

Kontextuellt socialt kapital och ohälsa

Karin Engström

Sociolog och med. dr. i folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet, avdelningen för folkhälsoepidemiologi. Adress: Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för folkhälsoepidemiologi. E-postadress: karin.engstrom@ki.se.

Socialt kapital (SK) i relation till ohälsa är, trots det ökade intresse det rönt under senare tid, ett relativt utforskat område och det råder ännu oklarhet kring huruvida det kan påverka hälsan. Generellt sett har utvecklingen gått mot en mer diversifierad syn på SK. En mängd studier har visat på ett samband mellan SK och ohälsa, men i ett flertal studier har inget samband kunnat visas. En utvärdering av området försvåras av att SK mäts på olika sätt samt av att olika mycket hänsyn tagits till confounders. Resultaten som presenteras här bygger på forskning som bedrivs på avdelningen för folkhälsoepidemiologi inom projektet "Socialt kapital och ohälsa i Stockholms län" (SOCKA). Vi visar ett samband mellan brist på kontextuellt SK och dålig självskattad hälsa, men detta samband blir svagare och försvinner till slut vid justering för olika individuella och kontextuella faktorer. Huruvida det finns ett svagt eller inget samband alls beror på i vilken utsträckning individuellt SK ska ses som en confounder eller en medierande faktor. Vi planerar två ytterligare studier inom kort där vi kommer att undersöka dels kontextuellt SK och mortalitet och dels individuellt och kontextuellt SK i relation till psykisk ohälsa.

Abstract: Social capital (SC) in relation to health is, despite the increased attention it has attracted lately, a relatively young research field, and there is still uncertainty with regard to its effect on health. Generally, the trend has been towards a more diversified conceptual perspective. Although a large number of studies have shown an association between SC and ill-health, some others have not. Evaluation in the field is hindered by the conflating of the various aspects and dimensions of SC, and by the problem of residual confounding. The results presented here are based on research conducted at the division of Public Health Epidemiology, within the project "Social Capital and Ill-Health in Stockholm County". We show an association between lack of contextual SC and poor self-rated health, an association that becomes weaker and finally disappears after adjustment for different individual and contextual factors. Whether there is no or a moderate association, depends on the extent to which individual SC is seen as a mediator or confounder. We plan two more studies in the near future where we will look at contextual SC and mortality in one, and individual and contextual SC in relation to mental ill-health in the other.

Bakgrund

Artikeln bygger på ett projekt, ”Socialt kapital och ohälsa i Stockholms län” (SOCKA), som startades år 2005 på Karolinska institutet. Medarbetare i projektet är, förutom författaren, professor Johan Hallqvist och Fredrik Mattsson, statistiker.

Vad är socialt kapital?

Den breda vetenskapliga litteratur som finns angående socialt kapital låter förstå att det är ett fruktbart begrepp för att beskriva viktiga egenskaper i den sociala miljön, men dess relevans för folkhälsan är fortfarande osäker. Det är ett omdebatterat begrepp som de senaste 15 åren rönt ett ökande intresse inom flera forskningsområden, också inom folkhälsovetenskapen. Socialt kapital kan och har definierats på många olika sätt. Begreppet kommer ursprungligen från sociologin där Pierre Bourdieu [1986 pp.241-58] och James Coleman [1988] var bland de första att använda det. De beskriver socialt kapital som ytterligare en form av kapital utöver det ekonomiska och det som kallas humankapital (t.ex. utbildning). Inom folkhälsovetenskapen var det Robert Putnam [1993; 1995] som introducerade begreppet genom sina arbeten i USA och Italien. Han definierar socialt kapital som ”egenskaper hos en social organisation, såsom nätverk, normer och social tillit, som förenklar koordination och samverkan till ömsesidig nytta”.

De flesta definitioner av socialt kapital innehåller en strukturell och en kognitiv aspekt. Den strukturella aspekten medför att vara delaktig i sociala nät-

