



UNIVERSITY OF GOTHENBURG  
DEPT OF POLITICAL SCIENCE

# “Mår vi bättre av att lita på varandra?”

En kvantitativ studie om sambandet mellan socialt kapital  
och hälsa i 49 västsvenska kommuner

Kandidatuppsats i  
Statsvetenskap  
HT 2015  
Emina Čukur  
Handledare: Björn Rönnerstrand  
Antal ord: 7956

## **Abstract**

In the past decade there has been an overwhelming increase of studies about social capital and health. These studies have found that the level of social capital positively affects health. However the links between social capital and health have mostly been discussed on a theoretical level and are still unclear. One of the possible explanations that have been discussed is that knowledge about what is good and bad for ones health is spread faster in communities with a higher level of trust, according to the Theory of Diffusion of Innovation. This study shows that the level of trust is positively associated with self-rated health in 49 Swedish municipalities even after adjustment for some important confounders. However the result of the analysis indicates that the link between trust and self-rated health probably is not health knowledge as previous studies have proposed.

*Keywords: Social Capital; General trust, Self-rated Health, Health Knowledge*

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Forskningsproblemet.....	5
1.2 Syfte.....	5
1.3 Disposition.....	5
<b>2. Teori och tidigare forskning</b> .....	<b>7</b>
2.1 Vad är socialt kapital?.....	7
2.2 Tillit som mått på socialt kapital.....	8
2.3 Sambandet mellan tillit och hälsa.....	10
2.4 Självskattad hälsa som hälsomått.....	12
2.5 Tillit, hälsokunskap och självskattad hälsa.....	13
2.6 Utgångspunkter, kausal mekanism och hypoteser.....	14
2.7 Frågeställningar.....	16
2.8 Studiens bidrag till forskningsområdet.....	16
<b>3. Material och metod</b> .....	<b>16</b>
3.1 Analysenheter.....	17
3.2 Oberoende variabel.....	17
3.3 Beroende variabel.....	18
3.4 Mellanliggande variabel.....	19
3.5 Kontrollvariabler.....	19
3.6 Metod.....	20
<b>4. Resultat</b> .....	<b>22</b>
4.1 Tillit och självskattad hälsa: redovisning av bivariat regressionsanalys.....	22
4.2 Tillit och självskattad hälsa, med kontroll för utbildningsnivå, kön och sysselsättningsgrad: redovisning av multivariat regressionsanalys.....	24
4.3 Tillit, hälsokunskap och självskattad hälsa: stiganalys.....	25
<b>5. Slutsatser</b> .....	<b>28</b>
5.1 Diskussion.....	28
5.2 Framtida forskning.....	30
<b>6. Referenslista</b> .....	<b>31</b>
<b>7. Appendix</b> .....	<b>33</b>
Appendix A.....	33
Appendix B.....	35
Appendix C.....	36

# 1. Inledning

## 1.1 Forskningsproblemet

Trots att det övergripande nationella folkhälsomålet är att förbättra befolkningens hälsa och "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" (Folkhälsomyndigheten, 2015) växer hälsoklyftorna. De flesta skulle nog hålla med om att var människor bor inte bör vara avgörande för deras hälsa. Ändå visar rapporter från Västra Götalandsregionen (2013) att så är fallet i länet, likt många andra län i Sverige. Trots att hälso- och sjukvård är ett prioriterat politikområde på såväl nationell som regional och lokal nivå finns det stora variationer i hälsa bland befolkningen (Västra Götalandsregionen 2013). Förutom att en förbättrad och jämlik hälsa har ett egenvärde föreslås även att befolkningens hälsa bör betraktas som ett medel för social hållbarhet på regional och lokal nivå. Effekterna av minskade skillnader i hälsa är bland annat bättre livskvalitet, minskad oro och kriminalitet, minskat utanförskap och mer långsiktigt att ett lands sammanhållning, ekonomi och arbetskraft förstärks medan segregationen minskar (Göteborgs stad, 2014).

Forskare har länge försökt närma sig förklaringen till varför vissa samhällen är mer framgångsrika, har effektivare politiska institutioner och friskare medborgare än andra. Idag vet man att hälsans bestämningsfaktorer är många och samspelar på flera nivåer. De faktorer som forskningen tidigare fokuserat på i sitt försök att förklara hälsoklyftorna är utbildning, kön och olika socioekonomiska faktorer så som utbildningsgrad och hushållsinkomst (Kawachi et. al., 1999). På senare tid har diskursen på forskningsområdet präglats av att andra aspekter bör tas i beaktning. Även socialt kapital, det vill säga relationer med familj och vänner, formella institutioner och tillit till dessa har i ett flertal studier visat sig vara viktiga för bevarandet av populationens hälsa (Nygqvist, 2009; Kawachi et. al., 1999).

Som ett resultat av Världshälsoorganisationens policyramverk för sektorövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion (World Health Organization, 2013), har en samlad målstruktur med elva målområden utvecklats i Sverige. Detta för att underlätta arbetet med att nå såväl det internationella som det

nationella folkhälsomålet. Ett av dessa elva målområden går under benämningen ”delaktighet och inflytande i samhället” och till detta delmål hör bestämningsfaktorn ”tillit” som bland annat mäts genom tillit till medmänniskor. Det finns även mycket annan forskning som talar för att tillit är en viktig faktor när det kommer till människors välmående. Enligt en rapport för WHO framtagen av Rocco och Suhrcke (2012) finns det ett starkt kausalt samband mellan tillit och hälsa i de 14 europeiska länder som är en del av rapporten. Mycket av denna forskning är internationell och har gjorts i bland annat USA på lokal nivå och det finns enbart några få studier från Sverige. Därför finns det ett behov av studier där sambandet mellan socialt kapital och hälsa, samt vad förklaringen till sambandet skulle kunna vara på lokal nivå i Sverige.

Med denna studie vill jag därför undersöka om det finns något samband mellan socialt kapital och hälsa på lokal nivå i Sverige och även om förklaringen till detta skulle kunna vara bättre hälsokunskap, vilket tidigare studier och teorier har föreslagit men inte testat empiriskt. I studien kommer jag att fokusera på Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner då många rapporter visat att hälsoklyftorna inom och mellan kommunerna är stora.

Analysen visar att de kommunerna med låg grad av tillit har sämre självskattad hälsa än de kommunerna med hög grad av tillit. Däremot verkar hälsokunskap inte vara en så viktig mediator som tidigare forskning har föreslagit. Detta är någonting som framtida forskning och liknande studier på området bör uppmärksamma i större utsträckning.

### **Syfte**

Syftet med studien är att öka kunskapen om sambandet mellan tillit och självskattad hälsa på lokal nivå i Sverige. Studien syftar även till att öka förståelsen för vad det kan vara som länkar tillit till hälsa för att se om en av de ledande förklaringarna i litteraturen kan vara av betydelse för svenskt folkhälsoarbete.

### **Disposition**

Jag inleder med en övergripande redogörelse för tidigare forskning och teorier som är mest väsentlig för min studie. Därefter redogör jag för studiens utgångspunkter

samt den kausala mekanismen, hypoteser, frågeställningar och bidrag till forskningen kring socialt kapital och hälsa. Jag presenterar datamaterialet och diskuterar variabler samt redogör för val metod. Slutligen presenterar jag mina resultat från den statistiska analysen och mina slutsatser av studien samt diskuterar eventuell framtida forskning kring socialt kapital och hälsa.

## 2. Teori och tidigare forskning

### 2.1 Vad är socialt kapital?

Om man 1995 skulle få för sig att söka på ”socialt kapital” skulle resultatet bli knappt fem tillgängliga artiklar i folkhälsolitteraturen. En sökning på samma benämning idag ger över nio miljoner träffar på Google. Begreppet har under lite mer än ett årtionde fått stor betydelse för både folkhälsovetenskap och samhällsvetenskap och omnämns i såväl forskning som regeringsdokument, media och akademiska journaler (Li, 2007). Som man kan förvänta sig, när ett nytt och viktigt begrepp introduceras inom inte bara ett, utan flera forskningsfält både debatteras och granskas det. Begreppet och fenomenet socialt kapital är inget undantag. Socialt kapital är precis som begreppen ”ras”, ”klass” och ”kön” ett omtvistat begrepp, särskilt inom de samhällsvetenskapliga disciplinerna (Kawachi, Kim & Subramanian, 2008).

