



Postboks 7004, St. Olavs plass
0130 Oslo

HELSE RÅDET

R A P P O R T

NYTT FRA EMNEBIBLIOTEK FOR SAMFUNNSMEDISIN OG FOLKEHELSEARBEID –
HELSEBIBLIOTEKET – NASJONALT KUNNSKAPSSENTER FOR HELSESTJENESTEN

9/10

25. juni 2010
18. årgang

ISSN 0806 - 7457

LOKALMEDISINSKE SENTRE – HVA ER DET EGENTLIG?

Red. innledning:

Ikke minst i forbindelse med Samhandlingsreformen har begrepet Lokalmedisinsk senter blitt hyppig brukt. Er dette fysisk et hus, et nytt sted med nye eller gamle funksjoner samlet eller er det et virtuelt hus som samler de samme funksjonene? Og i fall det er en samling av gamle, velkjente ting: hvorfor er det nødvendig å gi dette et nytt navn?

Sett at man kommer frem til hva som bør være en organisatorisk del av et lokalmedisinsk senter, dukker også spørsmålet opp om det bør være andre ting som eventuelt bør søkes samlokalisert med et slikt senter.

Nedenfor gjengis noen av de refleksjonene som Helsedirektoratet har gjort i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Lokalmedisinske sentre – funksjoner som bør og kan være del av disse

Helsedirektoratet legger til grunn følgende kriterier for å vurdere om det er hensiktsmessig å legge en funksjon som del av eller samlokalisert med et lokalmedisinsk senter:

- Det sikres tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av geografi og den enkelte kommunes størrelse og robusthet til oppgaveløsning.
- Det etableres tverrfaglige miljøer som bedre sikrer gode pasientforløp.
- Det etableres robuste fagmiljøer som kan tiltrekke seg kompetent personell, utgjøre en kompetansebase som kan gi veiledning til det øvrige tjenesteapparatet.
- Funksjoner som samlokaliseres, vil kunne gi synergieffekter.
- Det sikres en tjenesteproduksjon og utnyttelse av helsesektorens ressurser basert på beste effektive omsorgsnivå.

Funksjoner som **bør** være del av lokalmedisinske sentre:

Etter Helsedirektoratets vurdering bør deler av tilbud *før, istedenfor* og *etter* sykehusopphold utgjøre kjernen i et lokalmedisinsk senter. Dette omfatter døgnet og dagtilbud for observasjon, behandling, etterbehandling og rehabilitering, samt lindrende behandling. I tillegg kan et lokalmedisinsk senter inneholde tverrfaglige ambulante eller stasjonære team med utgangspunkt i det kompetansemiljøet som finnes i senteret. I tillegg kan senteret også inneholde trygghetsplasser.

Ut fra lokale forhold bør det vurderes om legevakt utenom fastlegenes ordinære kontortid bør sees i sammenheng med lokalmedisinske sentre. Videre vil det være naturlig å vurdere plassering i lokalmedisinske sentre enkelte oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten, herunder poliklinisk behandling.

Funksjoner som **kan** være del av eller samlokalisert med lokalmedisinske sentre:

Lokale forhold må avgjøre hvilke andre funksjoner det er hensiktsmessig å knytte opp mot lokalmedisinske sentre enten som del av organisasjonen eller samlokalisert. Helsedirektoratet mener følgende tilbud bør vurderes: Lavterskeltilbud, lærings- og mestringstilbud og tannhelsetjeneste. Samlokalisering med private tilbud som for eksempel fastlegekontor og fysioterapeuter kan også gi positive effekter. Det kan også vurderes om kommunale funksjoner bør sees i samme geografiske område som nedslagsfel-

tet til lokalmedisinske sentre.

Framtidig oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Helsedirektoratet foreslår at man tar konsekvensen av den utviklingen man har sett over tid mht. måten de regionale helseforetakene har valgt å organisere arbeidet i spesialisthelsetjenesten på, og foreslår derfor å omstille enkelte av lokalsykehusene til en kombinasjon av lokalmedisinsk senter og desentraliserte spesialisthelsetjenester. (Red. anmerking: enkelte steder har dette vært omtalt som *forsterket sykehjem*. Selv har jeg tidligere omtalt dette flere ganger som *kommunehospital*.)

