

# Sosial kapital

## Teorier og perspektiver

*- en kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse*



IS-1797

 HelseDirektoratet



Hefkets tittel: Sosial kapital - teorier og perspektiver

Utgitt: 04/2010

Bestillingsnummer: IS-1797

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontaktpersoner:

Tone P. Torgersen: [TonePoulsson.Torgersen@helsedir.no](mailto:TonePoulsson.Torgersen@helsedir.no)

Øyvind Giæver: [Oyvind.Giaever@helsedir.no](mailto:Oyvind.Giaever@helsedir.no)

Janne Strandrud: [Janne.Strandrud@helsedir.no](mailto:Janne.Strandrud@helsedir.no)

Stig Erik Sørheim: [StigErik.Sorheim@helsedir.no](mailto:StigErik.Sorheim@helsedir.no)

Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Telefon: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet v/Trykksaksekspedisjonen

E-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)

Faks: 24 16 33 69

Telefon: 24 16 33 68

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1797

Design: Gjerholm Design AS

Trykk: Aktiv Trykk AS

# Sosial kapital

Teorier og perspektiver

– en kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse

## Forord fra Helsedirektoratet

av Bjørn-Inge Larsen

Begrepet sosial kapital er blitt kalt en av de mest vellykkete eksportartikler fra sosiologien til folkehelsefeltet.

Og det er ikke så vanskelig å se begrepets intuitive attraksjon: At sosiale relasjoner utgjør ressurser som kan omsettes i andre verdier, blant annet helse, er godt dokumentert. Kanskje har du en venn du kan prate med slik at det som kunne blitt en psykisk lidelse forblir et hverdagsproblem du håndterer selv. Kanskje treffer du noen på møte i Velforeningen som kan skaffe deg en jobb. Kanskje bor du i et trygt nabolag der du ikke trenger å være engstelig for å bli ranet på vei hjem fra jobb. Eller kanskje ikke. Forskjellen er vesentlig.

Men begrepet sosiale kapital har fått et innhold som går ut over hva den enkeltes sosiale relasjoner betyr gjennom livsløpet. Blant forskere har "sosial kapital"-begrepet gjennom de siste tiårene blitt brukt på mange forskjellige måter og, ikke minst, blitt målt på ulikt vis. Noen har sett på sosial kapital som tillit til omgivelsene; andre som medlemskap i organisasjoner; atter andre som nettverk og sosial støtte. Det finnes ingen bred, felles forståelse av begrepet og ingen standardisert måte å måle det på.

Et annet spørsmål er hvordan sosial kapital eventuelt påvirker helse. Også her har meningene vært delte. En av begrepets moderne forkjempere, Robert Putnam, tok opprinnelig avstand fra å forklare helseforskjeller ved hjelp av forskjeller i sosial kapital. Senere har han hevdet at helse kanskje er den viktigste konsekvensen av sosial kapital.

Det pågår en livlig debatt mellom forskermiljøer om hvilken betydning ulike former for sosial kapital har for folkehelsen. Helsedirektoratet har med denne rapporten ønsket å framskaffe en oversikt over sosial kapital-begrepet og en kunnskapsoversikt over sammenhengen mellom sosial kapital og helse. Forfatteren, Erik R. Sund, viser at det finnes en rekke til dels svært forskjellige varianter av begrepet, med varierende betydning for helse. Mens helseeffekten av enkelte typer sosial kapital – særlig knyttet til såkalt individuell sosial kapital – er hevet over tvil, er studiene av helseeffekten av andre typer sosial kapital – særlig

betraktet som en egenskap ved samfunnet, utover summen av dets individer – mer sprikende. I og for seg er dette kanskje ikke så overraskende, gitt mangfoldet av variasjoner over sosial kapital-begrepet.

For leseren av denne rapporten er det like fullt viktig å være klar over hva denne konklusjonen innebærer. Når forskningen ikke finner noen entydig helseeffekt av sosial kapital på samfunnsnivå, er det snakk om effekter utover og i tillegg til de individuelle effektene, som ofte er godt dokumentert. En statistisk-metodologisk nyvinning, såkalte fler-nivå-analyser, gjør det mulig å studere effekter av en gitt faktor, for eksempel utdanningslengde, på samfunnsnivå, etter at det er tatt hensyn til effektene av den samme faktoren på individnivå. At effekten av sosial kapital på samfunnsnivå er svakt dokumentert, betyr derfor ikke at sosial kapital på individnivå ikke har betydning – kanskje snarere tvert imot. Sterke individuelle effekter bidrar til å "uttømme" effektene på samfunnsnivå.

Hvilke konklusjoner kan den som stiller med praktiske tiltak og politikk, trekke ut av dette? Det viktigste er kanskje det vi ikke kan konkludere med. Rapporten støtter ikke den konklusjon at vi kan slutte å bygge samfunn som legger til rette for aktiv deltakelse. Samfunn som legger til rette for deltakelse vil nettopp bidra til å øke den individuelle sosiale kapital, og dette vil i sin tur bidra til bedre helse. Samtidig skal vi ikke si oss tilfreds med at samfunnet tilbyr muligheten for gode og sunne liv, dersom ikke også tilbudet når fram til de fleste. Konklusjonene forfatteren trekker i denne rapporten er at det ikke er noen automatikk i at alle i et samfunn får bedre helse selv om noen får det, slik enkelte forskere på sosial kapital har hevdet.

Helsedirektoratet takker med dette Erik R. Sund for hans arbeid med rapporten, samtidig som vi understreker at innholdet står for forfatterens regning.



Bjørn-Inge Larsen, Helsedirektør

## Forfatterens forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra helsedirektoratet og har pågått i tre måneder våren 2009. Rapporten er tredelt:

Den første delen gir en generell beskrivelse av sosial kapital-begrepet, den andre delen kobler begrepet til folkehelse, mens den tredje er en kunnskapsoversikt over studier som har sett på sammenhengen mellom sosial kapital og helse. Sosial kapital-begrepet er ikke helt enkelt å beskrive, ubestridte sannheter eksisterer ikke, og noen vil kanskje være uenige i deler av det som er skrevet både i den første og den andre delen. Den tredje delen kan derimot gjennomgås og etterprøves.

Rapporten er tidligere blitt forelagt helsedirektoratets ekspertgruppe på sosiale helseulikheter. Jeg ønsker å takke medlemmene i ekspertgruppen for kommentarer på et tidligere utkast og spesielt leder for ekspertgruppen, Steinar Westin, for hjelp i alle faser av arbeidet. Tone Poulsson Torgersen, Janne Strandrud og Øyvind Giæver har vært kontaktpersoner i Helsedirektoratet og kommet med innspill og forslag. Takk for oppdraget og all hjelp underveis.

Det innholdsmessige i denne rapporten, i form av fremstillinger, fortolkninger og konklusjoner, samt eventuelle feil eller mangler, er ene og alene mitt eget ansvar.

Trondheim, 9. november 2009  
Erik R. Sund

## Innhold

Sammendrag .....	6
<b>1. Innledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Teorier om sosial kapital.....	10
1.2 Perspektiver på sosial kapital .....	14
1.3 Typer sosial kapital .....	17
1.4 Kilder til sosial kapital .....	18
1.5 Effekter av sosial kapital .....	21
1.6 Allmenn kritikk av begrepet .....	22
1.7 Gammelt begrep i ny innpakning? .....	26
<b>2. Sosial kapital og folkehelse .....</b>	<b>27</b>
2.1 Bakgrunn .....	27
2.2 Kontekstuelle helsedeterminanter .....	31
2.3 Mekanismene mellom den sosiale kapitalen og helsen .....	33
2.4 Kritikk av sosial kapital-begrepet i folkehelsesammenheng .....	35
2.5 Problematiske aspekter ved sosial kapital-diskursen i folkehelsesammenheng .....	38
<b>3. Review på mesonivå .....</b>	<b>41</b>
3.1 Sosial kapital i boområder eller andre geografiske enheter .....	42
3.2 Sosial kapital på arbeidsplassen .....	54
<b>4. Review på makronivå .....</b>	<b>58</b>
<b>5. Oppsummert om studier av sosial kapital og helse .....</b>	<b>66</b>
<b>6. Avsluttende kommentarer .....</b>	<b>68</b>
Referanser .....	73

## Sammendrag

Sosial kapital er et begrep som for tiden får mye oppmerksomhet innenfor forskning og i det politiske liv. Kjernen i begrepet er at sosiale relasjoner inneholder ressurser. Disse ressursene hevdes å ha betydning for helsen og helsetilstanden til både individer, lokalsamfunn og storsamfunn. Hensikten med denne rapporten er i første rekke å foreta en kritisk gjennomgang av deler av litteraturen som har sett på sammenhengen mellom den sosiale kapitalen og helsen.

Innledningsvis beskrives ulike teorier og perspektiver om hvordan begrepet forstås og benyttes innenfor samfunnsvitenskapene. Selv om de ulike teoretiske bidragsyterne legger til grunn noe av det samme innholdet i begrepet, er det samtidig stor forskjell i forståelsen av hvordan den sosiale kapitalen oppstår og nedbrytes og om disse sosiale forbindelsene er av typen universelle goder eller av ekskluderende karakter.

Innenfor folkehelse og helseulikhetsforskningen er det perspektivet til den amerikanske statsviteren Robert Putnam som har fått størst gjennomslag. Dette Putnam-perspektivet diskuteres sammen med to andre og mer etablerte perspektiver innenfor helseområdet: den såkalte inntektsulikhetshypotesen og det neomaterielle perspektivet. Fellesnevneren for tilnærmingene på folkehelseområdet er at man betrakter sosial kapital som et kontekstuel fenomen, altså en karakteristikk ved lokalsamfunn eller land/nasjoner.

En gjennomgang av tjue nordiske studier som har sett på sammenhengen mellom sosial kapital i lokalsamfunn og ulike helseforhold er ikke entydig. Åtte av studiene fant en sammenheng, syv rapporterer om inkonsistente sammenhenger, mens fem av studiene ikke fant noen

sammenheng. Det ble identifisert ytterligere fire studier som så på betydningen av sosial kapital på arbeidssstedet og ulike helseforhold, av disse så viste to av studiene en sammenheng mens to gir betinget støtte.

En gjennomgang av tolv studier utført med land som kontekstuell enhet viser at heller ikke på dette nivået er det entydige sammenhenger mellom sosial kapital og helse. Av syv økologiske studier gir én støtte, tre gir betinget støtte mens tre ikke fant en sammenheng. Videre gir én av fem flernivåanalyser støtte, én gir betinget støtte mens de tre resterende ikke fant en sammenheng.

Avslutningsvis gis en kortfattet oppsummering av resultatene. Det antydes her at man kanskje bør dempe entusiasmen noe i forhold til begrepets betydning for helse og helsetilstand. Det er trolig mange gode grunner til å vie sosial kapital-begrepet oppmerksomhet innenfor andre samfunnsområder også i tiden fremover. Men at sosial kapital, forstått som et kontekstuel fenomen, har stor betydning for helsetilstanden mellom områder innen land, eller mellom land, er enn så lenge diskutabelt.

## 1. Innledning

”Det er ikke hva du vet, men *hvem* du kjenner” (Woolcock, 2001 s.11). Dette sitatet uttrykker selve kjernen i sosial kapital-begrepet. Det henspiller på at det ikke bare er hva du råder over i form av økonomiske og menneskelige ressurser som har betydning for ditt velvære, men også *hvilke sosiale relasjoner* du inngår i. Fellesnevneren i sosial kapital-begrepet er at også sosiale relasjoner inneholder *ressurser*. Disse ressursene tilfaller både enkeltindividet, nettverk, lokalsamfunn og storsamfunn.

Det er særlig ressursene som befinner seg på gruppenivå som er interessante. Sosiale relasjoner i et nabolag, på en arbeidsplass eller i det norske samfunn er noe som individet er en del av og som kan utgjøre viktige kvaliteter. Disse relasjonene kan være vanskelige å få et godt grep om, eller en presis forståelse av, men de kan arte seg som *tillitsnivå, normer for atferd, engasjement for fellesskapet og solidaritet*. Relasjonene mellom individer gir noen kvaliteter på gruppenivå som er *mer enn* summen av de individuelle kjennetegn ved de som utgjør gruppen. Den sosiale kapitalen på gruppenivå har altså noen tilleggs-effekter som gjør samfunnet mer robust og funksjonsdyktig.

Det er i dag stor vitenskapelig interesse for begrepet sosial kapital. I forskningslitteraturen finner vi at den sosiale kapitalen hevdes å ha en positiv effekt i forhold til demokratiutvikling, kriminalitet og økonomisk utvikling. Det har også fått stor oppmerksomhet innefor området helse, velvære og livskvalitet. Begrepet har fått bred politisk oppmerksomhet, det er omdiskutert, og behovet for en kunnskapsoversikt i forhold til helse er absolutt til stede.

Formålet er i det følgende å gi en beskrivelse av det teoretiske grunnlaget samt å redegjøre for noe av kritikken mot begrepet. Deretter kobles dette opp mot begrepets anvendelse og forståelse innenfor folkehelseområdet. Resultatene fra en litteraturgjennomgang av studier som har sett på sammenhenger mellom sosial kapital og helse presenteres og drøftes og til slutt diskuteres begrepets mulige anvendelser og begrensninger i forebyggende helsearbeide og politikktutforming.

## 1.1 Teorier om sosial kapital

Pierre Bourdieu var en av de første samfunnsforskere i moderne tid som benyttet sosial kapital-begrepet. Han var spesielt opptatt av å studere hvordan sosiale ulikheter hele tiden blir reproduert, og en forståelse av hans sosial kapital-begrep er nærmest meningsløst uten samtidig å omtale andre kapitalformer. I sin mye siterte "The forms of capital" innleder Bourdieu med å si at den sosiale verden må forstås som akkumulert historie og at denne ikke kan forstås uten kapital-begrepet (Bourdieu, 1986). Kapital, i vid betydning, er både en kraft og et prinsipp som styrer regularitetene i det sosiale livet – til forskjell fra et spill basert på tilfeldigheter. I følge Bourdieu kan kapital anta tre former; økonomisk, kulturell og sosial kapital, som alle kan omsettes i makt på ulike arenaer. Kulturell kapital, individets ressurser i form av språk, atferd, kunnskap og sosiokulturelle ferdigheter, kan omsettes i økonomisk kapital. Likeledes kan den sosiale kapitalen omsettes til økonomisk kapital. Den økonomiske kapitalen er imidlertid den sentrale kapital-formen, og de to andre kapitalformene tjener som hjelpemidler for å akkumulere økonomisk kapital. Hovedpoenget er at for å reprodusere (overføre) sin families økonomiske kapital (og posisjon i det sosiale landskapet) mellom generasjoner vil aktørene kunne benytte de to andre kapitalformene. I følge Bourdieu kan

den økonomiske kapitalen konverteres til kulturell og sosial kapital mellom generasjoner og siden konverteres tilbake igjen til økonomisk kapital i neste slektsledd. På denne måten opprettholdes de sosiale lagdelingsmønstrene samtidig som reproduksjonen og videreførselen av makt og økonomisk kapital mellom generasjoner blir tildekket eller skjult.

Bourdieu definerer sosial kapital som: "...the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession 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..." (Bourdieu, 1986 s 51). Hvor mye sosial kapital som individet har tilgang til avhenger både av størrelsen på nettverket og volumet av ressurser som deltakerne i nettverket råder over. De sosiale relasjonene i nettverket er resultatet av investeringsstrategier som både etablerer og reproducerer sosiale forbindelser som kan brukes på kort og lang sikt. Reproduksjonen av sosial kapital i et nettverk er en kontinuerlig prosess og fordrer at deltakerne bruker både tid og energi samt kulturell og økonomisk kapital. Sosial kapital hos Bourdieu blir derfor noe som i hvert fall delvis forbeholdes samfunnseliten.

Mange har tolket Bourdieu dit hen at han betrakter den sosiale kapitalen som en ressurs utelukkende tilknyttet enkeltindividet. I følge Bø & Schiefloe (2007) beskriver Bourdieu også den sosiale kapitalens gruppekvaliteter – han kan derfor forstås som en talsmann for at sosial kapital befinner seg på gruppenivå. I en fotnote skriver da også Bourdieu at kapitalens sosiale effekter, eller evne til å styre regulariteten i samfunnslivet, ikke kan reduseres til et sett av egen-skaper tilknyttet individet, altså kan sosial kapital også tolkes og forstås som en gruppenivå-, eller systemegenskap (Bourdieu, 1986 s 56).



Sosiologen James Coleman er mer tydelig vedrørende hvor den sosiale kapitalen befinner seg: "*social capital inheres in the structure of relations between actors and among actors*" (Coleman, 1988 s 98). Den sosiale kapitalen er altså en ressurs innvevd i relasjonene mellom aktørene. I utgangspunktet anvendte Coleman sosial kapital-begrepet for å studere dens effekt i dannelsen av humankapital (et begrep som Bourdieu ikke brukte), mer spesifikt betydningen i forhold til skoleprestasjoner. Coleman anså at relasjonene mellom individene i enkelte lokalsamfunn, for eksempel rådende sosiale normer, delvis kunne oppveie for enkeltindividets ugunstige sosiale bakgrunn og siden påvirke skoleresultatene til enkeltindividet i fordelaktig retning.

Sosial kapital defineres av Coleman på bakgrunn av dens *funksjon*: "*It is not a single entity, but a variety of entities, with two elements in common: they all consist of some aspect of social structure, and they facilitate certain actions of actors – whether persons or corporate actors – within the structure*" (Coleman, 1988 s 98). Ulike typer sosial kapital på flere analytiske nivåer blir deretter identifisert som ressurser som springer ut av de sosiale relasjonene: forpliktelser og forventninger mellom aktørene, informasjonsutveksling, normer og sanksjoner på brudd av disse. Disse ressursene er produktive, og gjør i sin tur at det er enklere for individer, grupper eller organisasjoner å utøve målrettede handlinger (Bø & Schiefloe 2007). Et viktig poeng hos Coleman er at man ved hjelp av sosial kapital-begrepet også kan se sammenhenger mellom individers rasjonelle handlinger og deltakelsen i større sosiale strukturer (Bø & Schiefloe 2007).

Bourdieu og Coleman har egentlig to vidt forskjellige hensikter med sine respektive sosial kapital-begreper. Satt på spissen så bruker Bourdieu begrepet for å avdekke samfunnsstrukturer som skaper klassesdelte samfunn og sosial ulikhet mens Coleman ser bort fra, eller forsøker å tilsløre disse sosiale ulikhetene. Dette kan avleses i hvordan de to oppfatter at den sosiale kapitalen er tilgjengelig.

