekte enn mine tall fra Nordfjord fordi de er utført av leger, som har tallet faktiske henvendelser, og er ikke basert på folks egen rapportering. De fleste nyere undersøkelser som har tatt med både legebesøk på kontor og utenfor, i heimet, har vist at folk i disse distriktene har en gjennomsnittlig besøkshyppighet på ca. 2,0 - 3 pr. år. (Fugelli 1978).*** Fugelli nevner et annet sted i det samme arbeidet at bedriftshelsetjeneste ikke blir inkludert i slike oversikter, noe som gjør dem mer sammenlignbar med Nordfjord.****

* Her vil jeg med en gang avkrefte at "alternativ helberedelse" er medvirkende årsak til lavt forbruk. I noen deler av Nord-Norge, spesielt i Nord-Troms og Finnmark er den utbredte bruken av religiøs helberedelse delvis lagt til grunn for lav besøkshyppighet og skepsis til legene, og der "kloke koner/menn" nærmest kan sees på som konkurrenter til legene. Denne tendensen er spesielt utbredt i områder der læstadianismen (se Bjørklund, 1978) er utbredt. Området Nordfjord tilhører er derimot utenfra kjent for å være "hedensk", der både religion og kloke koner finner lite gehør. Folk i området følger sakramentene, men viser seg ellers sjelden i kirka bortsett fra de store høytider. Min egen oppvekst i en av nabobygdene til Nordfjord var lite preget av mystikk og tro på underverker. Dette området har såvidt meg bekjent heller ikke oppfostra noen med spesielle "gaver", og folk der understreker at kloke koner ikke blir kontaktet hvis det er noe, og blir ikke sett på som et alternativ til lege.

** Se Fugelli (1978) for nærmere forklaring, spesielt hva som går inn under betegnelsen "indirekte henvendelser".

*** I internasjonal sammenheng viser Norge lav besøkshyppighet, I Norden er det f.eks. bare Finland som har lavere besøkshyppighet (Fugelli, 1978).

**** Jeg vil her se bort fra den forklaringen både på lavforbruk og for kjønnsulikheter for forbruk, som går på at menn oppsøker bedriftslegen i stedet for vanlig lege, og at deres faktiske legesøkning er høyere enn det som er oppgitt, da deres bruk av bedriftslege ikke blir registrert som legefotbruk. Menn i Nordfjord sa at de ikke hadde eller ville bruke bedriftslegen uten de obligatoriske undersøkelser.

For å få nærmere bekreftelse på deres besøkshyppighet, ble deler av feltperioden brukt til å snakke med endel personer som kjente til Nordfjord, for å få inntrykk av deres mening av nordfjordingenes forhold til legesøkning. Distriktslegen, nåværende og tidligere trygdekontor-sjef og hjemmesykepleier ble intervjuet, i tillegg til at jeg snakket med "vanlige" folk i nabobygdene. Alle jeg snakket med bare forsterket nordfjordingenes egen oppfatning, at folk i Nordfjord har sjelden kontakt med lege.

Noe jeg vil drøfte seinere i oppgaven, er at jeg fikk inntrykk av at i denne befolkningen er det ikke positivt sanksjonert å søke lege og at en må ha en virkelig "god grunn". Dette trekket kan også føre til at de "husker" dårlig.

Til tross for alle innvendinger, meiner jeg at i Nordfjord har befolkningen lavere forbruk av lege enn gjennomsnittsbefolkningen i vårt land - og at de derfor er lavforbrukere.

I innledningen nevnte jeg at hovedårsaken til at jeg først fattet interesse for Nordfjord, var at folk der har ord på seg for å være lavforbrukere av legetjenesten. Dette har jeg seinere fått bekreftet av intervju både med befolkningen og helsearbeidere i kommunen.

Ved å gi en generell presentasjon av bygda finner en ikke noe spesielt som kan bringe en nærmere årsaken til deres forbruk. Bygda er ganske lik de fleste andre nordnorske småbygder, slik f.eks. Brox (1964) beskriver den. Et problem i denne forbindelse er at jeg ikke har tallmateriale over forbruk av lege i andre tilsvarende små kystbygder. Jeg kan derfor ikke avkrefte evt. bekrefte om folk i Nordfjord er lavere forbrukere enn innbyggere i bygder som ligner Nordfjord. Gjennom mitt arbeid med å finne årsak til det lave legeforbruket i bygda, må jeg også derfor vurdere om bygda er så spesiell at mine funn ikke vil kunne overføres til lignende samfunn.

Kap 2 METODE

Bakgrunn for valg av metode.

Data består av flere intervju, et formelt og ustrukturert og andre ustrukturert, med alle voksne i bygda. Dessuten har jeg også benyttet meg av metoden deltakende observasjon. Disse metodene kommer alle inn under det Filstead (1970) gir betegnelsen kvalitative metoder.

Filstead kritiserer kvantitative metoder for bare å fange opp ytre perspektiver, og viser til at deler av sosiologisk forskningsområde som f.eks. medisinsk sosiologi etterlyser metoder som fanger opp andre deler av virkeligheten, og sier at disse områdene (s. 6) :

"...point to a growing interest in closing the gap between present theoretical, methodological, and conceptual elements and the interpretation of the empirical social world. To narrow this gap, sociologists have to devise a methodology that will enable them to take into account the inner perspective of the subject under investigation. That is what qualitative methodology does."

Og sier videre at (s. 7) :

"In short, qualitative methodology advocates an approach to examining the empirical social world which requires the researcher to interpret the real world from the perspective of the subjects of his investigation."

Han sier videre at dette er metoder som best fanger opp hvordan informantene/subjektene selv opplever virkeligheten, hvilke vurderinger de gjør, og hvilke holdninger de har i de ulike situasjonene. Blant sosiologer som bruker slike metoder, foregår det diskusjoner om hva som best fanger opp denne delen av virkeligheten, observasjon eller intervju (se f.eks. Filstead 1970). Men de fleste meiner at for å få slik innsikt, så er ofte en kombinasjon av disse metodene det som fanger opp mest av denne delen av virkeligheten (f.eks. Spradley/McCurdy 1972, Filstead 1970).

Min problemstilling var av en slik art at jeg anså kvalitative metoder som de mest egnede. Problemstillingen er på deler av

virkeligheten som Filsted sier at kvalitative metoder er best egnet, nemlig deler av virkeligheten som må formidles fra mine informanternes perspektiv. I tillegg nevner Filstead at det alltid er ting informanter ikke ønsker å snakke om, eller snakker "halvveis" om. Gjennom deltagende observasjon og flere intervju er det større mulighet til å fange opp større deler av dette, og det blir også lettere på bakgrunn av en slik "halvveis" prat å tolke disse funnene. I mitt feltarbeid støtte jeg også på slike problemer, fordi helse, sykdom og legesøkning regnes for å være av privat art og dermed ikke angå andre, og store deler av disse emnene er underlagt tabu i tillegg til dets private natur. For å få opplysninger om ting det kan være vanskelig/uønsket å snakke om, må det etableres nær kontakt, en form for tillit, mellom informant og intervjuer. En slik kontakt må ha tid for å etableres, og kvalitative metoder tar dette med i beregningen.

Jeg var som sagt interessert i å få innblikk i folks opplevelse og deres vurdering. Til dette formålet anså jeg intervjuer og samtaler som en god metode. Og jeg ville snakke med alle voksne i bygda. Folketallet i bygda er såpass lite at dette er mulig, samtidig som det ville bety at jeg fikk et inntrykk av alles mening, og ikke bare fra de som "vises" mest (dvs. de som oftest står fram offentlig når det er spørsmål om det).

I tillegg ønsket jeg informasjon fra folk i ulike alder, kjønn osv., dvs. hele befolkningen i bygda. Ved bruk av mer kvantitative metoder som spørreskjema f.eks., kan frafallsprosenten være forholdsvis høy. Å unnlate å svare på spørreskjema føles nok som en ikke avviser personen bak det, noe en direkte og personlig henvendelse, spesielt fra en en kjenner, nok kan føles som. Tema for problemstillingen er også av en slik art at den er vanskelig å avvise også - alle mennesker har en eller annen gang hatt erfaring med sykdom og kan fortelle om det. Og når tema er å fortelle om det, er det vanskelig å avvise.

Datainnsamlingen.

Data til oppgaven ble samlet inn i juli og august 1981. Materialet består i hovedsak av flere intervju, både formelle og strukturerte, og mer uformelle og ustrukturerte, med alle voksne innbyggere i Nordfjord.

I løpet av en 14 dagers periode i februar -81 hadde jeg vært i Nordfjord og nabobygdene og intervjuet 10 familier om hva de var opptatt av når det gjaldt sykdom og legesøkning. Disse intervjuene jeg utførte den gangen vil ikke bli presentert i denne oppgaven. Men disse data er med på å danne bakgrunn for mitt seinere feltarbeid. Gjennom dette første feltarbeidet fikk jeg større oversikt og innblikk i mitt problemområde - noe som hjalp til med å begrense min problemstilling. I tillegg fikk jeg reint praktisk erfaring med hvordan folk snakker om sykdom, hva de ville snakke om og hva de ikke likte å snakke om. Jeg lærte også hvordan kontakt og avtale med informant etableres, hvor lang tid som trenges til det, og hvilke hjelpemidler som reint praktisk er mulige hjelpemidler i intervjusituasjon, som reaksjon på bruk av penn og papir. Bl.a. skjønte jeg at for å få størst mulig oppsluttning fra det utvalget jeg ønsket, måtte intervju legges mest mulig uformelt opp og med bruk av minst mulig tekniske hjelpemidler.

Under hele feltperioden bodde jeg i området. De første dagene brukte jeg til å gjøre meg kjent med bygda, snakke med de av innbyggerne jeg møtte om felles kjente og vær og vind. Jeg var på fotballbanen, kaia og på høymarka* og slo av en prat. Siden uteaktiviteter er mest representert av menn, var det flest menn jeg møtte på denne måten. Gjennom min datter, som da var 3 år, etablerte jeg også kontakt med kvinnene, og ved at hun og barna tok kontakt, noe som førte til at deres mødre og jeg med en gang fikk noe felles å snakke om. Min datter skapte også kontakt med de eldre kvinnene, med at de snakket til henne. Her må jeg føye til at årstiden var til stor hjelp - folk som ikke jobbet ute var f.eks. ute og gikk tur el.l. - det var lettere å nå folk ute

* De som arbeider på bedriften, bruker det også det meste av sommerferien til slikt arbeid.

da. De fleste var nysgjerrige på å få vite hvorfor jeg var der, og jeg fortalte veldig rundt formulert hva jeg gjorde der - og etter etpar dager så det ut til at dette ryktet hadde spredt seg til hele bygda.

For å avtale intervjutidspunkt, tok jeg direkte kontakt ved at jeg "stakk innom". Her fortalte jeg hva jeg var opptatt av, fikk i stand en liten samtale om temaet for oppgaven, og fortalte hva undersøkelsen skulle brukes til, og hvorfor jeg ønsket å snakke med dem. I denne sammenhengen var det en fordel for meg at mitt utvalg var alle voksne i bygda. Flere var interessert i å vite hvorfor jeg skulle snakke akkurat med dem - og da jeg sa at jeg skulle snakke med alle andre også, ja, da var det greit. Så lenge de ikke kom på TV, radio eller avisen, som noen hadde trodd i utgangspunktet, var det heller ingen som nektet å la seg intervju. I de tilfellene jeg ikke fikk snakket med begge voksne ba jeg om at den andre ble informert. (I noen tilfeller snakket jeg bare med kvinnen, i andre, bare mannen). Her avtalte vi tidspunkt for et mer formelt intervju. I de tilfeller jeg snakket med bare en av de voksne, ba jeg dem om å finne et tidspunkt som passet for begge. Og jeg ba om å få beskjed hvis noe skulle komme i veien, eller at den andre ikke ønsket å bli intervjuet. Jeg fikk ingen slike henvendelser, og regnet da med at begge syntes at det var i orden.

Dette formelle intervjuet foregikk som oftest på ettermiddagstid, alt etter hva som passet informantene best. Dette intervjuet tok vanligvis mellom 1 og 2 timer. Samtalen åpnet gjerne med snakk om felles kjente, noe som fikk både informant og intervjuer til å slappe av, og fikk folk til å "glemme" at jeg var der for å intervju, og jeg fikk inntrykk av at jeg ble oppfattet mer som en venn som stakk innom. Intervjuene ble mer lagt opp som samtaler - der jeg måtte bidra med mer enn spørsmål for å få folk til å åpne seg og prate. Hvor formelt disse samtalene åpnet, var delvis også avhengig av hvor godt jeg kjente informantene på forhånd. Intervjuene var delvis felles intervju med begge ektefeller/husholdsmedlemmer, delvis samtaler med dem enkeltvis. Hos unge par som hadde barn, skjedde det at ungene var til stede under deler av intervjuet.

Selv om tidspunktet var avtalt på forhånd, var det bare to av 13 ektemenn som var til stede til avtalt tidspunkt, men begge disse sa at de først og fremst var til stede for å høre hva jeg skulle spørre kona om, og at de var nysgjerrige og interessert i hva jeg jobbet med. Begge disse ektemennene innledet samtalen med denne bemerkningen, for å "unnskyldte" at de var der. Og jeg måtte poengtere at jeg hadde avtalt med begge to, og de svarte med at "men dettan e no ikkje sånt som æ veit nåkka om".^{Jeg} Kan føye til at dette var de to parene i bygda der begge ektefellene hadde arbeid utenfor heimen.

Når jeg kom til avtalt intervju tidspunkt, var det vanlig at jeg møtte mannen, enten i arbeid utenfor huset eller på marka, og han sa da: "Gå berre inn og snakk med ho....., ho vente dæ, æ kjæm nå innom en tur seinar". Eller: "Gå bærre inn og snakk med ho....., de e ho som har greie på sånt".

Men felles for alle var at de kom heim, de fleste etter forholdsvis kort tid. Unntatt var en som bømte garn på kjøkkenet, og en som var på fotballbanen og hadde "glemt" avtalen etter å ha gitt kona beskjed. På denne måten var det bare to intervju som foregikk paralelt med begge ektefellene; og i de andre to tilfellene måtte intervjuet med mannen i sin helhet utføres seinere.

Men de fleste samtalene forløp omtrent slik: Mannen kom inn etter forholdsvis kort tid, jeg prøvde å få han med i samtalen, og gjentok de spørsmålene kona hadde svart på. Etter å ha snakka litt med meg, overløt han ordet til kona, og gikk for å gjøre noe annet. Det vanlige var å ta fram avisa, høre litt på radioen ol. Han snakka så litt med meg, hørte på det kona sa og kommenterte litt, gikk så kanskje ut av rommet, kom inn etter ei tid, og det hele gjentok seg igjen.

Konas reaksjon på at mannen ikke var til stede da jeg kom så ut til å være liten. De unnskyldte med at "han dukke opp om ei stund", eller "æ svare for oss", etter at jeg hadde spurt etter mannen. Ingen av dem uttrykte aggresjon fordi han ikke var til stede. I et par tilfeller sa kona spøkefullt til mannen da han dukket opp, at nå måtte jeg endelig bare ta han fatt og få vite hva han meinte, noe mannen tok med godt humør.

Kvinnene satt som oftest og venta på meg, men kaffe og kaker klar. Under hele intervjuet satt de rolig ned og snakka, de eineste avbrudd de hadde, var at de evt. skulle hjelpe ungene med noe, eller gikk for å hente kaffekjelen o.l.

De informantene som var lettest å få kontakt med under dette intervjuet, var nok de litt eldre kvinnene. Det var disse som var mest pratsomme og var mer enn villig til å forsøke å svare på det jeg ønsket å vite. De som var aller mest snakkesalige var nok de av kvinnene som var enslige. Når det gjaldt ektepar, så var det kona som førte ordet, uansett hvordan intervjuet forløp. Mennene forholdt seg mest avvisende og tause. Og direkte spørsmål til dem ga ofte svar som at : "Æ har nå egentlig ikkje greie på dettan, men om æ ska sei nåkka, så..."

Ved det formelle intervjuet hadde jeg alltid penn og papir for hånden, og hadde også spørsmålsskjema med. Under intervjuet noterte jeg stikkordsmessig eller hele formuleringer slik de sa det.

Jeg skrev ned et referat fra intervjuet og de observasjoner jeg gjorde, umiddelbart etter at intervjuet var avsluttet. Under intervjuet var informantene nysgjerrige når jeg noterte noe, og lente seg så langt de kunne over papirarket (spesielt hvis jeg så ut til å se en annen vei), for å lese det jeg hadde skrevet. Jeg forklarte i utgangspunktet når jeg begynte å notere, at dette var nødvendig for at jeg skulle huske det som ble sagt. Og når de skulle fortelle noe som var av spesiell, og ikke generell karakter, kunne de begynne med å si : "Dettan må du ikkje skrive ne, men no ska du få høre ka ho..... opplevde...." Men etterhvert som intervjuet skred fram og vi ble mer fortrolige, og jeg igjen spesifiserte at sitater ikke kunne spores tilbake til dem personlig i oppgaven, brydde de seg ikke så mye om hva jeg skreiv. Det var spesielt kvinnene som interesserte seg for hva jeg skreiv, mennene spurte i mye mindre grad.

Ved andre, uformelle samtaler hadde jeg alltid penn og papir i umiddelbar nærhet, slik at jeg kunne notere ned når jeg ble

alene etter en slik samtale.

Metodeproblemer.

Å bruke slike metoder ga meg flere problemer. For det første så fikk jeg nær kontakt med mine informanter. Jeg følte at de så på meg mer som en venn enn som en forsker. De fortalte med ting som de anså å være svært private, og disse tingene ble ikke fortalt til forskeren, men til deres venn. At jeg fikk informasjon "som en venn" betyr at jeg fikk data som de kun ville fortelle en som de kjenner. Hvis de ikke hadde kjent meg fra før, ville jeg sansynligvis fått fått i andre typer data, og det er også mulig at "venn"-rollen hindret visse typer data. Kanskje nærhet hindrer informasjon om en del ting, at informanten synes at å gi visse typer informasjon, ^{noe som} gjør at vennen får vite for mye om en. Og da kan et fjernere forhold gjøre at en informant føler seg friere til å snakke fordi det ikke er en de kjenner som får vite om det, en som i tillegg kjenner deres forhistorie. Og det kan også være trekk ved denne "vennen," eller hans familie, som gjør at informanten er forutinntatt. Men jeg kan ikke si at jeg under min feltperiode fikk dette inntrykk av mitt forhold til dem, fordi den vennligheten og åpenheten jeg ble møtt med fikk meg til å føle meg godtatt.

Men jeg fikk noen ganger problemer å skille for meg selv rollen som venn og rollen som observatør fra hverandre. Filstead skriver om dette dilemmaet og sier at dette er vanskelig spesielt hvis det gjelder en gruppe en kjenner fra før. Men han sier også at (s. 7) :

".... but the more intersubjective personal knowledge sociologists have at their disposal, the more accurate will their interpretations and predictions of human behavior. The researcher has "to get to know well the persons involved and to see and hear what they do and say" if he hopes to come close to understanding human behavior".

Og jeg vil se dette som en styrke for min undersøkelse, det at jeg kjente gruppa på forhånd, jeg kjenner deres samhandlingsmåter og "kulturelle koder", og av den grunn unngikk mange mis-

forståelser, slik også andre har påpekt. (Spradley/McCurdy 1972).

Men noe som også var svært problematisk, var min rolle som kvinne. Min metode som forutsetter nærhet og fortrolighet, var vanskelig å etablere i forhold til menn. Mennene, spesielt de som var over 40, hadde en tendens til ikke å ta meg alvorlig nok. De ville gjerne prate med meg, spøke og erte, men å snakke om det jeg ønsket, nei det ville de ikke. Jeg tror ikke bare det var rollen som kvinne som gjorde utslaget, men dette kombinert med ikke minst temaets natur, og min klesmåte. Jeg tror ikke jeg ble sett på som "ordentlig voksen", fordi jeg gikk kledd i dongeribukser o.l. slik som deres egne tenåringsdøtre, og ikke i klær som en voksen kvinne i dette distriktet går kledd.

Av kvinnene tror jeg at min rolle som mor var av stor viktighet for å bli akseptert. Og jeg mener at en mannlig forsker eller enslig kvinne ville blitt møtt på en annen måte av disse kvinnene, fordi han/hun ikke ville hatt morsrollen som en viktig kontaktformidler. Så for å få innblikk i både menns og kvinners forståelse, hadde jeg nok både fordeler og ulemper.

Folk som iallefall er litt eldre har opplevet mye av både sykdom og leger. Derfor var det mange som gjerne ville fortelle om opplevelser for på den måten fortelle hva de meinte. Ikke alltid var det like lett å finne hensikten bak disse historiene, og jeg måtte høre på en del som jeg må gi betegnelsen "sladder", og som hadde liten relevans for meg. Spesielt skjedde dette ved uformelle møter, og historien var ofte om hva legen gjorde/ikke gjorde. Etter å ha hørt ulike versjoner av slik "sladder", som spesielt litt eldre kvinner fortalte, syntes jeg det var lite fruktbart, spesielt hvis det ikke kom noe relevant informasjon ut av det. Og folk ville styre den informasjonen de ga, så derfor ble endel tid tilbragt ved å høre på "sladder".

Noe som også var vanskelig var å etablere et vennskapsforhold. Det følte ikke alltid like lett å etablere nær kontakt med alle personene. I tillegg måtte jeg for å få tak i informasjon også selv gi informasjon, og dette bytteforholdet var ikke alltid like enkelt for meg, fordi det i mitt utvalg også var per-

soner jeg personlig ikke følte noe ønske om nær kontakt med.

Kort sagt så syntes jeg dette var en ganske vanskelig metode som krevde mye fra meg personlig. Slik jeg brukte metoden krevde det at informanten fikk et nært forhold til intervjuer - og for å oppnå det måtte det investeres mye tid på hver enkelt. For et så pass lite utvalg er det mulig, men ved et større utvalg vil det nok være svært tidskrevende. Noe som gjorde det lett for meg var at dette var et samfunn hvor det var mulig å møte folk mer uformelt utenfor heimen, slik at ikke alle møter foregikk inne i heimen til folk.

Kap 3 TEORETISK FORANKRING

For å få et videre perspektiv på mitt arbeid, har jeg gjort litteraturstudier om forholdet mellom legeforsbruk og samfunn, både før, parallelt og etter endt feltarbeid. De arbeider som totalt sett best kan knyttes an til mitt eget, og som i tillegg viser to ulike sider av problematikken, er Ivan Illich (spesielt 1975, og 1978) og David Mechanic (1978). Både Mechanic og Illich er opptatt av å forklare hva som bestemmer folks legesøkning. Mechanic vil bidra til større forståelse for hvilke barrierer folk må forholde seg til før de søker lege, og som i mange tilfeller fører til at de forhindres i sin legesøkning. Illichs kritikk av medisinsens rolle i samfunnet gir uttrykk for nesten det motsatte av Mechanics. Kritikken har sin bakgrunn i at han synes folk har for høyt forbruk av lege, og han vil forklare årsakene til det, og hvorfor han synes det er galt.

På overflaten ser Nordfjord ut til å være et samfunn som Illich ikke vil være helt misfornøyd med, siden folk der ser ut til å ha høy terskel for legesøkning. Dette kunne nok Illich tolke som et tegn på at det kan finnes alternativ kunnskap til medisin i befolkningen, og at de dermed ikke er helt underlagt legeprofesjonen.

Hans skarpe kritikk mot legeprofesjonen er at den heile tiden prøver å utvide sitt domene, for å bestemme over stadig større og større deler av livet vårt. På denne måten har også hendelser som før er blitt betraktet som en naturlig del av livet, som f.eks. fødsel og død, blitt underlagt legeprofesjonens domene. Dermed kontrollerer legene flere og flere deler av livet vårt uten å ha noen spesiell kunnskap for det, og han sier at samfunnet er blitt "overmedikalisert".

Han meiner at i utgangspunktet er det et skille i oppfatning mellom profesjonelle og legfolk. Og sier at ofte burde pasienten i like stor grad som legen være i stand til å ta avgjørelser. Men gjennom et langvarig og kraftig arbeid i retning av umyndig-

gjørelse av folk, overtar de de profesjonelle helberedernes syn på seg selv. Resultatet blir derfor at det er lite skille mellom legens definisjon og pasientens. Alternativ kunnskap folk sitter inne med, blir etterhvert betydningsløs og dør ut.

Han er også i utgangspunktet skeptisk til mange såkalte "medisinske nyvinninger", og setter spørsmålsteget både ved nytteverdien av noen av dem, og i hvor stor grad de er ansvarlig for bedringer i folks levevilkår. Legestanden har etter hans mening fått heder for forbedringer som kan tilskrives helt andre samfunnsforandringer.

Han sier også at mange sykdommer skapes på grunn av at legene har fått altfor stor makt. Sykdommer skapes ikke bare fordi det er flere og flere områder av livet som defineres inn under legens ansvarsområde - og dermed blir gjenstand for medisinsk definisjon og "behandling", men medisinen skaper også nye sykdommer som biprodukt av legers "helberedelse" av andre sykdommer.

Illich's tanker er derfor interessante i forbindelse med befolkningen i Nordfjord. Siden han har så klar kritikk av det moderne samfunnet og dets avhengighet av legestanden, er Illichs teori* et godt utgangspunkt når en presentasjon av mine data følger.

Illich kritiserer altså det moderne mennesket for å overlate for mye til legene. Han mener at det blant folk finnes en "ekspertise" om helse og sykdom som blir undertrykket av legeprofesjonen. Nordfjord sett i denne sammenheng, setter Illich i et sentralt lys. At folk har lavt forbruk av lege, er etter Illichs syn positivt. Det gir muligheter for at det finnes en folkelig "ekspertise" som gjør at folk er flinkere til å ta avgjørelser selv, i stedet for å overlate alt til legene.

I denne sammenheng må jeg også se om det er slik at folk i Nordfjord "veit" mer enn folk i mange andre samfunn, eventuelle årsaker til det og hvordan en eventuell slik viten kan opprett-

I denne oppgaven bruker jeg ordene teori og modell mer eller mindre om hverandre, og på et forholdsvis lavt presisjonsnivå.

holdes og videreføres.

David Mechanic er på sin side mest kjent for sitt bidrag til forståelsen av de mekanismer som er avgjørende når det gjelder legesøkning. Hans bidrag viser at symptomer ikke er løsrevet fra den sosiale sammenhengen de opptrer i. Han bidrar ikke bare med egne arbeider, men i like stor grad systematiserer andres arbeider. Dette har ført til en modell for legesøkning*, som i like stor grad er resultat av hans studie av den amerikanske forskningen som har vært gjort på området, og er en inkoperering og videre utvikling av andre kjente arbeider. Hans determinanter er (1978 s. 268-69) :

1. Visibility, recognizability, or perceptual salience of deviant signs and symptoms.
2. The extent to which symptoms are perceived as serious (that is, the person's estimate of the present and future probabilities of danger).
3. The extent to which symptoms disrupt family, work and other social activities.
4. The frequency of the appearance of deviant signs or symptoms, their persistence, or their frequency of recurrence.
5. The tolerance threshold of those who are exposed to and evaluate the deviant signs and symptoms.
6. Available information, knowledge, and cultural assumptions and understanding of the evaluator.
7. Basic needs that lead to denial.
8. Needs competing with illness responses.

Mechanic bruker i likhet med mange andre amerikanske forskere ordet help-seeking (eg. hjelpesøkning) her. Jeg har valgt å bruke ordet legesøkning i min oversettelse, fordi han i likhet med de fleste andre, utelukkende diskuterer legesøkning i sin bruk av ordet.

9. Competing possible interpretations that can be assigned to the symptoms once they are recognized.
10. Availability of treatment resources, physical proximity, and psychological and monetary costs of taking action (included are not only physical distance and costs of time, money and effort, but also such costs as stigma, social distance and feeling of humiliation)".