verk och föreningar samt andra sorters samhälleligt engagemang, medan den kognitiva aspekten handlar om till exempel tillit, förtroende, värderingar och attityder [Baum & Ziersch, 2003; Harpham et al., 2004; Krishna & Shrader, 2002; Subramanian et al., 2002]. Kognitivt socialt kapital kan ses som ett resultat av strukturellt socialt kapital och kritik har framförts som pekar på problemet med att särskilja mekanismer som genererar socialt kapital, som till exempel ett gemensamt upprätthållande av normer, från förmågan att uppnå det, genom medlemskap i olika sociala strukturer [Portes, 1998]. De flesta studier som analyserar hälsoeffekter av socialt kapital mäter antingen en av de två aspekterna eller båda ihop, beroende på tillgång till data. Få försök har gjorts att särskilja den relativa betydelsen av de två aspekterna. På grund av de teoretiska svårigheter som finns vad gäller att separera effekten av den ena aspekten från effekten av den andra har det till och med framförts att kognitivt socialt kapital, såsom tillit, inte borde mätas som en del av socialt kapital [Rose, 2000]. Harpham et al. [2004], menar tvärtom att effekten av de två komponenterna kan separeras med adekvata mått och har också visat i sin studie om individuellt socialt kapital och mental ohälsa i Colombia, att kognitivt socialt kapital (mätt som t.ex. tillit) var svagt kopplat till mental ohälsa medan strukturellt (mätt som deltagande) inte var det alls.

En annan viktig konceptuell distinktion är den mellan socialt kapital skapat mellan individer eller grupper

på samma hierarkiska nivå, så kallade horisontella relationer – inklusive både sammanbindande (bonding) och överbyggande (bridging) socialt kapital [för närmare beskrivning se t.ex. Szreter & Woolcock, 2004] – och den vidare strukturen av vertikala relationer mellan individer eller grupper som skiljer sig åt vad gäller formell makt och befogenhet, så kallat sammanlänkande (linking) socialt kapital [Kaplan & Lynch, 1997; Szreter, 1999; Woolcock, 1998]. Distinktionen mellan dessa två dimensioner av socialt kapital är nära relaterat till den diskussion som förs kring vilken roll socialt kapital spelar för den sociala och ekonomiska utvecklingen – huruvida det är främst en egenskap hos det civila samhället eller om det också spelar en viktig roll för politiska beslut på statlig nivå, det vill säga om det är en effekt av eller ett substitut för ekonomiska och sociala investeringar [diskuteras bland annat i Dionne, 1997; Narayan, 1999; Navarro, 2004; Putnam, 2004; Rothstein, 2001; Szreter, 1999; Szreter & Woolcock, 2004; Wilkinson, 1997; Wolf, 1989]. Endast få studier har empiriskt jämfört effekten de två dimensionerna har på hälsa och de få som gjort det har inte kunnat påvisa några större skillnader mellan de två dimensionerna [Kim et al., 2006; Kavanagh et al., 2006].

I de flesta folkhälsovetenskapliga studier ses socialt kapital som en kontextuell resurs, det vill säga som en egenskap hos den sociala strukturen och inte som en egenskap hos individerna inom den. Detta huvudsakligen baserat på Colemans [1988] och Putnams

[1993; 1995; 2004] arbeten. Kontextuellt socialt kapital kan mätas på olika nivåer, till exempel grannskaps- eller nationell nivå. Troligen ser mekanismerna bakom både dess orsaker och konsekvenser olika ut beroende på nivå. Enligt Lochner et al. [1999] bygger socialt kapital på områdesnivå på den dagliga interaktionen mellan grannar, medan socialt kapital på nationell nivå handlar om politiska sociala och ekonomiska beslut. Socialt kapital har också definierats som en individuell resurs [Bourdieu, 1988; Portes 1998; 2000] och en ökad mängd studier tittar nu på individuellt socialt kapital i relation till hälsa [t.ex. Bolin et al., 2003; Rose, 2000; Ziersch, 2005].

Platsens betydelse

Att studera platsens betydelse för hälsan har en lång tradition, inte minst i Storbritannien [sammanfattat i bl.a. Macintyre et al., 1993]. Med hjälp av ekologiska studier, där variationer i dödlighet eller ohälsa relateras till olika egenskaper i området, har ojämlikhet i ohälsa på områdesnivå, så kallade områdesvariationer, kunnat påvisas. Att ohälsan varierar mellan områden kan bero på områdenas egenskaper (kontextuella) eller på egenskaper hos de individer som bor i områdena (kompositionella), det vill säga vara en följd av både områdeseffekter och individeffekter. En exponering på områdesnivå innebär att alla individer i ett område med en specifik kontext är exponerade i lika hög grad, men att effekten på hälsan kan variera mellan individerna. Längre ansåg en del forskare att ekologiska studier var speciellt lämpliga för att upptäcka områ-

deseffekter, en ståndpunkt som man så småningom kunnat visa vara felaktig [Greenland, 2001]. Andra metoder kom i fokus inom epidemiologin och folkhälsovetenskapen och samtidigt försköts tyngdpunkten mot individuella faktorer såsom ålder, kön, inkomst och social klass som förklaring till ohälsa [Macintyre et al., 2002]. På senare tid har emellertid intresset för områdets betydelse för hälsa ökat igen [sammanfattat i t.ex. Diez Roux, 2001; Diez Roux, 2002; Diez Roux et al., 2001; Duncan et al., 1998; Macintyre et al., 2002]. Samtidigt har analysmetoderna utvecklats och förfinats så att man bättre kan skilja effekten av områdets egenskaper från individens [se bl.a. Duncan et al., 1998].

