

Socialt kapital och hälsa. Socialt kapital i socialmedicinsk forskning i Sverige

Socialt kapital är ett samhällsvetenskapligt begrepp inom framför allt sociologi och statsvetenskap som i stor omfattning började analyseras inom folkhälsovetenskap och socialmedicin under senare delen av 1990-talet. Forskningen om socialt kapital och hälsa har ökat kraftigt på senare år, och sedan mitten av 1990-talet har långt mer än 1000 internationella artiklar publicerats till exempel på sökdatabasen Pubmed, varav det helt överväldigande flertalet under de senaste tio åren. Den författare som framför alla andra påverkat den socialmedicinska forskningen om socialt kapital och hälsa är den amerikanske statsvetaren Robert D. Putnam (Putnam, 1993; 2000), men även sociologer som Pierre Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 1992) och James S. Coleman (Coleman, 1990) har influerat den folkhälsovetenskapliga och socialmedicinska litteraturen om socialt kapital och hälsa. Putnams stora inflytande torde kunna tillskrivas det faktum att den statsvetenskapliga forskning han representerar i första hand är inriktad på länder, regioner, geografiska administrativa områden och hela befolkningar eller befolkningsgrupper. Den sociologiska ansatsen som tar sin utgångspunkt i individer och deras sociala nätverk samt sociala deltagande på mikronivå har emellertid också haft inflytande inom folkhälsovetenskap och socialmedicin. Redan när det gäller det teoretiska ursprunget kan vi alltså se att olika traditioner och sätt att teoretiskt

betrakta socialt kapital har importerats till forskningen om socialt och hälsa.

I sin översiktsartikel "Från metafor till mätning: en samhällsvetenskaplig översikt om det sociala kapitalets beståndsdelar och effekter" konstaterar Maria Bäck att forskarna inte lyckats uppnå konsensus beträffande definition, operationalisering eller mätning av begreppet socialt kapital. Olika författare betonar olika huvudkomponenter av socialt kapital. De två viktigaste huvudkomponenterna är å ena sidan socialt deltagande i frivilliga och ideella föreningar och å andra sidan socialt förtroende eller tillit. Olika författare har dessutom olika både teoretisk och operationell syn på de båda huvudkomponenternas väsentliga egenskaper samt hur de ska mätas och användas i vetenskapliga analyser. De flesta studier som gjorts om socialt kapital har varit tvärsnittsstudier, vilket också är ett stort problem eftersom det formellt är omöjligt att dra slutsatser om kausalsamband från sådana studier, och eftersom tänkbara kausalsamband mellan socialt kapital och hälsa nästan alltid kan gå i båda orsaksriktningarna. Ett annat problem handlar om att kvantitativa mått på socialt kapital ofta fås genom att respondenter svarar på frågor i enkäter. Problemet blir dels hur frågor bäst ska vara utformade för att kunna mäta olika aspekter av det sociala kapitalet hos individer, dels hur enkäter på ett övergripande sätt

ska vara utformade, till exempel i vilken ordning i enkäten olika frågor ska komma, för att i minsta utsträckning påverka respondentens svar.

I ”Socialt kapital och hälsa- förklaringsmodeller och implikationer för hälsofrämjande interventioner” utgår Malin Eriksson från att sociala nätverk och socialt deltagande är kärnan i socialt kapital, i alla fall den del av socialt kapital som är lättast att påverka genom prevention. Enligt Eriksson bestämmer sociala och politiska faktorer som inkomstförändring, social jämlikhet/ojämlikhet och politisk (in)stabilitet normer, gruppsolidaritet och ömsesidighet hos sociala nätverk, som i sin tur kan påverka individuellt och områdes-specifikt socialt kapital. I artikeln definieras individuellt socialt kapital som socialt stöd, socialt inflytande, socialt deltagande och materiella tillgångar. Områdesspecifikt (kontextuellt) socialt kapital definieras i artikeln som förtroende och tillit, kollektiva aktioner samt social kontroll. Enligt Portes (1998) är människors vilja att ställa resurser till förfogande för andra en källa till socialt kapital, och enligt Wilkinson är hälsan bättre på befolkningsnivå i samhällen med en mera jämn inkomstfördelning (Wilkinson, 1996), vilket ger en tydlig koppling mellan socialt kapital, fördelning av ekonomiska resurser i samhället och hälsa, en koppling som också finns i Malin Erikssons modell. Modellen och diskussionen leder fram till slutsatsen att hälsofrämjande insatser bör främja ”lokalt utvecklingsarbete” (”community development”) och att stärka lokalsamhällets egenmakt (”em-

