

Robin Hood – nyttig for folkehelsen?

Var Robin Hood virkelig nyttig for folkehelsen? Den britiske økonomen Richard Wilkinson hevder at graden av økonomisk ulikhet i et samfunn har innflytelse på helsen i alle samfunnslag. Det er en besnærende tanke at jevnere fordeling vil gi en helsegevinst både for fattig og rik, og mang en moderne Robin Hood har trykt Wilkinsons resultater til sitt bryst. Men hypotesen er også omstridt, og undersøkelsene den baserer seg på, blir kritisert for ikke å holde mål. Nyere forskning forsøker å belyse spørsmålet ytterligere.

Mette Brække

mette.brekke@samfunnsmed.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1130 Blindern
 0317 Oslo

Robin Hood var en av vår barndoms helter. Fra sitt revir i Sherwood-skogen overfalt han rikfolk og delte byttet ut til fattige. Han var en fryktet skurk, men at sympatiene likevel var på hans side, sørget vår barnlige rettferdighetssans for. Det er lett å tenke seg at røverens aktiviteter kunne bety en helsegevinst for de fattigfolk som ble personlig begunstiget. Mer usikkert er det om hele befolkningens helse ble bedret, fordi gapet mellom fattig og rik ble mindre. Og det mest kontroversielle spørsmålet er: Oppnådde til og med de rike ransofrene en positiv helseeffekt (selv om de der og da neppe ville være enige i påstanden)?

Disse spørsmålene er faktisk blitt heftig debattert de senere år, og diskusjonen pågår fortsatt – om enn sjelden knyttet opp mot vår venn fra Sherwood-skogen. Jeg vil her gi en oversikt over de ulike syn og over noen av de forskningsresultater disse bygger på.

Besnærende fordelingshypotese

Som en hovedregel er folkehelsen dårligere i fattige land enn i rike land, f.eks. angitt ved forventet levealder (1, 2). Likedan har økonomisk svake grupper i det enkelte land dårligere helse enn mer velstående grupper (3, 4). Dette er vist så grundig at det må ansees å være hevet over tvil. Imidlertid er det i de senere år blitt hevdet at folkehelsen i såkalt utviklede land er mer avhengig av inntektsfordelingen innad i landet enn av det gjennomsnittlige inntektsnivået. Hvis denne påstanden er riktig, har den flere implikasjoner:

- Det er verre å være fattig i et samfunn der avstanden til de rikes levestandard er stor, enn å være like fattig i et samfunn der forskjellene er mindre.
- Også de velstående i et samfunn med store ulikheter har dårligere helse enn de like velstående i et mer egalitært samfunn.
- Det vil være mulig å bedre folkehelsen via en velstandsutjevning, selv om gjennomsnittlig inntektsnivå forblir uendret, altså via «Robin Hood-metoden».

Den som særlig har forfektet hypotesen om at velstandsfordeling påvirker folkehelsen, er den britiske økonomen Richard Wilkinson. Wilkinson påviste korrelasjon mellom inntektsfordeling og forventet levealder i ni industrialiserte land ($r = 0,86$) og tok dette til inntekt for sin hypotese (5). To studier som støtter opp under Wilkinsons funn, ble publisert samtidig i BMJ i 1996: Kaplan og kolleger ved Berkeley (6) og Kennedy og kolleger ved Harvard (7) viste at forventet levealder er nært korrelert med inntektsfordeling i USAs 50 stater ($r = 0,62$ og $r = 0,54$). Som mål for inntektsfordeling brukte Kaplans gruppe den prosent av statens totalinntekt som gikk til den fattigste halvdel av befolkningen. Kennedys gruppe brukte «Robin Hood index», dvs. den andel av inntekten som ville måtte overføres fra de rikeste til de fattigste for å oppnå fullstendig utjevning. Begge forskergruppene fant at høy inntektsulikhet innad i en stat var korrelert med lav forventet levealder.

Kritikk på flere områder

Wilkinsons hypotese og de nevnte publikasjonene har fått stor oppmerksomhet, men oppmerksomheten har tatt høyst ulike retninger. På den ene siden er studiene blitt flittig sitert og har influert en rekke rapporter, utredninger og liknende. På den

annen side er de blitt kraftig imøtegått og kritisert. Kritikerne har særlig hatt tre innvendinger:

- Kvaliteten på datagrunnlaget for Wilkinsons arbeid er for dårlig.
- Resultatene kan være statistiske artefakter.
- Det finnes ikke plausible biologiske forklaringer for hypotesen, og Wilkinsons forklaringsforsøk er ikke holdbare.

