

HÄLSA, SOCIALT KAPITAL OCH BOENDE I VÄST – DÄRFÖR ÄR TILLIT BÄST

BJÖRN RÖNNERSTRAND

Sammanfattning

Socialt kapital är en ovärderlig tillgång i samhällen, eftersom det är kopplat till en fungerande demokrati, ekonomisk utveckling och god folkhälsa. Syftet med detta kapitel är att undersöka sambanden mellan tre aspekter av socialt kapital – mellanmänsklig tillit, samanhållning i bostadsområdet samt förtroende för sjukvårdspersonal – och självskattad hälsa. Vidare undersöks hur dessa samband skiljer sig åt beroende på resurstillgång i respektive bostadsområde. Analysen visar att alla tre aspekter av socialt kapital är signifikant kopplade till hälsa. Men i motsats till samanhållning och förtroende för sjukvårdspersonal är sambandet mellan tillit och hälsa oberoende av resurstillgång. Resultaten indikerar att beslutsfattare som vill främja jämlikhet i hälsa bör fokusera på interventioner som stimulerar mellanmänsklig tillit.

Under 2019 beräknas Västra Götalandsregionen spendera över 42 miljarder kronor på hälso- och sjukvård till regionens invånare. Men trots att politiker i regionen har en klar ambition att motverka ojämlikhet i hälsa föreligger hälsoklyftor på grundval av kön, etnisk bakgrund, socioekonomi och geografi. För att bättre förstå och på längre sikt bryta ojämlikhet i hälsa är det angeläget att studera hälsans sociala och ekonomiska orsaker.

Det är väl känt att socialt kapital – dvs. inslag i samhällsorganisationen så som förtroende, normer och nätverk – är kopplat till hälsa. En omfattande forskningslitteratur visar att bland annat sociala nätverk, medlemskap i föreningar, förtroende och mellanmänsklig tillit är kopplat till hälsobeteenden och hälsa (Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999; Kawachi, Kennedy, & Lochner, 1997; Kawachi, Subramanian, & Kim, 2008). Forskare som studerar relationen mellan socialt kapital och hälsa har också intresserat sig för det sätt på vilket socialt kapital och socioekonomiska faktorer växelverkar när det gäller påverkan på individers hälsa (Ahnquist, Wamala, & Lindstrom, 2012). Genom att studera kopplingen mellan socialt kapital och hälsa i Västra Götaland, och hur detta samband villkoras av resurser i den omgivande boendemiljön, är detta kapitel ett bidrag till denna litteratur.

Kapitlet har två syften. Det första syftet är att undersöka sambandet mellan å ena sidan tre indikatorer på socialt kapital – mellanmänsklig tillit, samanhållning i bostadsområdet och förtroende för sjukvårdspersonal – och å andra sidan individernas självskattade hälsa. Det andra syftet är att undersöka om dessa potentiella

samband varierar beroende på grad av resurser i det område som individen är bosatt i. Med andra ord, är kopplingen mellan socialt kapital och självs kattad hälsa beroende på om individerna bor i resursstarka eller resurssvaga bostadsområden?

Teori om socialt kapital

Forskningen om och intresset för socialt kapital expanderade kraftigt under 1990-talet. Till en del hänger detta samman med publiceringen av en mycket inflytelserik bok av den amerikanske statsvetaren Robert D. Putnam. Boken *Den fungerande demokratin* behandlar en regionaliseringsreform av den italienska förvaltningen som genomfördes i början av 1970-talet (1993). Putnam visar att hur väl regioner i Italien lyckades få den demokratiska processen och ekonomin att fungera hänger samman med socialt kapital.

Teorin om betydelsen av det sociala kapitalet blev bekant utanför den snäva kretsen av statsvetare och sociologer, när Putnam sju år senare publicerade boken *Den ensamme bowlaren* (2000). Där visar han övertygande på en drastisk nedgång av det sociala kapitalet i Amerika.

