

PER FUGELLI • BENEDICTE INGSTAD

Helse

PÅ

norsk

God helse slik folk ser det



GYLDENDAL
AKADEMISK

PER FUGELLI OG BENEDICTE INGSTAD

HELSE PÅ NORSK

GOD HELSE SLIK FOLK SER DET



GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2009

1. utgave

ISBN: 978-82-05-44499-7

Sats: Laboremus Prepress AS

Brødtekst: Minion 10,5/15 pkt

Alle henvendelser om boken kan rettes til

Gyldendal Akademisk

Postboks 6730 St. Olavs plass

0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk

akademisk@gyldendal.no

Den ene av forfatterne (P.F.) har mottatt støtte fra Det faglitterære fond.

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven
eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR,
interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i
strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og
inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Til Jørund Straand og Aud Talle

Forord

I denne boken rapporterer vi en omfattende studie av hva god helse er – slik folk opplever det til hverdags. Vi har arbeidet med Helse på norsk-studien i mer enn ti år og har mange å takke. Først og fremst takk til de 80 informantene som slapp oss inn i stuen og inn i deres verden av helseforestillinger. Takk til nøkkelpersonene som åpnet for kontakt med informantene i lokalsamfunnene.

Takk til Ragnhild Beyrer, Gro Herdlevær og Kristin Ingstad Sandberg som har skrevet ut intervjuene. Takk til Edna Kristensen som har kontrollert litteraturlistene. Dernest takk til kolleger ved Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo som har kommet med kritikk og råd underveis. Takk også til University of California, Berkeley, som tok imot oss som gjesteforskere i en viktig prosjektfase. Takk til Gyldendal Akademisk for begeistring og råd. Men et slikt prosjekt blir ikke til av tanker alene. Penger må vi også ha. Det har vi fått fra Norges forskningsråd og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening. Takk også til deg som nå er i ferd med å lese boken vår. Det er du som er meningen med å skrive den.

Innhold

KAPITTEL 1 PÅ HELSEREISE	15
Helsens skapelse	15
Målet med Helse på norsk-studien	16
Nytte for helsedemokratiet	16
Nytte for kommunikasjon	17
Nytte for det forebyggende helsearbeidet	17
Kart og kompass	18
 KAPITTEL 2 TRE FORSTÅELSESHORISONTER	 21
Den norske forståelseshorisont	22
Den moderne forståelseshorisont	30
Den medisinske forståelseshorisont	33
Medikalisering	35
Tingliggjøring av helse og sykdom	36
Helsedyrking	37
Helseformynderi	37
Helseteorier og helsedefinisjoner	38
Klassifikasjon av helseteorier	41
 KAPITTEL 3 FRAMGANGSMÅTE, STEDER OG FOLK	 43
Sommerfugljakt eller helsearkeologi?	43
Hvem er vi?	44
Hvordan vi gikk fram	48
Steder og folk	52
Metodologiske utfordringer	54

KAPITTEL 4 HVA ER HELSE?	60
Helsebegrepet – bør vi lete etter det?	60
Helse er trivsel	63
Helse er likevekt.	69
Helse er helhet.	72
Helse er tilpasning	77
Helse er funksjon	79
Helse er å bevege seg mot mål.	81
Helse er livskraft	83
Helse er motstandskraft	86
Helse er fravær av tanker om helse	89
Helse er fravær av sykdom	90
Ettertanker	100
Folks helseoppfatning versus teoretiske definisjoner og klassifikasjoner	100
Hvilke skiller og broer mellom helse og sykdom finnes i folks	
forestillingsverden?	102
Helse – velvære – lykke	104
Helse og velvære.	104
Helse og lykke	106
 KAPITTEL 5 KROPP, NATUR, MILJØ OG HELSE	108
Kroppen	109
Kroppen som objekt.	110
Kroppen som noe man påvirker	111
Kroppen som sender signaler	111
Kroppen som del av helheten	111
Idrettskroppen	114
Natur og helse	119
Natur gir helse og helbredelse.	119
Kampen med naturkreftene	122
Det «indre landskap» og naturen som identitetsforankring.	125
Miljø og helse.	129
By-bygd.	130
Synlig–usynlig	132
Nær–fjern	132
Makt–avmakt	133
Tillit–mistro.	134
Kjent–ukjent	135
Før–nå–i framtiden	136