Coleman betoner at sosial kapital er et fellesgode, mens Bourdieu ser den sosiale kapitalen som en ressurs som tilfaller medlemmene i et nettverk og ekskluderer de som står utenfor nettverket. Fellesnevneren for de to er imidlertid at nettverk, plikter og relasjoner som gir tilgang til ressurser utgjør fundamentet i den sosiale kapitalen (Hjellbrekke, 2000).

Flere andre teoretiske bidrag eksisterer, men det er arbeidene til den Coleman-inspirerte amerikanske statsviteren Robert Putnam som oftest trekkes frem og benyttes som teoretisk rammeverk i studier av sosial kapital. I sin første bok, "*Making democracy work*", beskriver han effektene etter innføringen av en desentraliseringsreform i Italia (Putnam et al., 1993). Putnam og medarbeidere undersøkte hva som hendte med denne reformen, og hvorfor den var mer vellykket i noen regioner enn i andre. De fant at lokaldemokratiet fungerte ulikt. I noen regioner var den demokratiske prosessen mye bedre enn i andre, og årsakene var i følge forfatterne å finne i sivilsamfunnet. Der menneskene engasjerte seg aktivt i ulike lag og foreninger fungerte lokaldemokratiet bedre, disse regionene hadde i følge Putnam en større beholdning av sosial kapital. Sosialiseringprosessen i sivilsamfunnet hadde gunstig effekt på lokaldemokratiet, var konklusjonen.

Putnam har senere tatt med seg dette tankegodset til en nordamerikansk kontekst. I en kjent artikkel, "*Bowling alone*" (Putnam, 1995), og i en senere bok ved samme navn (Putnam, 2000), studerer han langtids-trender i den sosiale kapitalen i USA. Forfallstendensene er i følge Putnam tydelige: valgdeltakelsen har sunket, deltakelsen i sivilsamfunnet går nedover, menneskene engasjerer seg mindre i religiøs virksomhet, samholdet på arbeidsplassene er dårligere, uformelt sosialt liv avtar og vennebesøk er sjeldnere. I tillegg har den mellommenneskelige tilliten sunket. Igjen peker Putnam på sivilsamfunnet som en viktig forklaring på de sosiale endringene han observerer.

Via deltakelse i organisasjoner og grupper utvikles gjensidige normer som binder mennesker sammen og siden skaper mellommenneskelig tillit. Den sosiale kapitalen blir hos Putnam selve fundamentet for et velfungerende samfunn fordi det får mennesker til å samarbeide for kollektivets beste. Atferd på individnivå avspeiles på makronivået (Bø & Schiefloe 2007) og den sosiale kapitalen som skapes i mellommenneskelige relasjoner blir et produktivt element på samfunnsnivå. Sosial kapital defineres av Putnam på følgende måte: "...features of social organization, such as trust, norms, and networks, that can improve the efficiency of society by facilitating coordinated actions" (Putnam et al., 1993). Den sosiale kapitalen forstås følgelig som en systemkarakteristikk.

Det eksisterer altså mange teoretiske bidrag men noen konsensus-definisjon finnes ikke. Bø & Schiefloe gir to enkle definisjoner på respektive individ- og systemnivå: "sosial kapital er ressurser som er tilgjengelige for aktører gjennom deltakelse i sosiale nettverk". På systemnivå er sosial kapital de "relasjonelt forankrede ressursene som har betydning for et systems kvalitet og funksjonsevne" (Bø & Schiefloe 2007 s162).

## 1.2 Perspektiver på sosial kapital

### 1.1.1 Sivilsamfunnsperspektivet

I følge sivilsamfunnsperspektivet som særlig Putnam er en talsmann for, er dannelsen av sosial kapital et resultat av den sosialiseringen som foregår i foreninger og lag. Han er sterkt inspirert av Franskmannen Alexis de Toqueville's entusiastiske beskrivelse av foreningslivet i nordamerikanske lokalsamfunn på 1800-tallet. Ved at mennesker organiserer seg så skapes, utvikles og vedlikeholdes tillit og gjensidighet.

I tillegg oppstår interesse for, og kunnskap om, offentlige anliggender. Organisasjonene forstås altså som lærings- og sosialiseringsarenaer. Selv om Putnam i prinsippet inkluderer alle typer organisasjoner som sosial kapital-dannende er det spesielt de lokale, upolitiske og horisontale nettverkene som er viktige. Kvalitetene på samfunnsnivå oppstår altså som en nedefra-og-opp-prosess.

### 1.1.2 Nettverksperspektivet

Nettverksperspektivet karakteriseres særlig av to forhold. For det første kan sosial kapital ha både negative og positive konsekvenser. Dernest betones det at man er nødt til å skille kildene til sosial kapital fra dens effekter. Særlig har sosiologen Alejandro Portes vært tydelig på dette i forhold til Coleman og Putnam's sivilsamfunnsperspektiv (Portes 1998). Nettverksperspektivet vektlegger både vertikale og horisontale relasjoner innenfor et nettverk og på tvers av forskjellige nettverk. Hensikten med dette er å fremheve de positive så vel som de negative konsekvensene av sosial kapital-relasjoner. Mens både Coleman og Putnam fremhever de positive virkningene av sosial kapital, og i (for) liten grad anerkjenner de negative konsekvenser, er det nettopp spenningsforholdet mellom disse to som er viktige i nettverksperspektivet. Det hevdes at forskjellige kombinasjoner av den sosiale kapitalen som eksisterer innen et nettverk og den sosiale kapitalen mellom nettverk kan medføre ulike resultater (Woolcock 2001).

### 1.1.3. Det institusjonelle perspektivet – makroperspektivet

Dette perspektivet er i motsetning til sivilsamfunnsperspektivet et ovenfra-og-ned-perspektiv. Hovedargumentet er at et vitalt og levende sivilsamfunn er en konsekvens av offentlig politikk og politiske institusjoner. Sivilsamfunnsperspektivet og nettverksperspektivet betrakter egentlig sosial kapital som en uavhengig variabel, altså et fenomen som får konsekvenser for demokratiet. I makroperspektivet snus

dette på hodet, her betraktes sosial kapital som en avhengig variabel, altså som en konsekvens av politiske og institusjonelle ordninger i samfunnet.

#### **1.1.4 Synergiperspektivet**

Synergiperspektivet er et forsøk på å forene nettverksperspektivet og det institusjonelle perspektivet, og er i første rekke fremsatt i forbindelse med utvikling i den tredje verden. Tanken er at allianser mellom stat og sivilsamfunn skaper utvikling. Kollektive mål skapes ikke kun av den ene av partene, det behøves samarbeide. Et viktig første skritt for å skape utvikling i henhold til dette perspektivet blir derfor å identifisere hvilke forbindelser som eksisterer mellom stat og sivilsamfunn for deretter å finne strategier for å videreutvikle disse. Hovedutfordringen er å endre situasjonen fra en tilstand der et samfunns sosiale kapital virker som et substitutt for svake formelle institusjoner til en tilstand der stat og sivilsamfunn virker sammen.

#### **1.1.5 Sammenfattende om perspektivene**

Det er særlig tre viktige forskjeller mellom disse perspektivene. Den ene forskjellen er analyseenhet – sivilsamfunnsperspektivet dreier seg overveiende om lokalsamfunnsstrukturer, nettverksperspektivet om individer og grupper, mens det institusjonelle perspektivet har oppmerksomheten mot makronivået. Den andre er hvorvidt sosial kapital utgjør den uavhengige, den avhengige eller en mellomliggende variabel. Til slutt atskiller de seg ut i fra hvilken vekt de tillegger teorier om velferdsregimer. Gitt at disse fire perspektivene er så vidt forskjellige, er det kanskje ikke overraskende at debatten rundt begrepet sosial kapital delvis er av normativ art.

## **1.3 Typer sosial kapital**

Sosial kapital er et flerdimensjonalt begrep, det eksisterer mange typer og disse kan ha nokså forskjellig betydning. Putnam (2000) trekker opp et viktig skille mellom *sammenbindende* (eng: bonding) og *overbyggende* (eng: bridging) sosial kapital. Den første typen henspiller på nettverk som består av sterke bånd innad i en gruppe og som skaper gjensidighet og solidaritet mellom medlemmene. Disse introverte nettverkene virker identitetsforsterkende og er lite åpne. For eksempel kan familier eller nettverk av nære venner være av denne typen og ofte vil medlemmene i nettverket være sosiodemografisk homogene. Denne typen sosial kapital gir i følge Putnam sosial støtte til medlemmene – og er viktig i betydningen ”å klare seg i hverdagen” (eng: ”getting by”). Bourdieu, som ikke skjeler mellom ulike typer sosial kapital, beskriver i realiteten den sammenbindende sosiale kapitalen som hos ham er korrelert med andre kapitalformer (kulturell og økonomisk) (Bourdieu, 1986).

Den overbyggende sosiale kapitalen preges i følge Putnam av utadvendte nettverk, men med svakere strukturer. Dette er de nettverkene, ofte benevnt de ”brobyggende” sosiale relasjonene, som går på tvers av sosiodemografiske skillelinjer. Ressursene i denne typen nettverk består både av informasjonsutveksling, sosial kontakt og samhandling – og skaper tillit mellom ulike grupperinger. Det er denne sosial kapitalformen som er spesielt viktig for ”å komme seg frem i livet” (eng: ”getting ahead”) hevder Putnam og viser til Granovetter’s ”Strength of weak ties” (1973). Granovetter hevder i denne artikkelen at det er de svake forbindelsene, de perifere bekjente, som har størst betydning for arbeidssøkende når de prøver å komme seg inn i arbeidslivet.

Hovedpoenget til Putnam er imidlertid at den brobyggende sosiale kapitalen avspeiles på samfunnsnivå i form av generalisert gjensidighet. Med dette sikter han til en gjensidighet der samfunnsborgerne gir ytelser til hverandre uten å holde strikt kontroll med gjenytelser. Dette gjør samfunnet mer robust og funksjonsdyktig (Putnam 2000).

En tredje type sosial kapital, *nivålenkende* sosial kapital (eng: linking) er også blitt forslått (Szreter, 2002; Szreter & Woolcock, 2004; Woolcock, 2001). Hensikten med å skille ut denne tredje typen sosial kapital er at enkelte relasjoner har et tydelig maktspekt. Slike vertikale forbindelser eksisterer mellom enkeltindividet og samfunnets formelle institusjoner så som til de utøvende deler av rettsvesenet, helsetjenesten og forvalterne av ulike velferdsordninger. Nivålenkende sosial kapital er en videreutvikling og presisering av noen av de relasjonene som ellers ville blitt benevnt overbyggende sosial kapital som egentlig er en metafor for horisontale forbindelser. Nivålenkende sosial kapital er følgelig normer og tillit i vertikale sosiale forbindelser, og begrunnelsen for innføringen av denne typen sosial kapital er at sivilsamfunns-perspektivet overser de sosiale forbindelser som eksisterer mellom individ og stat (Oorschot et al., 2006).

#### 1.4 Kilder til sosial kapital

Spørsmålet om hva som skaper sosial kapital og hva som er effektene er noe av det mest problematiske ved dette begrepet. Her må man i følge Portes (1998) gjøre en distinksjon mellom det som motiverer mottakeren og giveren i bytte og formidling av sosial kapital. Mottakerens motivasjon er grei å forstå, det er tilgangen til ressurser. Litt vanskeligere er det å skjønne hva som er giverens beveggrunner.

Bourdieu hevder at forekomsten av sosiale nettverk og sosial kapital er resultatet av bevisste og ubevisste investeringsstrategier. Hensikten er å skaffe tilgang til sosiale relasjoner som kan benyttes på kort eller lang sikt. Den samlede beholdningen av kapital skaper i sin tur gjensidighet og gjenkjennelse i et nettverk. I sin bok "Distinksjonen" skildrer Bourdieu hvordan kapitalen påvirker livsbetingelsene til de ulike samfunnsklassene (Bourdieu 1995). Forskjellene i livsbetingelser mellom samfunnsklassene som har mye eller lite økonomisk og kulturell kapital er store. Gruppene som er forsynte med mye av disse kapitalformene kan opprettholde et forbruksmønster som passer den borgerlige livsstilen og dette sikrer i sin tur en stor tilgang på sosial kapital. Har man mye kulturell og økonomisk kapital introduseres man lettere for andre med mye av disse kapitalformene, og fra dette nettverket kan man siden hente støtte og ikke minst respekt og anseelse. Siden man fødes inn i en bestemt samfunnsklasse hevder Bourdieu at man har ulik økonomisk og kulturell startkapital avhengig av klasses tilhørighet. Dette innebærer at også den sosiale kapitalen på mange måter er forutbestemt.

Økonomen Loury deler denne oppfatningen av sosial kapital som delvis forutbestemt og på mange måter en del av den sosiale arven (Loury 1998, 2000). Han hevder at et voksent menneske er produktet av sitt tidligere livsløp. Livsløpet er de påvirkninger utdanning, foreldrestøtte, ernæring og sosialisering utgjør. Selv om noen av disse kan kjøpes, er flere av disse faktorene kun tilgjengelige som biprodukter av sosiale forbindelser, for eksempel støtte fra familien. Mangel på familiestøtte utgjør derfor en stor hemsko for et barns senere livsbetingelser, hevder Loury. En faktor som kan motvirke manglende familiestøtte er å tilhøre en vennekrets hvor verdier og normer er sammenfallende og hvor enkeltindividet kan utvikle seg. Barn står ikke alltid fritt i sine valg av venner og sosiale forbindelser, de vil også påvirkes av bosted, samfunnsklasse og foreldrenes verdier

og vurderinger. Den sosiale kapitalen som vokser er derfor på samme måte som hos Bourdieu ingen ressurs som oppstår tilfeldig, den ligger fastlagt i de sosiale nettverk og den sosiale sammenhengen som man fødes inn i.

Coleman hevder at alle sosiale strukturer fremmer sosial kapital men at enkelte strukturer er mer viktige enn andre. Her sikter Coleman til betydningen av graden av tilslutning eller "lukkethet" (eng: closure) innen strukturen (Coleman, 1988). Lukkede strukturer er mer effektive for å opprettholde normer fordi i et åpent system blir det vanskelig å utøve sanksjoner og å skape pålitelighet. Hjellbrekke finner imidlertid at Colemans drøfting av den sosiale kapitalens kilder er lite overbevisende (Hjellbrekke, 2000). For det første fordi det er vanskelig å identifisere hva som er og ikke er sosial kapital-relasjoner. Dernest er prosessene som omdanner sosiale forbindelser til sosial kapital utilfredsstillende drøftet.

Putnam går i liten grad i dybden rundt problemstillingen om den sosiale kapitalens kilder. Han hevder at sosial kapital kjennetegnes av "gode og onde sirkler". De som har mye sosial kapital vil akkumulere mere, og motsatt vil de som har lite utarmes. Den sosiale kapitalen, til forskjell fra andre kapitalformer, øker dersom den anvendes, hevder han. Putnam har en diskusjon rundt spørsmålet om hvorfor mennesker ikke samarbeider for felles nytte over alt, og han henviser til ulike spillteorier som forklaringer på manglende samarbeide. Det er i følge Putnam slik, at i situasjoner hvor en gruppe vil tjene på å samarbeide, så er det mangelen på gjensidig troverdighet som gjør at hver enkelt heller handler med tanke på egen vinning. For å overvinne dette uten å ta i bruk tvang må man i følge Putnam repetere den kollektive handlingen samt sanksjonere avvik. Dernest må det foreligge en institusjonell mekanisme som kan påse at alle handler til beste for kollektivet – sosiale normer og nettverk som skaper disse normene utgjør i følge Putnam en slik mekanisme.

For forfatterne som anlegger et institusjonelt perspektiv på den sosiale kapitalen er dens kilder, som tidligere nevnt, å finne i samfunnsinstitusjonene. Den svenske statsviteren Rothstein argumenterer for at sosial tillit, det vil si tilliten til fremmede mennesker, er utkommet av både *økonomisk likhet* og prinsippet om *like muligheter* (Rothstein & Uslaner, 2005). Rothstein trekker særlig frem den skandinaviske velferdsmodellen, som med sitt innslag av universelle velferdsordninger og omfattende omfordeling av økonomiske ressurser har vist seg å gi nettopp disse landene det høyeste nivået av sosial tillit (Kumlin & Rothstein, 2005; Rothstein, 2001; Rothstein & Stolle, 2003). Rothstein hevder at selve utgangspunktet i en årsaksrekke er økonomisk likhet og hederlighet innenfor det politiske maktapparatet (Rothstein & Uslaner, 2005). Med disse premisene på plass vil den sosiale tilliten og de universelle velferdsordningene komme som en konsekvens, og siden få en tilbakevirkende kraft slik at det oppstår noe han kaller "gode spiraler". Motsatsen til dette vil være samfunn som har stor materiell ulikhet, liten sosial tillit, dysfunksjonelle samfunnsinstitusjoner (inkludert korrupsjon og nepotisme) og behovsprøvde trygdeordninger. Rothstein hevder at slike samfunn kjennetegnes av "onde spiraler", og han er pessimistisk med tanke på at slike samfunn kan oppnå større materiell egalitet og gode sosiale systemer – de er fanget i det han kaller en "sosial felle". Lite egalitære samfunn vil få liten oppslutning om både omfordeling og universelle velferdsprogrammer, og dette svekker både den sosiale tilliten og tilliten til myndighetene.

## 1.5 Effekter av sosial kapital

Putnam skriver en hel del om de positive effektene av sosial kapital og han redegjør i tur og orden for hvordan sosial kapital gjør mennesker både klokere, friskere, tryggere, rikere og i bedre stand til å organisere

stabile demokratier. Det er lite tvil om at enkeltindividets sosiale kapital kan ha stor betydning på flere arenaer gjennom hele livsløpet – helt fra ressursene som tilfaller barnet under dets tidlige kognitive og sosiale utvikling, via utdanningssystemet i form av sosial tilhørighet og deltakelse, til inklusjon og senere deltakelse i arbeidslivet og trolig også i alderdommen.

