

Senter for forskning på
**sivilsamfunn &
frivillig sektor**



Frivillighet og folkehelse
- En kunnskapsgjennomgang

Notat

Audun Fladmoe og Bjarte Folkestad

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
Bergen/Oslo 2016

© Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor 2016

Notat 2016:2

Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
Co/Institutt for samfunnsforskning
Munthes gate 31
Postboks 3233 Elisenberg
0208 Oslo
www.sivilsamfunn.no

Notatet er finansiert av Helse-og omsorgsdepartementet gjennom prosjektet «Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor». Senteret er et samarbeidsprosjekt mellom Uni Research Rokkansenteret og Institutt for samfunnsforskning.

Innhold

Innhold	5
Innledning	7
Deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet	9
Frivillige har bedre helse enn andre – som regel	9
Høna og egget – blir man frisk av delta i frivillig arbeid?	14
Alternative innganger	15
Oppsummering	16
Lokalt organisasjonsliv, helse og livskvalitet	19
Hva viser tidligere forskning?	20
Hva kan vi forvente i Norge?	23
Avslutning	29
Litteratur	31

Innledning

I dette notatet oppsummeres norsk og internasjonal forskning om sammenhengen mellom organisasjonsliv, livskvalitet og helse¹. I en velsitert artikkel som oppsummerer forskning om frivillig arbeid, peker den anerkjente amerikanske frivillighetsforskeren John Wilson på fire mulige (positive) virkninger av å delta i frivillig arbeid (Wilson, 2000): medborgerskap (frivillige er mer politisk aktive og tillitsfulle enn ikke-frivillige), sosial adferd (deltagelse i frivillig arbeid kan hindre særlig unge fra å havne i «trøbbel»), sosioøkonomi (gjennom frivillighet knytter man kontakter og oppnår kunnskap som styrker ens posisjon på arbeidsmarkedet) og helse og livskvalitet.

Sivilsamfunnets rolle har i de senere årene fått økt oppmerksomhet i myndighetens folkehelsearbeid, noe som særlig henger sammen med høyere levealder og en økt andel eldre i befolkningen. Et eksempel er den såkalte «Frivillighetsstrategien» fra 2015, som, ble utviklet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge og KS. I forordet til denne strategien vektlegges det særlig to formål med frivillighetspolitikken: forebygging av ensomhet og sivilsamfunnets rolle som en aktør i velferdssamfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Et grunnpremiss for politikken på dette feltet er at deltakelse i sivilsamfunnet har positive helsegevinster, både for den som deltar og for samfunnet som helhet. I dette notatet utforsker vi dette premisset nærmere, ved å gå gjennom norsk og internasjonal forskning innenfor to tradisjoner. For det første forskning om sammenhengen mellom deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet på individnivå. Et hovedspørsmål i denne litteraturen er om deltakelse i frivillig arbeid kan bidra til bedre helse og livskvalitet, eller om det snarere er slik at frivillige organisasjoner primært tiltrekker seg personer som allerede har god helse og livskvalitet. For det andre oppsummerer vi forskning om den kontekstuelle sammenhengen mellom

1. Takk til Bernard Enjolras (leder Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor) for nyttige innspill til notatet.

organisasjonsliv, helse og livskvalitet. Denne forskningen bygger på en antagelse om at det å bo i lokalsamfunn preget av høy sosial kapital, det vil si med høyt tillitsnivå og sterke nettverk, medfører høyere livskvalitet og bedre helse. I denne delen viser vi også noen preliminnære analyser av sammenhengen mellom kontekst og helse i norske kommuner.

Forfatterne har ikke helsefaglig bakgrunn, og notatet bygger primært på kvantitative samfunnsvitenskapelige studier av sammenhengen mellom organisasjonsliv, helse og livskvalitet. I frivillighetslitteraturen skilles det grovt mellom to ulike helsemål (jf. Musick & Wilson, 2008, pp. 164-167):²

1. Livskvalitet (mental helse)
2. Fysisk helse

Livskvalitet (mental helse) inkluderer ulike mål på velvære, som lykke, meningsfullhet og positive relasjoner til andre mennesker. I den internasjonale forskningslitteraturen brukes gjerne begrepet «mental health», men vi velger her å bruke det mindre diagnostiserende begrepet «livskvalitet».

Fysisk helse er ment å fange opp mer konkrete fysiologiske helsemål, som konkrete helseplager og fysiske utfordringer (f.eks. vanskelig å gå i trapper eller løfte en gjenstand). Men mange studier av fysisk helse baserer seg på et noe mer diffust spørsmål om «allmenn helsetilstand», av typen «Hvordan bedømmer du din allmenne helsetilstand? (På en skala fra svært dårlig til svært god)». De mest konkrete målene på fysisk helse i litteraturen, er dødelighet. Flere amerikanske studier har brukt informasjon om frivillig deltakelse fra eldre spørreundersøkelser, og sett på sammenhengen mellom respondentenes deltagelse og tidspunktet for når de (eventuelt) har dødd.

Frivillighetsforskningen er generelt dominert av studier fra USA, og man må derfor alltid stille spørsmål ved om forskningsfunnene er overførbare til den norske konteksten. Sivilsamfunnet er svært annerledes i USA enn i Norge. For eksempel utgjør religiøse organisasjoner en langt større andel av sivilsamfunnet i USA enn de gjør i Norge (Putnam, 2000, kapittel 4). Det norske sivilsamfunnet er i mye større grad dominert av organisasjoner innen idrett, hobby og fritid (Wollebæk og Selle, 2008). Dette henger sammen med organiseringen av velferdsstaten. Staten i USA har en langt mer begrenset rolle som velferdsleverandør enn det den norske staten har, noe som blant annet medfører at det amerikanske sivilsamfunnet er tyngre inne i velferdsområdet enn det det norske sivilsamfunnet er (Salamon og Anheier, 1998; Wollebæk og Selle, 2008). Slike forskjeller er viktig å ha i bakhodet når man leser forskningslitteratur om sammenhengen mellom sivilsamfunn og folkehelse.

2. Musick og Wilson skiller mellom tre helsemål: mental helse, fysisk helse (subjektiv vurdering) og fysisk helse (objektiv vurdering). I dette notatet har vi slått sammen de to sistnevnte.

Deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet

I dette kapitlet gjennomgår vi forskning om sammenhengen mellom deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet på individnivå. En stor debatt innen denne forskningstradisjonen har vært knyttet til utfordringene med å besvare spørsmålet om høna eller egget kom først: Bidrar frivillig arbeid til bedre helse og livskvalitet, eller tiltrekker organisasjonslivet seg primært personer som i utgangspunktet har bedre helse og livskvalitet enn andre?

I litteraturgjennomgangen under refererer vi til studier som i ulik grad avdekker kausale sammenhenger. Vi forsøker imidlertid så langt det lar seg gjøre å referere til studier som baserer seg på såkalte paneldata, det vil si data som følger de samme personene over tid. Vi henviser også til større metastudier på feltet. Av særlig relevans her er den omfattende boken *Volunteers: A Social Profile*, skrevet av Marc Musick og John Wilson (Musick & Wilson, 2008), samt metastudiene «Is volunteering a public health intervention?» (Jenkinson et al., 2013), «The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research» (Anderson et al., 2014) og «Third sector impacts on human resources and community: a critical review» (Kamerade, 2015).

Etter en generell litteraturgjennomgang diskuterer vi kausalitetsproblematikken nærmere, før vi avslutter kapitlet med å se på noen alternative innganger til å studere sammenhengen mellom frivillighet, helse og livskvalitet, som selvrapporterte begrunnelser for ikke å delta i frivillig arbeid, eller for å slutte med frivillig arbeid.

Frivillige har bedre helse enn andre – som regel

På generelt grunnlag har mange studier vist at det er en positiv sammenheng mellom deltakelse i frivillig arbeid og selvrapportert (god) helse og livskvalitet (Finseraas, 2013; Musick og Wilson, 2008, kapittel 21; Wilson, 2000; Wollebæk, Sætrang og Fladmoe, 2015: 61-62). Sammenlignet med personer som ikke deltar i frivillig arbeid, rapporterer stort sett frivillige at de har bedre allmennhelse, færre fysiske helseplager, mer velvære og bredere

sosiale nettverk. I det følgende ser vi først på studier av livskvalitet, eller det som gjerne kalles «mental helse» i den internasjonale litteraturen. Deretter ser vi på studier av fysisk helse. Litteraturen om livskvalitet er mer omfattende enn litteraturen om fysisk helse, noe som trolig skyldes at forskningsfeltet er dominert av samfunnsvitere. Men det kan også skyldes at det er lettere å påvise gevinster av frivillig arbeid på livskvalitet enn på fysisk helse.

Livskvalitet (mental helse)

Antakelsen om at deltakelse i frivillig arbeid kan bidra til økt livskvalitet, begrunnes gjerne med to ulike teoretiske forklaringer i litteraturen (Musick og Wilson, 2008: 495).

Den første forklaringen handler om hvordan deltakelse i frivillighet kan forme sosiale relasjoner. Ensomhet og sosial isolasjon kan føre til «psychological distress» (Greenfield og Marks, 2004; Thoits, 1986). Ved å delta i frivillig arbeid kommer man i kontakt med andre mennesker og utvikler bekjentskap. Denne forklaringen er slik sett ikke så opptatt av hvilke aktiviteter man deltar i, men snarere hvordan deltakelse på ulike arenaer generelt bidrar til å koble mennesker sammen – og at denne sammenkoblingen er gunstig for ens livskvalitet. Deltakelse i frivillig arbeid er således én av mange mulige arenaer hvor man kan styrke sosiale relasjoner.

Den andre forklaringen handler om hvordan deltakelse i frivillig arbeid former og endrer måten vi ser på oss selv. På et generelt nivå føler man seg gjerne bra og styrker sitt selvbilde når man hjelper andre og føler at man utgjør en forskjell (Clark, 1987; Wuthnow, 1993). Frivillig arbeid belønnes gjerne med takknemlighet og anerkjennelse, og er således en potensielt viktig kilde til styrket selvbilde (Musick og Wilson, 2008: 495).

Begge forklaringene har mye for seg, men i Musick og Wilson's omfattende litteraturgjennomgang hevder de at den første framstår som mest robust i forskningslitteraturen (Musick og Wilson, 2008: 496-497). Årsaken er at den sistnevnte forklaringen først og fremst framstår som gyldig blant aktive frivillige, og at man derfor ikke kan utelukke at personer som har sluttet har dårligere selvbilde (i utgangspunktet) enn dem som fortsetter. En mulig tolkning er at den første forklaringen peker på *langsiktige* effekter av deltakelse, mens den andre forklaringen peker på *midlertidige* effekter (ibid.). Mens sosiale relasjoner kan vedvare selv etter man har sluttet som frivillig, kan det forsterkede selvbildet svekkes dersom man slutter.

Går vi til den empiriske litteraturen, har flere panelstudier vist at deltagelse i frivillig arbeid kan bidra til økt livskvalitet. Et eksempel er Thoits og Hewitt (2001), som fant positive effekter av frivillighet på seks ulike mål på velvære («well-being»). Forfatterne snur også på årsaksrekkefølgen og spør hvilken effekt helse har på deltakelse, og finner da at personer som i utgangspunktet har god velvære bruker mer tid på frivillighet.

Andre studier har stilt spørsmål ved om vi egentlig kan forvente generelle effekter av deltakelse i frivillig arbeid, altså at alle vil ha like stor nytte av deltakelse. I en nylig publisert studie tar Bernard Enjolras (2015) i bruk en innovativ statistisk metode kalt «matching estimators» som, kort fortalt, handler om å konstruere en eksperimentlignende situasjon i et vanlig surveymateriale: Utvalget deles i to grupper som er så like som mulig på alle kjente indikatorer, med unntak av én – om de har deltatt i frivillig arbeid eller ikke. Ved hjelp av denne metoden analyserer Enjolras betydningen av deltakelse i frivillig arbeid på politisk engasjement, livskvalitet og allmennhelse. Analysen viser at positive effekter av deltakelse i frivillig arbeid svekkes når man benytter denne metoden: forfatteren finner en svak effekt på allmennhelse, men ingen effekt på livskvalitet (Enjolras, 2015).

Andre studier som ser på tid brukt på frivillig arbeid, har funnet at frivillig deltakelse er positivt opp til et visst punkt, før den gunstige effekten dabber av og i verste fall reverseres (Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, og Tang, 2003; Van Willigen, 2000). Det kan altså være gunstig å delta i frivillig arbeid, men dersom man legger ned for mange timer på arbeidet, kan stressnivået øke. Hvor grensen for deltakelse går, vil avhenge av hvor mange arenaer man er aktiv på. Er man midt i livet, med jobb og barn, kan (økt) deltakelse i frivillig arbeid forsterke følelser av «tidsklemme» og stress. Forskningslitteraturen har derfor viet særlig oppmerksomhet til eldre, som gjerne er aktive på færre arenaer enn det yngre er (Musick og Wilson, 2008: 497). At eldre vies særlig oppmerksomhet henger nettopp sammen med den første forklaringen som ble beskrevet over (betydningen av sosial integrasjon). Etterhvert som folk blir eldre svekkes gjerne ens sosiale nettverk, både fordi man trer ut av arbeidslivet og fordi venner og familie faller fra, noe som i verste fall kan føre til sosial isolasjon, ensomhet og depresjoner.

Betydningen av frivillig arbeid som en viktig arena for sosial integrasjon kan eksemplifiseres med en amerikansk studie av hvordan eldre taklet det å miste «rolleidentiteter» (f.eks. at partneren døde). Studien viste at frivillige taklet slike tap bedre enn det ikke-frivillige gjorde (Greenfield og Marks, 2004). Målet som ble brukt i denne studien var følelsen av at livet er meningsfullt.

Andre eksempler på studier som vektlegger betydningen av alder, er blant annet en følgestudie der grupper av nye frivillige ble fulgt over en periode på seks måneder, og hvor deres grad av «selvtillit» ble målt før og etter perioden (Omoto, Snyder og Martino, 2000). Denne studien fant økt selvtillit blant deltakerne, men kun blant de eldre (55-76 år). Blant yngre frivillige var det ingen slik økning. Det samme fant Musick og Wilson (2003) i en studie av mental helse. Ved hjelp av paneldata fant de positive effekter av deltakelse i frivillig arbeid på eldres mentale helse, men de fant ingen effekter blant yngre frivillige. Slike studier understreker betydningen av frivillig sektor som *én mulig* arena for sosial integrasjon. Yngre deltar som regel på flere arenaer enn

det eldre gjør, og frivillig arbeid blir isolert sett ikke like viktig for denne gruppen.

Betydningen av deltakelse i frivillig arbeid på Eldres livskvalitet har blitt bekreftet i flere større metastudier (Anderson et al., 2014; Wheeler, Gorey og Greenblatt, 1998). I den seneste studien til Anderson med flere, tar de for seg 73 enkeltstudier av ulike typer helseeffekter eldre kan få ved å delta i frivillig arbeid, og konkluderer blant annet med at det er god støtte i forskningen for at eldre som deltar i frivillig arbeid har færre symptomer på depresjoner sammenlignet med eldre som ikke deltar (Anderson et al., 2014).

Man kan også tenke seg andre grupper i befolkningen enn eldre, som har svake sosiale nettverk og som kan ha særskilt nytte av deltakelse i frivillig arbeid. For eksempel vil arbeidsledige og uføre i alle aldre kunne være særlig sårbare for ensomhet og depresjoner. Studier har vist at frivillig arbeid kan fungere som et meningsfullt alternativ til betalt arbeid for disse gruppene (Baines og Hardill, 2008; Nakano, 2000). Frivillig arbeid blir en erstatning for betalt arbeid som en arena for sosial integrasjon.

For arbeidsledige virker imidlertid ikke sammenhengen å være helt klar. En studie som sammenlignet betydningen av frivillig arbeid blant folk i og utenfor arbeidslivet i Canada fant positive effekter blant folk i arbeid, men ikke blant folk utenfor arbeidslivet (Roy og Danileviciute, 1999, sitert i Musick og Wilson, 2008: 506). Mulige forklaringer på dette kan være at arbeidsløse har tilgang til færre «attraktive» arenaer for frivillig deltakelse enn det folk i arbeid har, og også at arbeidsløses deltagelse kan være knyttet til en følelse av plikt for å styrke ens sjanser på det betalte arbeidsmarkedet, mer enn av reell og indre-motivert («intrinsic») frivillighet. «Obligatorisk frivillighet» er knyttet til mindre motivasjon (Stukas, Snyder og Clary, 1999).