Socialt kapital och ohälsa

Brist på kontextuellt socialt kapital har visats vara kopplat till ohälsa i ett stort antal studier, både gällande mortalitet [t.ex. Kawachi et al., 1997; Lochner et al., 2003; Skrabski et al., 2004; Venstra, 2002] och olika hälsoaspekter [för sammanfattning se Islam et al., 2006; Macinko & Starfield, 2001]. Det finns även studier som visar ett mer komplext eller inget samband alls [t.ex. Lochner et al., 2003; Kennely et al., 2003; Mohan et al., 2005]. En sammanfattning av resultaten försvåras av bristen på konvergens i de mått på socialt kapital som använts i olika studier och av att så kallade störfaktorer (confounders) hanterats i varierande utsträckning.

Vid en noggrannare läsning av den litteratur som berör kontextuellt socialt kapital och självskattad hälsa kan

man se att flernivåanalys, som tillåter kontroll för faktorer på såväl individ som kontextuell nivå, blir vanligare. Alla de studier inom området som använder flernivåanalys justerar för individuella sociodemografiska faktorer i någon utsträckning, men vissa för mycket fler än andra [för närmare genomgång se Engström et al., 2008]. De flesta studier från 2006 och framåt inkluderar dessutom individuellt socialt kapital. Som väntat blir det kvarvarande sambandet mellan kontextuellt socialt kapital och självskattad hälsa mindre ju fler faktorer som kontrolleras för. Generellt sett kvarstår ett samband i den forskning där man justerar för endast individuella sociodemografiska faktorer, medan i de studier där man tar hänsyn till sociodemografiska faktorer i kombination med individuellt socialt kapital kvarstår sambandet i cirka hälften av studierna [Engström et al., 2008].

Socialt kapital i Stockholms län

Resultaten som presenteras nedan bygger på forskning som bedrivs på avdelningen för folkhälsoepidemiologi inom projektet ”Socialt kapital och ohälsa i Stockholms län” (SOCKA), där vi hittills publicerat en landstingsrapport [Engström et al., 2005] och en artikel [Engström et al., 2008].

Till grund för resultaten ligger svaren från Folkhälsoenkäten 2002. Ett urval ur Stockholms läns befolkning (50 000 personer) mellan 18-84 år har ombetts svara på en 100 frågor stor enkät, som främst behandlar psykisk

		Aspekter	
		Kognitiv	Strukturell
Dimensioner	Horisontell	Medborgerlig tillit	Medborgerligt deltagande
	Vertikal	Politisk tillit	Politiskt deltagande

Figur 1: Fyra indikatorer, som representerar två aspekter och två dimensioner av socialt kapital.

och fysisk hälsa, ekonomi, levnadsvanor, sociala relationer, boende och boendemiljö, arbete och sysselsättning. Det totala bortfallet på enkäten är drygt 37 %. Både enkätens innehåll samt utskicksförfarandet beskrivs närmare i Folkhälsorapporten 2003 [Folkhälsorapport, 2003].

Vi använde fyra indikatorer – medborgerlig tillit, medborgerligt deltagande, politisk tillit och politiskt deltagande – för att mäta två aspekter och två dimensioner av socialt kapital (se figur 1). Medborgerlig tillit handlar om tillit till människorna i bostadsområdet, medan politisk tillit handlar om i vad mån man litar på olika politiska institutioner, såsom sjukvård, polis och politiker på olika nivåer. Deltagande mäts som andelen som deltar i olika organisationer (medborgerligt) respektive i allmänna val på någon nivå (politiskt). Kontextuellt socialt kapital är byggt på aggregerade individuella svar där alla inom ett område tilldelas samma värde beräknat utifrån svaren från samtliga individer inom området

som deltagit i studien, medan individuellt socialt kapital bestäms utifrån individens egna svar på respektive indikator.

För att kunna studera effekten av kontextuellt och individuellt socialt kapital var för sig samt justera för möjliga individuella och kontextuella confounders har vi använt oss av flernivåanalyser [se t.ex. Goldstein & Rasbash, 1996] med hjälp av programmet MLwiN, version 2.0. Alla resultat presenteras som oddskvoter med 95 % konfidensintervall. För närmare beskrivning av metod och definitioner se Engström et al. [2008].

