



EKONOMI
HÖGSKOLAN
Lunds universitet

Nationalekonomiska Institutionen
Lunds Universitet
Magisteruppsats 10 poäng

Effekten av Socialt Kapital på Hälsa

Författare: Maria Kronogård

Handledare: Carl Hampus Lyttkens

Förord

Hösten 2006 hade jag praktik på hälso- och sjukvårdsledningen på Region Skåne. Under min praktik fick jag möjlighet att ta del av ett datamaterial från en enkätundersökning som Region Skåne genomfört under 2004. Det fanns en önskan från Region Skåne att jag skulle använda mig av datamaterialet från det hälsorelaterade livskvalitetsmättet EQ-5D. Arbetet innebar att jag fick lära mig statistikprogrammet SPSS 14,0. Arbetet med uppsatsen för Region Skåne innebar också att jag fick möjlighet att sitta på avdelningen för kliniska vetenskaper och social epidemiologi på universitets sjukhuset i Malmö. Där fick jag hjälp av Juan Merlo¹ med att skapa variablerna och beskriva den ekonometriska metoden som skulle användas i uppsatsen. Genom samarbetet med Juan Merlo lärde jag mig mycket, om både SPSS, samhällsmedicin, och socialt kapital vilket varit värdefullt för arbetet med min uppsats.

¹ Professor i Samhällsmedicin, Inst. för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Regionöverläkare i Hälso- och sjukvårdsepidemiologi, Region Skåne

Sammanfattning

Individens hälsa har stor betydelse för hennes välmående och livskvalitet. Hälsa definieras utifrån fysiska, psykiska och sociala faktorer. Idag vet vi att individens hälsa påverkas av ett flertal faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvårdens nuvarande ramar. En av de faktorer som anses påverka individens hälsa sammanfattas inom begreppet socialt kapital. Socialt kapital är ett resultat av att individer, grupper och organisationer investerat i resurser vilka bidragit till att utveckla goda sociala relationer. Socialt kapital är faktorer i den sociala organisationen som underlättar vid gemensamt samarbete. Det sociala kapitalet består av bland annat socialt nätverk, social trygghet, social delaktighet, medborgerligt engagemang, förtroende, delaktighet och gemensamma normer och värderingar. Det sociala kapitalet antas påverka individens hälsa dels genom information som sprids genom det sociala nätverket, dels genom normer och värderingar vilket påverkar individens hälsorelaterade beteende och dels genom det sociala stödet som ger individen trygghet och praktiskt stöd. I denna uppsats undersöks om det sociala kapitalet i form av socialt deltagande, tillit till andra människor och politiskt förtroende påverkar individens hälsa. Hälsan mäts genom det hälsorelaterade livskvalitetsmättet EQ-5D. Resultaten visar att ett flertal faktorer påverkar hälsan, däribland det sociala kapitalet.

Nyckelord:

EQ-5D, Socialt kapital, Hälsorelaterad livskvalitet, Region Skåne, Binär logistisk regression

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5-6
1.1 Syfte.....	6
1.2 Avgränsningar.....	6-7
1.3 Disposition.....	7
2. Hälsa och livskvalitet.....	8
2.1 Är hälsa och livskvalitet synonymt.....	8-10
2.2 Svårigheter vid mätning av livskvalitet.....	10
3. Hälsa definierat genom EQ-5D.....	11
3.1 Instrumentets uppbyggnad.....	12-13
3.2 Viktning genom Time Trade-Off metoden.....	13-15
3.3 Beräkning av hälsotillstånd.....	15-17
3.4 För- och nackdelar med EQ-5D.....	17-18
4. Hälsans sociala dimension.....	19
4.1 Socialt kapital.....	19-22
4.2 Teorier om socialt kapital och dess effekt på hälsa.....	22
4.2.1 Durkheim – pionjären som fortfarande är aktuell.....	22-23
4.2.2 Putnam.....	23-26
4.2.3 Berkman.....	26-28
4.3 Studier kring socialt kapital och hälsa.....	28-29
4.3.1 Roseto.....	29-30
4.3.2 Electricity of France – Gas of France.....	30-31
4.3.3 Socialt kapital och hälsorelaterad livskvalitet.....	31
4.3.4 Socialt kapital och tobakskonsumtion.....	31-32
4.4 Socialt kapital utifrån enkäten i Region Skåne.....	33-34
4.5 Andra faktorer som påverkar individens hälsa.....	34-35
5. Empiriskt material och metod.....	36
5.1 Data.....	36
5.2 Metod.....	37-40
5.3 Deskriptiv statistik.....	40-45
5.4 Ekonometrisk modell.....	45-47
6. Resultat.....	48-52
7. Diskussion.....	53-57
8. Referenser.....	58-61
Bilaga 1.....	62-65
Bilaga 2.....	66

1. Inledning

Under 1800-talet berodde förbättringarna i befolkningens hälsa till stor del på förbättrat näringsintag och ett utvecklat sanitetssystem. Under 1900-talet var den förbättrade hälsan i stor utsträckning ett resultat av ny kunskap och teknologi, som t.ex. vaccinationer och förebyggande vård. Farorna mot individens hälsa har delvis ändrat karaktär och de bakomliggande orsakerna ser annorlunda ut. (World Bank Group, Social Capital Initiative) Begreppen hälsa och livskvalitet har fått allt fler beröringspunkter. För att kunna ta reda på vilka faktorer som påverkar hälsan krävs det en definition av vad begreppet hälsa omfattar. World Health Organisation (WHO) har definierat hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Hälsa innefattar alltså mer än frånvaron av fysisk sjukdom eller handikapp. Psykiska och sociala faktorer utgör på samma sätt en viktig del av individens hälsa. Om ovanstående definition anses vara en korrekt tolkning av begreppet hälsa så innebär det att befolkningens hälsa måste mätas utifrån ett flertal olika aspekter. Exempelvis får faktorer som arbets- och boendemiljö, fritidsaktiviteter, kulturarrangemang, frivilligorganisationer och politiskt och socialt deltagande, förtroende och tilltro en mer mångtydig betydelse. Dessa faktorer handlar inte enbart om demokratisk utveckling, högre levnadsstandard och livskvalitet utan är faktorer som även måste beaktas i förhållande till individens hälsa.

Välutvecklade horisontella nätverk såsom; idrottsklubbar, frivilligorganisationer och fackföreningar, samt individernas upplevelse av samhörighet, tillit och förtroende gentemot samhället och andra medborgare är faktorer som brukar sammanfattas under begreppet socialt kapital. Putnam (2000) skriver att socialt kapital är en grundläggande faktor för både samhället som helhet och för olika grupper inom samhället. Han definierar socialt kapital som dels att den enskilda individen har en känsla av samhörighet och tillit till samhällets olika institutioner och dels som medborgerligt engagemang och gemensamma normer. Putnam (2000) menar att det sociala kapitalet i samhället har en avgörande betydelse för både samhällsutvecklingen och individens hälsa och välbefinnande. (Putnam 2000:344)

För att mäta befolkningens hälsa med hänsyn till ovanstående definition krävs att hälsan inte enbart mäts utifrån exempelvis medellivslängden. För att fånga upp fler aspekter av individens hälsa har det utvecklats olika instrument som mäter hälsan utifrån ett flertal perspektiv. EQ-5D är ett hälsorelaterat livskvalitetsmått som mäter individens hälsa utifrån rörlighet, hygien, vardagliga aktiviteter, smärta/besvär och oro/nedstämdhet. De fem dimensionerna avser att mäta både den fysiska, psykiska och sociala hälsan.

Region Skåne har löpande gjort folkhälsoundersökningar. Den senaste genomfördes 2004 och avsåg att undersöka den skånska befolkningens hälsa, levnads- och miljöförhållanden och vårdkontakter. Frågorna används som underlag för denna uppsats. Bland annat används det hälsorelaterade livskvalitetsmättet EQ-5D som ett mått på individens hälsa.

1.1 Syfte

Under senare år har det lyfts fram att olika aspekter som brukar sammanfattas med begreppet socialt kapital, har en betydelse för individens hälsa. Synsättet grundar sig på att man i större utsträckning ser individen utifrån ett helhetsperspektiv där både fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska faktorer spelar roll för individens välmående och hälsa. Syftet med uppsatsen är att undersöka om socialt kapital ökar sannolikheten för att individen har en god hälsa. Politiskt förtroende, tillit till andra människor och socialt deltagande är utvalda aspekter som ingår i begreppet socialt kapital.

Påverkar socialt deltagande, tillit till andra människor och förtroende för politiker individens hälsa?

1.2 Avgränsningar

Uppsatsen fokuserar på att undersöka om valda faktorer inom begreppet socialt kapital har någon inverkan på individens hälsa. Med andra ord vill jag undersöka om socialt kapital

bidrar till en god hälsa. EQ-5D ger ett index från 0 till 1. Där 0 tolkas som död och 1 som full hälsa. I denna uppsats har det gjorts en uppdelning mellan de individer som har 1 i EQ-5D index och de som har mindre än 1. Detta innebär att all den information som måttet ger inte används fullt ut. Till exempel skulle EQ-5D kunna användas för att analysera om olika befolkningsgrupper utmärker sig inom någon av de fem dimensionerna. EQ-5D används här istället som ett instrument för att mäta full hälsa utifrån en bredare definition.

1.3 Disposition

Uppsatsen har inletts med en introduktion, syfte och avgränsningar. Del två kommer närmare att diskutera hälsa och livskvalitet och de svårigheter som förekommer i samband med definiering och mätning av dessa begrepp. Det tredje kapitlet beskriver uppbyggnaden av instrumentet EQ-5D och hur det går till att ta fram ett index på individens hälsa. I del fyra diskuteras närmare den sociala dimensionens betydelse för individens hälsa och de teorier som utvecklats kring begreppet socialt kapital. I det femte kapitlet redovisas empiriskt material och den ekonometriska metoden. Som avslutning följer resultaten med tillhörande diskussion. Längst bak i uppsatsen finns bilagor över frågor samt en figur som tillhör avsnitt 4.3.3

2. Hälsa och Livskvalitet

Ur ett historiskt perspektiv har forskning kring livskvalitet främst fokuserat på ekonomiska aspekter. Under senare tid har även sociala och psykologiska aspekter av individens hälsa och livskvalitet i högre grad uppmärksammats. (Naess 1989: 9) Generellt relateras livskvalitet till människan och anses vara något positivt. Den positiva andemeningen av livskvalitet refererar oftast inte till något normativt ställningstagande utan snarare till välfärd och välmående. Naess (1989) refererar till Raoul Norells bok *The Moral Oder* (1981). Norell ansåg att Norge var det land som hade högst livskvalitet i västvärlden. Han definierade och mätte livskvalitet genom att undersöka bland annat levnadsstandard, spädbarnsdödlighet, ojämlikheter i inkomst och självmordsstatistik. Han fick sedan fram ett index för den samhälleliga livskvaliteten. Om livskvalitet istället utgår från individen så är det mer vanligt att faktorer som individens levnadsstandard, inkomst, utbildning och arbetsförhållanden undersöks. Livskvalitet kan också definieras utifrån individens egna perspektiv där bland annat lycka och välmående är de huvudsakliga faktorerna. (Naess 1989: 9) Alfredsson (2002) menar att livskvalitet egentligen inte är möjligt att mäta. De definitioner på begreppet som finns tillgängliga är nödvändiga konstruktioner för att möjliggöra mätning och jämförelser av livskvalitet mellan individer. (Alfredsson 2002:2)

2.1 Är hälsa och livskvalitet synonymt

Begreppet hälsorelaterad livskvalitet har i diskussioner kring folkhälsoinsatser samt rörande prioritering, planering och utvärdering av hälso- och sjukvården fått en allt mer framträdande roll. Den hälsorelaterade livskvaliteten kan delas upp i en objektiv och en subjektiv del. I den objektiva delen ingår olika funktionella faktorer såsom dagliga göromål, att klä på sig, att klara av sitt arbete, hushållssysslor och förmågan att umgås med vänner och familj.² Till det

² Se och jämför med dimensionerna 1-3 i frågeformuläret för EQ-5D på sidan 12

subjektiva området hör välmående.³ Detta har sin utgångspunkt i individens egen upplevelse av hur hon mår och känner sig. Hälsorelaterad livskvalitet åsyftar oftast den effekt som hälsan har på människans välmående och hennes förmåga att fungera i livet. Vanligen avses den fysiska, mentala och sociala funktionsförmågan. Genom att mäta den hälsorelaterade livskvaliteten försöker man fånga upp både funktionella faktorer och individens välmående. (Eriksson, Nordlund 2002:1) Världshälsoorganisationens definition på hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande har många likheter med definitionen på hälsorelaterad livskvalitet. Skillnaden mellan att mäta individens hälsorelaterade livskvalitet eller hälsa är därför relativt liten.

Det finns flera anledningar till varför det blivit allt viktigare att mäta befolkningens hälsa och livskvalitet. Brooks (1991) anger i huvudsak fyra anledningar. För det första har det blivit mer vanligt förekommande med olika kroniska sjukdomar. Mätning av mortalitet ger oss ingen information om hur individen mår. För det andra har det under de senaste årtiondena utvecklats nya tekniker som kan förbättra och förlänga livet. Men ökad livslängd bör kanske inte ske på bekostnad av individens välmående. För det tredje ökar kostnaderna för hälso- och sjukvården och eftersom det inte finns oändliga resurser att finansiera sjukvården med behövs ett system för att mäta kostnader och utfall från olika behandlingar och mediciner. Till sist har det framförts att individen inte enbart skall betraktas utifrån sitt hälsotillstånd. Det behövs ett helhetsperspektiv som förutom medicinska faktorer även innefattar exempelvis individens sociala funktionsförmåga. (Brooks 1991:9)

Det har utvecklats ett flertal instrument för att mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. I Region Skånes enkätundersökning från år 2004 används det hälsorelaterade livskvalitetsmättet EQ-5D som är ett av de mest använda måtten för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Det finns både generella och sjukdomsspecifika instrument. De specifika måtten är gjorda för vissa patientgrupper och mäter hälsan hos individer med speciella sjukdomstillstånd. De generella måtten kan användas i alla typer av populationer eftersom de definierar hälsorelaterad livskvalitet utifrån ett vidare perspektiv. Generella mått har fördelen att det är möjligt att göra jämförelser mellan olika befolkningsgrupper. De två mest använda generella måtten är EQ-5D och SF-36. SF-36 är ett profilmått som genererar en hälsoprofil utifrån åtta olika områden av hälsan. EQ-5D är ett preferensmått som istället ger två

³ Se och jämför dimensionerna 4-5 i frågeformuläret för EQ-5D på sidan 12

indexvärden, en livskvalitetsvikt och en självskattning av hälsan. (Eriksson och Nordlund 2002:1)

2.2 Svårigheter vid mätning av hälsa och livskvalitet

När det gäller mätning av hälsorelaterad livskvalitet finns det fyra generella problem att ha i åtanke. För det första har de begreppsmässiga ramarna för livskvalitet (och även hälsa) ofta varit diffusa. Det har inneburit att det varit svårt att finna en gemensam definition på vad som är en bra respektive mindre bra livskvalitet (och hälsa). För det andra har olika undersökningar ofta inte varit möjliga att jämföra på grund av oenighet gällande specifika indikatorer. För det tredje har det funnits svårigheter att konstatera samband mellan orsak och verkan i termer av livskvalitet. Förändringar vad gäller livskvalitetsindikatorer kan till exempel ha ett samband med förändringar inom social- och välfärdspolitik. Det har varit besvärligt att fastställa om sådana resultat har berott av politiska beslut, utveckling inom vården eller på faktorer som har att göra med exempelvis ekonomiska förändringar. För att påvisa att det finns ett kausalt samband mellan förändringar i samhället och förändringar i livskvalitet och/eller hälsa krävs det att metodologiska problem kan tacklas, detta gäller särskilt för olika skensamband. Till sist så finns det svårigheter kring hur man ska koppla samman objektiva mätningar och subjektiva värden. (Richt 1994:27)

3 Hälsa definierat genom EQ-5D

EuroQol är en grupp bestående av forskare från olika länder som tillsammans har utarbetat verktyget EQ-5D. EQ-5D mäter den hälsorelaterade livskvaliteten och är tänkt som ett komplement till andra instrument som mäter livskvaliteten. EQ-5D ger ett kardinalt mått på den hälsorelaterade livskvaliteten vilket innebär att det finns möjlighet att använda sig av måttet i utvärdering av sjukvården. (Brooks och de Charro 1996:53-72) Den första utgåvan av instrumentet blev färdig 1990. Idag är EQ-5D översatt till 19 olika språk och används i ett flertal länder. EQ-5D har använts både i befolkningsundersökningar och i kliniska studier. Inom det kliniska området har EQ-5D använts inom 116 olika sjukdomsområden och har ofta använts som ett komplement till ett sjukdomsspecifikt instrument. (Möller Pedersen *et al* 2003:96).