Mens betydningen av Eldres deltakelse på livskvalitet har fått mye oppmerksomhet, er betydningen for arbeidsledige og andre utsatte grupper mindre utforsket (Musick og Wilson, 2008: 506). Også nyankomne innvandrere kan man tenke seg vil ha større livskvalitetsgevinster av deltakelse enn befolkningen ellers. På disse områdene trengs det mer forskning.

I gjennomgangen over og i litteraturen generelt behandles gjerne frivillig arbeid som en generell samlekategori. Et viktig premiss for at deltakelse i frivillig arbeid skal ha gunstige effekter på livskvalitet, er imidlertid at deltagelsen drives av indre («intrinsic») motivasjon og ikke av pliktfølelse, som nevnt over i forbindelse med arbeidslediges deltakelse (jf. Stukas et al., 1999). Dersom det utvikler seg en sosial norm om at man bør delta i frivillig arbeid, kan gevinstene av deltagelsen i verste fall svekkes (Musick og Wilson, 2008: 514).

Fysisk helse

Kanskje i enda større grad enn i studiene av livskvalitet, har litteraturen om fysisk helse en tydelig «aldersbias», i den forstand at studiene særlig har fokusert på eldre. Når det gjelder betydningen av deltakelse i frivillig arbeid for ens fysiske helse, kan man peke på to forklaringer (Musick og Wilson, 2008: 509).

Den første forklaringen stammer særskilt fra alderdomsforskning («gerontologi»), og handler om betydningen av aktivitet og deltagelse mer generelt for å forebygge sykdom. Frivillig arbeid er én av mange kilder til aktivisering (av eldre), og er således ikke mer unikt enn å drive med trening og mosjon. Flere studier har inkludert frivillig arbeid som én av mange aktiviteter i indekser over aktivitet og deltagelse, og funnet at økt aktivitet bidrar til bedre selvrapportert fysisk helse (Young og Glasgow, 1998) og lengre levealder (de Leon, Glass og Berkman, 2003; Glass, de Leon, Marottoli og Berkman, 1999). Studiene av levealder ser på sammenhengen mellom aktivitet i en survey og tidspunktet for når respondentene dør. Kontrollert for andre relevante faktorer, finner de at deltakelsen har hatt en selvstendig effekt. Selv om disse studiene gir relevant informasjon, er en utfordring at det er vanskelig å unngå problemer med selvseleksjon: de som i utgangspunktet startet med frivillig arbeid har andre kjennetegn enn de som ikke startet. Dermed kan det være egenskaper ved individene, og ikke deltakelsen i seg selv, som forklarer variasjonene i levealder.

Den andre forklaringen er mer sosiologisk orientert og nært knyttet til diskusjonen over. Denne handler om betydningen av sosiale nettverk som en ressurs til å takle sykdom. Sosiale nettverk forhindrer ikke sykdom, men kan være til hjelp for å få støtte og informasjon om hvordan man kan forholde seg til sykdom (House, Landis og Umberson, 1988; Rietschlin, 1998). Som diskutert over er frivillig arbeid én mulig kilde til å styrke sosiale nettverk. I tråd med studiene av livskvalitet, har longitudinelle studier funnet en kurvlineær effekt der de som deltar i frivillig arbeid opp til et visst punkt, har gunstige helseeffekter og også lengre levealder (Musick, Herzog og House, 1999; Thoits og Hewitt, 2001; Van Willigen, 2000). Med andre ord kan det se ut til at både det å ha for få og det og ha for mange aktiviteter er lite gunstig også for ens fysiske helse.

En norsk studie fra 2012 gir et relevant bidrag ved å studere sammenhengen mellom deltakelse i frivillig arbeid og sannsynligheten for å bli uføretrygdet (Wollebæk og Arnesen, 2012). Ved hjelp av data fra NORLAG-undersøkelsen, som ble gjennomført blant de samme personene i 2002-2003 og 2007-2008 (40-79 år på første måletidspunkt), studerte Wollebæk og Arnesen sammenhengen mellom deltakelse i frivillig arbeid ved første målepunkt og deltakelse i arbeidslivet ved andre målepunkt. Studien viste at personer som hadde et middels nivå av organisasjonsaktivitet på målepunkt 1 hadde størst sannsynlighet for å fortsatt være i arbeidslivet og

minst sannsynlighet for å være uføretrygdet på målepunkt 2. De som oftest var ute av yrkeslivet og/eller var uføretrygdet, var de som på målepunkt 1 hadde ingen/lavt eller et svært høyt aktivitetsnivå. Med andre ord tyder denne studien på at deltakelse i frivillig arbeid gir positive helsegevinster opp til et visst punkt. Dersom deltakelsen blir for omfattende kan det imidlertid bikke over til å bli en helseutfordring (Wollebæk og Arnesen, 2012).

Oppsummert ser vi flere sammenfallende trekk i forskningslitteraturen, uavhengig av om man studerer livskvalitet eller fysisk helse. For det første framstår effektene å være tydeligst i studier av eldre og andre grupper som står utenfor arbeidslivet. Substansielt peker dette på betydningen frivillig arbeid kan ha for å styrke sosiale nettverk. Sosiale nettverk forhindrer sosial isolasjon og ensomhet, og de kan være nyttig som kilde til informasjon og støtte i tilfeller av sykdom. Litteraturen peker også på at deltakelse i frivillig arbeid kan ha en selvstendig fysisk effekt, ved at deltakelsen holder folk (særlig eldre) i aktivitet. For det andre framstår effektene å være tydeligst for dem som klarer å balansere deltakelsen opp mot andre aktiviteter. For mye deltakelse kan ha negative konsekvenser, som økt stressnivå og fysisk overbelastning.

Høna og egget – blir man frisk av delta i frivillig arbeid?

I to nylig publiserte oppsummeringsartikler («review»-artikler), som gjennomgår eksisterende forskning på sammenhengen mellom frivillighet, helse og livskvalitet, konkluderes det med at få studier har avdekket robuste kausale sammenhenger (Jenkinson et al., 2013; Kamerade, 2015). Dette har først og fremst metodiske årsaker, nemlig at få studier har klart å skille betydningen av frivillighet fra andre faktorer.

Med andre ord framstår det som uklart om den viktigste forklaringen på en positiv sammenheng mellom frivillighet og folkehelse først og fremst skyldes aktiviteten, eller om det først og fremst skyldes at frivillig sektor tiltrekker seg personer som i utgangspunktet har god helse. Begge forklaringene virker i utgangspunktet plausible: alt annet likt har trolig friske mennesker større sannsynlighet enn syke mennesker for å oppsøke eller bli rekruttert til frivillig arbeid, mens deltagelse i frivillig arbeid (i tillegg) kan bidra til å styrke ens sosiale relasjoner og velvære. Utfordringen med å identifisere hvilken forklaring som er sterkest knyttes til det som i forskningslitteraturen kalles «selvseleksjonsproblemet». For å kunne avdekke en kausal effekt må man sammenligne to grupper som skiller seg fra hverandre på den variabelen man er interessert i, men som utover dette er helt identiske. Dette løses i vitenskapelige eksperimenter ved at man tilfeldig fordeler («randomiserer») studieobjekter i en kontroll- og en eksperimentgruppe, hvorav bare den siste utsettes for den behandlingen man er interessert i effekten av (se for eksempel kapittel 3 i Moses og Knutsen, 2007). Overført til helseeffekter av frivillig arbeid, måtte man fordelt mennesker helt tilfeldig i to grupper, hvorav den ene

gruppen utførte frivillig arbeid og den andre ikke. Gitt at gruppene i snitt er like på alle andre områder, kunne man etter en stund studere om gruppen som utførte frivillig arbeid forbedret helsen sin sammenlignet med gruppen som ikke utførte frivillig arbeid.

Utfordringene med å gjennomføre et slikt eksperiment er åpenbare, både etisk og kostnadmessig, og løsningen er derfor å forsøke å etterligne eksperimentet i analyser av surveydata. En vanlig tilnærming er å benytte panelundersøkelser, der de samme personene følges over tid. På den måten kan man sammenligne helsen til fire grupper: de som har vært aktive i frivillig arbeid hele tiden, de som har begynt med frivillig arbeid i løpet av perioden, de som har sluttet og de som aldri har vært frivillige. Denne tilnærmingen løser ikke alle problemer, da de fire gruppene åpenbart ikke er like i utgangspunktet. Men ved å kontrollere for observerbare egenskaper ved individene (kjønn, alder, utdanning, inntekt, osv.) kan man komme nærmere en kausal forståelse. I gjennomgangen over har vi vektlagt studier som baserer seg på slike data. Det finnes langt flere troverdige studier av livskvalitet enn av fysisk helse, og vi kan derfor anta at den samlede forskningskunnskapen derfor er sterkest for førstnevnte studier.