I denne modellen er det endel overlapping mellom variablene, sier han. Og han sier videre^{at} fra et medisinsk perspektiv er kanskje noe av disse variablene ikke interessante, men (s. 269) :

"... Illness behavior and the decision to seek medical advise frequently involve, from the patient's point of view, a rational attempt to make sence of his problem and cope with it within the limits of his intelligence and his social and cultural understandings, but this does not make it rational from a medical perspective".

I forbindelse med mitt arbeid vil Mechanic innta en viktig posisjon. Han trekker inn de fleste variablene som forskningen hittil har vært opptatt av når det gjelder å forklare ulikheter i bruk av lege. Han regner disse problemene som mer eller mindre universelle, og sier at folk gir dem ulik oppmerksomhet, bestemt av deres sosiokulturelle tilhørighet. Hvis dette viser seg å være tilfelle, vil hans variabler også være relevant for å vurdere nordfjordingenes legesøking. Og de vil i denne sammenheng kunne brukes til å komme til større forståelse for de problemer folk i Nordfjord møter når de får symptomer og skal bestemme seg for hva de skal foreta seg i den forbindelse.

Som vi ser så har Illich og Mechanic en del fellestrekk til tross for alle ulikhetene. Begge to prøver å se på mennesket i forhold til medisinen - Mechanic går inn for å forstå enkeltmenneskets problemer, dets måte å vurdere på, og hvordan det virker inn på tidspunktet for, og måten, å søke hjelp på. Til tross for at det fra medisinsk syn kan være "ufornuftig", så er mennesket selv fornuftig i forhold til sin egen referenseramme. Illich meiner at den rasjonaliteten som enkeltmennesket sitter inne med, ikke er så ufornuftig. Feilen er at legene har fått for stor makt i vårt samfunn at de har fått bestemme hva som er fornuftig på områder der de ikke har større kompetanse enn

alle andre.

Når jeg nå går i gang med datapresentasjonen, er både Mechanic og Illich relevant i forhold til min diskusjon om lavforbruk. I sin modell for legesøkning viser Mechanic hvilke momenter han meiner er avgjørende for om folk søker lege eller ikke, og som derfor bestemmer størrelsen på forbruk. Illichs oppfatning om at folk burde være i besittelse av nok viten til selv å avgjøre, i stedet for å overlate alt til legene, er også et viktig perspektiv å ta med i forhold til mitt eget studie. Størrelsen av forbruk er i følge han bestemt av i hvor stor grad folk stoler på sin egen viten i forhold til legens.

DEL II: PRESENTASJON AV DATA.

Kap 4 HVA FOLK ØNSKER Å SNAKKE OM

Problemer med å komme seg til legen.

Den av Mechanics variabler som i utgangspunktet så ut til å være viktigst for folk i bygda, og som var mest synlig, var hans variabel nr. 10. Da jeg kom til dette lokalsamfunnet, og folk fikk vite hva jeg jobbet med, var deres umiddelbare reaksjon : "Vesst det e nokka du må skrive om, så e det om korsen vi har det førr å komme oss tell doktern". Bakgrunnen for denne opptattheten, var følgende : Da veien kom i 1977, ble skole og legekantor nedlagt. Det ble satt opp buss mellom Nordfjord og Sentrum to ganger om dagen, før og etter skoletid. Det første året veien hadde vært, hadde de fleste fått refundert utgifter til skyss for å komme til legen. Hvis ikke, kunne de bruke privatskyss, noe som, om det ikke var direkte lønnsomt, iallefall ikke førte til tap for den som kjørte. På den tiden var refusjonstaksten på kr. 1,15 pr. km. I 1978 gikk taksten ned til 0,40 pr. km, for siden å stige til kr. 0,50 i 1981. Samtidig med takstnedgang, fikk legen direktiver om å skjære ned på tillatelse til å gi folk adgang til bruk av drosje. Billigst mulig transportmiddel ble normen for økonomisk godtgjørelse. I tillegg ble det innført en egenandel på transport på 8 kr., som seinere ble økt til 20 kr. i 1982.* Folk klaget over hvor dyrt det nå var blitt, og sa at hvis de skulle be noen om å kjøre dem til legen, måtte de nå betale av egen lomme. Det de fikk igjen på trygdekontoret var for lite til å dekke utgiftene til en slik tur.

Når det gjaldt bruk av drosje støtte de på et nytt problem : Det er en person med drosjeløyve på Sentrum, men i følge mine informanter er han ofte på langtransport i ukedagene (til sykehus, fysioterapeut o.l.), slik at han er lite tilgjengelig for "småkjøring". Konen til en av dem som hadde kronisk sykdom, og som fikk tillatelse til å benytte drosje til og fra legekantoret, fortalte at de måtte avtale turen opptil flere uker i forveien

* Disse opplysningene stammer fra en av trygdefunksjonærene i kommunen.

for å sikre seg drosje den aktuelle dagen.

Folk flest måtte benytte skolebussen som går fra Nordfjord kl. 7.30 og er tilbake kl. 3. De må derfor gå ute i Sentrum til legekantoret åpner kl. 9. Flere fortalte at de hadde problemer på slike turer, spesielt om vinteren var det kaldt å gå ute og vente. "Førr man kan jo ikkje bare plage folk i Sentrum heller så tidlig på morran". Mange sa at de gikk kun til legen når de var syk, og meinte at et sykt menneske ikke hadde godt av å først være ute og vente til legekantoret skal åpne, for siden å sitte på legekantoret til bussen går tilbake. Sentrum har heller ikke stader som kafé f.eks. hvor en kan ta en kopp kaffe for å korte ventetiden. Av de som er i Nordfjord om dagen er det bare ei kvinne som har sertifikat (hun jobber som nattevakt), og mange syntes det var vanskelig å "plage" henne. Å be henne om å kjøre, ville innebære at hun måtte vente mens pasienten var inne hos legen, så det ville ta henne lang tid. Og i tillegg måtte de betale henne av egen lomme.

Hvor opptatt folk i Nordfjord var av dette problemet, var avhengig av deres mulighet til å komme til legen. De eineste av kvinnene som ikke nevnte skyssproblemet som første reaksjon, var de to som hadde sertifikat, men de presenterte dette som et problem seinere i intervjuet. Dessuten var mennene i lønnsarbeid ikke så opptatt av dette. De sa at dette var problemer som ikke var så viktig for dem personlig fordi de hadde adgang til bil. En av de yngre mennene sa f.eks. også at : "Førr kjærtinga e det no et problem, men ikkje førr mø, førr æ har no ikkje så mye med de karran å gjøre." (Karran = legene).

Blant kvinnene var dette imidlertid et problem som var til stor ergelse for dem. Uansett alder så poengterte de dette som et tilbakesteg for deres legetjeneste. Ei gammel dame sa det slik : "Vi har det no så godt så, så vi har no ikkje så mykje å klage over, vi må no berre være fornøyd. Men det e no førr galle at vi ikkje ska komme oss tell doktern på en skikkelig måte." Og de mente at det hadde vært fint om legen hadde fortsatt å komme en gang i måneden, som han hadde gjort før veien kom.

Noen av de yngre kvinnene var også ganske opphisset når de for-

talte dette. Under hele oppholdet i bygda ble jeg minnet på om at dette var deres store problem, og at det var dette jeg skulle "gjøre noe med". For hver gang et legebesøk ble planlagt, dukket dette problemet opp igjen. Mange eldre føyde til at de av denne grunn faktisk kviet seg for å søke lege, men de sa at de måtte likevel dra til lege når de var syke nok. Når det gjaldt privatskyss, var det ikke bare det at de måtte betale skyssen av egen lomme, men like mye at de måtte be andre, eller "plage" andre til å kjøre. Og dette var problemer som "godt kunne bli løst" (av det offentlige). Uansett når jeg senere møtte kvinnene i bygda, kom de med følgende appell til meg : "...og så må du se om du ikkje kan gjøre nokka med skyssen." Jeg sa daat det eineste jeg kunne gjøre var å ta det opp som et problem i den oppgaven jeg skulle skrive.

Hvor opptatt folk er av transportproblemet, ser ut til å være avhengig av i hvor stor grad de oppfatter det som sitt problem. Kvinnene og de eldre i bygda er avhengig av offentlige transportmidler for å komme til legen, mens de lønnsarbeidende mennene hadde bil, i tillegg til at flere av dem oppholdt seg i Sentrum om dagen.

Noen sa at de også kunne bruke økonomi, eller utgifter til selve konsultasjonen, som en unnskyldning for å la være å søke lege, men føyde til at det nok ikke var den egentlige grunnen. De fleste meinte at legebesøk burde være helt gratis, likeså medisiner, men at helsa likevel var viktigere enn penger. Derfor lot de ikke slike ting spille inn når de vurderte å søke lege. Så lenge disse utgiftene ikke var urimelig høye, hadde de lite å si. Men hvis egenandelen ved legebesøk skulle øke, i tillegg til skyssutgiftene, ville et legebesøk ikke bli noen billig affære. Da ville slike utgifter komme med i vurderingen om å søke lege eller ikke.

At legen bor i ei anna bygd, og at det er vanskelig å komme seg dit, blir altså av folk i Nordfjord sett på som ei dårlig unnskyldning for ikke å søke lege. Også andre undersøkelser

støtter nordfjordingene i at dette ikke er god nok grunn til ikke å søke lege. Det viser seg at avstand og tilgjengelighet av lege er viktige faktorer som virker inn på legesøkning, men er ikke av avgjørende betydning. Kolberg (1974), Helseundersøkelsen (1975), Telje (1974), Bygren (1974), Fugelli (1978), og mange flere viser at avstand geografisk, og også sosialt (Stimpson & Webb 1975, Fugelli 1975), er viktige, men ikke avgjørende faktorer. Alle disse undersøkelsene viser at økonomiske utgifter til legebesøk ikke er så viktige variabler som mange tidligere amerikanske undersøkelser har antatt. Eksempel på slike undersøkelser er f.eks. Koos (1954), Anderson (1963), som sier at ulik økonomisk evne i stor grad forklarer ulik adferd i forhold til legesøkning. Også i USA der bare deler av helsevesenet er statlig finansiert, viser det seg at økonomiske faktorer ikke er så viktig som tidligere antatt. Det har vært gjort forsøk med å redusere eller fjerne kostnadene til legebesøk (også transport) for visse utvalg, og det viser seg at "...even when cost barriers are removed, wide variations still remain among income and even ethnic groups in the utilization of medical care." (McKinlay 1972, s.119).

Til tross for at dette var ting folk i Nordfjord gjerne ville snakke om, og gjerne forandre på, ser både selve problemet med å komme til lege, og de økonomiske utgiftene i den forbindelse, mer ut til å være et irritasjonsmoment for folk i bygda, i stedet for en god forklaring på det lave legeforbruket. Vi må derfor vende oss mot andre forklaringsmuligheter, og se på andre ting som kan forklare forbruket i bygda.

Forholdet til legene.

Det ustabile legemarkedet.

Nordfjord ligger i et distrikt med ustabil legedekning. Derfor hadde jeg i utgangspunktet forventet at folk var opptatt av problemer i denne forbindelse. Men det var kun de som gikk til faste legekontroller som presenterte dette som et problem. De syntes det var vanskelig å måtte forholde seg til flere leger.

Når en ny lege kom, kunne det hende at han foreskrev andre medisinsmengder enn den tidligere legen, eller ga en ny medisin som han meinte var bedre. Dette opplevde de som meget forvirrende, og sa at siden hver lege hadde sin egen mening om hva som var best, ble de selv litt usikker på hva som egentlig var det beste. Etpar eldre kvinne sa også at de var redd for at den nye legen ikke visste nok om dem og deres sykdom, fordi legene alltid hadde det så travelt. En kunne derfor ikke vite om de hadde tid til å lese skikkelig gjennom journalen deres. Men de føyde med en gang til at de selv var nå ingen lege, og han visste vel hva han gjorde.

Stort sett så likevel ikke den ustabile situasjonen ut til å oppta folk flest. Alle mine informanter meinte at det selvfølgelig ville vært best om de kunne unngå å skifte lege så ofte, men legesituasjonen var nå bare noe de måtte leve med, og bare være glad for at de hadde lege. Både kvinner og menn var enige her : "Ja vi skulle ønske at de ble litt lenger, men det e ikkje nokka vi kan gjøre nokka med." "Ja, vi veit no kem som e, og vi veit når vi får ny, men ellers e det ikkje nokka som angår oss." "Det angår ikkje oss kem doktran e, førr dem e jo fremmen førr mæ uansett", som ei sa, og meinte med det at uansett hvilken lege det var i bygda, så hadde ikke hun noe å gjøre med han privat likevel.

Folk fortåltedessuten at når de kontakta lege så var de så sjuke at de kun var interessert i de kunnskapene han hadde som lege, og ikke andre ting. "Vesst æ treng hjelp eller trøst, træng æ ikkje ringe doktern." Nei, det de trengte var en som kunne stille diagnose og foreskrive behandling slik at sykdommen ble kurert. Derfor var det viktig at det fantes en lege å henvende seg til, men ellers brydde de seg ikke så mye om dem.

Likevel fortalte de at når det skjer legeskifte, så følger de alltid med og hører hvilke erfaringer folk gjør seg med "nydoktern". Kvinnene fortalte at de fulgte med i bygdesladderet, mens mennene hadde mer av holdningen : "Nei, æ bryr mæ no ikkje

med ka som prates på bygda." Men også de måtte innrømme at de visste om når det skjer legeskifte, og hva folk sier om den nye legen.

De fleste sa at det var vanskelig å kunne si noe om hva de selv vil meine om legen utifra det andre sa : "Vi e no så forskjellig, når like den eine og når den andre." Selvfølgelig så hørte de på hva de som hadde vært hos denne legen meinte om han, men sa at dette ikke påvirket deres beslutning om å søke lege. Derfor "forhørte" de seg ikke hos andre før de selv kontaktet legen.

Likevel var det trist når en lege reiste. Dette fordi de visste litt om den gamle legen, hva han syntes om å søke lege for ulike tilstanden, om han var lett å få til å komme på hjemmebesøk o.l. Med en ny lege måtte de lære seg alt dette om igjen. Men de fleste sa at slike ting forhindre dem ikke fra å søke lege når de trengte det. De kunne ikke bry seg om slike ting - når de trengte lege, så trengte de lege.

Ingen av mine informanter hadde noen gang søkt lege for problemer som ikke var "rein" fysisk sykdom som de sa. Ingen sa at legen var en mulig person å henvende seg til når det gjaldt "personlige problemer". Med slike ting var det familien en gikk til, og ikke til folk utenom familien. Legen hadde vel ikke mer greie på slike ting enn andre.

Det går altså an å skille mellom "storforbrukere" av legen og resten av befolkningen i interesse for legedekningen. For en som bruker lege mye, er det viktig at det er kontinuitet over legetjenesten, og at legene ikke skiller seg så mye ut fra hverandre i forhold til behandling og adferd. Folk som har lite forbruk av lege synes ikke at dette er så viktig. Foruten dette

skillet ser vi at det er flere kvinner enn menn som er interessert i legen og holder seg informert om når den nye legen kommer.

Forventninger til legen.

Like oppglødd som kvinnene var over transportproblemet, var mennene opptatt av å kritisere hva de syntes om legenes personlighet. Det var dette de ville snakke om. De unnskyldte seg først med at : "Æ bryr mæ no ikkje så mye om doktran." I likhet med kvinnene forsikret de om at de ikke hadde interesse av legen annet enn "som lege." Hos mennene endte det likevel ut i en kritikk av de legene de hadde stifta bekjentskap med. Kvinnene, da spesielt de eldre, var mer forsiktige og ville ikke si så mye om dette, men sa heller at legen hadde en vanskelig jobb.

Men likevel hadde folk i bygda alle forventninger om hvordan en god lege er, som de vurderte tidligere distriktsleger og den nåværende i forhold til. De fleste sa at det som kjennetegner en god lege er at han "sender folk videre." "Videre" i denne sammenheng betydde at legen søkte plass for dem i røntgen, hos spesialist eller på sykehus. En god lege var en som kjente sin egen begrensning, og lot andre overta der hans egne kunnskaper sluttet.

Mange av mine informanter, og da spesielt mennene, meinte at "disse doktran som kjem no har en tendens til å holde på folk", og ikke sende dem videre. Flere kunne vise til konkrete eksempler på tilfeller der de meinte legen burde sendt pasienten til videre undersøkelser, spesielt til røntgenundersøkelse. Kritikken gikk både på at legene var så selvgode at de trodde de kunne mer enn de i virkeligheten visste, eller at de heller ville eksperimentere selv, og at de derfor ikke "ville" sende folk videre. Blant de spesialistene de syntes at legene ikke "ville" sende folk til, snakket mennene om kiropraktor og kvinnene nevnte gynekolog.

I tillegg var en god lege også "doktor." Denne rollen innebar at legen skulle være formell, korrekt og bestemt, at han ikke prøvde å komme på for vennskapelig fot med sine pasienter, men holdt en viss avtand. Å være "doktor" innebar også en viss alder - at han så voksen ut, og ikke som en unggutt. Mennene uttrykte stor skepsis mot "disse unge doktran som kjem hit ut." Og enkelte av mennene lot seg hisse opp over disse som "ikkje e ordentlig doktra lenger, dem har en altfor lett omgangstone tell at man kan få respekt for dem." De meinte at respekt var viktig for at man skulle få tillit til legen: "Nei dem spøke og e altfor lite alvorlig. Korsen skal dem vente at man ska få respekt for en som ser ut som en gluntonge og ter seg som en og?".

Det var også viktig at legen var flink og ga effektiv behandling. De sa at hvis legen gir medisiner som viser seg å være svært effektive, så vil man få større respekt for han. Når lege ble konsultert, var det også viktig at han selv så ut som om han visste hvordan og hvorfor han foreskrev en viss behandling, Han skulle verken slå opp i bøker eller spørre pasienten om hva han trodde var best. En lege som ikke selv er sikker på hva som er den beste behandling, skal heller ikke vente at pasientene stoler fullt og fast på han. I tillegg nevnte noen kvinner at det var viktig at legen tok seg god tid, var vennlig, ga informasjon om hva som var i veien, og hvilken behandling han ville foreskrive. Men selvfølgelig måtte han ikke være for vennlig, for da var han ikke "doktor".

Når mannen hørte kona si disse tingene, kunne han svare: "E 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 han som skal få dæ fresk igjen". Om disse utsagnene var meint som en ert til kona, eller det var deres alvor, var vanskelig å bedømme, for de ble etterfulgt av litt prat dem immellom, og begge så ut til å ta det humoristisk.

Disse kvinnene ønsket også en annen legetype enn den de hadde stiftet bekjentskap med i de siste åra. De sa at legene nå

aldri har tid til å høre ordentlig etter når en sier noe. De var redd for at legen ikke fikk god nok forståelse for hvordan de beskrev symptomene, og de var også redd for at de skulle oppfattes som de "plaget" legen.

Noe som gjorde at legene ikke var "ordentlige" leger lenger, var vaktordningene distriktslegene hadde seg imellom.* Folk hadde liten forståelse for at legen kunne ha frihelg, var heime hos seg selv, men likevel ikke ville komme på husbesøk. De syntes også det var merkelig at Vikalegen, som bodde lenger unna, måtte komme i stedet. Selvfølgelig skjønnte de at også legen måtte ha fri en gang i blant, "men når man før en gangs skyld ber han om å komme"..."

Spesielt de eldre fortalte at når de kontakta lege utenom kontortid, var det fordi de ønsket at han skulle komme på husbesøk. De forklarte at når lege ble kontakta, var det fordi de ønsket at legen skulle komme og selv bedømme hva som var i veien. Og man ringer ikke til legen for å få råd, nei man ringer bare når man er redd for at en tilstand er alvorlig, og ønsker å overlate videre behandling til legen. Yngre kvinner sa at rådføring pr. telefon kunne være nok når det gjaldt barna. Men også de ønsket helst at legen skulle komme. Meinte legen derimot at symptomene var av en slik art at hjemmebesøk ikke var nødvendig, så godtok de det. Mennene, derimot, meinte at når en tar kontakt med lege utenom kontortid, så er det fordi en ønsker hjemmebesøk.

De fortalte at praksisen hos de enkelte legene var svært forskjellig - noen var "snar" til å komme, andre ikke. Dette førte til vanskeligheter når det kom en ny lege. De var da usikker på hvor mye informasjon han ønsket for å komme, og hvor "lett han var til å komme". Den legerollen de ønsket, og som de syntes var riktig, var den legen som ikke ønsket noen større kontakt med sine pasienter, men en formell, autoritær og upersonlig lege.

* Annehver helg har hver av dem vakt, og er da ansvarlig både for Vika og Fjorden kommune. I perioder er det også flere enn disse to distriktslegene som deler helgevaktene seg imellom.

Legen skulle også bare brukes til diagnosestiller og behandler av sykdom, og ikke rådgiver og hjelper for andre ting. Deres kritikk mot de legene som hadde vært, og var i dette distriktet, gikk på at de ikke harmonerte med deres forventninger til lege-rollen.

Her ser vi at til tross for at menn og kvinner er ganske enige om hvordan den gode legen er, så har de ulike forventninger. Mennene setter mere krav til legene, mens kvinnene er mer forstikktige. Mennene ønsker bare en "profesjonell" lege, og er bare interessert i det legen kan. Kvinnene på sin side setter pris på mer "menneskelige" trekk hos legen. Kvinnene hadde en tendens til å "unnskyldte" deres erfaringer med dårlige leger. De sa at når de kritiserte legen, så måtte en samtidig se på at legen hadde en vanskelig jobb, At han var anderledes enn en kunne forvente, måtte sees i sammenheng med at det var et veldig "viktig" yrke, og at legen hadde så mye å gjøre. Mennene var mer kritiske og som før nevnt ble sint på "doktran no tel dags". Og de la frem deres syn mer svart-hvitt, Enten er legen god, eller så er han en dårlig lege.

Konsekvenser for legesøkning.

Hvis befolkningen ikke likte den legen som var i distriktet, hadde de i realiteten to muligheter. Enten å la være å oppsøke lege på nytt (for eventuell ny lidelse) så lenge denne legen var ansvarlig for dette distriktet, eller å oppsøke han når de igjen fikk behov for lege, til tross for at de ikke likte han. Å konsultere en annen lege var i realiteten ikke noe alternativ, fordi de syntes at andre leger bødde så langt unna at det var både for tidkrevende og for dyrt å oppsøke. Av mine informanter var det bare en som sa at hun ville oppsøke annen lege hvis hun ikke likte distriktslegen. Hun hadde også for noen år tilbake oppsøkt en annen lege fordi hun ikke hadde vært fornøyd med den behandlingen som daværende lege hadde gitt.

Folk sa at når de kontakta lege, så hadde de så stort behov for lege at det egentlig bare var "luksusproblemer" å diskutere om de likte han/ikke likte han. Men de skilte likevel mellom to typer lidelser : Akutte lidelser og kroniske lidelser. Ved akutte lidelser så sa de at de var så syke at de måtte ha legehjelp, uansett av hvem, bare det var en lege. Og ei sa det slik : "Når en e ordentlig sjuk så e en så sjuk at en ikkje bryr sæ om kãm som kjem".

Ved mer kroniske tilstander så meinte de at legens personlighet kom til å bety litt mer. Hvis de hadde "dårlig" erfaring med legen, så kunne det føre til at de utsatte et legebesøk de meinte burde vært nødvendig. Denne utsettelsen kunne være til det kom en ny lege som de ikke kjente. De sa at slike ting skjedde ikke ofte. Men jeg fikk eksempler på det : En enslig mann viste fram armen sin, og fortalte at han hadde store smerter etter en skade i armen. Skaden hadde inntruffet mens den nåværende distriktslegen hadde vært sivilarbeider. Han syntes at denne legen var en "tøv", som han sa, og hadde derfor ikke oppsøkt legen da han ble skadet. I stedet hadde han tenkt å vente til det kom en ny lege. Dessverre for han hadde denne legen gått over i distriktslegestillingen etter endt sivilarbeid, noe denne mannen ikke hadde regnet med. Resultatet ble at armen fortsatt trenger behandling, men han ville fortsatt ikke oppsøke lege. Nei, da ville han heller ha smerter, vente og se om ikke denne legen reiste snart, slik at han hadde sjanser til å komme til en "ordentlig" lege. Mannen går fortsatt med store smerter et år etter at skaden inntrådte.

Jeg støtte på etpar lignende tilfeller av folk som sa at de skulle ha vært hos lege, men ville vente til det kom en "bedre" lege. Men de fleste sa at de kontakta lege når de "måtte" det, uansett hvordan han var. "En doktor e no en doktor", var begrunnelsen. Av denne grunn fulgte de alltid de rådene han gav, uansett om han ikke levde opp til deres bilde av en "doktor". Og de meinte at når en oppsøker lege og får hjelp, enten om medisiner eller andre råd, så skulle disse følges". "Det e vel ikkje nokka vits å gå tell doktern vesst du ikkje trur på han og tænke på å følge det han sei...", sa en. De trodde på de

rådene han gav og fulgte dem, de stolte på at han visste best og hadde mest kunnskap om sykdom, uansett om han som person ikke var som de ønsket. Både menn og kvinner, unge og gamle, var enige her, og medisindoseringsforslag f.eks., ble alltid fulgt. Ei kvinne fortalte meg at mens distriktslegen hadde hatt ferie, hadde den vikarierende legen hatt homøopater sammen med seg. Da hennes datter fikk ørebetennelse, hadde hun derfor fått naturmedisin, i motsetning til den vanlige medisinen hun ellers brukte å få ved ørebetennelse. Kvinnen sa at hun hadde vært litt betenkt da hun fikk medisinen, men siden legen hadde anbefalt den, så regna hun med "at han visste ka han gjør", Ungen fikk medisinen og ble fort frisk. Hun hadde gitt ungen medisinen fordi hun meinte at hun stolte såpass på det legen anbefalte.

Totalt sett så meinte de altså at når det kommer til stykket, har ikke legens personlighet så mye å si, fordi de var syk når de kontaktet han, og var derfor kun interessert i den ekspertisen ^{han} hadde å bedre sykdommer. Og før de kontakta lege, ble legens personlighet ikke vurdert : "Treng man doktor, så treng man doktor", som de sa - og derfor brydde de seg ikke om hvordan han var ellers.

Legerollens betydning for legesøkning.

Folk i Nordfjords kritikk av legene som de har hatt i distriktet, går mot den forskningen som har vært gjort om folks forventninger til legerollen. De fleste arbeider på dette området konkluderer med at det legeidealet folk ønsker er en nær, vennlig og personlig lege, som viser omsorg for sine pasienter (se f.eks. Stimpson & Webb 1975). Folk i Nordfjords ønske om legen som en korrekt, upersonlig og fjern skikkelse, er det legene ofte blir kritisert for å være. Denne legetypen blir beskyldt for å "skremme" vekk pasientene, og er i seg selv medvirkende årsak til at mange mennesker utsetter å søke lege. (Mechanic 1978).

Deres konklusjon er at denne legerollen må vi bevege oss bort fra. Både fra medisinsk, og ikke minst sosiologisk hold, er idealet for den "gode lege" nokså ensartet - til tross for at legenes praksis er gjenstand for kritikk. Idealet for trening i pasientbehandling, som moderne medisineropplæring er blitt mer og mer opptatt av, ligger langt ifra folk i Nordfjords ønske. (Cartwright 1968, Stimpson & Webb 1975).

Her i landet har først og fremst Fugelli (1975, -78) gått i spissen for å oppvurdere den såkalte huslegen, eller almenpraktikeren som han også blir kalt. Argumentasjonen går på at den gamle "gode" huslegen har lettere for å fange opp symptomer på et tidlig stadium. Han sier at kjennskap til legen er viktig for at pasienten oppsøker han når det dukker opp problemer. Legen, på sin side, sitter inne med kunnskaper om pasienten som han har ervervet gjennom et langvarig og nært kjennskap til pasienten. Og disse kunnskapene både om tidligere lidelser og pasientens sosiale forhold, er viktige opplysninger som må vurderes på lik linje med symptomene som uttrykkes, og de medisinske funnene. På denne måten reduseres også mulighetene til feiltolkninger og misforståelser mellom lege og pasient.