Det råder ingen konsensus kring definitionen av socialt kapital, men den forskare som haft störst genomslag i den statsvetenskapliga forskningen på området är Robert D. Putnam. Putnams definition utgörs av två beståndsdelar, strukturellt och kognitivt socialt kapital. Det strukturella sociala kapitalet mäts i form av deltagande i frivilliga organisationer och nätverk medan kognitivt socialt kapital handlar om mellanmännisklig tillit och ömsesidighet. Putnam var intresserad av att förklara vilken betydelse socialt kapital hade för bland annat regioners och staters demokratiseringsprocesser och utveckling (Putnam, 1993; Putnam 2000).

Statsvetaren Bo Rothstein har studerat det sociala kapitalets betydelse för bland annat korruptionsnivån. Forskaren menar att korruption dels beror på brist på tillit mellan människor (Rothstein, 2001). Likt Putnam menar Rothstein att socialt kapital kan undersökas genom två dimensioner, den kvantitativa och den kvalitativa. Den kvantitativa dimensionen av socialt kapital utgörs av den mån människor är involverade i sociala nätverk utanför familje- och vänkretsen. Den kvalitativa dimensionen av socialt kapital handlar istället om de sociala kontakternas kvalitet, alltså om personer anser att de ”kan lita på de flesta människor” i samhället. Att

känna många människor är alltså inte det enda som utgör det sociala kapitalet, det måste även finnas en viss mellanmänsklig tillit (Rothstein, 2002, s.312).

Även om socialt kapital har fått stor betydelse för många forskningsfält under bara några år har det precis som många andra nya begrepp både uppskattats och kritiserats. Bjørneskov och Sønderkov (2013) menar att ett bra begrepp ur ett statsvetenskapligt perspektiv bör vara unikt, användbart, bör kunna förklara fenomen i den verkliga världen och bör vara logiskt och internt sammanhållet. Visserligen lever majoriteten av alla begrepp inom disciplinen inte upp till alla dessa kriterier men någon form av balans bör finnas som gör dem tillräckligt meriterande och vetenskapligt intressanta. Forskarna menar att begreppet socialt kapital kan vara dåligt då det saknar en tydlig sammanhållning. Definitionerna och operationaliseringarna av begreppet har blivit så många att det händer att vi inte vet vad vi menar och begreppet överlappar ibland många andra begrepp.

Forskarna menar dock samtidigt att begreppet är viktigt och inte bör förkastas utan snarare att det är viktigt att ta svagheterna med begreppet i beaktning och vara tydlig i sina definitioner. Även om Putnam (1993;2001) introducerade oss för ett begrepp som kan vara lite oklart fick han ett helt nytt forskningsområde, som täcker diverse discipliner, att vakna till liv. Det är upp till forskaren själv att definiera begreppet och avgöra om det är bra för sammanhanget det används i. Det som är viktigt är att uppskatta möjligheten för en dynamisk utveckling av både begreppet socialt kapital och andra angränsande begrepp. Så länge man tar alla dessa saker i beaktning är socialt kapital ett användbart begrepp som kan hjälpa till att förklara vissa saker i samhället som annars kanske hade förbisetts.

## **2.2 Tillit som mått på socialt kapital**

Lindström, Giordano och Björk (2012) försöker redogöra för hur tillit har betraktats genom forskningen. Forskarna menar att det dels finns generell eller horisontell tillit, som handlar om att lita på främlingar och vertikal tillit som handlar om tillit till människor man känner. Forskning på senare tid har främst fokuserat på den generella eller horisontella tilliten. Orsaken till detta tros vara de resultat som Putnam fått fram genom sin forskning (Putnam 1993; 1999).



Lindström, Giordano och Björk (2012) menar även att den tillit generellt sätt inom statsvetenskapen betraktats som någonting som kan variera över tid och är ett sammanfattande mått av en persons upplevelser såväl bra som dåliga. Dock finns det forskare inom disciplinen som anser att den generella tilliten utvecklas i tidig ålder och att nivåerna är konstanta genom hela livet oavsett senare livserfarenheter (Putnam 2000; Urslaner 2002). Lindström, Giordano och Björk (2012) studie av generell tillit över tid visar att hälften av studiens urval, cirka 55 %, behöll samma tillitsnivå över en sjuårsperiod medan övriga varierade, vilket bara ger ett litet stöd för Urslaners och Putnams stabila generella tillit. Enligt forskarna är detta någonting som framtida studier bör ta i beaktning.

Forskare som bland annat Sturgis och Smith (2010) har ägnat sig åt att undersöka om det har någon betydelse för vilken slags tillit man mäter: tillit till människor i närområdet eller människor i allmänhet och deltagares tolkning av frågorna som ställs. I deras studie fick halva urvalet frågan om de kan ”lita på människor i området där de bor” och hälften om de anser att man kan ”lita på människor i allmänhet”. Deltagarna ombads även direkt efter att de besvarat frågorna att med sina egna ord berätta vem de tänkte på när de fick frågan. Det visade sig att de som inte tänkte på människor de känner, kände lägre tillit än de som gjorde det. Resultatet visade dessutom att de som fick mer abstrakta frågor så som ”personer i allmänhet” kände lägre tillit. Resultaten indikerar på att det finns en skillnad i tolkning av frågor. Om man vill studera generell tillit mellan människor kan det således vara bättre att använda sig av en fråga som den som undersöker om man anser att ”man kan lita på de flesta” snarare än ”människor i området där man bor”. På så sätt kan man till stor del utesluta att tilliten beror på att man känner någon utan verkligen är generell.

Även om diskussionen kring hurvida socialt kapital är ett bra begrepp eller inte kvarstår och bör undersökas vidare menar Bjørneskov och Sønderskov (2013) liksom Guinnane (2005) att tillit fortfarande bör betraktas som ett mått på socialt kapital. Att märka samhällen med attribut som ”hög tillit” respektive ”låg tillit” är analytiskt användbart och att ge någonting ett nytt namn och försöka applicera det på en rad olika fenomen stimulerar forskare att se samband som annars skulle gå förlorade.

Rothstein (2003) menar att tillit är ett mycket viktigt begrepp för en positiv samhällsutveckling. Tillit är viktigt eftersom att om man litar på att någon annan till

exempel är villig att samarbeta för gemensamma ändamål så kommer även man själv att göra det. Om denna tillit saknas så är det meningslöst för oss som individer att samarbeta. Då hamnar man i en situation där alla får det sämre även om alla förstår att man skulle må bättre av att samarbeta. Mellanmänsklig tillit kan således innebära många positiva effekter på såväl samhället som individerna, som i det här fallet till exempel bättre hälsa.

Med denna forskning som utgångspunkt har jag valt att fokusera på tillit som mått på socialt kapital och kommer härnäst att använda mig av just begreppet tillit när jag talar om socialt kapital.

### **2.3 Sambandet mellan tillit och hälsa**

Sambandet mellan tillit och hälsa har studerats på två olika nivåer. Dels genom att undersöka sambandet mellan individuellt socialt kapital och hälsa på individnivå och dels genom att undersöka sambandet mellan socialt kapital på kollektiv nivå och hälsa på befolkningsnivå. En kunskapsöversikt av Kawachi et. al. (2008) särskilde cirka 50 artiklar av vilka majoriteten bestod av studier utförda på kollektiv nivå snarare än på individnivå. Förmodligen beror detta på att socialt kapital främst har studerats genom att titta på sambandet mellan den omgivande miljön och hälsa. Även om de båda perspektiven betraktats som korrekta metoder att studera det sociala kapitalet på, får analysnivån en betydelse för såväl relevans av metoder vid studerandet som det praktiska folkhälsoarbetet. Samband på individnivå innebär att interventioner bör ha som mål att stärka de enskilda individernas sociala kapital och samband på kollektiv nivå att fokus bör ligga på att stärka det sociala kapitalet i den sociala miljön (Eriksson, 2011).

Studier från USA som använder Putnams forskning som utgångspunkt visar att det finns ett markant samband mellan tillit och social sammanhållning och hälsa, särskilt om man tittar på skillnader i dödlighet och ohälsa på regional nivå. Ju lägre förtroendet är mellan medborgarna i varje stat, desto högre är den genomsnittliga dödligheten. Sambandet gällde såväl för män som för kvinnor oavsett etnisk tillhörighet och kvarstod vid kontroll för medelhushållsinkomst och andelen hushåll som befinner sig under den federala fattigdomsgränsen. Likaså visar studien på en anmärkningsvärd positiv korrelation mellan socialt kapital och livskvalitet (Kawachi, 2001). En liknande studie som undersökt sambandet mellan tillit och självskattad

hälsa i 40 samhällen i USA visade på ett positivt signifikant samband mellan graden av tillit mellan människor och självskattad hälsa. Människorna i de samhällena med hög grad av tillit associerades med en lägre risk för dålig hälsa. Sambandet var fortsatt signifikant även efter kontroll för enskilda demografiska och socioekonomiska variabler (Kawachi, Kim & Subramanian, 2002).