powerment”). En första kommentar till artikeln är att både användningen av ”socialt stöd” som en delkomponent av socialt kapital och användningen av begrepp som bland annat ”socialt inflytande” och ”sociala aktioner” är typiska för den franske sociologen Pierre Bourdieu inom debatten om socialt kapital. En andra kommentar är att modellen i artikeln bygger på förutsättningen att det är sociala nätverk som skapar tillit och socialt förtroende och inte tvärtom, vilket inte är en självklarhet i litteraturen om socialt kapital. Putnam (1993) anser till exempel att orsakssambandet lika gärna kan gå i den motsatta riktningen, men även Putnams idéer om detta kan ifrågasättas eftersom resultat från empiriska undersökningar på individnivå visar att korrelationen mellan socialt deltagande i nätverk/aktiviteter och tillit är svagt (Lindström, 2004).

I ”Sociala determinanter för hälsa- en fråga om socialt kapital eller ekonomiskt kapital?” analyserar Johanna Ahnquist oberoende samband och interaktioner mellan lågt ekonomiskt kapital (ekonomiska svårigheter) respektive lågt socialt kapital på individnivå (socialt deltagande samt interpersonell och institutionell tillit) i relation till olika hälsoutfall (självskattad hälsa, psykisk och fysisk ohälsa) baserat på data från den nationella folkhälsoenkäten i Sverige 2009 som genomfördes av Statistiska Centralbyrån (SCB). Bakgrunden till studien är att absoluta och relativa inkomst- och förmögenhetsskillnader har diskuterats som alternativ förklaring, istället för socialt kapital, till socioekonomiska skillnader

i hälsa. Debatten har stora praktiska implikationer inom hälsopolitik, health promotion och prevention. Om den viktigaste förklaringen till socioekonomiska skillnader i hälsa är absoluta eller relativa skillnader i materiella omständigheter, kan nämligen slutsatsen vara att en allmän politisk linje, även utanför det specifikt hälsopolitiska området, som gynnar välfärd via höga skatter, bör eftersträvas. Om den viktigaste förklaringen till socioekonomiska skillnader i hälsa däremot är skillnader i socialt kapital i form av skillnader i sociala nätverk och socialt deltagande, kan slutsatsen däremot vara att man bör satsa på till exempel sociala nätverk och empowerment i närsamhällen. En möjlighet finns emellertid också att både socialt och ekonomiskt kapital har betydelse för befolkningens hälsa. Resultaten av analyserna med multipel logistisk regression visar att både lågt socialt kapital och ekonomiska svårigheter i huvudsak är associerade med de tre måtten på ohälsa, med få undantag. Analysen av interaktionseffekter med Synergy Index (SI), där SI 1,0 indikerar frånvaro av statistisk interaktion, visar SI från 1,4 till 2,3 i analyserna. Det finns med andra ord interaktion med en synergieffekt. Lågt socialt kapital och ekonomiska svårigheter i kombination hos samma individ bidrar alltså till ytterligare ökad ohälsa utöver den ohälsa som summan av de två riskfaktorerna orsakar.

Artikeln ”Socialt kapital och självrapporterad hälsa- en undersökning av samband med longitudinella analyser och flernivåanalyser” rapporterar Giuseppe Giordano och Martin Lindström

