

Suicid och socialt kapital:

exemplet Västerbotten/Jämtland

Lars Jacobsson, Urban Janlert

Lars Jacobsson, professor emeritus, Institution för klinisk vetenskap, Psykiatri,
Umeå universitet, E-post: lars.jacobsson@umu.se

Urban Janlert, professor emeritus, Institutionen för epidemiologi och global hälsa,
Umeå universitet. E-post: urban.janlert@umu.se

I denna artikel vill vi diskutera om socialt kapital, värdet av att ingå i sociala nätverk, kan vara av intresse för vår förståelse av självmordet. Vi har jämfört Västerbottens och Jämtlands län som sedan många år haft mycket olika självmordstal; Västerbotten lägst i landet och Jämtland bland de högsta. Olika aspekter av socialt kapital har hämtats från bland annat den Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2014.

Det allmänna hälsotillståndet liksom den psykiska hälsan är relativt jämförbara medan alla andra variabler som belyser såväl individuellt som kollektivt socialt kapital skiljer sig åt så att befolkningen i Västerbotten har tillgång till ett större socialt kapital.

De positiva konsekvenserna av ett stort socialt kapital bör rimligtvis vara gynnsamt i ett suicidpreventivt sammanhang. Relationen mellan socialt kapital och suicid är definitivt värd att studera närmare. Frågan om hur man främjar det sociala kapitalet i ett samhälle är i hög grad en politisk fråga.

In this paper we want to discuss the relation between social capital and suicide. We have compared the two neighbouring counties of Västerbotten and Jämtland, both scarcely populated. Jämtland has for many years had much higher suicide rates than Västerbotten. Different aspects of social capital have been collected from the National public health study "Health on equal terms" 2014.

General health and mental health are equal in both counties but all variables covering social capital differs consequently. The population in Jämtland has lower social capital than that in Västerbotten and females in both counties have higher social capital than males.

The positive consequences of a high social capital should reasonably be beneficial in a suicide preventive perspective. The relation between suicide and social capital is well worth studying further. The issue of how to promote social capital in a community is very much a political question.

Introduktion

Varje år dör ca 1 400 människor i självmord i Sverige och antalet suicidförsök uppskattas till minst 10 ggr fler. Suicid och suicidalt beteende uppfattas som ett folkhälsoproblem och riksdagen har också antagit en nollvision och en nationell suicidpreventiv plan (2008). Under årens lopp har olika suicidpreventiva projekt genomförts såväl regionalt som nationellt. Under senare delen av 1900-talet sjönk också suicidtalet, men de senaste 20 åren har detta legat relativt stabilt trots alla ambitioner. För att utveckla suicidpreventiva strategier krävs en god kännedom om suicidiets natur och under årens lopp har ett antal teorier och modeller presenterats som förvisso bidragit till vår kunskap, men trots detta har dock inget verkligt genombrott skett vad gäller suicidprevention vare sig nationellt eller globalt.

En tidig förståelsemodell vad gäller suicid utvecklades av den franske sociologen Durkheim, som framför allt uppfattade suicidiet som ett socialt fenomen grundat i olika typer av utanförskap, som han presenterade i sitt banbrytande verk *Le Suicide*, 1897 (Durkheim, 1983). Han identifierade fyra olika typer av suicid: det egoistiska, anomiska, altruistiska och fatalistiska självmordet. Hans idéer hade länge ett starkt inflytande över synen på självmord och forskningen på självmord, men under senare år har alternativa synsätt etablerats framför allt av psykologisk natur. Edwin Schneidman teoretiserade om psykisk smärta som den drivande kraften bakom suicid (Schneidman, 1993). Andra författare har sedan utvecklat de psykologiska förklaringsmodellerna som exempelvis Baumeister (1994), Williams (2001), Rudd (2000). De senaste decennierna har suicidologisk forskning och självmordsprevention fokuserat framför allt på suicid som en konsekvens av psykisk ohälsa. Alla dessa modeller fokuserar på individuella faktorer hos människor som förklaring till deras suicidalitet. Kanske är det dags att återigen se på samhällsfaktorer som möjliga bidrag till vår förståelse.

