

Socialt kapital och hälsa - förklaringsmodeller och implikationer för hälsofrämjande interventioner

Malin Eriksson

Med. Dr. Lektor i folkhälsovetenskap, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Enheten för epidemiologi och global hälsa, Umeå Universitet, 901 87 Umeå. E-post: malin.eriksson@epiph.umu.se.

Socialt kapital handlar om värdet av att ingå i sociala nätverk, och de positiva effekter detta kan ha för både individer och hela samhällen. Trots omfattande forskning kvarstår många frågor, inte minst behövs kunskap om vilka implikationer detta kan ha för hälsofrämjande interventioner. Syftet med denna artikel är att ge en kort översikt om sambanden mellan socialt kapital och hälsa, och att belysa möjliga förklaringsmodeller för dessa samband. Vidare avser jag lyfta fram områden där denna kunskap kan ha implikationer för hälsofrämjande interventioner. Genomgången visar att socialt kapital kan bidra med kunskap om hur sociala nätverksinterventioner bäst bör utformas samt för att generera ny kunskap om vad som karaktäriserar en hälsofrämjande miljö. Socialt kapital kan användas som ett "teoretiskt verktyg" för hälsofrämjande insatser, men kräver en medvetenhet om människors ojämlika förutsättningar att få tillgång till sociala nätverk.

Social capital concerns social networks, the reciprocities that arise from them and the value of these for individuals as well as for whole communities. Despite extensive research many questions remain, such as the implication of this knowledge for health promotion. The aim of this article is to give a brief overview of the links between social capital and health, and to illuminate possible explanations for these associations. Furthermore, I intend to highlight areas where this knowledge may have implications for health promotion. The review shows that social capital adds knowledge concerning how social network interventions could best be designed, and generates new knowledge on what characterizes a health enabling environment. Social capital can be used as a "theoretical tool" for health promotion, but requires an awareness of people's unequal opportunities to access social networks.

Inledning

Socialt kapital handlar om ”sociala nätverk, de normer för ömsesidigt stöd som uppstår ur dessa och värdet av detta för att uppnå (gemensamma) mål” (Fritt översatt från Shuller, Baron och Field, 2000, sid. 2. Originaltexten har inte ”gemensamma” inom parentes). Enkelt uttryckt handlar idéerna bakom socialt kapital om värdet av att ingå i sociala nätverk, och de positiva effekter detta kan ha för både individer och hela samhällen. Genom deltagande i sociala nätverk kan enskilda individer få tillgång till värdefulla resurser, såsom t.ex. socialt och materiellt stöd, information, kunskap och kontakter (Bourdieu, 1986). Dessutom underlättas samarbeten för det allmännas bästa när människor deltar i sociala nätverk, vilket främjar ett väl fungerande samhälle (Putnam, 1993; 2000).

Att sociala nätverk är betydelsefullt för hälsan är känt sedan länge (se t.ex. Cobb, 1976; Berkman & Glass, 2000), men begreppet ”socialt kapital” har inte används inom folkhälsovetenskapen lika länge. Så sent som 1995 fanns mindre än fem artiklar med socialt kapital i titeln indexerade i MEDLINE (Kawachi m.fl., 2008). Därefter har forskningen om socialt kapital och hälsa ökat avsevärt, och år 2010 fanns närmare 500 artiklar med socialt kapital i titeln indexerade i samma databas. Anledningarna till detta växande intresse för begreppet inom folkhälsovetenskapen är förmodligen många. Under de senaste decennierna har vi kunnat se en fokusförflyttning inom epidemiologi och folkhälsovetenskap, från ett under lång tid dominerande in-

dividperspektiv (med fokus på riskfaktorer och livsstil) till ett förnyat intresse också för de bredare sociala bestämningsfaktorerna för hälsan (Lomas, 1998; Robertson, 1999). WHO:s kommission om ”sociala bestämningsfaktorer för hälsan” som drevs under åren 2005-2008, är ett tydligt bevis på detta återuppväckta intresse för de bredare sociala och samhälleliga bestämningsfaktorerna för hälsan (WHO, 2008).

Trots omfattande forskning kvarstår många frågor om sambanden mellan socialt kapital och hälsa. Inte minst behövs mer kunskap om vilka implikationer denna kunskap har för hälsofrämjande interventioner. Hur ser sambanden ut mellan socialt kapital och hälsa, och hur kan denna kunskap användas i ett praktiskt folkhälsoarbete? Syftet med denna artikel är att ge en kort översikt om vad vi i dagsläget vet om sambanden mellan socialt kapital och hälsa, men framförallt att belysa möjliga förklaringsmodeller för dessa samband. Vidare avser jag lyfta fram några områden där kunskapen om socialt kapital och hälsa kan ha praktiska implikationer för folkhälsofrämjande interventioner.

Socialt kapital – ett multidisciplinärt begrepp

Socialt kapital är ett brett och multidisciplinärt begrepp som inte helt enkelt låter sig definieras och operationaliseras. Huruvida socialt kapital är en individuell eller en kollektiv resurs har debatterats flitigt (Portes, 2000). Idag anser dock de flesta forskare att socialt kapital både kan ses som en individuell tillgång såväl som en kollektiv

egenskap som kan karaktärisera ett helt lokalsamhälle.

