

Sosial kapital og helse

En flernivåanalyse av 25 bydeler i Oslo

Hovedfagsoppgave i sosiologi, cand. polit 1992, november 2005

Kjetil A. van der Wel



Universitetet i Oslo
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Sammendrag

Bakgrunn

Hvordan påvirker stedet vi bor helsen vår? De siste årene har interessen for dette spørsmålet blitt mer utbredt i helseforskningen. Ved siden av fokusskiftet fra individ- til samfunnsnivå, har det parallelt utviklet seg forskningsfelt som spesifikt undersøker betydningen av egenskaper ved det *sosiale miljøet*. Sosialt samhold, tillit til fremmede, i hvilken grad folk samhandler og inngår i forskjellige relasjoner og nettverk med hverandre, er eksempler på slike *kontekstuelle sosiale egenskaper* som kan tenkes å påvirke helsen vår gjennom trivsel, praktisk hjelp, sosial støtte og sosial kontroll. Om et nabolag har mange eller mye av slike egenskaper, er det rikt på *sosial kapital*. Med sosial kapital menes strukturelle egenskaper ved samfunn som legger til rette for sosial samhandling, og de ressursene som tilgjengeliggjøres gjennom sosiale nettverk. På denne måten kan folk som bor på steder som er rike på sosial kapital nyte godt av fellesgoder som trygghet, samarbeid, informasjon, og i denne sammenheng - beskyttelse mot dårlig helse. At sosial kapital har konsekvenser for helse er blitt en svært populær hypotese de senere årene, og har vært med på å revitalisere folkehelseperspektivet.

Gjennomføring

Hovedmålet for denne oppgaven er å undersøke om sammenhengen mellom sosial kapital også finnes i lokalmiljø i Oslo. Data fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) ble brukt for å undersøke dette for 11807 individer i 5 alderskull bosatt i 25 bydeler i Oslo. Sosial kapital ble målt ved hjelp av to variabler; deltakelse i frivillige organisasjoner og lag, og generalisert tillit. Disse ble aggregert opp som andeler av befolkningen i hver bydel, og også brukt som individuelle kontrollvariabler. Det ble kontrollert for alder, kjønn, innvandrerstatus, inntekt, utdanning og venner. I tillegg ble sammenhengen mellom sosial kapital og helse kontrollert for tre kontekstuelle variabler: Median inntekt i bydelen, økonomisk ulikhet i bydelen, og andel i bydelen med høyere utdanning.

Resultater

I analysene der det ble kontrollert for individuelle variabler, var det generelle inntrykket at begge de kontekstuelle sosial kapital-variablene (deltakelse i organisasjoner og lag, og

generalisert tillit) hadde en ganske vesentlig betydning for hvordan folk oppfattet helsen sin. Dette var i tråd med mye av forskningen på feltet.

Da de tre øvrige *kontekstuelle* variablene ble tatt inn i analysen, hver for seg, ble imidlertid effekten av sosial kapital-variablene på helse jevnt over ble svekket, og for mange modeller ikke-signifikant. I modellene som undersøkte den aggregerte tillitsvariablen, ble denne variabelen insignifikant ved kontroll for utdanningsnivå i bydelene. Den aggregerte deltakelsesvariabelen ble insignifikant med kontroll for median inntekt, og dermed også i modellen med økonomisk ulikhet.

Konklusjoner

Funnene i denne oppgaven tyder dermed på at det ikke er noen sammenheng mellom sosial kapital og helse i Oslo. Et viktig nytt funn indikerer at sosial kapital og helse-sammenhengen og kan skyldes bakenforliggende kontekstuelle variabler som velstands- og utdanningsnivå. Denne konklusjonen svekkes av at den statistiske styrken i de mest komplekse modellene ikke var så sterk som ønskelig. Det gis imidlertid generell støtte til hypoteser om at det er en sammenheng mellom sted og helse.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært lærerikt. Det tok litt tid å komme igang, og å finne en innfallsvinkel til temaet som var interessant og metodisk gjennomførbar, men med mange gode råd fra mange gode hjelpere har arbeidet gått fint! Datamaterialet (HUBRO) i denne oppgaven fikk jeg tilgang på, og interesse for, som vitenskapelig assistent ved Prosjekt storbyhelse, ved Seksjon for arbeids- og trygdemedisin, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin (IASAM) høsten 2003 ut året 2004.

Takker rettes til Ånen Ringard for å ha penset meg inn på sosial kapital-forskningen, og for kommentarer til prosjektskissen. Takk også til Gunn Elisabeth Birkelund, Espen Dahl og Marit Slagsvold for verdifulle innspill tidlig i arbeidsprosessen. Dessuten rettes en stor takk til min biveileder og arbeidsgiver Bjørgulf Claussen ved IASAM for ukuelig entusiasme og optimisme, mange gode råd og grundige gjennomlesning av førsteutkastet. Jeg vil også rette en solid takk til Fredrik Piro som hjalp meg med å sette opp modellene i statistikkprogrammet Mlwin, og til Øyvind Næss og Frank Hernes for kommentarer til forskningsplanen. Takk også til Osloforskning som bevilget et studentstipend til arbeidet med denne oppgaven. Til slutt går en stor takk til min hovedveileder Arne Mastekaasa, som med godt humør og kyndig hånd har vært en uvurderlig hjelp.

En hel serie takksigelser går til Monika som, foruten å ha forsørget meg den siste tiden, har vært en god og forståelsesfull støttespiller på alle måter.

Oslo, 14. november
Kjetil A. van der Wel

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	III
FORORD	V
INNHALDSFORTEGNELSE	VII
INNLEDNING	9
Sosial kapital og helse	9
Hvorfor studere helse fra et sosiologisk ståsted?	12
Sosial kapital og helse i Oslo?	14
1 HVA ER SOSIAL KAPITAL?	17
1.1 Klassisk sosiologi; sosial integrasjon	17
1.2 Sosial kapital som makt	18
1.3 Sosial kapital og Colemans metodologiske individualisme	20
1.4 Sosial kapital som samfunnets smøring og superlim	22
1.5 Kritikk av sosial kapital-begrepet	24
1.6 Oppsummering:	28
2 SOSIAL KAPITAL OG HELSE	31
2.1 Innledning	31
2.2 Det psykososiale helsebegrepet	33
2.3 Bakgrunnsverker: Robert Putnams "Bowling Alone" og Richard G. Wilkinson "Unhealthy Societies".	35
2.4 Oppsummering: Et felles fundament?	43
2.5 Kontekstuelle studier av sosial kapital og helse	45
2.6 "The Dark Side" - kan sosial kapital være helseskadelig?	52
2.7 Oppsummering: En konsistent forskningstradisjon?	54
3 PROBLEMSTILLING:	59
3.1 Forsknings spørsmål	60
4 PRESENTASJON AV DATA OG ANALYSEPLAN	63
4.1 Datamaterialet og datas validitet	63
4.2 Variabler og operasjonaliseringer	68
4.3 Metode og modeller	75
5 RESULTATER	79
5.1 Tillit i bydelen og helse	79
5.2 Deltakelse i organisasjoner og lag og helse	84
5.3 Samspill mellom individnivå og kontekstuell sosial kapital	87
5.4 Oppsummering av funn:	89
6 DISKUSJON	91
6.1 Innledning og oppsummering av de viktigste funnene	91
6.2 Sammenligning av funn	92
6.3 Metodiske svakheter	97
6.4 Hvor gyldige er funnene mine?	98
6.5 Hvorfor er ikke sosial kapital viktig for helse i Oslo?	102
7 KONKLUSJONER	109
LITTERATURLISTE	111

Innledning

Sosial kapital og helse

Det er vel etablert at individuelle faktorer som inntekt, utdanning, og livsstil påvirker helsen vår. Dels er dette egenskaper vi kan påvirke selv, dels er de et resultat av samfunnsstrukturer. Det er likevel en tendens til at ansvaret for helse, særlig i media og i offentlige holdningskampanjer, skyves over på individet og dets valg av livsstil. Dette henger sammen med at også folkehelseforskningen har hatt en tendens til å fokusere på individuelle egenskaper, mer enn de *kontekstuelle* (Macintyre et al. 2002: 125). Fram til 1990-tallet fikk ikke slike kontekstuelle årsaker til helse så mye oppmerksomhet. Dette skyldtes kanskje først og fremst metodiske årsaker, men var også en følge av en generell individualistisk dreining i politikk og vitenskap. Individorienteringen i mye av helseforskningen skyldes også delvis at årsaker til død og uhelse fram mot etterkrigstiden endret seg fra hovedsaklig infeksjonssykdommer, til hovedsaklig kroniske sykdommer (ibid: 126). Denne endringen omtales i faglitteraturen som det såkalte epidemiologiske skifte (Najman 1993).

Tema for denne oppgaven er hvordan den strukturelle påvirkningen på helsen vår kan arte seg, i form av egenskaper ved stedet der vi bor. Materielle forhold som rent vann, boligkvalitet, ren luft, rekreasjonsområder, tilgang på varierte matvarer og velfungerende infrastruktur, er noen slike egenskaper som kan tenkes å forme helsen vår (Macintyre et al. 2002: 131). Det er ikke nødvendigvis slik at disse faktorene påvirker alle som bor på samme sted likt. De kan ha ulik påvirkning avhengig av individuelle egenskaper. Videre kan det tenkes at lokal tjenesteyting spiller en rolle, for eksempel helsetjenester, gatelys, politi og velferdstjenester. Det kan også tenkes at sosiokulturelle egenskaper ved lokalsamfunn og nabolag har en påvirkning på helse. Slike faktorer kan være politisk, økonomisk, etnisk og religiøs historie, normer og verdier, integrasjon, kriminalitetsnivå, sosiale nettverk og samhold. Disse kan tenkes å variere mellom lokalsamfunn og nabolag, og gi ulike forutsetninger for samhandling, handling og virkelighetsforståelse (ibid).

I senere tid har slike kontekstuelle årsaker til helse blitt møtt med økende interesse, og vært ledsaget av en livlig og omfattende debatt. Dette gjelder særlig begrepene sosial kapital og sosialt samhold¹. Fenomenene disse begrepene viser til, sorterer under den siste kategorien av kontekstuelle faktorer, og utgjør mer spesifikt interesseområdet for denne oppgaven.

Sosial kapital, slik det brukes i dag på sosial kapital og helse-feltet, kan føres tilbake til Coleman (1988, 1990). Han definerte opprinnelig begrepet som egenskaper ved den sosiale strukturen eller sosiale nettverk, slik som normer, gjensidighetskjeder og informasjonskanaler, som muliggjør samarbeid og utfall som ellers ikke ville være mulig. Sosial kapital representerer på denne måten et produktivt element i den sosiale strukturen som letter samarbeid og kollektiv handling. Gjennom arbeidet til statsviteren Robert Putnam (2000), som gjorde begrepet kjent, inkluderes ofte også tillit, frivillige organisasjoner og sosial kontroll i begrepet. I relasjon til helse tenker man seg at sosial kapital har en rekke positive konsekvenser for dagliglivet til folk flest. Sosial kapital kan vise til ressurser som praktisk hjelp og støtte i sosiale nettverk og sosial mobilisering (for eksempel for å oppnå eller beholde fellesgoder som friluftsarealer eller lokale helsestasjoner). Begrepet kan også vise til flyt av helserelevant kunnskap, utvikling av helserelevante normer, sosial kontroll, og følelse av tillit og trygghet i forhold til andre. Gjennom slike mekanismer tenker man seg at forekomsten av ulykker, vold, helseskadelig adferd, stress og sosial isolasjon reduseres, mens selvfølelse og identitet bekreftes gjennom sosial interaksjon (Wilkinson 1996, Kawachi et al. 1999, Putnam 2000).

I studier av sosial kapital og helse måles sosial kapital som en kontekstuell egenskap ved nabolaget, lokalsamfunnet eller regionen der folk bor, som regel ved hjelp av variabler som tillitsnivå og medlemskap, eller deltakelse i frivillige organisasjoner. Dette innebærer at sosial kapital og helse-hypotesen har en flernivåstruktur som best analyseres ved hjelp av flernivåmetoder (Kawachi 2004: 2). I rene økologiske studier av helse er det alltid en fare for at funnene man gjør er et resultat av sammensetningen av individer i de sosiale enhetene som undersøkes, for eksempel alderssammensetning eller klasse. Flernivåmetoder

¹ 'Sosialt samhold' vil i denne oppgaven brukes for begrepet 'social cohesion' (Wilkinson 1996), selv om kanskje 'sosial kohesjon' eller 'integrasjon' ville utgjøre gode alternativer. Begrepet 'social cohesion' viser til den kraften som holder samfunnet sammen, analogt til det naturvitenskapelige kohesjon om kraften som holder molekylene i et stoff sammen.

tillater å ta hensyn til slike *komposisjonelle* effekter, og å studere individuelle utfallsvariabler for kontekstuelle faktorer (Kreft og deLeeuw 1998).

Noen studier har funnet sammenhenger mellom sosial kapital og individuell helse i delstater i USA (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001), mens andre har funnet slike sammenhenger for nabolag og lokalsamfunn (Lochner et al. 2003, Subramanian et al. 2002). Funnene er imidlertid ikke særlig sterke. Andre har *ikke* funnet noen sammenheng mellom sosial kapital og helse for henholdsvis lokalsamfunn i Canada og valgkretser i England (Veenstra 2005, Mohan et al. 2005).

Det er vist at inntektsulikhet i samfunnet henger sammen med sosialt samhold, som igjen påvirker helse i samfunnet (Wilkinson 1996). På denne måten forstås ofte sosial kapital som en mellomliggende variabel mellom økonomisk ulikhet og helse. Det er derfor ikke uvanlig at denne kontekstuelle variabelen testes i sosial kapital og helse-studier. Noen har funnet signifikante sammenhenger med helse for inntektsulikhet (Kawachi et al. 1999), og andre ikke (Subramanian 2001). Andre kontekstuelle kontrollvariabler som er blitt brukt er median inntekt (Subramanian 2001, Veenstra 2005) og materiell deprivasjon (Mohan et al. 2005). Vi kan her legge merke til at det ikke er forsøkt kontrollert for andre kontekstuelle variabler fra den sosiokulturelle dimensjonen ved samfunnet.

Individuell sosial kapital² er ofte ikke kontrollert for i disse studiene (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001, Lochner et al. 2003), og er funnet å svekke sammenhengen mellom kontekstuell sosial kapital og helse (Subramanian et al. 2002). Dette ser derfor ut til å være en viktig del av den komposisjonelle effekten på helse. Det er også blitt funnet samspillseffekter mellom kontekstuell sosial kapital og individuell sosial kapital (ibid) og for inntekt (Kawachi et al. 1999). Det er dermed ikke gitt at sosial kapital har lik effekt på alle grupper i befolkningen.

Generelt er det, som vi ser, et behov for flere studier av sosial kapital innenfor mindre sosiale kontekster, og for å kontrollere sammenhengen mellom sosial kapital og helse for individuell sosial kapital, ved siden av andre individuelle egenskaper (Mohan 2005: 1269, Kawachi et al. 1999: 11, Subramanian 2001: 17). Det er også et behov for å

² Definisjonsmessig kan "individuell sosial kapital" betraktes som en selvmotsigelse; i det at sosial kapital er et kontekstuell fenomen. Det brukes likevel om egenskaper ved individene som tillit og deltakelse i sosiale nettverk og organisasjoner.

undersøke hvorvidt sosial kapital gir ulike helseutfall for forskjellige grupper, og for teste sammenhengen mellom sosial kapital og helse for andre kontekstuelle variabler.

Hvorfor studere helse fra et sosiologisk ståsted?

Helse har tradisjonelt vært underlagt legevitenskapen, som langt på vei kan sies å ha hatt kunnskapsmonopol på systematiske innsikter på dette feltet de siste hundre år. Lekkunnskap på feltet har naturligvis eksistert side om side, men, hevder kritikere, det er en tendens til at medisinen i økende grad har kolonialisert feltet for kunnskap om sykdom og helbred, og på den måten umyndiggjort og ukyndiggjort lekkunnskapen (Illich 1976). På den annen side har det siden denne kritikken ble ført i pennen, både utviklet seg et stort marked for helsetjenester i krysningpunktet mellom lek og profesjon, samtidig som helsefeltet er blitt åsted for nye perspektiver og vitenskapelige fagdisipliner.

Dette betyr ikke at interessen for helse i samfunnsvitenskapene er ny. Eilert Sundt var en pioner på området for sosiale ulikheter i helse i Norge, og studerte forskjeller i dødelighet mellom sosiale lag allerede på midten av 1800-tallet (Elstad 2000: 1). Det er også rimelig å si at medisinen har vært åpen for innsikter, begreper og metoder fra samfunnsvitenskapen de siste femti år (ibid: 19).

Sett fra et sosiologisk ståsted er helse et interessant forskningsområde av flere grunner: For det første kan helse betraktes som en forutsetning for sosial handling og samhandling, og utgjør på den måten en ressurs for individer i realisering av egne og felles mål (Dahl 1994: 3, Elstad 2000: 16). For at individet skal kunne utfolde seg i arbeidslivet, inngå relasjoner med andre, fylle sosiale roller og ha innflytelse i det sosiale liv, er velfungerende kroppslige og mentale egenskaper, om ikke en forutsetning, så i hvert fall en fordel. Dette aspektet peker mot helse som et potensiale for handling, og vektlegger dermed helsens instrumentelle verdi (Elstad 2000: 17).

For det andre kan helse sies å ha status i samfunnet som et høyt verdsatt gode i seg selv. Helse defineres for eksempel av Verdens helseorganisasjon som en tilstand av totalt fysisk, mentalt og sosialt velvære, altså som fravær av sykdom. Denne ideelle definisjonen framhever helsen som en kilde til opplevelse av velvære (ibid).

For det tredje er det en klart uttalt ambisjon i norsk helsepolitikk, såvel som i Verdens helseorganisasjons målsettinger, å jevne ut sosiale ulikheter i helse (St. meld. nr. 16, 2002-2003, kap. 5). Dette gir forskning på sosiale ulikheter i helse høy samfunnsmessig relevans. På denne måten gjøres helse til gjenstand for strukturell

urettferdighet ved at reduksjon av helseulikheter defineres som et samfunnsansvar, og et felt der vi ønsker resultatlikhet mellom ulike grupper i samfunnet.

En sentral hendelse som var med på å gi næring til den voksende floraen av vitenskaplig produksjon om sosiale ulikheter i helse, var da en regjeringsoppnevnt forskergruppe i England i 1980 leverte sin rapport om sosiale ulikheter i helse gjennom etterkrigstiden fram til 1970. Resultatene ble forsøkt holdt skjult av Margaret Thatchers konservative regjering (Dahl 1994:1), men til tross for regjeringens bestrebelser ble rapporten gitt ut i bokform to år senere av Peter Townsend og Nick Davidson, og blir omtalt som 'Blackrapporten' etter formannen i arbeidsgruppen, Sir Douglas Black. Rapporten viste at forskjellene hadde økt gjennom hele perioden, til tross for Englands gode og tilgjengelige helsevesen (ibid). Rapporten ble raskt et arnested for ny forskning og kritikk, og inngår i dag som en av de viktigste publikasjonene om sosiale ulikheter i helse.

Jon Ivar Elstad (2000: 32) gir i sin doktorgradsavhandling en gjennomgang av de viktigste perspektivene i forskningstradisjonen som Blackrapporten ga støtet til. Disse kan kort oppsummeres til materielle og strukturelle forklaringer, livsstilsforklaringer og psykososiale forklaringer. Sosial kapital-teorien plasseres av Elstad innenfor den siste typen forklaringer av helseulikheter.

Sosial kapital og helse-feltet tar opp i seg flere sosiologisk interessante aspekter: Helse ses her eksplisitt som et produkt av sosiale forhold. Det sosiale klimaet der vi bor gir ulike forutsetninger for sosial interaksjon og tillit ovenfor andre mennesker. Noen steder er det lett å komme i kontakt med andre, og å etablere sosiale nettenverk og resiprositetsrelasjoner, mens andre steder møter folk hverandre med større mistro og forsiktighet. Dette kan tenkes å gi ulike kår for helse.

Videre tilbyr sosial kapital og helse-teorien perspektiver på hvordan vi kan forstå sosiale ulikheter i helse. Det er vanlig, slik som Elstad gjør, å knytte sosial kapital til psykososiale forklaringer av sosiale ulikheter i helse. Én slik forklaring går ut på at sosial kapital eller sosialt samhold henger sammen med ulike nivåer av økonomisk ulikhet i samfunnet (Wilkinson 1996). Der ulikhetene er store har samfunnet et lavere nivå av sosialt samhold (social cohesion) enn i mer egalitære samfunn. I vestlige samfunn, der velstandsnivået er relativt høyt for alle sosiale lag, hevdes det at nivået av sosialt samhold er en vesentlig forklaring på sosiale ulikheter i helse. Det er altså ikke nødvendigvis landene med høyest absolutt velstand som har den beste helsen, men de mest egalitære, fordi samholdet er sterkere der. Et høyt nivå av sosialt samhold fører til et lavere konfliktnivå i samfunnet, et mer aktivt offentlig rom og større grad av likeverdighet. Dette

tenkes å være forbundet med helse gjennom den individuelle opplevelsen av seg selv i samfunnet (følelser og stress), og faktiske helserelevante handlinger (kriminalitet, vold, helseskadelig forbruk) (ibid).

Et tredje element, som relatert til det foregående, er at begrepet ledsages av komplementære forståelsesalternativer til det biomedisinske helsebegrepet, og til individ/livsstilsorienterte perspektiver. Sosiologiske perspektiver generelt, og det psykososiale helsebegrepet spesielt, kan sies å forsøke å forstå helse ut i fra sammenhenger med folks erfaringer, sosiale relasjoner og sosiale handlinger, mens biomedisinen retter seg mot å forstå *sviktende* helse, og hvordan denne kan gjenopprettes (Elstad 2000: 18). Psykososiale forklaringer åpner også for å se livsstil mer som et produkt av sosial posisjon, enn som uttrykk for bevisste valg basert på kunnskap om helse. Lavere sosiale lag har større påkjenninger i form av jobbusikkerhet, livshendelser og økonomiske problem, noe som resulterer i mer desperat, kortsiktig, selvdestruktiv og aggressiv adferd blandt de dårligst stilte. Påkjenningen ved kronisk høye nivåer av stress er anerkjent som en viktig helsedeterminant innenfor dette perspektivet, og kontrasterer biomedisinens tradisjonelt reduksjonistiske vitenskapssyn.

Til sist inkluderer forskningsfeltet sosiale strukturelle og kontekstuelle fenomener i studiet av helse. Dette gjør at individets helse i større grad kan betraktes som situert i større sosiale enheter som øver en strukturell innflytelse på individets handlinger, oppfatninger og identitet, og derigjennom helse.

Sosial kapital og helse i Oslo?

Hovedspørsmålet i denne oppgaven vil være: *Hvilken betydning har kontekstuell sosial kapital for individuell helse?* Dette spørsmålet skal jeg utforske ved hjelp av datamateriale fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO), som er samlet inn av Oslo kommune, Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo i 2000/01. Fra dette datamaterialet skal jeg bruke informasjon om 11807 individer i fem aldersgrupper i Oslo. Ved hjelp av disse dataene kan jeg undersøke sammenhengen mellom sosial kapital og selvrapportert generell helse på tvers av bydelene i Oslo. Datamaterialet har også den fordelen at det tillater å ta hensyn til en rekke individuelle egenskaper basert på spørreskjema og tilkoblede registerdata, deriblandt individuell sosial kapital.

På denne måten kan denne oppgaven gjøres relevant i forhold til forskningsfeltet, for det første ved at jeg kan utforske sammenhengen mellom sosial kapital og helse for relativt

små sosiale kontekster. Dette har vist seg vanskelig tidligere, men resultatene er ikke entydige. For det andre har jeg mulighet for å kunne ta hensyn til individuell sosial kapital, som tidligere har vist seg å være en viktig komposisjonell faktor. For det tredje er tilgangen på individuelle variabler såpass god i dette datamaterialet at samspillseffekter mellom individuelle egenskaper og kontekstuell sosial kapital kan undersøkes nærmere. Særlig for inntekt og individuell sosial kapital er dette aktuelt. Til sist vil jeg også inkludere andre kontekstuelle variabler i analysen.

Oslo og Norge utgjør også en annerledes empiri enn den som mange av de øvrige studiene av sosial kapital og helse er basert på. Fire av studiene er fra USA (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001, Subramanian et al. 2002 og Lochner et al. 2003), hvorav bare de to siste studerer nabolag i en storby.

I oppgavens første kapittel skal jeg presentere bakgrunnstekster for sosial kapitalbegrepet, og deretter gå i dybden av de empiriske studiene av sosial kapital og helse. Her vil også det psykososiale helsebegrepet presenteres nærmere. Deretter følger metodekapittelet og resultatene fra analysen, før det hele avsluttes med en diskusjon av de viktigste funnene.

1 Hva er sosial kapital?

Sosial kapital er, om ikke et nytt begrep, så i hvert fall et begrep som i løpet av kort tid har blitt kjent og vidt omfavnet av ulike vitenskaplige såvel som politiske miljøer. Økonomer, skoleforskere, statsvitere og helseforskere har videreutviklet begrepet for sine ulike fagfelt samtidig som blandt andre Verdensbanken har inkludert begrepet i sine u-landsprogrammer. Også Norges forskningsråd har i det siste viet begrepet oppmerksomhet ved at et utvalg har utredet på hvilken måte begrepet kan anvendes i norsk forskning (Norges forskningsråd 2005). Denne bølgen av interesse, og kanskje også tidvis sansen for begrepets alkymiske egenskaper i vitenskapsmarkedet, har ført til en massiv publikasjon på området de senere årene. Det er derfor fåfengt, i det minste i en hovedfagsoppgave, å forsøke å gi et bilde av en konsistent og entydig sosial kapital-teori. Dette er både fordi spredningen av begrepet har vært nesten epidemisk, for å benytte en helsemetafor, og fordi denne utviklingen ikke er blitt fulgt godt nok opp av teori- og metodeutvikling (Macinko og Starfield 2001). På mange måter er dermed sosial kapital-begrepet ennå i støpeskjeen, og har en uviss skjebne foran seg. Jeg skal begynne med å presentere de viktigste bakgrunnstekstene for sosial kapital-begrepet, samt generell kritikk, og så komme inn på hvordan det mer spesifikt er brukt i folkehelseforskningen i neste kapittel.

1.1 Klassisk sosiologi; sosial integrasjon

Interessen for hvordan kulturelle, strukturelle og sosiale forhold skaper systematiske forskjeller mellom ulike grupper i samfunnet, og for samfunnets kår under moderniteten, er like gammel som samfunnsvitenskapene selv (Paxton 1999: 88). En tidlig representant for denne interessen, som ofte pekes ut i sosial kapital-litteraturen, er Emile Durkheim og hans studier av blandt annet anomi og solidaritet/integrasjon fra forrige århundreskifte (Durkheim 1997, Berkmann og Kawachi 2000: 138, Putnam 2000: 326). Durkheim var opptatt av forholdet mellom samfunnets organisering, struktur og samhold, og individets orientering i det. I studien av selvmord fra 1897 (Durkheim 1997) anvender Durkheim denne interessen på en måte som, sett med moderne øyne, tematiserer sosial integrasjon og helse (Berkmann 2000). Egenskaper ved det sosiale samholdet ses som hovedårsaken til variasjoner i forekomsten av selvmord. I hvilken grad, og på hvilken måte, individet er knyttet til andre mennesker gjennom gruppetilhørighet, normer, verdier, oppfatninger og

sosial kontroll, er avgjørende for tilbøyeligheten til å begå selvmord, i følge Durkheim. Selvmord kan være et resultat av at individet er for lite knyttet til fellesskapet; *det egoistiske selvmordet*, men også at det er for sterkt knyttet til fellesskapet; *det altruistiske selvmordet*, der selvmorderen mer eller mindre tvungent gir sitt liv for fellesskapet. I tillegg, og kanskje viktigst, beskriver Durkheim det *anomiske selvmordet* som er en følge av (midlertidig) normløshet i det fellesskapet selvmorderen tilhører. Anomi eller normløshet kan være frembrakt av store og raske samfunnsendringer som setter gjeldende normer og sosial kontroll ut av spill, men kan også være mer spesifikt relatert til egenskaper ved bestemte grupper i samfunnet. På denne måten peker Durkheim på at individets handlinger bør ses i lys av samfunnet og fellesskapet de inngår i.

Det er særlig to aspekter ved Durkheims arbeider som har blitt videreført i dagens interesse for sammenhengen mellom sosial kapital og helse. Det ene er nysgjerrigheten på, og kanskje bekymringen for, det sosiale samholdets kår under modernitetens økende differensiering, urbanisering og teknifisering. Det andre er fokuset på forholdet mellom kulturelle og sosiale strukturer og kontekster, og individets handlinger, orientering og virkelighetsforståelser i dem. Som vi skal se nedenfor er disse aspektene klart tilstede i arbeidene til Robert Putnam og dels også i sosial kapital og helse-litteraturen. Det er likevel viktig å understreke at likhetene mellom sosial kapital-begrepet og arbeidene til sosiologiens stamfar ikke bør overdrives. Mye av den nyere litteraturen har, som vi skal se, et utpreget aktør-perspektiv, som i større grad vektlegger at individet nyttiggjør seg sosiale nettverk, og i mindre grad fremstiller individets handlinger som strukturert av fellesskapet.

1.2 Sosial kapital som makt

Første gang begrepet oppnådde noen vesentlig oppmerksomhet var under Pierre Bourdieus penn, som den minst viktige av flere kapitalformer i en analyse av maktstrukturene i det franske samfunnet (Bourdieu 1984, 1986). Uten å yte Bourdieus forklaringer den nødvendige respekt og grundighet, kan sosial kapital sies å utgjøre det maktpotensialet som blir individet til del, i egenskap av dets medlemskap i ulike mer og mindre eksklusive og varige sosiale nettverk. I slike nettverk utvikles den sosiale kapitalen gjennom gjensidighetsrelasjoner mellom relativt homogene sosiale aktører. Relasjonene pleies gjennom utveksling av ressurser mellom medlemmene; gaver, verbale bekræftelser, tidsbruk og lignende, og omgjøres til kapital gjennom gjentatte sosiale bytter og bekræftelse av gjensidig anerkjennelse. Ressurser er altså ikke det samme som kapital, men

må omdannes gjennom sosiale prosesser og tillitsrelasjoner. I likhet med andre former for kapital er dermed sosial kapital noe som tar tid å bygge opp og som forutsetter en historisk prosess (Bourdieu 1986: 241). I Bourdieus egne ord:

"Social capital is the aggregate of actual and potential resources which are linked to the possessions of a *durable network* of more or less *institutionalized relationships* of mutual acquaintance and recognition - or in other words, to membership in a group - which provides each of its members with the backing of the collectivity-owned capital, a "credential" which entitles them to credit, in various senses of the word. (...) The volume of social capital possessed by a given agent thus depends on the size of the network of connections he can effectively mobilize and on the volume of capital (economic, cultural and symbolic) possessed in his own right by each of those to whom he is connected." (ibid: 248-9)³

Som vi ser av sitatet over er stabilitet og varighet en forutsetning for at nettverk skal kunne fungere som sosial kapital. Aktørene vil også søke å institusjonalisere relasjonene og nettverket slik at den individuelle sosiale kapitalen får en institusjonell garantist. På denne måten styrkes også den symbolske kapitalen; nemlig makten til å definere virkeligheten og tingenes orden (Bourdieu 1986: 250). Slik blir Bourdieus sosial kapitalbegrep relevant for forståelsen av samfunnsstrukturer og reproduksjon av ulikheter.

Den sosiale kapitalen er eid av individet i kraft av det arbeidet han har nedlagt gjennom utveksling av ressurser med bekjentskaper, og mengden kapital er avhengig av den totale kapitalen (kulturell, økonomisk og symbolsk) som er tilgjengelig for ham i gruppen som helhet. Det er utsiktene til materiell profitt; i form av tjenester, og symbolsk profitt; prestisje ved å være inkludert i eksklusive grupper, som er basisen for solidariteten som gjør gruppen mulig (Bourdieu 1986: 249)

Oppsummerende kan vi si at for Bourdieu er 'sosial kapital' det komparative fortrinn det utgjør å ha tilgang til velpleide kontakter og medlemskap i anerkjente nettverk og klubber, for å oppnå makt, prestisje og økonomisk kapital. På samfunnsnivå representerer denne kapitalen en av flere maktformer som strukturerer samfunnet. Utvikling av sosial kapital bygger på fire forutsetninger; varighet, homogenitet, eksklusivitet og tillit.

³ Egne kursiver.

Som vi skal se er Bourdieus definisjon av begrepet forskjellig fra bruken av begrepet hos James Coleman og Robert Putnam på mange områder. Dette gjelder særlig forutsetningene om homogenitet og eksklusivitet, men også maktperspektivet i Bourdieus kapitalbegrep. To elementer som vanskeliggjør bruk av Bourdieus begrep i denne sammenheng er at det knyttes til individer, snarere enn til grupper og kontekster. Det viser også først og fremst til eksklusive nettverk som ikke har så god relevans i forhold til nettverk som oppstår i nabolag. Dette kommer av at Bourdieus siktemål er å forklare hvordan ulike eliter kjemper om makten i samfunnet, og gjør at begrepet hans får begrenset gyldighet i denne sammenheng.

