

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



Helse og deltakelse i frivillige organisasjoner

Henning Finseraas

Senter for forskning på sivilsamfunn
og frivillig sektor

Oslo/Bergen 2013

Sammendrag

I denne artikkelen studeres sammenhengen mellom helse og deltakelse i frivillig arbeid for foreninger og organisasjoner. Ved hjelp av et stort datamateriale fra Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) finner jeg at det er en klar sammenheng mellom subjektiv helse og frivillighet, men en mindre klar sammenheng mellom objektive helseplager og frivillighet. Videre identifiseres en viss geografisk variasjon i sammenhengen mellom helse og frivillighet. Analysene indikerer at helseforskjellene er større i kommuner med få innbyggere, noe som ser ut til å skyldes at de med god helse deltar i mindre grad i folkerike kommuner. Det er viktig å understreke at resultatene kun beskriver sammenhengen mellom helse og frivillighet og ikke sier noe om årsakssammenhengen mellom helse og frivillighet.

Innledning

Dårlig helse kan være en barriere mot å bli inkludert både i arbeidslivet og i andre typer sosiale aktiviteter. I denne artikkelen skal jeg se på sammenhengen mellom helse og tilbøyeligheten til å delta i frivillig arbeid for foreninger og organisasjoner. Det er åpenbart at svært dårlig helse kan gjøre det umulig å bruke tid på annet enn å pleie sin egen helse. For de som har helsesvekkelser som ikke er så alvorlig at egen helse tar all tid kan man tenke seg faktorer som trekker i retning av at de med dårlig helse deltar mindre i frivillighet, men også faktorer som trekker i retning av mer frivillighet. I den grad den dårlige helsen gir en mer ustabil arbeidstilknytning kan dårlig helse redusere omfanget av frivillighet ved at man har et mindre sosialt nettverk. Sosialt nettverk har blitt knyttet til andre former for deltakelse, blant annet politisk deltakelse (Martiniussen 1978, Uslaner 2003) og Arnesen m. fl (2012) viser at botid i en kommune - et proxy for styrken av og antallet sosiale nettverk i nærmiljøet - er korrelert med tilbøyelighet til å delta i frivillige organisasjoner. Mer generelt kan man tenke seg at alle former for fysiske og psykiske ubehag øker den psykologiske kostnaden ved å delta i frivillighet. Man kan imidlertid også tenke seg at dårlig helse som ikke er altopplukende kan legge til rette for mer frivillig deltakelse. Tid er en viktig ressurs og en svakere tilknytning til arbeidslivet frigjør tid til andre aktiviteter, noe som kan øke frivilligheten. Svakere tilknytning til arbeidslivet gjør også at frivillighet har en lavere alternativkostnad, noe som kan øke frivilligheten (Roy and Ziemek 2001).

I tillegg til å studere helseforskjeller i frivillighet skal jeg studere i hvilken grad forskjellen i frivillighet mellom de med god og dårlig helse varierer mellom regioner og kommuner. Tidligere forskning har

antydning at deltakelse i frivillig arbeid ikke varierer i særlig grad mellom ulike bosteder (Arnesen m.fl. 2012). Jeg vil her vise resultater som gir et litt annet inntrykk, men uavhengig av hvorvidt *omfanget* av deltakelse varierer geografisk så kan *sammenhengen* mellom helse og frivillighet variere. I hvilken grad de med svak helse blir integrert i frivillig arbeid og hvilke kontekster dette skjer er et viktig spørsmål siden frivillige organisasjoner gir borgerne demokratisk infrastruktur (Wollebæk og Selle 2007).

Jeg skal se på tre kjennetegn ved kommuner som kan tenkes å påvirke helseforskjellene; kommunens prioritering av kultursektoren, det gjennomsnittlige inntektsnivået i kommunen og kommunens innbyggertall. I hvor stor grad kommunen prioriterer å bruke penger på kultursektoren kan tenkes å påvirke selve omfanget av frivillighet. Økte offentlige ressurser kan bidra til at tilbudet av type foreninger og organisasjoner øker. Day og Devlin (1996) finner at frivilligheten øker når de offentlige utgiftene øker. Det er plausibelt at offentlig satsing på kultur i særlig grad bidrar til å inkludere svake grupper, eksempelvis de med dårlig helse, da sosial integrering ofte er en begrunnelse for offentlige satsinger.

At offentlig satsing på frivillighet vil øke frivilligheten er imidlertid ikke et ukontroversielt utgangspunkt, og det finnes empiriske studier i tråd med teorien om at offentlige midler crowd-out private midler og motivasjon til frivillighet (se Hackl m.fl. 2009 og diskusjonen i Roy and Ziemek 2001). Det er derfor også relevant å studere sammenhengen mellom kommunens omfang av private ressurser, helse og frivillighet. Man kan tenke seg at gjennomsnittlig inntekt i kommunen henger sammen med tilbudet av frivillighet, eksempelvis ved at det gir midler til entreprenører som vil etablere organisasjoner som kan dekke et lokalt behov (Roy and Ziemek 2001). Samtidig vil en høy gjennomsnittsinntekt reflektere at arbeidsmarkedsaktiviteten i kommunen er høy. Det

vil medføre at flere har mindre tid til å utføre frivillig arbeid, noe som kan tenkes å påvirke tilbøyeligheten til å delta for alle i kommunen.

Det tredje kommunekjennetegnet jeg skal se på er folketall i kommunen. Det er vanlig å tenke seg at små kommuner har et tettere samhold som gir mer frivillighet og muligens kan virke integrerende og folketall er en variabel som ofte inkluderes i studier av frivillighet (se for eksempel Arnesen m.fl. 2012 og Wollebæk og Selle 2003). Paradoksalt nok er det plausibelt at helseforskjellene er større i små kommuner: Fordi flere med god helse kan gjøre et aktivt valg i hvorvidt de vil delta i frivillig arbeid, er det rimelig å tro at de med god helse varierer mest på tvers av kommuner i sin tilbøyelighet til å delta i frivillighet.