Arv og helse	137
Hvordan arv virker inn på helse	138
Samspillet arv–miljø–livsstil	141
Arvelighet og helsebekymringer	143
Ettertanker	145
 KAPITTEL 6 LIVSSTIL OG HELSE	153
Fysisk aktivitet	154
Trim og trening	155
Mosjon	159
Å gå på tur	161
Kost	164
«Sunn norsk kost»	166
Måltidet som rituale	171
Striden mellom idealer og realiteter	173
Individuelle forskjeller og frihet til å velge	176
Alkohol, narkotika og tobakk	180
Alkohol	180
Narkotika	185
Tobakk	187
Ettertanker	196
 KAPITTEL 7 PERSONLIGE EGENSKAPER OG HELSE	200
Selvstyrke	203
Selvtillit	203
Trygghet på seg selv	204
Mot til å være seg selv	208
Lyst sinn	209
Positiv grunnholdning	210
Godt humør	210
Bekymringsløshet	212
Det omvendte bevis: Negativ grunnholdning	213
Gå på	215
Syng ut	216
Tåleevne	219
Tåleevne, livserfaringer og lokalsamfunn	220
Tåleevne før og nå	225
Mestringsstrategier	228
Måtehold, realistiske forventninger	229
Tilpasning	230
Personlig motto	232

Øvelse gjør mester	233
Altruistisk engasjement	234
Sykdomserfaringer som kilde til helse	234
Ettertanker	236
 KAPITTEL 8 FAMILIE, NÆRMILJØ OG HELSE	242
Familiens betydning for helsen	243
Familien som helsekilde	244
Familien som støtteapparat	247
Familien som helsetrussel	252
Nærmiljøets betydning for helsen	258
Trivsel	259
Trygghet og tillit	262
Fellesskap	265
Stedstilhørighet	272
Ettertanker	276
 KAPITTEL 9 ARBEID OG HELSE	283
Minner fra kroppen	284
Arbeid som kilde til helse	287
Følelse av selvberging	287
Trivsel	289
Mening og nytte	291
Et positivt selvbilde	294
Sosialt fellesskap	296
Orden på tilværelsen	297
Betingelser for at arbeid skal være en kilde til helse	300
Likevekt	301
Åpenhet, verdighet og medinnflytelse	305
Trygghet	306
Ettertanker	311
Vandre fra kropp til sjel, fra ondt til godt	311
Samfunnshelse	311
Sosial ulikhet og helse – arbeidets andel	312
 KAPITTEL 10 ØKONOMI OG HELSE	315
De som har passe	316
De som har for lite	318
De økonomisk stressede	326
De som har for mye	333
Ettertanker	337

KAPITTEL 11 POLITIKK OG HELSE	340
Den politiske helsens utydelighet	341
Avmektig politikk?	342
Helse – individuelt eller kollektivt ansvar?	343
Fellesskap og helse	345
Et solidarisk samfunn	345
Et varmt sosialt klima	348
Frihet og helse	354
Ettertanker	360
 KAPITTEL 12 HELSETJENESTE OG HELSE	364
Å behandle sykdom	365
Å styrke eller svekke psykososiale helsekilder	366
Trygghet og utrygghet	366
Verdighet og krenkelse	368
Erfaringer med alternativ medisin	369
Bemyndigelse og helhetstenkning	369
Ettertanker	371
 KAPITTEL 13 RELIGION OG HELSE	375
Helse og frelse – gjennom tiden	375
De hete, de kalde og de lunkne	378
Gud som kilde til helse og helbredelse	382
I nøden	382
Sammenheng og forståelighet	384
Godtaking og tilgivelse	385
Fellesskap	387
En styrende makt	388
Mening	393
Trygghet	394
Normer for liv, samliv og samfunn	395
Tro og håp	396
Det hellige	399
Religionens helsefremmende dyder og verdier kan finnes andre steder ...	402
Religionen kan skade menneskets og samfunnets helse	406
Grublerier og besettelse	407
Synd, skyld og frykt	407
Tvang og overvåking	409
Ettertanker	412
Gud – en vrangforestilling?	412
Religion på lager?	412
Den ultimate medikalisering?	414