Dersom effektene av sosial kapital avgrenses til den kontekstuelle forståelsen av begrepet, er det også andre effekter som er satt frem. Innenfor kriminologi og sosiologi viser forskning at sosial kapital og kriminalitet er assosiert (Sampson et al., 1997). Her er det særlig sosial kontroll som trekkes frem som en mekanisme. I områder der den sosiale kapitalen er liten er den sosiale kontrollen svak og kriminaliteten høyere. Begrepets betydning for demokratiutvikling er allerede nevnt. Det er også studier som tyder på at det har stor betydning for regioners og nasjoners økonomiske utvikling fordi samfunn preget av tillit vil få lavere transaksjonskostnader (Hernes, 2007). Mer spesifikt vil kostnadene man pådrar seg for å få i stand avtaler eller utvekslinger i forretningslivet være lavere der den sosiale kapitalen er høy. Dette kan utgjøre et betydelig økonomisk fortrinn for nasjoner og regioner innen nasjoner.

## 1.6 Allmenn kritikk av begrepet

Sosial kapital-begrepet er altså blitt en populær forklaringsfaktor for en rekke ulike fenomener. Men som med mange nye begreper er det blitt møtt med alt fra entusiasme til fordømmelse. At begrepet angivelig har så mange positive effekter og stort nedslagsfelt gjør at mange vil engasjere seg i debatten. Skepsisen mot begrepet får næring fordi "for mange" samfunnsfenomener forsøkes forklart gjennom det – det kan

indikere at det både er løst definert (Smith & Lynch, 2004) og at det kanskje blir lemfeldig operasjonalisert. Noe av kritikken er helt sikkert berettiget, andre deler er svak. Det er særlig Putnam-forståelsen som har møtt motbør.

Flere har satt spørsmålsteget ved selve ideen om at det er deltakelse i organisasjoner som gjør at man utvikler tillit til andre (Stolle, 2001; Wollebæk & Selle, 2005). En like sannsynlig forklaring kan være at tillitsfulle individer er mer tilbøyelige til å melde seg inn i og delta i organisasjonslivet, det er altså ikke nødvendigvis selve deltakelsen som gjør at man utvikler tillit til andre mennesker.

Portes (1998) har også argumentert for at den innebygde sirkelargumentasjonen i Putnam's definisjon er problematisk: Nivået av sosial kapital i et område er avhengig av innbyggernes engasjement. Men på samme tid er engasjementet avhengig av nivået på den sosiale kapitalen. Sosial kapital forklarer omfanget av samfunnsengasjementet samtidig som nivået av sosial kapital blir forklart som produktet av samfunnsengasjementet. Å skille årsak fra virkning blir derfor umulig siden sosial kapital "forklarer" nivået av sosial kapital. Én av grunnene til dette er at "tillit" og "samfunnsengasjement" benyttes for å definere sosial kapital samtidig som de benyttes som sosial kapital-indikatorer i én og samme analyse (Hjellbrekke 2000).

En del av de empiriske arbeidene til Putnam er også imøtegått. I sine studier fra Italia, utlagt i boken "Making democracy work", fant Putnam at de nordlige regionene hadde bedre demokratisk funksjonsevne enn i de sørlige delene og tilla disse forskjellene ulike nivåer av sosial kapital. Det er imidlertid noen historiske forhold som Putnam ikke nevner i denne boken – blant annet at de lokale politiske institusjonene i de nordlige områdene var styrt av sosialist- og kommunistpartier i en lang periode etter den andre verdenskrig (Boggs, 2001).

Putnam's studier fra USA som påviste en nedgang i den sosiale kapitalen ble av forfatteren forklart med urbanisering og forstadsliv, generasjonsforskjeller i kollektiv orientering samt fjernsynets passiviserende rolle. De samme endringsprosessene har berørt de skandinaviske landene uten at man synes å registrere den samme nedgangen her. En annen svakhet ved Putnam's diskusjon av situasjonen i USA er også at han knapt nevner at den samme perioden har vært preget av stadig økende sosiale ulikheter.

Putnam kritiseres også for at han i liten grad har anerkjent negative effekter av sosial kapital. For eksempel kan visse organisasjoner ha hensikter som i liten grad er i tråd med resten av samfunnets overordnede mål. I tillegg kan den såkalt sammenbindende sosiale kapitalen virke ekskluderende for de som står utenfor, og den kan virke sterkt sosialt kontrollerende for de som er innenfor.

Bruken av sosial kapital som metafor nevnes ofte som et ankepunkt av de som er kritiske til begrepet. Å bruke økonomens terminologi for å beskrive kvaliteten på sosiale forbindelser oppfattes av noen som den endelige fallitterklæringen for en økonomisering av den sosiale livsverdenen (Navarro, 2002). Flere stiller spørsmålstegn ved en slik språkbruk for et begrep som er såpass kontroversielt og verdiladet (Pawar, 2006; Smith & Kulynych, 2002). Språk er ikke nøytralt (Navarro, 2002), språk er makt (Westin 2009), og det å beskrive sosiale forbindelser som varer er noe mange av kritikerne har påpekt som uheldig.

Enkelte har også stilt spørsmål om hva som er hensikten med sosial kapital-begrepet. Hjellbrekke (2000) leser en skjult politisk dagsorden i Putnam's arbeider, og hevder at det faglige ståstedet til Putnam også utgjør et politisk ståsted. Flere ser begrepet som forenlig med den reviderte nyliberalismen og såkalte "tredje veien-initiativer" (Muntaner

et al., 2001; Muntaner et al., 2000; Pearce & Davey Smith, 2003). Den tredje veien var, og er, betegnelsen på det britiske labour-partiets strategi for å overta og å beholde hegemoniet som det dominerende partiet etter en lang periode med konservative regjeringer. I korte trekk skal denne politikken møte høyresidens tradisjonelle kritikk ved å vise at man evner å holde orden på økonomien, at rettigheter til fellesgoder også må innebære plikter, at offentlig sektor reformeres og effektiviseres, at det offentlige ikke skal være enerådende som tilbyder av velferdstjenester samt at fellesgodene ikke skapes av staten alene men i fellesskap mellom stat og sivilsamfunn. Det er særlig vedrørende dette siste punktet at sosial kapital-begrepet, slik det er utlagt av Putnam, blir sentralt. Fellesgodene skal i større grad skapes i samarbeid og i partnerskap mellom stat og sivilsamfunn – og de frivillige organisasjonene skal fylle de tomrom som stat og marked ikke kan fylle. Sivilsamfunnet blir i henhold til denne tankeretningen en viktig arena der sosial kapital skapes og vedlikeholdes, som får gunstig effekt for hele samfunnet forøvrig og som vil avlaste de offentlige budsjettene fordi deler av velferdsutviklingen nå skal deles mellom stat og sivilsamfunn. Dette er altså en verdidebatt hvor kritikerne mot sosial kapital-begrepet har en grunnleggende frykt for at begrepets inntog i politikken kan medføre en svekkelse av de offentlige velferdsordningene.

Det skal ikke underslås at siden Putnam publiserte sine tidligste arbeider fra Italia så har han også imøtekommet mye av kritikken og delvis omformulert og utdypet sine synspunkter. Deler av kritikken som er fremkommet over mange år har ikke nødvendigvis like stor relevans i dag. Putnam har blant annet presisert at tillit ikke er en del av definisjonen (Putnam, 2001) – i tillegg har han i noe større grad innlemmet aspekter knyttet til fordeling av makt og ressurser i sine arbeider, samt at organisasjonenes og sivilsamfunnets rolle er noe nedtonet.

## 1.7 Gammelt begrep i ny innpakning?

Sosial kapital-begrepet inneholder og kobler sammen en rekke fenomener som både er kjent fra før og som har vært belyst tidligere. For eksempel begreper som; sosial integrasjon, sivilsamfunn, sosiale nettverk, ressurser, frivillighet, med flere. I innstillingen fra et utvalg oppnevnt av forskningsrådet for å klargjøre sosial kapital-begrepet (Hvinden & Gissing 2005) trekker man frem flere nye og nyttige elementer: *Det nye* er at sosial kapital-tilnærmingen lar oss studere i hvilken grad, og under hvilke vilkår, sosiale forbindelser utgjør viktige ressurser. Dernest retter denne tilnærmingen oppmerksomheten mot de forhold som bidrar til at slike ressurser skapes, vedlikeholdes eller nedbrytes. Endelig kan vi få ny kunnskap om hvilken betydning forskjeller i sosial kapital har for befolkningens velferd.

*Det nyttige* ved sosial kapital-tilnærmingen er at det har et potensial som kunnskapsgrunnlag for politikk, problemløsning og tiltaksutforming. Det kan tjene til å bevisstgjøre politikere om hvilke kvaliteter og kjennetegn ved det norske samfunnet som det er verdt å støtte opp om og ivareta. For eksempel hevdes et samfunn preget av tillit å være tryggere og mer fleksibelt. Sist men ikke minst: man kan få belyst utilsiktede konsekvenser av politiske beslutninger.

## 2. Sosial kapital og folkehelse

### 2.1 Bakgrunn

Sosial kapital-begrepet er en av de mest vellykkede eksportartiklene fra sosiologien til andre samfunnsvitenskaper og til folkehelsediskursen (Portes, 2000). I folkehelsesammenheng er begrepet en relativt ny tilvekst, og det er i prinsippet to inntak til debatten. Det ene kommer fra den nokså omfattende forskningen som har sett på sammenhengen mellom sosiale forbindelser og helse på individnivå – benevnt nettverkstilnærmingen (Berkman & Glass, 2000). Det andre kommer via den etter hvert nokså velkjente inntektsulikhetshypotesen til den britiske forskeren Richard Wilkinson (Wilkinson, 1996).

Studier som har sett på betydningen av sosiale forbindelser og helse på individnivå begynte for alvor å komme på midten av 1970-tallet. En rekke studier viste at fraværet av sosiale kontakter eller nettverk var assosiert med så godt som alle typer dødsårsaker (Berkman & Syme, 1979; Cohen, 1988; House et al., 1988; Kaplan et al., 1988; Orth-Gomer & Johnson, 1987; Welin et al., 1985). Disse tidlige epidemiologiske studiene bygde på antakelsen om at fraværet av *sosial støtte* var den dominerende mekanismen (Berkman et al., 2000), men senere arbeider fra helsepsykologi antydte flere andre atferdsmessige og psykososiale forhold av betydning – så som; *sosial innflytelse, sosialt engasjement og tilknytning samt tilgang til ressurser* (Berkman, 2001). Et betydelig antall studier viser altså at sosiale forbindelser har betydning for helsen til enkeltindividet, direkte så vel som indirekte, og ulike tilnærminger og resultater fra denne forskningen er oppsummert av Berkman og Glass (2000). Det som imidlertid skiller denne nettverkstilnærmingen fra sosial kapital-



tilnærmingen, er i første rekke at de sosiale forbindelsene anses som *kollektive* attributter i den siste (Kawachi & Berkman, 2000).

Det andre inntaket, og trolig det som har hatt størst betydning for interessen for sosial kapital-begrepet, kommer via den såkalte inntektsulikhetshypotesen knyttet til Richard Wilkinson. Han begynte tidlig på 1990-tallet å se på sammenhenger på makronivå mellom inntektsulikheter og helsetilstand i såkalte høyinntektsland, altså i den vestlige verden. Han fant at land med små materielle forskjeller hadde høyere levealder enn land der inntektsulikhetene var større (Wilkinson, 1992). Det var altså ikke landene med det høyeste velferdsnivået som hadde best helsetilstand, men landene med den mest egalitære fordelingen av inntekter. I sin søken etter å forstå disse sammenhengene drøfter Wilkinson gjennom flere bøker mulige forklaringer (Wilkinson, 1996, 2000, 2005; Wilkinson & Pickett, 2009).

For det første, dersom det er slik at velferdsnivået ikke lenger har betydning for helsetilstanden i høyinntektsland, så må disse sammenhengene skyldes andre ikke-materielle faktorer. Wilkinson lanserer følgende forklaring; i land hvor velferden er høy for alle så vil en skjev inntektsfordeling medføre at det er *persepsjonen av ulikhetene* som blir viktig. Det er altså ikke de absolutte materielle forskjellene som er viktigst i høyinntektsland, men den relative distansen mellom "høy" og "lav" i samfunnet. Persepsjonen av ulikheter, en psykososial mekanisme, gjør at enkeltindividet føler ulike grader av vedvarende stress avhengig av hvor man befinner seg i det sosiale landskapet, og dette stresset påvirker organismen direkte. Her finner Wilkinson støtte i de velkjente Whitehall-studiene fra London. Dette er studier av sivilt ansatte i regjeringkvartalene i London, der alle har oppnådd materiell sikkerhet, men der man likevel finner en helsegradient som tilsynelatende ikke kan forklares av andre faktorer knyttet til velferd, livsstil eller biologi. Gitt et visst materielt nivå, så vil

altså psykososiale mekanismer påvirke helsen direkte gjennom dette vedvarende stresset.

Den andre forklaringen Wilkinson setter frem for å forklare sambandet mellom inntektsulikheter og helsetilstand er den mest interessante med tanke på denne kunnskapsoversikten. Wilkinson hevder at samfunn preget av store inntektsulikheter også kjennetegnes av dårligere sosiale forbindelser innbyggerne imellom, for eksempel uttrykt ved lavere nivåer av tillit. Inntektsulikheter påvirker helsen, ikke bare gjennom psykososiale mekanismer, men også gjennom å ødelegge de sosiale forbindelsene. I høyinntektsland med skjevfordelt inntekt vil altså de sosiale forbindelsene og den sosiale kapitalen forvitre. Wilkinson's resonneringer inneholder følgelig to forklaringer; materielle ulikheter svekker helsetilstanden direkte via psykososiale mekanismer og indirekte ved å ødelegge den sosiale kapitalen.

Siden midten av 1990-tallet har denne inntektsulikhetshypotesen til Wilkinson vært opphavet til et betydelig antall enkeltstudier og dette har resultert i flere systematiske litteraturgjennomganger (Deaton, 2003; Lynch et al., 2004; Macinko et al., 2003; Subramanian & Kawachi, 2004; Wagstaff & van Doorslaer, 2000; Wilkinson & Pickett, 2006). Et forskningsmiljø ved Harvard-universitetet har vist spesielt stor interesse for inntektsulikhetshypotesen. Forskjellen på de empiriske arbeidene fra dette miljøet i forhold til de originale hypotesene er at Harvard-miljøet har sett på sammenhenger innad i USA og stort sett har benyttet nordamerikanske stater som det kontekstuelle nivået i analysene. Et annet trekk ved Harvard-miljøet er at de synes å ha forlatt de opprinnelige formuleringene til Wilkinson og gradvis interessert seg mer eksplisitt for sosial kapital-begrepet, slik det er utlagt av Putnam.

Vi kan derfor skille mellom to nokså ulike forståelser av sosial kapitalbegrepet i folkehelsesammenheng: Inntektsulikhetshypotesen til Wilkinson og sosial kapital-forståelsen basert på Putnam. Hvis vi kobler disse to forståelsene til de tidligere omtalte perspektivene på sosial kapital så kan vi si at Putnam-forståelsen hører hjemme i sivilsamfunnsperspektivet mens inntektsulikhetshypotesen har noen klare likhetstrekk med det institusjonelle perspektivet.

I tillegg til Putnam-forståelsen og Wilkinson's inntektsulikhetshypotese finnes en tredje retning – den neomaterielle fortolkningen (Lynch et al., 2000a; Lynch et al., 2000b). På individnivå hevdes det at også i velstående samfunn har de materielle betingelsene betydning for å ivareta helsen – det eksisterer forskjeller i levestandard, boforhold, ressurser til ernæring, ferier, fritid og til å betale for helsetjenester. Det er alle slike forskjeller som i sum gjør at individene gjennom *livsløpet* har forskjellige leveutsikter. Det er ikke enkeltindividets persepsjon av ulikhetene som har størst betydning, men summen av materielle ulikheter og ulike livsbetingelser over lang tid. På kontekstuell nivå, eller makronivå, er det samfunnets tilbøyelighet til å sikre befolkningen et felles sett av kollektive og offentlige goder som er det viktige, hevdes det. Omfanget av *sosiale investeringer* er nøkkelen til å forstå helseulikheter mellom vestlige samfunn. Sosiale investeringer vil være forhold som like muligheter til utdanning, et godt og rettferdig helsevesen, gode trygder og pensjoner, arbeidslivsordninger m.fl.

Det er altså i hovedsak tre perspektiver når det gjelder makrosammenhenger i forhold til helsetilstand. I henhold til Putnam-forståelsen er det den sosiale kapitalen som er nøkkelen. For Wilkinson er det *både* persepsjonen av ulikhetene i et samfunn som er viktige og den sosiale kapitalen. I henhold til den neomaterielle fortolkningen er det ulikheter i den offentlige sosiale infrastrukturen mellom land som er det avgjørende. Punktvis kan de oppsummeres slik (med de mest toneangivende forskerne i parentes):

- Ulike nivåer av sosial kapital forklarer variasjoner i helsetilstand mellom områder eller land (Robert Putnam, Ichiro Kawachi)
- Inntektsulikheter (i.e. sosiale ulikheter) svekker den sosiale kapitalen, og begge faktorer påvirker helsetilstanden (Richard Wilkinson & Kate Pickett)
- Sosiale investeringer (i.e. sosial og økonomisk infrastruktur) forklarer variasjoner i helsetilstand (John Lynch, George Davey Smith, Carles Muntaner, Vicente Navarro)

## 2.2 Kontekstuelle helsedeterminanter

Vi vet at helsen varierer geografisk, men det er ikke nødvendigvis slik at geografien har betydning for helsen. Som enkeltindivider oppholder vi oss i ulike kontekster (og vi inngår i mange ulike sosiale systemer). Spørsmålet er om konteksten har betydning for helsen til enkeltindividet *utover* individuelle forhold som arvede egenskaper eller livsstil. Betyr det noe for helsen til enkeltindividet om man bor i Norge eller et annet europeisk land?

Dersom svaret på spørsmålet er ja – hva er det med det norske samfunnet som gjør at leveutsiktene er bedre her enn i mange andre europeiske land? Vi har et høyt materielt velferdsnivå og det har utvilsomt stor betydning. Men det har også andre land, og velferdsnivået ser ikke ut til å kunne forklare forskjeller i helsetilstand mellom land i den vestlige verden (Wilkinson, 1996). Wilkinson hevder at *fordelingen av velferden* innen hvert land kan forklare ulikhetene mellom landene – og mens Putnam hevder at forskjellige nivåer av *sosial kapital* er nøkkelen, vektlegger den neomaterielle fortolkningen den *sosiale infrastrukturen*. Fellesnevneren for alle tre er at faktorene de peker på er karakteristikk ved konteksten vi inngår i – det er årsaksfaktorer

som ligger utenfor individet. Det interessante er økologien vi inngår i (McLaren & Hawe, 2005).