I økende grad har de kompliserte, ressurskrevende utredningene og behandlingene blitt sentralisert. Den medisinske utviklingen har gått i retning av at den utstyrs-krevende og derved investeringstunge behandlingen bør sentraliseres slik at utstyret og personellet kan bli utnyttet på en mest mulig hensiktsmessig måte, samtidig som volumet og derved treningen til det enkelte helsepersonellet blir best mulig. På denne måten blir også behandlingen av den enkelte pasient best mulig. Dette er i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen: rett behandling på rett sted til rett tid.

Samtidig har behovet økt for behandling nærmere pasientenes hjem, ikke minst av lidelser som egner seg for lokal behandling og som ikke krever den samme spisskompetansen som på områdesykehusene. Utviklingen av moderne teknologi (IKT, utstyr med mer.) har brakt behandlingen helt ut til pasientens hjem, en trend som bare vil øke i årene som kommer.

Det ovennevnte har medført at lokalsykehusenes situasjon har endret seg vesentlig de siste årene. Enkelte sykdomsgrupper har endret seg fra å ha blitt nokså konservativt behandlet til å bli "blålys-medisin" som f. eks. behandling av hjerneslag. En tilsvarende utvikling ser man mht. behandling av hjerteinfarkt. Behandlingen er ofte ikke tilstrekkelig på et lokalsykehus fordi det kanskje skal gjøres PCI, noe som kun utføres på enkelte av de største helseforetakene.

Helsedirektoratet har også nylig lagt fram rapporten "Et trygt fødetilbud – Forslag til krav for fødeinstitusjoner". I denne rapporten stilles det bl.a. krav til kompetanseprofilen til fødeinstitusjoner. Det vil kunne få konsekvenser for enkelte av landets mindre fødeavdelinger.

Selv om man endrer eierskap til store deler av det som i dag gjøres i lokalsykehusene, vil mye av den aktiviteten som i dag utføres der, fortsatt bli utført på samme sted av de samme aktørene. De lokalmedisinske sentrene vil kunne bli et svært viktig nav i den framtidige strukturen i institusjonshelsetjenesten. Enkelte av dagens rehabiliteringsinstitusjoner kan bli knyttet opp til de lokalmedisinske sentrene som satelitter. De institusjonene som driver den mer spesialiserte rehabiliteringen, bør vurderes knyttet sterkere til områdesykehusene og evt. innlemmes i dem. I tillegg til å drive spesialisert rehabilitering, bør man vurdere om ikke helseforetakene kan ta hånd om oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging. Helsedirektoratet mener at disse problemstillingene bør utredes nærmere i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Det bør legges opp til at de lokale sykehjemmene skal være likeverdige partnere og at det skjer en kvalitets- og kompetanseutvikling slik omsorgsplanen forutsetter.

De lokalmedisinske sentrene kan bli drevet av en vertskommune, evt. i samarbeid med flere kommuner i f. eks. et IKS (= interkommunalt selskap), alternativt bli drevet alene eller sammen med andre kommuner og det loka-

le helseforetaket. Helseforetaket kan drive sentralisert spesialisthelsetjeneste i det lokalmedisinske senteret i form av poliklinikk, dagbehandling, røntgenavdeling, laboratorievirksomhet med mer. Her vil det være mulighet for og behov for betydelige lokale variasjoner.

Enkelte av de lokalmedisinske sentrene vil kunne bli store, mens andre vil være mindre. Dette er bygg og enheter med tilhørende personell som mange steder allerede er der i dag, i og med at det er snakk om å konvertere dagens lokalsykehus. Det er viktig at de lokalmedisinske sentrene får en tilstrekkelig faglig kompetanse også når det gjelder leger slik at de, sammen med fastlegene og legevakten, kan sikre befolkningen det som det måtte være behov for av øyeblikkelig hjelp. Legetjenesten i et lokalmedisinsk senter bør dekkes av allmennt medisinske generalister med kompetanse som kan sikre et faglig nivå på en rekke fagområder. Dette er ikke til hinder for at leger med spesialitet i indremedisin eller annen egnet spesialitet kan ansettes i lokalmedisinsk senter og etter hvert utvikle den nødvendige generalistkompetanse.

