

FOLKEHELSE

Eivind Å. Skille,
Ingeborg Barth Vedøy,
Knut R. Skulberg (red.)

FOLKEHELSE

En tverrfaglig grunnbok

© CAPPELEN DAMM AS, Oslo, 2020

ISBN: 978-82-02-68292-7

1. utgave, 1. versjon

E-utgaven baserer seg på 1. trykte utgave, 2020

Elektronisk tilrettelegging: [Bok Oslo AS](#)

Omslagsdesign: Cappelen Damm

Foto: Alle foto iStock, med unntak av s. 176: Getty Images /

Gradyreese og s. 230: Unsplash

Formgivning: Tweed Design / Bok Oslo AS

Sats/design: [Bok Oslo AS](#)

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med forlaget er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

www.cda.no

akademisk@cappelendamm.no

Innhold

Forord	7
1 Folkehelse: hva er det?	9
<i>Ingeborg Barth Vedøy & Knut R. Skulberg</i>	
2 Folkehelse; utvikling, påvirkningsfaktorer og folkehelsearbeid	37
<i>Knut R. Skulberg & Ingeborg Barth Vedøy</i>	
3 Mat, kosthold og folkehelse	65
<i>Asle Holthe, Hege Wergedahl & Eldbjørg Fossgard</i>	
4 Skole og folkehelse	91
<i>Hege E. Tjomsland & Nina Grieg Viig</i>	
5 Kroppsøving og folkehelse	115
<i>Vidar Hammer Brattli & Kjersti Mordal Moen</i>	
6 Idrett og folkehelse	131
<i>Eivind Å. Skille</i>	
7 Friluftsliv og folkehelse	155
<i>Arne Martin Jakobsen</i>	
8 Treningssentre, fitness og folkehelse – aktiviteter, verdier og paradokser ...	177
<i>Solfrid Bratland-Sanda, Tor Helge Vikøren Myhre & Jan Ove Tangen</i>	
9 Sykepleie i folkehelse – helsekommunikasjon og «health literacy»	205
<i>Hanne Søberg Finbråten</i>	
10 Oral helse i folkehelsearbeidet – sett i et tannpleierperspektiv	231
<i>Kari Elisabeth Dahl & Anne Elisabeth Münster Halvari</i>	
Avslutning	265
Begreper og definisjoner	273
Forfatterinformasjon	279

Forord

Denne boka er et resultat av et ønske om å utvikle ei lærebok som tar opp temaer knyttet til folkehelse og folkehelsearbeid i ulike bachelorstudier. Det startet med at de tre redaktørene, som alle arbeider med slike temaer ved Høgskolen i Innlandet, drøftet behovet for ei lærebok innen folkehelse. Vi var særlig opptatt av hvordan man skulle presentere og arbeide med tverrfaglig folkehelse på de mange studiene der dette temaet etter hvert har blitt svært viktig. Denne diskusjonen ble utvidet til å se på om det også ved andre institusjoner var interesse og behov for ei slik bok. Det ble derfor tatt kontakt med fagpersoner ved andre høgskole- og universitetsmiljøer for å få ei breiere sammensatt gruppe med forfattere som representerer spisskompetanse innen sitt felt.

I den første utgaven var vi veldig stolte og fornøyde med det samarbeidet vi har hatt med forfattere fra Universitetet i Bergen, fra Høgskolen i Bergen, fra Nord universitet og fra vår egen Høgskolen i Innlandet (HINN). Det er vi fortsatt. En ekstra takk til de som har revidert sine kapitler.

I denne reviderte utgaven er vi også svært fornøyd med de to nye kapitlene. Det ene om treningssentre er skrevet av kolleger ved Universitetet i Sørøst-Norge, og det andre om tannpleie er skrevet i samarbeid mellom HINN og Universitetet i Oslo. At boka utvides med to nye kapitler understreker ytterligere bredden i folkehelse, og at det må tenkes helse i alt vi gjør slik Folkehelseloven framhever.

Elverum, mai 2019

Eivind Å. Skille, Ingeborg Barth Vedøy, Knut R. Skulberg



*Ingeborg Barth Vedøy &
Knut R. Skulberg*

Folkehelse: hva er det?

