

Frivilliga insatser och hälsa

Susanne Lundåsen

Frivilliga insatser och hälsa

Innehåll

Förord	5
Inledning	7
Studiens syfte	7
Rapportens disposition	8
Teoretiska utgångspunkter	9
Betydelsen av socialt kapital	9
Frivilligt arbete och föreningsliv i Sverige	11
Samband mellan socialt kapital och hälsa	11
Metod	12
Resultat	15
Socioekonomiska faktorer och frivilligt arbete	15
Frivilligt arbete och hälsa	16
Frivilligt arbetande inom idrottsrörelsen och hälsa	20
Socioekonomiska faktorer och faktorer som uttrycker socialt kapital och deras samband med självskattad hälsa	21
Informellt hjälparbete och hälsa	24
Ideellt baserade nätverk och hälsa	26
Kön, frivilligt arbete, informellt hjälparbete och hälsa	27
Diskussion	31
De som arbetar ideellt mår psykiskt bättre	31
Vad motiverar människor att arbeta ideellt?	31
Hälsan varierar med formerna av frivilliga insatser	31
Är begreppet socialt kapital könsneutralt?	33
Summering	35
Bilaga	36
Referenser	38

Förord

Våren 2003 fick Sverige en nationell folkhälsopolitik med det övergripande målet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Politiken har som utgångspunkt elva målområden, som omfattar de bestämningsfaktorer som har störst betydelse för folkhälsan. Med hälsans bestämningsfaktorer avses faktorer i samhällsorganisationen och människors livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa.

Det första målområdet, *Delaktighet och inflytande i samhället*, beskrivs som ”en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan och ska därför utgöra ett särskilt målområde och att särskild vikt skall läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer samt vid barns, ungdomars och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället”.

Målområdet innefattar många av hälsans bestämningsfaktorer – bland annat demokratisk delaktighet, jämställdhet, diskriminering, deltagande i kulturaktivitet, social delaktighet, socialt stöd och fysisk tillgänglighet – som kan sägas utgöra betydelsefulla delar av begreppet *socialt kapital* som beskrivs närmare i denna rapport. Tidigare undersökningar inom detta område har visat att ett välutvecklat socialt kapital har en positiv effekt på hälsan.

Denna rapport belyser temat socialt kapital och hälsa och beskriver de samband som finns mellan hälsa och frivilligt arbete, informella nätverk samt informellt hjälparbete. Rapporten bygger på en befolkningsstudie som genomfördes i början av år 2005 och som har kartlagt i vilken grad frivilligt arbete utförs inom och utom föreningslivet. Liknande befolkningsstudier har genomförts av Sköndalsinstitutet 1992 och 1998, men det är första gången som studien innefattar frågor kring individens hälsa. Sköndalsinstitutets huvudinriktning är studier av det civila samhället. Detta innefattar frivilliga organisationer, verksamheter och insatser som studeras med särskilt fokus på olika aspekter av det civila samhällets sociala innebörder.

Rapporten visar på flertalet positiva samband mellan frivilligt engagemang och hälsa – ett resultat som kan utgöra ett värdefullt bidrag i arbetet med att uppmuntra och främja det frivilliga deltagandet inom och utom föreningslivet.

Rapporten har tagits fram av Sköndalsinstitutet på Ersta Sköndals högskola, på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut. Författare är pol dr Susanne Lundåsen, som tidigare skrivit en avhandling om socialt kapital.

Ett särskilt tack till Eva Jeppsson Grassman, som på ett värdefullt sätt bidragit med kommentarer till texten under arbetets gång. Ett tack även till forskargruppen på Sköndalsinstitutet, som under forskningsseminariet bidragit med värdefulla kommentarer.

GUNNAR ÅGREN
GENERALDIREKTÖR

LARS SVEDBERG
PROFESSOR
ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Inledning

I flera omgångar (1992 och 1998) har forskare vid Sköndalsinstitutet gjort befolkningsstudier i Sverige inom ramen för ett större forskningsprogram om medborgarskapets gestaltningar. Det övergripande syftet har varit att studera och kartlägga olika aspekter av medborgarskapet som bland annat kommer till uttryck i det frivilliga arbete som utförs i landet inom och utanför det organiserade föreningslivet. De frivilliga insatserna i civilsamhället har tidigare bland annat belysts ur ett demokratiskt perspektiv. Studier har då visat att civilsamhället utgör en viktig del i en vital demokrati. Medan intresset i tidigare undersökningar har riktats mot bestämningsfaktorer för det frivilliga arbetet, har det i denna undersökning främst riktats mot de eventuella effekterna av det frivilliga engagemanget. Under senare tid har de frivilliga insatsernas betydelse för hälsan diskuterats även i andra studier (1). I vår undersökning har ytterligare ett antal aspekter som berör hälsa och frivilligt arbete lagts till studien.

Föreliggande studie innehåller en kvantitativ analys av sambanden mellan olika aspekter av fysisk och psykisk hälsa och de frivilliga insatser som görs inom föreningslivet. Dessutom studeras de informella nätverk och de frivilliga insatser som inte ryms inom föreningslivet. Mer specifikt är det tre olika aspekter av de frivilliga insatserna som studeras, nämligen de insatser som sker inom ramen för det organiserade föreningslivet, de frivilliga insatser som sker informellt utanför föreningslivet och deltagandet i informella former av nätverk. Att operationalisera det frivilliga engagemanget utifrån dessa tre olika aspekter möjliggör en mer heltäckande ansats än om någon enstaka aspekt av dessa engagemang hade fokuserats.

I de sambandsanalyser som görs här studeras ett slags förenklade modeller av verkligheten. Det är de frivilliga insatsernas inverkan på hälsan som studeras, trots att det är tänkbart att det finns andra relevanta samband mellan frivilliga insatser och hälsa. I tvärsnittsstudier (studier som analyserar någon företeelse vid ett enda tillfälle) ställs forskaren ofta inför den klassiska frågan om det var hönan eller ägget som kom först.

I detta fall skulle hälsan kunna antas spela en roll som möjliggörare för deltagandet i det frivilliga arbetet – ju friskare man är desto större möjligheter har man att delta i en rad olika aktiviteter. Sambanden går oftast i båda riktningarna: hälsan kan till viss del vara en förutsättning för att kunna delta i frivilligt arbete, och det frivilliga arbetet kan i sin tur påverka hälsan positivt och bidra till att aktivitetsnivån upprätthålls eller höjs.

I det motsatta fallet skulle den som av hälsoskäl avstår från att utföra frivilliga insatser således inte få del av de eventuella positiva effekterna som insatserna ger och skulle kanske med tiden uppleva sig ha en sämre hälsa och ytterligare minskade möjligheter att utföra frivilliga insatser.

Med utgångspunkt i teorierna som behandlar socialt kapital och dess betydelse för välbefinnandet kommer denna rapport att analysera huruvida frivilliga insatser av olika typer samvarierar med hälsovariabler. Till skillnad från tidigare forskning (1), som indikerar att frivilliga insatser har ett positivt samband med hälsa, undersöker denna studie huruvida olika former av insatser har samma typ av samband med hälsa. Dessutom görs en uppdelning på kön för att klarlägga om mönstren för kvinnor och män är likartade.

Studiens syfte

Denna studie har som syfte att undersöka sambandet mellan dels frivilliga aktiviteter i olika former och olika hälsovariabler, dels sambandet mellan de olika informella (obetalda) hjälpinsatser som utförs inom och utanför det egna hushållet och hälsovariabler. Studiens material utgörs av den intervjustudie som genomfördes under våren 2005 i form av telefonintervjuer.

Rapportens disposition

De teoretiska utgångspunkterna för studien är knutna till begreppet *socialt kapital*. Det förs inledningsvis en kort diskussion av begreppet och dess olika innebörder. Därefter redovisas tidigare studier om föreningslivets eventuella inverkan på det sociala kapitalet.

Detta följs av en presentation av de generella sambanden mellan frivilligt arbetande inom föreningslivet och ett antal hälsovariabler, där de frivilligt arbetande jämförs med dem som inte är frivilligt arbetande. Fortsättningsvis undersöks huruvida det föreligger skillnader beroende på ålder eller typ av förening som respondenterna är aktiva i. Dessutom jämförs huruvida deltagande utanför de organiserade verksamheterna i informella nätverk samvarierar med olika hälsovariabler. Sedan undersöks om det föreligger några skillnader mellan gruppen som arbetar informellt, exempelvis med omsorg av anhöriga, och de övriga. Slutligen görs en ytterligare uppdelning på kön, för att undersöka om och hur sambanden mellan frivilligt arbete och hälsovariabler skiljer sig åt mellan kvinnor och män.

Teoretiska utgångspunkter

Betydelsen av socialt kapital

Innan de empiriska resultaten redovisas är det på sin plats att redovisa studiens teoretiska referensram och utgångspunkter. Tidigare studier som har berört föreningslivets och de frivilliga insatsernas betydelse för olika samhällsliga fenomen, har under senare tid relaterat dem till begreppet *socialt kapital*. Begreppet har, i likhet med andra samhällsvetenskapliga begrepp såsom inflytande och makt, fått en mångtydig betydelse. En snäv definition användes av James Coleman (2). Enligt honom utgörs det sociala kapitalet av det kapital som finns i nätverken människorna emellan – till skillnad från humant kapital som är något som individerna har. Enligt denna definition av begreppet möjliggör eller underlättar det sociala kapitalet kollektivt handlande och det sociala kapitalet är varken positivt eller negativt till sin natur.

I Robert D. Putnams studie av de italienska regionerna (3) kom det sociala kapitalet att få en mer mångtydig betydelse. Putnam (3) studerade vad som hände i Italien när regionerna infördes under början av 1970-talet som politiska institutioner på en nivå mellan stat och kommuner. Här kommer även betydelsen av det organiserade civilsamhället in, Putnam (3) fann att de italienska regioner som hade en tradition av ett rikt föreningsliv även hade bättre fungerande politiska institutioner och mer samhällsligt engagerade medborgare. Putnam konstaterade att det organiserade föreningslivet hade bidragit till att skapa förtätade horisontella nätverk baserade på tillit i de framgångsrika regionerna. Ursprungligen hade han hävdade att vad organisationerna i Italien sysslade med var av underordnad betydelse – huvudsaken var att man deltog i någon typ av organiserad aktivitet.

En viktig komponent i det sociala kapitalet är vad som kallas ”weak ties”, det vill säga ytliga kontakter mellan individerna, till skillnad från ”strong ties” som utgörs av de starka band som finns till exempel mellan familjemedlemmar. Mark Granovetter (4) kom fram till att det var mer gynnsamt att ha ett stort antal ytliga bekantskaper än ett fåtal närmare vänner för möjligheten att finna ett nytt arbete. Putnam (3) tog fasta på Granovetters (4) formulering av betydelsen av ytliga kontakter i sin definition av socialt kapital, där överlappande icke hierarkiska nätverk av ytliga bekantskaper skapar positiva spiraler för utvecklingen i ett samhälle – både ekonomiskt, politiskt och i termer av allmänt välbefinnande.

Den traditionella förklaringen till bristande samhällsligt engagemang och utveckling hade funnits i socioekonomiska faktorer som exempelvis utbildning och inkomst men Putnam gör ett avsteg från dessa eftersom han menar att dessa faktorer inte bidrar till att förklara skillnader inom grupperna av högpresterande och lågpresterande regioner. Putnam för in det organiserade föreningslivets betydelse för utvecklandet av institutionaliserade former av samarbete och tillit samt för att skapa förtätade jämlika nätverk.

Samhällen som tvärtom präglas av hierarkiska nätverk av tätare bekantskaper och misstro lider av bristande utveckling, sämre välstånd och sämre fungerande politiska institutioner. I de italienska regionerna som Putnam (3) studerade illustrerades detta med de nordliga regionerna, där medborgarna genom åren hade lärt sig att samarbeta och dra nytta av de horisontella nätverken, som var baserade på tillit och där välstånd hade uppstått. I de södra regionerna däremot präglades relationerna av misstro och brist på samarbete eftersom traditioner av samarbete i organisationer saknades. De nätverk som finns i de södra regionerna är hierarkiska och präglas av beroendeförhållanden och brist på tillit, vilket skapat korruption och bristande utveckling.

Diskussionen är naturligtvis förenklad och framställningen av den italienska situationen är överdrivet svartvit, men den fungerar väl som en illustration av de motpoler som ett rikt och ett fattigt socialt kapital skulle kunna leda till på samhällslig nivå.

För Lin (5) utgörs det sociala kapitalet av sociala relationer som byggs upp för att skapa fördelar på vad Lin kallar för ”marknaden”¹. Marknaden kan utgöras av ekonomiska, politiska, samhällsliga

¹ Socialt kapital är enligt Lin: ”Investment in social relations with expected returns in the marketplace.” (5; sidan 19).

och arbetsmarknadssfärer. Individerna engagerar sig för att skapa relationer med andra för att de har en förväntan om att få något tillbaka. Att de sociala nätverken fungerar till gagn för kollektivet beror på att informationen flödar lättare genom nätverken och att opportunistiskt beteende lättare upptäcks och eventuellt kan bestraffas. Ett annat sätt att dra nytta av de sociala nätverken är att det finns en möjlighet att utöva påtryckningar genom kontakter och därigenom få inflytande (5; sidan 20). En tredje egenskap som Lin (5; sidan 20) tillskriver det sociala kapitalet är att det kan ge individerna trovärdighet – att någon i egenskap av sina kontakter eller sin medverkan i nätverk eller organisationer tillskrivs nätverkets egenskaper. Ett konkret exempel skulle kunna vara före detta studenter från prestigeuniversitet som drar större nytta av prestigeuniversitetets status i sitt jobbsökande än vad före detta studenter från mindre kända läroanstalter gör.

För Bourdieu har det sociala kapitalet en stark koppling till socioekonomiska förhållanden i och med att alla former av kapital, som humankapital eller kulturellt kapital, bottnar i de ekonomiska förhållandena och reproducerar dominerande gruppers värderingar (5).