Begrepene *komposisjon* og *kontekst* er helt sentrale i denne sammenhengen, noe vi kan illustrere med et annet eksempel. Det er godt dokumentert at det innen Oslo er stor forskjell i dødeligheten mellom de vestlige og østlige bydelene (Rognerud & Stensvold, 1998; Dybendahl & Skiri 2005). Samtidig er det også slik at det i Norge er store helseulikheter etter sosioøkonomisk status; jo høyere oppe på den sosiale rangstigen man befinner seg, jo lengre lever man (Næss et al., 2007). Spørsmålet er om de geografiske helseulikhetene innen Oslo utelukkende skyldes at flere fattige bor i de østlige bydelene – altså at det er en komposisjonell forklaring på disse helseulikhetene. Dersom disse ulikhetene ikke fullt ut kan forklares ved komposisjonen (sammensetningen) av mennesker, kan det antas at noen lokale kontekstuelle forhold i de østlige bydelene har betydning i tillegg. Poenget blir, satt på spissen, at "identiske" individer kan ha forskjellige leveutsikter avhengig av hvor de bor.

En slik begrepsmessig distinksjon mellom komposisjon og kontekst er en sterk forenkling av virkeligheten (Macintyre & Ellaway, 2003; Macintyre et al., 2002). Det er like fullt et nødvendig skille dersom vi ønsker å si noe om den relative betydning konteksten har. Og like viktig; det endrer våre tanker og forestillinger om årsaker fordi vi blir nødt til å ta hensyn til at vi inngår i sosiale systemer og at helsen vår også utsettes for samfunnsskapt påkjenninger (Krieger, 2001; Schwartz et al., 1999; Susser & Susser, 1996; Yen & Syme, 1999). Det får dermed store forebyggingsimplikasjoner i den forstand at man retter blikket mot de bakenforliggende årsakene; kan vi gjøre forebyggende tiltak på samfunnsnivå som får betydning for helsetilstanden?

Sosial kapital er altså satt frem for å forklare geografiske helsevariasjoner, både på makronivå *mellom land* og på mesonivå *mellom områder innen land*. For helsevariasjoner mellom land finner vi komplementerende og konkurrerende hypoteser, i form av henholdsvis Wilkinson's inntektsulikhethypotese og den neomaterielle fortolkningen. Når det gjelder helsevariasjoner mellom områder innen land er bostedsdeprivasjon, dårlige levekår eller den "sosioøkonomiske statusen" til et område konkurrerende forklaringsfaktorer. Særlig i Storbritannia er det lang tradisjon for å benytte ulike mål på områdedeprivasjon, eller forskjellige mål på et områdes sosioøkonomiske status (Curtis, 2004; Moon et al., 2005).

### 2.3 Mekanismene mellom den sosiale kapitalen og helsen

Det er som nevnt omfattende epidemiologisk dokumentasjon av sammenhenger på hvordan sosiale relasjoner på individnivå påvirker helsen. Eksistensen av gode sosiale relasjoner med den sosiale støtten dette innebærer kan motvirke stressbetingede reaksjoner, samtidig som fraværet av sosiale relasjoner kan virke som risikofaktorer. I forhold til enkeltindividets mentale helse er dette intuitivt forståelig. Men hvordan kan sosiale forbindelser, forstått som et *kontekstuellt fenomen*, påvirke biologien slik at det til slutt manifesterer seg som sykdom eller dødelighet hos enkeltindividet?

Flere mekanismer er foreslått for å forklare sambandet mellom denne kontekstuelle forståelsen av sosial kapital og helse (Rostila, 2008). En første mekanisme innebærer at samfunn med en høy sosial tillit og deltakelse legger til rette for politisk deltakelse, som igjen avstedkommer universelle sosiale ordninger. Motsatt vil samfunn med lite sosial kapital være mindre tilbøyelige til å investere i velferd og sosiale sikkerhetsnett til marginaliserte grupper.

Den andre mekanismen som er satt frem knytter seg til den effekten sosial kapital kan ha i forhold til mobilisering for viktige institusjonelle ordninger. For eksempel å forhindre budsjettkutt i viktig infrastruktur som transport, helsetjenester eller rekreasjonstilbud.

En tredje mekanisme er avledet fra Wilkinson (1996) og hevdes å virke på en todelt måte. Dels vil samfunn med markerte materielle ulikheter medføre at individets opplevde posisjon i samfunnet relativt til andre påvirker individenes selvbilde, trygghet og handlingsrom. Dels vil også de sosiale forbindelsene være dårlig utviklede som en følge av stor avstand mellom "høy" og "lav" i samfunnet. Effektene på helsen antas å virke gjennom psykososiale mekanismer. For det første vil enkeltindividets *opplevelse* av forskjeller i makt, velstand og prestisje, samt dårlige sosiale forbindelser, medføre vedvarende stress som påvirker immunsystemet. Dernest hevdes denne opplevelsen å gi seg utslag i stressbetinget atferd som for eksempel røyking.

I henhold til en fjerde foreslått mekanisme medfører et høyt nivå av sosial kapital at spredningen av helserelaterte innovasjoner går raskere. Med bakgrunn i "teorien om spredningen av innovasjoner" (Rogers, 2003) hevdes det at både kunnskap og livsstilholdninger spres raskere samt at aksepten for sunne livsstilsvalg er bedre der den sosiale kapitalen er høy.

En femte forklaring som er fremsatt innebærer at sosial kapital virker som en sterk normgiver og sosial-kontroll-mekanisme. Det hevdes at samfunn med tillitsfulle sosiale forbindelser kan motvirke avvikende atferd fordi innbyggerne har et større engasjement, omsorg og ansvar for hverandre.

Den sjette og siste mekanismen er på mange måter den kontekstuelle versjonen av mekanismene i den tidligere omtalte sosial-støtte-og-

helse-litteraturen på individnivå. Sosial kapital på samfunnsnivå gir i henhold til denne mekanismen følelsesmessig støtte og bidrar til selvfølelse og gjensidig respekt mellom innbyggerne.

Oppsummert kan mekanismene listes opp slik:

- Sosial tillit og deltakelse gir større politisk deltakelse som medfører universelle sosiale ordninger
- Mobilisering for viktige institusjonelle ordninger og tjenester
- Inntektsulikheter ødelegger den sosiale kapitalen og de sosiale forbindelsene
- Raskere spredning av helserelaterte innovasjoner
- Normgiver og opprettholder sosial kontroll
- Gir følelsesmessig støtte, selvfølelse og gjensidig respekt

## 2.4 Kritikk av sosial kapital-begrepet i folkehelsesammenheng

Sosial kapital-diskursen inneholder spennende hypoteser rundt hvordan sosiale forbindelser, økonomiske ulikheter og folkehelsen er koblet til hverandre. Ideen om at økonomiske ulikheter kan ha konsekvenser for det sosiale samholdet, normene og tilliten har stor attraksjonskraft (Macinko & Starfield, 2001). Putnam tok opprinnelig avstand fra å forklare helseforskjeller med sosial kapital (Putnam et al., 1993), mens han senere har uttalt at helse og velvære kanskje er den viktigste konsekvensen av sosial kapital (Putnam, 2000). Flere av kritikerne har gjort et poeng av nettopp denne "snuoperasjonen" (Muntaner & Lynch, 2002; Pearce & Davey Smith, 2003), men denne kritikken bør kanskje ikke tillegges særlig vekt – slike omformuleringer er tross alt også en del av vitenskapelig teoriutvikling.

Putnam kommer imidlertid med nokså provoserende uttalelser om effekten av sosial kapital og han er heller ikke redd for å være presis når han forteller hvor viktig sosial kapital er for helsen. For eksempel oppsummerer han på følgende måte i sin bok "Bowling alone":  
*"The bottom line from this multitude of studies: 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. These findings are in some ways heartening: it's easier to join a group than to lose weight, exercise regularly, or quit smoking"* (Putnam, 2000) s. 331). Noen har kommentert disse påstandene med at det ikke finnes studier som støtter dette, og at Putnam blander sammen studier fra sosial-støtte-og-helse litteraturen gjort på individnivå med den kontekstuelle forståelsen han selv forfekter (Muntaner & Lynch, 2002; Pearce & Davey Smith, 2003). Å hevde at det å melde seg inn i organisasjonslivet skulle gi samme helsegevinst som å slutte og røyke er feilaktig og potensielt ødeleggende i folkehelsearbeidet, blir det hevdet (Lynch & Davey Smith, 2003).

Det er særlig talsmenn for den neomaterielle fortolkningen som er kritiske til sosial kapital-begrepet innenfor folkehelseområdet (Lynch et al. 2000a; Muntaner et al. 2001). Kritikken i forhold til Wilkinson's inntektsulikhetshypotese dreier seg særlig om hvilken vekt man skal tillegge psykososiale forhold versus materielle betingelser (Lynch et al., 2001; Lynch et al., 2000b). Wilkinson (1996) har argumentert, delvis med støtte i Whitehallstudiene (Marmot et al., 1991), at persepsjonen av relativ plassering i samfunnhierarkiet gir seg utslag i vedvarende stress som i sin tur påvirker organismen og helseatferden. Den neomaterielle fortolkningen legger derimot til grunn at selv små ulikheter i livsbetingelser summerer seg opp til betydningsfulle ulikheter over livsløpet og gjør at vi får en tydelig helsegradient også i den vestlige verden.

Denne kontroversen mellom Wilkinson-tilhengerne og tilhengere av det neomaterielle perspektivet har fått stor plass i litteraturen. Av og til kan denne debatten fremstå som en "skinnuenighet" fordi man egentlig er enige om at det er ulik fordeling av materielle ressurser som er selve utgangspunktet for helseulikhetene. Men policyimplikasjonene blir allikevel litt forskjellige, slik at dette fortsatt debatteres livlig i den internasjonale forskningslitteraturen. I følge det neomaterielle perspektivet vil omfordeling av materielle ressurser virke helseutjevne fordi betingelsene for å ivareta helsen er materielt styrt. Men i henhold til Wilkinson's inntektsulikhetshypotese er det i prinsippet mulig å oppnå en helseutjevning ved å endre mentaliteten rundt statusforskjellene i samfunnet.

Psykososiale versus neomaterielle forklaringer er egentlig ikke et spørsmål om et enten-eller, men om et både-og. Dersom vi et øyeblikk tenker oss hvordan arbeidsledighet påvirker enkeltindividet, så er det åpenbart at dette kan lede til tap av selvtillit og følelser av utilstrekkelighet hos den som rammes. Slike emosjonelle tilstander vil i sin tur kunne påvirke helsen via psykobiologiske prosesser og de kan legge føringer på helseatferden (Martikainen et al., 2002). Men det er også åpenbart at selve inntektstapet legger begrensninger på de materielle betingelsene og livsutfoldelsen og at dette kan få uheldige helsekonsekvenser over tid.

Kritikken i forhold til Putnam-forståelsen er langt mer uforsonlig (Muntaner, 2004) og kjernen i kritikken er den ideologiske basisen som Putnam representerer. Det mest påtakelige ved Putnams's ståsted er, i følge enkelte, fraværet av *maktrelasjoner* og *politikk* (Navarro, 2002). Dette gjenspeiles for det første i hvor og hvordan sosial kapital oppstår. Putnam peker på sivilsamfunnet og sosialiseringprosessen som foregår der, mens de sosiale determinantene som ligger bak både tillit og normer ignoreres (Muntaner & Lynch, 2002). Dernest

fremtrer det tydelig når han beskriver den sosiale kapitalens effekter i forhold til helse og helseulikheter, der aspekter knyttet til fordeling av velferd og betydningen av viktige institusjonelle ordninger nedtones eller utelates. Det hevdes at spørsmålet om helseulikheter står i fare for å avpolitiseres (Pearce & Davey Smith, 2003), og frykten er at policyresponsene i forhold til helseulikheter blir å styrke den sosiale kapitalen via sivilsamfunnet i lokal- og storsamfunn i stedet for å gripe tak i de grunnleggende strukturelle sosiale og økonomiske forholdene. Man er, for å ty til en velbrukt metafor, bekymret for at man da vil behandle symptomene (på et dysfunksjonelt samfunn) og ikke sykdommen (i form av skjevfordelte materielle betingelser).

## 2.5 Problematiske aspekter ved sosial kapital-diskursen i folkehelsesammenheng

Begrepet sosial kapital har innenfor samfunnsvitenskapene ulike definisjoner og forståelser og det fremstår i det store og hele som et begrep som det er vanskelig å få et ordentlig grep om. I folkehelsesammenheng har det som nevnt fått stor oppmerksomhet og det er koblet med andre hypoteser eller teorier som enten er alternative eller utfyllende. Det er særlig to forhold som fremstår som problematiske. Det ene handler om analysenivåer mens det andre handler om måling.

Den kontekstuelle forståelsen til Putnam ble opprinnelig anvendt på regionale nivåer i Italia og senere brukt for å beskrive sosial kapital på delstatsnivå i USA. Nå benyttes den også for å beskrive kvaliteten på sosiale forbindelser for hele nasjoner. Anvendelsen av teorien har på mange måter beveget seg oppover når det gjelder geografisk skala eller nivå. Når det gjelder inntektsulikhetshypotesen til Wilkinson så kan vi registrere motsatt tendens. Wilkinson var opprinnelig opptatt av hvordan relative ulikheter innen hele nasjoner var assosiert med sosial

kapital og helsetilstand. Siden ble hypotesene testet på delstatsnivå i USA og på langt lavere geografiske nivåer, faktisk helt ned på bydelsnivå i enkelte studier (se for eksempel Osler et al., 2002).

Det blir raskt forvirrende når det fremsettes teorier og hypoteser som angivelig skal ha gyldighet nærmest uavhengig av kontekstuell referanseramme eller geografisk nivå. Verken Wilkinson eller Putnam bidrar i særlig grad til å klargjøre hvilket nivå teoriene skal ha gyldighet for, og det kan synes som at de begge anser teoriene som allmenngyldige og nærmest uavhengig av både tid og rom.

Når det gjelder måling av kontekstuell sosial kapital er også mye uavklart. På individnivå kan en måle både mengden og typen ressurser som individer har tilgang til gjennom sine nettverk (Bø & Schiefloe, 2007). På gruppenivå er det imidlertid mer problematisk fordi det der dreier seg mest om å måle den sosiale kapitalens eksternaliteter, altså dens tilleggseffekter. I sine undersøkelser i Nord-Amerika har Putnam utviklet en indeks bestående av et sett indikatorer (Putnam, 2000). Indikatorene er laget av både subjektive og objektive mål gruppert i ulike kategorier: deltakelse i lokalt organisasjonsliv, deltakelse i valg og offentlige møter, antall frivillige organisasjoner og deltakelse i frivillig arbeid, uformell sosial omgang og mål for sosial tillit. Dette skillet mellom objektive og subjektive mål trekkes opp for å tydeliggjøre distinksjonen mellom kognitiv (hva folk "synes") og strukturell (hva folk "gjør") sosial kapital (Harpham, 2008). Det er videre viktig å skjelne mellom de ulike typene sosial kapital; altså sammenbindene (eng: bonding), overbyggende (eng: bridging) og nivålenkende (eng: linking) sosial kapital.

I empiriske arbeider innenfor folkehelseområdet er inntrykket at man har brukt enkeltindikatorer for å si noe om beholdningen av sosial kapital på gruppenivå. Videre har man i liten grad beskrevet hvilke

typer sosial kapital som er forsøkt operasjonalisert (Östergren, 2005). Måling av sosial kapital på gruppenivå er fortsatt i sin spede begynnelse men arbeidet for å utvikle bedre måleinstrumenter pågår. Det er derfor grunn til å forvente fremskritt på dette området, men enn så lenge ser det ut til at nivået av tillit og organisasjonsdeltakelse er brukbare og tilgjengelige indikatorer.

### 3. Review på mesonivå

I dette avsnittet beskrives funnene fra en systematisk litteratursammenstilling av kvantitative studier som har sett på sammenhengen mellom sosial kapital på mesonivå og individuell helse. Mesonivået er her vidt definert og innbefatter geografiske enheter som er mindre enn land eller nasjoner samt studier som har sett på den sosiale kapitalen i bedrifter eller arbeidsstedsenheter. En del avgrensninger er foretatt før litteratursøket ble utført. For det første er arbeider som har studert sosial kapital og helse på individnivå utelatt. Begrunnelsen for dette er at sosial kapital i folkehelsesammenheng gjennomgående forstås som en kontekstuell karakteristik (Kawachi og Berkman 2000). Det finnes som tidligere nevnt en omfattende litteratur som har sett på betydningen av sosial integrering, sosiale nettverk samt sosial støtte og helse på individnivå (Berkman og Glass, 2000). Den andre avgrensningen som er foretatt er at studiene må være utført i Norden. Denne avgrensningen er primært gjort med bakgrunn i at studier fra USA eller andre svært ulike velferdsregimer kan ha liten overføringsverdi til norske eller nordiske forhold. En mer pragmatisk begrunnelse er at omfanget av studier uten disse avgrensningene ville blitt svært omfattende, delvis uensartet og følgelig nokså vanskelig å oppsummere. En tredje avgrensning knytter seg til metodebruken, det er kun inkludert arbeider som har brukt flernivåanalyser (eller andre teknikker som håndterer hierarkiske data) der sosial kapital er spesifisert som en egenskap ved økologien eller konteksten.

Søket er utført i Pubmed-databasen og inkluderer artikler skrevet på engelsk frem til 1. juni 2009. Søkekombinasjoner som ble benyttet var (på engelsk): "social capital" or "social cohesion" or "social trust" or "social participation". Dette søket ble kombinert med treff fra "Norway" or "Sweden" or "Finland" or "Denmark". Det kombinerte

søket resulterte i 154 treff, hvorav 24 til slutt møtte inklusjonskriteriene for litteratursammenstillingen. Samme søk ble gjort i ISI-databasen, uten at dette resulterte i flere inkluderte artikler. Av de 24 artiklene har 20 studert sosial kapital i geografisk avgrensede enheter, mens de resterende fire har sett på sosial kapital for arbeidsstedsenheter og omtales i et eget avsnitt.