1.3 Sosial kapital og Colemans metodologiske individualisme

Coleman ser til forskjell fra Bourdieu sosial kapital eksplisitt som et kollektivt fenomen (Coleman 1988: S98). Sosial kapital er noe som finnes i relasjoner og strukturer; i familien, på markedsplassen, mellom kolleger eller i nabolaget, og som ”smører” interaksjonen slik at det blir lettere for aktørene å realisere sine mål og koordinere handlingene sine. Interaksjonen blir mer effektiv og produktiv. Dette produktive, eller funksjonelle elementet, er helt sentralt i Colemans begrepsfesting:

"Social capital is defined by its function. It is not a single entity but a variety of entities, with two elements in common: they all consist of some aspect of social structures, and they facilitate certain actions of actors - whether persons or corporate actors - within the structure. Like other forms of capital, social capital is productive, making possible the achievement of certain ends that in its absence would not be possible." (ibid)

Forskjellige strukturer har forskjellig sosial kapital. Coleman identifiserer i artikkelen sin tre former for sosial kapital: Den første er forpliktelser og forventninger i resiprositetsnettverk - eller kjeder (ibid: S102-S103). Aktørene gjør hverandre tjenester av ulik art som inngår i et system av ytelser og forventning/forpliktelse om/til gjenytelser. Disse forpliktelsene kan ses som en type "gjeldsbrev" med ubestemt betalingsfrist. Dette systemet bygger på gjensidig tillit, og kan for den enkelte representere en viktig ressurs i hverdagen, ved at handlingsrommet en får blir større når det ikke begrenses av midlertidig knapphet på ressurser som er tilgjengelig andre steder i nettverket. Samtidig kan systemet danne grunnlag for sentralisert akkumulasjon av makt og asymmetriske bytterelasjoner. Med denne formen for sosial kapital kommer Coleman nærmest Bourdieus definisjon. En

annen form for sosial kapital som Coleman tenker seg, kan være den informasjonen eller kunnskapen man får del i ved å inngå i nettverk og sosiale relasjoner (ibid: S104). Det være seg den travle husmoren som velger å bare henge sånn noenlunde med på motebildet ved hjelp av motetips fra en venninne som følger bedre med, fremfor selv å bruke tid på magasinlesing for å ligge i forkant, eller akademikeren som holder seg oppdatert på beslektede forskningsfelt gjennom informasjon fra kolleger. En tredje form for sosial kapital er normer og sosial kontroll (ibid: S104). I den første og siste formen for sosial kapital er tillit til strukturen, og mellom aktørene i den, en viktig forutsetning.

Som hos Bourdieu kan den sosiale kapitalen føre med seg gevinster i andre kapitalformer, som human kapital og økonomisk kapital. Coleman har selv studert overføringen av human kapital og skolemestring i familier med ulik klassebakgrunn og etnisk og religiøs tilhørighet (Coleman 1988). Han fant blandt annet at familier med lite økonomisk og human kapital, kompenserte for dette ved at foreldrene hjalp barna med leksene, eller ved at spesielle forventninger og normer var virksomme i nabolaget. På samme måte kunne barn i ressurssterke familier, med hensyn til økonomisk og human kapital, ende opp med dårlige skoleprestasjoner som følge av lite sosial kapital i familien og i nabolaget.⁴

En forskjell fra Bourdieu er at Coleman ikke skiller like tydelig mellom ressurser og kapital, og heller ikke beskriver hvordan ressurser blir kapital. Sosial kapital hos Coleman er ikke i samme grad avhengig av gjentatte investeringer over tid, slik Bourdieu forutsatte for at ressursene skulle omdannes til kapital. Johs Hjelbrekke har kritisert Coleman på dette punktet ut i fra et ståsted i Bourdieus kapital-teori (Hjelbrekke 2000: 212). Når ressurser og kapital ikke avgrenses og diskuteres i forhold til hverandre blir det vanskelig å skille sosial kapital-relasjoner fra andre relasjoner, hevder han, og begrepet blir stående med en for vid definisjon. Hos Coleman faller både foreldres engasjement i barnas lekselesing og såkalt "kollektive goder" inn under begrepet. Coleman ser ut til å mene at alle relasjoner har sosial kapital: "*All social relations and social structures facilitate some forms of social capital (...)*" (Coleman 1988: S105). En annen forskjell er at Coleman ikke tar høyde for inklusjon/eksklusjon i sosial kapital-relasjoner. Dette gjør at Colemans begrep blir fattigere med hensyn til makt, stratifikasjon og sosiale praksiser (Hjelbrekke 2000: 214).

⁴ Dette funnet støttes av Jon Lauglos undersøkelse av skoleprestasjoner blandt ungdom i Oslo (2000).

I Colemans prosjekt utgjør sosial kapital elementet som skal gjøre makrofenomener (normer, kollektive aktører, strukturer) mulig innenfor et rasjonell aktør-perspektiv. Selv om Coleman definerer begrepet som et kollektivt fenomen, fremstilles likevel produksjonen og bruken av kapitalen som noe som er underlagt individers instrumentelle handlinger i kraft. Dette kan nok ha mye for seg i en del sammenhenger, som i eksempelet med akademikeren som holder seg oppdatert gjennom nettverksrelasjoner med kolleger, men er kanskje ikke like intuitivt treffende i eksemplene fra familienes lekselesing og i andre mer uformelle relasjoner. Colemans teoretiske ambisjoner på vegne av begrepet kan dermed kritiseres for å ikke være godt nok underbygget i denne artikkelen (Hjelbrekke 2000: 212).

Sammenlignet med Bourdieu har likevel Coleman et begrep som er bedre egnet til å forstå betydningen av sosiale nettverk og resiprositetsrelasjoner i bredere forstand. Bourdieu sitt begrep er svært spesifikt avgrenset til visse typer slike relasjoner, nemlig i eksklusive nettverk, og i et maktperspektiv. Dette gjør begrepet vanskelig å benytte mer allment, og særlig som en egenskap ved nabolag og lokalsamfunn i relasjon til helse. I neste avsnitt skal vi se hvordan Robert Putnam bygger videre på Colemans sosial kapital-begrep, som har lagt grunnlaget for forskningen på sosial kapital og helse.

1.4 Sosial kapital som samfunnets smøring og superlim

Robert Putnams "Bowling Alone" fra 2000 er kanskje det mest refererte, omtalte og omdiskuterte enkeltverket i sosial kapital (og helse)-litteraturen, og definitivt det verket med størst suksess og innflytelse utenfor academia. Putnam legger her fram et mangfold av indikatorer fra et imponerende antall kilder som alle viser det som "alle" amerikanere egentlig visste; nemlig at den politiske deltakelsen, tilbøyelighet til å delta i jevnlig klubbaktiviteter eller frivillig arbeid, tillit til fremmede, solidaritet med dårligere stilte, og uformell sosial aktivitet, jevnt over er blitt svekket de siste tre tiårene. Denne utviklingen spås å ha store konsekvenser for det amerikanske samfunnet, for eksempel med hensyn til oppslutning om demokratiet, økonomisk utvikling og folkehelseutfordringer, men også på det lokale planet: Lokalsamfunn med sviktende sosiale nettverk er dårlige oppvekstmiljøer, mer kriminalitetsutsatt, har høyere konfliktnivå, er mindre produktive og har mer sosial isolasjon.

Denne generelle nedgangen i aktivitet og engasjement i nabolag og lokalsamfunn er det Putnam referer til som en svekkelse av det amerikanske samfunnets sosiale kapital. Han definerer begrepet i tråd med Colemans definisjon som ”*sosiale nettverk og deres tilsluttede resiprositetsnormer*” (2000: 21)⁵. Her må det skytes inn at tillit, som vi skal se er en mye brukt indikator på sosial kapital, *ikke* er en del av selve definisjonen, men snarere en nær konsekvens av sosial kapital, og dermed en egnet proxy-variabel (Putnam 2001: 45). Sosial kapital finnes i mange former og størrelser til ulikt bruk og kan omfatte for eksempel den utvidede familien, søndagsskoleklassen, pokerlaget, romkamerater fra college og profesjonelle nettverk. Slike relasjoner styrker individets muligheter til å nå egne mål ved hjelp av ressurser som tilgjengeliggjøres gjennom nettverket.

Putnam skiller mellom to hovedtyper av sosial kapital; *bonding* og *bridging* (2000: 22)⁶. Bonding eller ekskluderende sosial kapital viser til nettverk mellom identitetsmessige homogene aktører slik som i etnisk baserte organisasjoner, kirkebaserte lesegrupper for kvinner eller eksklusive golfklubber. Slik sosial kapital kan være gunstig for mobilisering av gruppesolidaritet og etablering av gruppeidentitet, og kan representere både en psykologisk og materiell ressurser for medlemmene. På den annen side kan slike nettverk ha en tendens til å skape sosiale motsetninger mellom inn- og utgrupper.

Bridging, eller inkluderende sosial kapital, er grunnlaget for nettverk som omfatter aktører på tvers av sosial skillelinjer, altså identitetsmessig heterogene nettverk. Eksempler på slike nettverk kan være borgerrettighetsbevegelser og økumeniske religiøse organisasjoner. Bridging sosial kapital øker informasjonsutveksling og gir et bredere ressurstilfang og handlingspotensiale både for individer og kollektiver. Bridging sosial kapital bidrar også til å dempe konflikter gjennom samarbeid, og øker den gjensidige tilliten og resiprositeten i samfunnet.

Som Putnam selv viser har denne distinksjonen mange likhetstrekk med Mark Granovetters sterke og svake nettverksrelasjoner (ibid, Granovetter 1973). Svake relasjoner, analogt til bridging sosial kapital, for eksempel bekjentskaper og profesjonelle kontakter, kan utgjøre en større ressurs enn ens nærmeste venner og familie for eksempel i en jobbsøkingssituasjon fordi kontaktradiusen blir større.

⁵ Egen oversettelse.

⁶ Jeg velger her å benytte terminologien videre på originalspråket; ’bridging’ og ’bonding’, selv om ekskluderende eller eksklusiv og inkluderende/ homogen eller heterogen kanskje kunne være passende substitutter. Andre har brukt bånd- og brokapital, kapital av bånd- eller brotypen.

De to formene for sosial kapital danner ulik basis for resiprositet og tillit. Mens bonding sosial kapital etablerer en spesifikk resiprositet innad i en gruppe og tillit basert gruppetilhørighet, kjennetegnes bridging sosial kapital ved en uspesifikk resiprositet og tillit til ”generaliserte andre”; mennesker en ikke kjenner gjennom egen erfaring.

Skillet mellom bridging og bonding sosial kapital skal ikke forstås som gjensidig utelukkende typer av sosial kapital. Begge funksjoner kan være tilstede samtidig (Putnam 2000: 23). Et eksempel på dette er den svarte kirken i USA som samler folk med samme religion og etniske bakgrunn, men fra forskjellige samfunnslag.

Sosial kapital kan i Putnams tapning av begrepet ha positive konsekvenser for individet i form av praktisk hjelp, informasjon, sosial og psykologisk støtte og som identitetsmessig fellesskap. Dette er hovedsaklig gjennom bonding sosial kapital. For samfunnet, lokalt og som helhet, bidrar sosial kapital til å ”smøre” den sosiale samhandlingen slik at den blir mer effektiv og produktiv gjennom lettere informasjonsutveksling og generalisert tillit. Slike konsekvenser henger mer sammen med bridging sosial kapital, som har en funksjonell forrang i kraft av å være mer samfunnsbyggende. På denne måten er sosial kapital både et privat og et offentlig gode (ibid: 20).

Putnam lister opp en rekke mulige årsaker til svekkelsen av det amerikanske sivilsamfunnet (Putnam 2000: 187). Av disse velger han å se nøyere på og anslår viktigheten av; tids- og pengepress, økt geografisk mobilitet, fjernsyn og annen elektronisk underholdning og generasjonsforskjeller i holdninger. Jeg skal ikke gå inn i undersøkelsen Putnam gjør av disse faktorene, men legge merke til at utviklingen fra den samfunnsengasjerte mellom- og etterkrigsgenerasjonen til mindre engasjerte senere generasjoner utpekes som den viktigste faktoren, mens ulike former for tidskonsum er den nest viktigste årsaken. Viktigere i denne sammenheng er de konsekvensene Putnam tenker seg at denne svekkelsen i sosial kapital kan avstedkomme for individ, samfunn og helse, som jeg kommer til i neste kapittel.

1.5 Kritikk av sosial kapital-begrepet

Kritikken som sosial kapital-begrepet har vært gjenstand for, har ikke bare dreiet seg om kunnskapsgrunnlaget for hypotesene. Den har kanskje i like stor grad handlet om hvilke egenskaper begrepet har og dets egnethet som analytisk verktøy for samfunnsvitenskapen og folkehelseforskningen. En del av innsigelsene har hevdet at

begrepet har fått ufortjent mye oppmerksomhet til tross for mange uklarheter. En forklaring på dette det har vært at sosial kapital er et hendig og ukontroversielt begrep for forskere og politikere å gripe til, slik at det nærmest er blitt et motebegrep, hevdes det. En annen del kritiserer begrepets politiske implikasjoner og ladning, mens en tredje del kritiserer begrepsmessige faglige svakheter og konsekvenser. Særlig de to første delene henger nøye sammen, mens den siste er den viktigste i denne sammenhengen.

1.5.1 Sosial kapital som tidsriktig motebegrep

Carles Muntaner er en av dem som går langt i retning av å framstille sosial kapital som et lettvent pop-begrep og som en re-etikettering av allerede kjente begreper som sosial integrasjon og sosialt samhold (Muntaner 2004: 675). Med referanse til Samuel Bowles (1998) hevder Muntaner at sosial kapital-begrepet til tross for dette har slik gjennomslagskraft fordi det tilbyr et alternativ til statlig intervensjonspolitik på den ene siden, og individualistiske modeller på den andre, som begge har mistet mye popularitet de siste to tiårene. Agnet som stadig flere biter på, hevdes det, er at begrepet tilsynelatende kombinerer kapitalisme med sosialt samhold. Muntaner mener det i virkeligheten snarere eksisterer et motsetningsforhold mellom disse fenomenene; kapitalismen undergraver sosial integrasjon og samhold. Sosial kapital framstår her som en beleilig metafor for den kommunitarianistiske idéen om at statens rolle kan tones ned til fordel for marked, sivilsamfunn og lokal beslutningsmyndighet, hevder Muntaner⁷.

Lignende utspill kommer også fra Pearce og Davey Smith (2003: 126-127). Koplingen av 'kapital' til 'tillit' og 'rettferdighet' gjør at sosiale fenomener vi har andre begreper for, kan presenteres i økonomisk terminologi som midler til et velfungerende samfunn og økonomisk vekst, og framstår dermed som mer akseptable innenfor dagens rådende politiske og økonomiske dogmer, mener de. Sosial kapital høster som følge av denne egenskapen popularitet både hos dem som ønsker markedsstyrt økonomisk vekst (nyliberalisme), og hos dem som ser sosial kapital som et mål i seg selv (kommunitarianisme).

⁷ Vicente Navarro skiller mellom europeisk og amerikansk kommunitarianisme: Den amerikanske versjonen reduserer statens ansvar, mens den europeiske kommunitarianismen gir den en viktig rolle i å forebygge sosial eksklusjon gjennom omfordeling av samfunnets ressurser (Navarro, 2002; 425).

1.5.2 Overlappende begreper

Det mest substansielle i denne kritikken er at sosial kapital bringer lite nytt med seg, og i for en stor del bare er gamle fenomener i ny og moteriktig drakt. Mye av kritikken beskjefter seg i stor grad med uuttalte sider ved sosial kapital-begrepet, dets terminologiske symbolske og ideologiske appell, så å si. Dette kan nok være en sannsynlig forklaring av den eksplosive produksjonen og entusiasmen rundt begrepet i krysningspunktet mellom vitenskap og politikk, men har muligens ikke like god status som vitenskapelig kritikk.

Den første påstanden om at sosial kapital ikke bringer med seg noe vesentlig nytt, er en vanlig innvending. Fokuset på fellesskap, tillit og normer har mye til felles med andre meso- og makrobegreper, som sosial integrasjon og sosialt samhold (social cohesion). I litteraturen er også forholdet mellom sosial kapital og sosialt samhold temmelig uklart (Macinko og Starfield 2001: 405). Macinko og Starfield peker på dette som et svakt punkt i forskningstradisjonen og at indikatorer for begrepene brukes om hverandre. De refererer selv til en ganske smal definisjon av sosialt samhold; tillit folk har til naboene sine⁸ (ibid: 389), som er en mye brukt indikator for sosial kapital. Ut i fra denne definisjonen blir sosialt samhold mest å betrakte som et aspekt ved - eller som konsekvens av - sosial kapital. Andre har sett sosial kapital mer som et aspekt ved sosialt samhold (Wilkinson 1996: 4, Kawachi og Berkman 2000: 175). Slik betraktet viser sosialt samhold til i hvilken grad folk er knyttet til hverandre, og til solidariteten mellom dem. Sosialt samhold innebærer også et relativt fravær av latent konflikt, og til sterke sosiale bånd. Sosial kapital er mer å forstå som potensialet for samarbeid, effektivitet og tilgang på ressurser som samfunn preget av sosialt samhold skaper.

Når det gjelder forholdet mellom sosial kapital og begrepet sosial integrasjon kan det sies at sosial integrasjon ofte ses som en vitenskapshistorisk forløper til det kollektive sosial kapital-begrepet (Kawachi og Berkman 2000). I klassisk forstand viser sosial integrasjon til gjensidig avhengighet, for eksempel ved høy grad av arbeidsdeling, og felles verdier og normer på tvers av sosiale skillelinjer som binder samfunnet sammen (Korsnes, Andersen og Brante 1997: 288). En klar forskjell mellom sosial kapital og sosial integrasjon er at sosial kapital har en tydeligere kopling mellom samfunn og individ, og

⁸ Fra R. Sampsons arbeider. Det uklart om denne tilliten er spesifikk eller generalisert slik det kommer fram av avsnittet.

dermed er nivå- overskridende, mens sosial integrasjon i større grad kan sies å være et rent strukturelt begrep.

Et vesentlig element ved sosial kapital som skiller det fra øvrige begreper, er at det setter fokus på de sosiale ressursenes gunstige *konsekvenser* for blandt annet helse, lavere kriminalitet og utvikling av human kapital. Dette produktive elementet er her helt essensielt. Dette gjør at betegnelsen 'kapital' får større berettigelse, fordi det her er snakk om egenskaper ved sosiale relasjoner, nettverk og samfunn som gir et kollektivt *utbytte*, for å benytte meg ytterligere av kapitalmetaforen, i form av et mer velsmurt samfunnsmaskineri og andre kollektive goder.

1.5.3 Sosial kapital som politisk ideologi

Det kan virke noe søkt å knytte metaforen 'kapital' til ideologien kapitalisme, slik kritikerne ovenfor gjør. Kapital i denne sammenheng viser snarere til de potensielle ressurser som kan ligge i sosiale nettverk, fellesskap og normer, og som kan virke stimulerende og stabiliserende på sosial samhandling og organisering. På denne måten representerer sosial kapital en samfunnsressurs på linje med andre kapitalformer som human kapital (kunnskap) og fysisk kapital (materielle ressurser). Også Bourdieu, men fra et maktperspektiv, benytter seg av kapitalmetaforen uten at kulturell, økonomisk, sosial og symbolsk kapital har noe å gjøre med liberalistisk økonomisk ideologi.

Den kommunitarianistiske ladningen av sosial kapital-begrepet har i følge Vicente Navarro preget særlig Robert Putnams arbeider (Navarro 2002: 427). Elementene formål, makt og politikk er så godt som fraværende i *Bowling Alone*, noe han mener er oppsiktsvekkende fra hånden til en professor i statsvitenskap. Selv om det er oppsiktsvekkende, er det ikke overraskende, hevdes det videre. Denne tendensen til ideologisk avpolitisering og tilpasning til økonomisk språk er en generell trend i amerikansk samfunnsforskning. Fraværet av konflikt og makt hos Putnam, kommer til syne i hans utlegning av blandt annet "den progressive æra", som var en tid da den sosiale kapitalen blomstret. Også forklaringen hans av generasjonskløften i medlemskap i fagforeninger, lider under denne svakheten (ibid: 429). Navarro peker på at Putnams framstilling av de sosiale reformene under den progressive æraen som et resultat av opplyst lederskap, er en tvilsom historiefortolkning. Putnam ser her helt bort i fra at dette var en tid med klasse, kjønn og rasebaserte konflikter som la et stort press på myndighetene. Målet for mye av denne opposisjonen var mer føderal statlig intervensjon og mindre makt til delstatsadministrasjon og lokale myndigheter, altså motsatt av den amerikanske

kommunitarianistiske ideologien som Putnam her gjøres til representant for. På samme måte hevder Navarro at Putnam ser bort fra hvordan arbeidsgivere og myndigheter de senere tiårene har strupet fagforeningene, og at dette er en mer plausibel forklaring på hvorfor unge amerikanere i dag ikke organiserer seg i like stor grad som sine foreldre, enn at de er mindre motiverte eller samfunnsengasjerte. Navarro får her støtte av Alejandro Portes (1998: 19), og av Pearce og Davey Smith (2003: 128) for den implisitte elitismen som ligger i Putnams historiske analyse. Mens politisk lederskap får æren for oppblomstringen av sosial kapital i etterkrigstiden, legges skylden for nedgangen i sosial kapital de siste tiår på folks endrede holdninger og fritidsbruk.

Denne kritikken kan virke rimelig. Motsetningen som Navarro her legger opp til kan leses inn i en klassisk perspektivkonflikt i sosiologien. Den ene siden er opptatt av hva som gjør et samfunn funksjonelt og stabilt, og er opptatt av normer og institusjoner, mens den andre siden undersøker konfliktenes og motsetningenes dynamikk, ledsaget av et materialistisk perspektiv. Dette er imidlertid ikke stedet for en grundigere diskusjon av denne motsetningen.

1.6 Oppsummering:

Vi har her sett at sosial kapital av Bourdieu ble definert som en individuell egenskap, mens Coleman og Putnam eksplisitt definerer det som en strukturell egenskap. Bruken de gjør av begrepet er imidlertid noe tvetydig med hensyn til nivå. Vi har også sett at begrepet har møtt en del motbør for sin likhet med andre etablerte strukturelle begreper, som sosial integrasjon og sosialt samhold.

Selv om sosial kapital i Colemans opprinnelige arbeider (1988, 1990) eksplisitt ble presentert innenfor et rasjonell aktør-perspektiv, noe som åpner for den tolkning at aktørene søker å maksimere sine komparative fordeler blandt annet gjennom tilegnelse av sosial kapital, kan det argumenteres for at senere arbeider, særlig fra Wilkinson (1996), men også fra Putnam (2000) og den øvrige sosial kapital og helse-forskningen, har tatt en annen retning. Sosial kapital forstås her hovedsaklig som en egenskap ved strukturer som gir *kollektive* fordeler som følelse av trygghet, tillitspregede relasjoner, lettere kollektiv samhandling og inkluderende felleskap. Individuelle strategier, konkurranse og akkumulasjon av sosial kapital står ikke særlig sterkt i fokus her. Riktignok finner vi også disse elementene i sterkere grad hos Bourdieu, der hovedfokuset er hvordan eksklusive nettverk søker å maksimere gruppens maktposisjon, og på den måten sikre medlemmene

fordeler. Blandt sosial kapital og helse-arbeidene har, som vi skal se, ikke denne instrumentelle og formålsrettede siden ved sosial kapital vært et stort tema. Generelt er nok begrepets strategiske elementer mer tilstede i de individuelle definisjonene av sosial kapital. Sosial kapital ses, i sin tapning som et kontekstuel begrep, heller som noe ureflektert og overindividuell, og har konsekvenser som er mer utilsiktet enn tilsiktet. I den grad individenes handlinger er strategisk rettet mot å bygge sosial kapital, blir dette ofte tolket innenfor rammen av et altruistisk motiv (for å oppnå gode kollektive løsninger slik som fattigdomsbekjempelse, bedre skole, mindre kriminalitet og sosiale rettigheter).

2 Sosial kapital og helse

2.1 Innledning

Folkehelseforskningen er ett av de områdene hvor sosial kapital-begrepet har hatt en eksplosiv utvikling de siste ti årene. Til tross for en ganske omfattende debatt, særlig mellom den psykososiale og neo-materialistiske fløyen, er det ikke blitt etablert noen klar konsensus rundt bruken av begrepet (Macinko og Starfield 2001: 410, Kawachi et al. 2004). Dette gjelder viktige aspekter som analysenivå, operasjonaliseringer, mekanismer og metodeimplikasjoner.

Ichiro Kawachi, en av de mest aktive entreprenørene av sosial kapital og helseforskningen, har i en kommentarartikkel sammen med andre Harvard-forskere oppsummert status for begrepet i et nummer av *International Journal of Epidemiology* som var viet diskusjonen av begrepet (Kawachi et al. 2004). Her gjøres det også forsøk på å stake ut veien videre for denne forskningen.

Et av de viktigste stridsområdene som tas opp her, er hvorvidt sosial kapital viser til egenskaper ved individer eller felleskap. Vi har sett at begrepets viktigste opphavsmenn, særlig Coleman og Putnam, definerer og bruker begrepet på en tvetydig måte. På den ene siden uttrykker begge at sosial kapital definisjonsmessig er et aspekt ved sosiale felleskap som fremmer samhandling og utvikling av resiprositetsnormer, altså et strukturelt fenomen. På den annen side brukes begrepet på et individuelt nivå når forfatterne snakker om sosial kapital-gevinster som penger og sosial støtte. I andre sammenhenger igjen handler sosial kapital om ressurser som blir tilgjengelig for alle i et felleskap, slik som trygghet og effektivitet (Kawachi 2004: 2). Dette har ført til forvirring rundt hva som er begrepets riktige analysenivå, og at begrepet inkluderer så mange sosiale fenomener at det står i fare for å bli meningsløst (Portes 1998: Kawachi et al. 2004).

Sosial kapital-begrepet har, som vi har sett, også møtt motstand for sin likhet med andre begreper i forskningen av betydningen av sosiale fellesskap for helse, slik som sosialt samhold og sosial integrasjon, men også mer utpregde individuelle begreper som sosialt nettverk og sosial støtte (Lynch et al. 2000: 404). Begrepets potensielle bidrag i folkehelsesammenheng bør derfor eksplisitt avgrenses til muligheten for å studere *kontekstuelle* påvirkningsfaktorer på individuell helse, konkluderer Kawachi. Dette er en

god strategi for å distansere begrepet fra lignende individnivåbegreper. Det er likevel ikke snakk om et enten-eller i dette spørsmålet, men begrepet dekkes best av en innfallsvinkel som tar høyde for nivåmessig kompleksitet (Kawachi et al. 2004: 2).

Noe av årsaken til problemene ovenfor ligger i at studier av sosial kapital er blitt gjort ved hjelp av flere ulike metoder ettersom standarddata som dekker begrepet ikke har vært lett å få tak i. Derfor har det også blitt brukt ulike operasjonaliseringer av begrepet i ulike studier. (Macinko og Starfield 2001: 390.) Mange studier er blitt utført som individuelle tverrsnittundersøkelser, en del har vært økologiske analyser, og i de senere årene har forskere tatt i bruk statistisk flernivåanalyse for best mulig å gripe begrepets kontekstuelle natur. Den siste metoden åpner for å studere sosial kapital som et aspekt ved en sosial kontekst, og å undersøke hvilken effekt det har på individnivå. Samtidig kan det kontrolleres for komposisjonelle effekter, altså den sammensetningen av individer som utgjør for eksempel et nabolag. På denne måten får begrepet en hensiktsmessig avgrensning mot andre begreper og får legitimitet som et eget analytisk verktøy. Dette er derfor metoden som anbefales i Kawachi et al. (2004), samtidig som forfatterne også bifaller satsning på kvalitative innfallsvinkler, slik det blandt annet er blitt forsøkt i England⁹.

I denne oppgaven skal jeg i tråd med dette forholde meg til sosial kapital som et kontekstuellet begrep. Selv om et mer fullstendig bilde ville kunne tegnes om også den individuelle versjonen av begrepet ble inkludert, vil jeg argumentere for at dette er en hensiktsmessig avgrensning fordi den tillater meg å benytte forskning som i større grad forholder seg til hverandre, og dermed tilbyr et mer konsistent sosial kapital-begrep.

Det er ikke et mål for det kommende dykket i forskningslitteraturen å bringe til overflaten en fullstendig oversikt over feltet, men for det første å få et innblikk i de viktigste debattene og problemområdene, og for det andre å gjengi funn og metodevalg fra de viktigste studiene. *Tilfanget av empiriske studier avgrenses i tråd med Kawachi's konklusjoner til studier som undersøker begrepets kontekstuelle egenskaper i relasjon til helse, med et særlig fokus på flernivåstudier*¹⁰. Til sammen vil dette kunne danne et

⁹ Se for eksempel Cattell, 2001.

¹⁰ Bidragene til Putnam og Wilkinson som blir presentert nedenfor faller strengt tatt utenfor denne avgrensningen, men må likevel tas med fordi de er sentrale leverandører av hypoteser og premisser for flernivåstudiene av sosial kapital og helse.

grunnlag for utledning av konkrete relevante forskningsspørsmål til min egen analyse. Men først må det psykososiale helsebegrepet og et par viktige bakgrunnstekster presenteres.

2.2 Det psykososiale helsebegrepet

Sosial kapital-begrepet blir i sosial kapital og helse-forskningen knyttet til et psykososialt helsebegrep (Wilkinson 1996, Elstad 2000). Dette innebærer at helse og variasjoner i helse ses som et resultat av sosial interaksjon og egenskaper ved det sosiale miljøet. Et slikt helseperspektiv står i motsetning til, men utelukker ikke den klassiske biomedisinske tradisjonen, og kontrasterer seg også mot ensidig livsstilsorienterte og materialistiske forklaringer av sosiale ulikheter i helse (Elstad 2000: 69).

Der det biomedisinske helsebegrepet bygger på en sjel/kropp-dualisme, søker psykososiale forklaringer å forstå hvordan mentale reaksjoner og følelser via nervesystemet og immunsystemet, ikke bare får konsekvenser for mental helse, men også for rent kroppslige utfall (Nettleton 1995: 3, Elstad 2000: 70-73). Psykososiale forklaringer tar dermed ikke avstand fra biomedisinsk kunnskap, men forsøker å sette kunnskapen inn i en større sammenheng.

Det biomedisinske helsebegrepet kan videre sies å bygge på en mekanisk forståelsesmetafor akkompagnert av en teknologisk intervensjonspraksis. Organismen ses på denne måten som et isolert system med funksjoner og dysfunksjoner, noe som fører til et reduksjonistisk perspektiv på helse som utelukker sosiale og psykologiske faktorer (Nettleton 1995: 5). Sett fra den psykososiale forståelsesmodellen representerer den biomedisinske modellen en atomistisk feilslutning, i det at sosiale og miljømessige forhold ekskluderes. Denne forskjellen mellom de to helsebegrepene kommer også til uttrykk ved at biomedisinen eksplisitt søker klare fysiske årsaker til bestemte symptomer (spesifikk aetiologi), mens det psykososiale perspektivet åpner for at mentale og somatiske tilstander kan ses i lys av bredere sosiale forhold.

Det biomedisinske helsebegrepet har vært det rådende de siste hundre årene. Det er derfor vanlig at medisinen får mye av æren for den vesentlige økte levealderen vi har oppnådd i denne perioden. Kritikere hevder at denne økningen først og fremst kan tilskrives bedring av boforhold, ernæring, hygiene og endrede reproduksjonsmønstre. Noen går også så langt som å si det medisinske systemet gjør mer skade enn nytte, fordi sideeffektene av medisiner, intervensjon, samt kolonialiseringen av kunnskap og

handling på helsefeltet, umyndiggjør enkeltpersoner og familier som helseagenter (Illich 1976, Nettleton 1995: 3).

Det anerkjennes dermed at strukturelle materielle og økonomiske faktorer har vært viktige årsaker til helse. Som også Wilkinson (1996) er talsmann for (se nedenfor), argumenteres det imidlertid for at disse faktorene ikke lenger spiller så stor rolle i forhold til de eksisterende helseulikheter. Grunnlaget for å hevde dette er antagelsen om at folk flest i vestlige moderne samfunn nyter godt av et, historisk-komparativt, høyt velstandsnivå, der boforhold, arbeidsforhold og tilgang på mat for de fleste er på et tilstrekkelig nivå (Elstad 2000: 70). På denne bakgrunnen seiler psykososiale faktorer som stress, sosial støtte, sosiale hierarkier, sosialt samhold og sosial kapital fram som plausible forklaringer på helseulikheter i samfunnet. Men det gjør også livsstilsforklaringer av helseulikheter, som sterkt har preget vitenskaplig og politisk virksomhet på området. Uten å gå for sterkt inn i denne debatten, kan det sies at denne hypotesen innenfor psykososiale forklaringer ikke betraktes som en årsak i seg selv. Livsstil må ses som uttrykk for sosial posisjon. På denne måten kan helseskadelig adferd og forbruk betraktes som måter å hanskens med en ufordelaktig og stressfull tilværelse (Elstad 2000: 69, Wilkinson 1996).