Nærheten til legevakten vil være en nøkkelfaktor. På denne måten vil legevakten kunne få tilgang til spesialisthelsetjenestens laboratorium og røntgen-utstyr som er de viktigste støttefunksjonene legevaktlegene trenger for kvalifisert diagnostikk og behandling. I tillegg vil et antall observasjonssenger, eventuelt også i form av mulighet for å kunne legge pasienter inn i lokale sykehjem, kunne gjøre at en del pasienter ikke trenger innleggelse i sykehus (= helseforetak). En studie fra Finnmark midt på 90-tallet viste at 45% av pasientene som ble vurdert innleggelsestrengende, klarte seg med et opphold op de 15 sykestuene som ble drevet av allmennpraktikere.

Økt bevilgning til samhandlingsreformen

I 'Helserådet' nr. 6/10 ble omtalt de 33 millionene som var avsatt til samhandlingspiloter på statsbudsjettet for inneværende år. I følge en pressemelding fra Statsministerens kontor den 10. mai ble det varslet en økning på 40 millioner kroner til stimulering av lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid om helse- og omsorgstjenester.

I pressemeldingen henvises det til at ordningen med å kunne søke om midler til samhandlingspiloter, har skapt mye lokalt engasjement og at søknadsmengden har vært stor. Det henvises også til at man mange steder er kommet godt i gang med planlegging av samhandlingstiltak.

- Det viser med all tydelighet at interessen for denne reformen er stor og at mange ser at den både er nødvendig og riktig. Vi er kjent med at det allerede foreligger et stort antall konkrete planer som vil gi innbyggerne mer tilgjengelige tjenester og bidra til forebygging av sykdom, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

-Vi skal satse mer på forebygging, behandling av sykdom i en tidlig fase og alternativer til sykehusinnleggelse. Regjeringen ser det som viktig at flest mulig av disse prosjektene blir realisert så raskt som mulig. Derfor har vi valgt å prioritere økte bevilgninger til samhandlingsprosjekter, sier Strøm-Erichsen.

Av de som vil få støtte, vil regjeringen nå nevne kommunesamarbeidet i Midt-Telemark og Midtre Namdal, samt Røros kommune.

En styrket bevilgning vil både bidra til å flere prosjekter kan få støtte og at det blir en bedre geografisk fordeling. Samtidig legges det opp til at flere prosjekter kan få en bevilgning som ikke begrenses til prosjektering, men også kan omfatte konkrete pasientrettede aktiviteter.

Samhandlingsreformen er en tillitsærklæring, men også en utfordring til kommunesektoren. Det er gledelig å se at kommunene har tatt imot utfordringen på en positiv måte og vist interesse for å være med på utviklingsarbeidet. Mange kommuner etablerer kommunesamarbeid og styrker samarbeidet med helseforetakene, med høgskole/universiteter og med pasient- og brukerorganisasjoner. Disse samarbeidslinjene vil være sentrale i utviklingen av fremtidens helsetjenester.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2010 - 17

Stikkord: Lokalmedisinsk senter. LMS. Helsedirektoratet. Samhandlingsreformen. Lokalsykehus. Helse- og omsorgsdepartementet.

DUGNAD FOR SJUKESTUGU

Red. innledning:

Dette er overskriften på en artikkel i avisen Hallingdølen den 27. mai i år. Undertittelen er:

Treng 140 hallingar til forskingsprosjekt

Artikkelen gjengis i sin helhet. Den er skrevet av journalist Håvard Folkedal.

Skal me behalde Hallingdal sjukestugu og tilbodet institusjonen gir, må folk i dalen også yta noko tilbake.

For kort tid sidan starta eit forskingsprosjekt som skal dokumentere kvalitane som denne institusjonen står for. Øystein Lappegard sa i vinter opp si halve stilling som kommuneoverlege i Hol og er no i gang som forskar i regi av Hallingforsk. Samtidig held han fram som kommuneoverlege i Ål i 50% stilling.