Socialt kapital är ett brett begrepp som utvecklats under senare delen av 1900-talet av sociologer som Bourdieu (1993) och statsvetare som Robert Putnam (Putnam et al. 2011) och handlar om värdet av att ingå i sociala nätverk. Individen får tillgång till information, kunskap, socialt och materiellt stöd. Sociala nätverk ökar enskilda människors möjligheter att leva tryggt och meningsfullt. Man brukar skilja mellan individuellt socialt kapital och kollektivt socialt kapital. Det individuella sociala kapitalet innebär socialt stöd, inflytande och tillgång till materiella resurser, medan det kollektiva handlar mer om övergripande samhällsfunktioner, som förtroende och tillit till myndigheter och sjukvård.

Under senare år har intresset för betydelsen av det sociala kapitalet för hälsa generellt ökat och det finns nu ett stort antal studier som talar för ett positivt

samband mellan socialt kapital och hälsa generellt. Med tanke på att självmord förekommer i alla kända kulturer, men i mycket varierande omfattning och att mycket talar för att det finns tydliga sociala faktorer som är viktiga, skulle en individs och ett samhälles sociala kapital kunna vara intressant att studera som en del i vår förståelse av suicidiets natur. Det finns nu ett relativt begränsat antal studier som diskuterat denna fråga. Smith och Kawachi har i en stor studie undersökt relationen mellan suicid och socialt kapital i 50 delstater i USA (Smith & Kawachi, 2014). Man har utgått från Putnams förslag till mått på socialt kapital som t.ex. föreställningar om tillit till andra människor och samhälleliga institutioner, deltagande i olika sociala aktiviteter och engagemang i organisationer. Man finner att vita män och kvinnor i stater med höga nivåer på socialt kapital också har signifikant lägre självmordstal även om man kontrollerar för andra möjliga påverkansfaktorer (suiciddata vad gäller afroamerikaner och latinamerikaner är alltför opålitliga att inkludera i analyserna). Kelly et al (2009) fann ett liknande samband i 11 europeiska länder liksom en studie från England (Congdon, 2012). Ytterligare några studier från Japan talade också för ett samband mellan socialt kapital och suicid (t.ex. Noguchi et al, 2017; Yamamura, 2015).

Syftet med detta bidrag till vår förståelse av suicidiets natur är att undersöka samhälleliga förhållanden som kan tänkas bidra till den stabila skillnaden i suicidtalet mellan Jämtlands och Västerbottens län som funnits under många år. Västerbotten har ofta haft det lägsta suicidtalet i landet, medan Jämtland ofta legat bland de högsta (figur 1). Vad kan bidra till att förstå denna skillnad mellan två grannlän som ändå i stort sett delar samma sociokulturella förhållanden? En annan intressant fråga där socialt kapital skulle kunna bidra till vår förståelse är den stabila könsskillnaden i vår kulturkrets där män suiciderat 2-4 ggr så ofta som kvinnor (figur 1).

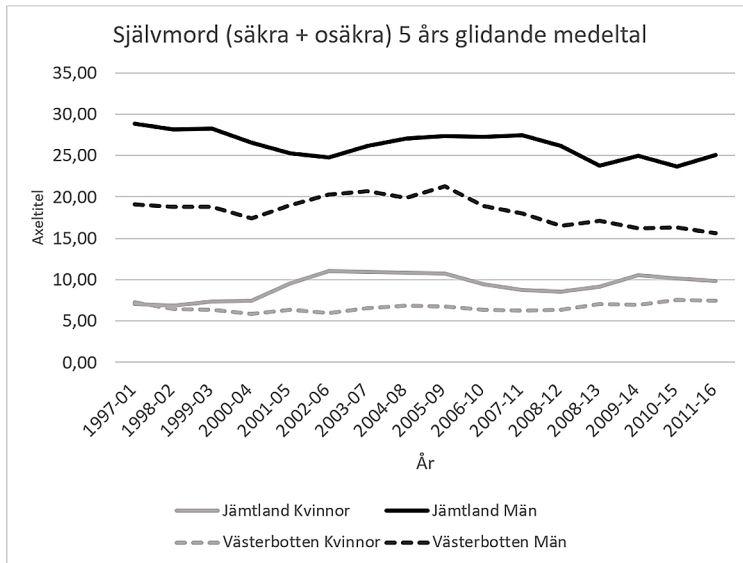
Vi vill försöka besvara följande forskningsfrågor;