KAPITTEL 14 LÆRDOMMER	416
Jeg fant, jeg fant – helsen?	417
Spor i helsen?	418
Helse – begrep eller erfaring?	422
Tre nye helser?	423
Lærdommer for mennesket	427
Lærdommer for samfunnet	428
Helse – tango for to?	428
Fordelingspolitikk	430
Frihet	432
Det sivile samfunn	432
Arbeidsliv	433
En ny «helseoppdragelse»?	434
Lærdommer for medisinen	436
Medisinen – seg selv nok?	437
Helhet	438
Det unike mennesket	439
Helse er et blandet regnskap	440
Sjelens helse	441
Gladhelse	441
En mer ydmyk samfunnsmedisin?	442
Gud på resept?	443
Medisin og politikk	447
Forskning	450
 ETTERORD	 453
 LITTERATUR	 455
 STIKKORD	 489

KAPITTEL 1

På helsereise

Vi vandrer med freidig mot, vårt sinn er lett og rapp vår fot.

I høyden, oppad mot fjellet, i dypet, til fossevellet.

La veien gå hvor hen den vil, vi vandrer frem med sang og spill.

Vi vandrer med freidig mot AV HENRIK IBSEN

Vi vil fortelle fra en oppdagelsesreise i det norske helselandskapet. Vi har vært på jakt etter folks eget helsebegrep. Vi har banket på døren, gått litt inn i hodet, en anelse inn i hjertet til 80 mennesker og prøvd å fange deres forestillinger om helse. Hva er god helse, hva river og bygger helsen, har vår nysgjerrighet vært.

Helsens skapelse

Samtidig har vi vært på en lignende oppdagelsesreise blant San-folket i Kalahariørkenen i Botswana (Fugelli og Ingstad 2006, Ingstad og Fugelli 2006). San-folket er et urfolk som har levd som jegere og sankere i Kalahari i 30 000 år (Bleek og Lloyd 1911). Nå befinner de seg i ulike overganger mellom opprinnelig og moderne levesett. De hører til blant klodens fattigste folk. Også her har vi søkt etter helsebegrepet. Men ikke engang ordet helse fant vi i San-folkets språk. De nærmeste språklige naboene er kanskje:

- *Quù-quù* som betyr: Nå er han fet, så nå er han frisk.
- *Xwa azang* som betyr: Godt liv.

God helse for San-folket er å ha vann, mat og ly mot brennende sol og kalde vinder. God helse for San-folket er også å råde over eget land der hvor dyrene er, plantene gror og forfedrenes ånder bor. God helse for San-folket er også sang og dans (Katz 1982).

Mye er forskjellig mellom Kalahari og Norge, men inni er vi glimtvis like. Også for San-folket er god helse forbundet med grunnleggende, allmenn-menneskelige verdier som frihet, fellesskap og verdighet.

Vi innleder med dette Kalahari-bildet for å demonstrere at helse ikke er noe absolutt, objektivt, universelt fenomen. Tvert om er helse et flyktig begrep, en relativ erfaring som veksler i tid og forandrer seg med sted. Helse er som kameleon. Helsen tar form og farge av omgivelsene. Slik er det i Kalahari, slik er det i Norge. Helsebegrepet er en sosial og kulturell konstruksjon. Som andre deler av menneskets selvskaping og virkelighetsfortolkning skjer dannelsen av helseoppfatningen i samspill med tidsånder og samfunns-krefter.