Men mine informanter i Nordfjord ønsket ikke en slik "nær" lege. Samtidig kan nok deres interesse for at hver lege skal være litt lenger, være et uttrykk for at de ønsker et nærmere forhold til legen. Dette kan også være en redsel for å bli uten lege, noe et legeskifte tidligere har vist seg å medføre. Det at legene reiser når de selv ønsker, har de sett gang på gang, og det er lite de kan gjøre med det. De har hittil ikke hatt et langvarig forhold til samme lege, og Fugellis "huslege" har de heller ikke stifta bekjentskap med. Deres muligheter til å bli kjent med legen er dessuten svært små. Han bor langt unna dem, og i tillegg er det meget stor sannsynlighet for at han forlater bygda etter kort tid.

Allikevel ser det ut til at folk har god oversikt over hva de meiner legen kan gjøre noe med, og hva legen verken kan eller

bør gjøres noe med, som f.eks. psykiske problemer. Andre undersøkelser viser at folk benytter legen til flere deler av livet enn tilfelle har vært før. I England var det f.eks. innenfor en 5-årsperiode en stor økning (fra 25-41%) av befolkningen som var villig til å søke lege for personlige problemer (Dunnell/Cartwright 1972). Noen undersøkelser viser at fast lege er av stor viktighet for forbruk av lege. F.eks. Cleary et. al. (1982) viser i sitt undersøkelsesområde, at ikke å ha en personlig lege er relatert til mindre hyppig forbruk. Utifra denne undersøkelsen er det vanskelig å trekke paralleller til Nordfjord, i og med at den stammer fra et bymiljø der problemet i denne forbindelse ikke er ustabilitet og mangel på valgmuligheter.

I bygda Nordfjord er det tydeligvis ikke "behov" for egen lege. Legen skal kun helberede og hjelpe dem med deres sykdommer, og ingenting annet. Mennenes kritikk av legene de har stifta bekjentskap med, viser at de har svært klare ønsker for hvordan legen skal være. På den annen side viser de også stor respekt for den kunnskapen legen som medlem av sin profesjon sitter inne med. Et uttrykk for dette er at de søker lege når det er en tilstand de er redd kan være alvorlig, og de følger hans råd og tror på han, uansett om de liker han eller ikke.

På denne måten kan man si at legens profesjonelle budskap også har nådd dette samfunnet, og Illich (1975, -78) ville nok si at også dette samfunnet retter seg etter legeprofesjonen. Deres holdning til legene er ikke uttrykk for skepsis til legeprofesjonen i seg selv, og setter heller ikke spørsmålstegn med deres autoritet når det gjelder medisinske spørsmål. Deres oppfatning av og krav til legen kan like godt være uttrykk for en tilpasning til et ustabilt legemarked.

Vi kan selvfølgelig spekulere på hvordan folk i dette distriktet ville reagert, hvordan deres forventninger til og forbruk av lege ville vært, hvis de fikk en stabil legedekning. Dette er imidlertid problemer som kommer utenfor denne oppgavens rammer. Det som på dette tidspunkt iallefall er interessant å få fram,

er at til tross for at mennene spesielt har mye negativt å si om den legerollen de har stifta bekjentskap med, så ser det ikke ut til at dette forhindrer dem i å søke lege når de finner ut at det er "behov" for det. Og de blander ikke sammen personlige meninger om en person, med hans profesjonelle kunnskap. Deres forventninger til legen er bestemt av at han blir sett på som siste utvei for å bli kvitt ~~deres~~ problemer.

Å komme seg til lege bød på problemer, på samme måte som legene er motsatt av hvordan de "burde" være. Disse hindringene møter folk hver gang de skal søke lege, og fører til at de snakker med hverandre og ergrer seg. Likevel meiner de at det ikke betyr at de unngår å benytte lege når de trenger det. Og slik de presenterer disse problemene, ser de ikke ut til å gi (en fullgod) forklaring på det lave legefórbuket i bygda.

Og grunnen til det, var at folk meinte at når de søkte lege, var de vanligvis så syk at slike ting ikke forhindret dem i å søke hjelp. Det at en er syk når en søker hjelp, medfører at hindringer blir skjøvet til side og regnet som "luksusproblemer" i forhold til hvor viktig det er at en får hjelp for sin sykdom.

Her er jeg nødt til å anta at deres beskrivelse er korrekt. Dersom den er det, vil det være viktig å se nærmere på hva de meiner med "sykdom", altså en analyse av befolkningens begreper om helse og sykdom. Kan det være her forklaringen på det lave legefórbuket ligger ?

Kap 5 HVA SYKDOM IKKE ER

Toleranse til symptomer.

For folk i Nordfjord ble sykdom automatisk sett i forhold til legesøkning. En vanlig reaksjon på mitt spørsmål om når de regner seg som syk : "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 at en var syk, var noe en "visste", men hva sykdom ikke var, var mye lettere å beskrive. Ei kvinne sa at : "...om en går og har litt ont her og der, kan en no ikkje gå og pistre og legge sæ sjuk".

131
Mine informanter fortalte at når de fikk vondt et sted, eller fikk andre plager, så venta de og så om det ikke gikk over, og for de fleste plager så gjorde det det. Om det gikk over, var det fint, gikk det ikke over, så fikk en nå bare lære seg å leve med litt problemer. De som var litt eldre mente at det å ha plager var endel av livet, og at det er lite en kan gjøre med dem. Tilstander de henviste til var spesielt smerter i led-dene, og ryggen. Ei sa det slik : "Æ har no denne hofta....", ei anna : "Dennan ryggen min e no blidd heilt besatt i det siste". Flere fortalte om varmelaken og varmeputer som de hadde "skrevet etter" for å lindre slike smerter. "Men å plage doktern med sånt ? Nei, da må man ha lite å gjøre". "Man kan noe ikkje regne me å gå gjennom livet uten å ha plaga av nokka slag". Slike problemer, sa de, er sånt en må regne med å ha, og fortalte videre at : "Dettan e jo ikkje sånt som doktern kan gjøre nokka me heller". Slike smerter ble betegnet som "gikt", og dermed kunne ikke legen lindre dem heller. Og her kom de ofte med "bevis" for det : "Æ såg no ho..., de nøtta no ikkje kor mykje hos spreng tell doktern, ho e no ikkje blidd nokka

bedre". De sa også at legene ikke likte at de kom til dem med "småplager".

Gjenkjennelse av symptomene.

Mechanic sier at om en person gjenkjenner et symptom som sykdom, er avhengig av hvordan symptomet fremtrer, og hvor gjenkjennelig det er for han. Og symptomer er svært ulike i forhold til hvordan de vises. Noen symptomer er lett å oppdage både hos seg selv og andre, mens andre symptomer, kan om en ønsker det, holdes skjult for omgivelsene. Den generelle tendensen her, sier han, er at de mest synlige symptomer oftest blir gjenkjent og definert i forhold til hvor "alvorlige" de oppfattes som.

I mitt undersøkelsesområde nevnte yngre kvinner slike synlige og gjenkjennelige symptomer når de skulle fortelle hva de meinte ikke var sykdom. Tilstander de nevnte var som oftest akutte tilstander som ulike febersykdommer, fulgt av forkjølelse, og/eller oppkast og diarré. Alle disse symptomene ble puttet inn under betegnelsen influensa. Eldre nevnte også slike symptomer i tillegg til "gikt", men alltid med "gikt" som første eksempel. Når det gjelder influensa, så var slike symptomer gjenstand for mindre bekymring hvis de visste om andre som hadde lignende symptomer : "Og e en nå 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".

Og vanligvis ville de "vente og se" før de "gjorde noe", dvs. kontaktet lege. Men kvinnene forsikra meg samtidig om at hvis symptomene strakte seg over lengere tid enn influensa vanligvis gjør, eller hvis symptomene forverra seg, så ble symptomene gjenstand for ny bekymring. Men, sa de, hvis det var et barn som hadde slike symptomer så ville de "vente og se" en kortere periode. Hvis et barn var syk, fikk høy feber over flere dager f.eks., så ville de ikke slå seg til ro med at det kanskje var influensa. Til tross for at det kunne "gå" influensa på bygda, så fulgte de godt med i symptomutviklingen før de ga tilstanden en slik betegnelse. Dette begrunna de med at "man veit no aldri

når det gjeld ongan". Disse opplysningene ble illustrert med eksempler som viste at det kunne ligge alvorlige sykdommer bak symptomer som f.eks. høy feber. Og det en "aldri veit om" og som er skrekken for de fleste i Nordfjord, i likhet med resten av Nord-Norge, er hjernehinnebetennelse. I tillegg fortalte de at barn ikke tålte det samme som en voksen, Samme sykdom hos et barn og en voksen kunne gi helt ulik prognose.

Aktivitetshemming og alternativ forklaring.

I forhold til Mechanics modell, velger jeg når det gjelder mennene i bygda, å presentere Mechanics 3. og 9. variabel under ett. Dette kommer av at jeg vil presentere data mest mulig slik de selv presenterte det til meg. Menns forhold til sykdom var preget av at når de merket et symptom, ville de se det i sammenheng med hendelser som gikk forut, før de merket symptomet, samtidig som de føyde til at de ikke ville "bry seg om" symptomer som ikke var verre enn de klarte å utføre jobben sin.

Mennene i bygda var som før nevnt, lite interessert i å snakke om sykdom, og å fortelle hva de meinte var forskjellen mellom sykdom og ikke-sykdom. For det første så meinte de at det ikke 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 diskuterte ikke influensa noe utenom dette, og hørte på konas snakk med en uinteressert mine, leste avisen eller lot som de hørte på radioen. Men de eldre mennene nevnte gikt som et felles problem med kvinnene. De som hadde barn, nevnte sykdom hos dem kun på direkte spørsmål fra meg, og sa at "... ongan e man jo alltid redd for", og føyde som oftest til "... men det e no kona som stelle me ongan."

Mens de eldre kvinnene trakk frem barna, og da som oftest med referanse til navngitte barnebarn, nevnte ikke de eldre mennene barna. På spørsmål fra meg sa de at : "...bekymring for ungan, det e no vi for våres del ferdig me." Men selvfølgelig ville de bekymre seg hvis et av barnebarna ble virkelig syk.

Mennene nevnte andre typer symptomer enn kvinnene gjorde. En av mennene fortalte at hvis han fikk vondt i ryggen etter å ha arbeidet hardt en dag, da visste han hva smertene kom av, og ville derfor ikke bry seg om dem. Og en sa også at : "Når man har en jobb så e det ofte at man e både lemster og trøtt etter en lang arbeidsdag. En kan no ikkje gå og kjenne etter heller, for da får man no ikkje gjort anna." Han føyde til at han selvfølgelig måtte bry seg om noe hvis det ble så ille at han ikke klarte å gå på arbeid.

Mennene definerte jevnt over sykdom i forhold til det å gå på arbeid. Alle de utearbeidende mennene sa at de regna seg som syk når de var så dårlig at de ikke klarte å gå på arbeid. Her må det samtidig føyes til at ingen av de to utearbeidende kvinnene snakket om sykdom i forhold til arbeidet sitt. Mennene sa at så lenge plagene eller smertene var av en slik art at de likevel klarte sitt daglige arbeid, brydde de seg ikke om dem.

Smerte som symptom.

Mennene trakk alltid frem smerte som eksempel på symptom som kunne bli så ille at det gikk utover utførelsen av det daglige arbeidet. 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, blebestemt avvist som noe som de ikke ville "bry seg om". "Å bry seg om" betydde det samme som å søke lege. Men det var ikke smerten i seg selv de brydde seg om, men hvordan den virket inn på deres daglige liv.

Kvinnene snakket også om smerte, men ofte i en litt annen sammenheng. De fortalte at smerter ville bli vurdert anderledes hos et barn enn hos en voksen. Som eksempel her brukte de "øreverk" Hvis de selv f.eks. følte slike smerter, måtte de bli ganske kraftige før de i det hele tatt ville nevne det til andre. Hvis et barn fortalte at det hadde vondt i øret, eller gråt og tok seg til øret, tok det ikke lang tid før de kontakta lege. Det samme var tilfelle med smerter i magen, vondt i hodet o.l. Mens dette var tilstander de ville bry seg lite om hos seg selv og andre

voksne, ville det være gjenstand for bekymring når det gjaldt et barn.

I denne befolkningsgruppa ser vi at det er ulikhet mellom aldersgruppene i hva de er opptatt av i forbindelse med sykdom, men enda større er ulikheten mellom kjønnene i denne forbindelse. Ulikhetene går både på hvilke symptomer de fremhever og hvilken vektlegging de gir de enkelte symptomene. Kjønnforskjellen går først og fremst på at kvinnene inkluderte mer i sin sykdomsdefinisjon enn mennene. Kvinnene trakk fram erfaringer fra andre enn sin egen person, og tok dette som en naturlig del av sykdomsdiskusjonen, mens mannen bare brukte egne opplevelser. På dette stadiet kan vi derfor si at deres ulike roller ser ut til å være en viktig faktor som virker inn på hva som betegnes sykdom og eventuelle aksjoner i den forbindelse.

Før jeg kan se på hvilke konsekvenser disse funnene gir for menns og kvinners kontakt med helsevesenet, vil jeg sammenligne folk i Nordfjord med folk i andre samfunn. Er folk i Nordfjord spesielle i hva de legger vekt på, eller kan andre studier hjelpe meg til større forståelse for det jeg har sett i Nordfjord ?

Nordfjord i litteratursammenheng.*

I arbeidet med denne oppgaven har et av mine store problemer vært å finne andre undersøkelser å sammenligne mine data med. Problemet har bestått i at jeg ikke finner passende sammenligninger - ikke i forhold til hvert enkelt moment, men i forhold til ulikheten som utkrystalliserer seg mellom kvinner og menn i denne befolkningen. Ulikheten ser ut til å gi seg utslag i at de legger vekt på ulike ting som de "bryr seg om" i forbindelse med symptomer. Derimot finnes det ganske mange undersøkelser som ser på sammenhengen mellom f.eks. etnisk tilhørighet og sykdom, klasse og sykdom o.l. På denne måten kan funn fra Nordfjord sammenlignes med studier av andre grupper,** og så kan de spesielle forskjeller jeg har funnet eventuelt diskuteres seinere og settes i sammenheng med litteraturstudiet og den generelle problemstillingen.

At folk i Nordfjord opplevde smerte og ubehag som en del av dagliglivet, men likevel ikke søkte lege, ser ikke ut til å være uvanlig. Hinkle et.al. (1960), i en undersøkelse av lav-middelklassemenn i alderen 20-44 år, fant at i løpet av 20 år hadde de gjennomgått gjennomsnittlig 1221 sykeepisoder, dvs. en ny sykeepisode gjennomsnittlig hver 6. dag. Ut ifra dette og lignende studier (f.eks. Pearce og Crocker 1949), ser det ut til at til og med i en overveiende frisk befolkningsgruppe vil det være mulig å rapportere et nytt symptom nesten som et dagligdags fenomen.

* I denne sammenheng har jeg valgt å trekke inn flest mulig "klassiske" undersøkelser-dvs. undersøkelser som er anerkjent internasjonalt og ofte referert til, og som også danner mønster for andre medisinsk-sosiologiske studier. Til tross for at mange av disse nå begynner å bli "gamle", er det dermed ikke sagt at de blir uaktuelle. De er såpass normgivende for seinere forskning, at jeg finner at det er på sin plass å bruke dem som referanser der jeg finner det passende.

** Her snakker jeg om gruppe i "løs" betydning av ordet(Theodorsen/Theodorsen, 1979): "any collectivity or even any plurality of individuals" (s.176).

13) Det så også ut til at eldre i Nordfjord opplevde mer av plager og symptomer, enn hva tilfellet var med de yngre. Samtidig viser det seg også at de tror det er lite legen kan gjøre for å hjelpe dem. Mange andre undersøkelser bekrefter dette funnet, at økende alder gir større toleranse til symptomer. I en av "klassikerne" innenfor medisinsk sosiologi : "The Health of Region ville", oppsummerer forfatteren det slik (Koos, 1954, s. 35) :

"If the sixteen-year-old daughter had a nagging pain in the lower abdomen, it might call for immediate treatment; if a similar pain occurred in the fifty-year-old mother, it might be charged to "the change of life" and accordingly disregarded."

Også en annen : "klassisk" undersøkelse (DeCicco/Apple, 1960) viser at eldre mener at (s. 28) :

"...aches and pain and physical limitations are a part of old age and general scepticism that anything can be done about them."

13) Ofte viser det seg at disse "aldringssymptomene" er tilstander som lar seg helbrede, eller i allefall bedre ved medisinsk hjelp (Telje 1974, Hanoa 1977, Fugelli 1978). Disse norske rapportene viser til at p.g.a. at slike symptomer blir vurdert som aldringssymptomer, og derfor ikke fører til medisinsk hjelp, er det til dels stort underforbruk av helsetjenesten blant eldre mennesker.

13) Menn i Nordfjord hadde også høy toleranse til enkelte symptomer, som f.eks. trøtthet. De syntes at å være trøtt etter en lang arbeidsdag, var en del av det å ha et hardt fysisk arbeid. Robinson (1971) fant også at trøtthet som fenomen betyr ulike ting alt etter hvilken arbeidssituasjon en person har. For en gruvearbeider i Wales, hvor hans undersøkelse ble utført, er trøtthet en del av dagliglivet, og vil ifølge Robinson ikke være gjenstand for større bekymring og oppmerksomhet. For en "hvit-snipparbeider", derimot, vil trøtthet bli sett på som et symptom, og derav gjenstand for bekymring. I samme arbeidet peiker Robinson på sammenhengen mellom toleransen til et symptom og mulige årsaksforklaringen. I tråd med mine funn sier han at toleransen til symptomer blir større hvis en kan finne en "god" forklaring, dvs. symptomet opptrer etter en hendelse (i mitt utvalg var eksemplet at en hadde løftet noe tungt), som kan resultere i et

lignende symptom (vondt i ryggen). Lignende eksempler som bekrefter dette, er f.eks. Lieban (1973).

I mitt utvalg var mennene kroppsarbeidere, og var avhengig av å kunne bruke kroppen sin, både til tunge tak og arbeid ellers. De var derfor opptatt av at de ikke fikk så store plager at det gikk ut over utførelsen av arbeidet. På samme måte vil oppmerksomheten en gir et symptom være avhengig av hvordan en vurderer avhengighet og nytteverdi av kroppsdelen symptomene opptrer på. Zborowsky (1952) fant at akademikere bekymrer seg mer for hodepine som symptom, enn det kroppsarbeidere gjorde. Og Gordons (1966) studie viser at høyinntektsgrupper mye sjeldnere kalte symptomer som ga et funksjonelt handicap for sykdom, enn det tilfallet var med lavere inntektsgrupper, som også var mer avhengig av kroppen i sitt daglige arbeid.

smerte som symptom

Som det viktigste symptomet en ville bekymre seg om, ble av både kvinner og menn i Nordfjord, nevnt smerte. Og smerte blir sett på som et av de viktigste symptomer som fører til bekymringer for helsa. Hvordan folk vurderer smerte, har vært gjenstand for mange undersøkelser. En av de mest refererte er nok Zborowsky (1952), som forklarer holdninger til smerte uti fra kulturell tilhørighet. Hans undersøkelse blant jøder, italienere, "old Americans" og irer, konkluderer med at selv om de har samme lidelse, og derved forventes å ha tilnærma samme smertestyrke, viser det seg at mestringa av denne er svært ulik utifra hva de legger i smerta, f.eks. om de er bekymret for smerte i seg selv, eller om det er eventuelle konsekvenser av smerta de er redde for.

Zola (1975) bare bekrefter Zborowskys arbeid, der han viser til hvor ulikt irer og italienere presenterer tilnærmet samme symptom. Andre undersøkelser viser at samfunnets holdninger til symptomer også påvirker "fremkomsten" av dem. Mechanic (1978) belyser dette i forholdet mellom mentale og fysiske sykdommer. Han sier at hvordan andre definerer et mentalt avvik er av stor betydning for tidspunktet for hjelpesøkning og hvilken type hjelp som søkes. Folk som tilhører et miljø som er positivt

innstilt til bruk av mentalt helsevern, vil lettere søke hjelp for mentale problemer. (Han påpeker at akseptasjon av behandlingstyper varierer over tid på lik linje med at de også varierer i takt med akseptasjonen). Han gir eksempler på at ofte er verken pasienten eller hans familie villige til å se på en psykisk lidelse som det den er. Hvis omgivelsene definerer sykdommen som et fysisk problem, rådes personen til å søke lege, Om de definerer det som et personlig problem, rådes han til å løse det moralsk, og ikke søke lege. Og selv om psykiatriske pasienter og deres familie kan være villige til å se deres problemer som uttrykk for fysiske forstyrrelser, og av den grunn søke hjelp, kan de sterkt motsette seg å redefinere problemene sine og se dem som de psykiske problemer de i virkeligheten er.

Yarrow et.al. (1955) viser til at folk flest har en sterkere tendens til å normalisere og rasjonalisere (dvs. finne fornuftige forklaringer på) symptomer for emosjonelle forstyrrelser, enn det de har for fysiske sykdommer. Og det er ikke bare psykiske problemer som er avhengig av samfunnets holdning. M.Meads (1935, 1963) undersøkelse fra Ny Guinea, viste f.eks. at kvinner fra en av stammene hun studerte (arapesk) viste en anderledes tilpasning til svangerskap og fødsel enn det vestlige kvinner gjør. Svangerskapskvalme, som mange av vestens kvinner synes er et stort problem, "eksisterer" ikke i dette samfunnet. Mead forklarer dette med ulik akseptasjon av fosteret. I motsetning til de samfunn som har påvirkning av kristendommen, så de kvinnene Mead studerte på svangerskapet som en tid da fosteret sov, og barnet "eksisterte" ikke før fødselen. Av denne grunn "fornektet" de også de problemer svangerskapet medførte.

Et lignende eksempel fra vår egen kultur er menstruasjonen. Kvinner "hadde" tidligere ikke menstruasjonsproblemer fordi det var ting som ikke skulle snakkes om. Etterhvert som folks holdninger til dette har endret seg, og emnet er blitt snakket mer om, har også flere "fått" menstruasjonsproblemer (Mead 1949). Menstruasjonen som fenomen har også en annen side. Smertene og ubehagelighetene som ofte følger den, oppfattes ofte som en naturlig del av livet og noe som må aksepteres så lenge som en er i ~~fett~~til alder. Det er derfor de færreste som søker lege og

ber om hjelp for slike problemer (Mechanic, 1978).

Denne korte litteraturgjennomgangen viser at de begrepene folk har om sykdom og symptomer, er knyttet til deres kulturelle og sosiale tilhørighet. Som i Nordfjord ser vi at dette også i andre samfunn gir seg utslag i at eldre har større toleranse til symptomer enn yngre, at kroppsarbeidere aksepterer som en del av dagliglivet problemer som andre ser på som symptomer, eller de finner en "årsak" til at symptomer opptr, noe som gjør toleransen enda større og visse symptomer mer akseptert enn andre. Til tross for at smerte er det symptomet som blir akseptert av flest mulig som et symptom, er reaksjonen også her bestemt av sosiale og kulturelle trekk. Utifra dette kan vi si at ordet symptom er avhengig av hvem som opplever symptomene, hvilke symptomer han opplever, og hvilken befolkningsgruppe han tilhører.

Kap 6 HVA ER SYKDOM

Kjønnsulikheter.

I de studiene jeg har referert til er kjønnsulikheter ikke fremhevet og problematisert. Hvis det i noen av disse studiene er funnet kjønnsulikheter, er det iallefall ikke blitt presentert og diskutert. Et par av dem har bare samlet inn data fra menn, og generalisert utifra det (f.eks. Zborowsky, 1952).

Noe som det heller ikke er arbeidet noe med i den litteraturen jeg har hatt tilgjengelig, er beskrivelse av noe som lignet det vokabularet folk i Nordfjord bruker for å betegne ulike tilstander. Det vokabularet de har, og på hvilken måte de skiller mellom ulike tilstander, er viktig for å forstå deres klassifisering av hva som trenger, og hva som ikke trenger legehjelp. Og deres vokabular viste at det var spesielle kriterier som måtte oppfylles for at en tilstand ble puttet inn under en av kategoriene.

I deres sykdomsbetegnelse var det to tilstander involvert, nemlig tilstanden "sjuk" og "ordentlig sjuk". Disse betegnelse ble brukt på denne måten: "Sjøl om en føle sæ sjuk og e ordentlig puskat av influensa, så vil æ ikkje kalle nokka sånt for ordentlig sjukdom. Nei, ordentlig sjuk e du når du e så dårlig at du e redd at det skal være nokka galt". Og de fortalte at det var kun når de var ordentlig sjuk at de meinte at de visste de ville kontakte legen. Hvis de hadde en eller annen form for kronisk sykdom, f.eks. hjertesykdom, diabetes, så brukte de ikke ordet sjukdom, men betegnet det heller som "plaga av". Dette var tilstander som ikke var egentlige sykdommer, men som likevel måtte til lege for kontroll en gang i blant, og folk som hadde disse plagene ble heller ikke sett på som egentlige syke. De fleste fremheva at om de hadde plager, eller merka at noe "ikke var som det skulle være", men som ikke var noe særlig vondt, eller ga feber, sengeleie o.l., kort sagt gikk ut over deres normale funksjonsdyktighet, så ville de ikke bry seg om det og dermed

ikke "bry" legen med det.

Begrepene som ble brukt for å betegne ulike tilstander var : Småplager, plaga av, sjuk, ordentlig sjuk. Alle disse ordene så ut til å betegne ulike tilstander, og for en del tilfeller å betegne ulike stadier i en sykdomsprosess. Slik ordene ble brukt spesielt av kvinnene, fikk jeg denne forståelsen av ordene :

Småplager, plaga av, sjuk, ordentlig sjuk, ser ut til å betegne en skala i forhold til funksjonsdyktighet i dagliglivet, der de to siste kategoriene betegner tilstander som som regel medfører sengeleie. Forskjellen mellom sjuk og ordentlig sjuk er at sjuk ikke er så alvorlig og med mer kjente symptomer, og de regner med at etter å ha vært sjuk oppnås mer eller mindre normal funksjonsdyktighet igjen. Lege må ikke nødvendigvis kontaktes, sjøl omdet nok oftest skjer. Ved ordentlig sjukdom er tilstanden mer alvorlig. Legebehandling/legekontakt må til, og utgangen av sykdommen er mer uviss. Hos mennene har disse siste kategoriene det til felles at de også må være heime fra arbeid når de har symptomer av en slik art.

I beskrivelsen av sykdom var det ulikheter i vokabularet menn og kvinner hadde. Kvinnene hadde et mer variert språk, og opererte med flere kategorier for å beskrive symptomer. Det var i tillegg stor kjønnsulikhet i villighet til å finne fram til hva de meinte var sykdom. Mennene hadde mer utsagn av denne typen : "Nei, sjuk, det e æ ikkje før æ sprekk." Mennene avviste nyanseforskjeller i symptomer, og en del avviste det kvinnene betegnet "plager" med at : "Enten e man sjuk, og da kjenne man det, eller så e man ikkje, verre e det ikkje." Mennene sa at småplager, det brydde de seg ikke om. Man kan da ikke gå og kjenne etter heller. Noen bretta opp armen og viste arr etter ulike kutt, eller de viste fram svullfinger som de ikke brydde seg om. dvs. hadde ikke fått legebehandling. Mennene kjente imidlertid til de ulike kategoriene som kvinnene opererte med, og brukte dem også, men kom ofte med nedsettende bemerkninger om ulike typer plager som "dem pistre om." En sa f.eks.: "Det e no mange som spreng tell doktern bære dem kjenne et lite pekk i magen. Sånne folk kan ikkje æ nokka med." En annen sa : "Vesst æ skulle bry mæ om kver gong æ kjenne at

ryggen verke, så kunne æ ikkje gjøre anna enn å sette der og kjenne etter sånne småplaga."

