

Hva har vi lært?

For folkehelsen i Norge fra det fjerne 1700-tallet og framover sannsynliggjør både tilgjengelig kildemateriale og drøftingen av det at i denne moderniseringsperioden var de langsomme forandringene innenfor generell samfunnsutvikling, kultur og helseoppfatning like viktige som de fagmedisinske nyvinningene og tiltakene. De langsomme forandringene i befolkningsutvikling og tilhørende folkehelse både strakk seg over lang tid og foregikk ikke samtidig overalt. Ved forandringer som skjer i det stille, f. eks. over flere generasjoner, må det tas hensyn til kohorteffekten ved den historiske vurderingen av hva som skjedde. Dyptgripende endringsprosesser kunne unndra seg oppmerksomhet både i samtid og tilbakeblikk, fordi de var så langsomme at de ble oppfattet som en normaltilstand. Fordi tidsperspektivene er forskjellige, blir de lange linjene i folkehelsehistorien en bunt av bølger med forskjellig frekvens. Kunnskaper om disse bølgene kan være nyttig bakgrunn for praktisk folkehelsearbeid.

Gå tilbake til omslagsbildet på denne boken, eventuelt til figur 2.1., som er samme bilde i fullversjon. Det er utsikten over Oslo fra Ekeberg, tegnet av J. W. Edy i året 1800. Mer enn 225 år har gått siden den gang. Alle vil være enige om at her har det skjedd store forandringer i tidens løp, sammenlikn med dagens utsikt (figur 2.2.). Disse forandringene har hatt forskjellig hastighet og forskjellig varighet, for de av dem som ikke er synlige mer. Selve naturen med blånene i det fjerne er nokså konstant. De tre kirkene på bildet er der fortsatt. Men ellers – langsomt har livsmiljøet endret seg, kanskje ganske umerkelig for menneskene i den perioden de befant seg der, men dramatisk for den som skuer 225 år tilbake i tid.

Tidsperspektiver kolliderer – enkeltmenneskers referanserammer mot rammene vi finner i omgivelsene. Hva som har vært viktigst for å forme framtiden, trenger drøfting, spesielt fordi de mange endringsprosessene tiltrekker seg forskjellig oppmerksomhet. Forandringene har heller ikke skjedd på samme tid på alle steder og for alle grupper.

Om personene nederst til venstre på bildet, vet vi intet på individnivå. Men ut fra vår viten om tidens folkehelse, helse på gruppenivå, kan vi gjøre ganske sikre antakelser om hvordan deres helse ville arte seg. Og det er denne gruppens, dvs.

kohortens tidsperspektiv som blir premissgivende for viktige endringer med lengre perspektiv.

Formålet med denne boken er å drøfte betingelsene for utviklingen av norsk folkehelse, på jakt etter betydningsfulle langsomme forandringer og lange historiske linjer. Historien om individuell helse, medisin og helsetjenester er annerledes enn fortellingen om den kollektive helse – folkehelsen. Dette vil i større grad måtte være *kontekstens* historie, å beskrive samspillet mellom norsk folkehelse og relevante deler av den generelle samfunnsutviklingen.

Den demografiske transisjon som helsehistorisk studieobjekt

De årene da den norske befolkningen gjennomgikk den demografiske transisjon er særlig egnet for å se på denne dynamikken. Både betydningen av de langsomme forandringene og de lange historiske linjene vi finner der, strekker seg langt bakover i tid. Framover kan de gjenkjennes opp til våre dager.

Den demografiske transisjonen i Norge begynte ganske brått i 1815, da den alminnelige dødeligheten begynte å falle. Fødselstallene sank tilsvarende, men først fra rundt 1890. Gradvis avsluttes transisjonen gradvis fram til rundt 1930 – men selv etter dette skimtes sporene i befolkningsutvikling og folkehelsebetingelser. Det er fortsatt bølger som henger sammen med fortiden. Verken i befolkningshistorien eller i folkehelsehistorien er Eilert Sundt død!