- Finns skillnader vad gäller suicidplaner och självmordsförsök mellan länen?
- Finns skillnader vad gäller psykisk hälsa/ohälsa?
- Finns skillnader vad gäller socialt kapital?
- Kan socialt kapital vara intressant i vår förståelse av suicidiets epidemiologi och natur?

Metoder

En tidsserie över suicidtalet i Jämtland och Västerbotten hämtades från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Där finns också uppgifter om kön, ålder och suicidmetoder.

Uppgifter om befolkningens sammansättning och socioekonomiska status

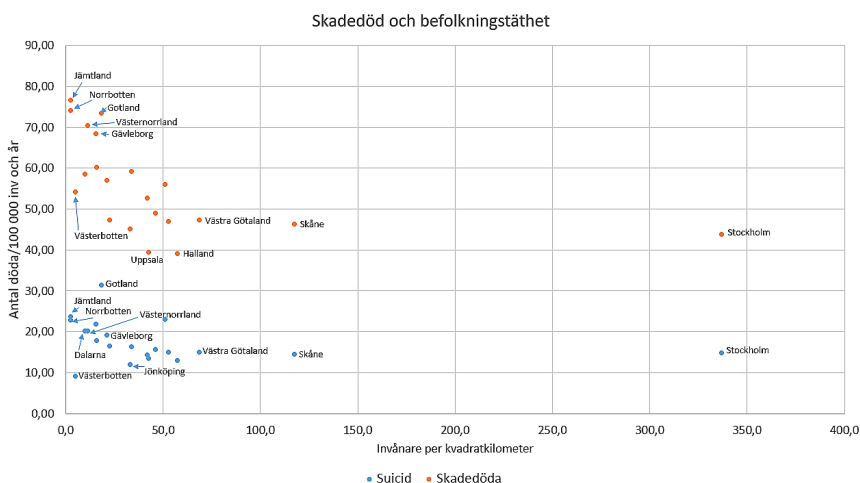


Figur 1.
Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister

hämtades från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik. Möjliga tillgängliga variabler som beskriver olika aspekter av socialt kapital hämtades från ”Hälsa på lika villkor? – En undersökning om hälsa och livsvillkor i Sverige 2014” (Nationella folkhälsoenkäten, 2014). ”Hälsa på lika villkor” är en enkätstudie som omfattar slumpvist utvalda personer från hela landet där vi fokuserat på deltagare från Västerbotten och Jämtland. Frågeformuläret omfattar 89 frågor om hälsa och livsvillkor inklusive frågor om självmordsplaner och självmordsförsök.

Resultat:

Figur 2 visar sambandet mellan befolkningstäthet i Sveriges olika län och förekomsten av skadedöd respektive självmord i motsvarande län. Självmorden utgör totalt sett ungefär hälften av alla skadedöda. Det finns också en viss tendens att såväl antalet skadedöda som suicidfall minskar med ökande befolkningstäthet. Detta är väl känt beträffande den allmänna skadedödligheten, vilket brukar förklaras med hänvisning till färre fordonstransporter och mindre arbete i areella näringar som t.ex. skogsbruk och jordbruk, vilka är kända för hög olycksfallsrisk (Raatinieni et al 2016). Då det gäller samband mellan självmord och befolkningstäthet är den inte alls studera i samma omfattning. Man bör dock komma ihåg att den slumpmässiga variationen i dödligheten blir större ju lägre befolkningstätheten är.