Det är inte bara i USA som forskare tycks ha funnit ett samband mellan tillit och hälsa. I Storbritannien studerades sambandet genom ”the British Household Panel Survey” under olika perioder: år 1998, 1999 och sedan en uppföljning år 2003. Socialt kapital mättes genom tillit och medborgardeltagande och hälsa genom självskattad hälsa. Forskarna fann inget samband mellan medborgardeltagande och självskattad hälsa, däremot fanns ett signifikant samband mellan låg tillit och dålig självskattad hälsa, även efter kontroll för potentiella kontrollvariabler. Dessa resultat tyder på att bosättning i områden med hög tillit mellan människor gynnar hälsan. Människorna som bodde i de områden där tilliten var hög hade 20 % mindre risk för ohälsa än de som bodde i områden med låg tillit. Studien visade även att för människor som bodde i områden med låg tillit ökade risken för ohälsa ungefär lika mycket som om man skulle addera tio år till individernas egentliga ålder (Pikhart, Snelgrove & Stafford 2009).

Det finns även några få studier som har gjorts i Sverige som undersöker sambandet mellan tillit och hälsa. Ett samband mellan lågt socialt kapital och självskattad hälsa återfanns även i Örebro kommun (Lindén-Boström och Eriksson, 2010) där det visade sig att människor som kände avsaknad av socialt stöd även skattade sin hälsa som sämre än de som upplevde högt socialt stöd. Detta stödjer den tidigare forskningen om att hälsofrämjande arbete bör riktas mot stadsdelar och närområden, genom främjandet av social interaktion som i sin tur leder till utvecklingen av sociala nätverk, socialt stöd och ökad tillit mellan människor – alla viktiga variabler för hälsan.

Lindström, Giordano & Björk (2012) undersökte med hjälp av The British Household Panel Survey (BHPS) om det fanns något samband mellan olika variabler som går under begreppet socialt kapital och självskattad hälsa hos den brittiska befolkningen. Forskarna fann ett signifikant samband mellan generell tillit och

självskattad hälsa, som kvarstod även efter kontroll för andra relevanta variabler och vid upprepande studier vid två andra tillfällen.

Världshälsoorganisationen (Rocco och Suhrcke, 2012) har sammanställt resultat från 14 Europeiska länder genom att använda sig av data från the European Social Survey där man har mätt sambandet mellan socialt kapital och hälsa. Socialt kapital mättes genom frågan ”I det stora draget, skulle du säga att man kan lita på de flesta människorna i samhället, eller att man inte kan vara nog försiktig när man har med människor att göra?” och hälsan genom självskattad hälsa. Det visade sig finnas ett signifikant samband mellan de två variablerna. Forskarna menar vidare att det sociala kapitalet får betydelse för individens hälsa först när tilliten är ömsesidig, att lita på andra utan att själv vara betrodd leder däremot till det värsta hälsoutfallet samt att policyinterventioner bör fokusera på att förbättra det individuella sociala kapitalet eftersom att det får en dubbel effekt. Dels förbättras hälsan hos befolkningen på individnivå och dels så förbättras det sociala kapitalet på samhällsnivå.

#### **2.4 Självs-kattad hälsa som hälsomått**

1973 skrev George Maddox att självskattad hälsa mäter något mer och något mindre än objektiva mått på hälsa (Maddox och Douglas, 1973). Idler och Benyamini (1997) undersökte 27 olika studier tillämpade i USA och internationellt och för att försöka ta reda på om vad just detta ”något mer” kunde vara och upptäckte att självskattad hälsa i majoriteten av alla studier predicerade dödlighet i bättre utsträckning än objektiva mått. Traditionellt har hälsopolitikens effekt på folkhälsa och sjukvård utvärderats baserat på förändringar och förekomsten av sjukdomar, medellivslängd och dödlighet. Först under 1980-talet inkluderades även målet att förlänga den friska livslängden och allmänt välbefinnande som en del av hälsopoliticyn. Självs-kattad subjektiv hälsa mäter individens uppfattning om den egna hälsan och inkluderar såväl dess biologiska, psykologiska och sociala dimensioner vilket skulle kunna vara anledningen till att det har visat sig predicera dödlighet bättre än objektiva mått. En studie från Finland av Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen och Urponen (1997) visar att subjektiva bedömningar av hälsa är valida hälsomått som kan användas i studier där syftet är att bevaka folkhälsan. Forskarna upptäckte bland annat att den upplevda hälsan korrelerade med antalet läkarbesök per år.

## 2.5 Tillit, hälsokunskap och självskattad hälsa

Vad är det då som länkar socialt kapital till hälsa? Det finns några teorier inom forskningen om vad som skulle kunna vara förklaringen till att hög tillit leder till bättre hälsoutfall och låg tillit till sämre hälsoutfall. Några av förklaringarna i litteraturen är bland annat att sannolikheten att hälsosamma normer antas är större i samhällen där det sociala kapitalet är högt, vilket leder till ett bättre hälsoutfall. En annan möjlig förklaring är att mer socialt sammanhållna samhällen är bättre på att enas för att försäkra sig om att till exempel budgetsänkningar inte påverkar den lokala servicen, vilket kan få en positiv effekt på hälsan. Det har även föreslagits att samhällen med hög nivå av socialt kapital är bättre på att utöva informell kontroll över avvikande beteenden så som rökning, alkoholism och drogmissbruk (Berkman och Kawachi, 2000)

Det finns dock en teori som verkar förekomma i nästan all ledande forskning på området som jag har stött på genom mitt arbete med den här studien. Oftast nämns den dessutom först av alla föreslagna teorier, bland annat hos Kawachi, Kennedy och Glass (1999) samt Världshälsoorganisationen (2012). Detta tyder på att teorin kan vara mycket viktigt när det kommer till att försöka förklara hur ökad tillit kan leda till bättre hälsa hos befolkningen.

Kawachi, Kennedy och Glass (1999) föreslår att socialt isolerade individer riskerar att få sämre hälsa på grund av deras begränsade tillgång till information om vad som är bra respektive dåligt för hälsan. Tillit kan således påverka hälsa genom att effektivisera spridning av hälsoinformation. Denna teori kallas mer generellt för ”The Theory of the Diffusion of Innovation” och förklarar hur idéer eller produkter sprids (Rogers, 1983). Enligt teorin så sprids informationen, eller i detta fall hälsoinformation, snabbare i de samhällen där sammanhållningen och tilliten är hög (Berkman och Kawachi, 2000)

Rocco och Suhreke (2012) diskuterar tre möjliga mekanismer som kan vara förklaringen till den positiva korrelationen mellan socialt kapital och människors hälsa i Europa. Bland dessa tre nämns förbättrad tillgång till hälsoinformation som en av de viktigaste förklaringsfaktorerna. Författarna menar att ju mer omfattande en individs sociala interaktioner är desto mer sannolikt och mindre kostsamt blir det för personen att få tillgång till kunskap om hur man kan bota eller förebygga sjukdomar,

vad de bästa lösningarna är och var de bästa sjukhusen eller mest kvalificerade läkarna finns.

Kawachi, Subramanian och Kim (2008) menar, precis som de forskare jag tidigare nämnt, att socialt kapital i form av till exempel generell tillit är viktigt ur hälsosynpunkt eftersom att hög grad av tillit ökar sammanhållningen och underlättar kommunikationen och spridningen av hälsoinformation så att människor i större utsträckning får hälsokunskaper. Ellen, Tod och Dillman (2003) menar att människor lär sig mycket om doktorer, sjukvård och vad som är bra, respektive dåligt för hälsan genom sina sociala nätverk i närområdet där de bor. I vissa områden kan dessa nätverk vara större än i andra vilket kan påverka människors tillgång till hälsokunskap. Forskarna menar att det även är viktigt att notera att denna typ av sociala nätverk är särskilt viktiga i fattigare områden då människor som kommer från hushåll med låg inkomst är geografiskt begränsade till sitt närområde.

Givet den undersökningen jag gör har jag inte möjlighet att uttala mig om kausaliteten. För det skulle det krävas en annan metod och annat material. Det är däremot möjligt att undersöka sambandet mellan den oberoende och beroende variabeln och sedan föra en diskussion kring vad sambandet kan bero på. Ett sådant samband skulle få viktiga implikationer för forskningen och folkhälsoarbetet dels i Västra Götaland men även övriga län och kommuner, eftersom att det visar på att det är värt att arbeta med dessa variabler för att förbättra och bevara hälsan hos befolkningen.

## **2.6 Utgångspunkter, kausal mekanism och hypoteser**

Med den forskning och teorier som jag har redogjort för (Eriksson, 2011; Kawachi, Kim och Subramanian, 2002; Pikhart, Snelgrove och Stafford 2009; Lindström, Giordano och Björk, 2012; Rocco och Suhrcke, 2012) finns det anledning att tro att högre tillit mellan människor i samhällen leder till ett bättre hälsoutfall hos befolkningen.

Då den kvalitativa dimensionen, tillit, uppmärksammas allt mer i senare studier och anses vara ett bra mått på socialt kapital samtidigt som det enligt rapporter verkar vara en viktig faktor för det nationella folkhälsomålen, är det den kvalitativa

dimensionen jag kommer att fokusera på i min uppsats. Den första modellen jag kommer att testa blir således:

*Figur 1.* Samband mellan grad av tillit och hälsoutfallet.

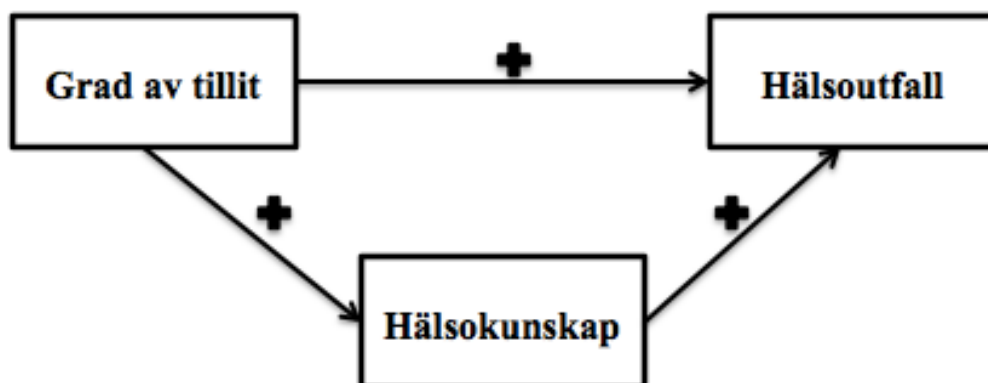


Om den tidigare forskning som jag har redogjort för stämmer så kommer resultatet bli ett positivt samband mellan graden av tillit och hälsoutfallet. Hypotes ett blir således:

**H1:** Kommunerna med hög grad av tillit kommer ha ett mer positivt hälsoutfall än kommunerna med låg grad av tillit.

För att försöka närma mig förklaringen till det eventuella sambandet kommer jag med utgångspunkt i de teorier jag redogjort för (Kawachi, Kennedy och Glass, 1999; Rogers, 1983; Berkman och Kawachi, 2000; Rocco och Suhrcke; 2012) analysera den kausala mekanismen och hypotesen i figur 2. Utöver den kausala stigen genom hälsokunskap kvarstår även en teoretiskt sett en direkt effekt av tillit på hälsa.

*Figur 2.* Kausal mekanism.



**H2:** Hög grad av tillit leder till bättre hälsokunskap vilket i sin tur leder till bättre hälsoutfall.

## **2.7 Frågeställningar**

1. Finns det ett samband mellan grad av tillit och hälsoutfall inom Västra Götalands kommuner?
2. Vilken roll spelar hälsokunskap för sambandet mellan tillit och hälsoutfall inom Västra Götalands kommuner?

Den första frågan handlar om att undersöka om de kommuner i Västra Götaland där medborgarna i större utsträckning menar att de kan "lita på de flesta människor" har bättre hälsa än de kommuner där förtroendet är mindre. Den andra frågan handlar om att undersöka om det kan vara mängden kunskap om vad som är bra respektive dåligt för den egna hälsan och minskar risken för sjukdom som kan vara förklaringen till sambandet.

## **2.8 Studiens bidrag till forskningsområdet**

Många av de studier jag har refererat till talar om den kausala mekanismen och skriver om potentiella förklaringar till vad sambandet mellan tillit och självskattad hälsa kan bero på. Däremot finns ganska få studier som empiriskt har testat och analyserat de teoretiska förslagen på den kausala mekanismen. Genom att jag med min studie försöker närma mig förklaringen till sambandet mellan tillit och hälsa vill jag bidra till ökad kunskap på forskningsfältet.

Resultatet är även viktigt för arbetet med social hållbarhet för såväl Västra Götalandsregionen som övriga regioner och kommuner. Om det visar sig vara så att det finns ett positivt samband mellan tillit och hälsa kan det vara av stor betydelse för folkhälsoarbetet för såväl andra regioner som på nationell nivå och internationell nivå.



### 3. Material och metod

#### 3.1 Analysenheter

Västra Götaland är ett län beläget i sydvästra Sverige med en befolkning på 1 632 012 personer (2014). Länet består av 49 kommuner där den största populationsmässigt är Göteborgs kommun med 541 145 personer (2014) och den minsta Dals-Ed med 5 764 personer (2014) (Se Appendix A för karaktäristika och genomsnittliga värden på variabler per kommun). Det finns stora variationer i hälsa inom och mellan de olika kommunerna, trots att de alla har samma sjukvårdssystem. Således finns det anledning att tro att det inte är ekonomiska resurser eller politiken som förs som är orsaken till hälsoskillnaderna utan att det snarare kan handla om till exempel brist på kunskap.

Att kunna redogöra för ett samband inom länets kommuner skulle få stora implikationer inte enbart för Västra Götalandsregionen och dessa kommuner utan även för andra regioner och kommuner. Finner man ett samband för 49 av Sveriges 290 kommuner anser jag att det kan vara mycket betydelsefullt att replikera studien i syfte att utveckla kunskapen om sambandet i svenska kommuner för ett lyckat folkhälsoarbete. Med tidigare forskning som utgångspunkt kan man anta att Västra Götalandsregionen inte bör vara ett kritiskt fall. Studier på såväl internationell nivå i västerländska länder (delstater i USA och delar i Storbritannien bland annat) och nationell nivå (Örebro kommun) ger anledning att tro att man kan förvänta sig ett samband mellan tillit och självskattad hälsa även i de kommunerna som jag har valt att använda som analysenheter.

#### 3.2 Oberoende variabel

Det empiriska material jag kommer använda mig av för att operationalisera den oberoende variabeln ”tillit” är folkhälsodata baserat på folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”. Folkhälsodata presenteras på flera regionala nivåer och på kommunnivå. Urvalet är ett obundet slumpmässigt urval och deltagarna är mellan 16-84 år. Frågan ”Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?” avser mäta horisontell tillit, alltså tillit mellan människor som inte känner varandra. Då frågan endast kan besvaras ”ja” eller ”nej” blir skalan således dikotom (1=Ja,

0=Nej). Måttet är sammanställt för 2011-2014 och totala antalet respondenter för åren är 6435.

Generell tillit har visat sig vara en viktig faktor för bland annat demokratiutveckling och, enligt de teorier jag presenterat, för människors hälsa. Således diskuteras även på vilket sätt man bäst mäter begreppet. Oftast mäts tillit genom dikotoma skalor där respondenterna får två svarsalternativ. På senare tid har däremot de dikotoma skalorna bytts ut mot flerpunktsskalor särskilt inom den statsvetenskapliga forskningen av socialt kapital. Anledningen till detta är att längre skalor tros ge en mer korrekt bild av respondenternas attityder vilka man tror i verkligheten sträcker sig längst ett kontinuum (Krosnick och Fabrigar, 1997). De som argumenterar för att behålla de dikotoma skalorna menar att respondenterna när de har fler alternativ fokuserar på att svara utifrån vad de tror förväntas av dem istället för att fokusera på att verkligen svara utifrån sina egna åsikter (Uslaner, 2012).

Lundmark, Giljam och Dahlberg (2015) menar att skalor med flera punkter överträffar de dikotoma skalorna när det kommer till mått på generell tillit oavsett om man använder sig av skalor med sju eller elva punkter. En ökning av skalpunkter ökar validiteten och forskarna föreslår att framtidens forskning använder sig av flerpunktsskalor. Det finns däremot andra goda skäl att använda sig av data och den dikotoma skalan från Folkhälsodata. Den dikotoma skalan är återkommande i Folkhälsovetenskap vid mått på tillit (Subramanian, Kim och Kawachi, 2002; Snelgrove, Pikhart och Stafford, 2009). Även om den statsvetenskapliga forskningen av socialt kapital och tillit använder sig av sju eller elvagrading skala så finns det i den här studien en poäng med att förhålla sig till den folkhälsovetenskapliga metoden då studiens resultat kan få viktiga implikationer för folkhälsoarbetet. Ännu ett skäl är att detta mått används i en av de få undersökningar som tidigare försökt mäta tillit på kommunnivå i Sverige (Lindén-Boström och Eriksson, 2010).