Individuellt socialt kapital, sett som resurser tillgängliga för individer genom deltagande i sociala nätverk, har sin teoretiska grund inom sociologin. Pierre Bourdieu (1986), James Coleman (1988) och Alejandro Portes (1998; 2000) är inflytelserika teoretiker inom denna så kallade ”nätverksapproach” till socialt kapital. Bourdieu (1986) betonar bl.a. att deltagande i sociala nätverk ofta kräver att man redan har tillgång till eftertraktade resurser som kan ”investeras” i nätverket. De resursstarka har därför betydligt fler möjligheter att både bygga upp betydelsefulla sociala nätverk men också att kunna utnyttja de resurser som finns knutna till nätverken, medan de resurssvaga har betydligt svårare att bygga upp eller bjudas in till betydelsefulla sociala nätverk. Coleman (1988) betonar det sociala kapitalets betydelse för individens förmåga att agera. Han nämner t.ex. att tillgång till information är grundläggande för en individs förmåga att agera, men att få tillgång till information är både kostsamt och tidskrävande. Därför är den information som finns att tillgå genom deltagande i sociala nätverk en viktig form av socialt kapital. Portes (1998) understryker att socialt kapital inte bara har positiva effekter. Starka sociala nätverk kan ha positiva effekter för dess medlemmar, men kan samtidigt leda till social exkludering av andra. Vidare kan kraven på att ställa resurser till förfogande också bli belastande. Medan somliga får tillgång till resurser måste andra ställa dessa resurser till förfogande; för vissa

kan därför ”investeringskostnaderna” bli högre än ”avkastningen” från deltagandet i sociala nätverk.

Kollektivt socialt kapital, d.v.s. socialt kapital sett som en områdesegenskap, har sin teoretiska grund framförallt i statsvetaren Robert Putnams arbeten. Han menar att socialt kapital kan ha positiva effekter inte bara för individer utan även för hela samhällen. Att bo i ett område som karaktäriseras av hög nivå av civilt engagemang och ömsesidigt stöd och tillit får positiva effekter för alla som bor i området, även för dem som inte själva är civilt delaktiga eller tillitsfulla (Putnam, 2000). Detta förklaras av att samhällen med högt socialt kapital leder till ett bättre ”kollektivt fungerade”, med positiva effekter för både demokrati, ekonomi, trygghet och folkhälsa.

Behovet av tydligare och mer noggranna operationaliseringar av begreppet har bl.a. lett till distinktionen mellan strukturellt och kognitivt socialt kapital (Harpham m.fl., 2002). Strukturellt socialt kapital beskrivs enklast som den ”operativa” delen av det sociala kapitalet, d.v.s. det som faktiskt görs, själva deltagandet i olika typer av sociala nätverk, medan det kognitiva sociala kapitalet handlar om vilka känslor och upplevelser som är kopplade till deltagandet i sociala nätverk, såsom tillit och normer av ömsesidig hjälp och stöd (Harpham m.fl., 2002; Krishna & Shrader, 2000). Strukturellt socialt kapital brukar vidare delas in i sammanbindande, överbryggande och länkande socialt kapital. Sammanbindande socialt kapital karaktäriseras av

starka band mellan människor som känner varandra väl, vilket kan stärka en gemensam identitet och utgöra en stor källa till socialt stöd. Överbryggande socialt kapital består i stället av svaga band mellan människor som inte känner varandra väl, men som ömsesidigt utbyter värdefull information och resurser med varandra (Gittell & Vidal, 1998; Putnam, 2000). Både sammanbindande och överbyggande socialt kapital lägger tonvikten vid horisontella relationer. Szreter och Woolcock (2004) introducerade länkande socialt kapital, som handlar om vertikala relationer, band mellan människor (och institutioner) på olika hierarkiska positioner i ett samhälle, vilket kan vara betydelsefullt för att få tillgång till makt och inflytande.

Sambanden mellan socialt kapital och hälsa

Sambanden mellan socialt kapital och hälsa har undersökts på individuell nivå (sambandet mellan individuell socialt kapital och hälsa på individnivå), ekologisk nivå (sambandet mellan kollektivt socialt kapital och hälsa på befolkningsnivå) samt på flera nivåer samtidigt, s.k. flernivå studier (sambandet mellan kollektivt socialt kapital och individuell hälsa) (Kawachi m.fl., 2008). En systematisk kunskapsöversikt om sambanden mellan socialt kapital och fysisk hälsa under åren 1996-2006 (Kim m.fl., 2008) identifierade drygt 50 artiklar varav majoriteten var ekologiska eller flernivå studier, medan endast åtta studier undersökte sambandet mellan socialt kapital och hälsa på individnivå. Detta speglar förmodligen

att attraktiviteten för socialt kapital inom folkhälsovetenskapen framförallt har kommit att handla om att studera sambandet mellan den omgivande miljön och hälsa, medan det redan finns en hel del kunskap om betydelsen av sociala nätverk och socialt stöd för hälsan. Hur sambanden mellan socialt kapital och hälsa ser ut har implikationer för praktiskt folkhälsoarbete. Om sambanden finns på individnivå, d.v.s. individer med stort socialt kapital har också bättre hälsa, bör interventioner inriktas på att stärka enskilda individers sociala kapital. Om det också finns ett positivt samband mellan områdesspecifikt socialt kapital och individuell hälsa bör interventioner också inriktas på att intervensera i den sociala miljön, såsom t.ex. att mobilisera socialt kapital i våra boendemiljöer.