Det finns också ett dilemma i hur det sociala kapitalet i föreningslivet uppstår. I de teorier som förts fram av bland andra Putnam hävdas det att det sociala kapitalet skapas underifrån och att föreningar inte framgångsrikt kan skapa socialt kapital om de startas ovanifrån (på initiativ av exempelvis myndigheter) utan att avspegla ett folkligt engagemang. Detta kan bli ett dilemma för institutioner som anser att det är problematiskt att vissa samhällen lider av bristande socialt kapital eftersom de enligt denna logik inte kan lösa problemet genom att beordra fram fler föreningar. Dessa måste, enligt Putnams teori, startas underifrån och drivas av det folkliga engagemanget. I de samhällen som åtnjuter de positiva spiralerna som traditioner av samarbete inneburit har man utvecklat former för att samarbeta och skörda frukterna av detta samarbete. Samtidigt har dessa samhällen utvecklat former för att sanktionera dem som försöker utnyttja samarbetet för egen vinning utan att återgälda det. Det förblir dock oklart i Putnams teorier hur det sociala kapital som skapas i föreningslivet kan överföras till hela det omgivande samhället och hur människor som står utanför föreningslivet kan komma att åtnjuta fördelarna av ett rikt föreningsliv.

Andra har ifrågasatt föreningslivets betydelse för skapandet av socialt kapital och i stället pekat på de samhällsliga institutionernas roll i att skapa ett klimat av tillit människor emellan (6). Rothstein (6) utvecklar en förklaring som går i motsatt riktning mot den som Putnam fört fram; för Rothstein krävs det först och främst att det finns fungerande samhällsliga institutioner för att förtroende och socialt kapital ska kunna utvecklas människorna emellan. Endast om det går att lita på myndigheterna kan människorna på ett rationellt sätt börja lita på varandra. Situationer av korruption och bristande rätts-säkerhet skapar bristande tillit människor emellan och möjligheten till samarbete som skulle gynna samhället i stort försvåras (7). I andra studier på aggregerad, samhällslig, nivå har föreningslivet inte alltid haft den positiva inverkan som Putnam (3) funnit i Italien (8, 9).

Sammantaget verkar begreppet *socialt kapital* kunna inrymma faktorer som bidrar till att förklara en mängd samhällsliga fenomen från fungerande demokratiska institutioner till välmående samhällen och individer. Begreppet tillit kan också sägas vara intimt förknippat med socialt kapital, där människor som litar på de flesta andra som de inte känner ofta tillmäts ett högre socialt kapital.

Ur detta resonemang skulle ett antal hypoteser kunna härledas. Människor som utför frivilligt arbete skulle kunna antas ha tillgång till ett större socialt kapital (i form av förtätade överlappande horisontella nätverk av bekantskaper) än människor som inte utför frivilligt arbete. Det högre sociala kapitalet skulle i enlighet med det teoretiska resonemang Putnam (3) fört fram skapa en högre grad av välbefinnande hos de individer som är engagerade i frivilligt arbete än hos dem som inte är det. En annan hypotes är att ju fler nätverk en individ är aktiv i desto större socialt kapital har hon eller han tillgång till och därmed skulle även dessa individer ha en genomsnittligt bättre hälsa än övriga.

Frivilligt arbete och föreningsliv i Sverige

Teorierna kring föreningslivets betydelse för skapandet av socialt kapital och välmående samhällen har funnit god jordmån i den svenska debatten (10). De svenska förhållandena kan vid en första anblick väl tyckas spegla den bild av hur positivt socialt kapital skapas. Sverige hamnar i topp i internationella jämförelser när det gäller antalet föreningar och medlemskap bland invånarna. Samtidigt har det konstaterats i flera studier att det traditionella föreningslivet i Sverige har en sjunkande medlemsskara (11). Andra studier har dock framfört att nivån på det frivilliga engagemanget, som är ett vidare begrepp än föreningsmedlemskap, delvis har ändrat karaktär men inte har minskat i omfattning (12). I en studie över 1990-talet finner man att den typ av föreningar som inte tappat i medlemstal var pensionärsföreningarna (11). Den teoretiska diskussionen kring föreningslivets betydelse för formandet och upprätthållandet av det sociala kapitalet berör dels den samhälleliga nivån, med Putnams (3) argument om föreningslivets betydelse för att skapa fungerande demokratier, dels den individuella nivån, som hos Lin (5) där det sociala kapitalet utgör en individuell resurs att utnyttja.

Ett antal faktorer har identifierats i tidigare studier när det gäller vilka människor det är som är aktiva inom föreningslivet (12). Socioekonomiska faktorer framstår som betydelsefulla, särskilt utbildning, där människor med högre utbildning i genomsnitt har en högre grad av aktivt deltagande inom det organiserade föreningslivet. Även faktorer som kön och bostadsort har betydelse; män tenderar av vara något mer aktiva än kvinnor och människor i storstäder något mindre aktiva än i övriga bostadsorter. De som utövar frivilligt arbete inom föreningslivet framstår som mer resursstarka än övriga, och föreningslivet fungerar oftast inte som ett komplement för dem som inte har tillträde till andra arenor, utan snarare som ytterligare en arena för dem som redan har förutsättningar att få inflytande på andra arenor. Det bör dock betonas att skillnaderna mellan aktiva och passiva är mindre i Sverige än i övriga länder. Detta skulle kunna tillskrivas det faktum att så många är aktiva och att skillnaderna mellan dem som är frivilligt aktiva och dem som inte är det därmed utjämnas. (12).

Argumenten för att den utbredda välfärdsstaten skulle skapa ett mindre rikt föreningsliv har tillbakavisats i flertalet empiriska studier (12, 13), däremot är antalet aktiva inom det sociala området färre i Sverige än i andra länder i internationella jämförelser. Förutsättningarna för att ett positivt socialt kapital ska kunna skapas verkar således finnas i Sverige.

Samband mellan socialt kapital och hälsa

Tidigare studier som har prövat sambandet mellan socialt kapital och hälsa har fått varierande utfall. Studier med färre antal respondenter har svårare att finna samband mellan hälsovariabler och deltagande i föreningsliv (14). I många fall har det sociala kapitalet operationaliserats som umgänge med andra och vilket slags bostadsområde man bor i, exempelvis (15, 16). Många av de tidigare studierna har använt sig av index för att operationalisera socialt kapital (15, 17). Ett generellt problem med användningen av index är att de olika faktorerna som utgör indexet ibland kan samvariera i olika grad, eller i värsta fall i olika riktning, med den variabel man vill förklara.

En studie som försöker att förklara den regionala fördelningen av andelen sjukskrivna i Sverige visar att föreningslivet är av betydelse (1). Frykman och Hansen (1) har i en fallstudie tidigare undersökt föreningslivets roll i Sverige för skapandet av en lokal kultur och sambandet med ohälsa och sjukskrivning. Tidigare studier som har fokuserat på socioekonomiska variabler har endast till en mindre del lyckats förklara de variationer som finns mellan olika regioner i Sverige i andelen sjukskrivningar i befolkningen (1). Resultatet av studien var påfallande likt de resultat som Putnam (3) kom fram till i sin studie av de italienska regionerna. Studien jämförde sjukfrånvaron och attityderna till sjukfrånvaro i Strömsunds kommun i Jämtland och Gislaveds kommun i Småland med varandra. Skillnaderna mellan kommunerna var i utgångspunkten uppenbara i sjukskrivningstal – de var bland de högsta i landet i Strömsund och bland de lägsta i Gislaved. En av förklaringarna som forskarna kommer fram till är att en viktig skillnad är hur fritiden är organiserad på de olika orterna.

I Strömsund dominerar ensamaktiviteter som jakt, fiske och friluftsliv som ofta sker utanför det traditionella föreningslivet. I Gislaved dominerar föreningslivet fritiden och aktiviteterna sker i orga-

niserad form inom föreningslivets ramar. Föräldrarna engagerar sig i föreningarna som är kopplade till barnens föreningsliv, och de skapar nätverk sinsemellan. Föreningslivets betydelse lyfts fram som avgörande för skapandet av socialt kapital mellan individerna, som i sin tur skapar välbefinnande och framtidstro. Den sociala kontrollen som bland annat föreningslivet stod för bidrog till att göra det svårare att ha en identitet som ”sjukskriven”. Den jämtländska samvaron vid jakten byggde enligt Frykman och Hansen (1) inte lika mycket på jämlikhet eftersom den förutsatte ägandet av mark och jakträttigheter och där tillträdet för nya medlemmar inte var lika öppet som i det småländska föreningslivet. I likhet med Putnam (3) fann de också skillnader i tillit till andra, där det jämtländska samhället visade sig vara mer hierarkiskt och mer dominerat av misstro mot myndigheter och omvärlden än av tillit till andra (1).

En generell svårighet är att variabler som utgör socialt kapital ofta starkt samvarierar med socioekonomiska faktorer såsom utbildning och det kan vara svårt att särskilja dem från varandra. Dietlind Stolle (18) har beskrivit problemet med vad man brukar benämna självselektion, det vill säga att endast en viss typ av individer väljer att vara frivilligt aktiva. Dilemmat ligger således i huruvida det är en speciell typ av individer som går med i föreningar eller om individerna i stället blir socialiserade i föreningarna och förändrar bland annat sin förmåga att lita på andra i och med sitt medlemskap. Mark Hooghe (19) har skrivit om socialiseringseffekter hos individer med extrema åsikter, det vill säga att de förstärker varandras värderingar genom sitt umgänge. Paul Dekker (20) påpekar när det gäller egenskaper som tillit till människor man inte känner (vilket ofta utgör ett mått på individens sociala kapital) att de mest misstänksamma individerna redan torde vara diskvalificerade från gruppen föreningsaktiva eftersom det är osannolikt att misstänksamma (människor som i låg utsträckning litar på andra som de inte känner) över huvud taget väljer att delta i någon typ av förening.

Ett annat problem som brukar dyka upp när det gäller sambandet mellan organiserade frivilliga aktiviteter och socialt kapital är att alla dessa frivilliga sammanslutningar inte alltid är av godo eller till nytta för samhället. Några exempel som brukar ges är hur Bandidos eller Hells Angels knappast brukar betraktas som positiva för det samhälleliga sociala kapitalet (7). Andra har ifrågasatt huruvida tillgången på socialt kapital i ett rikt föreningsliv alltid är något positivt för samhället i stort, där Tyskland med sitt myller av organisationer och partier före det andra världskriget bland annat tas upp som exempel (21). Det framstår dock som en relativt svårlost uppgift att på ett systematiskt sätt empiriskt klassificera olika former av frivilliga verksamheter som positiva eller negativa för samhället utan att enbart normativt bedöma dessa.

Metod

Studien bygger på ett obundet slumpmässigt urval av den svenska befolkningen i åldrarna 16-85 år², hämtat ur registret för totalbefolkningen. Studien genomfördes av Statistiska centralbyrån (SCB) under perioden januari till mars 2005. Genom upprepade kontakter och spårning av respondenter uppnåddes en svarsfrekvens på 70 procent³. Den genomsnittliga tiden för varje intervju var 25 minuter och 24 olika intervjuare deltog i undersökningen.

Intervjustudiens inhämtade material framställs först deskriptivt för att synliggöra eventuella skillnader mellan kategorierna av frivilligt arbetande och de som inte är aktiva. Därefter görs några enkla analyser (Chi 2-test och T-test) som jämför kategorierna och prövar om de eventuella skillnaderna är statistiskt signifikanta, med andra ord med vilken sannolikhet resultatet kan vara generaliserbart.

Sedan görs några prövningar av enkla modeller där socioekonomiska faktorer antas kunna förklara hälsan och en ytterligare modell där faktorer som uttrycker socialt kapital inkluderas. Syftet med dessa prövningar är att testa huruvida faktorerna som kan knytas till frivilligt arbete kan förklara

² Urvalet är ett obundet slumpmässigt urval (OSU), bestående av 2 000 personer födda mellan 1920-01-01 och 1988-12-31. Urvalet drogs 2004-12-03 från registret över totalbefolkningen (RTB) och totalpopulationen var då 7 095 402 (22). Intervjun besvarades av 1 393 personer, varav 8 partiellt. Att notera är att 47 personer inte deltog i studien på grund av fysiskt eller psykiskt hinder.

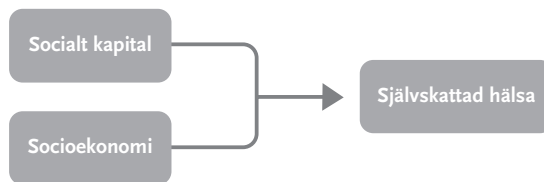
³ För en mer ingående beskrivning av studiens tekniska utförande se SCB (22).

skillnader i hälsa. För att testa dessa modeller används enkla statistiska regressionsmodeller där de oberoende variabelernas förmåga att förklara förändringarna i den beroende variabeln (självskattad hälsa) testas⁴. Avsikten är inte att förklara den självskattade hälsan i sig, utan fokus ligger snarare på huruvida variabler som uttrycker socialt kapital har något samband med hälsa eller inte. För att underlätta läsningen läggs tabeller med mer tekniskt innehåll i en bilaga där mer statistiskt intresserade läsare kan ta del av beräkningarna.

Valet att dela upp materialet i olika kategorier har gjorts för att undersöka i vilken utsträckning dessa kategorier liknar varandra eller skiljer sig åt. Uppdelningen på kön tilldelas ett eget avsnitt eftersom uppenbara skillnader mellan män och kvinnor framkommer. Nedan illustreras hur materialet kommer att analyseras och vilka uppdelningar som kommer att göras.

Frivilligt arbete

- Analys av samband mellan frivilligt arbete och socioekonomiska variabler, ålder, bakgrund och kön.
- Analys av samband mellan frivilligt arbete och självskattad hälsa samt rapporterade besvär.
- Test av huruvida frivilligt arbete och variabler som inkluderas i begreppet *socialt kapital* har någon statistisk effekt på den självskattade hälsan.



Informellt hjälparbete

- Analys av samband mellan informellt hjälparbete och självskattad hälsa samt rapporterade besvär.
- Jämförelser av självskattad hälsa och rapporterade besvär inom gruppen av personer som utför informellt hjälparbete.

Ideellt baserade nätverk

- Analys av samband mellan deltagande ideella nätverk och självskattad hälsa samt rapporterade besvär.
- Jämförelser av självskattad hälsa och rapporterade besvär inom gruppen av personer som utför informellt hjälparbete.

Män och kvinnor

- Jämförelser av självskattad hälsa och rapporterade besvär mellan män och kvinnor som är frivilligt arbetande/icke frivilligt arbetande.

När det gäller operationaliseringar av de olika variablerna framstår särskilt begreppet *socialt kapital* som problematiskt eftersom det är vad man brukar beteckna en latent variabel, med andra ord en variabel som inte kan observeras direkt utan endast via andra variabler. Syftet med studien är inte att på ett så exakt sätt som möjligt mäta det sociala kapitalet, utan begreppet utgör snarare en analytisk refe-

⁴ De statistiska modeller som används är enkla minsta kvadrat metoden eller *Ordinary Least Squares (OLS)*. Anledningen till att den enklaste formen av regressionsmodell används är att linjära modeller ofta är att föredra, i ett första skede, eftersom de eventuella felen som uppstår från en felskattad modell i genomsnitt blir mindre än om exempelvis icke linjära lösningar används (23).

rensam. Det finns heller ingen metodologisk överensstämmelse i hur olika studier valt att operationalisera begreppet (6). En serie antaganden ligger således till grund för de variabler som valts. För denna studie är speciellt sambandet mellan frivilligt arbete, informella hjälpinsatser och ideellt baserade nätverk och socialt kapital av intresse. Frågan om huruvida frivilligt arbete, obetalda hjälpinsatser och ideellt baserade nätverk *skapar* socialt kapital eller är ett uttryck för det *redan existerande* sociala kapitalet ligger utanför syftet med denna studie.

För att i denna studie kunna operationalisera variabeln socialt kapital används en rad variabler utöver frivilligt arbete. En annan faktor som relateras till socialt kapital är graden av förtroende för andra människor som man inte känner. De teoretiska utgångspunkterna förutsäger en i genomsnitt bättre självskattad hälsa för dem som har en högre grad av förtroende för andra. Ytterligare en faktor som kan adderas till de faktorer som skulle kunna inverka negativt på det sociala kapitalet är upplevelser av kränkning. Teoretiskt skulle sambandet kunna vara att ju fler gånger man upplever sig ha blivit kränkt desto lägre socialt kapital har man i genomsnitt på grund av att förtroendet för andra har brutits ned. För Kumlin och Rothstein (7) är det av betydelse att de samhällliga institutionerna är rättvisa och att medborgarna upplever att det finns en rättssäkerhet. Upplevelser av att ha blivit orättvist behandlad eller kränkt skulle således inverka negativt på det sociala kapitalet. Putnam (29) pekar samtidigt ut TV-tittande som en aktivitet som har en negativ inverkan på det sociala kapitalet, eftersom individerna blir passiva åskådare i stället för aktiva och engagerade⁵. I denna undersökning ställdes ett antal frågor som berörde TV-tittande och andra mestadels ensamaktiviteter som surfande på Internet och dessa antas inverka negativt på det sociala kapitalet. Ytterligare en faktor som kan påverka det sociala kapitalet enligt tidigare studier är graden av deltagande i religiösa verksamheter. Ju mer man deltar desto högre socialt kapital kan man antas få. Dessutom adderas här även deltagande i olika former av nätverk som inte är knutna till organisationer.

⁵ Henry Milner menar att det inte går att generellt bedöma TV-tittande som något negativt eftersom det finns ett brett spektrum av program som visas på TV och att vissa av dem är allmänbildande potentiellt skulle kunna göra människor mer aktiva genom att de blir engagerade i en fråga som är uppmärksam i TV (30).

Resultat

Socioekonomiska faktorer och frivilligt arbete

I denna undersökning har frivilligt arbete (knutet till civilsamhället) operationaliserats enligt följande:

Sådant arbete och sådana insatser som utförs på frivillig grund, oavlönat (eller mot ett symboliskt arvode) och på fritiden. I vissa sammanhang kallas det för ideellt arbete. Det kan vara fråga om många olika slags insatser, till exempel utbildning, styrelseuppdrag, hjälpinsatser och kaffekokning.

I denna rapport används begreppen frivilligt arbetande och frivilligt aktiv synonymt.

Sedan tidigare studier är det känt att de som är frivilligt aktiva i genomsnitt är mer resursstarka än de som inte är aktiva, bland annat genom en i genomsnitt högre utbildning och högre inkomst. Urvalet i denna studie skiljer sig inte från tidigare studier på detta område (12).

De frivilligt aktiva förvärvsarbetar i större utsträckning än de som inte är frivilligt aktiva. I genomsnitt förvärvsarbetar 66,3 procent av de frivilligt aktiva medan endast 48 procent av dem som inte är frivilligt aktiva förvärvsarbetar. Hos gruppen som inte är frivilligt aktiv är främst andelen som studerar och som är ålderspensionärer större än bland de frivilligt aktiva. Andelen som är födda utomlands är också färre hos dem som är frivilligt aktiva, vilket illustreras i tabellen nedan. Skillnaden mellan andelen frivilligt aktiva som är födda i något annat land och andelen som återfinns i gruppen som inte är frivilligt aktiva är statistiskt signifikant.

Tabell 1. Andelen frivilligt arbetande uppdelade efter födelseland (procent).

Födelseland	Utövar frivilligt arbete (%)	
	Ja	Nej
Sverige	50,6	49,4
Annat nordiskt land	46,2	53,8
Annat europeiskt land	30,0	70,0
Annat utomeuropeiskt land	38,4	61,6

De som är frivilligt aktiva har också en i genomsnitt högre sammanlagd inkomst än de icke frivilligt arbetande. 21,9 procent av dem som arbetar frivilligt tjänar 300 000 kronor per år och uppåt, vilket är att jämföra med att endast 12,2 procent av dem som inte arbetar frivilligt kommer upp till dessa inkomstnivåer. Sammantaget har de frivilligt aktiva i genomsnitt en högre standard på en rad socioekonomiska områden.

När det gäller ålderns betydelse för engagemanget i frivilligt arbete har man tidigare konstaterat att fördelningen närmar sig en normalfördelningskurva. Detta innebär att engagemanget är mindre i de yngre åren för att sedan öka med åldern och slutligen avta på ålderns höst. I detta urval återkommer samma fördelning, vilket illustreras i tabell 2.

Tabell 2. Fördelning av frivilligt arbetande uppdelade efter ålder (procent).

Ålderskategorier	Utövar frivilligt arbete (%)	
	Ja	Nej
16–29 år	41,1	58,9
20–44 år	59,2	40,8
45–59 år	51,7	48,3
60–64 år	50,0	50,0
65–74 år	45,8	54,2
74 år–	27,4	72,6

I urvalet ser man dock att engagemanget är relativt högt bland de äldre kategorierna (undantaget den allra äldsta gruppen) och att det är på en lägre nivå i den yngsta ålderskategorin. I gruppen 16–29 år är 41 procent aktiva i någon form av frivilligt arbete medan motsvarande siffra för gruppen 60–64 år är 50 procent. Det är endast hos den allra äldsta gruppen, 74 år och äldre, som färre (27 procent) uppger att de utför frivilligt arbete. Engagemanget är som synes på sin topp i den ålder (30–44 år) när många har barn som i många fall i sin tur är aktiva i någon form av förening som ofta även kräver att föräldrarna engagerar sig på något sätt, med allt från kaffekokning till ledarskap.

Tabell 3 summerar hur de som arbetar frivilligt karaktäriseras enligt socioekonomiska variabler.

Tabell 3. Summering av jämförelser mellan frivilligt arbetande och inte frivilligt arbetande med avseende på socioekonomiska variabler.

	Utövar frivilligt arbete (%)
Utbildningsnivå	Högre hos dem som arbetar frivilligt
Födda i annat land	Färre hos dem som arbetar frivilligt
Inkomstnivå	Högre hos dem som arbetar frivilligt
Ålder	Flest inom gruppen 30–44, avtar något med ålder

Frivilligt arbete och hälsa

Enligt det teoretiska resonemang om det sociala kapitalets inverkan som hittills förts kan man förvänta sig en positiv effekt på hälsan hos dem som arbetar frivilligt. Om man gör en generell jämförelse finner man en statistiskt signifikant skillnad i självskattad hälsa⁶ mellan dem som är aktiva i frivilligt arbete och dem som inte utövar någon form av frivilligt arbete. De som är frivilligt aktiva har en något högre självskattad hälsa än de som inte är frivilligt engagerade, i linje med de teoretiska förväntningarna.

⁶ Den självskattade hälsan rör hur en person upplever sitt eget hälsotillstånd, vilket innebär att en person som är svårt sjuk inte per automatik behöver uppfatta sitt hälsotillstånd som lika illa. För en vidare diskussion kring begreppet självskattad hälsa och dess validitet att mäta en självupplevd hälsa hänvisas till Undén m.fl. (24).

Tabell 4. Kopplingen mellan frivilligt arbete och självskattad hälsa (procent).

Självskattad hälsa	Utövar frivilligt arbete (%)		
	Ja	Nej	Totalt
Bra*	85,2 (N=580)	71,5 (N=503)	78,3 (N=1083)
Någorlunda	12,5 (N=85)	20,5 (N=85)	16,5 (N=229)
Dålig*	2,4 (N=16)	7,9 (N=56)	5,2 (N=72)

* Kategorierna bra och dålig hälsa är sammansatta av svarsalternativen "mycket bra" och "bra" respektive "dålig" och "mycket dålig" hälsa. Chi 2-test, $p < 0,000$.

Som framgår av tabellen ovan är andelen av dem som är frivilligt aktiva och som rapporterar att de har en "mycket god" eller "god" hälsa 85,2 procent, medan motsvarande andel för de som inte utövar frivilligt arbete är 71,5 procent. Gruppen som rapporterar att de mår allra sämst (som uppgett "dåligt" eller "mycket dåligt") är 2,4 procent hos de frivilligarbetande och 7,9 procent hos de icke frivilligt aktiva. Skillnaden mellan grupperna synes vara markant och är även statistiskt signifikant. En jämförelse med tidigare studier gjorda av Folkhälsoinstitutet visar att fördelningen i urvalet någorlunda liknar de mer omfattande folkhälsostudierna. Men antalet som rapporterar "mycket bra" eller "bra"⁷ är fler i denna studie, och skillnaden till gruppen som uppgav "dålig" eller "mycket dålig" hälsa är lägre i procentandelar. Möjligtvis kan denna skillnad mellan de två undersökningarna härröras till de olika undersökningsmetoderna⁸.

Eftersom hälsa till stor del är sammankopplat med ålder undersöks även de olika åldersgrupperna separat. Teoretiskt sett skulle den generella skillnaden i självskattad hälsa kunna härledas till skillnader i ålder mellan de som är aktiva för att de är yngre (och därmed i genomsnitt har en bättre självskattad hälsa) och därmed skulle frivilligt arbete vara en confounder, det vill säga en störfaktor som egentligen inte påverkar hälsan. Ett exempel på en *confounder* är att personer som använder mycket solkräm är överrepresenterade bland de som får hudcancer men att detta snarare skulle kunna hänföras till att de tillbringar mer tid i solen än andra än själva solskyddskrämen (28). Om skillnaden i självskattad hälsa i stället fortsatt består mellan aktiva och icke aktiva när de är uppdelade i olika ålderskategorier torde den inte kunna härröras till ålder. Logiskt sett kan likheter (i detta fall ålder) inte förklara skillnader (i självrapporterad hälsa).

Resultatet från jämförelsen visar att det föreligger en skillnad mellan de yngsta och de äldsta grupperna och att den positiva skillnaden mellan aktiva och icke aktiva är större och mer statistiskt signifikanta med stigande ålder. Den generella skillnaden skulle således inte kunna förklaras med åldersskillnader eftersom skillnaden består när åldersgrupper jämförs separat. I de allra yngsta grupperna (16–29 år och 30–44 år) har deltagandet i frivilligt arbete mindre betydelse för skillnader i den självrapporterade hälsan. Skillnaden i självrapporterad hälsa mellan aktiva och icke aktiva är större i de äldre åldersgrupperna och når sin kulmen i gruppen 60–64 år, där skillnaden mellan aktiva och icke aktiva är som störst. Det är betydligt fler i gruppen av frivilligt aktiva som uppger att deras hälsa är mycket bra, och vice versa: det är fler i gruppen av icke aktiva som uppger att deras hälsa är mycket dålig.

Skillnaden mellan aktiva och icke aktiva verkar variera med varierande ålder och stiger till viss del med åldern när variationen i självskattad hälsa också stiger. Tabell 5 illustrerar detta.

⁷ I nationella folkhälsoenkäten (2004) var andelen som uppgav "mycket god" eller "god" hälsa 67 procent, (här 78,3 procent) och andel som uppgav "dålig" eller "mycket dålig" hälsa 7,5 procent (här 5,3 procent) (25).

⁸ I Folkhälsoinstitutets studier har brevenkäter använts medan denna studie baseras på telefonintervjuer. Själva metoderna skulle kunna påverka benägenheten att rapportera olika typer av svar, studier har visat att intervjuare till en viss grad påverkar respondenterna, se exempelvis (26). Dessutom har studier visat att ordningen i vilken man ställer frågorna spelar viss roll för svaren (27). Om en respondent till exempel får veta att studien handlar om hälsa aktiveras medvetandet att reflektera kring dessa frågor, men om studien anges handla om något annat kan de kognitiva processerna vara annorlunda.

Tabell 5. Skillnader i genomsnittlig självskattad hälsa (T-test). Extremerna är 1, som motsvarar "Mycket god hälsa", och 5, som motsvarar "Mycket dålig hälsa".

Ålder	Genomsnittlig självskattad hälsa		
	Frivilligt aktiv		
	Ja	Nej	Eta
16–29 år	1,67 (N=120)	1,69 (N=172)	0,018
30–44 år	1,70 (N=227)	1,72 (N=153)	0,012
45–59 år	1,83** (N=184)	2,30** (N=172)	0,250
60–65 år	1,80** (N=55)	2,45** (N=55)	0,357
65–74 år	1,80** (N=66)	2,30** (N=77)	0,247
74 år–	2,03** (N=29)	2,70** (N=74)	0,299

** Statistiskt signifikant skillnad = $p < 0,01$.

Med den ökade åldern ökar spridningen i självskattad hälsa och skillnaden mellan gruppen frivilligt aktiva och gruppen icke aktiva tilltar i viss mån. Om man ser till Eta-värdet (som är ett mått på samband⁹) är detta som högst för ålderskategorin 60–64 år, följt av gruppen 74 och äldre. Som alltid i tvärsnittsstudier är det omöjligt att säga huruvida skillnaderna mellan grupperna beror på vad man brukar benämna självselektion, det vill säga att endast en viss typ av individer väljer att vara frivilligt aktiva eller om det är själva frivilligarbetet som gör att individerna känner sig friskare. En tolkning skulle kunna vara att med stigande ålder ökar betydelsen av att vara frivilligt aktiv för hälsan.

Gruppen frivilligt aktiva innehåller även en lägre andel individer som uppger att de har besvär från någon långvarig sjukdom eller annan typ av långvarigt besvär. Skillnaden mellan de två grupperna är statistiskt signifikant på 1-procentnivå¹⁰.

Tabell 6. Kopplingen mellan frivilligt arbete och långvarig sjukdom eller andra långvariga besvär eller nedsättningar i funktionen (procent).*

	Utövar frivilligt arbete (%)	
	Ja	Nej
Långvarig sjukdom, olycksfall eller någon nedsatt funktion	22,2 (N=151)	30,4 (N=213)

* Chi-2 test, $p < 0,01$, procentalen redovisas per kolumn.

** N=antalet i absoluta tal.

Andelen av dem som uppger att de har någon form av funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom och som samtidigt uppger att detta besvär nedsätter deras arbetsförmåga (eller andra dagliga sysslor) är lägre i gruppen frivilligt aktiva än i gruppen icke frivilligt aktiva. Sammantaget skulle detta kunna indikera att grupper med färre resurser, exempelvis genom någon form av funktionsnedsättning, i lägre grad återfinns bland de frivilligt aktiva. Detta är i linje med liknande undersökningar som gjorts tidigare (12).

⁹ Sambandsmättet varierar mellan 0 och 1 där 1 är ett perfekt linjärt samband mellan variablerna och 0 inget samband alls.

¹⁰ Denna variabel är inte nödvändigtvis överlappande med variabeln självskattad hälsa eftersom en nedsatt funktion inte per automatik behöver innebära en sämre självskattad hälsa.

När det gäller rapporterade besvär är bilden liknande – de som är aktiva inom frivilligt arbete har i genomsnitt färre besvär än de som inte är aktiva. I studien ställdes ett antal frågor rörande värk i olika kroppsdelar. I jämförelse mellan de aktiva och de icke aktiva har nästan exakt lika många inga besvär alls med värk i skuldror, nacke eller axlar (kring 64 procent), skillnaden mellan grupperna föreligger i hur många som anger att de har lätta eller svåra besvär. Bland dem som är aktiva anger färre att de har svåra besvär än bland de icke aktiva.

Även när det gäller smärtor i rygg, ischias eller höft är ungefär lika många besvärsfria i bägge grupperna och andelen som uppger svåra besvär är större bland de icke aktiva. När det gäller smärtor i händer, armbågar eller knän uppger en något större andel av gruppen frivilligt arbetande att de inte har några besvär alls, och det är även färre av dem som arbetar frivilligt som uppger att de har svåra besvär. Samtliga skillnader mellan grupperna är statistiskt signifikanta.

Tabell 7. Rapporterade besvär för frivilligt arbetande (procent).*

	Inga besvär	Lätta besvär	Svåra besvär
Värk i skuldror, nacke och/eller axlar	64,3 (64,0)	29,9 (24,5)	5,9 (11,5)
Värk i rygg, ischias och/eller höft	67,5 (67,2)	27,5 (21,3)	5,0 (11,5)
Värk i händer, armbågar och/eller knän	72,2 (65,3)	22,2 (22,9)	5,6 (11,8)
	Värkindex T-test		
	Frivilligt aktiva	Icke frivilligt aktiva	Signifikans (p)
Medelvärde	1,12	1,38	p < 0,01

* Siffrorna inom parentes anger procentsatserna för de icke frivilligt arbetande, Chi-2 test, p < 0,000.

Ett antal individer uppger att de har smärtor i flera områden samtidigt och om ett index upprättas för värk i de tre ovan angivna områdena och de frivilligt aktiva jämförs med de icke frivilligt arbetande så har de frivilligt aktiva i genomsnitt en något lägre nivå av besvär. Det är ungefär lika många i bägge grupperna som uppger att de inte har några besvär alls i någon av kategorierna skuldror, rygg, händer och så vidare. Skillnaden finns i stället i graden av besvär där fler i gruppen som inte arbetar frivilligt har större besvär.

I studien ställdes även ett antal frågor som berörde mer psykiska typer av besvär som trötthet, sömnsvårigheter och ängslan, oro eller ångest. Även när det gäller dessa variabler förekommer det skillnader mellan de som arbetar frivilligt och de som inte gör det. Generellt har de frivilligt arbetande som deltar i denna studie mindre besvär.

Tabell 8. Summering av jämförelser mellan frivilligt arbetande och inte frivilligt arbetande med avseende på ett antal hälsovariabler (om inget annat anges är skillnaden mellan de icke frivilligt och de frivilligt arbetande statistiskt signifikant).

	Frivilligt arbetande
Självskattad hälsa	Bättre självskattad hälsa
Långtidssjuka, funktionsnedsättning	Färre
Värk i skuldror, nacke och/eller axlar	Färre med svåra besvär
Värk i rygg, ischias och/eller höft	Färre med svåra besvär
Värk i händer, armbågar och/eller knän	Fler som är utan besvär och färre med svåra besvär
Värkindex	Lägre nivå av värk
Huvudvärk, migrän	Inga statistiskt signifikanta skillnader
Sömnsvårigheter	Fler som är utan besvär och färre med svåra besvär
Trötthet	Fler som är utan besvär och färre med svåra besvär
Ängslan, oro och/eller ångest	Fler som är utan besvär och färre med svåra besvär
Ensamhet	Fler som aldrig känner sig ensamma och färre som ofta känner sig ensamma
Inkontinens	Inga statistiskt signifikanta skillnader
Eksem eller hudutslag	Inga statistiskt signifikanta skillnader
Öronsus	Inga statistiskt signifikanta skillnader
Återkommande mag-/tarmbesvär	Färre
Övervikt, fetma	Inga statistiskt signifikanta skillnader

Frivilligt arbetande inom idrottsrörelsen och hälsa

Finns det dessutom några skillnader i resultaten mellan dem som arbetar frivilligt beroende på vilken typ av förening de är engagerade i? Enligt de teorier som bland andra Putnam för fram är det inte typen av aktivitet som är av betydelse utan det är skillnaden mellan att vara aktiv respektive inte aktiv som är avgörande. I detta fall skulle exempelvis idrottsföreningar kunna tänkas ha ett större samband med hälsa än andra typer av föreningar, detta eftersom det skulle kunna antas att aktiva inom idrottsrörelsen är något mer fysiskt aktiva. Idrottsföreningar utgör även den särklassigt största gruppen när man kategoriserar vilken typ av föreningar människor väljer att aktivt arbeta inom (kring 19 procent av respondenterna uppger att de utför frivilligt arbete inom idrottsrörelsen).

För att utröna om de finns några skillnader i typer av aktivitet granskades idrottsrörelsen separat och jämfördes både med den genomsnittliga självrapporterade hälsan för de aktiva och för de icke aktiva. Sammantaget visade detta att de aktiva inom idrottsrörelsen har en bättre självskattad hälsa än både hela gruppen av aktiva och gruppen av icke aktiva¹¹. Skillnaderna mellan grupperna är statistiskt signifikanta. En ytterligare granskning visar att de största skillnaderna mellan de som är aktiva inom idrottsrörelsen och de övriga, intressant nog, rör det psykiska välbefinnandet¹². När det gäller fysiska besvär är skillnaderna inte så stora mellan grupperna som de är på den psykiska sidan.

¹¹ Bland dem som arbetar frivilligt inom idrottsrörelsen uppger 87,1 procent att de har "mycket bra" eller "bra" hälsa, medan motsvarande siffra för frivilligt arbetande sammantaget är 85,2 procent.

¹² Skillnaden finns på mindre sömnsvårigheter, ångest, trötthet och upplevd ensamhet. För sömnsvårigheter är 83,2 procent utan besvär (74,2 procent för övriga), för ångest är 87,8 procent utan besvär (79,3 procent för övriga), för trötthet är 72,4 procent utan besvär (65,3 procent för övriga) och när det gäller upplevd ensamhet uppger 69,1 procent av de frivilligt arbetande inom idrottsrörelsen att de aldrig känner sig ensamma (57,0 procent för övriga).

Tabell 9. Sammanfattning av frivilligt arbetande inom idrottsrörelsen och hälsovariabler.

	Frivilligt arbetande inom idrottsrörelsen
Självskattad hälsa	Bättre
Långvarig sjukdom eller nedsatt funktion	Färre
Ängslan, oro eller ångest	Mindre besvär
Sömnsvårigheter	Mindre besvär
Ensamhet	Färre ensamma

Socioekonomiska faktorer och faktorer som uttrycker socialt kapital och deras samband med självskattad hälsa

De analyser som hittills presenterats skulle kunna liknas vid att de har öppnat ett antal dörrar av möjliga faktorer som skiljer dem som arbetar frivilligt från dem som inte arbetar frivilligt. Men verkligheten är ofta mer komplex och ett flertal faktorer inverkar ofta samtidigt och för att gå ett steg vidare och se om betydelsen av att vara frivilligt aktiv kvarstår när ett antal andra variabler kontrolleras för, testas två modeller med flera variabler samtidigt. Med regressionsmodeller kan variablernas effekt på den självskattade hälsan undersökas samtidigt, och effekten anger hur mycket en viss variabel påverkar den självskattade hälsan givet att de andra variablerna i modellen är lika. Med dessa modeller kan man testa huruvida föreningsaktivitet kvarstår som en betydelsefull variabel givet att andra faktorer är lika. Mot bakgrund av de resultat som tidigare presenterats kan ett antal hypoteser formuleras och prövas.

Hypoteser:

- Den självskattade hälsan påverkas av socioekonomiska faktorer. Ju högre socioekonomisk status, desto bättre självskattad hälsa i genomsnitt.
- Frivilligt arbete ökar det sociala kapitalet och därmed den självskattade hälsan.
- Faktorer som inverkar negativt på det sociala kapitalet påverkar den självskattade hälsan negativt.

Nedan testas först en modell med socioekonomiska variabler där utbildning, inkomst, ålder och etnisk bakgrund ingår.

Tabell 10. Utfall av regressionsanalys (OLS), självskattad hälsa som beroende variabel (för en mer detaljerad tabell med värdet på regressionskoefficienterna se bilagan, tabell A 1).

Oberoende variabler	Effekten på den självskattade hälsan	Signifikansnivå (p)
Högsta avslutad utbildning	+	***
Ålder	-	***
Hushållsinkomst 2004	+	
Utländsk bakgrund	+	
Född utomlands	-	*
Kön (kvinna)	-	**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,000$

I den socioekonomiska modellen har utbildningsnivå ett statistiskt signifikant positivt samband med den självskattade hälsan – ju högre utbildningsnivå desto högre självskattad hälsa anger i genomsnitt respondenterna, givet att de andra variablerna i modellen är lika. Däremot har inkomstnivån inget statistiskt signifikant samband med den självskattade hälsan, och detsamma gäller för variabeln utländsk bakgrund (en eller två föräldrar uppvuxna utomlands). Ålder, kvinnligt kön och att vara född utomlands ger i genomsnitt, allt annat lika, en sämre självskattad hälsa.

De ostandardiserade koefficienterna¹³ talar om den genomsnittliga förändringen i den självskattade hälsan om de förklarande variablerna förändras. Exempelvis har kvinnor i genomsnitt 0,132 poäng sämre självskattad hälsa än män givet att de andra faktorerna i modellen är lika. Den uppsatta hypotesen om att ju högre socioekonomisk status desto bättre självskattad hälsa verkar till stor del kunna bekräftas i denna första socioekonomiska modell. Om modellen utvecklas ytterligare och ett antal variabler som uttrycker socialt kapital eller bristen därav läggs till för att kontrollera om dessa variabler är statistiskt signifikanta även när de socioekonomiska variablerna tas med. Innan har jämförelserna visat att de som är frivilligt aktiva har en i genomsnitt bättre självskattad hälsa och i en regressionsmodell med andra socioekonomiska variabler testas nu om variabeln frivilligt aktiv är statistiskt signifikant även om de socioekonomiska faktorerna ingår. Med andra ord om variabeln frivilligt aktiv kvarstår som statistiskt signifikant innebär det att den inte kan förklaras med skillnader i socioekonomiska faktorer mellan grupperna frivilligt aktiva och de icke frivilligt aktiva.

I modellen som inkluderar variabler som mäter faktorer som inverkar på det sociala kapitalet läggs deltagande i frivilligt arbete, TV-tittande, upplevelse av kränkning, tillit till andra och deltagande i ideellt baserade nätverk.

Antagandet är att dessa två sistnämnda formerna av deltagande skulle påverka hälsan positivt.

Tabell 11. Utfall av regressionsanalys (OLS), självskattad hälsa som beroende variabel, utökad modell med socioekonomiska faktorer och faktorer som uttrycker socialt kapital.

Oberoende variabler	Effekten på den självskattade hälsan	Signifikansnivå (p)
Högsta avslutad utbildning	+	**
Ålder	-	***
Hushållsinkomst 2004	-	
Född utomlands	-	
Kön (kvinna)	-	*
Deltagande i gudstjänst	+	
Tv-, video-, dvd-tittande	-	***
Upplevelse av kränkning	-	***
Tillit till andra	+	*
Frivilligt arbete (ja)	+	***
Antal timmar frivilligt arbete	+	
Deltar i ideellt baserat nätverk	+	**

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,000

En mer detaljerad tabell med värdet på regressionskoefficienterna redovisas i bilagan, se tabell A 2.

¹³ Se tabell A 1 i bilagan.

När variablerna som uttrycker socialt kapital tillförs ökar modellens förklaringskraft, det justerade R^2 -värdet stiger och 17,4 procent av variationen i den självskattade hälsan kan förklaras med hjälp av den utökade modellen. Bland de socioekonomiska variablerna består kön, ålder och utbildningsnivå som signifikanta i den utökade modellen. Variabeln frivilligt arbete är signifikant även tillsammans med de socioekonomiska variablerna, vilket innebär att skillnaden i självskattad hälsa mellan frivilligt aktiva och icke aktiva består även om de socioekonomiska variablerna som uttrycker inkomst, utbildning och etnisk bakgrund är lika. Antalet timmar frivilligt arbete som utövas har inget statistiskt signifikant samband med den självskattade hälsan, men bidrar till att öka förklaringskraften i modellen och kan därmed antas interagera med variabeln frivilligt arbete. Med andra ord kan mängden av frivilligt arbete till viss del ha en betydelse för den självskattade hälsan.