### **3.3 Beroende variabel**

För att operationalisera den beroende variabeln "hälsa" kommer jag att använda mig av Vårdbarometern ([www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu)), en undersökning som visar medborgarnas attityder till, kunskap om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Urvalet är ett slumpmässigt obundet urval och cirka en halv procent av den vuxna befolkningen intervjuas årligen via telefon. Data finns tillgänglig för alla kommuner i

Västra Götalandsregionen. Frågan som ställs till deltagarna är ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” och har som mål att mäta den självskattade hälsan. Svartalternativen är ”Mycket bra”, ”Ganska bra”, ”Någorlunda”, ”Ganska dåligt” och ”Mycket dåligt”. Jag kommer att räkna samman det totala antalet respondenter för perioden 2011-2014 och använda mig av det viktade medelvärdet för hälsa per kommun. Jag kommer således att slå ihop totala andelen som svarat ”Mycket bra” och ”Ganska bra” och använda mig av en dikotom skala där 1=Bra och 0=Dålig hälsa. Jag har valt att slå ihop andelen som svarat för alla år på detta sätt eftersom att det ger en bättre representativitet och fler antal respondenter. De flesta studier av socialt kapital och självskattad hälsa dikotomiserar utfallet av självskattad hälsa på detta sätt vilket Kawachi et. al. (2008) menar har visat sig vara ett lyckat sätt, det leder bland annat till en bättre prediktionskraft då måttet är validerat och klart.

### **3.4 Mellanliggande variabel**

Eftersom att det är mycket svårt att mäta hälsoinformationsspridning har jag valt att undersöka hälsokunskapen i alla kommuner. Teorin om att hälsoinformationsspridning kan vara det som länkar tillit till hälsa menar att resultatet av denna hälsoinformationsspridning bör vara hälsokunskap. Således kan man utifrån teorin anta att hälsoinformationsspridningen kan mätas genom hälsokunskap. Jag kommer att använda mig av data från Vårdbarometern för att operationalisera den mellanliggande variabeln ”hälsokunskap” genom att använda frågan ”Hur bedömer du dina kunskaper om vad som är bra för hälsan och kan minska risken för sjukdom?”. Svartalternativen är ”Mycket bra”, ”Ganska bra”, ”Varken bra eller dåliga”, ”Dåliga” och ”Mycket dåliga”. Även här sammanställer jag totala antalet respondenter för perioden 2011-2014 och använder det viktade medelvärdet för hälsokunskap för varje kommun där 5=Mycket bra, 4=Ganska bra, 3=Varken bra eller dåliga, 2=Dåliga och 1=Mycket dåliga. För variabeln hälsokunskap vore det bättre att använda ett objektiva mått, men jag har valt att använda ett subjektivt mått på hälsokunskap då det är detta som finns att tillgå.

### **3.5 Kontrollvariabler**

När man undersöker sambandet mellan tillit och självskattad hälsa är det givetvis även viktigt att ha med kontrollvariabler som kan påverka sambandet. Harpman, Grant och Thomas (2002) har sammanställt en kunskapsöversikt baserad på tidigare

forskning där de diskuterar vad forskare bör tänka på när de studerar sambandet mellan socialt kapital och hälsa. Harpman, Grant och Thomas (2002) menar att kontrollvariabler som bör tas beaktning är socioekonomisk status som bland annat mäts genom utbildningsgrad, kön (där kulturella normer kan påverka nivåer och typ av social interaktion beroende på kön) och sysselsättningsgrad (ökar möjligheten för social interaktion). Detta är variabler som bland annat Kawachi et. al. (1999) har använt sig av i sina studier. Med denna forskning som bakgrund har jag valt att tillämpa kontrollvariablerna utbildningsgrad, kön och sysselsättningsgrad för att undvika ett skensamband i så stor utsträckning som möjligt.

#### *Utbildningsnivå*

Variabeln utbildningsnivå operationaliseras genom SCBs data över utbildningsnivå per kommun för 2014 och variabeln mäter andelen kommuninvånare som har eftergymnasial utbildning (1=eftergymnasial utbildning, 0=Ej eftergymnasial utbildning).

#### *Kön*

Variabeln kön operationaliseras genom SCBs data över könsfördelningen per kommun för 2014 och mäter andelen kommuninvånare som är män (1=man, 0=Kvinna).

#### *Sysselsättningsgrad*

Variabeln sysselsättningsgrad operationaliseras genom SCBs data över sysselsättningsgrad 2014 och mäter andelen kommuninvånare som förvärvsarbetar (1=I förvärvsarbete, 0=Ej i förvärvsarbete).

### **3.6 Metod**

Min studie är en empirisk, teoriprovande studie och jag kommer att använda mig av statistisk design för att analysera om den oberoende variabeln påverkar beroende variabeln. Anledningen till mitt val av design, metod och fall att fokusera på är bland annat att det finns tillgänglig kvantitativ data på forskningsfältet, särskilt för mina variabler i Västra Götalandsregionen.

Genom att använda mig av statistisk design kan jag samla information om så många analysenheter som möjligt, i det här fallet de 49 kommunerna i Västra

Götalandsregionen, samt jämföra dem och hur beroende och oberoende variabeln varierar i de enskilda fallen. Givet frågeställningen så är det den bästa metoden att först tillämpa en bivariat regressionsanalys där jag undersöker om det finns någon korrelation mellan oberoende variabeln tillit och beroende variabeln självskattad hälsa. Sedan kontrollerar jag för de relevanta variablerna genom en multivariat regressionsanalys. Jag avslutar sedan med en stiganalys där jag undersöker om sambandet mellan tillit och hälsa medieras genom variabeln hälsokunskap.

För att utesluta multikollinearitet, alltså att de oberoende variablerna korrelerar för mycket, tillämpar jag en så kallad "Collinearity diagnostic" i SPSS (Se korrelationsmatris i appendix B).

## 4. Resultat

För att besvara mina frågeställningar redovisar jag först det bivariata sambandet mellan graden av tillit och hälsoutfallet för kommunerna i Västra Götaland. Därefter redogör jag för det multivariata sambandet med tillförda kontrollvariabler. Slutligen redovisar jag stiganalysen i vilken jag undersöker om hälsokunskap skulle kunna vara en medierande variabel för sambandet mellan tillit och hälsa.

För att ge en översikt över variablerna jag arbetar med redogör jag i tabell 1 för hur många observationer jag har data för (N), medelvärdet, standardavvikelsen och minsta värde samt maxvärde för analysenheterna (för medelvärde per kommun se Appendix A).

*Tabell 1. Deskriptiv statistik. Avrundat till två decimaler.*

Variabel	N	Medelvärde	Standard- avvikelse	Min	Max
Tillit	49	0,76	0,03	0,70	0,83
Hälsokunskap	49	4,11	0,07	3,99	4,31
Självskattad hälsa	49	0,75	0,03	0,66	0,82

Källa: Vårdbarometern 2011-2014, Folkhälsoenkäten 2011-2014.