For å klargjøre skillet mellom ulike symptomkategorier, og for å få et inntrykk av ulikheter i befolkningen om hvilke symptomer de snakket om, viser jeg nå en oversikt over de symptomer som ble nevnt, fordelt etter alder og kjønn. De symptomene som brukes i denne oversikten, er de symptomene som folk brukte som eksempel for å illustrere noe de skulle fortelle. Disse symptomene er plassert der personen som nevnte dem, er plassert i forhold til alder og kjønn. I denne presentasjonen har jeg puttet tilstanden "sjukdom" og "ordentlig sjukdom" under fellesbetegnelsen sjukdom, fordi jeg tidligere har poengtert at det viktige skillet i forhold til hvordan symptomer blir vurdert, går mellom sykdom og ikke-sykdom. I en slik presentasjon finner jeg det derfor nødvendig å skille mellom "grad" av sykdom.

	Ikke syk (Småplager)	Plaga av	Syk
Kvinner Ung (<55 år)	Hodepine Influensa Underlivsplager		Lungebetennelse Høy feber over lengere tid Eggstokkbetennelse
Menn	Svullfinger Ryggverk Kutt/skader Influensa		Magesår Ryggskader
Kvinner Eldre (≥55 år)*	Gikt Søvnløshet Influensa	Angina pectoris Diabetes	Lungebetennelse Høy feber over lengere tid
Menn	Ryggverk Gikt	Diabetes	

* Betegnelsen "eldre" ble valgt, fordi de fleste som var yngre enn 55 år hadde hjemmeværende barn, mens alle over denne alderen ikke hadde det. De hadde gifte barn, og barnebarn, ofte bosatt i nabohuset og det var ganske stor skille i sykdomsopptatthet og interesse som følge av disse ulike familiestrukturene (spesielt for kvinnene).

Av denne typologien ser vi at det er stor ulikhet mellom hvilke symptomer som ble nevnt, og hvor disse symptomene ble passert i forhold til sykdomsskalaen. Vi ser at kvinnene, til tross for at alder er en faktor som spiller inn når det gjelder hvilke symptomer de snakker om, er ganske "enige" om hva sykdom er. Sykdom er smertefulle og/eller febrile lidelser som strekker seg over lengere tid enn det de forventet og som dessuten er aktivitetshemmende. Vi ser at kategorien "eldre" snakker om flere symptomer man kan være "plaga av". (Det var i mitt materiale bare eldre som hadde disse plagene).

Menns betegnelser av sykdom er ikke så "vid", og inneholder bare mest akutte, smertefulle lidelser som går ut over normal aktivitet. Samtidig snakker de nedsettende om kvinnenes kategoriseringer. Måten denne kritikken blir presentert på, ser ut til å være et forsøk på å fremheve sin egen maskulinitet, at de er så tøffe, at de tåler så mye, at de ikke er så sytete osv., - i motsetning til enkelte kvinner.

At jeg ikke fikk eksempler fra eldre menn om hva sykdom var, tror jeg kommer av at dette utvalget var svært lite. To av dem hadde diabetes, noe de snakka om når de fortalte om det som de var "plaga av", og sa derfor lite om sykdom. Som jeg også nevnte i metodekapitlet, fikk jeg i tillegg lite kontakt med dem. Men vi ser at de er enige med de yngre mennene om hva som iallfall ikke er noe å "bry seg om".

Diskusjon av nordfjordingenes kategoriseringer.

Andre sosiologiske arbeider har også prøvd å finne ut hvilken sykdomsdefinisjon "vanlige" folk har. Den mest kjente "legmannsdefinisjon" av sykdom kom Apple (1960) fram til (s.244) : "The kind of health problem which respondents considered to be illness were those of recent onset which interfere activities", og (s.225) : "...there were some important non-medical characteristics of the kind of health problem which they considered til be illness. Once illness was judged to be present, most people thought it advisable to see a doctor, either at

once or after a delay. However, when the health problem was not judged to be illness, many thought it all right to do nothing or to try home remedy". Hennes undersøkelse er seinere blitt kritisert fordi utvalget hun brukte ikke var representativt nok. Seinere studier støtter likevel opp under hennes definisjon, nemlig at legfolks sykdomsdefinisjon tar utgangspunkt i hvor stor grad symptomene virker inn på normal funksjon (eks. er Robinson, 1971).

Sammenlignet med Apples definisjon, ser vi at også folk i Nordfjord bruker de samme tegnene til å skille sykdom fra ikke-sykdom. Men for å problematisere sykdomsbegrepene, må en se på sosiologiske definisjoner og hva som kjennetegner disse.

Sosiologiske definisjoner av sykdom har sin bakgrunn først og fremst hos Parsons (1951), som sier at (s. 431) : "... illness is a state of disturbance in the "normal" functioning of the total human individual, including both the state of the organism as a biological system and of his personal and socially adjustment. It is thus partially biological and socially defined". Han ser altså på individet som en del av et større hele, nemlig samfunnet som omgir han. Parsons sier videre at god helse for de fleste gruppelemmer, er en funksjonell nødvendighet for et hvilket som helst sosialt system.

For at ikke altfor mange av samfunnsmedlemmene skal være fritatt fra normal rolleutøvelse, må denne kontrolleres gjennom opprettelse av en rolle - sykerollen som det settes visse krav til. Pasienten går inn i sykerolla når hans definisjon av sin sykdom er blitt så klar at han søker profesjonell hjelp for sitt problem. Atferdsbetingelser for denne rolla er (s. 436-37) :

- 1) Den syke er fritatt fra vanlig sosialt ansvar.
- 2) Den syke er fritatt for ansvar for sin egen tilstand, og forventes ikke å ta vare på seg selv.
- 3) Den syke forventes å ønske å bli frisk igjen.
- 4) Den syke er forventet å søke teknisk kompetent hjelp, og samarbeide med medisinske eksperter for å bli frisk igjen.

Den perioden sykdommen varer, kan altså personen bli fritatt

fra vanlige krav og forventninger, og sykerolla blir overordnet alle andre sosiale roller. Det at ei slik rolle eksisterer, gjør at den kan motivere folk, bevisst eller ubevisst til å ta på seg sykerolla, som en fluktmekanisme fra vanskelige livsvilkår, noe som kan begrenses ved de krav som settes til rolla (Parsons, 1951).

Parsons begrep om sykerolla er idealtypisk, på den måten at den prøver å avdekke pasientens atferdsorienteringer når han søker medisinsk hjelp, men er i seg selv ingen beskrivelse av den empiriske realitet (Mechanic, 1978). Hans 4 atferdsbetingelser har vært referert til av mange sosiologer, bl.a. Mechanic (1978). I følge Gordon (1966), var det på den tiden han skreiv, vært gjort få utdypninger og empiriske utprøvinger av denne. Han sier at den har mer eller mindre vært tatt for gitt i mange arbeider.

Freidsons (1970) kritikk, har iallfall vunnet gjenhør, og blir forbilde for seinere diskusjoner i forbindelse med sykerolla. Parsons meiner at hans rollebeskrivelse er generell, fordi han meiner at den har så høy grad av abstraksjon. Freidson argumenterer mot dette, og sier at vi trenger en mer kompleks beskrivelse. Han setter sykdommer på lik linje med andre avvik, og de viktigste variablene for forståelse han bruker er :

- 1) Avvikernes ansvar for avviket.
- 2) Grad av alvor i avviket.

Han gir eksempler på avviksklassifikasjon utifra disse variablene (s. 231) :

		ANSVAR	
		ANSVARLIGHET	IKKE ANSVAR
A L V O R L I G H E T	LITE	Feilparkering	Forkjølelse
	STORT	Mord	Hjerteinfarkt

Utifra dette sier han at hva som betegnes sykdom, og hva som betegnes kriminalitet, er hvordan samsunnet reagerer på avviket. Det er derfor ikke noe iboende aspekt ved disse handlinger som fører til ulik betegnelse, men dette er kulturavhengig.

Han problematiserer dette ved å innføre legitimitetsbegrepet, og gir gradering på hvor sterkt sosialt legitim avviket er :

	ILLEGITIMITET	TIDSAVGRENSET LEGITIMITET	PERMANENT LEGITIMITET
MINDRE AVVIK	1 Stamming	2 Forkjølelse	3 Koppearr
STORT (ALVORLIG) AVVIK	4 Epilepsi	5 Lungebetennelse	6 Kreft

Freidson meiner at det bare er i punkt 5 at Parsons sykerolle passer inn, nemlig ved sykdommer som er alvorlige og tidsavgrenset legitimitet. Han gir også eksempler på sykdom som en prosess, der bare deler av sykdomskarrieren passer inn i Parsons sykerolle.

Jeg vil nå se Freidsons kritikk i forhold til andre studier. Apple (1961) sier at når en regner seg som syk, søker en profesjonell hjelp, og det er da Parsons (1951) sier at en får tildelt en ny rolle, sykerolla. Men mitt litteraturstudie viser at hva som regnes som sykdom, ikke bare er avhengig av trekk ved symptomene, men også har sosiale karakteristika. Apples definisjon f.eks., viser stor overenstemmelse med hva folk i Nordfjord la vekt på. Den viser at sykdom ikke bare bestemmes av trekk ved symptomene, men også det at de går ut over "normal aktivitet". "Normal aktivitet" viser seg her å være et svært relativt begrep, f.eks. vil "normal aktivitet" være noe annet for en arbeider på bedriften enn for husmoren i Nordfjord.

Så både mitt litteraturstudie og mine data støtter Freidsons kritikk av Parsons. Sykdom er et relativt begrep, og hva sykdom er, er avhengig av hvem som opplever den, og i hvilke sosiale sammenheng "tegnene" opptrer i. Dette vil igjen gi seg utslag i det språket folk benytter. Begrepet sykdom vil bety ulike ting - og selv om både arbeideren og husmoren regner seg som

syk, er det sannsynlig at det legges vekt på litt ulike ting i denne klassifiseringen.

I Nordfjord så vi at den største forskjellen i språklig vurdering av symptomer gikk mellom menn og kvinner, både i nyanse- ring og hva som ble lagt i begrepene. Av denne grunn blir det viktig å finne ut hva begrepene innebærer. Rollen knytta til de ulike begrepene vil ha ulike forventninger, bestemt av hvem som definerer.

Gordons (1966) empiriske undersøkelse er ved hjelp av spørre- skjema. Han fant at det opereres med minst to ulike og uavheng- ige statuser, og tilnærmer rolleforventninger i forbindelse med sykdomstilstanden :

- 1) "Sykerolla", der prognosen er trodd å være usikker og alvor- lig. Forventningene til denne rolla er å isolere og beskyt- te den syke, og ligner dessuten mest på Parsons beskrivelse.
- 2) "Impaired" rolle, som jeg har valgt å oversette med "svekket" : Når prognosen er kjent og ikke regnet for å være alvorlig. Forventningene her er å hjelpe og å opprettholde normal aktivitet og engasjement.

Forholdet mellom disse rollene er uavhengighet, man kan inneha den eine rolla uten å inneha den andre. Han sier at den største forskjellen mellom disse to rollene ligger i det begynnende og delvis helbredende stadium av en sykdom. Han meiner at denne forskjellen kan brukes til å forklare ulik respons på sykdom.

Gordons og Freidsons kritikk av Parsons har som vi ser en del likhetspunkter. De har tilnærmet samme forståelse av "syke- rolla", selv om Freidson er mer nøyaktig og hans analyse inne- befatter tilstander som Gordon ikke analyserer, dvs. mer kroniske tilstander.

"Sykerollen" i Nordfjord.

Folk i Nordfjord hadde ingen klare forventninger til folk som var "ordentlig sjuk", og jeg har derfor ikke data på spesifi- serte forventninger. De stilte seg ganske uforstående til at

det var noe å snakke om. Deres svar var ganske kort og konsist, og denne kvinns beskrivelse av de få gangene mannen hennes hadde vært ordentlig sjuk var ganske typisk : "Nei, då får han nå berre se tell å holde stilt og ligge der, og se tell å bli fresk igjen". Hun føyde til at det kunne være vanskelig nok å få han til å holde senga, uansett hvor syk han var. De sa også at når en person er ordentlig sjuk, så er det ikke så mye personen klarer annet enn å være passiv og avhengig av hjelp. Derimot kan det nok være noe annet med såkalt "sjukdom", men mine data er ikke fullstendige nok til å presisere forventningene her.

Deres beskrivelse av sjuk og ordentlig sjuk ser ut til å ha mye felles med Gordons (1966) "impaires" og "sick". Hans beskrivelse av "impaires" stemmer overens med folk i Nordfjords begrep "sjuk", og hans "sick" ser ut til å være synonymt med "ordentlig sjuk", som ikke bare er knyttet til symptomenes tydelighet, men også redselen for at noe kan være galt. Hvis vi bruker variablene Gordon bruker for å komme fram til sine ulike sykdomsstadier, vil en 4-feltstabell se slik ut :

		PROGNOSE	
		KJENT PROGNOSE	IKKE KJENT
GRAD AV ALVOR	ALVORLIG		Syk
	IKKE ALVORLIG	Svekket	

Her ser vi at det er to typer lidelser som ikke er behandlet av Gordon, og det er tilfeller der :

- 1) Prognosen er kjent, men likevel alvorlig.
- 2) Prognosen er ikke kjent, men ikke alvorlig.

Gordon har ikke diskutert disse tilfellene i det hele tatt i sitt arbeide.

I mitt materiale faller heller ikke disse to kategoriene inn under verken sjuk eller ordentlig sjuk. Mine informanters vokabular så likevel ut til å omfatte også disse to typologiene. Lidelser de betegnet som "plaga av" ser ut til å falle inn under kategorien : Kjent, men likevel alvorlig prognose. De lidelsene som folk nevnte som en kunne være plaga av, diabetes og angina

pectoris, er kroniske lidelser som alle trengte medisinsk behandling, De kan ha alvorlig prognose, og er derfor et mellomstadie mellom sjuk og ikke sjuk. Felles for begge var at folk med slike plager ikke var så syke at de måtte holde sengen, men kan så noenlunde utføre normal aktivitet, iallefall i de tilfellene folk snakket om. At slike tilstander kan ha alvorlig prognose, var vel avgjørende for at de meinte at også disse tilfellene, som ikke var ordentlig sykdom, likevel trengte legebehandling.

Den siste kategorien : Ikke kjent prognose, men likevel ikke alvorlig, ser ut til å gi rom for folks småplager, fordi de ikke ser ut til å være interessert i å finne ut årsaken til sine plager, så lenge de ikke er alvorlig, og ikke påvirker deres levemåte i særlig grad. Gikt er et eksempel som passer her. Årsaken til at folk ikke putter sykdomsstempel på disse lidelsene, er at dette er ting som folk kan leve med, og utføre normale aktiviteter. Dette har nok sammenheng med deres holdning til hva som er akseptabelt både av smerter og andre symptomer, og må sees i forhold til deres toleransegrense ellers.

Som en oppsummering i 4-feltstabell med Gordons variabler, vil den for folk i Nordfjords språk bli seende slik ut :

		PROGNOSE	
		KJENT	IKKE KJENT
GRAD AV	ALVORLIG	Plaga av	Ordentlig sjuk
ALVOR	IKKE ALVORLIG	Sjuk	Småplager

Og vi ser av denne at folk i Nordfjord også kategoriserer symptomer utifra de to viktigste variablene, nemlig prognose og alvor, og vurderer symptomer i forhold til disse.* Deres vurdering er også at ukjent prognose og alvorlighet er den tilstanden som er gjenstand for mest bekymring. Et kjennetegn ved en slik tilstand er først og fremst karakterisert ved usikkerhet.

Fotnote følger på neste side.

Mitt studie viser mange variabler som gir et bilde av hvilke symptomer som blir "lagt merke" til. Vurdert i forhold til andre studier viser det seg at de fleste variablene som folk i Nordfjord legger vekt på i sin sykdomsdefinisjon, også blir vurdert av andre. Litteraturstudiet forklarer noen av årsakene til at enkelte symptomer blir lagt mer vekt på enn andre.

Men imidlertid ser ikke dette litteraturstudiet ut til å forklare hvorfor nordfjordingenes legesøkning er lavere enn gjennomsnittet, men viser heller til hvilke faktorer folk legger vekt på i definisjon av sykdom. Studiet av Nordfjord viser at det innenfor befolkningen er klare kategoriseringer av symptomer, og disse kategoriseringenes hensikt er å skille ut sykdom, og som derfor nødvendiggjør legesøkning, fra symptomer som ikke er noe å "bry seg om". Kriteriene for disse kategoriene er ulik mellom menn og kvinner i bygda, fordi deres sykdomsdefinisjon er ulik.

Det en foreløpig kan si om deres sykdomsdefinisjon er at den ser ut til å avspeile deres rolle i samfunnet. Kvinnene, som omsorgsutøvere i familien har en "videre" definisjon enn mennene, som legger sitt arbeid som kroppsarbeidere i sin vurdering av

* For folk i Nordfjord mangler diskusjon av mentale problemer i deres sykdomskategorisering. De kom med et eksempel på slike problemer i sin eksemplifisering av hva som ikke var sykdom, og det var søvnløshet. Ellers så regnet de ikke slike problemer som sykdom, så det ut til, men heller som "personlige problemer". Siden metoden for denne undersøkelsen var rettet mot å finne ut hvordan folk selv vurderte, kan jeg heller ikke si noe om den faktiske forekomsten av mentale lidelser, og hvor folk evt. ville plassere mer alvorlige mentale lidelser. Men det er vel sannsynlig at de vil bli vurdert på samme måte som andre symptomer, og må derfor tilfredstille deres kriterier for sykdom for at de skal reagere og gjøre noe med dem.

Vi ser av litteraturstudiet at samfunnets vurdering av symptomer er av stor viktighet for å klassifisere symptomer, derfor er det vel rimelig at i dette samfunnet som i det samfunnet Mechanic (1978) refererer til, at en mental lidelse først må bli klassifisert som en fysisk lidelse for at samfunnet vil gjøre noe med den. Dette kan nok, som Mechanic sier, komme av at mentale lidelser er lite akseptert i samfunnet, men det kan også være fordi de har andre forløp enn andre sykdommer og må bli satt i forhold til deres "vanlige" kategorisering av sykdom og sykdomsutvikling, før de oppfatter slike symptomer som sykdom og søker hjelp.

hva som er sykdom. Deres sykdomsdefinisjon er derfor begrenset av hva som "passer" å "plage" lege med, der f.eks. psykiske problemer ikke ser ut til å være akseptert som en god nok grunn til å søke lege. Ved å problematisere deres sykdomsdefinisjon, ser vi at det er to karakteristika som er avgjørende for hvordan de blir kategorisert, nemlig om prognosen er kjent eller ikke kjent, og hvor alvorlig de regner symptomene for å være. Så bak de variablene som både mitt eget studie og mitt litteraturstudie viser, ligger disse to årsaksvariablene.

For å få innsikt i årsaken til deres lave legeforbruk, må vi derfor se på hvilken bakgrunn vurdering om å karakterisere noe som sykdom blir gjort, dvs. hvordan folk kan vite hvilken prognose visse symptomer har, og hvor alvorlig tilstand de gir uttrykk for. En må derfor se på den kunnskapen som gjør at folk skiller ut symptomer i forhold til disse to årsaksvariablene. Hvilken bakgrunn har folk for ikke bry seg om noen symptomer, mens andre er gjenstand for legesøkning ?

Kap 7 KUNNSKAPSOVERFØRING OG LEGESØKNING

Opplysningskilder.

Til tross for at folk sa at de vanligvis visste når symptomer var av en slik art at en burde kontakte lege, så meinte kvinnene at de hadde forholdsvis liten helseopplysning. De sa at man kan se når noe bør til lege, og det er da ofte ting som smertintensitet, smerteutvikling over tid, og feber, og hvordan symptomene virker inn på den daglige aktiviteten, som er avgjørende her. Men symptomer som var av en annen art, dvs. at det oppsto andre uregelmessigheter med kroppen, var de mer usikre på og meinte sjøl at de visste for lite om hvilke symptomer som burde føre til legebesøk.

Massemedia.

Alle kvinnene i bygda leste ett eller flere ukeblader jevnlig. Yngre kvinner fortalte at de leste helse- og legespaltene i ukebladene, og syntes at de lærte litt av det. Eldre kvinner hadde et mer avslappet forhold til dem, og de fleste sa at de leste det som de syntes var av interesse. Kvinnene sa at de syntes ukebladene altfor ofte tok opp sjeldne sykdommer, noe som førte til at det som presentertes ble litt for spesielt. Noen av de yngre sa at de hadde hørt at det som ble presentert i ukebladene ikke fortalte sannheten, så de var litt usikre på nytteverdien av å lese dette. Men de syntes det var interessant lesning likevel. Andre kilder til opplysning var for de kronisk syke, egne blad som tok opp deres spesielle sykdom. De som hadde en slik lidelse, sa at de syntes dette var den beste måten å bli informert om denne spesielle sykdommen på. Dette gjaldt både menn og kvinner, og her fortalte også de mennene det gjaldt at de leste for å få mer opplysning om det som feilte dem selv.

Mennene fortalte at de ikke leste ukeblader, i allefall ikke slike ukeblader som hadde egne legesider. De fikk vite om det som sto der av kona. Hvis hun hadde lest noe som hun syntes

var interessant, eller av interesse for dem, så fortalte hun det videre til mannen. Men de fleste sa at de ikke var så interessert, de foretrakk å lese om annet enn sykdom, og det samme gjaldt det de ønsket å høre om.

Fjernsynet var også en mulig informasjonskilde. Det var ingen av mine informanter som fortalte at de planla en kveld med det for øyet å se de ulike opplysningsprogrammene, men de fleste sa at de fulgte med hvis det passa seg slik. Her var det ofte uenighet mellom mann og kone, kona fortalte at de begge to likte å se på disse programmene, og at de satt sammen og så på, mens mannen bagatelliserte og sa at han "så nå berre" når han "ikkje hadde anna å gjøre." Både kvinner og menn tvilte på nytteverdien av slike program, fordi de meinte at også NRK hadde en tendens til å ta opp litt for spesielle ting, .De så dem likevel fordi : "Æ syns det e så artig å se alt det legeviten-skapen kan klare idag". Men flere syntes at det kunne bli for mye opplysning : "Kor man snur sæ så høre man om allslags mystiske sjukdomma". "Vesst en sku høre på alt det som bli servert i massemedia, kan en ikkje gjøre anna enn å sprengte tell doktern."

Flere eldre kvinner sa at de ikke likte å se på disse programmene fordi de ble så engstelige av det. De trodde at slike programmer kunne skremme mer enn gjøre nytte og syntes at det kunne bli for mye av slike programmer. Flere sa at jo mere en får vite, jo mere sjøloptatt blir en. De syntes at det var godt at de ikke visste om alt det gale som kunne skje dem, for da hadde de ikke så mye å engste seg for.

Hvis det hadde vært et interessant opplysningsprogram i fjernsyn, skjedde det at kvinner som møttes dagene etter, snakka om det de hadde sett. Blant mennene var dette ikke tilfelle. Begge kjønn sa at det stort sett var i forbindelse med at noen kjente opplevde lignende sykdommer, at deres informasjons fra fjernsynet ble diskutert. De meinte at de totalt sett ikke hadde så stort utbytte av slike programmer heller, de så dem mest fordi de var nysgjerrige.

Nærmiljøet.

På mitt spørsmål om det foregikk snakk om sykdom i bygda, var svaret av denne typen : "Det e no dem som like å snakke om sjukdom. E like no ikkje det så godt." Både menn og kvinner tok avstand fra "dem", og presiserte at de ikke hadde noe med "dem" å gjøre. Dette var det svaret jeg fikk, og hvem "dem" var, fikk jeg aldri vite, siden alle i bygda insisterte på at de selv ikke hørte til "dem". Men etter å ha vært ei stund i bygda, hadde jeg fått såpass mange opplysninger om hvem "dem" var både m.h.t. hvor de bodde, hva de gjorde, o.l., slik at det ikke var vanskelig å forstå at de fleste meinte at "dem" var noen eldre, enslige kvinner, som heller ikke hadde så stor familie i bygda. Mennene sa at det "dem" dreiv på med var kjerringprat som de ikke ønsket å ha noe med å gjøre.

Et par som hadde bodd i en by ei tid, fortalte at da de kom tilbake til bygda, ble de i begynnelsen litt forundret over hvor mye folk i bygda pratet om sykdom. De fortalte at blant vennene de hadde hatt i byen hadde det ikke forekommet slikt snakk. Dette forklarte de med at de da bare hadde hatt kontakt med unge folk, som også antagelig var friskere enn i ei befolkningsgruppe som består av folk i alle aldre.

Det var altså endel prat i bygda om sykdom. Yngre kvinner sa foraktelig at kvinneforeningene som de eldre kvinnene hadde hatt ei stund, var mer sykeforeninger enn strikkeforeninger. Men de samme kvinnene som hadde tilhørt disse foreningene, tok også avstand fra slikt prat, og syntes at "dem" burde ha hyggeligere ting enn sykdom å snakke om når "dem" møttes.

Den informasjonskilden som så ut til å være mest brukt i dette lokalsamfunnet, var slekt og venner. Denne kilden ble brukt til rådføring når en hadde symptomer en var usikker på, og hva en burde foreta seg i denne forbindelse. Denne rådføringskanalen var mellom kvinner. Kvinnene i bygda fortalte at når det var noe de lurte på i forbindelse med symptomer, pleide de å ta opp dette med andre kvinner, som regel datteren/svigersøsteren/søs-

teren/moren, eller andre nære kvinnelige slektninger. Men samtidig ble det understreket at en ikke gikk på besøk "bare" for å snakke sykdom. Det ble heller til at en fikk snakket om det ved et "vanlig" besøk. Hvem de tok opp slike problemer med, var selvfølgelig avhengig av alderen til den jeg snakket med.

Og utbredelsen av denne rådføringen varierte også med hvor mange nære slektninger en hadde i bygda. Ofte viste det seg at en av de nære slektningene også var ens beste venninne. F.eks.: Søstre og svigersøstre er som regel svært gode venninner. Ei eldre kvinne fortalte at det var svigersøsteren i nabohuset hun gikk til når det gjaldt slike ting, og så "blir det å pistre litt tell døttern mine når dem e heime" (de to døtrene bor langt heimefra). Ei anna fortalte at det var datteren i nabohuset som fikk høre det når det var noe hun var urolig for. Denne betroelsen gjaldt ikke bare kvinnen selv, men også symptomer som mannen eller barna hadde.

Og når de betrodde seg til andre kvinner, ble det diskutert hva de skulle gjøre, og de fortalte at "det e jo klart, vesst man snakke me når andre, så e det jo fordi at man sjøl e litt usikker, så man høre jo på ka dem har å sei."

Her gikk det et skille mellom yngre og eldre kvinner. De yngre hadde samme mønster for rådføring som de eldre kvinnene, men her var utfallet av rådføringen mer uviss. De hadde mer bestemte meninger om at kroppen var kun deres egen, og andre kunne ikke selv kjenne hvordan et symptom artet seg. Derfor hørte de etter hva andre hadde å si, men "overlot" ikke avgjørelsen til andre, men mente at de tok den mest mulig på egenhånd.

De yngre kvinnene så altså ikke ut til å gjøre bruk av sine med-søstre i så stor grad som de eldre gjorde, og ga inntrykk av at de ordnet opp selv. Men de hadde også en som sto dem nær og som de gikk til hvis de hadde problemer av noe slag.

Blant de litt eldre kvinnene var det også noen enker. Disse så ut til å snakke mer med andre kvinner om symptomer enn de gifte

kvinnene gjorde. Etpar av disse bodde sammen med ugifte sønner, men sa at det alltid var andre kvinner de snakket med hvis det var noe, og ikke sønnene.

Gifte kvinner fortalte at de også snakket til 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", og de gikk lettere til andre kvinner. Yngre kvinner fortalte at de nevnte det for mannen hvis de skulle kontakte lege, og han visste alltid hva som var i veien. Men de meinte at det var deres egen sak hva som feilte dem, og det var noe som de måtte ordne opp i selv. Når det gjaldt mer akutte lidelser måtte de stole mer på mannen, for det var jo ofte han som var til stede og kunne hjelpe hvis det trengtes. De syntes likevel ikke slik at en da overløt til mannen å skaffe hjelp o.l., det gjorde de selv.