### 3.1 Sosial kapital i boområder eller andre geografiske enheter

Tabell 1 viser detaljene for de inkluderte studiene som har sett på sosial kapital for geografisk avgrensede områdeenheter. Majoriteten av studier, hele 15 av 20 kommer fra Sverige, mens tre er utført i Finland, to i Norge og ingen i Danmark. De tidligste studiene ble publisert i 2003 mens de siste kom i 2008. Alle studiene er basert på voksne individer. Tolv av studiene er tverrsnittundersøkelser, to har både et tverrsnitt og et longitudinelt design, mens seks er longitudinelle studier. Utvalgsstørrelsen på individnivå varierer fra 3000 individer til 27 millioner personår, mens antallet enheter på høyere nivå strekker seg fra 19 til 9967.

Av de inkluderte studiene finner man i åtte studier at sosial kapital, forstått som en egenskap knyttet til bostedet, er assosiert med helseutfallet som studeres. Syv av de andre studiene, som enten har modellert flere indikatorer på sosial kapital, stratifisert analysene eller brukt flere helseutfall, viser sprikende resultater. De resterende fem studiene finner ingen signifikante effekter.

Ser vi først på studiene som støtter en sammenheng så finner vi at syv av disse er utført i Sverige mens en er fra Finland. Helsemålene som er benyttet er henholdsvis årsaksspesifikk dødelighet (Blomgren et al., 2004; Chaix et al. 2008), koronar hjertesykdom (Sundquist et

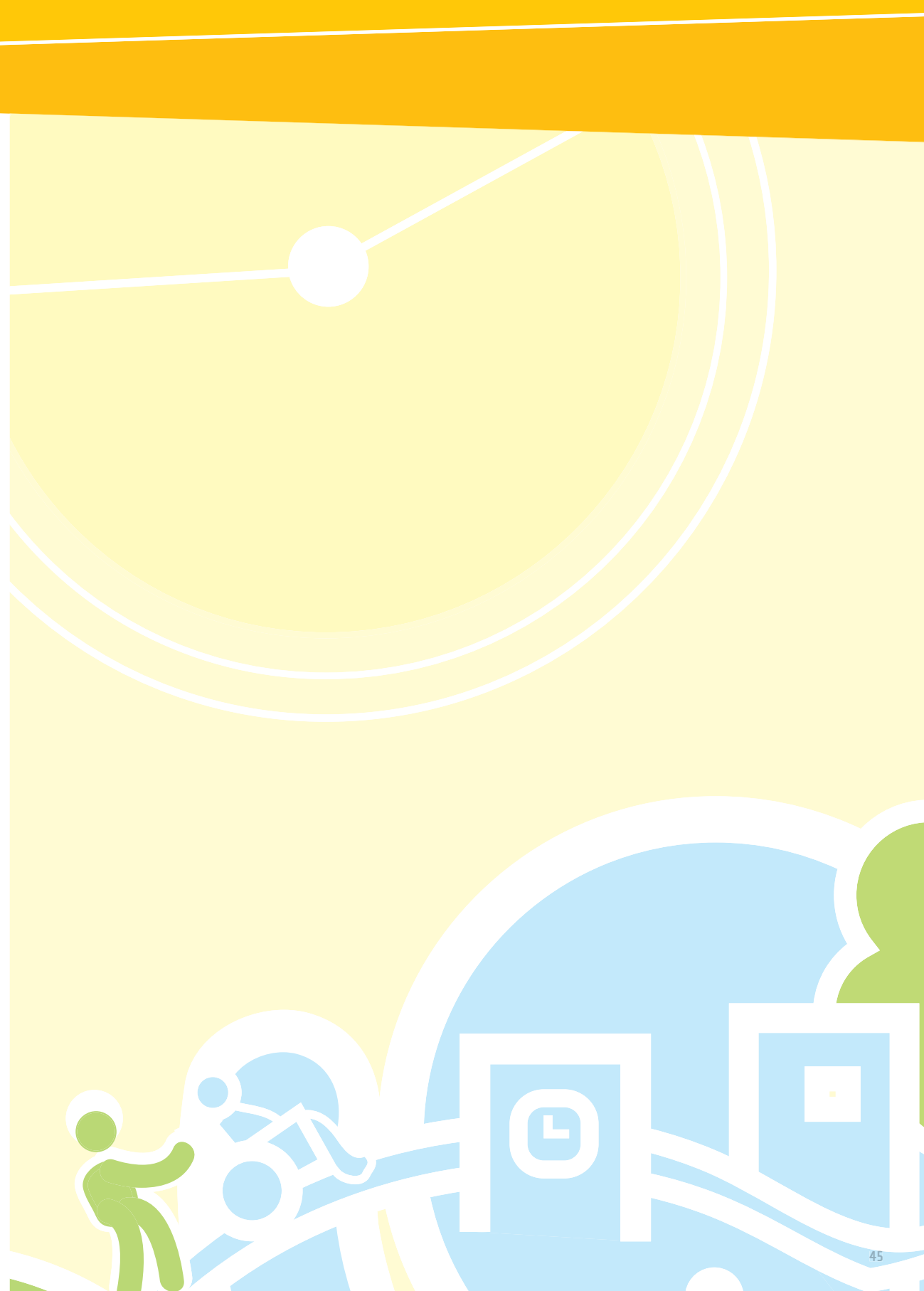
al., 2006), medisinbruk (Johnell et al., 2004) uførepensjon (Johnell et al., 2006b), helserelatert livskvalitet (Islam et al., 2006), egenvurdert helse (Sundquist & Yang, 2007) og et mål på om man føler utrygghet i nabolaget (Lindström et al., 2003b). Denne siste studien (Lindström et al., 2003b) er ikke helt enkel å sammenlikne med de andre fordi det ikke er oppgitt vanlige effektestimater, kun hvor mye av den geografiske variasjonen som blir forklart. I operasjonaliseringen av sosial kapital har flere av studiene benyttet enten valgdeltakelse eller aggregerte mål på sosial deltakelse eller samhold som indikatorer.

De fem studiene som ikke fant en sammenheng mellom sosial kapital og helse har sett på følgende helsemål: egenvurdert helse (Engström et al., 2008), fysisk aktivitet (Lindström et al., 2003a), tilgang til fastlege (Lindström et al., 2006b), om man har fulgt ordinert medisinering (Johnell et al., 2006a), og om man føler utrygghet i nabolaget (Lindström et al., 2006a). Disse studiene har stort sett brukt de samme indikatorene som i studiene som påviser sammenhenger mellom sosial kapital og helse.

Av studiene som er klassifisert som sprikende finner vi to norske arbeider. I den ene har man brukt fylker som det kontekstuelle nivået i analysene (Iversen, 2008). Her fant forfatteren at valgdeltakelse i fylkene viste en sterk positiv assosiasjon med egenvurdert helse; jo høyere valgdeltakelse i fylket desto bedre egenvurdert helse. De andre indikatorene som ble benyttet var; aktivitetsnivå i religiøse organisasjoner, deltakelse i idrettsaktiviteter og resultater fra TV-innsamlingsaksjoner. Også resultater fra TV-innsamlingsaksjoner var assosiert med egenvurdert helse, mens deltakelse i idrettsaktiviteter var negativt assosiert med egenvurdert helse. I den andre norske studien hvor man analyserte dødelighet (totaldødelighet) benyttet man kommuner som kontekstuell enhet (Kravdal, 2007). Sosial kapital er operasjonalisert som andelen av innbyggerne i en kommune som er



skilt, eller andelen som ikke er gift. Det rapporteres en rekke modeller stratifisert for både kjønn og aldersgrupper, og kun i én av disse, for kvinner i alderen 70-79, fant man en assosiasjon mellom dødelighet og andelen skilte personer i kommunen. Den fremstår slik at i kommuner hvor en høy andel av befolkningen er skilt (i.e. lav sosial kapital) så er dødeligheten høyere enn i kommuner hvor en lavere andel er skilt. For menn pekte funnene i motsatt retning, og studien er egentlig mer avvisende enn støttende til en sammenheng mellom sosial kapital og helse, selv om den her er klassifisert i kategorien sprikende resultater.



**Tabell 1. Sosial kapital og helse i geografisk avgrensede områder**

Studie (referanse)	Design/år populasjon/setting	Kontekstuell Sosial kapital	Kontekstuelle kovariater	Kovariater individnivå	Helse-, og atferds utfall	Resultat (fixed effects)
Blomgren et. al. 2004	Longitudinell studie fra Finland 1990-1996 1,100,000 menn (25-64 år) Regioner (N=84)	Indeks på familiemønstre og valgdeltakelse i 1988 og 1992	Andel arbeidere i manuelle yrker Arbeidsledighetsnivå Median husholdningsinntekt Inntektsulikhet (Gini) Urbaniseringsgrad Andelen svenskspråkelige innb.	Alder Utdanning Sosioøkonomisk status Sivilstatus Morsmål (svensk/finsk)	Alkoholrelatert dødelighet	Lav sosial kapital var assosiert med økt alkoholrelatert dødelighet
Chaix et. al. 2008	Longitudinell studie fra Skåne i 2000-2004 7791 individer (45+ år) Nabolag (N=1533)	Aggregert mål på spørsmål om sosialt samhold	Gjennomsnittlig individinntekt Befolkningstetthet Befolkningsstabilitet (inn/utflytting) Distans til sykehus (absolutt avstand)	Alder Kjønn Sivil status Tidligere sykdomsdiagnose Egenvurdert helse Utdanning Inntekt Økonomiske problemer Sosial deltakelse Sosialt samhold på bosted Røyking Fysisk aktivitet	Dødelighet av iskemisk hjertesykdom	Lav sosial kapital var assosiert med dødelighet av hjertesykdom
Engström et. al. 2008	Tverrsnittsundersøkelse fra Stockholm i 2002 31,182 individer (18-84 år) Bydeler (N=92)	Aggregerte mål på: sosial tillit, politisk tillit, org.-deltakelse og valg-deltakelse	Medianinntekt i bydelen	Alder Kjønn Sosioøkonomisk status Utdanning Individinntekt Fødeland Familiestruktur Sosial kapital (indeks)	Egenvurdert helse	Ingen assosiasjon
Islam et. al. 2006	Longitudinell studie fra Sverige 1980-1997 24,419 individer (16-84 år) Kommuner (N=275)	Valgdeltakelse i lokalvalg	Urbaniseringsgrad Gjennomsnittsinntekt Inntektsulikhet (Gini) Gjennomsnittlig utdanningsnivå	Alder Kjønn Sivilstand Ant. barn i husholdningen Fødeland Utdanning Inntekt Arbeidsmarkedstilknytning Valgdeltakelse	Helse-indeks basert på flere egenrapporterte opplysn. om helse (helserelatert livskvalitet)	Valgdeltakelse var assosiert med helserelatert livskvalitet
Iversen 2008	Tverrsnitt og longitudinell studie fra Norge 1998, 1997-2002 3,134 (1998) og 5.055 (1997-2002) individer Fylker (N=19)	Valgdeltakelse lokalvalg Deltakelse gudstjenester Medlemsskap i idrettslag Resultat i TV-innsamlinger		Alder Kjønn Sivilstand Utdanning Inntekt Deltatt i valg Medlem av religiøs org. Medlem idrettslag Bosted (tettbygd/spredtbygd)	Egenvurdert helse Egenvurdert mental helse	Valgdeltakelse og pengeinnsamling (pr.innb) assosiert med egenvurdert helse
Johnell et. al. 2004	Tverrsnittsundersøkelse fra Malmö i 1991-1996 15,456 kvinner (45-73 år) Nabolag (N=95)	Andelen med lav deltakelse i sosiale aktiviteter (aggregert)		Alder Sosial deltakelse Utdanning Familiestatus Uførepensjon Egenvurdert helse Egenrapportert stress Medisin mot somatisk sykd.	Bruk av medisiner mot angst	Lav sosial kapital var assosiert med økt bruk av medisiner mot angst

Tabell 1 fortsetter neste side ▶

Fortsettelse:

Tabell 1. Sosial kapital og helse i geografisk avgrensede områder

Studie (referanse)	Design/år populasjon/setting	Kontekstuell Sosial kapital	Kontekstuelle kovariater	Kovariater individnivå	Helse-, og atferds utfall	Resultat (fixed effects)
Johnell et. al 2006a	Tverrsnittundersøkelse fra Sverige i 2000 15,865 individer (18-79 år) Kommuner (N=78)	Andelen med lav deltakelse i sosiale aktiviteter (aggregert)		Alder (stratifisert på kjønn) Utdanning Økonomiske problemer Egenvurdert helse Sosial deltakelse Tillit til helsetjenestene	Ikke etterfulgt ordinert medisiner	Ingen assosiasjon
Johnell et. al 2006b	Tverrsnittundersøkelse fra Malmø i 1991-1996 12,156 kvinner (45-73 år) Nabolag (N=95)	Aggregerte mål på deltakelse i sosiale aktiviteter		Alder Bruk av medisiner mot angst Utdanning Sosial deltakelse Aleneboende Egenvurdert helse Bruk av medisiner mot somatisk sykdom	Uførepensjon	Lav sosial kapital var assosiert med økt risiko for uførepensjon
Johnell et. al 2006c	Tverrsnittundersøkelse fra Sverige i 2000 38,169 individer (18-79 år) Kommuner (N=58)	Aggregerte mål på tillit, sosial deltakelse og kombinasjonen av disse		Alder (stratifisert på kjønn) Sosial deltakelse Tillit Kombinert mål på tillit og sosial deltakelse Utdanning Økonomiske problemer	Bruk av medisiner mot angst	Lav sosial kapital var assosiert med økt risiko for bruk av medisiner mot angst hos kvinner
Karvonen et. al. 2008	Tverrsnittundersøkelse fra Helsinki 2000-2001 5,028 kvinner (40-60 år) Nabolag (N=107)	Andelen aleneføldre Enpersonhusholdninger	Arbeidsledighetsnivå Andel i manuelle yrker	Alder Yrkesklasse Utdanning Familietype	Røyking	Røyking assosiert med andelen enpers.husholdn.
Kravdal 2007	Longitudinell studie fra Norge 1980-1999 27 mill. personår (50-90 år) Kommuner (N=435)	Andelen skilte personer Andel «aldri gift»	Gjennomsnittsinntekt Gjennomsnittlig utdanningsnivå Andelen som har bodd kort tid i en kommune	Alder Kjønn (stratifisert) Sivil status Utdanning Inntekt Flyttekarriere	Dødelighet, alle årsaker	Andelen «aldri gift» på kommunenivå er assosiert med dødelighet for kvinner
Lindström et. al. 2003a	Tverrsnittundersøkelse fra Malmø i 1994 3,377 individer (20-80 år) Nabolag (N=74)	Andelen ut-migranter fra nabolaget		Alder Kjønn Fødeland Utdanning Sosial deltakelse	Fysisk aktivitet	Ingen assosiasjon
Lindström et. al 2003b	Tverrsnittundersøkelse fra Malmø i 1994 3,001 individer (20-80 år) Nabolag (N=68)	Valgdeltakelse i lokalvalg		Alder Kjønn Utdanning Sosial deltakelse	Føler usikkerhet i nabolaget (utrygghet)	Valgdeltakelse forklarte en stor andel av den geografiske helsevariasjonen (ikke rapportert "fixed effekts")
Lindström et. al. 2006a	Tverrsnittundersøkelse fra Skåne i 2000 13,715 individer (18-80 år) Nabolag (N=33)	Aggregerte mål på deltakelse i sosiale aktiviteter	Helsetjenestedistrikt	Alder Kjønn Fødeland Utdanning Egenvurdert helse Økonomiske problemer Sosial deltakelse	Føler usikkerhet i nabolaget (utrygghet)	Ingen assosiasjon

Tabell 1 fortsetter neste side ►

Fortsettelse:

Tabell 1. Sosial kapital og helse i geografisk avgrensede områder

Studie (referanse)	Design/år populasjon/setting	Kontekstuell Sosial kapital	Kontekstuelle kovariater	Kovariater individnivå	Helse-, og atferds utfall	Resultat (fixed effects)
Lindström et. al. 2006b	Tverrsnittundersøkelse fra Skåne i 2000 13,715 individer (18-80 år) Nabolag (N=33)	Aggregerte mål på deltakelse i sosiale aktiviteter	Helsetjenestedistrikt	Alder Kjønn Fødeland Utdanning Egenvurdert helse Økonomiske problemer Sosial deltakelse Sosial tillit	Manglende tilgang til fastlege	Ingen assosiasjon
Lofors & Sundquist 2007	Longitudinell studie fra Sverige 1997-2000 4,500,000 individer (25-64 år) Boområder (N=729)	Gjennomsnittlig deltakelse i lokalvalg i 1998	Deprivasjonsindeks	Alder Kjønn (stratifisert) Bolig (Eie versus leie) Utdanning Arbeidslivstilknytning Sivil status Fødeland	Innleggelse for psykose eller depresjon	Lav sosial kapital var assosiert med økt risiko for psykoser men ikke for depresjon
Martikainen et. al. 2003	Longitudinell studie fra Helsinki 1990-1995 251,509 menn (25+ år) Boområder (N=55)	Indeks bestående av: Andel som bodde sammen partner, valgdeltakelse i 1988 og ut-migrasjon	Andel i manuelle yrker Andel eldre (<60)	Alder Utdanning Yrkesklassifisering Bolig (Eie versus leie) Boligstørrelse pr. innb. Sivilstand	Årsaksspesifikk dødelighet	Lav sosial kapital var assosiert med død pga. ulykker, vold, alkohol, og luftveissykdommer
Merlo et. al. 2003	Tverrsnittundersøkelse fra Malmö 1991-1996 15,456 kvinner (45-73 år) Nabolag (N=95)	Andelen med lav sosial deltakelse		Alder Kroppsmasseindeks Utdanning Egenvurdert helse Etnisitet Aleneboende Sykemeldt Arbeidsledig Blodtrykk Røyking Sosial deltakelse	Bruk av «hormone replacement therapy» Bruk av «antihypertensive medication»	Lav sosial kapital var assosiert med lavere odds for å bruke «hormone replacement therapy» Ingen assosiasjon med «antihypertensive medication»
Sundquist et. al. 2006	Longitudinell studie fra Sverige 1998-2000 2,800,000 individer (45-74 år) Nabolag (N=9967)	Andelen som deltok i lokalvalget i 1998		Alder Kjønn (stratifisert) Fødeland Utdanning Sivilstatus Bolig (Eie versus leie)	Koronar hjertesykdom	Lav sosial kapital var assosiert med økt risiko for koronar hjertesykdom
Sundquist & Yang 2007	Tverrsnittundersøkelse fra Sverige i 2000-2002 11,175 individer (25-64 år) Boområder (N=740)	Andelen som deltok i nasjonalvalg i 2000		Alder Kjønn Fødeland Sivilstatus Bolig (Eie versus leie) Utdanning	Egenvurdert helse	Lav sosial kapital var assosiert med økt risiko for dårlig egenvurdert helse

Samtlige av de 20 studiene som er gjennomgått har brukt adekvate metoder siden det var ett av inklusjonskriteriene – men alle har også begrensninger. Den dominerende svakheten, som vel også hefter ved så godt som alle studier internasjonalt (Curtis & Cummins, 2007) er at man er henvist til å bruke tilgjengelige *indikatorer* på sosial kapital. Dette medfører at studiene, selv om de er teoretisk funderte, får et hypotesegenererende og eksplorerende preg (Frohlich et al., 2007). Man tester indikatorer på et begrep som inneholder mange dimensjoner. Noen allment aksepterte og validerte måleinstrumenter for å måle kontekstuell sosial kapital eksisterer ikke, og man er derfor henvist til å benytte det som er tilgjengelig (Frohlich et al., 2007; Macintyre et al., 2002). Dette gir seg utslag i at det benyttes mye forskjellig, og følgelig kan validiteten variere (Osypuk & Galea, 2007). Det ble tidligere nevnt at det ikke eksisterer noen allmenn definisjon av sosial kapital-begrepet, og dette har selvsagt stor betydning for operasjonalisering og måling.

