



CENTRUM FÖR FORSKNING OM OFFENTLIG SEKTOR

Hälsa och fritid

Studier i 10 kommuner om samspelet
mellan hälsoläge, livsstil och ekonomiska faktorer

Ingemar Norling

Arbetsrapport 14
1996

CEFOS
Göteborgs universitet



Innehåll

Tabeller och figurer

Förord

Bakgrund.....	6
Ny kunskap ger en ny syn på fritidens betydelse	6
Definition och mätning av fritid.....	7
Definition och mätning av hälsa.....	8
Fem basproblem inom området fritid-hälsa.....	9
<i>Behov av bättre mätmetoder</i>	<i>9</i>
<i>Fritidens relativa betydelse som stödjande miljö</i>	<i>10</i>
<i>Effektanalys av olika aktiviteter och stödjande miljöer inom fritid-rekreation</i>	<i>10</i>
<i>Betydelsen av fritid-rekreation för olika grupperns hälsa.....</i>	<i>11</i>
<i>Ekonomiska perspektiv på samspelet mellan hälsa och fritid-rekreation</i>	<i>12</i>
Frågeställningar	12
Metoder och urval	14
Fritidens inriktning och hälsovärde	14
Fritidens kvalitet	15
Analys med tillfredsställelsemått av fritidens relativa betydelse	16
Behov av hälsoservice.....	17
Arbetets innehåll och arbetsmiljö.....	17
Bakgrundsvariabler	17
Hälsoläge - definition och mätning med SF-36.....	18
Var är delstudierna gjorda och hur stora är de?	20
Om samvariation, kausalitet och effekter	20
Fritidens betydelse för hälsa och livskvalitet.....	23
Nöjdmätningar	23
<i>Modell.....</i>	<i>23</i>
<i>Översiktligt resultat</i>	<i>24</i>
<i>Regression med alla komponenter exklusive arbete.....</i>	<i>24</i>
<i>Personer med lågt hälsoläge, fysiskt eller psykiskt.....</i>	<i>26</i>
<i>Regressionsanalys av de olika nöjdmåtten mot SF-36 hälsofaktorer</i>	<i>27</i>
<i>Regressionsanalys av totalmängden oberoende variabler mot SF-36</i>	<i>28</i>

Om olika fritidsaktiviteters hälsovärde.....	30
Aktivitetsfaktorernas hälsovärde för 12 olika grupper	30
Ålders- och könsskillnader	32
Passiv eller aktiv livsstil inom fritiden.....	37
Ny forskning betonar den passiva livsstilens negativa hälsoeffekter.....	37
Olika sätt att analysera aktiv/passiv fritid.....	38
Motivanalys ger underlag för gruppering av aktivitetsfaktorer	39
<i>Exempel TV och djur.....</i>	39
Hälsovärde och allsidig aktivering	40
Aktivitetsförändring och ålder	40
Analys med index för aktiv/passiv livsstil	42
Ekonomiska aspekter på samspelet fritid - hälsa	43
Om kunskapsläge och WHO's rekommendationer	43
Analys	44
Skillnader i aktivitetsmönster.....	44
<i>Personer med hög konsumtion av sjukvård och stöd</i>	45
<i>SF-36 hälsfaktorers samvariation med aktivitetsfaktorernas bedömda hälso-</i>	
<i>värde (18-listan) för personer med lågt hälsoläge</i>	46
<i>Ensamstående kvinnor med barn</i>	46
<i>Livsstil hos rökare och snusare.....</i>	47
<i>Personer missnöjda med sin ekonomi.....</i>	48
Om samhällskostnader och hälsovärde för olika fritidsaktiviteter	50
Slutdiskussion.....	52
Litteratur	

Tabeller och figurer

Tabell 1	Områden och kommuner som ingår i datamaterialet.....	20
Tabell 2	Modell för regressionsanalysen.....	23
Tabell 3	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler	24
Tabell 4	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för yngre förvärvsarbetande och äldre	25
Tabell 5	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för arbetslösa och förtidspensionärer.....	25
Tabell 6	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för ensamstående, arbetslösa kvinnor med barn	26
Tabell 7	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för personer med lågt fysiskt summaindex (Q1)	26
Tabell 8	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för personer med lågt psykiskt summaindex (Q1)	27
Tabell 9	Aktivitetsfaktorers hälsovärde för olika grupper	31
Tabell 10	Aktivitetsfaktorers hälsovärde för olika åldersgrupper	32
Tabell 11	Indelning i passiva och aktiva faktorer	42
Tabell 12	Personer med hög konsumtion av sjukvård och stöd.....	45
Tabell 13	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för ensamstående kvinnor med barn.	47
Tabell 14	Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 5 oberoende variabler för personer missnöjda med sin ekonomi	48
Figur 1	Åtta hälsodimensioner som de är mätta i SF-36.....	19
Figur 2	Total regressionsanalys.....	29
Figur 3	Aktivitetsfaktorernas hälsovärde för kön och ålder	33
Figur 4	Motivanalys av två aktivitetsfaktorer.....	39
Figur 5	Motiv naturkontakt	41
Figur 6	Korstabell för 'nöjd ekonomiskt' och 'nöjd hälsa'	49
Figur 7	Hälsoprofil för de två grupperna nöjd med ekonomin och missnöjd med ekonomin.....	50