En som har kritisert datagrunnlaget, er Ken Judge (8). Han gjorde selv en analyse av sammenhengen mellom inntektsfordeling og forventet levealder basert på nyere tall fra europeiske land, uten at han fant støtte for Wilkinsons hypotese. Judge konkluderer med at han på ingen måte ønsker å bestride at fattige mennesker har dårligst helse, men at fremtidig forskning på dette området må benytte seg av mer sofistikerte, multivariate metoder.

Tungtveiende kritikk er også blitt fremsatt av Hugh Gravelle, som spør: Hvor stor del av sammenhengen mellom mortalitet og inntektsfordeling i en befolkning er et statistisk artefakt (9)? Han hevder at Wilkinsons, Kennedys og Kaplans resultater sannsynligvis er artefakter som skyldes bruk av aggregerte data og ikke individuelle data. Gravelle konkluderer med at i fremtidig forskning er individuelle data nødvendig for å få holdbare resultater. Muntaner & Lynch publiserte et angrep på Wilkinsons forskning, der de særlig er opptatt av at hans forklaringsmodeller ikke holder mål (10). La oss derfor se nærmere på hvordan Wilkinson forsøker å forklare sine funn.

Tvilsom forklaringsmodell?

Den viktigste forklaringsfaktoren er det Wilkinson kaller «social cohesion» – noe som best kan oversettes med sosial sammenheng/tetthet/nærhet, altså i hvilken grad folk flest er integrert i sosiale nettverk og relasjoner som innebærer tillit og trygghet. Wilkinson hevder at egalitære samfunn har mer av dette enn samfunn med stor ulikhet. Ulikhet fører til omgivelser kjennetegnet av mistillit, liten grad av respekt for andre mennesker og høyt aggresjonsnivå, hvor folk i liten grad opplever tilhørighet til storsamfunnet. Å leve under slike vilkår innebærer en stressbelastning, som vil være helseskadelig for alle, uansett hvor i hierarkiet vi befinner oss. Lav «social

cohesion» fører altså til uhelse og tidlig død på grunn av de psykologiske effektene av kronisk stress. Selv om dette affiserer alle, er folk som befinner seg lavt i hierarkiet mest sårbare, fordi det er her de uheldige samfunnsmessige effektene av dette, som rusproblemer, vold og kriminalitet, er mest fremtredende.

Begrepet «social cohesion» er fascinerende, sier Muntaner & Lynch (10). Men så lenge begrepet ikke er definert og målt, er det kun en ubekreftet hypotese at dette skulle være mellomledet mellom grad av ulikhet og folkehelsen, hevder de. Enda mer kritiske er forfatterne imidlertid til at Wilkinson ved bruk av en slik forklaringsfaktor styrer unna spørsmålet om hva som *skaper* økonomisk ulikhet i et samfunn, slik som diskriminering og utbytting på grunn av klasse, kjønn og rase.

Også andre har kritisert Wilkinsons forklaringsmodell. Den norske sosiologen John Ivar Elstad spør for eksempel: Er det nå så sikkert at høy grad av «social cohesion» er helsefremmende (11)? Det er nok av eksempler på at samfunn med høy grad av «cohesion» har vært heller usunne, og at dette snarere kan sees å avspeile høy grad av sosial kontroll.

To senere studier har forsøkt å måle «social cohesion» (12, 13). I den ene av disse målte man medlemskap i frivillige grupper kombinert med hvor mange som angir at de opplever å kunne stole på sine medmennsker (12). I denne tverrsnittsstudien fra 39 amerikanske stater viste det seg at graden av inntektsulikhet i hver stat korrelerte sterkt både med antall gruppedlemskap og med nivået av opplevd tillit. Dette korrelerte igjen med forventet levealder, så vel som med dødelighet av koronar hjertesykdom og kreft samt spedbarnsdødelighet.