Den biomedisinske forklaringen av hvordan våre sosiale omgivelser virker inn på kroppslige reaksjoner er et omdiskutert og relativt ungt forskningsområde. Jon Ivar Elstad gir i sin doktorgradsavhandling likevel en presentasjon av en modell som det er bred aksept for (2000: 70-73). Denne modellen tegner opp en sammenheng der menneskets persepsjon og erfaring av situasjoner, påvirker kroppens forskjellige systemer gjennom stress eller stressrespons. Når tilstander oppleves som krevende reagerer kroppens systemer med å mobilisere og tilpasse seg. Denne reaksjonen fører til at systemene belastes gjennom blandt annet utskilling av hormoner som adrenalin og kortisol. Hvis ikke stressreaksjonene får ”slått seg av ” eller kommer med tette mellomrom, altså at individets persepsjon av omgivelsene som krevende er en permanent tilstand, kan denne belastningen føre til sykdom ved at de kroppslige systemene ikke får stabilisert seg. Slik påvirker stress kroppens *homeostase* (balansen i kroppens systemer).

Men hvordan oppstår mentale reaksjoner som påvirker stressnivået i kroppen? Mentale reaksjoner, hva som oppleves som stressende, kan variere mellom personer og ulike kulturer. Dette er avhengig av varierende verdier, normer, hva som blir sett på som nederlag eller suksess, hva som oppfattes som avgjørende eller likegyldig (Elstad 2000: 73). Forskjellige forklaringer av sosiale ulikheter i helse innenfor det psykososiale perspektivet peker mot at de minst fordelaktige sosiale posisjonene har færre

mestringsressurser (sosiale nettverk og sosial støtte), og er utsatt for flere stress-sitasjoner (livshendelser og kronisk stress). Det sosiale miljøet til et individ utgjøres ikke bare av individets eget nettverk, men inkluderer også rådende normer, verdier og holdninger i samfunnet som helhet og i lokalsamfunnet. Sosialt samhold og sosial kapital utgjør i det psykososiale forklaringsfeltet et skifte av perspektiv fra individ til samfunn. Disse begrepene viser til egenskaper ved samfunnet, eller den sosiale strukturen, som skaper en buffer mot stress, opplevelse av ulikhet, utrygghet og sosiale konflikter som et kollektivt gode, slik vi skal se nedenfor.

2.3 Bakgrunnsverker: Robert Putnams "Bowling Alone" og Richard G. Wilkinsons "Unhealthy Societies".

Vi har allerede sett på Putnams rammeverk for sosial kapital-teorien, men her skal vi få et innblikk i hvordan han tenker seg at sosial kapital har betydning for helse. Den andre bakgrunnsteksten er boken til Richard G. Wilkinsons, "Unhealthy Societies", fra 1996. Begge disse arbeidene har vakt både inspirasjon og kritiske røster, og er blandt de mest refererte i sosial kapital og helse-litteraturen. Som vi skal se skiver Putnam og Wilkinson fra forskjellige ståsteder, men har likevel mange fellestrekk.

2.3.1 Putnam: sosiale nettverk og helse

"As a rough rule of thumb, if you belong to no groups but decide to join one, you cut your risk of dying over the next year in half. If you smoke and belong to no groups, it's a toss-up statistically whether you should stop smoking or start joining" (Putnam 2000: 331).

Som illustrert av sitatet over, som forøvrig sikkert kan virke ganske provoserende på mange medisinere, er området for helse og lykke, eller livstilfredshet, det området der Putnam er mest optimistisk på vegne av begrepets samfunnsmessige betydning, og der han hevder sammenhengen er best etablert (ibid: 326). Sammenhengen mellom sosial tilknytthet (connectedness) og helse er gjennom mange studier i USA blitt hevet over tvil, hevder han. Jo mer integrert vi er i lokalsamfunnet, jo mindre utsatt er vi for forkjølelser, hjerteinfarkt, slag, kreft, depresjon og tidlig død av alle slag. Dette er blitt vist for både bonding og bridging sosial kapital. Effekten av sosial integrasjon og sosial støtte

på helse er så sterk at den er like viktig som tradisjonelle biomedisinske livsstilsfaktorer som røyking, fedme og fysisk inaktivitet (ibid: 327)¹¹.

Det ikke er enighet om hvordan sosialt samhold påvirker helse, men Putnam referer noen forklaringer. *Sosiale nettverk* kan blandt annet bidra med praktiske og materielle ressurser slik som transporthjelp, barnevakt og penger, og på den måten redusere fysisk og psykisk stress. Å være inkludert i et sosialt nettverk og sosiale rutiner slik som kirkegang på søndagene kan også representere et sikkerhetsnett i form av at noen ville legge merke til om man uteble.

Videre kan nettverkstilhørighet utgjøre et sosialiseringsskapskap der en lærer helsefremmende adferd og innordner seg helseforebyggende normer. Om man er del av et fellesskap, er sjansene større for at man er mer fysisk aktiv og har en mer sosialt akseptabel adferd i kraft av at fellesskapets normer også blir ens egne. (Som Putnam også tar forbehold kan fellesskapets påvirkning også slå ut den andre veien i enkelte grupper slik som ungdomsgjenger).

Forskning Putnam referer til åpner også for en biomedisinsk forklaring av sosiale nettverks helsebringende effekter. Kanskje er det slik at sosial kapital styrker immunforsvaret? Sosial isolasjon er nemlig vist å ha biokjemisk påvirkning på kroppen som svekker immunsystemet og øker blodtrykket. Dette er vist ved hjelp av forskning på både dyr og mennesker. Sosial isolasjon kan være en kronisk stresstilstand som akselererer aldringsprosessen, skriver Putnam med referanse til Lisa Berkman.¹²

Putnam skriver videre at forskjellig forskning på området finner at mennesker som står uten sosial tilknytning er mellom to og fem ganger mer utsatt for å dø, sammenlignet med dem som har tette bånd med familie, venner og samfunn (ibid). Studiene han viser til har henholdsvis kontrollert for konfunderende variabler, er longitudinell, og har vist at sosial isolasjon kommer før sykdom og ikke omvendt.

En annen studie (Kawachi et al. 1999) som Putnam refererer til, viser at det er en sammenheng mellom sosial kapital og selvrapportert helse på tvers av statene i USA. Kawachi og kollegaene fant at de statene der folk hadde størst tilbøyelighet til å rapportere

¹¹ Putnam støtter seg her på hovedsaklig amerikansk litteratur om sosiale relasjoner og helse fra åtti- og tidlig nittitallet (Se Putnam, 2000; note 1, kapittel 20 side 492).

¹² Se note 3, kapittel 20, side 492 i Putnam (2000) for referanse.

dårlig helse, var de samme statene som hadde lav sosial kapital. Denne sammenhengen var også tilstede når det ble kontrollert for individuelle faktorer. Å flytte fra en stat med lav til en med høy sosial kapital, ville være en nesten jevngod forbedring av helsen som å slutte å røyke (Putnam 2000: 331).

Disse funnene får støtte i analyser som Putnam gjør selv og som viser en sterk sammenheng mellom en folkehelseindeks og Putnams egen sosial kapital-indeks (SCI), og en sterk negativ korrelasjon mellom SCI og mortalitet.

I de samme 20-25 årene som sosial deltakelse har blitt svekket har også amerikanernes opplevelse av egen helse blitt betydelig redusert, konstaterer Putnam. Dette til tross for at alle objektive helsemål peker den andre veien. Helsen har objektivt aldri vært bedre, samtidig som vi aldri har følt oss så syke. (Dette gjelder også her i Norge). Det gjenspeiles også i forekomsten av depresjoner og selvmord i USA. Samtidig legger Putnam merke til at selvrapportert helse henger sammen med sosial tilknytthet, og at den unge generasjonen som er mest plaget av depresjoner også er den som er minst sosialt aktiv. Putnam understreker at disse funnene er svake bevis fordi de er økologiske sammenhenger på statsnivå. Sammenhengene er derfor statistisk diskutabile, men kan likevel ses i sammenheng med annen forskning og danne grunnlag for å forstå hvordan svekkelsen av sosial kapital har negative effekter på helse (ibid: 331).

Kritikk av Bowling Alone

Carles Muntaner og John Lynch diskuterer relevansen av boken til Putnam for folkehelseforskning, både fordi sosial kapital-begrepet ble plukket opp av helseforskere på siste halvdel av 1990-tallet, og fordi Putnam inkluderer et kapittel om sosial kapital og helse i *Bowling Alone* (Muntaner og Lynch 2002). I likhet med andre antyder de en populistisk dreining og inkonsistens i Putnams arbeider. I boken sin fra 1993 (*Making Democracy Work*) uttaler Putnam at helse ikke kan betraktes som en utfallsvariabel av sosial kapital fordi den er en årsak til sosial kapital. I mellomtiden hadde begrepet vunnet popularitet blandt helseforskere, og i *Bowling Alone* sier Putnam at sosial kapital-effekter på få områder er så veletablert som innenfor helse- og livskvalitetsfeltet. Andre har vittig kommentert dette ved å antydte at *Bowling Alone* ”(is) Blowing Along” (Pearce og Davey Smith 2003: 127). Til Putnams forsvar kan det her bemerkes at det er en klar vitenskapelig styrke å utvikle og endre teori i faglig dialog med andre forskere. Til tross for vittighetene ligger det i denne kritikken en bekymring for at forskningen i for stor grad underlegges skiftende populariserte begreper som sosial kapital, som en konsekvens av måten

vitenskapelig arbeid finansieres på, og at dette tar fokus bort fra andre og viktigere årsaker til sosiale ulikheter i helse.

Kritikk av kunnskapsgrunnlaget for soskap og helse i BA

Mer substansielt hevder Muntaner og Lynch at Putnams modell for hvordan sosial kapital påvirker helse feiler på flere punkter. For det første hevder de at Putnam bygger sine uttalelser på svake og dels irrelevante forskningsresultater. Putnam viser blandt annet til en rekke studier av sosial støtte og helse, som kritikerne mener ikke har gyldighet gitt at sosial kapital ikke er en individuell egenskap, og dermed ikke kan analyseres ved hjelp av individuell nettverkstilhørighet. Videre mener de Putnam overdriver resultatene fra fem studier av sosial kapital og helse fra Harvard-miljøet som kun viser svake og betingede sammenhenger (Muntaner og Lynch 2002: 262). I tillegg er noen av de faktorene Putnam nevner som mulige årsaker til svekkelsen av sosial kapital, viktige faktorer for dempingen av sosiale ulikheter i helse, slik som vekst i velferdsstaten og borgerrettighetene (ibid: 261)¹³. Forfatterne mener også at det faktum at dødelighet relatert til hjerteinfarkt er blitt halvert i samme periode som sosial kapital skal ha blitt svekket, antyder at Putnams sosial kapital og helse-hypotese ikke holder. Dette er et populært poeng og kan kritiseres for å ha større retorisk enn argumentativ gjennomslagskraft. Hvis sosial kapital var den eneste helsefaktoren i forhold til hjerteinfarkt, noe ingen vil hevde, ville dette vært riktig. At antall hjerteinfarkt har gått ned i samme periode som sosial kapital skal ha blitt svekket er ikke nødvendigvis en motsetning fordi mange andre helsefaktorer i samme periode kan ha blitt bedre. Putnam viser dessuten at den selvopplevde helsen er blitt verre i det aktuelle tidsrommet, noe han mener henger sammen med økt sosial isolasjon og stress (Putnam 2000: 331).

En vesentlig innvending som kommer fram her, er imidlertid spørsmålet om Putnams sosiale nettverk-mekanismer er teoretisk holdbare, gitt at sosial kapital tenkes å være et kollektivt fenomen. Dette spørsmålet vil jeg komme tilbake til nedenfor, og i diskusjonskapittelet.

¹³ Dette er ikke forklaringer Putnam undersøker holdbarheten av i boken sin, og bør derfor med litt godvilje tolkes som teoretiske muligheter.

2.3.2 Relativ inntekt-hypotesen og sosialt samhold.

Mens velstandsnivået har økt vesentlig i de vestlige samfunn de siste 100 årene, har også helsen vår blitt bedre, og forventet levealder betydelig lengre. Dette skyldes ikke først og fremst, som mange tror, at legevitenenskapen er blitt mer avansert, men at levestandarden har økt. Flere enn før har nå tilgang på tørre, varme boliger, rent vann, ren luft og uskjemmet mat, samtidig som hygiene og arbeidsmiljø har blitt bedret (Nettleton 1995: 3, Wilkinson 1996: 43-7). Resultatet av denne forbedringen av våre materielle omgivelser har ført til at sykdomsbildet har endret seg fra hovedsaklig infeksjonssykdommer på begynnelsen av 1900-tallet, til hovedsaklig kroniske sykdommer i siste halvdel. Denne endringen blir omtalt som "the epidemiological transition"; det epidemiologiske skiftet (Najman 1993).

På denne bakgrunnen spør Richard G. Wilkinson, som ved siden av Robert Putnam har fått mye av æren for å introdusere sosial kapital-begrepet i studier av samfunn og helse, om ikke dette også forandrer årsakene til sosiale ulikheter i helse. Når alle innbyggerne i et land har oppnådd et visst velstandsnivå, hva kan da forklare de store forskjellene i forventet levealder? Wilkinson mener å finne at det med det endrede sykdomsbildet i moderne samfunn, i større grad er psykososiale faktorer enn materielle faktorer som påvirkere helsen vår.

Dette er tema i Wilkinsons mye refererte bok, *Unhealthy Societies*, fra 1996 (Wilkinson 1996). Wilkinson undersøker her sammenhengen mellom inntekt og mortalitet i økonomisk velutviklede samfunn, og finner at inntekt er sterkt korrelert med helse i alle landene. Likevel finner han ingen klar sammenheng mellom inntektsnivå og dødelighet når han sammenligner landene. Derimot finner han en tydelig sammenheng mellom graden av inntektsulikhet og dødelighet mellom landene. Egalitære land som Sverige, Norge og Nederland har lavere dødelighet enn land med større økonomisk ulikhet, som USA, England og Tyskland (Wilkinson 1996: kap3)¹⁴. Dette funnet støttes av studier fra åtte ulike forskergrupper med ti ulike datasett, og er kontrollert for andre demografiske faktorer. (Wilkinson 1996: 78-80).

Wilkinson mener dette funnet gir støtte til hypotesen om at etter det epidemiologiske skifte er de viktigste årsakene til helseulikheter knyttet til psykososiale forhold heller enn materielle. Med dette menes det *ikke* at materielle forhold ikke lenger har betydning for

¹⁴ Wilkinson måler her inntektsulikhet i OECD-landene som andeler av total netto-inntekt i landet mottatt av husstandende som utgjør de 70% lavest lønnede i hvert land. (Pearsons korrelasjon $r=0.86$ ($P<0.001$))

helsen, men at vi i velstående vestlige samfunn har nådd et økonomisk nivå der de fleste i samfunnet er sikret et minimum av materiell velstand slik at denne effekten etterhvert har flatet ut. Derfor har de psykososiale påkjenningene ved å rangere lavere i det sosioøkonomiske hierarkiet, blitt mer synlige og viktige, hevder Wilkinson. Den viktigste helsefaktoren i vestlige samfunn i dag er ikke absolutt inntekt, men hvordan en opplever sin egen posisjon relativt til andre, altså relativ inntekt. Denne antagelsen er blitt kjent som *relativ inntekt-hypotesen*.

Egalitære samfunn har lavere dødelighet fordi de er mer preget av *sosialt samhold* enn land med store økonomiske ulikheter, hevder Wilkinson¹⁵. Et slikt samfunn har sterkere samfunnsliv, sosial offentlighet og sosial moral (normer). Menneskene som bor i dem er mer tilbøyelig til å delta i frivillige aktiviteter og organisasjoner. Slike samfunn har dermed mer *sosial kapital*, noe som smører både samfunnet som helhet og økonomien, demper antisosial aggressivitet og gjør samfunnet mer omsorgsfullt (ibid: 4).

Mekanismer

Når forskjellene blir store, øker konfliktnivået i samfunnet, og folks tilbøyelighet til å samarbeide, være solidariske og ha tanke for andres trygghet, for eksempel i trafikken, blir mindre. Wilkinson mener at fremtredende ”usosiale” holdninger i samfunnet kan forstås antropologisk og psykologisk som et resultat av kapitalismens verdier og markedets logikk (ibid: kap 7). Markedet og pengeøkonomien institusjonaliserer og fremelsker konkurranse, egoisme, instrumentelle og avsluttede relasjoner, fremfor gaveøkonomiens relasjonsbyggende og konfliktdempende verdier. Gaveøkonomien virker harmoniserende gjennom resiprositetsrelasjoner preget av gjensidig tillit mellom grupper, og utvikler seg i fravær av en juridisk og kontrollerende stat, mens markedsøkonomiens forutsetter en slik stat fordi den er konfliktdrevet.

De minst velstående i et samfunn med store ulikheter vil oppleve seg selv og sin egen tilværelse som markert forskjellig fra de velstående, og føle seg avskåret fra mange goder og deltakelse på mange områder. Det er en tendens til at denne forskjellen ses som en naturlig orden, både av dem som rammes og av samfunnet forøvrig, altså at ens sosiale posisjon reflekterer ens evner og naturlige plass i samfunnshierarkiet. Dette bidrar til å sementere det bestående og øker følelsen av avmakt blandt de dårligere stilte. Alternativt

¹⁵ Wilkinson bruker begrepet ’social cohesion’.

vil folk se forskjellene som urettferdig og ønske en større andel, mens de velstående vil ønske å beskytte sin privilegerte posisjon (ibid: 144). Resultatet blir et samfunn med mer kriminalitet, vold, formell sosial kontroll, engstelse og fatalisme, som bruker unødvendige ressurser på konfliktdepping (ibid: kap 8). Dette øker dødeligheten gjennom ulykker, drap, selvmord og kronisk stress. Eksempelvis er mortaliteten i Harlem i New York i de fleste aldersgrupper høyere enn på landsbygda i Bangladesh, skriver Wilkinson (ibid: 53). Denne dødeligheten har en hierarkisk struktur.

De viktigste psykososiale påvirkningsfaktorene på individuell helse innenfor Wilkinsons forklaringer er knyttet til kronisk stress som følge av økonomisk usikkerhet, mangel på faktisk og opplevd kontroll over egen situasjon, jobbusikkerhet og arbeidsløshet, avskårthet fra deltakelse i (konsum)samfunnet og følelsen av å være mindreverdige. Disse faktorene er sterkere tilstede i samfunn preget av store økonomiske forskjeller. Det biomedisinske grunnlaget for en slik posisjon henter Wilkinson fra studier gjort av Brunner og Marmot som viser hvordan stress, som resultat av lite kontroll og autonomi over ens egen situasjon, arbeid og nabolag, fører til kroniske høye nivåer av kortisol og adrenalin (Marmot og Wilkinson 2001, Brunner og Marmot 1999).

Kritikk av andre forklaringer

Ved siden av sin kritikk av det materialistiske perspektivet tilbakeviser Wilkinson alternative forklaringer på sosiale ulikheter i helse som hevder at helseforskjellen mellom inntektsgruppene skyldes seleksjon ved at de med dårlig helse beveger seg nedover i hierarkiet, mens de med god helse beveger seg oppover (mobilitetshypotesen). Wilkinson innrømmer at en slik bevegelse er tilstede til en viss grad, men viser til at dette fenomenet bare forklarer en liten del av helseforskjellene (ibid: 60).

Wilkinson kritiserer også livsstilsforklaringer av sosiale ulikheter i helse som hevder at de lavere sosiale lag har dårligere helse fordi de har usunne vaner (ibid: 185-189). Risikoadferd i lavere sosiale lag er mer rimelig å betrakte som stress-symptomer på psykososiale påkjenningene betinget av sosial posisjon, som økonomisk usikkerhet, relativ privasjon og utsatthet for ulykker. Alkohol, sukker- og fettholdig mat og forskjellige rusmidler er vist å gi en stressreducerende eller oppstemt følelse. I tillegg gjengir han forskningsresultater som blandt annet viser at størstedelen av sosiale ulikheter i helse er uforklart av livsstil, at hjerteinfarkt er den viktigste dødsårsaken selv med en "riktig" livsstil, at sykdommer som ikke er røykerelatert har den samme sosiale fordelingen som

dem som er det, og at klasseforskjeller kan påvises også for sykdommer som ikke er livsstilsrelatert.

Kritikk av Wilkinson

Muntaner og Lynch (2002) hevder at den psykososiale forklaringen bak sammenhengen mellom sosial kapital og helse ennå mangler mye bevis. Wilkinsons hypotese om at sosial samhold, som resultat av individers oppfatning av sin relative posisjon i det sosiale hierarkiet, er viktigere enn materielle faktorer i velstående samfunn, hviler i følge disse kritikerne på tre ”vakleворne forutsetninger”; at absolutt inntekt ikke lenger er relevant, at inntektsulikheter er en viktig faktor i forhold til helse, og at sosial kapital har blitt svekket i USA de siste tre tiårene (Muntaner og Lynch 2002: 262). Disse forutsetningene har blitt utfordret av blandt andre Lynch et al. (2000, 2001).

Jeg mener dette ikke er en helt rimelig og treffende kritikk av Wilkinsons studie (1996). Wilkinson benekter ikke betydningen av materielle forhold og absolutt inntekt, men hevder at betydningen av disse faktorene for størstedelen av befolkningen er blitt svekket ettersom mange land har oppnådd et høyt velstandsnivå. På denne måten kan inntektsulikhetene i samfunnet bli en viktigere helsefaktor enn den absolutte inntekten, ved at den berører hele strukturen. Forutsetningen om at sosial kapital har blitt svekket i USA er ikke relevant for denne hypotesen, selv om den har vært viktig i Putnams sosial kapital og helse-tekster. Disse skiller seg forøvrig fra Wilkinsons arbeid ved å helt se bort i fra slike helseulikheter.

Wilkinsons arbeid møter mer spesifikk og systematisk kritikk i en studie av Lynch et al. (2001). Her tilbakevises mange av funnene som ble gjort. Lynch et al. bruker nye data og flere land i undersøkelsen enn Wilkinson gjorde, samtidig som også de opprinnelige ni landene sammenlignes. Resultatene viste at den generelle sammenhengen for det opprinnelige utvalget var nær halvert etter at informasjon for 1989-1991 ble brukt, og forsvant helt etter at Spania, Italia, Finland, Danmark, Belgia og Frankrike ble inkludert i analysen. For barnedødelighet var det en relativt tydelig sammenheng, men denne forsvant når USA ble ekskludert fra analysen. Dette gjaldt også for andre grupper og indikatorer, noe som underbygger at USA i denne sammenheng snarere representerer unntaket enn regelen.

Både Lynch et al. (2001) og Pearce og Davey Smith (2003) kritiserer sosial kapital og helse-hypotesen for å være utilstrekkelig underbygget empirisk, med henvisning til en økologisk studie fra 1997 (Kawachi et al. 1997) som ser på variasjoner i dødelighet

mellom 39 amerikanske stater. Forfatterne viser blandt annet til at tillit var negativt korrelert med mortalitet i studien til Lynch et al. (2001). Lynch et al. holder forøvrig tolkningen av dette funnet åpent, men hevder det illustrerer problemet med å bruke slike variabler i internasjonale sammenligninger (2001: 199).

Antagelsen om at internasjonale variasjoner i helse kan tilskrives sosial kapital eller sosialt samhold blir utvilsomt svekket av denne kritikken. Det er likevel verdt å påpeke at denne kritikken først og fremst rammer bruken av begrepet på statsnivå, mens den ikke nødvendigvis er like dekkende for mindre enheter som regioner og nabolag. Dette poenget kommer ikke godt nok frem i de nevnte artiklene.

Et annet metakritisk poeng er at kritikken virker noe selektiv i valg av artikler som skal representere sosial kapital og helse-forskningen. Lynch et al. (2001) karakteriserer artikkelen til Kawachi fra 1997 som "the most important piece of evidence in support of the idea that social capital is an important determinant of population health (...)", noe som er tvilsomt, i det minste i lys de siste årenes tilvekst av sosial kapital-studier. Heller ikke Pearce og Davey Smith (2003) viser til andre arbeider som i større grad har benyttet relevante metoder og som kontrollerer for relevante variabler (se gjennomgang av f.eks. Kawachi et al. 1999; Subramanian et al. 2001; Subramanian et al. 2002 i neste del.) De to siste av disse artiklene ble riktignok publisert etter at Lynch's artikkel ble skrevet, mens Pearce og Davey Smith i hvert fall burde tatt hensyn til de to første.

2.4 Oppsummering: Et felles fundament?

Til forskjell fra Putnam er Wilkinsons utgangspunkt å forklare sosiale ulikheter i helse. Wilkinson påpeker, i likhet med andre kritikere, mangelen av ulikhetsperspektiv i Putnams arbeider (Wilkinson 1996: 221). Sosialt samhold eller sosial kapital er hos Wilkinson en forutsetning for, og en konsekvens av, lavere inntektsulikheter, mens hos Putnam representerer sosial kapital, ved første blick, mer en "buffer" for individet mot dagliglivets påkjenninger. I relasjon til helse har altså Putnam mer et sosial støtte-perspektiv på sosial kapital, som kan kritiseres for å gjøre begrepet nivåmessig uklart og dessuten blindt for sosiale ulikheter. Dette påpekes også, som vi har sett, av Muntaner et al. (2002) som en betydelig svakhet hos Putnam.

Denne forskjellen mellom Putnam og Wilkinson kommer også fram i hvilke mekanismer de tenker seg at påvirker helse. Mens Putnam først og fremst peker på helsebringende effekter av sosiale nettverk og sosial støtte, er Wilkinsons blick rettet mot

strukturelle og kulturelle egenskaper ved samfunnet som frembringer ulike *sosiale klimaer* individene handler og orienterer seg innenfor. Ulike klimaer frembringer ulike virkelighetsforståelser, verdier og handlinger. Dette har ulike konsekvenser for folkehelsen, hevder Wilkinson.

Selv om mekanismene Putnam viser til som sannsynlige mellom sosial kapital og helse har et individuelt perspektiv (nettverkstilknytning), tenker han seg likevel, som vi har sett, sosial kapital i første rekke som et kollektivt fenomen; nivået av sosiale nettverk og resiprositetsnormer (ofte målt som tillit) i samfunnet. En fortolkning av Putnams forklaring som nærmer seg Wilkinsons ståsted, kan være en modell som ser sosial kapital som blandt annet strukturert av politiske og økonomiske strukturer, som igjen påvirker i hvilken grad folk mobiliserer og danner formelle og uformelle sosiale nettverk. På denne måten kan sosiale nettverk på et individuelt nivå gjøres relevante i forhold til helseutfall av kontekstuell sosial kapital, som en mellomliggende variabel. Dette er i tråd med en senere artikkel av Putnam (2004: 670), der han fortsatt understreker mekanismene som går gjennom sosiale nettverk, men også anerkjenner mekanismer som ikke gjør det.

Wilkinsons studie var også gjenstand for rammende kritikk, noe som svekker hans hypoteser. Wilkinson argumenterer imidlertid for at det i denne kritikken ikke ble tatt hensyn til et viktig premiss, nemlig at modellen hans gjelder for samfunn som har oppnådd et visst velstandsnivå. En del av kritikken mot studiene hans gikk på at man finner andre resultater om flere land inkluderes i modellen (Lynch et al. 2000). Wilkinson sier seg enig i at materielle forhold er viktig i land med lavere velstandsnivå, men tilbakeviser mye av kritikken på bakgrunn av dette premisset ovenfor (Wilkinson 2000).

Et likhetstrekk mellom Putnam og Wilkinson er at de begge ser bortfallet av samhold/sosial kapital som et resultat av modernitetens fremvekst. Det er imidlertid forskjeller mellom dem med hensyn til hvilke aspekter ved moderniteten som ses som årsaken til dette. Putnam legger hovedvekten på generasjonsmessige mentalitetsendringer og tidsbruk, mens Wilkinson er mer opptatt av utviklingen av det kapitalistiske konsumsamfunnet og den økende sosiale ulikheten. Wilkinsons forklaring er dermed i større grad knyttet til økonomiske og politiske strukturer enn Putnams kulturelle forklaring. Det er likevel ikke rimelig å fremstille noen av dem som ensidige utviklingspessimister, da begge understreker geografiske og nærhistoriske variasjoner som tyder på at svekkelsen av sivilsamfunnet ikke er et *nødvendig kjennetegn* ved moderniteten.

Putnam og Wilkinson bruker også i hovedsak to tilsynelatende forskjellige begreper; sosial kapital og sosialt samhold. Wilkinson plasserer sosialt samhold, i likhet med

Putnams sosial kapital, på makronivå. Det sosiale samholdet i samfunnet strukturerer individenes helse gjennom inntektsfordelingen på den ene siden, og individenes subjektive persepsjon av samhold og ulikhet på den andre, mens Putnam først og fremst støtter seg på nettverksmekanismer. Det kommer likevel ikke tydelig frem noe sted, så vidt jeg har kunnet se, hvordan sosialt samhold defineres og står i forhold til sosial kapital. Wilkinson ser ut til å behandle det tilnærmet synonymt med sosialt kapital:

“Looking at a number of different examples of healthy egalitarian societies, an important characteristic they all seem to share is their social cohesion. They have strong community life. Instead of social life stopping outside the front door, public space remains a social space. The individualism and the values of the marked are restrained by a social morality. (...) These societies have more of what has been called ‘social capital’ (Wilkinson 1996: 4).

Her framstår sosialt samhold som en sosial og aktiv offentlighet, og som en verdimeslig eller moralsk motvekt mot markedets kalde individualisme. Dette er en forståelse som i stor grad harmonerer med Putnams vektlegging av resiprositetsnormer i definisjonen sin av sosial kapital. Den viktigste forskjellen kan sies å være at der Putnams begrep om sosial kapital er mer spesifikt knyttet til nettverk og normer, har Wilkinsons samhold-begrep større likheter med Durkheims sosial integrasjon, fordi det mer eksplisitt knytter an til strukturelle egenskaper ved samfunnet.

Sosial kapital og sosialt samhold kan sies å påvirke helse både gjennom sosiale nettverk, og som et utgangspunkt for hvordan og hvor mye folk samhandler og samarbeider. Begrepene sier ikke bare noe om frivillig arbeid og sosialt engasjement, men viser like mye til en følelse av samhørighet, normer og sosial kontroll som avstedkommer handlinger som mer eller mindre intendert er rettet mot det felles beste. Dette har betydning for helse gjennom sosial støtte og praktisk hjelp, opplevelse av sin egen posisjon i samfunnshierarkiet, og nivået av konflikt og ulykker i samfunnet (Sampson et al. 1997). Å trekke Wilkinsons perspektiv inn i sosial kapital-forskningen representerer dermed en imøtegåelse av mye av den kritikken vi så ble rettet mot Putnam, særlig med hensyn til betydningen av å se sosial kapital som strukturert av økonomiske og politisk prosesser.

2.5 Kontekstuelle studier av sosial kapital og helse

I dette avsnittet skal jeg først trekke på noen generelle perspektiver på studier av helse og sted. Dette kan gi en bredere analytisk ramme å forstå sosial kapital-forskningen innenfor.

Deretter vil jeg presentere fem sentrale studier av sosial kapital og helse som benytter en flernivåmodell.

2.5.1 Betydningen av sted for helse

Gerry Veenstra skriver at folkehelseforskningen på betydningen av *sted* til nå bare har resultert i tvetydige funn (Veenstra 2005: 2059). Mye av denne litteraturen har beskjeftiget seg med forskjellige attributter ved de fysiske omgivelsene, slik som tilgang på bolig, boligkvalitet, støy, tetthet og luftforurensning. Disse faktorene er relativt lett målbare størrelser. Sosiale, politiske og økonomiske egenskaper ved steder eller lokalsamfunn, har derimot ikke vært mye utforsket, og det finnes heller ikke like opplagte mål for dem. Likevel hersker det en stilltiende anerkjennelse av disse helsefaktorenes betydning i samfunnsforskningen, hevder Veenstra. Hovedstrømmen i folkehelseforskningen har likevel, i hvert fall fram til begynnelsen av 90-tallet, prioritert å fokusere på individers handlinger og intensjoner, slik som livsstilsvalg (særlig røyking, alkoholbruk, kosthold og mosjon) (ibid: 2060). Årsakene til dette har antakelig vært en generell individualistisk trend både i politikken og i vitenskapen, utvikling av nye statistiske metoder for individuell analyse på 70-tallet, og forsiktighet med økologiske modeller i frykt for den velkjente økologiske feilslutning (Macintyre et al. 2002: 126)¹⁶. Dette er nå i endring (Diez Roux 2003: 45). Flere studier har de siste årene utforsket betydningen av sosiale strukturer for helse, og de komplekse sammenhengene mellom individer og de sosiale miljøene de inngår i.

Sally Macintyre et al. (2002) skiller på samme måte som Veenstra mellom materiell infrastruktur (mulighetsstrukturer) og den kollektive sosiokulturelle dimensjonen¹⁷ (Macintyre et al. 2002: 132). Mulighetsstrukturene er sosialt strukturerte egenskaper ved våre fysiske og sosiale omgivelser, som påvirker helsen vår enten direkte (som drikkevann og ren luft) eller indirekte (som tilgjengeligheten av næringsrik mat og helsetjenester). Den kollektive sosiokulturelle dimensjonen innebærer politisk, etnisk og religiøs historie; normer og verdier, integrasjon, kriminalitetsnivå og sosiale nettverk. Den innebærer også

¹⁶ Sally Macintyre et al. (2002) referer her til Robinsons innflytelsesrike artikkel fra 1950, "Ecological correlations and the behaviour of individuals" i *American Sociological Review*. Den økologiske feilslutningen går ut på at en trekker slutninger om sammenhenger på individnivå ut i fra sammenhenger observert på et aggregert nivå. Dette problemet blir også omtalt i metodekapittelet.