Begreppet ”socialt kapital” kan definieras som inslag i samhällsorganisationen, till exempel förtroende, normer och nätverk, som kan förbättra samhällseffektiviteten genom att underlätta samordnade operationer (Putnam, 1993). Denna definition har fått utstå mycket (berättigad) kritik. En återkommande invändning är att det i själva definitionen finns inbyggt att socialt kapital underlättar ”samordnade operationer”. Detta är problematiskt eftersom mycket av forskningen går ut på att undersöka just kopplingen mellan socialt kapital och samordnade operationer. Ett sådant samband borde alltså snarare vara en empirisk fråga att undersöka än något som fastslås tvärsäkert i definitionen (Portes, 2000).

Vidare finns det en diskussion om relationen mellan å ena sidan tillit och förtroende och å andra sidan socialt kapital och dess ingående beståndsdelar. I Putnams definition är både förtroende/tillit och nätverk olika delkomponenter av samma begrepp (1993). Likväl förs det inom forskningsfältet en ”hönan och ägget”-liknande diskussion om den empiriska frågan: är det tillit som leder till nätverk mellan människor eller är det i själva verket nätverken människor emellan som skapar tillit? På ett teoretiskt plan kan man argumentera för att tillit borde komma före engagemang i föreningsliv eftersom det torde krävas någon form av tillit för att människor skall starta föreningar eller vilja vara med i dem (Rothstein, 2005).

Trots svårigheten att nå konsensus kring en sammanhållen definition av socialt kapital så har forskningsfältet gjort betydande framsteg. För det första har forskningen delvis kunnat verifiera Putnams fynd: socialt kapital förefaller viktigt för en fungerande demokrati. Forskning av till exempel Pamela Paxton (2002) har dock visat att det snarare är fråga om ett ömsesidigt förhållande, dvs. socialt kapital påverkar demokratin och demokratin påverkar det sociala kapitalet. För det andra ger forskningen stöd för Putnams idé om att socialt kapital hänger samman med

ekonomisk tillväxt. I en inflytelserik artikel visar de amerikanska ekonomerna Stephen Knack och Philip Keefer (1997) att socialt kapital – mätt som förekomst av tillit och medborgaranda – är kopplat till högre och mer jämlikt fördelade löner. Liknande fynd har gjorts av andra forskare (Bjørnskov, 2012). Knack (2002) har också visat att socialt kapital är kopplat till väl fungerande institutioner. Ju högre grad av socialt kapital i de amerikanska delstaterna desto mer välfungerade är institutionerna.

En av de mest intressanta inriktningarna inom forskning om socialt kapital behandlar den roll som socialt kapital spelar för människors hälsa (Kawachi et al., 1999; Kawachi et al., 1997; Kawachi et al., 2008). Under de senaste decennierna har forskare inte bara demonstrerat en tydlig koppling mellan socialt kapital och ett stort antal aspekter av hälsa, man har i senare forskning också kunnat visa på en kausal påverkan av socialt kapital på t.ex. självskattad fysisk hälsa (Giordano & Lindstrom, 2010), mental hälsa och biomarkörer för hjärt- och kärlsjukdomar (Riumallo-Herl, Kawachi, & Avendano, 2014).

Kännetecknande för forskningsfältet om socialt kapital och hälsa är en strävan efter att teoretiskt och empiriskt utforska de kausala vägar som länkar samman socialt kapital och hälsa. När det gäller kopplingen mellan socialt kapital och demokrati/ekonomisk utveckling har forskarna i hög grad kunnat luta sig mot de mekanismer som Putnam argumenterat för i sin forskning. Starka normer av tillit och ömsesidighet driver fram samarbete för det allmänna bästa och sänker transaktionskostnaderna i samhället (Ostrom, 2007).

När det gäller kopplingen socialt kapital och hälsa har flera potentiella kausala mekanismer lyfts fram i forskningen. En uppdelning kan göras mellan å ena sidan politiska och policy-inriktade mekanismer och å andra sidan mekanismer som härrör från olika typer av beteenden (Kawachi & Berkman, 2000). Den förstnämnda länkar samman socialt kapital med hälsa genom medborgerligt engagemang och deltagande i politiska processer som är viktiga för medborgarnas hälsa. Ett exempel skulle kunna vara att socialt kapital i form av engagemang i patientföreningar har potential att påverka hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet. Vidare finns det flera exempel på hur socialt kapital kan tänkas bidra till bättre hälsa genom att det påverkar människors beteende. För det första kan man tänka sig att socialt kapital främjar spridning av hälsorelaterad information i samhället. För det andra kan socialt kapital leda till att hälsosamma normer påverkar människors hälsobeteende, t.ex. genom att avvikande hälsobeteenden i samhället minimeras. För det tredje kan samhällen som kännetecknas av socialt kapital också tänkas vara drabbade av lägre brottslighet, vilket kan ha positiva effekter på folkhälsan. Sist men inte minst, socialt kapital tros skapa en reservoar av emotionellt stöd som är hälsofrämjande (Kawachi & Berkman, 2000; Kawachi et al., 1999; Kim, Subramanian, & Kawachi, 2008; Rönnerstrand, 2016).