Formålet med denne artikkelen er å beskrive sammenhenger mellom helse og frivillighet, jeg har ingen intensjoner om å si noe om hvorvidt dårlig helse har en kausal påvirkning på tilbøyeligheten til å delta i frivillig arbeid. Den implisitte antagelsen i resonnementene og analysene som gjøres her er imidlertid at årsakspilen går fra helse til frivillighet. Jeg diskuterer rimeligheten i denne antagelsen mot slutten av artikkelen.

Data og metode

For å belyse sammenhengen mellom helse og frivillig deltakelse, og hvorvidt denne sammenhengen varierer mellom regioner og kommuner, benytter jeg data fra den norske «Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG)». LOGG er i realiteten en paraplyundersøkelse for to studier. Den ene studien er den internasjonale undersøkelsen om generasjon og likestilling, Generations and Gender Survey (GGS), som er en del av FNs forskningsprogram om generasjon og likestilling. Den andre delen er den andre runden av den norske studien av Livsløp, Aldring og Generasjon (NorLAG). Data til LOGG ble samlet inn i 2007/2008 av Statistisk Sentralbyrå. Studien består av et telefonintervju og et postalt spørreskjema. Bruttoutvalget besto av 24 830 personer i alderen 18-79 år. Totalt 14892 personer deltok i studien, noe som gir en svarprosent på 61 prosent. Av disse 14892 besvarte 10794 det postale skjemaet. Data fra intervju og spørreskjema er koblet til et rikt utvalg registerdatainformasjon fra SSB.

Den avhengige variabelen i analysen er spørsmålet «Omtrent hvor ofte gjør du følgende? Frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner». Svaralternativene er «Daglig», «Hver uke, men ikke daglig», «Hver måned, men ikke hver uke», «Noen ganger i året», «Sjeldnere» og «Aldri». Variabelen er kodet slik at en høy score betyr mer deltakelse.

Jeg benytter to helsemål. Det første helsemålet er mål på funksjonell helse og kan tolkes som et mål på objektiv helsetilstand. Spørsmålet lyder «Har du noen langvarig sykdom, kronisk helseproblem eller varig funksjonshemming?» med svaralternativene «ja» og «nei». Det andre spørsmålet måler subjektiv helse og lyder «Vil du si at din helse

nå stort sett er...» med alternativene «utmerket», «meget god», «god», «nokså god» og «dårlig». Variablene er kodet slik at en høy verdi betyr god helse.

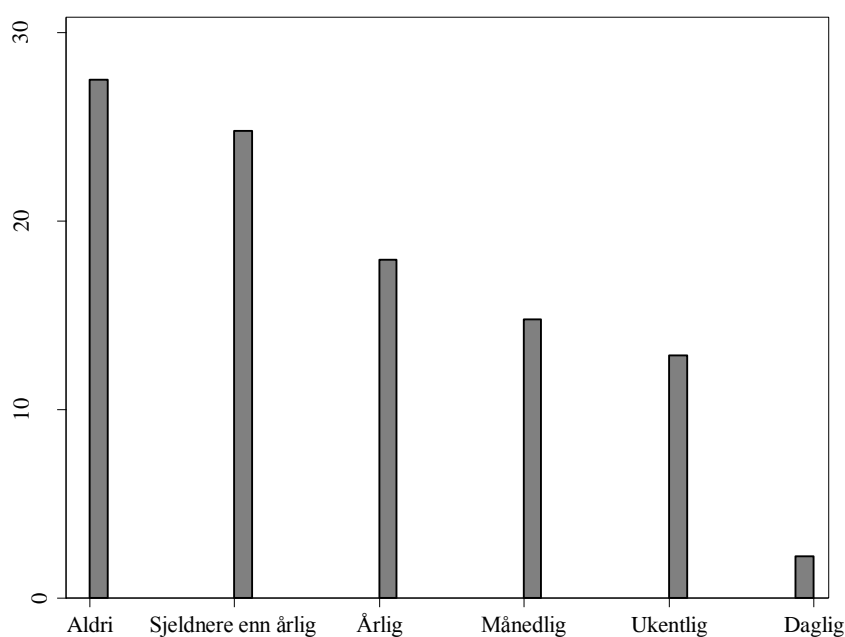
Jeg studerer først den bivariate sammenhengen mellom de to helsemålene og frivillig arbeid. Deretter estimerer jeg sammenhengen når jeg betinger på et sett av bakgrunnsvariabler. Bakgrunnsvariablene jeg betinger på er kjønn (Mann=1, Kvinne=0), alder på intervjuetidspunktet, hvorvidt respondenten er alderspensjonist, hvorvidt respondenten har en partner (gift eller samboer) og utdanning. Dette er variabler som potensielt er korrelert med både helse og tilbøyeligheten til å delta i frivillig arbeid og som er standard i litteraturen (se for eksempel Arnesen m.fl. 2012, Uslaner 2003, Wollebæk og Selle 2003). Deskriptiv statistikk for alle variablene jeg benytter i analysene er presentert i vedlegget til artikkelen.

Alle regresjonsmodellene er estimert ved hjelp av minste kvadraters metode (OLS). Jeg estimerer først modeller hvor jeg ikke tar hensyn til hvilken region respondenten bor i. Fordelen med en slik tilnærming er at modellen er estimert på et stort antall observasjoner og derfor gir presise estimat på sammenhengen mellom helse og deltakelse. Deretter estimerer jeg modellen separat for de sju landsdelene som LOGG deler respondentene inn i for å studere eventuell geografisk variasjon i sammenhengen mellom helse og frivillighet. Tilslutt tar jeg hensyn til hvilken kommune respondenten bor i, og studerer hvordan trekk ved kommunen påvirker tilbøyeligheten til frivillighet og sammenhengen mellom helse og frivillighet.

Analyse

Før jeg går over til resultatene fra regresjonsmodellene kan det være nyttig med enkle beskrivende analyser av dataene. Figur 1 viser hvordan de 10513 personene som svarte på spørsmålet om hvor ofte de gjør frivillig arbeid fordeler seg på de ulike svarkategoriene. 52 prosent av de spurte svarer at de aldri eller sjeldnere enn årlig gjør frivillig arbeid, mens 15 prosent gjør frivillig arbeid daglig eller hver uke.

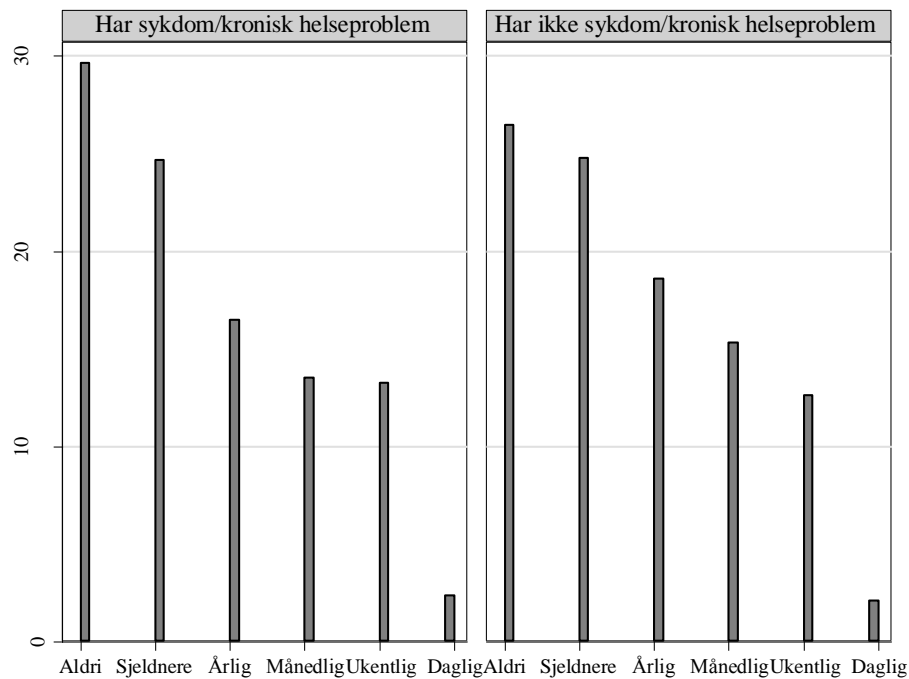
Figur 1: Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner? (N=10513).



På det objektive helsespørsmålet svarer 31 prosent at de har en langvarig sykdom, kronisk helseproblem eller varig funksjonshemming (N=14834). Figur 2 viser hvordan frivillig arbeid fordeler seg blant de

som har god og dårlig helse ut fra dette målet. Selv om fordelingene er noe forskjellig i retning av at de som har god helse deltar i større grad så er ikke fordelingene veldig ulike. Den mest iøynefallende forskjellen er at andelen som aldri deltar ser ut til å være noe større blant de som har langvarig sykdom eller kroniske helseproblemer.

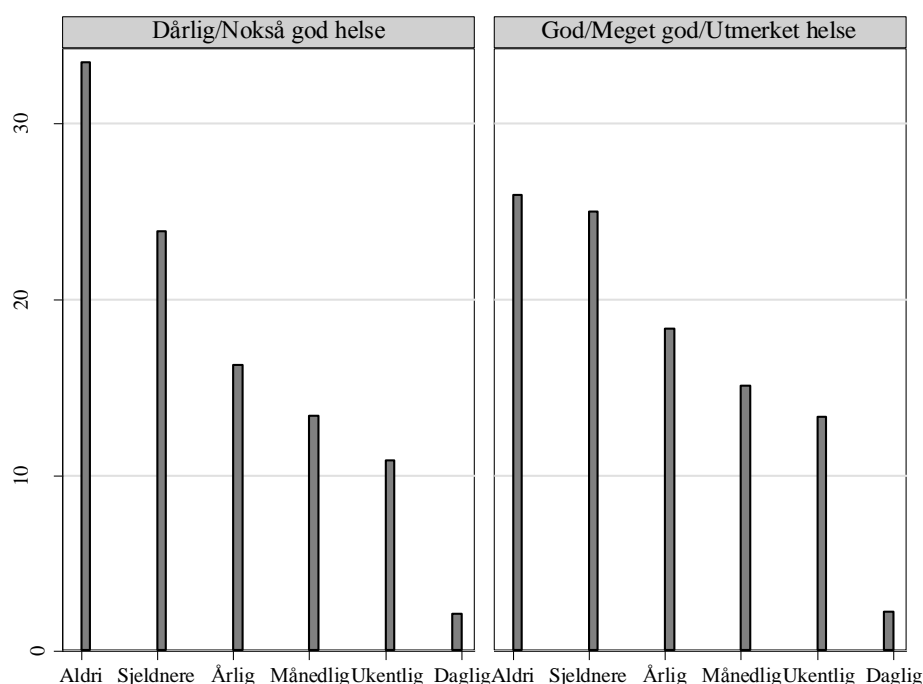
Figur 2: Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner? (N=10513).