### 4.1 Tillit och självskattad hälsa: redovisning av bivariat regressionsanalys

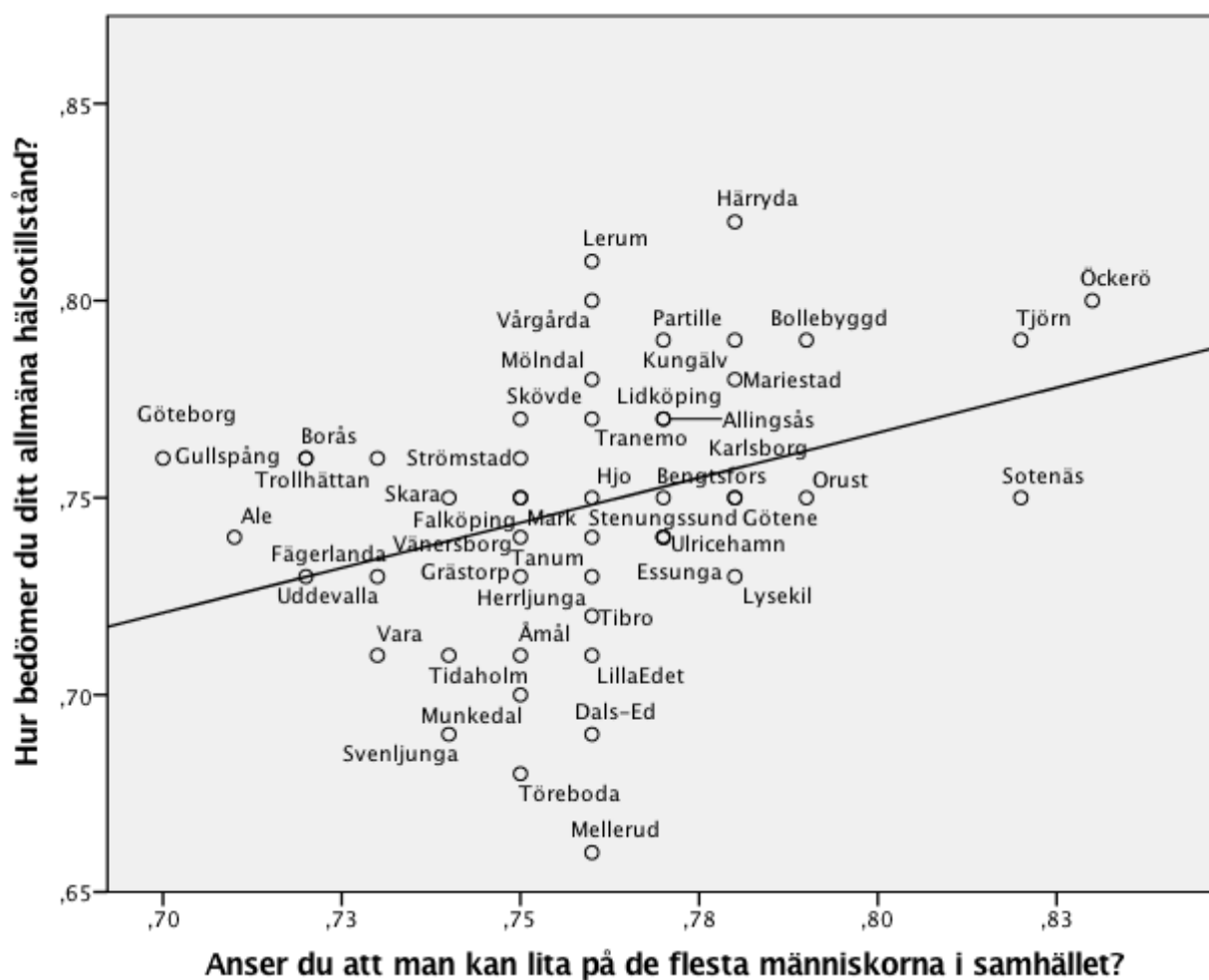
Av den bivariata regressionsanalysen framgår att sambandet mellan den oberoende variabeln tillit och beroende variabeln självskattad hälsa är positivt (0,457) detta innebär att en ökning i oberoende variabel tillit innebär en ökning i beroende variabeln hälsa. Signifikansnivån är 0,014 och under 0,050 vilket innebär att sambandet är signifikant och att vi med 95 % säkerhet kan fastställa att det finns ett samband. Hur korrelationssambandet ser ut illustreras i Tabell 2 och i Figur 3 med en scatterplott för att illustrera korrelationssambandet samt variabelvärdena för varje kommun ännu tydligare.

Tabell 2. Resultat från regressionsanalysen. Beroende variabel: Självsattad hälsa. Ostandardiserade b-koefficienter, standardfel inom parenteser.

Modell 1	
Tillit	,457* (0,17)
Intercept	0,401** (0,136)
N	49
R2 (justerat)	0,103

\*\*\*=p<.001\*\*=p<.01\*=p<.05. Källa: Folkhälsoenkäten 2014 och vårdbarometern 2014.

Figur 3. Scatterplott över sambandet mellan tillit och självskattad hälsa.



Som scatterplotten visar så är sambandet positivt då regressionslinjen lutar uppåt. Det justerade R<sup>2</sup> värdet (0,103) i tabell 2 anger hur mycket av variationen i beroende variabeln som förklaras av oberoende variabeln. Detta innebär att 10,3% av variationen i beroende variabeln förklaras av den oberoende variabeln.

#### 4.2 Tillit och självskattad hälsa, med kontroll för utbildningsnivå, kön, och sysselsättningsgrad: redovisning av multivariat regressionsanalys

Resultatet av den multivariata regressionsanalysen med kontrollvariablerna tillämpade visar ett försvagat (0,357) samband där signifikansnivån ökat från 0,14 till 0,10. Resultatet visar på signifikant samband med kontrollvariablerna kön (-1,281) och utbildningsnivå (0,186). Analysen visar att det inte förekommer något skensamband mellan tillit och hälsa. För att få en uppfattning om hur alla variablerna samvarierar se korrelationsmatrisen i Appendix B. Resultatet av den multivariata regressionsanalysen redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Resultatet från regressionsanalysen. Beroende variabel: Självskattad hälsa per kommun. Ostandardiserade b-koefficienter, standardfel inom parentes.

	Modell 1 Tillit	Modell 2 Tillit, utbildningsnivå, kön och sysselsättningsgrad
Tillit	0,457* (0,170)	0,357* (0,130)
Utbildningsnivå	-	0,186*** (0,056)
Kön	-	-1,236* (0,553)
Sysselsättningsgrad	-	0,115 (0,127)
Intercept	0,401*** (0,136)	0,994*** (0,307)
N	49	49
R <sup>2</sup> (justerat)	0,103	0,536

\*\*\*= $p < .001$  \*\*= $p < .01$  \*= $p < .05$ . Källa: Folkhälsoenkäten 2014,



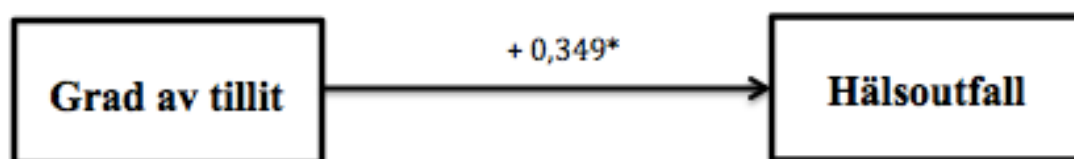
För att utesluta multikollinearitet mellan de oberoende variablerna tillämpas en så kallad regressionsdiagnostik i SPSS som visar på låga VIF-värden. Värdena tyder på att multikollinearitet kan uteslutas.

### 4.3 Tillit, hälsokunskap och självskattad hälsa: stiganalys

För att undersöka om det pågår mediering gör jag en stiganalys genom vilken jag vill ta reda på sambandet mellan tillit och självskattad hälsa, sambandet mellan tillit och hälsokunskap, sambandet mellan hälsokunskap och självskattad hälsa och hur mycket av sambandet mellan tillit och självskattad hälsa som medieras genom hälsokunskap. Alla samband i stiganalysen redovisas genom Beta-koefficienten.

Sambandet mellan tillit och hälsa är 0,349 och illustreras i figur 4.

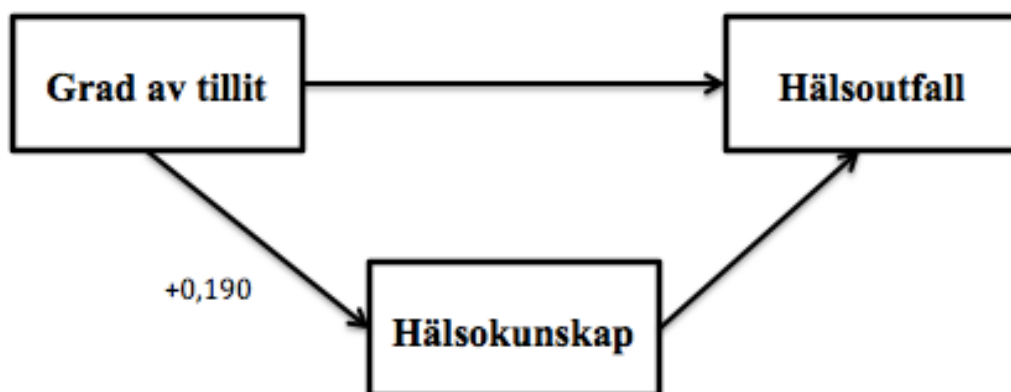
Figur 4. Sambandet mellan tillit och hälsa.