Innledning

Dette er en innføringsbok i folkehelse. Folkehelse er et begrep som på den ene siden er overalt, men som kanskje til dels også er flytende for folk, og som samtidig er relevant og konkret for spesifikke samfunnsarenaer. Derfor har vi valgt å presentere folkehelse med en dobbelt tilnærming i denne boka; både gjennom en generell del og gjennom flere spesifikke temaer. Boka er derfor bygd opp med to generelle kapitler (kapittel 1 og kapittel 2), etterfulgt av åtte kapitler med egne temaer i kapitlene 3–10.

Kapittel 1 og 2 gir leseren en grunnleggende innføring i hva folkehelse er, hvorfor fagfeltet er viktig og hvordan organiseringen av folkehelsearbeidet i Norge er delt inn. Kunnskapen som blir formidlet her, vil derfor ligge som et sentralt grunnlag for å sikre god forståelse av de fagspesifikke kapitlene i resten av boka.

Kapitlene 3–10 er tematisk orienterte. De tar utgangspunkt i konkrete temaer som er aktuelle for studier der folkehelse er en del av studiets innhold, som studier knyttet til kosthold, skole, kroppsøving, idrett, friluftsliv, og sykepleie. Så nærmer vi oss folkehelse videre gjennom dette konkrete temaet eller interessefeltet. De temaspesifikke kapitlene er bygd opp av følgende tre elementer. For det første skisseres historien innen det aktuelle temaet. For det andre presenteres status på det aktuelle feltet i dag. Og for det tredje drøftes det aktuelle temaets plass i folkehelsen, og vise versa. I de temaspesifikke kapitlene anvendes begreper gjennomgått i kapittel 1 og 2; slik henger

det generelle sammen med det spesifikke gjennom boka, og det blir en felles faglig begrepsbruk.

Til slutt i hvert kapittel foreslås noen refleksjonsoppgaver. De er ment som nettopp det, oppgaver man kan bruke til refleksjon og som et utgangspunkt for drøfting av det aktuelle temaet i videre studier. Vi håper disse refleksjonsoppgavene kan fremme drøfting av folkehelse, og folkehelse sitt forhold til de spesifikke temaene. I det avsluttende kapitlet oppsummerer vi kort de ulike kapitlene, og viser til noen temaer vi ikke kommer innom i denne boka, men som kanskje kan inspirere til videre utforskning av folkehelse innen ulike fagretninger. Vi prøver også å samle trådene og spiller opp til en overordnet diskusjon om folkehelse basert på kunnskapen som er ervervet gjennom de foregående kapitler.

Men først definerer vi altså folkehelse.

Definisjoner knyttet til folkehelse

Dette kapittelet gir en oversikt over begreper som er sentrale for forståelsen av hva folkehelse er, og hvor grenselinjene mot annet type helsearbeid går. For å få til dette kommer vi til å presentere en del definisjoner og bruke tid på å diskutere disse. Definisjoner av helse og sykdom har i seg selv ingen egenverdi, men de er et viktig verktøy i arbeidet med å måle og adressere determinanter (bestemmelsesfaktorer) for helse (Pellmer, Wramner, & Wramner, 2012).

Definisjoner er også nyttige for å sikre at alle har en felles forståelse av et begrep. Det hjelper til med å få klarhet i hva som ligger innenfor eller utenfor begrepet. I praksis kan definisjoner legge føringer for hvilke kriterier som må være oppfylt for at man skal få en diagnose, for eksempel må man oppfylle visse sykdomskriterier for å få utløst uføretrygd. Dette kapittelet blir derfor et viktig grunnlag for å sikre en god forståelse av de ulike temaene som blir tatt opp i de senere kapitlene i boka.

Hva er helse?

Ulike varianter av begrepet helse omgir oss på alle kanter. Vi snakker om folkehelse, Helsedirektoratet, helsearbeider, helsestasjon, helseopplysning, helsestudio, helsekost og så videre (Fugelli & Ingstad, 2014). Når folk blir spurt om hva som er viktig for dem, kommer helse høyt oppe på rangeringen (Norsk Monitor)¹. Men hva er egentlig helse for noe? Og hvordan vet vi om vi har god helse? For å vurdere dette må vi få et innblikk i hva helse egentlig er.

1 Rådata fra Norsk Monitor

Ordet *helse* stammer opprinnelig fra det norrøne ordet «heill» som betyr fullstendig, hel, helt frisk (Heggstad, Hødnebo, & Simensen, 1993).