Alternative innganger

En alternativ inngang til å forsøke å avdekke den kausale sammenhengen mellom deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet, er å spørre om begrunnelser for hvorfor folk ikke deltar i frivillig arbeid (barrierer) og om hvorfor frivillige slutter. Slike tilnærminger har svakheter sammenlignet med studiene som er diskutert over, først og fremst fordi eksplisitte spørsmål om begrunnelser for adferd kan frembringe eterrasjonalisering og det som i metodelitteraturen kalles «sosial ønskbart» («social desirability»): at personer som svarer på spørreundersøkelser, vrir svarene i retning av det de oppfatter som sosialt ønskbart (Ringdal, 2001: 359). Deltagelse i frivillig arbeid kan oppfattes som ønskbart adferd, og i slike tilfeller er det alltid en fordel om man kan måle begrunnelser indirekte (se for eksempel Fisher, 1993). De fleste går ikke rundt og tenker på hvorfor de ikke deltar i frivillig arbeid eller hvorfor de har sluttet, og når de først får et spørsmål om dette i en spørreundersøkelse er det ikke urimelig å anta at mange kommer opp med et svar de synes sømmer seg der og da. Slike alternative innganger kan likevel gi verdifull informasjon, særlig i tilfeller der man ikke har gode nok data til å studere kausalitet.

Når det gjelder begrunnelser for ikke å delta, skriver Sundeen, Raskoff og Garcia at de fleste studiene som er gjort peker i retning av at ressursknapphet, herunder dårlig helse og svake sosiale nettverk, er blant hovedårsakene til at folk ikke deltar i frivillig arbeid (Sundeen, Raskoff og Garcia, 2007). Deres egne analyser peker også på dårlig helse som en hovedforklaring.

Disse funnene bekreftes delvis i den seneste *Frivillig innsatsundersøkelsen* i Norge, men først og fremst i to aldersgrupper. Unge begrunner ofte manglende deltakelse med svake nettverk, mens eldre oftest begrunner manglende deltakelse med helseproblemer. Samtidig er ikke helseproblemer forbehold eldre; allerede fra 30-årsalderen svarer mer enn 20 prosent av dem som ikke deltar at helseproblemer er en viktig barriere (Wollebæk et al., 2015: 73-79). Middelaldrende peker på sin side oftere på manglende tid.

Liknende tendenser finnes i studier der man spør tidligere frivillige om hvorfor de har sluttet. Musick og Wilson viser til tall fra den amerikanske *Independent sector survey* at 26 prosent av dem over 65 år oppga helse som den viktigste grunnen til at de ikke hadde deltatt i frivillig arbeid i løpet av det siste året (Musick og Wilson, 2008: 165). For personer under 26 år var det tilsvarende tallet 4 prosent. Den seneste *Frivillig innsatsundersøkelsen* i Norge viste svært like tall (Wollebæk et al., 2015: 147).

I sum vil studier som ber om folks begrunnelser ha metodiske svakheter sammenlignet med de mer sofistikerte studiene som ble diskutert over. Men studiene kan likevel gi verdifull supplerende kunnskap om fenomenet, noe som gjør det verdifullt å se dem i sammenheng. De longitudinelle studiene vektlegger betydningen av deltakelse for eldre, og det er de eldre som begrunner fravær av deltagelse med helse.

Oppsummering

I dette kapitlet har vi gått gjennom relevant forskning om sammenhengen mellom deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet. Mange studier har pekt på at frivillige har bedre helse og livskvalitet enn ikke-frivillige. Dette kan skyldes at deltakelsen i seg selv har positive effekter, eller det kan skyldes at frivillige organisasjoner i utgangspunktet tiltrekker seg personer som har god helse og livskvalitet. På et overordnet nivå er det enkelt å konkludere med at begge tolkningene er korrekte, og at for å identifisere helsegevinster bør man rette oppmerksomheten mot særskilte grupper.

Forskningslitteraturen har særlig vært opptatt av eldre (Anderson et al., 2014; Jenkinson et al., 2013; Musick og Wilson, 2008), men også til en viss grad andre grupper, som arbeidsledige. Fellesnevneren er imidlertid grupper som på ulikt vis står utenfor arbeidsmarkedet. Den viktigste forklaringen på hvorfor personer utenfor arbeidsmarkedet kan ha fordel av å delta i frivillig arbeid, er at frivillig arbeid kan fungere som et substitutt for betalt arbeid når det gjelder å skape og opprettholde sosiale relasjoner. Fravær av sosiale relasjoner kan føre til ensomhet og depresjoner, og det kan gjøre en mindre robust i møte med fysisk sykdom. Deltakelse i frivillig arbeid kan også ha fysiske gevinster gjennom aktiviteten i seg selv, ved at det reduserer generell inaktivitet.

Frivillighetens potensial for å styrke livskvaliteten til ensomme eldre og andre som er svakt sosialt integrerte, kan være stort, men forskningen tyder også på at det kan være svært utfordrende å rekruttere nettopp de gruppene som kan ha størst nytte av å delta, til frivillig arbeid. Studier peker på at det i utgangspunktet er en tydelig skjevrekuttering til frivillig arbeid, i den forstand at ressurssterke personer som allerede har god helse og brede nettverk har mye større sannsynlighet for å begynne. Et eksempel fra den seneste *Frivillig innsats*-undersøkelsen, er betydningen av å få en forespørsel. Selv når det kontrolleres for en rekke andre faktorer, har personer som har fått en forespørsel om lag fire ganger så stor sannsynlighet for å begynne med frivillig arbeid. Problemet er imidlertid at forespørsler oftest tilfaller de som allerede har brede nettverk (Wollebæk et al., 2015: 169).

Lokalt organisasjonsliv, helse og livskvalitet

Hittil i notatet har vi presentert studier som har sett på sammenhengen mellom individers deltakelse og hvordan den henger sammen med individers helse og livskvalitet. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan trekk ved nærmiljøet kan forklare/ henge sammen med enkeltindividers helse. Det overordnede spørsmålet er om organisasjonstilbudet og deltakelsesnivået i ens eget nærmiljø kan henge sammen med helse og livskvalitet.

Spørsmålet om sammenhengen mellom kontekst og individers helse er et spørsmål som har lange tradisjoner innen samfunnsvitenskapen. Den franske sosiologen Emile Durkheim knyttet for eksempel ulike former for selvmord til variasjoner i hvor integrert en var i et samfunn (Durkheim, 2001; Ritzer, 2000). En sentral forståelse av hvordan organisasjonsdeltakelse henger sammen med helse, er at det gjennom deltakelse og samhandling med andre skapes *sosial kapital*. Som Kawachi, Subramanian og Kim (2008) skriver, har det siden 1990-tallet vært en eksplosiv vekst i interessen for forholdet mellom sosial kapital og helse.³

Den store interessen til tross (eller på grunn av den store interessen): begrepet sosial kapital er omdiskutert og det hersker ulike forståelser av hva som inngår i dette.⁴ Et viktig aspekt ved sosial kapital, for å forstå kontekstens betydning for ens egen helse, er at sosial kapital skaper en sosial struktur hvor individene som inngår i denne handler på en bestemt måte.⁵ Med andre ord: Dersom en bor i et nabolag hvor «alle» deltar på dugnad skapes det

3. Interessen for sammenhengen mellom sosial kapital og helse har også vokst siden Kawachi m.fl. sin bok kom ut i 2008. I deres innledningskapittel viser de mellom annet til at et søk på Google med søkeordene «social capital and health» gir over 9 millioner treff. I dag gir et tilsvarende søk over 37 millioner treff.

4. Se Wollebæk og Seegard (2011) for en mer utfyllende gjennomgang av begrepet sosial kapital.

5. Kawachi m.fl. (2008) viser blant annet til Coleman (1990) sin diskusjon hvor han definerer sosial kapital som: «not a single entity, but a variety of different entities having two characteristics in common: They all consist of some aspect of social structure, and they facilitate certain actions of individuals who are within the structure» (Coleman 1990:302, sitert i Kawachi m.fl. (2008:2)

også en sosial struktur hvor det forventes at en skal delta. I tillegg til dette blir også forhold som tillit og normer vektlagt. Putnam et al. (1993) peker på sin side at sosial kapital handler om forhold som tillit og normer. Sosial kapital er i følge Putnam og kolleger. : «...features of social organization, such as trust, norms and networks that can improve the efficiency of society by facilitating coordinated actions» (Putnam et al. 1993:167) .