EQ-5D är ett av tre olika preferensbaserade instrument som mäter den hälsorelaterade livskvaliteten. Quality of Well-Being (QWE), Health Utilities Index (HUI) och EuroQol (EQ-5D). SF-36, Sickness impact Profile och Nottingham Health Profile mäter också den hälsorelaterade livskvaliteten men är så kallade generella instrument. Skillnaden mellan generella och preferensbaserade instrument är att de preferensbaserade instrumenten genererar ett numeriskt index som reflekterar det sociala värdet för ett visst hälsotillstånd. De numeriska värdena kan sedan användas för att beräkna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). Generellt kan man säga att den preferensbaserade tillämpningen utgår ifrån att det sociala värdet eller ”nyttan” av ett hälsotillstånd är det samma som värdet av livskvaliteten hos de individer som befinner sig i det aktuella hälsotillståndet. Värdet eller nyttan av ett hälsotillstånd är uttryckt i en skala från 0 till 1. 0 anger nyttan för ”hälsotillståndet” död och 1 är nyttan för hälsotillståndet ’perfekt hälsa’. En hälsostatus med låg livskvalitet genererar alltså också en lägre nytta på denna skala. (Prieto och Sacristán 2004:1-2)

3.1 Instrumentets uppbyggnad

EQ-5D består av tre delar. Den första delen innehåller frågor om socioekonomisk bakgrund. Den andra delen innehåller ett frågeformulär med fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Varje dimension är indelad i tre nivåer: 1 motsvarar ”inga besvär”, 2 motsvarar ”vissa besvär” och slutligen nivå 3, vilket motsvarar ”svåra besvär” (Brooks och de Charro 1996:53-72). Fem frågor med tre svarsalternativ innebär att det totalt finns ($5^3=$) 243 olika hälsotillstånd för att beskriva individens hälsorelaterade livskvalitet.

Figur 1. Frågeformulär för EQ-5D

Markera genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här <input checked="" type="checkbox"/>) , vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd idag:	
Rörlighet	
Jag går utan svårigheter	<input type="checkbox"/>
Jag kan gå men med viss svårighet	<input type="checkbox"/>
Jag är sängliggande	<input type="checkbox"/>
Hygien	
Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning	<input type="checkbox"/>
Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv	<input type="checkbox"/>
Jag kan inte klä eller tvätta mig själv	<input type="checkbox"/>
Huvudsakliga aktiviteter	
Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Smärtor/besvär	
Jag har varken smärtor eller besvär	<input type="checkbox"/>
Jag har måttliga smärtor eller besvär	<input type="checkbox"/>
Jag har svåra smärtor eller besvär	<input type="checkbox"/>
Oro/nedstämdhet	
Jag är inte orolig eller nedstämd	<input type="checkbox"/>
Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning	<input type="checkbox"/>
Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd	<input type="checkbox"/>

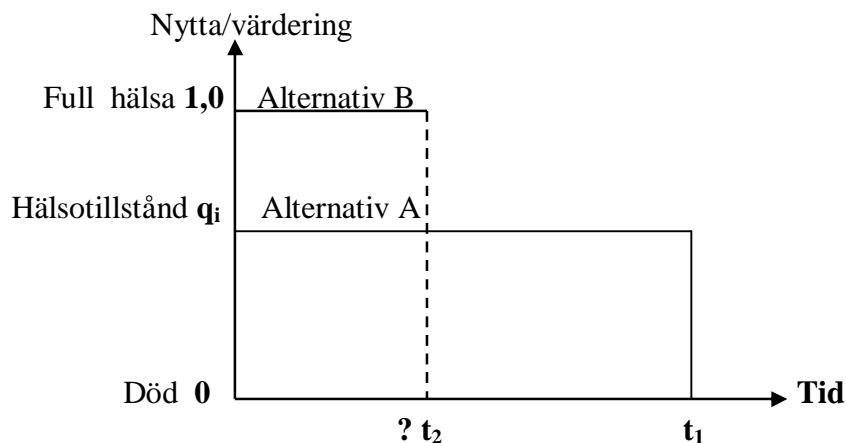
Om individen svarar att hon har ”inga besvär” inom samtliga fem områden har hon ett hälsotillstånd som motsvarar 11111 och ett EQ-5D index som är lika med 1. På motsvarande

sätt får en individ som svarar ”inga besvär” i de två första frågorna, ”måttliga eller vissa besvär” på fråga tre och fyra, samt ”svåra besvär” på fråga fem, ett hälsotillstånd som motsvarar 11223. Den sista delen i EQ-5D består av en termometerliknande skala som är graderad från 0 till 100. 100 är bästa tänkbara hälsa och 0 är sämsta tänkbara hälsa. Bredvid termometern finns en ruta vari det står ”Ditt nuvarande hälsotillstånd” Svaranden ombeds att dra en linje från rutan till termometern och på så sätt ange ett numerisk värde på sitt nuvarande hälsotillstånd. I denna uppsats används endast den andra delen av EQ-5D.

3.2 Viktning genom Time Trade-Off metoden

För att kunna få fram ett index från de 243 olika hälsotillstånden som EQ-5D genererar måste hälsotillstånden värderas på något sätt. I Storbritannien har forskare genom intervjuer med ett representativt urval av befolkningen kunnat göra en värdering av de olika hälsotillstånden som EQ-5D ger. Forskarna ansåg att det var omöjligt för de intervjuade individerna att värdera 243 olika hälsotillstånd och därför valdes de som var vanligast förekommande ut. (Greiner et al 2005:126) Metoden som användes för att värdera hälsotillstånden i Storbritannien var Time Trade-Off (TTO). För varje hälsotillstånd som skulle värderas presenterades två olika hälsotillstånd för intervjupersonen. Alternativ A (se punkt q_i i figur 2) motsvarar exempelvis hälsotillståndet 11223. Detta tillstånd varar under en tid motsvarande t_1 varefter individen sedan dör.

Figur 2. Viktning genom Time Trade-Off



Källa: Möller Pedersen *et al* 2003 s 61

Alternativ B motsvarar hälsotillståndet 11111 (full hälsa) under tiden t_2 varefter individen dör. Punkten för *Full hälsa* 1,0, punkten *Hälsotillstånd* q_i längs axeln för nytta/värdering och punkten t_1 längs tidsaxeln är alla fasta punkter. Punkten t_2 som anger tiden som individen har i full hälsa går dock att flytta. Syftet är att finna fram till den punkt längs tidsaxeln då individen värderar hälsotillståndet A (11223) under en tidsperiod, t_1 , likvärdig med att leva i full hälsa, Alternativ B (11111) under kortare tid, t_2 . Individen ska alltså vara indifferent mellan alternativ A och B. På så sätt genereras en värdering av ett visst hälsotillstånd genom att det jämförs med full hälsa. Jämförelsen upprepas sedan med ett nytt hälsotillstånd (exempelvis 11122) varefter detta jämförs mot alternativ B och så vidare. (Möller Pedersen et al 2003:62)

Det finns två svårigheter vid intervjuerna som kan vara värda att uppmärksamma. Dels ombeds individen att förhålla sig till ett hypotetiskt hälsotillstånd vilket för en del är en okänd och ovanlig situation. Dels kan det vara svårt att helt och hållet förstå och uppfatta hälsotillståndet på rätt sätt. (Möller Pedersen 2003:62) Exempelvis kan det vara svårt för individen att förhålla sig till och tolka påståenden som ”jag kan gå med viss svårighet” eller ”jag är i högsta grad orolig eller nedstämd”. För att avhjälpa svårigheter i att tolka de olika hälsotillstånden har EuroQol tagit fram olika definitioner på vad som menas med ’att gå omkring’ eller ’att vara bunden till sängen’.

Exempelvis definieras ’Att gå omkring’ av EuroQol som:

The ability to walk or move about independently from one place to another, both inside and outside. It does not refer to walking about an object such as a building. ... Walking does not refer to running, strenuous activities, country walks or sport.

’Att vara sängliggande’ definieras som:

Restricted to staying in bed (except to use the toilet). It includes being confined to a chair (but not wheelchair) all day. This can be a long-term condition or short term (e.g. in bed because of influenza)

Källa: Möller Pedersen et al 2003:192-193

Ovanstående förklaringar har varit tillgängliga för intervjupersonerna då viktningen av de olika hälsotillstånden gjorts. För de som besvarar frågeformuläret finns dock inga sådana förklaringar av vad som avses med ”att vara sängliggande” eller ”att gå omkring”.

3.3 Beräkning av hälsotillstånd

Genom TTO-metoden har vikter räknats fram för de olika hälsotillstånden. Vikterna används sedan för att räkna fram ett index för vart och ett av de 243 olika hälsotillstånden. Utifrån de framtagna vikterna är det tydligt att den fjärde dimensionen smärtor/besvär anses påverka hälsan i störst utsträckning. På nivå 2 finns den största skillnaden mellan huvudsakliga aktiviteter, som har den lägsta vikten, och smärtor/besvär som har den högsta vikten.

Figur 3. Koefficienter för beräkning av olika hälsotillstånd

EQ-5D dimension	Koefficient
Rörlighet	
Nivå 2	0,069
Nivå 3	0,314
Hygien	
Nivå 2	0,104
Nivå 3	0,214
Huvudsakliga aktiviteter	
Nivå 2	0,036
Nivå 3	0,094
Smärtor/besvär	
Nivå 2	0,123
Nivå 3	0,386
Oro/nedstämdhet	
Nivå 2	0,071
Nivå 3	0,236
Konstant, används om individen inte har full hälsa	0,081
N3-term, används om minst en av dimensionerna är på nivå 3	0,269

Den Brittiska studien är den största och mest omfattande när det gäller framtagande av vikter för EQ-5D. Trots detta är det viktigt att komma ihåg att det kanske inte alltid ger en

rättvisande bild att använda vikter framtagna från en annan befolkning. Det kan ifrågasättas hur stor inverkan nationella och kulturella skillnader har för hur befolkningen värderar olika hälsotillstånd. Greiner et al (2005) menar därför att det finns ett behov av att ta fram individuella vikter för olika länder som använder sig av EQ-5D för att få en så rättvisande bild som möjligt. (Greiner et al 2005:124) Eriksson och Nordlund (2002) skriver att även om det finns vissa skillnader så är ändå likheterna mellan hur hälsotillstånden värderas i olika länder större än olikheterna. (Eriksson och Nordlund, 2002:4-5) I Sverige har man inte genomfört någon studie med nationell viktberäkning så därför används resultaten från den brittiska studien för att beräkna EQ-5D index i Sverige (Burström et al 2002:11).

Figur 4. Beräkning av livskvalitetsvikt för hälsotillståndet 11223

Full hälsa		1,000
Jag går utan svårigheter	(nivå 1)	-0,000
Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning	(nivå 1)	-0,000
Jag har vissa problem att klara av mina huvudsakliga aktiviteter	(nivå 2)	-0,036
Jag har måttliga smärtor eller besvär	(nivå 2)	-0,123
Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd	(nivå 3)	-0,236
Konstant (eftersom individen inte har full hälsa)		-0,081
N3-term (eftersom minst en av dimensionerna är på nivå 3)		-0,269
Livskvalitetsvikt för hälsotillståndet 11223		= 0,255

Figur 4 visar hur det går till att beräkna ett EQ-5D index för ett specifikt hälsotillstånd. För dimensionerna rörlighet och hygien har nivå 1 angetts, det vill säga individen har inga problem inom dessa områden och därför finns inte heller någon koefficient som ska dras ifrån. För dimensionerna vardagliga aktiviteter och smärtor/besvär har nivå 2 angetts och motsvarande koefficienter dras därför ifrån talet 1. För den sista dimensionen, oro/nedstämdhet har individen svarat att hon angett nivå 3. Motsvarande koefficient samt en

så kallad N3-term dras också ifrån. Till sist subtraheras även en konstant och det slutgiltiga EQ-5D indexet för hälsotillståndet 11223 blir 0,255.

3.4 För- och nackdelar med EQ-5D

Fördelen med EQ-5D är att det är möjligt att göra hälsoekonomiska analyser utifrån de 243 olika hälsotillstånden. Måttet ger ett samlat index och om olika studier har använt samma vikter är det enkelt att göra jämförelser mellan olika länder eller olika befolkningsgrupper. Användningen av EQ-5D kräver inga personliga intervjuer utan kan enkelt fyllas i av den enskilda individen. Trots att frågeformuläret är så kort så täcker det ändå in relativt många aspekter av individens hälsorelaterade livskvalitet.

När EQ-5D används i en befolkningsundersökning finns inte definitionerna över vad som menas med "att vara sängliggande" eller "att gå omkring" med. Det kan därför vara svårt för individerna som besvarar frågorna att veta exakt vad som avses i svaren för de olika nivåerna. Till exempel är en individ som är rullstolsbunden inte nödvändigtvis sängliggande. Frågan om rörlighet kan i ett sådant fall vara svårt att besvara eftersom varken nivå 2 ("Jag kan gå med viss svårighet") eller nivå 3 ("Jag är sängliggande") riktigt passar in på individens situation. Svaren för dimensionerna smärtor/besvär och oro/nedstämdhet kan vara invecklade att tolka eftersom de ger utrymme för en större godtycklighet. Det kan vara svårt för en individ att tolka vad som menas med exempelvis "Jag är orolig/nedstämd i viss utsträckning" eller "Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd". Betyder det en gång per vecka, varje dag eller bara i specifika situationer? Individen ska svara utifrån så som hon bedömer sitt hälsotillstånd idag. Frågan är om en individ som tillfälligt är orolig eller nedstämd men som i vanliga fall inte alls anser sig vara orolig eller nedstämd snarare svarar utifrån eller helhetsperspektiv än utifrån hur orolig hon är just idag.

Ett EQ-5D index som är lika med 1 motsvarar full hälsa och ett index lika med 0 ska motsvara död. Det finns dock ett antal hälsotillstånd som genererar ett värde som är mindre än 0 (t ex hälsotillståndet 22333 ger ett index = - 0,239) och därför värderas som värre än att vara död.

Hälsotillstånd som värderas som värre än att vara död anses vara svåra att hantera eftersom det kan ifrågasättas om det är möjligt att värdera ett hälsotillstånd som värre än att vara död. Hanteringen och värderingen av tillståndet död har diskuterats under en längre tid. En del menar att man ska sätta alla hälsotillstånd som är lägre än 0 lika med 0, vilket jag också gjort i denna uppsats.(Eriksson och Nordlund 2002:5)

4 Hälsans sociala dimension

I inledningen introducerades läsaren för begreppet socialt kapital och dess inverkan på samhället och individen. Efter att närmare har diskuterat hälsa och livskvalitet samt beskrivit hur det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet EQ-5D ser ut och fungerar ska jag nu fokusera på socialt kapital. Som en introduktion diskuteras hur socialt kapital kan definieras och delas in. Därefter presenteras tre olika teorier kring hur det sociala kapitalet kan tänkas påverka individens hälsa samt fyra olika studier som alla undersöker det sociala kapitalets effekter på hälsan. Efter detta redovisas de faktorer som hämtats från enkätundersökningen i Region Skåne och som i denna uppsats används som indikatorer på socialt kapital. Som avslutning diskuteras vilka andra faktorer som kan tänkas påverka individens hälsa.

4.1 Socialt Kapital

Demokrati och ekonomisk tillväxt är två av flera faktorer som bidrar till en positiv samhällsutveckling. Dessa faktorer utgör dock ingen garanti för att samhället är välmående, har låg kriminalitet, effektiva institutioner och en välmående befolkning. Forskare inom olika genrer har studerat det sociala kapitalet som en av flera möjliga förklaringar till varför en del samhällen utvecklas bättre och blir mer effektiva än andra. (Kawachi, Kennedy 1999: 1187-1193)

En vanligt förekommande definition på socialt kapital är att socialt kapital är ett resultat av att individer, grupper och organisationer har investerat i resurser som bidragit till att utveckla goda sociala relationer. Socialt kapital är med andra ord faktorer i den sociala organisationen som underlättar vid gemensamt samarbete. Begreppet innefattar bland annat: sociala resurser, social trygghet, social delaktighet, medborgerligt engagemang, förtroende, tillit, delaktighet och gemensamma normer och värderingar. (SOU 1999:137 del 2 s 187)

Kontakter mellan människor utgör en central del i allas liv, men också ett viktigt kitt för att hålla ihop grupper och samhällen. Bristande sociala relationer utgör därmed ett problem för den enskilde i form av ensamhet, isolering och utanförskap, men kan samtidigt också vara ett samhällsproblem i form av marginalisering, social desintegration och minskande tillit människor emellan.

Källa: SOU 2000:41 sidan 107.

Definitionen på socialt kapital varierar mellan olika studier och discipliner. Socialt kapital anses påverka samhället på många olika nivåer däribland individernas hälsa. Socialt kapital kan ses som en biprodukt av sociala relationer som uppkommer ur gemensamt utbyte mellan individer som ingår i ett socialt nätverk. I motsats till fysiskt kapital som ofta är en privat vara ses socialt kapital som en kollektiv vara. Det är inte bara de individer som samarbetar och därigenom skapar socialt kapital som har nytta av det utan de flesta medborgare kan använda sig av det sociala kapitalet för att uppnå sina mål. Därför kan socialt kapital ses som en kollektiv vara som genererar positiva externaliteter genom att det möjliggör samarbete gentemot gemensamma mål. (Islam et al 2006:210 och Shortt 2004:12).