Målet med Helse på norsk-studien

Formålet med Helse på norsk-studien er å få noen glimt inn i folks forestillinger om helse. Vi vil prøve å forstå hvilket meningsinnhold folk legger i begrepet «god helse». Vi er også interessert i folks erfaringer med hva som bygger opp eller river ned helsen. I Helse på norsk er vi på oppdagelsesferd i folks egen livsverden. Det er ikke Verdens helseorganisasjon eller Legeforeningen eller Læreboken, men folk selv som tilkjennes definisjonsmakt i vår studie.

Drivkreftene bak studien er mangfoldige. Dels er vi drevet av nysgjerrighet. Det er spennende å være Askeladder i Det norske helseeventyret. Men vi er også opptatt av å gjøre nytte for oss. Vi håper Helse på norsk-studien kan bli til gagn på tre måter:

Nytte for helsedemokratiet

Det ligger en demokratisk gevinst i å gi stemme til folk. Medisinsk antropologi og sosialmedisin har en tradisjon for å ta de menneskene som «granskes» på

dypt alvor, blant annet ved å tilkjenne dem eiendomsrett og definisjonsmakt over eget liv. På samme måte som maktbalansen mellom legen og pasienten er skjev, er makten mellom de samfunnsmedisinske ekspertsystemene og befolkningen ulikt fordelt. Ved å spørre 80 vanlige mennesker i landet og ved å skrive denne boken for allmennheten, håper vi at ikke bare samfunnsmedisinere, samfunnsvitere og filosofer, men også folk selv kommer på den banen hvor spillet om helsen avgjøres. Vi håper at studien kan bidra til at folk blir hørt i de fagmiljøene som arbeider med forebygging og helsefremming.

Nytte for kommunikasjon

Doktor betyr opprinnelig lærer. Dette språklige sporet tyder på at pedagogikk og kommunikasjon alltid har vært vesentlig i samspillet mellom lege og pasient, medisin og samfunn. Kvaliteten og intensiteten på kommunikasjonen har nok svingt med de medisinske konjunkturerne. I perioder med stor avstand mellom legestanden og befolkningen og i tider med bioteknologisk dominans har antakelig sansen for pedagogikk og kommunikasjon vært liten. I dag erkjenner de fleste at god medisinsk praksis både i lege- og pasientforholdet, men også i det helsefremmende arbeid på gruppeplan krever god kommunikasjon. God kommunikasjon krever at de to partene har innsikt i hverandres tanker, forestillinger og verdier. Vi kan betrakte Helse på norsk-studien som en form for helsepedagogisk grunnforskning. Vi retter stetoskopet mot folks helsesjel og lytter til de tanker, følelser og meninger som holder til der. På den måten gjør vi folks helseforestillinger og helseerfaringer kjent for medisinen.

Nytte for det forebyggende helsearbeidet

Helsemyndigheter og fagmiljøer som planlegger helsefremmende prosjekter vil etter Helse på norsk forstå seg bedre på brukeren. Helse på norsk kan også vise seg nyttig ved å bringe fram folks erfaringsvisdom. Kanskje sitter folk inne med sine egne oppskrifter på god helse? Folkemedisin har i mange hundre år vist sin nytte innenfor lindring og behandling av sykdommer (Bø 1972). Kanskje finnes der også en folkemedisinsk kunnskap om sikring av helse?

Helse på norsk-prosjektet står i den medisinsk-antropologiske tradisjon (Ingstad 2007). Vi vil prøve å forstå folks egen opplevelse av helse. Og vi vil granske hvordan denne helseoppfatningen skapes og gjenskapes gjennom samhandling med naturen, familien, lokalsamfunnet, arbeidsplassen, Gud og helsetjenesten.