Folkehelse i det store bildet

Innledningsvis stilte vi et spørsmål:

Hva hadde størst betydning for folkehelseutviklingen, relativt sett, de medisinske nyvinningene og tiltakene eller de langsomme, nærmest umerkelige forandringene som foregikk over tid innen helseoppfatning, fagmedisinsk viten og medisinsk praksis?

Spørsmålet kan spisses ytterligere: Hva hadde størst betydning for folkehelsen på overordnet nivå, det som skjedde innen medisin og helsevesen, eller de allmenne prosessene i samfunnet omkring? All ære til pionerene i medisinsk fagutvikling, klinisk medisin og samfunnsmedisin, men hva med *den sosiale kontekstens* innflytelse på tidens kollektive helse – folkehelsen?

Vi har sett hvordan det i første del av 1800-årene ikke skjedde så mye banebrytende innen norsk medisin og helsevesen av umiddelbar betydning for praktisk helsearbeid. Vi hadde fått en nasjonal medisin og et rikshospital begrunnet med undervisning. Det medisinske fakultetet ved det nye universitetet fungerte helt fram til rundt 1870 mest som en *skole* som så det som sin oppgave å utdanne leger med et teoretisk og praktisk studieopplegg etter mønster av Det kirurgiske akademi

i København. Denne kombinasjonen av teori og praksis skulle gjøre kandidatene egnet til å fungere selvstendig ute i samfunnet.

I Christiania foregikk oppbyggingen av helsevesenet med samfunnsmedisineren Frederik Holst som den sentrale person. På Vestlandet var lepra et alvorlig problem. I tillegg til å gi klinisk behandling, tilsyn og omsorg til de syke, studerte man leprasykdommen epidemiologisk og etter hvert forskningsmessig i det medisinske miljøet i Bergen.

Især kolerapandemien som rammet Norge fra 1832, ga støtet til både medisinsk forskning og til samfunnsmessige tiltak for å verne om folkehelsen. Mot slutten av århundret utfordret blant annet flytteprosesser og urbanisering medisin og helsetjeneste. Fortsatt var de forebyggende samfunnsmedisinske tiltakene vel så effektive som den behandlingen som kunne tilbys dem som var blitt syke.

Den alminnelige samfunnsutviklingen gikk raskt framover mot slutten av 1800-tallet. Kulturlivet fikk betydning for folkehelsen fordi sykdom og levekår kom mer fram i lyset og endret både problemstillinger og holdninger til folkesykdommene. I helsehistorien stiller *tuberkulose* i så måte i en særklasse. Tuberkulose ble en svøpe for befolkningen som følge av folkevekst og omflytting, fordi betingelsene for spredning og sykdomsutvikling nå var blitt gunstigere. Tuberkulosen som allment og overgripende folkehelseproblem var historisk viktig også fordi sykdommen hadde innflytelse på det meste som foregikk. Inngripende tiltak på samfunnsnivå ble etter hvert akseptert og viste seg å være effektive, lenge før spesifikk behandling var tilgjengelig. Tuberkulose ble en *forvaltet* sykdom.

Det er f. eks. – spissformulert, men tillatelig – å spørre hvem som hadde størst betydning for bekjempelse av tuberkulose som folkehelseproblem i Norge – basillens tyske oppdager Robert Koch eller organisasjonskvinnen fra Trøndelag Fredrikke Qvam? Eller multikunstneren Christian Krohg? Eller barnesangdikteren Margrethe Munthe? Også innen historien er helse på individnivå og på gruppenivå, dvs. *folkehelse*, to forskjellige arenaer.