Figur 2. Källa: Bearbetning av Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik och Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik

I tabell 1 redovisas några uppgifter om demografiska och socioekonomiska förhållanden i de två länen. Jämtland är betydligt mera glesbefolkat än Västerbotten. Medelåldern är högre, utbildningsnivån lägre, den disponibla inkomsten per individ är lägre, fler har ekonomiskt bistånd från samhället, flera är arbetslösa. Giftermålstalet i Jämtland är det lägsta i Sverige, medelåldern vid första äktenskapet är högre och äktenskapen varar kortare tid i Jämtland, sannolikt som konsekvens av att äktenskapen ingås vid högre ålder. Antalet boklån per invånare är också lägre i Jämtland jämfört med Västerbotten. Antalet skjutvapen per invånare är högre i Jämtland än i Västerbotten. Skjutning är den vanligaste metoden att begå självmord bland män i Jämtland. I Norrbottens län, som har många gemensamma drag med både Västerbotten och Jämtland, är vapeninnehavet per person något lägre än i Jämtland, 0,15 skjutvapen/invånare jämförts med Jämtlands 0,16 (Junuzovic et al, 2018).

Tabell 2 redovisar frågor hämtade ur enkäten "Hälsa på lika villkor" vad gäller hälsa, alkoholvanor och suicidalitet uppdelat på kvinnor och män. Det allmänna hälsotillståndet är relativt jämförbart, folk är lika trötta i de båda länen och sover väsentligen lika bra/illa. Man rapporterar väsentligen samma nivåer av ångslan, oro och ångest liksom antalet dagar med nedsatt psykisk hälsa per månad. Könsskillnaden är den förväntade, dvs kvinnor rapporterar mera ohälsa än männen. Alkoholvanorna skiljer sig inte heller markant, möjligen att männen i Jämtland har en mera problematisk alkoholkonsumtion än männen i Västerbotten. Vad gäller svaret på frågan om man övervägt självmord är det inte heller några stora skillnader.

Tabell 1. Demografiska och socioekonomiska förhållanden i Jämtlands och Västerbottens län. Data i huvudsak från 2014.

Källor: Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Kungliga biblioteket m.fl.

Mått	Jämtlands län	Västerbottens län
Antal invånare 1 nov. 2014 (antal)	126 580	262 175
Befolkningstäthet (invånare/km ²)	2,6	4,8
Medelålder (år)	43,3	41,6
Åktenskapens varaktighet (år)	26,4	28,4
Ekonomiskt bistånd, andel i befolkningen 0-65 år (procent)	4,0	3,4
Antal boklån/invånare	5,2	7,5
Medelålder vid första giftermålet	37,2	35,2
Giftermålstal (2006-10)	0,72*	0,86
Öppet arbetslösa, 16-64 år (procent)	3,8	3,7
Andel företagsamma i procent av arbetsför befolkning 16-74 år**	14,5	10,5
Andel med enbart förgymnasial utbildning (procent)	12,8	11,3
Disponibel hushållsinkomst i tusentals kronor, för 18 år och äldre	363,3	384,2
Antal skjutvapen/invånare***	0,16	0,12

* Lägst i Sverige

** Individer som har F-skattesedel, är delägare i aktivt handelsbolag eller är ordinarie styrelseledamot i aktivt aktiebolag i procent av den arbetsföra befolkningen 16-74 år

*** Källa: Junuzovic M et al. Firearm deaths in Sweden Eur J Public Health, 2018 doi: 10.1093/eurpub/cky137.

Tabell 2. Data från folkhälsoenkäten 2014 vad gäller hälsa, suicidalitet och alkoholvanor. Alla uppgifter i procent av de svarande, om ej annat anges.