När socialt kapital väl har producerats finns det vissa svårigheter att mäta dess närvaro och vilka konsekvenser som det medför. Begreppet socialt kapital används för att beskriva karakteristiska för en social sammanslutning och mäts då oftast utifrån medborgarnas deltagande, mängden sociala nätverk, mellanmänsklig tillit och gemensamma värderingar. Dessa faktorer underlättar vid kollektivt handlande. Generellt refereras det till två typer av socialt kapital. Horisontellt kapital refererar till de band som finns mellan individer eller grupper som är relativt homogena. Idrottsföreningar, kulturella nätverk och intresseföreningar utgör exempel på horisontellt socialt kapital. Vertikalt kapital finns inom grupper med en tydlig hierarki där relationerna inte är jämlika på grund av maktstrukturer eller status. Valdeltagande är en form av vertikalt socialt kapital. Individer är mer benägna att rösta om de har en ömsesidig känsla av gemensamt ansvar och stöd trots att de inte gör någon personlig vinst. Det vertikala sociala kapitalet är därför av stor betydelse för demokratins förmåga att fungera effektivt. (Islam et al 2006:210-212) (Shortt 2004:12-13)

Förutom horisontellt och vertikalt socialt kapital finns även en uppdelning mellan individuellt socialt kapital och samhällets sociala kapital (kollektivt socialt kapital). Det individuella

sociala kapitalet kan definieras som den individuella nivån av tillit, individens deltagande i nätverk eller föreningar som finns i samhället. Samhällets sociala kapital definieras som den samlade koncentrationen av tillit, nätverk och föreningar inom ett givet samhälle. Därutöver innehåller det sociala kapitalet två beståndsdelar: en kognitiv och en strukturell del. Den kognitiva delen innefattar känslan av tillit, ömsesidighet och gemenskap medan den strukturella delen åsyftar omfattningen av nätverk och intensiteten av aktiviteter i samhället (informella nätverk, samhälleligt deltagande, föreningar osv.) (Brown et al 2006:1160)

Socialt kapital kan i kombination med ett bra politiskt styre leda till ökad produktivitet. Det sociala kapitalet kan bidra till ökad spridning av och anpassning till ny teknologi. Det kan också medverka till att frigöra tid för nyskapande som annars skulle ha använts för att övervaka och implementera kontrakt och äganderätter. I samhällen med hög tillit blir transaktionskostnaderna lägre eftersom det inte krävs så explicita kontrakt för att få ett samarbete att fungera. Det är dessutom möjligt att det sociala kapitalet bidrar till att öka den totala produktiviteten genom utveckling av effektivare institutioner och skalfördelar inom ekonomin. (Islam et al 2006:210-212)

Statsvetare anser ofta att socialt kapital är en förutsättning för demokrati och ett bra styre medan ekonomer i större utsträckning anser att socialt kapital är en produkt av ekonomisk tillväxt och är därigenom en kollektiv vara. Shortt (2004) skriver att det finns ekonomer som menar att anledningen till att det inte finns någon precis definition på socialt kapital beror på att det råder osäkerhet kring hur det ökar, hur det ger avkastning till den som skapar det samt hur det sociala kapitalet kan omvandlas till andra former av kapital. (Shortt 2004:13)

Socialt kapital kan också ha negativa konsekvenser genom att det exkluderar utomstående, medför överdrivna krav på gruppmedlemmarna eller begränsar individens frihet. Många av de nuvarande tolkningarna av socialt kapital uppmärksammar inte faktorer som konflikter och klasskillnader. Missgynnade individer har färre möjligheter och mindre resurser tillgängliga att spendera på traditionellt samhällsdeltagande. I många beskrivningar av socialt kapital kan det finnas ett normativt ställningstagande som grundar sig på medelklassens sociala värderingar som kan anses oviktiga i andra sociala sammanhang. Beståndsdelarna i det sociala kapitalet kan variera över tid och beroende av faktorer såsom kön, ålder, land, etnicitet och religion vilket påverkar gruppens sammansättning. I ett missgynnat samhälle finns det kanske ingen märkbar belöning av att fullfölja sin utbildning. Att hoppa av skolan kan istället

innebära att individen följer kamraters normer vilket i sin tur kan ge individen tillgång till ett socialt nätverk och därigenom gynnas av det sociala kapitalet som skapas där. Det sociala kapitalet skulle också kunna användas av staten för att förbättra hälsan. Genom samarbete med icke statliga organisationer kan staten underlätta utvecklingen av det sociala kapitalet som finns inom dessa grupper vilket i sin tur kan gynna individernas hälsa. Staten skulle också genom specifika åtgärder riktade mot bostäder, inkomstförsäkring, omgivande miljöer, fritidsaktiviteter och utbildning öka sannolikheterna för att det sociala kapitalet byggs upp och utvecklas. (Shortt 2004:13-17)

4.2 Teorier om socialt kapital och dess effekt på hälsan

4.2.1 Durkheim – pionjären som fortfarande är aktuell

Det finns flera olika teorier som undersöker hur sociala relationer påverkar hälsan. Sociologen Émile Durkheim var en av pionjärerna med boken *Le Suicide* från 1897. I den översatta upplagan *Självmodet* (1983) redovisas antalet självmord för olika länder under mitten av 1800-talet. Från och med 20-års åldern har gifta män och kvinnor en lägre självmordsfrekvens jämfört med ogifta män och kvinnor samt änkor och änklingar i samma ålder. Durkheim lyfter fram två orsakssamband som kan förklara den lägre frekvensen. Den första orsaken härleddes till hemmiljöns effekt varigenom familjen som grupp påverkar individen och därigenom minskade risken för självmord. Den andra orsaken kunde finnas i vad Durkheim kallade den äktenskapliga selektionen. Denna innebar att individer med en viss inkomst, hälsa och social position blev gifta medan de som saknade dessa faktorer förblev ogifta. (Durkheim 1983:129-132)

Durkheim (1983) ansåg att självmordsfrekvensen var omvänt relaterad till graden av integration inom familjen samt i politiska och religiösa grupper. Att frekvensen av antal självmord är färre i exempelvis religiösa grupper beror inte på att religionen i sig framkallar vissa känslor hos individen. Det beror inte heller på att individer i en politisk grupp har specifika egenskaper som gör dem mindre benägna att begå självmord. Familjen, den religiösa och politiska gruppen är samtliga starkt integrerade grupper med hög grad av

samhörighet. Därav drog Durkheim den generella slutsatsen att antalet självmord är omvänt relaterat till graden av integration i de sociala grupper som individen tillhör. (Durkheim 1983:161-162)

Durkheim ansåg att stabilitet i den sociala strukturen var av särskilt stor betydelse. Industriella och ekonomiska kriser följs ofta av en ökad självmordsfrekvens. Ökad fattigdom som beror på förändringar i den ekonomiska situationen har inget direkt samband med ökad självmordsfrekvens. Durkheim visade att plötsliga ekonomiska och sociala förändringar av positiv karaktär, det vill säga då välståndet ökar, påverkade självmordsfrekvensen på samma sätt som ekonomiska och sociala sammanbrott. Detta beror inte på bättre eller sämre levnadsförhållanden utan snarare på att förändringarna påverkar strukturen i samhället, vilket medför avvikelser i den sociala och kollektiva stabiliteten. Förändringar i den sociala strukturen betyder att den sociala kontrollen minskar och ömsesidiga normer försvagas. Gemensamma värderingar utgör inte längre en lika stabil grund som individen kan känna tillförlit och trygghet i. Durkheim visar att självmord kan utlösas av samhällets minskade förmåga att integrera individen vilket oftast sker då den sociala strukturen rubbas. Durkheims teori är inte bara specifikt relaterad till självmord utan kan även utvidgas till att förklara förändringar som leder till såväl våld och mord som till hjärt- kärlsjukdomar. Durkheim koncentrerar sig främst på samhällets övergripande inverkan på individen det vill säga strukturen på det sociala nätverket vari individen befinner sig. (Berkman et al 2000:843-846 och Durkheim 1983:202)

4.2.2 Putnam

Robert D. Putnam har uppmärksammats för sina studier om det sociala kapitalets betydelse för den demokratiska samhällsutvecklingen. 1993 gav han ut boken *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Under början av 1970-talet förändrades den styrande strukturen i Italien. Det tidigare centraliserade ansvaret för bland annat medborgarnas hälso- och sjukvård och trygghet förflyttades till nyetablerade regionala organ. Det skedde en omfattande decentralisering som innebar att ett flertal myndigheter flyttades från Rom till de olika regionala huvudstäderna. Tidigare nationella angelägenheter skulle nu istället lösas av de nyinstallerade regionala ledarna vilket skulle komma att påverka invånarna utifrån flera aspekter. Från 1970-talet och framåt följde Putnam de olika regionernas institutionella utveckling. Landet fick slutligen 20 olika regionstyrelser som alla hade samma uppgifter och

regler att förhålla sig till. Putnam försökte i denna process ta reda på vilka förutsättningar som innebär att det skapas effektiva institutioner som kan uppfylla medborgarnas behov. Hur utvecklas de olika regionala institutionerna och vad är det som påverkar denna utveckling blev huvudfrågorna som skulle försöka besvaras. Putnam menar att institutionernas effektivitet i stor utsträckning beror på karaktären i den politiska samhörigheten det som vanligen brukar kallas medborgargemenskap. En stark medborgargemenskap återfinns ofta i samhällen som präglas av många horisontella relationer, av förtroende och tillit mellan medborgarna samt att medborgarna är aktiva och engagerade i samhället. (Putnam 1996:16-28) Putnam kom fram till att i regioner med stark medborgargemenskap fanns många lokala föreningar, ett stort engagemang i de lokalpolitiska frågorna, en egalitär politisk struktur, högt förtroende mellan medborgarna och låg kriminalitet. Regioner med svagare medborgargemenskap karakteriserades av att det sociala och politiska livet hade en vertikal istället för en horisontell struktur. Misstänksamheten var större och korruptionen mer utbredd. Föreningslivet var bristfälligt och brottsligheten högre jämfört med regioner med stark medborgargemenskap. De olika sociala atmosfärerna påverkade också institutionernas förmåga att fungera. Putnam drar slutsatsen att institutionernas effektivitet påverkas av både historia och samhällsmiljö. (Putnam 1996:219) Medborgargemenskap innebär att fler organisationer och föreningar bildas och medborgarnas deltagande ökar och engagemanget breder ut sig i samhället och därigenom stärks det demokratiska styret. Detta bidrar i sin tur till att öka det sociala kapitalet inom samhället vilket har en positiv inverkan på individernas välmående och hälsa.

I boken *Bowling alone: the collapse and revival of American community* (2000) skriver Putnam om hur det minskande sociala deltagandet i USA påverkar det amerikanska samhället och dess invånare. Putnam definierar socialt kapital dels som att den enskilda individen har en känsla av samhörighet och tillit till samhällets olika institutioner och dels som delaktighet i olika samhälleliga aktiviteter, medborgerligt engagemang och gemensamma normer. Putnam anser bland annat att socialt kapital, särskilt i form av social anknytning, har en avgörande betydelse för individens hälsa och välbefinnande. Putnam hävdar vidare att otillräckligt socialt kapital har lika stor betydelse för individens hälsa som exempelvis rökning. (Putnam 2000: 326-335) (Wamala 2003: 225) Putnam (2000) menar att ju mer integrerad en individ är i sitt närsamhälle desto mindre är risken att hon drabbas av förkylning, hjärtinfarkt, hjärnblödning, cancer, blir deprimerade eller dör i förtid. Forskning i USA har visat att nära

familjeband, ett nätverk med vänner, ett rikt umgängesliv och deltar i lokala föreningar har en skyddande inverkan på individens hälsa. (Putnam 2000: 344)

Putnam (2000) skriver att precis som fysiskt kapital och humankapital har ett värde och ökar individens produktivitet så har det sociala kapitalet samma betydelse och inverkan för individens utveckling. Den centrala tanken i teorin om det sociala kapitalet är att det sociala nätverket har ett faktisk värde. Verktyg och kunskap kan höja både individens och gruppens produktivitet och på samma sätt innebär sociala kontakter att produktiviteten höjs både för individen och för gruppen. Fysiskt kapital relaterar till faktiska föremål, humankapital är bundet till den enskilda individen men det sociala kapitalets egenskaper beror på de band som finns mellan individer. Det vill säga sociala nätverk och normer som skapar ömsesidighet och pålitlighet är några av de egenskaper som är avgörande för det sociala kapitalet. (Putnam 2000:18)

Det sociala kapitalet är både en ”privat och en kollektiv vara”. En del av vinsten från det sociala kapitalet går direkt tillbaka till den enskilda individen som gjort investeringen medan en annan del går till omgivningen. Lions och Rotary är exempel som illustrerar detta. De samlar in pengar för olika ändamål samtidigt som medlemmarna skapar kontakter och nya vänner som bidrar till att öka både det individuella och det kollektiva sociala kapitalet. En idrottsförening med frivilliga ledare är ett annat exempel. Ledarna bidrar till att skapa gemenskap och förtroende inom föreningen och förmedlar samtidigt sociala normer som påverkar individernas beteende (Putnam 2000:20) Precis som för andra former av kapital så kan även det sociala kapitalet öka. Exempel på detta är att ju mer förtroende individer visar varandra desto mer ökar deras ömsesidiga förtroende. Nätverk och sociala normer är faktorer som innebär att det sociala kapitalet ökar ju mer de används och tillämpas. (Putnam 1996:204)

Putnam (2000) skriver att de statistiska bevisen för att social samhörighet har en medicinsk effekt på individen är idag ungefär lika starka som de första beläggen för de medicinska konsekvenserna av rökning. Ett antal teorier försöker förklara sambandet mellan orsak och verkan mer konkret. Sociala nätverk ger individen möjlighet att få hjälp i olika sammanhang. Det kan handla om ekonomisk hjälp, transport eller hjälp efter sjukdom. Därigenom minskar den psykiska och fysiska belastningen och samtidigt känner individen trygghet och gemenskap. Putnam (2000) menar att de mest intressanta effekter som det sociala kapitalet

genererar är de fysiologiska reaktionerna. Det sociala kapitalet kan utlösa en fysiologisk process som stimulerar immunförsvaret och minskar stress. På motsvarande sätt kan social isolering medföra ett stresstillstånd vilket påskyndar åldringsprocessen. (Putnam 2000:345) (Se bland annat Berkman, L. et al 2000, Berkman, L. et al 2004, Kawachi, I. et al 1999)

4.2.3 Berkman

Under 1970-80 talet gjordes ett antal studier som visade på att det fanns ett samband mellan sociala nätverk, sociala kontakter och dödlighet. I studierna mättes det sociala nätverket genom antalet vänner, familj och släktingar samt om individen var medlem i något religiöst samfund eller frivilliggrupp. Nackdelen med denna mätmetod är att den både omfattar enskilda relationer och grupprelationer. Det blir då svårare att avgöra om en individ har starka eller svaga ”band” i förhållande till sin omgivning. Som en reaktion mot den kvantitativa mätmetoden började flera forskare fokusera på kvalitativa aspekter av sociala nätverk, exempelvis individens sociala stöd i sin omgivning. (Berkman et al 2000: 845-846)

Berkman et al (2000) fokuserar främst på hur det sociala nätverket påverkar individens hälsa. Varje individ omges av ett socialt nätverk som påverkas av upstream (makro) och downstream (mikro) factors. (Se Bilaga 2). Upstream factors (eller makroperspektivet) anger ramar och riktlinjer för hur det sociala nätverket ser ut. Detta sker i ett större socialt och kulturellt sammanhang det vill säga ett land eller ett större geografiskt område i ett land. Upstream factors förklarar samhällets förmåga att integrera individen i ett nätverk. Upstream factors innehåller faktorer som kultur, politik, sociala förändringar och socioekonomiska faktorer. Downstream factors (eller mikroperspektivet) förklarar hur strukturen på nätverket påverkas av sociala relationer och mellanmänniskt beteende. Exempel på downstream factors är socialt stöd, socialt inflytande och socialt engagemang. (Berkman et al 2000: 845-846)

Berkman et al (2000) fokuserar främst på downstream factors eller mikroperspektivet för att förklara hur det sociala nätverket genom olika kanaler påverkar individens hälsa. I första hand påverkar det sociala nätverket individens beteende genom fyra olika led. (1) genom förmedlingen av socialt stöd, (2) genom social påverkan, (3) genom socialt engagemang och tillhörighet och (4) genom tillgång till resurser och olika materiella produkter. De fyra leden utgör grunden för hur olika mikro-psykosociala förlopp och beteendeprocesser påverkar hälsan. De sociala faktorerna omsätts och får en biologisk effekt via: fysiologiska

stressreaktioner, psykologiska tillstånd och karaktärsdrag, hälsovådliga eller hälsofrämjande beteenden samt i vilken utsträckning individen är utsatt för olika infektionssjukdomar.

Socialt stöd (1) förmedlas till individen genom det sociala nätverket. Alla sociala förbindelser är inte per automatik positiva för individen och hennes hälsa. Det sociala stödet skiljer sig åt beroende på i vilken form och i vilken utsträckning det ges till individen. Berkman et al (2000) argumenterar för att det också kan vara så att utöver socialt stöd så innebär sociala relationer en grund för intimitet och tillhörighet. Intimitet och tillhörighet är inte endast av betydelse för relationer som traditionellt förknippas med intimitet (mellan partners och mellan föräldrar och barn) utan även för mer omfattande gemenskaper. Exempelvis innebär generellt stabila samhällsrelationer att den enskilda individen känner starka band till och förknippas sig själv med olika områden (t ex bostadsområdet) och organisationer (föreningsliv).

Social påverkan (2) sker framför allt i perioder då individen upplever att det råder tvetydighet och osäkerhet i samhället. Individen skaffar sig därför normativ vägvisning genom att jämföra sina egna attityder och uppfattningar med en liknande referensgrupp. Attityder bekräftas och understöds när de delas av den jämförande gruppen. Men attityderna kan också förändras om de skiljer sig åt. Gemensamma värderingar gällande hälsobeteende, exempelvis alkohol- och tobakskonsumtion, användande av sjukvårdsresurser och konsumering av mat, kan ha en stark social påverkan med direkta effekter för hur individerna i nätverket betar sig. (Berkman et al 2000: 845-846).

Socialt engagemang (3) innebär att individen får möjlighet att utöka sina sociala band i det verkliga livet. Att träffa vänner, släktingar, delta i arbetsgrupper och sociala aktiviteter är en form av socialt deltagande och engagemang. Det sociala deltagandet engagemanget innebär att viktiga sociala roller förstärks och bevaras. Det kan vara roller dels i familjelivet och dels i arbetslivet eller i samhället. Rollerna medverkar till att individerna får en känsla av värde, tillhörighet och gemenskap samt att individens identitet blir sammanhängande och konsistent. (Berkman et al 2000: 845-846).

De fyra faktorer som presenterats ovan anger de mekanismer varigenom individens hälsa formas. Dessa mekanismer påverkar i sin tur ytterligare downstream factors genom biologiska och psykologiska mekanismer som har ett nära samband med individens hälsostatus. Berkman et al (2000) nämner tre vägar varigenom detta sker. För det första så innebär det sociala

nätverket ett socialt inflytande eller sociala stödfunktioner som påverkar hälsorelaterade beteenden, exempelvis tobaks- och alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet, matvanor och droganvändning. För det andra så genererar det sociala nätverket, genom ett flertal kanaler, kognitiva och emotionella tillstånd, exempelvis självförtroende, självkänsla, social kompetens och depression. Till sist så har det sociala nätverket direkta effekter på hälsostatusen genom fysiologisk reaktion som ofta beror på stress. Berkman et al (2000) anser att såväl nätverkets effekt på individens hälsorelaterade beteende som dess psykologiska mekanismer utgör logiska konsekvenser. Däremot är det svårare att exakt bevisa att olika fysiska reaktionerna är en effekt av det sociala nätverket som individen befinner sig i. (Berkman et al 2000: 849-850).

4.3 Studier kring socialt kapital och hälsa

Det sociala kapitalet påverkar individens hälsa genom flera olika kanaler. Forskare inom folkhälsovetenskap menar att socialt kapital kan vara en viktig kanal varigenom; information sprids, hälso- och sjukvård levereras och implementeras, onormala sociala beteenden kontrolleras och hälsosamma normer tillämpas. Dessa faktorer kan i sin tur påverka individens hälsorelaterade beteende och därigenom även hälsan. (Islam et al 2006:211) Inom psykosocial stressteori anses hälsorelaterat beteende vara en produkt av samspelet mellan individen och hennes omgivning. Individens förhållande till den omgivande miljön kan ses som en dynamisk process där individen hela tiden måste anpassa sig till olika förändringar. För att individen ska lyckas med denna anpassning krävs både individuella resurser som till exempel utbildning och materiella tillgångar, samt socialt stöd och ett socialt nätverk. (Lindström 2000: 48 -49)

Forskning har visat att högt socialt deltagande, tillit till andra människor och gemensamma värderingar är kopplat till en positiv hälsoutveckling bland befolkningen. Ett antal epidemiologiska studier har visat att individer som har en nära relation med sin familj och sin omgivning både lever längre och har en bättre hälsa jämfört med individer som är mer socialt isolerade. Individer som är socialt isolerade löper större risk att dricka, röka och äta för

mycket samt att anamma andra beteenden som har en negativ inverkan på hälsan. (Putnam 2000:345) (Nykvist och Boström 2004 s 44-47) Studier har visat att hög tillit till andra människor har en positiv påverkan på psykisk hälsa (Carlson 2007).

De vanligaste dödsorsakerna bland äldre människor är bland annat hjärtinfarkt, stroke, cancer och diabetes. Rökning, övervikt och högt blodtryck är några av de välkända riskfaktorerna som ligger bakom dessa sjukdomar. Ytterligare en riskfaktor för dessa sjukdomar är social isolering. Kunskapen och förståelsen kring denna riskfaktor är dock relativt liten. (Cacioppo och Hawkley 2003:40) De negativa hälsoeffekterna av social isolering är som störst för äldre, socioekonomiskt svaga grupper och etniska minoritetsgrupper. I USA har kunskapen om social isolering och dess inverkan på hälsan lett till försök där man försöker minska den sociala isoleringen och därigenom också öka folkhälsan. Undersökningar har visat att kortvariga försök att minska den sociala isoleringen inte leder till lägre mortalitet på längre sikt. Cacioppo och Hawkley (2003) menar att socialt deltagande måste vara en långvarig faktor för att positiva hälsoeffekter ska kunna påvisas.

4.3.1 Roseto

Studier som undersöker sambandet mellan sociala faktorer hälsa och välbefinnande fokuserar oftast på en yrkesgrupp, etniska eller demografiska karakteristika och inte på de sociala faktorerna som utmärker en grupp i ett enskilt samhälle. Det lilla italienskamerikanska samhället Roseto i Pennsylvania, USA, har uppmärksammats just för sambandet mellan den sociala samhörigheten och individernas hälsa. Roseto är ett samhälle som studerats under närmare 40 år. Under 1950-talet upptäcktes det att invånarna i Roseto hade hälften så många dödsfall till följd av hjärtinfarkt jämfört med de närliggande städerna Bangor. Tydligast blev skillnaden under en sjuårsperiod då inte en enda Rosetobo under 40 års ålder dog av hjärtinfarkt. Forskarna försökte hitta svaret till skillnaderna genom att undersöka faktorer som; kost, vikt, motion, tobaksanvändning och genetiska anlag. Det visade sig dock att invånarna i Roseto i viss utsträckning hade ökad risk för hjärt- kärlsjukdomar utifrån dessa faktorer. Förklaringen skulle istället finnas i samhällets struktur och sammansättning. (Egolf et al 1992: 1089-1092) (Putnam 2000:345-346)

I början av 1880-talet kom en grupp italienska immigranter från södra Italien till Roseto. De italienska immigranterna stannade kvar vilket innebar att Roseto fram till mitten på 1900-talet

var ett relativt homogent samhälle både utifrån ett etniskt och socialt perspektiv. Roseto präglades av nära familjeband och stabila relationer inom kommunen. I Roseto fanns en förening för ömsesidig hjälp, en fackförening, ett flertal idrottsklubbar, en park och en idrottsplats, kyrkor, en tidning och scoutpatruller. Dessa faktorer bidrog till att skapa ett ekonomiskt, psykoslogiskt och pratiskt stöd inom samhället. Det var under 1960-talet som forskarna, efter att ha uteslutit andra faktorer, drog slutsatsen att det var det goda samhällsklimatet och sammanhållningen i Roseto som bidrog till den låga frekvensen av hjärt-kärlsjukdomar. Under 1960-talet började de yngre invånarna i Roseto anamma en mer traditionell amerikansk livsstil och forskarna befarande att detta så småningom skulle komma att ha en negativ effekt på frekvensen över hjärt- kärlsjukdomar i staden. Egolf et al (1992) undersökte dödsorsaker i Roseto och Bangor från år 1935 och fram till 1985. Under de första 30 åren av undersökningsperioden var dödligheten i hjärt- kärlsjukdomar signifikant lägre i Roseto jämfört med den närliggande staden Bangor. Mellan åren 1965 och 1974 skedde däremot en ökning av antalet dödfall till följd av hjärt- kärlsjukdomar för både män och kvinnor i Roseto. Egolf et al (1992) konstaterar att de sociala förändringarna som skedde i Roseto under 1960-talet avspeglas tydligt i ökningen av antalet hjärtinfarkter bland män under 65 år. (Egolf *et al* 1992: 1089-1092) (Putnam 2000:345-346)

4.3.2 Electricity of France – Gas of France

Berkman et al (2004) genomförde en studie i Frankrike där de undersökte associationen mellan social integration och mortalitet bland anställda vid företaget Electricity of France – Gas of France. Studien var en uppföljning av män och kvinnor som år 1989 var mellan 40 och 50 respektive mellan 35 och 50 år. Hypotesen i studien var att social isolering skulle vara förenad med ökad risk för mortalitet efter justering för sysselsättning, hälsobeteende samt fysisk och psykisk hälsa. Graden av social integration beräknades genom att författarna konstruerade ett index. Indexet innehöll tre områden; 1) civilstånd eller samboende, 2) kontakt med familj och nära vänner och 3) medlemskap eller anknytning till intresseförening. En åldersjusterad modell visade att för män med den lägsta graden av social integration var den relativa risken för mortalitet 4,42 (mätt i odds). Med ökande grad av social integration minskade risken till 2,23 respektive 1,44. I sin sista modell inkluderade författarna sysselsättningsgrad rökning, alkohol konsumtion, body mass index, självskattad hälsa symptom på depression och vilken del av Frankrike som de bodde. För den grupp av män som var minst socialt integrerade minskade den relativa risken från 4,42 till 2,70. För

referensgruppen som hade den högsta nivå av social integration var den motsvarande förändringen från 1,95 till 1,37. För kvinnor kunde man se liknade resultat men dessa var inte statistiskt signifikanta. Studien visade också att social isolering var associerat med dödlighet i cancer även efter att författarna kontrollerat för rökning, alkoholkonsumtion och body mass index. (Berkman et al 2004:167-174)

4.3.3 Socialt kapital och hälsorelaterad livskvalitet

Kim och Kawachi (2007) studerade relationen mellan socialt kapital på samhällsnivå och den hälsorelaterade livskvaliteten bland vuxna amerikaner. Datamaterialet hämtades från Behavioral, Risk Factor Surveillance System, en studie från 2001 där 173 236 individer från 48 olika delstater ingick. För att kunna mäta det sociala kapitalet på delstatsnivå skapades två skalor. Den första skalan innehöll frågor om tillit och socialt deltagande i både formella och informella sammanhang. Den andra skalan innehöll frågor angående deltagande i frivilligorganisationer och deltagande på offentliga möten och valdeltagande för presidentvalet. Högre värden på skalorna motsvarande högre nivåer av socialt kapital i den enskilda delstaten. Den hälsorelaterade livskvaliteten mäts genom frågor om individens generella hälsa, om den fysiska och psykiska hälsan under den senaste månaden samt en fråga om eventuell nedsatt fysisk eller psykisk hälsa hade hindrat individen från att utföra sina vardagliga aktiviteter. Kim och Kawachi (2007) skriver att studien visar på att det sociala kapitalet i delstaten påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten. Efter att författarna hade justerat för individuella faktorer och faktorer på delstatsnivå visade undersökningen bland annat att de individer som bodde i en delstat med en hög eller medelhög nivå av socialt kapital hade 10 till 11 % mindre sannolikhet att ha en mindre bra eller dålig självskattad hälsa jämfört med de individer som bodde i en delstat med lågt socialt kapital. (Kim och Kawachi 2007: 258-269)

4.3.4 Socialt kapital och tobakskonsumtion

I USA är tobak den huvudskaliga orsaken till cirka 435 000 dödsfall årligen. Kostnaden uppgår till cirka \$ 157 billion per år. Strategier som varningsetiketter, mediakampanjer, utbildning om tobak och regleringar för var tobak får användas har visats sig vara effektiva metoder för att minska antalet individer som röker. Den enskilt mest effektiva metoden är dock att höja priset. Brown et al (2006) menar att ytterligare en effektiv strategi för att minska

antalet individer som använder tobak är att öka det sociala kapitalet i samhället. Författarna menar att religiösa grupper karakteriseras av att de har både ett starkt socialt stöd och normer som motsäger tobaksanvändning. Brown et al (2006) visar att ju större andel av det sociala kapitalet i samhället som utgörs av religiösa grupper desto mindre är förekomsten av tobaksanvändning. Det sociala kapitalet i samhället antas påverka individens hälsorelaterade beteende. Det sociala kapitalet i samhället antas påverka spridningen av information om vilka faktorer som har en positiv effekt på hälsan. Därigenom ökar sannolikheten för ett hälsosamt beteende. Ett område mer starka normer emot tobaksanvändning kan öka spridningen av information både om hälsorisker och hur individen på lättast sätt kan avsluta sin tobakskonsumtion. Normerna mot tobak utgör dessutom en negativ social press vilket ytterligare ökar sannolikheten att individen slutar använda tobak. (Brown et al 2006:1160)

För att kunna påvisa effekten av samhällets sociala kapital på individens tobaksanvändning kontrollerar Brown et al (2006) för andra strategier som används för att minska tobakskonsumtionen, för karakteristiska inom samhället som kan påverka utfallet och för demografiska faktorer. Därutöver kontrolleras även för pris, effekter av eventuell smuggling, regleringar för tobaksanvändning, antitobaks kampanjer, kulturella skillnader, socioekonomiska faktorer och etnisk sammansättning. (Brown et al 2006:1161)

Resultatet visade att proportionen av socialt kapital som utgörs av organisationer med starka normer mot tobak (religiösa grupper) har en mycket negativ effekt, med en elasticitet på -1,04. Vilket innebär att om andelen socialt kapital som utgörs av religiösa grupper ökar med 10 % så skulle cigarettkonsumtionen sjunka med 10,4% per månad. De kunde inte finna några effekter på antalet individer som rökte utan endast på den totala tobakskonsumtionen. Anledningen till att den religiösa gruppens sociala kapital endast påverkar antalet cigaretter som röks kan bero på de normer mot rökning som finns inom dessa grupper. Normerna kan tänkas påverka både rökare inom gruppen samt rökare som på något sätt kommer i kontakt med individer som tillhör den religiösa gruppen. De kan tänkas att rökare undviker att röka på mötesplatser där det råder tydliga normer mot rökning eller bland andra individer som har dessa normer. Resultatet visade alltså att det sociala kapitalet i samhället inte påverkar antalet individer som röker. Trots detta menar Brown et al att det sociala kapitalet är verksamt men fler undersökningar krävs för att kunna visa på direkta samband. (Brown 2006:1167)

4.4 Socialt kapital utifrån enkäten i Region Skåne

Socialt kapital omfattar en mängd olika faktorer och det är därför nödvändigt att definiera och avgränsa vilka faktorer som ska ingå i begreppet. Denna uppsats utgår från de frågor som finns i Region Skånes enkät "Folkhälsa i Skåne 2004". Enkäten är som tidigare beskrivits uppdelad i fem delar. Den tredje delen innehåller ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet. Här finns bland annat frågor som definierar individens sociala deltagande, tillit till andra människor och deras förtroende för samhällsinstitutioner. Dessa tre frågor har valts ut som komponenter för begreppet socialt kapital. Frågorna finns i bilaga 1.

Socialt deltagande utgör ett mikroperspektiv och ger ett mått på i vilken utsträckning en individ deltar i samhällsliga aktiviteter av såväl formell som informell karaktär. Deltagandets nivå beräknas genom att antalet sociala aktiviteter som individen har deltagit i summeras. Socialt deltagande är en del av det individuella sociala kapitalet. Socialt deltagande kan påverka individen genom att det bidrar till att förmedla information som kan påverka individens hälsorelaterade beteende, genom att individen har en känsla av samhörighet och genom att det sociala deltagandet framkallar olika känslotillstånd (stärker självkänslan och självförtroendet).

Politiskt förtroende definierar socialt kapital ur ett makroperspektiv. Individer som har ett högt politiskt förtroende har antagligen också en stark känsla av samhörighet vilket bidrar till det kollektiva sociala kapitalet. Utifrån Durkheims teori är det tänkbart att ett lågt förtroende för samhällsinstitutioner är en effekt av någon sorts socioekonomisk omvandling i samhället. Förändringen har i sin tur lett till att gemensamma normer och värderingar inte längre är lika starka och därför har också graden av integration minskat. Utifrån Putnams teori skulle det politiska förtroendet kunna vara en konsekvens av ett egalitärt politiskt system och en stark medborgargemenskap. Dessa faktorer bidrar till aktiva och engagerade medborgare som känner tillit, varigenom det sociala kapitalet ackumuleras.

Tillit till andra människor täcker både in ett mikro- och ett makroperspektiv beroende på om tillit till andra individer tolkas utifrån ett personligt möte eller om personen ifråga representerar en myndighet. Hög tillit bidrar till ökad effektivitet eftersom mindre tid går åt till att kontrollera att regelverk och kontrakt följs. Individerna kan istället ägna tid åt att

producera varor, utveckla idéer och investera i humankapital. Tillit innebär också att individer kommunicerar med varandra i större utsträckning än vad de hade gjort om de saknade tillit. I ett bostadsområde kan tillit bidra till ökad gemenskap, trygghet och förbättrat samarbete kring gemensamma sysslor vilket i sin tur innebär minskade kostnader och ökad effektivitet. Som en psykologisk effekt av tillit kan det tänkas att individer som har hög tillit också känner större trygghet. Tryggheten medför minskad stress vilket påverkar individens fysiska och psykiska hälsa. Om tilliten dessutom bidrar till att individen i större utsträckning umgås och kommunicerar med sina medmänniskor bidrar detta till att stärka hennes självförtroende och självkänsla vilket också påverkar individens välmående. Det kan tänkas att samhällen som präglas av låg tillit också använder mer resurser till att kontrollera och övervaka medborgarna för att försöka skapa en känsla av trygghet. Kontroll och övervakning av medborgarna är kostsam och finansieras oftast genom skatter. Om kontrollen verkligen bidrar till en ökad känsla av trygghet eller inte är svårt att veta.