Förord

Hälsa och fritid. Studier i 10 kommuner av samspelet mellan hälsoläge, livsstil och ekonomiska faktorer är det fjortonde numret i CEFOS arbetsrapportserie och en avrapportering från projektet 'Göteborgarnas hälsa och livskvalitet'. Projektet, har letts av docent Ingemar Norling och bitr professor Marianne Sullivan, sektionen för vårdforskning vid Sahlgrenska sjukhuset och genomförts i samverkan med Christer Jägnert vid Bohuslandstingets ADB-avdelning. Denna forskning är en del av ett större projekt med internationella förgreningar. De använda metoderna är utvecklade i tvärvetenskaplig samverkan med expertis inom vård- och hälsoforskning samt med ett internationellt projekt, IQOLA, angående mätning av hälsa i Europa och Nordamerika.

Speciella analyser av segregation, vårdkonsumtion och arbetslöshet har kunnat utföras genom samverkan med primärvård och hälsoråd i Göteborgs kommundelar Lövgärdet (hög arbetslöshet och vårdkonsumtion) och Älvsborg (låg arbetslöshet och vårdkonsumtion).

Göteborg i september 1996

Lars Strömberg
Föreståndare, CEFOS

Sammanfattning

Den metodik vi presenterar för mätning av livsstil inom fritiden (det man är intresserad av och gör på fritiden), tillfredsställelse med tillvaron och hälsoläge (SF-36), har testats i en rad lokala undersökningar bl a stadsdelarna Älvsborg och Lövgärdet i Göteborg samt hallandskommunerna. Den har visats fungera bra både i fältfas, bearbetning och analys. Erfarenheterna är så positiva att nya studier görs på västkusten och i andra kommuner i landet. Totala materialet uppgår nu till ca 14 000 personer.

Analyserna av människors uppfattning om fritidens betydelse för hälsoläget, psykiskt, socialt och fysiskt, påvisar ett mycket högt förklaringsvärde (samvariation), högre än uppfattningen om arbetets, boendets och ekonomins betydelse. Fritidssektorn kan därmed anses vara en av de viktigaste 'stödande miljöerna' (WHO) i ett modernt lokalt folkhälsoarbete. För 'hindrade' grupper ökar fritidens betydelse för hälsa och hur nöjd man är. Exempel är äldre, förtidspensionärer, handikappade, de 25 procent med lägst hälsoläge i en allmän population samt vissa kvinnogrupper, t ex med omfattande vårdansvar.

Olika typer av fritidsaktiviteter bedöms av befolkningen ha olika hälsovärde. Särskilt stort hälsovärde har naturbaserade aktiviteter som friluftsliv, trädgård-fritidshus, bad/båt, sällskapsdjur, motion. Extremt högt värde får också gemenskap med släkt och vänner. Lågt hälsovärde har föreningsliv, anläggningsidrott och religiösa aktiviteter. Värdena varierar något för olika grupper, men är så stabila att vi kan formulera modeller för hälsosam livsstil inom fritiden. Personer med lågt hälsoläge har en mera passiv livsstil med mindre inslag av naturbaserade aktiviteter och mer av TV, spel. Liknande resultat gäller också mera generellt för boende i segregerade områden som Lövgärdet. Fritiden har särskilt stor betydelse för ekonomiskt hindrade grupper och grupper med hög sjukvårdskonsumtion. Regressionsanalys visar att människors bedömning av fritidens kvalitet har närmast dubbelt så högt förklaringsvärde för deras skattning av livskvaliten jämfört med motsvarande skattning av ekonomin. Rangordningen av aktivitetens hälsovärde och kostnader för samhället visar för de dyraste aktiviteterna en negativ samvariation. Aktiviteter som har särskilt högt hälsovärde ligger i stor utsträckning utanför samhällets stöd och är privatfinansierade.

