

Nesten samfunnsmedisin

John Gunnar Mæland, red.

Sykdommers sosiale røtter

Oslo: Gyldendal, 2020

281 s. Pris NOK 449

ISBN 978-82-05-52394

Michael 2021; 18: 227–9.

Tidligere professor i sosialmedisin og forebyggende helsearbeid ved Universitetet i Bergen, John Gunnar Mæland, har et stort forfatterskap bak seg om sammenhengen mellom samfunn og helse. Denne boka er en antologi hvor Mæland har vært både redaktør og kapittelforfatter. Han har tatt med seg ni andre sentrale fagpersoner. Sammen gir de leseren en oppdatering om det boktittelen tilsier, sykdommers sosiale røtter.

Boka har fire hoveddeler. Del 1 er en generell innføring og ser sykdom og helse i et sosialt perspektiv. Tre kapitler, skrevet av Mæland selv, Steinar Krokstad og Øyvind Næss, gir en oversikt over sammenhengene, inkludert noen eksempler på etablerte risikofaktorer. En honnør til Næss for at han har trukket fram Anders Forsdahl (1930–2006) fra Tromsø, en av dem som var opptatt av de lange linjene i folkehelsen og fikk navnet sitt knyttet til Forsdahl-Barker-hypotesen om kopling mellom levekår i tidlig alder og sykdom og dødelighet senere i livet.

Del 2 *Sosiale helsedeterminanter* drøfter store spørsmål i livet i fem kapitler, forfattet av Mæland selv, Frode Thuen, Esperanza Diaz og Jon Ivar Elstad. Betydningen av en trygg og god barndom, foruten et godt nettverk seinere i livet er greit beskrevet, likeledes kjønnsforskjeller. Diaz' kapittel 7 heter, ganske lovende, *Migrasjon som helsedeterminant*. Det er oppdatert og veldokumentert om innvandrere. Men migrasjon er mye mer enn innvandrere. Helseeffektene ved den langt større migrasjon som består i de flyt-



tinger de aller fleste nordmenn foretar i løpet av livet, styrt av utdanning, arbeidsmuligheter, økonomi og mange faktorer de selv bare i liten grad styrer, er knapt berørt. Leseren blir derfor særlig interessert ved å bla videre til kapittel 8, Jon Ivar Elstads *Makrobetingelser for helse: Hva betyr velferd, inntektsfordeling og økonomisk krise for folkehelsen?* Her er det mye, god og oppdatert informasjon. Leserinteresser er selvsagt ulike, men for denne anmelder framstår drøftingene i Elstads kapittel som noe av det beste i boka.

Del 3 *Hvordan kommer det sosiale under huden?* med to kapitler av Mæland selv, Anna Luise Kirkengen og Elling Ulvestad, går i dybden om blant annet livserfaringer og biologi.

Del 4 *Sunne samfunn: Kan folkehelsearbeidet bidra?* har to kapitler. *Politikk for et sunnere samfunn* er skrevet av Mæland selv. Sammen med Dag Helge Rønnevik behandler han lokalt folkehelsearbeid under omstilling.

Dette er en god bok. Dyktige forfattere har skrevet kunnskapsrikt. Kapitlene har rikelig med henvisninger til videre lesning. Men likevel – man åpner boka med forventning og lukker den med forbauselse: Faktorer som påvirker helsen – er det ikke mer? Hvor er resten av faktorene?

Forklaringen på hvorfor viktige temaer mangler, antydes allerede i kapittel 1. Der står det (side 21) at de første spirene til våre dagers sosialepidemiologi kan spores i 1960- og 1970-årene i USA. På side 22 står det hvordan man i 1980- og 1990-årene gjenoppdaget sosiale ulikheter i helse. Videre står det at den gamle sosialmedisinske innsikten på denne tiden var falt ut av oppmerksomheten. Det er feil. Gammel innsikt var ikke falt ut. Den var blitt aktivt skjøvet ut.

Sosialhygienisk tenkemåte, tilnærming til folkehelsen på bred front, og samfunnsforhold som medisinsk anliggende, har i Norge lange røtter. I etterkrigstiden ble dette helhetssynet paradoksalt nok nedbygd, både i medisinstudiet og i samfunnet. Ved Universitetet i Oslo ble det store hygienefaget i 1952, den gang sikkert velment, splittet i en befolkningsrettet sosialmedisin og en miljørettet hygiene. I årene som fulgte ble sosialmedisinen gradvis dreid til å bli svake gruppers medisin. Hygienens skallet av sentrale deler av miljømedisinen til andre fagfelt. Ved fakultetene ble hygienen på den ene siden rendyrket epidemiologi, på den annen side individsentrert forebyggende medisin. Legers kompetanse om sosiale og fysiske miljøfaktorer ble svekket. Det vokste fram en legerolle som var snevrere enn før. Det er nå den reorienteringen Mæland beskriver, kommer inn.

Men mye var og ble borte. Derfor er den i og for seg velskrevne del 4 om sunne samfunn påfallende tafatt i forhold til resten av boka. Det er observatørens røst vi hører, ikke den ansvarlige aktørens. Infrastrukturen i

samfunnet, fra skoleverk til søppelhåndtering, er menneskeskapt. Helsehensyn kan, bør og må tas med hele veien.

Bare ett eksempel på stoff som savnes i en bok om sykdommers sosiale røtter: Stedsplanlegging og folkehelse er et svært område med en enorm litteratur. Hvordan norske byer og steder blir utformet, griper dypt inn i folks livsform, økonomi, trivsel og helse. Hele fagfeltet *Helse i plan* får i denne boka bare femten forholdsvis intetsigende linjer på sidene 256–257.

I neste utgave bør Mæland legge til kapitler om emnene som mangler. Da vil han ha fullført rehabiliteringen av den samfunnsmedisinske tenkemåten.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo