

Social kapital og sundhed - analyser fra Region Nordjylland

Claus D. Hansen & Anders Petersen

Aalborg Universitet

Forord

Hvordan står det til med forholdet mellem social kapital og sundhed i Region Nordjylland? Svaret på det spørgsmål er yderst komplekst, og denne rapport påstår heller ikke at komme med et fyldestgørende svar. Men rapporten kommer med nogen svar, der bestemt forekommer interessante for politikere, sundhedsfaglige og lægmænd i regionen. Rapporten påpeger således både positive sagsforhold og mulige indsatsområder, som med fordel kunne tages til indtægt. Rapporten opstiller mere præcist nogen indsatsområder for folkesundheden i Region Nordjylland, såfremt social kapital skal være fokusområde for indsatserne. Rapporten baserer sig på både kvantitative og kvalitative data, som er blevet indhentet og analyseret på de præmisser, som sådanne data foreskriver. Det indebærer, at rapporten så at sige er skåret over i to dele – en kvantitativ og en kvalitativ. Men vi forsøger alligevel i rapporten at få de to områder til at supplere og informere hinanden, for på den måde at skabe en større helhed i rapporten.

En hovedpræmis for læsningen og forståelsen af rapporten er, at den er et sociologisk stykke arbejde. Begge forfattere er sociologer, og arbejder derfor med de værktøjer, som sociologien stiller til rådighed. God læselyst!

Kapitel 1

Hvad er social kapital, og hvorfor skulle det hænge sammen med sundhed?

Det forekommer indiskutabelt, at begrebet social kapital¹ er blevet et til stadighed mere omdiskuteret begreb inden for samfundsvidenskaberne generelt og i sociologien i særdeleshed. Ja, man fristes næsten til at sige, at den sociologiske interesse for begrebet har eksploderet inden for de seneste 10-15 år. I komprimeret form kan diskussionen om begrebet siges at være polariseret i to dele. På den ene side finder vi tilhængerne af begrebet, der opfatter social kapital som en både kollektiv og individuel ressource, der agerer smøremiddel for det civile liv: Skaber kollektive såvel som individuelle goder såsom normer, netværk, tryghed, forpligtende relationer, forudsigelighed osv. På den anden side findes de, der rejser kritik af begrebets uklarheder, dets ensidige fokus på positive egenskaber og på problemerne med at måle, hvad social kapital er (Svendsen 2004:30). Men uanset om begrebet falder i ens smag eller ej, så må man konstatere dets udbredelse til politiske institutioner som Verdensbanken og WHO (Henderson & Whiteford 2003: 506). På den baggrund forbavser det ikke, at begrebet i stigende grad er blevet forbundet med områder som økonomisk vækst, demokrati, sikre boligområder, uddannelse og ikke mindst sundhed (Cook 2000). I relation til denne rapport, er sammenhængen mellem social kapital og sundhed essentiel. Som Robert Putnam, en af de helt centrale skikkelser inden for social kapital forskningen, skriver: ”Of all the domains in which I have traced the consequences of social capital, in none is the importance of social connectedness so well established as in the case of health and well-being” (Putnam 2000:326).

Social kapital og sundhed

Eftersom kernen i denne undersøgelse findes i forholdet mellem social kapital og sundhed, synes det åbenlyst at ridse denne tematik op. I litteraturen forefindes en lang række forskelligartede konkretiseringer og eksemplificeringer af, hvorfor sammenhængen mellem social kapital og sundhed er interessant at beskæftige sig med.² Eksempelvis anlægger Stephen J. Kunitz et meget overordnet

¹ Senere i kapitlet diskuterer og definerer vi begrebet, sætter det i dets sociologiske kontekst og videreudvikler det til den brug, som vi benytter os af i rapporten.

² Følgende er ikke nogen udtømmende gennemgang af litteraturen på området, men et indblik i nogle væsentlige perspektiver.

perspektiv, hvor social kapital hovedsageligt omhandler det civile samfunds beskaffenhed og sammenhængskraft, og hvor sundhed omhandler samfundets overordnede sundhedstilstand (Kunitz 2004:62). Den måde at betragte social kapital på, er ikke fremmed for sociologien. Derfor kan der i Kunitz optik også drages en parallel mellem nutidens fokus på social kapital, som begunstigende for det civile samfunds spændstighed (målt på deltagelse i foreningsliv osv.), og måden hvorpå sociologiens grundlæggere opfattede relationen mellem tabet af social sammenhængskraft og sundhed, som de fremanalyserede i begyndelsen af det 19ende århundrede. Når Émile Durkheim eksempelvis kunne aflæse en stigende selvmordsfrekvens som konsekvensen af manglende social integration (pga. stigende individualisering og individualisme), så måtte kuren herimod naturligvis være mere og bedre social integration (Durkheim 1951). Det samme sagsforhold mener Kunitz at kunne spore i nutidens diskussion om forholdet mellem social kapital og sundhed. Som han skriver i sin konklusion:

Social capital shares in this tradition, for the answer to the individualism, atomism and alienation of contemporary society – civic cultures woven together by networks of voluntary associations – is not so different from the answers given by many of our 19th century intellectual ancestors (Kunitz 2004:69).

En anden, og måske mere konkret tilgang, finder vi hos dem, der analyserer på forholdet mellem social kapital og ulighed i sundhed. Sammenhængen mellem sociale og økonomiske faktorer og sundhed er et veletableret faktum og ”Whether socio-economic status is measured by income, education, employment or housing tenure people in lower socio-economic groups tend to suffer the worst health” (Hawe & Shiell 2000:874). Set i det lys kan Neil Pearce et al. spørge direkte, om social kapital er nøglen til mindre social ulighed i sundhed? (Pearce et al. 2003:122). Noget bekræftende svar på det spørgsmål kan de naturligvis ikke give. Social kapital er ikke nogen mirakelkur imod noget som helst, og da slet ikke imod noget så centralt som social ulighed i sundhed. Hvad mere er, social kapital kan være med til at opretholde eller understøtte den sociale ulighed i sundhed. Social kapital i form af netværk og forpligtende relationer til andre kan indgyde de ”forkerte” normer, som bibeholder individet og gruppen i en ”forkert” sundhedsbane. På den baggrund mener Pearce et al. faktisk, at man skal være ret varsom med at tillægge social kapital for stor betydning i relation til (bedre) sundhed, omend de tilkendegiver, at begrebet kan tilbyde nogen forklaringskraft til, hvorfor og hvordan social ulighed i sundhed markerer sig (Pearce et al. 2003:128).

En tredje tilgang beskæftiger sig med, hvorvidt social kapital skal opfattes som en individuel eller kollektiv ressource, når det kommer til sundhed. Diskussionen i denne sammenhæng går på, hvorvidt social kapital skal betragtes som en kollektiv egenskab iboende fællesskaber og samfund, der derigennem kan knyttes til sundhed. Nogle peger på, og har fundet empirisk belæg for, at social kapital netop er en kollektiv ressource, som har en positiv effekt på individers sundhed (Kawachi et al 1997). Andre er af den modsatte opfattelse. De betragter begrebet som en egenskab individer og deres sociale netværk besidder, og dermed yder indflydelse på deres sundhed. Eksempelvis konkluderer Wouter Poutinga, på baggrund af data fra *The European Social Survey*, at "Rather than having a contextual influence on health, the beneficial properties of social capital can be found at the individual level" (Poutinga 2006:300). Der findes således ingen enighed blandt forskerne om, hvilket perspektiv, der er det rigtige. Det skal man imidlertid ikke hæfte sig synderligt ved – uenighed blandt forskere om begrebers beskaffenhed og analytiske forklaringskraft er mere end almindelig. Det interessante i denne sammenhæng er derfor, hvordan denne undersøgelse benytter sig af begrebet, og hvilke analyser, der kan foretages på baggrund deraf!

Social kapital og mental sundhed

Tager vi det til indtægt, da bliver det også væsentligt at knytte social kapital til mental sundhed. For hvor en del af denne rapport omhandler forholdet mellem social kapital og fysisk sundhed (i særdeleshed KRAM-faktorerne), så tager en anden del livtag med forholdet mellem social kapital og mental sundhed – nærmere bestemt psykisk pres og stress.³

Der findes en ikke uvæsentlig mængde litteratur om forholdet mellem social kapital og mental sundhed. Den underliggende hypotese, der findes i mange af disse udgivelser er, at en øgning i befolkningens sociale kapital reducerer prævalensen af mentale lidelser (Sartorius 2003:101). Men denne positive indgang til social kapitalers betydning for mental sundhed, kan ikke stå alene. I en interdisciplinær oversigtsartikel om forholdet, opstiller Aister M. Almedon således en alen lang liste over studier, der enten forholder sig positivt eller negativt (både teoretisk og empirisk) til, hvilken indflydelse social kapital har på mental sundhed (Almedon 2005:943-944). Konklusionen herfra er, at der ikke kan drages nogen entydig konklusion om, hvorvidt social kapital har nogen indvirkning på individers mentale sundhed. Der tegner sig derimod et ret så mudret billede. Dermed ikke være sagt, at

³ Disse begreber bliver naturligvis uddybet senere.

empiriske undersøgelser ikke skal beskæftige sig med forholdet mellem social kapital og mental sundhed. Det helt centrale i denne sammenhæng er naturligvis den måde, hvorpå undersøgelserne beskæftiger sig med feltet. Hvordan vi mere præcist gør det i denne rapport, kommer vi ind på senere.

Datagrundlaget

For at belyse sammenhængen mellem social kapital og sundhed – fysisk og psykisk – benyttes først og fremmest sundhedsprofilerne for Region Nord indsamlet i hhv. 2007 og 2010 i samspil med 17 kvalitative interviews med unge borgere og deres forældre i Aalborg, Mariagerfjord og Frederikshavn kommuner. Der anvendes således både et kvantitativt og et kvalitativt analysegrundlag. Desuden inddrages to fokusgruppeinterviews med unge piger fra Mariagerfjord kommune. Hvor førstnævnte materiale overordnet har fokus på social kapital og fysisk sundhed, så har fokusgruppeinterviewsne hovedsageligt fokuseret på forholdet mellem social kapital og mental sundhed. Da undersøgelsen af forholdet mellem sociale kapital og mental sundhed baserer sig på et noget sparsomt materiale, så drager vi ikke nogle vidtløftige konklusioner heraf. Vi ekspliciterer blot nogle tendenser. Hvad angår undersøgelsens første del, er det imidlertid vores klare opfattelse, at dette materiale giver rig mulighed for at drage nogle væsentlige konklusioner af en (mulig) sammenhæng mellem social kapital og sundhed.

Social kapital i sociologien

Fordi social kapital er et omdiskuteret begreb i sociologien, er det på sin plads at dykke lidt længere ned i substansen, og se på nogle af de forskellige formuleringer, der har været af begrebet.

Selvom andre har brugt begrebet tidligere tilskriver man normalt formuleringen af begrebet social kapital den franske sociolog, Pierre Bourdieu og hans artikel om 'Kapitalformerne' fra 1986. I den gør han sig til talsmand for en videreudvikling af Marx' teori, der søger at tage højde for, at man i moderne samfund ikke kun kan opnå gevinster og nytte via økonomiske midler – økonomisk kapital – men at såvel uddannelse som netværk også udgør ressourcer, der kan skaffe én magt og prestige i den sociale verden. Bourdieu definerer social kapital på følgende måde:

Social capital is the sum of resources, actual or virtual, that accrue to an individual or a group by virtue of possessing a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and

recognition. Acknowledging that capital can take a variety of forms is indispensable to explain the structure and dynamics of differentiated societies (Bourdieu & Wacquant 1992:119).

De mest oplagte eksempler på denne form for 'netværkskapital', er nok mulighederne for at finde job via de kontakter man har med andre personer på arbejdsmarkedet, eller at man får tilbudt en lejlighed fordi man bliver anbefalet af en anden. Når man taler om social kapital på denne måde, er det derfor ikke et begreb, der alene knytter sig til ét enkelt menneske. Det dækker derimod over den samlede mængde ressourcer som et individ har mulighed for at trække på fordi vedkommende indgår i netværk med andre. Dette er en helt central pointe, fordi det indikerer, at social kapital er noget samfundsmæssigt, som i princippet kan gøres til genstand for en samfundsmæssig indsats f.eks. via politiske prioriteringer. Selvom Bourdieu var den første kendte sociolog der beskæftigede sig med begrebet social kapital, er det dog ingenlunde hans version af begrebet, som er den mest kendte. Det skyldes rimeligvis, at begrebet ikke tilskrives nogen videre betydning i Bourdieus egne analyser, hvor det derimod er begreberne kulturel og økonomisk kapital, som indtager de mest prominente pladser. I hans nok mest kendte analyse af livsstile i 1960'ernes Frankrig, tilskriver han ikke social kapital nogen betydning for den måde samfundet er struktureret på (Bourdieu 1984).

Omtrent samtidig med Bourdieu begyndte den amerikanske sociolog James Coleman også at interessere sig for begrebet, og han har på mange måder en definition af social kapital, der minder om den Bourdieu opererer med. Begrebet blev udviklet med udgangspunkt i et empirisk eksempel blandt diamandsælgere i New York (Coleman 1988). Her viste Coleman, hvordan disse sælgere tilsyneladende handlede irrationelt, når de uden betænkeligheder lod andre diamandsælgere inspicere og undersøge diamanterne uden at have sikkerhed for, at de rent faktisk ville komme tilbage med dem. Men Coleman argumenterer i sin artikel for, at netop eksistensen af social kapital – her forstået som netværk baseret på gensidig tillid og normer, der bidrager til gensidighed og hjælp - er med til at facilitere et forretningsmiljø, som er overlegent i forhold til andre grundet den megen tillid og gensidighed muliggør et konstant flow af information mellem diamanthandlerne, som i sig selv er med til at skabe værdi. Halpern (2005) argumenterer for, at de fleste definitioner af social kapital opererer med tre distinkte dimensioner af fænomenet, som er fælles på tværs af de forskellige definitioner af begrebet. For det første indebærer social kapital eksistensen af et *socialt netværk*, dvs. at folk på forskellige måder er forbundet til og er bekendte med hinanden – f.eks. naboerne, som man kan være

mere eller mindre tæt forbundne til i dette netværk fra blot at kunne genkende ansigterne til at være involveret i en lang række aktiviteter sammen eller besøge hinanden. For det andet implicerer begrebet *sociale normer*, hvilket dækker over de forventninger og værdier, der knytter sig til netværket. Langt de fleste af disse forventninger er uskrevne regler, der påvirker den måde vi handler på i givne situationer, og som vi forventer at de øvrige i netværket også kender til og respekterer. Det handler f.eks. om at yde hjælp, hvis naboen banker på og spørger om en kop sukker, eller at man undlader at spille alt for højt musik efter et vist tidspunkt på dagen. Slutteligt indebærer social kapital også *sanktioner*. Disse er selvfølgelig snævert knyttet til de sociale normer, og dækker ikke kun over helt formaliserede regler og konsekvenser af sådanne regelbrud, som f.eks. kan være sanktioneret af de myndigheder, der formelt set har ansvaret for et bestemt område. Sanktionerne er i langt de fleste tilfælde uformelle, og kan f.eks. være, at man direkte ytrer sin utilfredshed med en overtrædelse af de sociale normer man forventer andre overholder, til at de medlemmer af netværket, som overtræder normerne, bliver udsat for bagtalelse eller bliver rost, hvis de i andre tilfælde overholder eller anerkender eksistensen af normerne.

Hvilke aspekter af begrebet der fokuseres på, afhænger hovedsageligt af det overordnede teoretiske perspektiv, som teoretikerne har på virkeligheden. Lad os tage Bourdieu og Coleman som eksempel. Hvor Bourdieu formulerer sin helt egen praksisteori og tænker social kapital og andre former for kapital ind i den, så trækker James Coleman mere på en generel teori om rational choice. Det indebærer, at Bourdieus begreb forholder sig til en større samfundsmæssig sammenhæng mens Colemans forholder sig til et ganske snævert sagsområde: hvordan tænker vi social kapital ind i måden at udføre rationelle valg på? Begrebet er desuden en forholdsvis ubetydelig del af Bourdieus samlede begrebslige apparat, hvorimod det for Coleman står langt mere centralt i hans. Der er nok heller ikke nogen tvivl om, at Colemans brug af rational choice teorien er grunden til, at netop hans version af social kapital begrebet har været flittigt benyttet blandt de mange økonomer i Verdensbanken og IMF, som op gennem 1990'erne tog begrebet til sig og begyndte at tænke det ind i de politikker, de implementerede rundt omkring i verden. Fra et sociologisk udgangspunkt er rational choice teorien dog ikke særlig attraktiv, og her er det heller ikke Coleman, som har fået mest opmærksomhed. Det har derimod en helt tredje teoretiker, nemlig Robert Putnam, som måske er den, der er allermest kendt for at have beskæftiget sig med social kapital begrebet.

I Putnams første værk benyttede han begrebet i en sammenlignende analyse af regioner i Italien, der havde til formål at finde ud af, hvorfor de nordligste regioner i Italien klarer sig langt bedre

end de, der ligger sydligere (Putnam 1993). På overbevisende vis præsenterer Putnam forskelligt empirisk materiale, der underbygger, at det er eksistensen af social kapital - forstået som normer om gensidighed og ikke mindst tillid - der er med til at skabe grundlaget for et effektivt og velfungerende lokaldemokrati, og dermed også økonomisk vækst og stabilitet i det nordlige Italien. Da Putnam et par år senere fremlagde empirisk materiale, der pegede på nedgang i den sociale kapital i USA, så vakte det stor opsigt og megen diskussion og en deraf følgende eksplosion af artikler og bøger om emnet (Putnam 1995). Putnam lægger især vægt på betydningen af tillid mennesker imellem i hans diskussion og definition af social kapital begrebet (Putnam 2000, kapitel 8). Tillid er vigtig fordi det smidiggør de sociale relationer og holder transaktionsomkostningerne ved mellem menneskelige relationer nede. Det skal man forstå sådan, at hvis folk som udgangspunkt er mistroiske og mangler tillid til hinanden og de institutioner der findes i et givent område, da vil de introducere en lang række forholdsregler der tager forbehold for at de kunne blive snydt. Derved vil der blive brugt en stor mængde tid, energi og ressourcer på foranstaltninger, der slet ikke er relevante, hvis folk som udgangspunkt har tillid til hinanden og ikke har de samme typer af forholdsregler. Tillid kan derfor ses som en måde at reducere kompleksiteten af de sociale handlinger på – hvis man skal tage forbehold for alt der kan gå galt vil det gøre beslutningsprocesser og handlinger meget komplekse i modsætning til en situation hvor man tager den risiko det kan være at have grundlæggende tillid til folk.

I denne rapport vil definitionen af social kapital tage afsæt i det Putnamske udgangspunkt. Grunden hertil er, at denne undersøgelse primært beskæftiger sig med social kapitals betydning for helbred. Her spiller tillidskomponenten en væsentlig rolle, hvorfor det forekommer naturligt, at Putnams begrebsforståelse agerer udgangspunkt for rapportens begrebsforståelse.

Social kapital – en nuancering af begrebet

Som vi netop har været inde på, så fortolkes begrebet social kapital ret forskelligt af de nævnte sociologer. Fælles for deres perspektiver er imidlertid, at kan kritiseres for at være for optimistiske i deres opfattelse af, hvad social kapital muliggør. Den kritik går ikke Putnam ram forbi. I hans værker findes en stærk tendens til at ophøje social kapital til at være ”synonymous with each and all things that are positive in social life” (Portes 2000: 3). Eftersom de teoretiske rammer for dette studie har været knyttet an til Putnams forståelse af social kapital, så vil en videreudvikling af begrebet også tage afsæt heri. I bestræbelsen på at udføre et sådant ærinde fordres kvalificerede bud på, hvordan begrebet kan

videreudvikles så det styrker studiets videre analytik. I denne sammenhæng er valget faldet på tre teoretiske perspektiver. Ved hjælp af det første perspektiv kan vi betone nødvendigheden af, også at sætte fokus på de negative egenskaber ved social kapital. Det næste perspektiv gør os i stand til at skelne mellem bindende, brobyggende og forbindende (linking) social kapital. Denne sondring har et væsentligt analytisk sigte, som vi vender tilbage til. Det tredje perspektiv omhandler en betragtningsmåde på, hvad der understøtter den sociale kapitalers funktionsduelighed. Dette gøres ved at anskue kapitalrelationerne som anerkendelsescirkler.

De negative aspekter ved social kapital

En ganske rammende kritik af meget social kapital forskning er, at man forestiller sig social kapital som et offentlig gode, hvis ressourcer alle i princippet har lige adgang til. Sådan forholder det sig imidlertid ikke. Social kapital er ulige eller skævt fordelt, og de mest privilegerede er også i denne sammenhæng dem, der kan nyde godt af de ressourcer og netværk, som social kapital muliggør. Det var vi inde på, da vi omtalte social kapital i relation til ulighed i sundhed. Dertil kommer en række andre negative effekter af social kapital, som man ikke skal negligere.

Det er nok Alejandro Portes, der tydeligst har gjort opmærksom på nødvendigheden af at orientere sig mod de negative konsekvenser af social kapital (Portes 1998). I hans glimrende litteraturgennemgang identificerer han fire negative konsekvenser af social kapital: Eksklusion af udefrakommende, overdrevne forlangender mellem gruppemedlemmer, restriktioner på den individuelle frihed og normgenerering, der virker undertrykkende (Portes 1998:15). Eksklusion af udefrakommende på baggrund af social kapital opstår, når grupper knytter så tætte bånd til hinanden – og dermed opnår fordele af disse relationer – at de samtidig udelukker andre fra at få adgang til gruppen. Der sker med andre ord en intern initieret adgangsbegrænsning i gruppen, som fungerer som en slags portvagt overfor andre, som måske gerne ville være en del af gruppen. Denne adgangsbegrænsning kan bestå af mange forskellige faktorer – etniske, økonomiske, sociale, kulturelle osv. Til at eksemplificere den anden negative konsekvens af social kapital, kan vi passende søge hjælp i litteraturens verden. Særligt i den sidste bog i Jacob Ejersbos trilogi - *Eksil*, *Revolution* og *Liberty* – gives mange fine eksempler på, hvordan gruppemedlemmer kan stå overfor overdrevne forlangender fra andre gruppemedlemmer. Således er romanens hovedpersoner, tanzanianske Marcus og danske Christian, spundet ind i en kulturel opsætning, hvor det er en stærk norm, at medlemmer af den samme

gruppe (familie, venner etc.) går langt for at hjælpe hinanden. Denne tilsyneladende sympatiske norm får den negative konsekvens, at Marcus' og Christians ihærdige forsøg på at opbygge en sund virksomhed bliver besværliggjort af alle deres venner og familiemedlemmer, som vil have en bid af kagen. De bliver simpelthen overbebyrdet af medlemmer fra deres egen gruppe – under dække af normen om, at sådan gør man bare – for at skaffe dem et job, en indkomst, en levevej, hvilket reelt hindrer virksomhedens ekspansionsmuligheder (Ejersbo 2009).

Den tredje negative konsekvens af social kapital er relativ ligetil at forklare, men alligevel kompleks. Som Portes skriver: "...community or group participation necessarily creates demands for conformity" (Portes 1998: 16). En vis form for konformitet, er således en nødvendig følgesvend såfremt man ønsker at tilhøre – og være solidarisk med – en bestemt gruppe. Graden af konformitet er naturligvis til diskussion, ligesom det kan diskuteres, hvorvidt konformitet altid er at opfatte som en restriktion på den personlige frihed. Men anskuer vi det meget snævert, så vil et gruppetilhørsforhold altid indebære, at de enkelte medlemmer justerer og tilpasser deres personlige frihed til gruppen. Spørgsmålet er graden af tilpasning? Den fjerde negative konsekvens relaterer sig til de tilfælde, hvor medlemmer af en gruppe holder hinanden i skak. Hermed menes, at gruppens dynamik fungerer således, at enhver, der ønsker at træde ud af gruppen eller vil avancere til et højere socialt niveau, der ikke umiddelbart ligger til gruppen, bliver heftigt sanktioneret. Gruppen håndhæver så at sige normer, der ikke tillader nogen form for afvigelse, hvorved normerne forbliver relativt rigide og undertrykkende (Portes 1998:17).

Nu er disse fire negative konsekvenser af social kapital naturligvis ikke udtømmende. Hvilke andre negative konsekvenser social kapital kan have, er både et teoretisk og et empirisk spørgsmål.

Bindende, brobyggende og forbindende social kapital

Som hjælp til at nuancere Putnams forståelse af social kapital yderligere, og dermed forfine vores egen analytik, byder Mark Granovetters distinktion mellem stærke og svage bånd sig til (Granovetter 1973). I Granovetters sontring findes en væsentlig betoning af de svage båndes styrke, hvad angår muligheden for at udnytte deres ressourceallokerende potentialer. Samtidig gør Granovetter op med tankegangen om, at stærke bånd altid skal opfattes som ressourcekabende på individ- eller kollektivniveau. Med Granovetters distinktion in mente kan man betragte bindende social kapital – stærke bånd - som

netværk og ressourcer, der genereres og opretholdes mellem individer med nogenlunde samme karakteristika. Hermed menes, at bindende social kapital opstår mellem individer, der tilhører kohærente grupperinger, det vil sige med samme sociodemografiske, sociale, kulturelle eller socioøkonomiske karakteristika (Kim et al 2006:116). Eller anderledes formuleret: Bindende social kapital etableres mellem familiemedlemmer og andre med stærke, stabile og tætte bånd til hinanden.

Disse fællesskabers funktionsduelighed beror i høj grad på tilstedeværelsen af gedigne solidaritetsbånd. Det er derfor Alessandro Pizzorno kalder denne form for social kapital for *social capital of solidarity* (Pizzorno 1999:10). Medlemmerne af netværket eller fællesskabet må nødvendigvis udvise solidaritet overfor hinanden for at kunne udvise den tilstrækkelige grad af intern tillid til hinanden. Hvis ikke det sker, så krakelerer grundlaget for den sociale kapital, hvorved der opstår splid og fragmentering. Det forklarer hvorfor solidaritet, ligesom man genfinder det i begrebet fællesskab (Bauman 2001), har et positivt skær over sig. Set i det lys er det ikke besynderligt, at sociologien længe har haft en tendens til at anskue tilstedeværelsen af bindende social kapital som udelukkende gunstigt. Imidlertid er forskningen siden slutningen af 1990'erne i stigende grad blevet optaget af, at denne form for social kapital ikke altid "could be said to serve the best interest of the community, nor sometimes the best interest of some of those within the network" (Szreter & Woolcock 2004: 654). I det perspektiv kan netværk etableret på baggrund af bindende social kapital altså blive for selvbeskuende – de kan simpelthen binde en gruppe mennesker al for tæt sammen. Iboende bindende social kapital findes altså muligheden for et negativt udfald – også i forhold til sundhed. Lad os tage et aktuelt eksempel. Unge, der befinder i en familiemæssig sammenhæng, hvor kombinationen af dårlige økonomiske kår og rygning er en fast bestanddel af hverdagen, har lagt større risiko for at begynde at ryge, end unge, hvis situation forholder sig anderledes.

Brobyggende social kapital, eller det Granovetter kalder for svage bånd, defineres meget fint af Putnam som åbne netværk, der er "outward looking and encompass people accros diverse social cleavages" (Putnam 2000:22). Brobyggende former for social kapital er derfor åbne konstellationer, der genererer bredere former for tilhørsforhold og identitetskonstruktion end bindende social kapital. Hermed forstået, at medlemmerne af brobyggende netværk eller grupper ikke står i så tæt forbindelse med hinanden, at de er decideret bundet til hinanden.⁴ Medlemmerne er snarere inden for hinandens

⁴ Metaforisk kan man derfor sige, at bindende social kapital er at opfatte som superlim mens brobyggende social kapital er et smøremiddel (Putnam 2000: 23).

rækkevidde (socialt, kulturelt, økonomisk osv.) – eller nyder gensidige sociale relationer med hinanden - hvorfor Alessandro Pizzorno kalder denne form for social kapital for *social capital of reciprocity* (Pizzorno 1999:12). Brobyggende social kapital forudsætter derfor ikke samme grad af social kohesion som bindende social kapital endside indlysende strukturelle, sociale eller kulturelle relationer medlemmerne af netværket imellem. Derfor faciliterer og muliggør brobyggende social kapital også andet end bindende social kapital. Dermed ikke være sagt, at de to former for social kapital udelukker hinanden. Nej, de er bare forskellige med forskellige konsekvenser til følge (Putnam 2000:23).

Forbindende social kapital defineres bedst som ”norms of respect and networks of trusting relationships between people who are interacting across explicit, formal or institutionalized power or authority gradients in society” (Szreter & Woolcock 2004: 655). Forbindende social kapital adskiller sig derved fra brobyggende social kapital ved, at de involverede sociale relationer ikke genereres mellem individer, der indgår i et reciprokt magtforhold. Hermed forstået, at forbindende social kapital foregår på tværs af sociale, institutionelle, kulturelle og økonomiske skel – fx mellem socialrådgiver og klient, underviser og elev osv. – hvor individer forbindes i kraft af deres specifikke situation. Som udgangspunkt er denne relation således asymmetrisk. Derfor forekommer det centralt, at den sociale relation bliver konsolideret og afstivet af ”magthaverne”, der så at sige tilvejebringer hovedparten af de nødvendige ressourcer til at etablere den gensidigt respektfulde og tillidsvækkende relation (Szreter & Woolcock 2004: 656).

Social kapital som anerkendelsescirkler

Hidtil har vi ikke omtalt, hvordan man kan diskutere de forskellige sociale kapitalformers funktionsduelighed. I den forbindelse kan man med fordel konsultere Alessandro Pizzorno (1999). I hans optik er det helt centralt at foretage en indledende sontring, hvormed man kan afgøre, hvilke sociale relationer, der reelt set konstituerer social kapital. Han taler i den sammenhæng om sociale relationer som udveksling og sociale relationer som et møde (encounter). Det er kun i forbindelse med førstnævnte, at betingelserne for social kapital er til stede (Pizzorno 1999:4). Derfor er udvekslingsbegrebet særlig interessant. Dets økonomiske ophav går ikke at fornægte. Udveksling er i den forstand at betragte som en transaktion, der i en social sammenhæng foregår mellem mennesker. Spørgsmålet er naturligvis, hvad genstandsfeltet for transaktionen er. Dette rangerer lige fra

oplysninger, penge, information, viden osv. Et andet, og ligeså centralt spørgsmål er, hvad der faciliterer transaktionen.

I Pizzornos perspektiv forudsættes dette af anerkendelse. Eller med andre ord: Sociale relationer som udveksling betinges af, eller muliggøres af, eksistensen af effektive anerkendelsescirkler (Pizzorno 1999:19). Hvad er det, som anerkendes? Pizzorno er tydelig: Det er interaktionspartnerens identitet. Hermed forstået, at den sociale relation som udveksling faciliteres af, at interaktionspartnerne anerkender hinandens identitet i og med de foretager en given transaktion. De anerkender således hinandens etiske tilstedeværelse, som den person de er. Anerkendelse kan i denne sammenhæng være institutionel, strukturel eller personligt betinget. Fx kan transaktionen foregå mellem en læge og hendes patient, en sagsbehandler og hendes klient, en folkeskolelærer og hendes elev osv. Men også mellem naboer, kollegaer, venner osv. Anerkendelsen af hinandens identitet understøtter dermed, at den sociale relation foregår så gnidningsløst som overhovedet muligt. På den måde fungerer de anerkendelsescirkler, som individerne indgår i, som stabiliserende faktorer for den sociale kapital. De bliver det kit, der binder den sociale relation sammen og muliggør en gunstig transaktion.

Pizzorno tilbyder os altså et vokabularium, hvormed vi kan analysere forudsætningerne for den sociale kapitals funktionsduelighed. Ved at betragte den sociale kapital som betinget af reciprokke anerkendelsesforhold, da muliggøres en analyse af, hvilke signifikante anerkendelsescirkler, som individerne indgår i, som er med til at styrke den sociale kapital. Dermed følger også, at analysen kan pege på fraværet af nødvendige anerkendelsescirkler for etableringen af social kapital.

Social kapital og sundhed – hvordan kan det hænge sammen?

Efter denne indledende gennemgang af centrale dele af begrebsapparatet om social kapital, så er det tid til at se nærmere på, hvilke tanker forskellige teoretikere har gjort sig vedr. betydningen af social kapital for sundhed. Konsulteres denne litteratur, fremstår Ichiro Kawachi som den måske mest fremtrædende figur. I slutningen af 1990'erne viste Kawachi og kollegaer, hvordan social kapital - målt ved hjælp af to centrale indikatorer i den Putnamske måde at operationalisere social på, nemlig generaliseret tillid og deltagelse i frivillige organisationer - var relateret til dødelighed i 39 amerikanske stater. Jo højere social kapital der var på statsniveau desto lavere var dødeligheden i staten, selv når man tog højde for indkomstforskelle og social ulighed i indkomst (Kawachi et al. 1997). Denne artikel ansporede til en lang række lignende studier, der viste mange af de samme tendenser, som man havde

fundet i det oprindelige studie. Det gjaldt ikke kun for dødelighed, men også for selvvalueret helbred og andre helbredsudfald.

Der har dog sidenhen været rejst megen kritik af denne type forskning, mest fordi den baserer sig på 'økologiske sammenhænge', dvs. den betragter alene sammenhænge på statsniveau og kan ikke uden videre generaliseres til individniveau uden at man risikerer at begå den 'økologiske fejlslutning'. Med dette menes, at der ikke nødvendigvis er en *kausalsammenhæng* mellem et lokalområdes niveau af social kapital og helbredet i lokalområdet, men at der kan være tale om en spuriøs sammenhæng, der alene skyldes selektionsprocesser – f.eks. at folk med godt helbred har en tendens til at flytte til områder, hvor der er megen social kapital, eller at det er folks gode helbred, der skaber tillid og samhørighed menneskene imellem og ikke omvendt. En anden måde at begrebsliggøre den problematik på, er ved at skelne mellem kompositionelle og kontekstuelle virkninger af et lokalområde: hvis et områdes karakteristika er forbundet til helbredet i et område kan det være et udslag af at de mennesker, der bor i et givent område er sat sammen (composed) på en anden måde, end i områder med dårligt helbred. Hvis det er tilfældet har social kapital ikke nødvendigvis nogen betydning for helbred. Omvendt forholder det sig, hvis der er en sammenhæng mellem et område og helbred, som skyldes særlige egenskaber ved selve området, altså ved den kontekst, der er i området.

Det er ikke muligt via de helt simple studier af sammenhænge mellem et områdes sociale kapital og dødelighed at skelne mellem kompositionelle og kontekstuelle sammenhænge, og derfor har man i stigende grad forladt denne type studier for i stedet at benytte sig af de mere avancerede multilevelanalyser, hvor man tager højde for både composition og contextuality. Her er målet så at sige, om et områdes kontekst har en selvstændig effekt på helbred udover den, der skyldes at indbygger i området er sat sammen (composed) på en bestemt måde. Hvis social kapital, målt som egenskaber ved et lokalområde, har en effekt på individers helbred udover den der findes pga. sammensætningen af lokalområdet, er man kommet et langt stykke nærmere at afgøre en evt. kausalvirkning af social kapital på helbred. Denne meget metodiske problematik er naturligvis vigtig når man vil udtale sig med sikkerhed om, hvad der har betydning for helbredet i et givent område. Men udover muligheden for fejlagtige slutninger vedr. kausaliteten af de observerede sammenhænge, må man også redegøre for, hvordan man helt præcist forestiller sig at social kapital kan påvirke helbred. Det er oplagt, at man her må skelne mellem betydningen af social kapital for forskellige helbredsudfald. Men derudover kan det være lærerigt at trække på den litteratur, der findes i forhold til at forklare sociale omstændigheders

betydning for helbred mere generelt. I litteraturen om social ulighed i helbred skelner man mellem tre forskellige pathways mellem socioøkonomisk status og helbred – og de mekanismer det indebærer, kan man med fordel tænke over i forhold til betydningen af social kapital. Den mest oplagte forklaring på social kapitals mulige betydning for helbred findes i det man kunne kalde den adfærdsmæssige forklaring, hvor forestillingen er at menneskers handlinger og livsstilsvalg har en markant indflydelse på deres helbred.