Bakgrund

Ny kunskap ger en ny syn på fritidens betydelse

WHO har länge hävdad, bl a av kostnads- och effektivitetsskäl, att verksamheten måste förskjutas mot mindre av traditionell sjukvård och mer av förebyggande hälsovård. Dessutom påpekas att den förebyggande hälsovården måste, för att bli effektiv, i stor utsträckning ske utanför traditionell sjukvård. Detta 'utanför' beskrivs bland annat som 'stödande miljöer', t ex bra socialt stöd, förändring av livsstil, t ex motionera mera, och effektiva metoder, till exempel hälsopedagogik för utbildning i hälsobeteende och förändring av kunskap och attityder (5, 19).

Samtidigt växer ny kunskap fram som kan få avgörande betydelse för utvecklingen av lokalt folkhälsoarbete. I våra förstudier visar det sig att fritid och rekreation samverkar starkt med skillnader i hälsoläge, som friskfaktor betraktat större än arbete. Fritid-rekreation dyker alltså upp som en viktig del av stödande miljöer. Olika former av fritid och rekreation kan vara mycket effektiva inom modern hälsovård, friskvård, rehabilitering, handikapp- och åldringsvård. Effektivare än många traditionella metoder (10, 12), t ex genom att påskynda rehabilitering från sjukdom eller att minska handikappades och äldres vårdberoende.

Den nordamerikanska forskningen (6, 9, 11) har visat att så är fallet. Där har utvecklats kostnadseffektiva interventionsprogram som tagit över en hel del av den traditionella verksamheten inom bl a prevention. Denna verksamhet är samlad inom tre områden; rådgivning (leisure counseling), utbildning (leisure education) samt rehabiliterande rekreation (therapeutic recreation).

Principer och metoder inom dessa tre typer av verksamhet finns delvis beskrivna i referenserna 5 och 11. Anmärkas bör att utbildning saknas inom dessa verksamheter i Sverige.

Genom att ta fram ett väl underbyggt faktaunderlag om fritidssektorns betydelse för invånarnas hälsoläge bör vi kunna utveckla en bättre förebyggande hälsovård som blir billigare och effektivare. Den kan uppfylla WHO's krav på anpassning till det moderna hälsobegreppet (5) och krav på att lokalt folkhälsoarbete i huvudsak måste ske utanför den traditionella sjuk-

vården. Dessutom pekar förstudierna på (10) att fritidssektorn kan utgöra en av de viktigaste 'stödande miljöerna' (WHO) inom ett modernt folkhälsoarbete.

Definition och mätning av fritid

Det finns en mängd definitioner av begreppet fritid och som ansluter till de perspektiv som man lägger på fritiden (4). Några exempel:

- fritid avser den del av tillvaron då man är fri från arbete,
- dito med tillägget 'fri från arbete och bundna aktiviteter som sömn, hygien och liknande',
- dito med tillägget '...och kan göra det man vill (egenkontroll) och har positiva upplevelser av (rekreation som effekt)',
- fritiden definieras till sitt innehåll som en bestämd typ av aktiviteter t ex idrott, kultur, friluftsliv, hobby, musik. Här förutsätts att aktiviteten sker på amatörnivå och inte är arbete.

Mätningen har ofta skett i tidstermer, t ex tidsbudget där deltagaren anger hur stor del av dygn eller vecka som ägnas åt fritid, arbete etc. SCB har t ex kommit fram till att den vuxna, arbetande befolkningen ägnar i snitt 20 procent av totaltiden åt fritid och lika mycket åt arbete (4). Metodiken har kritiserats bl a för att den inte fångar upp kvalitet och effekter och att den passar illa för att belysa kvinnors situation (20).

Ett annat vanligt sätt är att mäta i grad av intresse och utövande. Där kan man se vad t ex en kommuns befolkning är mest intresserad av och utövar i olika grad och även få en uppfattning om hur kommunens service och stöd är anpassad. Många kommuner gör sådana s k fritidsvaneundersökningar (14). För dessa mätningar krävs givetvis en bra allsidig kategorisering av olika fritidsaktiviteter och som utvecklats och standardiserats under sedvanlig psykometrisk kontroll (4, 14).