Variabeln TV-tittande är statistiskt signifikant, och ju fler timmar som ägnas till TV-tittande desto sämre självskattad hälsa har respondenterna i genomsnitt, allt annat lika. I genomsnitt innebär detta att kring 9 timmars mer TV-tittande per dag ger en sämre självskattad hälsa med ett skalsteg, med andra ord exempelvis skillnaden mellan ”mycket bra” och ”bra”. Variabeln som uttrycker hur ofta man deltar i gudstjänster eller liknande, exkluderat dop, begravningar eller bröllop, pekar i den riktning teorierna visar, det vill säga att ju oftare respondenterna deltar i gudstjänster desto bättre självskattad hälsa anger de i genomsnitt, allt annat lika. Deltagande i ideellt baserade nätverk har även det förväntade sambandet med den självskattade hälsan – i genomsnitt har de som deltar i ideellt baserade nätverk bättre självskattad hälsa än de som inte deltar i något nätverk alls, och ju fler nätverk man deltar i desto bättre självskattad hälsa uppger respondenterna. Variabeln som uttrycker huruvida man kan lita på de flesta eller om man inte kan vara nog försiktig i umgänge med andra har även den ett statistiskt signifikant samband med den självskattade hälsan. De som uppger att de litar på de flesta andra har i genomsnitt, allt annat lika, en bättre självskattad hälsa än de som anger att man inte kan vara nog försiktig. Ytterligare en variabel som uttrycker bristen på socialt kapital är kränkning och modellen visar att ju oftare man upplever sig ha blivit kränkt desto sämre självskattad hälsa uppger man i genomsnitt, allt annat lika.

En viss vägledning om hur mycket de enskilda variablerna påverkar den självskattade hälsan fås från de standardiserade koefficienterna¹⁴. Av dessa framgår inte oväntat att ålder har en stor betydelse, men kanske mindre väntat har kränkning en större effekt än utbildningsnivå och frivilligt arbete har även en relativt stor effekt.

Hypotesen om att det frivilliga arbetet, tillsammans med andra variabler som uttrycker socialt kapital, skulle ha en positiv inverkan på det sociala kapitalet och därmed även på den självskattade hälsan, blir bekräftad i denna modell. Även om det skulle kunna finnas andra variabler som denna modell inte fångar upp så kvarstår det faktum att i denna modell är frivilligt arbete statistiskt signifikant även när socioekonomiska variabler som ålder och utbildningsnivå tas med. Allt annat lika har de frivilligt arbetande en i genomsnitt något bättre självskattad hälsa. Ytterligare en hypotes formulerades inledningsvis om de variabler som teoretiskt ansetts påverka det sociala kapitalet negativt, såsom brist på tillit, TV-tittande och upplevelser av att blivit utsatt för kränkningar även skulle ha en negativ effekt på den självskattade hälsan, och detta verkar bli bekräftat i denna studie.

Sambanden är naturligtvis komplexa och tvärsnittsstudier av denna typ kan endast sätta upp hypoteser som antar att sambanden går i en viss riktning, med andra ord att exempelvis frivilligt arbete påverkar den självskattade hälsan och inte tvärtom. Verkligheten är naturligtvis svårfångad i enkätstudier och full av endogena (när variablerna påverkar varandra sekventiellt) och även växelvisa¹⁵ samband, och det överstiger syftet med denna studie att utöka komplexiteten i modellen med endogena samband. De variabler som uttrycker socialt kapital i någon form tycks dock kunna bidra till att förklara variationen i den självskattade hälsan.

¹⁴ En viss försiktighet i tolkningen är på sin plats eftersom hänsyn måste tas till variablernas olika varians och skalor. Standardiserade variabler är även svåra att översätta i reella termer.

¹⁵ Exempelvis skulle det kunna tänkas att de som inte arbetar frivilligt har en negativ inverkan på det sociala kapitalet och därmed även den självskattade hälsan, i sin tur har de som har en lägre självskattad hälsa en sämre förmåga att arbeta frivilligt och får ytterligare en negativ återverkan på den självskattade hälsan, och så vidare.

Informellt hjälparbete och hälsa

Förutom det organiserade frivilliga arbetet i organisationer av olika slag utförs även oavlönade insatser utanför organisationerna, exempelvis hjälper människor grannar och släktingar med allt från blomvattning till tyngre omsorgsinsatser. I tidigare studier (12) görs en distinktion mellan oavlönade insatser inom organisationer och informellt hjälparbete som bedrivs utanför organisationerna. I denna studie har informellt arbete operationaliserats enligt följande:

Med detta avses att man oavlönat, eller mot en ringa ersättning, hjälper till exempel släktingar, grannar, vänner eller arbetskamrater med sådant de inte klarar själva.

Respondenterna i studien har svarat huruvida de utför något sådant arbete eller inte.

Finns det några hälsoskillnader mellan de som utför informella insatser *utanför* det organiserade föreningslivet och de som arbetar frivilligt *inom* föreningslivet? Först och främst visar resultaten att de som utför informellt arbete har en något bättre självrapporterad hälsa än de som inte gör det. Denna skillnad som finns mellan grupperna är statistiskt signifikant. När det gäller frivilligt arbete i organisationer ägnar män i genomsnitt något mera tid till detta än kvinnor, men när det gäller informellt arbete är situationen den omvända. Männen i denna studie ägnar i genomsnitt 60 procent av den tid som kvinnor ägnar åt att hjälpa släktingar och vänner med informella insatser. Det finns en tydlig könsaspekt på de informella insatser som görs – skillnaden i antal timmar är mycket större än den skillnad (som inte är statistiskt signifikant) som finns mellan kvinnor och män som utför frivilligt arbete i någon organisation.

Inom gruppen som utför informellt arbete finns det som nämnts ovan stora skillnader i omfattningen av arbetet och typen av insatser som utförs. De finns de som utför insatser åt flertalet personer med särskilda omsorgsbehov och de som bara hjälper andra mer sporadiskt. Det skulle kunna finnas skillnader mellan de som gör stora och betydande insatser för anhöriga med stora vårdbehov och de som gör mer sporadiska insatser.

I en tidigare studie av Jeppsson Grassman (31) delas de som utför informellt arbete in i tre huvudsakliga kategorier; ”den engagerade medborgaren”, ”omsorgsgivaren” och ”anhörigvårdaren”. I gruppen engagerade medborgare återfinns de som inte utmärker sig från genomsnittet när det gäller socioekonomiska faktorer men som har ett rikt socialt nätverk att tillgå. Hos denna grupp går hjälpen främst till vänner och bekanta och nästan ingen omsorg till personer med behov av särskilda hjälpinsatser. Den självskattade hälsan i denna grupp är inte markant avvikande från genomsnittet. Jeppsson Grassman (31) menar att den typiska omsorgsgivaren är en kvinna som hjälper en anhörig utanför det egna hushållet som är 75 år och uppåt. Detta är en kategori som ofta försvunnit i andra undersökningar, eftersom de inte framstår som särskilt resursstarka, och oftare än genomsnittet rapporterar psykiska besvär. Den tredje kategorin, som utgörs av anhörigvårdare, framstår som svagast när det gäller socioekonomiska resurser och tillgång till sociala nätverk. Dessa bedriver omfattande omsorgsarbete och har lite stöd av andra och skattar sin hälsa sämst av alla kategorier och framstår som en sårbar grupp (31; sidan 72).

Vid en närmare granskning av resultaten i denna studie visar det sig att de som hjälper andra med särskilda omsorgsbehov¹⁶ uppger en lite sämre självrapporterad hälsa än andra. Dessutom rapporterar de något oftare än andra olika typer av fysiska besvär. Ryggsmärtor, höftvärk och ischiasbesvär är något vanligare hos dem som hjälper personer med särskilda omsorgsbehov, likaså värk i händer, armbågar, ben och knän. De som hjälper flera personer med särskilda omsorgsbehov har något oftare besvär (i högre utsträckning också svårare besvär). Skillnaderna mellan grupperna är i dessa fall statistiskt signifikanta. Ett annat område där de som utgör insatser för personer med särskilda omsorgsbehov oftare drabbas av besvär än andra är mag-/tarmområdet. Medelåldern i gruppen som utför insatser för personer med särskilda omsorgsbehov är något äldre än för de övriga, dessutom är det något fler med den allra lägsta utbildningsnivån i denna grupp. Det är fler som har utländsk bakgrund

¹⁶ Med särskilda omsorgsbehov menas ”gamla, sjuka eller handikappade som behöver extra hjälp för att klara sig”.

bland dem som utför insatser i hushållet för personer med särskilda omsorgsbehov, men gruppen är så liten att resultaten får betraktas som relativt osäkra på denna punkt.

Ett mycket svagt statistiskt signifikant samband finns mellan antalet timmar som ägnas till informella insatser och självrapporterad hälsa. Sambandet ger bilden av att ett ökat antal timmar informella insatser i genomsnitt svagt samvarierar med en sämre självskattad hälsa. Med andra ord rapporterar i genomsnitt de som lägger många timmar på informellt arbete en lite sämre hälsa än de som lägger färre timmar på informellt arbete. Sambandsanalysen i sig kan inte säga något om vilken variabel som orsakar vad utan indikerar endast att variablerna tenderar att variera samfällt.

Den lilla undergrupp (N= 65), som ofta utför ett betydande informellt arbete för personer med särskilda omsorgsbehov som finns i det egna hushållet, har en markant lägre självskattad hälsa jämfört med övriga. Omräknat på hela den svenska befolkningen skulle dock denna grupp motsvaras av nästan 330 000 personer, fördelat ungefär lika mellan könen. Av dem som utför insatser för personer med särskilda omsorgsbehov i det egna hushållet uppger 60 procent att de har ”mycket bra” eller ”bra” hälsa. Motsvarande siffra för de övriga är 79,1 procent, och skillnaden är statistiskt signifikant. Denna grupp som utför betydande hjälpinsatser i hushållet är något äldre än genomsnittet i undersökningen men ålderskillnaden är inte så stor att den är statistiskt signifikant och torde därför inte kunna förklara hela skillnaden. Att leva tillsammans med någon som är i behov av betydande omsorgsinsatser är också på många sätt annorlunda gentemot att hjälpa någon mer sporadiskt utanför hemmet. Frågan är om det ens går att jämföra med andra former av frivilliga insatser då måttet av frivillighet ibland kan vara begränsat i denna grupp. Det förblir dock viktigt att uppmärksamma att denna grupp finns och att de i genomsnitt upplever sig ha en sämre hälsa än övriga.

Resultaten från denna studie verkar överensstämma med tidigare studier (31) där de som utför informella insatser i största allmänhet inte särskiljer sig när det gäller den självskattade hälsan medan de som utför insatser för personer med mera omfattande omsorgsbehov anger en sämre hälsa än genomsnittet.

Tabell 12. Summering av hälsan hos dem som utför informellt arbete generellt och för personer med särskilda omsorgsbehov.

Hälsa	Informellt arbete generellt	Informellt arbete, personer med särskilda omsorgsbehov
Självskattad hälsa		Något sämre för de som utför insatser för flera personer och betydligt sämre för de som gör insatser för personer i det egna hushållet
Värk i rygg, höft och ischias		Mer värk
Värk i händer, ben armbågar eller knän		Mer värk
Mag-/tarmproblem		Mer besvär
Antalet timmar	I genomsnitt lite sämre självskattad hälsa ju fler timmar som ägnas åt informellt arbete	

En majoritet av dem som utför informellt arbete är även engagerade i någon form av frivilligt arbete.

Tabell 13. Andel personer som hjälper någon med särskilda omsorgsbehov och utövar frivilligt arbete (procent).

	Utövar frivilligt arbete (%)	
	Ja	Nej
Hjälper en person med särskilda omsorgsbehov	55,9 (N=105)	44,1 (N=83)
Hjälper flera personer med särskilda omsorgsbehov	52,6 (N=60)	47,4 (N=54)

De som arbetar frivilligt hjälper även ofta andra med informellt arbete. Detta verkar även gälla för dem som hjälper andra med särskilda omsorgsbehov. Det gäller dock inte den mindre grupp som utgörs av dem som hjälper någon med särskilda omsorgsbehov i det egna hushållet – bland dessa är de som är frivilligt aktiva i denna studie färre.

Ideellt baserade nätverk och hälsa

I debatten kring civilsamhällets betydelse har det påpekats att andra former av aktiviteter, utanför det organiserade föreningslivet skulle kunna generera socialt kapital. Ideellt baserade nätverk skulle kunna vara av betydelse för individernas tillgång till socialt kapital. I denna studie har ideellt baserade nätverk definierats enligt följande:

Sammanhang där minst tre människor träffas med viss regelbundenhet för olika syften utan att det för den skull är fråga om en aktivitet inom en förening. Det kan röra sig om allt från en syjunta eller bridgegrupp till en grupp arbetskamrater eller vänner som motionerar eller fiskar regelbundet tillsammans på fritiden.

Respondenterna har svarat på om de deltar i något sådant nätverk eller inte.

Dessförinnan testades de ideellt baserade nätverkens betydelse för den självskattade hälsan i den utökade regressionsmodellen. Sambandet gick i den förväntade riktningen: de som har tillgång till nätverk av individer har en i genomsnitt bättre självskattad hälsa, och ju fler nätverk man har tillgång till desto bättre mår man.

Vid en mer ingående granskning framgår det att skillnaderna är som störst mellan de som inte deltar i något ideellt nätverk och de som deltar i två eller fler ideella nätverk. Gruppen som är aktiv inom flera ideella nätverk anger på flertalet punkter en väsentligt bättre hälsa.

Tabell 14. Jämförelse av hälsan hos dem som är aktiva respektive icke aktiva i ideella nätverk (procent).

Hälsa	Inget nätverk	Ett ideellt nätverk	Två eller fler ideella nätverk
Andelen som uppger "mycket bra" eller "bra" hälsa	74,2**	81**	88,3**
Nedsatt arbetsförmåga	Vanligare*	Mindre vanligt*	Minst vanligt*
Långvarig sjukdom eller någon nedsatt funktion	27,6	25,5	23,6
Ensamhet			Mindre vanligt*
Ängslan, oro eller ångest	Fler med besvär*	Färre med besvär*	Färre med besvär*

* Skillnaden är statistiskt signifikant, $p < 0,05$, Chi 2-test.