I forhold til social kapital, er det aspektet vedr. sociale normer, som indvirker på helbredet. Det kunne f.eks. være i forhold til normer vedr. rygning, kost eller alkohol – i sammenhæng med høj social kapital vil det kunne virke positivt på helbredsrelaterede livsstil, fordi det at overtræde normer via sund levevis vil blive sanktioneret stærkere i sådanne lokalsamfund end i områder med lav social kapital. En anden oplagt måde at forklare betydningen af social kapital kan sættes i relation til den forklaringsmekanisme, der knytter sig til det neo-materialistiske paradigme i social ulighedsforskning. Her er forestillingen, at det primært er på grund af 'differential exposure', at der opstår social ulighed i sundhed. Forskellige positioner i det sociale rum medfører, at man udsættes for større eller mindre helbredsbelastninger f.eks. i form af forurening, dårligt arbejdsmiljø eller andre helbredsrisici. Et godt eksempel på betydningen af social kapital for denne forklaringsmekanisme kunne være betydningen af engagement i lokale aktionsgrupper, der f.eks. kæmper mod forurening eller trafikusikkerhed. Et lokalområde med høj social kapital vil i højere grad end lokalområder med mindre sammenhold være i stand til at påvirke det politiske system med henblik på f.eks. at få bygget cykelstier eller fartbump, der kan reducere risikoen for at blive kørt ned på landevejen. Den sidste forklaringsmekanisme, der binder social kapital sammen med helbred, findes i det paradigme, der ofte bliver kaldt den psykosociale forklaring på social ulighed i helbred. Idéen er her, at områder med lav social kapital ofte vil være karakteriseret med stor social ulighed og at det i sig selv er med til at skabe en række betingelser der forringer helbredet for de der bor i dette område. Lav social kapital vil i denne forståelse være med til at skabe mindre sammenhængskraft, og dermed også en lang række relaterede negative situationer:

Inequality leads to circumstances where people live in a social environment characterised by distrust, hostility, aggression, frustration, and disrespect, with less sense of belonging to the wider society, and less community feelings. Such social

environments create, in themselves, chronic stress which may harm the health of everyone in society, no matter where in the hierarchies one is located (Elstad 2000:79).

Mistillid og manglende sammenhørighed kan altså tænkes at føre til et højere konfliktniveau i et område, hvilket vil give sig udslag blandt andet i flere drab, mere vold men også en række andre negative omgangsformer, der kan påvirke helbredet negativt. Hvis lav social kapital ses som en konsekvens af økonomisk ulighed, er det også muligt at forestille sig, at selve oplevelsen af at være lavere placeret i statushierarkiet end andre, kan føre til oplevelser af stress og lignende psykosociale tilstande, der påvirker helbredet negativt på lidt længere sigt.

Der er altså ganske mange forskellige måder at forstå og forklare sammenhænge mellem social kapital og helbred, hvoraf nogle er mere relevante i en dansk kontekst end andre. Det er klart at problematikkerne vedr. økonomisk ulighed er langt mere omfattende i USA, hvor de primært har været undersøgt, end tilfældet er Danmark, som stadig er ét af de lande i verden, der har størst mulig lighed i befolkningen. Men betydningen af den pathway, der fremhæver adfærd som den primære forklaring såvel som den pathway, der fokuserer på 'differential exposure' og den mulige betydning af stærke interessegrupper i et lokalområde, kan begge tænkes at have en indflydelse i Danmark.

Et aspekt, man bestemt skal have øjnene åbne for i forbindelse med diskussionen af social kapital, er den tidsramme indenfor hvilket fænomenet tænkes at have en virkning. Det er klart, at betydningen af social kapital for at fjerne farlige eksponeringer i lokalområdet som f.eks. forurening eller farlige veje, har en forholdsvis lang virkningshorisont: en politisk proces, der skal sikre udbygningen af cykelstier skal igangsættes og måske have tid til at virke i en periode på nogle år, før beslutningen omsider kan vise sig som en positiv effekt på helbredet for lokalområdets beboere. Det er altså næppe særligt realistisk at forestille sig at helt umiddelbare effekter af social kapital på den helbredsrelaterede livsstil eller de deraf følgende helbredskonsekvenser. At tænke social kapital ind i det forebyggende arbejde med at fremme befolkningens sundhed er altså en langvarig og langsommelig proces, der nemt kan tage årtier før de reelle virkninger slår igennem.

I det ovenstående er der kun fokuseret på de potentielt positive effekter af social kapital på befolkningens helbred. Men som nævnt flere gange, kan social kapital også have negative konsekvenser. Den kan derfor ingenlunde tænkes som en mirakelkur, der til alle tider og steder vil føre

positive helbredseffekter med sig. Hvis der i et bestemt lokalområde med stærk social kapital findes stærke normer vedr. rygning, brug af alkohol eller stoffer, da vil den sandsynligvis have den stik modsatte effekt end den man oftest vil søge at skabe i folkesundhedsindsatser: her kan høj social kapital rent faktisk være en forhindring for implementeringen af sundhedsfremmende tiltag, fordi de stærke sociale normer og de sanktioner, der knytter sig til overtrædelsen af disse, virker imod sådanne tiltag. Ligeledes findes der amerikanske studier, der har vist at en stor sammenhængskraft i dårligt stillede lokalområder også kan virke negativt på beboernes mentale helbred.

Hvis man ikke alene skal bekymre sig om sin egen nød og dårligdom, men også, qua sit stærke fællesskab og interesse for sine naboer og ligestillede i området, skal bekymre sig om deres liv og levned, ja så kan høj social kapital i sådanne tilfælde virke negativt på befolkningens overordnede helbred. Alt dette peger selvfølgelig på, at man i studier af social kapital må være meget påpasselig med at drage forhastede og for positive konklusioner om potentialet for social kapital interventioner. Og samtidig betyder det, at man må være meget opmærksom på den konkrete kontekst i hvilken social kapital virker på helbredet – i visse situationer kan manglende social kapital måske ligefrem være en fordel, fordi der i så fald vil være mindre 'modstand' mod sundhedsfremmeprojekter.

Afslutning

Social kapital er bestemt et mangefacetteret begreb, som fremstår yderst komplekst. Det er tillige et meget omdiskuteret begreb, der i den grad deler de akademiske vande. I kapitlet har vi bestræbt os på at kredse os ind på den forståelse af begrebet, som rapporten forholder sig til. Det helt centrale i denne sammenhæng er den kontekst, hvori begrebet skal gøre fyldest. I relation til social kapitals betydning for helbred kan man helt overordnet sige, at det er "hard not to be impressed with the volume and diversity of the empirical evidence indicating that social capital is likely to be a significant determinant of at least some important health outcomes" (Szreter & Woolcock 2004:653). Det fornægter vi ikke. Vi henleder blot opmærksomheden på, at social kapital også kan have nogle negative konsekvenser for helbred, som en analyse må indstille sig på at kunne indfange. Set i det lys er det ikke tilrådeligt at tilskrive social kapital magiske evner. Social kapital er ingenlunde en kur imod alskens samfundsmæssige dårligdomme. Desuden er initieringen af social kapital, såfremt dette skal understøttes ved hjælp af institutionelle, strukturelle, politiske eller sociale tiltag, en langsommelig proces.

I kapitlet gør vi desuden opmærksom på, at forholdet mellem social kapital og sundhed må tage social ulighed med i ligningen. At der findes social ulighed i sundhed er ingen nyhed. Denne sociale ulighed kan så at sige overføres på social kapital, så den sociale kapital er med til at forstærke den sociale ulighed snarere end at udviske den. Dermed får social kapital et negativt udfald på helbred. Men manglen på social kapital kan under visse omstændigheder også vise sig at være en fordel, såfremt sundhedsmæssige tiltag skal implementeres i områder, der præges af social elendighed. Begrebet viser sig endnu engang at være komplekst. Denne kompleksitet viser sig også i relation til forholdet mellem social kapital og mental helbred. Her peger forskningen ofte på den positive effekt som social kapital har for individers mentale helbred. Solide netværk har en dulmende, lindrende og behandlende effekt på et dårligt mentalt helbred. Men det modsatte kan også gøre sig gældende. Social kapital kan, i visse tilfælde, forstærke eller tilmed udløse et dårligt mentalt helbred.

Kapitel 2 – Hvor megen social kapital er der i Region Nordjylland?

Dette kapitel har til formål at undersøge, hvor megen social kapital der findes i Region Nordjylland, hvis man opgør det ved hjælp af de data der blev indsamlet ifm Sundhedsprofilen 2010 og de mål der er inkluderet i denne undersøgelse. Der findes allerede en udførlig beskrivelse og gennemgang af social kapital og netværk i den store rapport der opsummerer Sundhedsprofilen for 2010 så hvorfor bruge plads på et helt kapitel om dette i nærværende rapport?

Én af forudsætningerne for at kunne gennemføre en fornuftig analyse af betydningen af social kapital for helbred og sundhed i Region Nordjylland er, at de områder hvori den sociale kapital opgøres har en passende størrelse. Den første opgave (A) i dette kapitel er således at argumentere hvorfor brugen af mindre geografiske enheder som alternativ til de opgørelser på kommuneniveau der findes i rapporten for Sundhedsprofilen øger brugbarheden og sandsynligheden for at vise betydningen af social kapital for helbred. Dette gøres både teoretisk og empirisk med eksempler der illustrerer hvad der sker når man går fra store geografiske enheder til mindre. Når dette er gjort (B) vil fokus rettes mod at lave en række nye opgørelser af den sociale kapital i de mindre geografiske enheder der er udarbejdet som en del af dette projekt. Opgørelserne viser at der på en lang række dimensioner af den sociale kapital er langt mere variation i mellem dele af Region Nordjylland end man umiddelbart skulle tro hvis man udelukkende baserede sin vurdering på rapporten for Sundhedsprofilen. Dette er vigtig viden fordi det er en forudsætning, at den sociale kapital varierer mellem mindre enheder i regionen, hvis det skal vise sig at social kapital kan være et vigtigt indsatsområde at prioritere ifht forebyggelsesindsatser i de nordjyske kommuner. Fokus på netop forebyggelsesindsatser og hvilke lokale områder i de tre kommuner som skiller sig ud fra de øvrige er omdrejningspunktet for dette kapitels sidste afsnit (C).

A. Forskelle i social kapital på tværs af Region Nordjylland

Når man læser i kapitel 3 i Sundhedsprofilen 2010 kan man konstatere, at nordjyderne generelt er et tillidsfuldt folkefærd. 79 % af samtlige er enige i at man kan 'stole på de fleste', og sammenligner man det med de andele man ofte finder i udlandet kan man se, at nordjyderne – ligesom danskerne mere generelt – har en udpræget grad af tillid til hinanden.

Et andet aspekt ved tabellerne i kapitel 3 er at man får indtryk af at der er meget lille variation i den sociale kapital på tværs af regionens 11 kommuner. Den laveste andel af borgere der er

enige i at man kan stole på de fleste er 71,1% (Vesthimmerland), mens den højeste andel findes på Læsø, hvor det er 75,3%. I procent er der blot tale om en forskel på ca. 6% - næppe en forskel man vil tillægge den helt store betydning.

Men holder man litteraturen om social kapital in mente må det også stå klart at netop størrelsen af de geografiske enheder der bruges til at opgøre niveauet af social kapital ikke er ligegyldig. I en kommune på størrelse med f.eks. Aalborg med mere end 150.000 indbyggere vil der uvilkaarligt være store forskelle alt afhængigt af om man bor i de tættest bebyggede områder i midten af Aalborg eller om man bor i oplandet til Hals eller Nibe. Det vil i hvert fald være urimeligt at antage at det betyder det samme at stole på de fleste mennesker i så forskellige områder – i hvert fald hvis man går ud fra at svaret på spørgsmålet afslører mere end at folk blot tilhører en bestemt personlighedstype. Af den grund er det instruktivt at se på opgørelser af den sociale kapital på mindre geografiske enheder end kommunerne. Måske er den manglende variation i virkeligheden blot et udtryk for at de meget store kommuner internt er meget heterogene og at opgørelserne derfor udviser de store forskelle der er internt mellem områder der ligger indenfor samme kommune.

Et indicium der peger i den retning kan man finde i tabel 2.1 nedenfor. Af den fremgår R2 for fem forskellige del elementer af social kapital, når man anvender tre forskellige geografiske enheder. I første kolonne er opgjort variationen på tværs af de 11 nordjyske kommuner, i den anden kolonne er det variationen på tværs af de 339 sogne i Region Nordjylland og slutteligt i kolonne tre man kan aflæse R2 når man bruger en inddeling af Region Nordjylland i 803 lokalområder, der alle tager udgangspunkt i sognene, men opdeler dem i mindre enheder med minimum 50 husstande og 100 indbyggere. Med undtagelse af nabokontakt og tilknytning til lokalområde er der ingen variation på tværs af de 11 nordjyske kommuner, når man blot sammenligner dem med hinanden. Men fininddeler man kommunerne i sogne og lokalområder er det tydeligt at se at der på næsten alle de 5 udvalgte indikatorer på social kapital er en noget større forskellighed end man ellers lige kan se ud af opgørelserne på kommuneniveau. Det er særligt tydeligt med indikatorerne for kontakt til naboer og tilknytning til lokalområdet: her kan ca. 3-4% af variationen i de deltagende individers variation forklares ud fra det lokalområde de bor i.

Tabel 2.1 – Variation i social kapital på tværs af forskellige geografiske enheder. ANOVA. R2 for områdevariabel som eneste forklarende variabel i hver af de tre

	Kommuner (N = 11)		Sogne (N = 339)		'Lokalområder' (N =803)	
	R2	Adj. R2	R2	Adj R2	R2	Adj R2
Stole på de fleste (generaliseret tillid)	0,0011	0,0006	0,0248	0,0092	0,0557	0,0188
Tillid til sundhedsvæsenet	0,0009	0,0004	0,0208	0,0053	0,0462	0,0095
Deltager i aktiviteter i lokalområdet	0,0028	0,0024	0,0282	0,0124	0,0583	0,0213
Kontakt til naboer	0,0134	0,0130	0,0503	0,0352	0,0775	0,0420
Tilknytning til lokalområde	0,0127	0,0123	0,0408	0,0265	0,0644	0,0307

Til gengæld er der ikke megen variation der kan forklares når det kommer til forskelle i deltagernes tillid til sundhedsvæsenet. Det kan måske forklares ved at der på grund af de omfattende omstruktureringer i sundhedsvæsenet gennem de sidste 5-10 år ikke længere er rigtige lokale sygehuse forstået på den måde at de afdelinger der er tilbage i lokalområderne i mange tilfælde er stærkt specialiserede og at det efterhånden er en majoritet af borgerne i regionen som bor forholdsvis langt væk fra et sygehus. Derfor vil vi ikke forvente at der er stor forskel på tilliden til sundhedsvæsenet der er baseret på hvor folk bor – her vil det nok snarere være personlige eller familiære erfaringer der er med til at påvirke graden af tillid til

Man kan så spørge om den variation der kan konstateres på tværs af forskellige lokalområder i regionen skyldes aspekter ved selve lokalområderne eller om det i højere grad handler om hvem der bor i områderne. Man kunne forestille sig at mennesker for hvem det var vigtigt at have en hyppig kontakt til naboer vælger at bosætte sig i områder hvor en sådan naboadfærd forekommer hyppigst og at det derfor ikke er karakteristika ved selve lokalområdet der er skyld i de observerede forskelle. I stedet kunne forskellene være et udtryk for at forskellige folk bosatte sig i forskellige dele af Region Nordjylland. For at undersøge om dette kunne være tilfældet kan man gentage analysen fra tabel 2.1 men denne gang tage højde for basale karakteristika ved de der bor i områderne. Hvis der stadig er en substantiel forskel lokalområderne imellem når man tager højde for forskelle i antallet af kvinder, personer over 60, personer i beskæftigelse, folk med videregående uddannelse og forskellige niveauer af indkomst ja så ville forskellene i højere grad kunne tilskrives selve områderne og ikke blot de personer og den sammensætning af mennesker der findes i områderne.

Tabel 2.2 – Intraclass correlations for lokalområder før og efter justering for befolkningssammensætning.

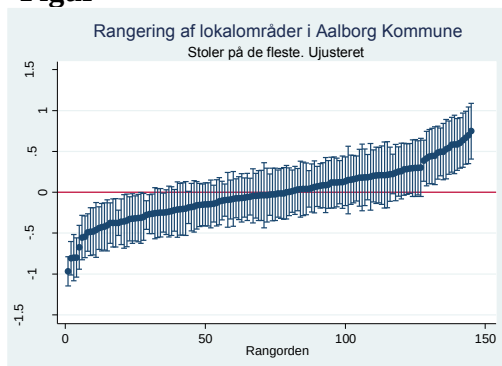
	Intraclass correlations ('lokalområder')	
	Ujusteret	Justeret
Stole på de fleste (generaliseret tillid)	5,47	5,10
Tillid til sundhedsvæsenet	4,43	4,65
Deltager i aktiviteter i lokalområdet	4,74	4,37
Kontakt til naboer	6,01	4,86
Tilknytning til lokalområde	5,01	4,06

Resultaterne i tabel 2.2 viser helt grundlæggende, at der *er* forskelle mellem de 803 'lokalområder' i Region Nordjylland selv når man har taget højde for sammensætningen af befolkningen i områderne. Sagt på en anden måde: selv hvis vi kunne udviske alle de forskelle der findes mellem Regionens områder ifht køn, alder, beskæftigelse, indkomst, uddannelse og etnicitet så vi forestillede os at alle områderne bestod af en lige stor andel af de forskellige befolkningsgrupper – ja selv hvis man gjorde det ville der stadig være systematiske forskelle mellem lokalområderne som forklarer op mod 5% af den forskellighed, der findes områderne imellem på de fem social kapital indikatorer der er valgt ud ovenfor.

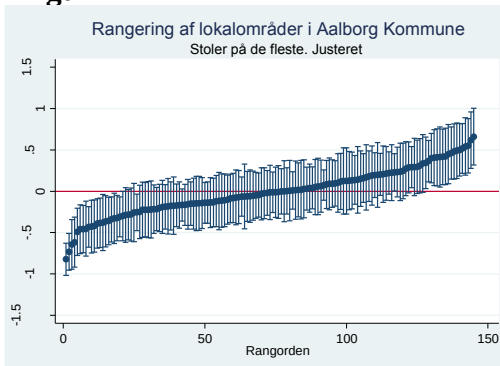
Figur 2.1 til 2.6 nedenfor illustrerer den samme pointe som tabel 2.2 blot på en lidt mere visuel måde. Her er lokalområderne for hver af de 3 kommuner som indgår i HEPRO-projektet rangeret efter, hvor stor sandsynligheden er for at borgerne i området er enige i at man kan 'stole på de fleste'. Plottet til højre viser den rå (ujusterede) opgørelse, hvor der ikke er taget højde for forskelle i sammensætningen af borgerne, mens plottet til højre har taget højde for forskelle i køn, alder, indkomst, uddannelse, civilstand og etnicitet. Som man kan se er plottene næsten identiske – heraf kan udledes to ting: 1) For det første er der en vis spredning internt i hver af de tre kommuner, hvor nogle lokalområder klarer sig både systematisk bedre og dårligere end gennemsnittet for hele Region Nordjylland. Det kan man se ved at konstatere at en del af lokalområderne har linjer som ikke overlapper det røde gennemsnit og altså afviger statistisk signifikant fra gennemsnittet.

Figur 2.1 til 2.6: 'Stole på de fleste mennesker'. Random intercept af 69, 74 og 150 'lokalområder' i Mariagerfjord, Frederikshavns og Aalborg Kommune før og efter justering for individuelle faktorer. 0 = gennemsnit for regionen.

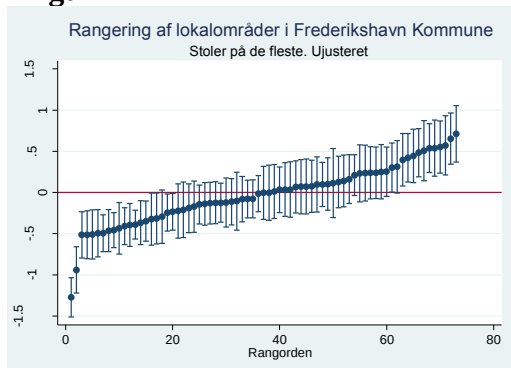
Figur



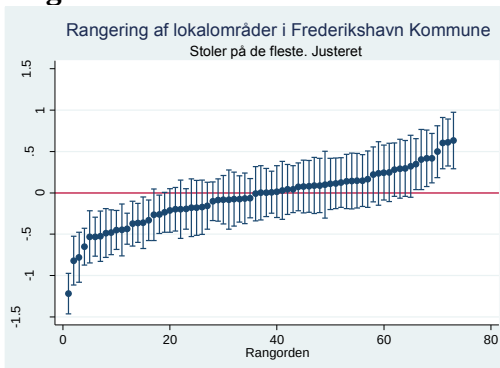
Figur



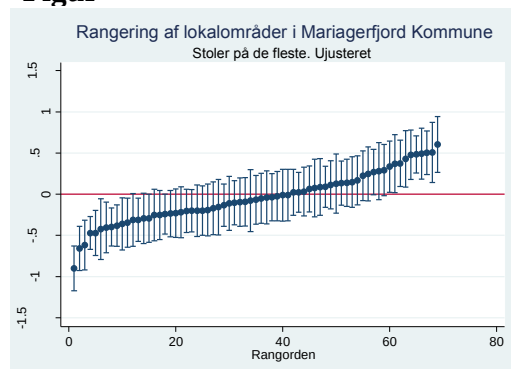
Figur



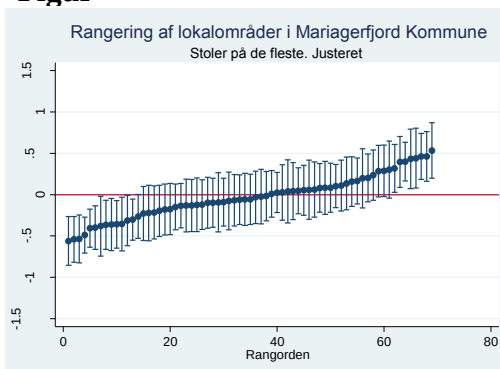
Figur



Figur



Figur



2) For det andet ser det ikke ud til at denne forskellighed lokalområderne imellem kan forklares ud fra de individuelle faktorer der er taget højde for i plottet til højre. Der er dog en svag tendens til at

forskellene bliver lidt mindre i plottene til højre – her er punkterne (og den linje der beskriver usikkerheden ved estimatet) lidt mere på linje med hinanden end det er tilfældet i plottene til venstre.

Det er svært at påstå, at det er overraskende, at det forholder sig sådan for det er jo en common-sense observation at nogle lokalsamfund 'gør det bedre' end andre – forstået sådan at her er man mere aktive, her tager man større ansvar for hinanden, her taler man oftere med naboen og her føler man sig mere knyttet til området. Men ikke desto mindre er det en forudsætning at det forholder sig sådan for at det bliver plausibelt at forfølge hypotesen om at forskelle i social kapital skal kunne påvirke folkesundheden hos befolkningen i Region Nordjylland.

Inden vi fortsætter med at genbeskrive niveauet af social kapital i Region Nordjylland med udgangspunkt i de nye lokalområder kan det være interessant at lære lidt mere om hvilke individuelle faktorer, der har betydning for, at et individ har et højt niveau af social kapital hvis vi med det i denne kontekst mener tillid til andre samt deltager aktivt i forskellige aktiviteter.

Af tabel 2.3 nedenfor fremgår det hvilke baggrundsfaktorer der er associeret med at være af den overbevisning at man kan stole på de fleste mennesker. De stærkeste sammenhænge finder vi mellem alder og tillid: de yngste er langt de mindst tillidsfulde, mens tilliden stiger med alderen. Her er der formentlig tale om selektionsbias – de mindst tillidsfulde ældre er døde eller deltager ikke i undersøgelsen og skaber dermed et lidt fortegnet billede af forskellene i tillid på tværs af aldersgrupper. Et andet vigtigt område er social klasse: højere uddannelse og højere indkomst øger sandsynligheden for, at man mener, at man kan stole på de fleste.

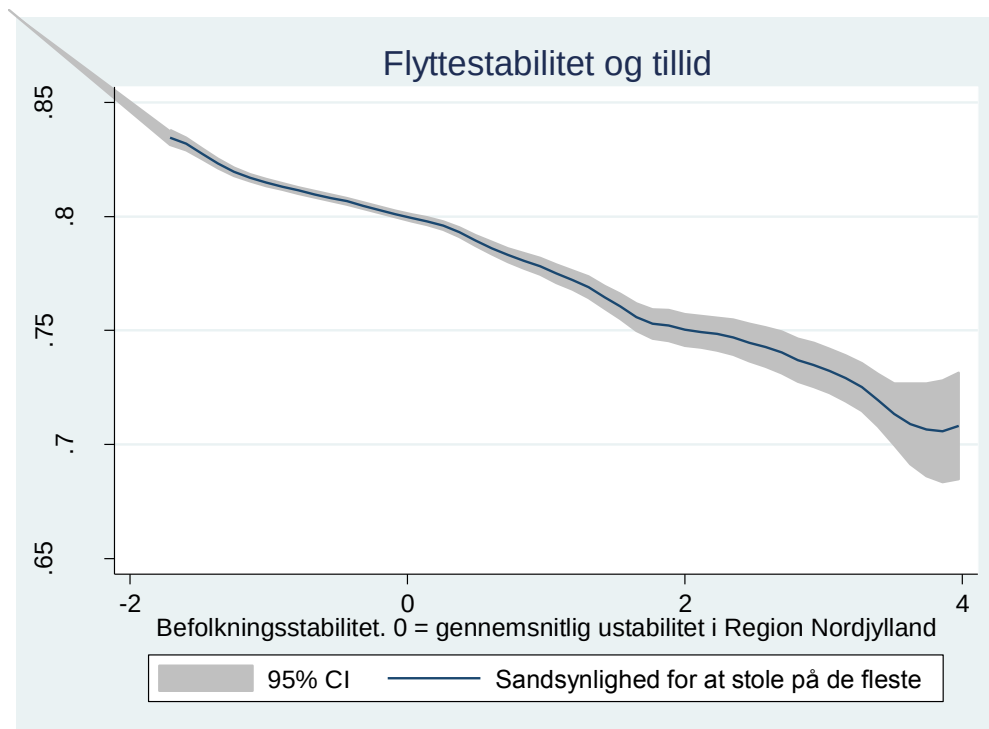
Tabel 2.3 Sammenhæng mellem baggrundsfaktorer og enig i udsagnet 'Man kan stole på de fleste'. Logistisk regression. 95% sikkerhedsinterval

		N	Odds Ratio (95% KI)
Køn	Mand	ref	1.00
	Kvinde		1.06 (0.98-1.15)
Alder	18-29 år	ref	1.00
	30-39 år		1.36 (1.16-1.60)
	40-49 år		1.42 (1.23-1.63)
	50-59 år		1.72 (1.49-1.99)
	60-75 år		2.42 (2.10-2.79)
	75+ år		4.52 (3.61-5.67)
Uddannelse	Lav	ref	1.00
	Mellem		1.14 (1.04-1.25)
	Høj		1.86 (1.66-2.08)
Indkomstdeciler	1-10		1.08 (1.06-1.10)
Civilstand	Gift/Samlevende	ref	1.00
	Enlig		0.96 (0.87-1.06)
Etnicitet	Dansk	ref	1.00
	Ikke-dansk		0.54 (0.43-0.69)

Der er ikke umiddelbart forskelle mellem mænd og kvinder eller mellem personer der bor sammen med andre eller er alene. Til gengæld er personer med anden etnisk baggrund end dansk mindre tilbøjelige til at mene at man kan stole på de fleste end personer som er af dansk oprindelse. Samlet set er det de samme faktorer som man kender fra udenlandske undersøgelser der har betydning for hvor tillidsfuldt et individ er.

Som supplement til disse individuelle faktorerers betydning for et individs tillid til andre kan det være instruktivt at undersøge om graden af tillid er påvirket af faktorer der ikke kan tilskrives et enkelt individ men derimod det område vedkommende bor i. Hvis det er tilfældet er det med til at understøtte teorien om, at tillid og social kapital ikke alene er egenskaber ved individer, men at det er forhold som hænger sammen med den kontekst personen bor i.

Figur 2.7: Sandsynlighed for at være enig i at 'Man kan stole på de fleste mennesker' for stigende ustabilitet (defineret som % til- og fraflyttere) i lokalområdet. Multilevel logistisk regression.



Figur 2.7 viser sammenhængen mellem ustabiliteten i de 804 lokalområder og sandsynligheden for at man er enig i at man kan stole på de fleste. Nulpunktet på x-aksen viser det gennemsnitlige niveau af 'ustabilitet' i de 804 lokalområder i Region Nordjylland. 'Ustabilitet' er her defineret som den gennemsnitlige andel af indbyggere i lokalområderne der flytter til og fra i løbet af et vindue på 1 år før og efter spørgeskemabesvarelsen. Figuren viser således, at individer, der bor i lokalområder med større ustabilitet– dvs. områder med en større gennemstrømning af individer gennemsnitligt har en lavere sandsynlighed for at være tillidsfulde end individer der bor i områder med mindre ustabilitet. Øges andelen af til- og fraflyttere med mere end 2 procentpoint falder sandsynligheden for at være tillidsfuld fra 80% til 73%. Den observerede sammenhæng kunne være udtryk for, at når der sker en stor udskiftning af et lokalområdes befolkning har de tilbageværende sværere ved at forholde sig til dem der bor i nærområdet og er derfor mindre tilbøjelige til at stole på dem uden videre. Uanset hvad understøtter figuren forestillingen om at det der sker i et lokalområde rent faktisk påvirker hvordan individerne forholder sig til hinanden.

I tabel 2.4 er analysen gentaget men i stedet for at fokusere på tillidsfuldhed på individniveau ses der i stedet på hvilke baggrundsfaktorer der er associeret med at deltage i lokalområdet. Blandt de stærkeste sammenhænge er igen social klasse: borgere i Region Nordjylland med det højeste niveau af uddannelse har odds 1.77 i forhold til de naboer som har det laveste niveau af uddannelse og for hvert niveau af ekstra indkomst stiger oddset med 1.13. Det betyder at den fattigste tiendel af nordjyderne har en sandsynlighed på 46% for at have deltaget aktivt i lokalområdet indenfor det sidste år, mens andelen blandt den rigeste tiendedel er 75%.

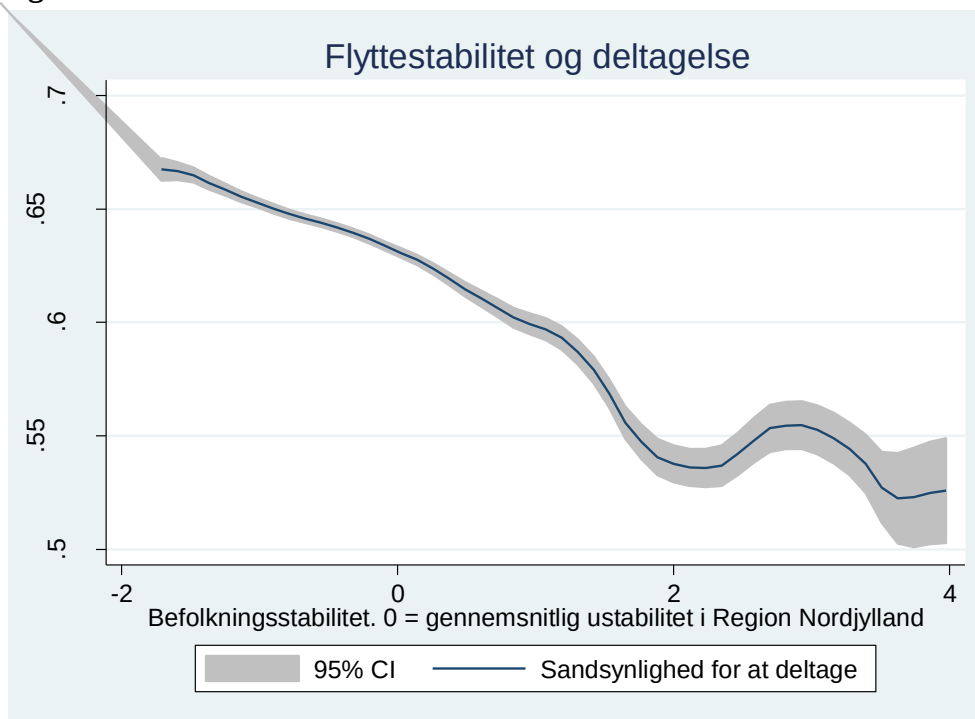
Tabel 2.4 Sammenhæng mellem baggrundsfaktorer og deltagelse i lokalområdet. Logistisk regression. 95% sikkerhedsinterval

		N	Odds Ratio (95% KI)
Køn	Mand	Ref	1.00
	Kvinde		1.07 (1.00-1.15)
Alder	18-29 år	Ref	1.00
	30-39 år		1.57 (1.37-1.80)
	40-49 år		1.86 (1.64-2.12)
	50-59 år		1.44 (1.27-1.64)
	60-75 år		1.88 (1.66-2.14)
	75+ år		1.57 (1.34-1.85)
Uddannelse	Lav	Ref	1.00
	Mellem		1.41 (1.32-1.53)
	Høj		1.77 (1.66-1.93)
Indkomstdeciler	1-10		1.13 (1.12-1.15)
Civilstand	Gift/Samlevende	Ref	1.00
	Enlig		1.02 (0.94-1.11)
Etnicitet	Dansk	Ref	1.00
	Ikke-dansk		0.89 (0.71-1.12)

I modsætning til tillid så er der en ganske svag kønsforskel i deltagelse der peger på at mænd er lidt mere aktive end kvinder om end forskellen er så lille at den ikke har den store betydning. Slutteligt

viser alder et noget mere sammensat mønster end var tilfældet med tillid. Igen er det de yngste der har det laveste niveau på indikatoren for social kapital, men niveauet af engagement og deltagelse i lokalområdet ser ud til at toppe i både blandt borgere i 40'erne men også borgere mellem 60-75 år. Hvis vi igen holder in mente at der kan være et selektionsbias involveret i dette resultat sådan at det er de mest aktive ældre der vælger at svare på spørgeskemaet (eller som stadig er i live) – så stemmer disse resultater også overens med det man ved fra internationale undersøgelser af området, hvor det netop er de 40-50 årige som er mest aktive, mens de yngste og de ældste er de mindst aktive.

Figur 2.7: Sandsynlighed for at have deltaget aktivt i sit lokalområde i løbet af det seneste år for stigende ustabilitet (defineret som % til- og fraflyttere) i lokalområdet. Multilevel logistisk regression.



Som det var tilfældet for tillid kan det være instruktivt at se på om egenskaber ved de 804 lokalområder kan forklare forskelle i hvor aktive borgerne er. Figur 2.7 viser sammenhængen mellem ustabiliteten i lokalområdet og sandsynligheden for at deltage aktivt i lokalområdet. Hvis gennemstrømningen af individer i lokalområdet øges med 2 procentpoint medfører det et fald i sandsynligheden for at deltage aktivt fra ca. 63% til mindre end 55%. Det tyder altså på at også deltagelse har en kontekstueldimension og at niveauet af deltagelse ikke kan reduceres til at være et rent individuelt

forhold. Her betyder det altså også noget hvilket område man bor i – og desto mere ustabilitet der er i området desto mindre motiveret vil man måske være til at deltage.