I litteraturen finns också studier som söker förklaringsfaktorer för hälsoutfall kopplat till både tillgång och distributionen av ekonomiskt och social kapital.

Dessa studier finner i regel stöd för att både dessa faktorer är viktiga för människors hälsa (Rose, 2000). Forskare har även, så som nämndes inledningsvis, belyst det sätt på vilket variabelerna socialt kapital och ekonomiskt kapital växelverkar när det gäller att förklara hälsoutfall (Islam, Merlo, Kawachi, Lindström, & Gerdtham, 2006). Litteraturen har bland annat kunnat visa att när individer erfar brist på både ekonomiskt och socialt kapital utgör det en extra risk för dålig hälsa, utöver de riskfaktorer som låg grad av socialt och ekonomiskt kapital utgör enskilt (Ahmquist, Wamala & Lindström, 2012).

Hur mäter man socialt kapital?

Den vetenskapliga litteraturen kännetecknas av en stor bredd vad gäller empiriska indikatorer på socialt kapital. Inledningsvis kan man göra en uppdelning mellan studier som fokuserar på kontextuell nivå respektive individnivå. I den förstnämnda kategorin av studier fokuserar forskarna på det sätt på vilket socialt kapital på gruppnivå påverkar samhällsprocesser. Studier på individnivå, som detta kapitel, mäter och testar teorier om hur enskilda människors nivå av socialt kapital inverkar på beteende eller attityder. Detta hindrar inte att socialt kapital i grunden handlar om relationer mellan människor (Rostila, 2010).

En distinktion som görs är mellan kognitiva respektive strukturella dimensioner av begreppet socialt kapital. Till kognitiva mått hör tillit och förtroende. Till den strukturella sidan hör medlemskap i föreningar, socialt deltagande och nätverk (Harpham, Grant, & Thomas, 2002). Vidare kan man separera mellan tre olika sorters indikatorer på socialt kapital som i den engelskspråkiga litteraturen kallas "bonding", "bridging" och "linking". Det förstnämnda, som på svenska kan kallas sammanbindande socialt kapital, handlar om interaktion med personer som är lika en själv med avseende på t.ex. socioekonomi eller demografiska faktorer. Den andra, överbyggande socialt kapital, handlar om relationer till personer som är olik en själv men har en liknande ställning i samhället. För det tredje finns också länkade socialt kapital, som handlar om relationer till personer tvärs över sociala hierarkier i samhället (Ferlander, 2007; Poortinga, 2012).

Mått och skattningar av socialt kapital och hälsa i den västsvenska SOM-undersökningen

I detta kapitel används alltså tre empiriska indikatorer på socialt kapital: 1) mellanmänsklig tillit, 2) uppfattning om sammanhållning i bostadsområdet och 3) förtroende för sjukvårdspersonal. Dessa tre olika sorters indikatorer svarar mot olika sorters socialt kapital.

För det första, mellanmänsklig tillit är en indikator på överbyggande socialt kapital, och mäts genom frågan "Enligt din mening, i vilken utsträckning går det

att lita på människor i allmänhet?”. Frågan besvaras på en elva-gradig skala mellan 0 och 10, där 0 betyder att människor i allmänhet inte går att lita på och 10 att människor går att lita på. När det gäller den elva-gradiga tillitsskalan (0-10) är den genomsnittliga tillitsnivån i Västra Götalands län (6,6) och de fyra delområdena FyrBoDal (6,8), Skaraborg (6,4), Sjuhärad (6,3) och Göteborgsregionen (6,7) i paritet med riksgenomsnittet för 2017 (6,4), eller något över.