4.5 Andra faktorer som påverkar individens hälsa

Individens hälsa påverkas av en mängd olika faktorer. Inkomst kan bidra till att individen har större möjligheter att göra investeringar i sin hälsa. Samtidigt är hälsa en förutsättning för att individen genom förvärvsarbete ska kunna generera en inkomst. Det två faktorerna utgör på så sätt båda en förutsättning för varandras förverkligande. Det kan därför vara svårt att fastställa om det är hälsan som bidrar till en högre inkomst eller om det är inkomsten som bidrar till en bättre hälsa. Ekonomisk teori antar att individer med god hälsa deltar på arbetsmarknaden i större utsträckning vilket bidrar till en högre inkomst. (Ettner, 1996:68) En låg inkomst innebär att individen har mindre möjlighet att kontrollera viktiga beslut vilka påverkar dennes liv (WHO). Utbildning bidrar till individens hälsa genom flera olika kanaler. Utbildning innebär oftast till att individen får en högre inkomst vilket i sin tur har en positiv effekt på hälsan. Utbildning medverkar också till att individen lättare tillägnar sig ny information vilket kan leda till ett mer hälsofrämjande beteende. Enligt humankapitalteori innebär ökad kunskapsmängd ökad produktivitet på marknaden och inom hushållet. (Se Grossman 2000)

Det finns ett samband mellan den ekonomiska utvecklingen i samhället och folkhälsan. Bättre hälsa bland den arbetsföra befolkningen innebär ett högre arbetsutbud, fler investeringar, ett högre sparande och ökade incitament för individen att utbilda sig vilket bidrar till ekonomiska utvecklingen i samhället. En god ekonomisk tillväxt ger ökat utrymme för utveckling av hälso- och sjukvården och förebyggande åtgärder. (Malmberg et al 2007:31)

Individens uppväxtförhållanden och sociala omgivning har också en tydlig inverkan på hälsan. Barn vars föräldrar har en hög utbildning tenderar i större utsträckning att vidareutbilda sig än barn vars föräldrar inte har någon yrkesutbildning. Det politiska klimatet avgör i vilken utsträckning olika välfärdslösningar utvecklas och implementeras. Bra arbetsmiljö, säkra transporter, miljövänliga produkter och förebyggande insatser är påverkar hälsan och mortaliteten. Ökad jämlikhet mellan könen bidrar bland annat till förbättrad hälsa och lägre mortalitet (Månsdotter 2006). Jämlikhet mellan könen kan också främja kvinnors position på arbetsmarknaden och minska våld mot kvinnor, vilket i sin tur bidrar till en förbättrad socioekonomisk status och ökad trygghet.

Ökad integration bidrar till mindre segregering och utanförskap. Individer som känner samhörighet och gemenskap i samhället har också en större tendens att tro på sin egen förmåga att ta ansvar och påverka sin livssituation. Matvanor, fysisk aktivitet och livsstil har en direkt inverkan på individens hälsa. Stillasittande fritid, hög konsumtion av tobak, alkohol, fett och socker utgör riskfaktorer för många av de så kallade välfärdssjukdomarna. Hälsan påverkas direkt och indirekt genom många olika faktorer. Förebyggande insatser får ofta effekt på individers hälsa långt senare. Det är därför ofta svårt att veta exakt vad som utgör orsak och verkan. Utöver sociala och ekonomiska faktorer så påverkas individens hälsa också av hennes specifika genetiska förutsättningar. De genetiska förutsättningar samspelar med den omgivande miljön vilket innebär att dessa faktorer i vissa fall kan vara av extra stor betydelse för den enskilda individens hälsa och välmående.

5 Empiriskt material och metod

5.1 Data

Analysen baseras på enkätundersökningen ”Hälsförhållanden i Skåne, folkhälsoenkät Skåne 2004”. För Folkhälsoenkät Skåne 2004 gjordes ett urval från befolkningsregistret bland personer som var i ålder 18-80 och bosatta i Skåne den 30 juni 2004. Populationen vid tidpunkten var 855 599 stycken individer. Bruttourvalet var 49 000 individer och efter en övertäckning bestående av 1379 individer blev nettourvalet 47 621 individer. Övertäckning innebär att en del individer inte längre tillhör befolkningen. Orsakerna till detta kan till exempel vara att individerna har flyttat utomlands eller avlidit. Urvalet är stratifierat efter geografiska områden. Varje kommun fungerar som en urvalsgrupp, förutom Kristianstad, Helsingborg, Lund och Malmö som delades in i stadsdelar respektive kommundelar. Urvalen i varje delområde var ungefär lika stora. (Teknisk rapport)

Av de 47 621 individer som fick enkäten svarade 27 963, vilket motsvarar en svarsfrekvens på knappt 59 procent. Enkätens syfte var att kartlägga och följa förekomsten av olika hälsotillstånd, vårdutnyttjande, levnadsvanor samt demografiska, socioekonomiska och psykosociala bakgrundsfaktorer i den skånska befolkningen. Enkäten är uppdelad i fem områden: 1) Hälsa och Läkemedel, 2) Levnadsvanor och livsstil, 3) Ekonomiska, psykosociala och fysiska riskfaktorer utanför arbetet, 4) Arbetsliv: fysisk och psykosocial arbetsmiljö 5) Kontakter med sjukvården. (Teknisk rapport)

För att resultaten inte ska vara missvisande och för att de ska kunna anses vara giltiga för hela populationen så har vikter använts. Vikterna kompenserar för olika sorters bortfall i olika befolkningsgrupper. Det kan till exempel röra sig om skillnader mellan män och kvinnor svenskfödda och utlandsfödda. Om några befolkningsgrupper har svarat på enkäten i större utsträckning än andra kan detta innebära att resultatet blir snedvridet. (Teknisk rapport)

5.2 Metod

EQ-5D innehåller fem dimensioner och genom att använda detta verktyg som ett mått på hälsa kommer definitionen relativt nära den definition som WHO använder sig. En vidare definition på hälsa innebär också att fler faktorer som kan tänkas påverka hälsan måste beaktas.

Avsikten med denna undersökning är att analysera om individens hälsa påverkas av politiskt förtroende, tillit till andra människor och socialt deltagande. Därutöver har även följande oberoende variabler inkluderats i regressionen; ålder, disponibel hushållsinkomst, utbildningsnivå, självskattad hälsa, psykisk hälsa och långvarig sjukdom. De enkätfrågor som är av intresse för denna uppsats finns i bilaga 1.

Ett index från EQ-5D som är lika med 1 motsvarar full hälsa. Ett index mindre än 1 motsvarar ohälsa i olika omfattning. Inom hälsoekonomi är det vanligt att undersöka vilka faktorer som bidrar till ohälsa. Denna uppsats utmärker sig genom att istället undersöka vilka faktorer som bidrar till full hälsa. Hälsa har definierats genom fysiska, psykiska och sociala faktorer. Genom att använda EQ-5D kan ovanstående definition appliceras. Genom att fokusera på de individer som har ett EQ-5D index som är lika med 1 betyder att alla dimensioner utgör en lika viktig del av individens hälsa.

Variabeln *Ålder* har delats in i fem grupper: 18-34, 35-44, 45-54, 55-64 och 65-84 år. I regressionen används åldersgruppen 65-84 som en bas för jämförelse med de andra åldersgrupperna. Det förväntas att yngre åldersgrupper har större sannolikhet att ha ett EQ-5D index som är lika med 1 än de som är äldre. Ökande ålder har ofta en negativ inverkan på den fysiska hälsan. Eftersom EQ-5D även innehåller fler dimensioner av hälsan så är det inte självklart att en låg ålder har en positiv effekt på individens samlade hälsa.

Disponibel hushållsinkomst per konsumtionsenhet för RTB familjer har tagits fram av SCB. En RTB-familj tas fram genom folkbokföringen och utgörs som mest av två generationer. Alla individerna ska vara folkbokförda på samma fastighet. Disponibel inkomst består dels av inkomstströmmar och dels av positiva och negativa transfereringar. Konsumentverket har beräknat baskonsumtion för olika typer av hushåll. Ett viktsystem där konsumtionen är

relaterad till sammansättningen i hushållet tagits fram. Den disponibla inkomsten för hushållet divideras med den för hushållet gällande konsumtionsvikten var på den disponibla hushållsinkomsten per konsumtionsenhet fås fram. Den disponibla hushållsinkomsten är indelad i fyra grupper; $\leq 95\ 284$, $95\ 285 - 124\ 191$, $124\ 192-164\ 099$ samt $+ 164\ 100$. Den första gruppen används som jämförelse. En högre inkomst ger individen större möjligheter att investera i sin hälsa men innebär också en viss trygghet. Det är därför troligt att en högre inkomst ökar sannolikheten för att individen har en god hälsa.

Utbildningsnivån är indelad i fem kategorier; från 7 årig grundskola eller mindre, gymnasial utbildning, eftergymnasial utbildning kortare än 2 år, eftergymnasial utbildning 2 år eller mer, eftergymnasial utbildning 4 år eller mer samt eftergymnasial forskarutbildning. Gruppen med 7 år eller mindre utbildning används som jämförelse.

Individens *självsfattade hälsa* anses i stor utsträckning vara en indikation både på individens nuvarande och framtida hälsotillstånd. Variabeln självskattad hälsa har skapats genom fråga 32 i enkäten (se Bilaga 1). På en skala från 1 (mycket dåligt) till 7 (mycket bra) får individen ta ställning till sin fysiska och psykiska hälsa samt sitt välbefinnande. De individer som angett 1,2 eller 3 anses ha dålig självskattad hälsa. (Hälsoförhållanden i Skåne 2004) Denna variabel har delats upp mellan individer som anses ha dålig självskattad hälsa och de som inte har det. De som anser sig ha dålig självskattad hälsa används som jämförelse. Det kan uppfattas som att jag försöker förklara vad som bidrar till individens hälsa genom att lägga till en likadan variabel. I frågan kring den självskattade hälsan får individen själv definiera sin hälsa och sitt välmående utifrån fysiska och psykiska faktorer. Vad som ska ingå i dessa faktorer är upp till den enskilda individen att bedöma. I EQ-5D definieras däremot hälsan tydligt utifrån dimensionerna rörlighet, hygien, huvudskaliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. De två variablerna behöver därför inte mäta exakt samma faktorer och därför kan också *självsfattad hälsa* användas som en förklarande variabel.

Psykisk hälsa mäts genom General Health Questionnaire 12 (GHQ12) som finns med i enkäten under avdelningen sömn och välbefinnande. Fråga 20-31 innehåller de specifika frågorna som utgör GHQ12. (Se bilaga 1) GHQ12 är inte ett redskap för att diagnostisera psykisk sjukdom utan används för att mäta förekomsten av psykisk ohälsa. Individen kan få 12 poäng maximalt och 0 poäng som minst. Ju fler poäng individen får i frågan desto sämre psykisk hälsa. Har individen tre poäng eller mer definieras detta som dålig psykisk hälsa.

(Rubinstein et. al. 2006:41-42 och Hälsförhållanden i Skåne 2004). Denna variabel har delats upp mellan individer som har och som inte har dålig psykisk hälsa. De som har dålig psykisk hälsa används som bas att jämföra med. EQ-5D har en fråga om oro/nedstämdhet. Denna fråga kan inte direkt sägas mäta psykisk ohälsa i samma omfattning som GHQ12. GHQ12 har specifika frågor kring exempelvis individens förmåga till koncentration, fatta beslut och sinnestämning under de senaste veckorna. EQ-5D frågar om individen känner sig orolig eller nedstämd idag. Om individen svarar utifrån hur hon mår just idag kan oron eller nedstämdheten bero på en tillfällig händelse eller livskris men behöver inte antyda psykisk ohälsa. Stark oro behöver inte vara synonymt med att individen inte längre känner tilltro till livet och uppskattar sin tillvaro. Variabeln psykisk hälsa fyller därmed sin funktion som förklarande variabel.

Långvarig sjukdom mäts utifrån fråga 9 i enkäten. (Se bilaga 1) Svartalernativet är antingen ja eller nej. Långvarig sjukdom definieras som ett hälsotillstånd som ger märkbara besvär under mer än sex månaders tid. De som svarat att de har långvarigsjukdom används som jämförelse. EQ-5D innehåller ingen fråga om långvarig sjukdom. Långvarig sjukdom kan exempelvis vara astma eller allergi. Individen kan också ha återhämtat sig från en långvarig sjukdom och vara helt återställd. Långvarig sjukdom mäter såldes hälsan ur ett annat perspektiv.

Politiskt förtroende har skapats genom fråga 77. I fråga 77 finns det 11 olika institutioner med. I denna uppsats har förtroende för; h) Riksdagen, i) Politiker i ditt landsting och j) Politiker i kommunen valts ut. Frågorna rörande förtroende för politiker valdes ut för att denna variabel skulle representera ett makroperspektiv i så stor utsträckning som möjligt. Individerna har i ett första steg delats in i två grupper. Den ena gruppen är de som anger att deras förtroende är ”mycket stort”, ”ganska stort” och ”har ingen åsikt”. I den andra gruppen finns de som har angett att deras förtroende är ”Inte särskilt stort” eller ”Inget alls”. Denna indelning utgör ett högt respektive lågt politiskt förtroende. Eftersom individerna kan ha svarat olika beroende på vilken politisk nivå frågan gäller så har det gjorts ytterligare en indelning i fyra grupper. I den första gruppen finns de individer som svarat att de har lågt politiskt förtroende för en av de tre nivåerna. I den andra gruppen finns de som angett att de har lågt politiskt förtroende för två av de tre nivåerna, i den tredje gruppen de individer som har lågt politiskt förtroende för samtliga tre nivåer och till sist en grupp med individer som har

högt förtroende för alla tre nivåer. Gruppen med lågt förtroende för alla tre nivåer används som jämförelse.

Tillit till andra människor mäts genom fråga 72 c i enkäten. Där ska individen ta ställning till ett påstående med fyra svarsalternativ. De som antingen svarat att de ”inte alls håller med” eller ”inte håller med” anses ha låg tillit till andra människor. De som svarat ”håller med” eller ”håller med fullständigt” har hög tillit. Individer som har låg tillit används som jämförelse.

Socialt deltagande mäts genom fråga 69 i enkäten (se bilaga 2) De individer som deltagit i färre än fyra aktiviteter under det senaste året anses ha ett lågt socialt deltagande. Denna fråga har delats upp mellan de individer som har ett lågt socialt deltagande och de som inte har det. De med ett lågt socialt deltagande används som jämförelse.

5.3 Deskriptiv statistik

Tabell 1. Visar populationen, urvalet ur populationen samt de som svarat i urvalet.

		Population total	Population urval (%)	Urval	Urval (%)	Svar	Svar (%)
Kön	Män	424207	49,58	24500	50	12720	51,9
	Kvinnor	431393	50,42	24500	50	15243	62,2
Ålder	18-34	244075	28,53	13788	28,14	6787	49,2
	35-44	161079	18,83	9414	19,21	4997	53,1
	45-54	147966	17,29	8601	17,55	5001	58,1
	55-64	150701	17,61	8702	17,76	5551	63,8
	65-84	151778	17,74	8495	17,34	5627	66,2
Födelse-land	Sverige	711692	83,18	41376	84,42	24622	59,5
	Övr. Norden	26849	3,14	15000	3,06	806	53,7
	Övr. Europa	69459	8,12	3596	7,34	1676	46,6
	Övr. Världen	47599	5,56	2537	5,18	859	33,9
Civil-stånd	Gift + RP	397112	46,41	23522	48,00	14742	62,7
	Övriga	458487	53,59	25478	52,00	13221	51,9
Årlig inkomst (tusen kronor)	0-149	342568	40,04	19245	39,28	9556	49,7
	150-299	384124	44,90	22193	45,29	13449	60,6
	300+	128907	15,07	7562	15,43	4958	65,6
Utbildning	Förgymnasial	257493	30,10	14732	30,07	7482	50,8
	Gymnasial	360553	42,14	20668	42,18	11709	56,7
	Eftergymnasial	237553	27,76	13600	27,76	8772	64,5
Totalt		855599	100,00	49000		27963	

(Hälsöförhållanden i Skåne, Folkhälsoenkät Skåne 2004 s 13. RP= Registrerat Partnerskap)

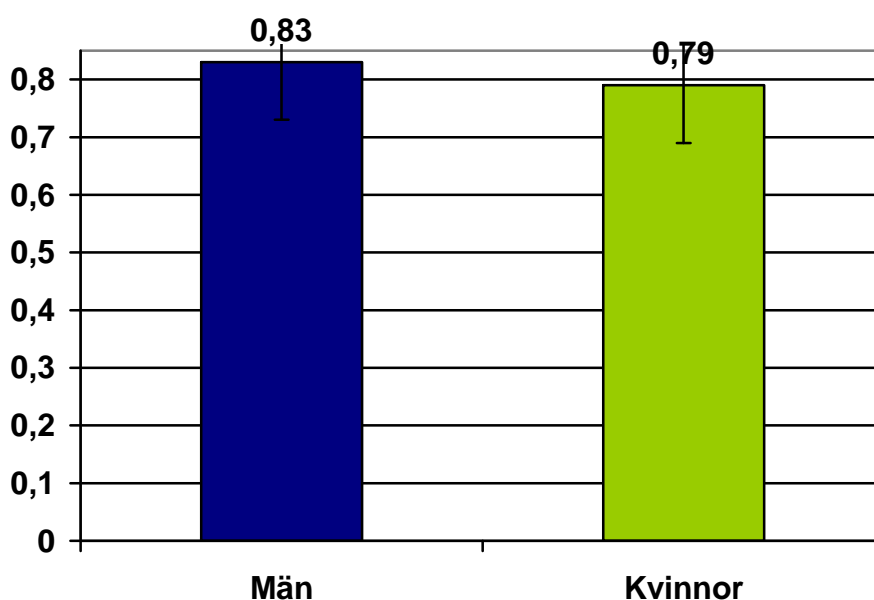
Kvinnor har besvarat enkäten i större utsträckning än män. Det finns även skillnader mellan olika åldersgrupper. I åldergruppen 18-34 är svarsfrekvensen 49,2% medan åldergruppen 65-80 har en svarsfrekvens på 66,2%. Svarsandelar i förhållande till födelseland skiljer sig också åt. För svenskfödda är svarsandelen 59,5%, för övriga Norden 53,7%, för övriga Europa 46,6% och för individer med födelseland utanför Europa 33,9%. Skillnaden är också stor mellan olika inkomstgrupper. För gruppen låginkomsttagare har 49,7% svarat och i gruppen höginkomsttagare har 65,6% svarat. Bland de individer som har eftergymnasial utbildning har 64,5% svarat medan motsvarande siffra för gruppen med förgymnasial utbildning är 50,8% (Folkhälsoenkät Skåne 2004:12) Tabellen visar att åldersfördelningen är jämn i hela materialet.

Tabell 2 Frekvenser för hela populationen

Variabel	Procent	Variabel	Procent
Kön		Psykisk hälsa	
Kvinnor	50,4%	Bra	82,3%
Män	49,6%	Dålig (Bas)	17,7%
Ålder		Långvarig sjukdom	
18-34 år	28,5%	Nej	72,8%
35-44 år	18,8%	Ja (Bas)	27,2%
45-54 år	17,4%		
55-64 år	17,6%		
65-84 år (Bas)	17,7%		
Utbildningsnivå		Politisk förtroende	
7 år eller mindre (Bas)	23,3 %	(Riksdag, Landsting, Kommun)	
Gymnasial	42,1 %	Högt förtroende för samtliga	29,4 %
Eftergymnasial kortare än 2 år	5,3 %	Lågt förtroende för en av tre	11,1%
Eftergymnasial 2 år eller mer	16,1 %	Låg förtroende för två av tre	17,7 %
Eftergymnasial 4 år eller mer	5,4 %	Lågt förtroende för samtliga	41,8 %
Eftergymnasial forskarutbildning	1,0 %	(Bas)	
Okänd	1,1 %		
Missing	5,7 %		
Disponibel hushålls inkomst per familj och år		Tillit till andra människor	
< = 95 284 (Bas)	29,1%	Hög	54,8 %
95 285 – 124 191	24,9%	Låg (Bas)	45,2 %
125 192 – 164 099	24,1%		
164 100 +	21,9%		
Självskattad hälsa		Socialt deltagande	
Bra	84,7%	Högt	56 %
Dålig (Bas)	15,3%	Lågt (Bas)	44 %

Tabell 2 visar den procentuella fördelningen för de olika variablerna. Den procentuella spridningen för hur kvinnor respektive män fördelade sig över de olika variablerna visade sig vara relativt likartad, därför finns ingen sådan tabell med. En relativt stor andel, 84,7 %, anser att de har en bra självskattad hälsa. Med tanke på att andelen mellan 65 och 84 år utgör 17,7 % av hela datamaterialet och att hälsan tenderar att bli sämre med ökad ålder så kan den procentuella andelen med bra självskattad hälsa anses vara relativt hög. 82,3 % har en bra psykisk hälsa vilket också kan anses vara en relativt hög andel. Senare redovisas dock att utifrån EQ-5D så finns det betydande skillnader i dimensionen oro/nedstämdhet för olika åldersgrupper.

Diagram 1. EQ-5D index för män och kvinnor i medeltal i Skåne



Diagrammen visar att i genomsnitt har kvinnor 0,79 och män 0,83 i EQ-5Dindex. I undersökningar från Stockholms län 2002 har kvinnor 0,80 och män 0,84 i EQ-5D index (Burstöm 2002) Grunden till att kvinnor har ett lägre EQ-5D index kan ha många orsaker. En möjlig förklaring är att kvinnor i större utsträckning har problem med smärta och värk i leder och muskler. Det kan också bero på att kvinnor i större utsträckning känner sig nedstämda och oroliga.

Diagram 2. EQ-5D index fördelat över män och kvinnor över ålderskategorier i Skåne

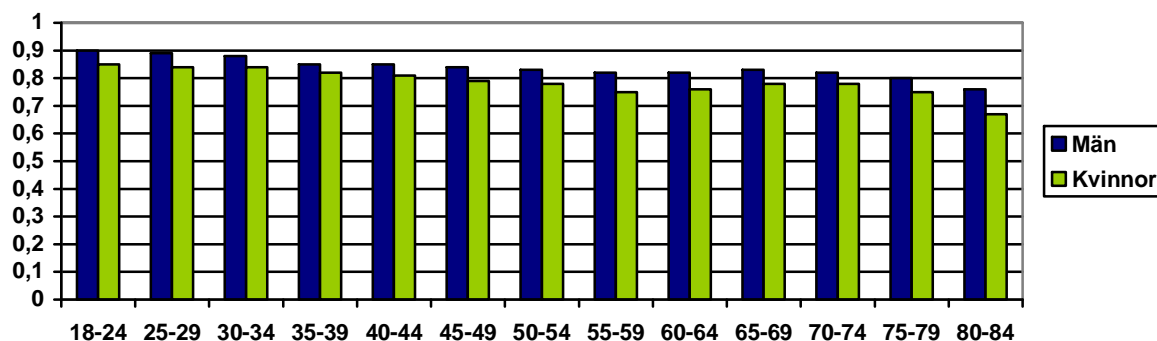


Diagram 2 visar den hälsorelaterade livskvaliteten för män och kvinnor fördelat över åldersgrupper. Kvinnor har i alla åldersgrupper lägre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med män. Den minsta skillnaden finns i åldersgruppen 35-39 år (0,03) och den största finns i åldersgruppen 80-84 år (0,09).

Tabell 3. Procentuell fördelning för de olika nivåerna uppdelat på kön

EQ-5D	Procentuell fördelning	
	Kvinnor	Män
Rörlighet		
Jag går utan svårigheter	87,3 %	88,9 %
Jag kan gå med viss svårighet	12,6 %	10,9 %
Jag är sängliggande	0,1 %	0,2 %
Hygien		
Jag behöver inge hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning	98,1 %	97,8 %
Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv	1,4 %	1,4 %
Jag kan inte tvätta eller klä mig själv	0,5 %	0,8 %
Huvudsakliga aktiviteter		
Jag klarar mina huvudsakliga aktiviteter	90,2 %	93,1 %
Jag har vissa problem att klara mina huvudsakliga aktiviteter	8,5 %	5,7 %
Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter	1,3 %	1,2 %
Smärtor/besvär		
Jag har varken smärtor eller besvär	42,4 %	49,8 %
Jag har måttliga smärtor eller besvär	51,4 %	46,1 %
Jag har svåra smärtor eller besvär	6,2 %	4,1 %
Oro/nedstämd		
Jag är inte orolig eller nedstämd	59,3 %	70,9 %
Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning	37,2 %	26,6 %
Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd	3,5 %	2,5 %

För de tre första dimensionerna är skillnaderna mellan män och kvinnor relativt små. Däremot är skillnaderna något större för dimensionerna smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. De två

sista dimensionerna skiljer sig åt genom att det är betydligt större andel individer som anger att de har måttliga eller svåra smärtor/besvär samt är oroliga/nedstämda i viss utsträckning eller i högsta grad. Därför har jag närmare studerat hur de två sista dimensionerna fördelar sig över olika åldersgrupper uppdelat för kvinnor och män.

Diagram 3a. Smärtor/besvär för kvinnor

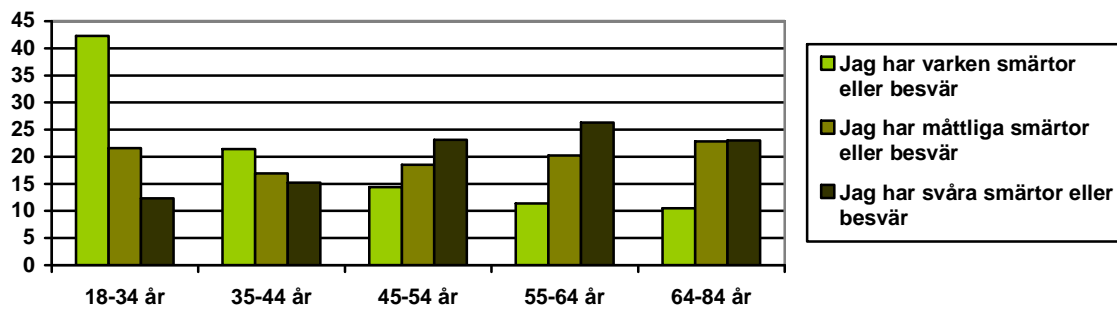
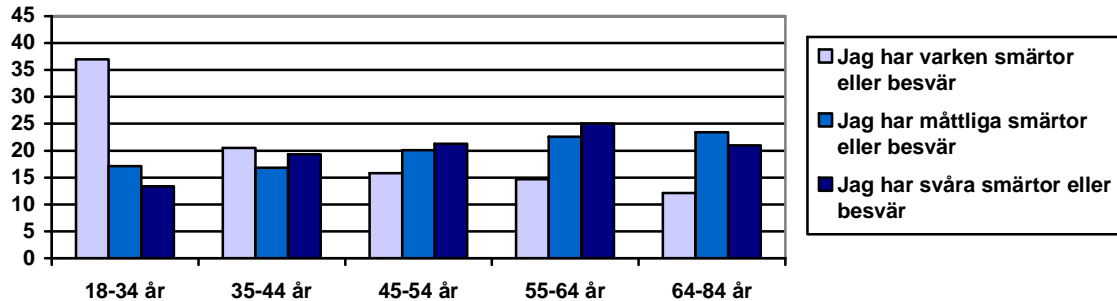


Diagram 3b. Smärtor/besvär för män



För kvinnor i åldern 18-34 år är det utmärkande att andelen (21,6 %) som anger att de har måttliga smärtor eller besvär är större än andelen (20,2 %) i åldersgruppen 55-64 år. En större andel bland både kvinnor och män i åldersgrupperna 45-55 år och 55-64 år anger att de har svåra smärtor eller besvär än vad kvinnorna och männen i den äldsta åldersgruppen anger.

Diagram 4a Oro/nedstämdhet för kvinnor

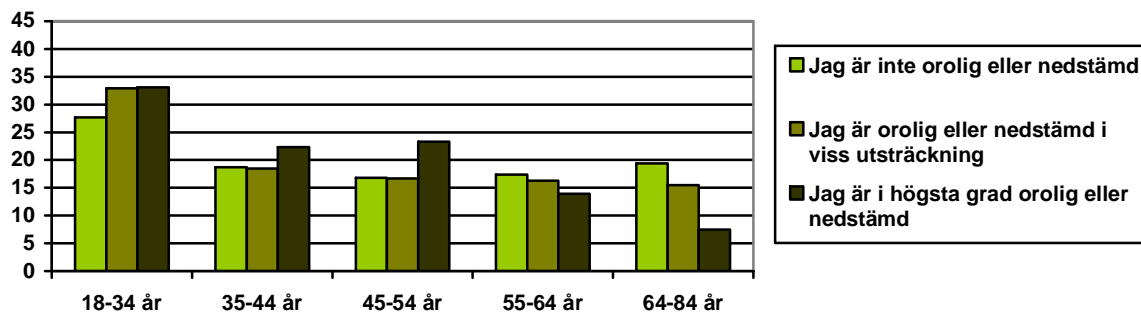
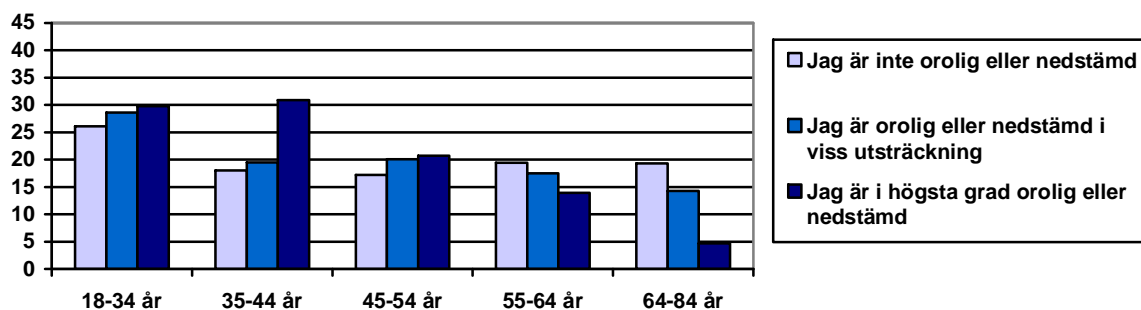


Diagram 4b Oro/nedstämdhet för män



För dimensionen oro/nedstämdhet är det tydligt att de yngsta åldersgrupperna har den största andelen som är oroliga i viss utsträckning eller i hög grad. Andelen som är oroliga i hög grad minskar i de äldre åldersgrupperna.

5.4 Ekonometrisk modell

EQ-5D har gjorts till en binär variabel vilket innebär att det endast finns två möjliga utfall. Antingen har individen full hälsa (EQ-5D index = 1) eller inte full hälsa (EQ-5D index mindre än 1). Analyserna syftar till att prediktera sannolikheten (π_i) av att en händelse inträffar (till exempel att ha full hälsa) som en funktion av ett antal oberoende variabler. Eftersom det naturliga värdet för π_i sträcker sig från 0 till 1 är en linjär regression modell inte lämpligt då den är utformad för att hantera värden i den beroende variabel som sträcker sig från $-\infty$ till $+\infty$.

För att kunna modellera en sannolikhet appliceras en logistisk transformation av π_i i en logistisk regression. Syfte med denna transformation är att omvandla π_i till värde som sträcker sig från $-\infty$ till $+\infty$ och som kan modelleras med en regressions analys. Den logistiska transformationen består egentligen av två transformationer. I det första steget transformeras π_i till ett odds (θ_i)

$$\theta_i = (\pi_i / (1 - \pi_i))$$

Denna transformation tillåter värde från 0 till $+\infty$. I det andra steget tar man logaritmen av θ_i vilket tillåter värde från $-\infty$ till $+\infty$. Logaritmen av θ_i benämns som logit (z_i)

$$z_i = \ln(\theta_i)$$

I en logistisk regression antas den beroende variabeln Z vara linjärt relaterad till de oberoende variablerna.

$$z_i = b_0 + b_1x_{i1} + b_2x_{i2} + b_3x_{i3} + \dots + b_px_{ip}$$

X_j är oberoende variabel nummer j för fall i och b_j är koefficient nummer j och p är antalet prediktioner.

Relevant i detta sammanhang är att tolka betydelsen av b -koefficienterna. Låt oss tänka att vi vill veta om individer med långvarig sjukdom har en mindre sannolikhet att ha full hälsa (EQ-5D index = 1) än individer utan långvarig sjukdom. Vi konstruerar en oberoende dikotom variabel "långvarig sjukdom" definierad som ja ($x_i=1$) eller nej ($x_i = 0$). I detta fall är värdet av z_i för en person som har långvarig sjukdom

$$z_{i1} = b_0 + b_1$$

och för en person som är utan långvarig sjukdom

$$z_{i0} = b_0$$

Skillnaden i full hälsa (Θ) är

$$\Theta = z_{i1} - z_{i0} = b_1$$

Logit för att ha full hälsa hos en individ med långvarig sjukdom (b_1) är lägre än hos en individ utan långvarig sjukdom vilket kan vara svårt att tolka.

En fördel med den logistiska regressionen är att vi kan uttrycka b_1 i form av en oddskvot eller oddsratio (OR) som ger mer intuitiv information än θ . Givet att differensen är lika med kvoten i den logaritmiska skalan ($\theta = z_{i1} - z_{i0} = z_{i1} / z_{i0}$) kan vi antilogaritmera θ och få en OR.

$$OR = e^{\theta} = e^{b_1}$$

Till exempel en OR = 0,5 betyder att sannolikheten av att ha full hälsa är hälften så stor hos en person med än utan långvarig sjukdom.