¹⁷ 'Material infrastructure' og 'collective social functioning'

hvordan innbyggerne selv opplever stedet de bor, hva slags rykte eller representasjoner som gjøres av et bestemt bostedsområde (ibid: 131). Selv om skillet mellom den materielle og den sosiokulturelle dimensjonen bærer i seg muligheten for å oppfattes som en motsetning, insisterer forfatterne på at disse dimensjonene ikke er gjensidig utelukkende, og at de begge kan virke på helse samtidig. Under forskjellige historiske og sosiokulturelle omstendigheter, for ulike helseutfall, og for forskjellige grupper i populasjonen kan disse dimensjonene ha forskjellig forklaringskraft, være additive eller ha kompliserte samspillseffekter på helse (ibid). Sosial kapital og sosialt samhold er aspekter ved den kollektive sosiokulturelle dimensjonen. Den livlige debatt rundt sosial kapital/sosialt samhold-teorien, har ført til at kontekstuelle studier av den sosiokulturelle dimensjonen i det siste hovedsaklig har fokusert på psykososiale egenskaper (ibid: 130). Macintyre et al. advarer mot at denne dimensjonen reduseres til kun disse to aspektene, og argumenterer for at det bør benyttes flere indikatorer som måler den sosiokulturelle dimensjonen. I følge Macintyre et al. blir sosial kapital-teorien, som rådende innfallsvinkel i studier av den sosiokulturelle dimensjonen, for smal i det at den ignorerer fenomener som etnisk, religiøs og nasjonal identitet, rettslige og økonomiske systemer, stedshistorie, slektskapsystemer, arbeidsdeling og sosiale roller, og at distinksjonen mellom de to dimensjonene blir unødvendig skarp. I stedet for å skille mellom materiell infrastruktur på den ene siden og sosial kapital på den andre, slik den polariserte debatten har medført, anbefaler forfatterne at den sosiokulturelle dimensjonen tas inn i distinksjonen i sin helhet under begrepet “collective social functioning and practices” (ibid).

Som vi skal se nedenfor er det vanlig å skille mellom komposisjonelle og kontekstuelle effekter i sosial kapital-studier, teoretisk såvel som metodisk. Komposisjonelle effekter er den delen av de geografiske variasjonene som skyldes forskjellene mellom innbyggerne i forskjellige områder som sammenlignes, mens kontekstuelle effekter er de variasjonene mellom steder som ikke konkret skyldes egenskaper ved individene som bor der. Macintyre et al. mener imidlertid at det ikke nødvendigvis er fruktbart å fremstille disse dimensjonene som to gjensidig utelukkende, konkurrerende, og kulturelt og historisk universelle dimensjoner (ibid: 129). Dette skillet er ikke så tydelig som det kan se ut, hevder forfatterne. Mange av egenskapene ved individer eller hushold, som det kontrolleres for i slike analyser, er selv formet av den konteksten de inngår i. For eksempel er sosial klasse formet av det lokale arbeidsmarkedet, individuelt utdanningsnivå av den lokale skolestandard, og eiet bosted av boligmarkedet. Som en følge av dette kan det være slik at kontrollvariabler på individnivå bedre kan

betraktes som mellomliggende variabler mellom sted og helse, snarere enn årsaker i seg selv. Slike betenknninger gjøres ikke ofte nok i undersøkelser av stedets betydning for helsen, hevder Macintyre og kollegaene. Dette kan føre til at konteksten ofte behandles som en residual-kategori, bestående av den gjenværende variasjonen etter at alle tenkelige individuelle variabler først er kontrollert for.

Det er også verdt å tenke på at miljøpåvirkninger på helse ikke er begrenset til påvirkning bare fra det geografiske område en bor. Familie, arbeidsplass, religiøse institusjoner og venner er også relevante kontekster å forstå individuell helse innenfor (Sampson 2003. 142). Det er også en tendens til at mye av litteraturen om sted og helse fokuserer utelukkende på urbane settinger, og gjerne depriverte nabolag. Det er et poeng at miljøet også påvirker helsen i andre områder, slik som i forsteder, på landsbygda og i velstående regioner (ibid). Disse innsigelsene representerer et interessant område for utvidelse av kunnskapen om sted, kontekster og helse.

2.5.2 Flernivåstudier av sosial kapital og helse

Kawachi et al. (1999) var av de første som brukte et forskningsopplegg som konkret forsøkte å gripe sosial kapital-begrepets kontekstuelle effekter på individuell helse i en flernivåanalyse. Studien tok for seg betydningen av å være bosatt i amerikanske stater med høy, middels eller lav sosial kapital for individuell selvrapportert helse. Sosial kapital ble operasjonalisert ved hjelp av to spørsmål om tillit og resiprositet (generalisert tillit og folks oppfatning av andres tilbøyelighet til å hjelpe), som ble aggregert opp til andeler i statene, og medlemskap i frivillige organisasjoner per innbygger i statene. I analysen ble det kontrollert for individuelle demografiske og sosioøkonomiske faktorer ved siden av helse- og livsstilsfaktorer. Også økonomisk ulikhet (Gini-koeffisient) i husholdinntekt i statene ble kontrollert for. Dette er gjennomgående et typisk forskningsopplegg for sosial kapital og helse-studie som benytter flernivåanalyse.

Resultatene viste at etter kontroll for individuelle variabler gjestod det signifikante effekter av sosial kapital-variablene på selvrapportert helse. Den negative helseeffekten ved å bo i en stat med lav sosial kapital, sammenlignet med å bo i en med høy sosial kapital, var nesten like stor som ved å være røyker eller overvektig. De som hadde størst gevinst av sosial kapital var dem i det laveste inntektssjiktet. Videre fant forfatterne at inntektsulikhet i statene svekket helseeffekten av sosial kapital-variablene, men at alle likevel forble signifikant.

Forfatterne tenker seg at sosial kapital påvirker individenes helse på minst tre måter. For det første ved påvirkning av individenes helseadferd gjennom rask spredning av helseinformasjon, økt sannsynlighet for utvikling av helsebringende normer og sosial kontroll som hindrer avvikende helserelatert adferd (collective efficacy). For det andre gjennom lettere lokal mobilisering for helserelevante velferdstilbud, og for det tredje gjennom psykososiale prosesser som øker sosial støtte og hindrer sosial isolasjon. Det understrekes at disse mekanismene nok er mer sannsynlig innenfor nabolag enn innenfor stater, som er undersøkelsesenheter her.

Forfatterne bemerker selv at det burde vært kontrollert for sosial isolasjon i studien. Medlemskap i organisasjoner er ikke alltid det samme som sosial deltakelse. Dette svekker sosial kapital-begrepets evne til å fange opp aspekter som er relatert til sosiale nettverk, og gjør at operasjonaliseringen sier mer om holdninger og samfunnsengasjement. Det ble heller ikke kontrollert for individuell sosial kapital, da variablene kom fra to forskjellige datasett. En annen svakhet er at den sosiale konteksten i denne studien er på statsnivå, noe som svekker sannsynligheten for forklaringer som inkluderer normer og sosial kontroll.

Subramanian, Kawachi og Kennedy (2001) gjør en flernivåstudie av sosial kapital, gjennomsnittlig inntekt per innbygger og inntektsulikhet på statsnivå med individuell selvrapportert helse som utfallsvariabel. Her er 'sosial kapital' operasjonalisert som prosentandel av innbyggerne i staten som svarte at de trodde "andre ville utnytte dem om de fikk sjansen", altså et mål for generalisert mistillit. Analysen kontrollerer for individuelle faktorer som alder, kjønn, rase og inntekt og noen helsefaktorer.

Resultatene fra den logistiske flernivåregresjonen viste at det gjenstod variasjoner i helse mellom statene etter at de individuelle (komposisjonelle) faktorene var redegjort for. Av de kontekstuelle variablene, ga høyere gjennomsnittlig inntekt og sosial kapital en minsket sannsynlighet for å rapportere dårlig helse, mens inntektsulikhet viste svake eller ikke-signifikante sammenhenger med helse, bortsett fra at de mest velstående hadde mindre sannsynlighet for å rapportere dårlig helse om de bodde i stater med høy inntektsulikhet. Dette skyldtes antakelig at de mest velstående var enda mer velstående i stater med stor inntektsulikhet enn i mer egalitære stater. At inntektsulikhet ikke var mer viktig, spekulerer forfatterne i om kan skyldes at generelt velstandsnivå allerede var kontrollert for. At sosial kapital hadde en signifikant effekt, selv etter kontroll for de øvrige kontekstuelle variablene, styrker antagelsen om at psykososiale forhold påvirker helse.

Denne studiens sterke side sammenlignet med Kawachi et al. (1999), er at den redegjør for gjennomsnittlig inntekt. Artikkelen bidrar til å gi en god metodebeskrivelse og

kan tjene som modell for studier av inntektsulikhet, sosial kapital og helse. Artikkelen har likevel noen mangler som svekker resultatene.

En svakhet er at sosioøkonomiske forskjeller kun får komme til uttrykk gjennom tre inntektskategorier. Utdanning burde også vært tatt med. Med en mer findelt skala, eller bruk av klassebegrep som innbefatter yrke, kunne antagelig et mer nyansert bilde blitt eksponert.

For det andre kan det stilles spørsmålsteget ved om den aggregerte variabelen mistillit er en tilstrekkelig indikator på sosial kapital. Som det påpekes av Subramanian et al. (2002) kan sosial kapital-begrepet sies å ha en strukturell og en kognitiv komponent (ibid., s21)¹⁸. Mistillit faller inn under, men er ikke nødvendigvis dekkende for, den kognitive komponenten som viser til folks oppfatning av mellommenneskelig tillit, solidaritet og resiprositet. Den strukturelle komponenten er ikke representert i undersøkelsen og viser til tettheten av frivillige organisasjoner og graden av deltakelse i disse, uformell sosial aktivitet og generelt samfunnsengasjement.

En tredje innsigelse er at det ville vært informativt å kontrollert for individuell tillit, slik at man kunne få et inntrykk av helseforskjeller mellom folk med og uten tillit. Dette ville også gjøre tolkningen mer definitiv.

En siste, men vesentlig innsigelse som gjelder for begge disse artiklene, er at stater er relativt store enheter med store indre forskjeller, for eksempel mellom urbane og rurale strøk. Dette bidrar til å gjøre funnene og tolkningen av dem uklare. Flere av disse problemene påpeker også forfatterne selv.

I en artikkel året etter har Subramanian et al. (2002) overkommet noen av disse problemene. Studien analyserer mindre kontekstuelle enheter, kontrollerer for individuell sosial kapital, har flere inntektskategorier og har inkludert utdanning i analysen. Data i denne studien kommer fra omkring 21 000 individer bosatt i 40 lokalsamfunn (communities). Sosial kapital ble her operasjonalisert ved hjelp av to tillitsvariabler. Begrepets strukturelle komponent står dermed utforsket også her.

Det meste av variasjonen mellom lokalsamfunnene ble forklart ved hjelp av de individuelle faktorene, men sosial kapital hadde likevel en signifikant påvirkning på helse for enkelte grupper. Det viste seg med kontroll for individuell tillit at denne

¹⁸ Denne distinksjonen kommer fra: Harpam T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan.* 2002;17:106-111.

sammenhengen var kompleks. De med høy tillit hadde en helsegevinst av å bo i høytillitsområder mens de med lav tillit hadde en negativ helseeffekt av det samme. Da det ble kontrollert for individuell tillit ble kontekstuell tillit insignifikant.

Kimberly A. Lochner et al. (2003) undersøkte sosial kapital og mortalitet i 343 nabolag i Chicago. I denne analysen er det benyttet tre indikatorer på sosial kapital; oppfatning av resiprositet eller solidaritet, oppfatning av om folk er til å stole på og gjennomsnittlig organisasjonsmedlemskap per innbygger i nabolaget. Her har vi altså indikatorer både på sosial kapital-begrepets kognitive og strukturelle komponent.

Ved hjelp av en hierarkisk generalisert lineær modell (HGLM) er sammenhengen mellom sosial kapital-indikatorene og dødeligheten i nabolagene de siste tre år undersøkt for henholdsvis svarte og hvite innbyggere gruppert etter kjønn. Det ble kontrollert for nabolagsdeprivasjon.

Resultatene viste en signifikant sammenheng mellom sosial kapital-indikatorene og mortalitet for hvite, mens for svarte var sammenhengene mer utydelig: Gjennomsnittlig organisasjonsmedlemskap var signifikant for begge kjønn, tillit viste bare en svak sammenheng, mens resiprositet var signifikant bare for menn.

Den mest åpenbare svakheten ved denne undersøkelsen er, som det påpekes i artikkelen, at det ikke kontrolleres for komposisjonelle faktorer (ibid.: 1802) og andre kontekstuelle variabler. Funnene ovenfor kan derfor være spuriøse. Det påpekes også som en generell svakhet at det ikke kan sies noe sikkert om årsaksretningene for sammenhengene fordi undersøkelsen har et tversnittdesign. Dette gjelder forøvrig for de aller fleste av disse artiklene.

Gerry Veenstra (2005) undersøkte sammenhengen mellom sosial kapital og helse blandt 1435 respondenter 25 lokalsamfunn i British Columbia, Canada. Han fant ingen effekt av sosial kapital på tre ulike helsemål (long-term limiting illness, depresjon og selvrapportert generell helse). Veenstra benyttet tre indikatorer for kontekstuell sosial kapital; antall offentlige plasser tilgjengelig for rekreasjon og aktivitet, antall frivillige organisasjoner per innbygger (fra kilde tilsvarende Gule sider) og aggregerte nivåer av sosial og politisk tillit. I tillegg kontrollerte han for individuell sosial kapital ved hjelp av sosial og politisk tillit, og deltakelse i frivillige organisasjoner. Det ble kontrollert for individuelle faktorer og for inntekstulikhet og median inntekt i nivå to-enhetene.

En ganske ny artikkel gjengir en studie av sosial kapital og dødelighet i engelske valgkretser (Mohan et al. 2005). Undersøkelsen kontrollerer for sosiodemografiske faktorer, helserelatert adferd og områdedeprivasjon. Her undersøkes hele tretten ulike

aspekter ved sosial kapital-begrepet som dekker både den kognitive og strukturelle komponenten, og formell og uformell interaksjon.

Mohan et al. finner en viss sammenheng med dødelighet og frivillig aktivitet i valgkretsene, men bare svake sammenhenger for de resterende indikatorene. Alle sammenhengene ble svekket når materiell deprivasjon i valgkretsen ble kontrollert for. Likevel viste ikke denne variabelen noen signifikant sammenheng med helse. Forfatterne konkluderer dermed med at sosial kapital ikke har noen vesentlig og konsistent påvirkning på variasjoner i dødelighet mellom valgkretsene, mens områdedeprivasjon er en viktig faktor, i hvert fall på individuelt nivå og for noen av analysene med mer perifere sosial kapital-indikatorer.

Sterke sider ved dette opplegget er at ulike aspekter ved sosial kapital-begrepet utvilsomt er godt redegjort for. Forfatterne åpner likevel for at resultatene kan være en konsekvens av at sosial kapital-variablene var konstruerte estimater, snarere enn observerte verdier, men viser til at de er validert i tidligere arbeider, og dermed er gyldige i hvert fall som relative nivåer av sosial kapital (Mohan et al. 1280-1).

2.6 "The Dark Side" - kan sosial kapital være helseskadelig?

Alejandro Portes (1998: 15-18) har pekt på at en vesentlig svakhet ved mye av sosial kapital-litteraturen, er den ensidige feiringen av de mange positive konsekvensene som tillegges fenomenet. Det kan nemlig ikke utelukkes at sosial kapital i mange sammenhenger kan ha negative konsekvenser. Om man ser bort i fra dette står man i fare for å presentere sosiale nettverk, sosial kontroll og kollektive sanksjoner som en udelte velsignelse for individ og samfunn, noe som leder ut i moralisme og politisk ideologi. Portes refererer studier som gir grunnlag for å påpeke minst fire negative konsekvenser av sosial kapital:

For det første kan de samme prosessene som gir fordeler til medlemmer av et sosialt nettverk, stenge andre ute fra de samme fordelene. Dette poenget gjør også Putnam, som vi har sett, når han peker på farene ved bonding eller eksklusiv sosial kapital. Portes viser at dette kan gi seg utslag i at etniske grupper koloniserer bestemte markeder eller yrkesgrupper, eller at profesjoner og forhandlere "konspirerer mot offentligheten" i form av ulovlig prissamarbeid.

For det andre kan sosial kapital i spesielle tilfeller ha den motsatte effekten, at den virker hemmende på en gruppes økonomiske suksess. Her refererer Portes til Geertz

berømte studie fra Bali, der folk unngikk økonomisk suksess fordi det tiltrakk seg lånesøkende slektninger, som med henvisning til resiprositetsnormer gjorde krav på del i suksessen. Dette viser at sterk solidaritet like gjerne som å fremme effektivitet, kan gi opphav til omfattende gratispassasjerproblematikk. Dette var også en av hovedårsakene til det vellykkede protestantiske entreprenørskapet i Webers analyse av den protestantiske etikk, nemlig prinsippet om universelle upersonlige økonomiske transaksjoner, hevder Portes.

For det tredje kan tilhørighet til lokalsamfunn, nettverk og grupper stille krav til konformitet. Den sosiale kontrollen, for eksempel i mindre lokalsamfunn ("byggedyret"), kan legge begrensninger på individuell frihet. Portes peker på det paradoksale ved at mens samfunnsvitere for hundre år siden gjorde seg til talsmenn for autonomi framfor solidaritet (slik som Simmel 1902, se Portes 1998), etterlyses i dag sterkere sosiale nettverk og sosial kontroll i samfunnet.

For det fjerde kan gruppesolidaritet bidra til å "holde folk nede". Portes nevner her et eksempel fra et innvandrer miljø der folk som søker å forbedre sine kår gjennom utdanning og gode jobber blir sett på som overløpere som vil bli hvite.

I sosial kapital og helse-litteraturen er ikke potensielle negative effekter av sosial kapital noe tema det brukes mye plass på. De fleste nøyer seg med et par setninger om at "(...) criminal organizations may provide social capital for their members, but may contribute little to (...) social coheison. (Kawachi 1999: 10). Kawachi nevner også at noen former kan innskrenke individuell frihet, og andre former kan virke ekskluderende. Lochner et al. (2003: 1804) spekulerer i om sosiale aktiviteter, som produserer sosial kapital, ofte er preget usunn adferd som røyking og drikking, og at i resiprositetsrelasjoner kan det hende at det bare er dem som *får* som har noen helseeffekt, mens for dem som *gir* er det en belastning. Disse litt tafatte innspillene tjener ikke til annet enn at bevisstheten om at sosial kapital også har en mørkere side opprettholdes på feltet. Jeg har ikke funnet noen artikler som går nærmere inn på hvordan sosial kapital kan ha uheldige konsekvenser for helse, så dette ser ut til å være relativt uutforsket. Vi kan jo tenke oss at flere av de negative effektene som Portes legger fram ovenfor også kan ha innflytelse på helse. Kanskje kan stressreaksjoner knyttes til for sterk grad av sosial kontroll. Heller ikke i denne analysen vil dette være noe tema, men nevnes fordi det kan ha relevans i forhold til tolkning av eventuelle funn.

2.7 Oppsummering: En konsistent forskningstradisjon?

I gjennomgangen av Putnam og Wilkinson så vi at tross ulike posisjoner, er begrepene sosial kapital og sosialt samhold også like på mange områder. Relativ inntekt-hypotesen og sosial kapital-teorien kan ses som komplementære innfallsvinkler til å forstå sammenhengene mellom psykososiale kontekstuelle fenomener og helse. Dette har gitt seg utslag i at inntektsulikhet er blitt en standardvariabel i undersøkelsen av sosial kapital og helse.

I avsnittet om sted og helse så vi at sosial kapital og helse ikke bør betraktes som de eneste interessante aspektene ved et steds sosiokulturelle dimensjon i relasjon til helse. Videre bør ikke distinksjonen mellom den materielle og den sosiokulturelle dimensjonen forstås som en motsetning; dimensjonene er avhengige av hverandre og virker sammen på ulike helseutfall. Distinksjonen mellom kontekstuelle og komposisjonelle effekter har en tendens til å bli sett som adskilte uavhengige effekter, selv om det kan være mer adekvat å forstå dem som gjensidig avhengige effekter. Det er jo i stor grad individene som er med på å produsere de kontekstuelle fenomenene, selv om disse også er underlagt andre strukturelle forhold. Videre er egenskaper ved individet ofte også et resultat av kontekstuelle og strukturelle forhold, og kan i mange sammenhenger betraktes som mellomliggende variabler mellom sted og helse.

Vi så i gjennomgangen av flernivåstudier av sosial kapital og helse at funnene på dette området ikke er særlig konsistente, og at mange av de positive funnene ikke er særlig sterke. Det er en viss variasjon mellom studiene med hensyn til operasjonaliseringer av sosial kapital, individuelle og kontekstuelle kontrollvariabler, og størrelsen på de kontekstuelle enhetene.

Ikke alle studiene har med flere indikatorer på sosial kapital. De to artiklene med Subramanian som hovedforfatter (2001, 2002) benytter kun tillit. Deltakelse i frivillige organisasjoner går igjen ved siden av tillit i de studiene som bruker flere indikatorer (Kawachi et al. 1999, Lochner et al. 2003, Veenstra 2005, Mohan et al. 2005). Sammenligningsgrunnlaget for resultatene av disse studiene er dermed relativt god med hensyn til operasjonaliseringer av sosial kapital.

Ikke alle studiene kontrollerte for individuell sosial kapital, ofte fordi flere datasett var brukt i studien (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001, Lochner et al. 2003). De øvrige utførte slik kontroll (Subramanian et al. 2002, Veenstra 2005, Mohan et al. 2005). Av disse var Subramanian et al. den eneste som rapporterte en positiv sammenheng, men denne var relativt svak, og gjaldt bare for individer med høy individuell sosial kapital.

Forskjellige typer av analyseenheter på det kontekstuelle nivået ble også brukt; stater (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001) og lokalsamfunn (Subramanian et al. 2002) i USA, nabolag i Chicago (Lochner et al. 2003), lokalsamfunn i en region i Canada (Veenstra 2005) og valgkretser i England (Mohan et al. 2005). Det er dermed ganske god spredning i hva slags 'samfunn' man har forsøkt å finne sammenhenger mellom sosial kapital og helse i, uten at dette er mange nok artikler til å kunne si noe definitivt om hva som empirisk sett er den mest egnede størrelsen. Dette forblir derfor i stor grad et teoretisk spørsmål. Likevel er det en tendens til at sammenhengen er sterkere i de analysene som bruker større enheter (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001). Dette kan tenkes å henge sammen med den manglende kontrollen for individuell sosial kapital i disse undersøkelsene, men også at antall enheter er relativt lavt. Dette øker sjansen for at sammenhengene er et resultat av tilfeldigheter.

Det er ingen klar konvensjon for å bruke kontekstuelle kontrollvariabler i disse studiene, og heller ikke hvilke som skal brukes. Den mest vanlige er økonomisk ulikhet (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001, Veenstra 2005). Ikke alle disse kontrollerte også for gjennomsnittlig inntekt, som kanskje er en forutsetning for at ulikhetsvariabelen skal gi et riktig bilde, og ikke bare måle velstandsnivået (Kawachi et al. 1999: 9). Inntektsulikhet svekker sammenhengen mellom sosial kapital og helse i alle disse studiene, og var bare signifikant hos Kawachi et al. (1999). En annen vanlig variabel er materiell deprivasjon (Lochner et al. 2003, Mohan et al. 2005). Hos Lochner et al. var sosial kapital signifikant etter kontroll for denne, mens hos Mohan et al. gav hverken materiell deprivasjon eller sosial kapital-indikatorene signifikante sammenhenger ved slik kontroll.

Indikatorer på helse har også variert mellom studiene: Noen benytter selvrapportert generell helse (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001, Subramanian et al. 2002), mens andre har brukt dødelighetsmål (Lochner et al. 2003, Mohan et al. 2005). Veenstra (2005) undersøkte også long-term limiting illness og depresjon.

Det kan dermed sies at disse studiene utgjør en relativt konsistent forskningstradisjon, til tross ulik bruk av kontrollvariabler og ulike analyseenheter. Nedenfor skal jeg trekke ut noen generelle analysestrategier på bakgrunn av denne oppsummeringen. Men først en oppsummering av mekanismene mellom sosial kapital og helse.

Oppsummering av mekanismer mellom sosial kapital og helse

Hvordan henger sosial kapital sammen med helse? Dette spørsmålet utdypes sjelden i noen vesentlig grad i de konkrete empiriske studiene. Kanskje er dette fordi forskningstradisjonen er relativt ung. Det står dermed igjen en del arbeid med hensyn til å utarbeide og teste konkrete hypoteser om hvordan denne sammenhengen virker, da den eksisterende litteraturen først og fremst har konsentrert seg om det faktisk finnes noen sammenheng.

Likevel finnes det som vi har sett noen bidrag. Putnam viser i hovedsak til mekanismer som går gjennom sosiale nettverk. Disse kan bedre og beskytte helsen til individene som inngår i dem ved å fungere som en buffer mot fysisk og psykisk stress gjennom å tilgjengeliggjøre praktiske, økonomiske og materielle ressurser. Sosiale nettverk kan fungere som et sosialt sikkerhetsnett der noen vil legge merke til om en uteblir, og fungere som sosialiseringsselskap der medlemmene lærer helsefremmende adferd, og utøver og underlegges sosial kontroll. På denne måten kan deltakelse i sosiale nettverk gi sosial støtte gjennom bekreftelse av selv og identitet. Disse forklaringene er relativt veldokumentert innenfor helselitteraturen om betydningen av sosial støtte og sosiale nettverk som Putnam støtter seg på. Utfordringen i sosial kapital og helse-sammenheng er å knytte disse på en plausibel måte til kontekstuell sosial kapital.

Kawachi et al. (1999) foreslår følgende mekanismer mellom kontekstuell sosial kapital og helse: Sosial kapital kan bidra til utvikling av helseforebyggende normer, sosial kontroll, og spredning av helserelevant informasjon. I samfunn preget av mye sosial kapital er det også lettere å mobilisere for å oppnå og beholde kollektive helserelevante goder som sykehus og helsestasjoner. I tillegg kan samfunn med mye samhold og sosial kapital tilby en basis for sosial støtte, selvtillit og gjensidig respekt. Vi kan her legge merke til at Kawachi et al.'s mekanismer også inkluderer kulturelle, kunnskapsmessige og politiske forklaringer.

Wilkinson legger større vekt på forholdet mellom individ og struktur med hensyn til hvordan en opplever sin egen posisjon, relativt til andre, men også hvordan sosialt samhold strukturerer og struktureres av politiske og økonomiske prosesser, og hvilke konsekvenser dette har for individenes trygghet, selvbilde og handlingsrom. Wilkinsons modell er dermed noe mer kompleks, og eksplisitt knyttet til det psykososiale perspektivet. Det understrekes at han likevel ikke utelukker at dette igjen har konsekvenser for livsstil, kriminalitet og ulykker, som har mer direkte fysiske konsekvenser.

Oppsummerende kan vi tenke oss at sosial kapital virker på helse gjennom nettverksprosesser, gitt at flere deltar i nettverk, og at nettverk er lettere å etablere i samfunn preget av mye sosial kapital. Videre får sosial kapital helsekonsekvenser gjennom målrettet sosial mobilisering, sosial kontroll, helsekunnskap og helserelevante normer. Sosial kapital kan også ha konsekvenser på helse gjennom følelse av trygghet og samhold, men også gjennom hvordan den påvirker samfunnsorganiseringen med hensyn til sosiale hierarkier og politiske beslutninger.

3 Problemstilling:

Vi har sett at selv om sosial kapital-begrepet er omstridt, har debatten likevel resultert i en eksplorativ plattform for sammenhengene med helse. Det kan likevel generelt innvendes mot forskningstradisjonen at den er relativt svakt teoretisk underbygget med hensyn til hvordan sosial kapital påvirker helse. Kanskje er det slik at denne teorien vil utvikle seg i takt med substansielle resultater fra forskningen.

Bruken av begrepet har vært basert på Colemans og Putnams definisjoner. Putnam bygger sitt begrep eksplisitt på Colemans, men inkluderer ikke tillit i selve definisjonen, snarere som et relatert fenomen. Samtidig har en bredere forståelse av hva indikatorene viser til festet seg gjennom Wilkinsons nært beslektede sosialt samhold. Dette, sammen med mye viktig kritikk, har også brakt inn i forskningsfeltet interessen for hvordan disse fenomenene kan ses i sammenheng med politiske og økonomiske strukturer. Det gjenstår likevel også her mye teoriutvikling.

Det lar seg dermed utlede noen generelle strategier for å studere sammenhengen mellom sosial kapital og helse ved hjelp av flernivåanalyse. Operasjonalisering av sosial kapital bør inkludere indikatorer på generalisert tillit og deltakelse i frivillige organisasjoner. Dette harmonerer noenlunde med definisjonen av sosial kapital, dekker begrepets kognitive og strukturelle komponent, og sørger for sammenlignbarhet med tidligere studier. Det bør være mulighet for å kontrollere for disse variablene på individnivå, for å utelukke at en eventuell sammenheng er et resultat av komposisjonelle egenskaper ved kontekstene.

Det er teoretisk relevant og interessant å studere denne sammenhengen innenfor mindre sosiale enheter, fordi det gir større mulighet til å gripe folks faktiske sosiale miljø. Mindre kontekstuelle enheter i analysen kan øke den teoretiske relevansen av funnene, samtidig som det øker sjansene for å identifisere enheter med større homogenitet enn for eksempel nasjoner og regioner.

Videre bør det kontrolleres for andre *kontekstuelle* variabler, i tillegg til sosiodemografiske og sosioøkonomiske *individuelle* variabler, for å utelukke eventuelle spuriøse sammenhenger. Kontroll for inntektsulikhet og gjennomsnittlig inntekt sikrer sammenlignbarheten, samtidig som andre indikatorer på den sosiokulturelle dimensjonen vil kunne være en fruktbar utvidelse (Macintyre et al. 2002). På denne måten representeres

både den materielle og den sosiokulturelle dimensjonen¹⁹, samtidig som muligheten for å undersøke eventuelle samspillseffekter mellom individ- og kontekstnivå utvides.

En svakhet som gjelder alle undersøkelsene ovenfor, er at de har et tverrsnittdesign. Dette gjør at årsaksretningene ikke lar seg bestemme. En stor fordel, og et viktig bidrag til forskningstradisjonen, hadde derfor vært å undersøkt sosial kapital og helse-hypotesen i et longitudinelt forskningsopplegg. Dette er desverre ikke mulig med det foreliggende datasettet.

3.1 Forskningsspørsmål

Hovedspørsmålet i denne oppgaven gir seg av den tidligere inkonsistensen i funnene på området:

1. Er det noen sammenheng mellom sosial kapital og helse blandt bydelene i Oslo?

En naturlig utdyping av dette spørsmålet er hvorvidt eller i hvilken grad en eventuell sammenheng kan tilskrives komposisjonelle egenskaper ved den sosiale konteksten:

2. I hvilken grad skyldes denne sammenhengen egenskaper ved innbyggerne i bydelene?

Særlig interessant her i hvilken grad sammenhengen skyldes individuell sosial kapital.

Videre er det interessant å se hvilken rolle andre kontekstuelle variabler har. Kanskje finnes det andre og viktigere økonomiske og sosiokulturelle faktorer. Inntektsulikhet og median inntekt (deprivasjon) gir seg av forskningslitteraturen. I tillegg kan det være interessant å se hvilken rolle andelen i den sosiale konteksten med høyere utdanning spiller for helse. Utdanning er en virksom individuell variabel i relasjon til helse, og dessuten sterkt knyttet til særegne praksiser, omgangsformer og makt (kulturell kapital) i det sosiale rommet (Bourdieu 1984):

¹⁹ Det er usikkert i hvor stor grad gjennomsnittlig inntekt utelukkende dekker materielle faktorer. At den også reflekterer visse sosiokulturelle egenskaper ved en sosial kontekst er ikke usannsynlig.

3. I hvilken grad skyldes sammenhengen mellom sosial kapital og helse andre egenskaper ved bydelene, henholdsvis median inntekt, økonomisk ulikhet og andel med høyere utdanning?

Vi så at sosial kapital ikke alltid har den samme effekten for alle (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2002). Derfor er det interessant å forsøke å avsløre eventuelle samspillseffekter mellom individnivå og kontekstuell sosial kapital, særlig med hensyn til individuell sosial kapital og inntekt:

4. Er sammenhengen mellom sosial kapital og helse forskjellig for ulike grupper?

4 Presentasjon av data og analyseplan

4.1 Datamaterialet og datas validitet

Datamaterialet til denne hovedoppgaven er i all hovedsak hentet fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) som ble gjennomført av Oslo kommune, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Universitetet i Oslo i 2000-01. Undersøkelsen er en tverrsnittundersøkelse som er basert på selvrekruttering gjennom respons på invitasjoner som ble sendt ut til alle personer bosatt i Oslo født i årene 1924/25, 1940/41, 1955, 1960 og 1970 (40 888 personer). Undersøkelsen bestod av både spørreskjemaintervju og helsekontroll. Deltakelsen var på 46% (18 770). De som ble med på undersøkelsen ble oppfordret til å fylle ut to tilleggsskjemaer. Her var deltakelsen på 82% og 87% av dem som fylte ut hovedskjema. Data fra folkeregisteret og trygderegisteret ble koplet til datasettet, og deretter av-identifisert. Undersøkelsen er godkjent av Datatilsynet og Regional komité for medisinsk etikk. Data om utdanningsnivå i bydelene ble hentet fra Oslo kommunes Oslostatistikk (Oslostatistikken).