För det andra, måttet på sammanhållning i bostadsområdet, som representerar sammanbindande socialt kapital, är baserat på ett additivt index bestående av fem frågor som alla kretsar kring graden av samhörighet i bostadsområdet. Frågorna besvaras på en skala från 1 (helt felaktigt) till 5 (helt riktigt). Det innebär att ju högre värde på indexet, desto starkare uppfattar respondenten att samhörigheten i bostadsområdet är. När det gäller sammanhållning i bostadsområdena saknas en jämförelsepunkt nationellt. Noterbart är dock att de inom-regionala skillnaderna är relativt begränsade på den fem-gradiga skalan (FyrBoDal = 3,1, Skaraborg = 3,2, Sjuhärad = 3,2, Göteborgsregionen = 3,0).

För det tredje, förtroende för hälso- och sjukvårdens personal, som representerar länkade och vertikala former av socialt kapital, mäts med frågan: ”Allmänt sett, hur stort förtroende har du för det sätt på vilket följande grupper sköter sitt arbete?”. Svartalternativen som respondenterna kan välja mellan är ”Mycket stort förtroende”, ”Ganska stort förtroende”, ”Ganska litet förtroende”, ”Mycket litet förtroende” samt ”Ingen uppfattning”. Respondenter som saknar uppfattning (ca 5,5 procent) är utelämnade från analysen. Andelen som hyser mycket stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvårdens personal i Västra Götaland är hela 69 procent, men det finns vissa regionala skillnader i förtroende (FyrBoDal = 68, Skaraborg = 66, Sjuhärad = 63, Göteborgsregionen = 71).

Självskattad hälsa är ett vanligt förekommande mått grundat på människors egna bedömningar av sin fysiska och psykiska hälsa (Idler & Benyamini, 1997). I den västsvenska SOM-undersökningen mäts självskattad hälsa med frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”, med svartalternativ på en elva-gradig skala (0 mycket dålig, 10 mycket bra). Utfallet av denna variabel dikotomiserades till dålig (0-6) och god hälsa (7-10). Forskning visar att det dikotomiserade måttet på självskattad hälsa har hög validitet i det mått att det är tydligt kopplat till dödlighet och sjuklighet i t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006; Mavaddat, Parker, Sanderson, Mant, & Kinmonth, 2014).

Den genomsnittliga nivån på den självskattade hälsan i Västra Götalandsregionen är 7,4. Vissa inomregionala skillnader föreligger. Bosatta i Göteborgsregionen (7,4) skattar sin hälsa något högre än boende i FyrBoDal (7,3), Skaraborg (7,3) och Sjuhärad (7,1). Andelen i det dikotomiserade måttet som har god hälsa följer samma mönster – den är större i Göteborgsregionen (58 %), jämfört med övriga delregioner (FyrBoDal = 55 %, Skaraborg = 56 %, Sjuhärad = 50 %).

Sambandet mellan socialt kapital och hälsa

För att undersöka sambandet mellan socialt kapital och självskattad hälsa används logistisk regression. Denna metod gör det möjligt att genom kontrollvariabler utesluta att sambandet mellan dessa variabler i själva verket beror på en bakomliggande faktor, som påverkar både nivån på individens hälsa och socialt kapital. Oddskvoterna i Tabell 1 visar hur många gånger oddset för god självskattad hälsa förändras av ett skalsteg på de oberoende variablerna i modellerna. Oddskvoter som är högre än 1 innebär att oddset ökar för god självskattad hälsa, medan oddskvoter lägre än 1 innebär att oddset minskar.

Eftersom det finns en omfattande forskningslitteratur om kopplingen mellan socialt kapital och hälsa, finns det också vägledning kring vilka kontrollvariabler som bör inkluderas i regressionsmodellerna. Det är sedan tidigare känt att demografiska faktorer så som kön, ålder, utbildning och civilstånd är exempel på variabler som hänger samman med både socialt kapital och självskattad hälsa (Harpham et al., 2002; Mohseni & Lindström, 2008). Därför inkluderas dessa variabler i den logistiska regressionsmodellen

Modell 1 i Tabell 1 redovisar sambandet mellan de tre indikatorerna på socialt kapital och självskattad hälsa, under kontroll för kön, ålder, utbildning och civilstånd för boende i hela Västra Götaland. Denna modell visar att mellanmänsklig tillit, samhörighet och förtroende för sjukvårdspersonal alla är signifikant kopplade till självskattad hälsa. Som exempel, för varje steg uppåt på den 11-gradiga tillitsskalan ökar sannolikheten för god hälsa med ca 30 procent.