De av kvinnene i bygda som har minst nære slektninger, var også dem som sa at de gjorde lite bruk av andre kvinner, og at de snakket med mannen om sine problemer. De får det gjaldt syntes at det var vanskelig å snakke med andre kvinner om sine problemer. De syntes derfor at det var lettere å prøve å ta dem opp med mannen. For kvinnen er nær familie viktig for å ha noen å snakke med. Den de snakker med symptomer om, er også den de snakker med andre problemer med. De sa at det var den personen de kjente best, foruten sin egen ektemann.

Mennene derimot, avviste prat om sykdommer som "kvinnfolkprat". De sa at når menn møttes, var det ingen som klaget over plager, og de syntes ikke heller de hadde behov for å snakke med andre menn om slikt. Det var andre og mer interessante ting de heller prata om. Hvis det var noen de snakket med, så var det kona, "for ho e no den i familien som har greie på sjukdom." Eller: "Æ treng nå 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 en slutt på maset hennes", og "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, så prata de ikke med andre om det. En av dem fortalte at de kunne snakke med hverandre om slike ting på jobben, men da var det i forbindelse med jobben. Det eksemplet han nevnte var : Under et tungt løft klaget en over vondt i ryggen. I den forbindelse spurte de andre mennene om hvorfor han hadde vondt og hvor lenge han har hatt vondt. De sa da hva de syntes han skulle gjøre for å få retta på dette. Men i andre forbindelser snakket de ikke om symptomer som ikke hadde noe å si for arbeidsevnen, og han 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 de andre når de fikk symptomer, og svarte at de hadde andre ting å gjøre enn å "kjenne etter" om de hadde 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 drages med sjøl". Men de meinte at når og hvis det skulle bli aktuelt, så var kona den nærmeste å betro seg til.

Rådføring når det gjelder barns sykdom.

Det mønsteret som er beskrevet her var den vanlige reaksjonsmåten når det gjaldt dem selv eller andre voksne. Mødre med små barn sa at hvis det var noe i veien med barna, så var de snar til å oppsøke en av de andre kvinnene for å få råd. De meinte at hvis det er noe en virkelig trenger hjelp til, så er det til å finne ut hva som feiler barna. Og rådføringskilden her var ikke nødvendigvis deres venninner, men helst noen av de eldre kvinnene i bygda. Når det gjaldt å få viten om hva slik sykdom kunne skyldes, hadde de tro på erfaring. Flere av de unge kvinnene nevnte navnet på ei av de eldre, og sa at :

"Det ho Jenny ikkje veit om sjukdom hos ongan, det e heller ikkje verd å vette." (Jenny er over 70 år og bor sammen med en av sønnene, som er ugift).

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 nå selv hatt mange barn, og dessuten så hadde hun "greie på" så mye. Her ble det understreket at hun overhodet 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.

Rådføring når det gjaldt barnesykdommer, fulgte ikke alltid slektslinjene. Jenny hadde f.eks. ingen andre barn enn sønnen bosatt i bygda. Men mødrene fortalte også at den som først og fremst ble kontakta, var deres egen mor, og hun kunne da diskutere med sine venninner hva som kunne feile barnet. Om da ikke datteren snakket med noen som "visste noe", så gjorde moren (evt. svigermoren) det. Bestemødre fortalte at de nok var like engstelige som datteren/svigerdatteren, og at de også følte ansvar for ungene.

Når det var noe i veien med ungene, så oppsøkte de heller ikke noen heime bare for å få råd. Mer uformelle anledninger ble heller brukt for å høre andres mening om hva som kunne være i veien. Ofte trengte de heller ikke å oppsøke folk, det hendte like ofte at andre fikk høre at en av ungene var syk og stakk innom for å se hvordan det gikk. Dette var anledninger som ble brukt til rådføring.

Når en av ungene ble syk, var dette noe som selvfølgelig også ble drøfta mellom foreldrene. Mennene sa at når barna var syk, så var begge foreldrene engstelige og diskuterte seg i mellom hva som videre skulle gjøres. Men det ble nå til at det var mest kona de diskuterte barnas sykdom med, for menn snakket ikke om sykdom utenom familien. Derfor så hørte de på hva kona hadde å si om eventuelle råd fra noen av de andre kvinnene i bygda.

Å søke lege.

Å bestemme seg for å søke lege.

Legesøking for barna var ofte et resultat av rådføring. Bestemødre fortalte at de var snar til å be barnemora om å kontakte lege. Og sa at når det gjelder ungene, så kan en ikke søke lege for ofte. Også fedrene sa at de også var snar til å foreslå at de skulle kontakte lege, men - og det var de begge enige i - kona hadde nok den endelige avgjørelsen, og det var hun som kontakta legen. Grunnen til dette var, ifølge mennene : Kona er heime med ungene og kjenner dem derfor best. Derfor veit hun også mest om hvordan sykdommen har utvikla seg. Det er hun som har greie på "slike ting", og er derfor best i stand til å ta avgjørelse om hva som må gjøres. Hun er også av samme grunn mest skikket til å snakke med legen og gi et skikkelig bilde av sykdommen.*

Kvinnene som hadde hjemmeværende barn, sa at de ønsket at faren ville delta mer i bestemmelsen om hva de skulle gjøre når barna var syke. Dette ble av mennene møtt med samme argumentasjon, at kvinnene "visste" slikt best. Når det gjaldt vanlig besøk hos legen, var det alltid mora som fulgte barna. Her sa fedrene også at det var fordi hun hadde best kjennskap til ungen og hva som feilte han. At de selv kanskje var på arbeid i det aktuelle tidsrommet, ble ikke oppgitt som grunn. Også de to kvinnene som jobber ute sa at det var de som fulgte barna til lege.

Lege kunne også bli kontaktet bare for å få råd om hva det kunne være, uten å bli bedt om å komme på hjemmebesøk. Her var det ikke vurdering om tilstanden var alvorlig nok til å "bry" legen, og de var heller ikke redd for at han skulle synes at de var hysteriske og kontakta han unødig. De meinte at når det gjaldt ungene, så hadde en ikke tid til å vente og se - spesielt ikke

* Som et apropos kan nevnes at distriktslegen fortalte at det hendte at det var faren som ringte. Men når han ble spurt mer detaljert om symptomer, var svaret : "et øyeblikk, så skal du få snakke med kona" - og hun fortsatte samtalen.

hvis noen andre meinte at lege burde kontaktes. Deres begrunnelse om at "man veit no aldri når det gjeld ongan", ble ofte gjentatt.

Når det gjaldt voksne hadde de andre grunner til å kontakte lege : "Når æ kontakte doktern e det ikkje nokka å lure på, då e æ så dårlig at det e det einaste æ kan gjøre." I hele befolkningen var det enighet om at "legen var aller siste utvei". "Når man har prøvd alt anna og det ikkje hjelpe, så må man berre kontakte doktern."* "Man tenke nå ikkje på doktern når man får nokka som plage sæ, man vente no i det lengste førr å se om det ikkje går over av sæ sjøl":.

"Ventetida" blir også brukt til forsøk på selvkurering. "Man prøve no alt, båda av medisina og kjerringråd." Her var det imidlertid en ting som alle understreka; Når det var snakk om medisiner, så meinte de alltid reseptfrie medikamenter. Mine informanter sa at de heller ikke kunne tenke seg å bruke medisiner andre hadde fått på resept fra legen. Kjerringråd som ble brukt var ikke mystiske ritualer, men heller slik kunnskap som hadde gått i arv fra generasjon til generasjon, og besto av det de kalte "sunt folkevett".** Men folk understreket at de var redd for å "klusse med" seg selv. Nei, da var det bedre å la være å gjøre

* Distriktslegen ble vist disse resultatene. Til tross for at han ikke kjente folk så godt, så meinte han at de ga et riktig bilde av hvordan han oppfattet deres forhold til å søke lege. Han sa at folk kontakta ikke legen før det var noe som "sto på". Hans oppfatning var at når han ble kontakta, var det fordi det var behov for hans hjelp. Han hadde iallefall ikke opplevd at innbyggerne i Nordfjord hadde kontakta han "unødig". Han så også dette som et uttrykk for at de var flik til å sortere ut alvorlige tilstander. Det eineste han ville kritisere var at noen hadde tendens til å vente litt for lenge før de kontakta lege, slik at det kunne være tilstander som var vanskeligere å helbrede, enn det som ville vært tilfelle med tidligere legekontakt. Han fortalte at det var stor ulikhet mellom distriktets folk og innflyttere fra f.eks. byene. Innflytterne kontaktet han mye tidligere enn bygdefolket gjorde, dette meinte han kom av at byfolket ikke er vant til å ta stilling selv, og ønsker å overlate avsvaret til legen isteden.

** Tidligere har jeg nevnt folks skepsis til "kloke koner" : I denne sammenheng kan jeg føye til at de eineste av såkalte "overnaturlige" de godtok, var at det var mulig å stenge blod ved hjelp av bønn.

noe, og heller ta tida til hjelp og se om ikke ting bedra seg av seg selv.

For at lege kunne kontaktes, skulle det "være noe". Å få be-
kreftelse på at det "var noe", kunne ta lang tid. "Man vente i
det lengste og håpe at man ska bli bedre i morra. Sjøl om en
e redd førr at det kan være nokka alvorlig, så vente en no og
ser likevel", sa ei eldre kvinne. Ei litt yngre kvinne sa det
slik : "Det e nesten sånn at du vente så lenge at det e begynt
å bli bedre før du ringe tell doktern". Det tok så lang tid
før en kontakta legen fordi : "... en kvie sæ no førr å kontakte
doktern, førr man e no så redd førr å bry doktern unødigg".
Men om ikke ting bedra seg etter ei viss tid, var legesøkning
uunnngåelig. Men folk meinte selv at de ikke hadde ei slik
"ventetid" med vurdering om de skulle søke lege/ikke søke lege.
De meinte at når symptomer inntrer så tenker en ikke på lege,
men regner med at det går over av seg selv. Forverres symp-
tomene, så er det ikke noe å lure på, da må lege kontaktes.
Og for at symptomer skulle føre til legesøkning var følgende
ting avgjørende : Det måtte være "nokka ekstra", må ha "en
grunn", det var noe "alvorlig på ferde", noe som "trengte me-
disina for å gå over", må være sikker på at "det e nokka",
enkelte sa at de kontakta lege når det var "nokka akutt", enkel-
te gikk kun når "en e nødt tell å gå", når det "e nokka som
kreve legehjelp". Og andre igjen da at "vi bruke no ikkje dok-
tern".

Folk i Nordfjord meiner altså at de ikke trenger ei tid til å
følge med i de ulike sykdomsstadiene, for spørsmål om lege-
søkning er ikke inne i bildet på dette stadium. Legesøkning,
i følge dem, er ikke et vurderingsspørsmål. Når de søker lege,
så "veit" de at dette er noe som bare legen kan ordne opp i
og har ikke vurdering av lege som alternativ på forhånd.
Mest sannsynlig "veit" de når lege må kontaktes fordi de søker
lege kun når de regner seg som syke. Når symptomene er alvor-
lige nok til å komme inn under deres sykdomsdefinisjon, "veit"
de også at lege må kontaktes.

Hvem kontakter legen.

Å ta kontakt med legen var en kvinnejobb, uansett hvem i familien som var syk, det var begge ektefellene enige i. De av kvinnene som var enker sa at dette hadde vært deres jobb da mannen levde. Men samtidig ble det ofte føyd til at de hadde sjelden kontakt med lege,* og noen sa at de ikke brydde seg så mye om legene, fordi de hadde holdt seg så friske. Likevel måtte de innrømme at det var kona som tok kontakt med legen de gangene det var behov for det.

I ett tilfelle (ektepar i alderen 30-40 år med to barn), fortalte de at det var han som alltid kontaktet legen. Hun "unnskyldte" det med at hun hadde telefonskrækk og ikke likte å ringe. De hadde heller ikke egen telefon. Men det var alltid hun som fulgte barna til lege når det var nødvendig.

Begrunnelsen for at dette var en kvinnejobb, var følgende : Sykdom oppdages heime. Det er kvinnene som har ansvaret for heimen - derfor er det en kvinnejobb, sa mennene. Og mennene var mer enn villige til å prate om hvor viktig det var at kvinnen hadde denne oppgaven. Fordi hun var kvinne "visste" hun mest om sykdom, derfor var hun "flinkest" til å snakke med legen. I noen tilfeller prøvde kona å si at ektefellene var nå enige om hva som burde gjøres når noen var syk, og at helsa var et felles ansvar. Men her ble hun avbrutt av mannen som sa at det alltid var kona som hadde det siste ordet i slike tilfeller. Når det gjaldt ungene, var det alltid hun som kontakta lege, når mannen var sjuk likedan, Det samme var selvfølgelig tilfelle med egen sykdom. Og det var alltid en kvinne som kontakta eller fulgte en av de eldre i familien til lege, i de tilfeller det var nødvendig, uansett hvem av ektefellene den eldre var i slekt med.

* Foruten de med kroniske sykdommer, som måtte til jevnlig kontroll, hadde folk i bygda kun kontakt med lege når det "var noe". Ingen av dem gikk heller til forebyggende kontroller.

Hvorfor har kvinner flere kategorier enn menn.

Ved presentasjon av dette materialet, kommer det frem et mønster. Det finnes kunnskap i bygda, og denne kunnskapens hensikt er å skille mellom sykdom og andre symptomer, og den søker å finne den aksjon som er mest hensiktsmessig for de ulike symptomer folk opplever. Kunnskapen forvaltes av kvinnene, og formidles gjennom det tette nettverket* som finnes mellom kvinnene i bygda. Et bosetningsmønster som er basert på slekt ser ut til å være utslagsgivende for tettheten av dette nettverket.

I familien er det stor ulikhet mellom kjønnene i forhold til opplysning, der kvinnene er meget interessert i å få viten, og er brukere av de ulike opplysningskanalene. Mennene får tilnærmet all sin opplysning fra kvinnene. Kvinnene definerer hva som er interessant og formidlet deretter til mannen.

Kvinnene bruker hverandre både når det gjelder videre atferd i forhold til et symptom, mens menns rådføring i så henseende ikke går gjennom andre menn, men gjennom den kvinnen han er gift med, og bare gjennom henne. Mannen definerer både å ta kontakt med lege, og den endelige avgjørelse m.h.t. legesøking, som en kvinnejobb, og mener det inngår som en del av hennes ansvar for hus og heim. Bakgrunnen for en slik ulikhet ligger nok først og fremst i rollefordelingen i familien, der mannen er lønnsarbeider, og i produksjonen, og kvinnen som reproduzent. Kvinnenes omsorgsfunksjon blir ikke bare definert som det å stelle hus og eventuelle barn, men omfatter også ansvar for helse og sykdom i familien. Kvinnenes omsorgsansvar gir grobunn

* Her vil jeg henviser til Botts(1971) diskusjon av begrepet nettverk, hun sier (s.59) : "In finding it convenient to use the term "network" to describe a set of social relationships for which there is no common boundary,..." Og hun definerer og begrepet "tett nettverk" (close-knit network): "I use the word close-knit to describe a network in which there are many relationships among the component units,..."

for et fellesskap eller en "vi-følelse" mellom kvinnene i bygda. Slektskapet mellom dem forsterker dette. Og denne fellesskapsfølelsen blir altså brukt til å spre kunnskap og hjelpe hverandre i forbindelse med problemer som angår kvinnene, - deriblant helse og sykdom i deres familier.

Vi begynner også her å ane noe om hvorfor menn og kvinner har så ulik tilnærming både til interesse for temaet og klassifisering av symptomer. Omsorg for helse i familien er definert som et kvinneansvar, og mennene trenger derfor ikke å ha verken stor kunnskap eller å kunne skille mellom ulike symptomer, fordi dette ikke er deres ansvar, De må heller ikke ta avgjørelser når en i familien blir syk.

Går en til antropologisk litteratur, finner en eksempler på at det språket en finner i et samfunn, forteller mye om det samfunnet en studerer. De hevder at ofte kan nyanser i språket avspeile hva som er viktig i et samfunn. Mead (1935, 1963) viser at i en av stammene hun studerte, finnes det svært mange ord for slektsrelasjoner, og egne ord med presisjon for hvilken type slektsforhold de sto i til hverandre på. I dette samfunnet var slektsforhold veldig viktig. Samfunnets organisering bunnet i de ulike forpliktelser og krav til samfunnsmedlemmene, alt etter hvilket slektsforhold de hadde til hverandre. Barna ble tidlig lært opp til hvilken adferd de skulle utvise i forhold til de ulike slektningene, og feil som ble gjort i denne forbindelse ble negativt sanksjonert.

Andre viser til at naturfolk som lever i arktiske strøk har mange ord for værforhold. F.eks. viser Spradley/McCurdy (1972) til eskimoenes mange begrep for snø. De sier at for eskimoene som lever under vanskelige naturforhold, er det derfor nødvendig å vite akkurat hvordan snøen ser ut for å kunne ferdes trygt i sine omgivelser.

Slike kulturelle ulikheter gir problemer både når en skal oversette til og fra et slikt "naturspråk". Det viser seg at ofte mangler slike språk ord for mer moderne ting, eller har færre ord. Men i oversettelse fra et hvilket som helst språk og til et annet, støter en på problemer med å finne de "riktige" ordene.

Fra et område som er mer beslektet med tema for denne oppgaven, peker Illich (1975) på at når Bibelen første gang skulle oversettes fra hebraisk til gresk, støtte de jødiske oversetterne på problemer. 13 hebraiske ord for smerte ble oversatt med et gresk. Han sier at dette har sammenheng med at for jødene har smerte alltid blitt sett på som en forbannelse, mens grekerne så på smerte som endel av lykkeopplevelsen, og det var for dem ikke så viktig å skille mellom ulike smertefornemmelser. Derfor trengte de heller ikke så mange ord til å beskrive hvordan den artet seg.

På denne bakgrunn kan en si at opptatthet av et fenomen, skaper flere språklige nyanser som nedfeller seg i et rikere begrepsapparat.

I tråd med slike funn kan vi si at fordi kvinnene i Nordfjord er ansvarlige for helse og sykdom i familien, har de et rikere språk. Den nære kontakten med dette fenomenet har tvunget fram en større nyansering av fenomener som har sammenheng med sykdom. I og med at helse er kvinnenes ansvar, står mennene såpass fjernt fra problemet at de ikke har samme behov som kvinnene til å nyansere og skape begreper.

Med dette utgangspunktet blir også skillet i vokabularet mellom kvinner og menn mer forståelig. Kvinnene trenger større vokabular med flere kategorier, fordi det er de som formidler symptomene til andre, for rådgøring og derav hjelp til diagnostisering. Effekten av denne prosessen vil også være avhengig av med

hvor stor presisjon symptomene blir formidlet. Mennene står utenfor denne rådføringsprosessen, og trenger derfor ikke å ha et like utviklet vokabular. At det er kvinnene som kontakter lege, taler også for at de ønsker å kunne gi opplysninger så "korrekt" som mulig.

Kap 8 BLIR ULIKE SYKDOMMER ULIKT AKSEPTERT ?

Tidligere har jeg nevnt at når mine informanter skulle fortelle hva de meinte om et problem, hva de pleide å gjøre m.h.t. sykdom, trakk de ofte frem eksempler. Kvinnene brukte å fortelle om hva de gjorde når barna var syke, i motsetning til når det gjaldt voksne. De sa at de hadde mye lavere toleranse til symptomer hos barn, og kalte deres symptomer lettere for sykdom, de var mye snarere til å kontakte lege, og rådføring for hva det kunne være var mye mer utbredt, sammenlignet med hva som var vanlig når det gjaldt voksne folk.

I tillegg til å bruke barns sykdom som eksempel, trakk de også fram gynekologiske lidelser som eksempel på problemer de ikke håndterte på samme måte som sykdom ellers.

Presentasjon av data om disse to problemene, er i all hovedsak basert på informasjon fra kvinner. Gynekologi fordi det er et "kvinneproblem" og barns sykdom fordi det var kvinnene som trakk dette fram. Kvinnene brukte barns sykdom for å fortelle hvordan de graderte mellom barn og voksen, mens menn ikke på eget initiativ brukte barns sykdom for å belyse ulikheter.

Når menn trakk fram eksempler for å vise hva de meinte, og fortelle om ulikheter i atferd, noe de sjelden gjorde, så viste de heller fram visse deler av kroppen og sa : "Men då dettan skjedde (viste så fram f.eks. armen, eller beskrev hvor på kroppen skaden var lokalisert), så måtte æ selvfølgelig..." Menn brukte ofte en slik beskrivelse for å fortelle om mange alvorlige og farlige ting som de ikke hadde søkt lege for. Slik de presenterte det for meg, så det ut til at de ville imponere meg med å vise hvor mye de tålte, og forventet en form for beundring til gjengjeld. Men jeg har for lite data til å kunne diskutere dette nærmere i denne oppgaven.

Gynekologiske problemer ble beskrevet som noe de ikke ville klasifisere på samme måte som problemer på andre deler av kroppen.

Men her meinte de at de hadde høyere toleranse til symptomer før de ville kalle det sykdom, altså stikk motsatt av hva som er tilfelle når det er barn som er syke. Følgende datapresentasjon vil gi en videre avklaring på hva som var spesielt med gynekologiske symptomer.

Gynekologi.

Kvinnene kom også ganske frivillig, og ofte på eget initiativ inn på gynekologiske problemer som eksempel på noe de behandlet "spesielt". De fortalte alle sammen at symptomer på denne delen av kroppen var slikt de venta ekstra lenge med før de søkte hjelp. De av kvinnene som fortalte at de hadde hatt problemer el. plager med underlivet, dvs. uregelmessige blødninger, kraftig utflod og smerter, fortalte at de kviet seg veldig før de fikk gjort noe for å rette på det. "Og det er jo ikkje sånt man kan snakke med andre om heller." Det var heller ikke vanlig at underlivsproblemer ble diskutert med andre i særlig grad, heller ikke med egen ektemann. Og de meinte at det ikke var andre lidelser som det var så vanskelig å ta noen avgjørelse om som nettopp problemer av gynekologisk art. De fleste sa at å snakke om slike ting var veldig flaut og litt for privat til at andre hadde noe med det å gjøre.

De unge kvinnene snakket villig vekk om hvordan de innrettet seg ved slike problemer, mens de eldre meinte at slike ting ikke angikk dem, det var nå slikt som angikk de unge. For at kvinnene i det heile tatt skulle fortelle om egne opplevelser, måtte noe være oppfylt, nemlig at ikke barna var til stede (noe de kunne være under deler av intervju ellers), og for de fleste gjaldt det at mannen heller ikke skulle være til stede. (Unntatt er de to der begge ektefellene var til stede under intervjuet). De enslige kvinnene, som jeg da som oftest hadde på tomannshånd, var lite interessert i å snakke om hvordan de selv mestret slike problemer, og siden de var eldre, sa de at de var "ferdig med sitt", og ville ikke snakke så mye om sykdommer på denne delen

av kroppen.

Når det gjaldt underlivet, sa kvinnene at de ikke forsøkte med selvmedisinering, men overlot til tiden eller lege "å gjøre det som måtte gjøres". Og de som hadde vært syk, sa at de hadde måttet la distriktslegen undersøke seg, selv om de ikke hadde likt det noe særlig.

Kvinnene fortalte at når det gjaldt gynekologiske lidelser hadde de legene de hadde erfaring med hatt en stor tendens til å "holde på" folk. De fleste kvinnene syntes at de burde ha muligheter til å komme til gynekolog, og syntes ikke at underlivet var noe distriktslegen skulle "klusse" for mye med.

Forholdet til forebyggende kontroller.

Det som var litt spesielt når det gjaldt underlivet, var at her var det eineste tilfelle der folk ønsket forebyggende kontroller. Til tross for at ingen av dem gikk til forebyggende kontroller hos distriktslegen, var dette et emne som disse kvinnene hadde interesse av. Når vi diskuterte helsetjenesten reint generelt, var det flere som tok initiativet til å snakke om forebyggende kontroller m.h.t. livmorhalskreft ("kreftprøver", som de kalte det), og de hadde ingen innvendinger mot å ta opp dette temaet til tross for at menn og evt. barn var til stede.

Når det gjaldt forebyggende kontroller generelt, var både menn og kvinner skeptiske. De uttrykte stor tvil om hvor stor nytte de ville ha av slike undersøkelser. Noen kalte dem for "kjøttkontroller", og lurte på hva legen kunne finne ut ved å undersøke friske mennesker. Og ingen av dem ville oppsøke lege uten å være syk. De fortalte at hvis de var hos lege for noe annet, og legen foreslo f.eks. å måle blodtrykket fordi han mente at det var lenge siden siste gang det var blitt gjort, så var det greit, men selv ville de ikke spørre legen om noe slikt. Likevel trodde mine informanter at de ville gå hvis de fikk innkallelse til forebyggende helsekontroll, for det ville nå være "noe annet".

Når jeg spurte om det var noe de savnet i helsetjenesten slik den var nå, hadde mennene ikke noe å tilføye, og sa at de brydde seg ikke så mye om helsevesenet. Standardsvaret fra kvinnene var at de ønsket innkalling til "kreftprøve" en gang i blant. De fleste foreslo årlig* innkalling, mens andre (eldre kvinner) sa at det i allefall burde være et årlig tilbud "til de unge". Kvinnene sa at både massemedia og deres venner snakket om slik prøvetaking, og at det er en bra måte til både å forebygge og oppdage kreft på et tidlig stadium. Og dette var slikt som kvinnene i bygda snakket med hverandre om.

Noen av kvinnene hadde også tatt slik prøve (de fleste året før intervjuet). Et par av disse hadde fulgt Husmorlaget til Kreftdiagnosestasjonen (heretter kalt kreftstasjonen, som var kvinnes navnt for dette senteret), i byen ca. 30 mil unna.** De andre tre hadde på eget initiativ slått seg sammen og reist dit et par år for intervjuet, og de hadde betalt reisa si sjøl. Alle som hadde vært der, skrøt veldig av dette tiltaket, og fortalte at det var bare spesialister der,*** at også bryst- og lymfekjertler ble sjekket, slik at de følte seg trygge for at det ikke var noe i veien med dem etter en slik undersøkelse. Alle som hadde vært der, ønsket å reise dit igjen, "...men det hadde no bærre ikkje blidd sånn".

Når kvinner som ikke hadde vært på Kreftstasjonen, ble spurt om de selv gikk til forebyggende kontroll, var svaret: "Nei, æ gjør no ikkje det, men snakk med ho... eller ho..., for dem veit litt meir om dette enn æ gjør, for dem har vorre i "byen"". Så ble jeg fortalt om hvor fint dette tilbudet var, hvor fornøyd de som hadde vært der var og sa at de også ønsket å dra dit, eller stikke

* Fra legehøld foreslås det fra årlig til hvert 5. år. Legene er altså ikke enige seg imellom hvor ofte en slik prøve bør taes. (Se Kristiansen et.al. 1980).

** En av lederne i Husmorlaget (ikke bosatt i Nordfjord) fortalte at de nå arrangerer årlige turer til kreftstasjonen. Laget betaler reisen av egen kasse, mens undersøkelsen er gratis. Disse turene er så populære at deltagelse går etter tur, slik at alle skal få anledning til å komme dit i allefall en gang på husmorlagets regning.

*** Dette viser seg å være noe kvinnene tror. Sanneheten er at noen av legene på byens sykehus bruker første halve året av sin turnustjeneste til arbeid på kreftstasjonen. Kilde: En av legene på sykehuset.

innom kreftstasjonen når de var en tur i "byen".