Kohorteffekten

Et problem ved å studere langsomme forandringer er simpelthen *at de er langsomme*. I folkehelseutviklingen strekker mange av de viktige langsomme forandringene seg over så lang tid at de går over flere generasjoner. Derfor er *kohorteffekten* viktig også for historien. Et viktig eksempel har vi allerede nevnt: Den demografiske transisjon i Norge med dens følgeprosesser var en slik langsom forandring. Menneskets biologiske levealder bevirket at ingen personer kunne oppleve både starten og slutten. Befolkningskohorter fulgte jevnt etter hverandre gjennom transisjonen gjennom mer enn hundre år, Referanserammene for enkeltindividene ble derfor

ulike, alt etter hvor man hørte hjemme i forløpet. Oppfatninger, erfaringer og kunnskaper ble brakt videre som en glidende overføringsprosess.

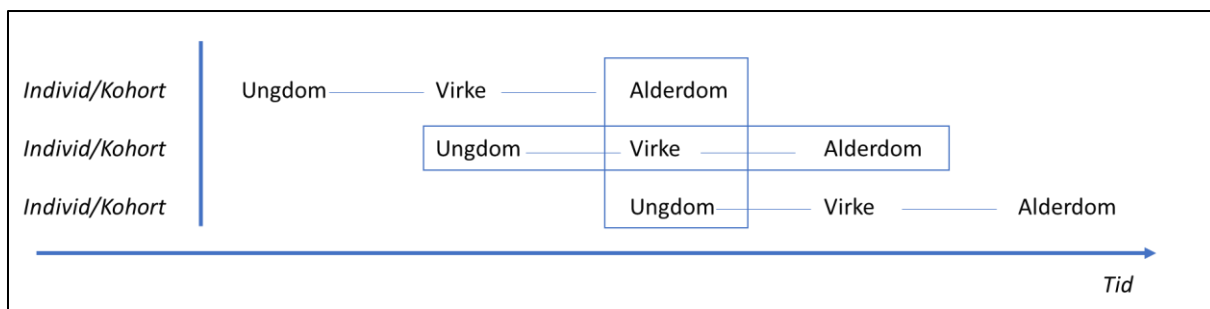
Hvis vi grovt regner 30 år som en generasjonsforskjell, forstår vi at de som var født omkring 1790 og hadde opplevd både nødsår og eneveldets styresett, hadde en helt annen bakgrunn for liv og helse enn den generasjonen som var født 30 år seinere, altså rundt 1820 og hadde sine formative, unge år i det optimistiske nye, demokratiske Norge. Personene på bokens omslagsbilde tilhørte den gamle tid. Livet for hver kohort, i vid forstand, ble preget av når man var født. Eilert Sundt så dette klart allerede midt på 1800-tallet og med mangelfull statistikk å støtte seg til, før de fleste andre samfunnsforskere. Kohortene fra årene 1790/1820/1850/1880/1910/1940/1970, og tilsvarende grupper fra årene imellom, ble forskjellige fordi de levde i en tid som ubønhørlig undergikk langsomme forandringer. Gruppene opplevde disse pågående forandringene felles, men utgangspunktet var for hver enkelt knyttet til vedkommendes fødselstidspunkt. En tilsynelatende nokså ensartet befolkningsgruppe på et bestemt tidspunkt vil derfor kunne omfatte individer som har en høyst forskjellig helsebakgrunn – kfr. eksemplet med folkene på kaia i Balestrand i 1957 (figur 27.2.) De ser nokså like ut, men helsebakgrunnen har et stort spenn, fra de gamle damene til venstre i bildet til jentungen nedad til høyre.

Et forsøk til en forståelse

En samlende modell til forståelse av de langsomme forandringer, de lange historiske linjene og kohorteffekten i dette, kan settes opp skjematisk som i figur 28.1. På figuren leses forløpet av enkeltpersonenes liv *horisontalt*. ”Ungdom” betyr her oppvekst og unge år, da både forutsetningene for egen helse, eget ”verdensbilde” og innpassing i samfunnet blir dannet. ”Virke” er de årene man selv har innflytelse på hva som skjer, kanskje mest typisk for folk i den handlekraftige aldersgruppen 30-50 år. Med ”alderdom” menes resten av livet, da andre har overtatt.

