



Folkehelseopplysning september 2018

Fra kolera til velferdsstat



Foto: Fra Nes kommunes bildearkiv

Folkehelseuka er godt i gang med flere arrangement rundt om i Nes. Denne uka viser til veldig mange helsefremmende aktiviteter og sosiale fellesskap en kan ta del i, men den viser ikke til helheten i hva folkehelse er. Folkehelse er et begrep som blir brukt i svært mange sammenhenger, noen ganger med rette og andre ganger ikke. Noen sier at «folkehelse er alt», og selv om folkehelsearbeid kan være så mangt, så er det ikke alt. I følge folkehelseloven er folkehelse kunnskap om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelse og folkehelsearbeid dreier seg om samfunnsutvikling der vi arbeider systematisk for å fremme gode livsvilkår, og for å redusere/forebygge skadelige forhold.

I anledning Folkehelseuka ønsker jeg å ta dere med på snarversjonen av en historisk reise om hvordan folkehelsearbeidet har utviklet og forandret seg gjennom tidene:

På 1800-tallet handlet folkehelsearbeidet i stor grad om å redusere og begrense infeksjonssykdommer. Dette var før antibiotikaenes- og vaksinasjonenes tid, det var kun koppevaksinasjon som var tilgjengelig på den tiden. Det var helt andre bo-, vann- og sanitærforhold den gang og fattigdom og spedbarnsdødeligheten var stor. Det var store utfordringer med smittsomme sykdommer, og dermed ble det fokusområdet. John Snow var en pionér da han gjennom grundige kartlegginger greide å finne smitekilden for et større kolerautbrudd i London i 1854, og fikk stoppet epidemien. I Norge fikk vi Sunnhetsloven i 1860, som var en forløper til den folkehelseloven vi har i dag.

På begynnelsen og midten av 1900-tallet begynte folkehelsefokuset å endre seg. Det ble mindre fattigdom, bedre hygiene og livsvilkårene ble stadig bedre. Gradvis større mulighet til å behandle bakterielle infeksjonssykdommer med antibiotika, og tilgang til flere vaksiner begrenset utbredelse av smittsomme sykdommer. Fryktede og dødelige barnesykdommer ble nesten utryddet. Alt i alt ble folkehelsen stadig bedre i løpet av 1900-tallet og levealderen økte. Utfordringsbildet dreide seg mindre om infeksjonssykdommer, og mer om hjerte- og karsykdommer og andre kroniske sykdommer som følge av bedre levekår.



Nå har vi kommet til 2000-tallet og vi ser at sosiale helseforskjeller fortjener vårt fokus, da vi har utfordringer med store sosiale ulikheter i helse. For til tross for at levestandarden og folkehelsen stadig har blitt bedre, gjelder det aller mest for de som er øverst på den sosiale rangstigen. Vi ser at utdanningsnivå og økonomi har betydning for hvor god helse en får – statistisk sett. Det er en tydelig trinnvis gradient der helsen bedres for hvert steg opp på den sosiale rangstigen. Det er ikke et enkelt svar på hvorfor det er slik, men sammensatte årsaker. For å nevne noen av årsaksforholdene så kan hjemmet man har råd til å bo i ha betydning ved at en eksempelvis blir utsatt for muggsopp, eller at en bor i et strøk der barna er mer utsatt for risiko når de leker ute. Utdanning kan bidra til bedre økonomi som kan redusere bekymringer og stress, og føre med seg mindre belastende jobber og arbeidstider. Utdanning fremmer evnen til å forstå og aktivt ta i bruk helseinformasjon. Videre har våre sosiale fellesskap stor betydning for vår helse, og det er av betydning hvilken sosial kapital en har. Personer med høyere utdanning har oftere mer ressurssterke venner og sosiale nettverk. Familie, venner og naboer kan bidra med støtte, kunnskap og råd der vi selv kommer til kort, og dermed være med på å løfte helsevilkårene.

Det er ikke rettferdig at noen fra de er født skal bære urettmessig ekstra belastning, byrde og helserisiko gjennom livet. Målet er å utvikle samfunn som bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller uten at noen grupper får dårligere helse.

Skribent
Berna Marie Sommerseth
Folkehelsekoordinator i Nes kommune