Forskjellige definisjoner på helse

Utallige forsøk er blitt gjort for å prøve å definere hva helse er. Den mest kjente og brukte er likevel Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon som sier at:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (World Health Organization, 2003)².

Denne definisjonen er viktig da den fokuserer på at god helse er mer enn bare fraværet av sykdom. Definisjonen ble utledet av WHO i 1946 og var påvirket av lidelsene i 2. verdenskrig (Hjort, 1982). Den har likevel fått mye kritikk da den blir oppfattet som utopisk. Hvem er vel egentlig i en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære til enhver tid? Og vil mangelen på fullstendig velvære tilsa at vi ikke har god helse? En ytterligere svakhet ved definisjonen er at individer med funksjonsnedsettelse, kroniske sykdommer eller høy alder som må leve sine liv på tross av sine utfordringer, aldri kan oppnå god helse ut fra WHO sin definisjon (Hjort, 1982). Dette har medført at andre definisjoner har sett dagens lys og har fått sterkere fotfeste i den senere tiden. Peter F. Hjort sin definisjon fra 1982 er én av disse. Her hevder han at: «Helse er overskudd i forhold til dagens krav» (Hjort, 1982, p. 16).

Hjorts definisjon ser i større grad helse som en funksjon i forhold til de utfordringene den enkelte har i hverdagen. Kravene til fysisk funksjon vil endre seg i de ulike fasene i livsløpet. De fleste 70-åringer har vesentlig lavere fysisk kapasitet enn de hadde da de var 20 år, men kan likevel føle seg friske og ved god helse hvis de unngår belastninger som overskrider den yteevnen de har igjen (Hjort, 1982).

Problematisering av helsebegrepene

Som det går fram av definisjonene til WHO og Peter F. Hjort, blir helsebegrepet definert ganske forskjellig, noe som også gjenspeiles i samfunnet forøvrig. Spør man 100 tilfeldige personer om hva som er god helse, er sjansen stor for at det vil bli 100 forskjellige svar. Dette er kanskje ikke så rart siden vi vet at forståelsen av helsebegrepet endrer seg med tid og rom (Fugelli & Ingstad, 2014), og det varierer med kulturell tilhørighet (Thorbjørnsrud, 2009). Det betyr at forståelsen for hvilke faktorer som skal være til stede for

2 Den nåværende gjeldende helsedefinisjonen fra WHO er utledet fra United Nations, World Health Organization & Interim Commission (1948) Official records of the World Health Organization – Proceedings and final acts of the International Health conference. (Rapport nr. 2, 1948). Lokalisert på: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf

at man vurderer sin egen helse som god, er svært individuelt. En norsk ungdom har kanskje en helt annen forståelse for helsebegrepet enn en indonesisk ungdom, samtidig som hun også har en annen forståelse for helse enn sin bestefar. Figur 1.1 viser hvordan helseforståelsen kan forandre seg med alder og kulturell tilhørighet. Ulike oppfatninger av helsebegrepet vil også kunne påvirke oppfatningen av hva som er helsefremmende. Et eksempel på dette kan være forholdet mellom alkohol og helse. Selv om WHO konkluderer med at det er overbevisende dokumentasjon for at et lavt til moderat forbruk av alkohol faktisk kan redusere risikoen for koronar hjertesykdom (Nasjonalt råd for ernæring, 2011) vil ikke dette nødvendigvis bli akseptert av flertallet av muslimske medisinske forskere (Thorbjørnsrud, 2009).

Flertallet mener de har god helse

Koronar hjertesykdom er sykdom som rammer hjertets kransarterier. Det vil si pulsårer eller arterier som forsyner hjertet med blod. Hjerteinfarkt er den vanligste koronare hjertesykdommen

Nasjonalt råd for ernæring, 2011

Helsa i den norske befolkningen er bedre enn noen gang. De siste 20 årene har alle grupper i samfunnet fått bedre helse, noe som har medført at levealderen har økt både for kvinner og menn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–2011b). Vår subjektive vurdering av egen helse viser også at de fleste av oss mener vi er ved god helse. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) sin levekårsundersøkelse fra 2012 viser at 76 % av den norske befolkningen vurderte sin egen helse til å være god eller meget god, mens 9 % av befolkningen vurderte helsa si til å være dårlig eller meget dårlig. Ved å sammenligne disse tallene med tall fra levekårsundersøkelsen fra 2008 ser vi at andelen som vurderer sin egen helse til å være dårlig eller meget dårlig har økt med 3 %, samtidig som andelen som vurderer egen helse til å være god eller meget god, har sunket med 5 % på fire år (Statistisk sentralbyrå, 2014).