4.1.1 Frafall i det opprinnelige utvalget

Data fra registrene var også tilgjengelig for de inviterte som ikke deltok, noe som muliggjorde en undersøkelse av representativiteten til utvalget. Resultatene fra en slik undersøkelse viste at deltakelsen i undersøkelsen var større blandt dem med høyere alder, utdanning og inntekt, større blandt kvinner enn menn, større blandt dem som var født i vestlige land, større blandt innbyggere utenfor sentrum og større for dem som ikke mottok uføretrygd (Søgaard et al. 2004). Likevel var helseindikatorer for dem som deltok bare moderat avvikende fra estimerte mål for populasjonen. Disse ble beregnet ved først å først å observere helseindikatorer i undersøkelsen for ulike sosioøkonomiske og demografiske egenskaper, som så ble brukt til å beregne helse for dem som ikke deltok på grunnlag av data om sosioøkonomiske og demografiske egenskaper fra Statistisk sentralbyrå. Studien konkluderer med at selvrekruttering her ikke førte til vesentlige skjevheter i utvalget.

4.1.2 Frafall i det endelige utvalget

Den ene sosial kapital-indikatoren, tillit i bydelen, er hentet fra et tilleggsskjema som hadde betydelig lavere oppslutning enn hovedskjemaet. Fordi dette var en sentral variabel i denne analysen, ble den likevel tatt med. Totalt 20,3 % av det opprinnelige utvalget (n=18

770) hadde ikke svart på dette spørsmålet og ble ekskludert fra det endelige utvalget. Dette er den variabelen i min analyse som har høyest andel med manglende data. Også de som hadde manglende data på de andre variablene; kjønn, utdanning, alder, inntekt, selvrapportert helse, deltakelse i organisasjoner og lag, antall venner, bydel og løpenummer ble ekskludert fra analysen. Totalt ble derfor 33,5 % av det opprinnelige utvalget slettet, og det endelige utvalget redusert til 11 807 respondenter.

En bivariat krysstabellanalyse av det endelige utvalget, det opprinnelige utvalget og de som ble ekskludert fra analysen ble gjennomført for å avdekke eventuelle skjevheter i det endelige utvalget (tabell 1).

Tabell 1. Frekvensfordelinger for endelig utvalg, opprinnelig utvalg og den ekskluderte gruppen.

Variabel	Endelig (n=11806)	Opprinnelig (n=17743)	Manglende data (n=5937)
<i>Alder:</i>			
30	22	21	19
40	19	18	17
45	18	17	15
60	26	24	21
75	16	20	27
<i>Kjønn:</i>			
Mann	45	45	45
Kvinne	55	55	55
<i>Fødested:</i>			
Europa	97	93	85
Tredje verden	3	7	15
<i>Inntekt:</i>			
1	7	9.6	14
2	8	9.6	13
3	8	9.6	12
4	10	9.6	10
5	10	9.6	8
6	11	9.6	8
7	11	9.6	7
8	11	9.6	6
9	12	9.6	6
10	12	9.6	6
<i>Utdanning:</i>			
Grunnskole	11	13	20
Vgs lavere nivå	18	19	20
Vgs høyere nivå	24	22	19
Univ./høgs l nivå	35	30	18
Univ./høgs h nivå	13	11	6
<i>Helse</i>			
God og svært god	79	74	62
Ikke helt god/ dårl.	21	25	31
<i>Tillit</i>			
Ja	93	74	35
Nei	7	6	5
<i>Deltar i org</i>			
Ja	55	50	40
Nei	45	50	40

Om vi sammenligner det endelige utvalget med det opprinnelige, ser vi at det er likt frafall for begge kjønn. Aldersfordelingen i det endelige utvalget er noenlunde likt med det opprinnelige, bortsett fra at det er noe færre respondenter blandt de aller eldste (4%). For inntekt ser vi at det er noe flere respondenter blandt dem med høy inntekt enn blandt dem med lav. Det endelige utvalget har noe bedre helse, noe høyere generalisert tillit og høyere deltakelse i organisasjoner og lag. Det store bildet er dermed at tendensene som Søgaard et al. (2004) fant, forsterkes i denne analysen, men at de fortsatt er relativt moderate. Verre er det med variabelen for europeisk/ikke-europeisk fødeland, der over to tredjedeler av de med fødeland utenfor vesten falt fra i det endelige utvalget. Hovedårsaken til dette store frafallet er den lave responsen denne gruppen har på tillitsvariabelen fra de aldersspesifikke tilleggsskjemaene. Dette er uheldig med hensyn til representativiteten i utvalget.

Om vi i stedet ser på egenskapene til dem som er utelatt sammenlignet med det endelige utvalget, selv om dette bare er å skifte fokus fra dem som er igjen i utvalget til dem som ble ekskludert, forsterkes inntrykket av skjevfordeling ytterligere. På de laveste inntektskategoriene ble det ekskludert dobbelt så mange respondenter som i de høyeste (i utgangspunktet inneholdt disse kategoriene like mange respondenter). På utdanningsvariabelen kan vi se at blandt dem med høyere utdanning er frafallet, relativt sett, halvparten så stort som blandt dem med videregående utdanning, hvor andelen i den ekskluderte gruppen speiler den opprinnelige deltakelsen. Andelen med grunnskole som høyeste utdanning er derimot nær dobbelt så stort i frafallsgruppen som i det opprinnelige utvalget. Også de med egenskapene ikke-europeisk fødeland og dårlig helse er markert overrepresentert i frafallsgruppen, sammenlignet med det opprinnelige utvalget. Konklusjonen er dermed at det er en viss fare for skjevhet i det endelige utvalget, særlig på variabelen for europeisk/ikke-europeisk fødeland, der frafallet var stort. Dette er elementer som må tas hensyn til i tolkningen av resultatene.

4.1.3 Datastruktur: To nivåer

Som vi så i forrige kapittel er det gode teoretiske grunner til å benytte flernivåanalyse i undersøkelse av sammenhengen mellom sosial kapital og helse, både i forhold til begrepets definisjon og som en strategi for utvelgning av en noenlunde korresponderende litteratur på området. Flernivåanalyse lar forskeren undersøke egenskaper ved sosiale kontekster og effekter av disse, uavhengig av den sammensetning av individer de består av. Vi kan altså undersøke sosial kapital som en aggregert (eller kontekstuell) egenskap ved lokalsamfunn

eller nabolag i Oslo og den generelle effekten den har på individenes helse, uavhengig av de egenskapene de selv måtte ha.

25 av 27 bydeler i Oslo ble valgt som enheter på analysens nivå 2²⁰. De to bydelene som ble ekskludert (Sentrum og Marka) er svært lavt befolket sammenlignet med de øvrige, og var dermed også svakt representert i HUBRO-materialet. Bydelsinndelingen ble valgt som nivå 2-enheter framfor alternativet som var grunnkretser, eller sammensetninger av grunnkretser. HUBRO-dataene er tilkopleet informasjon om grunnkretsene i Oslo fra Statistisk sentralbyrå. Grunnkretsene er geografiske områder, konstruert ut i fra den tekniske administrasjonen av byen. De fleste av de 530 grunnkretsene har omkring 1000 innbyggere, mens andre er tomme park- og industriområder.

Det viktigste argumentet for å bruke en slik grunnkretsbasert inndeling er at analysen ville fått større statistisk slagkraft med for eksempel 60 enheter (med 197 respondenter i gjennomsnitt) framfor 25 (med 472 respondenter i gjennomsnitt)²¹. Dette er et viktig argument fordi 25 bydeler nærmer seg den nedre grensen for hva som er statistisk forsvarlig i en flernivåanalyse, som minst skal inkludere 20 enheter på hvert nivå (Kreft og deLeeuw 1998: 126). Det vil tas høyde for denne svakheten i tolkningen av resultatene, særlig i modeller der flere kontekstuelle variabler undersøkes samtidig.

Et argument for å velge bydeler fremfor grunnkretsbaserte enheter, er at bydelen er en eksisterende administrativ, geografisk og kanskje også til en viss grad en kulturell og sosial enhet, slik sosial kapital-begrepet forutsetter, og på den måten kan sies å ha en empirisk forrang som en emisk størrelse, i motsetning til en teoretisk basert definisjon av 'nabolag', slik grunnkretsalternativet vil representere. Et aspekt ved et områdes sosiale kapital kan også være de fortellinger, rykter og bilder som er knyttet til det. Disse er sosialt forankret og i endring, og virker inn på tillit, resiprositet og sosiale normer (Cattel, 2001). Det kan på den annen side hevdes at mindre grunnkretsbaserte enheter ville gi en økt sjanse for å fange opp eksisterende sosiale nettverk, og speilet mer homogene sosiale miljøer. Det kan det nok være mye rett i. Da likevel bydelsinndelingen ble valgt, skyldtes dette også interessen for å ta med en variabel for økonomisk ulikhet, som vi har sett er nært

²⁰ Fra 1. januar 2004 ble disse redusert til 15.

²¹ Avviket fra det opprinnelige antallet på 18770 skyldes at antall respondenter oppgitt her er basert på det endelige utvalget til regresjonsanalysene, der de det ikke var data om (på de viktigste variablene) ble utelatt. Det endelige datasettet består av 11807 respondenter.

forbundet sosial kapital. Denne ville ikke vært teoretisk meningsfull ved så små enheter, og det kan også diskuteres hvorvidt den er meningsfull med de valgte enhetene, bydeler (Wilkinson 1996).

Innbyggertallet i bydelene varierer fra omlag syv til tretti tusen innbyggere, i gjennomsnitt litt over tjue tusen per bydel. Responsen per bydel i denne analysen, der respondenter med manglende data var utelukket, er vist i tabell 2, som er sortert etter andel respondenter som rapporterte dårlig helse i bydelen. Romsås har et noe lavt antall respondenter sammenlignet med de andre bydelene, men uten at dette blir et metodisk problem i analysen. Gjennomsnittlig antall respondenter i bydelene er 472. Vi ser at helsevariabelen har en betydelig spredning mellom bydelene, med de ytre bydelene i øst med dårligst helse og de indre vestlige og nordlige bydelene med best helse. Bydelene i ytre øst har mer en dobbelt så stor andel respondenter som oppgir dårlig helse som bydelene med de laveste andelen (over 30% i dem med verst helse, mot 13-14% i bydelene med best).

Tabell 2: Bydeler sortert etter andel med god selvrapportert generell helse (dårlig til god) med totalt antall respondenter i endelig utvalg (n=11807, gjennomsnitt pr. bydel = 472,2)

Bydel	Utvalg	% God helse	Tillit	Deltakelse
Romsås	121	67.8	86.0	53.7
Stovner	495	70.3	89.7	51.1
Grorud	391	71.9	92.1	53.7
Lambertseter	259	73.0	94.6	56.0
Manglerud	367	73.3	91.8	56.4
Bøler	331	74.0	90.9	58.3
Furuset	660	74.1	90.3	52.9
Østensjø	333	74.2	92.8	59.2
Hellerud	406	75.6	92.9	55.4
Helsfyr-Sinsen	597	76.2	92.5	54.9
Bjerke	589	77.4	95.1	56.4
Søndre Nordstrand	672	77.7	91.8	55.4
Gamle Oslo	442	78.1	91.4	45.5
Grefsen-Kjelsås	498	79.1	95.2	57.6
Sagene-Torshov	607	79.6	92.8	45.6
Grunerløkka-Sofienberg	492	80.3	91.3	45.3
Nordstrand	514	81.9	95.5	64.0
Bygdøy-Frogner	435	82.5	93.8	54.7
Sogn	410	82.7	94.6	57.8
Ekeberg-Bekkelaget	435	83.2	94.0	61.6
Uranienborg - Majorstua	519	83.6	93.6	53.4
Røa	519	84.2	96.3	64.0
St. Hanshaugen-Ullevål	640	85.3	94.5	47.5
Ullern	658	86.2	94.2	62.0
Vinderen	416	86.5	96.2	67.1
Gjennomsnitt	472.2	78	93	55.4
Variasjon	551	18.4	10.4	21.7

4.2 Variabler og operasjonaliseringer

Vi har sett at det generelt er diskusjon om hvordan sosial kapital-begrepet skal defineres og operasjonaliseres, men at det i flernivåstudier av sosial kapital og helse likevel eksisterer konvensjonelle indikatorer. Å benytte de konvensjonelle måleinstrumentene har i denne sammenheng den store fordelen at studiene blir mer sammenlignbare.

4.2.1 Uavhengig kontekstuelle variabel: Sosial kapital

Sosial kapital vil i denne oppgaven bli målt ved hjelp av to aggregerte variabler; tillit i bydelene (bydelstillit) og organisasjonsdeltakelse i bydelene (bydeltakelse). Disse variablene er, som vi så i den foregående delen, konvensjonelle mål på sosial kapital. Tillitsvariabelen er basert på en variabel fra de aldersspesifikke tilleggsskjemaene som var formulert slik: ”Synes du folk utnytter deg om du lar dem få vite for mye om deg?” (respons: ja/nei). Andelene i bydelene som svarte nei på dette ble aggregert opp til egenskaper ved bydelene respondentene bodde i. Som vi ser i tabell 2, har denne variabelen en variasjon på litt over ti prosentpoeng og et høyt gjennomsnitt på 93 % som har tillit til andre.

Bydeltakelse er basert på en variabel fra hovedskjemaet som spurte ”Hvor mange foreninger, lag og grupper deltar du i på fritiden?” (respons: kontinuerlig). Denne variabelen ble kodet om til en indikatorvariabel, der alle som deltok i en eller flere organisasjoner eller lag fikk verdien 1, mens de øvrige fikk verdien 0. Andelene i bydelene som hadde verdien 1 ble så aggregert opp til egenskaper ved bydelene respondentene bodde i. Denne variabelen har et gjennomsnitt på litt over 55 % og en variasjon på nesten 22 prosentpoeng (tabell 2).

4.2.2 Kontrollvariabler på bydelsnivå

For å kontrollere både for sosioøkonomiske og sosiokulturelle egenskaper ved det sosiale miljøet i bydelene skal jeg bruke tre variabler; økonomisk ulikhet, median inntekt og utdanningsnivå i bydelene. Økonomisk ulikhet skal kontrollere for sammenhenger med helse for sosial ulikhet og relativ deprivasjon. Denne variabelen er interessant fordi den er forventet å gi lavere helse for stor ulikhet, og dessuten tenkes å være en årsak til nivået av sosial kapital og sosialt samhold i bydelene (Wilkinson 1996). Det er usikkert hvor mye mening denne kontrollvariabelen vil gi innenfor en bydelskontekst, da dette kan være for små kontekster til å fange opp slike effekter. Det er ikke usannsynlig at hele bydeler er deprivert sammenlignet med andre bydeler i Oslo, slik at den reelle deprivasjonen er relativ til andre bydeler i Oslo heller enn i det umiddelbare nabolaget. En slik ulikhetsstruktur vil i

så fall først fanges opp om Oslo sammenlignes med andre byer eller regioner. Blandt de med høyest variasjonskoeffisient for økonomisk ulikhet finner vi Ullern, Bygdøy-Frogner, Nordstrand og Vinderen, mens blandt de med lavest Romsås, Grorud, Grünerløkka og Gamle Oslo (tabell 3). De med høyest ulikhet har nær dobbelt så stor koeffisient som de med lavest.

Tabell 3. Frekvensfordelinger og gjennomsnitt for de kontekstuelle kontrollvariablene.

	Utdanningsnivå (%)	Median inntekt	Økonomisk ulikhet
Bygdøy-Frogner	46	300634	0.87
Uranienborg - Majorstua	46	283912	0.67
St.Hanshaugen-Ullevål	49	273739	0.61
Sagene-Torshov	33	260150	0.53
Grünerløkka-Sofienberg	32	260388	0.51
Gamle Oslo	26	260026	0.51
Ekeberg-Bekkelaget	35	289650	0.73
Nordstrand	39	284766	0.82
Søndre Nordstrand	23	270847	0.63
Lambertseter	22	242896	0.59
Bøler	24	264744	0.64
Manglerud	23	261340	0.61
Østensjø	25	258931	0.57
Helsfyr-Sinsen	25	260043	0.57
Hellerud	21	269583	0.54
Furuset	17	269465	0.51
Stovner	14	252852	0.58
Romsås	12	255870	0.4
Grorud	18	266324	0.5
Bjerke	24	266103	0.51
Grefsen-Kjelsås	39	286276	0.67
Sogn	48	289558	0.79
Vinderen	54	339772	0.91
Røa	47	292311	0.63
Ullern	49	306581	0.81
<i>Gjennomsnitt</i>	<i>32</i>	<i>272579</i>	<i>0.61</i>
<i>Variasjon</i>	<i>42</i>	<i>96879</i>	<i>0.51</i>

Median inntekt er tenkt å måle velstandsnivået i bydelene. Her vil variasjoner mellom bydelene med hensyn til median inntekt måles. Velstandsnivået i bydelene kan tenkes å skape ulikheter i helse ved å gi ulikt grunnlag for fellesinvesteringer i den materielle strukturen i nabolaget, etablering av private barnehager og lignende. Variasjonen i velstandsnivået målt som median inntekt i bydelen (basert på respondentenes inntekt) er på nesten 97 000 kr. Fire bydeler har median inntekt over 290 000 (Bygdøy, Frogner, Røa, Vinderen og Ullern), mens de fire laveste har median inntekt under 260 000 (Lambertseter, Stovner, Romsås og Østensjø) (Tabell 3).

Utdanningsnivå i bydelen måler andelen i bydelen med fullført utdanning på universitets/høgskole-nivå i år 2000 (SSB). Denne variabelen kan kontrollere for aspekter

ved det sosiale miljøet, men også for human kapital i nabolaget som kan representere en maktressurs. Dette er en ny og uprøvd variabel i studier av sosial kapital og helse. Andelene i bydelene med fullført høyere utdanning har stor spredning mellom bydelene (42 prosentpoeng variasjon), med Romsås med den laveste andelen (12%) og Vinderen med den høyeste (54%). Syv av bydelene har en andel over førtifem prosent høyere utdanning (Bygdøy-Frogner, Uranienborg-Majorstua, Sogn, Røa, St. Hanshaugen-Uranienborg, Ullern og Vinderen), mens fire bydeler har under tjue prosent (Romsås, Stovner, Furuset og Grorud) (Tabell 3).

I boks 1 er den tekniske operasjonaliseringen av de kontekstuelle variablene vist. Alle variablene er sentrert rundt gjennomsnittet av hensyn til tolkningen av regresjonskoeffisientene i analysen.

Boks 1: Tekniske operasjonaliseringer av de aggregerte/kontekstuelle variabler.

1. *Bydelstillit*: Varierer mellom -6, 9 og 3, 5. En enhet forandring utgjør 1% forskjell i befolkningsandel som har tillit til andre.
2. *Bydelsdeltakelse*: Varierer mellom -10 og 11, 7. En enhet forandring utgjør 1% forskjell i befolkningsandel som deltar i organisasjoner og lag.
3. *Median inntekt*: Varierer mellom -3.1 og 6.6. En enhets forandring utgjør her en differanse mellom bydelene på 10 000 kr i median inntekt. Differansen mellom rikeste og fattigste bydel er altså på omkring 90 000 kr.
4. *Økonomisk ulikhet*: Variasjonskoeffisient som varierer mellom -2.1 og 3. (Standardavvik/median_{bydel} * 10 (Allison 1978)).
5. *Høy utdanning*: -2 og 2.2. En enhet forandring utgjør 10% forskjell i befolkningsandel som har fullført utdanning på universitet/høgskolenivå. Variasjonen er på 42%.

Tabell 4. Korrelasjoner (Pearsons r) mellom aggregerte variabler (n=17778)

	Velstandsnivå	Økonomisk ulikhet	Høyere utd	Tillit	Helse
Organisasjonsdeltakelse	0.669	0.672	0,458*	0,668	0.543
Velstandsnivå		0,830	0,820	0,659	0,858
Økonomisk ulikhet			0,773	0.727	0,829
Høyere utdanning				0.776	0,966
Tillit					0.824

*Alle koeffisienter er signifikante innenfor 5%.-nivå, bortsett fra *.*

Tabell 4 viser at de kontekstuelle kontrollvariablene er til dels sterkt korrelert, slik at det kan ikke sies med stor sikkerhet ut i fra dette at de måler forskjellige ting. Nettopp derfor er en regresjonsanalyse en formålstjenlig metode for å separere effekten på helse av de ulike variablene. Sammenhengene mellom de uavhengige og den avhengige variabelen helse er også svært sterke. For høyere utdanning, inntektsulikhet og median inntekt er den nær perfekt, mens sosial kapital variablene også viser sterke korrelasjoner (særlig tillit).

4.2.3 Avhengig variabel: Individuell selvrapportert generell helse

Variabelen er basert på fire svaralternativer på spørsmålet ”Hvordan er helsen din nå?”, der ”dårlig” og ”ikke helt god” måler dårlig helse, og ”god” og ”svært god” god helse. 28% av kvinnene og 22% av mennene rapporterte dårlig helse, totalt 25% av respondentene (24% og 17% i det endelige utvalget på 11 807 respondenter) (tabell 5). Tradisjonene for å bruke et slikt mål på helse er gode, både i sosiologien og i medisinen. Selvopplevd generell helsevurdering har vært dokumentert å være en mer effektiv prediksjon over en tiårsperiode på senere sykdom og mortalitet enn fysiologiske medisinske indikatorer (Elstad 2000: 22, Idler og Benyamini 1997). Som tabell 1 viser er det i de fem bydelene med dårligst helse mellom 27 % og 33 % som oppgir dårlig helse, mens i de fem med best helse er det 14-17 %. Det er altså nær dobbelt så mange i dette utvalget som oppgir dårlig helse blandt bydelene med dårligst helse som blandt de med best. Denne forskjellen kan ha blitt påvirket av forsterkningen av skjevfordelingen fra det opprinnelige utvalget til det endelige utvalget, som disse tallene er basert på. I det opprinnelige utvalget var tilsvarende tall 31-35 % for de fem dårligste, og 14-19 % for de fem bydelene med best helse. Det er grunn til å tro at forskjellen i virkeligheten er enda større. En studie fant i 1998 at de som bodde i den fattigste bydelen i Oslo hadde en dødelighet som var 3.3 ganger høyere for menn og 2.2 ganger høyere for kvinner, sammenlignet med de som bodde i den mest velstående. (Claussen og Næss 2002: 1867)

4.2.4 Individuelle kontrollvariabler

I analysene vil det kontrolleres for demografiske egenskaper; kjønn, alder (fem grupper; 30, 40, 45, 60 og 75 år) og ikke-europeisk innvandrere; sosioøkonomiske faktorer; utdanning (fem kategorier; grunnskole, lavere videregående utdanning, treårig videregående utdanning, lavere universitets- eller høyskolegrad og høyere universitets- eller høyskolegrad) og inntekt (10 grupper inndelt i inntektsdesiler), og individuell sosial kapital (deltakelse i organisasjoner og lag, mistillit og om en har gode venner). Utdanning (nus) og inntekt (sainnt99) er hentet fra registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB), mens de øvrige er hentet fra spørreskjemaene. Frekvensfordelingene av disse i det opprinnelige utvalget vises i tabell 5.

Det ble vurdert om en klassevariabel skulle være med i analysen, noe som hadde vært relevant i forhold til å ha et mer utviklet ulikhetsbegrep enn utdanning og inntekt. Mohan (2005) benytter seg av klasse i sin sosial kapital-studie, og studier av sosial ulikhet i helse i Oslo har også gjort det samme (Claussen og Næss, 2002). Til tross for dette ble klassevariabelen erstattet med inntekt og utdanning på grunn av vanskeligheter med frafall. Klassevariabelen, som var basert på yrkesklasser, hadde relativt stort frafall i det opprinnelige HUBRO-utvalget (31,5%). Blandt disse var hele aldersgruppen på 75 år.

4.2.5 Operasjonalisering av de individuelle variabler

Kjønn, tillit, deltakelse, venner, og ikke-europeisk fødeland er dummyvariabler der egenskapene mann, ikke tillit, ikke deltar, en eller ingen venn og europeiskfødt er kodet 0. Inntekt er delt opp i desiler i tillegg til en egen kategori for dem med negativ eller ingen inntekt. Inntekt brukes som en kontinuerlig variabel og er sentrert om gjennomsnittet. Variabelen går fra -5 til 5 der 0 = femte desil (227801-256323kr). Alder er konstruert som dummyvariabler for hver kategori (30, 40, 45, 60 og 70). Tilsvarende er gjort for de fem utdanningsnivåene (grunnskole, lavere videregående, 3-årig videregående, lavere nivå høyskole- universitetsutdanning og høyere nivå høyskole- universitetsutdanning).

I tabell 5, nedenfor, ser vi at mønsteret i andelene som rapporterer dårlig helse er i tråd med forventninger om at de med lavere alder, god inntekt og høy utdanning har bedre helse. Vi ser også at for dem som er født utenfor Europa er helsen markert dårligere. Dette understreker det problemet frafallet på denne variabelen utgjør for representativiteten. På de individuelle sosial kapital-variablene, nederst, ser vi at de som bare har 1 venn eller færre, og de som ikke har tillit til andre også har betydelig lavere tilbøyelighet til å oppgi god helse, mens deltakelse i organisasjoner og lag ikke er like viktig for helse.

Tabell 5 Frekvensfordelinger i utvalget med prosentandel dårlig selvrapportert helse. Gjennomsnitt for kontinuerlige variabler i parentes (n=17 778)*.

	Frekv (%)	Dårlig helse (%andel)
<i>Selvrapportert helse</i>		
Dårlig	2,4	
Ikke helt god	22,1	
God	54,2	
Svært god	19,2	
Missing	2,1	
<i>Kjønn</i>		
Mann	44,9	22
Kvinne	55,1	28
<i>Alder</i>		
30 år	21,3	12
40 år	18,3	20
45 år	16,8	22
60 år	24,1	32
75 år	19,5	39
<i>Utdanning</i>		
Grunnskole	12,7	44
Vgs lavere nivå	17,5	33
Vgs høyere nivå	21,1	22
Univ./høgs I nivå	27,9	16
Univ./høgs h nivå	10,1	10
Missing	10,8	
<i>Inntekt (282 195)</i>		
1.		38
2.		41
3.		38
4.		30
5.		24
6.		21
7.		20
8.		17
9.		11
10.		10
0/neg.innt/miss.		27
<i>Født utenfor europa</i>		
Nei	90,7	24
Ja	7	40
Miss	2,3	
<i>Antall venner (8,3)</i>		
1 venn eller mindre	3,9	46
Mer enn 1 venn	85,2	22
Missing	10,9	
<i>Delt i foreninger (1.2)</i>		
Nei	50,3	26
Ja	42,8	22
Miss	6,9	
<i>Tror andre vil utnytt</i>		
Nei.	73,4	21
Ja.	6,2	41
Missing	20,4	

* Avviket fra det opprinnelige utvalget 18770 skyldes at de uten løpenummer ble ekskludert

4.2.6 Variablenes validitet

Tillitsvariabelen fra de aldersspesifikke tilleggsskjemaene skiller seg kanskje noe fra andre undersøkelser som har stilt lignende spørsmål på grunn av plasseringen i spørreskjemaet. Spørsmålet, "Synes du at folk flest utnytter deg om du lar dem få vite for mye om deg?", er ikke stilt innenfor en nabolagskontekst, slik det ofte er vanlig. Spørsmålet står under overskriften "Tanker og følelser" sammen med spørsmål som, "Føler du deg vanligvis engstelig eller nervøs sammen med andre?" og "Unngår du å bli kjent med folk fordi du er redd for at de ikke vil like deg?". Denne bolken spørsmål kommer også etter en bolk om vanskeligheter knyttet til sosial kontakt. Dette kan gjøre at respondentene har svart på spørsmålet mer ut i fra en forståelse av at det spørres om egenskaper ved dem selv, enn at det spørres om deres opplevelse av om folk flest faktisk er til å stole på eller ikke. Det må i tolkningen av analyser der denne variabelen er med tas høyde for at variabelen muligens er et bedre mål på sosial angst, utrygghet og dårlig selvtillit enn på generalisert tillit. På den annen side kan jo også tenkes at det er sammenfall mellom disse fenomenene. Variabelen står i alle fall i fare for å være noe upresis når den brukes som i denne analysen.

Deltakelsesvariabelen, "Hvor mange foreninger, lag og grupper deltar du i på fritiden?", er derimot konvensjonelt utformet, og står spesifikt under en spørsmålsbolk om familie og venner. Dette spørsmålet skiller effektivt dem som ikke deltar fra dem som deltar, og kan antas å ha høy intern validitet. I hvilken grad det er en god operasjonalisering av sosial kapital er en vanskeligere diskusjon. Det har blitt hevdet at deltakelse i foreninger og organisasjoner er en "gammel-dags" form for deltakelse, mens nye former for engasjement og samfunnsdeltakelse kanskje er mer uformelle (for eksempel via internett), og blir oversett av slike operasjonaliseringer (Paxton 1999).

Helsevariabelen har, som vi så, gode tradisjoner og høy validitet (Idler og Benyamini 1997). Det kan imidlertid tenkes at plasseringen i spørreskjemaet også her kan påvirke svarene en får, i retning av at folk blir mer bevisstgjort helsen sin gjennom detaljerte spørsmål, og kanskje tenderer til å svare mer positivt tidligere i skjemaet. I HUBRO-undersøkelsen var dette spørsmålet plassert først.

4.3 Metode og modeller

4.3.1 Logistisk regresjon

I tråd med andre undersøkelser av sosial kapital og generell selvrapportert helse vil den avhengige variabelen også her brukes som en indikatorvariabel (dummy) (Kawachi 1999, Subramanian 2001, Subramanian 2002). På grunn av dette måtte jeg velge en logistisk regresjonsmodell, heller enn vanlig lineær regresjon, da forutsetningene om linearitet og homoskedastisitet som den lineære modellen forutsetter er brutt. Den logistiske regresjonskurven er S-formet, der de predikerte sannsynlighetene aldri kan overskride grensene 0 og 1. Effekten av en uavhengig variabel (X) vil alltid være sterkest ved middels sannsynligheter (Ringdal 2001: 429). Logistisk regresjonsanalyse leverer koeffisienter i logit-skalaen, som er den naturlige logaritmen (\ln) av oddsen for at $Y=1$. Logiten er på samme måte som koeffisienten i en lineær regresjon et uttrykk for hvor stor endring en får på den avhengige variabelen (Y) når den uavhengige variabelen (X) øker med én enhet (Pampel 2000). En viktig forskjell ved logistisk regresjon sammenlignet med lineær regresjon, er at denne endringen på Y alltid vil være liten når X har en lav verdi, stor når X har en middels verdi, og liten igjen når X har en høy verdi (Skog 1998: 333). Dette gjør at regresjonskoeffisientene i logitskalaen ikke er like umiddelbart tolkbare som i lineær regresjonskoeffisienter. Logitskalaen har hverken tak eller gulv, og varierer dermed uendelig både positivt og negativt. Dette gjør den tolkningsmessig temmelig abstrakt. Derfor er det vanlig, og slik vil det også gjøres her, å regne logiten tilbake til oddsskalaen i oddsratio, for å lette sammenligningen mellom ulike utfall for ulike egenskaper. Dette gjøres ved å regne ut antilogaritmen, e , til logiten²². Dette løser imidlertid ikke tolkningsproblemer relatert til regresjonsligningens S-form.

Oddsskalaen varierer mellom 0 og uendelig, og tolkes slik at verdien 1 representerer ingen sammenheng, mens verdier over 1 viser en positiv sammenheng, og verdier under 1 viser en negativ sammenheng (Pampel 2000). Om helseeffekten av å bo i en bydel med høy sosial kapital gir en odds ratio 1,17 betyr dette at én enhets økning på denne variabelen gir 17% økning i oddsratio for å rapportere god helse ($Y=1$). Om oddsratio viser 0,67 betyr

²² e eller EXP viser til den matematiske konstanten $e=2.718...$

det at sammenhengen er negativ og gir 33% minsket tilbøyelighet til å rapportere god helse (OR-1).

For å lette tolkningen ytterligere kan den predikerte logiten for ulike grupper av egenskaper på de uavhengige variablene regnes om til sannsynligheter ved hjelp av formelen:

$$(\text{predikert sannsynlighet } p) = 1/1+e(-L) \text{ eller: } p = 1/(1+\text{EXP}(-L))$$

Dette gir utfall mellom 0 og 1, der 1 er en perfekt sammenheng (Pampel 2000). De predikerte verdiene i sannsynlighetsskalaen har heller ikke så stor intuitiv tolkningsverdi, men må ses i forhold til hverandre. Hvis to grupper sammenlignes kan det regnes ut sannsynlighet for begge gruppene, som så subtraheres. På denne måten kan jeg presentere maksimaleffekter av X på Y, for eksempel at sannsynligheten for å rapportere god helse for gjennomsnittsmannen i mitt utvalg i bydelen med lavest tillit er 0,72, mens tilsvarende tall for bydelen med høyest tillit er 0,90. Differansen, eller maksimaleffekten av X på Y er på 0,19. På denne måten kan endringer i den uavhengige variabelen observeres fra modell til modell.