Ett ökat intresse har kommit under senare år för effektmätningar inom fritidssektorn. Kommunförbundets Utvärderingsring är ett exempel på detta. Man frågar sig vilken nytta eller vilka effekter olika satsningar inom fritiden har, om vissa aktiviteter är bättre eller sämre enligt olika kriterier eller om anpassad fritid kan påverka samhällsproblem som ohälsa, icke meningsfull sysselsättning (WHO), arbetslöshet och vårdskostnader (5, 6, 20). Under senare år har en del forskning inriktats på fysiologiska eller biokemiska effekter eller processer som ingår i tillstånd som ångest, depression, stress (6, 7, 8). Tanken är att se om vissa typer av fritidsaktiviteter kan ge likartade effekter som medi-

cinsk behandling, t ex med psykofarmaka, dämpa ångest och depression och ha olika typer av hälsovärde (5, 6, 8).

Att undersöka hur nöjd man är med fritiden totalt eller med olika typer av utövande är en metodik som använts ofta och länge (1). Ett nytt sätt är att koppla utövande till olika typer av hälsomätningar och t ex analysera livsstilen inom fritiden för olika intressanta kliniska grupper eller grupper med bra eller dåligt hälsoläge (5, 10).

Ett annat sätt, som vi utvecklar i denna rapport, är att låta deltagarna i undersökningarna själva bedöma hälsovärdet hos de fritidsaktiviteter de utövar. Vi utgår då från WHO:s tes om den egna hälsobedömningens centrala roll för bestämning av hälsoläge och hälsovärde.

Definition och mätning av hälsa

Inom traditionell sjukvård har hälsa vanligen definierats som frånvaro av sjukdom. Denna snäva, biologiskt kopplade definition utvecklades vidare av WHO som istället kom att betona hälsa mer som välbefinnande eller livskvalitet. Hälsa definierades därför som individens egen bedömning av sitt hälsoläge, dvs en övergång från en negativt formulerad objektiv definition till en subjektiv (5, 19).

Under 80-talet startade en intensiv vetenskaplig debatt om olika operationella definitioner och vilka centrala dimensioner ett multidimensionellt hälsobegrepp borde innehålla (3, 28). Även om en viss oenighet fortfarande råder om den deskriptiva terminologin, så har en ökad enighet utvecklats i synen på centrala dimensioner och på mättekniska principer.

Fem hälsodimensioner har identifierats: fysisk hälsa, psykisk hälsa, social funktion, rollfunktion, t ex i arbete och fritid och allmän, global bedömning av hälsoläget (3, 28).

När det gäller mätningen är man överens om att både positiva och negativa hälsolägen måste tas med, dvs hela variationen.

Uppdelningen i subjektiv och objektiv mätning har delvis suddats ut genom att (gäller f a nya mätinstrumentet SF-36) deltagarnas egen bedömning av olika typer av hälsoläge validerats mot en stor mängd biologiskt väl definierade symtom och sjukdomar (3).

I konkurrensen mellan nyare hälsoformulär, t ex SF-36 och äldre som SIP, NHP, QWB har SF-36 valts ut som den bäst utprovade och psykometriskt

kontrollerade vad gäller olika typer av reliabilitet och validitet. Den får gälla som vår operationella definition av hälsa (3, 28).

Fem basproblem inom området fritid-hälsa

I ett vidare samhällsperspektiv kan vi se att rapporten har anknytning till fem basproblem inom hälsosektorn som hänger samman med utveckling av både forskning och praktisk verksamhet:

Behov av bättre mätmetoder

Många organisationer och verksamheter har under 90-talet redovisat behov av bättre mätmetoder som har anknytning till området hälsa - fritid. Så t ex kan vi se i redovisningen av WHO:s 38 hälsomål att det nya hälsobegreppet (egen bedömning av hälsoläget) och det närliggande begreppet livskvalitet måste operationaliseras bättre, och med högre krav på psykometrisk kvalitet som reliabilitet, validitet och normdata för olika grupper (18). Landstingen har för sina folkhälsoundersökningar efterlyst bättre instrument (13). Kommunförbundets nätverk för utvärdering, Utvärderingsringen, söker ökad kunskap om effektmätning för den kommunala planeringen inom området hälsa-livskvalitet -välbefinnande. Detta gäller även stöd, vård och omsorg för handikappade (11), äldre (6, 11) samt kvinnor (20).

Kraven är många, t ex att vara globala - allsidiga, dvs mäta olika typer av hälsoläge, ha hög tillförlitlighet, validering av olika typ, t ex mot olika former av ohälsa, standardisering med normdata för kön och ålder, kunna användas på individ och gruppnivå och ge möjlighet till internationella jämförelser.

Dessa krav inom hälsomätning kan vi nu uppfylla bättre genom internationellt samarbete angående SF-36 som anpassats och standardiserats för svensk användning (3). SF-36 har använts i detta projekt som grundmått för 8 typer av hälsoläge.