Men det er ikke bare tidens ånder som former folks forestillinger om og forventninger til helse. Sosiale strukturer rammer også inn helsebildene våre. Sosioøkonomisk gruppe, utdanningsnivå og yrke er med på å formatere den enkeltes helseprogram (Farmer 2003, Marmot 2006, Claussen 2008). Den sosialmedisinske dimensjonen ved helseoppfatning og helsetilstand får også oppmerksomhet i vår studie gjennom gransking av hvordan folk opplever sammenhenger mellom helse, økonomi og politikk.

Kart og kompass

Denne boken er bygget opp av 14 kapitler. I kapittel 1 (dette) posisjonerer vi vårt prosjekt i den medisinsk-antropologiske og sosialmedisinske tradisjonen. Vi prøver også å klargjøre prosjektets motiver og problemstillinger. Videre klargjør vi hvordan boken er bygget opp.

I kapittel 2 gjør vi rede for hvilke lyskasser (hegemoniske kulturer) vi vil holde våre funn opp mot: Den norske, den moderne og den medisinske. I kapittel 3 beskriver vi hvordan vi har gått fram, de stedene vi har besøkt og de menneskene vi har møtt. Vi rapporterer hvordan vi har hentet inn og bearbeidet våre data. Og vi forsøker å «varedeklarere» oss selv som forskere. I kapittel 4 legger vi fram informantenes utsagn om hva god helse *er*.

I denne delen er det helsens meningsinnhold som blir gransket. Det er «produktet» helse som beskrives. Vi identifiserer elementer i det folkelige helsebegrep, sammenholder det med vitenskapens helsedefinisjoner og fortolker det i nåtidens kulturelle kontekst.

Kapitlene 5–13 rommer informantenes meldinger om hva som gir eller tar helse. Her er det de prosesser, egenskaper og påvirkninger som fremmer eller skader helsen som får vår oppmerksomhet. Denne delen kommer til å dominere boken fordi folk er mer opptatt av hva som *påvirker* helsen enn hva helsen *består i*. Vi har i mange sammenhenger opplevd det som kunstig å skille «pro-

duktet» helse fra de prosessene som former helsen. I folks livsverden går oftest opplevelsen av hva helse *er* og erfaringer med hva som styrker eller svekker helsen over i hverandre. Som vi senere skal se, har folk et utpreget helhetssyn på det dynamiske samspillet som menneskets helse blir til i. Likevel, for å skape orden i kaos, har vi måttet dele inn i hva helse *er* og hvordan helse *blir til*. Og vi har, for å gjøre analysen overkommelig og presentasjonen lesbar, måttet dele ytterligere inn, igjen som et intellektuelt «overgrep» mot folks helhetsbetraktninger. De forhold som påvirker helsen har vi ordnet i fire «sfærer»:

- Biosfæren (kapittel 5 og 6) hvor helsepåvirkninger knyttet til kropp, natur, miljø, arv og livsstil behandles.
- Psykosfæren (kapittel 7) hvor personlige egenskaper og psykiske kvaliteter som har innflytelse på helsen kommer inn. Her drøfter vi blant annet hvilken betydning selvtillit, optimisme og tåleevne har for helsen.
- Samfunnssfæren (kapitlene 8–12) hvor vi gransker helsepåvirkninger fra institusjoner som familien, lokalsamfunnet, arbeidslivet og helsetjenesten. Vi belyser også hvordan våre informanter erfarer sammenhengen mellom politikk, levekår, økonomi og helse.
- Den åndelige sfæren (kapittel 13) hvor samspillet mellom religion og helse er tema.

I kapittel 14 som har fått den farlige tittelen Lærdommer, forsøker vi å vise *følgene* av det vi har funnet. Gitt våre informanternes syn på hva helse er og deres erfaringer med hva som bygger og river helse – hvilke konsekvenser bør det få for det helsefremmende arbeidet med mennesket, samfunnet og medisinen som enhet?

Vi håper Helse på norsk-studien vil vekke vital faglig og allmenn debatt om helsens vesen og vilkår i Norge. Det er viktig at folk selv tar informert del i denne debatten. Derfor har vi forsøkt å skrive boken på godt norsk.