Individuellt socialt kapital och hälsa

Studier om sambandet mellan individuellt socialt kapital och hälsa kan hänföras till ”nätverksapproachen” av socialt kapital, och därmed en sociologisk förståelseram av begreppet. Grundantagandet är att socialt kapital är en ojämnt fördelad resurs i ett samhälle och att fördelningen av socialt kapital också kan bidra till att förklara hälsans ojämlika fördelning mellan sociala grupper ett samhälle.

Rose (2000) studerade betydelsen av human- och socialt kapital för att förklara social ojämlighet i hälsa i Ryssland och fann att båda var betydelsefulla, men att tillgång till socialt kapital i högre utsträckning kunde förklara variation i självskattad hälsa. Hyppä

och Mäki (2001) fann att den svenskspråkiga minoriteten i Finland, som generellt skattar sin hälsa bättre än den finskspråkiga majoriteten, också hade högre tillgång till socialt kapital. Nyqvist m.fl. (2008) fann också att den svenskspråkiga minoriteten i Finland hade större tillgång till socialt kapital än den finskspråkiga majoriteten och fann ett samband mellan tillgång till socialt kapital och god självskattad hälsa för svenskspråkiga män men däremot inte för svenskspråkiga kvinnor. En studie från Umeåregionen (Eriksson m.fl., 2010) fann ett positivt samband mellan tillgång till både kognitivt och strukturellt socialt kapital och god självskattad hälsa, för både män och kvinnor oavsett utbildningsbakgrund. Sannolikheten att ha tillgång till socialt kapital skiljde sig dock åt mellan grupperna; sannolikheten för att ha tillgång till överbyggande socialt kapital var t.ex. fyrfaldigt högre för en person med universitetsutbildning, jämfört med en person med låg utbildning (grundskoleutbildning el. motsvarande).

Kollektivt socialt kapital och hälsa

Studier om sambandet mellan kollektivt (områdesspecifikt) socialt kapital och hälsa brukar hänföras till en ”sammälls- eller social sammanhållningsapproach” till socialt kapital (”social cohesion approach”). Dessa studier vilar framförallt på Putnams idéer om socialt kapital och attraktiviteten ligger i att förstå mer om hur våra omgivande miljöer inverkar på hälsan. Antagandet är här att skillnader i nivå av socialt kapital mellan olika platser kan bidra till förklaringar kring hälsans ojämlika fördelning mellan geografiska platser.

Kawachi m.fl. (1999) fann i en tidig studie från USA att individer bosatta i delstater med lågt socialt kapital hade högre odds (OR 1.4) för dålig självskattad hälsa, jämfört med individer bosatta i delstater med högt socialt kapital. Senare forskning har poängterat vikten av att kontrollera för tillgång till individuellt socialt kapital i den här typen av studier för att utreda huruvida resultaten speglar kontextuella eller enbart kompositionella faktorer. Senare studier kontrollerar därför ofta både för sociodemografiska faktorer samt för tillgång till individuellt socialt kapital (Engström m.fl., 2008). I en systematisk översikt om sambandet mellan kollektivt socialt kapital och självskattad hälsa fann Engström m.fl. (2008) att hälften, sju av 14 studier (publicerade mellan 1999-2007) visade på ett samband mellan brist på kollektivt socialt kapital (d.v.s. bosatt i områden med lågt socialt kapital) och dålig självskattad hälsa, åtminstone för några grupper i området. Flera studier har indikerat att sambandet mellan kollektivt socialt kapital och hälsa kan variera för olika sociala grupper, såsom t.ex. mellan olika etniska grupper (Engström m.fl., 2008; Kim m.fl., 2006), och mellan kvinnor och män (Kavanagh m.fl., 2006; Stafford m.fl., 2005; Eriksson m.fl., 2011).

I en systematisk kunskapsöversikt om sambanden mellan socialt kapital och fysisk hälsa under åren 1996-2006, konstaterar Kim m.fl. (2008) att det finns en relativt stor överensstämmelse kring att de starkaste sambanden finns mellan kognitivt (tillit) socialt kapital och fysisk hälsa. Detta samband har

också visat sig vara starkare på individnivå än på kollektiv nivå.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det idag finns relativt starkt stöd för ett positivt samband mellan individuellt socialt kapital och hälsa, framförallt självskattad hälsa (även om den här typen av studier är färre). Individer med stor tillgång till socialt kapital har också större sannolikhet för god hälsa. Däremot finns det i dagsläget inte lika starkt stöd för ett samband mellan kollektivt socialt kapital och individuell hälsa. Engström m.fl. (2008) betonar dock svårigheterna med att sammanfatta kunskapsläget inom detta område, pga. bristen på samstämmighet i hur kollektivt socialt kapital mäts, och i hur confounders hanteras. Huruvida det är positivt för hälsan att bo i ett område med stort socialt kapital verkar kunna skilja sig åt för olika befolkningsgrupper och i olika kontexter. Trots att det i dagsläget saknas en stark evidensbas för ett positivt samband mellan kollektivt socialt kapital och hälsa är hypotesen attraktiv, eftersom den potentiellt skulle kunna bidra till ny kunskap om vad som kännetecknar en ”hälsofrämjande miljö”.

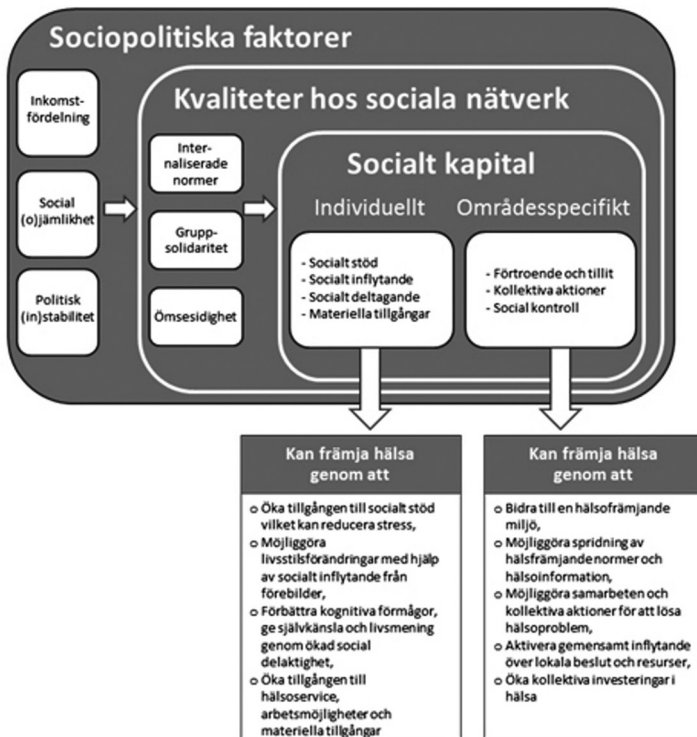
Förklaringsmodeller för sambanden mellan socialt kapital och hälsa

Om socialt kapital skall kunna användas i praktiskt folkhälsoarbete behöver vi veta mer om mekanismerna bakom dessa samband. På vilka sätt inverkar socialt kapital på hälsan, på individuell- respektive på kollektiv, områdesspecifk nivå? För att förstå vilka implikatio-

ner socialt kapital kan ha för praktiskt folkhälsoarbete krävs också en förståelseram för vilka förutsättningar som krävs för att socialt kapital skall kunna genereras. Figur 1 är ett försök att reda ut vilka förutsättningar som krävs för att socialt kapital skall kunna genereras, vilka effekter socialt kapital har på både individuell såväl som kollektiv (områdesspecifk) nivå, samt hur detta inverkar på hälsan.

Den yttersta rektangeln i figur 1 illustrerar hur sociopolitiska faktorer inverkar på uppbyggnaden av sociala nätverk och därmed socialt kapital. Hypotesen är att en sociopolitisk kontext som karaktäriseras av social och ekonomisk jämlikhet och politisk stabilitet underlättar uppbyggnaden av sociala nätverk som kännetecknas av ömsesidighet och solidaritet. Dessa specifika egenskaper hos sociala nätverk kan ses som källor till socialt kapital och illustreras i figur 1 av den mittersta rektangeln. Den innersta rektangeln belyser det faktiska sociala kapitalet på områdesspecifk respektive individuell nivå, d.v.s. vilka effekter förekomsten av sociala nätverk (kännetecknade av ömsesidighet och solidaritet) kan få för enskilda individer såväl som för hela lokalsamhällen. Den nedre delen av figur 1 illustrerar i sin tur hur dessa effekter av individuellt respektive områdesspecifikt socialt kapital kan främja hälsa.

Hypotesen om sambanden mellan socialt kapital och hälsa har kritiserats för att bortse från betydelsen av makrosociala, strukturella faktorer såsom t.ex. social och ekonomisk ojämlikhet



Figur 1. Sociopolitiska faktorer och nätverkskvaliteter som påverkar individuellt och områdesspecifikt socialt kapital, samt på vilket sätt dessa kan främja hälsa.

och dess inverkan på hälsa (Muntaner m.fl., 2000). Andra menar dock att det inte finns någon motsättning mellan strukturella faktorer och socialt kapital eftersom såväl strukturella faktorer som socialt kapital inverkar på människors möjligheter till god hälsa (Campbell, 2011). Szreter och Woolcock (2004) betonar att uppbyggnaden av och kvaliteten hos sociala nätverk styrs av sociopolitiska faktorer såsom t.ex. fördelningspolitik och politisk stabilitet. Internationella jämförelser visar att förhållandevis jämlika länder med en socialdemokratisk välfärdsregim har högre nivåer av socialt kapital jämfört med länder där inkomstklyftorna är större (Rostila, 2008). Antagandet är att ömsesidighetsnormer och solida-

ritet lättare utvecklas i sociala nätverk i sociopolitiska kontexter som kännetecknas av jämlik inkomstfördelning, social jämlikhet och politisk stabilitet. Den yttersta rektangeln i figur 1 illustrerar således hur "Sociopolitiska faktorer" inverkar på uppbygganden av sociala nätverk och de kvaliteter dessa nätverk utvecklar.