Resultaten i vår första artikel på området [Engström et al., 2008] visar att det finns ett samband mellan brist på kontextuellt socialt kapital och dålig självsattad hälsa, men att detta samband blir svagare och till slut försvinner när vi justerar för olika individuella och kontextuella faktorer (se tabell 1). Vad gäller de två aspekterna – kognitiv och strukturell – och de

Tabell 1: Oddskvoter med 95 % konfidensintervall för dålig självskattad hälsa och mindre än väldigt högt kontextuellt socialt kapital, justerat för olika individuella och kontextuella confounders.

	Kontextuellt socialt kapital				
	Väldigt högt	Högt	Mellan	Lågt	Väldigt lågt
Modell 1*	1.0	1.26 (1.03-1.56)	1.48 (1.21-1.81)	1.61 (1.30-2.00)	1.98 (1.62-2.42)
Modell 2**	1.0	1.30 (1.05-1.60)	1.51 (1.23-1.85)	1.62 (1.30-2.01)	2.04 (1.67-2.50)
Modell 3***	1.0	1.10 (0.91-1.33)	1.17 (0.97-1.41)	1.25 (1.00-1.55)	1.23 (0.99-1.52)
Modell 4****	1.0	1.08 (0.87-1.33)	1.10 (0.89-1.36)	1.15 (0.90-1.47)	1.08 (0.85-1.38)

* Ojusterad.

** Justerad för ålder och kön.

*** Justerad för ålder, kön, socioekonomisk position, utbildningsnivå, inkomst, födelseland, familjestruktur och områdets medianinkomst.

**** Justerad för ålder, kön, socioekonomisk position, utbildningsnivå, inkomst, födelseland, familjestruktur, områdets medianinkomst och individuellt socialt kapital.

två dimensionerna – horisontell och vertikal – av kontextuellt socialt kapital visar studien att alla fyra bidrar till sambandet mellan kontextuellt socialt kapital och självskattad hälsa.

Bristen på samband mellan kontextuellt socialt kapital och självskattad hälsa som vi fann kan delvis bero på att de områden vi analyserat är för stora och därmed heterogena, vilket kan leda till felklassificering av kontextuella exponeringar och att variansen på områdesnivå underskattas. Optimalt hade vi velat studera mindre områden än församlingar, men församlingarna utgjorde de minsta områden som gick att studera med bibehållen statistisk styrka [för en mer noggrann genomgång av studiens begränsningar se Engström et al., 2008]. Man kan även diskutera huruvida individuellt socialt kapital skall ses som en confounder eller medierande faktor. Det kontextuella sociala kapitalet kan tänkas påverka individens sociala kapital. I så fall skulle delar av ett äkta samband (modell 3, tabell 1) kontrolleras bort genom att individuellt socialt kapital förs in i analysen (modell 4).

Närmast framöver planerar vi två ytterligare studier inom området där vi kommer att undersöka dels kontextuellt socialt kapital och mortalitet och dels individuellt och kontextuellt socialt kapital i relation till psykisk ohälsa. Den nyligen etablerade kohortansatsen vad gäller Folkhälsoenkäterna i Stockholms län möjliggör också prospektiva studier i ämnet där vi kan studera huruvida det finns ett kausalt samband mellan socialt kapital och hälsa samt förändringar av socialt kapital och ohälsa över tid.