Når det gjelder det subjektive helsespørsmålet svarer kun 5 prosent at de har dårlig helse, 16 prosent at de har nokså god helse, mens 24 prosent svarer at helsen er utmerket (N=14828). Dataene indikerer at det er først og fremst de som svarer at de har dårlig/nokså god helse som skiller seg fra resten av respondentene, så i alle analysene klassifiserer jeg disse som å rapportere dårlig subjektiv helse, mens resten klassifiseres med god subjektiv helse. Figur 3 viser fordelingen av frivillighet blant

de som svarer at de har dårlig/nokså god helse og de som svarer at helsen er god/meget god/utmerket. Som vi ser er det en tydeligere tendens til at frivillighet henger sammen med subjektiv helse enn med objektiv helse. Også her er den tydeligste forskjellen er blant de som aldri gjør frivillig arbeid. En betydelig mindre andel i denne svarkategorien gjør frivillig arbeid sammenlignet med de med god helse.

Figur 3: Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner? (N=10513).



Den beskrivende analysen indikerer at det kan være en tendens til at de som har god helse er mer tilbøyelig til å delta i frivillig arbeid. Det ser imidlertid ikke ut til å være en veldig sterk sammenheng og den knytter seg først og fremst til subjektiv helse og til å delta i frivillighet overhodet.

Tabell 1 presenterer de første regresjonsmodellene. I de to første kolonnene presenteres resultater for det objektive helsemålet, mens resultatene for den subjektive helsevariabelen presenteres i kolonnene 3 og 4. Resultatene presenteres henholdsvis med og uten å betinge på bakgrunnsvariabler. Kolonne 1 og 2 viser at frivillighet er svakt korrelert med det objektive helsemålet, og sammenhengen er ikke signifikant når jeg betinger på bakgrunnsvariabler. Derimot er det en signifikant positiv korrelasjon med subjektiv helse, noe som betyr at de med god subjektiv helse er deltakere i større grad i frivillig arbeid. Denne korrelasjonen endrer seg lite når jeg betinger på bakgrunnsvariablene. Med tanke på at gjennomsnittsverdien på frivillig arbeid er 1.68 (kolonne 4) og med et standardavvik på 1.45 (Tabell V1 i vedlegget), er ikke sammenhengen mellom helse og frivillighet veldig sterk. Likevel er forskjellen på størrelse med kjønnsforskjellen og på størrelsen på henholdsvis forskjellen mellom de med grunnskole og videregående utdanning, og de med universitets/høyskoleutdanning og videregående utdanning. Bakgrunnsvariablene sier at menn, de eldre, de med høy utdanning og de med partner deltakere i større grad, noe som er i tråd med teoretiske forventninger (se Uslaner 2003).

De innledende deskriptive figurene 2 og 3 indikerer at begge helsemålene først og fremst påvirker hvorvidt man gjør frivillig arbeid overhodet og ikke i så stor grad hvor mye frivillig arbeid man gjør. Dette er i tråd med tidligere forskning som finner et kvalitativt skille mellom deltakelse og ikke deltakelse, mens passiv og aktiv deltakelse har mindre betydning (Wollebæk og Selle 2007). Det kan derfor være interessant å studere dette mer formelt ved å omkode frivillighetsvariabelen slik at den skiller mellom de som aldri gjør frivillig arbeid og resten.

Tabell 2 viser resultatene fra analysen av den dikotome frivillighetsvariabelen. Vi ser at begge helsemålene er signifikant korrelert med om man overhodet gjør frivillig arbeid. Siden modellen i Tabell 2

er en lineær sannsynlighetsmodell (OLS med dikotom avhengig variabel) kan koeffisientene for helsevariablene tolkes som forskjeller i sannsynligheten for å gjøre frivillig arbeid for de med god helse sammenlignet med de med dårlig helse. De med god objektiv helse er to prosentpoeng mer tilbøyelig til å delta i frivillig arbeid. Forskjellen mellom de med god og dårlig helse er noe større for det subjektive helsemålet, hvor de med god helse er seks prosentpoeng mer tilbøyelig til å delta. Igjen ser vi at forskjellen mellom de med god og dårlig subjektiv helse er på nivå med kjønnsforskjellen i deltakelse.

Tabell 1: Regresjonsmodeller (OLS) med «Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner?» som avhengig variabel

	(1)	(2)	(3)	(4)
Objektiv helse	0.06* (0.031)	0.04 (0.031)		
Subjektiv helse			0.21*** (0.035)	0.18*** (0.036)
Mann		0.21*** (0.028)		0.21*** (0.028)
Alder		0.01*** (0.001)		0.01*** (0.001)
Pensjonist		-0.03 (0.052)		-0.04 (0.052)
Grunnskole (ref: VGS)		-0.25*** (0.039)		-0.24*** (0.039)
Univ./høysk. (ref: VGS)		0.17*** (0.032)		0.15*** (0.032)
Gift/samboer		0.26*** (0.032)		0.26*** (0.032)
Konstant	1.63*** (0.026)	1.35*** (0.040)	1.51*** (0.031)	1.24*** (0.044)
N	10502	10405	10497	10401
Gj.snitt friv.arb.	1.67	1.68	1.67	1.68
Gj.snitt obj. helse	0.69	0.69		
Gj.snitt sub. helse			0.79	0.79

Robuste standardfeil i parenteser

*** p<0.01

** p<0.05

* p<0.1

Tabell 2: Regresjonsmodeller (OLS) med «Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner?» (0=Aldri, 1=Sjeldnere enn årlig/Årlig/Månedlig/Ukentlig/ Daglig) som avhengig variabel

	(1)	(2)
Objektiv helse	0.02** (0.010)	
Subjektiv helse		0.06*** (0.012)
Mann	0.07*** (0.009)	0.07*** (0.009)
Alder	0.00 (0.000)	0.00 (0.000)
Pensjonist	-0.01 (0.016)	-0.01 (0.016)
Grunnskole (ref: VGS)	-0.07*** (0.013)	-0.06*** (0.013)
Univ./høysk. (ref: VGS)	0.03*** (0.009)	0.03*** (0.010)
Gift/samboer	0.08*** (0.010)	0.08*** (0.010)
Konstant	0.63*** (0.013)	0.60*** (0.014)
N	10,405	10,401
Gj.snitt friv.arb.	0.73	0.73
Gj.snitt obj. helse	0.69	
Gj.snitt sub. helse		0.79

Robuste standardfeil i parenteser

*** p<0.01

** p<0.05

* p<0.1

Regionale forskjeller i sammenhengen mellom helse og frivillighet

I hvilken grad varierer sammenhengen mellom helse og frivillighet mellom regioner? En nyttig regionalinndeling er SSBs inndeling i sju landsdeler. Dette er åpenbart en grov inndeling, men sikrer at vi har tilstrekkelig observasjoner for hver region til å estimere relativt presise regionale estimater på sammenhengen mellom helse og frivillighet.