** Skillnaden är statistiskt signifikant, $p < 0,001$, Chi 2-test.

De som deltar i flera ideella nätverk uppger en bättre självskattad hälsa, och det är endast få av dem (ca 2 procent) som uppger att de har dålig hälsa. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara att gruppen som deltar i flera ideella nätverk har färre långtidssjuka och personer med någon funktionsnedsättning. Men intressant att notera är att andelen som uppger att de har någon form av långvarig sjukdom eller nedsatt funktion i gruppen som deltar i två ideella nätverk inte är lika stor som skillnaden i självskattad hälsa, skillnaden mellan grupperna är heller inte statistiskt signifikant. Det är också främst när man jämför de psykiska besvären som skillnaden mellan grupperna blir påtaglig. De som deltar i flertalet ideella nätverk känner sig mindre ofta ensamma och har mindre ofta besvär med ångslan, oro eller ångest.

Teorierna om det sociala kapitalets betydelse betonar vikten av tillgång på överlappande horisontella nätverk (3), och deltagande i flertalet ideella nätverk skulle kunna utgöra ett exempel på detta. Gruppen av personer som är aktiva i ideella nätverk utmärker sig inte på samma sätt som de som arbetar frivilligt med en genomgående bättre fysisk och psykisk hälsa och grupperna är heller inte helt överlappande, det vill säga att det inte är exakt samma individer som arbetar frivilligt och som ingår i ideellt baserade nätverk.

Tabell 15. Andelen som utövar frivilligt arbete och deltar i ideellt baserade nätverk (procent).

	Utövar frivilligt arbete	
	Ja	Nej
Deltar i ett ideellt baserat nätverk	51,7 (N=217)	48,3 (N=203)
Deltar i två eller flera ideellt baserade nätverk	60,3 (N=114)	39,7 (N=75)
Deltar inte i något ideellt baserat nätverk	45,1 (N=348)	54,9 (N=424)

Att gruppen frivilligarbetare och de som deltar i ideellt baserade nätverk inte helt överlappar varandra ses i tabellen ovan. Av dem som inte deltar alls i något ideellt baserat nätverk arbetar 45,1 procent frivilligt. I gruppen som deltar i flertalet ideellt baserade nätverk finns det fler resursstarka personer än i övriga grupper – andelen med akademisk utbildning är större och andelen höginkomsttagare är större. Tillgången till fler ideella nätverk verkar någorlunda väl stämma överens med teorierna kring det sociala kapitalets positiva inverkan men då särskilt när det gäller psykiskt välbefinnande. Det högre psykiska välbefinnandet skulle i sin tur kunna bidra till att denna grupp anger en högre självskattad hälsa.

Kön, frivilligt arbete, informellt hjälparbete och hälsa

En vanlig strategi i kvantitativa undersökningar är att dela upp urvalet i mindre undergrupper för att undersöka huruvida det förekommer skillnader mellan grupper i urvalet. Som tidigare har presenterats anger kvinnor i genomsnitt en sämre självskattad hälsa än vad män gör, och de rapporterar ofta olika typer av besvär. Samtidigt verkar det finnas könsaspekter på engagemanget i frivilligarbete och informellt arbete. Om man granskar frivilligarbetet närmare och ser på kvinnor och män separat finner man skillnader mellan könen. Tabellerna nedan illustrerar några av de faktorer, grad av aktivitet och hälsa, som tidigare tagits upp i studien uppdelade efter kön.

Tabell 16. Frivilliga och informella insatser samt självskattad hälsa uppdelat efter kön (hela urvalet).

	Män	Kvinnor
Andelen som arbetar frivilligt inom organisationer (N=1393)	51,2 %	46,8 %
Antalet timmar frivilligt arbete i genomsnitt (N= 1393)	7,8 h	6,5 h
Andel som regelbundet hjälper någon som man sambor med, eller släkt, vänner osv. (N= 1393)	49,6 %	50,0 %
Antalet timmar informella insatser i och utanför hemmet (genomsnitt per månad i hela urvalet, N= 1393)	8,6 h**	14,4 h**
Andelen som uppger "mycket bra" eller "bra" hälsa (N= 1393)	81,4 %	75,2 %
Andelen som uppger "dålig" eller "mycket dålig" hälsa (N= 1393)	4,4 %	6 %

** Skillnaden är statistiskt signifikant, T-test (2-sidigt), $p < 0,01$.

Tabellen ovan visar att männen i urvalet i genomsnitt ägnar något mer tid än kvinnorna åt frivilligt arbete, även om denna skillnad inte är statistiskt signifikant. Andelen män som utövar frivilligt arbete är något större än andelen kvinnor. Bland männen är andelen aktiva större än andelen icke aktiva, medan andelen aktiva bland kvinnor är mindre än andelen icke aktiva. Däremot ägnar kvinnorna mer tid åt informella hjälpinsatser än vad männen gör. Tabellen nedan illustrerar speciellt den grupp som utför informella hjälpinsatser och den undergrupp som utför insatser för människor i behov av särskilda omsorgsinsatser. Även här finns skillnader mellan könen, och omfattningen av kvinnornas insatser är markant större i den lilla undergrupp som utför obetalda hjälpinsatser för någon i det egna hushållet. Gruppen är dock så liten att försiktighet i tolkningen är på sin plats.

Tabell 17. Omfattningen av informella hjälpinsatser (bland dem som utför insatser) uppdelat efter kön.

	Män	Kvinnor
Andelen av dem som utför informella insatser som hjälper personer i behov av särskilda omsorgsinsatser (N=693)	36,8 %**	50,1 %**
Antalet timmar hjälp till släkt, grannar osv. (genomsnitt per månad bland dem som utför insatser, N= 656)	5,5 h**	10,9 h**
Antalet timmar hjälp till någon med särskilda omsorgsbehov i egna hushållet (genomsnitt per månad bland dem som utför insatser, N= 59)	34,5 h*	98,8 h*

* Skillnaden är statistiskt signifikant, T-test (2-sidigt), $p < 0,05$.

** Skillnaden är statistiskt signifikant, T-test (2-sidigt), $p < 0,01$.

Tabellerna ovan har illustrerat att det förekommer vissa skillnader mellan män och kvinnor när det gäller omfattningen av det frivilliga arbetet och det obetalda informella hjälparbetet som utförs. Frågan är om det även finns skillnader i hur de frivilligt arbetande kvinnorna och männen mår? När kvinnor och män studeras separat framkommer det att de frivilligt aktiva kvinnorna i genomsnitt mår *bättre* än de icke aktiva kvinnorna i *högre utsträckning* än vad de aktiva männen gör jämfört med de icke frivilligt aktiva männen. För bägge könen gäller att de frivilligt aktiva har en statistiskt signifikant bättre självskattad hälsa än de icke frivilligt arbetande. Skillnaden framkommer i de rapporterade besvären. För kvinnor förekommer de rapporterade besvären mer sällan hos de aktiva än de icke aktiva på ett statistiskt signifikant sätt. Särskilt tydligt är detta när det gäller värk i rörelseorganen där de aktiva kvinnorna i lägre utsträckning rapporterar värk. För de aktiva männen råder motsatta förhållanden där de aktiva männen i vissa fall rapporterar värk i rörelseorganen i större utsträckning än de män som inte är aktiva.

Tabell 18. Andel män och kvinnor som har besvär och som är besvärsfria (inom parentes) vid en jämförelse mellan frivilligt arbetande och icke frivilligt arbetande (procent). Siffrorna inom parentes anger andelen besvärsfria inom gruppen som inte arbetar frivilligt.

Rapporterade besvär	Frivilligt arbetande män(%)	Frivilligt arbetande kvinnor(%)
Värk i skuldror, nacke, axlar	69,9 (75,5)**	58,3 (53,9)*
Rygg och höftsmärtor	68,8 (71,3)***	66,1 (63,5)*
Värk i händer, armbågar eller knän	73,4 (72,4)*	71,0 (59,0)**

* Skillnaden är statistiskt signifikant, $p < 0,05$, Chi 2-test.

** Skillnaden är statistiskt signifikant, $p < 0,001$, Chi 2-test.

*** Skillnaden är statistiskt signifikant, $p < 0,000$, Chi 2-test.

När det gäller de andra besvären är bilden inte lika klar. Vissa tendenser finns dock: Hos männen är fetma lika vanligt hos de frivilligt aktiva som de icke aktiva, medan det är mindre vanligt förekommande hos kvinnor som är frivilligt arbetande. Gapet mellan frivilligt arbetande kvinnor och de kvinnor som inte arbetar frivilligt är större när det gäller en rad hälsoaspekter än vad det är mellan männen som arbetar frivilligt och de som inte arbetar frivilligt.

De främsta skillnaderna gäller de fysiska besvären där männen som arbetar frivilligt inte alls följer samma mönster som kvinnorna som arbetar frivilligt. Vissa frivilligt aktiva män har oftare besvär än de icke aktiva, medan det aldrig är fallet för kvinnorna. Även om de psykiska besvären även förekommer mer sällan hos de frivilligt aktiva, bland både män och kvinnor, så är dessa skillnader inte statistiskt signifikanta som i fallet med de fysiska besvären¹⁷.

Hur kan dessa skillnader mellan män och kvinnor förstås? En första möjlig förklaring är att det skulle förekomma skillnader i ålder mellan grupperna, exempelvis att de frivilligt arbetande kvinnorna skulle vara yngre än de frivilligt arbetande männen. Men denna skillnad går inte att finna, eftersom genomsnittsåldern är närmast identisk (kring 45 år) för både männen och kvinnorna.

Frågan kvarstår således om de frivilligt aktiva kvinnorna skiljer sig på något annat sätt gentemot de frivilligt aktiva männen? En faktor som i tidigare studier visat sig vara intimt sammankopplad med frivilligt arbete är utbildningsnivån. Vid en närmare granskning finner man att de frivilligt aktiva kvinnorna i större utsträckning än de frivilligt aktiva männen har akademisk utbildning, och kvinnorna har även en lägre andel med endast grundskolenivå som högsta utbildning. Det finns betydligt färre lågutbildade kvinnor än lågutbildade män bland de frivilligt aktiva.

Tabell 19. De frivilligt arbetandes utbildningsnivå fördelat på kön (procent). Siffrorna inom parentes anger procent-satsen för dem som inte arbetar frivilligt.

Högsta avslutade utbildning	Män (%)	Kvinnor (%)
Högskola/universitet	25,8 (20,7)	40,5 (23,9)
Gymnasienivå	44,4 (34,4)	39,9 (35,5)
Grundskolenivå	23,1 (35,0)	12,4 (28,6)
Övrigt	6,7 (9,9)	7,2 (12,0)

¹⁷ Bland de frivilligt arbetande kvinnorna är exempelvis 80,1 procent besvärsfria när det gäller ängslan och ångest (74,3 procent för kvinnor som inte arbetar frivilligt), för män som arbetar frivilligt är motsvarande andel 87,1 procent (82,7 procent för männen som inte arbetar frivilligt). Skillnaderna mellan grupperna (frivilligt arbetande och icke frivilligt arbetande) är inte statistiskt signifikanta.

En annan fråga är huruvida kvinnor och män väljer att engagera sig i olika typer av föreningar. Granskningen visar att det finns vissa skillnader, även om likheterna ändå är övervägande. Kvinnorna arbetar i större utsträckning frivilligt inom organisationer som har ett samhälleligt eller humanitärt syfte, exempelvis inom svenska kyrkan eller andra religiösa samfund, medan männen i något högre grad ägnar sig åt motororganisationer och jakt- och friluftorganisationer. Bland männen finns det en statistiskt signifikant skillnad mellan de som är frivilligt aktiva och de som inte är aktiva när det gäller civilstånd, de aktiva männen är i mindre utsträckning ensamstående än de som står utanför det frivilliga arbetet. Hos kvinnorna i undersökningen är även de ensamstående i lägre utsträckning frivilligt arbetande men denna skillnad är inte statistiskt signifikant.

Kvinnor och män skiljer sig marginellt åt när det gäller hur många som engagerar sig, men det finns vissa skillnader i hur omfattande engagemanget är. Kvinnorna i denna studie ägnar väsentligt mer tid åt det informella arbetet såsom omsorg om släkt och vänner (60 procent mer tid än männen). Det mönster som framträtt i andra studier (32, 33) återfinns även här, nämligen att kvinnor ägnar mer tid än män åt omsorg och vård av familj och anhöriga. I den lilla undergrupp som i denna studie utför mycket stora insatser i hemmet för personer med särskilda omsorgsbehov ägnar kvinnorna¹⁸ närmare tre (2,9) gånger så många timmar som männen åt detta. Med andra ord består fortfarande de traditionella könsmönstren i hur arbetsinsatser fördelas, och vård och omsorg i större utsträckning utförs av kvinnor. Ett enkelt konstaterande är att antalet timmar till förfogande är konstant för alla oavsett kön, och därmed har kvinnor i genomsnitt färre timmar att ägna åt egen fritid.

Det är inte lätt att förklara hälsoskillnaderna mellan kvinnor och män, men de olika utbildningsnivåerna kan ge en viss ledtråd till vad skillnaderna grundar sig i. De frivilligt arbetande kvinnorna har i genomsnitt högre utbildning än de frivilligt arbetande männen. Män och kvinnor verkar delta på olika villkor inom det frivilliga arbetet liksom inom andra arenor i samhället. De lågutbildade kvinnorna är särskilt lågt representerade bland dem som arbetar frivilligt. En hypotes är att tröskeln för kvinnornas deltagande är högre än för männens och att de kvinnor som arbetar frivilligt är något mer resursstarka, i termer av utbildningsnivå, än männen som arbetar frivilligt. Måhända deltar kvinnor och män deltar på olika villkor i frivilligarbetet. Detta skulle då ta sig uttryck i att männen i vissa fall skulle kunna delta i frivilligarbetet som ett komplement till andra arenor där män trots fysiska besvär kan vara aktiva. För kvinnorna skulle således tröskeln för att delta i frivilligt arbete vara högre och det skulle då följaktligen krävas att de frivilligt arbetande kvinnorna har större resurser än de frivilligt arbetande männen¹⁹.

Gapet mellan de aktiva och de icke aktiva är större bland kvinnorna och en stor del av den generella hälsoskillnaden mellan frivilligt arbetande och icke frivilligt arbetande kan härledas till de frivilligt arbetande kvinnorna.

¹⁸ Fördelningen kvinnor och män i denna undergrupp är 50 procent vardera (N=59).

¹⁹ Intressant att notera är att kvinnor trots de större resurserna i termer av en genomsnittligt högre utbildning än männen är underrepresenterade på ledande ställningar inom föreningslivet (34).