Kommentar: \*= $p < 0,050$

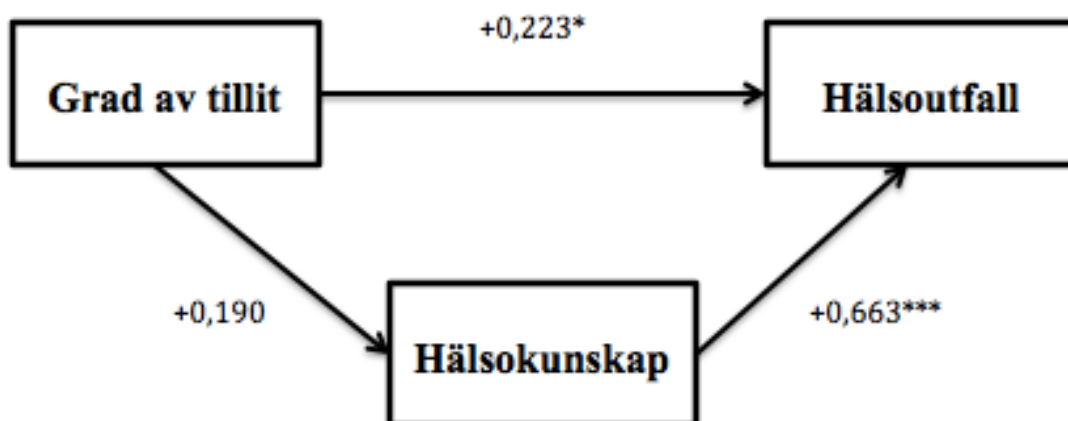
Enligt tidigare studier och teorier ska en del av det här sambandet medieras genom hälsokunskap. Således börjar jag med att undersöka vad om det finns något samband mellan tillit och hälsokunskap. Beta-koefficienten blir då 0,190 och sambandet är insignifikant. Man kan således dra slutsatsen att graden av tillit är starkare sammankopplat med självskattad hälsa än hälsokunskap. Sambandet illustreras i Figur 5.

Figur 5. Sambandet mellan tillit och hälsokunskap.



För att undersöka sambandet mellan tillit och självskattad hälsa och hälsokunskap och självskattad hälsa gör jag en multivariat regressionsanalys med tillit och hälsokunskap som oberoende variabler och hälsoutfall som beroende variabel. Sambandet mellan hälsokunskap och självskattad hälsa blir då 0,663 och signifikant och sambandet mellan tillit och självskattad hälsa har försvagats till 0,223. Resultatet illustreras i stigdiagrammet i figur 6.

Figur 6. Stigdiagram.



Kommentar: \*\*\*= $p < .001$  \*\*= $p < .01$  \*= $p < .05$ .

Den direkta effekten av tillit på självskattad hälsa är 0,223. Denna del medieras alltså inte via hälsokunskap. Genom att summera den direkta och indirekta effekten får jag totaleffekten 0,349. För att redogöra hur många procent av effekten av tillit som kanaliseras genom hälsokunskap gör jag följande uträkningar.

Andel direkt effekt:  $(0,223/0,349)*100= 63,9\%$

Andel indirekt effekt:  $(0,126/0,349)*100= 36,1\%$

Det här innebär att 36,1% av effekten av tillit på självskattad hälsa kanaliseras genom hälsokunskap och att 63,9% går andra vägar. Utifrån resultatet kan man dra slutsatsen att ett svagt och insignifikant samband mellan tillit och hälsokunskap och som i figur 4 ett kvarvarande starkt, signifikant samband mellan tillit och självskattad hälsa tyder på att variabeln hälsokunskap inte är en så viktig mediator som tidigare forskning har föreslagit i varje fall i Västra Götaland. Sambandet mellan hälsokunskap och självskattad hälsa är däremot mycket starkt vilket tyder på att en persons kunskaper om vad som är bra respektive dåligt för hälsan kan påverka den självskattade hälsan.

## 5. Slutsatser

### 5.1 Diskussion

Socialt kapital är utan tvekan ett diffust begrepp som kan vara svårt att mäta men samtidigt är en viktig del i den statsvetenskapliga, sociologiska och på senare tid även folkhälsovetenskapliga forskningen. Sambandet mellan socialt kapital och hälsa har undersökts i en rad internationella studier, såväl på individuell som kollektiv nivå och resultatet har bland annat varit att de som litar på andra människor i högre utsträckning dessutom upplever att de har en bättre hälsa. Dessa studier har fått viktiga implikationer för folkhälsoarbetet på både internationell och nationell nivå. Den här studien har fokuserat på att öka kunskapen om detta samband på kommunnivå i Sverige med Västra Götalandsregionens 49 kommuner som analysenheter.

Tidigare forskning har även försökt förklara sambandet genom the Theory of Diffusion of Innovation som menar att hög grad av tillit leder till bättre hälsokunskap och på så sätt bättre hälsa. Däremot är det få studier som har testat detta empiriskt vilket jag med den här studien således ville göra. Om det hade visat sig att sambandet mellan socialt kapital och hälsa medierades genom hälsokunskap hade det kunnat få viktiga implikationer för folkhälsoarbetet i Västra Götaland. Denna kunskapsspridning skulle gynna både de som känner hög tillit och de som känner låg tillit eftersom att även de får tillgång till informationen och på så sätt bättre kunskap om vad som är bra respektive dåligt för hälsan.

Så finns det ett samband mellan grad av tillit och hälsoutfall inom Västra Götalands kommuner och vilken roll spelar hälsokunskap för sambandet mellan tillit och hälsoutfall inom Västra Götalands kommuner? Analysen visar att det finns ett samband mellan tillit och självskattad hälsa i Västra Götalands kommuner precis som tidigare studier från USA och Storbritannien gjorda av bland annat Kawachi, Kim och Subramanian (2002) och Pikhart, Snelgrove och Stafford (2009) visat. För att besvara frågeställning två angående medieringen av sambandet mellan tillit och självskattad hälsa tyder stiganalysen på att sambandet inte medieras genom hälsokunskap. Sambandet mellan tillit och hälsokunskap var svagt och insignifikant.

Däremot visade det sig att sambandet mellan hälsokunskap och självskattad hälsa var såväl starkt (0,663) som signifikant. Även om sambandet inte medieras genom hälsokunskap, vilket forskare som Berkman och Kawachi (2000) och Rocco och Suhrcke (2012) har föreslagit, är tillit och hälsokunskap fortfarande två viktiga variabler för den självskattade hälsan.

Man bör vara försiktig med generaliseringen eftersom att variationen inom kommunerna kan vara stora. För Göteborg till exempel kan det vara svårt att uttala sig om medelvärde för variablerna eftersom att det kan vara svårt att räkna ut för en så stor kommun, vilket kan påverka resultatet. Dessa variationer förekommer givetvis även i mindre kommuner och detta är någonting som bör tas i beaktning när sambandet diskuteras och studeras. Denna begränsning av studien bör dock inte förhindra att resultatet används i framtida folkhälsoarbetet på regional och lokal nivå. Resultat kan få viktiga policyimplikationer eftersom att det, trots att det från den politiska ledningens håll är tydligt att det inte bör finnas några skillnader, finns stora hälsoskillnader i befolkningen. Det är således viktigt att försöka identifiera förklaringsfaktorerna och undersöka varför hälsoskillnaderna består för att kunna utveckla strategier för utjämning av hälsoskillnaderna. Min studie visar att det finns ett samband mellan tillit och hälsa vilket kan tolkas som att det i ett arbete för en ökad grad av tillit mellan människor kan innebära ett mer positivt hälsoutfall för Västra Götalands kommuner.

Ännu en begränsning med studien är att det är omöjligt för mig att empiriskt testa kausaliteten. Jag kan endast testa sambandet och sedan föra en teoretisk diskussion kring vad som eventuellt kan vara förklaringen till sambandet med tidigare studier som utgångspunkt. Jag har inte heller undersökt om det förekommer någon omvänd kausalitet, alltså att det kan vara hälsa som påverkar tillit. Det är inte helt osannolikt att det skulle kunna vara så att människor som mår bättre också söker sig till sociala relationer vilket leder till högre tillit till människor i allmänhet. Även om jag var tvungen att begränsa mig bör man ta i beaktning att omvänd kausalitet inte är uteslutet.

## 5.2 Framtida forskning

För att kunna generalisera resultatet av min studie till flera av Sveriges kommuner krävs ett flertal replikeringar gärna med fokus på stadsdelsnivå i större kommuner för att i så stor utsträckning som möjligt fånga in variationer. Det kan även vara bra att utveckla en metod för hur man på bästa sätt fångar in hälsoinformationsspridning. Det är även viktigt att ta i beaktning att hälsokunskap kan vara en viktig mediator i andra regioner även om min analys tyder på att det inte är det i Västra Götaland. Jag har tidigare nämnt att det finns en del svagheter med min mellanliggande variabel och att validiteten kan vara låg med tanke på att jag har valt att mäta hälsokunskap. Framtida forskning med fokus på Västra Götalandsregionen bör gå vidare med att undersöka fler potentiella förklaringar till sambandet mellan tillit och hälsa i regionen samt vad det skulle kunna vara som påverkar hälsokunskapen om nu inte socialt kapital gör det i så stor utsträckning som forskare tidigare föreslagit.