Skal vi summere op på dette afsnit kan vi altså konkludere tre ting. 1) For det første forholder det sig sådan, at de opgørelser af niveauet af social kapital, der findes i Sundhedsprofilen 2010 er med til at sløre de faktiske forskelle der findes mellem forskellige lokalområders niveauer af social kapital hvad enten vi med det tænker på tillid, deltagelse eller forhold til naboer. Det er med andre ord nødvendigt at tage mindre geografiske enheder i brug hvis man skal yde retfærdighed til problemstillingen vedr. social kapital. Men som vi skal se i kapitel 3 slører sammenligningerne i Sundhedsprofilen også for de helbredsmæssige forskelle der er i Regionen. 2) For det andet, kan vi konstatere at de forskelle der findes mellem lokalområder *ikke* kan forklares alene ved at der er en forskellig sammensætning af mennesker i områderne. Selv når man tager højde for en lang række baggrundsfaktorer findes der systematiske forskelle mellem lokalområderne. Det er et vigtigt indicium i forsøget på at undersøge om social kapital forstået som en egenskab ved lokalområder (og altså ikke blot egenskaber ved individer) har betydning for folkesundheden i Region Nordjylland. 3) For det tredje viser analyserne af hhv. tillidsfuldhed og deltagelse, at forhold der har at gøre med det lokalområde en person bor i – i dette eksempel hvor mange til- og fraflyttere der er set i forhold lokalområdets samlede antal beboere – har betydning for sandsynligheden for at være tillidsfuld og for at deltage aktivt i lokalområdet. Det betyder, at individer der udsættes for forskellige påvirkninger i det lokalområde de bor i bliver påvirket af det og det peger igen på at tillid og deltagelse ikke blot er individuelle fænomener, men at de indeholder en social kerne som stemmer overens med det der i litteraturen bliver omtalt som social kapital.

Inden vi i næste kapitel kaster os over spørgsmålet om hvorvidt social kapital påvirker folkesundheden vil det være på sin plads at gentage nogle af opgørelserne af social kapital fra Sundhedsprofilen 2010. Men i stedet for at sammenligne kommuner og sogne og visualisere disse vil vi nu i stedet sammenligne forskellige lokalområder internt i de 3 nordjyske kommuner, som har deltaget i HEPRO-projektet. Det er opgaven for næste afsnit.

B. Nye opgørelser af de centrale områder fordelt på de tre kommuner som deltager

Som fortalt i forrige afsnit kunne man nemt få det indtryk, at der kun er ganske minimale forskelle i social kapital på tværs af de kommunale grænser i Region Nordjylland. Ganske vist kan man se et kort

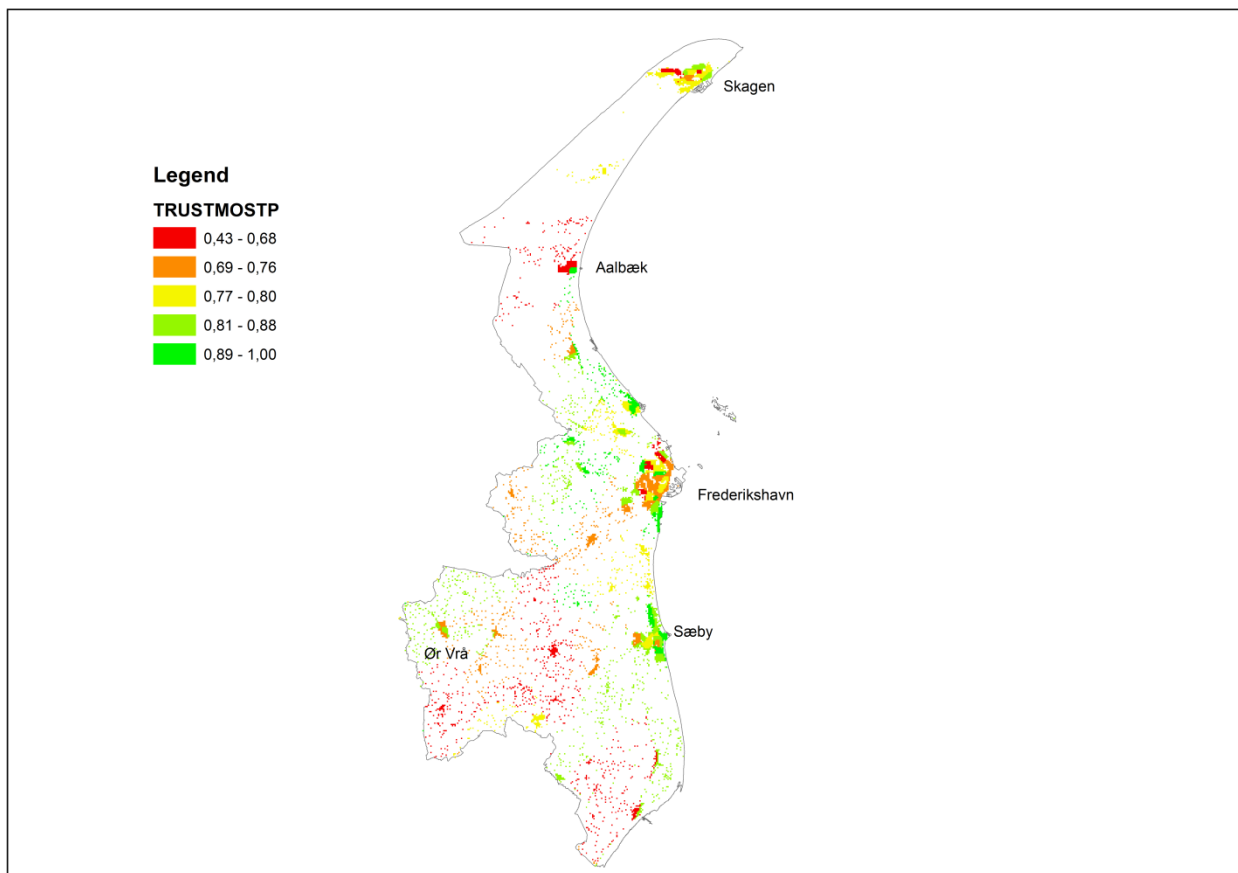
over de mest markante forskelle på tværs af sognene i Region Nordjylland, men der kan alligevel være grund til at zoome lidt længere ind med henblik på at visualisere og identificere de områder som hhv. har mest og mindst tillid og deltagelse. Det er særligt relevant for de sogne som er så store, at der kan være endog meget store forskelle internt i dem, hvilket igen er med til at sløre de forskelle der rent faktisk findes i regionen.

Forskelle i generaliseret tillid i de tre kommuner

I det følgende er der alene taget udgangspunkt i de tre kommuner som har deltaget i HEPRO-projektet ikke mindst fordi det ellers ville være uoverskueligt at præsentere en visualisering med den rette detaljeringsgrad hvis det skulle være for hele regionen.

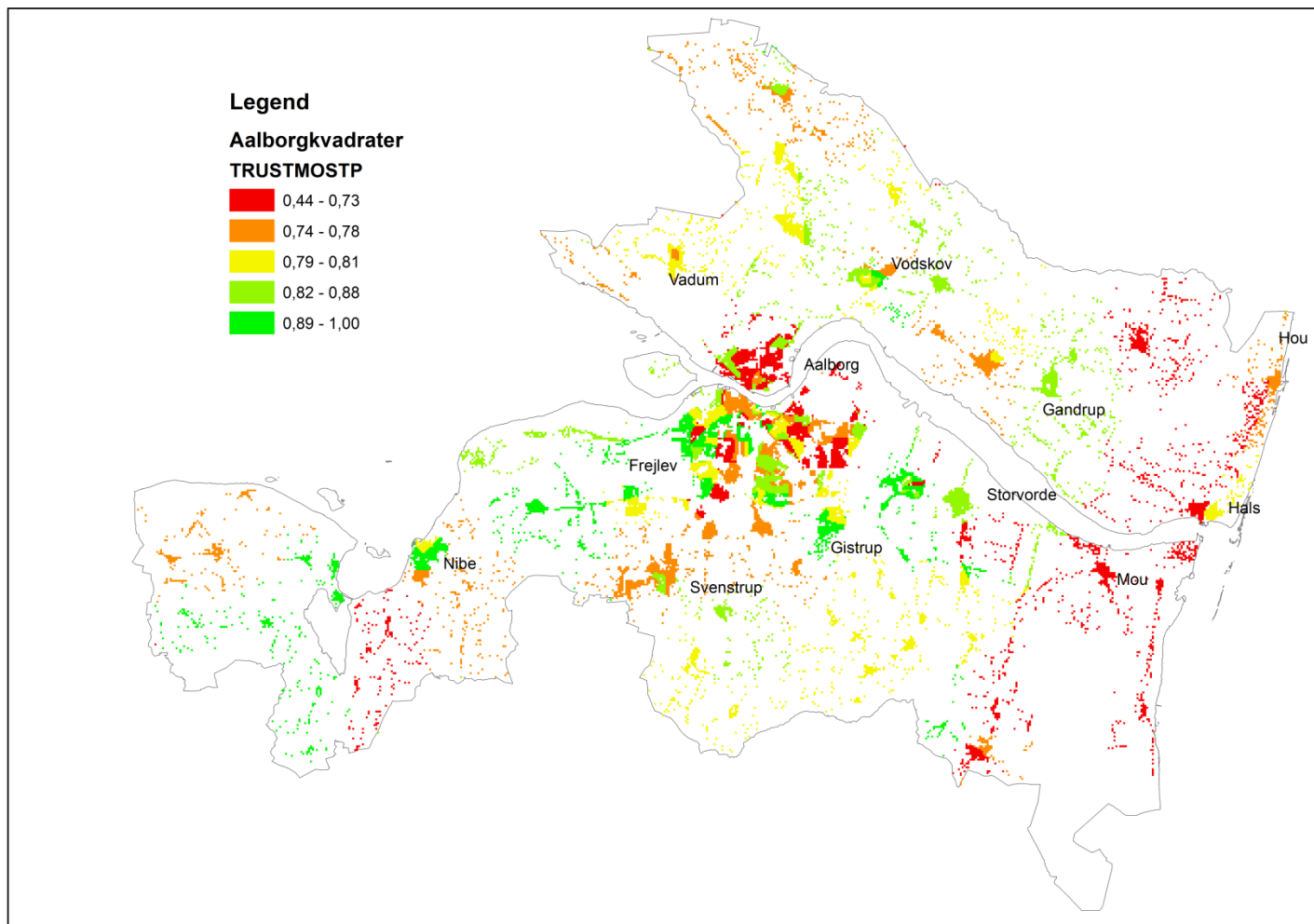
Figur 2.8 nedenfor viser med stor tydelighed, at der er ganske store forskelle internt i Frederikshavn kommune, som ikke kommer helt så tydeligt til udtryk i analyserne i Sundhedsprofilen. Umiddelbart ser det ud til at der står bedst til i Sæby og til dels Østervrå, hvor der ikke er nogle områder som klarer sig blandt den dårligste femtedel ifht hele regionen. I de øvrige større byer i kommunen er der ét eller flere områder som befinder sig i den dårligste gruppe. Det er ikke overraskende for selve Frederikshavn, da det er kommunens største by og derfor naturligt vil huse en mere forskelligartet gruppe af borgere. Til gengæld er der forholdsvis store forskelle i Skagen og særligt i Aalbæk, hvilket er lidt mere overraskende ifht byernes størrelse.

Figur 2.8 'Man kan stole på de fleste'. Procent enige opdelt i kvintiler for Frederikshavn Kommune.



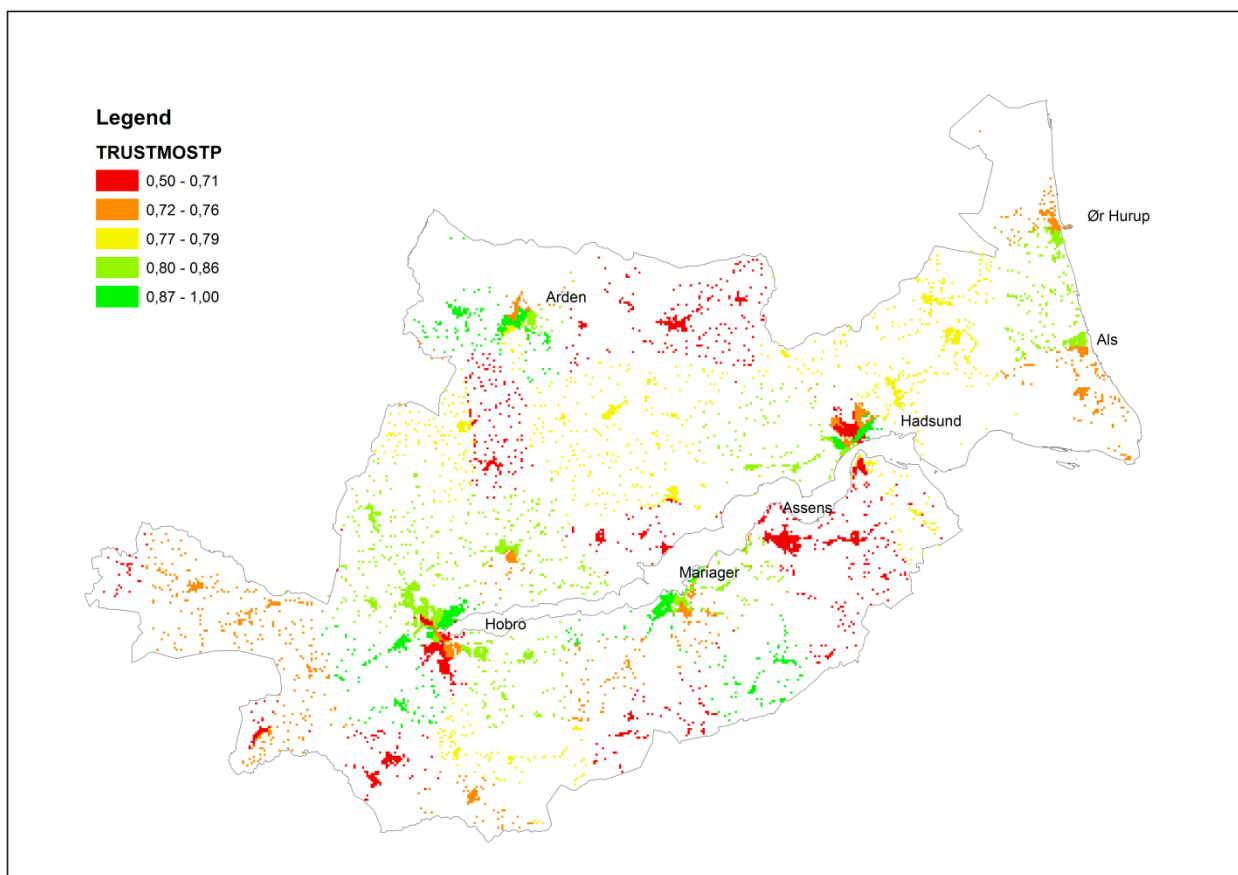
Der er som ventet også meget store forskelle internt i Aalborg Kommune, hvilket fremstår ret tydeligt på figur 2.9. Nibe, Frejlev, Gistrup, Storvorde og Gandrup skiller sig alle positivt ud ved næsten ingen områder at have der befinder sig i den laveste kvintil i hele regionen. Områderne syd for Nibe og særligt ude langs kysten: Mou, Hals og Hou befinder sig til gengæld i den lavere ende, hvor borgerne befinder sig i den lavere ende af tillidskalaen sammenlignet med resten af regionens borgere. Internt i Aalborg by er der også markante forskelle: Gug, Hasseris og nogle få områder i Nr. Sundby befinder sig i de bedste kvintiler mens størstedelen af Nørresundby, Aalborg Øst, Vestbyen samt centrum befinder sig i den laveste kvintil, hvilket indikerer, at borgerne i disse områder er blandt de mindst tillidsfulde i Region Nordjylland. De fleste af forskellene passer meget godt med de områder der gennem de seneste 10 år har været i fokus i forhold til belastede boligområder (f.eks. Aalborg Øst og dele af Nørresundby), mens f.eks. vestbyen og centrum i Aalborg måske har en lavere andel af tillidsfulde på grund af den lave gennemsnitsalder i områderne sammenlignet med de øvrige områder.

Figur 2.9 'Man kan stole på de fleste'. Procent enige opdelt i kvintiler for Aalborg Kommune.



Vender vi os mod Region Nordjyllands sydligste kommune kan vi også her konstatere en lang række langt mere markante forskelle end det fremstår i Sundhedsprofilen. Det fremgår af figur 2.10 ovenfor. Mariager, Arden, Rold og Als er umiddelbart de byer hvor borgerne er mest tillidsfulde. Værst står det til i Assens, Onsild og store dele af Hadsund samt den sydlige del af Hobro.

Figur 2.10 'Man kan stole på de fleste'. Procent enige opdelt i kvintiler for Mariagerfjord Kommune.



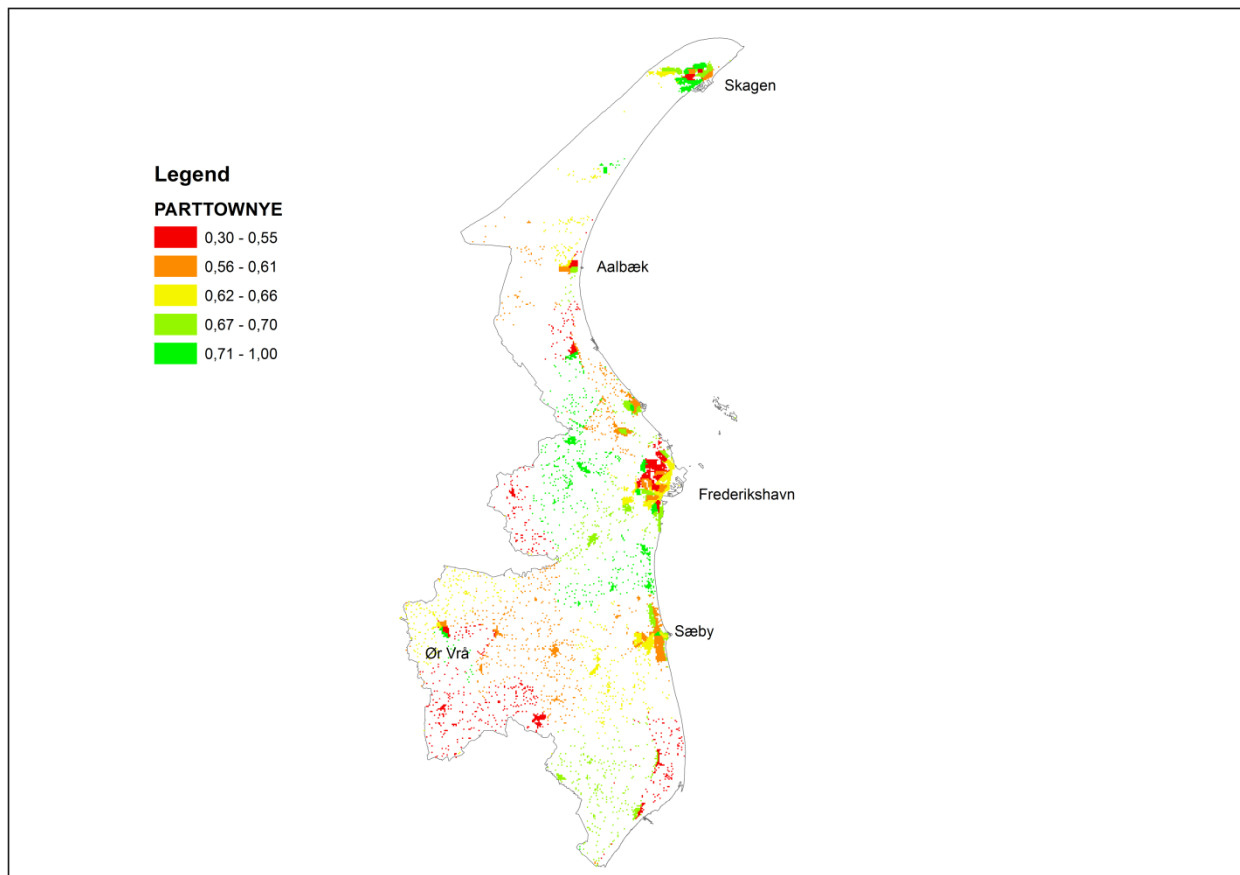
Den overordnede konklusion på dette afsnit er – i naturlig forlængelse af det forrige – at vi kan visualisere de reelle forskelle i social kapital der findes i Region Nordjylland langt mere tydeligt hvis vi tager mindre geografiske enheder i brug. Det gør det også muligt mere nøjagtigt at finde frem til de områder hvor niveauet af social kapital er lavt – og hvor der af den grund kunne være brug for en særlig indsats. Men det betyder også at vi kan finde frem til de områder som rent faktisk klarer sig godt og som måske kan bruges som inspiration ifht at igangsætte indsatser i andre områder. Her er det klart at man skal være varsom fordi vi ikke med sikkerhed ved hvorfor områderne skiller sig ud fra hinanden. Men ved at få identificeret de områder hvor det går bedre end gennemsnittet giver det mulighed for at iværksætte en mere tilbunds gående undersøgelse af hvad der sker i dette område som kan forklare de positive forhold. Det er klart at i forhold til tillid til andre vil det være endog meget vanskeligt hvis ikke fuldkommen umuligt for den enkelte kommune at iværksætte indsatser der skulle højne niveauet af dette. Dette skyldes ikke mindst, at graden af tillid på individuelt niveau er et

fænomen som er produktet af et meget stor antal påvirkninger på både biologisk, psykologisk og samfundsmæssigt niveau. Denne diskussion vender vi tilbage til i kapitel 5, hvor vi vil forsøge at præsentere en række anbefalinger på baggrund af undersøgelsens resultater.

Forskelle i deltagelsesmønstre i de tre kommuner

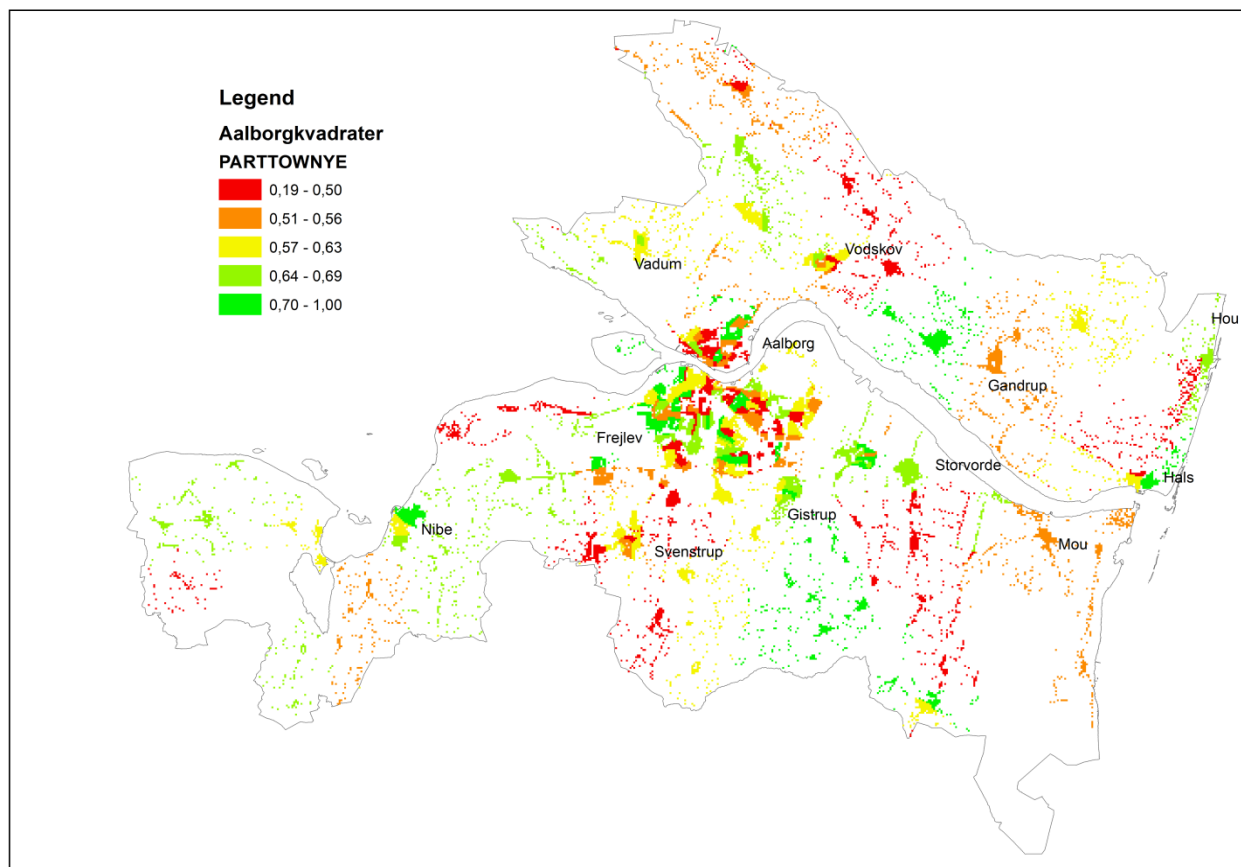
Hvis vi i stedet zoomer ind på et andet vigtigt aspekt af den sociale kapital – nemlig graden af deltagelse og engagement i lokalområdet kan vi også her visualisere de eksisterende forskelle og dermed identificere områder, der kunne anspore til nærmere undersøgelse. I figur 2.11 nedenfor kan vi se forskellene i deltagelse i Frederikshavn Kommune. Også her kan vi konstatere større forskelle end man umiddelbart vil se hvis man holdt sig til Sundhedsprofilen. Mønstrene er dog nogle lidt andre end vi så for spørgsmålet om generaliseret tillid.

Figur 2.11 Deltagelse i lokalområdet indenfor det seneste år. Procent enige opdelt i kvintiler for Frederikshavn Kommune.



Generelt set er billedet langt mere broget, når det kommer til deltagelse forstået på den måde, at der i såvel Skagen og Østervrå er lokalområder, som befinder sig både i den bedste og den dårligste kvintil, hvilket kun var tilfældet i Frederikshavn, da det kom til generaliseret tillid. Det er stadig Aalbæk og nogle af landområderne vest for Frederikshavn, som samlet befinder sig i kvintilen med den laveste grad af deltagelse, hvilket også harmonerer med billedet af den generaliserede tillid. Om det skyldes en mangel på muligheder for at deltage i lokalområdet er det ikke muligt at sige noget om ud fra nærværende undersøgelse, men det kan være en plausibel forklaring særligt ifht landområderne.

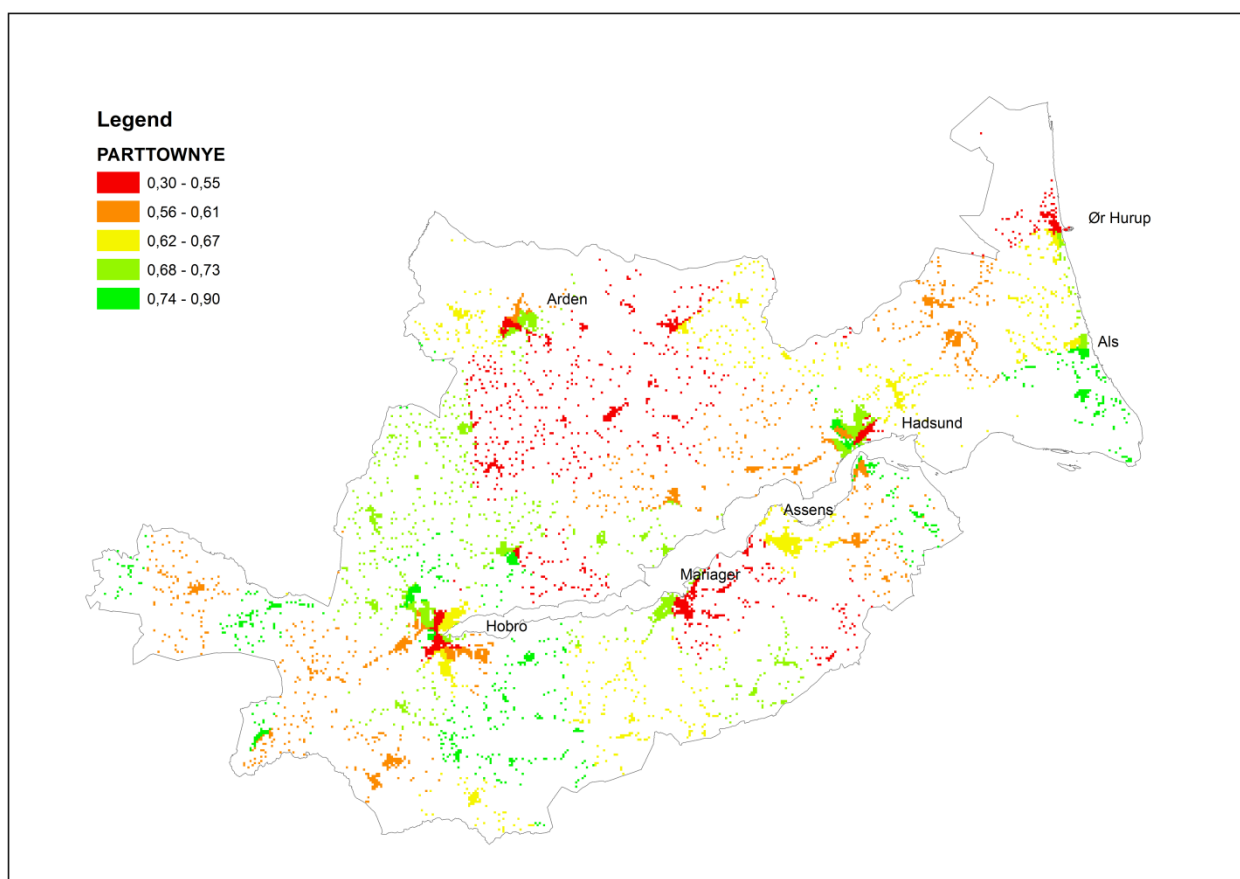
Figur 2.12 Deltagelse i lokalområdet indenfor det seneste år. Procent enige opdelt i kvintiler for Aalborg Kommune.



Vender vi os imod Aalborg kommune kan vi i figur 2.12 ovenfor. Tendensen er den samme som i Frederikshavns Kommune: der er stadig mange forskelle som ville være skjult uden den detaljeringsgrad der ligger i at anvende de nye lokalområder. Men samtidig er der også en udpræget diversitet i byerne forstået sådan at hvor området fra Hals til Hou før var placeret ret entydigt blandt de

kvintiler der var lavest tillid i så er der i byerne både områder der befinder sig blandt den bedste kvintil, men også den dårligste. Områderne nordvest for Vodskov klarer sig nu mere entydigt dårligt end det var tilfældet for spørgsmålet om generaliseret tillid. Nibe fremtræder også her som et område med et betydeligt lokalt engagement, og alle lokalområder i byen klarer sig som gennemsnittet eller bedre. I Aalborg by er resultaterne også mere sammensatte. Selvom Aalborg Øst og dele af Nørresundby stadig befinder sig i de laveste kvintiler er der dog enkelte områder som klarer sig blandt de bedste.

Figur 2.13 Deltagelse i lokalområdet indenfor det seneste år. Procent enige opdelt i kvintiler for Mariagerfjord Kommune.



Slutteligt kan vi se nærmere på forskellene i deltagelse i Mariagerfjord Kommune. Af figur 2.13 ovenfor fremgår det også, at der er store forskelle på tværs af kommunen. Overordnet set er det Als, der klarer sig bedst – her er alle lokalområder placeret blandt de bedste kvintiler. Området syd for Arden er til gengæld defineret ved at befinde sig blandt de områder med den laveste grad af deltagelse, hvilket også er gældende for de fleste dele af Mariager by og Øster Hørup. Såvel Hadsund

som Hobro har et mere sammensat billede, hvor der indenfor ganske kort afstand findes områder som klarer sig godt og skidt. Her vil lokalkendskab måske gøre det muligt at afgøre nærmere hvad der ligger til grund for de observerede sammenhænge.

Overordnet set viser dette afsnit, at det kan være frugtbart at zoome længere ind end kommuner og sogne da der internt – særligt i de store by sogne i Mariagerfjord og Frederikshavn Kommune – findes ganske markante forskelle indenfor korte afstande. Disse vil blive udvisket når man anvender sogne, og man kan derfor med fordel tage de mindre lokalområder i anvendelse fremadrettet.

Inden vi i næste kapitel ser på hvilken betydning de observerede forskelle i social kapital på tværs af lokalområderne i Region Nordjylland måtte have for folkesundheden vil vi i det sidste afsnit i dette kapitel kort liste de områder indenfor hver af de tre kommuner op som adskiller sig signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. Det gøres med henblik på at kommunerne på baggrund af dette kan iværksætte mere grundige analyser af hvad der forårsager de observerede forskelle.

C. Opgørelse af områder i de tre kommuner som klarer sig særligt godt og skidt ifht social kapital.

I det følgende listes de områder op, der adskiller sig signifikant fra gennemsnittet ifht tillid og deltagelse. Områderne er genereret automatisk på baggrund af en algoritme, der sammenligner kvadrater, der ikke er adskilt af fysiske skel som f.eks. veje, skovområder o.lign. Dette gør den, indtil der som minimum er 100 personer og 50 husstande (den diskretionsgrænse Danmarks Statistik har fastsat). Det har den konsekvens, at nogle af områderne er sammensat på en lidt uhensigtsmæssig måde. Det er derfor også vigtigt at være varsom i tolkningen af i hvert fald nogle af områderne. For mange af dem, der slår ud i analyserne er der dog tale om rimeligt homogene områder, som det giver mening at lave tolkninger på.

Aalborg Kommune

Som det fremgår af figur 2.2 ovenfor er der blot lidt mere end en håndfuld områder som afviger signifikant fra den gennemsnitlige tillid i Region Nordjylland. I nedenstående tabel 2.5 er områderne forsøgt identificeret og givet et navn som gør det muligt at placere det rent geografisk. Tabellen viser således både navnet på lokalområdet samt via enten et plus eller et minus hvorvidt området adskiller sig positivt eller negativt fra gennemsnittet i Regionen. I stedet for at vise to tabeller – en før og en efter justering for baggrundsfaktorer har vi i stedet samlet informationerne i en tabel som primært viser placeringen efter justering men som også fokuserer på hvorvidt forskellene er til stede før og efter justering samt hvorvidt der sker ændringer i den ene eller andet retning. Dette er forsøgt illustreret med de forskellige farver.

Tabel 2.5 Lokalområder i Aalborg Kommune der afviger signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. 'Man kan stole på de fleste'.