Tidigare hälsoundersökningar har brustit i allsidighet eftersom inte fritid-rekreation ingått alls eller i mycket begränsad omfattning. Nordamerikansk forskning har rätt länge visat att fritidens inriktning och kvalitet har stor inverkan på psykiskt och fysiskt hälsoläge och att intervention där fritidsrådgivning och terapeutisk rekreation ingår ger snabbare och mera långvariga hälsoeffekter (1, 6, 7, 8, 9). Därför har vi i en serie kommunstudier tagit fram

formulär för mätning av kvalitet och inriktning och som sedan använts i projektet för att bedöma fritidens och aktiviteternas värde för hälsan och om fritiden kan utgöra en viktig 'stödande miljö' (WHO).

Fritidens relativa betydelse som stödande miljö

En väsentlig del i denna rapport är att mot olika kriterier, bl a SF-36, värdera fritidens relativa betydelse. Eftersom tidigare hälsoundersökningar främst innefattat bakgrunds-, livsstils- och arbetsfaktorer och inte fritidsfaktorer, blir det intressant att jämföra betydelsen av arbete, boende, ekonomi och fritid för olika typer av hälsoläge, välbefinnande och livskvalitet. Skulle fritiden visa sig ha väsentlig betydelse har vi därmed kunnat tillföra en ny viktig 'stödande miljö' och därmed förbättra metodiken för både diagnos och intervention inom hälsosektorn.

Problemet är också intressant utifrån ett tidsperspektiv. Arbetet upptar endast mellan 5-7 procent av den totala livstiden medan lek-fritid-rekreation har en mångfalt större omfattning. För många stora grupper i samhället utgör inte arbetet en stimulerande och stödande miljö längre, t ex för pensionärer, arbetslösa samt 3/4 av handikappade.

Nyare forskning om olika miljöers och aktiviteters kapacitet att ge optimal, allsidig (psykisk, social och fysisk) stimulans ger allt fler belägg för att fritidssektorn i flera avseenden har överlägsen kapacitet, bl a eftersom fritiden lättare kan anpassas till individens behov, inre motivation och livsstil (5, 6, 8, 9). Det har t ex visat sig att 85 procent av arbetande får otillräcklig fysisk stimulans och belastning i arbetet och måste kompensera detta på sin fritid.

Effektanalys av olika aktiviteter och stödande miljöer inom fritid-rekreation

Om fritiden har väsentlig betydelse för hälsoläget måste vi i nästa steg analysera och fastställa vilka hälsovärden som olika aktiviteter och stödande miljöer har. Med en sådan kunskap kan vi avgöra bättre för olika målgrupper vilka aktiviteter som det är särskilt lönsamt att satsa på eller vilka prioriteringar som bör göras i det lokala folkhälsoarbetet. Dessutom kan vi bedöma bättre om den nuvarande resursfördelningen i kommunerna är lämplig ur hälsosynpunkt.

Vi kan här knyta an till WHO som hävdar att det lokala förebyggande hälsoarbetet måste, för att bli effektivt, ske i huvudsak utanför den reguljära sjukvården. Om det nu visar sig att fritidens kvalitet och inriktning har mycket stor betydelse kan vi förbättra det förebyggande hälsoarbetet genom en ökad satsning på olika hälsoprogram där rådgivning, utbildning och rehabilitering inom fritiden är en väsentlig del. Att detta är ett viktigt utvecklingsarbete framgår bl a av WHO:s resonemang att den traditionella sjukvården i nuvarande form är för dyr och måste ersättas mera av förebyggande insatser (19).

Betydelsen av fritid-rekreation för olika gruppers hälsa

Olika grupper och individer i samhället har varierande livsstilar och värderingar när det gäller hälsa och hälsoutveckling genom livet. En del utvecklar en egenvård med god hälsa och livskvalitet genom hela livet och utan egentlig vårdkonsumtion. Andra har livsstil och värderingar med t ex hög risktagning och ANT(alkohol, narkotika, tobak)-användning som skapar hög vårdkonsumtion och olika former av belastning på samhället och anhöriga. Beräkningar har gjorts som visar t ex att storkonsumenter av alkohol och tobak, men också gruppen fysiskt passiva, drar så stora vårdkostnader att de går med förlust för samhället, dvs kostar mer än de producerar (6).

WHO har i olika sammanhang givit sin syn på dessa frågor (18, 19). I de 38 hälsomålen (18) anges de målgrupper som bör ägnas speciell uppmärksamhet, t ex funktionshindrade, äldre, kvinnor och grupper med folksjukdomar som hjärt-kärl. I tidigare sammanhang (19) har WHO givit prioritet åt de 25 procent av befolkningen med sämst hälsoläge.