Et annet problemområde knytter seg til inklusjonen av potensielt konfunderende variabler, altså andre variabler som kan tenkes å påvirke sammenhengen man studerer, på kontekstuell nivå. Fem av de åtte studiene som rapporterer om signifikante sammenhenger har ikke justert for andre konfunderende forhold. Det er imidlertid ikke selvsagt hvilke forhold det skal kontrolleres for, men det er ikke uvanlig å teste om andre variabler, for eksempel bostedsdeprivasjon, påvirker sammenhengen mellom sosial kapital og helse.

Hvilke faktorer man skal kontrollere for på individnivå er også problematisk. Man ønsker normalt å ta hensyn til kjønns-, og alderssammenheng i et område. Enkelte vil også hevde at det er selvsagt at man kontrollerer for både sosioøkonomisk status, etnisitet, livsstil og individuell sosial kapital. Dette er, kort fortalt, en stor utfordring i denne typen studier, og det eksisterer ingen fasitsvar på hvilke forhold det

er korrekt å justere for i analysene. Det som er åpenbart, er at det har betydning for de sammenhengene man observerer mellom den kontekstuelle sosiale kapitalen og helsen. I de inkluderte studiene er det stor variasjon i hvilke og hvor mange forhold man har kontrollert for på individnivå.

Andre forhold som bør nevnes er for det første den store diversiteten i de helsemålene som søkes forklart. Her finner vi alt fra harde biomedisinske definerte endepunkter som dødelighet av iskemisk hjertesykdom til nokså diffuse endepunkter som "persepsjonen av hvor trygt bostedet oppfattes". For det andre varierer definisjonen, eller det man underforstått konseptualiserer som et "nabolag" (mesonivået), nokså mye. Ideelt sett skal valget av geografisk nivå være teoretisk avledet (Harvey, 2006) og ikke basert på hva som finnes av tilgjengelige data (Diez Roux, 1998, 2000, 2001, 2004).

Seleksjonsbias, eller seleksjonseffekter, er også et problemfelt i denne typen metodiske studier (Sampson et al., 2002; Blakely og Subramanian 2006). Det går i korthet ut på følgende; hvordan vet man at geografisk områdevariasjon i helse er resultatet av stedseffekter, som for eksempel ulike nivåer av sosial kapital, eller rett og slett skyldes at individer og familier har ulike muligheter i forhold til hvor de bosetter seg?

Endelig skal det nevnes at den sosiale kapitalen på et bosted ikke nødvendigvis har like stor betydning for alle deler av befolkningen (van Hooijdonk et al., 2008). Noen oppholder seg mye i nærmiljøet, andre lite, og det er også andre arenaer hvor sosial kapital kan tenkes å eksistere og ha betydning for helsen. Arbeidsplassen er én slik arena.

### 3.2 Sosial kapital på arbeidsplassen

De fire studiene av sammenhengen mellom sosial kapital på arbeidsplassen og helsen som ble identifisert, er alle fra Finland. Det er ferske publikasjoner, tre fra 2008 og én fra 2009. Tre er rene longitudinelle studier, én har både et tverrsnitts- og longitudinelt design. De har sett på endepunktene depresjon, egenvurdert helse, røykeslutt og et sammensatt mål på risikoatferd.

To av studiene (tabell 2) fant ingen assosiasjon i forhold til henholdsvis depresjon (Kouvonen et al., 2008a) og røykeslutt (Kouvonen et al., 2008b). I studien der man benyttet egenvurdert helse som helsemål, fant man en assosiasjon, men etter justering for andre kontekstuelle forvekslingsfaktorer (konfundere) forsvant denne effekten (Oksanen et al., 2008). I den siste studien, der man brukte en indeks for ulike risikofaktorer, fant man en assosiasjon i tverrsnittsdelen men ikke i den longitudinelle delen (Vaananen et al., 2009). Disse fire studiene gir derfor liten støtte til hypotesen om at den sosiale kapitalen på arbeidsplassen har betydning for helsen.

En stor styrke i disse fire studiene, sammenliknet med studiene som belyste sammenhenger for geografiske enheter, er at de benyttet et egenutviklet instrument skreddersydd for å måle den sosiale kapitalen på individnivå og kontekstuell nivå (Kouvonen et al., 2006). Ellers står de ovenfor de samme utfordringene og begrensningene som tilsvarende studier gjort med geografisk avgrensede enheter som tidligere omtalt.



**Tabell 2. Sosial kapital og helse i arbeidsstedsenheter**

Studie (referanse)	Design/år populasjon/setting	Kontekstuell Sosial kapital	Kontekstuelle kovariater	Kovariater individnivå	Helse-, og atferds utfall	Resultat (fixed effects)
Kouvonen et.al. 2008a	Longitudinell studie fra Finland (2000-2005) 33,577 individer Arbeidsenheter (N=3,236)	Gjennomsnitt basert på validert måleinstrument for sosial kapital på ind.nivå		Alder Kjønn Sosial kapital-instrument Arbeidssted Yrkesklassifisering Sivilstatus Røyking Alkoholbruk Fysisk aktivitet Kropps masseindeks Psykiske plager	Depresjon	Ingen assosiasjon
Kouvonen et.al. 2008b	Longitudinell studie fra Finland (2000-2005) 4,853 individer (røykere) Arbeidsenheter (N=1,946)	Gjennomsnitt basert på validert måleinstrument for sosial kapital på ind.nivå		Alder Kjønn Sosial kapital-instrument Arbeidssted Yrkesklassifisering Sivilstatus Alkoholbruk Fysisk aktivitet Kropps masseindeks Depresjon	Røykeslutt	Ingen assosiasjon
Oksanen et.al. 2008	Longitudinell studie fra Finland (2000-2005) 9,524 individer (17-64 år) Arbeidsenheter (N=1,522)	Gjennomsnitt basert på validert måleinstrument for sosial kapital på ind.nivå	Andel midlertidig ansatte Andel menn Andel i manuelle yrker Gjennomsnittsalder Gjennomsnittsstørrelse på arb.enheten	Alder Kjønn Sosial kapital-instrument Yrkesklassifisering Sivilstatus Røyking Alkoholbruk Fysisk aktivitet Kropps masseindeks	Egenvurdert helse	Egenvurdert helse var assosiert med sosial kapital på arbeidsplassen (dog ikke etter justering for kontekstuelle kovariater)
Väänänen et.al 2009	Tverrsnitt og longitudinell studie fra Finland 2000-2005 31,373 individer (17-64 år) Arbeidsenheter (N=2,967)	Gjennomsnitt basert på validert måleinstrument for sosial kapital på ind.nivå		Alder Kjønn Sosial kapital-instrument Yrkesklassifisering Arbeidssted	Indeks for ulike risikofaktorer	Assosiasjoner med sosial kapital i tverrsnittsanalysen, men ikke i oppfølgingsstudien

## 4. Review på makronivå

I dette avsnittet beskrives resultatene fra kvantitative studier som har sett på sammenhengen mellom sosial kapital og helse på makronivå. Det vil si at man har operasjonalisert sosial kapital som en egenskap ved hele land/nasjoner. Søket er også her utført i Pubmed-databasen og inkluderer artikler skrevet på engelsk frem til 1. juni 2009. Søkekombinasjoner som ble benyttet var: "social capital" or "social cohesion" or "social trust" or "social participation". Samme søk ble gjort i ISI-databasen der ytterligere én studie ble identifisert (Rostila, 2007). Inklusjonskriteriene var i tillegg til søkeordene at analyseenhet, eller det kontekstuelle nivået i analysene, skulle være land/nasjoner. Søket i Pubmed-databasen ga totalt 1972 artikler. Individnivåstudier er utelatt, men økologiske studier er her tatt med i tillegg til studier som har benyttet flernivåanalyser.

Kriteriene for inklusjon var oppfylt for 12 studier. Av disse var syv rene økologiske studier og fem brukte flernivåanalyser. Den tidligste er publisert i 1999 og den seneste er fra 2008. Generelt er trenden at de tidligste studiene analyserte sammenhengen mellom sosial kapital og helse på makronivå med *økologiske data* mens de nyere studiene benytter *flernivåteknikker* som er den foretrukne måten å undersøke disse problemstillingene på (Subramanian et al. 2003).

Blant de økologiske studiene (tabell 3) er det kun én som rapporterer om en assosiasjon mellom nivået av tillit og helse (Kelly et al., 2009). Tre studier gir en begrenset støtte, selv om man i konklusjonene strengt tatt avviser en sammenheng mellom den sosiale kapitalen og helsen (Kennelly et al., 2003; Lynch et al., 2001; Muntaner et al., 2002). De siste tre studiene avviser sammenhengene kategorisk (Ellison, 1999; Lindstrom & Lindstrom, 2006; Ram, 2006). Det som

at skiller den ene studien som finner en assosiasjon fra de andre studiene, er at man ikke har kontrollert for noe mål på inntektsulikheter. Dette gjør at det er vanskelig å legge stor vekt på resultatene fra denne studien, spesielt med tanke på at enkelte av de andre fremhever at assosiasjonene mellom sosial kapital og helse forsvinner når man kontrollerer for graden av materiell ulikhet (Ellison, 1999; Ram, 2006). Resultatene fra økologiske studier vil uansett måtte regnes som tentative, men det er altså lite som tyder på at sosial kapital har betydning for helsen basert på disse syv økologiske studiene.

Fem studier har brukt flernivåanalyser (tabell 4). Her finner én av disse solid støtte for at nivået av sosial kapital har betydning for helsen til enkeltindividet (Helliwell & Putnam, 2004). Videre så gir én studie betinget støtte (Mansyur et al., 2008), mens de tre siste ikke finner en sammenheng (Olsen & Dahl, 2007; Poortinga, 2006; Rostila, 2007). De to første studiene er basert på et globalt og langt større utvalg av land (N=45 & 49) og er hentet fra den såkalte World Values Study (WVS). De tre siste benytter European Social Survey (ESS) og innbefatter et mindre antall europeiske land (N=19-22). Alle studiene bruker egenvurdert helse som helsemål, bl.a. fordi dette så langt er det eneste som er tilgjengelig for denne typen problemstillinger. For den ene studien som gir nokså ubetinget støtte til sosial kapital og helse-hypotesen, har man også her, i likhet med den ene økologiske studien som påviser en assosiasjon, unnlatt å kontrollere for materielle ulikheter i form av et mål på inntektsulikhet.



**Tabell 3. Sosial kapital og helse for makroenheter (økologiske analyser)**

Studie (referanse)	Design/år populasjon/setting	Kontekstuell Sosial kapital	Kontekstuelle kovariater	Helse-, og atferds utfall	Resultat
Ellison 1999 (?)	Tverrsnittundersøkelse Økologisk, 1980 12 land	Sosial tillit (%)	Inntektsulikhet (Andel av inntekt til 80% fattigste) BNP pr.innbygger	God egenvurdert helse (%)	Ingen assosiasjon
Kelly et. al. 2009	Tverrsnittundersøkelse Økologisk, 2003-2004 11 Europeiske land	Gjennomsnittlig tillit (Sumskåre basert på tre spørsmål fra ESS)	Gjennomsnittlig alder Andelen gifte Standardisert inntektsnivå	Selvmondsrate pr.100 000	Sosial tillit var assosiert med selvmordsratene
Kennelly et. al. 2003	Panelstudie (gjentatte obs av hvert land) Økologisk, ca 1981-1997 19 land	Sosial tillit (%) Organisasjonsdeltakelse Frivillig arbeid	Inntektsulikhet (Gini) Leger pr. 100,000 innbyggere Helseutgifter pr. innbygger Andel av totale utgifter brukt på helse Andel av BNP brukt på sosiale forhold BNP pr. innbygger Alkoholbruk pr. innbygger Røyking Frukt og grønnsaker pr. innbygger	Forventet levealder kvinner Forventet levealder menn Spedbarnsdødelighet Perinatal dødelighet	Studien rapporterer en rekke modeller. Kun i én modell er sosial kapital assosiert med helse
Lindström & Lindström 2006	Tverrsnittundersøkelse Økologisk, 1993 23 land	Sosial tillit (%)	BNP pr. innbygger Inntektsulikhet (Gini)	Spedbarnsdødelighet Aldersspesifikk dødelighet (45-64 år) Forventet levealder	Sosial kapital var ikke assosiert med noen helseutfall
Lynch et. al 2001	Tverrsnittundersøkelse Økologisk, 1989-1992 16 land (22 land)	Sosial tillit (eg. mistillit) Organisasjonsdeltakelse Frivillighet Kontroll over egen livssit. Medlem i fagforening (%) Kvinner i nasjonal-forsamlingen (%)	Inntektsulikhet (Gini)	Forventet levealder Alders- og kjønnsespesifikke dødelighetsrater Aldersjustert total dødelighet Årsaksspesifikk dødelighet: (koronar hjertesykdom slag, lungekreft, brystkreft, prostatakreft, diabetes, infeksjoner, KOLS, skrumplever, ulykker, drap selvmord) Lav fødselsvekt Dårlig egenvurdert helse (%)	Forfatterne finner svake og inkonsistente assosiasjoner
Muntaner et. al. 2002	Tverrsnittundersøkelse Økologisk, 1989-1992 16 land	Sosial kapital (7 indikatorer)	Økonomisk ulikhet (5 indikatorer) Politiske forhold (14 indikatorer)	Forventet levealder Aldersspesifikk dødelighet Årsaksspesifikk dødelighet Lav fødselsvekt Egenvurdert helse	Totalt 1,500 bivariate korrelasjoner. Den høyeste andelen signifikante korrelasjoner var med indikatorne for økonomisk ulikhet (40%). Andelen signifikante korrelasjoner med sosial kapital var 10%  Sosial kapital indikatorne viser færre og svakere sammenhenger enn indikatorne for økonomisk ulikhet og politiske variabler/indikatorer
Ram 2006	Tverrsnittundersøkelse Økologisk, ca 1995-2000 108 land	Sosial tillit (%)	Inntektsulikhet (Gini) Inntektsulikhet (Andel av inntekt til 10% rikeste) BNP pr. innbygger Andelen ikke-lesekyndige kvinner Utdanningsnivå Andel under fattigdomsgrense (1\$ pr.dag) Indeks for etnisk heterogenitet	Forventet levealder Spedbarnsdødelighet	Sosial tillit viste ingen assosiasjon etter kontroll for inntektsulikhet

**Tabell 4. Sosial kapital og helse for makroenheter (flernivåanalyser)**

Studie (referanse)	Design/år populasjon/setting	Kontekstuell Sosial kapital	Kontekstuelle kovariater	Kovariater individnivå	Helse-, og atferds utfall	Resultat (fixed effects)
Helliwell & Putnam 2004	Tverrsnittundersøkelse ca 1980 - 1997 83,520 individer 49 land (globalt)	Organisasjonsmedlemskap (gjennomsnitt) Sosial tillit (gjennomsnitt)	Median inntekt Betydningen av religion (gjennomsnitt) Kvaliteten på politiske institusjoner	Alder Kjønn Sivil status Arbeidsmarkedstilknytning Utdanning Inntekt Organisasjonsdeltakelse Sosial tillit Tillit til politiet Betydningen av religion Deltakelse religiøse aktiviteter	Tilfredshet med livet Lykke Egenvurdert helse	Høyere nivåer av organisasjonsmedlemskap er assosiert med tilfredshet med livet, lykke, samt med egenvurdert helse Nivået av sosial tillit er kun assosiert med egenvurdert helse
Mansyur et. al. 2008	Tverrsnittundersøkelse ca 1990 - 1997 70,493 individer 45 land (globalt)	Organisasjonsmedlemskap (gjennomsnitt) Sosial tillit (gjennomsnitt)	Inntektsulikhet (Gini) BNP pr.innbygger	Alder Kjønn Inntekt Organisasjonsdeltakelse Sosial tillit	Egenvurdert helse	For hele utvalget under ett gir resultatene betinget støtte til sosial kapital og egenvurdert helse (avh. av modellpref.) Ved å ekskludere Russland er sosial tillit assosiert med egenvurdert helse Organisasjonsdeltakelse er assosiert med utfallet kun hvis Russland beholdes i modellen  I subgruppeanalyser er det kun i land med et høyt velferdsnivå at sosial tillit er en signifikant prediktor. Assosiasjoner mellom sosial kapital og helse er sensitive i forhold til hvilke land som inkluderes
Olsen & Dahl 2007	Tverrsnittundersøkelse 2003 38,472 individer 21 land i Europa (N=19 i analys.)	Sosial tillit (gj.snitt)  (Inntektsulikhet (Gini) droppet fra	Sosiale utgifter som andel av BNP BNP pr.innbygger Alkoholkonsum Barn modellene)	Alder Kjønn (stratifisert) Sivil status  Utdanning Arbeidsmarkedstilknytning Økonomisk tilfredshet Sosiale nettverk	Egenvurdert helse	Ingen assosiasjon mellom nivået av sosial tillit og egenvurdert helse
Poortinga 2006	Tverrsnittundersøkelse 2002-2003 42,358 individer 22 land i Europa	Sosial tillit (gj.snitt) Organisasjonsmedlemskap (gjennomsnitt)		Alder Kjønn Utdanning Inntekt Sosial tillit Organisasjonsdeltakelse	God egenvurdert helse	Ingen assosiasjoner mellom nivået av sosial tillit eller nivået av organisasjonsdeltakelse med helseutfallet
Rostila 2007	Tverrsnittundersøkelse 2002-2003 36,489 individer 20 land i Europa	Sosial tillit (gj.snitt)	Velferdsregime (basert på Esping-Andersens velferdstypologier) Inntektsulikhet (ratioen mellom inntekten som tilfaller de 20% rikeste og de 20% fattigste) BNP pr.innbygger	Alder Kjønn Utdanning Etnisitet Sosial tillit	Dårlig egenvurdert helse	Ingen assosiasjon mellom nivået av sosial tillit og dårlig egenvurdert helse

Samlet peker disse makronivåstudiene i retning av at nivået på sosial kapital innen et land ikke har noen *uniform effekt* på helsen. Det er imidlertid flere av studiene som har sett på samspillseffekter mellom nivået av sosial kapital i landet og den individuelle sosiale kapitalen. For eksempel viser Poortinga til at tillitsfulle individer bosatt i land med et høyt nivå av sosial kapital rapporterer bedre helse enn individer med lite individuell tillit, mens dette ikke synes å være tilfelle i land med et lavt nivå av sosial kapital (Poortinga, 2006). Mansyur og medarbeidere finner derimot ikke noe tilsvarende samspill i sitt større utvalg av mer heterogene land (Mansyur et al., 2008). Rostila (2007) undersøkte samspill mellom individuell tillit og type velferdsregime. Her finner han at individer som rapporterer lite tillit også rapporterer dårligere helse enn de som rapporterer mye tillit, og at denne effekten er spesielt sterk i de tidligere sovjetstatene. Dette funnet motstrider på mange måter Poortinga (2006) sine funn, siden de tidligere sovjetstatene systematisk skårer lavt for nivået av sosial kapital.