Jeg spurte da hvorfor de ikke gikk til distriktslegen og fikk tatt samme prøve, siden de ikke hadde noen faste planer om visitt/gjenvisitt på kreftstasjonen. Det var ikke direkte skepsis til distriktslegens faglige kompetanse som var svaret, at de trodde han tok dårligere prøver, el., men heller forklaringer av denne typen : "Æ kjenne doktern her for godt til at han får ta sånne undersøkelsa av mæ." Flere av kvinnene forklarte at : "Æ ville synes at det va flaut vesst æ skulle møte han etpar tima etterpå og sei hei og late som ingenting." Og : "Æ ville synes at han etter en sånn undersøkelse ville kjent mæ førr godt tell at æ kunne late som ingenting når æ møtte han igjen." Eller : "Den doktern vi har no e førr lite dokter tell at æ vil la han undersøke mæ". "Doktern e førr lite korrekt og litt førr lite alvorlig tell at æ ville la han ta en sånn undersøkelse av mæ."

Argumentene gikk altså mest på at de syntes at de kjente legen for godt, at de derfor kunne risikere å møte han igjen, eller det var trekk ved denne legens personlighet som gjorde at de ikke ville la han ta en slik prøve. Men da jeg spurte om tidligere leger, hadde det også vært slike ting i veien med dem, som gjorde at de ikke frivillig ville la dem undersøke seg.

I tillegg til og i stedet for slike utsagn fikk jeg også høre at : "Æ har mange ganga tenkt på å gå, men det har nå ikkje blidd sånn." "Det e sånt teltak å gå når det ikkje e nokka i veien. Æ hadde nå tænkt å gå, men...." "Æ skulle no ha vorre, men det e no ikkje blidd sånn. Så lenge det ikkje har feilt mæ nokka har æ bærre utsatt og utsatt det. Æ veit ikkje nokka anna svar enn at det e rein og skjær slurveferde". "Men det e klart, hadde æ fådd innkalling, så ville æ no ha gådd", var svaret alle forklaringer resulterte i. De eldre kvinnene som meinte at det burde være innkalling, "for de unge", sa at de likevel ville gått hvis de fikk innkalling, men syntes at dette egentlig ikke angikk dem, og sa at : "Vi e no egentlig ferdig med våres." 3/4 av de kvinnene sa at de meinte at de burde vært og tatt kreftprøve. Blant disse var også dem som hadde vært på kreft-

stasjonen i "byen", og som syntes at det hadde gått for lang tid siden prøven var tatt. Men ingen hadde faste planer om å få foretatt en slik prøve. De fortalte at det ofte var slik at når de snakket med andre kvinner, så bestemte de seg for å bestille time hos distriktslegen, og ikke bry seg om andre ting, men etterhvert så blir det bare utsatt og utsatt. Hvis de hadde fått innkalling så ville det vært lettere. For da ville "alle de andre" også gå, og de ville også ha en grunn for å ta prøven. (Dette siste ble ikke "direkte" sagt, men lå implisitt).

En nærliggende problemstilling var legens kjønn, og jeg spurte om de trodde det ville være lettere å få tatt en slik prøve hos ei kvinne. Kvinnene i Nordfjord hadde hittil ikke opplevd å være hos en kvinnelig lege, så enkelte stilte seg ganske uforstående til det, mens andre igjen mente at det kanskje kunne vært lettere, og enda flere visste rett og slett ikke. Men de trodde ikke at de snarere ville søke lege bare for å få tatt en slik prøve, selv om legen var ei kvinne. Kvinnene forklarte ofte grunnen til at de kviet seg for å få foretatt en forebyggende undersøkelse, ved å henvise til sykdom : Hvis de var veldig syk, hadde store smerter, så hadde de ikke noe valg, men måtte bare la legen undersøke seg. Ei sa det slik : "Det er no så rart med det, når du er sjuk så bryr du deg no ikkje så mykje om korsen doktern er, men ellers blir du meir kritisk og begynner å tenke på så mange andre ting."

Men det hendte faktisk at legen ikke fikk foreta gynekologisk undersøkelse til tross for sykdom. Ei av de yngre kvinnene (i 30-års alderen) som i tillegg var den eneste i bygda som oppga at hun hadde litt sosial omgang med legen reint privat, var ved intervju-tidspunktet akkurat kommet heim etter et sykehusopphold. I en samtale kom det fram at årsaken til innleggelsen hadde vært en akutt gynekologisk sykdom. Og hun fortalte at selv da hun hadde vært syk, så nekta hun legen å utføre en gynekologisk undersøkelse. Hun ble derfor sendt til sykehuset uten nærmere undersøkelse, og overlot diagnostiseringen til sykehuslegene. Denne kvinnen var den eneste som fortalte om direkte nekting, de

andre sa bare at måtte de, så måtte de. Men ei eldre kvinne (over 70 år) fortalte at hun for noen år tilbake hadde oppsøkt en lege for heilt andre ting. Denne legen hadde foreslått å ta en celleprøve samtidig. Hun hadde da nektet og sagt at hun var for gammel til slikt.

Diskusjon av ulikhetene.

Barns sykdom.

For å ta det som folk nevnte først som "anderledes" enn vanlig sykdom, nemlig når barn var syke : At barns sykdom har litt spesiell stilling innenfor familiens helseadferd, er lite beskrevet. I litteraturen finner jeg heller f.eks. spesielle aspekter ved selve legekonsultasjonen, og hvordan foreldrene reagerer i denne sammenheng. Et eksempel på dette er Francis et. al. (1969), som så på sammenhengen mellom den informasjonen legen gir moren om barnets sykdom, og oppfølging av de rådene han gir.

Mechanic (1978) har beskrevet barns sykdom som et eksempel på noe som i mange tilfeller kan være andresdefinert, dvs. en definisjon som tvinges på pasienten fra såkalte signifikante andre, på lik linje med mentale lidelser. Han sier at toleransen til andresdefinerte symptomer blir vurdert i forhold til i hvor stor grad de påvirker normaladferd, og også hvor stor trussel slike symptomer er mot omgivelsene. Så hans drøfting av konsekvensene av andresdefinerte, i motsetning til selvdefinerte sykdommer, blir bare belyst og eksemplifisert gjennom mentale lidelser.

Han ser på familien som en enhet som avgjør adferd i forhold til mentale lidelser, og eksemplifiserer ikke dette i forhold til barns sykdom. Litteraturen er derfor ikke til så stor hjelp når det gjelder å forklare hvorfor folk i Nordfjord viser lav toleranse til symptomer hos barn, og hvorfor de reagerer anderledes når et barn blir syk. For å si noe om barns sykdoms spesielle stilling, må vi nok søke andre forklaringsmuligheter.

Spesielle trekk ved barnets symptomer er at de ofte er dårlig formidlet til de voksne både fordi barnets språk er dårlig(ere) utviklet, og dets beskrivelse er heller ikke preget av erframing og gjenkjennelse, slik det ofte er tilfelle med voksne. Siden deres symptomer blir uklart formidlet vil det være vanskelig for de som har omsorg for barnet å ta stilling til symptomene, og hva prognosen kan være.

I tillegg karakteriseres barns symptomer av at det er andre som må ta avgjørelser i stedet for dem. I dette samfunnet er disse "andre" først og fremst moren. Vi så også at ansvaret var delt med faren og bestemoren, men at hovedansvaret lå hos moren, som søkte råd og avgjorde hva som videre skulle gjøres. Å ta avgjørelse på vegne av barnet, er en av de vanskelige aspekter ved foreldrerollen som er lite drøftet tidligere. En undersøkelse over forbruk av helsetjenesten i en drabantby (Tengvald 1975), konkluderte med at foreldrene har lav toleranse til symptomer hos barna, og søker lege for "uskyldige" barnesykdommer, blant annet fordi de lever i et samfunn uten noen eldre til å definere og gjenkjenne symptomene. Derfor, sier Tengvald, blir det i slike samfunn endel unødvendig forbruk av helsetjenesten for barnesykdommer som leger seg selv.

Men Tengvalds tolkning gjelder ikke for Nordfjord, til tross for at de lever i et flergenerasjonssamfunn med et tett nettverk. Det ser heller ut til at usikkerheten som omgir barns sykdom, kombinert med at dette er et foreldreansvar og derfor underlagt deres tolkning, som gjør at barns sykdom får lav toleranse i forhold til sykdom hos voksne. De barnesykdommene de voksne i bygda nevnte, som f.eks. ørebetennelse, er i tillegg akutte, smertefulle og har hurtig utvikling.

Ved å se på disse sider av barns sykdom, settes barns sykdom inn i resten av diskusjonen om sykdom. Både Mechanics ulike studier i forhold til hjelpesøkningsprosessen, og Gordons sykdomsdiskusjon, viser at de symptomene som en ofte ser i forbindelse med sykdom hos barn, også ellers er avgjørende for om noe blir definert som sykdom. Slik folk i Nordfjord forklarer

hva "ordentlig" sykdom er, at det er fare for noe galt, fordi symptomene er uklare og derfor vanskelig å ta stilling til, er også noe som kjennetegner voksnes oppfatning av barns sykdom.

Det ser ut til at folk har lav toleranse til sykdommer hos barn, ikke bare fordi barn og voksne blir vurdert ulikt, men fordi de voksnes tolkning av symptomene er i overenstemmelse med deres definisjon av ordentlig sykdom. - og er derfor også et objekt for legesøkning. Dette må sees i kombinasjon med rollen som småbarnsmor/foreldre.

Gynekologiske lidelser.

Symptomer av gynekologisk art opptrer på "private" deler av kroppen. Når det gjelder definering av sykdom i forhold til hvor på kroppen symptomene opptrer, refererer Mechanic til Balian⁽¹⁹⁵⁷⁾, som meiner at symptomer på enkelte deler av kroppen er mer sosialt akseptert enn på andre deler. Balian sier at dette ofte blir oversett av legene når de vurderer det pasienten presenterer. Wolff (1963), har gjennom et studium av "vanlig" hodepine, funnet at ubetydelige smerter på visse deler av kroppen kan utløse sympatiereaksjoner fra omgivelsene. Grunnen til dette er, i følge Wolff, at slike smerter er mer akseptert i miljøet enn tilfelle er for smerter andre steder. Og akseptering i miljøet er viktig, det viser Mechanics (1978) undersøkelse av psykiske problemer. Avgjørende for å søke hjelp her, var hvordan miljøet stilte seg til disse problemene. Så kvinnene i Nordfjords holdning til gynekologiske undersøkelser, og til legen som utfører den, kan nok også tilskrives den spesielle posisjon slike undersøkelser har, og akseptasjon i miljøet. De kan nok føle at en slik undersøkelse er for intim, og derfor synes at det er best å få den utført av en de ikke møter igjen. Lignende reaksjoner er beskrevet i andre arbeider, f.eks. Emerson (1972) som blant annet tar opp hvordan kvinner opplever det å ligge i gynekologistolen, og holdningen til legen er preget av at han "vet noe" om dem. Dessuten er sjenansen over å vise

legen disse private kroppsdelenene, også skrevet om (Emerson 1972).

Alt dette er undersøkelser som kan forklare i allefall noe om hvorfor kvinner i Nordfjord brukte gynekologi som eksempel på avvikende atferd. Men dette forklarer nok bare deler av deres atferd. På samme måte som ved barns sykdom, kan vi se gynekologiske lidelser i forhold til folks sykdomsdefinisjon. Deres definisjon av "ordentlig sjukdom", inkorporerer ikke de fleste gynekologiske problemer de snakket om. Symptomene de beskriver stemmer nok best overens med deres "småplage"-definisjon, og det er dermed ikke noe å bry legen med. Selv om en har litt plager i underlivet, kan en fint opprettholde normal aktivitet, f.eks. Men når symptomer i underlivet blir av en slik art at de oppfyller kravene til sykdom (eks. eggstokkbetennelse), så fører også disse lidelsene til legesøkning. De må derfor overse både sjenanse og moralske innvendinger når symptomene blir ille nok.

Til tross for at de fleste gynekologiske lidelser ikke blir sett på som sykdommer, er kvinnene i bygda opptatt av å snakke om gynekologi. Men som vi ser så er det for det meste ikke gynekologiske symptomer de var interessert i å snakke om, men forebyggende tiltak, kreftprøver. Dette vil bli drøftet nærmere i siste kapittel i forbindelse med ulikheter i legesøkning mellom menn og kvinner. Derfor vil jeg her bare nøye meg med å si at kvinnene, til tross for at de sa de burde søke lege for å få foretatt en forebyggende undersøkelse, ikke ville gjøre det fordi det ville være i uoverenstemmelse med deres legesøkningsatferd forøvrig.

Begge disse to tilfellene er eksempler som viser at kvinner oftere enn menn må forholde seg til flere symptomer enn smerte for å få et bilde av sykdommen.

Både barns sykdom og gynekologi er kvinndefinerte sykdommer. Tolkning og aksjon i forbindelse med barns sykdom er kvin-

nens ansvar, fordi det er definert inn under hennes omsorgsoppgaver. I tillegg kan en si at disse to sykdommene er eksempel på egen- og andresdefinerte sykdommer. I denne sammenheng vil det derfor komme inn andre momenter, som hvilken stilling sykdom har i dette samfunnet. Som vi veit så ser det i allefall ut at for mennene er sykdom noe som en ikke skal snakke om, og definerer det som uinteressant for dem. Sett i denne sammenheng kan en nok også komme til forståelse av at det nok er lettere å handle på vegne av andre, som i forbindelse med barnesykdommer, enn på vegne av seg selv, som ved gynekologiske lidelser. Som vi ser, så er også gynekologiske sykdommer "usynlige", på den måten at de ikke vises for andre, som oftest går de heller ikke noe særlig utover arbeidsevne f.eks., og slike symptomer blir lavt vurdert - og blir derfor nedvurdert til "småplager".

Kvinner har altså mer omfattende sykdomsdefinisjon enn menn. Her kan en spørre seg om ikke noe av årsaken til dette kan være at i de tilfeller der en støter på mange og sammensatte symptomer (barns sykdom, gynekologi), er det kvinnene som må avgjøre. Mennenes sykdomsdefinisjon "trenger" ikke være like vid som kvinnenes, for der det virkelig er behov for å ta standpunkt til flere symptomer, er det kvinnene og ikke mennene som må ta endelig avgjørelse. Ved å se nærmere på disse "spesialtilfellene", ser vi at det ikke er spesielle problemer, at det ikke er spesielle regler som gjelder i vurderingen av dem. Slik kvinnene oppfatter dem, har sykdom hos barn oftest overenstemmelse med deres sykdomsdefinisjon, mens symptomer i forbindelse med gynekologi har liten overenstemmelse.

Kvinnenes forhold til rådføring i forbindelse med disse to tilfellene, blir også mer forståelig sett i en slik sammenheng. At kvinner søker lite råd for gynekologiske symptomer, er i tillegg til at de er omgitt av spesielle problemer som f.eks. sjenanse, ^{er} at det ikke kommer inn under deres sykdomsdefinisjon, og derfor rådsøkning hos andre. I motsetning finner en barns sykdom, som har stor grad av samsvar med deres sykdomsdefinisjon, blir gjenstand for bekymring og derav mer rådføring. Kort kan vi si at i tillegg til spesielle ting som angår disse to lidelsene, er de eksempler på tilstander der symptomene i ulik grad stemmer overens med deres sykdomsdefinisjon.

Overgang til diskusjon.

Ved å se nærmere på den bakgrunn som danner grunnlag for handling i forbindelse med symptomer, ser vi at det finnes viten i befolkningen. Denne viten er ikke noe som hvert menneske har uavhengig av de andre, men den utvides og nyttiggjøres fordi mange har adgang til den. Denne viten består av en kvinnes egne erfaringer, og andre kvinners erfaring med sykdom. F.eks. er de eldres større erfaring viktig når det gjelder sykdommer hos barna. I tillegg består kvinners viten i egne og andres opplysninger fra ulike massemedia. Og selv om det er mange trekk som bestemmer hvilke symptomer som folk legger merke til, er det kunnskapen som er avgjørende for hvor høyt eller lavt forbruket av lege er. En må se på premisene for denne kunnskapen, og hvordan den overføres og nyttiggjøres av samfunnsmedlemmene for å forstå hvorfor folk i bygda har lavt forbruk.

Som vi ser er denne kunnskapen båret av kvinnene, og det er de som primært benytter den til å bestemme om de skal søke lege eller ikke. De to "spesielle" eksemplene som kvinnene nevnte, barns sykdom og gynekologi, bare understreker at det ligger en fornuft bak de kategoriene de har om sykdom, at det er vurdering av symptomene i forhold til deres kunnskap om dem, som er avgjørende. Disse eksemplene viser også hvordan kunnskapen overføres mellom kvinnene. Her må jeg føye til at det ikke er min oppgave å vurdere om deres kunnskap er "riktig" eller "gal", bare dens konsekvenser for legesøkning i bygda.

Kvinnen fungerer som helsearbeider i familien, og sørger for at både mann og barn kommer til lege. Siden deres rolle er så viktig for legesøkning for familiens medlemmer, er deres sykdomsdefinisjon i høy grad lagt til grunn når familiemedlemmene søker lege. Jeg må altså vurdere hvordan dette slår ut når det gjelder menn og kvinner, se dette i sammenheng med at de har ulik sykdomsdefinisjon, og jeg må se på hvorfor denne kunnskapen bare overføres mellom kvinnene. Så for å se nærmere på hvordan denne kunnskapen vedlikeholdes og overføres, må jeg altså fokusere på kjønnsulikheter.

En mulig innvending mot mine data på dette tidspunktet er om jeg kan være sikker på at kjønn spiller en rolle, at kvinnene virkelig har en så viktig rolle i forbindelse med helse og sykdom, siden jeg mest har snakket med kvinnene i bygda. Er derfor mine data mer et uttrykk for hvem jeg fikk mest informasjon fra ? På dette er det bare å svare at jeg også har snakket med mennene, men at all data jeg har fra dem tyder på at de anser helse og sykdom som et "kvinneområde". De argumenterer også for hvorfor de synes det er mest fornuftig at det er og bør være slik. Derfor meiner jeg at en slik kritikk ikke vil være berettiget i dette tilfellet.

DEL III

DISKUSJON : KJØNNSULIKHETER OG LEGEFORBRUK

Kjønnsulikheter i erfaring med symptomer.

Vi ser at symptomer som kommer inn under klassifikasjonen "sjukdom/ørdentlig sykdom" i denne bygda, er de som fører til legebesøk. Dessuten noen få tilstander som er kroniske, og er derfor nødvendig å kontrollere (så de ikke utvikler seg til sykdom?). Siden sykdomsdefinisjonen og legesøkning er så tett vevet inn i hverandre, vil en diskusjon av deres legesøkning samtidig være en diskusjon av deres sykdomsdefinisjon.

Menns og kvinners illustrering av hva de meiner er sykdom/ikke sykdom viser stor ulikhet. Menn nevnte oftest akutte, smertefulle symptomer, mens kvinnene i tillegg til å være opptatt av smerte, også inkluderte andre symptomer som feber og utvikling over tid.

Mens kvinner snakker om skuldre, hofter og underliv, nevner menn stort sett bare ryggskader. Dette har nok sammenheng med deres egen symptomerfaring og som også har sammenheng med rollesegresjon i dette samfunnet.

Til tross for at både kvinner og menn ser på smerte som viktigste symptom, er nok deres smerterfaring ganske ulik. Menns avvisning av andre symptomer enn smerte må nok sees i sammenheng med mansrollen i dette samfunnet. Mennene går i typiske mannsyrker, på bedriften, i fiskebåten og som fiskearbeidere. Alle disse arbeidsplassene er kjennetegnet av hardt fysisk arbeid, og delvis også perioder med sterk kulde.

Dette gjør at deres dagligliv er fylt av ulike fysiske problemer som trøtthet, og ulike typer smerter og skader. Deres liv er nok ganske lik Robinsons (1971) beskrivelse av gruvearbeiderne i Wales. Og menn i Nordfjord har i likhet med dem lært å akseptere slike symptomer som "normalt". Vi må derfor regne med at deres toleranse til symptomer er svært høy.

Når det gjelder smerte må den enten være svært intens eller lokalisert til en del av kroppen som er viktig for yrkesutøvelsen (som Zborowsky (1952) også har påpekt), før de reagerer og gir den oppmerksomhet. Kvinnene i bygda lever et helt annet liv enn det mennene gjør. De er husmødre, og som vi har sett er husmorrolla svært omfattende. De er også mødre, og vi må regne med at mye av deres smerteerfaring også har sin bakgrunn i opplevelser i forbindelse med svangerskap og fødsel. Men kvinnene er ikke utsatt for den daglige hardbelastningen som deres menn er, og vi må derfor regne med at deres symptomopplevelser er anderledes enn mennenes. Mennenes forventninger til at den "gode" legen sender dem videre til kiropraktor, mens kvinnene ønsker å komme til gynekolog, avspeiler hvilke symptomer de har erfaringer med.

At kvinnene hadde en mindre svart-hvitt opplevelse av symptomer, kan være uttrykk for at de symptomene kvinnene har opplevd er mer sammensatte. Som vi ser har kvinnene mer erfaringer med betennelser, (både hos seg selv og hos andre) som er smertefulle, men som også ofte gir tilleggsymptomer. Det er også de som har ansvar for og pleie i forbindelse med barns sykdom, som de sier medfører andre symptomer og ulik toleranse enn hos voksne.

På denne bakgrunn er kanskje også menns reaksjon under intervjuene mer forståelig. Deres svart-hvitt tenkning m.h.t. hvilke symptomer som er tegn på sykdom, er nok uttrykk for deres egen symptomerfaring. De har erfaring med skader og smertefulle, ofte akutte lidelser. Av denne grunn har de vært lett å skille ut som alvorlig og som svært avvikende fra deres "normaltilstand".

At menn latterliggjør og ikke definerer visse problemer som sykdom, kommer nok i stor grad av at slike lidelser forekommer sjelden hos dem, og at de har derfor ikke så mye erfaring med dem. I tillegg virker disse symptomene ikke så mye inn på daglig aktivitet, slik at de ofte kan "overse" dem hvis de merker slike symptomer, også fordi dette er symptomer som kommer på kant med den "tøffe" mannsrolla. De har

heller ikke vært nødt til å ta stilling til slike symptomer hos andre, fordi de har ei kone som tar avgjørelse for resten av familien når det gjelder slike ting. Mennene kan derfor distansere seg fra det de selv ikke trenger å vite noe om.

Konsultasjonsårsaker fra et helsesenter i Oslo (Malterud, 1981), viser et lignende mønster m.h.t. kjønnsforskjeller. Menn søkte lege mest for sykdommer i :

1) Muskel/skjelett, 2) Hjerte/kar, 3) Fordøyelsesproblemer (nummerert etter pst.vis fordeling av legesøkning).

Kvinnene, derimot, viser et annet bilde, med sykdommer i :

1) Urinveier/kjønnsorganer, 2) Psykiatri, 3) "Ubestemte plager" (vanskelig å plassere og diagnostisere innenfor kroppsdel eller medisinsk spesialitet). Mens menns sykdom er lett å plassere, har den 3. største gruppen hos kvinner ingen fast diagnose.

I tillegg sier denne undersøkelsen at kvinner presenterer symptomene anderledes enn menn. Mens menn hadde et veldefinert sykdomsbilde og mer uttrykte ønsker i forhold til legen, var kvinnene mer usikre og presenterte sine symptomer på en mer uryddig måte.

Menn i Nordfjord ser ut til å ha lignende symptomerfaringer som menn i hennes utvalg hadde, dvs. klare, smertefulle lidelser. Og kvinnene ser ut til i tråd med hennes funn å ha "videre" symptomerfaring med mer sammensatte symptomer. Det som i denne sammenheng er vanskelig å sammenligne, er hennes funn om at psykiatri utgjør den nest største gruppen av årsaker til å søke lege. Tidligere i denne oppgaven har data vist at psykiatri lett blir definert som "personlige problemer" (jfr. Mechanic, 1978). Slike problemer blir ikke regnet som sykdom, og er derfor ikke gjenstand for legesøkning. Men dette er hva folk sier, og ikke de problemene som eventuelt presenteres for legen. Og en begrensning i min undersøkelse er at jeg verken har kvalifikasjoner eller metodiske muligheter til å kontrollere for psykiatriske problemer.

Men på den annen side ser det ut til at hvis mentale problemer skal bli innebefattet under legesøkningsårsaker, må de gi seg sterke fysiske utslag for å kunne regnes som sykdom. Jeg reg-

ner derfor med at det vil være vanskelig for folk i Nordfjord å søke hjelp, selv om de kanskje trenger det, fordi samfunnet ikke aksepterer en slik løsning. Til tross for at jeg heller ikke har data på i hvor stor grad mentale lidelser er gjenstand for stigmatisering (Goffman, 1963) i dette samfunnet, finner jeg, av grunnene nevnt foran, det lite trolig at psykiatiske problemer er en så stor legesøkningsårsak som tilfellet er i Malteruds materiale.

Rollesegresjon.

Vi ser at ulik symptomferfaring har sammenheng med at kvinner og menn har ulik liverfaring. En del av denne erfaringsulikheten kan forklares biologisk, Menn og kvinner er skapt ulikt, og det er kvinner som føder barn, f.eks. Men noe som ser ut til å ha større innflytelse, er at kvinner og menn i dette samfunnet har svært ulik måte å leve på, og av den grunn får helt ulik erfaring.

Rollesegresjonen blir av Bott (1971) sett i sammenheng med nettverk. Hun fant at familier med nettverk basert på slekt, hadde mer segregerte roller mellom ektefellene. Denne type nettverk fant hun i familier som hadde bodd i samme nabolag hele livet, og som oftest var medlem av arbeiderklassen. I likhet med meg fant hun også at det var kvinnene som var bærere av, og sørget for opprettholdelse av nettverket. Jenter som vokser opp i et slikt tett nettverk, forlater det ofte i en periode i ungdomstiden, for så å vende tilbake når de gifter seg og får barn. Når ei ung kvinne får barn, vender hun seg mer og mer til sin egen mor, eventuelt svigermor for sosial omgang. Hvem som ble foretrukket av disse to, var avhengig av hvem som bodde i nærheten. Bodde begge like nær, ble moren og hennes slektsninger foretrukket. Til tross for at Botts beskrivelse ikke er fra ei utkantbygd, men heller ulike typer nabolag i og utenfor en storby, ser vi at denne har svært mye til felles med Nordfjord. Bott har ikke samlet eksakte data om hvor tett et slikt nettverk er, men det blir beskrevet som svært nært og intimt. Men slik hun beskriver

nettverket, virker det også som forholdet mellom mann og kone er mer fortrolig enn det jeg observerte i Nordfjord, og slik folk der beskrev det til meg.

Bott har heller ikke undersøkt hvilken hjelp kvinnene har av nettverket til rådføring i forbindelse med medisinske spørsmål, og konsekvenser av en slik rådføring. Men det ser ut til at det er ganske vanlig at folk snakker med hverandre om symptomer. Suchmans (1965) studie fra Washington Heights, New York, viser at ca. 3/4 av alle hans respondenter som hadde opplevd en alvorlig sykdom, diskuterte sine symptomer med andre før de søkte lege. Og den syke ser ut til å følge det rådet som gis : "Even more important, most individuals appear to need the support and reassurance of others in their family before they can recognize and accept illness, relinquish their social responsibilities, and seek medical care". (s.20). Suchman sier at den som vanligvis blir rådført er ektefelle.

En undersøkelse fra et arbeiderklassestrøk i London, (Willmott & Young, 1957), viser en lignende orientering som det Bott beskriver om nettverk og kjønnssegresjon. De finner at mødre ofte, "ønsker" at døtrene skal gifte seg og få barn ganske unge, for at de skal bli en del av kvinnes nettverk. Både skolegang og jobbing for ei ung jente gjorde at jenta ble en del av mennenes verden, og dermed borte fra moren. Med en gang datteren fikk barn, gikk hun tilbake til kvinneverdenen og til moren. Forholdet mellom dem ble igjen styrket, og moren fikk en viktig plass i datterens liv igjen.

Et slikt nettverk ble av både Bott Og Willmott/Young sett på som en "fornuftig" tilpasning. Den unge moren får hjelp til barnepass og ofte også husarbeid. Moren får en lærerfunksjon ovenfor datteren, og har dermed en nyttig oppgave selv om hennes rolle som mor og husmor er blitt mye forandret etter at hennes egne barn er blitt voksne og forlatt heimen.