Forfatterne konkluderte derfor med at undersøkelsen støtter hypotesen om at stor inntektsulikhet i et samfunn fører til høy dødelighet via en «underinvestering» i sosial kapital, altså samsvarende med Wilkinsons hypotese. Den andre studien brukte grad av fagorganisering og andelen kvinner i politiske organer som mål for det sosiale miljøet (13). I industrialiserte land hvor dette falt gunstig ut, ble barnedødeligheten funnet å være lavere, men det ble ikke funnet sammenheng med andre helsemål.

Motstridende resultater

Wilkinsons kritikere etterlyste studier som inkluderer individuelle data i multivariate analyser, og i en del undersøkelser er dette gjort. Jeg vil her kort referere fem, alle fra USA og publisert mellom 1997 og 2001:

En undersøkelse påviste en sammenheng mellom grad av inntektsulikhet innen et fylke («county») og innbyggernes selvpopp-levde helse, etter korrigering for husstandens inntekt (14). Funnet gjaldt kun for hvite i alderen 18–44 år som befant seg i de to høyeste inntektskvartilene. I fylkene med høyest ulikhet gjaldt det også for middelaldrende hvite.

En longitudinell kohortstudie fant en signifikant sammenheng mellom inntektsulikhet i kommunen og dødelighet (15). Men etter at man hadde korrigert for husstandens inntekt, falt denne sammenhengen bort. Husstandens inntekt, derimot, var en sterk prediktor for dødelighet.

En tverrsnittsundersøkelse viste at mødre med små barn, som selv hadde lav inntekt og som levde i stater med høy inntektsulikhet, hadde mer depressive symptomer og dårligere selvrapportert helse enn like fattige mødre i stater med jevnere inntektsfordeling (16).

Den fjerde undersøkelsen kartla selvrapportert helse i 50 stater. Her fant man at selv når man kontrollerte for husholdningens inntekt, var det 30 % mer sannsynlig at innbyggere i stater med høyest grad av ulikhet angav dårlig helse, sammenliknet med innbyggere i stater med lavest ulikhet (17).

Den siste av de fem undersøkelsene viste at høy inntektsulikhet i en stat hadde signifikant betydning for dødeligheten, selv etter korreksjon for individuelle faktorer. Dette gjaldt hovedsakelig hvite personer som levde nær fattigdomsgrensen (18).

For å summere: Disse fem undersøkelsene gir solid støtte til Wilkinsons hypotese, idet fire av dem påviser en helseeffekt av inntektsulikhet, selv etter at det er korrigert for individuelt inntektsnivå. Men studiene peker på at effekten kan være begrenset til visse grupper i befolkningen, slik som bestemte alderskohorter eller etniske utvalg, eller at den bare gjelder folk på visse deler av inntektsstigen eller i stater hvor inntektsulikheten er over en viss grense.

Ser vi på forskningsresultatene som er publisert i første halvår av 2002, blir bildet et noe annet. La oss først se på to undersøkelser fra land utenom USA: I en undersøkelse fra København fant man ingen sammenheng mellom inntektsfordeling i ulike områder av byen og total dødelighet, etter korreksjon for individuell inntekt og for individuelle risikofaktorer (19). Dette til tross for at inntektsulikheten i visse distrikter av København kan sammenliknes med den man ser i storbyer i USA. Forfatterne mener at det danske velferdssystemet jevner ut effekten av den høye inntektsulik-



Å gi til de fattige forbedrer folkehelse. Å ta fra de rike, forbedrer det folkehelsen?
Foto Ørn E. Borgen/SCANPIX

heten. Undersøkelsen bekreftet likevel den velkjente sammenhengen mellom individuell inntekt og dødelighet, og områder med størst ulikhet hadde også den høyeste dødeligheten. Men man fant altså ikke en signifikant effekt av denne ulikheten etter at det var tatt høyde for individuelle faktorer.

En undersøkelse fra Japan viste at selvrapportert helse var sterkere korrelert til personlig inntektsnivå enn til graden av inntektsfordeling i landsdelen (tilsvarende stat i USA) (20). Forfatterne konkluderer: Sammenhengen mellom inntektsulikhet og helse er neppe universell, men avhenger av sosiale og politiske forhold og kulturelle normer i det enkelte land.

