

Norske data gir nytt liv til diskusjonen om Wilkinson-hypotesen om at ulikheter i inntekt og levekår i seg selv er skadelig for folkehelsen, uavhengig av gjennomsnittsnivået

## Er ulikhet skadelig for folkehelsen?

Blant forskere som interesserer seg for virkningen av ulikheter i inntekt og levekår på sykkelighet og dødelighet i befolkningen, har det siden midten av 1990-årene stått strid om den såkalte Wilkinson-hypotesen (1, 2). I korthet går den ut på at graden av økonomisk ulikhet i et samfunn har innvirkning på helsen i alle samfunnslag. Større skjevhet vil gi dårligere folkehelse enn i samfunn med samme gjennomsnittlige velstandsnivå, men med jevnere inntektsfordeling. Hypotesen ble formulert i begynnelsen av 1990-årene, da britiske Richard Wilkinson påviste positiv korrelasjon mellom inntektsfordeling og forventet levealder i ni industrialiserte land (1). Fra USA kom det tilsvarende resultater, basert på sammenlikninger mellom ulike delstater.

Disse undersøkelsene er hyppig sitert og har gitt opphav til teorier om den helsemessige betydningen av «social cohesion», som kan oversettes med sosial sammenheng, tetthet, nærhet – eller med begrepet «sosial kapital». Det dreier seg om i hvilken grad folk er integrert i sosiale nettverk og i relasjoner som innebærer tillit og trygghet. Ifølge Wilkinson vil sosial ulikhet over et visst nivå føre til omgivelser preget av mistillit, sviktende respekt for andre og høyt aggresjonsnivå, særlig blant individer med mindre tilhørighet til storsamfunnet. Via psykosomatiske mekanismer vil høyt stressnivå sammen med økt vold og kriminalitet føre til at helsen i alle samfunnsklasser, ikke bare de fattige, blir påvirket på en negativ måte (1).

Disse funnene om den sosiale likhetens helsebringende effekt har gitt gjenklang i politikken mange steder i verden, gjennom rapporter, utredninger og liknende. Også i Sosial- og helsedirektoratets ferske handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse – med tittelen *Gradientutfordringen* – drøftes disse funnene (3). Mer usikkert er det om denne forskningen har påvirket den reelle samfunnsutviklingen. Dessuten er deler av teorien omstridt, særlig påstanden om at også de rike vil få bedre helse av et mer egalitært samfunn (2). Det er dessuten kommet flere studier som ikke bekrefter Wilkinsons funn. I 2002 ble hans hypotese nærmest avlivet av nederlenderen Johan Mackenbach i en lederartikkel i det britiske tidsskriftet *BMJ* (4), men Mackenbach var åpen for at nye studier, med individdata i flernivåanalyser, kunne gi bedre svar.

Derfor kan vi nå se med særlig interesse på en artikkel av Elstad og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (5). De har benyttet data for hele den norske befolkningen mellom 25 og 66 år i 1993 og undersøkt dødeligheten i den påfølgende perioden 1994–99. Etter å ha kontrollert for en rekke individuelle risikofaktorer står de fortsatt igjen med en tydelig sammenheng mellom bostedsregionenes grad av inntektsulikhet og dødelighetsnivået. Videre kan de vise at overdødeligheten i områdene med størst ulikhet i inntekt først og fremst skriver seg fra dødelighetsnivået blant dem som er lavt på utdanningskalaen. I denne studien er det med andre ord ikke holdpunkter for den mest radikale delen av Wilkinson-hypotesen (2).

Elstad og medarbeidere erkjenner at det kan ligge ulike forklaringer til grunn for hovedfunnene (5). Felles for disse er det at det må være noe med lokalsamfunnene – den sosiale konteksten – som ser ut til å ha innflytelse på den samlede dødeligheten, utover det man kan måle hos enkeltindividene. Kanskje har forskningen denne gangen bare gjenopplaget den gamle folkevisdommen: At de helsebrin-

gende kvalitetene i lokalsamfunnet avhenger mer av den sosiale kapitalen enn av finanskapitalen. Likevel vil nok disse norske dataene vekke oppmerksomhet når de etter hvert når de internasjonale tidsskriftene.

Diskusjonen om hvor langt Wilkinson-hypotesen kan strekkes bør ikke avlede oppmerksomheten fra den basale kunnskapen om de sosiale helseulikhetene: Ulikhetene går tvers gjennom hele befolkningen og er dermed langt mer enn et fattigdomsproblem (3). Helseulikhetene i Norge er større enn vi tidligere trodde (6), og – mest bekymringsfullt – de er økende (3, 7). Det var på denne bakgrunn at Dagfinn Høybråten i den forrige regjeringens folkehelsemelding *Resept for et sunnere Norge* (8) erklærte at det for ethvert demokratisk land burde være «en selvfølge å forsøke å påvirke vilkårene som skaper sosiale helseforskjeller». Det står respekt av Høybråtenes personlige engasjement på dette feltet. Spørsmålet er i hvilken utstrekning han lyktes. En klar gevinst kan han trolig høste med den strenge røykeloven. Mer uklart er det om tiltakene omkring den grønne resepten har slått an.

Forsøk på å påvirke individuell livsstil med moralisering, gulrot og pisk er en vanskelig øvelse med utrivelige bivirkninger. Dertil ligger det en fare i at den individuelle livsstilspåvirkningen blir overstyrt av større og viktigere helsebetingelser. «Å skape større sosial likhet ved hjelp av markedsmekanismer er som å spikre syltetøy til taket.» kunne vi nylig høre en morgenkåser forkynde i NRK. Trang kommuneøkonomi med stengte svømmehaller, markerte økninger i egenbetalinger i helsetjenesten, kutt i ytelser til arbeidsledige og trygdede og fortsatt sterkt økende ulikheter i inntekt (9) har ikke vært positive bidrag til å utjevne de sosiale helseforskjellene. Enten man anerkjenner den fullstendige Wilkinson-hypotesen eller ikke.

### Steinar Westin

steinar.westin@ntnu.no

Steinar Westin (f. 1944) er professor i sosialmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, deltidfastlege og leder av Sosial- og helsedirektoratets ekspertgruppe om sosiale ulikheter i helse.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Wilkinson RG. Unhealthy societies: the affliction of inequality. London: Routledge, 1996.
2. Brekke M. Robin Hood – nyttig for folkehelsen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1874–6.
3. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
4. Mackenbach JP. Income inequality and population health – evidence favouring a negative correlation between income inequality and life expectancy has disappeared. *BMJ* 2002; 324: 1–2.
5. Elstad JI, Dahl E, Hofoss D. Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3082–4.
6. Westin S. Større ulikheter i helse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2878.
7. Rognerud MA, Zahl P-H. Social inequalities in mortality: changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *Eur J Public Health*. E-publisert 10.8.2005. <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/rapidpdf/cki070v1> (21.10.2005).
8. St.meld. nr.16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsemeldingen.
9. Epland J, Lunde H, Mørk E. Større inntektsforskjeller. Samfunnsspeilet 2005, nr. 4. <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/08/art-2005-09-27-01.html> (21.10.2005).