Område	Afvigelse
Vangen (8377_66)	-- *
Revlingebakken/Bynkevej/Svanevej (9110_7)	-- *
Kongerslev Syd (8343_1)	-- *
Kildeparken/JF Kennedys Plads/Gammel Kærvej (8365_17)	-- *
Kaj Munks Vej/Østervangsvej Vejgaard (8372_1)	- *
Sebbersundvej (8371_85)	-
Færøgade/Sejrøgade (8369_11)	-
Kongensgade/Engvej (8375_6)	-
Sallingsundvej/Tambosundvej (8371_82)	-
Vor Frelser sogn (8366_1)	-
Digtervejen (9076_20)	+
Romdrup sogn (8320_1)	+
Gistrup Syd (9157_52)	+

-- * = signifikant lavere end gennemsnittet før og efter justering
- * = ikke signifikant lavere før justering, men kun efter justering
- = signifikant lavere førjustering, men ikke efter justering
+ = signifikant højere før justering, men ikke efter justering

I Aalborg Kommune er der 4 områder som konsekvent har mindre tillid til hinanden end gennemsnittet i Region Nordjylland selv når der tages højde for sammensætningen af borgere i områderne. Det drejer sig områderne Vangen (i Nørresundby), Revlingebakken/Bynkevej (i Aalborg), den sydlige del af Kongerslev samt områderne på begge sider af Kildeparken, dvs. JF Kennedysplads, Gammel Kærvej

og Vesterbro. Analyserne viser også at områderne omkring Sebbesundvej, Færøgade/Sejrøgade, Kongensgade/Engvej, Sallingsundvej/Tambosundvej og Vor Frelser Sogn godt nok som udgangspunkt har mindre tillid end gennemsnittet af befolkningen i regionen, men når der tages højde for sammensætningen af borgere i de 5 områder er der ikke længere nogen af dem der afviger signifikant. Det viser med andre ord, at det ikke så meget er området men derimod de borgere der bor der som skaber de forskelle der er observeret. Det står i kontrast til f.eks. Vangen som godt nok afviger mindre når der tages højde for beboersammensætningen, men som dog stadig adskiller sig så signifikant fra de gennemsnitlige områder. Et enkelt område nemlig Kaj Munks Vej i Vejgaard bevæger sig den modsatte vej: her bliver afvigelsen til gennemsnittet større når man tager højde for befolkningens sammensætning. Til gengæld er der ingen områder som afviger signifikant i en positiv retning. For Digtervejen, Romdrup sogn og den sydlige del af Gistrup gælder det, at når man tager højde for den forholdsvis veluddannede befolkning der findes i disse områder ja så skiller området sig ikke længere ud ifht gennemsnittet.

En del af områderne fra forrige tabel går igen i tabel 2.6, når spørgsmålet om deltagelse i lokalområdet analyseres. Det gælder f.eks. områderne omkring Sebbesundvej og Færøgade/Sejrøgade. Begge disse områder har borgere der deltager signifikant mindre end gennemsnittet i regionen selv når der tages højde for forskelle i socioøkonomisk baggrund. Det samme gælder den nordvestlige del af Hals, området omkring Nobelparken ved Aalborg Universitet, et område i Svenstrup, samt Langholt og resten af Horsens sogn. For alle disse områder er der en signifikant forskel både før og efter der er taget højde for baggrundskaraktetika.

Når der tages højde for forskelle i indbyggernes karakteristika er der også signifikant lavere niveauer af deltagelse i Godthåb, og i områderne nær Skansevej/Rolighedsvej i Nørresundby, i den sydlige del af universitetsområdet inklusiv dele af Gug, nær Højvangsvej/Vestervang og i den sydlige del af Frejlev (Kolloparken).

Tabel 2.6 Lokalområder i Aalborg Kommune der afviger signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. Deltagelse

Område	Afvigelse
Sebbersundvej (8371_85)	-- *
Færøgade/Sejrøgade (8369_11)	-- *
Hals Nordvest + opland (8438_3)	-- *
Nobelparken/Universitetsområdet Vest (8370_59)	-- *
Svenstrup Midt/Hybenvej (8333_139)	-- *
Langholt / Horsens Sogn (8383_1)	-- *
Godthåb sogn (9107_1)	- *
Skansevej/Rolighedsvej Nr. Sundby (8375_8)	- *
Universitetsområdet Syd/Gug Øst (8370_1)	- *
Højvangsvej/Vestervang Lindholm (8377_1)	- *
Kolloparken Frejlev Syd (8330_1)	- *
Blåkildevej/Ravnkildevej (8371_83)	-
Aalborg Midtby – Boulevarden (8364_1)	-
Gudum Sogn (8322_1)	-
Øgade/Sjællandsgade/Norgesgade (8369_12)	-
Vangen (8377_66)	-
Kildeparken/JF Kennedys Plads/Gammel Kærvej (8365_17)	-
Hvorup/Gammel Kongevej/Søndre Kongevej /Øster Strandvej (8376_85)	-
Vestergade Nr. Sundby (8375_5)	-
Vor Frelser sogn (8366_1)	+ *
Vesterkæret /Egholm (8367_34)	+ *

-- * = signifikant lavere end gennemsnittet før og efter justering

- * = signifikant lavere efter justering, men ikke før justering

- = signifikant lavere før justering, men ikke efter justering

+ * = signifikant højere efter justering, men ikke før justering

Der er også en række områder hvor deltagelsen ikke længere adskiller sig signifikant fra gennemsnittet i regionen, når der tages højde for de borgere der bor i området. Det gælder f.eks. området omkring Blåkildevej/Ravnkildevej, Aalborg Midtby, Gudum sogn, Sjællandsgade og Norgesgade i Øgade-kvarteret, Vangen, områderne omkring Kildeparken samt Gammel Kongevej i Hvorup og området omkring Vestergade i Nørresundby.

Slutteligt er der to områder som – når der tages højde for beboersammensætningen – har et højere niveau af deltagelse end det er tilfældet i regionen som gennemsnit. Det drejer sig om to områder i Aalborg Vestby nemlig Vor Frelser sogn samt områderne omkring Vesterkæret inkl. Egholm.

Mariagerfjord Kommune

Der er knap så mange signifikante forskelle mellem lokalområderne i Mariagerfjord Kommune og regionens gennemsnit end det var tilfældet for Aalborg. Faktisk er der blot ét område – nemlig Assens - som skiller sig signifikant ud i forhold til graden af tillid til andre både før og efter at der er taget højde for borgernes sammensætning i området. Derudover er der to områder i Hobro by – nemlig områderne omkring Vester Allé samt området fra Skibsgade til Fayesgade – som har et lavere niveau af tillid, hvilket dog delvist kan forklares ved sammensætningen af borgere i området. Dette samme er tilfældet for området omkring Solbakken og Plantagevej i Hadsund by.

Tabel 2.7 Lokalområder i Mariagerfjord Kommune der afviger signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. 'Man kan stole på de fleste'.

Område	Afvigelse
Assens (8200_1)	-- *
Hobro Vester Allé (8198_62)	-
Skibsgade/Grøndalsvej/Fayesgade Hobro (8198_2)	-
Solbakken/Granlien /Plantagevej Hadsund (8306_48)	-

-- * = signifikant lavere end gennemsnittet før og efter justering

- = signifikant lavere før justering, men ikke efter justering

Hvis vi vender os mod det andet aspekt af social kapital vi behandler i dette kapitel nemlig deltagelse er der her lidt flere signifikante forskelle at finde. Som det eneste ligger området langs Hegedalsvej med f.eks. Bøgevej i Hobro signifikant lavere end gennemsnittet i regionen både før og efter der er taget højde for forskelle i befolkningens sammensætning. Tre andre områder i Hobro midtby har en signifikant lavere grad af deltagelse som forsvinder når der tages højde for hvilke mennesker der bor i områderne. Det modsatte gør sig gældende for to yderområder i kommunen nemlig området omkring Søvnøget i Hvornum samt den sydlige del af Als inkl Als Odde og Helberskov. Her er der en signifikant større deltagelse, når der er taget højde for indbyggernes sammensætning. Slutteligt er området omkring Vesterfjord i Hobro by karakteriseret ved at have en signifikant større grad af deltagelse både før og efter der er taget højde for karakteristika ved dem som bor der.

Tabel 2.8 Lokalområder i Mariagerfjord Kommune der afviger signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. Deltagelse

Område	Afvigelse
Hobro Hegedalsvej/Bøgevej (8198_67)	-- *
Hobro Vesterfjord (8198_65)	++ *
Søvænget/Byvænget Hvornum (8206_86)	+ *
Als Syd / Helberskov / Als Odde (8303_1)	+ *
Hobro Midtby – Brogade/H.I. Bies Plads (8198_1)	-
Hobro Vester Allé (8198_62)	-
Jernbanegade/Petersborgvej Hadsund (8306_49)	-
Hobro Søndre Skole (8198_64)	-

-- * = signifikant lavere end gennemsnittet før og efter justering
 ++ * = signifikant højere end gennemsnittet før og efter justering
 + * = signifikant højere efter justering, men ikke før justering
 - = signifikant lavere før justering, men ikke efter justering

Frederikshavn Kommune

Antallet af områder som adskiller sig signifikant fra gennemsnittet i regionen er omtrent det samme i Frederikshavn Kommune som det var tilfældet for Mariagerfjord – selvom der er flere forskelle i tillid end der er ifht deltagelse, hvilket er lige omvendt billedet i regionens sydligste kommune. To områder i Frederikshavn by – nemlig områderne nær Krogen og et område i midtbyen – samt to områder i Skagen nær Danesvej og Doggerbanke har både før og efter justering et signifikant lavere niveau af tillid end gennemsnittet i regionen. Yderligere to områder i Frederikshavn har signifikant lavere niveau af tillid når der tages højde for befolkningssammensætning – det gælder området nær Weyses allé samt Sønderjyllands Allé.

Et enkelt område adskiller sig signifikant fra gennemsnittet i positiv retning når der er justeret for sammensætningen af befolkningen – det gælder området omkring Knudsensvej og Lindegårdsvej i Frederikshavn by.

Endelig er der to områder som umiddelbart adskiller sig i en positiv retning, men hvor det er sammensætningen af borgere, som spiller den afgørende rolle hvorfor de ikke adskiller sig signifikant fra gennemsnittet i regionen når der er taget højde for det. Det gælder den nordlige del af Kvissel samt området i midtbyen af Frederikshavn omkring Søndergade og Thodesvej.

Tabel 2.9 Lokalområder i Frederikshavn Kommune der afviger signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. 'Man kan stole på de fleste'.

Område	Afvigelse
Krogen/Flotillevej Frederikshavn (8476_35)	-- *
Danesvej/Corasvej Skagen (8480_330)	-- *
Nordsøvej / Doggerbanke / Fiskerbanke Skagen (8480_332)	-- *
Enghavevej/ Asylgade / Danmarksgade / Toldbodsgade Frederikshavn (8476_1)	-- *
Weyses Alle Frederikshavn (8479_43)	- *
Sønderjyllands Alle/Absalonsvej Frederikshavn (8478_22)	- *
Knudsensvej / Lindegårdsvej Frederikshavn (8478_24)	+ *
Kvissel Nord/Ravnshøj Vest (8433_283)	+
Søndergade/Thodesvej (8479_41)	+

-- * = signifikant lavere end gennemsnittet før og efter justering

+ * = signifikant højere efter justering, men ikke før justering

- * = signifikant lavere efter justering, men ikke før justering

+ = signifikant højere før justering, men ikke efter justering

Hvis vi til sidst vender os mod deltagelse kan vi at der er blot er to områder som adskiller sig signifikant fra gennemsnittet i regionen når der er taget højde for befolkningssammensætningen. Dybvad har et signifikant lavere niveau af deltagelse både før og efter justering, mens den sydlige del af Kvissel har et signifikant højere niveau når der tages højde for de andre forskelle mellem lokalområderne. Derudover kan vi se, at de forskelle der findes for to områder i Frederikshavn by – nemlig området omkring Grønlandsvej samt Flade – forsvinder når der tages højde for befolkningssammensætningen.

Tabel 2.10 Lokalområder i Frederikshavn Kommune der afviger signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. Deltagelse

Område	Afvigelse
Dybvad (8446_1)	-- *
Kvissel syd (8433_284)	+ *
Stenbakkevej / Knudensvej / Grønlandsvej Frederikshavn (8478_1)	-
Flade / Damgårdsvej / Atletikvej Frederikshavn (8478_27)	+

-- * = signifikant lavere end gennemsnittet før og efter justering

+ * = signifikant højere efter justering, men ikke før justering

- = signifikant lavere førjustering, men ikke efter justering

+ = signifikant højere før justering, men ikke efter justering

D. Opsamling og delkonklusion

Hvis vi skal prøve at samle op på konklusioner fra dette kapitel må resultatet være, at der kan konstateres markante og statistisk signifikante forskelle i social kapital mellem de 804 lokalområder i Region Nordjylland. Social kapital har en lang række individuelle determinanter, men samtidig er det f.eks. også påvirket af gennemstrømningen af personer i lokalområderne, hvilket indikerer at i hvert fald delelementer af fænomenet har en social kerne som kan danne grundlag for påvirkninger iværksat af indsatser fra de nordjyske kommuner som måtte være interesseret i at sætte fokus på social kapital. Slutteligt har vi beskrevet en række af de eksisterende forskelle der findes i regionen både før og efter der er taget højde for at der bor ret forskellige mennesker i lokalområderne. De områder der er nævnt i afsnit C kan der således fokuseres yderligere på såfremt man i de tre deltagende kommuner vil arbejde videre med social kapital som et indsatsområde. Det interessante spørgsmål som skal undersøges i næste kapitel bliver nu at vurdere hvorvidt forskellene i social kapital på tværs af lokalområderne også kan bruges til at forklare evt. forskelle i nordjydernes sundhedstilstande.

Kapitel 3 - Hvilke sammenhænge er der mellem social kapital og helbred i Region Nordjylland?

I forrige kapitel kunne vi konstatere, at der findes en række forskelle i mængden af social kapital på tværs af de 804 lokalområder, der er blevet genereret som en del af dette projekt. En sådan variation er forudsætningen for, at den overordnede problemstilling vedr. social kapital og helbred skal kunne finde støtte på baggrund af det empiriske materiale i Sundhedsprofilen 2010. I dette kapitel vil vi derfor komme omkring 3 forskellige problemstillinger. For det første (A) må vi undersøge om der – som det var tilfældet med tillid og deltagelse også findes geografiske variationer i nordjydernes helbred og sundhed selv når der tages højde for områdernes forskelligartede sammensætning af borgere. Givet den forståelse af social kapital der er fremlagt i kapitel 1 forudsætter denne undersøgelse, at der eksisterer en samvariation på centrale helbredsudfald i Region Nordjylland der ikke kan forklares alene ud fra den befolkningssammensætning der findes i området men som også hænger sammen med karakteristika der skyldes forhold i lokalområdet – f.eks. mængden af social kapital. Her viser det sig, at der for langt de fleste sundhedsparametre er det tilfældet, at der findes en væsentlig del af variationen på tværs af de deltagende individer, der kan henføres til det lokalområde de bor i.

Næste skridt (B) bliver derfor at undersøge, hvorvidt forskellige dimensioner af et lokalområdes sociale kapital er associeret med individers helbred eller livsstil, når der tages højde for de andre faktorer som påvirker et individs helbred og livsstil. I første omgang vil vi fokusere på selv-vurderet helbred fordi dette er et generelt helbredsmål – men vi vil udvide analyserne til også at fokusere på andre mål for helbred ligesom det vil være relevant at foretage analyserne ifht livsstil, da der er mange indikationer på at netop livsstil og de normer der regulerer befolkningens livsstil kan påvirkes via social kapital. For at snævre det ind analyseres der efterfølgende på X helbredsparametre: selv-vurderet helbred, overvægt, rygning, fysisk aktivitet og oplevet stress med henblik på at identificere hvilke af disse helbredsforhold som er associeret med social kapital på lokalområdeniveau. Her viser det sig at det er tilfældet for en lang række af helbredsforholdene, selv når der er taget højde for individuelle karakteristika som f.eks. hvor tillidsfuld individet selv er eller hvor meget det deltager. 3) Slutteligt (C) er det nødvendigt at undersøge hvorvidt evt. sammenhænge mellem et lokalområdes sociale kapital og forskellige mål for helbred forsvinder helt eller delvist når der tages højde for andre karakteristika ved lokalområdet. Forholder det sig sådan at associationen mellem social kapital og

helbred forsvinder når der justeres for et områdes uddannelsesniveau, den gennemsnitlige indkomst eller indkomstuligheden? Hvis det er tilfældet vil det gøre det muligt at nå til en nærmere forståelse af hvilke kausale mekanismer der kan være på spil og som kan gøre rede for de observerede sammenhænge. På baggrund af disse tre spørgsmål og deres svar er det muligt at komme nærmere en forståelse af betydningen af social kapital for helbred og livsstil i Region Nordjylland. Men lad os i første omgang undersøge hvorvidt det overhovedet giver mening at betragte nordjydernes helbred som noget der kræver en forklaring på lokalområdeniveau.

A. Helbred, livsstil og lokalområdeniveau

Den mest udbredte måde at undersøge hvorvidt social kapital på lokalområdeniveau er ved at benytte sig af multilevel regressionsanalyser, hvor det er muligt at udskille den del af variationen i en afhængig variabel der knytter sig til et bestemt analytisk niveau. Ved en almindelig lineær regression befinder alle oplysninger i analysen sig på ét niveau – i det her tilfælde på individniveau. Men i løbet af de seneste 10-20 år er man blevet mere og mere opmærksom på at individer ofte indgår i sammenhænge hvor de er påvirket af de samme omstændigheder. Et godt eksempel kunne f.eks. være skoleelever, hvor en række aspekter klart hører til det individuelle niveau. Det drejer sig f.eks. om elevens evner, opbakningen fra hendes forældre, ambitioner om at nå et godt resultat mm. Men derudover vil der være en række karakteristika ved den skole som eleven går på der ikke alene påvirker den enkelte elev men alle hendes klassekammerater også – det kunne f.eks. være antallet af elever i klassen, lærerens faglige niveau, antallet af bøger på skolen osv. Disse ting er ikke egenskaber ved den enkelte elev, men derimod egenskaber ved skolen som tilhører et andet analytisk niveau. Rent statistisk bliver det interessant at forsøge at isolere effekterne af disse egenskaber på f.eks. skoleniveau for at se hvilken betydning en nedsættelse af antallet af elever pr. klasse f.eks. ville have på karakterniveauet for de enkelte elever i klassen. Det er netop sådanne muligheder, der ligger i brugen af multilevel regressioner. Som navnet antyder, indebærer det, at man laver regressioner, hvor man tager højde for, at informationerne befinder sig på forskellige analytiske niveauer og at enheder kan være indlejret i hinanden – f.eks. elever som er indlejret i skoler.

Ét af resultaterne der kommer fra en multilevelanalyse er et mål for hvor meget af forskelligheden i f.eks. individernes selv-vurderede helbredsstatus, der knytter sig til det geografiske

område, de bor i. Hvis individer der bor i samme område 'grupperer sig sammen' rent statistisk kan det tolkes som et udtryk for, at der må være aspekter ved lokalområdet som påvirker individerne på samme måde. Vi skal her ikke gå nærmere ind i teknikaliteterne bag dette – men blot konstatere at én central måde at vurdere størrelsen af en evt. betydning af lokalområdet gøres ud fra ICC – Intra Class Correlation. Denne værdi varierer mellem 0 og 1 og tolkes som den procentdel af variationen i en bestemt variabel, der kan tilskrives den pågældende variabel. Jo højere ICC-værdien er desto mere af variationen i en bestemt variabel knytter sig til det andet analytiske niveau i analysen – i vores tilfælde det geografiske lokalområde. Ikke alene antallet af analytiske enheder på niveau 2 har betydning for ICC-værdiens størrelse, men det har selvfølgelig også betydning i hvor høj grad spørgsmålene rent faktisk bliver påvirket på samme måde af en bagvedliggende faktor der oprinder på lokalområdeniveau.

Eksisterende internationale undersøgelser af betydningen af social kapital for helbred har ikke fundet prangende resultater når det kommer til hvor stor en andel af individers variation i helbred der kan henføres til det geografiske område der er taget udgangspunkt i. I nogle af de mest citerede studier af betydningen af social kapital for helbred finder man, at ca. 1% af variationen i selv vurderet helbred blandt individerne kan henføres til de områder der analyseres på. Det er f.eks. tilfældet for Kim, Subramanian & Kawachi (2006) studie af 40 områder over hele USA, hvor ICC var 0,3%. Lignende resultater fandt Lindström og kollegaer (2003) i et svensk studie af områder i Malmø, hvor daglig rygning var det udfald man analyserede. Opgjort uden at tage højde for forskelle i områdernes beboersammensætning fandt svenskerne, at 5% af variationen i daglig rygning kunne henføres til det område i Malmø folk boede i. Men efter de tog højde for individuelle faktorerers betydning for rygningen forsvandt betydningen ligesom det var tilfældet i det amerikanske studie. Tager man alene disse studier for pålydende kunne man med rette hævde, at der hidtil ikke har været ret meget 'kød' på diskussionen omkring betydningen af social kapital for helbred. Selvom hypotesen er plausibel og der har været fundet visse sammenhænge må den overordnede konklusion være, at der er for lidt variation på tværs af de geografiske områder til at det kan svare sig at rette al energi på forebyggelsestiltag der har dette niveau som fokusområde.

Tabel 3.1 – Intraclass Correlation for forskellige typer af geografiske enheder.

	Kommuner	Sogn	'Lokalområde' (GIS-defineret)
	ICC	ICC	ICC
Fysisk helbred			
Selvvrideret helbred	0,1%	2,3%	4,5%
Fysisk begrænsning	0,1%	1,5%	3,8%
Rollebegrænsning (fysisk)	0,2%	2,2%	4,3%
Fysiske smerter	0,2%	3,9%	6,2%
Psykisk velbefindende			
Vitalitet	0,3%	1,7%	4,2%
Oplevet stress	0,2%	3,0%	8,0%
Mentalt helbred	0,3%	4,2%	9,2%
Social funktionalitet	0,1%	1,9%	5,5%
Rollebegrænsning (psykisk)	0,1%	2,2%	4,3%
Livsstil			
Daglig rygning	0,2%	2,4%	4,7%
BMI > 30	0,2%	2,1%	3,8%
Fuld ugentligt	0,7%	5,5%	10,3%
Drikker mere end anbefaling	---	2,5%	5,5%
Fysisk inaktiv	0,1%	2,0%	4,4%
Usund kost	0,2%	2,1%	3,8%
Fast food ugentligt	0,1%	2,6%	5,1%
ICC = Intraclass correlation (udtryk for hvor stor sammenhæng der er mellem de individer som bor i de pågældende enheder – ICC varierer mellem 0 og 100.)			

Der er dog i de seneste par år kommet flere studier til, som har langt flere enheder på level 2, dvs. forskellige geografiske enheder. Det har haft den betydning, at der er fundet større intraclass correlations. Verhaeghe & Tampubolon (2012) anvender mere end 10.000 level 2 enheder og finder af den grund ICC-værdier på ca. 5% for selvvurderet helbred. I et hollandsk studie af Clercq og kollegaer (2012) kan 5,6% af variationen i selvvurderet helbred henføres til de ca. 600 geografiske enheder som de anvender i deres studie. Det tyder altså på at antallet af level 2 enheder skal være tilpas stort for at kunne detektere tilstrækkelige forskelle på tværs af de geografiske enheder, en påstand som

understøttes af simulationsstudier af betydningen af N for level 2 (Maas & Hox, 2005). Baseret på disse observationer er det derfor interessant at se hvor megen af variationen i en række forskellige helbredsudfald kan henføres til de geografiske enheder det er muligt at lave analyser på med data fra Sundhedsprofilen 2010. Resultaterne af dette arbejde fremgår af tabel 3.1 ovenfor.

Tabellen viser flere interessante ting. For det første kan vi konstatere, at desto mindre geografiske områder vi opererer med, desto mere ser geografien ud til at betyde. Det er analogt med resultaterne i tabel 2.2, hvor det ikke var helbred, som var den afhængige variabel, men derimod social kapital. Vi kan altså konstatere, at personer, der bor i samme lokalområder ligner hinanden mere, hvad deres helbred angår, end personer, der ikke bor det samme sted. Dette er en indikation på, at et individs helbred er påvirket af processer, der ikke kan henføres direkte til individuelle faktorer, men som derimod er fælles for alle, der bor i et bestemt lokalområde. Det er ikke svært at forestille sig, at f.eks. forurening, støj eller lignende kunne være en sådan geografisk kontekstuel faktor, der indvirker på et individs helbred. Men i denne sammenhæng er vi selvfølgelig kun interesserede i at undersøge, hvorvidt de delasppekter af den sociale kapital – som vi så i sidste kapitel også delvist kan henføres til et lokalområdeniveau – også påvirker borgerne i lokalområdernes helbred. Det behøver langt fra at være tilfældet eftersom vi sagtens kan finde andre forklaringsmekanismer på hvorfor helbredet alligevel skulle have en sådan geografisk dimension.

Af hensyn til overskueligheden i dette kapitel kan vi ikke arbejde med samtlige 15 helbredsudfald, der står listet op i tabel 3.1. Vi vil derfor begrænse analyserne til selvvurderet helbred, oplevet stress og udvalgte livsstilsfaktorer – ikke mindst fordi tidligere udenlandske undersøgelser har fokuseret på disse områder, og dette gør det muligt at diskutere og henhøre resultaterne fra HEPRO til de udenlandske undersøgelser.

B. Selvvurderet helbred og social kapital

Selvvurderet helbred er et sammensat mål for et individs helbred som der gennem tiderne har været skrevet meget om – for hvad måler dette spørgsmål i grunden? (for en diskussion af det se f.eks. Manderbacka 1998; Jylhä 2009) Dette er et væsentligt spørgsmål at kunne svare på hvis man er interesseret i mere præcise bud på hvordan man kan påvirke folkesundheden ved at hæve niveauet af selvvurderet helbred i en befolkning. Selvom forebyggelsestiltag også er et vigtigt element ifht brugbarheden af den viden der tilvejebringes gennem dette projekt må vi i første omgang lade denne diskussion lægge og i stedet argumentere for anvendelsen af selvvurderet helbred som

undersøgellesobjekt – på trods af dets ringe specificitet – ud fra den begrundelse at såfremt vi skal kunne påvise en sammenhæng mellem social kapital og helbred ja så vil det formentlig være lettest ved at anvende et så bredt mål for helbred som muligt. Det skyldes ikke mindst – som vi så det i kapitel 1 – at de kausale kæder der skulle forbinde social kapital - forstået som et fænomen på lokalområdeniveau – er mangfoldige. Der er både direkte effekter via psykosociale mekanismer, indirekte mekanismer der påvirker via social kontrol overfor uhensigtsmæssig livsstil og endnu mere fjerne mekanismer der skyldes et lokalområdes evne til at skabe forandringer i de strukturelle betingelser for helbred via det politiske system. Ved at tage det bredeste mål for helbred i anvendelse betyder det at vi ikke behøver være bekymrede for om de indikatorer på social kapital det er muligt at anvende i projektet er præcise nok for målet er således alene at vurdere om social kapital overhovedet er en vægtig faktor ifht nordjydernes folkesundhed. Hvis det viser sig at være tilfældet kan det så anspore til nye undersøgelser, hvor der fokuseres mere enstrenget på én eller flere klart udspecificerede mekanismers betydning.

I de følgende analyser er der taget udgangspunkt i en afledt variabel, der måler forskellige aspekter ved den sociale kapital i de 804 lokalområder på baggrund af en faktoranalyse. Her er samtlige spørgsmål fra Sundhedsprofilen, der afdækker delaspekter af social kapital inddraget i en analyse, der havde til hensigt at opsummere disse i så få variable som muligt, og samtidig dække social kapital så bredt som muligt. Analyserne endte med at identificere 3 forskellige social kapital faktorer, som er inddraget i analyserne efterfølgende: ét aspekt vedr. tillid til institutioner, ét aspekt vedr. tilknytning til lokalområdet og slutteligt et aspekt vedr. tillid til andre og deltagelse i lokalområdet. Det er sidstnævnte, som dækker de aspekter af social kapital, som oftest har været vist er forbundet med helbred – og af den grund vil fokus i det følgende også lægge på de sammenhænge vi kan finde mellem denne variabel og de forskellige helbredsudfald vi analyserer på.

Tabel 3.2 ovenfor viser de første tre trin i analysen. Model 1 indeholder de individuelle karakteristika der har betydning for at have dårligt selv vurderet helbred. Her kan vi se, at mænd har en lidt lavere odds for at have dårligt selv vurderet helbred end kvinder og at sandsynligheden naturligt nok stiger med alderen. Højere uddannelse mindsker også risikoen for dårligt selv vurderet helbred og det samme gør stigende husstandsindkomst. Alle disse fund er helt i overensstemmelse med det vi ved fra andre danske og udenlandske undersøgelser af selv vurderet helbred. Slutteligt kan vi se at de individuelle indikatorer på social kapital er forbundet med selv vurderet helbred: større grad af tillid til sine medmennesker reducerer risikoen for at rapportere dårligt selv vurderet helbred og det samme er

tilfældet for tillid til institutioner. Slutteligt kan vi at de mennesker, der deltager aktivt i lokalområdet har odds 0,6 ifht dem der ikke deltager.

Model 2 er lidt mere overskuelig med kun tre værdier. Den viser, at alle tre samlede mål for social kapital er signifikant associeret med selv vurderet helbred, når der ikke tages højde for individuelle forskelle. Modellen er udelukkende med for at undersøge, om der overhovedet er nogen samvariation mellem de processer, der sker på overindividuel niveau – i dette tilfælde i lokalområdet – og de personer, som bor i områdets individuelle selv vurderede helbred. Da det er tilfældet bekræfter det idéen om, at social kapital kan påvirke individers helbred. I sammenhæng med estimaterne i model 3 kan det bruges til at tolke, hvilke processer, der er på spil, selvom man bør være yderst varsom med dette, da der alene er tale om et tværsnitsstudie og vi derfor ikke kender til de bagvedliggende selektionsprocesser, der er på spil.

Tabel 3.2 - Sammenhænge mellem individuelle faktorer, lokalområde karakteristika og dårligt selv vurderet helbred. Multilevel logistisk regression. Odds ratio (95% sikkerhedsinterval)

	Model 1 (individuelle faktorer)	Model 2 (egenskaber ved lokalområdet)	Model 3 (individuel faktorer + egenskaber ved lokalområdet minus SES)
<u>Individuelle prædiktorer</u>			
Køn: Mand vs. kvinde	0.75 (0.67-0.83)***	-	0.75 (0.68-0.83)***
Alder (gns. centreret)	1.02 (1.01-1.02)***	-	1.02 (1.02-1.03)***
Uddannelse			
Ufaglært	1.00	-	1.00
Faglært/KVU	0.83 (0.74-0.94)***	-	0.83 (0.74-0.94)***
MVU/LVU	0.79 (0.68-0.91)***	-	0.79 (0.68-0.91)***
Indkomst (deciler)	0.91 (0.89-0.93)***	-	0.91 (0.89-0.93)***
Familiestatus: Single vs. bor sammen med en	0.98 (0.85-1.12)	-	0.98 (0.85-1.12)
Etnicitet: Dansk statsborger vs. ikke dansk statsborger	0.76 (0.54-1.07)	-	0.75 (0.53-1.06)
Tillid (høj = stor tillid)	0.85 (0.81-0.89)***	-	0.85 (0.81-0.89)***
Institutionel tillid (gns. centreret)	0.57(0.51-0.64)***	-	0.57 (0.51-0.64)***
Deltager i aktiviteter i lokalområdet	0.60 (0.54-0.67)***	-	0.61 (0.54-0.68)***
Kontakt til nabo	0.99 (0.94-1.04)	-	0.99 (0.94-1.05)
<u>Lokalområde karakteristika</u>			
Institutionel tillid (gns i lokalområdet)	-	1.06 (0.99-1.13)*	1.09 (1.00-1.18)*
Tilknytning til lokalområde (gns i lokalområdet)	-	1.06 (1.00-1.13)**	0.98 (0.91-1.06)
Tillid til andre /deltagelse (gns i lokalområdet)	-	0.73 (0.68-0.78)***	0.88 (0.81-0.96)***
% ufaglærte i lokalområdet (gns. centreret)	-	-	-
Gennemsnits disponibelindkomst (gns. centreret)	-	-	-
Gennemsnitsalder (gns. centreret)	-	-	-

*** = p < 0.01, ** = p < 0.05, * = p < 0,10

Hvis vi vender os mod model 3 ser vi stort set de samme resultater, som var at finde i hhv. model 1 og model 2. Der er ingen ændringer i betydningen af de individuelle prædiktorer for selvvurderet helbred, men der er til gengæld nogle mindre ændringer af betydningen af de 3 lokalområdekarakteristika som er inkluderet i modellen. Tilknytning til lokalområdet er ikke længere associeret med dårligt selvvurderet helbred, mens betydningen af tillid og deltagelse mindskes, men effekten er dog stadig stærkt signifikant forskellig fra 0. Det er vanskeligt på baggrund af tabel 3.2 helt at fornemme, hvordan social kapital er relateret til helbred, og hvor stor betydning det har relativt set ifht de øvrige faktorer, som også er associeret med en persons helbred. Det kan derfor være instruktivt at beregne de forventede sandsynligheder givet forskellige kombinationer af svar på de variable som indgår i modellen. Det er forsøgt gjort nedenfor i tabel 3.3.

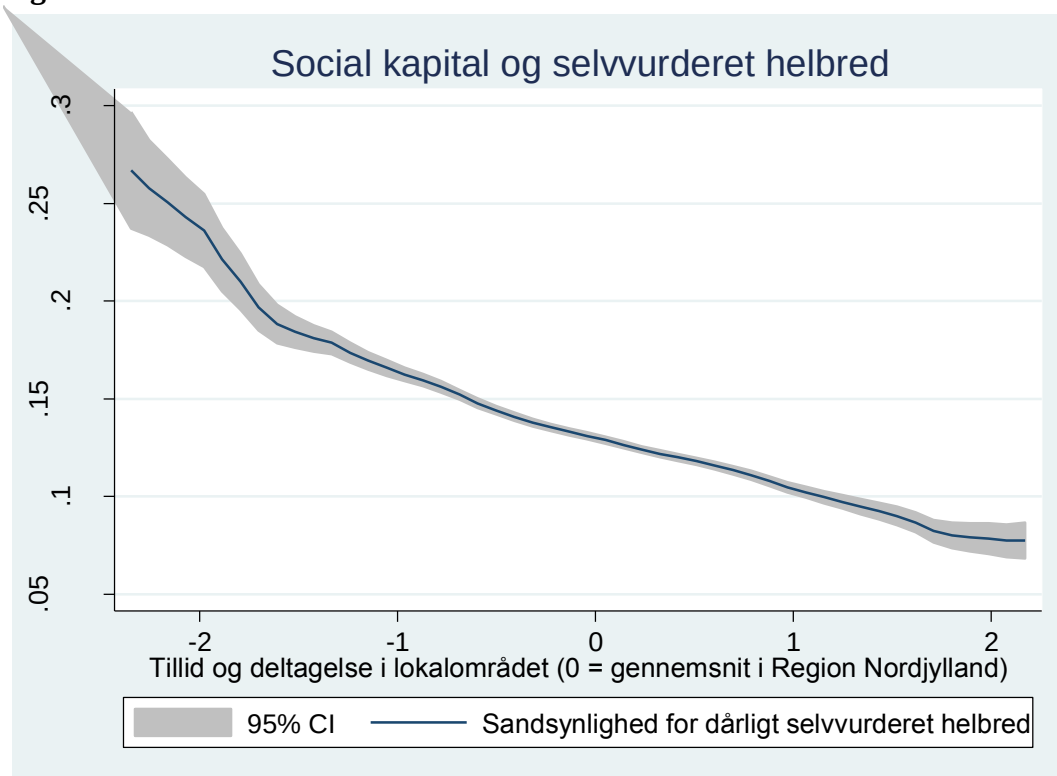
Tabel 3.3 – Forventede sandsynligheder for dårligt selvvurderet helbred.