I disse undersøkelsene finner jeg, til tross for ulike miljø et viktig fellestrekk med Nordfjord, nemlig bosetning basert på familietilhørighet. Så hvis jeg skal legge resultatene fra disse undersøkelsene til grunn, blir nok den store segresjonen

i roller i Nordfjord først og fremst vedlikeholdt fordi nettverket er basert på slekt, og at isolasjonen og størrelse av bygda ikke er så viktig for å forklare den store rollesegregasjonen.* Denne rollefordelingen, med kvinnen ansvarlig for hus og heim og mannen ansvarlig for familiens økonomi, har ført til at ansvar for helse og sykdom i familien blir definerert inn under kvinnens arbeidsområde. Slik nettverket er bygd opp, har det utviklet seg en egen kunnskap som overføres mellom kvinnene.

I dette samfunnet kan mannen fortsette å være tøff og ikke "bry seg med" verken helsa eller legen, fordi det ikke er hans ansvar verken å ta avgjørelser eller å kontakte legen. Mennene kan også fortsette å være uvitende og tøffe fordi de veit at de kan spørre kona om råd når det er noe som feiler dem. Data viser også at de i stor grad overlater til kona å ta avgjørelser, til og med når det er noe som feiler dem selv. Og de kan også vise en aggressiv holdning til legene og kritisere dem, for det er lite sannsynlig at de selv vil få så mye med legen å gjøre. Unntaket er selvsagt hvis de selv skulle bli syk - søker de lege da, kan de kamuflere seg bak at det ikke var de som ville til lege, men at kona tvang dem til det.

Kvinnene på sin side har mye oftere kontakt med lege siden det er de som formidler kontakt mellom lege og familien. Deres mer forståelsesfulle holdning er nok et resultat av at de har mer kontakt med legen. De kjenner også derfor mer til legens arbeidsområde, både fordi de har mer kontakt med legen, og fordi de selv må ta avgjørelser i familien. Av denne grunn har de kanskje også større forståelse for at det ikke er alltid like lett for legen å gi sikre og bestemte svar som er enten/eller.

* I denne forbindelse er det viktig å huske på at en sluttunderliggende premisse for dette samfunnets organisering, er at kvinnene ikke kan "velge" om de vil være husmødre eller lønnsarbeidere. Det finnes omtrent ikke arbeidsplasser for kvinner i dette distriktet, slik at de egentlig ikke har noe reelt valg hvis de vil fortsette å bo der.

At de er mer i kontakt med legen, både for andres og egne problemer, forklarer også hvorfor kvinnene er mer opptatt av og interessert i hva som sies om legene, og holder seg orientert om når det er kommet ny lege. I tillegg vet kvinnene at det er deres jobb å kontakte lege, og det nytter ikke å være aggressiv og ha ei negativ innstilling til en som en må samarbeide med - en representant for legestanden, som en i tillegg har stor respekt for.

Mennenes skepsis til legene avspeiler vel også deres fjerne forhold til dem, og at det er kvinnene som samarbeider med legen. Skillet mellom dem avspeiler altså i høy grad ulik hyppighet i kontakt med lege, og derav hvem den ustabile legedekningen oppleves som et problem for.

Ulikheter i kunnskap om sykdom.

Når vi ser på kvinnes måte å skaffe seg kunnskap gjennom nettverket, kommer vi også til større forståelse for hvorfor kvinnes kategoriseringer av symptomer er mer presise enn mennenes. Min tidligere diskusjon av deres kategorier kom til at kvinnes nærhet til problemet har ført til mer presise kategoriseringer. I forhold til mennene blir kategoriene viktige. Skal de prøve å få hjelp til å finne ut hva symptomene kan være uttrykk for, og stole på det, må formidling av symptomene være så nyansert som mulig. Dette for at de andre kvinnene skal kunne ta stilling til sykdommen på et så godt grunnlag som mulig. Og når nettverket skal rådføres om problemer som ikke bare angår den som søker råd, men også kan gjelde andre i hennes familie, er det viktig å være presis. Dette må nok sees i sammenheng med deres snevre definisjon av hva som kvalifiserer til legesøking, og at alt de definerer som ikke-sykdom blir løst i lokalmiljøet.

Kategoriseringen blir derfor også viktig for dem, fordi det gir dem båsere å putte symptomer en bør søke lege for, og symptomer som ikke "trenger" legehjelp. Til tross for at de selv meinte at de også visste når de skulle søke lege, så viser data at dette bare gjelder visse symptomer. Andre

ganger igjen er legesøkning resultat av samarbeid mellom kvinnene i bygda, og det de "visste" her var det andre kvinner fortalte dem. De ulike kategoriene fungerte som en retningslinje for hvor mye hensyn en skulle ta til symptomene, hvordan en skulle tolke dem, og hvordan en skulle vurdere diagnosen.

Vi ser derfor at det er viktig for kvinnene å kunne operere med flere kategorier som er felles for alle kvinnene i bygda, fordi det hjelper til med å stille "foreløpig diagnose", dvs. hva som trenger legehjelp og hva som kan "vente", og eventuelt bruke reseptfrie medikamenter på.

Har de så bruk for disse kategoriene i forhold til legen ? Bernstein (1972) har vist at måten folk formidler seg på har sammenheng med deres klassesetilhørighet. Middelkassens formidlingskode er det han kaller "elaborated" (jeg velger i denne sammenheng å oversette dem med "utarbeidet"), er mer klar og presis, mens arbeiderklassen viser mer "restricted" (dvs. begrenset) formidling. De bruker mer generelle vendinger som kun har betydning innenfor sin egen klasse. Overgangen mellom disse to måter å formidle seg på har sammenheng med ens posisjon innenfor klassen. Dette betyr at innenfor arbeiderklassen f.eks. vil de som er "høyest oppe" og dermed nærmest middelklassen, ha større likhet med middelklassen i måte å formidle seg på.

Nyere undersøkelser som den norske "Maktundersøkelsen" viser at i tillegg til primærsosialiseringen er profesjonell identifisering viktig (Lægreid/Olsen, 1978). Og når det gjelder profesjonens verdier, har de mer overenstemmelse med middel- og overklasseverdier. Dette betyr at om en lege med foreldre som tilhører arbeiderklassen f.eks. kommer til Nordfjord, vil hans identifisering også være preget av sin profesjon, og det betyr i retning av middelklassens verdier. Men dette er det mindre sjanser for, i og med at leger i likhet med andre akademikere hovedsakelig rekrutteres fra middel- og overklassen.

En lege som kommer til dette distriktet, har som oftest begrenset botid i Sentrum (gjennomsnittlig 1 og 1/2 år), før de flytter til et annet sted. Dette betyr at de er for kort tid på stedet til å bli nok kjent med innbyggerne og å "forstå" og "tolke" deres måte å formidle seg på. Den kunnskapen kvinnene i Nordfjord har om helse og sykdom, er heller ikke helt i overenstemmelse med medisinsens kunnskap. Av dette kan vi ane muligheter for konflikt mellom lege og pasient, med deres ulike formidlingskoder og kunnskap som årsak. Det ser derfor ikke ut til at deres ulike kategorier hjelper dem så mye i forhold til legene, av den grunn at de ikke snakker samme "språk" som legene.

Hva så med mennene? Det ser ut til at mennene i Nordfjord har klarere problemformulering og sykdomsdefinisjon enn kvinnene, men dermed vil jeg ikke si at deres formidlingsmåte er mer i overenstemmelse med middelklassens. Hvis så var tilfelle, vil det bety at mennenes måte å være på, var mer "riktig" sett med legens øyne - dvs. mer i overenstemmelse med "medisinsens syn". Hvis vi antar at legene har en "videre" sykdomsdefinisjon som innebefatter flere lidelser enn befolkningen i Nordfjord, vil menn ha en enda snevrere sykdomsdefinisjon og være mer i uoverenstemmelse med legens. Derimot ser det heller ut til at de symptomene som de presenterer til legen kanskje er klarere, fordi de inkluderer bare visse type lidelser.

Det er kvinnene som sitter inne med mest viten om sykdom. Kvinnene er også mest ivrig etter å få mer viten. Menns en-tydige smerteopptatthet kan nok også delvis bunne i at hans viten om sykdom er så liten at han ikke kan sortere ut andre typer symptomer, og av den grunn velger å se bort fra dem. Og mennene er nok dårligst til å sortere ut andre symptomer, både fordi de har hatt mest smerterfaring, og fordi de har minst kunnskap om andre symptomer.

Kvinnenes definisjon av sykdom viser en tendens til å inkludere andre symptomer enn smerte, og de tar flere ting til vurdering når det gjelder å stille diagnose. Deres håndtering av barne-sykdommer viser at de er mer bekymret for sykdomsutviklingen,

enn hvor store smerter barnet sier det har. Kvinnene viser også at de kan samle viten om andre sykdommer enn dem de selv har vært i kontakt med. Deres holdning til kreftprøven viser at de har ressurser til å omsette kunnskap til handling. Hvis vi sammenligner dette med deres holdning til bruk av lege generelt, og i forhold til andre typer forebyggende kontroller, og den skepsisen de utviser her,* ser vi at deres interesse for kreftprøven er litt spesiell. Ser vi nærmere på hva denne prøven er, blir det litt mer forståelig. Til tross for at den utføres på underlivet, synes de det er en enkel prøve, som med ganske stor nøyaktighet kan si om kvinnen har kreft eller ikke- og blir oppfattet som et enten/eller. Dette passer godt overens med deres syn på medisinen forøvrig. Legen kan her gi et klart, entydig svar, og derfor er det et tiltak det er lett å forstå effekten av. Kvinnene er interessert i opplysning om helse og sykdom, og ser nytteverdien av dette tiltaket.

I tillegg har Husmorlaget, som flere av kvinnene i bygda er medlem av, tatt initiativ til å få tatt slik prøve av sine medlemmer. Bjørgum (1970) sier at kvinner som lever i et samfunn der flere av omgangskretsen vil delta i masseundersøkelse; mottar informasjon om undersøkelsen fra de andre og vil lettere delta selv. Selv om Husmorlagets initiativ ikke direkte er masseundersøkelse i Bjørgums betydning, kan jeg overføre hans teorier til min undersøkelse; og se at det er sannsynlig at når så mange i Husmorlaget er interessert i dette tiltaket, vil

* Deres forhold til forebyggende kontroller generelt, ser også ut til å representere et dilemma. Jeg synes imidlertid at mine data er for mangelfulle til å gjøre noe mer ut av det enn å nevne det her. Folk i Nordfjord viser seg altså å være skeptiske til forebyggende kontroller, og setter spørsmålstejn ved nytteverdien av slike undersøkelser. Dette er i overensstemmelse med deres holdning til bruk av lege generelt, og som er preget av at de ikke skal søke lege "unødig" og at en må være syk for å søke lege. På den annen side viser det seg at de stoler på legene og har tillit til det de gjør, og bøyer seg for det legen meiner er riktig å gjøre. Et mulig "dilemma" vil bli satt på spissen i et tenkt tilfelle der legen innkaller folk til forebyggende kontroller, som de i utgangspunktet er skeptiske til.

også kvinnene i Nordfjord få interesse for og snakke om disse tingene, og vil selv også derfor lettere delta. Av denne grunn ønsker de kanskje også innkalling til å få foretatt slik undersøkelse, og det blir del av det Kornhauser (1965) kaller masseatferd. Og kanskje det i dette samfunnet er spesielt viktig å få en innkalling som legitimasjon til å få tatt denne prøven, fordi det bryter med deres holdninger til bruk av lege til andre ting.

Kvinnenes opptatthet av gynekologi kan også forklare forskjellen mellom eldre og yngre kvinner i mitt utvalg m.h.t. bruk av andre som hjelp til å diagnostisere egne sykdommer. De yngre ga her inntrykk av å stole mer på seg selv enn de eldre gjorde. Slike data er nok heller et uttrykk for at yngre kvinner opplever færre og derfor mindre sammensatte symptomer og problemer enn det som er tilfelle med de eldre. Gynekologi viser at når det er noe som angår dem selv, bruker også de yngre kvinnene nettverket for å få informasjon og råd, og slår seg sammen med de andre kvinnene for å "gjøre noe". Barns sykdom er eksempel på det samme, at de også bruker nettverket i like stor grad som de andre kvinnene når de synes de trenger det.

Ulikheter i å skaffe seg kunnskap.

Hvis vi sammenligner menn og kvinner i forhold til det å ta vare på og skaffe seg viten om egen helse, ser vi at de har ulike muligheter i et slikt samfunn som denne bygda er. Kvinnene bruker mer opplysningskilder som radio, TV og ukeblader. At kvinner skaffer seg slik viten ser ut til å være i overenstemmelse med deres kvinneverk, og de har derfor større "adgang" til disse kildene enn menn. De har også oftere kontakt med representanter for helsevesenet - og de har også her en mulighet til å skaffe seg informasjon hvis det er noe de ønsker å vite. Denne siste muligheten ser ut til å være ganske hypotetisk når vi ser det i sammenheng med deres forventninger til legen.

Men alt dette er kilder som også mannen har adgang til. Han leser også aviser, ser på TV, så det skulle være mulig for

mannen å skaffe seg adgang til disse kildene, noe det viser seg at mannen også gjør. Men han "bryr seg ikke om" å bruke disse mulighetene i like stor grad som kvinnene.

Men det finnes en annen kanal for informasjon og rådføring som mannen ikke har adgang til, nemlig kommunikasjonen som foregår mellom kvinnene i bygda.* Data viser at denne kanalen er flittig benyttet, og at dette er en viktig kilde til informasjon. Denne kanalen ser også ut til å være med på å bestemme videre aksjon når et symptom dukker opp. Kvinnene i bygda møtes ofte, de snakker om og utveksler "informasjon" om sykdom. Felles for dem alle er at de er opptatt av helse og sykdom også fordi det er en av husmorens arbeidsoppgaver å "diagnostisere" sykdom, søke lege for, og pleie familiemedlemmer. Mennene mangler denne "naturlige" årsaksmulighet til å snakke om sykdom, og de mister dermed denne muligheten til å få opplysning. At slik informasjon og rådgivning blir utvekslet mellom flere generasjoner, gjør også erfaring til et viktig moment i vurdering om hva diagnosen er og hvilken aksjon som ser ut til å være den mest fornuftige. For kvinnene som er vant til å ta avgjørelser, både for seg selv og for resten av familien, er det kanskje ekstra viktig å ha andre å støtte seg til, og dele avgjørelsen med. At kvinner som er fortrolig med hverandre i slike sammenhenger, også står hverandre nær når det gjelder andre områder av livet, gjør nok at det også her hersker stor åpenhet mellom dem. F.eks. når det gjelder barn, vil nok en bestemor eller tante, eller forsåvidt en annen som kjenner barnet godt, være like nervøs og engstelig for at det skal være noe alvorlig i veien. Dette vil nok bety at den råd moren mottar i slike situasjoner er bestemt av følelsesmessig tilknytning til barnet, og er resultat av omsorg og interesse for barnet.

Kvinner har også "lov" til å snakke om sykdom reint generelt, til tross for at mennene og spesielt yngre kvinner tar avstand

* Noe tilsvarende kunne være kommunikasjon mellom mennene på arbeidsplassen, men mine data tyder på at mennene seg imellom ikke snakker om problemer i forbindelse med sykdom og symptomer, men om andre ting.

fra slikt prat. Men mine data viser også at de som for det meste er bærere av slik "sladder", er litt eldre kvinner som er litt ensomme. Kanskje det ikke bare er rein lyst til å prate som driver disse kvinnene, men at "sladderet" er en kompensasjon for manglende intim kontakt og rådgivning fra andre kvinner. Å snakke om sykdom kan også være en fordekt mulighet til å presentere egne symptomer. Ved å snakke om disse symptomene, kan de både få informasjon og råd fra andre kvinner, uten at den de snakker ~~med~~ trenger å være klar over det.

Den intime kontakten som rådføring ofte forutsetter, trenger derfor ikke å være til stede. I mine data har jeg ikke belegg på at det er slik, men når vi vurderer disse kvinnens situasjon og ser på hvor viktig kontakten kvinnene imellom er i dette samfunnet, er dette en mulig forklaring på disse kvinnens snakk. Også kvinnens vurdering av den lave verdien av å betro seg til ektemannen støtter opp om en slik forklaring.

En slik tolkning av hvorfor disse kvinnene snakker, er helt på linje med Paines (1967) analyse av sladder. Han sier at prat er en form for uformell kommunikasjon, og sladderet er et middel som individet bruker for å fremme egne interesser. Hensikten med slikt prat er alltid å få informasjon selv, selv om en ofte må gi mer enn en mottar. En "flink" sladrer er en som behersker kunsten å gi informasjon som ikke koster han så meget, og få den informasjonen en selv trenger. I sammenheng med disse kvinnene i Nordfjord, vil nok Paine si at for dem er sladder positivt. De bruker sladderet til å få råd og hjelp til å bestemme hva de skal gjøre.

Enslige menn vil ikke ha samme mulighet som enslige kvinner til å skaffe seg slike uformelle råd. Siden de ikke har noen kone til å "ivareta" sin helse, vil de være avskåret fra denne uformelle kontakten, både den kona står for, og den hun formidler til/fra andre kvinner. Så det som kjennetegner dette samfunnet i denne forbindelse, er at kvinnen har mange muligheter til å få råd, både når det gjelder henne selv og for resten av hennes familie, mannen innbefattet. Mannen bruker kona som rådføringskilde, og får informasjon formidlet gjennom henne. Dette betyr at kvinnen har mest viten, og det som

mannen får tilgjengelig er blitt "silt" gjennom henne. Og når data også viser at det er kvinnen som kontakter lege, så vil også kommunikasjon og informasjon legen får, i første omgang være bestemt av kvinnen.*

I denne sammenheng kan vi også se tilbake på ulikheter mellom kjønnene i forventninger til legen. Her finner vi at menn og kvinner hadde litt ulike idealer for den "gode lege". Mens menn var interessert i den formelle, korrekte lege som bare skulle stille diagnose, var spesielt de eldre kvinnene i tillegg interessert i en som var hyggelig og vennlig - men nevnte ikke dette som en hovedsak. Ser vi dette i sammenheng med Malteruds (1981) funn om at menn og kvinner presenterer symptomene ulikt, ser vi også at det er mulig at kvinnene i Nordfjord presenterer sine symptomer like rotete som kvinnene i Malteruds undersøkelse. Årsaken til dette er at kvinnene i Nordfjords symptom erfaring ikke er så "klar" som mennenes, og som sagt tidligere innebefatter ^{deres sykdomsdelinvisjon} også flere symptomer enn smerte, og de opplever andre symptomer enn menn, som resultat både av biologiske og sosiale ulikheter. Derfor kan det også være vanskeligere for dem å gi et korrekt, klart bilde av symptomene. Og det er mulig at de eldre kvinnene er mer "rote-te" enn de yngre, av den grunn at de er eldre og derfor opplever flere symptomer. Deres forventninger til legen vil nok være bestemt av dette. De ønsker andre ting av legen fordi de ikke er så sikker på hva deres symptomer er.

Sett i forhold til Malterud vil de eldre kvinnenes redsel for å "plage" legen, dvs. at han ikke vil høre godt nok etter hva som plager dem, være enda et uttrykk for at de eldre kvinnene har mer sammensatte symptomer enn andre. Derfor er det viktig for dem at legen bl.a. kjenner til hva som har feilt dem tidligere.

*
* Her kan en også lure på hva som hadde skjedd med den mannen som ikke ville søke lege for den skadede armen, om han hadde vært gift. Det er vel sannsynlig at kona hadde "tvunget" han til lege for lenge siden.

Hvorfor lavforbruk i Nordfjord.

Diskusjonen om hvorfor disse kjønnsulikheter finnes, og deres karakter, kan videreføres og settes i sammenheng med lavforbruk av legetjeneste generelt. Det første stikkordet er ROLLESEGRESJON mellom kvinner og menn. Dette, i sammenheng med SLEKTSKAP, har ført til et TETT NETTVERK MELLOM KVINNENE. Dette nettverket har laget et kvinnefelleskap som er såpass intimt at mennene blir "overflødiggjort" i denne forbindelse. Kvinnene har altså ikke "behov" for å diskutere helse og sykdom med mennene sine, fordi de bruker andre kvinner både for å få informasjon og hjelp. Det er kvinnes vurdering som legges til grunn for hva som betegnes som sykdom i dette samfunnet. Selv om mannens sykdomsdefinisjon er snevrere enn kvinnens, er det hennes som er utslagsgivende for hvilke symptomer som fører til legesøkning.* Mennene, i sine tradisjonelle roller godtar en slik rolle- og ansvarsfordeling. Denne fordelingen bare bekrefter mannens "tøffe" rolle, og mannen bekrefter sin egen maskulinitet gjennom et slikt system.

Kvinnenes omsorgsrolle, iberegnet ansvar for helse og sykdom i familien, har sammen med slektsforhold og delvis også ISOLASJON fra omverden, gitt "behov" for, og bygget opp om, og videreført en KUNNSKAP om sykdom, en "alternativ" viten som er blant kvinnene. Denne viten består i å skille ut de symptomer som lege bør søkes for, og bygger opp om en toleranse til andre symptomer, noe som fører til at lege ikke blir søkt for disse. Dette fører til lavforbruk i bygda som helhet.

Lavforbruket skyldes kort sagt at kvinnene har en kunnskap om sykdom som overføres mellom dem. Denne kunnskapen overflødiggjør i mange tilfeller bruk av lege.

* Diskusjon om ulikheter i forbruk mellom menn og kvinner, har jeg valgt å legge ved som et appendix, siden denne diskusjonen er litt på siden av diskusjonen av lavforbruk i befolkningen som helhet.

Når jeg har funnet en forklaring for hvorfor folk i Nordfjord er lavforbrukere av legetjenesten, er det på tide å gå tilbake til de arbeidene jeg nevnte i begynnelsen av oppgaven, Mechanic (1978) og Illich (1975, 1978). Disse arbeidene meinte jeg best kunne knyttes til mitt eget arbeid, fordi de fokuserer på trekk som bestemmer folks legesøkning, og gir et bredt bilde av problemet. Illich fordi han meiner folk bruker lege for mye, og Mechanic for å vise hvilke barrierer folk møter når de skal søke lege. Sett i forhold til Illich, er lavforbruk i Nordfjord bestemt av at folk ikke overlater alt til legene. I Nordfjord ser vi at legen nyter stor respekt i befolkningen, men at de er mer selvstendig i forhold til vurdering av symptomer enn det Illich beskylder moderne mennesker å være. Legens makt er begrenset i dette samfunnet, fordi folk har en egen ekspertise som ofte overflødiggjør legeforsbruk. Denne ekspertisen som finnes i befolkningen, og slik den er organisert, fører til lavere forbruk - noe som er i tråd med Illich.

Det har ikke vært min oppgave å ta stilling til hvor bra det er at folk har en egen viten. Men likevel kan jeg utifra mine data si at det ser ut til at den ekspertisen som finnes i dette samfunnet kan føre til at visse typer symptomer ikke fører til legesøkning og blir dermed skjult sykkelighet. Gitt at det også i dette samfunnet finnes psykiske lidelser, er disse et eksempel på at det er muligheter for skjult sykkelighet. Problemet er derfor at Illich argumenterer for at dette er utelukkende positivt fordi det begrenser legens makt, som han meiner er altfor stor fra før. I noen tilfeller ser det ut til at folk går med flere problemer enn nødvendig, og som det kan finnes medisinsk hjelp for.

Det er også vanskelig å si om det at folk har en viten også betyr at legens makt er mindre. Vi ser at den alternative viten i Nordfjord, ikke er et eget alternativ til medisinen. Derimot er den delvis betinget av medisinen, fordi den også består av den informasjon som legestanden gir befolkningen, i form av opplysningsprogrammer i radio/TV, i aviser og ukeblader. I tillegg stoler folk svært mye på de råd legen gir. Folks viten er derfor ikke bare et alternativ til medisinen, men eksisterer

i kraft av den. Det som er spesielt i denne bygda er at deres viten også består av andres erfaringer, og at det er tilgang på dem. På denne måten trenger de ikke å stole kun på opplysninger som stammer fra medisinske kilder.

Mechanics ulike variabler blir i denne oppgaven delvis brukt som en måte å presentere mine egne data på. I delen der jeg jobbet med å finne ut hva folk "bryr seg om", ser vi at disse variablene er viktige for å forstå hvilke symptomer folk gir oppmerksomhet. Som vi ser så er det ikke tilstrekkelig å bare forstå hvilke symptomer folk har, men også hvilken kunnskap de har om dem, noe Mechanic i sin modell for legesøkning innbefatter (variabel 6).

Han skjema ser altså ut til å være anvendelig også når det gjelder Nordfjord, det gir et godt bilde av hva folk vurderer når de skal søke lege, og han setter symptomene i sammenheng med sosiale faktorer. I min oppgave er kriterier for kunnskaps-spredning av stor viktighet for å forstå forbruk, mens Mechanic ikke tar opp dette så grundig. Totalt sett må jeg likevel si at Mechanics skjema ser ut til å være anvendelig også når det gjelder Nordfjord, og gir et ganske godt bilde av hva folk legger vekt på når lege kontaktes, og i Nordfjord.

Men det er en mangel ved både Mechanics og Illichs teorier sett i forhold til Nordfjord, og det er at de ikke fokuserer på kjønn. Det ser derfor ut til at de ikke regner kjønn som en viktig variabel, og derfor er ikke kjønn aktuelt i denne sammenheng. Men min undersøkelse viser derimot at for å komme til forståelse for forbruk i denne bygda, må en se på de kjønnsulikhetene som finnes mellom menn og kvinner i bygda. Derfor fører deres manglende kjønnsfokusering til at deres teorier ikke er fullgode for å forklare forbruk i Nordfjord.

Gyldighetsområde for mine funn :

De faktorene som har vært med på å bygge opp om denne forklaringen for lavforbruk er disse :

- Menn og kvinner i sine tradisjonelle roller, kvinnen har ansvar for hus og heim og mannen går i et typisk "mannfolkyrke",
- Bosetning basert på familietilhørighet.
- Samfunnet er så pass lite at det er oversiktlig.
- Samfunnet er delvis isolert geografisk.

Antagelig vil de to siste momentene ikke være så viktig som de to første. Dette fordi at det først og fremst er rollesegrasjon og slektskap som fører til det tette nettverket som er premis for overføring av kunnskap om sykdom. I et samfunn der disse kriteriene er oppfylt er det naturlig å tro at en finner en slik tilpasning til helsevesenet.

Denne bygda vil det være naturlig å sammenligne med andre nordnorske kystsamfunn. Hvis vi ser på litteraturen som finnes om slike samfunn, f.eks. Gerrard (1975), Brox (1964), eller Anderssen et.al. (1979) finner en disse trekkene. Mønster for bosetning og sysselsetting er svært lik denne bygda. Bosetning er basert på tilhørighet, kvinnene har ansvar for hus og heim, og mennene er fiskere eller i andre yrker som ofte også krever lengere fravær fra heimen. Det blir også beskrevet vanskelige kommunikasjonsforhold i forhold til omverdenen, som også blir vanskeliggjort av ustabile værforhold. Og i tillegg er problemet med stabilitet med legedekningen i kystkommunene i Nord-Norge et velkjent problem, selv om dette ikke er gjort til et stort poeng i de kildene jeg her har referert.

Nordfjord er derfor ikke spesiell når det gjelder disse trekkene, men ser ut til å være representativ for mange kystsamfunn i Nord-Norge.

Appendix

"Mysteriet" innenfor medisinsk sosiologi.