Mått	Kvinnor		Män	
	Jämtlands län	Västerbottens län	Jämtlands län	Västerbottens län
Gott allmänt hälsotillstånd	67,9	66,0	70,9	73,0
Besvär av ångslan, oro, ångest	37,6	37,2	25,4	25,3
Trötthet	52,7	54,2	38,7	38,5
Sömnsvårigheter	40,3	38,5	25,9	26,7
Övervägt självmord	4,6	4,2	4,7	3,6
Självmodersförsök	0,7	0,4	0,6	0,8
EQ5D (index)	6,3	6,4	6,1	6,0
Druckit alkohol mer än 2 ggr/vecka	15,3	15,9	22,7	19,8
Berusad minst 1 gång/vecka	1,0	1,8	4,2	4,0
Antal dagar med nedsatt psykisk hälsa per månad	6,1	6,6	4,2	4,7

I tabell 3 och 4 redovisas svaren på ett antal frågor som belyser det sociala kapitalet. Deltagande i aktiviteter av olika slag och frågor om trygghet och tillit. Vi har valt att presentera frågorna i stället för att göra sammanfattande index då vi tycker att frågorna är informativa. Den överväldigande majoriteten har förvisso någon att dela sina känslor med och få hjälp med praktiska problem och man lutar på andra människor. Förtroendet för sjukvården är också relativt högt, med-

an förtroendet för facket är betydligt lägre. Genomgående rapporterar kvinnor och män i Jämtland lägre nivåer av socialt kapital. Fler bor ensamma i Jämtland. När det gäller deltagande i olika typer av aktiviteter är mönstret detsamma, dvs män och kvinnor i Västerbotten är mera aktiva i sociala sammanhang än i Jämtland och fler jämtar har över huvud taget inte deltagit i någon av de elva aktiviteter som man frågat om.

Skillnaderna mellan män och kvinnor är intressanta på så sätt att män i såväl Jämtland som Västerbotten rapporterar betydligt oftare att man inte har någon att dela känslor med och man är mindre aktiv i olika sociala sammanhang än kvinnorna.

Sammantaget uppfattar vi att mönstret är entydigt så att både det individuella och det kollektiva sociala kapitalet är högre i Västerbotten jämfört med Jämtland och att män har ett lägre socialt kapital än kvinnor såväl i Jämtland som i Västerbotten.

Tabell 3. Data från folkhälsoenkäten 2014 beträffande frågor som belyser olika aspekter av sociala aktiviteter. Alla uppgifter i procent av de svarande.

Mått	Kvinnor		Män	
	Jämtlands län	Västerbottens län	Jämtlands län	Västerbottens län
Deltagit i kurs på fritid	19,1	23,0	11,8	14,5
Deltagit i fackföreningsmöte	8,7	9,8	6,5	9,4
Varit på teater/bio	56,5	62,5	45,3	52,9
Besökt konstutställning	16,8	22,6	10,7	15,3
Besökt religiös sammankomst	14,5	17,3	9,1	13,3
Besökt sportutställning	33,5	38,3	43,5	50,9
Skrivit insändare	2,8	3,7	4,6	4,0
Deltagit i demonstration	2,3	6,0	2,6	4,5
Besökt danstillställning, nattklubb	38,6	40,6	36,2	40,3
Deltagit i större släktsammankomst	34,5	41,2	25,7	30,3
Deltagit i privat fest	66,8	73,1	61,4	68,0
Inget av ovanstående	9,7	8,7	13,1	9,2

Tabell 4. Data från folkhälsoenkäten 2014 beträffande frågor som belyser olika aspekter av socialt kapital. Alla uppgifter i procent av de svarande.