	Sandsynlighed for dårligt selvvurderet helbred
Køn	
Mand	11,7
Kvinde	14,4
Uddannelse	
Ufaglært	16,9
Faglært/KVU	11,6
MVU/LVU	9,5
Indkomstdeciler	
1. decil	21,8
5. decil	14,9
10. decil	6,6
Tillid (0-6)	
Laveste grad (0)	27,8
Mellemste grad (3)	14,7
Højeste grad (6)	7,5
Deltagelse	
Deltager ikke	18,5
Deltager	10,3
Tillid og deltagelse i lokalområdet	
Laveste decil	18,2
Mellemste deciler	13,0
Højeste decil	9,7

Af tabellen er det lidt nemmere at tolke hvad estimerne, der blev præsenteret i tabel 3.2, betyder i praksis. Vi kan f.eks. se, at mens ufaglærte har en sandsynlighed på 17% for at rapportere dårligt selvvurderet helbred er det kun tilfældet for 9,5% af dem med videregående uddannelser. Det største spænd i sandsynligheder finder vi for individuel tillid: de mindst tillidsfulde har en

sandsynlighed på 28% for at have et dårligt selv vurderet helbred, mens det blot er 7,5% af de mest tillidsfulde. I forhold til problemstillingen vedr. social kapital på lokalområdeniveau kan vi også konstatere, at det signifikante estimat i tabellen ovenfor kan omsættes til forventede sandsynligheder, der viser, at i de mindst tillidsfulde og deltagende lokalområder er sandsynligheden for at rapportere et dårligt selv vurderet helbred 18%, mens det kun er 10% i de lokalområder hvor der er mest tillid og deltagelse. Disse effekter er i princippet uafhængige af hinanden – med andre ord så vil det – selv for én som selv er tillidsfuld – give en positiv effekt på sundheden, hvis det lokalområde de bor i har et højere niveau af gennemsnitlig tillid og deltagelse.

Figur 3.1: Sandsynlighed for at have dårligt selv vurderet helbred. Multilevel logistisk regression.



En anden måde at vise resultatet vedr. tillid og deltagelse på lokalområdeniveau er ved at plotte sandsynlighederne for forskellige værdier af deltagelse i lokalområdet. Det er gjort i figur 3.1 ovenfor. Her kan vi se, at ved stigende grader af tillid og deltagelse i lokalområderne så falder sandsynligheden for at rapportere dårligt selv vurderet helbred, selv når der er taget højde for alle de mange andre faktorer som kan påvirke en persons helbredstilstand. Det kunne altså se ud til at vi kan bekræfte at social kapital i et lokalområde er associeret med individers helbredstilstand. Dette bekræfter tidligere studier som har fundet lignende ting f.eks. Tampubolon et al (2011), som i en

Walisisk sammenhæng fandt at selvvrurderet helbred og rygning var forbundet til forskellige aspekter af social kapital, selvom der i sidstnævntes tilfælde var tale om et forholdsvis upræcist estimat. I en amerikansk setting har man fundet lignende resultater: Kim & Kawachi (2007) fandt en sammenhæng mellem social kapital og selvvrurderet helbred i et studie af 48 stater, hvor højere niveauer af social kapital på statsniveau reducerede odds'et for at rapportere dårligt selvvrurderet helbred. Men der er også resultater fra f.eks. Sverige der ikke understøtter hypotesen om social kapitals betydning for helbred. Lindström og kollegaer (2004) fandt f.eks. at selvvrurderet helbred i Malmø ikke havde nogen komponent der kunne henføres til lokalområdeniveauet. Hvad disse forskelle mellem studierne grunder i står hen i det uvisse, men det peger dog på, at der er brug for flere studier både i Danmark og de øvrige lande som kan replicere de fund der er gjort hidtil med henblik på at få afgjort mere entydigt om der er tilstrækkelig med variation af helbredsudfaldende på tværs af level-2 enhederne og om der reelt er en sammenhæng mellem social kapital og helbred når der er justeret for social kapital på individniveau og for konkurrerende faktorer på lokalområdeniveau.

Her skal man selvfølgelig være opmærksom på, at de data der analyseres i denne rapport alene stammer fra et tværsnit, hvorfor det ikke er muligt at drage konklusioner vedr. kausaliteten og dermed også retningen på de observerede sammenhænge. Vi kan derfor ikke afvise, at sammenhængen kunne være omvendt – altså at det ikke er et områdes niveau af social kapital som påvirker individers helbred, men at individer med dårligt selvvrurderet helbred deltager mindre eller er koncentreret i bestemte lokalområder som derved får det til at se ud som om der er en sammenhæng mellem social kapital på lokalområdeniveau og helbred. Det vil ikke være muligt på baggrund af sundhedsprofilen 2010 at komme dette spørgsmål nærmere da det vil forudsætte at sundhedsprofilerne blev konverteret til en panelundersøgelse, hvor de samme individer blev undersøgt over tid med henblik på blandt andet at undersøge hvorvidt helbredet bliver påvirket af at flytte til et lokalområde med et andet niveau af social kapital. Den slags studier findes der pt. ganske få af og resultaterne herfra er blandede, hvor nogle viser den forventede sammenhæng, mens andre ikke kan bekræfte de fund der er gjort i tværsnitsundersøgelser (Murajama et al 2012). I reviewet af 13 studier fandt man heller ikke nogen studier der havde forsøgt at eksperimentere med hvilke interventioner man evt. kunne sætte i værk med henblik på at højne mængden af social kapital i et lokalområde (eller på en arbejdsplads).

Udover analyserne af selvvurderet helbred gennemførte vi også yderligere analysere af oplevet stress samt fire indikatorer på helbredsadfærd. I tabel 3.4 nedenfor har vi opsummeret resultaterne af de øvrige analyser af betydningen af social kapital for de valgte helbredsudfald.

Tabel 3.4 Oversigt over sammenhænge mellem social kapital og helbred

	Tillid og deltagelse	Nabokontakt	Institutionel tillid
Selvvurderet helbred	-0.13**	%	0.08ns
Oplevet stress	%	%	0,11*
BMI>30	-0.15***	0.06ns	%
Rygning	-0.16***	0.07*	%
Stort alkoholforbrug	%	%	%
Fysisk inaktiv	-0.13**	%	0.07ns

ns = $p < 0.10$, * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$,

Tabel 3.4 viser, at der er signifikante effekter af tillid og deltagelse på fire forskellige af udfaldene: i alle fire tilfælde er der tale om at højere niveauer af tillid og deltagelse i det lokalområde hvor man bor mindsker sandsynligheden for at angive dårligt selvvurderet helbred, at være svært overvægtig, at være daglig ryger samt at være fysisk inaktiv. Der er altså nogle helbredsudfald hvor niveauet af social kapital i det lokalområde individerne bor har en selvstændig betydning, og det understøtter den idé som har været dominerende i den internationale forskningslitteratur på området at social kapital i visse situationer kan have en gunstig indvirkning på et individs helbredstilstand.

Analyserne har dog den svaghed, at der ikke er taget højde for mulige alternative forklaringer – kunne de sammenhænge, der er konstateret i det ovenstående i virkeligheden være resultatet af andre faktorer i lokalområdet som både påvirker helbredet og niveauet af social kapital? I det tilfælde vil der altså ikke være tale om en ægte sammenhæng mellem social kapital og helbred, men det vil blot tage sig sådan ud fordi der er andre samfundsmæssige processer som påvirker begge de fænomener vi har inkluderet i analysen. To helt oplagte alternative forklaringer er indkomst – og måske særligt indkomstulighed samt uddannelse.

Den sidste del af dette kapitel vil derfor zoome ind og se nærmere på hvad der sker hvis vi i analyserne tager højde for niveauet af indkomst og uddannelse i lokalområderne også i stedet for kun at se på niveauet af social kapital.

C. Social kapital – direkte, medierende eller spuriøse effekter?

I den internationale litteratur om social kapital finder man ofte to forskellige resultater, der hidtil har gjort det vanskeligt helt præcist at vurdere hvilken betydning social kapital måtte have på helbred. For det første har man i nogen studier set, at når der tages højde for andre egenskaber ved lokalområdet særligt indkomstulighed, men til dels også andelen af lavtuddannede, andel af

personer med en anden etnisk baggrund end den dominerende i det land der er undersøgt ja så mindskes eller forsvinder effekten af social kapital på lokalområde helt. En tolkning af det er, at social kapital har en medierende funktion mellem helbred og mere overordnede strukturelle faktorer i samfundet. En central point hos Coburn (2000) er, at nedbrydning af social kapital kan være konsekvensen af stigende indkomst ulighed i samfund påvirket af neo-liberalismens stigende indflydelse fra 1990'erne og frem og at de studier der har fundet en sammenhæng mellem befolkningers helbred og indkomstilighed (f.eks. målt via gini-koefficienten) måske kan forklares ved hjælp af begrebsapparatet fra social kapital litteraturen. Pointen vil i så fald være at stigende ulighed i samfundet fører til mindre sammenhængskraft og en erodering af den sociale kapital og at det på længere sigt også giver sig udslag i en dårligere helbredstilstand hos de der bor i områder med stor indkomstilighed. I et Australsk studie fandt man blandt andet at når der blev taget højde for områdets gennemsnitlige socioøkonomiske status så forsvandt den selvstændige betydning af områdets niveau af social kapital (Kavanagh, Turell & Subramanian 2006).

I dette tilfælde kan forklaringen ikke umiddelbart være indkomstilighedens indflydelse og spørgsmålet rejser sig i det hele taget om den observerede sammenhæng mellem social kapital og helbred uden justering for konkurrerende kontekstuelle faktorer blot er et udtryk for en spuriøs sammenhæng – altså at der ikke reelt er tale om en sammenhæng, men at det blot er områdets niveau af socioøkonomisk status der påvirker så vels niveauet af social kapital og helbredet hos den enkelte. Spørgsmål som dette findes der ingen gode svar på pt. da de forudsætter studier som endnu ikke er udført der på overbevisende måde demonstrerer hvordan social kapital på lokalområdeniveau påvirker helbredet i et longitudinalt perspektiv. Et andet hyppigt fund i litteraturen om social kapital har været, at lokalområdets niveau af social kapital ikke længere er statistisk signifikant forbundet med helbred når der tages højde for individernes eget niveau af social kapital. En mulig tolkning af dette kunne være, at det er folks egen deltagelse og den tillid de har til folk som påvirker deres helbred positivt uafhængigt af hvor megen social kapital der er i det lokalområde hvor de lever. Men en anden måde at tolke det på er at se de individuelle niveauer af social kapital som værende effekter af den sociale kapital på lokalområdeniveau: tesen er altså at et højt niveau af social kapital i et givent lokalområde – f.eks. en høj grad af deltagelse eller tillid – vil påvirke indbyggerne i området og føre til at de selv bliver mere tillidsfulde og mere deltagende. Ifølge denne tankegang er det derfor helt i tråd med teorien at betydningen af lokalområdets niveau af social kapital forsvinder når der tages højde for individuelle forskelle fordi betydningen af lokalområdets social kapital netop må manifestere sig i individerne, hvis det skal kunne have nogen

kausallindvirkning på helbredet hos de borgere, der bor i områderne. Dette lader sig også kun meget vanskeligt undersøge efter det kræver follow-up studier hvor man også kan se på hvordan helbredet ændrer sig som følge af at en person har flyttet til et andet lokalområde med et andet niveau af social kapital eller at niveauet af social kapital ændrer sig i et lokalområde. Her melder der sig også et spørgsmål om 'latenstid' eller 'inkubationstid': hvor lang tid vil der gå før en eksponering af lav social kapital vil manifestere sig i helbredsproblemer hos den enkelte? Her kan det være instruktivt at overveje hvorvidt f.eks. helbredsadfærd er en vigtig medierende faktor mellem social kapital og selv vurderet helbred som kan bruges til at forbinde de to ting med hinanden. Det er netop denne tese som Tampubolon og kollegaer (2011) tester i en Walisisk setting, men hvor de finder at der ikke er nogen sammenhæng mellem social kapital og alkoholforbrug og hvor sammenhængen mellem social kapital og rygning var usikker, men dog i den forventede retning.

Hvis vi vender os mod datamaterialet fra Sundhedsprofilen 2010 kan vi køre analyserne vist i tabel 3.4 endnu engang men denne gang tage højde for konkurrerende faktorer på lokalområdeniveau i dette tilfælde gennemsnitsalderen i lokalområdet og andelen af ufaglærte.⁵

Tabel 3.5 Oversigt over sammenhænge mellem social kapital og helbred når der er justeret for konkurrerende lokalområde karakteristika.

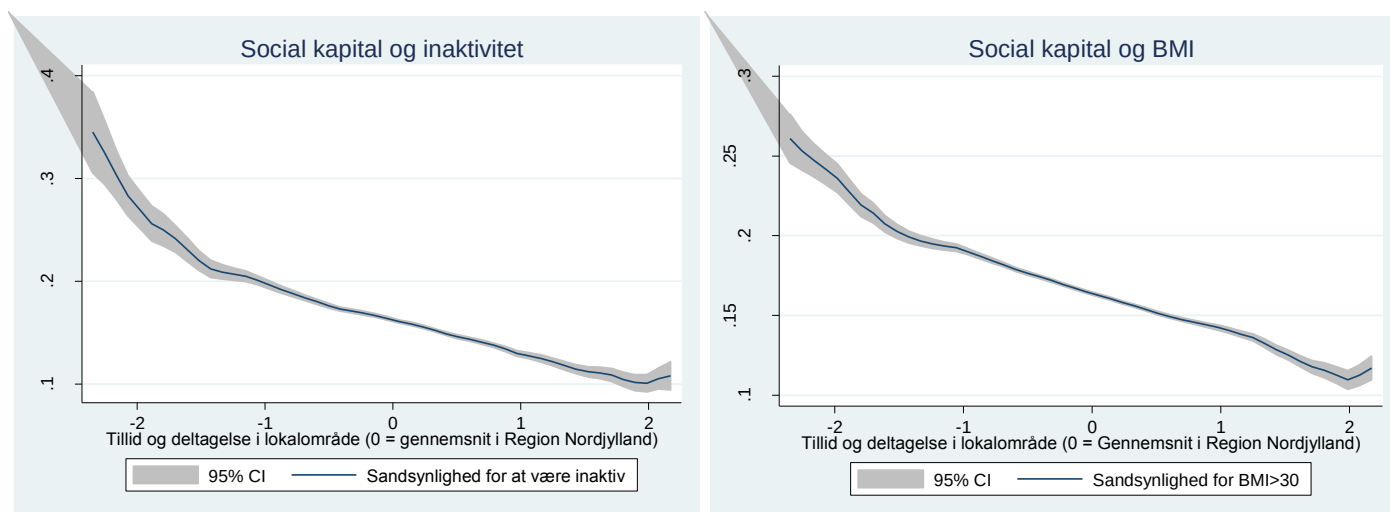
	Tillid og deltagelse	Nabokontakt	Institutionel tillid
Selv vurderet helbred	%	%	%
Oplevet stress	%	%	0,11*
BMI>30	-0.11*	0.08*	%
Rygning	%	%	%
Fysisk inaktiv	-0.11*	%	0.06ns

ns = $p < 0.10$, * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$,

Resultaterne i tabel 3.5 viser, at når der tages højde for de konkurrerende faktorer på lokalområdeniveau – og her er det alene andelen af ufaglærte som har betydning – kan vi se, at social kapital ikke længere har nogen betydning for hhv. selv vurderet helbred og rygning. Til gengæld har justeringen for lokalområdets uddannelsesniveau ikke betydning for hhv. oplevet stress, bmi og fysisk inaktivitet. Her forholder det sig altså på samme måde som vi beskrev ovenfor. Figur 3.2 og 3.3 nedenfor viser to af de mere interessante resultater, hvor den gennemsnitlige deltagelse og tillid i lokalområdet påvirker hhv. inaktivitet og bmi.

⁵ Visse af analyserne har også været kørt med gennemsnitlig indkomst i lokalområdet også – men i ingen af tilfældene havde dette en betydning for resultaterne.

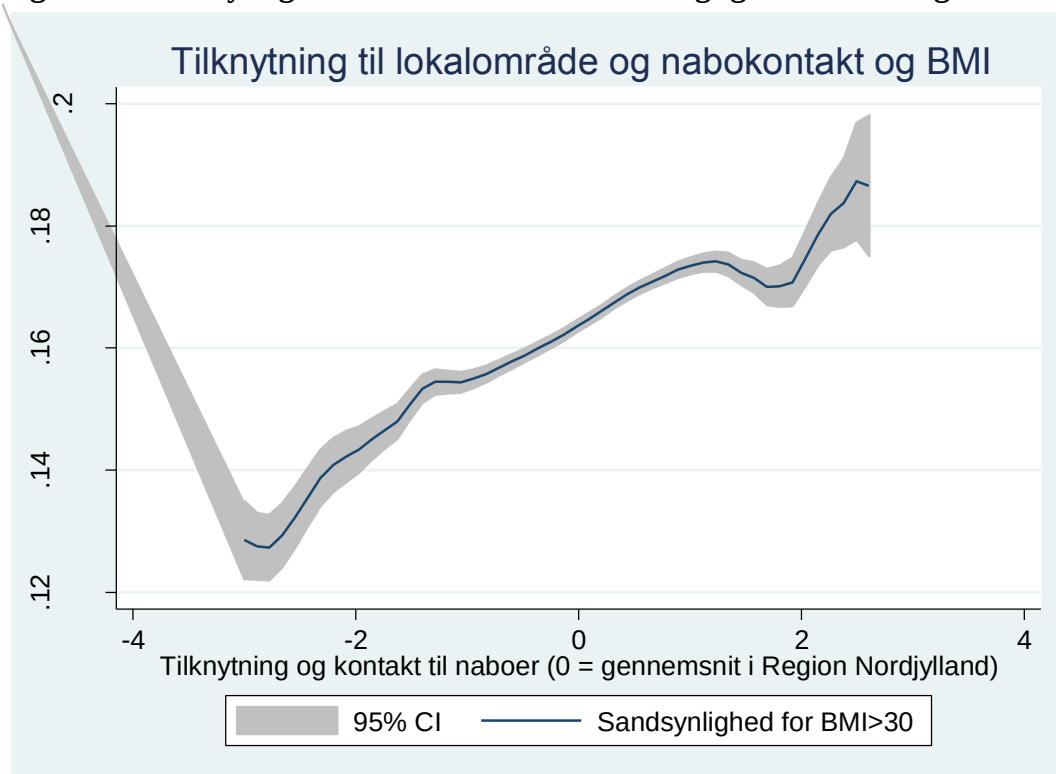
Figur 3.2 og 3.3 Sandsynlighed for at være inaktiv og BMI>30. Multilevel logistisk regression.



I begge tilfælde fører stigende niveauer af social kapital i lokalområdet til mere gunstige resultater for hhv. inaktivitet og svær overvægt: omregner vi det forventede sandsynligheder for de lokalområder som klarer sig hhv. bedst og dårligst hvad angår tillid og deltagelse så kan vi se at sandsynligheden for at være svært overvægtig falder fra 20 % i lokalområderne med de laveste niveauer af social kapital til kun 14% i de områder hvor der er den største mængde. I forhold til inaktivitet er sandsynlighederne fra 21% til 13% - dvs. ca. det samme spænd. Om der er tale om forbundne processer sådan, at det er inaktiviteten der er helt eller delvis ansvarlig for overvægten lader sig ikke afgøre ud fra de tilgængelige data – her ville man igen skulle have longitudinale data der kunne beskrive en proces hvor social kapital førte til en lavere grad af deltagelse i lokalområdet som sådan og at det påvirkede individernes aktivitet og på længere sigt også deres BMI. Men der er under alle omstændigheder tale om en plausibel udlægning af tallene.

Som det fremgår af tabel 3.5 er der også meget svage tendenser til at sammenhold i lokalområdet kan have negative helbredsudfald: at bo i et område, hvor folk føler en høj grad af tilknytning og har en stor grad af kontakt til deres naboer øger tilsyneladende sandsynligheden for at være svært overvægtig. Resultatet er forsøgt visualiseret i figur 3.4. Der er dog tale om en meget svag sammenhæng og sammenligner man sandsynlighederne for at være svært overvægtig for områder med mindst, mellemst og mest lokaltilknytning og nabokontakt stiger sandsynligheden for at være svært overvægtig blot fra 15 % til 17 %. Resultatet peger dog på at social kapital ikke altid fører positive konsekvenser med sig – det vil i høj grad afhænge af de normer der findes for f.eks. helbredsrelateret livsstil i lokalområdet. Hvis ens nærmeste bekendtskaber har en usund livsstil ja så vil det påvirke og sætte standarderne for et individs egen helbredsrelaterede livsstil (for en uddybning af denne pointe se Ferlander 2007).

Figur 3.4: Sandsynlighed for at være svært overvægtig. Multilevel logistisk regression.



Der er i nogle af analyserne fundet signifikante sammenhænge mellem institutionel tillid og oplevet stress som dog går i den modsatte retning end forventet: dvs. desto mere individerne i det lokalområde man bor har tillid til institutioner desto større er sandsynligheden for at et individ oplever stress. Det er vanskeligt at tolke hvad der evt. kan ligge bag en sådan observation – ikke mindst fordi at resultaterne på individniveau går i den modsatte retning. Her forholder det sig sådan, at jo mere institutionel tillid et individ har desto lavere er sandsynligheden for at opleve stress. Da sammenhængen mellem den gennemsnitlige institutionelle tillid i lokalområdet og oplevet stress kun er marginalt signifikant kan der selvfølgelig være tale om en type I fejl, dvs. at der er tale om en tilfældig sammenhæng (fordi hver 20. hypotesetest der udføres vil være signifikant alene ved et tilfælde). Det er en anke der kan rejses mod nogle af de andre observerede sammenhænge også og det gør at vi i det hele taget må være lidt varsomme med at tolke resultaterne for entydigt. Der er i stedet brug for yderligere analyser – gerne fra andre steder i Danmark – som bekræfter og replicerer de sammenhænge der er fundet her så vi kan være lidt mere sikre på om de blot er et udslag af tilfældighed.

Slutteligt har analyserne vist, at der ikke umiddelbart findes differentierede konsekvenser af den sociale kapital for særskilte befolkningsgrupper. Dette er interessant fordi

særligt i amerikanske studier af social kapital har man fundet, at bestemte befolkningsgrupper har været særligt modtagelige overfor effekterne af social kapital. Kim & Kawachi (2006) fandt f.eks. at den gunstige betydning af social kapital var mindre for sorte end blandt hvide. Det samme gjorde sig tilfældet i et andet studie af de to herrer, hvor personer med latinsk baggrund heller ikke havde samme gavn af social kapital som hvide (Kim & Kawachi 2007).

Hvis det samme kunne findes i en nordjysk kontekst kunne denne information være brugt til at målrette evt. kampagner der sigter på at højne niveauet af social kapital sådan at det kom dem til gode der umiddelbart ville få mest ud af det. Men eftersom der ikke har kunnet findes sådanne grupper må vi i stedet antage af de gunstige virkninger af social kapital som er blevet sandsynliggjort i denne analyse kommer alle grupper i et lokalområde lige meget til gode. Det har til gengæld den konsekvens, at der så skal gennemføres forholdsvis generelle tiltag, såfremt man vil forsøge at påvirke helbredet hos borgerne i regionen ved at tage fat i niveauet af social kapital. Hvori disse tiltag kan bestå kan undersøgelsen ikke sige noget – men man kan med fordel overveje at tage udgangspunkt i de lokalområder der i forrige kapitel blev fundet at afvige signifikant fra gennemsnittet i hele regionen når det kommer til de to vigtige aspekter af social kapital nemlig generaliseret tillid og deltagelse i lokalområdet.

D. Opsummering

Hvis vi skal forsøge at summere resultaterne fra dette kapitel op kan vi konstatere flere forskellige ting. For det første er en lang række helbredsudfald 'klumpet sammen' sådan, at individer, der bor i nærheden af hinanden ligner hinanden mere end individer, som bor i andre lokalområder. Vi kunne observere ICC-koefficienter mellem 4 og 10 %, når den geografiske enhed der blev analyseret på var de GIS-generede lokalområder. Når der blot sammenlignes mellem de nordjyske kommuner var der derimod næsten ingen forskel. En vigtig konklusion der kan drages ud fra dette er, at det – på baggrund af resultaterne - er plausibelt at forestille sig, at nordjydernes helbred er påvirket af processer, der virker på lokalområdeniveau og ikke kun er udtryk for individuelle forskelle. Det gør det også plausibelt at forestille sig, at det er muligt at intervenere med indsatser i lokalområderne med henblik på at påvirke helbredet hos de der bor i området. Men fordi individerne ikke klumper sig synderligt sammen indenfor kommunerne, men kun når man analyserer på mindre geografiske enheder indebærer det også at sådanne indsatser formentlig ville skulle rette sig mod sådanne mindre geografiske enheder i stedet for hele kommunen på én gang. Det vil være vanskeligt at forestille sig indsatser som ville have betydning for alle borgere i en kommune på én gang, mens det

derimod vil være mere rimeligt at tro at man ville kunne ramme flere hvis de geografiske enheder indsatsen skal gennemføres på blev mindre.

En anden vigtig konklusion på dette kapitel er at social kapital ikke er 'ansvarlig' for al den klumpen sig sammen der foregår på lokalområdeniveau. Social kapital ser f.eks. ikke ud til at have nogen betydning for alkoholforbruget blandt borgerne i Region Nordjylland, selvom netop det at drikke mere end 5 genstande på én gang har en stærk geografisk komponent (forstået sådan at for dette udfald er ICC-koefficienten mere end 10% hvilket indikerer at 10% af variationen i borgernes alkoholemønster på dette punkt kan henføres til forskelle mellem lokalområder). Til gengæld viser analyserne i dette kapitel at såvel fysisk inaktivitet og svær overvægt er påvirket af social kapital i lokalområdet, og at stigende niveauer af social kapital virker gunstigt ifht at styrke borgernes aktivitetsniveau samt at reducere overvægt. Her skal man selvfølgelig være varsom med at tolke for skarpt da der – på trods af de entydige resultater – kan være tale om 'reverse causality', altså at resultaterne er et udtryk for at bestemte individer er flyttet til bestemte geografiske lokaliteter og at det er den egentlige årsag til de sammenhænge vi har observeret. Men skulle man vælge et område at forsøge at lave konkrete indsatser på vil det – på baggrund af kapitlets resultater – være oplagt at vælge interventioner der forsøgte at højne aktivitetsniveauet i et lokalområde eller evt. skabe tiltag vedr. sund mad ud fra den betragtning at netop fysisk aktivitet og svær overvægt var de to helbredsudfald som var associeret med social kapital i lokalområdet selv når der blev taget højde for områdernes uddannelsesniveau.

Slutteligt viser kapitlet også at såvel rygning og selvvurderet helbred er associeret med social kapital i lokalområdet, men at disse sammenhænge forsvinder når man tager højde for andelen af ufaglærte i området. Tolkningen af disse resultater er vanskelige og peger på det ønskværdige i mere forskning på området som vil kunne undersøge i større detaljer om social kapital kunne tænkes at have en medierende betydning: forholder det sig sådan at lokalområder med en lavere andel af ufaglærte har et højere niveau af social kapital og at det er én af grundene til at disse lokalområder klarer sig bedre ifht indbyggernes selvvurderede helbred og deres tilbøjelighed til at være daglige rygere? Det er i hvert fald én mulig forklaring på resultaterne. Men det kan ikke afvises, at der er andre aspekter af uddannelsesniveauet som har betydning for både de to helbredsudfald og for niveauet af social kapital og at det i stedet er disse aspekter som er den egentlige årsag bag de observerede sammenhænge. Dette kan kun afgøres mere entydigt ved hjælp af longitudinale data der undersøger hvad der sker når individer flytter ind og ud af områder med forskellige niveauer af social kapital.

Kapitel 4. Sundhed og social kapital: De kvalitative data

De analytiske sammenhænge mellem social kapital og sundhed bevægede vi os ind på i det foregående kapitel. Heri beskriv vi, hvorledes social kapital i Region Nordjylland, og i de respektive kommuner, kan knyttes sammen med sundhed, og hvordan dette giver analytisk mening. De data vi benyttede os af i den sammenhæng var kvantitative. I dette kapitel vil vi give os i kast med de kvalitative data, som projektet også består af. Nærmere bestemt vil vi tage fat på analysen af de individuelle interviews. Men før vi gør det, skal vi præcisere tilgangen.

Det foreliggende materiale består af sytten interviews – otte unge i alderen 14-16 og ni forældre. I forbindelse med gennemlæsningen af interviewsne er vi blevet overbeviste om, at det analytisk mest interessante materiale findes hos de unge. Det er hos dem vi finder de tydeligste markeringer og udsagn, der bevidner om forholdet mellem social kapital og sundhed. Det er også hos dem vi finder nogen interessante analytiske pejlemærker, som vi har arbejdet videre med i forbindelse med afviklingen af fire fokusgruppeinterviews.⁶ Fravalget af forældrenes stemme skal altså ses i det lys. Dermed ikke være sagt, at forældrene ikke kommer med nogen interessante betragtninger. De synes blot ikke så interessante som de unges. Her skal det bemærkes, at de unge i denne del af undersøgelse altovervejende er unge piger. Der er kun en dreng i materialet. Derfor kan vi ikke sige noget om eventuelle forskelle på unge piger og drenge, hvad forholdet mellem social kapital og sundhed angår. En anden bemærkning, der synes nødvendig at have i betragtninger, er følgende. Samtlige unge kommer tilsyneladende fra velfungerede og ressourcestærke hjem, der bor i ressourcestærke områder. Alle undtagen en giver tilmed udtryk for, at sundhed betyder en hel del for dem. At det forholder sig således, har med stor sandsynlighed ikke været intentionen, da undersøgelsen startede. Et fokusområde i begyndelsen af undersøgelsen, hvad særligt det kvalitative materiale angår, var nemlig at kunne grave et spadestik dybere med de faktorer, der ligger bag sammenhængene mellem social kapital og ulighed i sundhed. Med baggrund i data, er det imidlertid ikke muligt at sige andet om det sagsforhold end allerede veletableret viden. Derfor vil fokus ikke være på ulighed i sundhed, men på forholdet mellem social kapital og sundhed per se. Herunder hører en anden central tematik, som projektet retter fokus på, nemlig individers handlekompetence, når det gælder en sundhedsfremmende adfærd.

Set på den baggrund er nedenstående kapitel struktureret som følger. Først beskriver vi metoden, der er arbejdet med: det kvalitative forskningsinterview. Dernæst går vi til kernen i analysen – forholdet mellem social kapital og sundhed. Efterfølgende samler vi op gennem en

⁶ Nærmere bestemt er det relationen mellem sundhed og stress, som vi arbejder med i kapitel 4.

teoretisk diskussion af det analyserede materiale, hvorefter vi afslutter med at ridse nogle forskningsmæssige videreudviklingsmuligheder op, der kunne være interessante at arbejde videre med.

Det kvalitative forskningsinterview

Da vi takkede ja til opgaven med at analysere projektets kvalitative data, var det velvidende, at vi overtog en række interviews, der allerede var foretaget og transskriberet. I sig selv udgør det ikke noget problem. Det indebærer blot, at vi må fæstne vores lid til, at interviewsne er af en sådan kvalitet, at de bidrager med væsentlige indsigter i forhold til det skitserede emne. Og det gør de - interviewsne er godt mættede med brugbar information, som virker berigende for den overordnede analyse.

Når man benytter sig af kvalitative interviews, vil man normalt bruge indledningen til at beskrive de respondenter, som er blevet interviewet. Det gør vi også her. Den eneste forskel på det normale tilfælde og her er, at vi må benytte os af de beskrivelser som interviewerens har formuleret. De kommer her:

Overordnet om de unge informanter

Respondenterne kommer fra to forskellige skoler, nemlig Hobro Nordre Skole i Mariagerfjord Kommune og Hånbækskolen i Frederikshavn Kommune. De er alle interviewet i slutningen af 8. klasse. Interviewene er foretaget sådan, at første interview med de unge foregik i skoletiden i et lokale, der blev stillet til rådighed af skolen. Respondenterne var forudgående blevet informeret om det overordnede projekt, ligesom de havde fået udleveret en lille folder med en tilmeldingsblanket, som skulle afleveres til en af deres lærere eller på skolens kontor. På interviewdagen(e) blev respondenterne hentet én efter én i klassen på de på forhånd aftalte tidspunkter. Hobro Nordre skole havde stillet skolepsykolog og skolesundhedsplejerskens kontor/ konsultation til rådighed. Et lyst og godt lokale oppe under taget, med et lille konferencebord. På Hånbækskolen var der stillet et grupperum/ mødelokale til rådighed, hvilket udegjorde et udmærket interviewlokale.

Cecilie

Cecilie er en sød og meget høflig pige. Begge hendes forældre er fra Sri Lanka, men hun har boet i Danmark hele sit liv. Det første indtryk er en køn og slank pige med langt sort hår og en ganske neutral tøjstil.

Amanda

Første indtryk er en slank og sportstrænet pige. Amanda er en meget veltalende pige, som er nem at snakke med.

Alexander

Alexander er den eneste dreng det lykkedes mig at rekruttere. Han er en høj og tynd dreng, som har dyrket karate i mange år. Alexander er en lidt finurlig forfriskende type, som ofte udfoldede sine svar i en retning, hvor jeg ikke helt var klar over om han havde misforstået spørgsmålet eller om det bare var mig der ikke lige kunne følge hans tankerækker.

Mille

Mille var (ligesom de andre interviewede unge) slank. Hun var en høflig pige, og gav indtryk af at være lidt en outsider. Ikke så social ift. skolekammerater og ikke det store behov for at være det. Hun synes skolen er rigtig vigtig.

Emma

Er en sportstrænet pige, som virker en smule stille/ genert.

Sofie

Sofie var en sportstrænet og slank pige, som virkede til at have det fint med at blive interviewet.

Mia

Mia adskiller sig noget fra de andre unge jeg har interviewet. Hun går ikke op i sundhed, spiser usundt og ryger som den eneste af de interviewede. Ved de øvrige unge har jeg siddet med en fornemmelse af, at det var hvad man vel kan kalde velfungerende unge mennesker, som deltog netop fordi de syntes sundhed var vigtigt. Mia har helt andre holdninger til sundhed og har i øvrigt en del problemer med sygdom. Mia er en tynd pige, men virker umiddelbart ikke sund på samme måde som de øvrige piger. Hun har hullede stramtsiddende bukser og en hættetrøje på. Håret er farvet sort og rødt og Mia signalerer med sit udseende i det hele taget ikke den samme ”pæn-pige” attitude som mange af de andre piger jeg har talt med.

Helle

Helle er en pige med halvlangt krøllet hår. Hun er en smule rundkindet men slank og sportstrænet. Hos Helle er hendes sportstrænede ydre særligt interessant, da hun taler meget om vægtvogterprincipper og om, hvordan hun nok vil tælle vægtvogterpoint resten af sit liv. Hendes far har tabt sig meget med vægtvogterprincipper og hendes søster forsøger endnu. Men Helle har ikke vejret for meget, og gør det bestemt heller ikke nu.

Introduktion

Følgende afsnit er ikke overvejelser over erfaringerne med de udførte interviews, men en indføring i nogle af de metodiske refleksioner man må gøre sig, når man bedriver interviews. Dette indebærer, at afsnittet kan forekomme tekstbogsagtig uden mulighed for at dykke ned i materialet – dvs. reflektere over kunsten at bedrive interviews medieret af egne erfaringer med at udføre interviewsne. På trods af dette finder vi det formålstjenesteligt for læseren at blive indført i de mest centrale dele i at bedrive individuelle interviews før vi begynder på analysen.