4.3.2 Flernivåanalyse

En flernivåanalyse innebærer at en måler variabler på ulike hierarkiske nivå; i denne undersøkelsen individer i bydeler. Flernivåmodeller tilbyr et teknisk robust rammeverk til å analysere den avhengige variabelens "avhengige natur" (Subramanian 2003: 66). Ved hjelp av flernivåmetode kan man ikke bare undersøke sammenhengene mellom individuelle faktorer og helse på tvers av alle bydelene, men også effekten av variabler på nabolagsnivå på individuell helse, og hvordan disse varierer mellom ulike individuelle egenskaper. Fordelene ved å ha et kontekstuellt perspektiv på helse er at en har muligheten til å fange opp såkalt "intra-class-correlation", eller her; den helsepåvirkningen av sosial kapital som deles av alle som bor i en bydel (Kreft og deLeeuw 1998).

Flernivåanalysen skiller seg fra for eksempel "slopes as outcome", der regresjonskoeffisientene fra nivå 1 brukes som responsvariabler i trinn 2. I en slik analyse er ikke regresjonene i og mellom grupper forbundet med hverandre, og regresjonskoeffisientene er faste heller enn tilfeldige/flytende (fixed vs random). I flernivåanalyse derimot, behandles regresjonskoeffisientene fra nivå 1 som

tilfeldige/flytende variabler på nivå 2. Dette kalles en ”tilfeldig koeffisient modell” (random coefficients model), som er den analysemodellen jeg skal bruke her²³ (Kreft og DeLeeuw 1998).

Når analysen gjøres på denne måten unngår man faren for å gjøre en såkalt økologisk feilslutning; å trekke slutninger på individnivå ut i fra funn på kontekstnivå. Samtidig unngår en også den noe mindre kjente atomistiske feilslutningen, nemlig å utelukke viktige kontekstuelle effekter i studiet av individuelle utfall (Subramanian 2003: 66).

Den ordinære logistiske regresjonsligningen benyttes som vanlig, men får flernivåligningen subskribtet j , som indikerer variasjon på nivå 2. Subskribtet i , indikerer individnivå. Restleddet i flernivåligningen betegnes med u , og viser til gjenstående uforklart variasjon mellom bydelene

$$y_{ij} = a + bx_{ij} + cx_j + u_j$$

I flernivåligningen er b koeffisienten til den uavhengige variabelen på individnivå, og c koeffisienten til den uavhengige variabelen på kontekstnivå, mens a representerer konstantleddet.

I denne oppgaven har jeg planlagt å studere 25 bydeler med gjennomsnittlig 472,2 respondenter. Antallet bydeler er her helt på grensen til det som anbefales i litteraturen. Generelt legges grensen på 30/30, men Kreft og deLeeuw konkluderer likevel med at 20 enheter med et tilstrekkelig antall respondenter i hver er forsvarlig for å undersøke kontekstuelle effekter på individuelle utfall (1998: 126). Dette påvirker likevel de tilfeldige/flytende komponentene. For å studere samspillseffekter mellom nivåene burde antallet enheter vært høyere. Dette medfører også at modellene med flere enn én kontekstuell variabel taper statistisk styrke. Dette må tas hensyn til i tolkningen av resultatene.

Respondentene ble gitt verdier på de kontekstuelle variablene etter aggregerte andeler i bydelene de bodde i for tillit, deltakelse i organisasjoner og lag, og høyere

²³ Innstillingene for den logistiske analysen ble satt til MQL (Marginal Quasi Likelihood), first order og IGLS (Iterative Generalised Least Square) som er forhåndsinnstillingen for utregningene i Mlwin. En mer presis modell som generelt anbefales ville vært å i stedet brukt PQL (Penalised (predictive) Quasi Likelihood) og second order approximation.

utdanning, gjennomsnittsverdier for median inntekt og en variasjonskoeffisient for økonomisk ulikhet. Disse og andre kodinger og omkodinger ble gjort i statistikkprogrammet SPSS. Videre ble alle kontinuerlige variabler sentrert, kontekstuelle som individuelle, og datafilen eksportert til Mlwin 2.0, der alle regresjonsanalysene ble gjort.

4.3.3 Modeller:

I modell 1 skal jeg undersøke den generelle sammenhengen mellom bydelsnivå av sosial kapital på individuell helse (ukontrollert). I modell 2 vil jeg trekke inn sosiodemografiske variabler: kjønn, alder og vestlig/ikke-vestlig fødeland. I Modell 3 tas inntekt og utdanning inn i modellen, og i modell 4 vil det bli kontrollert for individuell sosial kapital. I modellene 5-7 kontrolleres det for de øvrige kontekstuelle variablene hver for seg, med unntak av modell 5 der det både kontrolleres for inntektsulikhet og median inntekt. Til slutt vil det gjøres forsøk på å finne samspill mellom kontekstuell sosial kapital og individuelle variabler.

Modellene kjøres for sosial kapital-variablene hver for seg. På denne måten kan effektene av dem sammenlignes modell for modell.

5 Resultater

5.1 Tillit i bydelen og helse

Tabell 1. Odds ratio (KI) for sammenhengene mellom andel i bydelen som rapporterer at de ikke har mistillit til andre (tillit) og individuell selvrapportert helse. (N=11807 fordelt på 25 bydeler).

Modell	1	2	3	4
Bydelsvar. (S.E.)	0.029 (0.012)	0.032 (0.012)	0.002 (0.004)	0.003 (0.005)
Konstant	3.655 (3.37-3.96)	14.069 (11.91-16.62)	5.824 (4.77-7.11)	3.310 (2.47-4.43)
Bydelstillit	1.105 (1.06-1.15)	1.134 (1.09- 1.18)	1.082 (1.06-1.11)	1.074 (1.04-1.10)
Kvinne		0.640 (0.58- 0.70)	0.843 (0.76-0.93)	0.791 (0.71-0.88)
<i>Alder (ref. 30år)</i>				
40 år		0.509 (0.43-0.61)	0.516 (0.43-0.62)	0.523 (0.44-0.63)
45 år		0.435 (0.36-0.52)	0.454 (0.38-0.54)	0.450 (0.37-0.54)
60 år		0.213 (0.18-0.25)	0.263 (0.22-0.31)	0.252 (0.21-0.30)
75 år		0.164 (0.14-0.19)	0.263 (0.22-0.31)	0.235 (0.20-0.28)
<i>Ikke-europeisk fødeland</i>				
		0.502 (0.40-0.64)	0.555 (0.44-0.70)	0.708 (0.55-0.91)
<i>Utdanning (ref. grunnskole)</i>				
Lavere videregående skole			1.399 (1.20-1.63)	1.376 (1.18-1.60)
3-årig videregående skole			1.644 (1.41-1.92)	1.581 (1.35-1.85)
Høyere utdanning av lavere grad			2.067 (1.77-2.42)	1.912 (1.63-2.24)
Høyere utdanning av høyere grad			2.846 (2.28-3.56)	2.617 (2.08-3.28)
Inntekt			1.117 (1.10-1.14)	1.110 (1.09-1.13)
<i>Individuell sosial kapital</i>				
Mistillit				0.414 (0.35-0.49)
Deltar i org og lag				1.168 (1.06-1.29)
>2 venner				2.006 (1.61-2.50)

Alle koeffisienter er signifikante innenfor 5%.

5.1.1 Generell gjennomgang og tolkning

Tabell 1 viser 4 ulike modeller der den første, modell 1, viser den ukontrollerte effekten av bydelstillit på selvrapportert helse. Modell 2 og 3 kontrollerer for demografiske og sosioøkonomiske variabler, mens i modell 4 inkluderes individuell sosial kapital.

Gjenstående variasjon i helse på bydelsnivå (Bydelsvar.) er tatt med for hver modell, selv om den har begrenset tolkningsverdi. For å gi fullstendig mening må alle variabler i analysen være sentrert, også indikatorvariablene. Her er kun de kontinuerlige variablene sentrert. Koeffisienten er likevel tatt med av konvensjonelle grunner som en pekepinn på forklart variasjon.

Referansepunktet for de sentrerte kontinuerlige variablene, inntekt og bydelstillit, er det punktet som utgjør gjennomsnittet. Tolkningen av koeffisientene for disse variablene innebærer derfor at de observerte verdiene for gruppene som ligger under gjennomsnittet

har negative verdier, mens de som ligger over gjennomsnittet har positive. De øvrige variablene er indikatorvariabler, der gruppen som ikke har den aktuelle egenskapen er kodet med verdien null. Konstantleddet i de forskjellige modellene uttrykker dermed den oddsratio for å rapportere god helse for gruppen som har verdien null på alle variabler som er inne i modellen.

Koeffisienten for den uavhengige variabelen, bydelstillit, representerer en økning på ett prosentpoeng i andelen i bydelene som oppgir at de har tillit til andre. Denne økningen utgjør nesten en tiendedel av den samlede observerte variasjonen i datamaterialet på denne variabelen som er på 10,4 prosentpoeng. De sentrerte observerte verdiene har en variasjon fra -6,9 til 3,5

Alle koeffisientene i tabellen er signifikante. I modell 1 viser konstantleddet sjansen for å rapportere god helse uttrykt i odds ratio, for en som bor i en gjennomsnittlig bydel med hensyn til tillit. Økningen i odds ratio for å rapportere god helse når denne andelen stiger med ett prosentpoeng, gis av variabelen Bydelstillit, som viser 1,105. Når andelen i bydelen som har tillit til folk flest øker med ett prosentpoeng, øker tilbøyeligheten til de som bor der til å rapportere god helse med 10,5 prosentpoeng i gjennomsnitt. Dette er den generelle ukontrollerte sammenhengen. Om de predikerte verdiene for referanse kategorien i modell 1 regnes ut for bydelen med høyest og lavest observerte andel tillit, og regnes om til sannsynligheter, er sannsynligheten for god helse for dem som er bosatt i bydelen med minst tillit på 0,65, mot 0,84 for dem i bydelen med høyest tillit. Differansen mellom den bydelen med lavest og høyest tillit, eller maksimaleffekten av bydelstillit på helse i modell 1, er dermed på 0,19.

I modell 2, der de demografiske variablene for kjønn, alder og ikke-europeiske fødeland inkluderes, øker odds ratio for bydelstillit til 1,13. Denne moderate økningen kan bety at de nye variablene skjulte noe av sammenhengen som ble observert i modell 1. Når jeg undersøker de nye variablene nærmere i regresjoner hver for seg, er koeffisienten for bydelstillit uforandret sammenlignet med modell 2 når fødelandsvariabelen er tatt ut, altså når alder får stå alene med kjønn. Dette kan bety at i bydeler med høyere tillit bor det flere i de høyere aldersgruppene. I modell 1 gir dette seg utslag i en lavere koeffisient for bydelstillit fordi de som er eldre samtidig har generelt dårligere helse enn de som er yngre.

Referanse kategorien i modell 2 er trettiårige menn som er født i Europa. Kvinnene i utvalget har trettiseks prosentpoeng lavere odds ratio for å rapportere god helse enn menn. Alder har en negativ lineær effekt på helse. Å være født utenfor vesten reduserer odd ratio for å rapportere god helse med femti prosentpoeng. For en mann med gjennomsnittlige

egenskaper (45 år og europeiskfødt) er sannsynligheten for å rapportere god helse i bydelen med lavest og høyest tillit henholdsvis 0,72 og 0,90, en fortsatt differanse på 0,19 (avrundete verdier).

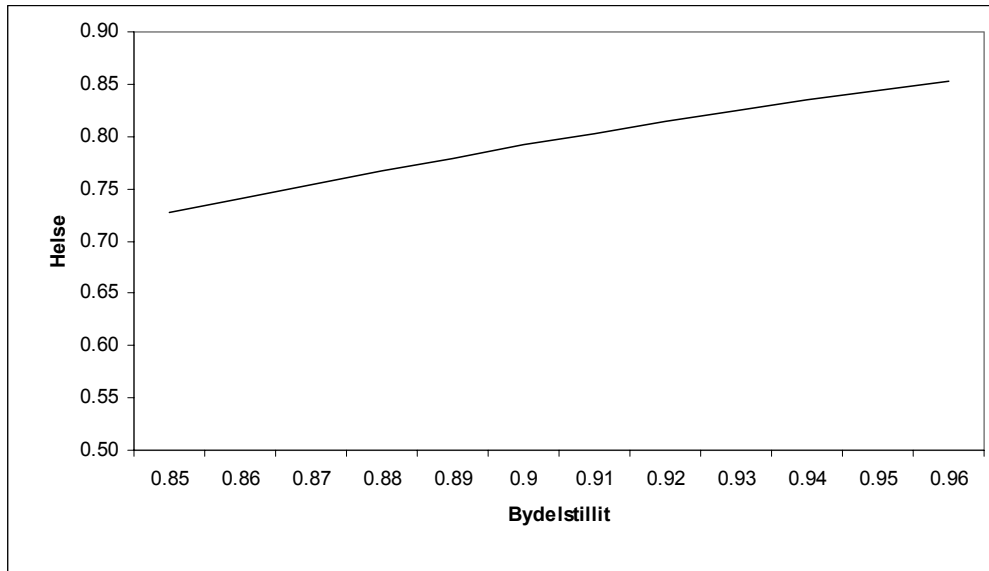
Når de sosioøkonomiske variablene tas med i modell 3, reduseres odds ratio for bydelstillit med noen prosentpoeng. Dette betyr at de nye variablene forklarer en del av effekten av bydelstillit på helse vi så i de foregående modellene. Å være bosatt i en bydel der andelen i bydelen som ikke har mistillit til andre er ett prosentpoeng høyere enn i en annen bydel, øker sjansen for å rapportere god helse med omtrent åtte prosentpoeng (OR=1.082), alt annet likt. Utdanning (grunnskole er referansekategori) viste en sterk positiv lineær sammenheng med helse. Som ventet gjaldt dette også for inntekt. Vi kan ut i fra denne modellen si at den sosioøkonomiske sammensetningen av bydelene har vært årsak til nesten en tredel av effekten av tillit i bydelen på helse som vi fant i den foregående modellen.

For en europeiskfødt mann med gjennomsnittsverdier i modell 3, (45 år, fullført treårig videregående skole og inntekt mellom 227 - 256000) ga effekten av å bo i bydelen med høyest tillit, sammenlignet med å bo i den med lavest, en sannsynlighet for god helse på 0,14. Denne effekten er nesten like sterk som effekten av å befinne seg i det høyeste inntektsdesilet sammenlignet med det laveste (0,15), og i gruppen med høyest utdanning mot den med lavest utdanning (0,16), når alt annet er likt (målt i sannsynligheter). Forløpig kan vi si at å være bosatt i bydelene med høyest tillit ser ut til å kunne ha en gunstig innvirkning på helsen som er sammenlignbar med maksimaleffektene av henholdsvis inntekt og utdanning.

I modell 4 er individuelle sosial kapital-variabler lagt til uten at dette fører til noen stor forandring i effekten av bydelstillit. Nedgangen i odds ratio fra modell 3 til 4 er ikke engang på ett prosentpoeng (1,082-1,074). (Da tillit, som er den individuelle variabelen bydelstillit er aggregert opp fra, ble undersøkt i en egen modell var odds ratio for bydelstillit 1,077). Dette var ikke i tråd med forventningen om at individuell sosial kapital kom til å forklare bort det meste av sammenhengen. Individuell sosial kapital har likevel relativt sterk innvirkning på helse: De som tror at andre vil utnytte dem har seksti prosent lavere odds ratio for å rapportere god helse enn dem som ikke synes det, når alt annet er likt. De som deltar i organisasjoner og lag, har 16% høyere odds ratio for det samme. Å ha to eller flere venner sammenlignet med å ha bare én eller ingen dobler odds ratio for å rapportere god helse, alt annet likt. Figur 1 viser sammenhengen mellom bydelstillit og

helse for europeiskfødte menn med gjennomsnittsverdier i modell 4 (45 år, fullført treårig videregående skole og inntekt mellom 227 - 256000).

Figur 1: Sammenhengen mellom bydelstillit og helse for europeiskfødte menn med gjennomsnittsverdier i modell 4 (45 år, fullført treårig videregående skole og inntekt mellom 227 - 256000) i sannsynligheter. ($n_i=11807$, $n_j=25$)



Tab 2. Odds ratio (KI) for sammenhengen mellom aggregert tillit i bydelene og helse, kontrollert for de øvrige kontekstuelle variablene og de individuelle variablene fra tabell 1, modell 4 ($N_i=11807$, $N_j=25$).

Modell	5	6	7
Bydelstillit	1.036 (1.006- 1.067)	1.034 (1.004- 1.064)	1.022 (0.987-1.059)*
Median inntekt	1.070 (1.035- 1.107)	1.050 (0.970-1.066)*	
Økonomisk ulikhet		1.041 (0.968 - 1.119)*	
Høyere utdanning			1.121(1.055-1.191)
Konstant	3.518 (2.627-4.712)	3.540 (2.638-4.749)	3.435 (2.565-4.600)

Alle koeffisienter er signifikante innenfor 95%, bortsett fra *.

I tabell 2 viser modellene 5-7 odds ratio for bydelstillit kontrollert for andre kontekstuelle variabler (se boks 1 i forrige kapittel for tekniske operasjonaliseringer av disse). Alle modellene bygger på modell 4 fra tabell 1, men de individuelle variablene er utelatt fra tabellen for å lette fremstillingen da disse ikke endret seg vesentlig. Disse vil heller ikke kommenteres.

I modell 5 kontrolleres det for median inntekt i bydelen. Oddsratio for sammenhengen mellom bydelstillit og helse gir nå ikke mer enn 3,6 prosentpoeng (OR=1,036) økning for ett prosentpoeng økning i andel i bydelen med tillit.

Når variabelen median inntekt øker med én enhet (omkring 10 000 kr i median inntekt) øker sjansen for å rapportere god helse med 7 prosentpoeng (OR=1,07). Regner vi om til sannsynligheter for en mann med gjennomsnittsverdier (45 år, treårig videregående

skole, gjennomsnittsinntekt, deltar i organisasjoner, har tillit til folk flest, og har flere enn én venn) viser det seg at maksimaleffekten av median inntekt er på 0,08, og av bydelstillit på 0,05. Det var ikke uventet at median inntekt hadde en viss effekt. At bydelstillit fortsatt har en effekt, riktignok sterkt redusert, tyder på at det kan gi mening å skille mellom sosioøkonomiske og sosiokulturelle aspekter ved den sosiale kontekst.

Modell 6 viser sammenhengen mellom bydelstillit og helse kontrollert for økonomisk variasjon eller økonomisk ulikhet i bydelene. Det kontrolleres her også for median inntekt fordi ulikhetsvariabelen ellers vil fungere like mye som en velstandsvariabel (Subramanian 2001: 14). Heller ikke denne modellen "forklarer bort" sammenhengen mellom bydelstillit og helse, som fortsatt gir en økning i odds ratio på 3,4 prosentpoeng (OR=1,034) for én prosents økning i andelen i bydelen som har tillit til andre, når alt annet er likt. Både økonomisk ulikhet og median inntekt gir ikke-signifikante koeffisienter i denne modellen, noe som kan skyldes at kompleksiteten i modellen blir for stor i forhold til det begrensede antallet enheter i analysens nivå 2 (25 bydeler), eller at de stort sett måler det samme: Der inntektsulikheten er størst, er også median inntekt høyest. Om vi igjen ser på *sannsynlighet* for god helse for gjennomsnittsmannen ved maksimalverdi sammenlignet med minimumsverdi får vi en økt sannsynlighet for god helse i høytillitsbydeler på 0,05.

Når andelen i bydelene med høyere utdanning tas inn i modell 6, blir sammenhengen mellom bydelstillit og helse insignifikant. Når andelen med høyere utdanning stiger med én enhet (10% i de observerte andelene), øker oddsen for å rapportere god helse med 12 prosentpoeng. Om vi igjen ser på maksimaleffektene i *sannsynligheter*, er den 0,03 (insignifikant) for bydelstillit og 0,07 for utdanningsvariabelen.

I modellene 4-7 med to og tre kontekstuelle variabler av gangen, ble sammenhengen mellom bydelstillit og selvrapportert helse svakere. Sannsynligheten for å rapportere god helse var mer enn halvert når det ble kontrollert for median inntekt og økonomisk ulikhet og til slutt ubetydelig og insignifikant kontrollert for andel i bydelene med høyere utdanning. I modellene (4-6) var maksimaleffekten av bydelstillit på helse på sitt høyeste like sterk som betydningen av kjønn (0,05), og av å ha inntekt i 10 desil sammenlignet med gjennomsnittet (0,06)²⁴.

²⁴ Alle forskjeller i sannsynlighet (maksimaleffekter) gjelder for egenskapene mann, 45 år, fullført treårig videregående skole, med mer enn 1 venn og med gjennomsnittlig inntekt fra modell 3b.

5.2 Deltakelse i organisasjoner og lag og helse

Tab 3. Odds ratio (KI) for sammenhengene mellom andel i bydelen som rapporterer at de deltar i frivillige organisasjoner og lag og individuell selvrapportert helse ($N_i=11807$, $N_j=25$).

Modell	1	2	3	4
Bydelsvar.	0.065	0.054	0.010*	0.009*
Konstant	3.662 (3.28- 4.09)	14.069 (11.82- 16.75)	6.062 (4.93- 7.45)	3.425 (2.55- 4.60)
Bydeltakelse	1.017 (1.00- 1.04)	1.040 (1.02- 1.06)	1.024 (1.01- 1.04)	1.021 (1.01- 1.03)
Kvinne		0.642 (0.58- 0.71)	0.837 (0.76- 0.93)	0.789 (0.71- 0.88)
Alder (ref. 30år)				
40 år		0.502 (0.42- 0.60)	0.500 (0.42- 0.60)	0.510 (0.42- 0.61)
45 år		0.428 (0.36- 0.51)	0.440 (0.37- 0.53)	0.438 (0.36- 0.53)
60 år		0.210 (0.18- 0.25)	0.253 (0.21- 0.30)	0.245 (0.21- 0.29)
75 år		0.163 (0.14- 0.19)	0.256 (0.21- 0.31)	0.230 (0.19- 0.28)
Ikke-europeisk fødeland		0.502 (0.40- 0.63)	0.553 (0.44- 0.70)	0.705 (0.55- 0.90)
Utdanning (ref. grunnskole)				
Lavere videregående skole			1.392 (1.20- 1.632)	1.372 (1.18- 1.60)
3-årig videregående skole			1.639 (1.40- 1.91)	1.581 (1.35- 1.85)
Høyere utdanning av lavere grad			2.094 (1.79- 2.45)	1.912 (1.66- 2.28)
Høyere utdanning av høyere grad			2.895 (2.32- 3.61)	2.670 (2.13- 3.34)
Inntekt			1.115 (1.09- 1.14)	1.108 (1.09- 1.13)
Individuell sosial kapital				
Deltar i org og lag				1.158 (1.05-1.28)
Mistillit				0.409 (0.35- 0.48)
>2 venner				2.008 (1.61– 2.50)

*Alle koeffisienter er signifikante innenfor 95% bortsett fra *.*

I tabell 3 er tilsvarende modeller kjørt som i tabell 1, men med andeler i bydelene som deltar i organisasjoner og lag som uavhengig variabel. Koeffisientene til de individuelle kontrollvariablene er ganske like dem jeg fant i tabell 1 (variasjoner på noen få prosent) så de vil ikke kommenteres ytterligere.

I modell 1 ser vi at den ukontrollerte sammenhengen mellom bydeltakelse og helse kan uttrykkes i en odds ratio på 1,017 for én prosents økning på den uavhengige variabelen, bydeltakelse. Tilbøyeligheten til å rapportere god helse øker med 1,7 prosentpoeng når andelen i bydelen som deltar i frivillige organisasjoner og lag øker med ett prosent. Tilsvarende tall for bydelstillit var 1,105 eller 10,5 prosentpoeng. Forskjellen mellom de to sosial kapital-variablene er markert, men ikke så stor som disse tallene umiddelbart gir inntrykk av. Når vi setter inn de observerte verdiene for bydelsdeltakelse, som varierer mellom førtifem og sekstisyv prosent deltakelse (sentrerte verdier = -10,03- 11,71), ser vi at de som bor i bydeler med høy deltakelse har tjueto prosentpoeng bedre helse enn de som bor i gjennomsnittsbydelen (OR=1,22), mens de som bor i de bydelene

med lavest deltakelse har seksten prosentpoeng dårligere helse ($OR=0,84$)²⁵. Uttrykt i *sannsynligheter* er maksimaleffekten av bydelsdeltakelse på helse 0,06, altså en tredjedel av maksimaleffekten av bydelstillit i tabell 1, modell 1 (0,19).

Når kjønn, alder og fødeland tas inn i modell 2, mer enn dobles odds ratio for denne sammenhengen ($OR=1,040$). Her, som i tabell 1, blir noe av sammenhengen skjult av at flere respondenter med egenskaper på de nye variablene som øker risikoen for dårlig helse, bor i bydeler med høy deltakelse. Når jeg kjører de nye variablene hver for seg, er koeffisienten (som i tabell 1) uforandret bare når alder står alene uten fødelandsvariabelen. Vi kan dermed si at i bydeler med høy deltakelse i organisasjoner og lag bor det flere eldre enn i bydeler med lav deltakelse, noe som dekker over effekten av bydeltakelse på helse i modell 1, fordi de som er eldre generelt har dårligere helse enn de som er yngre. Sannsynligheten for å rapportere god helse for en førtifem år gammel mann, født i Europa er 0,8 i en bydel med lav deltakelse, og 0,9 i en med høy. Maksimaleffekten av bydeltakelse på helse er her 0,1, mens for bydelstillit i tabell 1 var den 0,19, eller dobbelt så høy.

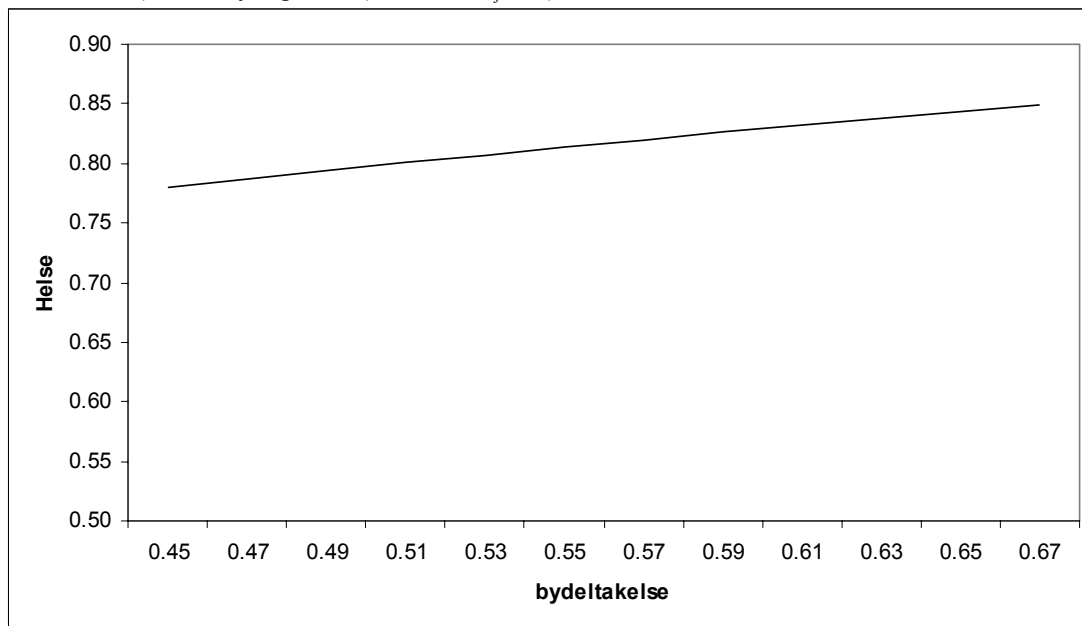
I modell 3, der inntekt og utdanning kontrolleres for, reduseres som ventet odds ratio for sammenhengen mellom bydelsdeltakelse og helse. Sammenhengen uttrykkes i en odds ratio på 1,024. Sjansen for å rapportere god helse når andelen i bydelen som deltar i organisasjoner og lag stiger med ett prosent, øker med 2,4 prosentpoeng når alt annet er likt. De nye variablene i denne modellen forklarer dermed nesten halvparten av sammenhengen vi så i modell 2. Sannsynligheten for å rapportere god helse for en 45 år gammel mann, født i Europa, med gjennomsnittlig utdanning og inntekt, er 0,77 i bydelen med lav deltakelse, og 0,85 i bydelen med høyest deltakelse. Maksimaleffekten av bydelsdeltakelse på helse er dermed 0,08 i modell 3. I tabell 1 var den tilsvarende effekten av bydelstillit en sannsynlighet på 0,14.

I modell 4 er odds ratio for bydelsdeltakelse svakt redusert, fra 1,024 i modell 3 til 1,021 i modell 4. Regnet i odds ratio for de observerte verdiene gir det å bo i bydelen med høyest deltakelse tjueåtte prosentpoeng bedre helse enn å bo i en gjennomsnittsbydel, mens å bo i den med lavest deltakelse gir nitten prosentpoeng dårligere helse enn gjennomsnittsbydelen. Differansen mellom høyeste og laveste observerte verdi i odds ratio er dermed på førtisju prosentpoeng. Om jeg regner ut maksimaleffekten i *sannsynligheter*

²⁵ OR er multiplikativ snarere enn additiv. $Diff_{lav og høy} = Bydeltakelse^{-10,03} - Bydeltakelse^{11,71} = 0,38$.

av bydelsdeltakelse på helse for denne modellen, får jeg 0,06. Denne effekten er i denne modellen omtrent like stor som effekten av kjønn (sannsynlighet på 0,05). Betydningen av bydelsdeltakelse er sterkere enn betydningen av kjønn, men svakere enn for bydelstillit i tabell 1, og nesten halvparten så sterk som den maksimale betydningen av inntekt (sannsynlighet=0,14). Figur 2 viser Sammenhengen mellom bydelsdeltakelse og helse for europeiskfødte menn med gjennomsnittsverdier i modell 4, (45 år, fullført treårig videregående skole og inntekt mellom 227 - 256000) i sannsynligheter.

Figur 2: Sammenhengen mellom bydelsdeltakelse og helse for europeiskfødte menn med gjennomsnittsverdier i modell 4, (45 år, fullført treårig videregående skole og inntekt mellom 227 - 256000) i sannsynligheter. ($n_i=11807$, $n_j= 25$)



Tabell 4. Odds ratio (KI) for sammenhengen mellom aggregert deltakelse i frivillige organisasjoner og lag og helse, kontrollert for de øvrige kontekstuelle variablene og de individuelle variablene fra tabell 3, modell 4. ($N_i=11807$, $N_j=25$).

Modell	5	6	7
Bydelsdeltakelse	1.005 (0.993- 1.017)*	1.002 (0.990- 1.014)*	1.013 (1.003-1.023)
Median inntekt	1.085 (1.048- 1.124)	1.063 (1.014-1.114)	
Økonomisk ulikhet		1.050 (0.975 - 1.131)*	
Høyere utdanning			1.130 (1.082-1.180)
Konstant	3.525 (2.627-4.730)	3.540 (2.638-4.749)	3.629 (2.705-4.870)

*Alle koeffisienter er signifikante innenfor 5%, bortsett fra *.*

Tabell 4 inneholder tre modeller (modell 6-7) med kontroll for andre kontekstuelle variabler; median inntekt, et mål på økonomisk variasjon i bydelen og andelen i bydelen med høy utdanning. Modellene bygger på modell 4 fra tabell 3. I likhet med tabell 2 er beregningene i denne tabellen beheftet med en større grad av usikkerhet enn i tabell 1 og 3

fordi kompleksiteten i modellene er høyere. Særlig gjelder dette for modell 6 der tre kontekstuelle variabler er inne samtidig.

I modell 5 kontrolleres det for median inntekt i bydelen, noe som fører til at bydelsdeltakelse blir ikke-signifikant, mens median inntekt gir en odds ratio på 1,085 for sammenhengen med helse. Dette kan bety at de tidligere observerte effektene av bydelsdeltakelse langt på vei skyldes forskjeller mellom bydeler med hensyn til median inntekt, uavhengig av individuell inntekt. Regnet i *sannsynlighetskalaen* er maksimaleffekten av median inntekt for en gjennomsnittsmann (45 år, treårig videregående, gjennomsnittsinntekt, deltar i organisasjoner, har tillit til folk flest, og som har flere enn én venn) 0,09. Dette ser dermed ut til å være en betydelig faktor. (Som eneste kontekstuelle variabel blir maksimalverdien 0,10).

Også i modell 6 er bydelsdeltakelse insignifikant. Her er det kontrollert for både median inntekt og inntektsvariasjon eller økonomisk ulikhet i bydelene. Vi ser at betydningen av median inntekt blir noe redusert i denne modellen, ned til en odds ratio på 1,063, mens økonomisk ulikhet er ikke-signifikant. Alene som eneste kontrollvariabel gir økonomisk ulikhet en signifikant odds ratio på 1,12. Regnet i *sannsynligheter* er maksimalverdien av median inntekt i denne modellen 0,07 for gjennomsnittsmannen.

I modell 7 er det kontrollert for andel i bydelene med høyere utdanning. Her er koeffisientene for begge de kontekstuelle variablene signifikante, om enn bare knapt for bydeltakelse. Odds ratio for sammenhengen mellom bydeltakelse og helse er også temmelig svak, bare 1,013 (KI= 1,003-1,023), mens sammenhengen mellom andel med høyere utdanning og helse gir en odds ratio på 1,13. Maksimaleffekten av bydeltakelse regnet i *sannsynligheter* for gjennomsnittsmannen er 0,04, mens for utdanningsvariabelen er den 0,06.