Mange involverte

Forskningsarbeidet han står i spissen for, inkluderer fleire partar og ei lang rekkje personar. Ikkje berre legar og helsepersonell elles, men også ei stor gruppe pasientar. I løpet av eit år tek Øystein Lappegard sikte på å ha klar ei gruppe på 140 pasientar som skal danne grunnlaget for forskingsoppgåva hans. Dette inneber også at mange pårørende blir involvert.

To grupper

For å få gjennomført det planlagde prosjektet, vil halvdelen av dei pasientane som skal leggjast inn ved Hallingdal sjukestugu, i staden bli lagt inn på Ringerike sjukehus. Dette blir gjort for at ein i neste omgang skal kunne samanlikne tilbodet på dei to stadene.

- Me er berre så vidt komne i gang. Men me opplever at enkelte pasientar og pårørende er noko motstrevande til å delta i prosjektet. Årsaka er reiseavstanden til Ringerike frå Hallingdal. Lappegard har ikkje noko problem med å sjå at folk ynskjer å få behandling lokalt, men samtidig vil han så sterkt som råd oppfordre pasientar og pårørende om å delta i det han kallar ein dugnad for å trygge og sikre framtida for Hallingdal sjukestugu. - For at forskingsprosjektet skal få fram nødvendig dokumentasjon, treng me hjelp av pasientane i prosjektperioden, seier Øystein Lappegard.

Sikrer sjukestugu

- Meiner du at Hallingdal sjukestugu på nokon måte er i fare? - Eg trur iallfall det er viktig å få fram at kvar enkelt pasient kan bidra til at sjukestugu også i framtida vil ha sengeplassar. Me trur ikkje poliklinikktilbodet er truga. Men det er langt større uvisse rundt sengeplassane. Her må me vise at dette tilbodet ved sjukestugu har noko for seg. Difor må me be pasientar og pårørende om å vera positive til å delta i forskingsprosjektet og heller risikere å måtte ta den ekstra turen til Ringerike for ein gongs skuld. Dette er eit bidrag til å sikre at dette tilbodet blir halde oppe også i framtida, understrekar Lappegard.

Mange vil lære av Hallingdal

Tilbodet som Hallingdal sjukestugu gir pasientane, er høgt verdsett. Ikkje berre lokalt. Norske helsetoppar har vore flittige gjester på Ål for å sjå og lære.

Institusjonen som er unik i helse-Norge, har fått mykje ros for gode resultat. Men samtidig er det klart at lite er dokumentert. Det er nettopp dokumentasjonen som den lokale forskingsinstitusjonen Hallingforsk ynskjer å få fram.

Målet er ikkje berre å bidra til å sikre framtida for dette tilbodet. Dersom resultatata blir som forventa, vil modellen frå Ål vera interessant for store deler av helse-Norge. Dette går rett inn i samhandlingsreforma som skal setjast ut i livet dei næraste åra.

Øystein Lappegard er i prosjektperioden tilsett som forskar i halv stilling av Ringerike sjukehus med Ål som arbeidsplass. Prosjektet er finansiert av forskingsmidlar frå Helse Sør-Øst og av bidrag frå Ringerike sykehus og Ål kommune. Professor Per Hjortdahl ved Institutt for allmennt medisin ved Universitetet i Oslo er rettleiar og leiar for prosjektet.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2010 – 18

Stikkord: Sjukestugu. Sykestue. Samhandlingsreformen. Ål kommune. Hallingdal. Lappegard Øystein. Hjortdahl Per.

NOEN TANKER OMKRING MILJØ-RETTET HELSEVERN I FORHOLD TIL BEGREPET HELSETJENESTE

Av Anders Smith

Kommunehelsetjenesteloven omtaler *helsetjeneste* dels i ubestemt form entall (kfr. § 1-1 *Kommunens ansvar for helsetjeneste*) og i bestemt form entall (kfr. § 1-2 *Helsetjenestens formål*)

I § 1-3 (*Oppgaver under helsetjenesten*) listes opp de forskjellige *oppgaverne*. Disse oppgavene kan sees på som deltjenester eller isolerte, veldefinerte helsetjenester. I denne paragrafen er også miljørettet helsevern oppført.