Figur 1.1 Forståelse av helse.

Nærmere innblikk i tallene viser imidlertid at blant de som i 2012 vurderte egen helse til å være dårlig eller meget dårlig, var andelen av menn med bare grunnskoleutdanning fem ganger så hyppig representert sammenlignet med menn med universitets-/høgskoleutdanning. Tilsvarende forskjeller hos kvinner var noe lavere (Statistisk sentralbyrå, 2014). Dette handler blant annet om helse og sosial ulikhet som blir tatt opp fyldigere i kapittel 2.

Til tross for at flertallet av den norske befolkningen mener de har god helse, viser internasjonal sykefraværstatistikk at vi har et betydelig høyere sykefravær i Norge enn i resten av Europa (Berge, Johannessen, & Næsheim, 2012; Folkehelseinstituttet, 2014c). Selv om kvinner har et gjennomgående høyere sykefravær enn menn, ser vi likevel at fraværet for menn i Norge er høyere enn for kvinner i Storbritannia og Danmark (Berge et al., 2012). En av flere årsaker til dette kan være at Norge har en høyere andel av befolkningen i arbeid enn det som er gjennomsnittet for de andre OECD-landene. Dette medfører at individ som har større risiko for å bli langtids sykemeldt, også er inkludert i arbeidsstyrken (Dahl, Bergli, & Wel, 2014).

Hva er folkehelse?

Definisjon på folkehelse

Folkehelse blir definert som «befolkningens helse og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen» (Folkehelseloven, 2011). Begrepet er tiltenkt å beskrive helse, sykелighet og dødelighet, levevaner, helserisiko og beskyttelsesfaktorer for helse i ulike befolkningsgrupper. Dette medfører at folkehelse ikke bare er summen av individene sin helse, men at begrepet også skal vise til mønstre av større eller mindre ulikheter i helse som finnes mellom ulike grupper i befolkningen (Pellmer et al., 2012). Kunnskap om folkehelse i et samfunn blir derfor en viktig forutsetning for å kunne fatte gode og riktige politiske beslutninger i helsespørsmål. For å tilegne oss slik kunnskap er vi nødt til å finne verktøy som kan måle folkehelse.

Hvordan måler vi om vi har en god folkehelse?

Som beskrevet over er folkehelse et svært vidt begrep. Ser vi det i sammenheng med at befolkningen også har ulik forståelse av hva helse er, noe som medfører en svært subjektiv vurdering av egen helsetilstand, gir det noen utfordringer når man skal forsøke å måle folkehelse. For hvordan kan vi måle om vi har en god eller dårlig folkehelse? Til dette formålet trenger vi å ta utgangspunkt i konkrete indikatorer på helsetilstand. Helseindikatorer er variabler som ofte er hentet fra helseregistre eller helseundersøkelser, men det kan også være data/variabler hentet fra lokale datakilder som for eksempel fra den lokale helsestasjonen. Gjennomsnittlig levealder er en mye brukt helseindikator og gir oss et bilde på samfunnsstrukturen, der en høy gjennomsnittlig levealder blant annet indikerer et samfunn med godt utviklet helse- og velferdssystem, mens

1. Bakgrunnsvariabler

Variabler som ligger til grunn i de ulike kommunene/fylkeskommunene. Dette kan for eksempel være gjennomsnittlig levealder, aldersfordeling i befolkningen, antall enslige foreldre, eller ulikheter i inntekt/utdanning.

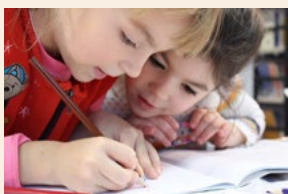
2. Eksponeringsvariabler

Variabler som gjelder levekår, levevaner og miljøpåvirkninger og som er med å påvirke hverdagen/livene til innbyggerne i kommunen/fylkeskommunen. Dette kan for eksempel være inntektsforskjeller, fysiske aktivitetsvaner og røyking.

3. Helsevariabler

Variabler som gir informasjon om helsetilstanden til innbyggerne i kommunen/fylkeskommunen. Dette kan for eksempel være antall hjerteinfarkt, krefttilfeller eller mengde legemidler brukt.