Mått	Kvinnor		Män	
	Jämtlands län	Västerbottens län	Jämtlands län	Västerbottens län
Rädd att gå ut ensam	23,6	23,3	4,8	4,1
Hot om våld	3,6	4,2	2,7	2,4
Någon att dela innersta känslor med	90,7	92,0	84,5	85,5
Hjälp med praktiska problem vid sjukdom	95,7	97,7	94,1	94,2
Litar på andra människor	77,8	79,6	75,9	79,1
Stort förtroende för sjukvården	66,9	71,3	69,3	73,7
Stort förtroende för facket	33,7	38,2	32,4	39,7
Bor ensam	23,5	21,7	23,9	21,4
Bor med maka/make/sambo/partner	62,2	64,6	60,9	62,8

Diskussion

Begränsningar

Vår studie har naturligtvis begränsningar. Vi har inte tagit fram data på det sociala kapitalet över tid – har mönstret varit detsamma för 10-20 år sedan? Det skulle naturligtvis vara intressant att närmare undersöka, men vi tror att förhållandena har varit relativt stabila över tid med tanke på förutsättningarna. I enkäten finns bara självrapporterade svar och det skulle naturligtvis vara intressant att kunna jämföra andra typer av data, t.ex. epidemiologiska studier. Självskattade variabler, som hälsa och suicidalitet, borde dock vara nog så intressanta i detta sammanhang – det säger något om vad som rör sig inom individen och är kanske mer intressanta än ”objektiva” data.

Det skulle ha varit intressant att även inkludera data från Norrbotten och Västernorrland eftersom dessa två län i mycket delar samma geografiska och socioekonomiska förhållanden som Jämtland och Västerbotten och det förhållandet att självmordstalet i Norrbotten och Västernorrland genomgående ligger mellan självmordstalen i Jämtland och Västerbotten.

Skillnaderna i socialt kapital

Även om skillnaderna i alla de variabler vi har använt är relativt små är ju mönstret entydigt. Både individuellt och kollektivt socialt kapital tycks vara lägre i Jämtland än i Västerbotten. Skälen till detta är inte uppenbara, men rimligtvis spelar glesbygdskaraktären i Jämtland en viktig roll. Västerbotten har stora befolkningscentra vid kusten men centralorterna i inlandet är inte större än motsvarande i Jämtland. Andelen egenföretagare är betydligt högre i Jämtland än i Västerbotten. Majoriteten av dessa är småföretagare med osäker ekonomi, vilket bidrar till den lägre genomsnittsinkomsten i Jämtland, men också till en rimligtvis otryggare tillvaro generellt. Glesbygden innebär också betydligt större svårigheter att ta sig till bio, bibliotek och över huvud taget att umgås med andra människor. Rimligtvis skapar det också en annan typ av kultur där man är mera van att vara ensam och att ta vara på sig själv. Sannolikt har det också betydelse för hur man ser på sin framtid och sina möjligheter till personlig utveckling - något som fått ökad betydelse i det offentliga samtalet.

Könsskillnader

Könsskillnaderna i socialt kapital av intresse i detta sammanhang är framför allt frågorna som gäller relationer. Här är det ju genomgående så att män rapporterar ett lägre deltagande i olika typer av aktiviteter förutom att män oftare besöker sporttillställningar. Män rapporterar oftare att man saknar någon att

delar sina innersta känslor med än kvinnor. Däremot rapporterar man en bättre allmän hälsa, mindre oro och sömnproblem och en bättre psykisk hälsa. Män har högre inkomster. Men män rapporterar oftare mera riskabla alkoholvanor än kvinnorna.

Om man beräknar andelen män/kvinnor så är den 1,01 i Jämtland och 1,02 i Västerbotten. Länen är alltså tämligen lika, men en något högre andel män i Västerbotten jämfört med Jämtland.

Socialt kapital och suicid

Frågan om sambandet mellan suicid och socialt kapital är heller inte enkel, men rimligtvis spelar det roll om människor lever i nära relation till andra förutsatt att den relationen är gynnsam och stödjande. En av Durkheim teser var att ett starkt socialt nätverk även kan ha negativa konsekvenser, exempelvis att man inte klarar av de krav och förväntningar som nätverket ställer på en eller att man av lojalitet med sitt sammanhang väljer att avsluta det för att inte bli en börda (de egoistiska och de altruistiska självmorden), eller för att undvika skam och förödmjukelse. Socialt kapital har ju en positiv konnotation men det är uppenbart att det också finns negativa aspekter. Att ha ett stort nätverk kräver egna resurser, engagemang och ökar också risken för konflikter och spänningar som i sin tur kan aktivera den suicidala beredskap som uppenbarligen finns hos många människor.