Vi ser først på resultater for deltakelsesvariabelen hvor vi skiller mellom hvor ofte man deltar. Tabell 3 presenterer resultatene for objektiv helse, tabell 4 for subjektiv helse. I alle modellene er bakgrunnsvariablene inkludert, men estimatene av disse er utelatt for å forenkle tabellene. Det første som er verdt å merke seg er at aktivitetsnivået varierer tydelig mellom regionene. Kanskje som forventet er aktiviteten lavere i Oslo-Akershus, mens frivillighet er mest utbredt i Agder og Rogaland og i Trøndelagsfylkene. Andelen med god helse varierer også i et kjent mønster, med bedre helse i Akershus-Oslo enn i Nord-Norge, men forskjellene er mindre enn man kanskje skulle forvente. Sammenhengen mellom objektiv helse og frivillighet er stort sett svak og ikke signifikant i de fleste regioner. Unntaket er Hedmark og Oppland som skiller seg ut med en sterkere sammenheng enn i de andre regionene. Subjektiv helse er mer tydelig korrelert med frivillighet, men variasjonen mellom regionene er beskjeden, igjen med unntak av Hedmark og Oppland.

Tabell 3: Regresjonsmodeller (OLS) med «Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner?» som avhengig variabel

	Akershus og Oslo	Hedmark og Oppland	Østlandet ellers	Agder og Rogaland	Vest- landet	Trønde- lag	Nord- Norge
Objektiv helse	0.13** (0.063)	0.30** (0.116)	-0.11 (0.089)	0.08 (0.078)	-0.07 (0.085)	0.14* (0.079)	-0.06 (0.091)
N	2681	668	1354	1731	1399	1473	1099
Gj.snitt friv.arb.	1.32	1.71	1.71	1.87	1.78	1.89	1.75
Gj.snitt obj. helse	0.70	0.68	0.67	0.69	0.69	0.68	0.67

Robuste standardfeil i parenteser

Alle modeller inneholder de samme kontrollvariablene som i Tabell 1.

*** p<0.01

** p<0.05

* p<0.1

Tabell 4: Regresjonsmodeller (OLS) med «Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner?» som avhengig variabel

	Akershus og Oslo	Hedmark og Oppland	Østlandet ellers	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Norge
Subjektiv helse	0.18** (0.075)	0.36*** (0.128)	0.09 (0.105)	0.16* (0.089)	0.20** (0.099)	0.21** (0.090)	0.23** (0.099)
N	2682	668	1351	1729	1397	1474	1100
Gj.snitt friv.arb.	1.33	1.71	1.71	1.87	1.78	1.89	1.75
Gj.snitt obj. helse	0.82	0.78	0.79	0.78	0.79	0.79	0.76

Robuste standardfeil i parenteser

Alle modeller inneholder de samme kontrollvariablene som i Tabell 1.

*** p<0.01

** p<0.05

* p<0.1

Tabell 5 og 6 presenterer tilsvarende modeller som i Tabell 3 og 4 for den dikotomiserte frivillighetsvariablen med de som aldri deltar (=0) mot resten (=1). Disse resultatene endrer ikke inntrykket fra Tabell 3 og 4, men to ting er verdt å merke seg. For det første så er den generelle sammenhengen mellom objektiv helse og det å delta som jeg fant i Tabell 2 i all hovedsak drevet av respondentene fra Hedmark-Oppland og Agder-Rogaland. I resten av landet er sammenhengen veldig svak. For det andre så skiller Hedmark-Oppland seg ut med en sterkere sammenheng mellom subjektiv helse og frivillighet (som vi så i Tabell 4) først og fremst fordi helse er sterkere knyttet til omfanget av frivillighet i Hedmark-Oppland, og ikke fordi regionen skiller seg ut med en veldig forskjellig sammenheng mellom subjektiv helse og det delta i frivillig arbeid overhodet (Tabell 6).

Tabell 5: Regresjonsmodeller (OLS) med «Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner?» som avhengig variabel.

	Akershus og Oslo	Hedmark og Oppland	Østlandet ellers	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Norge
Objektiv helse	0.03	0.09**	-0.03	0.07***	-0.01	0.02	0.01
	(0.021)	(0.038)	(0.026)	(0.023)	(0.024)	(0.023)	(0.026)
N	2681	668	1354	1731	1399	1473	1099
Gj.snitt friv.arb.	0.60	0.76	0.71	0.78	0.76	0.81	0.79
Gj.snitt obj. helse	0.70	0.68	0.67	0.69	0.69	0.68	0.67

Robuste standardfeil i parenteser

Alle modeller inneholder de samme kontrollvariablene som i Tabell 1.

*** p<0.01

** p<0.05

* p<0.1

Tabell 6: Regresjonsmodeller (OLS) med «Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner?» som avhengig variabel.