Modell 2, 3, 4 och 5 visar *också de* på sambandet mellan socialt kapital och självskattad hälsa, men uppdelat på boende i resurssvaga, medelresurssvaga, medelresursstarka och resursstarka områden inom Göteborgs kommun. Med beaktande av kontrollvariabler visar sig tillit vara kopplat till självskattad hälsa i alla grupper. Samhörighet i boendemiljön är signifikant kopplat till hälsa endast bland personer bosatta i resursstarka områden. Uppdelat på boendeområdet återfinns inga signifikanta samband mellan förtroende för sjukvårdens personal och självskattad hälsa.

Socialt kapital, hälsa och resurser i boendemiljön

Trots att det svenska sjukvårdssystemet ska ge var och en rätt till skattefinansierad sjukvård och trots politiska ambitioner om jämlik hälsa i Västra Götalandsregionen finns skillnader i hälsotillstånd kopplade till exempelvis kön, utbildning, härkomst och boendeort. Det finns således goda skäl att fundera över hälsans sociala och ekonomiska orsaker.

Utgångspunkten för detta kapitel är den omfattande litteratur som kopplar hälsa till socialt kapital. I linje med tidigare forskning visar detta kapitel att samtliga tre mått på socialt kapital är signifikant kopplade till självskattad hälsa bland befolkningen i Västra Götaland. Med andra ord, personer som hyser tillit till andra människor, som upplever en hög grad av samanhållning i sitt bostadsområde och

Tabell 1 Analys av faktorer kopplade till god självskattad hälsa, 2017 (oddskvoter och 95-procentiga konfidensintervall)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
	Hela VGR				
	Resurssvaga områden	Medelresurs- svaga områden	Medelresurs- starka områden	Resurstarka områden	Resurstarka områden
Mellanmänsklig tillit (0-10)	1,29 (1,23-1,34)	1,20 (1,02-1,42)	1,18 (1,02-1,36)	1,29 (1,11-1,50)	1,36 (1,14-1,62)
Index över sammanhållning i bostadsområdet (1-5)	1,22 (1,11-1,34)	1,28 (0,77-2,15)	1,20 (0,86-1,66)	0,97 (0,70-1,33)	2,18 (1,54-3,09)
Förtroende för hälso- och sjukvårdens personal (1-5)	1,11 (1,02-1,21)	1,40 (0,98-2,01)	1,28 (0,89-1,83)	1,28 (0,93-1,75)	1,02 (0,72-1,45)
Kön (män=0, kvinnor=1)	1,33 (1,12-1,57)	0,94 (0,41-2,16)	1,03 (0,59-1,81)	1,22 (0,67-2,24)	2,10 (1,11-3,96)
Alder	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,97-1,02)	0,99 (0,98-1,01)	1,00 (0,98-1,01)	0,99 (0,97-1,01)
Utbildning					
Låg utbildning	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Medellåg utbildning (ref.kat.)	1,11 (0,89-1,48)	1,62 (0,40-6,59)	1,08 (0,33-3,61)	3,77 (1,00-14,31)	0,71 (0,13-3,73)
Medelhög utbildning	1,14 (0,84-1,54)	2,22 (0,51-9,56)	1,17 (0,35-3,87)	1,36 (0,38-4,89)	0,90 (0,19-4,35)
Hög utbildning	1,18 (0,89-1,58)	2,38 (0,47-11,91)	1,24 (0,39-3,95)	1,73 (0,53-5,62)	0,64 (0,14-2,93)
Civilstånd (ensamstå./änka/änkl.=0, sambo/gift/part.=1)	1,19 (0,98-1,45)	1,22 (0,52-2,86)	1,46 (0,81-2,62)	1,28 (0,71-2,34)	1,20 (0,53-2,70)
Konstant	0,06 (0,03-0,11)	0,04 (0,00-0,90)	0,01 (0,01-0,58)	0,04 (0,00-0,41)	0,01 (0,00-0,26)
Pseudo-R2	0,08	0,10	0,05	0,09	0,16
Antal svar	2 461	107	214	222	245