Figur 1.2 Oppbyggingen av folkehelseprofilene.



Noen trekk ved kommunens folkehelse

Temaområdene er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold



Om befolkningen

- Andelen eldre over 80 år i 2020 er estimert til å være på nivå med landet som helhet
- Andelen som bor alene er høyere enn andelen i landet

Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er høyere enn landsnivået
- Andelen barn (0–17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60% av nasjonal medianinntekt



Miljø

- Datagrunnlaget på temaområdet miljø er begrenset. Les mer om miljø og helse på midtsidene
- Andelen med skader er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter sykehusinnleggelser

Skole

- Andelen 10.-klassinger som trives på skole er høyere enn i landet som helhet. Kommuneverdien kan skjule stor variasjon mellom skoler
- Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing er lavere enn i landet som helhet.
- Frafallet i videregående skole er lavere enn i landet som helhet

Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jmfør Lov om folkehelsearbeid.

Statistikken er fra siste tilgjengelige periode per oktober 2013.

Figur 1.3 Eksempel på folkehelseprofil fra Bergen (Folkehelseinstituttet, 2014).

en lav gjennomsnittlig levealder indikerer det motsatte (Brunvoll & Kolshus, 2014). Andre eksempler på hyppig benyttede helseindikatorer kan være spedbarnsdødelighet, sykkelighet og egenvurdert helsetilstand. En helseindikator alene vil imidlertid kun gi oss en begrenset mengde informasjon. Når vi skal danne oss et bilde av helsetilstanden i befolkningen, er det derfor viktig at vi vurderer informasjon fra flere ulike helseindikatorer.

Med innføring av Folkehelseloven i 01.01.2012 ble kommunene lovpålagt å skaffe seg oversikt over helsetilstanden til sine innbyggere og hva kommunen kan gjøre for å påvirke den (Folkehelseloven, 2011). For å hjelpe kommunene med denne oppgaven har Folkehelseinstituttet bygget opp folkehelseprofiler som inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom (Folkehelseinstituttet, 2014a). Disse profilene er bygd opp med ulike tilgjengelige variabler som er valgt ut fra et forebyggingspotensial og kjente folkehelseutfordringer (se figur 1.2). Folkehelseprofilene gir på denne måten verdifull tilbakemelding på hvordan en del sentrale helseindikatorer fordeler seg i kommunen, og den gir samtidig mulighet for å sammenligne ulike kommuner og fylkeskommuner med hverandre og mot et landsgjennomsnitt.

Folkehelsevitenskap

Vitenskapsteori

Noe av det viktigste studentene ved en høyskole eller et universitet skal få erfaring med, er å utvikle forståelse for hvordan ny kunnskap dannes. Ved å tilegne seg kunnskap om dette vil en kunne vurdere kritisk det vitenskapelige designet og metodene som er benyttet og dermed kunne vurdere den nye kunnskapen med et åpent og kritisk blikk. Vitenskapelig forskning deles ofte opp etter kvantitative og kvalitative forskningsdesign. Den første har tradisjonelt blitt benyttet innen matematisk-naturvitenskaplige og medisinske fagmiljøer, mens den andre ofte benyttes i samfunnsvitenskapelige fagmiljøer. Imidlertid er det ingen skarpe grenser, og fagmiljøene kan bruke begge typer forskning. For eksempel benyttes kvalitative metoder for å kartlegge den helsemessige belastningen som pårørende til demente har, og kvantitative studier utføres av sosialøkonomer på data fra store registerundersøkelser. Innen de kvantitative studiene har vi forskjellig forskningsdesign, og vi vil nevne noen eksempler.

Tverrsnittsstudier er det vanligste forskningsdesignet som blir anvendt, et eksempel kan være at en undersøker en gruppe i forhold til om de har diabetes eller ikke-diabetes og samtidig registrerer hvor mye fysisk aktivitet de utfører i uka. Denne studien kan vise at mennesker som er inaktive, oftere har diabetes type-2 enn de som er aktive. På denne måten har vi innhen-

Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter som videre gir mulighet til å utføre regneoperasjoner, som for eksempel å finne gjennomsnitt eller prosent av en mengde

Dalland, 2012

Kvalitative metoder søker å fange opp mening og opplevelser som ikke er mulig å tallfeste eller måle

Dalland, 2012

tet data over helse og eksponering. Tverrsnittsstudier vil derfor kunne si noe om en samvariasjon, ofte kalt assosiasjon. Denne type forskningsdesign vil imidlertid ikke kunne si noe om en årsak-virkning, altså om inaktivitet er årsaken til diabetes type-2.