Sammanfattningsvis är koefficienterna ($B_0, B_1, B_2, \dots, B_n$) de värden som mäter förändringen i kvoten mellan sannolikheterna. De mäter, uttryckt i logaritmer, oddskvoten och därför också sannolikheten för att händelsen ska inträffa. En positiv koefficient innebär att värdet för sannolikheten går mot 1 och ökar därmed möjligheten att händelsen inträffar. En negativ koefficient innebär att värdet för sannolikheten går mot 0 och därigenom minskar möjligheten för att händelsen ska inträffa. Om B_n har ett positivt värde innebär det att antilogen kommer vara större än 1 och oddskvoten kommer att öka. En koefficient med värdet 0 innebär att antilogen är 1 vilket inte förändrar oddskvoten.

Vi kan också beräkna och jämföra den predikterade sannolikheten utifrån OR.

$$\pi_i = OR / (1+OR)$$

(Hair et al 2006: 357-361) (SPSS Tutorial) (Juan Merlo)

EQ-5D = $\alpha + \beta_1$ ålder + β_2 inkomst + β_3 utbildningsnivå + β_4 politiskt förtroende + β_5 tillit + β_6 socialt deltagande + β_7 självsfattad hälsa + β_8 långvarig sjukdom + β_9 psykisk hälsa + ϵ

6 Resultat

Oddstalet kan det uttryckas som förhållandet mellan att en händelse ska inträffa och att den inte ska inträffa. Exempelvis är koefficienten för tillit (för kvinnor) är $b = 0,365$. Oddstalet blir då $e^{0,365} = 1,440$. Detta betyder att då den oberoende variabeln ökar en enhet så ökar oddstalet att den beroende variabeln ska vara lika med 1 med en faktor på 1,440.

Ytterligare ett exempel kan tydliggöra oddstalen. Antag 20 individer, 10 män och 10 kvinnor som ska lära sig cykla på en dag. 0 = misslyckas och 1 = lyckas. För kvinnorna är det 3 som misslyckas och 7 som lyckas. För männen är det 7 som misslyckas och 3 som lyckas. Då blir för kvinnor sannolikheten $p(\text{lyckas}) = 7/10 = 0,70$ och $q(\text{misslyckas}) = 3/10 = 0,3$. Motsvarande för män blir $p(\text{lyckas}) = 3/10 = 0,3$ och $q(\text{misslyckas}) = 7/10 = 0,7$. Odds för att kvinnorna ska lära sig cykla på en dag (lyckas) är förhållandet mellan sannolikheterna = $0,7 / 0,3 = 2,3333$. Motsvarande odds för män är $0,3 / 0,7 = 0,4286$. Odds för att lyckas lära sig cykla för kvinnor kontra män är $2,3333 / 0,4286 = 5,4444$. Alltså skulle vi säga att odds för att kvinnorna lär sig cykla på en dag är 5,4444 gånger större än vad de är för männen. (Garson 2006)

Ju närmare 1,0 oddstalen ligger desto mindre inverkan har den oberoende variabeln på den beroende variabeln. Om oddstalet är nära noll betyder det att den oberoende variabeln har en negativ inverkan på den beroende variabeln. (Garson 2006)

Tabell 4. Resultat för kvinnor. (XX) inom parantes anger jämförelse

Variabel	Koefficient	Standard- avvikelse	Signi- fikans	Odds	95 % Konfidens- intervall	
					Nedre	Övre
Ålder (65-84 år)						
18-34 år	0,017	0,015	0,254	1,017	0,988	1,046
35-44 år	0,132	0,016	0,000	1,141	1,106	1,176
45-54 år	0,118	0,016	0,000	1,125	1,091	1,161
55-64 år	-0,121	0,016	0,000	0,886	0,859	0,913
Utbildningsnivå (7 år eller mindre)						
Gymnasial	0,115	0,011	0,000	1,121	1,097	1,146
E. gymn < 2 år	0,145	0,021	0,000	1,155	1,109	1,204
E. gymn ≥ 2 år	0,155	0,013	0,000	1,167	1,137	1,198
E. gymn ≥ 4	0,035	0,021	0,093	1,035	0,994	1,078
E. gymn. forsk. utb	0,914	0,068	0,000	2,494	2,183	2,899
Disponibel hushålls inkomst per familj och år (< = 95 284)						
95 285 – 124 191	0,174	0,011	0,000	1,190	1,165	1,215
125 192 – 164 099	0,280	0,011	0,000	1,323	1,294	1,353
164 100 +	0,504	0,013	0,000	1,656	1,614	1,698
Självskattad hälsa (Dålig)						
Bra	2,272	0,017	0,000	9,703	9,367	10,040
Psykisk hälsa(Dålig)						
Bra	1,731	0,013	0,000	5,648	5,510	5,789
Långvarig sjukdom (Ja)						
Nej	0,978	0,009	0,000	2,659	2,611	2,709
Politiskt förtroende (Lågt förtroende för samtliga 3)						
Högt förtr för alla 3	0,180	0,010	0,000	1,197	1,174	1,220
Lågt förtr för 1 av 3	0,068	0,014	0,000	1,070	1,042	1,099
Låg förtr för 2 av 3	0,208	0,012	0,000	1,231	1,203	1,259
Tillit (Låg)						
Hög	0,365	0,008	0,000	1,440	1,417	1,464
Socialt deltagande (Lågt)						
Högt	0,183	0,009	0,000	1,201	1,180	1,222

E. gymn = Eftergymnasialutbildning

E. gymn. Forsk. utb. = Eftergymnasial forskarutbildning

Tabell 5. Resultat för män (XX) inom parantes anger jämförelse

Variabel	Koefficient	Standard- avvikelse	Signi- fikans	Odds	95 % Konfidens- intervall	
					Nedre	Övre
Ålder (65-84 år)						
18-34 år	0,148	0,016	0,000	1,160	1,124	1,196
35-44 år	0,118	0,016	0,000	1,125	1,089	1,162
45-54 år	0,019	0,016	0,249	1,019	0,987	1,051
55-64 år	-0,049	0,016	0,002	0,952	0,923	0,982
Utbildningsnivå (7 år eller mindre)						
Gymnasial	-0,169	0,011	0,000	0,844	0,826	0,863
E gymn < 2 år	0,110	0,021	0,000	1,116	1,070	1,163
E. gymn ≥ 2 år	-0,156	0,015	0,000	0,856	0,830	0,882
E gymn ≥ 4	-0,296	0,021	0,000	0,744	0,714	0,774
E gymn. forsk. utb	-0,133	0,036	0,000	0,875	0,816	0,939
Disponibel hushålls inkomst per familj och år (< = 95 284)						
95 285 – 124 191	0,205	0,013	0,000	1,227	1,198	1,258
125 192 – 164 099	0,282	0,012	0,000	1,326	1,295	1,358
164 100 +	0,479	0,013	0,000	1,614	1,573	1,656
Självskattad hälsa (Dålig)						
Bra	2,180	0,016	0,000	8,850	8,574	9,135
Psykisk hälsa (Dålig)						
Bra	1,932	0,014	0,000	6,905	6,717	7,098
Långvarig sjukdom (Ja)						
Nej	1,024	0,010	0,000	2,783	2,731	2,836
Politiskt förtroende (Lågt förtroende för samtliga 3)						
Högt förtr för alla 3	0,099	0,011	0,000	1,104	1,081	1,127
Lågt förtr för 1 av 3	0,177	0,015	0,000	1,194	1,159	1,230
Låg förtr för 2 av 3	0,219	0,012	0,000	1,245	1,215	1,276
Tillit (Låg)						
Hög	0,434	0,009	0,000	1,544	1,517	1,571
Socialt deltagande (Lågt)						
Högt	0,373	0,010	0,000	1,452	1,425	1,479

E. gymn = Eftergymnasialutbildning

E. gymn. Forsk. utb. = Eftergymnasial forskarutbildning

Den beroende variabeln som mäter hälsan är, som tidigare beskrivits, ett samlat EQ-5D index som mäter som mäter den hälsorelaterade livskvaliteten utifrån 5 dimensioner. I denna uppsats används måttet för att mäta individens hälsa. Den beroende variabeln EQ-5D har delats upp mellan de individer som har ett index lika med 1, vilket här antas motsvara full hälsa och de som har ett indexvärde mindre än ett.

Som väntat har variabeln *ålder* en positiv inverkan på den beroende hälsovariabeln. För kvinnor är det utmärkande att åldersgruppen 18-34 år så har åldern en väldigt liten inverkan på den beroende variabeln. Det samma gäller för män i åldersgruppen 45-54 år. Dock ska det uppmärksammas att dessa värden inte är signifikanta. Oddstalen är 1,017 respektive 1,019 båda oddstalen är nära talet 1 och har därför liten inverkan på den beroende variabeln. Detta kan bero på att en relativt stor andel av kvinnor i åldersgruppen 18-34 oroliga eller nedstämda i viss grad och i högsta grad. Tidigare såg vi också att den relativt stor andel av kvinnorna i denna åldergrupp hade problem med smärta och besvär. För män i åldersgruppen 45-54 är det svårt att dra några liknande slutsatser eftersom andelen med måttliga eller svåra problem inte är större i denna grupp än i någon annan. Detta innebär att den positiva effekt som åldern antas ha på hälsan inte framkommer i lika hög utsträckning eftersom hälsan här inte endast mäts utifrån fysiska aspekter.

För kvinnor har utbildning en positiv inverkan på sannolikheten för att de ska ha en god hälsa. Jämfört med att ha en låg utbildning så ökar en högre utbildning sannolikheten för att kvinnor ska ha en bra hälsa. För kvinnor med eftergymnasial forskarutbildning är oddstalet 2,494. Anledningen till detta kan bero på att kvinnor som disputerar uppnår en viss socioekonomisk status vilket innebär att deras möjligheter att investera i sin hälsa ökar. Det kan också vara så att deras alternativkostnad som följer vid sämre hälsa är allt för hög och därför är det mer lönsamt för dessa kvinnor att investera i sin hälsa. Utbildning verkar inte ha samma effekt för män som den har för kvinnor. Oddstalet för män med eftergymnasial forskarutbildning skiljer sig inte nämnvärt från de andra utbildningsgrupperna. För alla utbildningsnivåer förutom eftergymnasial utbildning kortare än två har negativa koefficienter för män. Oddstalen ligger nära eller under ett vilket innebär att utbildning inte är en faktor som ökar sannolikheten för att män ska ha en god hälsa i detta fall. Resultatet kan tyckas vara märkvärdigt med tanke på att det finns ett flertal teorier som bekräftar att utbildning har en positiv effekt på hälsan genom ett flertal faktorer. Det kan också tyckas märkligt att eftergymnasial forskarutbildning påverkar kvinnor i så mycket större utsträckning än vad det påverkar män.

En inkomst som överstiger 95 284 kr ökar sannolikheten för att individen ska ha en bra hälsa detta gäller för både män och kvinnor. Ju högre inkomsten blir desto mer ökar sannolikheten. Förutom att inkomsten bidrar till att skapa en viss trygghet så ger en ökad inkomst individen större möjligheter att investera i sin hälsa och påverka sin livssituation.

En bra självskattad hälsa ger en bra indikation på individens framtida hälsoutveckling. För kvinnor med en bra självskattad hälsa är oddstalet 9,703 och för män 8,850 vilket innebär att en god självskattad hälsa i stor utsträckning ökar sannolikheten att individen ska ha ett EQ-5D index som är lika med 1. En bra psykisk hälsa ger ett oddstal på 5,648 och 6,905 för kvinnor respektive män. En bra psykisk hälsa ökar sannolikheten för en god hälsa i större utsträckning för män än för kvinnor. Frånvaron av långvariga sjukdomar bidrar också till en ökad sannolikhet att individen har en god hälsa. Oddstalen på 2,659 för kvinnor och 2,783 för män visar att det ökar sannolikheten väsentligt men inte i lika stor utsträckning som en god självskattad hälsa och en bra psykisk hälsa. Trots långvarig sjukdom så kan individen återhämta sig och få en full hälsa igen. En dålig självskattad hälsa och en dålig psykisk hälsa kan däremot vara tecken på mer bestående sjukdomstillstånd som individen har svårt att återhämta sig från.

Det politiska förtroendet ökar också sannolikheten att individen har en bra hälsa. Det som kan tyckas något förvånande för både kvinnor och män är att oddstalet för de individer som har högt förtroende för alla tre nivåer (kommun, landsting och riksdag) är lägre än för individer som har ett lågt förtroende för två av tre nivåer.

För variabeln tillit har kvinnor ett oddstal på 1,440 och män 1,554. Tillit ökar sannolikheten för en god hälsa i högre utsträckning än vad förtroende för politiker gör. Hög tillit kan bidra till att individen känner sig tryggare i vardagen. Det kan också innebära att individen i större utsträckning skapar kontakt med nya människor vilket kan öka omfånget hennes sociala nätverk.

Ett högt socialt deltagande innebär också en ökad sannolikhet att individen har en bra hälsa. Precis som med tillit så är oddstalet för högt socialt deltagande högre för män, 1,425, än vad det är för kvinnor, 1,201. Det sociala deltagandet kan påverkas av individens hälsotillstånd.

7 Diskussion

Frågeställningen var om socialt deltagande, tillit till andra människor och förtroende för politiker påverkar individens hälsa? Ovanstående resultat visar att hög tillit, högt socialt deltagande och förtroende för politiker ökar sannolikheten för både kvinnor och män att ha ett EQ-5D index som är lika med 1. Ett EQ-5D index som är lika med 1 är i denna uppsats liktydigt med att individen har full hälsa både utifrån fysiska, psykiska och sociala aspekter. Fokus i uppsatsen har legat på vad som bidrar till en god hälsa snarare än vilka faktorer som påverkar individens hälsa negativt. Naturligtvis finns det ett flertal begränsningar som är värda att diskutera närmare. För det första vilket är det optimala sättet att mäta individens hälsa och vilka faktorer/dimensioner ska inkluderas i begreppet hälsa? För det andra, hur ska begreppet socialt kapital definieras och hur ska man på bästa sätt mäta mängden socialt kapital? För det tredje, hur ackumuleras respektive deprecieras det sociala kapitalet och är det möjligt för samhället att påverka utvecklingen av det sociala kapitalet?

Att mäta individens hälsa

Det finns inte ett rätt sätt att mäta individens hälsa utan snarare flera möjliga som ger olika sorters information. EQ-5D är ett hälsorelaterat livskvalitetsmått som jag har använt för att mäta individens hälsa. Full hälsorelaterad livskvalitet har jag likställt med full hälsa. Min avsikt var att betona att hälsan är flerdimensionerad och omfattar såväl fysiska, psykiska som sociala aspekter. Genom att använda EQ-5D med dimensionerna rörlighet, hygien, vardagliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet som ett mått på individens hälsa innebär att den definition som WHO använder kunde appliceras. Hälsa och livskvalitet är två begrepp som allt oftare diskuteras i gemensamma sammanhang. Hälsa uppfattas inte längre enbart som en god fysisk hälsa utan innefattar individens välmående i ett bredare perspektiv. Det är individens egen upplevelse av sin hälsa som är den viktiga faktorn och inte en objektiv definition av livslängden. Ohälsa kan därför också ta sig många olika uttryck. Mätning av befolkningens hälsa genom EQ-5D visar att hälsan varierar för olika grupper inom befolkningen. Som vi såg tidigare gav EQ-5D en indikation på att yngre kvinnors psykiska hälsa var sämre än den psykiska hälsan hos övriga befolkningen. Fördelen med att mäta

befolkningens hälsa utifrån flera dimensioner är att det bli lättare att identifiera inom vilka områden hälsan förändras och vilka grupper som har sämre hälsa. Åtgärder kan därför riktas åt specifika grupper och på så sätt bli mer effektiv.

Undersökningen i Skåne visade att det genomsnittliga EQ-5D indexet för kvinnor var 0,79 och för män 0,83. De genomsnittliga indextalen kan användas som en grov indikation på om befolkningens hälsa förändras över tid. Indextalen kan också användas till att göra jämförelser mellan olika delar av ett land eller mellan länder under förutsättning att samma vikter använts för att få fram indexet. EQ-5D är ett relativt enkelt instrument som ger ett samlat index men kan även delas upp för varje enskild dimension. Fördelen med ett mått som EQ-5D är att det är relativt enkelt att fylla i och svara på. Nackdelen är dels att instrumentet endast innehåller fem dimensioner och dels att svaren inte är särskilt nyanserade eftersom de är anpassade till individer i åldersspannet 18-84 år. Ytterligare en nackdel är att man i Sverige ännu inte tagit fram vikter utifrån den svenska befolkningen. Det är dock svårt att avgöra hur mycket sociala och kulturella skillnader bidrar till olikheter vad gäller värderingen av olika hälsotillstånd.