Kommentar: Mellanmänsklig tillit mäts med frågan: "Enligt din mening, i vilken utsträckning går det att lita på människor i allmänhet?". Frågan besvaras på en eiva-gradig skala mellan 0 och 10, där 0 betyder att människor i allmänhet inte går att lita på och 10 att människor går att lita på. Sammanhållning i bostadsområdet mäts genom ett additivt index bestående av fem frågor som alla kretsar kring graden av samhörighet i bostadsområdet. Frågorna besvaras på en skala från 1 (helt felaktigt) till 5 (helt riktigt). Det innebär att ju högre värde på indexet, desto starkare uppfattar respondenten att samhörigheten i bostadsområdet är. Se not 5 för samtliga frågor som inkluderas i indexet. Förtroende för hälso- och sjukvårdens personal mäts med frågan: "Allmänt sett, hur stort förtroende har du för det sätt på vilket följande grupper sköter sitt arbete?". Svartaltemativen som respondenterna kan välja mellan är "Mycket stort förtroende", "Ganska stort förtroende", "Ganska litet förtroende", "Mycket litet förtroende" samt "Ingen uppfattning". Respondenter som saknar uppfattning (ca 5,5 procent) är utelämnade från analysen. Låg utbildning = grundskola eller motsvarande, medellåg utbildning = max gymnasium, folkhögskola eller liknande, medelhög utbildning = eftergymnasial, ej examen från högskola, hög utbildning = examen från universitet eller högskola. Oddskvoterna i tabellen visar hur många gånger oddset för god självskattad hälsa förändras av ett skalsteg på de oberoende variablerna i modellerna. Oddskvoter som är högre än 1 innebär att oddset ökar för god självskattad hälsa, medan oddskvoter lägre än 1 innebär att oddset minskar. **Källa:** Den västsvenska SOM-undersökningen 2017.

som har förtroende för hälso-och sjukvårdspersonal har högre självskattad hälsa.

När analysen delas upp på grundval av resurser i individernas boendemiljö framträder ett mer komplext mönster. Tillit är kopplat till god självskattad hälsa oberoende av resurstillgång i bostadsområdet. Men så är inte fallet när det gäller sammanhållning i bostadsområdet. Sammanhållning är kopplat till bättre självskattad hälsa endast bland personer som är bosatta i resursstarka områden. Dessa intressanta skillnader väcker frågan om de kausala mekanismer som länkar samman olika former av socialt kapital med hälsoutfall. Så som tidigare nämnts lyfter forskningslitteraturen fram flera olika mekanismer som potentiellt kan länka samman socialt kapital och ohälsa. Även om denna studie inte är utformad för att empiriskt undersöka mekanismerna är det likväl värdefullt att mot bakgrund av skillnaderna som framträder mellan olika indikatorer reflektera över sannolika mekanismer. En tolkning av resultaten kan vara att ohälsan ter sig annorlunda i resursstarka respektive resurssvaga områden. Folkhälsan är generellt sett sämre ju mindre resurser som finns i ett område. Men skillnaderna kan också bestå i att människor har olika sorters hälsoproblem. Det är möjligt att effekten av det stöd som sammanhållning i ett bostadsområde kan ge för individers hälsa är starkare när det gäller hälsobesvär som relativt sett har högre prevalens i resursstarka områden. Frågan är då varför tillit verkar vara kopplat till bättre hälsa, oavsett resurser i den omgivande boendemiljön?

Tillit hör till en kategori av indikatorer på socialt kapital som är överbryggande till sin karaktär. Det möjliggör sociala nätverk bestående också av personer som är olika en själv. Sammanhållning i boendemiljön främjar sociala band mellan likasinnade. Det finns därför teoretiska skäl för en universell hälsoeffekt av tillit. Den hälsofrämjande effekten av tillit är oberoende av den direkta geografiska omgivningen eftersom de band som tillit skapar är överbryggande. Det utökar individens reservoar av stöd och hjälp, både emotionellt och rent praktiskt. Sammanhållning i boendemiljön kan av den anledningen endast fungera stödjande i den mån det inom gruppen finns resurser, men inte annars. Kopplingen blir extra tydlig vid en jämförelse mellan det här kapitlets samhörighetsindex och mer etablerade instrument som mäter social support, se t ex Berlin Social Support Scale (BSSS) eller kanske i synnerhet Oslo Social Support Scale (OSS-3).