I følge Islam, Merlo, Kawachi, Lindström og Gerdtham (2006:5) er det særlig fire hovedkomponenter ved sosial kapital som er viktige for folkehelsen:

- Tillit / gjensidighet (social trust/ reciprocity)
- Kollektiv innvirkning (collective efficacy)
- Organisasjonsdeltakelse
- Sosial integrasjon (social integration for mutual benefit)

Om en setter det litt på spissen kan en si at det ikke er organisasjonsdeltakelsen *i seg selv* som er avgjørende for om en har god helse eller ikke, men derimot produktet som kommer ut av deltakelsen – dvs. sosial kapital. Spørsmålet blir da hva slags mekanismer er det som gjør at sosial kapital påvirker helse?

Kawachi og Berkman (2000) har foreslått tre mekanismer for hvordan sosial kapital /deltakelse i nærmiljøet kan påvirke helse. For det første kan organisasjonslivet bidra til å spre helserelatert informasjon. Som Kameråde skriver: «The more social connections are available for the individual, the more likely she or he is to be exposed to the information circulating in these social networks» (Kameråde, 2015:35).

For det andre kan det sosiale nettverket som oppstår gjennom deltakelse i organisasjonslivet bidra til å utøve en form for sosial kontroll hvor det utøves et sosialt press for å leve sunt. Dette kan selvsagt slå ut begge veier. Dersom en er del av et miljø dominert av usunne livsstiler som rusmisbruk og kriminalitet, kan det påvirke helsen negativt.

For det tredje kan organisasjonslivet i nærmiljøet påvirke politisk til at det etableres (flere) helsetilbud i nærområdet, eller hindre eventuelle nedleggelse av helsetilbud og institusjoner.

Hva viser tidligere forskning?

I denne delen ser vi på noen utvalgte studier hvor sammenhengen mellom helse og sosial kapital, både på individuelt og kontekstuell nivå er undersøkt. Vi fokuserer på studier hvor det er benyttet såkalte flernivåanalyser. Flernivåanalyser er en «...samlebetegnelse på modeller som analyserer sammenhenger både innenfor og mellom flere nivåer samtidig» (Christensen og Midtbø 2011:12). I følge Kawachi m.fl. (2008) er det flere fordeler knyttet

til bruken av flernivåanalyser når en skal undersøke sammenhengen mellom helse og sosial kapital. For det første vil det kunne påvise hvorvidt sosial kapital eller sosial samhörighet («social cohesion») har en uavhengig kontekstuell effekt på individuell helse, dvs at den kommer i tillegg til eller på tross av individuelle egenskaper. For det andre kan en teste for om det er sammenhenger mellom den sosiale kapitalen i et lokalsamfunn og hva slags sosioøkonomisk bakgrunn innbyggerne har. Er for eksempel effekten av den sosiale kapitalen i kommunen/ nabolaget viktigere for de med lav utdanning? Vi skal i slutten av dette notatet vise konkret hvordan en slik flernivåanalyse kan gjennomføres og hva slags sammenhenger en kan påvise eller avvise, men først skal vi se på tidligere forskning og hva slags sammenhenger som blir påvist.

Gjennomgangen av tidligere forskning er basert på to oppsummerende forskningsartikler («review»-artikler) som har fokusert eksplisitt på flernivåstudier: «Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review» (Islam m.fl. 2006) og «Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies» (Murayama m.fl. 2012). I tillegg tar vi med noen egne oppsummeringer av nyere artikler. Vi starter med å se på de studiene som ser på selvrapportert helse.

Selvrapportert helse og forhold ved konteksten

I sin oppsummering av flernivåstudier fra USA og Canada, finner Islam og kolleger (2006) at de fleste studier finner sterke sammenhenger mellom høye nivåer av sosial kapital på kontekstnivå og individuell helse. Hva som menes med kontekstnivå varierer fra undersøkelse til undersøkelse. Dette kan for eksempel være nærmiljøet, bydeler, kommuner, regioner og land. De fleste studier bruker såkalte *aggregerte mål* (eksempelvis gjennomsnittsverdier for kommuner, nabolag osv) på faktorer som tillit, deltakelse, mellommenneskelig tillit og sosial tilhørighet for å nevne noen. Videre er det stort sett selvrapportert helse som er benyttet som avhengig variabel (det som skal forklares).

I en studie fra Storbritannia bruker Snelgrove med flere (2009) paneldata (*British Household Panel Data*) for å undersøke sammenhengen mellom sosial kapital og helse. Det er særlig tillits-delen av sosial kapital som finner støtte. De finner at folk som bor i områder med høy grad av sosial tillitt har mindre sannsynlighet for å rapportere om dårlig helse. Ved å bo i slike områder reduserer en oddsen for å rapportere dårlig helse med omtrent 20 prosent sammenliknet med de som bor i lavtillits-områder. Eller som Snelgrove og kolleger skriver: «...living in a low trust area increases one's odds of poor self-rated health by about the same magnitude as a 10-year increase in age.» (Snelgrove m.fl., 2009:1996). De finner derimot ingen effekt av organisasjonsdeltakelse («civic participation»), noe de delvis ser ut til å forklare ut i fra måleproblematikk. Med det menes at det kan være ulike

former for organisasjonsdeltakelse, eller ulike organisasjonstyper, som gir ulike effekter. Noen former for frivillighet kan virke utmattende eller ha uheldige sosiale sider.

I en finsk studie ser Oksanen m.fl. (2008) på selvrapportert helse blant ansatte i offentlig sektor. De skiller mellom individuell sosial kapital og sosial kapital på arbeidsplassen. Begge nivåene handler som tilhørighet og gjensidig tillit. Her benytter en seg av panelstudier hvor en startet med i overkant av 9500 ansatte på 1500 arbeidsplasser og fulgte disse over to måletidspunkt (første undersøkelse gjennomført i 2000 og andre undersøkelse i 2004). Resultatene peker på at det særlig er individuelle forhold som henger sammen med helse. Har en konstant lav og synkende (individuell) sosial kapital forverres helsen over tid. Å arbeide på en plass hvor det er konstant lav sosial kapital henger derimot i mindre grad sammen med egenrapportert helse.

I en nyere studie har Nyqvist, Nygård og Steenbeek (2014) sett på variasjoner i egenrapportert helse blant eldre i fire regioner i Sverige og Finland. Her benyttet de medlemskap i organisasjoner og mellommenneskelig tillit som mål på sosial kapital. Det ble benyttet mål på sosial kapital på både individ- og kommunenivå. Det meste av variasjonen knyttet til egenrapportert helse tilskrives individuelle forhold. Forfatterne konkluderer med at høy grad av individers egen deltakelse og tillit hadde en positiv og signifikant sammenheng med helse. De som deltar mer og har høyere tillit rapporterer høyere grad av god helse. Når det gjelder kommunenivået, finner Nyqvist og kolleger at det faktisk er en negativ sammenheng mellom aggregert tillit og egenrapportert helse. Det leder forskerne til å diskutere hvorvidt dette handler om en «mørkere side» ved sosial kapital, som reflekteres ved at de eldre kan føle seg ekskludert i områder med høy sosial kapital. Som de skriver: «...older people living in municipalities with high levels of trust may feel excluded if they do not comply with the norms and values shared by other people» (Nyqvist m.fl., 2013:345). Det er likevel viktig å understreke at dette er snakk om ikke-signifikante funn, og forfatterne stiller også spørsmål ved om det å aggregere opp individuelle deltakelses- og tillitsmønster er den beste måten å måle kontekstuell sosial kapital (for eksempel gjennomsnittlig deltakelsesnivå i en kommune).

Andre helsemål

Det finnes også en god del studier som har benyttet andre helsemål enn egenrapportert helse. For eksempel viser Islam m.fl. (2006) til Sampson, Raudenbush og Earls (1997) sin studie av kriminalitet i nabolagsområder i Chicago. De finner at det i områder med høy grad av tillit og en tilhørighet som legger til rette for å gripe inn («willingness to intervene on behalf of the common good»), er mindre voldskriminalitet og drap.