Et eksperimentelt studiedesign er et annet design som brukes i en del studier. I tillegg til samvariasjoner vil det eksperimentelle studiedesignet kunne si noe om årsak-virkning. Et eksempel kan være om en undersøker to grupper av studenter for to forskjellige eksponeringer. En gruppe blir eksponert for lett fysisk aktivitet (kontrollgruppe), og en gruppe blir eksponert for meget hard fysisk aktivitet (intervensjonsgruppe). Rett etter eksponeringen tas det blodprøver hvor en måler variabelen blodsukker. Ved å sammenligne kontroll og intervensjonsgruppa vil en kunne si noe om eventuelle forskjeller mellom gruppene og om årsaksforholdet mellom fysisk aktivitet og blodsukker.

Det finnes også andre typer forskningsdesign, og for å bygge opp vitenskapelig kunnskap bruker en ofte mange studier med forskjellige design. Dersom man har mange studier, kan man vitenskapelig utføre oversiktsstudier hvor en setter sammen resultater fra relevante studier med god forskningsmessig kvalitet. Disse oversiktsartiklene kalles review-studier eller meta-analyser.

Alle vitenskapelige studier kan ha svakheter. I en del studier er utvalget en undersøker for lite, og resultatene kan derfor bli usikre. I andre studier er det usikkerhet knyttet til hvordan en registrerer eksponeringen, for eksempel når man skal registrere helsedata. Metoder en bruker for å innhente slike data kan være ved bruk av spørreskjemaer, intervjuer (strukturert eller ikke-strukturert), registerdata (for eksempel fødselsregister eller data fra Statistisk sentralbyrå) og målemetoder. Dataene vi registrerer, kan enten være «harde data» som født og død, eller det kan være indirekte, «mykere data» som opplevelse av en hendelse. Kvaliteten på metodene er viktig for hvor god studien er. Dersom en skal undersøke hvor mye et menneske røyker, vil spørsmålet om hvor mange sigaretter som blir røykt, ofte bli underrapportert, mens måling av kjemiske stoffer fra tobakk i urinprøver er mer sikkert (Ellingsen et al., 2006). Antall deltagere i studien og hvilke metoder en bruker, kan være forklaringer på at vitenskapelige studier over det samme temaet kan vise forskjellige resultater.

Definisjon av folkehelsevitenskap

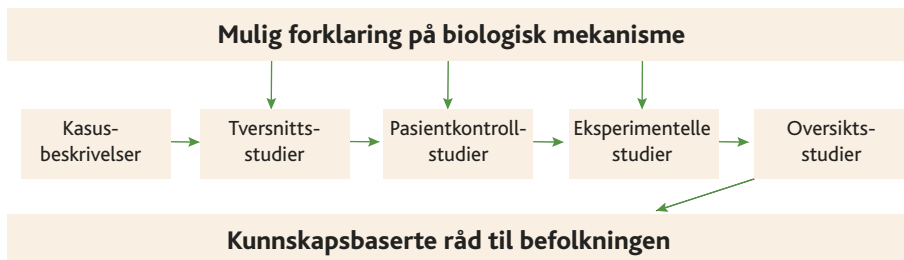
Allerede i 1920 ble folkehelsebegrepet forsøkt definert av den amerikanske professoren C. E. A. Winslow som:

The field of public health draws on and incorporates the expertise and skills of many other disciplines, including biology, psychology, sociology, education, medicine, public policy and others. There are many specialties within the field of public health, yet all begin with training in the five foundations of public health: behavioral sciences/health education, biostatistics, environmental health sciences, epidemiology, and health services administration. (Winslow, 1920)

Denne definisjonen har tålt tidens tann og blir fremdeles sett på som den mest omfattende og velformulerte definisjonen på folkehelsevitenskap. Som vi har vært inne på tidligere i kapittelet, er folkehelse et svært vidt begrep, da det er svært mange faktorer som påvirker befolkningen sin helsetilstand. Definisjonen til Winslow (1920) understreker også dette da den viser til folkehelsevitenskap som et tverrfaglig fagfelt der det ikke er én enkelt vitenskapelig fagretning som er styrende, men heller forskning fra mange ulike fagdisipliner som sammen gir grunnlag for å si noe om befolkningen sin helse og de faktorer som påvirker denne.