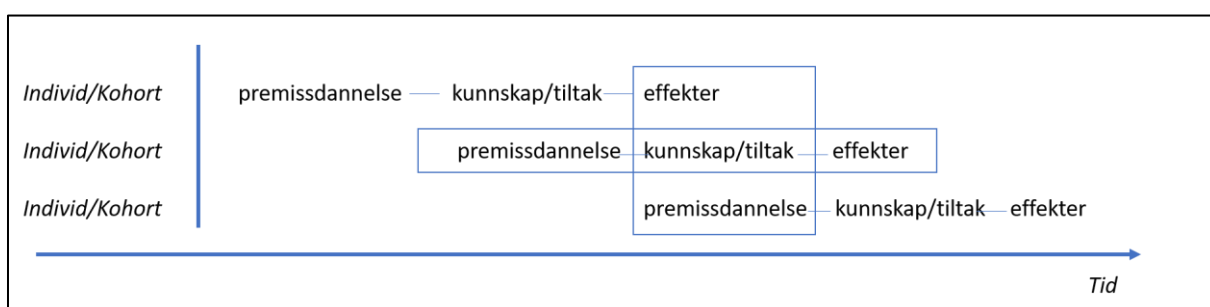
Vertikalt leses situasjonen for grupper av individer fra hver enkelt kohort på et tidspunkt i livsløpet. Man har med seg kunnskaper, atferd og styrende normer fra generasjonen før, påvirker selv hva som skjer i de aktive år og avløses av ny ungdom som overtar.

Alle hører hjemme i sin tid, men fortiden følger med og framtiden formes.



Figur 28.1. Kohorteffekt og langsomme forandringer (horisontalt: individuelle livsløp, vertikalt: nåsituasjon for gruppen)

Konkretiserer vi kohorteffekten om folkehelseutviklingen, blir de formative ungdomsårene premissdannere for de yrkesaktive årene da medisinsk kunnskap dannes og tiltak utformes, mens årene inn i alderdommen blir tiden da man lever med effektene av egen generasjons innsats og det som var brakt videre fra tidligere. Dette er illustrert i figur 28.2., som leses på samme måte som figur 28.1.



Figur 28.2. Kohorteffekt i folkehelseperspektiv (horisontalt: livsløp, vertikalt: nåsituasjon)

Historien som bakgrunn for praktisk folkehelsearbeid

Fra helsehistorien forstår vi at all framgang i medisinsk vitenskap, helsevesen og alt det som hører moderne helseomsorg til, har vært ledsaget av dels mektige, premissgivende langsomme prosesser som stille og rolig har formet vår verden. For utformingen av praktisk folkehelsearbeid kan dette være en kilde til utforming av praktiske tiltak, slik Frederik Holst gjorde det i første del av 1800-årene og de sosialhygieniske pionerene hundre år seinere. Helsepåvirkninger og helseatferd er styrbare størrelser, men kanskje ligger det beste angrepspunktet et helt annet sted enn i medisinen.

Vi skjønner umiddelbart forskjellen mellom aldersgruppen som hadde opplevd krig og bitter nød ved begynnelsen av 1800-tallet og fått dette til en basiserfaring for resten av livet, og den aldersgruppen som hadde hatt sin ungdom i bohemtidens Kristiania da det samme århundret gikk mot sin slutt.

Og for vår tid skjønner vi forskjellene i forutsetningene for helse mellom besteforeldrenes, eventuelt oldeforeldrenes barndom og ungdom og de unge som har levd hele sitt liv under velferdsstatens beskyttelse.

Forståelse for de langsomme forandringenes betydning og for de lange historiske linjene i folkehelsehistorien kan være et nyttig verktøy på veien videre.

Det er en viktig lærdom.