I likhet med de tidligere omtalte mesonivå-studiene har disse makronivå-studiene nokså tilsvarende begrensninger og svakheter. To andre viktige begrensninger som kommer i tillegg er for det første at analysene er svært følsomme i forhold til hvilke land som inkluderes. Studien til Mansyur og medarbeidere, som delvis testet denne sensitiviteten, indikerer i hvert fall dette (Mansyur et al., 2008). For det andre kan det være problematisk å benytte subjektive helsevurderinger på tvers av til dels svært ulike kulturer (Desesquelles et al., 2009; Jurges, 2007; Vuorisalmi et al., 2008). Hvordan et spørsmål der man bes om å vurdere sin egen helse oppfattes og forstås, og hvilket meningsinnhold man legger i svaret på et slikt spørsmål, kan variere mye, særlig i en global kontekst.

En stor styrke ved makronivåstudiene, til forskjell fra studiene som benytter geografiske enheter på lavere nivåer, er nettopp det faktum

at man benytter en klart avgrenset og kanskje mer meningsfull kontekstuell enhet på gruppenivå. Alle innbyggerne er i prinsippet underlagt betingelsene fra det samme velferdsregimet, og karakteristika ved ulike velferdsregimer kan variere nokså mye i en global målestokk.

## 5. Oppsummert om studier av sosial kapital og helse

Denne litteraturgjennomgangen har ikke tatt for seg studier som har analysert sammenhenger mellom individuell sosial kapital og helse. Men resultatene fra et stort antall studier over mange år er overveiende at: "sosial støtte skaper helse – mangel på støtte skaper vanhelse" (Bø & Schiefloe, 2007; Dalgard & Sørensen, 2009). Siktemålet for denne kunnskapsoversikten har imidlertid vært å gjennomgå studier som har anlagt et litt annet perspektiv: Har sosial kapital, forstått som en karakteristikk ved samfunnet, enten lokalt eller globalt, betydning for enkeltindividets helse?

Sammenstill vi litteraturen som har sett på sammenhenger mellom kontekstuell sosial kapital på mesonivå og individuell helse så fremtrer et nokså uoversiktlig bilde. Resultatene spriker og mulige årsaker til dette er omtalt underveis. Tidligere liknende internasjonale reviewer har påpekt at mesonivå-studier fra de skandinaviske landene generelt finner små eller ikke-eksisterende effekter av sosial kapital (Kim et al., 2008). Dernest har man påpekt at den geografiske helsevariasjonen innad i de enkelte skandinaviske landene, etter at man har tatt hensyn til befolkningssammensetningen, er svært liten sammenholdt med andre lite egalitære land (Islam et al., 2006a). Samme bilde fremtrer i studiene som er inkludert i tabell 1. I studiene som har rapportert hvor stor andel av variansen som kan knyttes til mesonivået ligger denne på rundt 0,5-2,7%. Følgelig kan den sosiale kapitalen på mesonivå uansett forklare svært lite av den totale helsevariasjonen i befolkningen innad i de nordiske landene. Unntaket er én studie (Lindstrom et al., 2006a) der hele 10% av variansen kunne knyttes til mesonivået, men denne variansen kunne dog ikke forklares ved ulike nivåer av sosial kapital. De fire studiene som undersøkte betydningen

av sosial kapital på arbeidssstedet gir liten støtte for at dette har betydning for helsen eller helseatferden.

Litteraturen som har sett på sammenhenger mellom kontekstuell sosial kapital og helse på makronivå gir også liten støtte til hypotesen om at sosial kapital har noen entydig effekt på, eller betydning for, helsetilstanden. Det man derimot finner indikasjoner på, er at den kontekstuelle sosiale kapitalen – nært knyttet til type velferdsregime – virker i samspill med individuell sosial kapital, og at dette kan ha betydning for helsen til noen grupper i samfunnet. Det vil si at for noen grupper av befolkningen, for eksempel de mest marginaliserte, så vil den sosiale kapitalen i storsamfunnet ha en betydning. Men det er viktig å understreke at resultatene spriker mellom studiene samt at det er vanskelig å si sikkert om dette skyldes sosial kapital eller andre institusjonelle forhold ved samfunnet.

## 6. Avsluttende kommentarer

Sosial kapital-begrepet er på mange måter fortsatt i sin spede barndom. Det lider utvilsomt av flere barnesykdommer, og det er et omdiskutert begrep. Men som andre har påpekt kan det faktum at begrepet er omdiskutert tyde på at begrepet har gjennomslagskraft, ikke bare at det er problematisk (Wollebæk & Selle, 2005).

Det ble innledningsvis gitt et innblikk i sosial kapital-begrepet der noe av forhistorien og det teoretiske grunnlaget ble beskrevet. I tillegg ble det redegjort for deler av kritikken mot begrepet. Sosial kapital opptar for tiden stor plass innenfor forskningen og kunnskapen derfra har etter hvert gjort at begrepet har fått bred interesse også i våre folkevalgte organer. Her er det grunn til å stoppe opp et øyeblikk og ta et gjensyn med to av perspektivene som ble beskrevet tidligere, fordi det her ligger en åpning for svært ulike fortolkninger.

I følge sivilsamfunnsperspektivet, først og fremst representert ved Putnam, er sivilsamfunnet arenaen hvor kreftene bør settes inn for å bygge og vedlikeholde den sosiale kapitalen. Det institusjonelle perspektivet ser derimot den sosiale kapitalen som en konsekvens av offentlig politikk og politiske institusjoner. Dette er, litt satt på spissen, nærmest diametralt forskjellige forståelser av sosial kapital, og det åpner for vidt forskjellige fortolkninger. Et interessant spørsmål er derfor om sosial kapital-begrepet, slik det debatteres med bakgrunn i begge disse ståstedene innenfor forskningen, har sin motsats i den praktisk-politiske diskusjonen? Eller er det slik at sivilsamfunnsperspektivet er tilnærmet enerådende, slik det synes å være i både USA, Storbritannia og internasjonale organisasjoner som OECD og Verdensbanken?

Det er også grunn til å dvele litt ved det faktum at de skandinaviske landene konsekvent skårer høyt på ulike indikatorer for sosial kapital (Pichler & Wallace, 2007). I følge den konservative økonomen Fukuyama, så vil regimer som de nordiske landene med sine omfattende velferdsordninger ødelegge den sosiale kapitalen i samfunnet (Fukuyama, 1999). Han hevder at dersom staten overtar oppgaver som tidligere ble utført av sivilsamfunnet, så forsvinner etter hvert evnen til kollektiv handling. Putnam har også argumentert for at veksten av velferdsstaten kan være en av årsakene til nedgangen av sosial kapital i USA (Putnam, 2000). Situasjonen i Norden gir ingen støtte til slike fortolkninger. Fridberg & Kangas hevder det snarere er motsatt, den nordiske eller skandinaviske velferdsmodellen stimulerer til frivillig deltakelse (Fridberg & Kangas, 2008).

I folkehelsesammenheng har kanskje sosial kapital-begrepet fått ufortjent mye oppmerksomhet og gjennomslagskraft. Det er fremsatt påstander om at sosial kapital, forstått som en kontekstuell egenskap ved land, eller områder innen land, har stor betydning for helseulikhetene vi observerer mellom disse områdene eller landene (Putnam, 2000). Denne kunnskapsoversikten finner, i likhet med andre, at det er diskutabelt om disse sammenhengene faktisk *har* særlig betydning for geografiske helseulikheter innen skandinaviske land (Islam et al., 2006a; Kim et al., 2008). Dernest finner vi at sosial kapital uansett kan forklare svært lite av de geografiske helseulikhetene innen de skandinaviske landene, fordi det meste av variasjonen skyldes ulikheter i den sosiodemografiske sammensetningen av individer innen disse områdene.

Det ser heller ikke ut som om sosial kapital er assosiert med helse når vi ser på dette på makronivå. Helseulikheter mellom land, globalt eller innenfor en europeisk kontekst, synes ikke å kunne forklares ved ulike nivåer av sosial kapital. Men på dette nivået er det langt

større potensial for politiske systemperspektiver (Beckfield & Krieger, 2009; Eikemo, 2008), altså andre makrososiale (Galea, 2007), makroøkonomiske (Subramanian et al., 2002a) eller makrokulturelle (Mansyur et al., 2009) tilnærminger. Med andre ord, en langt større andel av helsevariasjonen er knyttet til makronivået mellom land enn til mesonivået innen land, i hvert fall når man ser på helsemålet "egenvurdert helse" (se for eksempel Eikemo et al., 2008).

Det er riktig at man finner assosiasjoner mellom sosial kapital og helse innen USA, og noen av dem kan virke slående (Kawachi et al., 1999; Kawachi et al., 1997). Men senere studier av langt bedre metodisk kvalitet finner at betydningen av sosial kapital er langt mer beskjeden enn opprinnelig antatt (Kim et al., 2006; Subramanian et al., 2001; Subramanian et al., 2002b). Det er også omdiskutert om disse sammenhengene innen USA virkelig holder stand i forhold til konkurrerende hypoteser. Videre er det også riktig at man finner assosiasjoner på individnivå mellom sosial kapital og helse i nær sagt alle samfunn. Dette er hverken noen ny oppdagelse eller noen overraskelse. Men det er heller ikke denne litteraturen det vanligvis refereres til. Der er det studier i Putnam-tradisjonen som dominerer (Moore et al., 2006; Moore et al., 2005). Man bør kanskje være varsom med å benytte folkehelse som argument for at sosial kapital er viktig.

Basert på resultatene og diskusjonen i det foregående kan man spørre om sosial kapital-begrepet i det hele tatt fortjener noen plass i det fremtidige folkehelsearbeidet? Kanskje kan det ha en plass, og det er særlig én grunn som må fremheves: Norge har sammen med de andre skandinaviske landene høye nivåer av sosial kapital i internasjonal sammenheng; den sosiale tilliten er høy og organisasjonsdeltakelsen omfattende (Fridberg & Kangas, 2008). Årsakene til dette kan man være uenige om, det viktige er tross alt at den sosiale kapitalen er høy, og at dette er verdt å ta vare på. Wollebæk og Selle (2005 s 230)

reiser derfor et veldig viktig spørsmål: Hva er fremtiden for den sosiale kapitalen når velferdsstaten settes under press og de sosiale forskjellene mellom folk øker?

Det er nettopp usikkerheten knyttet til svaret på dette spørsmålet som gjør at det er gode grunner til å fortsette å interessere seg for sosial kapital-begrepet også på folkehelseområdet. Vi opplever også i Norge økende inntektsforskjeller (NOU, 2009). Offentlig virksomhet omstilles, privatiseres og konkurranseutsettes, og spørsmålet er hvilke utslag det får for de sosiale forbindelsene. Hvilke virkninger kan store sosiale reformer, som for eksempel pensjonsreformen, NAV-reformen, eller samhandlingsreformen i helsevesenet, avstedkomme i forhold til den sosiale kapitalen? Viktige arbeidslivsbestemmelser er under press, for eksempel ønsker mange en åpning for et mer omstillingsvillig arbeidsliv. Hva har slike forhold å si for tilliten mellom arbeidstaker og arbeidsgiver?

Alle disse eksemplene kan potensielt, både enkeltvis og samlet, ødelegge den sosiale kapitalen, og de vil kunne virke ødeleggende på folkehelsen. Nettopp *det* gjør at sosial kapital-begrepet kan ha en plass i det fremtidige folkehelsearbeidet fordi både den sosiale kapitalen og folkehelsen er så nært knyttet til velferdsstatens institusjoner. Den britiske allmennpraktikeren og skribenten Julian Tudor Hart hevder for eksempel i sin siste bok at det var den sosiale kapitalen, uttrykt ved en felles forståelse av solidaritet i etterkant av verdenskrigen, som gjorde det mulig å etablere den nasjonale offentlige helsetjenesten (NHS) i Storbritannia i 1948 (Hart, 2006). Hart er derfor helt på linje med Rothstein & Uslaner (2005) når han hevder at universelle sosiale ordninger og sosial kapital er uløselig knyttet sammen. Sosial kapital-begrepet har derfor to nyttige, om enn indirekte, egenskaper i folkehelsearbeidet. Tilnærmingen bidrar til bevisstgjøring hos politikerne av viktige kjennetegn ved det norske samfunnet som det er

verdt å ivareta, og den kan bidra til å kaste lys over utilsiktede konsekvenser av politiske beslutninger. For å si det enkelt. En nedgang i den nasjonale sosiale kapitalen kan gi oss en tidlig indikasjon på uheldige politiske vedtak som på sikt også vil få negativ betydning for til helsetilstand og helseulikheter.

Det er altså grunn til å uttrykke skepsis mot bruken av sosial kapital som et virkemiddel for å bedre folkehelsen dersom den ensidig forstås med bakgrunn i Putnam's arbeider. Slik enkelte benytter begrepet er det nesten mer egnet til å tåkelegge ubehagelige sosiale realiteter enn å fremme en god folkehelse. Verken sosial kapital eller folkehelsen kan forstås isolert fra økonomiske og politiske strukturer i samfunnet, de må plasseres *innenfor* en økonomisk og politisk kontekst (Wakefield & Poland, 2005). En rettferdig fordeling av ressurser og muligheter gir grobunn for tillit, deltakelse og helse for alle.

## Referanser

- Beckfield, J., & Krieger, N. (2009). Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities--Evidence, Gaps, and a Research Agenda. *Epidemiologic Reviews*, Advance access published June 9 2009, DOI: 10.1093/epirev/mxp002.
- Berkman, L. (2001). Social integration, Social networks, and Health. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 14327-14332.
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social integration, Social networks, Social support, and Health. I: L. Berkman & I. Kawachi (Red.), *Social epidemiology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51(6), 843-857.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Blomgren, J., Martikainen, P., Makela, P., & Valkonen, T. (2004). The effects of regional characteristics on alcohol-related mortality-a register-based multilevel analysis of 1.1 million men. *Social Science and Medicine*, 58(12), 2523-2535.
- Boggs, C. (2001). Review essay. Social capital and political fantasy: Robert Putnam's *Bowling alone*. *Theory and Society*, 30, 281-297.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. I: J. G. Richardson (Red.), *The handbook of theory: research for the sociology of education*. New York: Greenwood Press.
- Bø, I., & Schiefloe, P. M. (2007). Sosiale landskap og sosial kapital. Innføring i nettverkstenkning. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chaix, B., Lindstrom, M., Merlo, J., & Rosvall, M. (2008). Neighbourhood social interactions and risk of acute myocardial infarction. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(1), 62-68.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94(Supplement), 95-120.
- Curtis, S. (2004). Health and inequality. London: Sage.
- Curtis, S., & Cummins, S. (2007). Ecological studies. I: S. Galea (Red.), *Macrosocial determinants of population health*. New York: Springer.