Socialt kapital är en resurs för individer och grupper vars utbredning tenderar att vara någorlunda stabil över tid. Det hindrar inte att man från politiskt håll försöker stärka det sociala kapitalet genom sociala interventioner. Det finns visst empiriskt stöd för att den sorters försök kan ha positiva effekter (Villalonga-Olives, Wind, & Kawachi, 2018). Till beslutsfattare som vill stärka det sociala kapitalet i syfte att förbättra folkhälsan lämnar detta kapitel ett viktigt budskap. Jämlik hälsa genom stärkt socialt kapital åstadkommes troligen bäst genom att fokusera på bred mellanmännisklig tillit snarare än att försöka höja sammanhållningen inom bostadsområden eller förtroende för yrkesgrupper så som t ex anställda i vården.

Den empiriska analysen i detta kapitel har dock vissa begränsningar. Antalet respondenter i de fyra resursområdena är ganska lågt, och med det följer statistisk osäkerhet. Strängt taget görs inte heller något formellt statistiskt test av i vilken utsträckning resurstillgång i respondenternas boendekområde villkorar sambandet mellan de tre olika formerna av socialt kapital och självskattad hälsa.

Sammanfattningsvis lämnar kapitalet trots detta ett viktigt bidrag till litteraturen om socialt kapital och hälsa genom att visa på den socioekonomiska kontextens betydelse. Tillit är bäst eftersom denna aspekt av socialt kapital verkar kunna främja hälsa oberoende av de resurser som finns i boendemiljön. Förhoppningsvis kan detta kapitel därför inspirera till fortsatt diskussion om och forskning kring det sätt på vilket sociala och socioekonomiska faktorer samspelar när det gäller folkhälsan.

Noter

- ¹ Budget 2019 för Västra Götalandsregionen antagen av Regionfullmäktige 2018-06-22.
- ² "Vision Västra Götaland – det goda livet" Västra Götalandsregionen, 2005.
- ³ Med reservation för att det finns olika sätt att värdera i vilken grad ett vetenskapligt begrepp är bra eller dåligt, så förefaller flera viktiga aspekter egentligen emot tala emot att inkludera förtroende/tillit som en delkomponent i begreppet socialt kapital (Bjørnskov & Sønderskov, 2013)
- ⁴ Vårt att påpekar är dock att det här nog snarare handlar om att institutionerna påverkar graden av socialt kapital, än tvärt om.
- ⁵ Frågorna i samhörighetsindexet är: 1) "Om jag behöver hjälp med något finns det alltid människor i mitt bostadsområde som är beredda att ställa upp", 2) "Jag känner bara några få människor i mitt bostadsområde", 3) "Jag pratar ofta med mina grannar om sådant som händer i bostadsområdet", 4) "Det finns stor samhörighet mellan oss som bor i vårt bostadsområde" och 5) "I vårt bostadsområde arrangeras det ofta gemensamma aktiviteter". För att passa med övriga frågor har värdena på fråga 2 kodats om så att högre värden innebär högre grad av samhörighet. Analys av frågorna och de konstruerade indexet visar på hög grad av samvariation mellan respondenternas svar (genomsnitt på r 0.71) på de fem frågorna och god skalbarhet (Cronbachs $\alpha = 0,78$). Det ger en indikation på att indexet fungerar väl.
- ⁶ Detta mått är identiskt med det index som Anders Carlander använder i sitt kapitel i denna volym.
- ⁷ För att komma åt detta krävs en relativt avancerad form av flernivåmodellering.