I NORDfjord ser vi at kvinnene er høyere forbrukere av legetjenesten enn menn. Kvinnenens forbruk er på 1.3 pr. år, mens mennenes er på 0.9. Et av de aktuelle diskusjonsemner innenfor medisinsk sosiologi er nettopp dette, hvorfor er kvinner høyere forbrukere enn menn? Oversikter over legef়orbruk pr. år viser både for dette landet og andre land at innenfor alle grupper av folket er kvinner høyere forbrukere av legetjenesten enn menn (Helseundersøkelsen 1975, Kalimo 1969, Nathanson 1975, Verbugge 1977, Gove/Hughes 1979, bare for å nevne noen).

Alder og kjønn sett i sammenheng, viser at den største ulikheten får sin forklaring når konsultasjonsårsak blir spesifisert, der en stor del av kvinners legef়orbruk i denne aldergruppen er i forbindelse med svangerskap og fødsel (Telje 1974, Øgar 1977, Fugelli 1978, Cleary et.al. 1982).

Men selv når slike konsultasjonsårsaker er utelatt, viser likevel kvinner større forbruk enn menn (Fugelli 1978). Dette blir et paradoks når vi ser disse statistikkene i forhold til sykdomsstatistikker og dødsstatistikker: Menn, som bruker helsevesenet minst, er de som har flest livstruende sykdommer og også lavest forventet levealder (Verbugge 1977, Gove/Hughes 1979).

I følge Gove/Hughes (1979) er diskusjonen sentrert omkring tre hypoteser:

- 1) Tesen om at kvinner har større muligheter til å akseptere at de er syke og søke hjelp for det. Denne hypotesen impliserer at den høyere sykdomsraten hos kvinner ikke reflekterer "virkelige" sykdommer, men at kvinner har lavere toleranse til symptomer enn menn. Forskere som meiner at denne forklaringen har noe for seg, er f.eks. Mechanic (1965), og Verbugge (1977).

Med bakgrunn i mine data om rolle-forpliktelse, ser det tilsynelatende ut til at det er lettere for kvinner enn menn

i Nordfjord å søke lege. Siden bosted er valgt etter tilhørighet, vil selv kvinner med små barn ha større frihet, fordi det alltid er en mor/søster/svigersøster som kan ta seg av barna, slik at de ikke er noe hinder for moren til å ta fri og dra til lege.

Men samtidig ser vi at kvinners arbeid i denne bygda er svært omfattende, så det er vel tvilsomt at det er lett bare å forlate dette arbeidet for å søke lege. Og det er vel også en grov nedvurdering av kvinnens innsats i den ulønnede produksjonen å si at det er lett for dem å forlate arbeidet sitt, slik som bl.a. Mechanic (1976) hevder. Vi ser at familien som økonomisk enhet er avhengig av kvinnens innsats, bl.a. at hun sparer penger ved å bruke mer råvarer og sørger for driften av småbruket. Dette sett i sammenheng med bygdas klare rollesegresjon, gjør at kvinnens arbeid i heimen ikke automatisk kan overtes av mannen, hvis ikke kona selv kan gjøre det. Mine data sier ikke noe om at en mann vil overta konas plikter i tilfelle av sykdom, men med så store rolleulikheter, er det vel heller tvilsomt. I tillegg er det mye av konas arbeid som krever opplæring, noe som fører til at selv om mannen kunne ønske det, så er han ikke i stand til å utføre mye av hennes arbeid. Og for en mann i den tradisjonelle mansrollen må det vel også være vanskelig å overta kvinnelige sysler, fordi de har så pass klare begrep for hva det "passer seg" for en mann å gjøre.

Om Slik situasjonen er i denne bygda er det ikke lett for kvinnene å komme seg til lege. Det er mennene som daglig reiser inn til Sentrum, det er de som har sertifikat og bil med på jobben. Siden kollektive transportmidler er så dårlig utbygd, er kvinnene lite mobile. For det er kvinnene som først og fremst er avhengige av å bruke kollektive transportmidler. Og som data viser er det mange som ikke liker å bruke hele dagen bare for å søke lege, i tillegg til at det for mange eldre er slitsomt med reising og venting. Hvis vi samtidig ser at det er kun ved deres definisjon av sykdom de søker lege, er det ekstra vanskelig å be-

nytte dette tilbudet for å komme til lege. Mennene har i tillegg et arbeid, noe som for de som arbeider på bedriften burde gi adgang til bedriftslege, i allefall en gang iblant.

Men menns muligheter til å komme til lege er også begrenset. til tross for at de benytter bil og av den grunn er mer mobile enn kvinnene. En stor del av mennene jobber i Sentrum hele dagen, og burde derfor ha anledning til å komme til lege. Men på den annen side så er mennene bundet av sin arbeidstid, som som oftest mer eller mindre følger legens arbeidstid. Jeg finner det også vanskelig å tro at disse mennene søker seg fri fra arbeid "bare" for å gå til lege. Siden de ikke anerkjenner bruk av lege til andre ting enn tilstander som er slik at en ikke klarer å gå på arbeid, elimineres også delvis denne muligheten. Langt mindre finner jeg det rimelig at de f.eks. søker seg fri fra arbeid for å kjøre deres koner til legen. Dette harmonerer dårlig med deres vurdering av sitt arbeid og deres forhold til å søke lege.

For fiskerne er det enda større problemer - når de har arbeidssesong er deres arbeidstid overhodet ikke i samsvar med legens, slik at de ikke vil ha muligheter for å søke lege i kontortiden.*

Uti fra dette kan vi si at hverken menn eller kvinner i denne bygda har lett adgang til legen. Men som vi også ser så er kvinnes sykdomsdefinisjon mer omfattende enn mennenes. Dette betyr at de har flere symptomer de vil kalle sykdom enn mennene. Men deres mer "utvidede" sykdomsdefinisjon ser ut til først og fremst å ha sammenheng med symptomer barn opplever, det er av denne grunn vanskelig å si hvor mye det vil gi seg utslag i forbindelse med legesøkning, sammenlignet med mennene.

* Fugelli (1978) har også skrevet nærmere om fiskernes problemer i forbindelse med legesøkning.

Det vi kan si er at for kvinnene er det enklere å slippe fra selve arbeidet, de har større frihet til å organisere sin egen dag, og i tillegg er det andre som kan passe ungene når det er behov for det. Men faktorer som avstand, dårlige kommunikasjonsmidler, kombinert med kjønnsrolleforventninger vanskeliggjør deres muligheter til å søke lege og også å ta på seg sykerolla. Dette er ting som Mechanic og andre har sett bort i fra når de har prøvd å finne støtte for denne hypotesen, men de har i stedet forenklet og undervurdert viktigheten av kvinners innsats i heimen.

2) Kvinnerollen er mer i overenstemmelse med sykerollen.

Det er altså mer sosialt akseptert å være i sykerollen for kvinner enn det er for menn, og derfor er det også lettere for kvinner å gå inn i denne rollen. Og sykerollen er mer lik kvinnerollen enn det er tilfelle for mansrollen. Arbeid som syner at dette er en rimelig forklaring er f.eks. Mechanic (1976).

Slik folk i bygda beskrev hva det vil si å være "ordentlig" syk, vil sykerolla være preget av passivitet og avhengighet og hjelp fra andre. Til tross for at mine data på dette punktet er ufullstendige, vil jeg likevel se den i sammenheng med andre studier av denne rolla. Sammenligner vi den med Parsons (1951) sykerolle, så er den ganske lik hans oppsummering over forventninger til en pasient. Hans oversikt er mer presis og omfatter flere aspekter enn det som er tilfelle for folk i Nordfjord. Men hvis vi samler data over hva folk sa om sykdom, ser vi at hans hovedpunkter er i samsvar med folk i Nordfjord : En som er syk i dette samfunnet forventes å søkelege, det er ingen vits i å søke lege hvis en ikke stoler på de råd han gir, at en ser til å ligge stille og se til å bli frisk igjen, og at andre må ha omsorg for den som er syk. Og Freidsons (1970) kritikk av Parsons sykerolle at den bare tar for seg akutte tilstander med tidsavgrenset legitimitet, ser ut til å stemme godt overens med deres "ordentlig" sykdom, og vil derfor oftest føre folk i Nordfjord til lege.

Hvis vi tar utgangspunkt i sykerolla, er kvinnerolla i Nordfjord mer lik denne rolla enn tilfelle er for mansrolla ? Som vi så av min drøfting av den første hypotesen, så har ikke kvinnene så mye "tid" til å være syk. Deres arbeid er omfattende og deres kvinnerolle er ikke synonymt med hjelpeløshet. Kvinnerolla er ei selvstendig rolle, kvinna har faste rolleforventninger som hun må oppfylle, og som også medfører ansvar.

Noe som har medvirket til det, er at veien er av ny dato, og bare for noen år tilbake var denne bygda et reint kvinnesamfunn i uka. For at dette samfunnet skulle ha kunne fungert, kan vel ikke kvinnene sittet og ventet til at mennene skulle komme heim i helgene og ordne ting, og av denne grunn har vel kvinnene gjort ting som vanligvis defineres under mannens arbeidsområde. I tillegg medfører kvinnerolla ansvar, for familien, både m.h.t. sykdom og omsorg ellers. De har også ansvar for andre ting som f.eks. småbruket og hagen. (derfor er denne kvinnerolla ei rolle som medfører både selvstendighet og ansvar). Kvinnene har, som vi også har sett, måttet tro på at de gjorde det riktige. Utenom kvinnene i dette lokalsamfunnet har de ikke så mange muligheter til å søke hjelp. Så at kvinnerolla er lik pasientrolla ser ikke ut til å stemme overens med dette samfunnet.

Men som Marcus Seeman (1981) påpeker, har nok kvinnen også i dette samfunnet større muligheter til å arbeide med redusert aktivitet. Til tross for at hun har mange rolleforventninger å oppfylle, er hun sin egen "sjef" og kan nok til en viss grad bestemme tempoet selv - så lenge hun oppfyller de krav som settes til henne. I motsetning til en mann som arbeider på bedriften, har hun større muligheter til å bestemme sin egen dag. Hvis hun en dag ikke skulle føle seg helt frisk, kan hun sikkert redusere tempoet og utsette noen oppgaver til f.eks. dagen etter - noe en mann på bedriften sjelden har muligheter til. Det ser derfor ut til at hun har større muligheter til å være "svekket" enn det mannen har. Men dette er, som data viser, ikke tilstander som gjør at kvinnen

søker lege, og forklarer derfor ikke hvorfor kvinner søker lege oftere enn menn også i dette samfunnet.

3) Kvinner er sykere enn menn.

Denne hypotesen sier at kvinner går mer til lege enn menn, fordi de har større forekomst av "milde" sykdommer (Gove/Hughes, 1979).

Denne tesen er det vanskelig å si noe eksakt om. Men på bakgrunn av kvinners sykdomsdefinisjon, der milde lidelser ikke er inkludert, og dermed ikke skulle føre til legesøkning, finner jeg det rimelig at dette ikke er en god forklaring på hvorfor kvinner søker lege oftere enn menn.

Denne forklaringen kan nok ha sammenheng med at kvinner bruker flere kategorier i beskrivelsen av tilstander som ikke de regner som sykdom. At alle disse kategoriene i tillegg til å skille og registrere sykdomsutvikling, kan ha sammenheng med at kvinner har flere "småplager" enn menn, er oftere "puskat", og derav har behov for å finne en bås, er en mulighet. Men dette er som sagt tilstander som faller utenfor offentlige oversikter over legeforbruk i et slikt samfunn. Gove/Hughes (1979) som setter likhetstegn mellom fysisk og psykisk helse, at kvinner har dårlig psykisk helse, noe som fører til dårlig fysisk helse, er det vanskelig for meg å ta standpunkt til. Men slik de presenterer det, så gjelder det milde fysiske sykdommer - og vil av denne grunn ikke høre inn under sykdom, og dermed legesøkning. Kvinnenes toleranse til symptomer vil derfor mest sannsynlig føre til at såkalte "milde" lidelser mest sannsynlig vil høre inn under betegnelsen "ikke sykdom".

Gove/Hughes har heller ikke presisert hva de legger i "milde" lidelser, men i deres arbeider ser "milde" lidelser ikke ut til å være alvorlige og med kjent utgang - og dermed er de ikke innebefattet i det folk i denne bygda mener kvalifiserer til legebesøk.

Som vi ser, fokuserer alle tre hypotesene på trekk ved kvinne-
rolla. Selv om Nordfjord er et tradisjonelt samfunn i forhold

til rollefordeling, fokuserer disse hypoteser på trekk som ikke er fremtredende i dette samfunnet. De fokuserer på stereotypier for hvordan kvinner er (hypotese 1 og 2), og den tredje forutsetter en terskel for legeforsøk som er lavere enn i dette samfunnet. Hvor mye hver av dem kan forklare kjønnsulikheter i legesøking, er vanskelig å si. De kan nok til en viss grad være med på å forklare noe (f.eks. at kvinners mer omfattende sykdomsdefinisjon gjør at de for noen lidelser kan komme tiddligere til lege enn menn). Men felles for alle tre er at de ikke gir noe godt bilde av legesøking i denne bygda, fordi de fokuserer på trekk som ikke er fremtredende hos kvinnene der.

Derimot viser min diskusjon av disse hypotesene at både menn og kvinner er selvstendige, de har et arbeid de føler ansvar for, og at de derfor ikke kan legge seg syk når de har lyst til det. Jeg må derfor gå tilbake til mine data for å vurdere deres legesøking, og bruke denne debatten som den er, sett i sammenheng med folk i Nordfjord, bare en avlivning av myter som har liten relevans for dette samfunnet.

Diskusjonsdelen av min oppgave, om ulikheter mellom kvinner og menn i forhold til helse og sykdom, viser at sykdom i familien er kvinners ansvar. Det ser også ut til at mannen er omfattet av dette, for mannen overlater ofte til sin kone å "oppdage" at det er noe i veien med han. Utfra dette kan vi si at menns sykdom oppfyller Mechanics (1978) kriterier for andresdefinerte sykdommer. Mechanic meiner også at synlighet er et kriterie for at andresdefinerte sykdommer skal oppdages. Hvis vi følger hans tankegang, må dette bety at mannens sykdom må være synlig for kvinnen, for at hun skal kunne oppdage den og foreta seg noe med hans lidelse. Dette betyr igjen at mannen må vise atferdsforandringer for at kona skal oppdage at det er noe i veien. Og dette viser seg nok å være tilfelle, for som data viser, ser kona det ofte "på" mannen at han har noe som feiler seg.

Og hvilke symptomer er det som gir adferdsforandringer? Atferd som symboliserer smerte er ofte lettest å oppdage. Og At mannen lar kona "finne ut" at det er noe i veien med ham, gjør at kona også lettere vil oppdage det symptomet som ifølge mannen kva-

lifiserer til å betegnes sykdom, nemlig smerte som går utover normal funksjon.

Jeg har tidligere vist at mann og kvinne har ulik symptomerfaring, (som resultat av ulike roller og fysiologi). Dette har resultert i ulik definisjon og forståelse for sykdom. Dette betyr altså at menns symptomer må formidles til en person som har en litt annen sykdomsforståelse, og også en annen måte å formidle symptomer på. Her er det altså muligheter for at kona både i rådføring med andre kvinner, og før videre aksjon avgjøres, har muligheter til å feiltolke mannens formidling. Og det er kun kona som rådføres, hun som i høy grad må ta avgjørelse, og ofte "tvinge" han til legen. Derfor blir konas tolkning av hans symptomer av stor viktighet for hva som videre gjøres.

Det er litt usikkert hvor systematisk mennene overlater til kvinnene å ta avgjørelse når det gjelder egen sykdom. Det er vel heller tvilsomt at mannen bevisst fraskriver seg å ta avgjørelse, og går inn for at kvinnen heller skal ta aksjon. Men det ser heller ut til at fordi det er kvinnen som har ansvar for heim og unger, at hun snakker med andre kvinner, at hun veit mer om sykdom, osv. som er avgjørende for at mannen i realiteten lar henne avgjøre også for seg.

I tillegg har mannen klare forventninger om hva som passer seg for en mann å gjøre, hva han skal være opptatt av, og han har også større toleranse til symptomer. Han må derfor, hvis ikke symptomene er så klare at kvinnen ser dem like snart som han, først innrømme for seg selv at det er noe som feiler han, og deretter formidle det til kona, eller "lar" henne oppdage dem. Kona har en annen sykdomsdefinisjon og sykdomserfaring enn mannen, og i tillegg søker hun igjen råd og diskuterer med de andre kvinnene for å få større viten, og så i samarbeid med mannen avgjør videre aksjon. På denne veien er det mange muligheter for feiltolkninger, og ikke minst tid som går.

På denne bakgrunn har jeg derfor kommet fram til en ny hypotese som ser ut til å forklare menns og kvinners ulike forbruk av

forbruk av legetjenesten i dette samfunnet :

Menn har mindre forbruk av lege i dette samfunnet fordi deres informasjon, rådføring og kontakt med helsevesenet går via kvinnen.

Ved å prøve å finne forklaring på hvorfor folk er lavforbrukere, har jeg også funnet en mulig forklaring på ulikt forbruk av helsetjeneste mellom menn og kvinner i et slikt samfunn. Dette arbeidet viser at noe som er en viktig faktor for et lavt forbruk, er at det finnes en "alternativ" kunnskap om helse og sykdom, en kunnskap som forvaltes av kvinnene i bygda, gjennom det tette nettverket som finnes mellom dem.

Tilsynelatende får altså kvinnene forvalte denne kunnskapen uavhengig av mannen, noe som fører til at mannen får lavere forbruk av helsetjenesten. På dette området kan en altså si at kvinnene har en "fordel" fremfor mannen, og at hennes rolle som omsorgsperson - som fører til at hun får større kunnskap enn mannen.

Denne diskusjonen fører en også til større forståelse for myten om at "women get sick and men die" : Menns legesøkning går delvis via kvinnene, noe som fører til at deres sykdommer bruker lengere tid på veien til legen. Dette kan resultere i at kvinnene får behandling på et tidligere stadium for sine lidelser, mens menn dør som følge av at legekonsultasjon og dermed også behandling starter for seint. Så kvinnens rolle som "helsearbeider" og menns nedvurdering av betydning av interesse for helse, og dermed lar andre delvis bestemme eget forbruk, gir kvinnen mulighet til å ta bedre vare på helsa si, og lever også derved lenger..

LITTERATURLISTE

- ANDERSON, Ronald, 1968 : A Behavioral Model of Families' Use of Health Services,
Research Series 25, Chicago : Center for Health Administration Studies.
- ANDERSSEN, Jorid, Anders Cederløv og Kari Wærness, 1979 :
Ugift mor- en fornuftig tilpasning til utkantsamfunnet.
I : Kolberg, J.E. og K. Wærness (red.) : Trygd og samfunn, Oslo, Universitetsforlaget.
- APPLE, Dorian, 1960 : How Laymen Define Illness.
I : Journal of Health and Human Behavior, 1, (s.219-25).
- BALIENT, Michael, 1957 : The doctor, His Patient and the Illness.
New York, International Universities Press.
- BEECHER, H.K., 1961 : Surgery as a Placebo.
I : Journal of the American Medical Association, 176,
(s. 1102-07).
- BERNSTEIN, Bernhard, 1972 : A Socio-linguistic approach to the socialization.
I : Gumperz.J/Hymes, D. (eds.) : Directions in Sociolinguistics.
- BJØRGUM, Øystein, 1970, Helseverdier og sosial struktur.
INAS-rapport, no 7-2, Des.
- BJØRKLUND, Ivar, 1978 : Kvæn-same-norsk. En sosial-antropologisk analyse av "De tre samers møte".
Magistergraden i sosial-antropologi, Universitetet i Tromsø.
- BOTT, Elizabeth, 1971 (2.ed) : Family and Social Network.
London, Social Science Paperbacks.
- BROX, Ottar, 1964 : Naturforhold, arv og ekteskap i en nordnorsk fjord.
I : Folk nr. 6.
- BYGREN, Lars Olov, 1974 : Met and Unmet Needs for Medical and Social Services.
I : Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplementum 8, Stockholm.
- CARTWRIGHT, Ann, 1967 : Patients and their Doctors.
London, Routledge and Kegan Paul.
- CLEARY, P.D., D.Mechanic and J.R. Greenley, 1982 :
Sex Differences in Medical Care Utilization :
An Empirical Investigation.
I : Journal of Health and Social Behavior, Vol 23 (June)
(s. 106-19).

- DICICCIO, L/Apple, D, 1960 : Health Needs and Opinion of Older Adults.
I : Dorian Apple (ed.) Sociological Studies of Health and Sickness
New York (s. 26-39).
- DUNELL, K/Cartwright, A, 1972 : Medicine Takers, Prescribers and Holders.
London, Routledge and Kegan Paul.
- EMERSON, Joan, 1972 : Behavior in Private Places : Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations.
I : Recent Sociology no. 2 (s. 74-97).
- FILSTEAD, William J. (ed.), 1970 : Qualitative Methodology.
Chicago, Markharr.
- FRANCIS, V, B. Korsch & M.J.Morris, 1969 : Gaps in Doctor-Patient Communication.
I : The New England Journal of Medicine, vol. 280 (s.535-40)
- FRIEDSON, Eliot, 1970 : Profession of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge.
New York : Dodd Mead.
- FUGELLI, Per, 1975 : Tilbake til huslegen.
Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- " " " 1978 : Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst.
Oslo, Universitetsforlaget.
- GERRARD, Siri, 1975 : Arbeidsliv og lokalsamfunn.
Samarbeid og skille mellom yrkesgrupper i et nord-norsk fiskevær.
Magistergradsavhandling i etnografi, Universitetet i Tromsø.
- GOFFMAN; Erving, 1963 : Stigma-Notes on the Management of Spoiled Identity.
Prentice Hall (Englewood Cliffs N.J.)
- GORDON, Gerald, 1966 : Role Theory, and Illness
New Heaven, Conn. College and University Press Services Inc.
- GOVE, Walter R/Hughes, M, 1979 : Possible Causes of the apparent sex differences in physical health : An Empirical Inverstigation.
I : American Journal of Sociology, 44 (s.126-46).
- HANOA, Rolf, 1977 : Sosialmedisinske behov og uførhet i et saneringsstrøk i Oslo.
Oslo, Gyldendal.
- HINKLE, L.E. et.al, 1960 : An examination of the relation between symptoms, disability and serious illness in two homogenous groups of men and women.
I : American Journal of Public health, 50, 1327.

- ILLICH, Ivan, 1975 : Medisinsk nemesis
Oslo. Fakkeltbok Gyldendal
- ILLICH, Ivan et al. 1977 : Disabling Professions
London, Marion Boyars
- KALIMO, Eski, 1961 : Determinations of Medical Care Utilization
Finland, National Pensions Institute.
- KOLBERG, Jon Eivind, 1974 : Trygde-Norge
Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- KOOS, Earl Lemon, 1954 : The Health of Regionville :
What the People Thought and Did about It.
New York, Columbia University Press.
- KORNHAUSER, W, 1965 : The Politics of Mass Society
New York, The Free Press.
- KRISTIANSEN, Ivar S. et al. 1980 : Kvæfjordundersøkelsen 1980
- LIEBAN, R.W., 1973 : Medical Anthropology
I : John Honigmann (ed.) : Handbook of Social and
Cultural Anthropology. Kap. 24.
- LÆGEREID, Per/J.P.Olsen, 1978 : Byråkrati og beslutninger
Oslo, Universitetsforlaget
- MARCUS, A.C./T.E. Seeman, 1981 : Sex Differences in Reports of
Illness and disability. A Preliminary Test of the
"Fixed Role Obligations" Hypothesis.
I : Journal of Health and Social Behavior, 22
(s. 174-82)
- MALTERUD, Kirsti, Olso Helseråd : Kvinneforskning i allmenn
praksis, Kvinners sykkelighet, bruk av helsevesenet
Foredrag på : Seminar om kvinner og medisin 28-29/10-81
Universitetet i Tromsø
- McKONLAY, John B., 1972 : Some Approaches and Problems in the
Study of the Use of Services- An Overview.
I : Journal of Health and Social Behavior, bind 13
(s. 115-51)
- MEAD, Margareth, 1949 : Male and Female
New York, Morrow
- " " " 1935, 1963 : Sex and temperament in Three
Primitive Societies
New York, Morrow.
- MECHANIC, David, 1965 : Perception of Parental Responses to
Illness. A Research Note.
I : Journal of Health and Social Behavior
vol 6. (s. 253-7)

- MECHANIC, David, 1976 : Sex, illness, illness behavior and the use of Health Services
I : Journal of Human Stress vol 2 (s.29-40)
- " " " 1978 (2 ed) Medical Sociology
New York, The Free Press
- NATHANSON, C., 1975 : Illness and the feminine role. A theoretical review.
I : Social Science and Medicine, 9 (s. 57-62)
- PAINE, Robert, 1967 : What is gossip about ? An alternative hypothesis
I : Man no. 2 (s. 278-85)
- TENGVALD, Karin, 1975 : Vårdapparaten och den informella strukturen - om medicinska och psykiska problem och åtgärder
I : Anders Ringen (red) : Velferdsforskning og sosialpolitikk (INAS-rapport 75 :1)
- THEODORSON, George A/Achilles G. Theodorson, 1969 : A Modern Dictionary of Sociology
New York, Barnes & Noble
- VERBUGGE, Lois, 1977 : Sex differences in morbidity and mortality in the United States
I : Social Biology, 23, (s. 275-96)
- WILLMUTT; P/M. Young, 1957 : Family and Kinship in East London
London, Penguin Books
- WOLFF, H.G., 1963 (2 ed) : Headace and Other Head Pain
New York, Oxford University Press
- YARROW, M.R., H.S. Schwarz, H.S. Murphy and L.C. Deasy, 1955
The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family
I : Journal of Social Illness, 11, (s.12-24)
- PARSONS. Talcott, 1951 :The Social System
New York, Free Press
- PEARCE; J.H./L.H.Crocker, 1949 : The Peckham Experiment
London, Allan & Univin
- ROBINSON, David, 1971 : The Process of Becoming Ill
London, Routledge & Kegan Paul
- SUCHMAN, E.W., 1965 ; Stages of illness and Medical Care
I : Journal of Health and Human Behavior
6, Fall (1965) s. 114-28
- STATISTISK SENTRALBYRÅ 1977 : Helseundersøkelsen 1975
Oslo

- SPRADLEY, James P/David W. Mc Curdy 1972 : The Cultural Experience. Ethnography in Complex Society
Chicago, Science Research Associates
- STIMPSON, G/B.Webb, 1975 : Going to See the Doctor
London, Routledge & Kegan Paul
- TELJE, Jo, 1976 : Praksisregistrering i et nordnorsk lege-
distrikt
I : Tidsskrift for Norsk Lægeforening, 96 (s.77-81)
- ZBOROWSKY, M, 1952 : Cultural Components in Responses to Pain
I : Journal of Social Issues, 8 (s.16-30)
- ZOLA, Irving K, 1975 : Culture and symptoms : An analysis of
patients' presenting complaints
I : C.Cox & Mead (eds.) : A Sociology of Medical
Practice (s.23-48)
London, Collier MacMillian
- ØGAR, B, 1977 : Pasienter i norsk almenpraksis
Oslo, Universitetsforlaget

VEDLEGG.

Fylkeslegen i Troms
Postboks 927

9001 TROMSØ

Deres ref.
2653/80 AH/wkm

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
28042/80 H.dir. 1
Akam/IE/S

Dato
12. januar 1981

SØKNAD FRA HOVEDFAGSTUDENT JORID ANDERSSEN OM INNSYN I
DISTRIKTSLEGENS KARTOTEK - KOMMUNE

Ekspedisjon av 21. november d.å. er mottatt.

Den taushetsplikt som påhviler en lege med hjemmel i § 14 i lov av 29. april 1927 om lægers rettigheter og plikter, antas også å omfatte de opplysninger om pasienters navn o.l. som fremgår av en leges arkiv. Tilgang til et slikt arkiv og/eller opplysninger om navn på en leges pasienter, kan således ikke gis uten samtykke av den enkelte pasient.

Departementet har ingen dispensasjonsadgang etter nevnte bestemmelse.

Med hilsen

(e.f.)

Knud Munch-Scøgaard

Aase Trovik

Gjenpart:

Jorid Anderssen, Tromsø