Når det gjelder sammenhengen mellom generell dødelighet («all-cause mortality») og kontekstuell sosial kapital, er det som Murayama m.fl.(2012)

skriver både positive og negative funn. De viser blant annet til en svensk studie av Islam m.fl. (2008), som finner at sosial kapital på kommunenivået har en beskyttende effekt («protective effect») blant menn– og særlig blant eldre menn. Her ble valgdeltakelse og kriminalitetsrater benyttet som mål på sosial kapital. En studie fra New Zealand viser på sin side at det ikke var noen sammenheng mellom dødelighet og sosial kapital i nabolaget (Blakely et al., 2006). Her ble andelen frivillige i nabolaget brukt som operasjonalisering av sosial kapital på kontekstnivå.

Livskvalitet og mental helse er temaet fra en nylig publisert studie fra det EU-finansierte prosjektet *Third Sector Impact* (se www.thirdsectorimpact.eu). Her påpekes hvordan ulike effekter for arbeidsledige kan henge sammen med velferdsstatens generøsitet. I studien sammenlignes betydningen av deltagelse i frivillig arbeid blant arbeidsledige i 29 europeiske land. Funnene tyder på at positive livskvalitetseffekter kun er synlige i land som har generøse ordninger overfor arbeidsledige. I land med dårligere ordninger, finner forskerne en *negativ* sammenheng mellom deltagelse i frivillig arbeid og mental helse blant arbeidsledige (Kamerade og Bennett, 2015).

Oppsummert kan vi si at de fleste studiene finner at sosial kapital, i ulike varianter, henger sammen med helse. Når det gjelder betydningen av konteksten er bildet mer sammensatt. Ett funn som ser ut til å gå igjen i alle studiene er at individrelatert sosial kapital (som f.eks. organisasjonsdeltakelse og tillit) har positive sammenhenger med helse. Den aggregerte effekten av sosial kapital, som vi finner på kontekstnivået, ser derimot ikke ut til å gjøre seg gjeldene i like stor grad i skandinaviske land. Dette skal vi komme nærmere inn på når vi ser på forventninger knyttet til hva vi kan forvente å finne i Norge.

Hva kan vi forvente i Norge?

Flere forskningsfunn har pekt på hvordan effekten av frivillig deltagelse ofte kan modereres eller forsvinne når en sammenlikner ulike kulturer og velferdsregimer. Islam og kolleger (2006) finner blant annet at sosial kapital (på kontekstnivå) spiller en mindre rolle i mer egalitære samfunn: «[...]area characteristics such as social capital appear to play a comparatively greater role in less egalitarian societies» (Ibid:24). Kamerade og Bennet (2015) påpeker på sin side at frivillig arbeid blant arbeidsløse har en positiv sammenheng for den mentale helsen, men kun i land som har generøse ordninger med arbeidsledighetstrygd. I land med mindre generøse ordninger kan faktisk for mye frivillig arbeid virke negativt inn på individers mentale helse.

Når det gjelder selve deltakelsen i organisasjonslivet har tidligere forskning ved Senter for forskning på frivillighet og sivilsamfunn pekt på at sammenhengen mellom kommunetilhørighet og aktivt medlemskap er nokså

fraværende (Folkestad og Mjelde, 2016). Det spiller med andre ord liten rolle hvor i landet du bor når det gjelder variasjoner i aktivt medlemskap.⁶

I sum skulle disse eksemplene tyde på at en mest sannsynlig vil finne positive sammenhenger når det gjelder den individuelle frivillige deltakelsen og helse. Når det gjelder kontekstuelle forhold (som kjennetegn ved kommuner/ nærmiljø) er det derimot mindre grunn til å tro at det er noen vesentlige forskjeller.

Før vi oppsummerer dette notatet, skal vi i det følgende vise empirisk hvordan egenopplevd helse, her forstått som tilfredshet med tilværelsen, kan henge sammen frivillig deltakelse og kjennetegn ved kommunen en bor i.

Et empirisk eksempel hentet fra DIFIs innbyggerundersøkelse.

Vi kan følge opp disse forventningene om at konteksten i en norsk sammenheng sannsynligvis ikke vil spille en stor rolle når det gjelder egenrapportert helse. Vi tar her utgangspunkt i DIFIs innbyggerundersøkelse som ble gjennomført i 2015 (DIFI, 2015). Dette datamaterialet er egnet til å undersøke effekten av kontekst av flere grunner. For det første er det en meget omfattende spørreundersøkelse med mange respondenter. Undersøkelsen er gjennomført tre ganger siden 2010, og i 2015 besvarte totalt 11 567 respondenter spørreskjemaet. For det andre har undersøkelsen informasjon om kommunetilhørighet noe som gjør at vi kan koble på kommunedata opp mot respondentene sine svar. For det tredje har undersøkelsen en rekke spørsmål som er relevante for vårt formål. Selv om det er en undersøkelse som primært ser på innbyggernes erfaringer med og oppfatninger av offentlig tjenestetilbud, har undersøkelsen også spørsmål om organisasjonsdeltakelse, tillit og egenopplevd helse. Her skal vi bruke følgende spørsmål som avhengig variabel (det som vi skal forklare):

Hvor fornøyd eller misfornøyd er du alt i alt med din tilværelse?

Svaralternativene gikk fra -3 («Svært misfornøyd») til +3 («Svært fornøyd»). For å måle sosial kapital på individnivå har vi med spørsmål om en er aktiv medlem av minst en organisasjonstype eller ikke, samt spørsmål knyttet til tillit til lokal- og stortingspolitikere.⁷ På kommunenivå har vi aggregert organisasjonsdeltakelsen basert på svaret om aktivt medlemskap på individnivå. I tillegg har vi koblet på data fra frivillighetsregisteret til

-
6. Selv om kommuneadressen har mindre betydning, har kommunetilhørighet i form av botid en positiv sammenheng. Jo lenger du har bodd i en kommune, jo større sannsynlighet er det for at en er aktiv medlem i en organisasjon (Arnesen m.fl. 2012).
 7. For spørsmål om aktivt medlemskap benyttet vi spørsmålet: «Er du aktiv medlem av i noen av de følgende typene av foreninger/ organisasjoner?» totalt 8 organisasjonstyper ble spurt om. For spørsmål om tillit benyttet vi spørsmålene: «Hvor stor eller liten tillit har du til at politikere på Stortinget/ lokalpolitikere arbeider for innbyggernes beste?»

Brønnøysundregisteret. Her har vi data om antall registrerte frivillige organisasjoner i kommunen per innbygger.

I tillegg til sosial kapital-variabler på individ- og kommunenivå, inkluderer vi bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, sivilstand, utdanning og husholdningsinntekt. Vi viser først en oversikt over variablene før vi ser nærmere på resultatet av analysen:

Tabell 1. Oversikt over variabler.

		N	Gjennom snitt	Standard avvik	Min	Max
Avhengig variabel	Fornøyd med egen tilværelse (1=svært misfornøyd, 7 = svært fornøyd)	11115	5.91	1.13	1	7
Bakgrunns-variabler	Alder	11567	50.23	19.42	18	98
	Kjønn (1=kvinne)	11567	0.51	0.50	0	1
	Utdanning (1=høyere utdanning)	11330	0.42	0.49	0	1
	Sivil status (1=singel)	11355	0.31	0.46	0	1
	Husholdningsinntekt	9718	5.22	2.19	1	8
Sosial kapital (individ)	Aktiv medlem (1=aktiv medlem)	11567	0.61	0.49	0	1
	Tillit til lokalpolitikere (1= svært liten tillit, 7 = svært stor tillit)	9811	4.36	1.66	1	7
	Tillit til stortingspolitikere (1= svært liten tillit, 7 = svært stor tillit)	10503	4.36	1.57	1	7
Sosial kapital (kommune)	Aktive medlemmer i kommunen	11567	0.61	0.09	0	1
	Antall organisasjoner per innbygger	11567	0.01	0.006	0.003	0.022

Kilde: DIFIs innbyggerundersøkelse 2015

I Tabell 2 viser vi resultatet fra analysen. Den første modellen (en såkalt «tom» modell) ser utelukkende på kommunetilhørighet, og hvor mye det kan forklare variasjoner i tilfredshet med tilværelsen. Resultatet viste at kommunetilhørighet alene har en signifikant forklaringskraft, men at det er snakk om ganske små forskjeller. Under en halv prosent av variasjonene i synet på sin egen tilværelse kan tilskrives kommunetilhørighet alene. Sagt på en annen måte: 99,6 prosent av variasjonen knyttet til syn på egen tilværelse kan tilskrives individuelle forhold.