5.3 Samspill mellom individnivå og kontekstuell sosial kapital

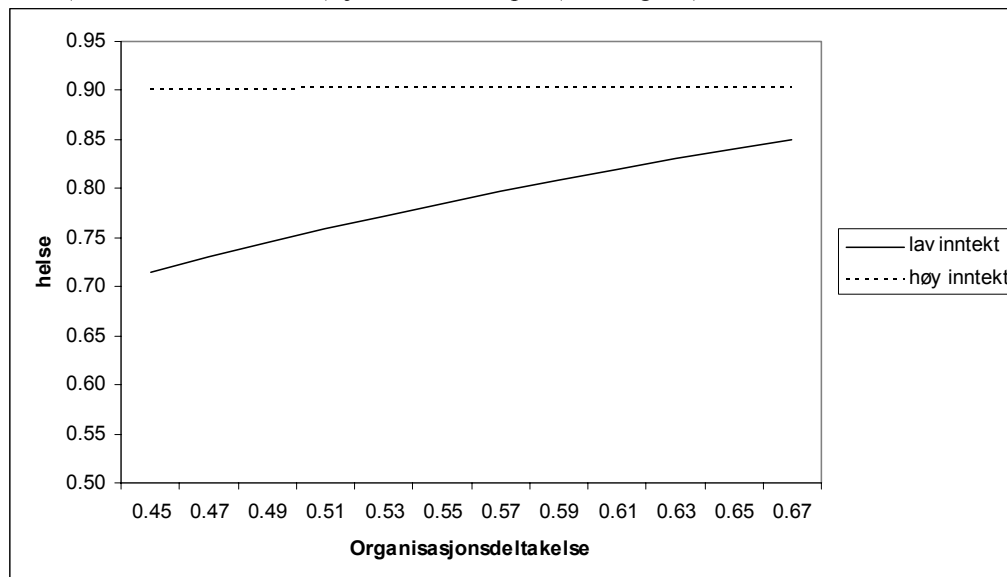
Tabell 5. Samspill mellom demografiske og sosioøkonomiske variabler for henholdsvis bydelstillit og bydeltakelse, og for inntekt og utdanning. Samspillene er utregnet uavhengig av hverandre. Alle andre koeffisienter er utelatt fra tabellen. Utregningen er basert på modell 4. ($n_i=11807$, $n_j=25$).

	Tillit i bydelen (Bydelstillit)			Organisasjonsdeltakelse i bydelen (Bydeltakelse)		
	Logit	SE	T	Logit	SE	T
Utdanning	0.005	0.010	0.500	-0.004	0.004	-1.000
Inntekt	-0.006	0.004	-1.500	-0.004*	0.001	-4.000
Alder	-0.014	0.010	-1.400	0.003	0.003	1.000
Ikke-eur fødel	0.077	0.059	1.305	0.031	0.023	1.348
Kvinne	-0.017	0.024	-0.708	-0.011	0.009	-1.222
Tillit	0.029	0.040	0.725	-	-	-
Orgdelt	-	-	-	0.008	0.009	.889

Alle koeffisienter var insignifikante innenfor 5% sannsynlighet bortsett fra *.

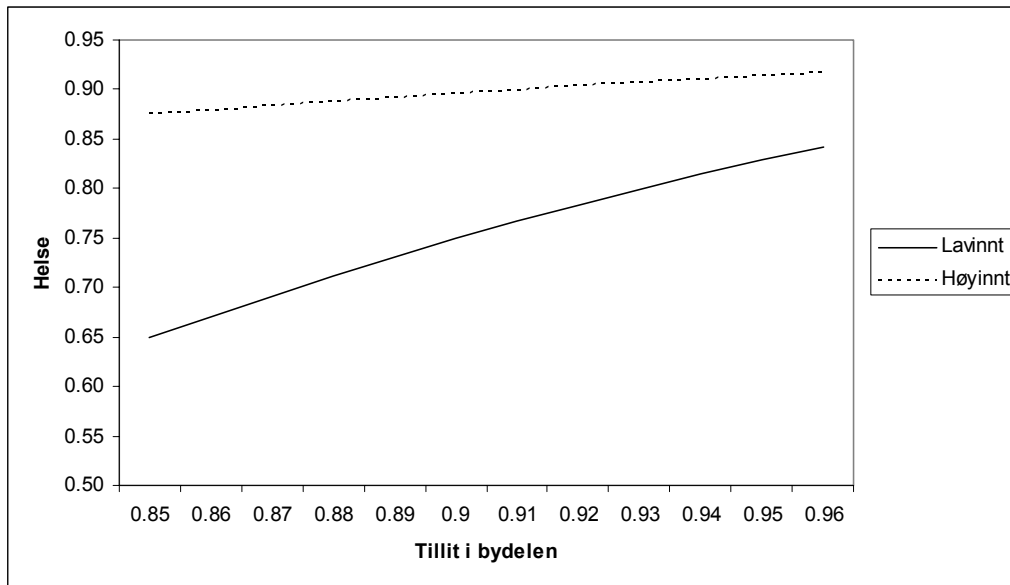
Samspillet mellom individuell inntekt og andel i bydelen som deltar i organisasjoner og lag (bydeltakelse) er signifikant. Sammenhengene (figur 3) er regnet ut for de med inntekt i høyeste og laveste desil for verdier med to prosentpoeng økning fra laveste observerte verdi forbi høyeste observerte verdi på deltakelse i organisasjoner og lag i bydelen. Sammenhengen mellom inntekt og helse blir svakere jo høyere andelen i bydelen som deltar er. De i det høyeste inntektsdesilet hadde ingen helseeffekt av organisasjonsdeltakelse i bydelen, mens de i det laveste inntektsdesilet hadde vesentlig større tilbøyelighet til å rapportere god helse om de bodde i bydelen med høyest deltakelse sammenlignet med den med lavest deltakelse, maksimaleffekten i sannsynligheter var 0,13.

Figur 3. Sammenhengen mellom organisasjonsdeltakelse i bydelen og individuell selvrapportert helse (som i modell 4, tabell 3), justert for samspill (innt*orgdelt).



Jeg fant også en lignende tendens for inntekt og bydelstillit, men her var samspillet ikke signifikant (Se figur 4). Her er Y-verdiene regnet ut for begge inntektsgrupper med ett prosent stigning fra laveste observerte verdi på Bydelstillit forbi høyeste.

Figur 4. Sammenhengen mellom tillit i bydelen og individuell selvrapportert helse (som i modell 4, tabell 1), justert for samspill (innt*bydelstillit).



Disse funnene, og kanskje særlig at jeg ikke fant andre samspill, for eksempel for utdanning og individuell sosial kapital, kan ha metodiske årsaker. Som vi så ovenfor svekkes evnen til å fange opp samspill på tvers av de analytiske nivåene når antall kontekstuelle enheter er så lavt som i denne analysen. Som vi ser i tabell 5 er det flere andre samspillskoeffisienter som nærmer seg et akseptabelt signifikansnivå.

5.4 Oppsummering av funn:

- Både bydelstillit og bydeltakelse viste hver for seg signifikante og betydelige sammenhenger med individuell helse, kontrollert for demografiske og sosioøkonomiske faktorer og individuelle sosial kapital.
- Bydelstillit viste en nesten dobbelt så sterk sammenheng med helse som bydeltakelse. Maksimaleffektene av Bydelstillit var nesten like betydelig som av inntekt (øverste versus laveste desil) og utdanning (laveste versus høyeste) hver for seg.
- Ved kontroll for øvrige kontekstuelle variabler ble bydelstillit insignifikant ved kontroll for andel i bydelen med høy utdanning. Denne variabelen hadde en maksimaleffekt på 0,07 på helse i sannsynlighet med gjennomsnittsverdier på alle andre variabler. Velstandsnivå hadde en tilsvarende maksimaleffekt på 0,08, mens inntektsulikhet var insignifikant

- Ved kontroll for øvrige kontekstuelle variabler var bydeltakelse bare signifikant i modellen med utdanning. Her viste utdanning en maksimaleffekt på 0,06. Velstandsnivå hadde en maksimaleffekt på 0,09, og inntektsulikhet var insignifikant også her.
- Det ble funnet signifikant samspill mellom individuell inntekt og andel i bydelen som deltar i organisasjoner og lag (bydeltakelse). De i det høyeste inntektsdesilet hadde ingen helseeffekt av organisasjonsdeltakelse i bydelen, mens de i det laveste inntektsdesilet hadde vesentlig større tilbøyelighet til å rapportere god helse om de bodde i bydelen med høyest deltakelse sammenlignet med den med lavest deltakelse, maksimaleffekten i sannsynligheter var 0,13.

6 Diskusjon

6.1 Innledning og oppsummering av de viktigste funnene

I forrige kapittel ble sammenhengen mellom sosial kapital og helse i bydelene i Oslo undersøkt. Det var klarere sammenhenger mellom sosial kapital og helse når det ikke ble kontrollert for andre kontekstuelle variabler. I undersøkelsene der det ble kontrollert for individuelle variabler, var det generelle inntrykket derfor at begge sosial kapital-variablene (deltakelse i organisasjoner og lag, og generalisert tillit) hadde en ganske vesentlig betydning for hvordan folk oppfattet helsen sin.

I tillegg til de individuelle kontrollvariablene ble ytterligere tre *kontekstuelle* variabler tatt inn i analysen for å undersøke om sammenhengen mellom sosial kapital-variablene og helse var reell eller spuriøs. En metodisk forventning i dette analysetrinnet var at eventuelle funn og signifikansnivåer antakeligvis ville bli svakere på grunn av den økende kompleksiteten i modellene i forhold til antall analyseenheter på nivå to. Analysen har dermed visse problemer med å håndtere multikorrelasjonen mellom de kontekstuelle variablene. Velstandsnivå, økonomisk ulikhet og andel i bydelen med høyere utdanning ble satt inn i modeller hver for seg, bortsett fra økonomisk ulikhet, der det i tillegg ble kontrollert for median inntekt. I disse modellene ble det avdekket at effekten av sosial kapital-variablene på helse jevnt over ble svekket, og for enkelte modeller ble de ikke-signifikante. I modellene som undersøkte tillitsvariabelen, ble denne variabelen insignifikant ved kontroll for utdanningsnivå i bydelene. Deltakelsesvariabelen ble insignifikant med kontroll for median inntekt, og dermed også modellen med økonomisk ulikhet. *Dette tyder på at den observerte effekten av sosial kapital-variablene i modellene med kontroll kun for individnivåvariabler, skyldtes bakenforliggende kontekstuelle variabler.*

Det ble også funnet et statistisk signifikant samspill mellom individuell inntekt og den kontekstuelle variabelen deltakelse i organisasjoner og lag. Jo høyere inntekten var, jo mindre effekt hadde folk av å bo i bydeler med høy deltakelse. Det var dermed de med lavest inntekt som hadde størst effekt av å bo i høytillitsbydeler. De sosiale forskjellene i helse mellom innteksgruppene var dermed minst i bydeler med høy deltakelse. For

tillitsvariabelen ble det ikke funnet noe slikt samspill. Funnene er dermed ikke entydige og konsistente, men snarere betingede og tvetydige.

I dette kapittelet er formålet å sammenligne og diskutere mine funn i forhold til studiene av sosial kapital som ble presentert i litteraturkapittelet. Eventuelle avvik vil bli forsøkt forklart. Et annet fokus i dette kapitlet vil være på hvordan generell teori om helse og sted kan kaste lys over funnene mine og sosial kapital-teorien generelt.

6.2 Sammenligning av funn

Sammenhengene med helse for bydelstillit og bydelsdeltakelse, ga maksimaleffekter (bydel med laveste sosial kapital-verdi sammenlignet med høyeste) på henholdsvis 0,14 og 0,08 (i sannsynligheter for menn med gjennomsnittsverdier på alle andre variabler, tabell 1 og 3 i kap 5, modell 3). Til sammenligning var ”maksimaleffekten” av individuell inntekt (høyeste desil sammenlignet med laveste) på 0,15, og for utdanning (høyeste utdanningskategori sammenlignet med laveste) på 0,16 når alt annet var likt. Bydelstillit viser, i de individuelle modellene, en ganske sterk sammenheng med helse, mens deltakelse i bydelene var omtrent halvparten så viktig. I det minste forteller dette funnet at det finnes viktige faktorer som påvirker helsen, lokalisert på kontekstnivå. Dette funnet harmonerer med flere av studiene som ble presentert i litteraturkapittelet (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001, Subramanian et al. 2002, Lochner et al. 2003). Det harmonerer også med de enklere modellene hos Mohan et al (2005). Den eneste som ikke fant slike sammenhenger var Veenstra (2005).

6.2.1 Fortsatt sammenheng etter kontroll for individuell sosial kapital

Et nytt funn i forhold til de studiene jeg har lest, er at den gunstige effekten på helse også gjaldt for alle grupper etter kontroll for individuell sosial kapital (tillit, deltakelse i organisasjoner og lag, og venner). Dette gjelder for modellene som *ikke* kontrollerte for andre kontekstuelle faktorer. Sammenhengen mellom sosial kapital og helse var relativt uforandret for tillit i bydelen, mens den for deltakelse i bydelen ble noe svekket (0,06 i modell 4). I studien til Subramanian et al. (2002), ble kontekstuell sosial kapital *insignifikant* etter slik kontroll. (Forfatterne fant likevel et signifikant samspill mellom individuell og kontekstuell sosial kapital. Dette kommer jeg tilbake til nedenfor). Også Veenstra (2005) hadde inkludert individuelle sosial kapital-variabler i sine analyser, og fant en effekt på long-term limiting illness og selvrapportert helse av politisk tillit, og av generalisert tillit på depresjon, men som nevnt ingen sammenheng mellom de kontekstuelle

sosial kapital-variablene og helseindikatorene. De øvrige studiene utførte ikke en slik kontroll (Mohan et al. 2005, Lochner et al. 2003, Subramanian et al. 2001 og Kawachi et al. 1999).

En grunn til at mitt funn her ikke stemmer overens med Subramanian et al. (2002), kan være at ulike variabler og operasjonaliseringer har vært brukt. Den viktigste forskjellen mellom denne studien og min, med henblikk på variabler, er at den kontrollerte for sivil status. En ikke presentert analyse av mitt eget datamateriale viste imidlertid at sivil status ikke forandret sammenhengen mellom sosial kapital og helse.

En annen mulighet er at operasjonaliseringene av tillit er forskjellige. Subramanian et al. (2002) benyttet en variabel for generalisert tillit (om folk flest er til å stole på) og en variabel som spurte mer detaljert i hvilken grad ulike kategorier av mennesker var til å stole på. Gitt problemet med begrepsvaliditeten til mitt tillitsspørsmål ("synes du at andre mennesker utnytter deg om du lar dem få vite for mye om deg?"), som ikke konkret ble stilt i en nabolagskontekst, kan det tenkes at disse operasjonaliseringene måler forskjellige ting, tross i likhetene. Hvis det er slik at min variabel i større grad måler psykosomatiske forhold enn tillit mellom folk i bydelene kan dette ha ført til ulike funn. Dette er nok ikke så sannsynlig. Det er i alle tilfeller vanskelig å trekke noen klare grenser mellom disse to aspektene, likegyldig hvilken kontekst spørsmålene ble stilt i. Det kan derfor like gjerne være sånn at spørsmålene til Subramanian et al. (2002) måler det samme som mitt, selv om spørsmålskonteksten var annerledes.

Alt i alt virker dette funnet solid - på dette punktet i analysen, for det første fordi få studier faktisk kontrollerer for individuell sosial kapital, for det andre fordi ingen andre studier benytter to sosial kapital-variabler *med* korresponderende individuelle kontrollvariabler, og for det tredje fordi de som utfører kontroll av individuell sosial kapital ikke finner noen generell effekt av kontekstuell sosial kapital etter kontrollen. At sosial kapital, både operasjonalisert som tillit og deltakelse i organisasjoner og lag, har en effekt etter slik kontroll, taler for at det eksisterer sammenhenger mellom sted og helse, uavhengig av individene som bor der.

6.2.2 Betydningen av ulike operasjonaliseringer.

Blandt dem som fant effekter av kontekstuell sosial kapital ble det brukt forskjellige og ulikt antall indikatorer for sosial kapital. Kawachi et al. (1999) benyttet relativt konvensjonelle indikatorer; generalisert tillit, oppfatning om generell resiprositet og medlemskap i frivillige organisasjoner per innbygger. Lochner et al. (2003) brukte

tilsvarende indikatorer. Subramanian et al. (2001) målte sosial kapital ved hjelp av generalisert tillit, mens Subramanian et al. (2002) slo sammen generalisert tillit med et mer detaljert spørsmålsbatteri om tillit til én kontinuerlig variabel. Blandt dem som ikke fant noen sammenheng, er det kjennetegn at flere ulike mål ble brukt. Veenstra (2005) brukte antall offentlige plasser per innbygger (idrettsplasser, rekreasjonsområder, sosiale, kulturelle osv.), antall frivillige organisasjoner per innbygger og aggregerte nivåer av politisk og sosial tillit. De to første ble samlet inn fra en kilde tilsvarende Gule sider. Mohan et al. (2005) hadde hele 13 ulike mål på sosial kapital. Disse inkluderte fenomener som deltakelse i ulike organisasjoner, holdninger og følelser ovenfor nabolaget, uformell sosial kontakt og blodgivning. Et korresponderende mål på generalisert tillit, slik de øvrige benytter, er ikke blandt disse.

Av disse var det altså bare Kawachi, Lochner og Veenstra som benyttet både deltakelse og tillit som kontekstuelle sosial kapital-variabler. Kawachi fant at antall medlemskap per innbygger var mindre viktig enn de andre indikatorene, mens Lochner ikke fant noen vesentlige forskjeller. Av disse var det bare Veenstra som hadde kontrollert for individuell kapital, og han fant ingen sammenhenger for noen av variablene.

6.2.3 Samspill

Subramanian et al. (2002) er alene om å ha undersøkt samspilleffekter mellom individuell og kontekstuell sosial kapital (tillit). De fant at kontekstuell sosial kapital ikke hadde noen helsefremmende effekt for dem som hadde lite tillit, snarere tvert i mot. Jo høyere den sosiale kapitalen i nabolaget var, jo større ble avstanden i helse mellom de med høy og lav tillit, kontrollert for sosioøkonomiske og demografiske faktorer. Et slikt samspill fant ikke jeg.

Derimot fant jeg et samspill mellom deltakelse i organisasjoner og lag i bydelene og individuell inntekt. For dem som hadde høyest inntekt var helsen nesten upåvirket av sosial kapital i denne analysen, mens for dem som hadde lavest inntekt var maksimaleffekten for sammenhengen mellom sosial kapital og helse på 0,13 (i sannsynlighet for menn med gjennomsnittsverdier). Helseulikhetene mellom dem i det høyeste og laveste inntektsdesilet ble altså mindre jo høyere deltakelsen i organisasjoner og lag i bydelen var.²⁶ Jeg fant også

²⁶Dette funnet støttes delvis av Kawachi et al. (1999), som fant en tilsvarende sammenheng mellom statene i USA. Kawachi et al. ser ikke ut til å ha kontrollert for statistisk interaksjon her. Dette funnet kan dermed være et utslag av den logistiske regresjonskurvens S-form.

et slikt samspill for tillit, men det var ikke signifikant på konvensjonelt nivå (t-verdi = -1.5).

Subramanian et al. (2001) undersøker samspillseffekter mellom inntektsulikhet og individuell inntekt mellom statene i USA. De fant at de med høyest inntekt hadde bedre helse om de bodde i stater med stor ulikhet. Dette skyldtes antakelig at de velstående i mer ulike stater, var mer velstående enn i mindre ulike stater (ibid: 16).

Min studie avviker dermed her fra de øvrige studiene på to punkter. For det første fant jeg ikke noe samspill mellom individuell og kontekstuell sosial kapital. Dette funnet kan betraktes som rimelig solid, gitt likhetene i forskningsopplegget diskutert ovenfor. For det andre fant jeg et samspill mellom individuell inntekt og nivå av deltakelse i organisasjoner og lag i bydelene. Et slikt samspill er ikke tidligere rapportert i mitt litteraturutvalg.

6.2.4 Kontekstuelle kontrollvariabler

Ikke alle studiene undersøker betydningen av sted/kontekst utover sosial kapital, og ingen av studiene jeg har sett på har undersøkt like mange forskjellige aspekter ved konteksten som det gjøres i denne oppgaven. De to økonomiske variablene er relativt vanlige, hovedsaklig av interesse for relativ inntekt-hypotesen og forbindelsen til sosialt samhold/kapital (Wilkinson, 1996), mens ingen har tidligere sett på andre ikke-økonomiske aspekter ved den sosiale konteksten i sosial kapital og helse-studier.

I mine analyser viste median inntekt seg å være en viktig variabel. I undersøkelsen av deltakelse i bydelene ble sosial kapital-effekten insignifikant ved kontroll for median inntekt, mens den i undersøkelsen av tillit i bydelene halverte betydningen av sosial kapital. Variablen hadde en selvstendig maksimaleffekt på 0.08 (0.09 for den andre sosial kapital-analysen, begge i sannsynligheter). Dette er en sterkere maksimaleffekt enn noen av de andre kontekstuelle variablene. Økonomisk ulikhet viste derimot ingen signifikante sammenhenger med helse i mine analyser. Denne studien gir altså ikke støtte til relativ inntekt-hypotesen.

Veenstra (2005) og Subramanian et al. (2001) kontrollerte for begge disse kontekstuelle variablene, mens Kawachi et al. (1999) bare kontrollerte for inntektsulikhet. Lochner et al. (2003), Mohan et al. (2005) og Subramanian et al. (2002) hadde ikke inkludert slike variabler i analysene sine.

Kawachi et al. (1999) fant at inntektsulikhet (Gini-koeffisienter) hadde en effekt på helse (maksimaleffekt: OR=1,24 for staten med høyest inntektsulikhet sammenlignet med

den med lavest). Kontroll for denne variabelen svekket sosial kapital-variablene noe, men alle forble signifikante. Forskjellen mellom denne og min undersøkelse av deltakelse i bydelene, kan skyldes at det i denne studien ikke samtidig ble kontrollert for median inntekt. Når jeg kjørte ulikhet alene som kontrollvariabel, fant jeg en relativt sterk positiv effekt, noe som kan tyde på at denne variabelen like mye måler velstandsnivå når den står alene.

Subramanian et al. 2001 fant ingen generell signifikant effekt av økonomisk ulikhet. Her var det kontrollert for median inntekt i statene, som viste en positiv sammenheng med helse. Som vi har sett fant de likevel en signifikant sammenheng mellom sosial kapital og helse. Veenstra, 2005 fant ingen signifikante sammenhenger for de kontekstuelle økonomiske variablene.

Mohan (2005) kontrollerte for materiell deprivasjon i en studie av valgkretser i England. I denne kontrollen ble alle sosial kapital-variablene ikke-signifikante, men det ble også materiell deprivasjon. Det ble konkludert med at dette ikke gir særlig støtte til sosial kapital og helse-hypotesen.

Det generelle inntrykket er likevel at det er økonomiske sider ved sosiale kontekster som viser sammenhenger med helse, og at særlig median inntekt spiller en rolle her.

Den sosiokulturelle dimensjonen har derimot stått utforsket i studier av sosial kapital og helse. Grunnen til dette er antakeligvis at sosial kapital tenkes å dekke denne dimensjonen. Som vi så i litteraturkapittelet, er dette ikke nødvendigvis en rimelig forutsetning (Macintyre et al. 2002). Dette støttes av min undersøkelse der sammenhengene mellom sosial kapital-variablene og helse ble kontrollert for andelen med høyere utdanning i bydelene. Andelen med høyere utdanning i bydelene viste seg nemlig å være en ganske sterk faktor i forhold til helse, og førte til at sammenhengen mellom aggregert tillit og helse ble insignifikant. Dette indikerer at de observerte sammenhengene mellom tillitsvariabelen og helse egentlig skyldtes utdanningsnivået i bydelen, eller noe som henger sammen med utdanningsnivået. Disse to kontekstuelle variablene var forøvrig sterkt korrelert (tabell 4, kapittel 4).

At jeg i min oppgave ikke finner noen sammenheng mellom økonomisk ulikhet og helse er ikke spesielt oppsiktsvekkende, i lys av tidligere funn. Viktigere å merke seg er at median inntekt var en betydningsfull faktor i analysen av begge sosial kapital-variablene, og at deltakelse i bydelen ble insignifikant ved kontroll for denne. Dette er et nytt funn, som indikerer at median inntekt henger sammen med deltakelse. At også andelen i bydelene med høyere utdanning var en viktig faktor, og gjorde tillitsvariabelen ikke-

signifikant, er også et nytt funn i sosial kapital og helse-sammenheng, og er ikke utforsket tidligere. Disse funnene indikerer at sammenhengen mellom sosial kapital og helse kan være spuriøs, og at bakenforliggende kontekstuelle variabler er de egentlige årsakene. At utdanningsnivået var en viktig variabel gjør at dette analysetrinnet derfor gir støtte til hypoteser om at sosioøkonomiske og sosiokulturelle faktorer på kontekstnivå henger sammen med individuell helse.

6.3 Metodiske svakheter

Som de fleste andre av disse undersøkelsene, lider også denne under begrensningene ved tverrsnittdesignet. Dette resulterer i at konklusjoner om årsaksretninger mellom variablene ikke lar seg formulere. Det er derfor viktig å merke seg at sammenhengene som er funnet kan ha motsatt kausalretning av det som er forutsatt. Det kan for eksempel være slik at dårlig helse fører til lavere deltakelse i organisasjoner og lag, og ikke omvendt. Dette henger også sammen med problemet med seleksjon. Det kan ikke utelukkes at variasjonen mellom bydelene i helse kommer av at helse er en viktig årsak for valg av bosted. Dårlig helse fører ofte med seg svekket økonomi, som følge av lavere arbeidskapasitet eller trygding, og mange vil være tvunget til å flytte til steder i byen der boligprisene er lavere. På denne måten kan man få en selvforsterkende tendens til at lav inntekt og dårlig helse henger sammen på bydelsnivå. Dette kan også påvirke for eksempel sosial deltakelse, hvis det er slik at dårlig helse disponerer for lavere deltakelse.

En annen svakhet ved forskningsopplegget mitt er at antallet enheter på nivå to i analysen er noe lavt. Noen anbefaler at man har minst 20 enheter (Kreft og deLeeuw 1998: 126), andre 30 (Subramanian 2003: 105). Med flere enheter på dette nivået ville den statistiske kraften i analysene blitt sterkere, slik at en mer gjennomført kontroll av nivå to-variabler kunne blitt gjort, samtidig som mer definitive konklusjoner ville kunne trekkes om sammenhengen mellom sosial kapital, kontrollvariablene og selvrappert helse. Man kan derfor tenke seg at en grunnkretsbasert skjønnsmessig inndeling av innbyggerne i Oslo i nabolag, både metodisk og teoretisk, hadde hatt klare fordeler. På den annen side er det ikke gitt at disse skjønnsmessige inndelingene ville ha større gyldighet som operasjonaliseringer av nabolag enn bydelene, som i det minste kan tenkes å utgjøre en administrativ størrelse i folks praktiske liv, kanskje også en basis for lokal tilhørighet. Dette er det uansett ikke lett å si noe treffsikkert om a priori. Denne svakheten kan særlig

tenkes å ha påvirket analysene med flere enn én kontekstuell variabel, og undersøkelsen av samspill.

Responsen i populasjonen som var plukket ut til å delta i HUBRO-undersøkelsen var relativt lav, og de tendensene til skjevheter som ble avdekket av Søgaard et al. (2004), ble ytterligere forsterket i mitt endelige utvalg. Det kan tenkes at dette frafallet var såpass alvorlig at det har påvirket resultatene, gitt at omtrent halvparten av alle de ikke-europeiske innvandrerne (som allerede var dårlig representert) forsvant, samt at andelen av folk med lavere inntekt og utdanning var underrepresentert i begge utvalgsprosessene. Det er også rimelig å tenke seg at dette betyr mer i noen bydeler enn i andre. Dette problemet og implikasjoner av kausalitet, statistisk styrke, og (lokal)samfunn-operasjonaliseringer for tolkningen av resultatene kommer jeg til i avsnittet nedenfor.

6.4 Hvor gyldige er funnene mine?

Funnene i denne oppgaven sår tvil om sammenhengen mellom sosial kapital og helse er en reell sammenheng. Mine funn kan dermed tyde på at tidligere positive funn skyldes bakenforliggende variabler som skaper indirekte eller spuriøse effekter mellom sosial kapital og helse. I min analyse viste median inntekt og utdanningsnivå seg å være de viktigste kontekstuelle forklaringsfaktorene i bydelene for folks generelle selvrapporterte helse. Spørsmålet blir da om noe taler for at det likevel finnes en faktisk sammenheng, som jeg av forskjellige grunner ikke har klart å fange opp, eller om analysen min korrekt viser at det ikke er noen sammenheng.

6.4.1 Sosial kapital-indikatorer

For det første kan det hende at mine sosial kapital-variabler, til tross for at de er konvensjonelle indikatorer, ikke har høy nok begrepsmessig validitet. Kanskje er det slik at de ikke fanger opp elementer som gjensidig tillit, resiprositetsrelasjoner, nettverk og uformell sosial interaksjon på en god nok måte. Det strukturelle elementet av sosial kapital-begrepet dekkes kun av ett spørsmål i min undersøkelse. Her spørres det ikke om *hvor* respondentene deltar i organisasjoner og lag; om det er der de bor eller andre steder. Det spørres heller ikke om i hvilken grad de omgås naboer uformelt. Begrepets kognitive element dekkes også bare av ett spørsmål. Dette spørsmålet har sine svakheter i det at det ikke kommer godt nok fram om det er et spørsmål om ens egen trygghet på andre, eller om en faktisk mener at folk stort sett er til å stole på eller ikke. Heller ikke her ligger det i spørsmålet noen angivelse av hvilke "andre" det er snakk om; hjemme, i nabolaget, på

jobben, folk en kjenner eller fremmede. Denne måten å operasjonalisere begrepet på kan dermed tenkes å ha svakheter som påvirker evnen til å fange opp sosial kapital på en dekkende måte, samtidig som alt det tillitsspørsmålet måler ikke nødvendigvis er sosial kapital. Til sammen kan dette føre til at sosial kapital ikke blir målt presist, dekkende eller spesifikt nok i denne oppgaven, sammenlignet med en idealsituasjon, og at en eksisterende sammenheng ikke blir avdekket.

I favør av at variablene mine er egnet til å favne fenomenet sosial kapital, kan det anføres at andre har benyttet de samme variablene og funnet slike sammenhenger med helse (Kawachi et al. 1999, Lochner et al. 2003). Noen har også brukt bare tillit (Subramanian et al. 2001 og Subramanian et al. 2002). I lys av disse positive funnene med sammenlignbare variabler, ender ikke betenkningene rundt variabelenes validitet opp som noen avgjørende kritikk av mine funn. At det er praksis for å måle sosial kapital på denne måten betyr likevel ikke at de nødvendigvis er gode. Meg bekjent er det ikke foretatt noen systematisk validering av disse operasjonaliseringene. Det er derfor anerkjent at det er et potensiale i å utvikle nye måter å måle sosial kapital på.

Denne diskusjonen illustrerer at sosial kapital er et nokså vagt begrep. Det kan vise til ressurser som tilgjengeliggjøres i nettverk, normer og sosial kontroll, resiprositet, tillit, sosial mobilisering, til og med makt. Om en godtar at begrepet er såpass omfattende, er det kanskje ikke ventelig at dette lar seg måle ved hjelp av enkeltvariabler, slik det ble gjort i min og andre analyser. For å kunne måle begrepet på en hensiktsmessig måte kan det argumenteres for at det er nødvendig å benytte flere indikatorer, som til sammen kunne utgjøre en indeks.²⁷ En slik indeks kunne inneholde variabler med detaljerte spørsmål om tillit og deltakelse, men også tenke seg observasjoner av de sosiale kontekstene. Dette kunne også vært en vei å gå i denne oppgaven.

Et annet substansielt poeng er at selv om mange i bydelen deltar i frivillige organisasjoner, betyr ikke det at de nødvendigvis omgås hverandre. Kanskje er det slik folk ofte er deltakere på tvers av byen, slik at deltakelse ikke er en egenskap ved bydelen, men snarere ved byen som helhet. Dette kan være en forklaring på den manglende sammenhengen mellom deltakelse i bydelene og helse.

²⁷ Dette er gjort av en annen gren innen denne forskningen. Her benyttes to indekser: Informal social control (ISC) og Social cohesion and trust (SCoGT) (Drukker et al. 2003 og 2005, Sampson et al 1997).

6.4.2 Seleksjon

Det er en mulighet for at seleksjon kan ha påvirket resultatene på grunn av tverrsnittdesignet. Man kan for eksempel tenke seg at om friske flyttet til områder med lite sosial kapital (og omvendt, at syke flyttet til bydeler med høy sosial kapital), ville dette kunne jevne ut sosial kapital-effekten på helse ved at respondentene i disse områdene fikk en kunstig høy gjennomsnittlig helse. Dette kunne føre til en faktisk sammenheng mellom sosial kapital og helse ikke lot seg påvise. Dette virker imidlertid ikke særlig plausibelt.