## Referenser

- Berkman, L. F., Kawachi, I. (2000). "Social Cohesion, Social Capital and Health". *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press. 174-190.
- Ellen, I.G., Mijanovich, T., Dillman, K.N. (2001) "Neighbourhood Effects on Health: Exploring the Links and Assessing the Evidence". *Journal of Urban Affairs*. Vol 23. 391-408. Urban Affairs Association.
- Eriksson, M. (2011) *Social capital and health – Implications for health promotion*. Umeå University: Umeå. s. 1-5.
- Folkhälsomyndigheten (2015) *Folkhälsans utveckling – elva målområden*. Folkhälsomyndigheten.  
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/> (hämtad: 2015-10-22).
- Harpman, T., Grant E., Thomas E. (2002) "Measuring Social Capital within Health Surveys: Key Issues". *Health Policy and Planning*; 17: 106-111. Oxford University Press.
- Kawachi, I., **et. al.** (1999) "Social capital and self-rated health: a contextual analysis". *American Journal of Public Health* 89(8): 1187-1193
- Krosnick, Jon A., and Leandre R.Fabrigar. 1997. "Designing Rating Scales for Effective Measurement in Surveys.". *Survey Measurement and Process Quality*, edited by Lars Lyberg, Paul Biemer, Martin Collins, Edith de Leeuw, Cathryn Dippo, Norbert Schwarz, and Dennis Trewin, 141–64. New York: John Wiley & Sons.
- Li, J. (2007) "Social Capital, Social exclusion and Wellbeing". *Public Health: Social Context and Action*. Mc Graw Hill, Open University Press.
- Lindén- Boström, M., Persson, C., Eriksson C., (2010) *Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health - A population-based survey in Sweden*. BMC Public Health 2010 10:628.
- Lundmark, S., Giljam, M., Dahlberg., S. (2015) "Measuring Generalized Trust: An Examination of Questions wording and the Number och Schale Points". *Public Opinion Quarterly*. Oxford University Press.
- Maddox, G. L., & Douglass. E.B. (1973) "Self-Assessment of Health: A Longitudinal Study of Elderly Subjects." *Journal of Health and Social Behavior* 14:87-93

- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., Urponen, H. (1997) Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physician Service and on Mortality in the Working-Age Population. UKK Institute for Health Promotion Research. Finland: Tampere.
- Mossey, J. M., Shapiro, E. (1982). "Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly." *American Journal of Public Health* 72(8):800-8.
- Nyqvist, F. (2009) *Social Capital and Health: Variations, Associations and Challenges*. Painosalama Oy: Åbo.
- Rogers, E. (1983) *Diffusion of Innovation*. New York: The Free Press.
- Rocco, L., M., Suhrcke. (2012) *Is Social Capital Good for Health? A European perspective*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Snelgrove, J.W., Pikhart H., Stafford M. (1993-2001;2009). "A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey". *Soc. Sci. Med.*
- Social resursförvaltning (2014) *Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg*. Delrapport 2014. Göteborg: Göteborgs stad. s.8.
- Sturgis, P., Smith, P., (2010) "Assesing the Validity of Generalized Trust Questions: What kind of Trust are we measuring". *International Journal of Public Opinion Research*. Vol 22. Oxford University Press.
- Uslaner, E. (2002). *The moral foundations of trust*. New York, New York: Cambridge University Press.
- Uslaner, E. (2012) "Measuring Generalized Trust: In Defense of the 'Standard' Question.". *Handbook of Research Methods on Trust*, edited by Fergus Lyon, Guido M. Illerling, Mark N. K. Saunders, 72–84. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Västra Götalandsregionen (2013) *Samling för social hållbarhet - åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*. Västra Götaland. s.7.



*Appendix**Appendix A*

Kommun	Befolkningsmängd	Medelvärde tillit	Medelvärde hälsokunskap	Medelvärde hälsa
Ale	28 644	,71	,88	,74
Allingsås	39 500	,77	,86	,77
Bengtsfors	9 587	,77	,82	,75
Bollebygd	8 746	,79	,90	,79
Borås	108 083	,72	,86	,76
Dals-Ed	4 774	,76	,81	,69
Essunga	5 581	,77	,86	,74
Falköping	32 480	,75	,86	,75
Fägerlanda	6 500	,72	,82	,73
Grästorp	5 631	,75	,86	,73
Gullspång	5 241	,72	,85	,76
Göteborg	547 005	,70	,88	,76
Götene	13 147	,78	,86	,75
Herrljunga	9 381	,76	,86	,72
Hjo	8 940	,76	,89	,75
Härreda	36 534	,78	,91	,82
Karlsborg	6 769	,78	,86	,75
Kungälv	42 625	,78	,87	,79
Lerum	40 049	,76	,92	,81
Lidköping	38 892	,77	,88	,77
LillaEdet	13 089	,76	,86	,71
Lysekil	14 406	,78	,86	,73
Mariestad	23 997	,78	,86	,78
Mark	33 873	,75	,90	,75
Mellerud	9 158	,76	,83	,66
Munkedal	10 218	,75	,85	,70
Mölndal	63 177	,76	,89	,78
Orust	15 051	,79	,87	,75
Partille	36 829	,77	,88	,79
Skara	18 709	,74	,86	,75
Skövde	53 491	,75	,85	,77
Sotenäs	8 969	,82	,86	,75
Stenungssund	25 452	,77	,88	,74
Strömstad	12 821	,75	,86	,76
Svenljunga	10 428	,74	,84	,69
Tanum	12 465	,76	,84	,74
Tibro	10 923	,76	,85	,73
Tidaholm	12 682	,74	,82	,71
Tjörn	15 288	,82	,88	,79
Tranemo	11 604	,76	,82	,77
Trollhättan	57 087	,73	,88	,76
Töreboda	9 219	,75	,85	,68
Uddevalla	54 005	,73	,86	,73

Ulricehamn	23 370	,77	,85	,74
Vara	15 641	,73	,82	,71
Vårgårda	11 148	,76	,85	,80
Vänersborg	38 149	,75	,86	,74
Åmål	12 567	,75	,85	,71
Öckerö	12 678	,83	,89	,80

## Apendix B

	Tillit	Självs- skattad hälsa	Utbildnings- nivå	Kön	Sysselsättnings- grad	Hälso- kunskap
Tillit	1	0,349*	0,110	-0,057	0,129	0,190
Självs- skattad hälsa	0,349*	1	0,669**	-0,557**	0,430**	0,705**
Utbildnings- nivå	0,110	0,669**	1	-0,566**	0,500**	0,759**
Kön	-0,057	-0,557*	-0,566**	1	-0,280	-0,491**
Sysselsättnings- grad	0,129	0,430**	0,500**	-0,280	1	0,442**
Hälsokunskap	0,190	0,705**	0,759**	-0,491**	0,442**	1

\*\*\*= $p < .001$  \*\*= $p < .01$  \*= $p < .05$

## Appendix C

Variabel	År	Källa	Kommentar
Tillit	2011-2014	Nationella folkhälsoenkäten, finns tillgänglig via: <a href="http://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsodata">www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsodata</a>	Mäter andel kommuninvånare som känner avsaknad av tillit på en skala mellan 0-1.
Självskattad hälsa	2011-2014	Vårdbarometern, finns tillgänglig via: <a href="http://www.vardbarometern.se">www.vardbarometern.se</a>	Mäter kommuninvånares självskattade hälsa på en skala mellan 1-5.
Hälsokunskap	2011-2014	Vårdbarometern, finns tillgänglig via: <a href="http://www.vardbarometern.se">www.vardbarometern.se</a>	Mäter kommuninvånares hälsokunskap på en skala mellan 1-5.
Utbildningsnivå	2014	Statistiska centralbyrån, finns tillgänglig via: <a href="http://www.scb.se">www.scb.se</a>	Mäter andel kommuninvånare med eftergymnasial utbildning (1=Eftergymnasial utbildning, 0=Ej eftergymnasial utbildning)
Kön	2014	Statistiska centralbyrån, finns tillgänglig via: <a href="http://www.scb.se">www.scb.se</a>	Mäter andel kommuninvånare som är män (1=Man, 0=Kvinna).
Sysselsättningsgrad	2014	Statistiska centralbyrån, finns tillgänglig via: <a href="http://www.scb.se">www.scb.se</a>	Mäter andelen kommuninvånare

			som förvärvsarbetar (1=Förvärvsarbetar, 0=Förvärvsarbetar ej).
--	--	--	--