	Akershus og Oslo	Hedmark og Oppland	Østlandet ellers	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Norge
Subjektiv helse	0.08***	0.09**	0.03	0.07***	0.04	0.05*	0.10***
	(0.026)	(0.044)	(0.032)	(0.026)	(0.030)	(0.028)	(0.033)
N	2682	668	1351	1729	1397	1474	1100
Gj.snitt friv.arb.	0.60	0.76	0.71	0.78	0.76	0.81	0.79
Gj.snitt obj. helse	0.82	0.78	0.79	0.78	0.79	0.79	0.76

Robuste standardfeil i parenteser

Alle modeller inneholder de samme kontrollvariablene som i Tabell 1.

*** p<0.01,

** p<0.05

* p<0.1

Hvorfor er det en geografisk variasjon i sammenhengen mellom helse og frivillighet? Det er stor variasjon blant norske kommuner og noen faktorer kan tenkes å ha betydning for sammenhengen mellom helse og frivillighet. Som diskutert i innledningen vil jeg her ta for meg tre variabler; kommunens prioritering av kultursektoren, det gjennomsnittlige inntektsnivået i kommunen og kommunens innbyggertall. Jeg forventer at kommunens pengebruk på kultursektoren vil være positivt korrelert med omfanget av frivillighet og muligens også redusere helseforskjellene ved å integrere de med svak helse. Betydningen av inntektsnivået i kommunen er teoretisk litt usikker fordi det kan øke som et resultat av mer private ressurser i kommunen, men kan også reflektere at arbeid er sterkt prioritert av innbyggerne. Helseforskjellene vil muligens være mindre som et resultat av at personer med god helse (og god inntekt) er mindre involvert i frivillighet. Når det gjelder kommunens innbyggertall forventer jeg at frivillighet er mer utbredt i kommuner med få innbyggere hvor man er tettere knyttet sammen. Derimot forventer jeg at helseforskjellene vil være større fordi de med god helse, hvor flere har et aktivt valgt med tanke på hvorvidt de skal delta i frivillig arbeid, er særlig tilbøyelig til å delta i kommuner med få innbyggere.

Jeg finner empirisk støtte for én av de faktorene jeg har diskutert, og det er betydningen av innbyggertall. Jeg finner ingen støtte til at helseforskjellene varierer med størrelsen på kulturbudsjettet eller gjennomsnittsinntekten i kommunen. I Tabell 7 presenterer jeg resultater fra en modell hvor jeg lar sammenhengen mellom helse og frivillighet variere med logaritmen av innbyggertall. Jeg tar logaritmen av innbyggertall fordi det er mer realistisk å tro at sammenhengen mellom innbyggertall og frivillighet er avtagende med innbyggertall heller enn at sammenhengen er lineær. Jeg har sentrert innbyggertall rundt sitt eget gjennomsnitt, noe som gir en enkel tolkning av alle koeffisientene i interaksjonen: Koeffisienten for LN innbyggertall gir sammenhengen mellom innbyggertall og deltakelse for de med dårlig helse (objektiv /

subjektiv helse = 0), helsekoeffisienten gir forskjellen mellom de med god og dårlig helse for en person i en kommune med gjennomsnittlig innbyggertall (LN innbyggertall = 0), mens interaksjonsleddet forteller oss hvordan helseforskjellen varierer med innbyggertallet i kommunen.

De to første kolonnene viser resultatene for det objektive helsemålet. Som vi ser er det en signifikant forskjell mellom de med god og dårlig helse i en gjennomsnittlig kommune hvis vi ikke betinger på bakgrunnsvariabler. Helseforskjellen ser ut til å være mindre i kommuner med mange innbyggere, noe vi ser fordi samspillsleddet er negativt, men denne tendensen er ikke signifikant slik at vi ikke kan generalisere fra utvalget til populasjonen. Vi ser også at innbyggertall er negativt korrelert med frivillig deltakelse. Når vi betinger på bakgrunnsvariabler forsvinner imidlertid den signifikante helseforskjellen. Det er dermed ikke grunnlag til å si at egenrapportert objektiv helse har betydning for nivået på frivillig deltakelse, verken i kommuner med få eller mange innbyggere. I modellene hvor vi betinger på bakgrunnsvariabler legger vi også inn kommunens netto driftskostnader på kulturfeltet per innbygger (i 100 kr) og log av gjennomsnittsinntekten i kommunen som ekstra kontrollvariabler. Inkludert som det eneste kommunekjennetegnet er det en signifikant positiv sammenheng mellom driftsutgifter og frivillighet, og en negativ (men ikke signifikant) sammenheng mellom gjennomsnittsinntekt og frivillighet. Ingen av disse er signifikante når innbyggertall er inkludert.

Tabell 7: Regresjonsmodeller (OLS) med «Omtrent hvor ofte gjør du frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner?» som avhengig variabel.

	(1)	(2)	(3)	(4)
Objektiv helse	0.08** (0.034)	0.05 (0.037)		
Ob helse X LNinnb.	-0.02 (0.019)	-0.03 (0.020)		
Subjektiv helse			0.24*** (0.038)	0.19*** (0.037)
Sub helse X LNinnb			-0.06*** (0.019)	-0.06*** (0.019)
LN innbyggertall	-0.11*** (0.018)	-0.12*** (0.021)	-0.08*** (0.018)	-0.09*** (0.021)
Driftsutg kultur per innb		0.001 (0.003)		0.001 (0.003)
LN gj.snittlig inntekt		0.16 (0.152)		0.14 (0.147)
Konstant	1.62*** (0.033)	1.35*** (0.047)	1.49*** (0.038)	1.24*** (0.051)
N	10502	10320	10497	10316
Gj.snitt friv.arb.	1.67	1.68	1.67	1.68
Gj.snitt obj. helse	0.69	0.69		
Gj.snitt sub. helse			0.79	0.79

Robuste standardfeil justert for korrelasjon innad i kommunene i parenteser

Alle modeller inneholder de samme kontrollvariablene som i Tabell 1.