Den neste kolonnen i tabellen tar så inn de ulike forklaringsvariablene. Ser vi først på bakgrunnsvariablene, viser tabellen at det er større sannsynlighet for å være mer fornøyd med sin egen tilværelse dersom en er:

- Eldre
- Kvinne
- Gift/ samboer
- Har en høyere husholdningsinntekt

For sosial kapital- variablene som er målt på individ nivå ser vi at de som er aktive medlemmer i minst én organisasjon i større grad er tilfreds med sin egen tilværelse. I tillegg er de som har høy tillit til lokal- og stortingspolitikere også mer fornøyde med sin egen tilværelse.

Når det gjelder kontekstvariablene, så ser vi at den aggregerte deltakelsesvariablen (det gjennomsnittlige deltakelsesnivået i kommunen) ikke er signifikant. Hvor mange som deltar aktivt i kommunen ser altså ikke ut til å henge sammen med ens egen tilfredshet med tilværelsen. Det gjør derimot organisasjonstilbudet: Jo flere organisasjoner det er per innbygger i kommunen, desto større sannsynlighet er det for at en er fornøyd med ens egen tilværelse.

Tabell 2. Hva avgjør tilfredshet med egen tilværelse? Resultater fra regresjonsbasert flernivå-analyse. Ustandardiserte koeffisienter.

	Tom modell- kun effekt av kommune	Modell med forklaringsvariabler
Alder		0.01***
Kjønn (1=kvinne)		0.14***
Utdanning (1=høyere utdanning)		-0.03
Sivil status (1=singel)		-0.18***
Husholdningsinntekt		0.08***
Aktiv medlem (1=aktiv medlem)		0.10***
Tillit til lokalpolitikere		0.10***
Tillit til stortingspolitikere		0.13***
Aktive medlemmer i kommunen		0.01
Antall organisasjoner per innbygger		11.31**
Konstant	5.92***	3.97***
ICC	0,44	0,00
Antall individer	11 115	8 151
Antall kommuner	422	412

Kilde: DIFIs innbyggerundersøkelse 2015.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1, ICC=Intraklassekorrelasjonskoeffisienten

Samlet sett bekrefter disse resultatene langt på vei mye av det vi kjenner fra tidligere forskning: Egenrapportert helse (her forstått som tilfredshet med egen tilværelse) henger stort sett sammen med individuelle kjennetegn. Variasjoner knyttet til egen tilfredshet er altså primært betinget av hvem en er, og ikke hvor en bor. Dersom en er en gift/samboende eldre kvinne med høy husholdningsinntekt, er det større sannsynlighet for at en er tilfreds med egen

tilværelse enn dersom en er en ung singel mann med lav husholdningsinntekt. Det er likevel grunn til å reflektere litt over resultatene. Samtidig som de mer grunnleggende bakgrunnsvariablene (kjønn, alder osv.) spiller en stor rolle, er det også slik at aktivt organisasjonsmedlemskap og tillit til politikerne henger sammen med egenrapportert helse. Disse sosialkapital – variablene (aktivt medlemskap og tillit), er forhold som ikke bare sier noe om hvem en er, men i hvilken grad en relaterer seg til eller samhandler med andre i nærmiljøet. Dette kan igjen tenkes å påvirke tilliten en har til andre – som igjen henger sammen med tilfredshet med egen tilværelse. Det er med andre ord et noe sammensatt bilde som avtegner seg i og med at tillit og organisasjonsdeltakelse ikke utelukkende kan sees som individuelle egenskaper. Tilliten skapes gjennom sosialisering og samhandling, og organisasjonsdeltakelse må finne sted i en organisasjonskontekst. Dette reflekteres i funnet knyttet til at individer som bor i kommuner med flere organisasjoner per innbygger i større grad er tilfreds med sin egen tilværelse.

Med disse analysene har hensikten først og fremst vært å illustrere hvordan man kan analysere sammenhengen mellom helse og sosial kapital (på individuelt og kommunalt nivå). Modellen er likevel ikke noen «endelig» modell hvor vi kan slå fast hva slags sammenhenger som finnes mellom helse og sosial kapital. Resultatene fra tabellen er i tråd med tidligere funn, men dette er altså først og fremst noen første spadestik i et empirisk materiale som vi skal analysere videre ved Senter for forskning på frivillighet og sivilsamfunn i 2017⁸.

8. Les mer om prosjektet Sivilsamfunnsdeltakelse og folkehelse på <http://www.sivilsamfunn.no/Prosjekter/Sivilsamfunnsdeltakelse-og-folkehelse>

Avslutning

I dette notatet har vi gått gjennom nyere forskningslitteratur om sammenhengen mellom organisasjonsliv, helse og livskvalitet. Først så vi på sammenhengen mellom individuell deltakelse, helse og livskvalitet. Deretter så vi på litteratur som tar for seg den kontekstuelle sammenhengen mellom organisasjonsliv, sosial kapital, helse og livskvalitet. Til slutt presenterte vi noen preliminære analyser av sammenhengen mellom organisasjonsliv og allmennhelse i norske kommuner.

Når det gjelder sammenhengen mellom deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet, viste gjennomgangen for det første et relativt entydig bilde av at frivillige som regel har bedre helse og livskvalitet enn ikke-frivillige. Det er imidlertid uklart om denne sammenhengen først og fremst skyldes deltakelsen i seg selv, eller om sammenhengene hovedsakelig skyldes at frivillige organisasjoner tiltrekker seg personer som i utgangspunktet har god helse og livskvalitet. Begge sammenhenger er sannsynligvis korrekte, men i ulik grad for ulike grupper.

Dette leder oss over til den andre konklusjonen, nemlig at direkte helsegevinster av deltagelse i frivillig arbeid først og fremst er synlig i særskilte grupper. Mange studier har vist at personer som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet – for eksempel eldre, uføre og arbeidsløse – kan ha særlig nytte av deltagelse i frivillig arbeid. Den viktigste forklaringen på dette er at frivillig arbeid kan fungere som et substitutt for betalt arbeid når det gjelder å skape og opprettholde sosiale relasjoner. Fravær av sosiale relasjoner kan føre til ensomhet og depresjoner, og det kan gjøre en mindre robust i møte med fysisk sykdom.

Når det gjelder den kontekstuelle sammenhengen mellom organisasjonsliv, helse og livskvalitet peker tidligere forskning, da særlig fra Skandinavia, at det er relativt små eller fraværende sammenhenger. Dette blir også bekreftet av de analysene som vi her har gjort basert på DIFIs innbyggerundersøkelse 2015.

Oppsummert har vi altså sett at internasjonal forskning har vist at det synes å være en sammenheng mellom frivillighet, helse og livskvalitet. Hva slags årsaksmekanismer som ligger bak disse sammenhengene, synes imidlertid å

være mer uklart. Blir man friskere av å delta eller deltar man fordi man er frisk? Flertallet av studiene vår kunnskap bygger på er gjennomført i USA, som har et ganske annerledes organisasjonsliv enn det Norge har. Mens det amerikanske sivilsamfunnet har et sterkt innslag av organisasjoner knyttet til religion og velferd, er det norske sivilsamfunnet preget av idretts-, hobby- og fritidsorganisasjoner (Salamon og Anheier, 1998; Wollebæk og Selle, 2008). Det er forholdsvis få norske studier som ser på sammenhengen mellom helse og frivillig deltakelse, og ingen av disse er så vidt vi kjenner inkludert i internasjonale oppsummerende studier. Når det gjelder kontekstuelle effekter av sosial kapital, er det forholdsvis få påviste sammenhenger i nordiske land. Det er derfor behov for økt forskningsinnsats på disse områdene:

- Årsakssammenhenger mellom frivillighet og folkehelse på individnivå i norsk sammenheng. Dette innebærer å studere paneldata hvor man spør de samme respondentene over tid om deres helse og organisasjonsaktivitet.
- Betydningen av organisasjonsdeltakelse for særlig utsatte grupper, som eldre, uføre og nyankomne innvandrere og flyktninger.
- Mulige effekter av kontekstuell sosial kapital, herunder organisasjonsdeltakelse og tillit.