Enkelt er det ikke å pendle mellom vitenskap og formidling. Forskere kan fort oppleve at vi blir for overfladiske. Den allmenne leser kan samtidig finne teksten for vanskelig. Vi håper dere vil hente overbærenhet fra vår gode hensikt.

Enda en tilgivelse må vi be om på forhånd. Som dere kommer til å se, setter informantene våre nærmest likhetstegn mellom helse og det gode liv. Det

betr. at bokens tema blir stort, som livet selv. Helse er helhet, sier våre folk, men for å gjøre analysen overkommelig har vi måttet dele opp i emner som arbeid og helse, religion og helse, miljø og helse, personlighet og helse osv. På hvert av disse områdene finnes det en svær litteratur fra medisin, psykologi, sosiologi og antropologi. Vårt mål har vært å legge bitene sammen i et puslespill som i grove trekk antyder folks helsebilde. Vi har lett etter forbindelseslinjer mellom bitene og mønstre i helhetsbildet. Da kan vi ikke konsentrere oss i for stor detalj om hver enkelt bit. Vi har måttet gjøre brutale utvalg av litteratur på de enkelte emnefeltene, så grove at de som er spesialkyndige på feltet vil oppleve det som forsømmelser. Men for oss har det vært den prisen delen må betale til helheten.

Som åndelig niste på ferden ut i folks helseverden har vi valgt norske sanger og ordtak med helseinnhold. De representerer på mange måter vår kollektive hukommelse. Sanger og ordtak bærer med seg lagrede folkelige helseerfaringer og kan gi tidsdybde til det øyeblikksbildet vi får gjennom vår studie.

KAPITTEL 2

Tre forståelseshorisonter

Undrer meg på hva jeg får å se
over de høye fjelle?
Øyet møter nok bare sne.
Rundt omkring står det grønne tre,
ville så gjerne over, –
tro, når det reisen vover?

BJØRNSTJERNE BJØRNSON

Vi blir ikke født med en helseoppfatning. Våre forestillinger om sykt og friskt, normalt og unormalt, trygt og farlig blir *dannet* i oss av rådende tidsånder og samfunnskrefter. Men de blir ikke dannet i oss ved automatisk programmering. Mennesket er et selvstendig åndsvesen som mottar, godtar, forkaster og omskaper påvirkninger på sin måte, gitt sin personlighet og hverdag. I boken *Hverdagsfilosofier* demonstrerer Marianne Gullestad (1996a) samspillet mellom sosiokulturelle strukturer og individuell kreativitet. Hun opererer med begrepet «hegemoniske kulturelle ideer». Det er tankesett som antas å ha særlig stor innflytelse over den måten menneskene fortolker virkeligheten, for eksempel helsen, på.

I vår studie går vi på jakt etter folks helsebegrep. Vi vil analysere byttet i forhold til tre hegemoniske, kulturelle idésett:

- Det norske
- Det moderne
- Det medisinske

Egenskaper ved norsk tenkemåte og væremåte er med på å forme vår identitet, trolig også vår helseidentitet. Det første analytiske perspektiv i studien vår blir derfor å granske om særpreg ved vår norske tradisjon og mentalitet setter sine stempler på vår opplevelse av helse. Er det slik at grunnleggende verdier og tradisjoner i det samfunnet vi tilhører preger våre forestillinger om helse?

Med på helsereisen vil vi også ha en moderne kikkert. I hvilken grad setter kjennetegn ved det moderne prosjektet, så som dyrking av Jeg, pluralisme og forbrukskultur, sine merker på folks forestillinger om helse?

Grunnleggende verdier, tenkemåter og handlemåter i det ekspertsystemet som forvalter helse og sykdom, medisinen, vil trolig også sette avtrykk i menneskenes helseoppfatning. Er det slik at påståtte kjennetegn ved det biomedisinske prosjektet, så som medikalisering, risikofokusering og reduksjonisme, transplanteres til folks helsesjel?