*** $p < 0.01$

** $p < 0.05$

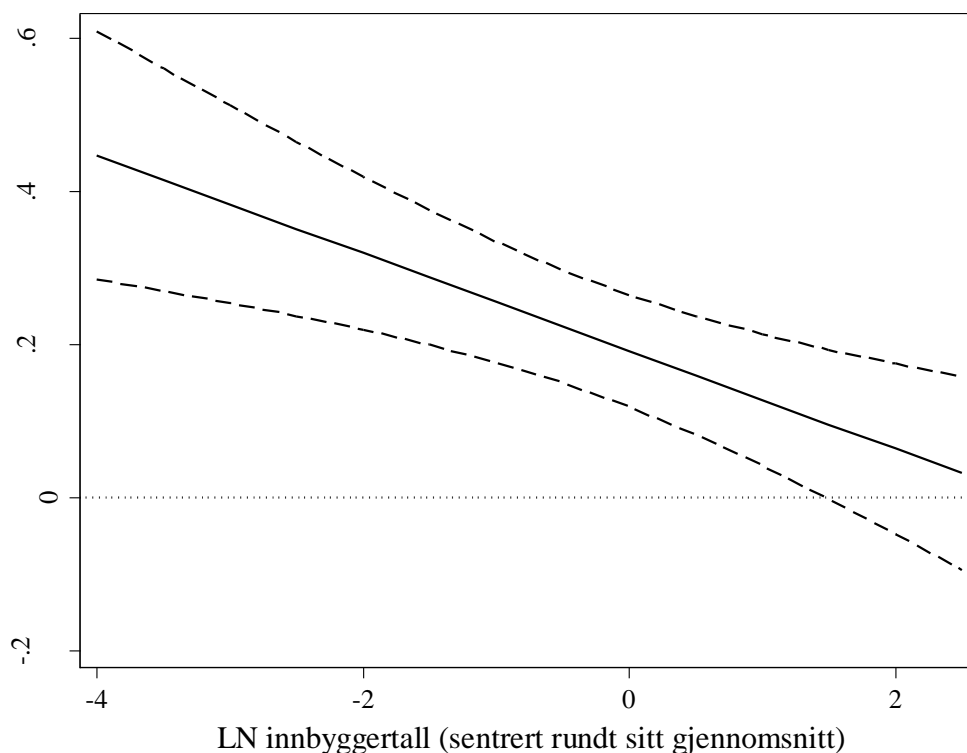
* $p < 0.1$

Resultatene for det subjektive helsemålet er mer interessant. Det er en signifikant forskjell mellom de med god og dårlig helse i en kommune med gjennomsnittlig innbyggertall, og denne forskjellen forsvinner ikke når vi inkluderer kontrollvariabler. I disse modellene er også inter-

aksjonsleddet signifikant. Det vil si at den subjektive helseforskjellen varierer med innbyggertall: Det negative fortegnet innebærer at forskjellen mellom de med god og dårlig helse er mindre i kommuner med mange innbyggere, og større i kommuner med få innbyggere.

Figur 4 illustrerer dette mønsteret ved å vise hvordan den estimerte forskjellen mellom de med god og dårlig helse varierer med innbyggertall. Vi ser at helseforskjellen er størst i kommunen med få innbyggere og faller med innbyggertall. I de kommunene med veldig høyt innbyggertall er helseforskjellen ikke signifikant forskjellig fra 0. Dette ser vi ved at konfidensintervallet rundt estimatet, de stiplede linjene indikerer konfidensintervallet, overlapper 0.

Figur 4: Estimert forskjell i frivillighet mellom de med god og dårlig subjektiv helse (Y-aksen) mot LN av innbyggertall i kommunen (X-aksen). Innbyggertall er sentrert rundt sitt eget gjennomsnitt. De stiplede linjene angir 95-prosent konfidensintervall.



Jeg har argumentert for at en negativ sammenheng mellom helseforskjeller og innbyggertall mest sannsynlig vil skyldes at de med god helse er mindre tilbøyelig til å delta i frivillig arbeid i kommuner med mange innbyggere, heller enn at de med dårlig helse deltar i større grad. Figur 4 sier ingenting om dette. Én måte å se på dette er å hente ut andelen med henholdsvis god og dårlig helse som deltar i de ulike kommunene, og se på korrelasjonen mellom denne andelen og innbyggertall. Det viser seg da at den negative korrelasjonen mellom innbyggertall og andelen med god helse som deltar er vesentlig sterkere ($-.33$, $N=233$) enn den tilsvarende korrelasjonen for de med dårlig helse ($-.09$, $N=233$). Dette er en indikasjon på at det er de med god helse som i mindre grad integreres i frivillig arbeid i kommuner med mange innbyggere.

Som nevnt i innledningen er den implisitte antagelsen i resonnementene og analysene som gjøres her er at årsakspilen går fra helse til frivillighet. Det er imidlertid mulig å tenke seg at frivillighet også kan påvirke helsesituasjonen, eksempelvis ved at frivillighet gir ressurser og psykisk velvære som kan ha helsebringende effekter (se for eksempel diskusjonen i Wollebæk og Arnesen 2012). Jeg kjenner ikke til noen studier som identifiserer kausaleffekten av frivillighet på helse. Imidlertid bruker Meier og Stutzer (2008) kollapsen i frivillige organisasjoner i Øst-Tyskland som et resultat av gjenforeningen med Vest-Tyskland som et naturlig eksperiment for å studere sammenhengen mellom frivillighet og subjektiv livskvalitet. Dette er relevant i og med at subjektiv livskvalitet som kan sees på som et proxy for helse. De finner et større fall i livskvalitet blant de som falt ut av frivillig arbeid i perioden gjenforeningen skjedde sammenlignet med en gruppe som ikke deltok verken før eller etter gjenforeningen. De tolker derfor fallet i livskvalitet blant de som deltok før gjenforeningen som en kausal effekt av kollapsen i det frivillige tilbudet. De er imidlertid åpne på at det

skjedde store endringer i samfunnet ellers som potensielt kan forklare dette fallet.