Diskussioner har förts med representanter för vårdforskning, primärvård, lokalt kommunalt folkhälsoarbete, företagshälsovård och handikappomsorg om vilka grupper som vore särskilt intressanta att studera inom datamaterialet. Ut ur den diskussionen har kommit en rad förslag, t ex WHO:s 25 procent, segregerade, förtidspensionärer, personer med hög och låg vårdkonsumtion eller vårdbelastning, arbetslösa, passiv livsstil och ålders- och könsskillnader i livsstil och hälsovärden. Flera fann det också intressant att jämföra livsstil inom fritid och hälsoläge för extremer, t ex 25 procent med bäst eller sämst psykiskt och fysiskt hälsoläge.

Ekonomiska perspektiv på samspelet mellan hälsa och fritid-rekreation

Det är alltid viktigt och önskvärt att kunna göra ekonomiska analyser av samspelet mellan hälsa och fritid. Bland politiker och personal finns en stark önskan att få effekter, åtgärder och prioriteringar beskrivna i ekonomiska termer. Samtidigt är alla medvetna om att det är sällan som effekter och vårdvinster kan uttryckas så. Det blir ofta fråga om indirekta eller sekundära värden som förekommer och som lätt ger upphov till olika tolkningar och politisering.

Datamaterialet och metodiken i denna undersökning är inte direkt ekonomiskt inriktade men lämpar sig en del för indirekta analyser av viktiga frågeställningar både inom forskning och praktisk verksamhet. Passivisering och understimulering bland äldre och funktionshindrade nämns allt oftare i 90-talets forskning som orsak till höga vårdkostnader (6, 7, 11). Kvinnor över 45 har rätt hög vårdkonsumtion (10) liksom personer med omfattande ANT-bruk. Personer som är missnöjda med sin ekonomi kan jämföras med nöjda med avseende på livsstil och hälsoläge.

Olika sätt att sköta sin hälsa utgör ett komplext mönster. Stora grupper är friska och är inte intresserade av varken hjälp eller förbättring. Rätt många är intresserade av hälsoservice och får den hjälp de behöver. En del är intresserade av att få hjälp och stöd.

Vi har ansett det intressant att studera dessa grupper närmare. T ex hur ser hälsoprofil och livsstil inom fritiden ut för dem som vill ha hjälp, hur stor del av de ointresserade har lågt hälsoläge, passiv eller ANT-inriktad livsstil?

Frågeställningar

Dessa stora frågor kan brytas ned i en serie mätbara frågeställningar.

1. Vad betyder fritid/rekreation som stödjande miljö och livsstil för skillnader i hälsoläge och välbefinnande?
2. Vad betyder fritid/rekreation för skillnader i hälsoläge jämfört med arbete, boende, ekonomi, bakgrundsfaktorer och övrig livsstil?
3. Vad betyder inriktningen inom fritid/rekreation för hälsoläget - olika aktivitetens hälsovärde?

4. Vad betyder fritidens kvalitet - psykiskt, fysiskt och socialt för hälsoläget?
5. Hur är samspelet mellan fritid/rekreation och hälsoläget för vissa mål- eller riskgrupper, t ex de 25 procent med sämst hälsa enligt SF-36, rökare, snusare, arbetslösa, de som har behov av hjälp, högkonsumenter av sjukvård, personer med svag ekonomi eller boende i segregerade områden?
6. Hur påverkar ekonomiska faktorer hälsoläget? Har aktiviteter som drar höga samhällskostnader också högt hälsovärde?

Metoder och urval

Fritidens inriktning och hälsovärde

Listan över 18 olika typer av fritidsaktiviteter består av faktorer som reducerats från en lista på 72 fritidsaktiviteter. Reduceringen har skett med hjälp av två-stegs faktoranalys och har testats för stabilitet i faktorstrukturen på flera oberoende kommunala stickprov (1).

1. Friluftsliv, t ex promenader och utflykter
2. Trädgård, fritidshus, koloni
3. Djur, t ex hund, häst, katt
4. Kultur, t ex konsert, läsa
5. TV, video, bio
6. Föreningsliv, t ex fack, politik, hobby
7. Motionsidrott, t ex orientering, jogging
8. Anläggningsidrott, t ex ishockey, friidrott
9. Bad, båt, segling
10. Fiske, jakt, skytte
11. Hobby, t ex handarbete, meka
12. Musik, spela, sjunga, lyssna
13. Religiösa aktiviteter
14. Nöjen, t ex restaurant, dans
15. Bollspel, t ex tennis, fotboll, golf
16. Åskådare på idrott
17. Umgänge med familj, släkt, vänner
18. Spel, t ex bingo, tips, trav

Deltagarna i undersökningarna i Göteborg-Bohuslän har markerat den eller de typer av fritid (faktorer) som har betydelse för deras välbefinnande ('må bra' - 'hälsa'). I Halland har deltagarna enbart markerat den mest betydelsefulla (rang 1).