To ferske undersøkelser er også kommet fra USA (21, 22). I den første av disse ble det foretatt telefonintervju av et representativt utvalg på nærmere 10 000 voksne i 60 ulike områder (21). Man fant som ventet en sterk og lineær sammenheng mellom utdanning eller husstandens inntekt på den ene siden og selvrapportert helse. Men man fant ikke sammenheng mellom graden av inntektsulikhet i området og kroniske fysiske eller psykiske plager, verken i hele materialet eller hos dem med lavest inntekt. Selvrapportert helse var likevel korrelert til grad av ulikhet for utvalget som helhet, men sammenhengen forsvant når man korrigerte for individuelle faktorer. Forfatterne konkluderer med at denne undersøkelsen ikke støtter hypotesen om at inntektsulikhet i seg selv er en viktig risikofaktor for uhelse.

I den siste av disse studiene ble det brukt folketellingsdata for å belyse sammenheng mellom inntektsfordeling og dødelighet i USAs stater (22). Når man i regresjonsanalysen tok hensyn til andel innbyggere uten eksamen fra «high school» (tilsvarer norsk videregående skole), ble effekten av inntektsulikhet borte.

Manglende videregående utdanning ble i sin tur funnet å være relatert til økonomisk svake minoritetsgrupper, høy risiko for yrkesskade, manglende helseforsikring og til røyking. Gjennomsnittlig lønnsnivå for arbeidstakere med utdanning utover videregående skole er fire ganger høyere enn for dem som ikke har fullført videregående skole. Forfatterne konkluderer med at lavt utdanningsnivå kan forklare den effekten man finner av inntektsulikhet på dødelighetsforskjeller mellom statene i USA.

Som vi ser, støtter ingen av disse nyeste studiene Wilkinsons hypotese. I en kommentar til undersøkelsen skriver Johan Mackenbach at disse fire undersøkelsene til sammen bidrar til å svekke bevisene for en sammenheng mellom inntektsulikhet og helse i en befolkning, og at det er svært lite som bekrefter en slik sammenheng utenfor USA (23). Men han hevder videre at de motstridende resultatene ikke bør gi grunn til bekymring, siden det jo nettopp er hypotesedanning og -forkasting vitenskapen befatter seg med. Uansett har denne forskningen ført til bedre forståelse av sammenhenger mellom samfunnsforhold og folkehelsen. Og det viktigste er kanskje at den sterke sammenhengen mellom individuell sosioøkonomisk status og dødelighet er blitt gjenoppdaget. Politikere verden over burde snarest ta seg dette ad notam (23).

Hva så med Robin Hood?

Her ser forskningsfeltet ut til å befinne seg per i dag. Sannsynligvis er siste ord ennå ikke sagt. Men det er mulig at en fortsatt diskusjon vil ha større akademisk enn praktisk interesse. For: samfunn med høy inntektsulikhet har som regel store grupper av fattige. Og samfunn som har lagt vekt på å bekjempe fattigdom, har som regel også redusert sin inntektsulikhet. Så enten det politiske mål er å eliminere fattigdom eller å redusere ulikhet, er det sannsynlig at man ikke kan nå ett av målene uten også å nå det andre.

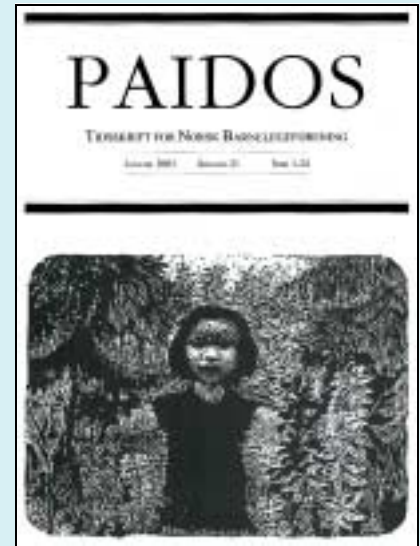
Og Robin Hood – var han nyttig for folkehelsen? Ja, han var det, ved at han bekjempet fattigdom. Var han nyttig for helsen også til de velstående, også for dem som fikk sin rikdom redusert? Nyere forskning kan tyde på at svaret er nei. Dersom Robin Hood skulle ha hatt slike ambisjoner, burde han nok heller ha utdannet seg til lærer.