Dette notatet danner grunnlaget for en mer omfattende empirisk basert rapport, som lanseres høsten 2017. I den rapporten vil vi analysere ulike datakilder med formål om å komme nærmere en beskrivelse av sammenhengen mellom organisasjonsliv, helse og livskvalitet i Norge. Studien vil særlig baseres på data samlet inn de senere årene som del av Norsk Medborgerpanel. Der har vi hatt anledning til å følge de samme personene over tid, og vi har i perioden 2014-2016 inkludert flere helserelevante spørsmål – i tillegg til spørsmål om deltakelse i frivillig arbeid. Disse dataene vil suppleres med data fra DIFIs Innbyggerundersøkelse og eventuelt andre datakilder (som f.eks. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag).

Litteratur

- Anderson, N. D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L. M., Dawson, D. R., Binns, M. A., Bernstein, S., Caspi, E. og Cook, S. L. (2014). The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1505-1533. doi:10.1037/a0037610
- Arnesen, S., Folkestad, B. og Christensen, D. A. (2012). Sosial forankring og aktivt medlemskap i frivillige organisasjoner. I: B. Enjolras, K. Steen-Johnsen, & G. Ødegård (red.), *Deltakelse i frivillige organisasjoner: forutsetninger og effekter*. Rapport 4/2012. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Baines, S. og Hardill, I. (2008). 'At Least I Can Do Something': The Work of Volunteering in a Community Beset by Worklessness. *Social Policy and Society*, 7(03), 307-317. doi:10.1017/S1474746408004284
- Blakely, T., Atkinson, J., Ivory, V., Collings, S., Wilton, J., og Howden-Chapman, P. (2006). "No association of neighbourhood volunteerism with mortality in New Zealand: a national multilevel cohort study". *International journal of epidemiology*, 35(4), 981-989.
- Christensen, D. A., og Midtbø, T. (2011). *Tilfredshet med kommunale velferdstjenester: Har velferdstjenestene noe å si?* Notat 2/2011. Bergen: Uni Rokkansenteret.
- Clark, C. (1987). Sympathy Biography and Sympathy Margin. *American Journal of Sociology*, 93(2), 290-321.
- de Leon, C. M., Glass, T. A., og Berkman, L. F. (2003). Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults: The New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology*, 157(7), 633-642. doi:10.1093/aje/kwg028
- Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT) (2015). *Innbyggerundersøkelsen 2015 Hva mener innbyggerne?* Hentet fra:

<https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2015>

- Durkheim, É. (2001). *Selv mordet : en sosiologisk undersøkelse* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Enjolras, B. (2015). The impact of volunteering on volunteers in 23 European countries. *Third Sector Impact, TSI Working Paper no. 04/2015*.
- Finseraas, H. (2013). *Helse og deltakelse i frivillige organisasjoner*. Notat. Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Fisher, R. J. (1993). Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303-315. doi:10.1086/209351
- Folkestad, B., og Mjelde, H. L. (2016). *Variierer aktivt organisasjonsmedlemskap etter kommunale kjennetegn?* Rapport 1/2016. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Glass, T. A., de Leon, C. M., Marottoli, R. A., og Berkman, L. F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*, 319(7208), 478-483. doi:10.1136/bmj.319.7208.478
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2004). Formal Volunteering as a Protective Factor for Older Adults' Psychological Well-Being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(5), 258-S264. doi:10.1093/geronb/59.5
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- House, J. S., Landis, K. R., og Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Islam, M. K., Gerdtham, U.-G., Gullberg, B., Lindström, M., og Merlo, J. (2008). Social capital externalities and mortality in Sweden. *Economics & Human Biology*, 6(1), 19-42. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ehb.2007.09.004
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., og Gerdtham, U.-G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(1), 1-28. doi:10.1186/1475-9276-5-3

- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., Bambra, C. L., Lang, I. Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, 13(1), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-13-773
- Kamerade, D. (2015). Third sector impacts on human resources and community: a critical review. *Third Sector Impact, TSI Working Paper no 03/2015*.
- Kamerade, D., og Bennett, M. (2015). Unemployment, Volunteering, Subjective Well-Being and Mental Health. *Third Sector Impact, TSI Working Paper no. 08/2015*.
- Kawachi, I. og Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital and health. I: L. F. Berkman og I. Kawachi (red.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V. og Kim, D. (2008). *Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A. og Tang, F. (2003). Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), 137-145. doi:10.1093/geronb/58.3.S137
- Moses, J. W. og Knutsen, T. L. (2007). *Ways of knowing: competing methodologies in social and political research*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Murayama, H., Fujiwara, Y. og Kawachi, I. (2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology*, 22(3), 179-187.
- Musick, M. A., Herzog, A. R. og House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: findings from a national sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54(3), S173-180.
- Musick, M. A., og Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, 56(2), 259-269.
- Musick, M. A. og Wilson, J. (2008). *Volunteers: A social profile*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Nakano, L. Y. (2000). Volunteering as a Lifestyle Choice: Negotiating Self-Identities in Japan. *Ethnology*, 39(2), 93-107. doi:10.2307/3773837

- Nyqvist, F., Nygård, M., og Steenbeek, W. (2014). Social capital and self-rated health amongst older people in Western Finland and Northern Sweden: A multi-level analysis. *International journal of behavioral medicine*, 21(2), 337-347.
- Oksanen, T., Kouvonen, A., Kivimäki, M., Pentti, J., Virtanen, M., Linna, A., og Vahtera, J. (2008). Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Social Science & Medicine*, 66(3), 637-649. doi:10.1016/j.socscimed.2007.10.013
- Omoto, A. M., Snyder, M., og Martino, S. C. (2000). Volunteerism and the Life Course: Investigating Age-Related Agendas for Action. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 181-197. doi:10.1207/S15324834BASP2203_6
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., og Nanetti, R. Y. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rietschlin, J. (1998). Voluntary Association Membership and Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 348-355. doi:10.2307/2676343
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Ritzer, G. (2000). *Sociological theory*. New York: McGraw-Hill.
- Salamon, L. M., og Anheier, H. K. (1998). Social Origins of Civil Society: Explaining the Nonprofit Sector Cross-Nationally. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 9(3), 213-248. doi:10.1023/a:1022058200985
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., og Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924.
- Snelgrove, J. W., Pikhart, H., og Stafford, M. (2009). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British Household Panel Survey. *Social Science & Medicine*, 68(11), 1993-2001. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.011
- Stukas, A. A., Snyder, M., og Clary, E. G. (1999). The Effects of "Mandatory Volunteerism" on Intentions to Volunteer. *Psychological Science*, 10(1), 59-64. doi:10.1111/1467-9280.00107

- Sundeen, R. A., Raskoff, S. A., og Garcia, M. C. (2007). Differences in perceived barriers to volunteering to formal organizations: Lack of time versus lack of interest. *Nonprofit Management and Leadership*, 17(3), 279-300. doi:10.1002/nml.150
- Thoits, P. A. (1986). Multiple Identities: Examining Gender and Marital Status Differences in Distress. *American Sociological Review*, 51(2), 259-272. doi:10.2307/2095520
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *J Health Soc Behav*, 42(2), 115-131.
- Van Willigen, M. (2000). Differential Benefits of Volunteering Across the Life Course. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), 308-S318. doi:10.1093/geronb/55.5.S308
- Wheeler, J. A., Gorey, K. M., og Greenblatt, B. (1998). The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a meta-analysis. *International Journal of Aging & Human Development*, 47(1), 69-79.
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 215-240. doi:10.1146/annurev.soc.26.1.215
- Wollebæk, D., og Arnesen, S. (2012). Konsekvenser av organisasjonsaktivitet for yrkesdeltakelse. I: B. Enjolras, K. Steen-Johnsen, & G. Ødegård (red.), *Deltagelse i frivillige organisasjoner. Forutsetninger og effekter*. Rapport 4/2012. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Wollebæk, D., og Seegaard, S. B. (red.). (2011). *Sosial kapital i Norge: Cappelen Damm Akademisk*.
- Wollebæk, D., og Selle, P. (2008). A social democratic model of civil society? I: B. Jobert og B. Kohler-Koch (red.), *Changing Images of Civil Society: From Protest to Governance*. London: Routledge.
- Wollebæk, D., Sætrang, S., og Fladmoe, A. (2015). *Betingelser for frivillig innsats. Motivasjon og kontekst*. Rapport 1/2015. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Wuthnow, R. (1993). *Acts of Compassion: Caring for Others and Helping Ourselves*. Princeton: Princeton University Press.
- Young, F. W., og Glasgow, N. (1998). Voluntary Social Participation and Health. *Research on Aging*, 20(3), 339-362. doi:10.1177/0164027598203004