Implikationer för prevention

De positiva konsekvenserna av ett högt socialt kapital bör rimligtvis vara gynnsamma i ett suicidpreventivt sammanhang. Frågan är då hur man ska kunna främja uppbyggnaden av det sociala kapitalet i ett samhälle. Eftersom skillnaderna mellan länen är små, handlar det troligen om flera samverkande faktorer. Man hittar då knappast lösningen i någon enstaka åtgärd, utan en framgångsrik prevention kräver sannolikt ett samlat grepp beträffande flera förhållanden. I mycket är det naturligtvis en politisk fråga genom att skapa förutsättningar för ett gott liv i glesbygd, goda utbildningsmöjligheter, kommunikationer, arbetsmöjligheter. Ett tryggt och säkert arbete bidrar till det sociala kapitalet. Att vara småföretagare innebär förvisso en frihet, men också ett risktagande och en stress. Att underlätta för småföretagsamhet skulle alltså kunna vara en åtgärd liksom att bidra till minskad arbetslöshet. Möjligheterna att delta i sociala aktiviteter över huvud taget tillhör den politiska agendan för ökad jämlikhet i landet.

Konklusion

Vår studie liksom det relativa fåtalet internationella studier i ämnet talar entydigt för värdet av fortsatta studier av relationen mellan socialt kapital och suicid. Vilka aspekter av socialt kapital är intressanta? Är det individuella sociala kapitalet viktigare än det kollektiva?

Referenser

- Baumeister, R., Heatherton, T., & Tice, D. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. London: Academic Press.
- Bourdieu, P., Broady, D., & Palme, M. (1993). *Kultursociologiska texter* (4. uppl., Moderna franska tänkare, 11). Stockholm ; Stehag: B. Östlings bokförl. Symposion.
- Congdon P. Latent variable model for suicide risk in relation to social capital and socioeconomic status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(8):1205-19.
- Durkheim E. *Själv mordet*. Lund: Argos, 1983.
- Junuzovic M. et al. Firearm deaths in Sweden *Eur J Public Health*, 2018 doi: 10.1093/eurpub/cky137.
- Kelly BD, Davoren M, Mhaoláin AN, Breen EG, Casey P. Social capital and suicide in 11 European countries: an ecological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Nov;44(11):971-7.
- Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (2014): <https://snd.gu.se/sv/catalogue/study/ext0118>
- Noguchi M, Kobayashi T, Iwase T, Suzuki E, Kawachi I, Takao S. Social capital and suicidal ideation in community-dwelling older residents: A multilevel analysis of 10,094 subjects in Japan. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017 Jan;25(1):37-47
- Putnam, R., Leonardi, R., Nanetti, R., Eklöf, M. 2011. *Den fungerande demokratin : Medborgarandans rötter i Italien* (2. uppl., ed.). Stockholm: SNS förlag.
- Raatinieniemi L, Steinvik T, Liisanantti J, Othonen P, Martikainen M, Alahuhta S, Dehli T, Wisborg T, Bakke HK. Fatal injuries in rural and urban areas in northern Finland: A 5-year retrospective study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016, May, 60(5):668-76.
- Rudd, M D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000;30(1):18-33
- Schneidman, E. Some controversies in suicidology: Toward a mentalistic discipline. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1993;23(4):292-98.
- Smith, ND, Kawachi I. State-level social capital and suicide mortality in the 50 U.S. states. *Social Science & Medicine*, 2014;120:269-77.
- Williams, M. *Cry of pain. Understanding suicide and attempted suicide*. London, Penguin, 2001.
- Yamamura E. Comparison of social truth's effect on suicide ideation between urban and non-urban areas: The case of Japanese adults in 2006. *Soc Sci Med*. 2015 Sep;140:118-2