Men hva er *kommunens helsetjeneste*? Kan vi ut fra ovenstående trekke den konklusjon at kommunens helsetjeneste er summen av alt det som listes opp i § 1-3? Hvem er ansvarlig for kommunens helsetjeneste? Er det tilstrekkelig å si at det er rådmannen pluss den som er leder for hver enkelt deltjeneste?

Så vidt vites er det ikke gitt noen nærmere definisjon av uttrykket *helsetjeneste*. Av flere lover, også kommunehelsetjenesteloven, går det imidlertid tydelig frem hva som vanligvis menes med uttrykket, kfr. Lov om spesialisthelsetjenester med mer, Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven og Psykisk helsevernloven. Den gjengse oppfatning synes å være at når autorisert helsepersonell yter helsehjelp som ledd i en organisert virksomhet, så er denne virksomheten en helsetjeneste. Med helsehjelp i denne sammenheng må forstås *all individrettet helsearbeid*, det være seg arbeid av helsefremmende, forebyggende, diagnostisk, behandlende, rehabiliterende eller omsorgsgivende natur.

Helsepersonellets deltagelse i alle slike helsetjenester vil være gjenstand for vurdering etter helsepersonellovens bestemmelser, ikke minst kravet om forsvarlighet. Denne loven har også en lovbestemmelse (§16) som setter krav til organiseringen av helsetjenesten (virksomheten), d.v.s. systemkrav "slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter".

Det kan diskuteres i hvilken grad individrettet helsefremmende og forebyggende arbeid som ikke springer ut av en persons individuelle behov, f. eks. som ledd i en kommunes folkehelseplan, skal kalles en helsetjeneste. I annen sammenheng har det vært diskutert om slikt arbeid bør sortere under den nye folkehelseplanen eller om det bør hjemles i ny lov om helse- og omsorgstjenester. Det henvises til artikkel om dette i 'Helserådet' nr. 6/10. Men uansett hva man kommer frem til her, synes det rimelig å slå fast at *all individrettet helsearbeid* som finner sted som ledd i en organisert virksomhet, er å betrakte som en helsetjeneste.

En del helsepersonell er imidlertid involvert i annen type arbeid som også har god helse som siktemål, men da først og fremst god helse i *befolkningen* eller i en bestemt *befolkningsgruppe*. Her står man ikke overfor enkeltpersoner som melder sine individuelle behov, eller man kan i det minste anse enkeltpersoner som representant for andre i lignende situasjon (*folk flest-prinsippet*). Som typiske eksempler på denne type arbeid kan nevnes arbeidet med helsestatistikk, helsepersonells deltagelse i kommunale planprosesser, annen medisinsk faglig rådgivning, men også miljørettet helsevern. Det kan synes påfallende eller uhensiktsmessig å kalle slikt arbeid for en helsetjeneste. Dertil er det for mange forskjeller i forhold til den gjengse oppfatning av hva en helsetjeneste er. Hvis man skal legge helsepersonellovens forsvarlighetskrav til grunn også for disse typer arbeid, vil det ha en helt annen betydning. Man bør derfor trolig unngå bruken av ordet *forsvarlighet* i forbindelse med de arbeidsoppgaver som her er omtalt, men heller vurdere om arbeidet som utføres, er tilstrekkelig, hensiktsmessig, tilfredsstillende, i overensstemmelse med god forvaltningspraksis eller lignende.

Etter det som her er sagt, bør vi i fremtiden vurdere å ikke omtale kommunenes arbeid med miljørettet helsevern som en helsetjeneste. Man bør også vurdere om arbeidsområdet bør endre betegnelse. En aktuell betegnelse kunne være *miljørettet folkehelsearbeid*.

Miljørettet helsevern (eventuelt *miljørettet folkehelsearbeid*) må anses som en selvstendig kommunal oppgave, et verktøy, som ledd i det lokale

folkehelsearbeidet. Det kan hentes god støtte for et slikt syn i dagens Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunene og kommunene har det samme siktemål når det gjelder folkehelsearbeidet bare med den forskjell at kommunene har noen flere verktøy til disposisjon. Ett slikt verktøy er miljørettet helsevern.

Hvordan skal tilsynet med miljørettet helsevern skje?