6.4.3 Statistisk sikkerhet og kontrollvariabler

En svakhet ved analysen var at muligheten for kontroll for kontekstuelle variabler i sammenhengen mellom kontekst og individ, som ga seg av det lave antallet bydeler i analysen, var relativt begrenset. At median inntekt og andel høyt utdannede i bydelen svekket sammenhengene mellom sosial kapital-variablene og helse i den grad de gjorde, er som en følge av dette beheftet med en viss statistisk usikkerhet. Med andre ord; dette kan være en kilde til at en eksisterende sammenheng ikke trer fram i analysen. Likevel kan det også tenkes at større statistisk styrke bare ville styrke de funnene som er gjort her. Dette elementet av usikkerhet kan dermed slå begge veier.

Antall analyseenheter varierer en del i sosial kapital og helse-forskningen. Jo mer detaljerte data studiene bygger på, jo færre undersøkelsesenheter er inkludert. Dette kommer naturligvis av at det er billigere og enklere å bruke tilgjengelige data fra standardiserte husholdsundersøkelser og offentlige registre enn å samle inn et stort antall sosial kapital-relevante data. Tabellen nedenfor viser at de studiene som kontrollerer for individuell sosial kapital, inkludert min egen, (3, 6 og 7) har færre enheter på individnivå enn de øvrige. Denne studien og Veenstras studie også har ganske få nivå to-enheter. Dette kan bety at funnene fra disse er mindre solide, fordi de er basert på færre enheter, men det må ikke være sånn.

Tabell 1: Antall enheter i flernivåstudier av sosial kapital og helse. Kjernelitteratur i oppgaven.

Studie	enheter nivå 2	enheter nivå 1	gj. snitt pr nivå 2-enhet
1. Kawachi et al. 1999	39 stater i USA	167 259	4289
2. Subramanian et al. 2001	39 stater i USA	144 692	3710
3. Subramanian et al. 2002	40 lokalsamfunn i USA	21 456	536
4. Lochner et al. 2003	342 nabolag i Chicago	Populasjon	ca 8000
5. Mohan et al. 2005	396/594 valgjr., England	7578	19/13
6. Veenstra 2005	25 lokalsamf. i Br. Col.	1420	57
7. Denne oppgaven	25 bydeler i Oslo	11 807	472

På den annen side; selv om den statistiske styrken til funnene i disse studiene blir svekket, styrkes forklaringskraften og presisjonen fordi flere variabler kan benyttes om individene. Særlig gjelder dette muligheten for å kontrollere for individuell sosial kapital. Gitt at mitt forskningsopplegg ikke avviker betydelig fra andre studier med hensyn til antall enheter eller variabelbruk, styrkes antagelsen om at funnene mine er korrekte.

6.4.4 Hvor finnes sosial kapital?

Det er et relevant spørsmålet hvorvidt bydelene er hensiktsmessige analyseenheter i en studie av sosial kapital og helse. Det kan både tenkes at de er for store og at de er for små. Dette kan ha påvirket hvor godt min analyse har fanget opp fenomenet. Dette punktet er i like stor grad et teoretisk som empirisk spørsmål. Så langt er litteraturen tvetydig i sitt svar på hva som er en passende måleenhet: Vi så i litteraturdelen at sosial kapital tenkes å eksistere på mange ulike nivåer; i hele nasjoner (Putnam 2000, Wilkinson 1996), i klubber og sosiale nettverk (Bourdieu 1986, Coleman 1988) og i lokalsamfunn og nabolag. Det er blitt funnet helseeffekter av sosial kapital for *stater* i USA (Kawachi et al. 1999 og Subramanian et al. 2001), i *lokalsamfunn* på tvers av USA (Subramanian et al. 2002) og for *nabolag* i Chicago (Lochner et al. 2003). Det ble ikke funnet noen sammenheng for *lokalsamfunn* i en region i Canada (Veenstra, 2005), og heller ikke for *valgkretser* på tvers av England (Mohan et al. 2005). Det er dermed hverken noen teoretisk enighet om dette eller noen klare empiriske tendenser.

Hvis bydelene er for små enheter, kan man tenke seg at en faktisk sammenheng mellom sosial kapital og helse eksisterer, men at den virker likt på alle, uansett hvilken bydel de bor i. I så fall vil ikke denne sammenhengen tre frem før Oslo sammenlignes med andre byer eller regioner, med andre nivåer av sosial kapital. Vi har sett at noen av de sterkeste positive funnene er gjort i undersøkelser som sammenligner på tvers av store geografiske områder, med stor sosial heterogenitet, nemlig på tvers av statene i USA (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2001 og Subramanian et al. 2002). På den annen side er det også analyser gjort på tvers av forskjellige regioner i England uten at noen klar sammenheng ble funnet (Mohan et al. 2005). Flere komparative studier representerer et potensiale for økt kunnskap om geografiske variasjoner i sosial kapital-forskningen. Enkelte har også spekulert i om sammenhengen mellom sosial kapital og helse er et spesifikt amerikansk fenomen (Pearce og Davey Smith 2003).

Det mest sannsynlige er likevel å anta at enhetene mine er for store, og at de dermed ikke fanger opp eksisterende sosiale nettverk. Med mindre enheter, slik som den nevnte

grunnkretsbaserte inndelingen, kunne man sikret større homogenitet blandt innbyggerne i hver enhet, og større mulighet for at de kontekstuelle variablene målte fenomener som var gyldige for alle.

At jeg finner at median inntekt og utdanningsnivå faktisk er virksomme faktorer i bydelene i forhold til helse, kan i det minste tyde på at en viss form for samfunnsnivå kan tilskrives bydelene. I så fall taler dette for at funnet mitt, at det ikke er noen sammenheng mellom sosial kapital og helse, er korrekt. Det kan på den annen side tenkes at sosial kapital er virksom på andre nivåer enn de to variablene over.

6.4.5 Frafall

En siste mulighet for at en eksisterende sammenheng har blitt oversett, kan være problemet med frafall i analysene mine. Hvis det er slik at sosial kapital er mest virksom for dem som er i de laveste inntektssjiktene, slik mine funn fra den individuelle kontroll-analysen tyder på, eller for innvandrere, kan frafallet i disse gruppene gjøre at sammenhengen blir svakere. Dette er et viktig punkt som er med på å svekke styrken i konklusjoner om sammenhengen mellom sosial kapital og helse i denne oppgaven. Om de minst velstående er for dårlig representert i undersøkelsen er mye av grunnlaget for å studere sosial ulikhet og sosial kapital borte.

6.5 Hvorfor er ikke sosial kapital viktig for helse i Oslo?

I dette avsnittet skal jeg undersøke om det finnes noen grunner til at sosial kapital ikke er viktig i Oslo. Her skal jeg altså gå ut i fra at mine funn er riktige. Hvilke svar kan gis av mekanismene man tenker seg er virksomme mellom sosial kapital og helse, og kan det tenkes spesielle egenskaper ved Oslo som gjør at denne empirien skiller seg fra empirier der en slik sammenheng er påvist.

6.5.1 Sosial kapital og helse: Mekanismer

Vi så i litteraturkapittelet at sosial kapital-teorien ennå er noe uklar med hensyn til hvordan mekanismene mellom sosial kapital og helse virker. Mange hypoteser står derfor igjen å teste (Kawachi et al. 1999). Forholdet mellom sosial kapital, sosialt samhold og økonomisk ulikhet utgjør heller ikke noen konsistent teori. Likevel er det verdt å igjen se på hvilke mekanismer man tenker seg er i virksomhet, for å se om teorien kan kaste lys over mine funn, og på hvilken måte mine funn eventuelt utfordrer eller bekrefter teorien.

Sosial kapital ble definert som *aspekter ved den sosiale organiseringen (samfunnet, lokalsamfunnet, nabolaget), slik som resiprositetsnormer (samhold) og tettheten av frivillige (sivile) organisasjoner, som øker tillit, stimulerer og forenkler samarbeid til felles beste.* (Coleman 1988, Kawachi et al. 1999, Putnam 2000). Disse aspektene er *kontekstuelle* fenomener man tenker seg at i utgangspunktet gir kollektivt gunstige utfall for alle grupper i den aktuelle sosiale enheten. Forskjeller er dermed å finne mellom individer tilhørende ulike sosiale enheter med varierende nivåer av sosial kapital. Sosial kapital representerer i denne sammenheng en ressurs for individet som tenkes å beskytte eller fremme individuell helse gjennom ulike virkemåter.

Hvis vi først ser på hvordan man tenker seg at sosial kapital påvirker helse, som er den sammenhengen som er av hovedinteresse for denne studien, kan vi oppsummere følgende forklaringshypoteser (Kawachi et al. 1999, Putnam 2000):

- 1) Sosiale nettverk kan bidra til å redusere fysisk og psykisk stress gjennom å tilgjengeliggjøre praktiske og materielle ressurser for medlemmene.
- 2) Å være inkludert i et sosialt nettverk og sosiale rutiner representerer et sikkerhetsnett i form av at noen ville legge merke til om man uteble.
- 3) Sosiale nettverk kan utgjøre sosialiseringsskole der medlemmene lærer helsefremmende adferd, utøver og underlegges sosial kontroll.
- 4) Sosial omgang er bra for immunforsvaret.
- 5) Utvikling av helseforebyggende normer.
- 6) Raskere spredning av helserelevant informasjon
- 7) Samfunn som er preget av sosialt samhold mobiliserer lettere for å sikre kollektive goder, som lokale helsestasjoner; politisk mobilisering.
- 8) Samfunn med mye samhold kan tilby en base for sosial støtte, selvtillit og gjensidig respekt.

6.5.2 Virker kontekstuell sosial kapital gjennom sosiale nettverk?

Som vi ser av disse forklaringshypotesene skiller det ikke alltid klart mellom individuell og kontekstuell sosial kapital. Som Kawachi et al. (1999: 10) poengterer kan det tenkes at (kontekstuell) sosial kapital påvirker helse gjennom andre mekanismer enn sosiale nettverk gjør. Denne distinksjonen gjøres ikke like eksplisitt av Putnam, som det kommer fram av de første fire punktene (Putnam 2000: kap 20). Samtidig kan det argumenteres for at dette skillet teoretisk sett ikke er så relevant, gitt at flere virksomme og inkluderende sosiale

nettverk er en konsekvens (og produsent) av sosial kapital. Det kan mot dette innvendes at det likevel vil være slik at noen vil stå utenfor disse nettverkene, og ikke påvirkes direkte av eventuelle helsebringende effekter av disse. Om dette er den eneste måten sosial kapital virker på helse, kan vi ikke si at den har noen *kollektiv* helseeffekt, fordi den da kun vil gjelde for dem som er medlemmer i slike nettverk. På den annen side; om man med sosiale nettverk også inkluderer uformelle og mer løselige former for sosial omgang, slik Putnam i praksis gjør, vil begrepet antakelig omslutte de aller fleste, og ha gyldighet som en potensiell kanal for kollektivt helsebringende sosial kapital-effekter. En forutsetning for dette er imidlertid at også disse uformelle nettverkene er preget av den samme gjensidigheten og tilliten som definerer begrepet. Vi kan derfor i første omgang, på et teoretisk plan, godta mekanismer som leder til helseutfall gjennom sosiale nettverk, gitt disse forutsetningene.

Mine funn taler imidlertid i mot at kontekstuell sosial kapital har en slik kollektivt helsebringende effekt. Hverken nivået av tillit eller organisasjonsdeltakelse viste noen holdbar generell helsebringende effekt i analysene med kontroll for individuell sosial kapital. For å avdekke om disse variablene i tillegg målte eventuelle helsebringende effekter av uformelle nettverk, ble det, i en ikke vist analyse, gjort kontroll for de viktigste kontekstuelle variablene (median inntekt og utdanningsnivå), samtidig som de individuelle sosial kapital-variablene ble utelatt. Dette førte ikke til andre resultater. Det kan av dette konkluderes med at kontekstuell sosial kapital ikke har noen effekt selv om man *ikke* skiller mellom dem som har og ikke har individuell sosial kapital. Dette underbygges også av at det heller ikke ble funnet noe signifikant samspill mellom kontekstuell og individuell sosial kapital, og at inkluderingen av individuell sosial kapital i modell 4 ikke forandret koeffisienten for sosial kapital nevneverdig. De fire første forklaringene over har dermed ikke støtte i min analyse som formidlere av en kontekstuell sosial kapital-effekt på helse, til tross for at individuell sosial kapital var en til dels viktig faktor for helse. At jeg ikke finner noen sammenheng skyldes dermed ikke ”overkontrollering” av individuelle variabler. På dette punktet kan vi dermed si at funnene mine utfordrer sosial kapital-teorien, og særlig hypoteser om at kontekstuell sosial kapital virker på helse gjennom at flere deltar i organisasjonslivet.

6.5.3 Helseinformasjon, normer og sosial kontroll

Kawachi et al. (1999) tenker seg at sosial kapital, uavhengig av individuelle nettverk, kan påvirke flyten av helserelevant informasjon, utvikling av helsefremmende normer og

graden av sosial kontroll ovenfor avvikende adferd, og at dette fører til helseforskjeller mellom nabolag. Av disse hypotesene kan det avledes minst fire mulige tolkninger i relasjon til min analyse: Enten har disse mekanismene ingen helsebringende effekt, eller så er ikke bydelene en relevant størrelse for slike prosesser, eller så er disse prosessene til stede i bydelene, men er uavhengige av nivåene av tillit og deltakelse. Det er heller ikke usannsynlig at de eventuelle effektene er for svake til å fanges opp av denne analysen. De tre siste tolkningene er mest plausible, fordi hypotesene til Kawachi et al. er fundert i tidligere forskning. Sosial kapital-litteraturen har ikke godt nok utforsket slike mekanismer, så få svar kan utledes her for å sannsynliggjøre årsakene til at jeg ikke finner noen sammenheng (Macinko og Starfield 2002). Den mest optimistiske tolkingen i forhold til sosial kapital-begrepet er at bydelene ikke utgjør en adekvat undersøkelsesenheter og at den statistiske styrken i denne analysen er for svak. Dette kan bety at bydelene er for små til at regionale kulturelle ulikheter lar seg gripe, eller at de er for store til å være en relevant stedlig faktor i folks liv med hensyn til identitet, steds spesifikke normer og sosial kontroll. Alternativt kan det tenkes at folks sosiale nettverk og sosialiseringsfellesskap i hovedsak er knyttet til andre arenaer enn bosted, slik som jobb, venner og organisasjonsdeltakelse på tvers av byen og familie. På denne måten er det heller ikke usannsynlig at nivåene av tillit og deltakelse i bydelene ikke har noen stor innvirkning på hvordan folk skaffer seg helseinformasjon, og hvordan helsefremmende normer utvikles og sosial kontroll utøves.

Den andre muligheten er at slike prosesser som Kawachi et al. tenker seg er tilstede, men at de er uavhengig av tillit og andel av befolkningen som deltar i organisasjonslivet, virker ikke like plausibel, og kanskje minst for deltakelse, men er en hypotetisk mulighet. Det er lettere å tenke seg at fellesskap som danner grunnlag for felles normer, sosial kontroll og kunnskap, er knyttet til et visst samhold, gjensidighet og tillit, enn at deltakelse i frivillige organisasjoner skulle være en forutsetning for det samme. Dessverre lar ingen av disse hypotesene seg teste på bakgrunn av mine data.

6.5.4 For høye nivåer og lav variasjon

Man kan tenke seg at nivåene eller variasjonen på variablene mine er for små til at sosial kapital blir en viktig faktor i Oslo. I studiene fra USA var det gjennomsnittlig rundt 44% som rapporterte at folk flest ikke var til å stole på, mot tilsvarende 6,2 % i Oslo. (Kawachi et al. 1999, Subramanian et al. 2002, Lochner et al. 2003). Variasjonen i mitt materiale var

på omkring 10%. Slik sett kan det argumenteres for at nivået av tillit generelt er så høyt i Oslo at variasjonen ikke fører til noen vesentlige endring i helse.

Når det gjelder deltakelsesvariabelen er ikke sammenligningsgrunnlaget like godt, fordi færre bruker den og at den ofte oppgis som medlemskap per innbygger, mens jeg målte faktisk deltakelse. 55,4% av utvalget deltok i organisasjonslivet, og her var variasjonen på ca. 21%. Likevel var nesten halvparten (45%) av respondentene fra bydelen med lavest deltakelse aktive i organisasjonslivet. Argumentet ovenfor har dermed også muligens gyldighet her.

Hvis vi i tillegg ser på selvrapportert helse later det til at Oslo-innbyggerne har lavere terskel for å oppgi dårlig helse enn amerikanere. Mens det i studiene fra USA er 12-15% og i Canada 13% (Veenstra 2005) som rapporterte dårlig helse, var det i Oslo 24,5% som oppgav det samme. Variasjonen var på omkring 18%. Dette kan representere en overrapportering i forhold til disse studiene, siden at levealderen er lengre i Norge enn i mange andre land. Dette kan også tenkes å ha sammenheng med at sykerollen kanskje har større aksept i Norge enn i Amerika. Generelt kan plasseringen av et slikt helsespørsmål påvirkes av om det står sent eller tidlig i spørreskjemaet, på den måten at folk ”oppdager” alt som feiler dem gjennom detaljerte spørsmål, og derfor oppgir dårligere helse om spørsmålet står bakerst enn om det hadde stått forrest. Dette gjelder imidlertid ikke denne undersøkelsen, der det var det første spørsmålet. Denne kontrasten mellom selvrapportert helse og dødeligheten i Norge gjør det vanskelig å spekulere i hvorvidt helsen vår er så god allerede at sosial kapital ikke gjør noen forskjell. Dette ville i så fall være i tråd med at effekten er størst for dem med dårligere inntekt og helse (Kawachi et al. 1999), siden forventet levealder i USA er to år lavere enn i Norge, og at fattigdommen er langt større der enn her (Wilkinson 1996: 76, Lynch et al. 2000: 405).

En studie av dødelighet i Oslo etter yrkesklasser indikerer at store helseforskjeller også finnes her (Claussen og Næss 2002). Ufaglærte arbeider hadde for menn og kvinner henholdsvis 92 og 60 % høyere dødelighet enn høyere funksjonærer. Dette var sammenlignbart med funn i fra England og Wales for mennene, mens de engelske kvinnene hadde enda høyere dødelighet (122%). At helsen er like god for alle kan dermed utelukkes. Helsenivået i Norge generelt er likevel ganske høyt. Spørsmålet, som dessverre ikke kan besvares fullt ut her, blir da om helseulikhetene i Oslo er store nok til at sosial kapital burde hatt en innvirkning for de dårligst stilte, til tross for den generelt høye levealderen og gode helsen. Det beste svaret som kan gis på grunnlag av dette er at helsevariasjonene i min analyse, og som er avdekket i andre (Claussen og Næss 2002), bør

betraktes som betydelig, og at dette ikke er en god nok forklaring på at det ikke ble funnet noen helseeffekt av sosial kapital.

6.5.5 Utjevnende effekter

I tråd med avsnittet om de potensielt negative konsekvensene av sosial kapital, kan årsaken til at jeg ikke finner noen sammenheng mellom sosial kapital og helse være at variablene måler motstridende effekter av forskjellige typer nettverk og relasjoner. Man kan tenke seg at den sosiale interaksjonen sosial kapital viser til, like ofte har negative som positive konsekvenser for helse. Kanskje fører organisasjonsdeltakelse like ofte til stress som til rekreasjon. Mange frivillige organisasjoner kan tenkes å ha et relativt stort behov for arbeid, noen kan til og med framstå som umettelige; man kan ikke få gjort nok. Kanskje er mange fritidsnettverk preget av sterk sosial kontroll, slik som kan tenkes i enkelte religiøse grupper. Lochners hypotese om at deltakelse i sosiale nettverk kan føre med seg en helseskadelig livsstil illustrerer også dette poenget (2003: 1804).

6.5.6 Økonomisk ulikhet, sosial kapital og helse.

Wilkinson (1996) og Kawachi et al. (1999) har tenkt seg at økonomisk ulikhet er en faktor som ligger bak ulike nivåer av sosialt samhold og sosial kapital. Der den økonomiske ulikheten er stor blir også helseforskjellene større som en følge av økt konfliktnivå, mindre tilbøyelighet til samarbeid og solidaritet, større konkurranse, økt opplevelse av makt, mindreverdighet og kontroll. En forutsetning for denne hypotesen er at de vestlige samfunn har nådd et velstandsnivå der basisbehovene er dekket for de aller fleste, slik at den økonomiske ulikheten først og fremst speiler sekundærforbruk og forskjeller som har større symbolsk enn materiell betydning. (Om denne forutsetningen skulle ha gyldighet noe sted, så er det i Norge - "verdens rikeste land").

Denne hypotesen åpner for den muligheten at Norge, og Oslo spesielt, har mye sosial kapital eller sosialt samhold som en følge av vår relativt lave inntektsulikhet (Wilkinson 1996: 76 og 84). Analysene mine viste at inntektsulikhet ikke var en viktig kontekstuell variabel i relasjon til helse i bydelene i Oslo, men også at heller ikke sosial kapital var det. Dette var dermed bare dels i tråd med forventningene. Dette kan enten bety at nivået av sosial kapital er så høyt for alle at alle nyter godt av en noenlunde lik helseeffekt, eller at sosial kapital ikke spiller noen rolle for helse. Dette funnet utfordrer dermed hypotesen om at lav inntektsulikhet fører til bedre helse gjennom høy sosial kapital/høyt samhold.

7 Konklusjoner

For å oppsummere konkret i forhold til forskningsspørsmålene i kapittel 3, er hovedkonklusjonen i denne oppgaven at det ikke er noen sammenheng mellom sosial kapital og helse i Oslo (1).

Det ble riktignok funnet slike sammenhenger med helse for begge sosial kapitalvariablene i modeller der disse fikk stå ukontrollert for andre kontekstuelle variabler, men ved kontroll forsvant disse. Helseeffekten av andelen i bydelene som deltok i organisasjoner og lag ble insignifikant ved kontroll for median inntekt, mens helseeffekten av tillitsnivået i bydelene ble insignifikant ved kontroll for utdanningsnivå i bydelen. Økonomisk ulikhet i bydelene viste seg å ikke ha noen helseeffekt. Konklusjonen med hensyn til betydningen av de øvrige kontekstuelle variablene er dermed at variasjoner i helse kan tilskrives egenskaper ved bydelene, men at median inntekt og utdanningsnivå er de viktigste faktorene (3).

De individuelle variablene forklarte også en god del av sammenhengen mellom sosial kapital og helse, særlig de sosiøkonomiske variablene. Individuell sosial kapital utgjorde ikke en viktig komposisjonell effekt (2).

Det ble funnet et signifikant samspill mellom individuell inntekt og andelen i bydelene som deltok i organisasjoner og lag, men ikke for individuell og kontekstuell sosial kapital (4).

Vi så av diskusjonen i kapittel 6 at noen av funnene mine representerer nye bidrag i sosial kapital og helse-sammenheng. For det første var begge sosial kapital-indikatorerne signifikante etter kontroll for individuell sosial kapital. For det andre fant jeg ikke noe samspill mellom individuell og kontekstuell sosial kapital, men mellom individuell inntekt og deltakelse i organisasjoner og lag. For det tredje ble det kontrollert for en ny variabel i denne sammenheng; utdanningsnivå i bydelene, som visste seg å forklare den tidligere observerte helse-effekten av tillit i bydelene.

Styrken ved denne analysen var muligheten for å kontrollere for individuell sosial kapital og at selve forskningsopplegget har relativt god sammenlignbarhet med tidligere studier, noe som styrker tiltroen til konklusjonene. Svakheter var først og fremst knyttet til at det ble benyttet for få kontekstuelle enheter. Dette kan føre til at sammenhengene mellom sosial kapital ble svakere i analysen enn de er i virkeligheten, og at den statistiske styrken i analysen av flere kontekstuelle variabler og samspill på tvers av nivåene ble

svakere. Psykososiale faktorer er antakeligvis mange og hver for seg ikke så sterke, slik at god statistisk styrke bør maksimeres i slike studier. Andre og sterkere sammenhenger lar seg fange opp selv om styrken i opplegget er lav. En annen svakhet som reduserer styrken i konklusjonene, er faren for skjevfordeling som ble forsterket ved at over en tredjedel av de opprinnelige respondentene måtte ekskluderes på bakgrunn av manglende data på viktige variabler. Størrelsen på de kontekstuelle enhetene kan også tenkes å ha påvirket funnene, da det kanskje er mer sannsynlig at sosial kapital er å finne i mindre enheter.

Konklusjonene fra denne analysen utfordrer sosial kapital og helse-hypotesen, men ikke på noen bastant måte på grunn av metodiske svakheter knyttet til statistisk styrke. Det understrekes at det likevel må sies å eksistere kontekstuelle effekter mellom bydelene i Oslo og individenes helse, men at disse ser ut til å være mer knyttet til median inntekt og utdanningsnivået i bydelene. Dette kan i seg selv betraktes som et interessant funn, sett fra et bredere "nabolag-og-helse"-perspektiv. Dette utelukker heller ikke at disse effektene er like mye knyttet til den sosiokulturelle dimensjonen som den materielle. I relasjon til sosial kapital og helse-hypotesen, kan det tenkes at å studere mindre og flere enheter enn det ble gjort her representerer en fruktbar vei å gå, selv om hverken denne eller andre studier som jeg har sett på gir noen entydig empirisk støtte for dette.

Litteraturliste

- Allison, Paul D., (1978). "Measures of Inequality". *American Sociological Review*, 43, (1978): 865-880.
- Berkmann, Lisa F., Roberta Glass, (2000). "Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health". I: Berkman, Lisa F., Ichiro Kawachi, (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 137-173.
- Bourdieu (1983/1986). "The forms of capital" . I Richardson, John G. (ed): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (241-258). New York: Greenwood Press
- Bourdieu (1984). *Distinksjonen*. Oslo: Pax.
- Brunner EJ og Michael Marmot, (1999). "Social organisation, stress and health". In: Marmot, Michael og Richard G. Wilkinson, eds (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Cattel, Vicky, (2001). "Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital". *Social Science og Medicine*, 52 (2001) 1501-1516.
- Claussen, Bjørgulf og Øyvind Næss, (2002). "Dødelighet i Oslo etter ulikheter i yrkesklasse". *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122, (2002): 1867-9.
- Coleman James S., (1988). "Social Capital in the Creation of Human Capital". *American Journal of Sociology*, Vol. 94, s95-120.
- Coleman James S., (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University.
- Dahl, Espen, (1994). *Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?* FaFO-rapport 170. Oslo:FAFO.
- Diez Roux, Ana V, (2003). "The Examination of Neighborhood Effects on Health: Conceptual and Methodological Issues Related to Presence of Multiple Levels of Organization". I: Kawachi, Ichiro, Lisa Berkmann, (2003). *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press. Side 45-65.
- Drukker, Marjan, Charles Kaplan, Frans Feron, Jim van Os, (2003). "Children's health-related quality of life, neihgbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contexttual analysis." *Social Science og Medicine*, 57 (2003); 825-841.
- Drukker, Marjan, Stephen L. Buka, Charles Kaplan, Kwame McKenzie, Jim van Os, (2005). "Social Capital and young adolescents' percieved helath in dofferent sociocultural settings". *Social Science og Medicine*, 61 (2005); 185-198.
- Durkheim, Emile, (1997). *Selvmordet*. Oslo: Gyldendal.
- Elstad, Jon Ivar, (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. NOVA-rapport 9/00. Oslo: NOVA.

- Granovetter, Mark, (1973). "The Strength of Weak Ties". *The American Journal of Sociology*, Vol 78, No. 6(May 1973); 1360-1380.
- Hjelbrekke Johs., (2000). "Ulike tilnærmingar til 'sosial kapital' i sosiologi og statsvitskap". *Sosiologisk tidsskrift*, 3, 2000, 209-227.
- Idler E.L. og Benyamini, Y. (1997) "Self-rated health and mortality - a review of 27 community studies." *Journal of Health and Social Behavior*, 28 (1), 21-37.
- Illich, I, (1976). *Limits to Medicine*. London: Marion Boyars.
- Kawachi, Ichiro, Lisa F. Berkman, (2000). "Social cohesion, social capital, and health". I: Berkman, Lisa F., Ichiro Kawachi, (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000:174-190.
- Kawachi, Ichiro, Bruce Kennedy, Kimberly Lochner og Deborah Prothrow-Smith, (1997). "Social Capital, Income Inequality and Mortality". *American Journal of Public Health*, 1997; 87: 1491-98.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P Kennedy., Roberta Glass, (1999). "Social capital and self-rated health: A contextual analysis". *American Journal of Public Health*, 89, (1999): 1187-93.
- Kawachi, Ichiro, Daniel Kim, Adam Coutts og SV Subramanian, (2004). "Commentary: Reconciling the three accounts of social capital". *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 1-9.
- Kawachi, Ichiro, og Lisa Berkman, (2003). *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press.
- Korsnes, Andersen og Brante, 1997, Sosiologisk leksikon
- Kreft, Ita og Jan De Leeuw, (1998). *Introducing Multilevel Modelling*. London: Sage Publications.
- Lauglo, Jon, (2000). "Social Capital Trumping Class and Cultural Capital? Engagement with School among Immigrant Youth". I: Baron, Stephen, John Field, Tom Schuller, (2003). *Social Capital - Critical Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Lochner, Kimberly, Ichiro Kawachi, Robert T. Brennan og Stephen L. Buka, (2003). "Social Capital and neighborhood mortality rates in Chicago". *Social Science og Medicine*, 56, (2003), 1797-1808.
- Lynch, John, George Davey Smith, Marianne Hillemeier, Mary Shaw, Trivellore Raghunathan og George Kaplan, (2001). "Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations". *Lancet*, 358(2001):194-200.
- Lynch, John, P Due, Carles Muntaner, George Davey Smith et al., (2000). "Social capital—Is it a good investment strategy for public health?" *J Epidemiol Community Health*, 54 (2000): 404-8.
- Macinko, James og Barabara Starfield, (2001). "The utility of social capital in research on health determinants". *Milbank Quarterly*, 79, (2001): 387-427.

- Macintyre Sally, og Anne Ellaway, (2003). "Neighborhoods and Health: An Overview". I: Kawachi, Ichiro, Lisa Berkman, (2003). *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press.
- Macintyre, Sally, Anne Ellaway og Steven Cummins, (2002). "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?". *Social Science og Medicine*, 55, (2002); 125-139
- Marmot, Michael og Richard G. Wilkinson, (2001). "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al.". *British Medical Journal*. 2001 May 19;322 (7296):1233-6.
- Mohan, John, Liz Twigg, Steve Banard og Kelvyn Jones, (2005). "Social capital, geography and health: a small-area analysis for England". *Social Science og Medicine*, 60 (2005); 1267-1283.
- Muntaner, Carles og John Lynch, (2002). "Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling Alone's implication for social epidemiology". *International Journal of Epidemiology*, 2002; 31:261-267.
- Muntaner, Carles, (2004). "Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology". *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 674-680.
- Najman JM. "Health and poverty: past, present and prospects for the future". *Social Science og Medicine*, 1993; 36: 157-66.
- Navarro V. "A critique of social capital". *International Journal of Health Services*, 32, (2002):423-32.
- Nettleton, Sarah, (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge; Polity Press.
- Oslostatistikken fra Statistisk sentralbyrå. (http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/emnevis_statistikk/utdanning/)
- Pampel, Fred C., (2000). *Logistic Regression - A Primer*. Thousand Oaks CA; Sage Publications.
- Paxton, Pamela, (1999). "Is Social Capital Declining in the United States? A Multiple Indicator Assessment". *American Journal of Sociology*, 105, (1999): 88-127.
- Pearce, Neil, George Davey Smith, (2003). "Is social capital the key to inequalities in health?". *American Journal of Public Health*, 93, (2003):122-29.
- Portes, Alejandro, (1998). "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology". *Annual Review of Sociology*, 24, (1998):1-24.
- Putnam, Robert D., (2000). *Bowling Alone*. New York: Simon og Schuster.
- Putnam, Robert D., (2004). "Commentary: Health by association: some comments". *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33 667-671
- Ringdal, Karsten, (2001). *Enhet og mangfold*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Sampson, Robert J., Stephen W. Raudenbush og Felton Earls, (1997). "Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy". *Science*, 277(5328), 918-924.

- Sampson, Robert J, (2003). "Neighborhood-Level Context and Health: Lessons from Sociology". ". I: Kawachi, Ichiro, Lisa Berkman, (2003). *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press.
- Skog, Ole Jørgen, (1998). *Å forklare sosiale fenomener - En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Søgaard, Anne Johanne, Randi Selmer, Espen Bjertness and Dag Thelle, (2004). "The Oslo Health Study: The impact of self-selection in a large, population-based survey." *International Journal for Equity in Health* 2004, 3:3:
- St. meld. nr. 16, 2002-2003. Stortinget.
- Subramanian, SV, Kelvyn Jones og Craig Duncan, (2003). ".Multilevel Methods for Public Health Research". ". I: Kawachi, Ichiro, Lisa Berkman, (2003). *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press.
- Subramanian, SV, Daniel Kim og Ichiro Kawachi, (2002). "Social Trust and Self-Rated Health in US Communities: a Multilevel Analysis". *Journal of Urban Health*, 2002, 79 (suppl. 1), S21-S34.
- Subramanian, SV, Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy, (2001). "Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US". *Social Science and Medicine*, 53, (2001), 9-19.
- Veenstra, Gerry, (2005). "Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada". *Social Science og Medicine*, 60, (2005): 2059–2071.
- Wilkinson, Richard G., (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge
- Wilkinson, Richard G., (2000). "A reply to Lynch et al.". *J Epidemiol Community Health* 54 , (2000): 411–413

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.