Fra folkehelsevitenskap til «praktisk bruk i samfunnet»

En kan si at folkehelsevitenskapen er den vitenskapelige kunnskapen som gir oss grunnlag for å si noe om *«befolkningen sin helsetilstand og hvordan helsa fordeles seg i befolkningen»*. Folkehelsevitenskapen er derfor med på å legge grunnlaget for at det praktiske folkehelsearbeidet vi gjør er kunnskapsbasert, det vil si forankret i forskning (Pellmer et al., 2012). En stor mengde forskning på eldre og deres risiko for fall har vist at spesifikk styrke- og balansetrening for denne gruppa kan redusere risiko for fall med mellom 15–50 % (Kannus, Sievänen, Palvanen, Järvinen, & Parkkari, 2005). Dette har medført at flere kommuner nå tilbyr fallforebyggende kurs med vekt på styrke og balanse for eldre i sin kommune. En enkeltstående studie som viser denne sammenhengen, ville ikke gi tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag for å sette i gang et slikt tiltak. Enkeltstående forskningsstudier kan vise helt motstridende resultater, og da kan vi ikke bare ta utgangspunkt i den første og beste studien vi finner. For å kunne si noe mer sikkert om sammenhengen mellom styrke- og balansetrening og eldre sin fallrisiko, trenger vi først av alt en stor mengde forskning på fagfeltet. Deretter trenger vi review-artikler av anerkjente forskere på fagfeltet som kritisk gjennomgår relevant faglitteratur på området, og som ser på i hvilken retning forskningen peker (se figur 1.4).



Figur 1.4 Vitenskapelig kunnskapsoppbygging som grunnlag for kunnskapsbaserte råd.

Det er imidlertid ikke alle deler av folkehelsa det er like enkelt å undersøke, og det ligger en del etiske begrensninger på hva vi kan forske på, og hvordan

vi kan gjennomføre denne forskningen. Vi kan for eksempel ikke pålegge en gruppe kvinner å røyke i svangerskapet for så å undersøke om det har noen negative helsekonsekvenser for barnet. Det vi derimot kan gjøre i slike tilfeller, er å følge svangerskapet til de kvinnene som allerede røyker og vurdere helseutfall for mor og barn i forhold til en sammenlignbar gruppe kvinner som ikke røyker under svangerskapet. Slik type forskning baserer seg imidlertid på hvor mange sigaretter mor sier at hun røyker, altså en subjektiv indikator. Dette viser seg ofte å være et upresist mål, da personer har en tendens til å underestimere ugunstige levevaner. En videre utfordring med forskning på slike forhold er tidsrommet fra påvirkning av ugunstige helsefaktorer til dette eventuelt gir seg utslag i negative helseutfall. Ideelt sett skulle forskere fulgt disse røykebarna fra fødsel til død for å vurdere om de hadde økt risiko for røykerelatert sykdom og/eller tidlig død i forhold til andre som ikke var utsatt for røyking i fosterlivet. Dette ville imidlertid blitt svært omfattende og vanskelig å gjennomføre i praksis, samtidig som vi ikke kunne utelukke at det var andre faktorer røykebarna hadde blitt utsatt for i løpet av livet som forårsaket sykdom og/eller tidlig død. Et menneske blir utsatt for mange forskjellige eksponeringer i løpet av livet. Forskning på slike forhold må derfor i stedet ta utgangspunkt i studier med andre design. Ofte brukes store observasjonsstudier, som kohort- og casekontrollstudier, hvor en ser på hvem det er som får/ikke får ulike sykdommer eller lidelser, og hva som kjennetegner deres hverdag og livsstil. Dette gir oss mulighet til å kunne vurdere risiko ved ulike helseatferd. Denne risikovurderinga gir videre kunnskapsgrunnlag for å gjøre endringer i form av påbud, forbud eller anbefalinger.

Hva er folkehelsearbeid?