Flera teoretiker (Portes, 1998; Woolcock, 2001) har betonat vikten av att särskilja källorna från effekterna av socialt kapital, detta för att inte hamna i ett cirkelresonemang där "socialt kapital skapas av socialt kapital", d.v.s. deltagande i sociala nätverk leder till ömsesidighet och tillit, som i sin tur leder till social delaktighet. Portes (1998)

menar att människors motivation att ställa resurser till förfogande för andra utgör källorna till socialt kapital. Denna motivation styrs av de kvaliteter som kännetecknar nätverket. Enligt Portes (1998) kan människor ställa resurser till förfogande för andra som ett resultat av; 1) Internaliserade normer; för att uppträda på ett korrekt och förväntat sätt inom nätverket, 2) Solidaritet; för att man identifierar sig med andra som befinner sig i samma situation eller 3) Ömsesidighetsnormer; för att få något tillbaka på sikt. Den mittersta rektangeln i figur 1 illustrerar hur ”Kvaliteter hos sociala nätverk” kan ses som källor till socialt kapital.

Förekomsten av sociala nätverk som karaktäriseras av ömsesidighet och solidaritet får konsekvenser för såväl individer såväl som hela lokalsamhällen, vilket kan beskrivas som individuellt respektive kollektivt socialt kapital. Individuellt socialt kapital ökar tillfälligen till social delaktighet, men också möjligheterna att få tillgång till socialt stöd och socialt inflytande från förebilder i nätverket. Tillgången till materiella tillgångar kan också öka genom att individen får ta del av de samlade resurser som finns inom nätverken. Områdesspecifikt socialt kapital ökar förutsättningarna för att miljön skall präglas av tillit, trygghet och förtroende, dessutom underlättas möjligheterna för människor att gå samman i kollektiva aktioner för det allmännas bästa. Samtidigt ökar chanserna för social kontroll i en miljö där graden av social interaktion är hög.

Vilka mekanismer kan då förklara hur

individuellt och områdesspecifikt socialt kapital inverkar på hälsan? Den nedre delen av figur 1 illustrerar hur individuellt respektive områdesspecifikt socialt kapital kan främja hälsa. När det gäller förklaringar till sambanden mellan individuellt socialt kapital och hälsa finns flera hypoteser att hämta från forskningsområdet om sociala nätverk och hälsa. Berkman och Glass (2000) har sammanfattat området och menar att det mest uppenbara är att sociala nätverk ger tillgång till socialt stöd, vilket påverkar hälsan genom psykosociala, beteendemässiga och fysiologiska faktorer. Socialt stöd kan reducera stress och/eller skydda mot negativa effekter av stress vilket därmed främjar hälsan (Bartley, 2004). Vidare har studier visat att inflytande från förebilder har stor betydelse för att förändra hälsorelaterade normer och beteenden (Merzel & D’Afflitti, 2003). Tillgången till, och inflytande från förebilder ökar genom deltagande i sociala nätverk vilket därmed kan underlätta hälsorelaterade livsstilsförändringar. Dessutom ger socialt deltagande möjligheter att lära sig nya förmågor, vilket kan öka självkänsla (self efficacy) och ge livsmening, vilket kan ha positiv inverkan inte minst för mental hälsa (Berkman & Glass, 2000). Deltagandet i sociala nätverk kan även ge tillgång till arbets- och ekonomiska möjligheter med positiva effekter för hälsan. Slutligen kan social delaktighet underlätta tillgången till hälsoservice vilket har en direkt inverkan på hälsan (Berkman & Glass, 2000).

När det gäller förklaringar till sambanden mellan områdesspecifikt socialt

kapital och hälsa finns inte lika många etablerade hypoteser att ta hjälp av. En attraktiv förklaring är dock att områdesspecifikt socialt kapital kan förklara sambandet mellan inkomstjämlighet och hälsa på befolkningsnivå. Wilkinson's välkända studier (bl.a. 1996; 1999) visar att hälsan är bättre i samhällen med relativt jämlig inkomstfördelning. Det är inte de rikaste länderna som har den bästa folkhälsan, utan länder med låga nivåer av inkomstjämlighet. Wilkinson driver tesen att jämlika samhällen präglas av en miljö som karaktäriseras av tillit och social sammanhållning (d.v.s. kollektivt socialt kapital) och att det är detta som får positiva effekter för befolkningens hälsa (Wilkinson, 1999). Andra forskare har också argumenterat för att områden som karaktäriseras av socialt deltagande, tillit och ömsesidig hjälp och stöd mellan invånarna bidrar till en "hälsofrämjande miljö" genom att sådana egenskaper stödjer och underlättar hälsofrämjande livsstilar (Campbell & Jovchelovitch, 2000; Campbell, 2000). Kawachi m.fl. (1999) menar att spridningen av hälsofrämjande normer underlättas i ett område med högt socialt kapital, både pga. hög nivå av social interaktion mellan medborgarna, men också pga. möjligheter till stark social kontroll som kan förhindra oönskade (hälso)beteenden. Spridningen av hälsorelaterad information och kunskap underlättas också i ett område där graden av social interaktion och tillit är hög (Kim m.fl., 2008). Ytterligare en hypotes om hur områdesspecifikt socialt kapital kan inverka på hälsa har att göra med förmågan att samarbeta för att lösa kollektiva hälsoproblem.