Definition och mätning av socialt kapital

Det finns ett flertal frågetecken kring begreppet socialt kapital som kräver en närmare diskussion. Det finns ett flertal sätt att mäta det sociala kapitalet. De faktorer som jag valt ut i denna uppsats har flera begränsningar och det finns flera anledningar till att diskutera om de verkligen utgör de bästa indikatorerna för att mäta det sociala kapitalet. Frågan kring det sociala deltagandet kan vara missvisande genom att ett flertal av dessa aktiviteter egentligen inte behöver betyda att individen utvecklar sina sociala relationer och sitt sociala nätverk. Det är ju till exempel möjligt att en individ besöker kyrkan, går på bio, besöker konstutställning och sporttillställning men gör detta utan att egentligen interagera med andra individer. Trots detta anses individen inte ha ett lågt socialt deltagande eftersom hon har fyllt i fyra aktiviteter. En individ som inte deltar i olika offentliga sammankomster men umgås i stor utsträckning med sin familj och sina vänner (fyllt i 2 aktiviteter) kan betraktas som en individ med lågt socialt deltagande trots att hon genom dessa aktiviteter kan utveckla och förbättra sitt sociala nätverk. Det är därför möjligt att uttrycka tvivel om denna fråga utgör ett lämpligt sätt att mäta individens sociala deltagande och i sin tur använda denna fråga som ett exempel på socialt kapital. På samma sätt är det viktigt att ifrågasätta om endast en fråga kring tillit utgör tillräckligt med underlag för att avgöra om en individ har låg respektive hög tillit. Att en individ har lågt förtroende för politiker i Riksdag, Landsting och Kommun behöver inte vara

liktydig med att individen inte har förtroende för det demokratiska systemets förmåga att fungera. Snarare kan det vara ett uttryck för att individen anser att det är den styrande politiska majoriteten som hon inte har förtroende för. Vilket inte behöver vara liktydig med ett lågt förtroende för politiker i allmänhet. Det är med andra ord viktigt att hitta tydliga sätt att mäta det sociala kapitalet. För att kunna göra detta krävs det först en korrekt definition av vad socialt kapital är. Därefter kan dess beståndsdelar plockas ut och studeras närmare.

Frågor kring valdeltagande och i vilken uträkning befolkningen deltar i frivilligorganisationer kan också användas för att mäta det sociala kapitalet. Socialt kapital och dess effekter på individen och samhället har undersökts och diskuterat inom ett flertal olika discipliner. Att socialt kapital är en produkt av relationer mellan individer råder det en relativt stor enighet kring. Däremot diskuteras det i relativt liten utsträckning att det sociala kapitalet kan se olika ut beroende på individerna som skapar det och att det kan ta sig olika uttryck beroende på den sociala kontexten. Det vore rimligt att det sociala kapitalet ser olika ut och tar sig olika uttryck i olika grupper inom ett och samma samhälle. Exempelvis är det sannolikt att det sociala kapitalet skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Ungdomar vistas i andra sociala miljöer än vad yrkesverksamma eller pensionerade individer gör. Detta borde också påverka formen på deras sociala kapital och hur det ackumuleras eller deprecieras.

Akkumulering och depreciering av det sociala kapitalet

Beroende på vilka faktorer som väljs för att definiera socialt kapital så kan det tänkas att likväl som att vissa faktorer bidrar till att öka det sociala kapitalet så bidrar också andra till att minska det. Tillit kan minska om antal brott i samhället ökar och därigenom skapar en större otrygghet. Ökad korruption kan bidra till minskat förtroende för politiker men även minskad tillit. Ökade kostnader för att delta i olika sociala aktiviteter kan bidra till att det sociala deltagandet minskar. Generellt består det sociala kapitalet av olika sociala relationer mellan människor. Därför kan det också tänkas att det sociala kapitalet deprecieras om individerna inte längre umgås med varandra. Det sociala kapitalet borde på samma sätt öka ju mer det används. Det sociala kapitalet är både en produkt av och en förutsättning för kollektivt handlande. Det sociala kapitalet kräver att minst två individer deltar och det finns en kostnad för att producera det sociala kapitalet. Kostnaden behöver inte vara monetär utan består oftast av tid och en personlig ansträngning.

För att det sociala kapitalet ska kunna ha en positiv verkan måste det genomsyra hela samhället på flera olika nivåer. Mikro- respektive makronivåerna påverkar och är beroende av varandra. Utifrån ett makroperspektiv kan det tänkas att ett högt förtroende för politiker speglar ett väl fungerade samhälle med bra sjukvård och fungerande skola. Individer som inte har tillit till andra människor och som har ett lågt socialt deltagande har antagligen också svårt för att känna förtroende för politiker. I ett samhälle där individer inte känner tillit blir det också svårare för politiker att genomföra reformer eftersom den låga tilliten bidrar till ineffektivitet vid gemensamt samarbete.

Det sociala kapitalet kan i detta stadium verka som svaret på många problem inom samhället. Men socialt kapital kan också ha en negativ inverkan. Genom normer som skapas inom grupper kan det begränsa den individuella friheten. Det kan också innebära att olikvärdande inte uppmuntras utan istället motarbetas vilket kanske inte alltid är positivt. Grupper med hög grad av integration kan verka uteslutande för de individer som inte ingår i gruppen och därigenom skapa utanförskap. Dåliga relationer mellan olika grupper inom ett samhälle kan bidra till ett ”vi och dom” tänkande vilket oftast inte bidrar till att öka det totala sociala kapitalet i samhället.

Samhällets inflytande på det sociala kapitalet

Vi har kommit fram till att socialt kapital i huvudsak har en positiv inverkan på både individen och samhället. Vilka åtgärder kan göras för att ge det sociala kapitalet möjligheter att växa och vad förhindrar att det deprecierar? Den första tanken är att det inte går att påverka eftersom grunden i det sociala kapitalet består av relationer mellan individer. Dessa relationer går knappast att påverka utifrån utan det är upp till de enskilda individerna att underhålla dessa relationer. Med tanke på de fördelar som det sociala kapitalet medför för individen borde alla individer sträva efter att maximera både det enskilda och gemensamma sociala kapitalet. Det gemensamma sociala kapitalet som finns inom samhället är en kollektiv vara vilket innebär att det finns en risk för free riding. Stat och kommun kan genom samarbete och olika former av stöd påverka utvecklingen av det sociala kapitalet. Detta gäller exempelvis ekonomiskt stöd till idrottsföreningar och frivilligorganisationer. Genom ett ekonomiskt stöd blir det möjligt för fler individer att delta i dessa organisationer. Utan ett sådant stöd finns det risk för att endast starka socioekonomiska grupper i samhället har möjlighet att delta. Vilket i sin tur kan bidra till ökad segregering och utanförskap. Det sociala kapitalet främjas av att individer ges möjlighet att umgås och mötas. Möjligheten till detta påverkas av en rad

faktorer. Om individen känner rädsla för att vistas utomhus under kvällstid kan detta bidra till social isolering och minskade möjligheter att delta i olika sociala aktiviteter. Infrastruktur i form av kollektivtrafik ökar människors möjligheter att förflytta sig och därmed också möjligheten att vara en deltagande medborgare.

Förutom de faktorer som finns med i denna undersökning påverkas hälsan även av en rad andra faktorer som kan vara svåra att mäta. Det kan t ex vara individens genetiska förutsättningar eller uppväxtmiljö. Lika så finns det faktorer som indirekt påverkar individens hälsa. Faktorer som miljö, produkter, livsstil, konsumtion av alkohol och tobak, relationsstatus, genetiskt arv och jämställdhet är exempel på faktorer som inte täcks i denna undersökning och som kan ha en minst lika stor betydelse för individens hälsa.

Resultatet visar på att de valda faktorerna inom begreppet socialt kapital bidrar till att öka sannolikheten för att individen har en god hälsa. När det gäller socialt kapital finns det inget som heter "one size fits all". Sociala relationer skapas och upprätthålls på olika sätt beroende på den sociala kontexten. Först när det sociala kapitalet är definierat utifrån olika grupper är det möjligt att närmare undersöka vilka mekanismer som påverkar individens hälsa. Dock återstår problemet med att det sociala kapitalet i stor utsträckning mäts genom subjektiva upplevelser vilket gör det svårt att kvantifiera och jämföra. Trots dessa svårigheter råder det ingen tvekan om att sociala relationer påverkar individen. Förutom svårigheter att definiera, mäta och jämföra det sociala kapitalet återstår arbetet med att finna genom exakt vilka led de olika mekanismerna påverkar individens hälsa.

Litteraturlista

Alfredsson, Johanna, 2002. *Livskvalitetsmätningar, något för folkhälsoarbetet? – en inledande diskussion baserad på en litteraturgenomgång*. Landstinget Gävleborg: Rapport från Samhällsmedicin Gävleborg.

Berkman, Lisa - Glass, Thomas - Brissette, Ian - Seeman, E. Teresa, 2000. "From Social integration to health: Durkheim in the new millennium", *Social science and Medicine*, vol. 51, s. 843-857.

Berkman, Lisa - Melchior, Maria - Chastang, Jean-Francois - Niedhammer, Isabelle - Leclerc, Annette - Goldberg, Marcel, 2004. "Social Integration and Mortality: A Prospective Study of French Employees of Electricity of France-Gas of France", *American Journal of Epidemiology*, vol. 159, nr. 2, s. 167-174.

Brown, T. Timothy - Scheffler, M. Richard - Sokyong, Seo - Reed, Mary, 2006 "The empirical relationship between community social capital and the demand for cigarettes", *Health Economics*, vol. 15, s. 1159–1172.

Brooks, G. Richard, 1991. *Health Status and Quality of Life Measurement*, Lund: The Swedish Institute for Health Economics.

Brooks, Richard - de Charro, Frank, 1996. "EuroQol: The current state of play", *Health Policy*, vol. 37, s. 53-72.

Burström, Kristina, 2002. *Hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län*. Stockholms läns landsting.

Cacioppo, T. John - Hawkey, C, Louise, 2003. "Social Isolation and health", *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 46, nr. 3, s. 39-52.

Carlson, Per, 2007. *Socialt kapital och psykisk hälsa*. Rapport nr A 2007:05. Statens folkhälsoinstitut.

Durkheim, Emile, 1983. *Själv mordet*. Lund: Grahns Boktryckeri.

Egolf, Brenda - Lasker, Judith - Wolf, Stewart - Potvin, Louise, 1992. "The Roseto Effect: A 50-Year Comparison of Mortality Rates", *American Journal of Public Health*, vol 82, nr. 8, s. 1089-1092.

Eriksson, E. Nordlund, A, 2002. *Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D och SF-36 i Östergötlands och Kalmar län: Resultat från befolkningsenkäterna*, Rapport 2002:1, Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum.

Ettner, S. L, 1996. "New evidence on the relationship between income and health", *Journal of Health Economics*,. vol 15, .s. 67-85.

Ferlander, Sara, 2007. "The Importance of Different Forms of Social Capital for Health", *Acta Sociologica*, vol. 50, nr. 2, s 115-128.

Garson D. G, 2006. "Logistic Regression" NC State University 070820
<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/logistic.htm>

Grossman, Michael, 2000. "The human capital model" I *Handbook of Health Economics*, 2000, Vol 1, s 348-405.

Hair, F. Joseph Jr – Black, C. William – Babin, J. Barry – Anderson, E. Rolph – Tatham, L. Roland. 2006. *Multivariate Data Analysis*. 6th edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Hälsoförhållanden i Skåne Folkhälsoenkät Skåne 2004 Region Skåne.

Islam, M. Kamrul - Merlo, Juan - Kawachi, Ichiro - Lindström, Martin - Burström, Kristina Gerdtham, Ulf-G, 2006. "Does it really matter where you live? A panel data multilevel analysis of Swedish municipality-level social Capital on individual health-related quality of life", *Health Economics, Policy and Law*, Vol 1, s. 209–235

Kawachi, Ichiro - Kennedy, P. Bruce, 1999. "Social capital and self rated health: A contextual analysis", *American Journal of Public Health*, vol. 89, nr. 8, s 1187-1193.

Kawachi, Ichiro - Kennedy, P. Bruce, 1997. "Social capital, income inequality and mortality", *American Journal of Public Health*, vol. 87, nr 9, s 1497.

Kim, Daniel - Kawachi, Ichiro, 2007. "U.S. State –Level Social Capital and Health-Related Quality of Life: Multilevel Evidence of Main, Mediating, and Modifying Effects", *Annals of Epidemiology*, vol. 17, nr. 4, s 258-269.

Lindström, Martin, 2000. *Social participation, social capital and socioeconomic differences in health-related behaviours*. Department of Community Medicine, Malmö University Hospital, Lund University.

Malmberg, Bo - Andersson, Eva - Johansson, Mats - Hermansson, Kenth, 2007. *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*. Östervåla: Elanders.

Månsdotter, Anna, 2006. *Health, Economics, and Feminism– on judging fairness and reform*. Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine Umeå University, Umeå, Sverige.

Möller, Pedersen, Keld, 2003. *Världsättning af sundhet*. Odense: Syddansk Universitetsförlag.

Nykvist, Karin - Boström, Gunnel, 2004. *Syfte och bakgrund till enkätfrågorna i den nationella folkhälsoenkäten*, Statens Folkhälsoinstitut.

Naess, Siri. 1989. i Björk, S. Vang, J, 1989. *Assessing Quality of Life*. Linköping: Samhall Klintland.

Prieto, Luis - Sacristán, A. José, 2004. "What is the value of social values? The uselessness of assessing health-related quality of life through preference measures", *BMC Medical Research Methodology*, vol. 4, nr. 1.

Putnam, D. Robert, 1996. *Den fungerande Demokratin. Medborgarandans rötter i Italien*. Stockholm: Nordstedts Tryckeri AB.

Putnam, D. Robert, 2000. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.

Richt, Bengt, 1994. *Livskvalitet teori, mätning och realitet*. Motala: Kanaltryckeriet AB.

Rubinstein, Barbara. et al 2006. *Hälsa på lika villkor i Västra Götaland? Resultat från den nationella folkhälsoenkäten 2005*, Västra Götlandsregionen 2006.

Shortt, S.E.D, 2004. "Making sense of social capital, health and policy" , *Health Policy*, Vol.70, s. 11–22.

SPSS 14,0 Tutorial

Statens Offentliga Utredningar, 1999. *Hälsa på lika villkor. Del 2*. SOU 1999:137.

Statens Offentliga Utredningar, 2000. *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. SOU 2000:41.

Wamala, Sarah – Backhans, Mona – Bremberg, Sven - Hogstedt, Christer - Lundgren, Bernt - Törnell, Brita, 2003. *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. R 2003:12. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

<http://www.scb.se>

<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

<http://www.irisprojects.umd.edu/socat/index.htm> (World Bank Group)

Bilaga 1

Frågor från enkäten

Självskattad hälsa

Fråga 32. Hur känner Du Dig just nu, fysiskt och psykiskt, om Du ser till Din hälsa och Ditt välbefinnande?

Kryssa i lämplig ruta mellan 1 och 7

(1= mycket dåligt, 7= mycket bra)

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Långvarig sjukdom

Fråga 9. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?

- Ja
- Nej

Psykisk hälsa

Fråga 20. Har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera dig på allt du gjort?

- 1 Bättre än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Sämre än vanligt
- 4 Mycket sämre än vanligt

Fråga 21. har Du haft svårt att sova på grund av oro de senaste veckorna?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Fråga 22. Upplever Du att Du gjort nytta de senaste veckorna?

- 1 Mer än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Mindre än vanligt
- 4 Mycket mindre än vanligt

Fråga 23. har Du de senaste veckorna kunnat fatta beslut i olika frågor?

- 1 Bättre än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Sämre än vanligt
- 4 Mycket sämre än vanligt

Fråga 24. Har Du ständigt känt Dig spänd de senaste veckorna?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Fråga 25. Har Du de senaste veckorna känt att Du inte kunnat klara av Dina problem?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Fråga 26. Har Du de senaste veckorna känt att Du kunnat uppskatta det Du gjort om dagarna?

- 1 Mer än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Mindre än vanligt
- 4 Mycket mindre än vanligt

Fråga 27. Har Du de senaste veckorna kunnat ta itu med Dina problem?

- 1 Bättre än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Sämre än vanligt
- 4 Mycket sämre än vanligt

Fråga 28. Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Fråga 29. Har Du de senaste veckorna förlorat tron på Dig själv?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Fråga 30. Har Du tyckt att Du varit värdelös de senaste veckorna?

- 1 Inte alls
- 2 Inte mer än vanligt
- 3 Mer än vanligt
- 4 Mycket mer än vanligt

Fråga 31. Har Du på det hela taget känt Dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?

- 1 Mer än vanligt
- 2 Som vanligt
- 3 Mindre än vanligt
- 4 Mycket mindre än vanligt

Förtroende för samhällsinstitutioner. Fråga h), i) och j) har valts ut.

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inget alls	Har ingen åsikt
a) Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Skolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Polisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Domstolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Riksdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Politiker i Ditt Landsting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Politiker i Din kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Massmedia, TV, tidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tillit till andra människor

Fråga 72. Ta ställning till följande påståenden: c) Man kan lita på de flesta människor. 1 <input type="checkbox"/> Håller inte alls med 2 <input type="checkbox"/> Håller inte med 3 <input type="checkbox"/> Håller med 4 <input type="checkbox"/> Håller med fullständigt

Socialt deltagande

Fråga 69. Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna:

Flera alternativ kan anges

- Studiecirkel/kurs på din arbetsplats
- Studiecirkel/kurs på din fritid
- Fackföreningsmöte
- I annat föreningsmöte
- Teater/bio
- Konstutställning
- Kyrkan
- Sporttillställning
- Skrivit insändare i tidning/tidskrift
- Demonstration av något slag
- Offentlig tillställning t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande
- Större släktsammankomst
- Privat fest hos någon
- Inget av ovanstående