om resultaten av fyra empiriska studier som ingår i Giordanos doktorsavhandling som Martin Lindström varit huvudhandledare för. Studierna är baserade på British Household Panel Survey (BHPS) som är en paneldataundersökning från vilken åren 2000, 2003, 2005, 2007 och 2008 använts i avhandlingen. BHPS är till skillnad från den svenska ULF-undersökningen (”Undersökning om levnadsförhållanden”) samplad på hushåll istället för individer (som i ULF). Trots att antalet internationella vetenskapliga publikationer om socialt kapital och hälsa ökat nästan exponentiellt sedan slutet av 1990-talet är antalet publikationer som genomförts på longitudinella data mycket mindre. De flesta artiklar baseras på analyser av tvärsnittsdata. Tre av artiklarna är longitudinella, och två av dem är longitudinella med tre eller flera observationspunkter över tid som är ett krav för en fullständig longitudinell analys (Singer & Willett, 2003). Resultaten visar att sambanden mellan socialt kapital och självrapporterad hälsa finns även vid longitudinella analyser, i vilka sambandet i tid mellan orsak och verkan är tydligt. Detta gäller i synnerhet tillit till andra människor som är en komponent av socialt kapital. Flernivåanalyser av socialt kapital har tidigare i huvudsak genomförts med geografiska och administrativa områden som kontextuell nivå i analysen. Resultaten har emellertid för det mesta visat att geografiska områden har mycket liten egen statistisk betydelse för hälsan. Den internationella diskussionen har därför allt mer kommit att handla om huruvida det finns andra mera relevanta sociala kontexter som till exem-

pel arbetsplats, familj eller ursprungsland som påverkar hälsan (Lindström, 2008). I en studie analyserades geografiskt område, hushåll (familj) och individ i tre olika nivåer, varvid resultaten visar att hushållet har en mycket större betydelse än geografiskt område för hälsan. En ytterligare fråga handlar om vilken betydelse gemensam miljö ("shared environment") och ärftlighet har för socialt kapital och hälsa. Inom detta område finns sedan tidigare bara någon enstaka publikation (Fujiwara & Kawachi, 2008). Resultaten av ett av delarbetena som genomförts med denna frågeställning visar att en betydande del av sambandet mellan socialt kapital (även tillit) och hälsa försvinner när hänsyn tas till "shared environment" i analyserna.

Antony Morgan och Bo Haglund diskuterar åtta förutsättningar för socialmedicinsk forskning om socialt kapital och hälsa bland unga i "Att forska om socialt kapital och hälsa hos unga människor". Förutsättningarna innefattar 1) tydliga definitioner om vilket disciplinärt perspektiv som används, 2) klagörande av vilken teori och vilka hypoteser om förändringsmekanismer som man utgår ifrån, 3) användning av indikatorer med en etablerad kunskapsbas, 4) hänsyn till att socialt kapital är ett multikomponent-begrepp, vilket innebär att en tydlig beskrivning av hur olika indikatorer är relaterade till varandra är nödvändig, 5) säkerställning att definitioner och mätningar hänsyn tas till ålder, gender och kultur, 6) användning av begreppen sammanbindande ("bonding"), överbyggande ("bridging") och länkande ("linking")

socialt kapital för att förstå den relativa betydelsen av individuella och kollektiva idéer om begreppet, 7) inkludering av de unga som aktiva sociala agenter, samt 8) användning av resursbaserade ansatser ("health assets"). Ett flertal av punkterna, i varje fall punkterna 1,2, 3 och 4 men möjligen även i vissa sammanhang en del av de övriga, är tillämpliga även i forskningen om socialt kapital och hälsa bland vuxna. En andra kommentar till artikeln är att forskningen om socialt kapital och hälsa bland barn och ungdomar är förhållandevis sparsam. Att inkludera indikatorer för socialt kapital i skolhälsoenkäter skulle kunna vara ett sätt att öka kunskapen om samband mellan socialt kapital och hälsa respektive hälsorelaterade levnadsvanor bland barn och ungdomar. Ett annat eftersatt område är att studera hur socialt kapital formas hos barn och ungdomar under uppväxten. Enligt Putnam (2000) är dessa formativa år helt avgörande för till exempel den framtida tilliten i vuxenlivet. Mycket återstår att göra inom detta forskningsområde som även innefattar livsförloppsanalyser.