Kawachi m.fl. (1999) menar att områden med högt socialt kapital är mer framgångsrika i att gå samman för det allmännas bästa. Detta gör också att dessa samhällen kan få ökat inflytande över lokala beslut och resurser, såsom t.ex. att kunna motverka indragningar i offentlig (hälso)service, vilket kan ha ett direkt inflytande på hälsa.

Figuren ovan illustrerar på vilka sätt individuellt och kollektivt socialt kapital kan främja, d.v.s. ha en positiv inverkan på hälsa. Att studera det sociala kapitalets potentiella positiva effekter på hälsan har också varit huvudsyftet i de flesta studier. Teoretiker inom området (Portes, 1998) såväl som empiriska studier har dock betonat att socialt kapital även kan ha negativa hälsoeffekter (se t.ex. Campbell m.fl., 2002; Mitchell & LaGory, 2002). På individnivå är det viktigt att betona att likväl som sociala nätverk kan reducera stress och därmed främja hälsa, kan deltagande även öka stress för dem som i högre grad förväntas ställa sina resurser till förfogande för andra (Kawachi & Berkman, 2001). Vidare behöver socialt inflytande inte nödvändigtvis leda i hälsofrämjande riktning; det sociala inflytandet kan också ha negativ inverkan på hälsan beroende på de normer som finns inom nätverket.

Beträffande områdesspecifikt socialt kapital är det viktigt att betona att starka normer och social sammanhållning kan leda till en hälsofrämjande miljö för vissa, medan andra kan exkluderas pga. att man inte lever upp till de normer som finns i området. Risken för att interventioner som syftar till att stärka

och mobilisera områdesspecifikt socialt kapital samtidigt leder till ökad social ojämlikhet och social exkludering kan utläsas ur flera studier (Campbell m.fl., 1999; Campbell & Mzaidume, 2001; Cattell, 2001; Wakefield & Poland, 2005; Eriksson m.fl., 2009).

Socialt kapital och hälsofrämjande interventioner

Vilken relevans har kunskapen om socialt kapital och hälsa för folkhälsofrämjande interventioner? Enligt Ottawakonventionen (WHO, 1986) handlar hälsofrämjande insatser om; ”den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över, och att förbättra sin hälsa”. Givet denna definition kan idéerna om socialt kapital användas på (minst) två sätt i planering, design och implementering av hälsofrämjande interventioner, dels för att ge insikt i hur individuellt socialt kapital kan stärkas för att främja hälsa, men också för att generera idéer om hur kollektivt socialt kapital kan mobiliseras för att främja hälsa.

Idén om betydelsen av att stärka individuellt socialt kapital som en hälsofrämjande strategi kan relateras till redan etablerad kunskap om ”sociala nätverksinterventioner”. Det är sedan tidigare känt att sociala nätverk kan användas för hälsofrämjande syften. Heaney och Israel (2002) diskuterar olika typer av sociala nätverksinterventioner och menar att dessa kan handla om att stärka redan existerande sociala nätverk, men också om att bygga upp nya stödjande sociala nätverk. Oavsett modell kräver dessa interventioner dock

en initial kartläggning av de potentiella stödjande nätverk som finns att tillgå för hälsofrämjande syften. Behovet av mer teoristyrda nätverksinterventioner har också efterfrågats (Heaney & Israel, 2002). Här kan socialt kapital bidra med potentiellt värdefulla idéer. Distinktionen mellan sammanbindande, överbyggande och länkande socialt kapital kan användas för att kartlägga vilka former av sociala nätverk som finns tillgängliga för olika grupper av människor. Campbell m.fl. (1999) fann i sin studie från Storbritannien att kvinnor i högre utsträckning hade tillgång till sammanbindande nätverk, medan män var mer involverade i överbyggande sociala nätverk. En svensk studie från Umeåregionen (Eriksson m.fl. 2010) fann det motsatta – män hade större tillgång till sammanbindande socialt kapital (mätt som goda grannrelationer) medan kvinnor hade större sannolikhet för tillgång till överbyggande socialt kapital (mätt som civilt engagemang och tillgång till ett socialt nätverk bestående av mer än 15 personer). Moss (2002) diskuterar hur mäns och kvinnors tillgång till sociala nätverk styrs av rådande genuskonstruktioner som t.ex. olika förväntningar på mäns och kvinnors involvering på arbetsmarknaden respektive hushållsarenan. Vidare kan idéerna om socialt kapital användas för att lyfta fram de potentiella riskerna med sociala nätverksinterventioner – såsom t.ex. att investeringskostnaderna kan blir högre än ”avkastningen” från deltagandet i sociala nätverk för vissa medlemmar. Kawachi och Berkman (2001) fann t.ex. i sin översikt om sambanden mellan sociala nätverk och psykisk hälsa

att de stödande effekterna av sociala nätverk var ojämnt fördelat, till nackdel för kvinnor som pga. rådande genuskonstruktioner förväntas investera mer i sociala nätverk än de kanske får tillbaka. Flera studier har också indikerat att högre socioekonomiska positioner ökar sannolikheten för tillgång till socialt kapital (Ziersch, 2005; Eriksson m.fl., 2010). Idéerna om socialt kapital, i synnerhet utifrån Bourdieus perspektiv, kan bidra med en ökad medvetenhet om människors ojämlika förutsättningar att ingå i sociala nätverk, vilket noggrant behöver beaktas i design och implementering av sociala nätverksinterventioner som syftar till att främja hälsa.