- Dalgard, O. S., & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø - viktige faktorer for helsen I: J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Deaton, A. (2003). Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic literature*, XLI(March 2003), 113-158.
- Desesquelles, A. F., Egidi, V., & Salvatore, M. A. (2009). Why do Italian people rate their health worse than French people do? An exploration of cross-country differentials of self-rated health. *Social Science and Medicine*, 68(6), 1124-1128.
- Diez Roux, A. V. (1998). Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 88(2), 216-222.
- Diez Roux, A. V. (2000). Multilevel analysis in public health research. *Annual Review of Public Health*, 21, 171-192.
- Diez Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1783-1789.
- Diez Roux, A. V. (2004). The study of group-level factors in epidemiology: rethinking variables, study designs, and analytical approaches. *Epidemiologic Reviews*, 26, 104-111.
- Dybdahl, K.E & Skiri, H. (2005). Klare geografiske forskjeller i levealder mellom bydeler i Oslo. Samfunnsspeilet nr. 6, 2005. Oslo og Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Eikemo, T. A. (2008). Social inequalities in self-assessed health between European welfare regimes. Evidence from the European Social Survey. Department of Sociology and Political Science. Faculty of Social Sciences and Technology Management. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology (NTNU).
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K., & Ringdal, K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 66(11), 2281-2295.
- Ellison, G. T. (1999). Income inequality, social trust, and self-reported health status in high-income countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 325-328.
- Engström, K., Mattsson, F., Jarleborg, A., & Hallqvist, J. (2008). Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 66(11), 2268-2280.
- Fridberg, T., & Kangas, O. (2008). Social capital. I: H. Ervasti, T. Fridberg, M. Hjerm & K. Ringdal (Red.), *Nordic social attitudes in a European perspective*. Cheltenham, UK and Northampton MA, USA: Edward Elgar.
- Frohlich, K. L., Dunn, J. R., McLaren, L., Shiell, A., Potvin, L., Hawe, P., et al. (2007). Understanding place and health: A heuristic for using administrative data. *Health & Place*, 13(2), 299-309.
- Fukuyama, F. (1999). Social capital and civil society. Paper presented at IMF conference on second generation reforms: International Monetary Fund.
- Galea, S. (2007). *Macrosocial determinants of population health*. New York: Springer.
- Harpham, T. (2008). The measurement of community social capital through surveys. I: I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Red.), *Social capital and health*. New York: Springer.
- Hart, J. T. (2006). *The political economy of health care: a clinical perspective*. Bristol: The Policy Press.
- Harvey, D. (2006). Space as a keyword. I: N. Castree & D. Gregory (Red.), *David Harvey: A critical reader*. Malden, MA: Blackwell publishing.
- Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B-Biological Sciences*, 359(1449), 1435-1446.
- Hernes, G. (2007). *Med på laget: Om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen / elektronisk ressurs*. Oslo: Fafo.
- Hjellbrekke, J. (2000). Ulike tilnærmingar til "sosial kapital" i sosiologi og statsvitenskap. *Sosiologisk tidsskrift*, 8(3), 209-227.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindstrom, M., & Gerdtham, U. G. (2006a). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(3), doi:10.1186/1475-9276-5-3.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., Burström, K., & Gerdtham, U. G. (2006b). Does it really matter where you live? A panel data multilevel analysis of Swedish municipality level social capital on individual health-related quality of life. *Health economics, policy and law*, 1(3), 209-235.
- Iversen, T. (2008). An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway. *Health economics, policy and law*, 3, 349-364.
- Johnell, K., Merlo, J., Lynch, J., & Blennow, G. (2004). Neighbourhood social participation and women's use of anxiolytic-hypnotic drugs: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(1), 59-64.
- Johnell, K., Lindstrom, M., Sundquist, J., Eriksson, C., & Merlo, J. (2006a). Individual characteristics, area social participation, and primary non-concordance with medication: a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 6:52, doi:10.1186/1471-2458-6-52.



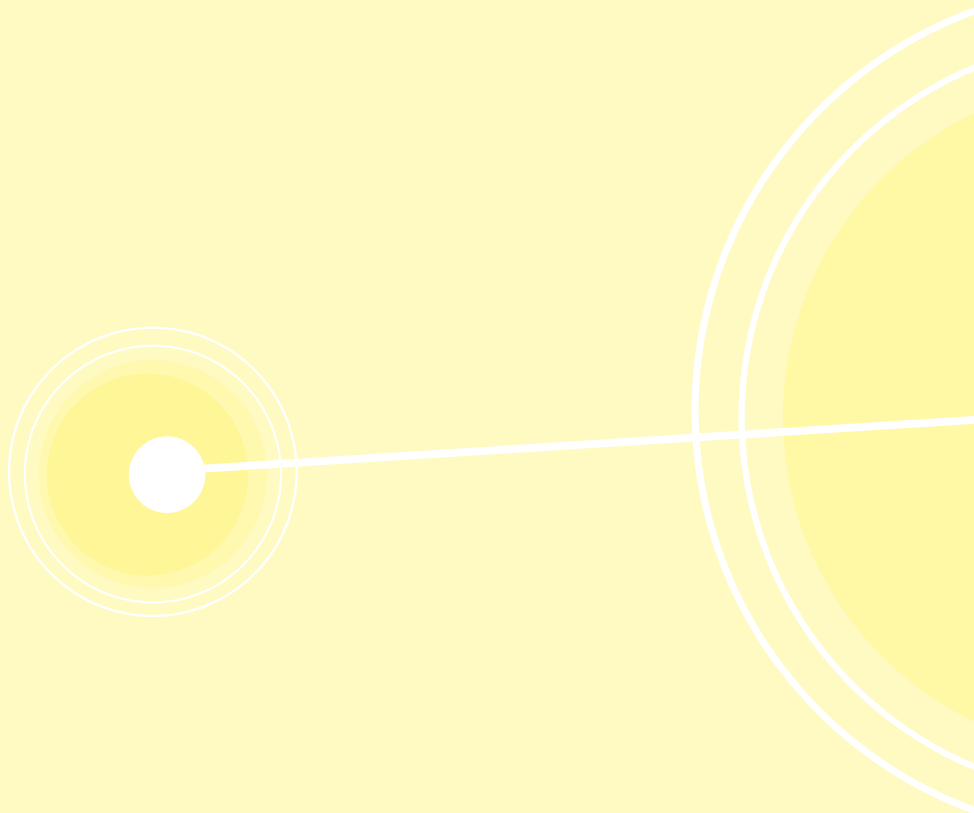
- Johnell, K., Mansson, N. O., Sundquist, J., Melander, A., Blennow, G., & Merlo, J. (2006b). Neighborhood social participation, use of anxiolytic-hypnotic drugs, and women's propensity for disability pension: a multilevel analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 41-48.
- Johnell, K., Lindstrom, M., Melander, A., Sundquist, J., Eriksson, C., & Merlo, J. (2006c). Anxiolytic-hypnotic drug use associated with trust, social participation, and the miniaturization of community: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1205-1214.
- Jurges, H. (2007). True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Economy*, 16(2), 163-178.
- Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, S. L., & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128(2), 370-380.
- Karvonen, S., Sipila, P., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Laaksonen, M. (2008). Smoking in context - a multilevel approach to smoking among females in Helsinki. *BMC Public Health*, 8:134, doi:10.1186/1471-2458-8-134.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). Social cohesion, Social capital, and health. I: L. F. Berkman & I. Kawachi (Red.), *Social epidemiology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187-1193.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.
- Kelly, B. D., Davoren, M., Mhaolain, A. N., Breen, E. G., & Casey, P. (2009). Social capital and suicide in 11 European countries: an ecological analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 971-977.
- Kennelly, B., O'Shea, E., & Garvey, E. (2003). Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Social Science and Medicine*, 56(12), 2367-2377.
- Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 116-122.
- Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2008). Social capital and physical health - A systematic review of the literature. I: I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Red.), *Social capital and health*. New York: Springer.
- Kouvonen, A., Kivimaki, M., Vahtera, J., Oksanen, T., Elovainio, M., Cox, T., et al. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC Public Health*, 6:251, doi:10.1186/1471-2458-6-251.
- Kouvonen, A., Oksanen, T., Vahtera, J., Stafford, M., Wilkinson, R., Schneider, J., et al. (2008a). Low Workplace Social Capital as a Predictor of Depression: The Finnish Public Sector Study. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1143-1151.
- Kouvonen, A., Oksanen, T., Vahtera, J., Vaananen, A., De Vogli, R., Elovainio, M., et al. (2008b). Work-place social capital and smoking cessation: the Finnish Public Sector Study. *Addiction*, 103(11), 1857-1865.
- Kravdal, O. (2007). A fixed-effects multilevel analysis of how community family structure affects individual mortality in Norway. *Demography*, 44(3), 519-537.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.
- Kumlin, S., & Rothstein, B. (2005). Making and breaking of social capital. The impact of welfare state institutions. *Comparative political studies*, 38(4), 339-365.
- Lindstrom, C., & Lindstrom, M. (2006). "Social capital," GNP per capita, relative income, and health: an ecological study of 23 countries. *International Journal of Health Services*, 36(4), 679-696.
- Lindström, M., Moghaddassi, M., & Merlo, J. (2003a). Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmo, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1), 23-28.
- Lindström, M., Merlo, J., & Ostergren, P. O. (2003b). Social capital and sense of insecurity in the neighbourhood: a population-based multilevel analysis in Malmo, Sweden. *Social Science and Medicine*, 56(5), 1111-1120.
- Lindstrom, M., Lindstrom, C., Moghaddassi, M., & Merlo, J. (2006a). Social capital and neo-materialist contextual determinants of sense of insecurity in the neighbourhood: a multilevel analysis in Southern Sweden. *Health & Place*, 12(4), 479-489.
- Lindstrom, M., Axen, E., Lindstrom, C., Beckman, A., Moghaddassi, M., & Merlo, J. (2006b). Social capital and administrative contextual determinants of lack of access to a regular doctor: a multilevel analysis in southern Sweden. *Health Policy*, 79(2-3), 153-164.
- Lofors, J., & Sundquist, K. (2007). Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: a cohort study of 4.5 million Swedes. *Social Science and Medicine*, 64(1), 21-34.
- Lynch, J., Due, P., Muntaner, C., & Smith, G. D. (2000a). Social capital--is it a good investment strategy for public health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6), 404-408.

- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A., et al. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99.
- Lynch, J., Smith, G. D., Hillemeier, M., Shaw, M., Raghunathan, T., & Kaplan, G. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*, 358(9277), 194-200.
- Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2003). Rates and states: reflections on the health of nations (Essay review). *International Journal of Epidemiology*, 32, 663-670.
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000b). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320(7243), 1200-1204.
- Macinko, J., & Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly*, 79(3), 387-427.
- Macinko, J. A., Shi, L., Starfield, B., & Wulu, J. T., Jr. (2003). Income inequality and health: a critical review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 60(4), 407-452.
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). Neighborhoods and health: An overview. I: I. Kawachi & L. Berkman (Red.), *Neighborhoods and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science and Medicine*, 55(1), 125-139.
- Mansyur, C., Amick, B. C., Harrist, R. B., & Franzini, L. (2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social Science and Medicine*, 66(1), 43-56.
- Mansyur, C. L., Amick, B. C., 3rd, Franzini, L., & Roberts, R. E. (2009). Culture and the social context of health inequalities. *International Journal of Health Services*, 39(1), 85-106.
- Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337(8754), 1387-1393.
- Martikainen, P., Bartley, M., & Lahelma, E. (2002). Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1091-1093.
- Martikainen, P., Kauppinen, T. M., & Valkonen, T. (2003). Effects of the characteristics of neighbourhoods and the characteristics of people on cause specific mortality: a register based follow up study of 252,000 men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(3), 210-217.
- McLaren, L., & Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(1), 6-14.
- Merlo, J., Lynch, J. W., Yang, M., Lindstrom, M., Ostergren, P. O., Rasmusen, N. K., et al. (2003). Effect of neighborhood social participation on individual use of hormone replacement therapy and antihypertensive medication: a multilevel analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(9), 774-783.
- Moon, G., Subramanian, S. V., Jones, K., Duncan, C., & Twigg, L. (2005). Area-based studies and the evaluation of multilevel influences on health outcomes. I A. Bowling & S. Ebrahim (Red.), *Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis*. Maidenhead: Open University Press.
- Moore, S., Haines, V., Hawe, P., & Shiell, A. (2006). Lost in translation: a genealogy of the "social capital" concept in public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8), 729-734.
- Moore, S., Shiell, A., Hawe, P., & Haines, V. A. (2005). The privileging of communitarian ideas: citation practices and the translation of social capital into public health research. *American Journal of Public Health*, 95(8), 1330-1337.
- Muntaner, C. (2004). Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 674-680; discussion 700-674.
- Muntaner, C., Lynch, J., & Smith, G. D. (2001). Social capital, disorganized communities, and the third way: understanding the retreat from structural inequalities in epidemiology and public health. *International Journal of Health Services*, 31(2), 213-237.
- Muntaner, C., & Lynch, J. W. (2002). Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of *Bowling Alone's* implications for social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 31, 261-267.
- Muntaner, C., Lynch, J. W., Hillemeier, M., Lee, J. H., David, R., Benach, J., et al. (2002). Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. *International Journal of Health Services*, 32(4), 629-656.
- Muntaner, C., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2000). Social capital and the third way in public health. *Critical public health*, 10(2), 107-124.
- Navarro, V. (2002). A critique of social capital. *International Journal of Health Services*, 32(3), 423-432.
- NOU. (2009). NOU 2009: 10. Fordelingsutvalget. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Finansdepartementet 25. april 2008, avgitt 30. april 2009.
- Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B. H. (2007). Sosial ulikhet i helse: en faktarapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Oksanen, T., Kouvonen, A., Kivimaki, M., Pentti, J., Virtanen, M., Linna, A., et al. (2008). Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Social Science and Medicine*, 66(3), 637-649.

- Olsen, K. M., & Dahl, S. A. (2007). Health differences between European countries. *Social Science and Medicine*, 64(8), 1665-1678.
- Oorschot, W. v., Arts, W., & Gelissen, J. (2006). Social capital in Europe. Measurement and social and regional distribution of a multifaceted phenomenon. *Acta Sociologica*, 49(2), 149-167.
- Orth-Gomer, K., & Johnson, J. V. (1987). Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40(10), 949-957.
- Osler, M., Prescott, E., Gronbaek, M., Christensen, U., Due, P., & Engholm, G. (2002). Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults: analysis of pooled data from two cohort studies. *BMJ*, 324(7328), 13-16.
- Osyuk, T. L., & Galea, S. (2007). What level macro? Choosing appropriate levels to assess how place influences population health. I: S. Galea (Red.), *Macrosocial determinants of population health*. New York: Springer.
- Pawar, M. (2006). "Social" "capital"? *The Social Science Journal*, 43, 211-226.
- Pearce, N., & Davey Smith, G. (2003). Is social capital the key to inequalities in health? *American Journal of Public Health*, 93(1), 122-129.
- Pichler, F., & Wallace, C. (2007). Patterns of formal and informal social capital in Europe. *European Sociological Review*, 23(4), 423-435.
- Poortinga, W. (2006). Social capital: an individual or collective resource for health? *Social Science and Medicine*, 62(2), 292-302.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual review of sociology*, 24, 1-24.
- Portes, A. (2000). The two meanings of Social Capital. *Sociological Forum*, 15(1), 1-12.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: Americas declining social capital. *Journal of democracy*, 6(1), 65-78.
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster.
- Putnam, R. D. (2001). Social capital - Measurement and consequences. *ISUMA*, 2(1), 41-45.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1993). Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Ram, R. (2006). Further examination of the cross-country association between income inequality and population health. *Social Science and Medicine*, 62(3), 779-791.
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations. New York: The Free Press.
- Rognerud, M., & Stensvold, I. (1998). Oslohelse: utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Oslo: Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.
- Rostila, M. (2007). Social capital and health in European welfare regimes: a multilevel approach. *Journal of European social policy*, 17(3), 223-239.
- Rostila, M. (2008). Healthy bridges. Studies of social capital, welfare and health. Department of sociology. Stockholm: Stockholm University.
- Rothstein, B. (2001). Social capital in the Social Democratic Welfare State. *Politics & Society*, 29(2), 207-241.
- Rothstein, B., & Stolle, D. (2003). Introduction: Social capital in Scandinavia. *Scandinavian political studies*, 26(1), 1-26.
- Rothstein, B., & Uslaner, E. M. (2005). All for all. Equality, corruption, and social trust. *World Politics*, 58, 41-72.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing "Neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual review of Sociology*, 28, 443-478.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924.
- Schwartz, S., Susser, E., & Susser, M. (1999). A future for epidemiology? *Annual review of Public Health*, 20, 15-33.
- Smith, G. D., & Lynch, J. W. (2004). Commentary: Social capital, social epidemiology and disease aetiology. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 691-700; discussion 705-699.
- Smith, S. S., & Kulynych (2002). It may be social, but why is it capital? The social construction of social capital and the politics of language. *Politics & Society*, 30(1), 149-186.
- Stolle, D. (2001). Getting to trust. I: P. Dekker & E. Uslaner (Red.), *Social capital and participation in everyday life*. London: Routledge.
- Subramanian, S. V., Belli, P., & Kawachi, I. (2002a). The macroeconomic determinants of health. *Annual review of public health*, 23, 287-302.
- Subramanian, S. V., Jones, K., & Duncan, C. (2003). Multilevel methods for public health research. I: Kawachi, I. & Berkman, L. (Red.), *Neighborhoods and health*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2004). Income inequality and health: what have we learned so far? *Epidemiologic Reviews*, 26, 78-91.
- Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (2001). Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social Science and Medicine*, 53, 9-19.

- Subramanian, S. V., Kim, D. J., & Kawachi, I. (2002b). Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *Journal of Urban Health*, 79(4 Suppl 1), 21-34.
- Sundquist, J., Johansson, S. E., Yang, M., & Sundquist, K. (2006). Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: a cohort study of 2.8 million people. *Social Science and Medicine*, 62(4), 954-963.
- Sundquist, K., & Yang, M. (2007). Linking social capital and self-rated health: a multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. *Health & Place*, 13(2), 324-334.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674-677.
- Szreter, S. (2002). The state of social capital: Bringing back in power, politics, and history. *Theory and Society*, 31, 537-621.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667.
- Väänänen, A., Kouvonen, A., Kivimäki, M., Oksanen, T., Elovainio, M., Virtanen, M., et al. (2009). Workplace social capital and co-occurrence of lifestyle risk factors: Finnish Public Sector Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 432-437.
- van Hooijdonk, C., Droomers, M., Deerenberg, I. M., Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (2008). The diversity in associations between community social capital and health per health outcome, population group and location studied. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1384-1392.
- Vuorisalmi, M., Pietilä, Pohjolainen, P., & Jylhä, M. (2008). Comparison of self-rated health in older people of St. Petersburg, Russia, and Tampere, Finland: how sensitive is SRH to cross-cultural factors? . *European Journal of Ageing*, 5, 327-334.
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*, 21, 543-567.
- Wakefield, S. E., & Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science and Medicine*, 60(12), 2819-2832.
- Welin, L., Tibblin, G., Svardsudd, K., Tibblin, B., Ander-Peciva, S., Larsson, B., et al. (1985). Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet*, 1(8434), 915-918.
- Westin, S. (2009). Bedriftsøkonomisk "nyttale" i helsetjenesten. I: B. Wilmar, P. Brusgaard, J.C. Frich & P. Fugelli (Red.), *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304(6820), 165-168.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G. (2000). *Mind the gap. Hierarchies, health and human evolution*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Wilkinson, R. G. (2005). *The impact of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62(7), 1768-1784.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2009). *The Spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane.
- Wollebæk, D., & Selle, P. (2005). Hvorfor studere sosial kapital i Norge? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 46(2), 221-235.
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian Journal of Policy Research (ISUMA)*, 2(1), 11-17.
- Yen, I. H., & Syme, S. L. (1999). The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. *Annual Review of Public Health*, 20, 287-308.
- Östergren, P.-O. (2005). Socialt kapital, område, individ ock hälsa. I: K. Melinder & A. Schærström (Red.), *Platsen, individen ock folkhälsan*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.





HelseDirektoratet  
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo  
Telefon: 810 20 050  
[www.helseDirektoratet.no](http://www.helseDirektoratet.no)