I artikeln "Begreppet resiliens sätter in hälsan i ett hållbarhetsperspektiv och ökar förståelsen för det sociala kapitallets roll i detta" sätter Per-Olof Östergren in diskussionen om socialt kapital, socioekonomisk ojämlikhet och hälsa i ett systemtänkande som i princip integrerar både biologiska/fysiologiska och sociala/samhällsvetenskapliga system. Det engelska ordet "resilience" betyder "uthållighet" eller "hållbarhet". Ordet resiliens används i det här sammanhanget direkt i svenskan, och

ett synonymt uttryck i svenska språket är närmast ”uthållighet/hållbarhet i ett komplext system”. Diskussionen i artikeln handlar om att människan både är en biologisk och en social varelse. Hållbarhet i det biologiska och ekologiska systemet förutsätter hållbarhet i det sociala och ekonomiska systemet, och omvänt förutsätter även social och ekonomisk hållbarhet att det finns en biologisk och ekologisk hållbarhet. En av förutsättningarna för denna biologiska hållbarhet i hälsa är ett starkt socialt kapital och den någorlunda jämna fördelning av materiella resurser i samhället som det sociala kapitalet skapar och har ett ömsesidigt samband med. Artikeln är modifierad med utgångspunkt i en rapport som är en del av avrapporteringen från den pågående Malmökommissionen.

Detta temanummer ger en överblick över forskningen om socialt kapital och hälsa i Sverige, men det täcker inte alla aspekter av denna forskning. En del av området som tyvärr inte blivit väl representerat är till exempel empiriska kvalitativa studier. Kvalitativa studier har flera olika funktioner. De utreder bland annat begrepp och klargör tänkbara kausalsamband på ett sätt som ofta inte är möjligt i kvantitativa studier. Väl genomförda kvalitativa och kvantitativa studier kompletterar varandra. I framtiden behöver forskningen om socialt kapital och hälsa inriktas i större utsträckning mot longitudinella studier som uppfyller temporalitetskriteriet (att orsak kommer före effekt i tiden), mot studier som sätter in området socialt kapital och hälsa i ett livsförloppsperspektiv samt mot studier av

betydelsen av andra sociala kontexter än administrativa geografiska områden. Fler studier om barn och ungdomar, och speciellt sådana som tar hänsyn till denna åldersgrupps speciella förutsättningar och som är involverande (se Morgans och Haglunds artikel), är också angelägna. Det behövs också fler studier och mer kunskap om de nya sociala mediernas (internet, facebook, twitter etc.) betydelse för socialt kapital och hälsa. Möjligen kan forskning som tar hänsyn till ärftlighet och delad miljö (”shared environment”) visa sig tillföra ny kunskap om socialt kapital och hälsa.

Martin Lindström
Temaredaktör

Referenser

- Bourdieu, P, & Wacquant, L. (1992). *Invitation to Reflexive Epidemiology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Coleman, J. (1990). *The Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Fujiwara, T., Kawachi, I. (2008). Social capital and health- a study of adult twins in the US. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 35(2): 139-144.
- Lindström, M. (2004). Social capital, the miniaturization of community, and self-reported global and psychological health. *Social Science and Medicine*, 59, 595-607.

tema

- Lindström, M. (2008). Invited commentary: social capital, social contexts, and depression. *American Journal of Epidemiology* 2008; 167(10): 1152-1154.
- Portes, A. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Reviews Sociology*, 24, 1-24.
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York, London: Simon and Schuster.
- Singer, J.D., Willett, J.B. (2003). *Applied longitudinal data analysis. Modeling change and event occurrence*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. New York: Routledge.

Viktiga kompetenser för hälsofrämjande arbete.

Ett EU projekt 2009-2012

Sedan år 2009 har ett projekt som givits EU stöd pågått med syfte att utveckla riktlinjer (standards) och ackrediteringssystem för praktiskt hälsofrämjande arbete, utbildning och efterutbildning med målet att öka kompetensen i folkhälsoarbete hos olika yrkesgrupper och därigenom åstadkomma en positiv hälsoutveckling i Europa (1).

Genom detta arbete kan kriterier för vad som är god kvalitet på kunskap och färdigheter vid hälsofrämjande arbete sättas upp. Detta kan användas för kvalitetsförbättring av praktiskt folkhälsoarbete t ex vid utvecklingssamtal, nyrekrytering av medarbetare och utveckling av arbetsformer.

Projekt som hållits samman från Irland har avslutats under året och den sammanfattande slutrapporten finns nu tillgänglig (2).

Referenser

1. <http://www.iuhpe.org/index.html?page=614&lang=en>
2. http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP/CompHP_Project_Handbooks.pdf