I dette kapitlet vil vi klargjøre de tre forståelseshorisontene eller hegemoniske kulturene vi kommer til å holde folks helseforstillinger opp mot.

Den norske forståelseshorisont

På hvilken måte er nordmenns helseoppfatning farget av «det norske»? Hvis vi skal kunne nærme oss dette spørsmålet på en fornuftig måte, må vi først lete i den voksende litteratur av nyere norsk samfunnsforskning som tar for seg «den norske væremåten».

En bok med nettopp denne tittelen, redigert av Arne Martin Klausen (Klausen 1984) representerte da den kom et av de første forsøk på å studere norsk kultur fra det fugleperspektiv man tidligere hadde forbeholdt «de andre» og mer «eksotiske» kulturer. Mens man tidligere hadde hatt spredte bidrag til norsk etnografi om Norge i form av lokalsamfunnsstudier, enten det nå var fjellbygder, fiskevær eller bomiljø i byer, tar denne boken mål av seg til å trekke opp de større linjer ved å søke etter de fellestrekk i verdier og handlemåter som gjør oss «norske» og dermed også forskjellige fra andre. Det er tro-

lig ikke tilfeldig at flere av bokens ti bidragsytere ikke er etniske nordmenn, selv om de har bodd her i mange år. Dette illustrerer det antropologiske poenget at det ofte er lettere å få øye på særtrekk ved en kultur når man ser den utenfra, enn når man selv er sosialisert inn i kulturen og dermed lett kan bli «kulturbblind». For vårt formål er flere av artiklene i denne boken relevante.

Larsen (1984) peker på at det finnes strenge regler i norsk kultur for hvilke kulturelementer som lar seg kombinere uten at det blir skandale. Høyrefolk forventes for eksempel ikke å gå i busserull og å spille hardingfele, og lærere i avholdsmiljøer bør ikke drikke vin og danse offentlig. Kan vi tenke oss at spørsmålet om kombinerbare eller ukombinerbare elementer også spiller en rolle når det gjelder folks fortolkning av hva som er god helse? Med referanse til Skirbekk (1969) hevder Larsen at vi på mange måter er «bønder i byen» i den forstand at vår urbankultur ennå er forholdsvis ung. Vi har lite trening i å lage individuelle kombinasjoner av kulturelementer som kan virke friggjørende fra de eksisterende «meningspakker». I stedet tar vi med oss de allerede eksisterende kombinasjoner inn i det urbane miljøet og opprettholder dermed, ifølge Larsen, et ruralt ideal i en urban kontekst.

Archetti (1984) sammenlikner Latin-Amerika og Norge og hevder at det i Norge finnes videre og mer abstrakte definisjoner av hvem som inkluderes i den indre sirkel av allierte. Dette er basert på likhet, at de har de samme egenskaper som en selv og dreier seg dermed ikke nødvendigvis først og fremst om slektskap og vennskap. Et annet trekk som Archetti har festet seg ved, er nordmenns vektlegging av gjensidighet ved gavebytte. Motytelsen kommer momentant og i kortvarige relasjoner, man bygger seg ikke opp allianser over tid ved å utsette gjenytelsene. Han hevder at dette skyldes at gjenytelsene må kombineres med selvstendighet og uavhengighet ut fra normen om ikke å ligge andre til byrde. Mens æresbegrepet står sentralt i mange samfunn, hersker skyldfølelsen i Norge. Denne bæres alene som «dårlig samvittighet». Mens skam ifølge Archetti er å miste ære på den offentlige arena, så avskyr skyldfølelsen offentlighet og er en sterk selvkontrollerende mekanisme. Vi vil anta at både gjensidighetsnormen og skyldfølelsen er relevante for forståelsen av nordmenns helseoppfatning. Gjensidighet og ikke å ligge til byrde som styrende for å gi og å motta omsorg, og skyldfølelse i forhold til (ikke) å ta vare på kroppen sin.