Om at bedrive interviews

Det kvalitative interview skal forstås som en samtale, der udspringer af en social relation mellem parterne i interviewet, og det kendetegnes ved tre forhold. For det første er det en dialog, hvor både interviewer og respondenter bidrager til produktet af interviewet, og for det andet at være en kooperation forstået på den maner, at det fælles produkt af interviewet er fremkommet gennem samarbejde og samstemmende bidrag imellem parterne. For det tredje kendetegnes det kvalitative interview ved, at parterne følger regler for, hvad man gør hvornår og hvordan, og at der anvendes specielle fremgangsmåder som f.eks. sproget (Sørensen 1988:13). I det kvalitative interview ligger der en række forskningsselementer, som gør, at det adskiller sig fra andre former for mundtlig samtale. Indenfor samfundsvidenskaberne er interviewet tidligere blevet brugt til at indsamle baggrundsviden til at generere spørgeskemaundersøgelser og laboratorieforsøg. I de seneste årtier er brugen af det kvalitative interview som selvstændig forskningsmetode vundet mere og mere indpas, hvilket til dels skyldes ændringer i holdningen til temaer som den daglige livsverden og hverdagssproget, deres betydning og deres indbyrdes forhold. Der er i højere grad sat fokus på fortællingers og samtalers anvendelse i opnåelse af viden om den sociale verden, også rent videnskabeligt (Kvale 1997:21-22).

I distinktionen mellem hverdagssamtaler og forskningsinterviewet ligger der nogle grundlæggende elementer, så som teoretiske og metodologiske antagelser i interviewet, der er med til at videnskabeliggøre produktet af dette (Kvale 1997:23). Der er her tale om, at de teoretiske antagelser er afklaret således, at der er en afgrænset forståelsesramme, indenfor hvilken det er muligt at sammenligne og fortolke datafangsten. I denne undersøgelse har bestræbelserne været, at leve op til de videnskabelige krav i form af at opstille en klar teoretisk begrebsliggørelse og reflekteret over og forholdt os til de metodiske problemer i forbindelse med gennemførelse af interviewene. Det teoretiske begrebsapparat er i sit udgangspunkt valgt på baggrund af den viden, som oprindeligt var generet omkring emnet i den tidlige fase af forskningsprocessen. Denne viden gjorde det muligt, at vælge teoretiske begreber, som er velegnede redskaber til opnåelsen af en dybere forståelse for det undersøgte fænomen. Dette begrebsapparat er blevet udviklet og præciseret i takt med, at vores viden på området er vokset i løbet af undersøgelsesprocessen. Dette gælder naturligvis i særlig grad efter, at projektets to forfattere overtog det overordnede projekt. De metodiske problemer vi i særlig grad har reflekteret over har ikke været ”hvordan mange respondenter skal vi bruge?” men snarere ”hvordan skal vi analysere og fortolke interviewene?”, hvilket er noget, vi vil komme nærmere ind på senere i dette metodeafsnit.

Videnskabelig viden stiller som oftest krav til generaliserbarhed. Dette har forårsaget megen kritik af den kvalitative metode, da den ikke lever op til positivisternes opfattelse af, at samfundsvidenskabernes mål er at producere lovmæssigheder om menneskelig adfærd, som kan generaliseres universelt. En anden måde at betragte dette på, er som følger. På grund af vor videns relative heterogenitet og kontekstualitet, kan man tale om muligheden for et skifte fra generalisering til kontekstualisering (Kvale 1997:227-228). Denne undersøgelses formål er derfor ikke et forsøg på at udlede noget generelt om forholdet mellem social kapital og sundhed hos unge, men hvorledes de enkelte individer, som befinder sig mere eller mindre i samme kontekst samme kontekst anskuer denne sundhed i sammenhæng med de faktorer, vi forstår i social kapital termer. Det er derfor ikke interessant at benytte muligheden for statistiske generaliseringer omkring afdækningen og forståelsen af de unges sundhedsforhold per se, men derimod i en videre analyse at kunne konstruere en række mønstre eller variationer mellem de indhentede interviews, der kan være medvirkende til at etablere en dybere forståelse af undersøgelsens primære genstandsfelt.

Validiteten i videnskabelig viden bliver også opfattet forskelligt indenfor samfundsvidenskaben, hvilket kan føres tilbage til forskellige opfattelser af virkelighedens beskaffenhed i henholdsvis den kvantitative og den kvalitative metode. Ud fra en positivistisk

vinkel handler validitet om, man måler det, man tror, man måler. I en bredere opfattelse af validitet drejer det sig om, hvorvidt den anvendte metode undersøger det, den har til formål at undersøge, hvilket i princippet fører til gyldig videnskabelig viden i den kvalitative forskning (Kvale 1997:233). I forhold til denne validitetsopfattelse vil vi hævde, at vores undersøgelse lever op til validitetskravet, da vi mener, at den valgte metode er særdeles velegnet til at undersøge vores fænomen. Et andet væsentligt element ved videnskabelig vidensproduktion er reliabilitet, hvilket vedrører forskningsresultaternes konsistens. Det drejer sig f.eks. om at spørgsmålene i interviewene ikke er ledende, for at undgå at interviewerens forudfattede holdninger påvirker resultatet.

Med den meget åbne form, der er blevet anvendt i interviewene, mener vi dette reliabilitetsproblem er blevet afledt. Da spørgsmål netop er meget åbne, er det respondentens subjektive fortælling, der bestemmer resultatet. Et andet reliabilitetsproblem består i, hvorvidt respondenterne taler sandt eller ej. Det er altid meget vanskeligt at afgøre. Men en umiddelbar betragtning siger os, at respondenterne ikke skulle have haft noget incitament til ikke at fortælle deres version af sandheden. I transskriberingsfasen kan man endvidere sikre reliabilitet, når samme interviewpassage bliver udskejet af to forskellige personer (Kvale 1997:231). Dette forbehold er ikke blevet benyttet. En akilleshæl i den sammenhæng er, at rapportens to forfattere ikke har kunnet ”fornemme” interviewsne i den forstand, at vi ikke har haft føling med følelsesmæssige udbrud så som latter, humor og ironi, der sædvanligvis er vigtige elementer i enhver interaktion.

Analyse – forholdet mellem social kapital og sundhed

I kapitel et udfoldede vi begrebet social kapital teoretisk. I den sammenhæng gjorde vi opmærksom på, hvilken teoretisk forståelsesramme vi benytter os af i rapporten og dermed på, hvilke underliggende begreber vi refererer til. Social kapital blev i den forbindelse koblet sammen med begreberne stærke og svage bånd, hvilke vi vil tage udgangspunkt i i den følgende analyse.

Stærke båndes betydning for sundhed

I litteraturen vedrørende social kapital er det et gennemgående tema, at stærke bånd øver endog meget stor indflydelse på individers sundhed. Det samme gør sig gældende i denne undersøgelse. Familien er, ikke overraskende, central i forhold til de unges sundhedsadfærd og opfattelse af sundhed. På spørgsmålet om, hvem der først og fremmest lærer hende om sundhed og helbred, svarer eksempelvis Sofie:

Primært fra familien, men også med andre familier... hvis man har sovet hos nogen, så lærer man jo også om, hvordan deres sundhed er, og så kan man fortælle det derhjemme, og så kan det være, at man også begynder på det. Så det er sådan meget, hvor man er henne (Sofie p. 14).

Sophie gør i citatet opmærksom på, hvordan ikke alene hendes egen familie men også venners familie influerer på hendes opfattelse af sundhed. Og det i en positiv retning. Ligesom majoriteten af respondenterne italesætter Sophie ikke nogen decideret problematisk sundhedsadfærd, som hun er direkte berørt af. Hendes familie, og altså hendes venners familier, bakker hende snarere op i hendes positive sundhedsadfærd. Det samme gør sig gældende for Cecilie. For hende er familien også en væsentlig sundhedskilde. Hun rangerer familien højt, særligt i forhold til den mad de indtager. Som hun svarer på spørgsmålet om, hvorfor familien er så væsentlig for hende:

Fordi vi spiser så sundt, og så snakker vi også om det. Vi har for det meste kun sådan nogle grøntsager. Det er ikke så tit vi får færdiglavede retter og sådan noget...(Cecilie p. 13).

Kombinationen af at indtage sund mad og italesætte sund mad i familien, går igen blandt mange af respondenterne. Det er også et gennemgående træk hos respondenterne, at positiv sundhedsadfærd forbindes med KRAM-faktorerne. Kosten er ikke kun vigtig for Cecilie, men også for Mille (p. 1) og Emma (p. 2). At afstå fra rygning bliver nævnt af Alexander som centralt sundhedsparameter (Alexander p. 17),⁷ mens Helle nævner en kombination af mad og motion, når hun skal forklare, hvad sundhed er for hende (Helle p. 24).

Et andet stærkt bånd, måske et af de stærkeste i denne sammenhæng, er venner og veninder. Samtlige respondenter nævner venner som betydningsfulde samtalepartnere, når det drejer sig om sundhed. Dermed ikke være sagt, at de alle sammen opfatter venner som lige betydningsfulde. Nogen rangerer dem meget højt (Emma p. 16), andre tildeler dem en mellemposition (Alexander p. 17), mens andre nærmest nævner vennerne en passant (Helle p. 22). Men pointen i denne sammenhæng er, at vennerne hos samtlige respondenter rumsterer i bevidstheden, når talen falder på internalisering af og cementering af god sundhedsadfærd. Som Cecilie svarer, da hun bliver spurgt om, hvilke personer, der har lært hende om sundhed:

Hos min bedste veninde. På et tidspunkt var hun meget doven, og så satte hendes far hende i gang med at løbe og sådan nogle ting, og så tog hun mig med, fordi jeg også selv begyndte at blive doven. Så ja, hun fik mig i gang og det hele, og

⁷ I den forbindelse skal det naturligvis nævnes, at Mia er den eneste af de unge respondenter der ryger, og derfor ikke har den samme indstilling til rygning som de andre ytrer: Hun ønsker heller ikke at holde op med at ryge.

vi begyndte at lave en plan over, hvad man skal nå. Det hjalp os faktisk meget, fordi jeg havde ikke rigtigt tjek på mine ting med lektier og sådan noget. Det lavede jeg lige klokken 10.00 om aftenen eller sådan noget. Så det var med at lave dem, når du kommer hjem fra skole og så slappe lidt af, og så tage noget at spise og så løber vi (Cecilie p. 10-11).

Dette sammenfald mellem stærke bånd og god sundhedsadfærd er, som sagt, ikke nogen forskningsmæssig nyhed. Resultaterne fra indeværende undersøgelse er snarere at opfatte som bekræftelser på allerede eksisterende viden. Når det drejer sig om næste analytiske fokusområde, så forholder det sig stort set på samme.

Svage båndes betydning for sundhed

I modsætning til stærke bånd er svage bånd at opfatte som mere perifære forbindelser, netværk og kontakter, som individet er knyttet til. I det perspektiv behøver det ikke udelukkende omhandle menneskelige relationer, med hvem individet har direkte kontakt, men kan også indbefatte relationer til eksempelvis medier. Hos de unge respondenter findes der en bred vifte af svage bånd, der øver indflydelse på deres sundhedsopfattelse- og adfærd. Her et uddrag fra interviewet med Helle:

Interviewer: Okay, så det er det, som det handler om (ja)? Hvor tror du, at folk på din egen alder får deres viden om sundt og usundt fra?

Helle: Bladene.

Interviewer: Fra blade?

Helle: Altså, når man... og fra tv af og sådan noget. Når man ser alle de der programmer om, at vi skal spise så sundt, og vi skal gøre dit, og vi skal gøre. Det tror jeg nok, at de fleste får det fra. Man er jo også sådan lidt ovre i skolen... man vil jo gerne virke sådan lidt overfor ens venner med, at man spiser sundt, ikke også. Det vil man jo gerne. Så siger man: Jamen, jeg spiser... hvis man så spiste en kage i eftermiddags. Jamen, den spiste jeg da ikke. Man vil jo godt virke sådan lidt mere sund overfor andre. Det vil man jo gerne (Helle p. 24).

Mediernes indflydelse på Helles sundhedsadfærd synes tydelig. Hun spejler sig i medierne – eller bruger dem – til at finde ind til den rette sundhedsadfærd, som hun så kan vise frem over for sine venner. Dette forbindelsesled er ikke uvæsentligt. Emma betoner også dette, når hun omtaler fjersynet, og dermed det væld af programmer om sundhed, der forefindes (Emma p. 16). Her skal det pointeres, at det er en bestemt type af medier, som de unge forholder sig til. De er relativt entydige i deres betoning af medier så som fjernsyn, internet, blade/magasiner osv., når det drejer

sig om påvirkningen af deres sundhed. En helt anden ambivalens opstår i forhold til kampagnemediet, nærmere bestemt i forhold til offentlige sundhedskampagners indvirkning på unge mennesker. En længere passage fra interviewet med Mille viser en ende af kontinuets:

Interviewer: Ja, okay. Hvor tror du så at... nu siger du, at det er ikke så meget her... hvor tror du så, at unge mennesker generelt får deres viden om sundt og usundt fra? Hvor får de deres forståelse af, hvad der er godt eller skidt eller sådan noget fra?

Mille: Deres forældre. Og deres venner. Og medierne.

Interviewer: Det er der som, at du tror, at man indsamler sin forståelse af... (ja)? Sådan noget som sundhedskampagner. Har du en ide om... er det noget, som påvirker dig i nogen retning?

Mille: Altså, der var den der rygekampagne med de der meget ulækre billeder af folk, der havde røget eller sådan et eller andet. Det påvirkede mig noget. Der tænkte jeg: Ej, okay. Det holder jeg mig lige fra, ikke. Men man glemmer det igen lige så snart, at man slukker fjernsynet eller lukker for avisen, eller hvad det nu lige er. Det synes jeg, men jeg ryger jo heller ikke. Så det kan godt være at...

Interviewer: Men det forstiller du... Nu siger du selv med din dårlige samvittighed og motion. Hvad så med sundhedskampagner omkring, hvor vigtigt det er at...?

Mille: Jamen, så får jeg endnu mere dårlig samvittighed, ikke.

Interviewer: Men de påvirker dig?

Mille: De påvirker mig. Så jeg tænker: Hende der løber. Hun ser sund ud. Hun ser glad ud. Gid det var mig. Og så får jeg lidt dårlig samvittighed fordi, at jeg egentligt burde gå ud og løbe eller et eller andet (Mille p. 20).

Mille påvirkes altså af visse typer af kampagner. Kampagnerne gør så at sige det, de er designet til: giver Mille dårlig samvittighed i forhold til hendes sundhedsadfærd. Men Mille er faktisk den eneste af de unge, der reagerer på denne måde. Majoriteten af de unge trækker bare på skuldrene af dem, i hvert fald ifølge deres egne udsagn. Men de gør mere end det. De kommenterer på kampagnernes måde at adressere dem som målgruppe. Først en passage fra Mia.

Interviewer: Det kan jeg godt forstå, sådan tror jeg, de fleste af os har det. Øhm... nu har vi snakket lidt om det her med, at der er en masse kampagner om rygning. Hvordan tror du, at unge mennesker er påvirkede af, og tror de er påvirkede af de her sundhedskampagner?

Mia: Øhm unge mennesker? Nej det tror jeg ikke. De tænker... for eksempel min vennekreds, der tænker vi ikke rigtig meget på... Selvfølgelig der er jo et eller andet, der... For eksempel når man spiser sundt, så er der en eller anden klokke, der ringer: "Nej, hvor er jeg sund".

Interviewer: Ja.

Mia: Nej alle de der kampagner, dem tænker man ikke rigtigt over. Der tror jeg først, det er, når man bliver sådan lidt ældre.

Interviewer: Når man bliver ældre, tror du så, at de har en indflydelse eller?

Mia: Ja, det tror jeg. For eksempel min søster hun, da hun var på min alder, der tænkte hun slet ikke på det. Men nu hvor hun er flyttet hjemmefra, så tænker hun meget på at være sund, og hun løber en tur og spiser sundt hver dag og sådan noget (Mia p. 25).

Sophie supplerer Mias ytringer.

Interviewer: Mmm. Hvad synes du om sundhedskampagnerne?

Sophie: Altså nogle gange, tænker jeg, vi har set det hundredvis af gange. Sæt noget nyt op, der kan... de unge op, så de tænker: "Nårh på den måde". I stedet for at de skriver de lange referater på voksent sprog...

Interviewer: Okay. Så de skulle...

Sophie: Mmm.

Interviewer: ... snakke jeres sprog, og vise de billeder der betyder noget for jer?

Sophie: Unge billeder... jaah. Måske tage et eller andet ungt menneske, der virkeligt bare er påvirket, fordi så kan de måske få det ind. Det er nogen på deres egen alder, hvor det er sket for. Så kan de måske lettere på billedet ind i hovedet, end hvis det er en ældre herre eller kvinde...(Sophie p. 20).

De unge føler ikke rigtigt, at de bliver dybt ramt af sundhedskampagnerne. Hvorvidt dette er det reelle billede, kan vi ikke svare på. I analytisk forstand er vi imidlertid nødt til at tage de unges ytringer seriøst, og måske endda også reagere på dem!

Et andet for undersøgelsen centralt element, når det drejer sig om forholdet mellem svage bånd og sundhed, er de mulighedsbetingelser de nære omgivelser stiller til rådighed for sundhedsudfoldelse. Hermed mener vi, hvorvidt de sociale omgivelser appellerer til de unge om at have en positiv sundhedsadfærd. Her spiller det naturligvis ind, som tidligere nævnt, at de unge synes at komme fra ressourcestærke områder og fra ressourcestærke familier. Relativ nem adgang til eksempelvis idrætsfaciliteter, synes det ikke at skorte på. På spørgsmålet om, hvorvidt dette har nogen betydning for lokalområdet, svarer Helle:

Helle: Ja, det tror jeg fordi, så vil folk jo også mere... der kommer jo en masse: Kan vi godt begynde til håndbold, ikke også. Eller der kommer jo ikke en masse men sådan... også fordi de har set, hvordan miljøet er deroppe. At vi hygger os, og at vi har det sjovt, og man ligesom har sådan et sammenhold og sådan kommer på nogle ture og sådan noget. Ja,

vi skal til (land) her i sommerferien. Vi skal derover og spille. Jeg skal med derover, og det bliver jo helt vildt hyggeligt, og vi plejer også at have sådan en tur til (land), hvor vi også skal derned og spille håndbold. Og det er også sådan en rigtig social god tur, fordi man jo kommer tæt ind på hinanden, og så når man kommer hjem, så snakker man jo stadigvæk med de personer og sådan lidt på tværs af holdene, som man kommer til at... i stedet for kun at kende dem fra sit eget hold af (Helle p. 10).

De sociale relationer i forbindelse med idrætsudøvelse i lokalområdet er betydningsfulde. De indgyder, nærmest per automatik, til en kontinuerlig internalisering af positive sundhedsvaner. Det er i hvert fald hvad de unge fortæller. Koblingen mellem sundhed og lokalområdet gøres meget eksplicit hos Emma.

Interviewer: For lige sådan her til sidst at vende tilbage til det der med sundhed og sygdom. Tror du, at det område, som du bor i, har nogen indflydelse på, hvor sund du er?

Emma: Ja. Fordi for eksempel her i (området), hvis du spørger: har du noget at gøre med (områdets lokale sportsklub)? Ja, vil personen sige, fordi alle har noget med det at gøre. Så det er jo lidt... det er jo også en indflydelse.

Interviewer: Altså, så det er et område, som man er meget samlet omkring sport eller hvad?

Emma: Ja.

Nu er det naturligvis ikke alle, der er så tydelige i deres ytringer om koblingen som Emma. Men samtlige respondenter kredser som sagt om dette sagsforhold – og det med betoning af den positive sammenhæng. I analytisk forstand kan man kalde disse forklaringer for funktionelle. Hermed menes, at de unge refererer til den direkte funktion som lokalsamfundet har – gerne i form af gode adgangsmuligheder til idræt og foreningsliv - i forhold til internaliseringen og opretholdelsen af gode sundhedsvaner- og adfærd. I den forstand viser de svage bånd at have en stærk effekt. Det gør de også i relation til lokalområdets, og her menes det nære område (i særdeleshed nabolaget), påvirkning af sundhedsadfærd. Læg mærke til, hvad Cecilie siger i denne passage.

Interviewer: Nå okay det tror jeg godt, at jeg forstår. Øhm for lige at vende tilbage til det med sygdom, tror du så, at det område du bor i, altså det lokalområde, du bor i. Har det nogen indflydelse på ens sundhed?

Cecilie: (Pause) mmm det tror jeg faktisk, at det har... det har i hvert tilfælde for mig, fordi jeg synes... det ved jeg ikke... jeg synes sådan, at for eksempel hvis det er godt vejr, og folk er meget ude, så føler jeg også, at... jeg ved ikke, om det er sådan noget?

Interviewer: Jo det er... sagtens...

Cecilie: Hvis folk er meget ude og sådan, så føler jeg også, at jeg også skal... jeg ved ikke rigtigt, hvad jeg skal sige?

Interviewer: Sådan hvis der er en positiv stemning? Altså det er et godt sted at være, er det på den måde, du tænker?

Cecilie: Ja det synes jeg.

Interviewer: Det miljø, man er i, har en eller anden betydning for dig?

Cecilie: Ja. Det vil jeg synes, hvis der er nogen, der bor et sted, hvor man ikke rigtigt har mulighed for så mange ting, så tror jeg ikke rigtigt, man får sådan en lyst til at... (Cecilie p. 22).

Nabolagets, måske nok indirekte påvirkning af Cecilies sundhed, er nok ikke så indirekte alligevel. Hendes ytring vidner i hvert fald om, at hun reflekterer en del over de mulighedsbetingelser for at udøve positiv sundhedsadfærd, som hendes nabolag ”stiller” til rådighed for hende. I den forstand anviser nabolaget om god sundhedsadfærd. I de få tilfælde, hvor de unge ikke har direkte og nem adgang til idrætsfaciliteter, bakkes denne pointe op. Mille, der har lidt transporttid til denne type af aktiviteter og faciliteter, siger om afstandens betydning:

Interviewer: Ja ja. Men der er trods alt en idrætsfaciliteter derinde (ja ja). Det at have langt til idrætsfaciliteter. Har det noget at sige eller...?

Mille: For mig har det. Jeg tror, at jeg ville dyrke lidt mere idræt, hvis det var nemmere at komme til, så det tror jeg også, at det har (Mille p. 22).

Alene den nemme tilgang til steder, hvor de unge kan dyrke idræt, og dermed opleve det sociale fællesskab, der følger med, synes altså at have en betragtelig betydning for dem. Udover de funktionelle forklaringer giver materialet også mulighed for at fremanalysere normative og følelsesmæssige forklaringer på lokalsamfundets indvirkning på de unges sundhedsadfærd. De normative først. I det perspektiv er de normregulatorer, der udøves af institutionelle sammenhænge (ex skolen) osv., vigtige for god sundhedsadfærd. I den forbindelse er det nok så vigtigt at hæfte sig ved, at de unge stort set ikke vægtlægger naboer som centrale aktører i relation til deres sundhedsadfærd. Som Alexander bramfrit siger:

Interviewer: Hvad med naboer?

Alexander: Nul, tror jeg. Dem er jeg super ligeglad med, for jeg er jo ikke henne ved mine naboer særligt meget. Altså, min gamle ven... vi er jo ikke naboer. Vi er alligevel det stykke væk fra hinanden, hvor vi ikke er så... Det er jo lige det... vi er jo ikke så...

Interviewer: Men naboer har ikke betydning for det at holde sig sund og rask?

Alexander: Nej. Ikke vores naboer (Alexander p. 13).

De andre unge benytter sig ikke af samme terminologi, men deres mening er ikke til at tage fejl af (ex Emma p. 13; Amanda p. 16). Her forholder det sig noget anderledes med skolen. På et relativt basalt plan er skolen vigtig i forhold til de unges sundhed, nemlig i form af den sundhed de får i idrætstimerne. Nogen af de unge nævner dem som positive for deres sundhed og forhold til sundhed generelt (ex Mille p. 13; Amanda p. 10). Andre er mere ambivalente (ex Emma p. 9; Sophie p. 12). Men de nævner samtidig den mere indirekte påvirkning, som skolen også har på deres sundhed. Skolen opfattes således af nogen som en oplysningscentral for god sundhedsadfærd (ex Mille p. 12; Sophie p. 19), mens andre er mere tilbageholdne i deres ytringer om skolens påvirkning (ex Helle p. 31). Materialet viser med andre ord ingen entydighed, og vi har derfor heller ikke belæg for at kunne konkludere entydigt på dette punkt.

Anerkendelsescirkler, sundhedsidentitet og handlekompetence

Et begreb vi introducerede i kapitel et er anerkendelsescirkler. Begrebets relevans i denne sammenhæng skal findes i den forklaringskraft det giver i forhold til sammenhængen mellem sundhed og social kapital, som de unge referer til. Anerkendelsescirkler skal faktisk opfattes som social kapital. I det perspektiv fremtræder begrebet som en samlingskategori for det, vi i det ovenstående har benævnt som stærke og svage bånd. Når anvendt på denne måde bliver det interessant at koble de mest centrale påvirkningskilder, som de unge suger sundhedsnærig fra, sammen med begrebet identitet. For begrebet anerkendelsescirkler hænger i dette perspektiv uløseligt sammen med identitet.

Tager vi eksempelvis de unges fokus på deres familier og venner som centrale sundhedskilder, så kan vi sige følgende. Familien og vennerne optræder som signifikante anerkendelsescirkler, inden for hvilke de unge henter positivt materiale til deres sundhedsidentitet. Deres sundhedsidentitet konstrueres med andre ord og opbygges inden for rammer, der giver positiv resonans for de unge. I hvert fald for hovedparten af dem. Identitet i denne optik er altså at forstå

som et processuelt forhold, der hele tiden er under konstruktion. Denne konstruktion er særlig følsom over for de personer, der befinder sig i ens umiddelbare nærhed. Derfor betyder familiens og vennernes omgang med sundhed, også når vi taler om helt specifik sundhedsadfærd, netop så meget for de unges sundhedsidentitet i undersøgelsen. Her mener jeg i særlig grad forholdet til mad, motion rygning osv. Når vi flytter fokus fra de stærke til de svage bånd, bliver billedet straks mere broget. Trækker vi begrebet anerkendelsescirkler ud til at omhandle den betydning medierne har i forhold til de unges sundhed, så virker det ikke til, at magasiner (blade) og fjernsynet har nogen entydig effekt på deres sundhedsidentitet. Vi har i hvert fald intet belæg for at konkludere, at de unge kobler deres sundhedsidentitet op på de sundhedsbudskaber, som disse medier kommer med. Dermed ikke være sagt, at de unge mennesker ikke lader sig påvirke, og dermed deres sundhedsidentitet influeres af disse medier. Vi kan bare ikke konkludere entydigt herpå. Det samme gælder faktisk forholdet til sundhedskampagner, om end det her er noget tydeligere. De unges sundhedsidentitet er ikke synderligt påvirket af disse kampagner, mest af alt fordi kampagnerne ikke synes at ramme de unge så godt. Noget andet gør sig gældende, når de unge taler om den nemme tilgang til og muligheden for at dyrke idræt i ens umiddelbare nærhed, det vil sige i deres lokalsamfund. Det sociale element i de sammenhænge, hvor de unge befinder sig med deres venner og veninder, er at betragte som anerkendelsescirkler de unge færdes i, og dermed også modellerer og konstruerer deres sundhedsidentitet efter. Og det synes i den forbindelse, som om de unge forstærker deres positive sundhedsidentitet via disse anerkendelsescirkler.

Det samme kan ikke siges at gøre sig gældende, når talen falder på naboskab. Faktisk opfatter de færreste af de unge naboskabet som en relevant anerkendelsescirkel at færdes i – i hvert fald ikke, når det drejer sig om deres sundhed. Skolen er lidt anderledes – men igen ikke entydig. Alt andet lige er skolen en central anerkendelsescirkel. Dog taler de unge ikke entydigt om skolen som et institutionelt arnested for konstruktionen af deres sundhedsidentitet. Nogen gør, men andre er mere tilbageholdende. I den forstand tegner der sig et billede af mangeartede anerkendelsescirkler de unge færdes i, hvor de opbygger, udfordrer og konstruerer deres sundhedsidentitet.

Et for den overordnede undersøgelse centralt begreb, er handlekompetence. I modsætning til spørgsmålet om forholdet mellem social kapital og sundhed, kan vi i denne sammenhæng tillade os at konkludere mere entydigt. Eftersom samtlige af vores respondenter synes at bo i ressourcestærke områder og hos ressourcestærke familier, så forekommer deres handlekompetence i forhold til positiv fremtidig sundhedsadfærd også at være gunstig. Her skal

man huske på, at handlekompetence defineres som individers evne og motivation til at påvirke og forandre forhold i forbindelse med egen livsstil og forhold i de omgivende levevilkår. I den forstand er et menneskes handlekompetence både situeret som en personlig ressource men også i forhold til ydre kontekster, det være sig sociale kulturelle, materielle osv. (Nygren 2004). Deres fordelagtige vilkår taget i betragtning forekommer det vanskeligt andet end at opfatte de unges handlekompetence i forhold til sundhed som lovende.

Afslutning

Ovenstående analyse både underbygger og understøtter den social kapital forskning, der peger på en positiv relation mellem stærke bånd og positiv sundhedsadfærd. De anerkendelsescirkler, som de unge færdes i blandt familie og venner har næsten en entydig positiv effekt på de unges sundhedsadfærd. Billedet bliver mere broget, når det drejer sig om forholdet mellem svage bånd og sundhed. I relation hertil er de unge ikke at betragte som en homogen masse, der reagerer ensartet på de samme anerkendelsescirklers indvirkning på deres sundhedsadfærd. Tættest på ensartethed kommer vi, når nem adgang til lokalområdets forenings- og idrætsliv kommer på tale. Her synes de fleste at være enige om, at det gør noget godt for deres sundhed. Hvad angår naboskabet, skolen osv. er de unge mere uensartede og/eller ambivalente i deres ytringer. Dette synes der i og for sig ikke at være noget odiøst i. Fuldstændig homogenitet ville have forekommet besynderligt.

Som nævnt forekommer de unges ressourceposition at være gunstig. I den forstand er der næppe årsag til bekymring, i hvert fald ikke når det gælder deres umiddelbare muligheder for at internalisere sundhedsfremmende handlekompetencer. Dog synes der at være et område, hvor de unges ytringer giver anledning til opmærksomhed. I gennemlæsningen af materialet er der, særligt blandt de unge kvinder, en lille tendens til nærmest at overfokusere på sundhed. Hermed menes, at de unge kvinder forekommer at være presset til sundhed i sådan en grad, at de betoner det. Dette aspekt er så analytisk interessant, at vi tager fat på det i næste kapitel.

Kapitel 5

Forholdet mellem social kapital og stress – resultater fra fokusgruppeundersøgelsen med unge kvinder.

En nylig rapport fra Institut for Folkesundhed har netop slået fast, at unge kvinder mellem 16-24 år er hårdest ramt. Faktisk forholder det sig således, at antallet af stressede kvinder i den aldersgruppe på bare 5 år er steget eksplosivt – nu er det mere end hver femte kvinde under 25, der føler sig nervøs eller stresset. En af hovedforklaringerne til denne stigning skal, ifølge den anerkendte stressforsker Bo Netterstrøm, findes i to parallelle sagsforhold: For det første føler mange unge kvinder livets belastninger (valg af uddannelse, valg af partner osv.) på en anden måde end mænd gør. De unge kvinder er simpelthen mere bevidste om seriøsiteten af den type valg – hvilke langsigtede og kortsigtede konsekvenser disse valg har for deres livssituation. Unge mænd, mener han, negligerer i højere grad den slags – slår det hen – og lader sig ikke tynde i samme grad. For det andet spiller den økonomiske krise ind. Ifølge Netterstrøm er det åbenlyst, at ”unge i højere grad end tidligere føler, at de skal præstere noget for at nå det, de gerne vil. I 2005 (hvor resultaterne til den seneste rapport blev indsamlet) var der ikke krise, der var alt godt, og man kunne få det job, man ville have. Det er jo netop de unge, det er gået ud over med hensyn til arbejdsløshed” (Netterstrøm i MetroXpress: 10/5 p. 4). Og det sagsforhold påvirker tydeligvis unge kvinder mere end unge mænd, når det kommer til stressfrekvensen.

I sociologisk forstand er disse forklaringstyper ikke ukendte. Kvinder har, historisk set, større risiko for at blive ramt af mentale lidelser såsom stress og depression (Seligman 1990). Årsagerne hertil er legio, men en type forklaring går netop på, at kvinder internaliserer livets mange valgsituationer på en anderledes måde end mænd, og dermed gransker og grubler mere over valgenes negative konsekvenser mere end mænd. Dette kan, potentielt, sætte sig som stress eller depression. Hvad angår konsekvenserne af en økonomisk lavkonjunktur, så har sociologien længe påvist, at dette medfører en øget frekvens af mentale lidelser (Horwitz 1984).⁸ I relation til dette kapitel er ovenstående udvikling både interessant og relevant. Undersøgelsen bekræfter nemlig den antagelse, der ligger til grund for det empiriske arbejde, som kapitlet bygger på. Udgangspunktet for kapitlet er således en lange række ytringer fra unge kvinder, der i forbindelse med afviklingen af

⁸ Imidlertid har sociologien også forholdt sig til, at en opadgående frekvens af mentale lidelser også kan opspores i økonomiske højkonjunkturer. Således gjorde Emile Durkheim allerede opmærksom på i 1893, at selvmordsraten også steg under økonomiske højkonjunkturer (Durkheim 1951).

de individuelle interviews, gang på gang pointerede stress som et problematisk aspekt i deres liv. På baggrund heraf blev det i projektgruppen besluttet, at de individuelle interviews skulle udvides med fokusgruppeinterviews, der særligt skulle fokusere på forholdet mellem unge kvinder og stress. I det følgende vil vi redegøre for resultaterne af denne undersøgelse. Men før vi kommer dertil, vil vi først uddybe baggrunden for undersøgelsen. Dernæst vil vi beskrive de metodiske aspekter ved fokusgruppeundersøgelsen. Efterfølgende konkretiserer vi, de til tider overraskende, resultater af undersøgelsen. Afslutningsvis vil vi ridse analysens hovedpunkter op samt komme med nogle forskningsmæssige videreudviklingsmuligheder, der kunne være interessante at arbejde videre med.

Undersøgelsens baggrund

Under gennemlæsningen af de individuelle interviews, der danner en tredjedel af det empiriske grundlag for denne rapport, blev vi slået af det forhold, at de unge kvinder ytrer sig overordnet positivt om deres sundhedsadfærd, deres sundhedsfremtid og deres kobling mellem social kapital og sundhed. Kort fortalt synes familien, omgivelserne og nærområdet at have en positiv indvirkning på deres sundhedsadfærd. På den anden side blev vi også opmærksomme på et andet forhold, nemlig den hyppighed, hvormed de unge kvinder nævner stress. Ikke stress som en klinisk tilstand, og ej heller stress i form af diagnosticerede tilstande. Men stress i forhold til de af livets sagsforhold, som påvirker dem her og nu. Og i særlig grad stress i forhold til de præstationer, som de oplever forbundet med forhold såsom skolegang, at være populær, udseende og nok så vigtigt, i forhold til forestillingen om sundhed. Som Emma siger på spørgsmålet om, hvor vigtigt det er for hende at holde sig sund:

Det er vigtigt. Det er vigtigt også når der er alle de der programmer i fjernsynet og Chris MacDonald og alt det der. Så føler jeg lidt at, okay nu skal jeg til at stramme mig an, altså jeg skal tænke mere over det og sådan noget (Emma p. 10).