Referenser

- Ahnquist, Johanna, Sara P. Wamala, & Martin Lindstrom (2012). "Social determinants of health – A question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes." *Social Science & Medicine*, 74(6), 930-939. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.026>
- Bjørnskov, Christian (2012). "How does social trust affect economic growth?" *Southern Economic Journal*, 78(4), 1346-1368.
- Bjørnskov, Christian & Kim Mannemar Sønderskov (2013). "Is Social Capital a Good Concept?" *Social indicators research*, 114(3), 1225-1242.
- DeSalvo, Karen B., Nicole Bloser, Krist Reynolds, Jiang He & Paul Muntner (2006). "Mortality prediction with a single general self-rated health question." *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
- Ferlander, Sara (2007). "The Importance of Different Forms of Social Capital for Health." *Acta Sociologica*, 50(2), 115-128. doi:10.1177/0001699307077654
- Giordano, Giuseppe N. & Martin Lindstrom (2010). "The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: A longitudinal cohort study." *Social Science & Medicine*, 70(5), 700-710. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.044>
- Harpham, Trudy, Emma Grant & Elizabeth Thomas (2002). "Measuring social capital within health surveys: key issues." *Health Policy and Planning*, 17(1), 106-111.
- Idler, Ellen L. & Yael Benyamini (1997). "Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies." *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. doi:10.2307/2955359
- Islam, M. Kamrel, Juan Merlo, Ichiro Kawachi, Martin Lindström & Ulf-G Gerdt-ham (2006). "Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review." *International Journal for Equity in Health*, 5(1), 3. doi:10.1186/1475-9276-5-3
- Kawachi, Ichiro & Lisa Berkman (2000). "Social cohesion, social capital, and health." *Social Epidemiology*, 174-190.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy & Roberta Glass (1999). "Social capital and self-rated health: a contextual analysis." *American journal of public health*, 89(8), 1187-1193.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy & Kimberly Lochner (1997). "Long live community: social capital as public health." *American Prospect*, 56-59.
- Kawachi, Ichiro, Sankaran Venkata Subramanian & Daniel Kim (2008). *Social capital and health*: Springer.
- Kim, Daniel, Sankaran Venkata Subramanian & Ichiro Kawachi (2008). "Social capital and physical health." In *Social capital and health* (pp. 139-190): Springer.
- Knack, Stephen (2002). "Social capital and the quality of government: Evidence from the States." *American Journal of Political Science*, 772-785.

- Knack, Stephen & Philip Keefer (1997). "Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation." *The Quarterly journal of economics*, 1251-1288.
- Mavaddat, Nahal, Richard A. Parker, Simon Sanderson, Jonathan Mant & Ann Louise Kinmonth (2014). "Relationship of Self-Rated Health with Fatal and Non-Fatal Outcomes in Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS One*, 9(7), e103509. doi:10.1371/journal.pone.0103509
- Mohseni, Mohabbat & Martin Lindström (2008). "Social capital, political trust and self rated-health: A population-based study in southern Sweden." *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 28-34.
- Ostrom, Ellinor (2007). *The meaning of social capital and its link to collective action*. Available at SSRN 1304823.
- Paxton, Pamela (2002). "Social Capital and Democracy: An Interdependent Relationship." *American Sociological Review*, 67(2), 254-277. doi:10.2307/3088895
- Poortinga, Wouter (2012). "Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital." *Health & place*, 18(2), 286-295. doi:https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.09.017
- Portes, Alejandro (2000). "Social capital: Its origins and applications in modern sociology." *LESSER, Eric L. Knowledge and Social Capital. Boston: Butterworth-Heinemann*, 43-67.
- Putnam, Robert D. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*.
- Putnam, Robert D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*: Simon and Schuster.
- Riumallo-Herl, Carlos Javier, Ichiro Kawachi & Mauricio Avendano (2014). "Social capital, mental health and biomarkers in Chile: Assessing the effects of social capital in a middle-income country." *Social Science & Medicine*, 105, 47-58.
- Rose, Richard (2000). "How much does social capital add to individual health?" *Social Science & Medicine*, 51(9), 1421-1435.
- Rostila, Mikael (2010). "The Facets of Social Capital." *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 41(3), 308-326. doi:10.1111/j.1468-5914.2010.00454.x
- Rothstein, Bo (2005). *Social traps and the problem of trust*: Cambridge University Press.
- Rönnerstrand, Björn (2016). "Contextual generalized trust and immunization against the 2009 A(H1N1) pandemic in the American states: A multilevel approach." *SSM – Population Health*, 2, 632-639. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.08.004
- Villalonga-Olives, E., Wind, T. R., & Kawachi, I. (2018). "Social capital interventions in public health: A systematic review." *Social science & medicine*, 212, 203-218. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.022