Artikkelen er basert på en prøveforelesning til oppgitt emne for den medisinske doktorgrad.

Litteratur

1. The World Bank. World development report 1999/2000. New York: Oxford University Press, 2000.
2. Shaw M, Orford S, Brimblecomb N, Dorling D. Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European countries in the early 1990s. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1047–58.
3. Kunst AE, Groenohof F, Mackenbach JP, Health EW. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *BMJ* 1998; 316: 1636–42.
4. Rognerud MA, Kruger O, Gjertsen F, Thelle DS. Strong regional links between socio-economic background factors and disability and mortality in Oslo, Norway. *Europ J Epidemiol* 1998; 14: 457–63.
5. Wilkinson R. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992; 304: 165–8.
6. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996; 312: 999–1003.
7. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ* 1996; 312: 1004–7.
8. Judge K. Income distribution and life expectancy: a critical appraisal. *BMJ* 1995; 311: 1282–5.
9. Gravelle H. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? *BMJ* 1998; 316: 382–5.
10. Muntaner C, Lynch J. Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *Int J Health Serv* 1999; 29: 59–81.
11. Elstad J. Social inequalities in health and their explanations. Oslo: University of Oslo, 2000.
12. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997; 87: 1491–8.
13. Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunathan T, Kaplan G. Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet* 2001; 358: 1924–2000.
14. LeClere FB, Soobader MJ. The effect of income inequality on the health of selected US demographic groups. *Am J Public Health* 2000 ; 90: 1892–7.
15. Franks P, Fiscella K. Poverty or income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study. *BMJ* 1997; 314: 1724–6.
16. Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, Kawachi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ* 2000; 321: 1311–5.
17. Kennedy B, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998; 317: 917–21.
18. Lochner K, Pamuk E, Makuc D, Kennedy BP, Kawachi I. State-level income inequality and individual mortality risk: a prospective multilevel study. *Am J Public Health* 2001; 91: 385–91.
19. Osler M, Prescott E, Grønbaek M, Christensen U, Due P, Engholm G. Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults: analysis of pooled data from two cohort studies. *BMJ* 2002; 324: 13–5.
20. Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 2002; 324: 16–8.
21. Sturm R, Gresenz C. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ* 2002; 324: 20–3.
22. Muller A. Education, income inequality, and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ* 2002; 324: 23–4.
23. Mackenbach J. Income inequality and population health. *BMJ* 2002; 324: 1–2.

Samarbeid mellom Tidsskriftet og Paidos



En rekke av spesialforeningene i Legeforeningen har sine egne tidsskrifter eller medlemsblad. Mange har en klar faglig profil med artikler som både i form og innhold grenser opp mot det som publiseres i Tidsskriftet. Den økende strømmen av medisinsk informasjon gjør det imidlertid stadig vanskeligere å finne frem til det som er relevant. Både Tidsskriftet og publikasjonene fra spesialforeningene har derfor en viktig sorteringsoppgave, der de må søke å skreddersy innholdet for sine respektive lesergrupper.

For å unngå unødig dobbeltarbeid og dobbeltpublisering, er det viktig å samarbeide. Et slikt samarbeid er innledet mellom Tidsskriftet og Paidos – Tidsskrift for Norsk Barnelegeforening. Samarbeidet har en praktisk side, som innebærer at Paidos fra nå av distribueres sammen med Tidsskriftet til medlemmene av Norsk Barnelegeforening på samme måte som medlemsbladet for Yngre legers forening (Ylf-forum). Vi vil også forsøke å utvikle et redaksjonelt samarbeid. Det kan f.eks. innebære at manuskripter som refuseres for publisering i Tidsskriftet kan henvises til Paidos for ny redaksjonell vurdering der. Dette kan være manuskripter som har for liten generell relevans f.eks. lokale pasientmaterialer, sjeldne kasuistikker og beskrivelse av lokale behandlingsopplegg, men som kan være interessante for en mer begrenset lesekrete. Paidos kan selvsagt motta diskusjonsstoff som har interesse også utenfor barnelegenes rekke. Slikt stoff vil da videreformidles til Tidsskriftet.

Charlotte Haug
charlotte.haug@legeforeningen.no
redaktør i Tidsskriftet

Vegard Bruun Wyller
vegard.bruun.wyller@rikshospitalet.no
redaktør i Paidos