For Emmas vedkommende er det mediernes påvirkning af sundhedsdiskursen, der får hende til at granske de præstationer, som synes nødvendige for at leve op til hendes og den i samfundet herskende sundhedsopfattelse. I Milles tilfælde er det snarere relationen til venner og veninder, der minder hende om, hvilke anstrengelser sundhed kræver. På spørgsmålet om, hvorvidt de fleste af hendes venner dyrker sport siger hun:

Det er mit indtryk, at jeg er...sidder meget stille i forhold til dem, for det er sådan håndbold syv gange om ugen og fodbold syv gange om ugen og badminton ti gange om ugen. Og jeg sidder bare her og føler mig sådan helt: Ej. Det er sådan en konstant værende dårlig samvittighed (Mille p. 9).

Fremtidsudsigterne spiller også en central rolle, når talen falder på, hvorfor sundhed er så presserende for de unge kvinder. Som Cecilie siger som svar på spørgsmålet om, hvad ordet sundhed betyder for hende:

Altså det gør livet bedre. Sundhed gør livet bedre. Det er det, der får os til at få et længere liv og have det godt og ikke have for meget sygdom, og så bliver jeg frisk og sådan noget (Cecilie p. 15).

Ovenstående udsagn er naturligvis blot få blandt mange, men de rækker i forhold til at understrege pointen: De unge piger bekymrer sig meget om deres fysiske sundhedstilstand i en sådan grad, at det påvirker dem psykisk. De forekommer med andre ord at føle sig under en del pres for at leve op til egne og den i samfundet herskende norm om sund levevis. Dette forhold bliver i interviewene bakket op af, at stort set ingen af de unge kvinder ryger eller drikker alkohol i nævneværdige mængder. Årsagen hertil er ikke kun, at det opfattes som ulækkert og dumt, men også at rygning og alkohol er ødelæggende for deres sundhed – både på kort og lang sigt. Således er refleksionerne.

Et spørgsmål om ressourcestærke unge kvinder?

I den individuelle interviewundersøgelse synes samtlige de unge kvinder at komme fra familier og områder, der kan betragtes som ressourcestærke. Hermed menes, at de unge kvinders er medlemmer af familier, hvor forældrene har udemærkede jobs og dermed udmærkede forsørgermuligheder. I social kapital termer: De bor i områder, der tilsyneladende kan beskrives som velfungerende - god adgang til skole, idrætsfaciliteter, god nabokontakt osv. Den oprindelige intention med materialet var formentlig ikke, at denne sociale skævvridning skulle optræde, men sådan blev det.⁹ Det åbenlyse spørgsmål, der blev stillet på baggrund heraf var, hvorvidt det sagsforhold var betydningsfuldt i forhold til de unge kvinders ytringer om relationen mellem sundhed og stress. Dette blev diskuteret med projektgruppen, der træf en beslutning om, at respondenterne til fokusgruppeundersøgelserne skulle have en anden sammensætning. Fokus blev således rettet imod de unge kvinder, der ikke kunne forventes at have hverken ressourcestærke familier eller leve i

⁹ I metodisk forstand kunne man i den forbindelse reflektere over, hvorvidt dette kunne tilskrives det, at ressourcestærke personer har større tendens til at melde sig til denne slags undersøgelser, end mindre ressourcestærke personer har.

ressourcestærke områder. På den baggrund blev produktionsskoler i de involverede kommuner kontaktet med henblik på at finde unge kvinder, der gerne ville være respondenter i et fokusgruppeinterview. Takket være en stor indsats fra de enkelte produktionsskoler – Hobro, Frederikshavn, Hadsund og Aalborg - lykkes dette.

De enkelte produktionsskoler, og naturligvis også de deltagende parter, blev oplyst om intentionen med undersøgelsen: At undersøge hvorvidt unge kvinder føler sig stresset af at skulle leve op til samtidens herskende sundhedsnormer og hvor dette pres eventuelt kommer fra? Forventningen forud for undersøgelsen var derfor, at de unge kvinder, på den ene eller den anden måde, forholdt sig til et udefrakommende pres – et samfundsmæssigt eller venskabeligt pres – som stressede dem i forhold til deres sundhed. Men vi blev klogere!

Fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterview rangerer under det, man almindeligvis refererer til som en kvalitativ metode. Modsætningen til de kvalitative metoder er de kvantitative, hvorunder eksempelvis spørgeskemaundersøgelser hører. Som kvalitativ metode kan fokusgruppeinterviews spores helt tilbage til E..S. Bogardus artikel *The Group Interview* (Bogardus 1926). Kendskabet til metoden bliver dog først for alvor udbredt med Robert Merton, Majorie Fiske og Patricia Kendalls berømte bog, *The Focused Interview*, der udkom første gang i 1956 og i en anden og revideret udgave i 1990 (Merton et al. 1990). Merton og hans kollegaer indskrænkede imidlertid brugen af fokusgrupper til kommunikationsstudier, hvor metoden skulle anvendes til at undersøge effekten af film og tv-programmer (Kitzinger 1995: 299). Derfor opererede de også med en relativt snæver definition på fokusgruppeinterviews, ligesom de kun sporadisk benyttede sig af metoden i empiriske studier. Som en konsekvens heraf ligger metoden også, så at sige, i dvale igennem en længere årrække. Den popper ganske vist op i visse studier i 80'erne, eksempelvis i Arlie Russel Hochschilds berømte studier af stewardesser i *The Managed Heart* (Hochschild 1983) – men der synes metoden kun anvendt, fordi den forekommer bekvem. Systematiske udviklinger af metodens udfoldelsesmuligheder lader således vente på sig, i hvert fald når det drejer sig om sociologien,¹⁰ til slutningen af 1980erne (Morgan 1997: 5). Herefter tager det fart, og metoden er nu velanskrevet og anerkendt som kvalitativ dataindsamlingsmetode. Men hvad er fokusgruppeinterviews, og hvorfor er den god til at studere sensitive emner såsom forholdet mellem sundhed og stress?

¹⁰ Marketingsindustrien var hurtigere på aftrækkeren end sociologien – den benyttede sig systematisk af fokusgruppeinterviews (om end i en anden afstøbning) allerede i midt 1970erne (Templeton 1994: 2).

En meget anvendt definition lyder, at fokusgruppeinterviews er ”a research technique that collects data through group interaction on a topic determined by the researcher” (Morgan 1996: 130). Denne meget brede definition implicerer tre ting:

1. Fokusgruppeinterviews benyttes til dataindsamling – i modsætning til marketingsindustrien, hvor metoden anvendes som middel til at sælge idéer, produkter, politisk indhold osv.
2. Interaktionen i gruppediskussionen er kilden til data.
3. Forskeren/moderatoren¹¹ spiller en aktiv rolle i at skabe den gruppediskussion, der genererer data.

De sidste to punkter kræver uddybning. Hvad angår forskerens/moderatorens rolle i dataindsamlingsprocessen, så udspiller den sig på flere niveauer. For det første vælger moderator, når projektdesignet skal planlægges, hvorvidt fokusgruppeinterviewsne skal være meget standardiserede eller ej – eller om man skal benytte sig af en kombination. Reflektion går med andre ord på, om moderatoren strengt skal følge en interviewguide, om den skal være mere semistruktureret, eller om det skal være en mellemting mellem de to: Det Morgan kalder en tragt-model (Morgan 1996: 143). For det andet skal moderatoren bestemme gruppesammensætningen. Den er naturligvis i høj grad bestemt af det tema, som ønskes undersøgt. Men spørgsmål om, hvorvidt grupperne skal være homogene eller heterogene, af blandet køn eller ej, med folk der kender hinanden på forhånd eller ej, er ofte centrale i projektdesignfasen. Og her skal man naturligvis reflektere over, hvilke fordele og ulemper der findes med de forskellige muligheder. Med homogene grupper er fordelene eksempelvis, at snakken ofte flyder lettere, men samtidig skal man være opmærksom særligt to faktorer: Faren for udtrakt konsensus mellem informanterne, og faren for indforstået snak (Agar & MacDonald 1995). De heterogene grupper kan være mere sprælske og dynamiske, men samtidigt kan man risikere at få grupper, der slet ikke fungerer sammen, hvormed samtalen går helt i stå (Morgan 1996: 144). For det tredje skal moderatoren bestemme sig for, når selve gruppedesignet skal planlægges, hvor meget vedkommende ønsker at blande sig i diskussionen (Morgan 1996: 145).

Hermed betones det faktum, at moderatoren både kan være med til at facilitere en god diskussion og bremse den, hvis vedkommende ”fylder” for meget i gruppen. Dette beror ofte på en konkret afvejning, som vedkommende må gøre sig på stedet: Her gælder det om at have fingerspidsfornemmelse. For det fjerde skal moderator, når selve fokusgruppeinterviewet skal udføres, sørge for gode vilkår for informanterne (kaffe, kage, mad osv.) samt skabe en god stemning i gruppen.

¹¹ I de fleste tilfælde agerer forskeren, der har planlagt studiet, også moderator i selve fokusgruppeinterviewsne. Derfor er de slået sammen i en kategori her.

For det femte skal moderator sørge for dybde i diskussionen, pointere at alles ytringer er interessante (så én person ikke overtager diskussionen), samt være opmærksom på, om nogle informanter har så mange aktier i det diskuterende tema, at de forsøger at styre diskussionen til deres egen fordel (Morgan 1997: 49).

Hvad angår gruppeinteraktion som kilden til data, så er kernen i fokusgruppeinterviews netop, at gruppeprocessen/gruppedynamiken giver forskeren mulighed for at udforske/afdække/identificere gruppenormer, meninger, standpunkter, ideer, praksisser osv., der emergerer i gruppen om et givent emne eller tema. Dvs., at informanterne opfordres til at tale med hinanden, stille hinanden spørgsmål, udveksle anekdoter og kommentere på hinandens erfaringer og meninger samt være kritiske overfor hinanden angående det tema samtalen drejer sig om. I forlængelse heraf giver fokusgruppeinterviews indsigt i forskellige former for kommunikation: Hvordan benyttes humor, anekdoter, drillerier, forskellige argumentationsformer, narrativer osv., og hvad fortæller det om hvad folk erfarer, opfatter og oplever, og hvordan de håndterer disse erfaringer, opfattelser og oplevelser. Endvidere er fokusgruppeinterview en oplagt metode til at studere og identificere, hvordan gruppenormer, værdier, meninger, standpunkter osv. opstår i og med gruppedynamikken, hvilke der kan være enighed om og hvilke der divergerer. Pointen er altså, at forskeren ved brug af fokusgruppeinterviews eftersøger mere end blot summen af individuelle ytringer, og interesserer sig for gruppens akkumulerede fortolkninger (Kitzinger 1995: 299).

Det er vores argument, at fokusgruppeinterviewets styrke i at studere sensitive emner, skal findes i kombinationen mellem den rolle moderatoren indtager og selve kernen i fokusgruppeinterviewet, nemlig gruppeinteraktionen. Hermed forstået, at moderatoren – både hvad angår projekt- og gruppedesign – er med til at skabe de nødvendige betingelser for, at informanterne kan problematisere forudsætninger for deres arbejdsliv og arbejdsvilkår. Først når de er tilvejebragt, så kan fokusgruppeinterviews fungere som et sikkert rum for informanterne, hvor de uden repressalier kan skabe fælles betydninger, fortolkninger og forståelser i forhold til emnet, som forskerne ønsker pædagogernes akkumulerede ytringer, meninger og erfaringer om – i vores tilfælde pædagogers erfarede arbejdsliv. Således spiller de to forhold sammen: Kun med adækvat planlægning fra moderators side – og det gælder også i forhold til selve interviewsituationen – så sker fokusgruppeinterviewets betoning af gruppeinteraktionen som den centrale datakilde fyldest: Dermed genereres de ønskede data.

Sensitive emner

Det er ikke nødvendigvis selvindlysende, at fokusgruppeinterviews om unge kvinders forhold til sundhed kan kategoriseres som studier af et sensitivt emne. I litteraturen forbindes sensitive emner oftest med kontroversielle emner så som sex og seksualitet, indkomst og social status, religion, politiske og sociale overbevisninger, afvigende adfærd, følelser, vold osv. (jf. Mariampolski 1989), emner som i konkrete kulturelle sammenhænge og situationer er tabuiserede (Lee 1933). Vi argumenterer imidlertid for, at studier af et ganske ukontroversielt fænomen som unge kvinders sundhed kan kategoriseres som et sensitivt emne, når dette italesættes og undersøges.

Litteraturen om forskning af socialt sensitive emner arbejder med flere mere eller mindre inkluderende og for vores formål relevante definitioner. Kaye Wellings m.fl. (2000) definerer eksempelvis forskning som sensitiv, når studierne kræver at adfærd og attituder, der normalt forbliver private og personlige, og som kan afstedkomme fornærmelser eller lede frem til social (selv) censur og misbilligelse og være ubehageligt for respondenterne at tale om. Sieber og Stanley (1988) arbejder med et bredere begreb og definerer socialt sensitiv forskning som *“studies in which there are potential consequences or implications, either directly for the participants in the research or for the class of individuals represented by the research”* (Sieber & Stanley 1988:49). Det er forbundet med klare fordele at arbejde med en så bred definition af sensitive emner, idet den indirekte inkluderer emner, der ikke i udgangspunktet tænkes som sensitiv forskning. Mens Sieber og Stanley fokuserer på forskningens konsekvenser, sidestiller Farberow (1963) sensitive emner med de områder af det sociale liv, som er tabubelagt. Farberows definition bygger på antropologiske og psykoanalytiske kilder, hvor tabuiserede emner opfattes som følelsesladede og fremmanende ærefrygt og skræk. Det er ikke vanskeligt at se, hvorledes denne type af emner kan opfattes som sensitive. Farberow tænker da også på problemstillinger relaterede til sex og død. Men definitionen er for snæver, da den ikke tager højde for, at forskningens sensitive karakter kan skyldes situationelle forhold (Brewer 1990), eller fordi den indgår i en konkret socio-politisk kontekst (Rostocki 1986).

I et mere etisk og politisk perspektiv rejser denne definition også spørgsmålet om forskerens større ansvar for de deltagende informanter og i forhold til samfundet som helhed. Selvom de etiske problemstillinger aldrig må undervurderes, så er det væsentligt at forholde sig til, at sensitiv forskning rejser en lang række andre problemstillinger herunder særligt metodisk tekniske og metodologiske (Lee & Renzetti 1990). Ovenstående definition kan gøre forskeren blind for disse problemstillinger. Det er imidlertid vores erfaring, at en operationel definition skal kunne håndtere de metodiske og metodologiske problemstillinger, der opstår i design-, dataindsamlings- og

formidlingsfasen, da disse kan være dagsordenssættende for, hvorvidt studier af forholdet mellem sundhed og stress kan kategoriseres som forskning i sensitive emner. Lee og Renzetti arbejder med en mere inkluderende definition, der lyder som følgende:

The threatening character of the research, and its potential consequentiality for both researcher and researched, suggests that a sensitive topic is one which potentially possess to those involved a substantial threat, the emergence of which renders problematic for the researcher and/or the researched the collection, holding, and/or dissemination of research data (Lee & Renzetti 1990: 512).

Denne definition bygger på en antagelse om, at et specifikt emnes sensitive karakter er emergerende (Lee 1993). Det betyder, at et forskningsemnes sensitive karakter ikke ene og alene ligger i selve emnet, men i lige så høj grad i sammenhængen mellem emnet og den sociale kontekst, hvor forskning gennemføres. Forfatterne peger samtidig på, at for at et emne kan defineres som sensitivt, så må den trussel, der ligger i emnet være moderat til alvorlig. Men hvad der opleves som problematisk for den ene informant kan være ganske trivielt for den anden. Det betyder, at alt afhængigt af konteksten så kan ethvert emne blive et sensitivt emne. Ifølge Lee & Renzetti (1990) kan der imidlertid identificeres en række områder, inden for hvilke forskningen og forskningsprocessen i højere grad kan fremstå problematisk og truende på grund af dens sensitive karakter: Det er, når forskningen træder ind i menneskers privatsfære eller graver dybt i personlige erfaringer; når undersøgelserne beskæftiger sig med afvigelse og social kontrol; når de identificerer og udfordrer magtfulde personers interesser eller udøvelsen af undertrykkelse og dominans; og når de beskæftiger sig med emner, der er "hellige" for de studerede, og som de ikke ønsker gjort profane.

Med en sådan definition af sensitive emner er det vores argument, at også studier af unge kvinders sundhed kan kategoriseres som sensitiv forskning, særligt når temaerne for fokusgruppeinterviewene er forholdet mellem sundhed og stress, og dermed betydningen af sundhed for de unge kvinders sociale agtelse. Samtidig kan sensitive emner have helt konkrete konsekvenser for informanterne. Det kan være psykiske konsekvenser så som skyld, skam og flovhed, eller de kan virke truende, da deltagelse i forskningssammenhænge kan have uventede og ubelejlige konsekvenser. Derfor kræver denne type af forskning en etisk bevidsthed hos forskeren, der selvkritisk må forholde sig til egen rolle i forskningsprocessen, og de konsekvenser udforskningen af sensitive emner kan have.

Etiske overvejelser

Umiddelbart betragtet er de etiske overvejelser, der gøres i forbindelse med afholdelse af fokusgruppeinterviews de samme, som gør sig gældende inden for al kvalitativ forskning (Morgan 1997: 31). Men ved nærmere granskning adskiller de etiske problemstillinger ved fokusgruppeinterviews sig fra andre kvalitative forskningsmetoder – særligt når emnet for fokusgruppeinterviewet er sensitivt (Smith 1995). Mickey W. Smith betoner behovet for at sikre informanternes anonymitet. I fokusgruppeinterviews vanskeliggøres dette naturligvis af antallet af informanter. I den forbindelse kan der opstå etisk problematiske situationer, såfremt nogle informanter taler over sig – afslører sig selv - i en fokusgruppesituation, og dermed mister kontrollen med den information, der berører intime og personlige forhold (Smith 1995: 482). I modsætning til et almindeligt interview om et sensitivt emne, så har respondenter i et fokusgruppeinterview nemlig ikke mulighed for at trække sine udsagn tilbage: Katten er ude af sækken, da de andre deltagere har hørt det ytrede og lagret det. Det kan potentielt placere den, der afslører sig selv, i en voldsom penibel situation. Også efter interviewet er færdigt, da den slags dårlige oplevelser kan sætte sig fast i bevidstheden længe (Smith 1995: 483).

To andre etiske problemstillinger, der i høj grad knytter sig an til dette projekt, kan defineres som følger: Fokusgruppeinterviewet som et restriktivt rum og fokusgruppeinterviewets indre forventningsgenerering. Hvad angår det første, så oplevede vi ikke at få tilbagemeldinger fra deltagerne om ubehageligheder forbundet med interviewene. At en del af respondenter oplevede selve fokusgruppesituationen som sårbar, er imidlertid stensikkert. En ganske stor del af de unge kvinder var tilbageholdne med at ytre sig, delvist fordi (således er vores tolkning af situationen) fordi de vogtede sig for hinanden. I den forstand oplevede vi, at de ikke talte helt frit fra leveren om sager, der formodentlig stod deres hjerte nært, og som var yderst relevant for fokusgruppeinterviewets tematik. De følte sig faktisk noget hæmmede, hvorfor de ikke ytrede sig i det omfang, vi nok kunne have ønsket os. Det etisk problematiske i denne sammenhæng er naturligvis det forhold, at de ikke bliver taget til indtægt i afrapporteringen og analysen af fokusgruppeinterviewet, da deres røst ikke er så definerende for situationen som andres. Det betyder endvidere, at de kan blive taget til indtægt for noget – alene i kraft af deres tilstedeværelse i interviewet – de egentligt ikke kan stå inde for. Hvad angår det andet punkt, så omfatter det mere en generel betragtning end en decideret erfare. For vi er faktisk ikke klar over, hvorvidt de deltagende unge kvinder havde nogen forventninger til at deltage i fokusgruppeinterview eller ej. Således ved vi heller ikke, om de unge kvinder eventuelt opfattede fokusgruppeinterviewet som en form for emancipatorisk rum, hvor de kunne skabe forventninger om specifikke sundhedstiltag - det være sig både hos den enkelte og i gruppen. Såfremt de forventninger ikke indfries, eller i de tilfælde

hvor forholdene rent faktisk bliver værre, så kan selve fokusgruppeinterviewet komme til at fremstå som arnestedet for falske forhåbninger, med alle de negative konsekvenser det må medføre. I relation til denne undersøgelse ved vi dog ikke om dette er indtruffet - det kan eventuelt være fokus for en opfølgning.

Fokusgrupper med de unge kvinder om et sensitivt emne

Som tidligere nævnt foregik fokusgruppeinterviewsne på helholdsvis Hobro, Hadsund, Frederikshavn og Aalborg Produktionsskoler. Til samtlige interviews blev den samme interviewguide benyttet, omend af to forskellige moderatorer. Således blev vi undervejs opmærksomme på, at fokusgruppeinterviews med unge kvinder måske forløber bedst, hvis moderator selv er en ung kvinde, og ikke en midaldrende mand. Derfor byttede den ene af rapportens forfattere plads med en kvindelig studentermedhjælper til to af interviewsne, hvilket havde en positiv effekt: Respondenterne ytrede sig simpelthen mere under disse interviews. Dette skifte er et udslag af de praktiske refleksioner man gør sig undervejs i forskningsprocessen, men det indbefattede ikke et skifte i tilgangen til interviewsne: I og med vores grundige forberedelse var det ikke nødvendigt. Et centralt aspekt ved forberedelsen, som man nødvendigvis må forholde sig til, er selve indledningen på fokusgruppeinterviewet. Som blandt andre Hy Mariampolski (1989) og T.L. Greenbaum (1990) gør opmærksom på, er det i forbindelse med afviklingen af fokusgruppeinterviews med sensitive emner en god ide at afmystificere forløbet og sætte en så uddramatisk scene for fokusgruppeinterviewet som muligt.

Her kan man drage nytte af en række værktøjer. Deltagerne kan se en film om emnet og bruge den som afsæt for diskussionen. De kan læse en fælles tekst om emnet og småsludre om den, eller de kan eksempelvis høre på et oplæg, som er skåret over emnets tematik. Brugen af de omtalte værktøjer skal ingeni lunde forveksles med et forsøg på at tage brodden af deltagernes forståelser eller fortolkninger af det givne emne, endsige stække deres diskussionsløst. Tværtimod, værktøjerne skal bruges til at få folk til at slappe af i situationen, samtidigt med de forhåbentligt kan medvirke til at ægge interessen for fokusgruppeinterviewets tematik yderligere. I dette tilfælde blev flere værktøjer taget i brug. For det første skildrede moderator projektets grundideer, og forsøgte derved at sætte respondenterne ind i den tankegang, som projektet bygger på. Ligeledes forsøgte vi, indledningsvis, at gøre respondenterne så trygge ved situationen som mulig, blandt andet ved at orientere dem om, at der i fokusgruppeinterviewet ikke findes rigtige eller forkerte svar, blot svar. Herudover, under selve interviewet, benyttede vi os af billedmateriale (se bilag 1), som viste forskellige overordnede aspekter af sundhed, som deltagerne skulle rangere efter deres vigtighed. Mere specifikt skulle respondenterne i fællesskab komme frem til,

hvorvidt popularitet, at være tiltrækkende og intelligens rangerede højere eller lavere end fænomener som venskaber, selvtillid og sund. De skulle således indplacere de enkelte billeder i numerisk rækkefølge, hvor 1 var vigtigst og 7 det mindst vigtige. Sidst men ikke mindst benyttede vi os af nogle udsagn, som respondenterne skulle diskutere i gruppen, og så sortere dem efter, hvad der passede dem bedst. Udsagnene var:

Det er vigtigt for mig at give indtryk over for andre og mig selv, og jeg bruger meget tid på min sundhed.
Det er knap så vigtigt for mig at give indtryk af over for andre og mig selv, og jeg bruger ikke meget tid på min sundhed.
Jeg er ligeglad med at give indtryk af overfor andre og mig selv, og jeg bruger slet ikke tid på min sundhed.

I analysen kommer vi ind på, hvordan disse værktøjer har understøttet afviklingen af interviewene og dermed hjulpet med til at frembringe tematikker til analysen.

Analyse

Tilgangen til selve analysen af de fire fokusgruppe interviews er som følger. For det første puler vi de fire interviews sammen, hvilket er muligt på grund af deres altovervejende ensartethed i besvarelserne. Vi laver med andre ord ikke en analytisk pointe ud af at adskille eksempelvis Hobro fra Hadsund Produktionsskole, da en sådan adskillelse vil være baseret på kunstige præmisser. Efter hvert uddrag markerer vi dog, hvor dette kommer fra. For det andet er analysen tematisk inddelt. På baggrund af udgangspunktet for undersøgelsen udvalgte vi en række tematikker, som vi implementerede i interviewguiden og overfører til analysen. Disse figurerede i spørgsmålsform, og var følgende:

- Overordnet perspektiv på betydningen af sundhed – hvad øver indflydelse herpå?
- Hvad signalerer den (samfundsmæssigt herskende) rigtige form for sundhed?
 - Krop
 - Udseende
 - Velvære
 - Popularitet
 - Intelligens

- Venskaber
 - Osv.
- Føler I et pres på jer for at leve op til og signalere den rigtige sundhed?
- Hvor henter I jeres forestilling om den rigtige sundhed fra?
- Veninder
 - Skolen
 - Familien
 - Medierne
 - Omgangskreds - Byen
 - ”Samfundet”

Udover disse fire tematikker viste gennemlæsningen af materialet, at en femte tematik var helt central, nemlig ”Det gælder om at have det godt med sig selv”. Denne tematik kommer vi ind på sidst i analysen!

Overordnet perspektiv på betydningen af sundhed

Når vi læser de transskriberede interviews igennem, er det gennemgående træk hos pigerene, at de ikke bruger meget energi på at fundere over deres egen sundhed. Sundhed, som sådan, optager dem simpelthen ikke ret meget, hvilket følgende passage vidner om:

Moderator: Pointen er, at I kunne sidde og diskutere dem her lidt, hvis det giver mening for jer selvfølgelig. Det først udsagn er: Det er vigtigt for mig, at jeg giver indtryk over for andre og mig selv, at jeg bruger meget tid på min sundhed. Er det noget I går og tænker over

Alle: Nej.

Maria: Man passer vel bare sig selv, man forventer jo ikke at folk kommer over til en og fortæller, at vedkommende har været ude at løbe i morges, og det var bare så dejligt, og jeg forbrændte 15 kalorier. Det kunne jo være så lige meget i min verden

Moderator: Har I andre det på samme måde?

Alle: Ja

Moderator: Så det vil snarere være det tredje: Jeg er ligeglad med at give indtryk for mig selv og andre, at jeg bruger tid på sundhed. Er det ligegyldigt for jer?

Maria: Det er ikke lige noget jeg går og plapre om. På nær hende jeg bor med, hun kan da godt mærke, når jeg kommer hjem fra en hård træning, at jeg nok bruger noget mere tid på det nu. Men det er ikke sådan noget vi sidder og snakker om (Frederikshavn p. 2).

Det interessante i dette uddrag er den opbakning, som alle har til Marias ytringer. Der er ingen, på trods af at muligheden rent faktisk er til stede, der vil kontrastere hendes udsagn: De vil tværtimod bakke dem op. Nu kan dette gennemgående udsagn fra alle om, at sundhed ikke fylder noget som helst, også nuanceres. Men det er forsigtige og spæde røster, ofte pakket ind i humoristiske ytringer, der titter frem, og ikke enslydende, utvetydige og ensartede fælles udsagn om sundhedens vigtighed. På spørgsmålet om, hvad der optager de unge kvinder vedrørende motion, svarer de:

Nadia: Det er ikke ligefrem fordi motion optager os. Det vil være synd at sige. Men vi ser meget håndbold, og vi mener faktisk, at det er ligeså hårdt at være som at spille det, som at være fan, men ellers så tror jeg, at det sport, som vi dyrker, det er på sofaen. Der er lige nogle trapper her, når vi skal ned og ryge, men ellers så foregår det på sofaen med benene oppe. Det er ingen hemmelighed.

(Der snakkes i munden på hinanden)

Anne Marie: Jeg vil nok sige, at i løbet af de sidste 14 dage, der har jeg nok dyrket en lille smule mere motion end jeg plejer, fordi jeg har arbejdet i butik. Så render man jo frem og tilbage. Jeg var også på vægten i sidste uge, og der sagde den også og to kilo minus, så der var jeg godt nok venner med den. Bare den kunne fortsætte sådan, så er jeg godt tilfreds.

Anette: Hjemme hos mig, der står den bare på plus.

Anne Marie: Jamen du skal jo også passe på, at du ikke bliver det der tyndfed.

(Der snakkes internt)

Moderator: Er der andre, der har noget som de synes er sådan særligt?

Nadia: Altså, jeg går lidt op i min kost. Vi er et par stykker, der godt lige vil smide et par kilo eller ti. Så har vi så en lærer, der selv har smidt et bare kilo eller flere ikke, der har fortalt os lidt om det, så vi kan sætte os lidt ind i mad, fordi vi spiser bare. Det er sådan lige med at finde formen, vil jeg sige med den sunde mad. Så det optager os meget. I hvert fald lige i dag og i går (*Der grines*) (Hobro p. 1).

Entusiasmen vedrørende engagement i egen sundhed kan ligge på et meget lille sted. Eller måske mere korrekt. Sundhed fylder ikke så meget i forhold til andre aspekter i de unge kvinders tilværelse. Ikke på grund af uvidenhed om, hvad der fremmer sundheden, men simpelthen på grund af, at andet fylder mere i deres tilværelse pt. Faktisk kan vi i empirien finde belæg for, at de unge kvinder opretholder dårlige sundhedsvaner via omgangen med deres familier eller venner. I social kapitaltermer kan man sige, at den positive sociale kapital, hvor venner og familier støtter ens bestræbelser på at efterleve en sund livsstil slår om i dens modsætning. For disse unge kvinders vedkommende ”hjælper” venner og familier med at fastholde en usund livsstil. På spørgsmålet om, hvad der øver indflydelse på deres sundhedsvaner svarer de unge kvinder:

Camilla: Det har da også noget at gøre med den omgangskreds, man går i. Der er ikke ret mange af mine veninder eller kammerater, der dyrker sport, så jeg føler da heller ikke, at jeg behøver det. Altså hvis jeg sidder samme med, nu har jeg lige været oppe på en idrætshøjskole for at besøge en, så kunne jeg godt se, at de lever noget sundere end jeg gør, men det er ikke dem, som jeg går med til hverdag. Hvis jeg gik med dem til hverdag, så kunne jeg nok godt finde på at løbe en tur, men det gør jeg ikke. Jeg sidder i sofaen med mine kammerater.

Moderator: Hvad med jer andre?

Mille: Det er rigtigt som Camilla siger, at familien, den tror jeg også spiller den største rolle for hvis du er blevet opdraget med, at du hele dit liv har fået slik i stedet for frugt, så er det jo også det, din krop afspejler. Hjemme hos os har vi jo aldrig gået op i sundhed overhovedet, og det er ikke fordi, at der er nogen i familien, der har været overvægtig nogensinde, men nu hvor jeg er flyttet hjemmefra, så betyder sundhed heller ikke noget. Det er noget jeg er vokset op med og jeg har det fint nok med mig selv, så er det fint for mig.

Moderator: Hvad med din omgangskreds, er det det samme der?

Mille: Der er ikke ret mange af mine veninder, der går op i sundhed og hvad de spiser. Selvfølgelig vil de gerne se godt ud, men det går ikke op i det.

Moderator: Hvad med dig – nu går du jo meget op i det, er det det samme med dine veninder?

Camilla: Jeg tror, at det er mest familien for jeg har også mange venner, der spiser rigtig usundt (Aalborg p. 7)..

Denne negative social kapital spiral er værd at hæfte sig ved. For ét er, at de unge kvinder ikke omtaler sundhed som et presserende og betydningsfuldt emne, et andet er, at de synes at holde fast i dårlige sundhedsvaner medieret af deres familier, venner og omgangskreds. Og dette gælder samtlige KRAM-faktorerne! Dette kunne tyde på, at et fravær af ressourcestærke andre – i sundhedsmæssig forstand – holder de unge kvinder i skak.

Hvad signalerer den (samfundsmæssigt herskende) rigtige form for sundhed?

Som tidligere nævnt var udgangspunktet for denne undersøgelse, at unge kvinder i nutidens samfund forholder sig aktivt til udefrakommende idealer om den rigtige sundhed, hvis efterlevelse de kunne blive presset af. I vores undersøgelse forholder det sig ingenlunde sådan. De unge kvinder i fokusgruppeinterviewene ytrer sig praktisk talt ikke om, at samfundsmæssige normer om sundhed skulle influere på deres psykiske velvære. Dermed ikke være sagt, at velvære ikke er centralt for dem. Snarere tværtimod. I forbindelse med en øvelse, hvor respondenterne skulle sortere billeder i den orden, som de synes er det vigtigste ved sundhed – det være sig i forhold til venskaber, intelligens, popularitet, velvære, udseende, krop – svarer de:

Hanne: Så må det vist være velvære, der kommer først. Man skal jo have det for at overleve. Så jeg burde være død mange gange (der grines) Man behøver nok ikke være så intelligent i hvert fald. Man må gerne være blondinedum. Krop er også vigtigt, sådan med motion.

Rita: Det er man jo nødt til for at overleve. Man kan jo ikke være sådan bombefed.

Hanne: Det har du vel set i fjernsynet, at det kan man jo godt.

Randi: ja ja, jeg overlever jo fint nok, men sådan en 400kg person krop.

Hanne: Ja de har det nok ikke så godt med sig selv. Det har nok undværet velværen. Det har nok også sprunget lidt over den med intelligent. Populær det behøver man heller ikke, men for nogen er det nok højt på deres liste for at have det godt og..

Randi: Jeg synes, at vi skal have venskaber mere frem.

Hanne: Jamen venskaber må jo komme efter kroppen.

Randi: Jeg er sgu ligeglad med udseende.

Hanne: Ja, det er det indre man går efter, så det vil sige at man skal være klog for at se godt ud. (der grines) og så bliver man populær (Hadsund p.1).

Det spændende i denne forbindelse er, at ydre karakteristika såsom udseende og (delvis) kroppen sammen med intelligensen ikke spiller nogen fremtrædende rolle hos de unge kvinders perspektiv på sundhed. Velvære – som vi vender tilbage til - og venskaber derimod synes at være de helt centrale aspekter. Tager vi det sidste først, så er de unge kvinder helt på linje med hinanden i, at venskaber indtager en central plads i deres forståelse af sundhed. I et andet uddrag siger de unge kvinder om, hvad der virkelig betyder noget for dem:

Camilla: Venskaber, det gør nok.

Nadia: Ja venskab. Vi er sådan et flokdyr.

Anne Marie: Venner betyder en del, at de støtter en i de valg, man tager.

Nadia: Det synes jeg, at vi er gode til.

Anne Marie: Ja. Det var også derfor, at jeg kiggede på dig (Hobro p. 4).

Som tidligere beskrevet, så kan støtte fra venner (i de valg man træffer) også have nogen negative konsekvenser, når det drejer sig om sundhed. I hvert fald i konventionel forstand. For der hersker ingen tvivl om, at respondenterne i denne undersøgelse så stort på konventionel sundhed sidestillet med behovet for at have venner, der accepterer en som man er. Venskaber betyder i den sammenhæng, at man kan blive bekræftet i ens selvforhold og dermed acceptere sig selv som man er – at få understøttet og afstivet sin selvtillid. Venner forsøger nemlig ikke at lave om på en, men støtter en i de livsvalg man træffer. I hvert fald når det drejer sig om rigtige venner – således resonerer respondenterne i undersøgelsen. Derfor signalerer venskaber også sundhed, i den forstand at sundhed opfattes som genereret af et ligeværdigt forhold mellem venner og eller i familien. For familien spiller også en væsentlig rolle her, omend familien er vævet ind i en asymmetrisk dragt, som venskabet ikke er. Familien er underlagt en anden struktur end venskabet.

Føler I et pres på jer for at leve op til og signalere den rigtige sundhed?