Diskussion

De som arbetar ideellt mår psykiskt bättre

Tidigare studier har undersökt (12) i vilken utsträckning människor väljer att engagera sig i frivilligt arbete och huruvida de som engagerar sig frivilligt gör detta för att få ett inflytande som de annars inte skulle ha haft möjlighet till att få. Resultaten tyder på att många som engagerar sig tillhör grupper som redan är resursstarka sedan tidigare, särskilt i kraft av utbildning, och att det frivilliga arbetet i mångt och mycket blir ytterligare en arena för dessa att agera på.

I denna studie har fokus legat på samband mellan olika former av frivilligt arbete och informellt hjälparbete och olika hälsovariabler. Även analyserna som presenterats ovan tyder på att de frivilligt arbetande är något mer resursstarka än de som inte är frivilligt aktiva, men de variabler som uttrycker socialt kapital var statistiskt signifikanta även när de testades samfällt med socioekonomiska variabler. Detta tyder på att vad som skulle kunna betecknas som socialt kapital, med andra ord tillgång till jämlika nätverk och förmågan att lita på andra människor man inte känner väl, har ett eget samband med den självskattade hälsan. Så går till exempel skillnaderna i självskattad hälsa i fallet med dem som har tillgång till ideellt baserade nätverk jämfört med dem som inte har det inte att förstå enbart i termer av skillnader i funktionsnedsättningar och långvariga sjukdomar mellan grupperna. Grupperna skiljer sig åt mer i självskattad hälsa än i fysiska besvär. Kanske beror detta på att umgängandet i nätverken främst bidrar till att stärka det psykiska välbefinnandet hos deltagarna, och därmed påverkas den självskattade hälsan indirekt.

Vad motiverar människor att arbeta ideellt?

Socialt kapital är enligt Lin (5; sidan 19) investeringar i sociala relationer med förväntade vinster på någon typ av marknad. Marknaden kan utgöras av en ekonomisk, politisk, samhällelig eller arbetsmarknad där de förväntningarna på vad investeringarna i sociala relationer kan ge varierar från ekonomiska vinster eller prestige till arbete eller välbefinnande (5; sidan 19).

Enligt de mest strikta tolkningarna av de nyttomaximerande teorierna, som hävdar att individerna agerar fullt rationellt för att maximera den egna nyttan finns egentligen inte altruism. Frivilligt arbete för andra skulle enligt denna strikta tolkning vara motiverat av att det skapar ett välbefinnande hos individen som utför det frivilliga arbetet (35). Deltagande i olika former av sociala nätverk kan ha olika motiveringar för olika individer. I denna studie är det dock intressant att notera att det är fler av dem som inte är frivilligt aktiva som anser att det är en moralisk skyldighet att någon gång i livet arbeta frivilligt (30 procent av dem som inte arbetar frivilligt instämmer inte på påståendet medan 36 procent av dem som inte arbetar frivilligt inte instämmer).

I denna studie stämmer i stället de dominerande motiveringarna: att arbeta frivilligt gör att människor får en aktiv roll i det demokratiska samhället, och frivilligt aktiva ger något annat än vad professionella gör, i överensstämmelse med bilden av den samhälleligt engagerade medborgaren som bland andra Putnam (3) tecknar av de föreningsaktiva.

Hälsan varierar med formerna av frivilliga insatser

Bilden är dock något mer komplex än att allt frivilligt och informellt arbete har ett positivt samband med olika hälsovariabler. Vissa former av informellt arbete verkar inte ha samma positiva inverkan på hälsan. Detta gäller främst de som arbetar informellt med personer som har stora omsorgsbehov. I denna grupp förekommer vissa former av värk i större utsträckning än hos andra. Det verkar således finnas skillnader mellan formen av insats och hur stor insatsen är – ju större insatsen för någon annan

är desto mindre tid över för andra aktiviteter finns det. Ändå verkar gruppen som hjälper någon med särskilda omsorgsbehov vara något mer aktiv inom frivilligt arbete än andra.

En annan aspekt som bidrar till att göra bilden något mer sammansatt är skillnaderna mellan de frivilligt arbetande kvinnorna och männen. Bilden av den generellt bättre hälsan som finns bland de frivilligt aktiva ser något annorlunda ut när en uppdelning på kön görs. Kvinnorna som arbetar frivilligt har en bättre hälsa på flera punkter än männen som arbetar frivilligt. De frivilligt arbetande kvinnorna är i genomsnitt oftare akademiker än de genomsnittliga frivilligt arbetande männen, och dessutom är det färre lågutbildade bland kvinnorna än bland männen. Sammantaget verkar sambandet mellan frivilligt arbete och hälsa vara starkare för kvinnor än för män, och en stor del av den generella skillnaden mellan frivilligt arbetande och de som inte arbetar frivilligt skulle kunna härledas till de frivilligt arbetande kvinnornas bättre hälsa. Enligt vissa författare är det sociala kapitalet i viss mån även kopplat till social klass eftersom de värderingar som dominerar samhället och uttrycker vad som är uppskattat beteende är kopplat till eliternas värderingar (5; sidan 15).

De som arbetar frivilligt hjälper även vänner och släktingar oftare med informella insatser än andra gör. Detta gör att det växer fram en bild av en grupp av engagerade medborgare som gör frivilliga och informella insatser och som har tillgång till informella nätverk. I denna grupp är välbefinnandet större än för genomsnittet. För dem som gör större insatser informellt är bilden något annorlunda och deras välbefinnande är vissa fall något sämre, där värk och mag-/tarmproblem är något vanligare.

De informella nätverken är också viktiga och har framförallt ett samband med ett ökat psykiskt välbefinnande hos dem som deltar i ett eller flera ideellt baserade nätverk. I viss mån överensstämmer resultaten med den bild som bland andra Lin (5) tecknar av det sociala kapitalets betydelse för att uppnå status och inflytande, eftersom gruppen höginkomsttagare verkar vara något överrepresenterad i gruppen som deltar i flera ideellt baserade nätverk.

Den bild som framstår av dem som har en sämre självskattad hälsa är en bild av någon som ofta inte är frivilligt engagerad eller har några andra nätverk att tillgå. I genomsnitt tillbringar personerna i denna grupp mer tid till TV-tittande eller framför datorn. Om det är på grund av en sämre hälsa som dessa tillbringar mer tid ensamma framför TV:n eller datorn eller om hälsan blir sämre genom att mycket tid spenderas stillasittande ensam är svårt att bena ut med denna typ av studie. Det är något oftare kvinnor än män som står utanför det frivilliga arbetet och dessa kvinnor har oftare mindre utbildning. Enligt teorierna om det sociala kapitalets betydelse är deltagandet i större nätverk av betydelse för utvecklandet av tillit till andra som man inte känner väl. De som spenderar mesta delen av sin tid i hemmet har inte samma möjlighet att utveckla sitt sociala kapital.

Kanske är det symptomatiskt att den grupp som oavlönat hjälper någon med stora omsorgsbehov i hushållet även rapporterar en något sämre hälsa än övriga. Kanske borde även här könsaspekter beaktas eftersom kvinnorna i genomsnitt uppger att de lägger ned 60 procent mer tid för informellt hjälparbete än männen. Med tanke på att kvinnor lägger ned mer tid än männen på obetalt hjälparbete, ofta i hemmet, så kan man anta att detta inverkar på kvinnors möjligheter att delta i andra former av aktiviteter utanför hemmet. En begränsning i teorierna som behandlar det sociala kapitalet är att de ofta använder begreppet som om det vore könsneutralt, samtidigt som betydelsen av ytliga kontakter utanför den närmaste kretsen (med andra ord släkt och nära vänner) lyfts fram för skapandet av socialt kapital. Till denna bild kan läggas att kvinnor i många fall vistas mer tid än männen i den mindre sfären som familjen och hemmet utgör (36). Tvivel uppstår således kring huruvida det är rättvisande att tala om begreppet *socialt kapital* utan att belysa dessa skillnader i förutsättningar som kan finnas mellan könen. Frågan är om tillträdet till den större arenan på vilken det frivilliga arbetet utförs är av särskild betydelse för kvinnor, som annars har tillträde till mer begränsade kontaktytor?

I den nationella folkhälsoenkäten (37) är det de socioekonomiskt svaga grupperna som har det lägsta sociala deltagandet²⁰. Med andra ord är det vanligare bland människor med låg utbildning och låg inkomst att ha ett lågt socialt deltagande. Allra vanligast var det för kvinnor födda utanför Europa att ha ett lågt socialt deltagande. Sammantaget hade ensamstående män med låga inkomster ett något

²⁰ Socialt deltagande definieras i den nationella folkhälsoenkäten som ett index av 13 uppräknade aktiviteter och där lågt socialt deltagande definieras för de som endast deltagit i en eller ingen av de uppräknade aktiviteterna under de senaste 12 månaderna.

lägre socialt deltagande än kvinnor i samma situation. I gruppen med lågt socialt deltagande är det betydligt vanligare med ett dåligt hälsotillstånd och nedsatt arbetsförmåga (37). Även om den nationella folkhälsoenkätens operationalisering av socialt deltagande inte direkt sammanfaller med denna studies operationaliseringar av frivilligt arbete och informella nätverk verkar ett snarlikt mönster finnas. Människor som står utanför det sociala kapital, som tillgången på nätverk via det frivilliga arbetet eller andra former av ideella nätverk utgör, upplever i högre utsträckning att de har en sämre hälsa än de som ingår i dem. Tidigare studier har även visat att risken för dödlighet är lägre bland dem som ofta deltar i olika former av kulturella aktiviteter (inklusive läsning) än hos övriga (38). Denna minskade risk för dödlighet kvarstår även efter att forskarna testat för socioekonomiska variabler och fysisk aktivitet.

Kvinnornas speciella situation där de som arbetar frivilligt i högre utsträckning även har högre utbildning verkar vara i linje med annan forskning som konstaterat att kvinnor ofta ”kompenserar” sin i många fall svagare ställning bland annat genom att ha en högre utbildning än män (39). Kanske är det också symptomatiskt att yngre välutbildade kvinnor är överrepresenterade bland den grupp som väljer att söka frivilligt arbete via Volontärbyråns förmedling av uppdrag²¹.

Även Frykman och Hansen (1; sidan 34) poängterar betydelsen av det sociala kapital som skapas i föreningslivet:

Föreningslivet är kanske det mer förbisedda genom sin självklara närvaro. Genom det drogs barnen, föräldrarna, hushållen in i nätverk där det fälldes omdömen och skapades attityder och värderingar. Den som är sjukskriven tar med sig sin sjukdom till hockeyrinken och läktaren vid handbollsmatchen. Man blir moraliskt tillgängliga för varandra i samhället genom de aktiviteter som strukturerar fritiden. Och man får en självklar framåtlutning, en inriktning på nästa match, nästa möte, nästa prestation.

Även om Frykmans och Hansens (1) analys främst ligger på en samhällelig nivå berör den betydelsen för individen av att finnas i ett sammanhang och hur värderingar som skapas inom föreningslivet kan påverka benägenheten för individen att sjukskriva sig. Resultaten från denna studie pekar i en liknande riktning där individer som arbetar frivilligt inom olika typer av organisationer upplever sig ha en bättre hälsa än dem som inte arbetar frivilligt.

Teorierna som antar att det finns ett positivt samband mellan deltagande i ideella nätverk och hälsa har inte kunnat motsägas i denna studie. Om det beror på att de personer som arbetar frivilligt har tillgång till ett rikare socialt kapital, som likt invånarna i Gislaved i Frykman och Hansens studie skapar en framtidstro och en struktur i tillvaron samt ett visst mått av social kontroll, är inte möjligt att säga med denna studie. Den sociala kontrollen som finns i de nätverk som har ett rikt socialt kapital kan innebära något så enkelt som att någon ringer och frågar var den person som lovat att ställa upp med att utföra ett visst arbete tagit vägen. Detta skulle kunna innebära känslor av att bli sedd och att uppleva sig vara behövd. Dessa mekanismer som sker på det individuella planet faller inte innanför syftet med denna studie.

Är begreppet socialt kapital könsneutralt?

När det gäller användningen av begreppet *socialt kapital* är det värt att problematisera hur könsneutralt begreppet verkligen är. Om det stämmer att kvinnor i högre utsträckning har tillgång till de starkare nätverken (”strong ties” med Putnams och Granovetters ord) som banden till familj och nära vänner är, och männen har större tillgång till ytliga kontakter (”weak ties”), så skulle det kunna finnas en obalans i måttet av socialt kapital. Detta eftersom de starkare nätverken anses förhindra skapandet av socialt kapital, medan de ytliga kontakterna anses positiva för skapandet av socialt kapital.

Ett exempel från denna studie är de personer som utför betydande obetalda hjälpinsatser för en person i det egna hushållet som har omfattande omsorgsbehov. I denna mindre undergrupp skattar

²¹ Se http://www.volontarbyran.org/vb_press.php (6 oktober 2005).

man i genomsnitt sin hälsa något lägre än bland övriga. Dessa personer ägnar ibland så mycket tid till sitt omsorgsarbete hemma att det rimligtvis inte finns särskilt mycket övrig tid att ägna åt aktiviteter utanför hemmet. Deras möjligheter att skaffa sig den stora mängd ytliga kontakter, som i sin tur kan skapa ett rikt socialt kapital, blir begränsade.

Teorierna som fokuserar på begreppet *socialt kapital* kan bidra till att förklara skillnaderna i hälsa mellan grupperna som arbetar frivilligt och/eller deltar i olika typer av ideellt baserade nätverk gentemot dem som inte deltar i någon form av nätverk eller frivilligt arbete. Samvaron med andra skulle således bidra till att skapa välbefinnande och en upplevd bättre hälsa.

Att närmare utreda vilka orsakerna är till att människor hamnar eller väljer att stå utanför nätverk och i vilken utsträckning dessa orsaker är kopplade till deras tidigare hälsa ryms inte inom ramen för denna studie.