Hvis miljørettet helsevern ikke er å oppfatte som en helsetjeneste, er det ikke lenger noen sterk grunn til å la Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylkene føre tilsynet med denne tjenesten. Det vil være mer naturlig at dette inngår i Fylkesmannens tilsynsportefølge. Fylkesmannen kan og bør selv sagt rådføre seg med sin egen helseavdeling i forbindelse med tilsynet med kommunenes miljørettede helsevern.

Statens helsetilsyn i fylket fører i dag tilsyn med kommunenes miljørettede helsevern. Dette innebærer i mange tilfeller at man driver "tilsyn med tilsynet" ettersom en viktig oppgave for kommunenes miljørettede helsevern igjen består i å føre tilsyn med "---- virksomheter og eiendommer hvis forhold direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen". Det gjelder så vel private som offentlige virksomheter.

Her melder det seg et problem: dagens forskrift gjelder, som sagt, for både private og offentlige virksomheter og eiendommer. Hvordan kan man forsvare at kommunenes miljørettede helsevern på en nøytral og objektiv måte kan føre tilsyn med kommunenes egne virksomheter og eiendommer? Det tenkes her på virksomheter som f. eks. skoler og barnehager. Slike situasjoner er gjerne omtalt som "bukken og havresekk"-situasjoner. I forbindelse med arbeidet med ny folkehelseplan har dette problemet vært diskutert. Det henvises til høringsnotat om ny folkehelseplan som ventes å foreligge høsten 2010.

Referanskode i 'Helserådet': MHV 2010 – 4

Stikkord: Helsetjeneste. Folkehelsearbeid. Folkehelseplan. Tilsyn. Statens helsetilsyn. Fylkesmannen.

SOSIAL KAPITAL – TEORIER OG PERSPEKTIVER

Helsedirektoratet har nylig utgitt en publikasjon med denne overskriften, og med undertittelen " – en kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse". Forfatter er Erik R. Sund, Trondheim.

Forord fra Helsedirektoratet

v/ helsedirektør Bjørn-Inge Larsen.

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

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

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

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

Det pågår en livlig debatt mellom forskermiljøer om hvilken betydning ulike former for sosial kapital har for folkehelsen. Helsedirektoratet har med denne rapporten ønsket å fremskaffe en oversikt over sosial kapitalbegrepet og en kunnskapsoversikt over sammenhengen mellom sosial kapital og helse. Forfatteren, Erik R. Sund, viser at det finnes en rekke til dels svært forskjellige varianter av begrepet, med varierende betydning for helse. Mens helseeffekten av enkelte typer sosial kapital – særlig knyttet til såkalt individuell sosial kapital – er hevet over tvil, er studiene av helseeffektene av andre typer sosial kapital – særlig betraktet som en egenkap ved samfunnet, utover summen av dets individer – mer sprikende. I og for seg er dette kanskje ikke så overraskende, gitt mangfoldet av variasjoner over sosial kapitalbegrepet.

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

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

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

Sammendrag

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

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

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

En gjennomgang av tjue nordiske studier som har sett på sammenhengen mellom sosial kapital i lokalsamfunn og ulike helseforhold, er ikke entydig.

Åtte av studiene fant en sammenheng, syv rapporterer om inkonsistente sammenhenger, mens fem av studiene ikke fant noen sammenheng. Det ble identifisert ytterligere fire studier som så på betydningen av sosial kapital på arbeidsstedet og ulike helseforhold. Av disse viste to av studiene en sammenheng mens to gir betinget støtte.

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

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

Heftet kan bestilles

Helsedirektoratet v/ Trykksakssekspedisjonen. E-post: trykksak@helse-dir.no. Faks: 24 16 33 69. Telefon: 24 16 33 68. Ved bestilling oppgi bestillingsnummer IS-1797.

Referansekode: ULI 2010 – 6

Stikkord i 'Helserådet': Sosial kapital. Putnam Robert. Helsedirektoratet.

HELSE RÅDET

Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Redaktør: Anders Smith
Telefon 92 89 56 16
Internett: <http://www.helsebiblioteket.no>
e-post: smi@helsebiblioteket.no