Når det drejer sig om, hvorvidt de unge kvinder føler sig presset til at leve op til og signalere den rigtige form for sundhed, så ændrer forståelsen af begreberne sig. I forhold til ovenstående kunne man foranlediges til at tro, at signalere den rigtige sundhed ville være ensbetydende med at vise

mange venner frem. Men sådan forholder det sig ikke. Snarere laver nogen af de unge kvinder en skelnen mellem det at vise, at de lever sundt og det at prøve at leve sundt. Som de siger til ovenstående spørgsmål:

Nadia: Ikke til at vise det. Det ville være en direkte løgn, hvis vi gik ud og sagde, at vi var fuldstændig kernesunde, men der bliver da presset fra forskellige til, at man skal leve lidt sundere. De offentlige reklamer og sådan noget de er bedre end gimpen derover.

Moderator: Dem fra skolen også...?

Camilla: Ja, det er der blevet lagt meget vægt på heroppe.

Nadia: Jeg synes det er fint, at Kit hun gør det. Det er et godt initiativ, men at der er ansat en dame til at snakke om sundhed, der ikke snakker om sundhed, men alligevel presser os til at løbe, men nægter at snakke om mad. Det er sådan lidt lange ude. Bare fordi hun ikke kan tage sammen til at komme ud og løbe og så kommer hun herud fordi her er flere, der heller ikke kan tage sig sammen og så vil hun presse os til det for bare selv at komme i gang, og det synes jeg ikke er i orden, for hvis vi havde lyst til at være kernesunde... Jeg har ikke personligt, fordi det er at stile for højt, men havde vi lyst til det, så havde vi nok også levet sådan og så havde vi nok lagt en del om. Om ti år, så kunne det være, at jeg begyndte at nærme mig (Hobro p. 7).

Tager man ovenstående uddrag til indtægt, er det mest nærliggende pres de unge kvinder forholder sig til det, som kommer fra produktionsskolen. Initiativet, der refereres til, er et af skolen initieret motions/sundhedsfremmende tiltag, der skal få eleverne til at motionere mere og leve sundere. Men selvom de unge kvinder udmærket er med på intentionen med initiativet tager de det ikke til sig. Eller mere korrekt. De synes ikke initiativet er designet til dem. Det er skudt over målet – for ambitiøst på deres vegne – ja, ligefrem noget de opfatter som presset ned over dem, hvorfor de reagerer med modstand imod det. En anden produktionsskole har også sundhedstiltag, som de unge kvinder kan benytte sig af. Her opfattes tiltaget som mere frivilligt, og noget ganske hyggeligt, som de kan have en fælles oplevelse omkring. Som de siger:

Maria: Her på skolen, der tilbyder vi jo Loop. Skolen betaler halvdelen og så betaler vi selv 75kr af vores løn. Så er vi medlem indtil vi ikke gider længere.

Moderator: Hvad er loop?

Maria: Det er cirkeltræning. Der er 24 maskiner, og det tager 24 min at tage sådan en runde, og så får du trænet alle dine muskler i kroppen. Der er også sundhedstjek. Du kan få lavet kostvejledning dernede. Og undersøgelser om, hvor gammel du er i din krop. Det er et meget hyggeligt sted. Det er fuldstændig forskellige maskiner end i fitness. I fitness handler det meget om kondition og store muskler. I loop handler det meget om sunde muskler og at musklerne skal trænes stille og roligt op.

Moderator: Er det noget I andre også bruger?

Alle: Både ja og nej

Maria: Det er noget vi bruger meget her på skolen. Hver mandag og onsdag tager vi af sted sammen, fordi vi ikke har rigtige timer der. Så kører vi i loop ved en 14 tiden. Så må vi også bruge den alt det vi vil i vores fritid (Frederikshavn p. 4).

En central forskel på de to tiltag er altså, hvorvidt det opfattes som et tilbud eller som tvang. De unge kvinder reagerer ikke særligt positivt på tvang. En årsag hertil kunne være, at de allerede opfatter sig selv som værende indskrevet i et tvangsforhold – nemlig at være på den givne produktionsskole. Eller måske skal man snarere forstå deres modstand som en reaktion på, at de ikke føler at have voldsom stor indflydelse på deres situation på skolen. Deres mulighed for at øve indflydelse på deres egen situation er i hvert fald yderst begrænset – sådan synes de unge kvinder at resonere. Motionstiltaget kan de gøre modstand over for – det kan de knappest overfor skoleopholdet!

Hvor henter I jeres forestilling om den rigtige sundhed fra?

Der forekommer ganske lidt tvivl om, som tidligere nævnt, at de unge kvinder henholder sig næsten udelukkende til omgangskreds og venner, når taler falder på sundhed og sundhedsadfærd. Dette gælder også det sagsforhold om, hvor forestillingen om den rigtige sundhed kommer fra. Som de siger:

Anette: Det er nok ikke byen.

Nadia: Nej, altså det er nok vennerne og omgangskredsen, fordi nu har mig og Anne Marie for eksempel gået i gang med det rygestop der. Det er konkurrencen i ligesom at sige ”I dag har jeg kun røget fem smøger” ” Ej jeg har røget seks smøger i dag”. Man skal jo helst starte lidt bedre en den anden, men så siger den klaptorske, at hun ikke har røget hele weekenden, og så man altså sur, fordi så har man kommet til at ryge lidt i byen. Men konkurrencen i det der med at komme ned i smøger, komme ned og træne. Også to på et løbebånd, der går når sladder henover.

Anne Marie: Det var også derfor, at jeg meldte mig til det der kost og motion, for hun havde jo lagt helt åbent, at det var sådan, at vi skulle være i gruppe og motivere hinanden og dele både de gode og de dårlige madvaner. Så kunne man sige til hinanden ”Måske kunne du gøre det og det anderledes”.

Nadia: Måske du skulle drikke vand i stedet for sukker med te. Noget med at hjælpe hinanden ind på rette kurs. Det er hun (Vibeke) så heller ikke ret god til.

Anne Marie: Men jeg vil så sige, at hvis man så har nogen venner, der motiverer, og man snakker med dem ikke kun heroppe, men også i fritiden. Det man får heroppe, det er så også de vigtigste måltider. Jeg har også snakket en del med hende Vibeke, som vi har til kost og motion, om at jeg godt kunne tænke mig, at der var frugt ude på linjerne (Hobro p. 10).

Den type ræsonnement går igen i samtlige interviews. Venner og omgangskreds er altdominerende, hvad angår indflydelsen på spørgsmålet om sundhed generelt og den rigtige sundhed specifikt. Det er vennerne man henvender sig direkte til vedrørende individuelle sundhedsaspekter, og det er via vennerne man fører sundhedsspørgsmål videre i ”systemet” – det vil sige til institutionelle instanser såsom produktionsskolen osv.

”Det gælder om at have det godt med sig selv”

Overordnet betragtet er kategorien velvære – eller mere specifikt tanken om at have det godt med sig selv – dominerende for de unge kvinder. Den type af stress, som vi indledte kapitlet med at skitsere, og som viser sig at være såvel et landsdækkende såvel som et specifikt fænomen hos de unge kvinder i de individuelle interviews, indvirker stort set ikke på de unge kvinder i fokusgruppeinterviewsne. I fokusgruppeinterviewsne nævnes kun meget sporadisk den type af præstationer, der efter alt at dømme leder til den førømtalte stress. I stedet for nævnes velvære som en slags overkategori for sundhed, også i forhold til psykisk sundhed. I forbindelse med spørgsmålet om, hvad der signalere den rigtige form for sundhed svares følgende:

Mille: Ja vi har velvære først for man skal jo fungere for at få..

Karen: Hvis man ikke har styr på sig selv, så har man måske ikke så meget energi til at komme i gang med alt muligt andet. For eksempel det man spiser.

Moderator: Når I så mener velvære i den forstand, er det så fordi, at I mener den måde, som man har det med sig selv på?

Alle: Ja.

Mille: Hvis du ikke har det godt med dig selv, så kan du heller ikke have det godt med din krop. Velvære går ind under det hele synes jeg. Venner. Det er jo sundt at have venner i stedet for bare at sidde derhjemme og glo. Det er sundt at komme ud og være social.

Karen: Selvtillid har vi lagt her, fordi jeg synes, at det er vigtigt at have styr på sig selv, for hvis man ikke har det, så fungerer det hele jo ligesom ikke rigtig. Man skal stole på en selv, og sige ”Jeg kan godt” Jeg vil gøre det, hvis man kan sige det på den måde.

At have det godt med sig selv er således bestemmende for, hvorvidt man kan have det godt med andre aspekter af tilværelsen, eksempelvis sin krop, venskaber osv. og derfor også et fundament for at opnå eksempelvis selvtillid. Det siger de unge kvinder i hvert fald. At have det godt med sig selv er fundamentalt understøttende for sundhed, og dermed også for måden hvorpå sundhed præsenteres på overfor andre. For sundhed vises også frem som et parameter, som de unge kvinder udmåler sig efter. Dette kan antage forskellige former, hvoraf nedenstående er ét udtryk:

Nadia: Der vil jeg så gerne komme med en lille detalje. Jeg har altid fået at vide at mental sundhed er vigtigere end den fysiske, fordi hvis man nu har det godt med sig selv, hvis man har venner, og man selv føler, at man ser godt ud, så har man lettere ved at have det godt. Når man har det godt, så har man også lettere ved at blive sund. Motion er også godt. Jeg får det dårligt, hvis jeg spiser efter madpyramiden. Der er jo vitterligt nogen, der ikke kan gå ret mange steder hen uden make-up på. Hvis jeg går ud uden make-up på, så gemmer jeg mig. Jeg laver ”kig-væk finten” til begge sider. Men jeg vil sige, det at have det godt med sig selv... For mig der er det vigtigt at føle, at man har gjort bare et eller andet ud af sig selv (Hobro p. 5).

At have det godt med sig selv har altså en ydre dimension. Man kan vel sige det således, at det indre velvære antager en ydre form – det være sig som make-up, hvor man viser, at man er rustet i tilstrækkelig grad til at gøre noget ud af sig selv. En anden forbindelse, hvor velværet viser sig, er i forhold til at acceptere sig selv. Accepten af sig selv knyttes delvis sammen med samfundsmæssige forestillinger om, hvad den ideelle sundhed er. Men her optræder disse forestillinger mere som skrækeksempler på, hvad man ikke skal gøre end som egentlige rettesnore for, hvordan man burde leve sit liv på en sund måde. Som de siger:

Moderator: Det der omverdenspres, som der bliver talt meget om, at unge piger bliver presset af. Det er ikke noget, der berører jer?

Randi: Jo, på en måde, så berører det én. Man kan godt tænke, at det er helt vildt det pres, der er lige nu. Men så læser man det, og så går man videre. Det kommer selvfølgelig an på, hvilken selvtillid man har. Jeg har også haft en lav selvtillid og var på vej ud i anoreksi, men så fik jeg det bedre og indså, at det var sådan jeg så ud, og det ville jeg altid gøre, så accepterede jeg mig selv.

Hanne: Og når man har accepteret sig selv, så får man en større selvtillid og så kan man nemmere lave om på det, man gerne vil lave om på. Man skal havde det godt for at lave de ændringer man gerne vil, sådan at man ikke kommer ud i anoreksi. Det er jo ikke kønt, men de synes jo stadig de er tykke, fordi de føler et pres fra omverdenen. Et eller andet sted er det synd for dem, og jeg har da også været derude, hvor man tænker, at nu stopper man at spise. Men jeg indså jo, at det var forkert det jeg havde gang i. Det var åndssvagt.

Randi: Man finder fornuften før det går galt. Jeg begyndte også at tabe håret, så blev jeg sgu bange. Jeg skal have noget mad.

Moderator: Nu siger I, at I godt kan abstrahere fra omverden og de billeder I ser, men hvor får I så forestillingen om, hvad den rigtige sundhed er? Er det venner, familie eller?

Randi: Jeg holder på, at der skal nogle flere str. 42 piger ind i bladene, fordi det er normen, men jeg ved også, at det nok ikke sker, men samtidig ser jeg mig også selv i spejlet, og tænker: Okay, det her vil jeg godt acceptere. Det er sådan jeg ser ud.

Hanne: Det at føle sig stolt af sig selv.

Rita: Præcis, og tænke, at du er smuk som du er.

Hanne: Så accepterer man hvad man er, og hvem man er.

Rita: Og så bliver det nemmere at gøre alt andet (Hadsund p. 7).

Accepten af sig selv som elementært velvære er fremherskende. Accept af sig selv, og i den forstand også af sin situation, italesættes som nødvendig præmis for at kunne ændre på nogen af de livsomstændigheder, der påtænkes at skulle ændres. Og accept af sig selv indebærer også accept af den sundhedssituation, som man nu engang befinder sig i. Eller sagt på en anden måde: Sundhed – i gængs forstand – synes at være et sekundært sagsforhold i forhold til det primære forehavende, nemlig at acceptere sig selv. Hvis usunde livsvaner derfor forøger det personlige velvære, hvis det indskrives som en naturlig del af accepten af sig selv, da vil det hos de unge kvinder overtrumfe internaliseringen af sunde livsvaner. Og dette skal ingeni lunde forveksles med uvidenhed om, hvad

den rigtige sundhed er. De unge kvinder er udmærket klar over, hvad der er sundt. I deres optik rangerer det bare ikke så højt.

Afslutning

Som vi har gjort opmærksom på i det ovenstående, så forekommer samfundsmæssige idealer og krav om den rigtige sundhed ikke at være stresserelementer hos de unge kvinder i fokusgruppeinterviewsne. I hvert fald ikke i nævneværdig grad. Sundhed rangerer faktisk ikke synderligt højt hos de unge kvinder. Det de bakser med, er af en noget anden karakter. I deres nuværende livssituation spiller de helt nære sagsforhold i livet en central rolle: Venner og familie er de pejlemærker, som de styrer deres liv efter. Venner og familien er ganske vist de parter, med hvem de unge kvinder taler om sundhed. Det er også dem, de får tips om sundhed fra. Men det er samtidig dem, der tilsyneladende medierer usunde sundhedsvaner til de unge kvinder. I social kapital termer er der tale om en negativ konsekvens af deres sociale omgangskreds, i hvert fald hvis hovedpræmissen er internaliseringen af sunde vaner. For sunde vaner kommer uden tvivl til kort overfor de unge kvinders primære bekymring, nemlig at have det godt med sig selv: at acceptere sig selv. I den sammenhæng betyder den rigtige sundhed ikke noget, for det fremstår ikke som vejen mod målet: at acceptere sig selv. Helt konkret synes det (måske med rette) vanskeligt at forstå, hvordan eksempelvis rygestop skulle kunne gavne dem med at acceptere sig selv. I mængden af forhindringer imod målet, står rygning med andre ord ikke øverst på listen. I den forbindelse er det nok så vigtigt at huske på, at de unge kvinder er i proces med at få det godt med sig selv. De arbejder på at opbygge det nødvendige fundament, der skal hjælpe dem med at få det godt med sig selv. I deres nuværende livssituation, når vi taler om dem som elever på en produktionsskole, er de således i en opbygningsfase.¹² I det perspektiv spiller relationen til sundhed også andenviolin. Det afspejler sig tydeligt i forhold til opholdet på produktionsskolen. Opholdet er, af naturlige årsager (et ophold har kun en vis varighed), en mellemstation, som de unge kvinder (potentielt) bruger som en trædesten til at komme videre med, eksempelvis til et nyt uddannelsesforløb. I det perspektiv forekommer det vigtigere får de unge kvinder at ruste sig mentalt – hvilket sker med venner og familie - til de kommende udfordringer, end at bruge tid og kræfter på at internalisere den rigtige sundhed.

I den sammenhæng kunne det være forskningsmæssigt interessant at grave et spadestik dybere i, hvad de unge kvinder mener et produktionsskoleophold kunne gøre for at kombinere opgaven med at give dem de nødvendige færdigheder og kompetencer for at komme

¹² I vores materiale har vi ikke belæg for at kunne sige noget uddybende om de unge kvinders almene livssituation.

videre og samtidig give dem redskaberne til at indtænke sundhed i det forløb. Det er uden tvivl relevant at tage de unge kvinder i ed, hvad dette sagsforhold angår. For de synes at reagere meget dårligt på sundhedstiltag, som de mener, bliver dem påtvunget.

Kapitel 6 Sammenfatning og konklusion

I dette sidste kapitel vil vi forsøge at opsummere og trække de implikationer, der kan drages på baggrund af de analyser, som er gennemført i forbindelse med HEPRO-projektet. Vi har valgt at inddele disse implikationer under tre hovedoverskrifter, hvoraf de to første er begrundet i de kvantitative analyser. Implikationerne har forskellig karakter: nogle af dem kan tænkes som forslag eller bud på, hvor de involverede kommuner i HEPRO-projektet kan sætte ind, såfremt de ønsker at forfølge praktiske foranstaltninger som reaktion på projektet. Andre implikationer har mere karakter af forslag, som kan være med til at generere yderligere viden om betydningen af social kapital for helbredet hos borgerne i Region Nordjylland. Af praktiske hensyn er implikationerne nummererede, men det er vigtigt at understrege, at nummereringen ikke indebærer en rangering af disse, hverken ud fra vigtighed eller for hvor stærke beviser, der er fundet for dem i det materiale, som ligger til grund for rapporten.

Implikationer, der kan anvendes i kommunernes og regionens praktiske arbejde med sundhedsfremme

1. Der er grund til at lave tiltag, som fokuserer på lokalområdeniveau.

Der er signifikante forskelle mellem lokalområder i Region Nordjylland og det giver grund til at lave indsatser, der retter sig mod disse områder. Analyserne viser dog klart og tydeligt, at de nye kommuner er for store enheder at fokusere på eftersom der næsten ingen variation i hverken social kapital eller helbredsudfald er mellem disse. Det samme gør sig delvist gældende mellem sognene. Men hvis man derimod anvender mindre lokalområder viser der sig en vis variation mellem disse, der understreger at borgere, som bor i nærheden af hinanden på en lang række parametre minder mere om hinanden end dem, der bor i andre lokalområder. På baggrund af den viden kan man argumentere for, at kommunerne med fordel kan iværksætte forebyggelsestiltag, som er målrettet forskellige lokalområder indenfor kommunegrænserne. Det er i hvert fald sandsynligt, at sådanne ville have en større effekt end tiltag, der retter sig mod hele kommunen på én gang.

2. Social kapital har betydning for fysisk aktivitet og svær overvægt.

Analyserne i denne rapport viser at social kapital – forstået som graden af tillid og deltagelse i lokalområderne – er associeret med hhv. fysisk aktivitet og svær overvægt (BMI>30). At bo i et lokalområde hvor indbyggerne har stor tillid til hinanden og deltager meget i forskellige

frivillige aktiviteter øger sandsynligheden for at være fysisk aktiv og det reducerer sandsynligheden for at være svært overvægtig. Disse sammenhænge er justeret både for individuelle karakteristika samt konkurrerende faktorer der kunne operere på lokalområdeniveau som f.eks. uddannelsesniveau og gennemsnitlig indkomst.

Såfremt kommunerne har et ønske om at igangsætte projekter, der skal højne folkesundheden blandt deres borgere, kan de med fordel tage udgangspunkt i dette resultat og forsøge at designe en intervention, der vil øge den sociale kapital i udvalgte lokalområder med henblik på at skabe bedre muligheder for fysisk aktivitet og forebygge overvægt. Man kunne f.eks. iværksætte tiltag, der ansporede indbyggerne i et bestemt område til at gå ture eller løbe sammen eller sætte andre lignende idrætsaktiviteter i gang. Man kunne også overveje, hvorvidt man skulle eksperimentere med folkekøkkener i områder, hvor man ville forsøge at sætte fokus på overvægt.

Uanset hvad man evt. vælger vil det være en fordel at evaluere interventionen grundigt med henblik på at oparbejde viden om hvorvidt sådanne tiltag virker og om de kan være med til at skabe social kapital i et lokalområde og om den sociale kapital kan være med til at forebygge problematisk helbredsrelateret livsstil.

3. Men social kapital har ikke betydning for alle helbredsudfald, hvor der er en geografisk komponent.

For en lang række udfald ikke mindst alkoholforbrug forholder det sig sådan, at individer, der bor i nærheden af hinanden ligner hinanden mere end vi ville forvente og mere end de ligner individer i andre lokalområder. Men selvom det er tilfældet kan denne lighed ikke forklares ved hjælp af indikatorerne for social kapital. Konsekvensen af dette resultat er at man med fordel kunne iværksætte undersøgelser der forsøger at finde alternative forklaringer på forhold i lokalområderne som kan være med til at påvirke indbyggernes helbred og helbredsrelaterede adfærd.

4. Betydningen af social kapital varierer ikke på tværs af forskellige grupper.

Resultaterne fra projektet viser, at der ikke er nogen forskel i den sociale kapitals positive virkninger på tværs af forskellige grupper. Det forholder sig altså ikke sådan, at bestemte aldersgrupper eller at kvinder frem for mænd skulle have mere gavn af at bo i et lokalområde med en stor mængde social kapital. Dette står i delvis kontrast til nogle af de udenlandske

undersøgelser på området. Resultatet har den konsekvens, at kommunerne med fordel kan tilrettelægge indsatser som er så generelle at de retter sig mod alle der bor i et bestemt lokalområde og ikke blot fokusere på bestemte grupper af dem. Kommunerne kan i stedet bruge analyserne af lokalområdernes placering ifht social kapital som udgangspunkt for en evt. udvælgelse af områder kan arbejdes mere konkret med. Som analyserne i kapitel 2 viste klarer visse lokalområder sig signifikant dårligere end gennemsnittet i Region Nordjylland selv når der er taget højde for forskelle i sammensætningen af indbyggere i området.

Implikationer der kan iværksættes med henblik på at skaffe mere og bedre viden om betydningen af social kapital og andre processer på lokalområdeniveau

5. Sundhedsprofilen kan med fordel afrapporteres på lokalområdeniveau fremadrettet.

Regionen kan med fordel arbejde på at afrapportere resultaterne af fremtidige sundhedsprofiler på mindre geografiske enheder end de der er anvendt i dag, dvs. primært på kommuneniveau. Det skyldes, at der stort set ingen variation er mellem kommunerne, og at man af den grund får et fejlagtigt indtryk af en stor homogenitet på tværs af Region Nordjylland. Hvis kommunerne skal kunne anvende profilerne mere målrettet til at iværksætte sundhedsfremmetiltag vil det kræve mere detaljerede opgørelser end dem der stilles til rådighed pt., da de har en tendens til at udviske de forskelle der rent faktisk findes internt i de nordjyske kommuner og endda også internt i sognene i disse kommuner.

6. Der mangler klare definitioner af præcise og relevante lokalområder udarbejdet ved hjælp af GIS.

I denne rapport er der blevet eksperimenteret med at bruge GIS til at generere mindre geografiske enheder til brug for de analyser der er gennemført. På grund af arbejdets karakter af at være et eksperiment har de definitioner af geografiske områder der er brugt visse problemer som kræver et større arbejde. På baggrund af rapportens lovende resultater mht relevansen af at bruge mindre geografiske enheder vil det være oplagt at regionen i samarbejde med samtlige nordjyske kommuner iværksatte et yderligere udviklingsarbejde der havde til hensigt at generere lokalområdedefinitioner for samtlige kommuner som ikke blot var udarbejdet automatisk ved hjælp af en række generelle beslutningsregler, men hvor repræsentanter for kommunerne på baggrund af deres viden om lokalområderne i deres kommuner medvirkede til at få skabt

præcise og relevante lokalområder som kunne danne baggrund for blandt andet afrapporteringen af data fra næste sundhedsprofil.

7. Kun longitudinale undersøgelser kan afgøre betydningen af social kapital mere entydigt.

Hvis Regionen fremadrettet har en interesse i social kapital som et særligt indsatsområde man ønsker viden om og have fokus på, så er det nødvendigt at forsøge at tænke et longitudinalt aspekt ind i sundhedsprofilerne eller alternativt at iværksætte andre undersøgelser der kan belyse betydningen mere præcist. Begrænsningerne i de nuværende data hænger sammen med at det er umuligt at afgøre hvorvidt det er lokalområdet som påvirker f.eks. indbyggernes fysiske aktivitet eller om bestemte borgere drages til lokalområder hvor der er mange som er fysisk aktive måske som følge af at der er gode faciliteter til rådighed her. Et mere entydigt svar på dette spørgsmål forudsætter, at de – i hvert fald en del af de mennesker som deltager i Sundhedsprofilen bliver spurgt igen på et senere tidspunkt med henblik på at afgøre om de ændrer adfærd og om deres helbred ændrer sig som følge af at de flytter fra et lokalområde til et andet som måske har et andet niveau af social kapital eller har andre faciliteter til rådighed.

Implikationer, der kan anvendes i kommunernes og regionens praktiske arbejde med sundhedsfremme: De kvalitative data!

8. Der synes at være god grund til at understøtte lokalniveauets sundhedsinitiativer

Et relativt tydeligt billede, der fremkommer i de kvalitative enkeltinterviews, er den indvirkning gode adgangsmuligheder til idræt og foreningsliv har i forhold til internaliseringen og opretholdelsen af gode sundhedsvaner- og adfærd. I det perspektiv kan man argumentere for, at det forekommer gavnligt at supportere de tiltag, der vil facilitere adgangen til den slags aktiviteter. Et væsentligt element i denne sammenhæng er det sociale aspekt i de sammenhænge, hvor de unge befinder sig med deres venner og veninder. Det kan nemlig betragtes som anerkendelsescirkler de unge færdes i, og dermed også modellerer og konstruerer deres sundhedsidentitet efter: I forhold til denne undersøgelse en positiv sundhedsidentitet.

9. Når det gælder mindre ressourcestærke unge kvinder, kan man ikke presse sundheden ned over dem.

De unge kvinder i fokusgruppeinterviewsne synes ikke at være synderligt interesserede i sundhed per se. De er nok interesserede i nogen få aspekter om deres sundhed, men de tillægger

ikke sundhed som sådan meget stor vægt. Derfor føler de sig heller ikke pressede af samtidens sundhedsbudskaber. De er imidlertid relativt irriterede over at skal forholde sig til sundhedstiltag, som de føler bliver presset ned over dem – i dette tilfælde fra produktionsskolernes side. Såfremt regionen vil have fokus på mindre ressourcestærke unge kvinders sundhed synes det formålstjenstligt:

- Ikke at tvinge de unge ned i en allerede færdiglavet sundhedsskabelon, som de har at modellere sig selv efter. Altså – ingen forceret træning, påbud om livsstilsændringer osv.
- Primært at fokusere på andre sagsforhold, end de rent og skær sundhedsmæssige. Eftersom de unge kvinder fokuserer på at få det godt med sig selv i en livssituation, der knappest facilliterer dette, er rygestop, motionstræning, sund-mad kurser måske ikke det første, der står på deres dagsorden. Ja, faktisk kan det forholde sig stik modsat.
- At aktivt inddrage de unge kvinder i mulige sundhedstiltag, der kan strikkes sammen til dem.

Litteraturliste

- Agar, M., & MacDonald, J. (1995): "Focus groups and ethnography." *Human Organizations*, 54(1), 78-86.
- Almedom, Aister M. (2005): Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence", *Social Science & Medicine*, 61: 943-964.
- Basch, C.E. (1987): "Focus Group interview: An underutilized technique for improving theory and practice in health education", *Health Education Quarterly*, 14: 411-448.
- Bogardus, Emory S. (1926): "Social Distance in the City." *Proceedings and Publications of the American Sociological Society*. Vol. 20, pp. 40-46.
- Bourdieu, P. (1984): *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge
- Bourdieu, P. (1986): "The Forms of Capital" in J. E. Richardson (Ed): *Handbook of theory for the sociology of education*. Greenwood Press, pp. 241-258,
- Bourdieu, P. & Wacquant, Loïc J. D. (1992): *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brewer John D. (1990): "Sensitivity as a problem in field research. A study of routine policing in Northern Ireland", *American Behavioural Scientist*, 33: 578-93.
- Coburn, David (2000): "Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism", *Social Science & Medicine*, Vol. 51 pp. 135-146
- Coleman, James (1988): "Social Capital in the Creation of Human Capital", *The American Journal of Sociology*, Vol. 94, Supplement, pp. S95-S120
- Cook, K.S. (2000): *Trust in Society*. New York: Russel Sage.
- De Clercq, B, Vyncke, V., Hublet, A., Elgar, F.J., Ravens-Sieberer, U., Currie, C., Hooghe, M., Ieven, A & Maes, L. (2012): "Social capital and social inequality in adolescents' health in 601 Flemish communities: A multilevel analysis", *Social Science & Medicine*, Vol. 74, pp. 202-210
- Dhariwal M, et al. (2010): "Body mass index and smoking: cross-sectional study of a representative sample of adolescents in Denmark", *International Journal of Public Health*, 55: 307-14.

Durkheim, Emilie (1951): *Suicide*. New York: The Free Press.

Ejersbo, Jacob (2009): *Liberty*. København: Gyldendal

Elstad, Jon Ivar (2000): *Social inequalities in health and their explanations*. Nova rapport 9/00. Oslo: NOva

Farberow Norman L. (1963): *Taboo Topics*. New York: Atherton Press

Felson, Richard B. (1991): "Blame Analysis: Accounting for the behavior of Protected Groups", *American Sociologists*, 22: 5-23.

Ferlander, S (2007): "The importance of different forms of social capital for health", *Acta Sociologica*, Vol. 50(2): pp. 115–128

Granovetter, Mark S. (1973): "*The strength of weak ties*", *American Journal of Sociology*, Vol. 78, No. 6: 1360-1380.

Greenbaum, T.L. (1990): "Focus groups spurt predicted for the 90s", *Marketing News*, 24(1): 21-22.

Halpern, David (2005): *Social Capital*. Cambridge: Polity Press

Jylhä, Marja (2009): "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model", *Social Science & Medicine*, Vol. 69(3), pp. 307-316

Hawe, Penelope & Alan Shiell (2000): "*Social capital and health promotion: a review*", *Social Science and Medicine*, 51: 871-885.

Henderson, Scott & Harvey Whiteford (2003): "Social capital and mental health", *The Lancet*, Vol. 362:

Hochschild, Arlie (1983): *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press

Horwitz, Allan V. (1984): "The economy and social pathology", *Annual Review of Sociology*, Vol. 10, Issue 1: 95-115.

Kavanagh, Anne M, Turrell, Gavin & Subramanian, S V (2006): "Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 35(3), pp. 607-613

Kawachi, I., Kennedy, B P , Lochner, K & Prothrow-Stith, D. (1997): "Social capital, social inequality and mortality", *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.

Kim, Daniel & Kawachi, Ichiro (2006): "A Multilevel Analysis of Key Forms of Community- and Individual-Level Social Capital as Predictors of Self-Rated Health in the United States", *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 83, No.5, 813-826

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, 116-122.

Kim, Daniel & Kawachi, Ichiro (2007): "U.S. State-Level Social Capital and Health-Related Quality of Life: Multilevel Evidence of Main, Mediating, and Modifying Effects", *Annals of Epidemiology*, Vol. 17, pp. 258-269

Kitzinger, Jenny (1995) "Introducing Focus Groups", *British Medical Journal*, Vol. 311: 299-302.

Kvale, Steiner (1997) "Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview" Hans Reitzels Forlag. København.

Kunitz, Stephen J. (2004): "Social capital and health", *British Medical Bulletin*, 69: 61-73.

Lee, Raymond M. (1993): *Doing research on sensitive topics*. London: Sage Publications.

Lee, Raymond M. & Claire M. Renzetti (1990): "The Problems of Researching Sensitive Topics. An overview and Introduction", *American Behavioral Scientist*, 33 (5): 510-528.

Lindström, Martin, Moghadassi, Mahnaz, Bolin, Kristian, Lindgren, Björn & Merlo, Juan (2003): "Social participation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based multilevel analysis in Malmö, Sweden", *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 31, pp. 444-450

Lindström M, Moghaddassi M, Merlo J (2004): "Individual self-reported health, social participation and neighborhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden", *Preventive Medicine*, Vol. 39, pp.135-141.

- Maas, C. & Hox, J. (2005): "Sufficient sample sizes for multilevel modelling", *Methodology*, Vol. 1, pp. 86-92
- Manderbacka, Kristiina (1998): "How do respondents understand survey questions on ill-health?", *European Journal of Public Health*, Vol. 8(4), pp. 319-324
- Mariampolski, Hy (1989): "Focus groups on sensitive topics: How to get subjects to open up and feel good about telling the truth" *Applied Marketing Research*, 29(1): 6-11.
- Merton, Robert K.(1959/1990). *The Focused Interview. A manual of problems and procedures*, New York: The Free Press.
- Morgan, David L. (1996): "Focus Groups", *Annual Review of Sociology*, 22: 129-152.
- Morgan, David L. (1997): *Focus Groups as Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Murayama, Hiroshi, Fujiwara, Yoshinori & Kawachi, Ichiro (2012): "Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies", *Journal of Epidemiology*, Vol. 22(3), pp.179-187
- Netterstrøm, Bo (2012): Interview i MetroXpress, side 4, 10. maj 2012.
- Pearce, Neil (2003): "Is social capital the key to inequalities in health?", *American Journal of Public Health*, Vol. 93: 122-129.
- Pizzorno, Alessandro (1999): "Why pay for petrol? Notes for a theory of social capital" Paper available at <http://www.exeter.ac.uk/shipss/politics/research/socialcapital/papers/pizzorno.pdf> (hentet 05.05.2010), originally published as "Perché si paga il benzinaio. Nota per una teoria del capitale sociale", *Stato e Mercato* 57.
- Portes, Alejandro (1998): "Social Capital: Its origins and applications in modern sociology", *Annual Review of Sociology*, 24: 1-24.
- Portes, Alejandro (2000): "The two meanings of social capital", *Sociological Forum*, Vol. 15, No. 1: 1-12.
- Poutinga, Wouter (2006): "Social capital: An individual or collective resource for health?", *Social Science & Medicine*, 62: 292-302.

Putnam, Robert (1993): *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press

Putnam, Robert (1995): "Bowling alone: America's declining social capital", *Journal of Democracy*, Vo. 6(1), pp. 65-78.

Putnam, Robert (2000): *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster

Rostocki, Andrzej (1986): "Sensitive questions in sociological survey". *Polish Sociological Bulletin*, 75: 27-32.

Seligman, Martin E.P. (1990): *Learned Optimism*. New York: Knopf.

Sieber, Joan E. & Barbara Stanley (1988): "Ethical and Professional Dimensions of Socially Sensitive Research", *American Psychologist*, 43: 49-55.

Smith, Mickey W. (1995): "Ethics in Focus Groups: A Few Concerns". *Qualitative Health Research*, 5: 478-486.

Svendsen, Gunnar Lind Haase (2004): "Vi hilser da på hinanden...social kapital i en dansk udkantkommune", *Dansk Sociologi*, 3: 29-47.

Sørensen, Torben Berg (1988) *Fænomenologisk mikrosociologi*. Aarhus: Forlaget Gestus.

Tampubolon, Gindo, Subramania, S.V. & Kawachi, Ichiro: "Neighbourhood Social Capital and Individual Self-rated Health in Wales", *Health Economics*, doi: 10.1002/hec.1808. [Epub ahead of print]

Verhaeghe, Pieter-Paul & Tampubolon, Gindo (2012): "Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England", *Social Science & Medicine*, Vol 75, pp. 349-357

Watts, M. et al. (1987): "More than the sum of the parts: research methods in group interviewing", *British Educational Research Journal*, 13: 25-34.

Wellings, Kaye, Patrick Branigan & Kirsti Mitchell (2000): "Discomfort, discord and discontinuity as data: using focus groups to research sensitive topics.", *Culture, Health & Sexuality*, 2 (3): 255-267.