Summering

I den genomförda undersökningen har samband mellan hälsa och frivilligt arbete kunnat konstateras. Det är dock, som alltid, svårt att utröna riktningen på sambanden med tvärsnittsstudier. Den teoretiska förklaringen till sambandet mellan frivilliga insatser och hälsa skulle i detta fall gå via det sociala kapitalet som antas vara större hos dem som arbetar frivilligt eller har tillgång till andra typer av informella ideellt baserade nätverk, och att det sociala kapitalet i sin tur påverkar hälsan positivt. De som är frivilligt aktiva har i den genomförda studien i genomsnitt bättre hälsa än de som inte är frivilligt aktiva. Skillnaderna i självskattad hälsa mellan frivilligt aktiva och icke aktiva kan inte förklaras enbart med socioekonomiska skillnader, eftersom frivilligt arbete kvarstår som signifikant i en regressionsmodell där även socioekonomiska faktorer ingår. Andra faktorer som kan kopplas till socialt kapital (såsom tillit) har också en statistiskt signifikant och positiv effekt på den självskattade hälsan. Men bilden av skillnaderna mellan frivilligt aktiva och icke frivilligt aktiva blir något mer komplex om man delar upp dem i mindre grupper.

Inom gruppen frivilligt aktiva finns det skillnader, där bland andra äldre aktiva har större positiva skillnader i självskattad hälsa än vad yngre har. Bland de yngre finns det inga statistiskt signifikanta skillnader i självskattad hälsa mellan aktiva och icke aktiva. Det finns större hälsoskillnader mellan frivilligt arbetande och icke frivilligt arbetande kvinnor än mellan frivilligt arbetande och icke frivilligt arbetande män. De frivilligt aktiva kvinnorna har i genomsnitt mindre värk i axlar, nacke, rygg, händer, armbågar, ben och knän, medan de frivilligt aktiva männen i vissa fall har mer besvär än vad de icke frivilligt aktiva männen har. En stor del av den generella hälsoskillnaden mellan dem som arbetar frivilligt och dem som inte gör det skulle kunna härledas till de frivilligt arbetande kvinnornas bättre hälsa. Dessa kvinnor har en markant högre utbildningsnivå än de kvinnor som inte arbetar frivilligt, och den är även markant högre än vad genomsnittet bland de frivilligt arbetande männen är. Den högre utbildningsnivån skulle delvis kunna förklara hälsoskillnaderna mellan de frivilligt arbetande kvinnorna och de frivilligt arbetande männen.

De som är frivilligt aktiva är ofta även aktiva på andra plan, exempelvis genom informella hjälpinsatser för vänner och släktingar som är mer eller mindre omfattande. Även här finns det könsskillnader – kvinnor lägger i genomsnitt ned betydligt mer tid på informellt hjälparbete än vad männen gör. Det finns dock undantag: bland dem som gör betydande informella hjälpinsatser är det vissa som har en sämre hälsa än de övriga aktiva. De som gör de allra största informella hjälpinsatserna, i detta fall för personer med särskilda omsorgsbehov i det egna hushållet, har en i genomsnitt väsentligt sämre självskattad hälsa än de övriga. Denna grupp har antagligen också en mer begränsad möjlighet att engagera sig i aktiviteter utanför det egna hushållet.

Studien har även berört deltagandet i ideellt baserade nätverk och finner att den självskattade hälsan och den psykiska hälsan i genomsnitt är bättre hos dem som deltar i flertalet ideellt baserade nätverk.

Teorierna om det sociala kapitalets betydelse finner delvis stöd i denna studie då sambanden mellan de olika formerna av frivilliga insatser och hälsan generellt sett är positiva, vilket var det som hypotetiskt kunde förväntas. Orsakerna till att människor står utanför det organiserade frivilliga arbetet och andra typer av ideella nätverk är antagligen många och de olika faktorernas betydelse för hälsan torde kunna utgöra föremål för en annan studie.

Bilaga

Tabell A 1. Socioekonomisk regressionsmodell (OLS), självskattad hälsa som beroende variabel.

Oberoende variabler	Ostandardiserad koefficient	Standardiserad koefficient	T-värde	Signifikansnivå (p)
Konstant	1,884		2,248	0,025
Högsta avslutad utbildning	-0,075	-0,138	-4,532	0,000
Ålder	0,012	0,242	7,816	0,000
Hushållsinkomst år 2004	0,001	0,022	0,700	0,484
Utländsk bakgrund (Ja)	-0,403	-0,014	-0,486	0,627
Född utomlands	0,186	0,073	2,509	0,012
Kön (Kvinna)	0,132	0,076	2,624	0,009

Justerat $R^2 = 0,088$ / $N = 1\ 106$

Eftersom variabeln självskattad hälsa är kodad från 1 till 5 där 1 betyder ”mycket bra” och 5 ”mycket dålig” innebär det att om koefficienterna i regressionsanalysen är positiva ökar den självskattade ohälsan, allt annat lika, och om koefficienterna är negativa minskar den självskattade ohälsan, allt annat lika. De ostandardiserade koefficienterna anger hur mycket den självskattade hälsan förändras (i genomsnitt) givet att den oberoende variabeln förändras med 1, allt annat i modellen lika. Exempelvis skulle detta innebära att om man är kvinna, alla andra variabler i modellen lika, har man i genomsnitt 0,132 skalsteg sämre självskattad hälsa än om man är man.

Signifikansnivån anger sannolikheten att det funna sambandet är slumpmässigt, exempelvis är värdet för variabeln ”Kön” i tabellen ovan 0,009, vilket innebär att sannolikheten att sambandet inte skulle finnas i ett annat urval är 0,9 procent.

R^2 -värdet kan variera mellan 0 till 1, där 0 betyder att 0 procent av variationen i självskattad hälsa kan förklaras med variablerna i modellen och där 1 betyder att 100 procent av variationen i självskattad hälsa kan förklaras med variablerna i modellen.

Tabell A 2. Regressionsmodell (OLS) med socioekonomi och socialt kapital, självskattad hälsa.

Oberoende variabler	Ostandardiserad koefficient	Standardiserad koefficient	T-värde	Signifikansnivå (p)
Konstant	0,915		4,297	0,000
Högsta avslutad utbildning	-0,057	-0,104	-3,272	0,001
Ålder	0,013	0,250	7,655	0,000
Hushållsinkomst år 2004	0,000	-0,006	-0,175	0,861
Född utomlands	0,033	0,013	0,425	0,671
Kön (Kvinna)	0,106	0,062	2,071	0,039
Deltagande i gudstjänst (ej bröllop och begravning)	-0,013	-0,027	-0,861	0,390
Antal timmar TV, video, dvd tittande	0,110	0,111	3,642	0,000
Upplevelse av kränkning	0,207	0,178	5,967	0,000
Tillit	0,107	0,070	2,333	0,020
Frivilligt arbete (Ja)	-0,203	-0,118	-3,820	0,000
Antal timmar frivilligt arbete	0,000	-0,009	-0,312	0,755
Deltar i ideellt baserade nätverk	-0,108	-0,090	-3,058	0,002

Justerat $R^2 = 0,174$ / $N = 984$

Eftersom variabeln självskattad hälsa är kodad från 1 till 5 där 1 betyder ”mycket bra” och 5 ”mycket dålig” innebär det att om koefficienterna i regressionsanalysen är positiva ökar den självskattade ohälsan, allt annat lika, och om koefficienterna är negativa minskar den självskattade ohälsan, allt annat lika. De ostandardiserade koefficienterna anger hur mycket den självskattade hälsan förändras (i genomsnitt) givet att den oberoende variabeln förändras med 1, allt annat i modellen lika.

R^2 -värdet kan variera mellan 0 till 1, där 0 betyder att 0 procent av variationen i självskattad hälsa kan förklaras med variablerna i modellen och där 1 betyder att 100 procent av variationen i självskattad hälsa kan förklaras med variablerna i modellen (se även tabell A1 för mer detaljerad beskrivning).

Variabeln ”Utländsk bakgrund” har här uteslutits eftersom den inte var statistiskt signifikant i den socioekonomiska modellen.

Referenser

1. Frykman J, Hansen K. Att leva på kassan: Allmän försäkring och lokal kultur. Stockholm: Försäkringskassan; 2005.
2. Coleman JS. Foundations of social theory. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press; 1990.
3. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1993.
4. Granovetter M. The strength of weak ties. *American Journal of Sociology* 1973;78.
5. Lin N. Social capital: A theory of social structure and action. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2001.
6. Rothstein B, Stolle D. Social capital, impartiality and the welfare state: An institutional approach. I: Hooghe M, Stolle D, Eds. *Generating social capital: The role of voluntary associations, institutions and government policy*. New York: Palgrave; 2003.
7. Kumlin S, Rothstein B. Making and Breaking Social Capital: The Impact of Welfare State Institutions. *Comparative Political Studies* 2005;38(4):339-65.
8. Inglehart R. Modernization and postmodernization: Cultural, economic, and political change in 43 societies. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1997.
9. Lundåsen S. En föreningsbaserad demokrati?: Ideella föreningar och valdeltagande i Sveriges kommuner under 1990-talet. Åbo: Åbo akademis förlag; 2004.
10. SOU 2000:1 En uthållig demokrati!: Politik för folkstyrelse på 2000-talet : Demokratiutredningens betänkande.
11. Vogel J, m.fl. Föreningslivet i Sverige: Välfärd, socialt kapital, demokratiskola. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB); 2003.
12. Jeppsson-Grassman E, Svedberg L. Medborgarskapets gestaltningar: Insatser i och utanför föreningslivet. 1999.
13. Rothstein B. Sweden: Social Capital in a Social Democratic State. I: Putnam RD, Ed. *Democracies in flux: The evolution of social capital in contemporary society*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
14. Liljeberg K. Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? En litteratursammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; Rapport R 2005:2.
15. Sundquist K, Lindstrom M, Malmstrom M, Johansson SE, Sundquist J. Social participation and coronary heart disease: A follow-up study of 6900 women and men in Sweden. *Soc Sci Med* 2004;58(3):615-22.
16. Merlo J, Lynch JW, Yang M, Lindstrom M, Ostergren PO, Rasmusen NK, et al. Effect of neighborhood social participation on individual use of hormone replacement therapy and anti-hypertensive medication: A multilevel analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157(9):774-83.
17. Lindstrom M, Hanson B, Östergren P-O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: The role of social participation and social capital in shaping health-related behaviour. *Soc Sci Med* 2001;52:441-51.
18. Stolle D. Bowling together, bowling alone: The development of generalized trust in voluntary associations. *Political Psychology* 1998;19.
19. Hooghe M. Value Congruence Within Voluntary Associations: A Social Psychological Extension of Social Capital Theory. ESF Conference Social Capital: Interdisciplinary Perspectives; Exeter, United Kingdom; 2000.
20. Dekker P. Social Capital in Neighbourhoods and Local Political Involvement. ESF Conference Social Capital: Interdisciplinary Perspectives; Exeter, United Kingdom; 2001.
21. Berman S. Civil Society and the Collapse of the Weimar Republic. *World Politics* 1997;40(3): 401-29.
22. Göransson B. Frivilligt och ideellt arbete – ett uppdrag från Ersta Sköndal högskola. Teknisk rapport. Forskningsavdelningen, Statistiska centralbyrån; 2005.

23. Kmenta J. Elements of econometrics. 2nd ed. Ann Arbor, Mich.: University of Michigan Press; 1997.
24. Undén A-L. Hur mår patienten?: En psykosocial betraktelse av primärvårdspatienten. Stockholm: Karolinska University Press; 2004.
25. Boström G, Nykvist K. Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; Rapport R 2004:48.
26. Belson WA. The design and understanding of survey questions. Aldershot: Gower; 1981.
27. Couch L, Jones W. Measuring Levels of Trust. *Journal of Research in Personality* 1997;31(3): 319-36.
28. Axmon A. Statistiska metoder och begrepp: Att välja confounders i epidemiologiska studier. SVEPET 2005; nr 2.
29. Putnam RD. Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; 2000.
30. Milner H. Civic literacy: how informed citizens make democracy work. Hanover, N.H.: University Press of New England; 2002.
31. Jeppsson-Grassman E. Medmänniska och anhörig: En studie av informella hjälpinsatser. Sköndal: Sköndalsinstitutet; 2001.
32. Statistiska centralbyrån. Funktionen för jämställdhetsstatistik. På tal om kvinnor och män: Lathund om jämställdhet. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2002.
33. Nordenmark M. Arbetsliv, familjeliv och kön. 1. uppl. Umeå: Boréa; 2004.
34. Blennberger E, Habermann U, Jeppsson Grassman E, Sköndalsinstitutet. Genus och civilt samhälle. Sköndal: Sköndalsinstitutet; 2004.
35. Hayashi N, Ostrom E, Walker J, Yamagishi T. Reciprocity, Trust and the Sense of Control: A Cross-Societal Study. *Rationality & Society* 1999;11(1).
36. Sapiro V, Ed. Gender, Social Capital and Political Action. Conference on Gender and Social Capital; St John's College, University of Manitoba; 2003 May 2-3; Canada.
37. Boström G. Lågt socialt deltagande. Hämtad 051018 från http://www.fhi.se/templates/Page_____5912.aspx.
38. Bygren L-O, Benson K, Johansson S-E. Unequal in Death: Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *British Medical Journal* 1996;313.
39. SOU 2005:66. Forskarrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen.

I den här rapporten undersöks för första gången sambanden mellan olika aspekter av fysisk och psykisk hälsa och olika typer av frivilliga insatser i samhället. Mer specifikt är det tre olika aspekter av frivilliga insatser som studeras:

1. De obetalda insatser som sker inom ramen för det organiserade föreningslivet (allt från ledarskap till mindre uppgifter som kaffekokning).
2. De obetalda insatser som sker informellt utanför föreningslivet (till exempel vård eller annan hjälp till nära anhörig eller bekant).
3. Deltagandet i olika former av informella nätverk som inte ryms inom föreningslivet (till exempel en föräldragrupp som träffas regelbundet för gemensamma promenader eller en grupp som regelbundet åker långfärdsskridskor tillsammans).

Resultatet av undersökningen visar att olika typer av frivilliga insatser i samhället har samband med den fysiska och psykiska hälsan. Exempelvis visar rapporten att de som utför frivilliga insatser generellt sett mår bättre än övriga. Särskilt tydlig är skillnaden i den psykiska hälsan. En mer utförlig granskning visar att det förekommer skillnader mellan olika typer av frivilliga insatser och deras samband med hälsan.

Rapporten vänder sig till förtroendevalda, tjänstemän och andra verksamma, exempelvis inom forskningen och den ideella sektorn. Sköndalsinstitutet har utfört studien, som ges ut i samarbete med Statens folkhälsoinstitut.



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
12088 Stockholm

Fax 08-4498811
E-post fhi@strd.se
Internet www.fhi.se

Rapport R 2005:47
ISSN 1651-8624
ISBN 91-7257-397-x