Mens det er få studier som ser på den kausale effekten av frivillighet på helse, er det en stor litteratur som ser på den kausale effekten av å gå ut av arbeidsmarkedet på helse. Disse studiene bruker ofte den gradvise innføringen av tidligpensjonsordninger som en kilde til uavhengig variasjon i utgangen fra arbeidsmarkedet. I disse studiene er helse typisk målt som dødelighet, noe som er et direkte mål på objektiv helse. Hærnes m.fl. (2013) benytter introduksjonen av tidligpensjone-ring til å dette spørsmålet med norske data. De følger kohorten født i perioden 1928-1938 og klassifiserer arbeidstakerne i én gruppe som opplevde rett til gradvis reduksjon i pensjonsalderen, og én gruppe hvor pensjonsalderen ble værende på 67 år. De finner ingen forskjell i dødelighet mellom disse gruppene. Ut fra dette virker det relativt plausibelt å anta at kausalretningen først og fremst går fra helse til frivillighet.

Konklusjon

Denne artikkelen har ved hjelp av et rikt datamateriale fra Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) studert sammenhengen mellom helse og deltakelse i frivillig arbeid for organisasjoner og foreninger. Jeg har særlig vært opptatt av den geografiske variasjonen i denne sammenhengen.

Det er tre empiriske funn som er særlig verdt å fremheve. For det første er det klar sammenheng mellom subjektiv helse og frivillighet - de som rapporterer god subjektiv helse deltar i større grad i frivillig arbeid. Det andre funnet er at denne sammenhengen er svakere og mindre tydelig for egenrapportert objektiv helse. Man kan tolke dette funnet bokstavelig som at frivillighet først og fremst er knyttet til hva man tenker om sin egen helsesituasjon, men det er mer trolig at det subjektive målet fanger opp mindre alvorlige objektive plager enn hva det objektive helsemålet fanger opp. Det tredje funnet er at sammenhengen mellom subjektiv helse og frivillighet varierer mellom kommuner, og er sterkere i kommuner med få innbyggere enn i folkerike kommuner. Dette ser ut til å skyldes at de med god helse er mindre tilbøyelig til å delta i frivillighet i folkerike kommuner - hvor det generelle nivået på deltakelse er lavere - heller enn at de med svak helse faller ut av frivillighet i kommuner med få innbyggere. Offentlige ressurser til kultur er positivt korrelert med frivillighet. Dette kan reflektere at offentlige ressurser bedrer frivillige organisasjoner tilbud, men kan også skyldes at kommuner med en frivillighetskultur velger politikere som vil prioritere kultur. Offentlige ressurser til kultur er imidlertid ikke korrelert med helseforskjeller.

Vedlegg

Tabell VI: Deskriptiv statistikk.

Variabel	N	Gj.snitt	Std. avvik	Min.	Maks
Frivillig arbeid	10316	1.68	1.45	0	5
Frivillig arbeid dikotom	10316	.73	.45	0	1
Objektiv helse	10311	.69	.46	0	1
Subjektiv helse	10311	.79	.40	0	1
LN antall innbyggere	10316	.04	1.84	-4.05	2.81
Mann	10316	.46	.50	0	1
Alder	10316	1.77	15.69	-28	35
Pensjonist	10316	.16	.36	0	1
Grunnskole	10316	.17	.38	0	1
Universitet/høyskole	10316	.37	.48	0	1
Partner	10316	.71	.45	0	1
Netto driftsutgifter kultur pr. innb.	10316	2.43	7.36	-9.67	79.78
LN gjennomsnitt inntekt	10316	.01	.12	-.26	.34

Referanser

- Arnesen, Sveinung, Bjarne Folkestad og Dag Arne Christensen 2012. «Sosial forankring og aktivt medlemskap i frivillige organisasjoner». I Enjolras m. fl. (red) *Deltakelse i frivillige organisasjoner*. Oslo: ISF.
- Day, Kathleen M. og Rose Anne Devlin. 1996. «Volunteerism and crowding out: Canadian econometric evidence» *Canadian Journal of Economics* 29(1): 37-53.
- Hackl, Franz, Martin Halla og Gerald J. Pruckner. 2009. *Volunteering and the State*. IZA Discussion Paper No. 4016.
- Hernæs, Erik, Simen Markussen, John Piggott and Ola Vestad. 2013. «Does retirement age impact mortality? » *Journal of Health Economics* 32(3): 586-598.
- Martiniussen, Willy 1978. *Fjerndemokratiet*. Oslo: Gyldendal.
- Meier, Stephan og Alois Stutzer. 2008. «Is Volunteering Rewarding in Itself? » *Economica* 75, 39–59.
- Roy, Kakoli og Suzanne Ziemek 2001. *On the Economics of Volunteering*. United Nations Volunteer Programme.
- Uslaner, Eric M. 2003. *Civic Engagement in America: Why People Participate in Political and Social Life*. Unpublished manuscript, University of Maryland.
- Wollebæk, Dag og Sveinung Arnesen 2012. «Konsekvenser av organisasjonsaktivitet for yrkesdeltakelse». I Enjolras m. fl. (red) *Deltakelse i frivillige organisasjoner*. Oslo: ISF.
- Wollebæk, Dag og Per Selle 2003. «Participation and Social Capital Formation: Norway in a Comparative Perspective» *Scandinavian Political Studies* 26(1): 67-91.
- Wollebæk, Dag og Per Selle 2007. «Origins of Social Capital: Socialization and Institutionalization Approaches Compared» *Journal of Civil Society* 3(1): 1-24.