Definisjon på folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid blir definert som

«samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen». (Folkehelseloven, 2011)

På bakgrunn av definisjonen over og det vi ellers har gjennomgått om begrepet folkehelse, går det fram at folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene som virker helsenedbrytende, kan være alt fra det vi spiser og drikker, til faktorer som befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. Positive påvirkningsfaktorer som beskytter eller fremmer helse, kan derimot være styrkende faktorer i miljøet rundt oss. Dette kan for eksempel være hvilket forhold vi har til våre nærmeste eller i hvilken grad vi opplever at livet har mening og er håndterbart (Helsedepartementet, 2002–2003).

Tabell 1.1 Oppdeling av folkehelsearbeid og helsearbeid.

Type arbeid	Underkategori	Eksempel på tiltak
Type arbeid (gruppenivå)	Primærforebyggende	Helsefremmende arbeid kan være å bedre levekår bl.a. boligområder, deltagelse på kulturopplevelser eller sosiale møter
		Hindre negativ påvirkning fra miljøet kan utføres ved å bedre innemiljøet i en skole eller å tilrettelegge en arbeidsplass slik at denne ikke gir muskel-skjelett-skader
Habilitering og rehabilitering (individnivå)	Sekundærforebyggende	Arbeid i symptomfri fase, for eksempel screening av befolkningsgrupper for høyt kolesterol eller ved mammografi og deretter utføre forebyggende arbeid mot gruppa
		Tidlig intervensjon i grupper eller hos enkeltindivider. MoRO prosjektet gjennomførte livsstilsendringer i en befolkning som hadde øket risiko for å utvikle diabetes og hjerte- og karsykdommer
		Arbeid i klinisk, symptomgivende fase utføres for å hindre tilbakefall av en sykdom, for eksempel en 40-årig mann med nytt hjerteinfarkt. Akutt medisinsk behandling er gjennomført og endring av livsstil er viktig for å hindre at symptomene kommer igjen.
	Tertiærforebyggende	Arbeid som skal hindre forverring av eksisterende sykdom, for eksempel en 70-åring med diabetes og hjerte- og karsykdom som får opphold på rehabiliteringsinstitusjon og blir kontinuerlig behandlet med medisiner.

Grenselinjene mellom folkehelsearbeid og helsearbeid

Folkehelsearbeid kan drives på ulike nivåer, og blir ofte delt opp i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid er den prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over sin helse og evne til å forbedre denne (World Health Organization, Ottawa, 21 november 1986). Sykdomsforebyggende arbeid går ut på å forhindre sykdom og deles ofte opp i tre ulike nivåer der

- Primærforebygging innebærer å styrke helsa og hindre at det oppstår sykdom, skade eller lyte
- Sekundærforebygging handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall
- Tertiærforebygging innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–2011a)

Helsearbeid deles opp i habiliterende og rehabiliterende arbeid. Det er ikke alltid lett å trekke tydelige grenselinjer mellom hvilket arbeid som blir regnet for å være folkehelsearbeid og hvilket som er helsearbeid. En generell regel er at folkehelsearbeidet blir utført på gruppenivå, mens helsearbeidet blir utført på individnivå. Likevel finner vi flere unntak fra denne regelen.

Primærforebyggende arbeid

Helsefremming

Alle planer som utarbeides av kommunen, skal vurderes i forhold til om de styrker faktorer som påvirker folkehelsa positivt, på samme måte skal det vurderes om en reduserer negativ påvirkning på helsa vår. Dette kalles *Helse i plan*, og det er hjemlet i Plan- og bygningsloven § 3–1. Flere kommuner har faste tverrfaglige møter hvor ansatte fra helsesektor, skolesektor og sektor for teknikk og miljø samles og vurderer konsekvenser av planer. Slike møter kan ha navn som Planforum eller lignende. Planlegging som fremmer folkehelsa, vil kunne være at lokale boligområder blir regulert slik at det er lekeplasser, lett adkomst til natur o.l., det kan være å lage gode gang- og sykkelveier, og det kan være å legge til rette for gode sosiale arenaer som torgområder, lokale kafeer o.l.

Det å drive fysisk aktivitet er helsefremmende. Den organiserte idretten er en av flere sentrale aktører i dette arbeidet og blir beskrevet i et senere kapittel.

En *helsefremmende skole* har meget stor betydning for folkehelsa, men resultatene vil som oftest vise seg lang tid etter at skolegangen er gjennomført. I forhold til livsstilssykdommer vil effekten kunne vise seg etter 40 til 50 år, mens tiltak i skole som motvirker mobbing, vil kunne gi positive