I några senare studier av anhöriga (föräldrar till handikappade) har rangordningen studerats (15). Genom bedömningen av aktiviteternas hälsovärde

har härmed mätningen av fritidens innehåll kopplats till kvalitet-effekt i termer av hälsa. En mera allsidig analys av kvalitet ges nedan.

Fritidens kvalitet

En rätt omfattande forskning har visat att fritidens kvalitet, t ex upplevd rekreation, nöjd med fritiden, 'perceived freedom' (upplevd egenkontroll) eller psykisk, social eller fysisk stimulans, har högt förklaringsvärde, d v s hög samvariation med olika viktiga kriterier som hälsoläge (1, 16, 17).

Själva utövandet förutsätter motivation, intresse och positiv värdering för att ge positiva hälsoeffekter. Vi kan se i en rad studier att kvalitetsmåten är särskilt viktiga (5, 7, 12). Så t ex visar studier av relationen människa-sällskapsdjur att för de personer där goda hälsoeffekter konstaterats både psykiskt, fysiskt och socialt, finns vanligen också hög motivation, starkt intresse och positiva värderingar med i bilden (26).

Utifrån dessa resultat och de kvalitetsaspekter som visat sig viktiga, f a 'perceived freedom', socialt stöd och lagom fysisk stimulans har följande fråga konstruerats, uppdelad på psykisk, social och fysisk kvalitet (1, 7, 11, 12):

På min fritid... (kryssa för ett alternativ, bland fyra skalsteg, för varje fråga)

- a. Gör jag sådant som jag tycker om och längtar efter
- b. Umgås jag med vänner som jag trivs med
- c. Rör jag på mig och håller min kropp igång

Flera andra frågor mäter fritidens kvalitet. 'Hur nöjd jag är med fritiden' och olika aktiviteters betydelse för välbefinnandet etc (hälsovärde). Ovanstående fråga knyter mera direkt an till forskningen om upplevd egenkontroll. Vi är här intresserade av hur denna samvarierar med mätningarna av hälsolägen.

Analys med tillfredsställelsemått för fritidens relativa betydelse

Olika 'satisfaction measures' utvecklades f a inom nordamerikansk forskning redan på 60-70-talet (1, 16, 17). Liknande metodik utvecklades i Sverige för Naturvårdsverkets olika undersökningar i början på 80-talet (1). Dessa studier visar att fritiden har stor betydelse, i nivå med arbetets, och att arbetets betydelse tycks minska och fritidens öka.

Allen och Beattie (16) menar att faktorer som utbildning, arbete, boende och delvis ekonomi påverkar s k basbehov (subsistence). Fritid, miljö kvalitet och delvis ekonomi påverkar högre behov som har med livskvalitet att göra (satisfaction). Författarna menar, i stil med Maslow, att åtgärder och förutsättningar inom fritiden ger större effekt på högre behov som livskvalitet, än materiella åtgärder. Detta är särskilt uttalat i länder med hög materiell levnadsstandard, t ex Sverige. Detta kan t ex innebära att en viss grundnivå i materiell levnadsstandard är en nödvändig, men inte tillräcklig, förutsättning för utveckling av livskvalitet och hälsa. Det kan också innebära att för grupper med tillräcklig materiell grundstandard lönar sig inte ytterligare materiella insatser om man vill förbättra livskvalitet och hälsa. Sådana diskussioner har förts när det gäller handikappomsorg (2, 11).

Det har också visat sig i dessa tidiga studier att fritidens relativa betydelse stiger för hindrade grupper som småbarnsföräldrar, handikappade och kvinnor uppknutna av hushållsarbete (SOU 1996:3).

För äldre har i en rad studier 'leisure satisfaction' fått högst förklaringsvärde mot nöjd totalt, jämfört med boende, ekonomi och liknande (17).

Frågan i våra undersökningar innehåller följande variabler: Nöjd med: arbete, boende, ekonomi, fritid, gemenskap, hälsa samt den totala situationen. För var och en av dessa variabler ombads den svarande att markera på en sju gradig skala. Skalan är stigande från 1=missnöjd till 7=helt nöjd.