Antagandet om att socialt kapital kan mobiliseras på områdesnivå för att främja hälsa, kan relateras till approachen inom hälsofrämjande insatser som brukar benämnas "Lokalt utvecklingsarbete" ("community development"). Lokalt utvecklingsarbete från ett folkhälsoperspektiv handlar inte om att förebygga någon specifik sjukdom eller att främja något specifikt hälsoutfall, utan istället om att stärka lokalsamhällets egna förmågor att påverka sin miljö för att skapa förutsättningar för en hälsofrämjande livsmiljö (Mittelmark, 1999). Denna typ av interventioner bygger på principer om att stärka lokalt deltagande och att utgå från vad invånarna själva definierar som "problem", för att stärka lokalsamhällets egenmakt (empowerment) i att hitta lösningar på lokala problem (Minkler & Wallerstein, 2002). Dessa former av breda hälsofrämjande interventioner betonades också i Ottawa-

deklarationen, särskilt inom två av de fem insatsområden för hälsofrämjande insatser som lyftes fram, nämligen; "Att skapa hälsofrämjande miljöer", samt att "Stärka lokalt deltagande". Dock saknas det fortfarande mycket kunskap om vad som utgör en hälsofrämjande miljö, och hur lokalt deltagande kan stärkas i praktiken? Idéerna om kollektivt socialt kapital tros kunna användas som en utgångspunkt och "tankeram" för vad som utgör hälsofrämjande miljöer och för hur lokalt deltagande kan uppnås (Campbell & Gillies, 2001; Campbell & Jovchelovitch, 2000; Eriksson, 2010). Mobilisering av socialt kapital skulle därmed kunna ses som en målsättning för lokalt utvecklingsarbete för hälsofrämjande syften (Green & Kreuter, 1999). I dagsläget finns dock endast ett fåtal exempel på interventionsstudier som har använt socialt kapital för dessa syften. Semenza och Krishnasamy (2007) rapporterar från en hälsofrämjande intervention på bostadsområdesnivå i Oregon, USA, där interventionen handlade om insatser i den fysiska byggda miljön för att öka social interaktion mellan invånarna. Farquhar m.fl. (2005) beskriver ett annat lokalt utvecklingsprojekt i Orgeon, "Power for Health", som syftade till att angripa ojämlikhet i hälsa genom att stärka det lokala sociala kapitalet. Interventionen genomfördes bl.a. genom att noggrant kartlägga och bygga vidare på existerande resurser och sociala nätverk i lokalsamhället, samt genom att identifiera och involvera betrodda lokala invånare i interventionsaktiviteter som t.ex. folkbildningsinsatser. Flera forskare har betonat vikten av att vara medveten om de kontextuella

förutsättningar som finns för att mobilisera socialt kapital i ett specifikt område innan denna typ av interventioner implementeras. (Campbell & Gillies, 2001; Eriksson m.fl., 2009). En initial kartläggning av befintliga lokala (samanbindande) och mer överbyggande och länkade sociala nätverk kan t.ex. behövas för att mobilisera de krafter som behövs för att kollektivt lösa lokala problem.

Avslutande kommentar

Kunskapen om sambanden mellan socialt kapital och hälsa kan ha implikationer för folkhälsofrämjande insatser. Teoribildningen om socialt kapital som en individuell tillgång kan bidra till kunskap om hur sociala nätverksinterventioner bäst bör utformas för att främja hälsan hos målgruppen. Teorierna om socialt kapital som en områdesegenskap kan bidra till ny kunskap om vad som karaktäriserar en hälsofrämjande miljö och vad som krävs för att främja lokalt deltagande och hälsofrämjande miljöer. Således kan socialt kapital användas som ett ”teoretiskt verktyg” i planering och design av hälsofrämjande insatser på individ-, såväl som lokalsamhällelig nivå. Användningen av socialt kapital som ett verktyg i hälsofrämjande interventioner kräver dock en medvetenhet om människors ojämlika förutsättningar för att få tillgång till och dra fördel av sociala nätverk.

Referenser

- Bartley, M. (2004). *Health inequality. An introduction to theories, concepts, and methods.* Cambridge: Polity Press.
- Berkman, L.F. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L.F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology.* (pp 137-173). New York: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J.G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education.* (pp 241-258). Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Campbell, C. (2000). Social capital and health: contextualizing health promotion within local community networks. In S. Baron, J. Field & T. Schuller (Eds.), *Social capital: critical perspectives.* (pp 182-196). New York: Oxford University Press.
- Campbell, C. & Gillies, P. (2001). Conceptualizing ‘social capital’ for health promotion in small local communities: a micro-qualitative study. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 329-346.
- Campbell, C. & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10, 255-270.
- Campbell, C. & Mzaidume, Z. (2001). Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in South Africa. *American Journal of Public Health*, 91, 1978-1986.
- Campbell, C. Williams, B. & Gilgen, D. (2002). Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa. *Aids Care*, 14, 41-54.
- Campbell, C. Wood, R. & Kelly, M. (1999). *Social capital and health.* London: Health Education Authority.
- Campbell, C. (2011). Embracing complexity: towards more nuanced understandings of social capital and health. *Global Health Action*, 4:5964.

- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52, 1501-1516.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94(Suppl), 95-120.
- 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 & Medicine*, 66, 2268-2280.
- Eriksson, M. Dahlgren, L. & Emmelin, M. (2009). Understanding the role of social capital for health promotion beyond Putnam: a qualitative case study from northern Sweden. *Social Theory & Health*, 7, 318-338.
- Eriksson, M. Dahlgren, L., Janlert, U., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2010). Social capital, gender, and educational level - impact on self-rated health. *The Open Public Health Journal*, 3, 1-12.
- Eriksson, M., (2010). Social capital, health and community Action: implications for health promotion. Umeå: Umeå University. [Thesis PhD dissertation].
- Eriksson, M., Ng, N., Weinehall, L. & Emmelin, M. (2011). The importance of gender and conceptualization for understanding the association between collective social capital and health: a multilevel analysis from northern Sweden. *Social Science & Medicine*, 73, 264-273.
- Farquhar, S.A., Michael, Y.L. & Wiggins, N. (2005). Building on leadership and social capital to create change in 2 urban communities. *American Journal of Public Health*, 95, 596-601.
- Gittel, R. & Vidal, A. (1998). *Community organizing. Building social capital as a development strategy.* Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach.* Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.
- Harpham, T., Grant, E. & Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy and Planning*, 17, 106-111.
- Heaney, C.A. & Israel, B.A. (2002). Social networks and social support. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice.* (pp 185-209). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hyypä M.T. Mäki J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine*, 32, 148-155.
- Kavanagh, A.M., Bentley, R., Turrell, G., Broom, D.H. & Subramanian, S.V. (2006). Does gender modify associations between self-rated health and the social and economic characteristics of local environments? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 490-495.
- Kawachi, I. & Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78, 458-467.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187-1193.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Kim, D. (2008) Social capital and health: a decade of progress and beyond. In I. Kawachi, S.V. Subramanian & D. Kim, (Eds.), *Social Capital and Health.* (pp 1-26). New York: Springer.

- Kim, D., Subramanian, S.V., & 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 & Community Health*, 60, 116-122.
- Kim, D., Subramanian, S.V. & Kawachi, I. (2008). Social capital and physical health: a systematic review of the literature. In I. Kawachi, S.V. Subramanian & D. Kim (Eds.), *Social capital and health*. (pp.139-190). New York: Springer.
- Krishna, A. & Shrader, E. (2000). Cross-cultural measures of social capital: a tool and results from India and Panama. Social capital initiative, Working paper No. 21. Washington DC: The World Bank.
- Lomas, J. (1998). Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *implications Social Science & Medicine*, 47, 1181-1188.
- Merzel, C. & D’Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*. 93, 557-574.
- Minkler, M. & Wallerstein, N.B. (2002). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. (pp 279-311). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mitchell, C.U. & LaGory, M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community*, 1, 199-222.
- Mittelmark, M.B. (1999). Health promotion at the community level: lessons from diverse perspectives. In N. Bracht (Ed.) *Health promotion at the community level 2. New advances*. (pp 3-27). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Moss, N.E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women’s health. *Social Science & Medicine*. 54, 649-661.
- Muntaner, C., Lynch, J. & Davey Smith, G. (2000). Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health*, 10, 107-124.
- Nyqvist, F., Finnäs, F., Jakobsson, G. & Koskinen, S. (2008). The effect of social capital on health: the case of two language groups in Finland. *Health & Place*, 14, 347-360.
- Portes, A. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Reviews Sociology*, 24, 1-24.
- Portes, A. (2000). The two meanings of social capital. *Sociological Forum*, 15, 1-12.
- Putnam, R.D. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Robertson, A. (1999). Health promotion and the common good: theoretical considerations. *Critical Public Health*, 9, 117-133.
- Rose, R. (2000) How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine*, 51,1421-1435.
- Rostila, M. (2008). *Healthy bridges. Studies of social capital, welfare, and health*. Stockholm: Stockholm University [Thesis].
- Schuller, T., Baron, S. & Field, J. (2000). Social capital: a review and critique. In S. Baron, J. Field & T. Schuller (Eds.), *Social capital: critical perspectives*. (pp 1-38). New York: Oxford University press.

tema

- Semenza, J.C. & Krishnasamy, P.V. (2007). Design of a health- promoting neighborhood intervention. *Health Promotion Practice*, 8, 243-256.
- Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A. & Marmot, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighborhood environment. *Social Science & Medicine*, 60, 1681-1692.
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33, 650-667.
- Wakefield, S.E.L. & Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine*, 60, 2819-2832.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. New York: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (1999). Health, hierarchy, and social anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 48-63.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research*, 2, 11-17.
- Ziersch, A.M. (2005). Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Social Science & Medicine*.