Referenser

1. Baum, F., & Ziersch, A., 2003. Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5), pp.320-23.
2. Bolin, K., Lindgren, B., Lindström, M., & Nystedt, P., 2003. Investments in social capital – implications of social interactions for the product of health. *Social Science and Medicine*, 56(12), pp.2379-90.
3. Bourdieu, P., 1986. The forms of capital. In J. Richardson, ed. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of education*. Westport, CD: Greenwood Press, pp.241-58.
4. Coleman, J., 1988. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94(suppl.), pp.95-120.
5. Diez Roux, A., 2001. Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, 91(11), pp.1783-8.
6. Diez Roux, A., 2002. Invited commentary: Places, people, and health. *American Journal of Epidemiology*, 155(6), pp.516-9.
7. Diez Roux, A. et al., 2001. Area characteristics and individual-level socioeconomic position indicators in three population-based epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology*, 11(6), pp.395-405.
8. Dionne, E.J., Jr., 1997. Why civil society? Why now? *The Brookings Review*, 15(4), pp.4-8.
9. Duncan, C., Jones, K., & Moon, G., 1998. Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Social Science and Medicine*, 46(1), pp.97-117.
10. Engström, K., Järleborg, A. & Hallqvist, J., 2005. Socialt kapital i Stockholms läns kommuner och Stockholms stads stadsdelar. Ekologiska samband med levnadsvanor, hälsorisker och ohälsa. Stockholm: Stockholms läns landsting, centrum för folkhälsa, rapport 2005:1.
11. Engström, K., Mattsson, F., Järleborg, A. & Hallqvist, J., 2008. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 66(11) pp.2268-80.
12. Folkhälsorapport, 2003. *Folkhälsan i Stockholms län*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin.
13. Goldstein, H. & Rasbash, J., 1996. Improved approximations for multilevel models with binary responses. *Journal of the Royal Statistical Society A* 159(3), pp.505-13.
14. Greenland, S., 2001. Ecologic versus individual-level sources of bias in ecological estimates of contextual health effects. *International Journal of Epidemiology*, 30(6), pp.1343-50.
15. Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C., 2004. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science and Medicine*, 58(11), pp.2267-77.
16. Islam, M.K. et al., 2006. Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(3), pp.1-63.
17. Kaplan, G. A., & Lynch, J. W., 1997. Editorial: Whither studies on the socioeconomic foundations of population health. *American Journal of Public Health*, 87(9), pp.1409-11.
18. Kavanagh, A., Turrell, G., & Subramanian, S., 2006. Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania. *International Journal of Epidemiology*, 35(3), pp.607-13.
19. Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D., 1997. Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), pp.1491-98.
20. Kennelly, B., O'Shea, E., & Garvey, E., 2003. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Social Science and Medicine*, 56(12), pp.2367-77.
21. Kim, D., Subramanian SV., & Kawachi, I., 2006. Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), pp.116-22.
22. Krishna, A., & Shrader, E., 2002. The social capital assessment tool. In C. Grootaert, & T. van Bastelaer, eds. *Understanding and Measuring Social Capital: A Multidisciplinary Tool*

- for Practitioners. Washington, DC: The World Bank.
23. Lochner, K., Kawachi, I., Brennan, R., & Buka, S., 2003. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science and Medicine*, 56(8), pp.1797-805.
 24. Lochner, K., Kawachi, I., & Kennedy, B., 1999. Social capital: A guide to its measurement. *Health & Place*, 5(4), pp.259-70.
 25. Macinko, J., & Starfield, B., 2001. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly*, 79(3), pp.387-427.
 26. Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S., 2002. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science and Medicine*, 55(1), pp.125-39.
 27. Macintyre, S., Maciver, S. & Sooman, A., 1993. Area, class, health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social, Policy*, 22(2), pp.213-34.
 28. Mohan, J., Twigg, L., Barnard, S., & Jones, K., 2005. Social capital, geography and health: a small-area analysis for England. *Social Science and Medicine*, 60(6), pp.1267-83.
 29. Narayan, D., 1999. Bonds and bridges: social capital and poverty. The World Bank Policy Research Working Paper 2167.
 30. Navarro, V., 2004. Commentary: Is capital the solution or the problem? *International Journal of Epidemiology*, 33(4), pp.672-674.
 31. Portes, A., 1998. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, pp.1-24.
 32. Portes, A., 2000. The two meanings of social capital. *Sociological Forum*, 15(1), pp.1-12.
 33. Putnam, R., 1993. *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press.
 34. Putnam, R., 1995. Bowling alone: Americas declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1), pp.65-78.
 35. Putnam, R., 2004. Commentary: "Health by association": some comments. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), pp.667-671.
 36. Rose, R., 2000. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science and Medicine*, 51(9), pp.1421-35.
 37. Rothstein, B., 2001. Social capital in the social democratic welfare state. *Politics and Society*, 29(2), pp.207-241.
 38. Skrabski, Á., Kopp, M., & Kawachi, I., 2004. Social capital and collective efficacy in Hungary: cross-sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4), pp.340-5.
 39. Subramanian, S., Kim, D., & Kawachi, I., 2002. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *Journal of Urban Health*, 79(4 suppl 1), pp.21-34.
 40. Szreter, S., 1999. A new political economy for New Labour: The importance of social capital. *Renewal*, 7(1), pp.30-44.
 41. Szreter, S., & Woolcock, M., 2004. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), pp.650-667.
 42. Veenstra, G., 2002. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social Science and Medicine*, 54(6), pp.849-68.
 43. Wilkinson, RG., 1997. Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314(7080), pp.591-595.
 44. Wolfe, A., 1989. *Whose keeper? Social Science and moral obligation*. Berkeley: University of California Press.
 45. Woolcock, M., 1998. Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2), pp.151-208.
 46. Ziersch, A. M., 2005. Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Social Science and Medicine*, 61(10), pp.2119-31.