Hur nöjd är du med...

- a. Ditt arbete? (om du förvärvsarbetar)
- b. Ditt boende?
- c. Din hälsa?
- d. Ditt umgänge? (inom och utom familjen)
- e. Din fritid?
- f. Din ekonomi?
- g. Din totala situation? (dvs din livskvalitet)

I den statistiska analysen görs en rak regressionsanalys där samvariation a-f, enskilt och i kombination, med g (beroende variabel) studeras.

Behov av hälsoservice

En fråga har konstruerats för att studera efterfrågan av hälsoservice. De fem grupperna som svarsalternativen representerar har definierats av representanter från landsting och primärvård.

Till dig som inte är helt nöjd med din hälsa; på vad sätt är du intresserad av att förbättra din nuvarande hälsa eller förebygga framtida ohälsa? (sätt kryss för en av frågorna)

1. Är inte intresserad av att förbättra min hälsa
2. Är intresserad men klarar det själv utan hjälp
3. Är intresserad och får den hjälp jag behöver
4. Är intresserad men har svårt att få hjälp
5. Är intresserad av information och stöd för att komma igång

Arbetets innehåll och arbetsmiljö

Här har vi använt oss av två väl beprövade frågor från ett testbatteri vid Statens institut för psykosocial miljömedicin. I den ena frågan bedömer deltagarna den psykosociala arbetsmiljöns kvalitet. Den andra frågan mäter grad av fysisk stimulans eller belastning i arbetet. Med de värden vi här får fram kan vi vidga analysen av fritidens och arbetets relativa betydelse för hälsoläget.

Bakgrundsvariabler

Vanliga bakgrundsvariabler som ålder, kön, civilstånd, utbildning och arbets-situation ingår i alla delstudier medan en del innehåller speciella uppgifter, t ex om längd, vikt eller yrke.

Dessa uppgifter kan användas till en rad hälsoanalyser där vi har anknutna uppgifter, t ex om kvinnor över 45 som är storkonsumenter av sjukvård. Har t ex denna grupp en speciell hälsoprofil och en mera fysiskt passiv livsstil inom fritiden?

Bakgrundsvariablerna kan också användas i olika multivariata analyser tillsammans med andra tidigare beskrivna egenskapsmått, mot de beroende variablerna i hälsomätningen (SF-36). Vi har då fått ett, om än grovt, mått på bakgrundsvariablernas relativa förklaringsvärde.

Hälsoläge - definition och mätning med SF-36

Vid planeringen av landstingens hälsoundersökningar i de olika västkustkommunerna valde vi SF-36 som basinstrument för mätning av hälsoläge. Skälen är flera, bl a tids- och kvalitativa skäl. Det är standardiserat, går snabbt att fylla i (5-10 min), kan användas i enkäter och har bättre tillförlitlighet och diagnostisk förmåga än andra skalor.

SF-36 bygger på deltagarnas egna bedömningar av psykisk, social och fysisk funktionsnivå. Formuläret är också reducerat från stora frågebatterier men samtidigt mycket väl kontrollerat vad gäller reliabilitet och olika typer av validitet. En särskild fördel är att formuläret är validerat mot ett stort antal väldefinierade symtom och sjukdomar. Dessutom är formuläret standardiserat för både USA och ett antal europeiska länder. Detaljuppgifter om dessa frågor finns i SF-36, Hälsoenkät, manual och tolkningsguide (3).

Vi har gjort statistiska analyser av samvariationen mellan olika oberoende variabler inom fritid, arbete, bakgrund och alla de åtta hälsofaktorerna var för sig samt som summavariabler, de två hälsodimensionerna (psykisk och fysisk), som beroende variabler. De har utförts på material från Halland, Lövgärdet och Älvsborg, och främst gått ut på att testa metodiken och klarlägga allmänna tendenser.

I fortsättningen har vi valt att utnyttja de två sammanfattande hälsodimensionerna psykisk och fysisk hälsa, så att analysen blir något enklare och mera överskådlig. Skulle vi framöver finna anledning att göra detaljanalyser av t ex värk-smärta eller fysisk roll (handikapp) kan vi enkelt göra det.

Figur 1 Åtta hälsodimensioner som de är mätta i SF-36

Hälsomått SF-36	Lägsta möjliga värde (floor)	Högsta möjliga värde (ceiling)
Fysisk funktion (PF)	Mycket begränsad fysisk aktivitetsnivå, inklusive ADL, som att tvätta och klä sig.	Kan utföra alla former av fysisk aktivitet, inklusive de mest ansträngande.
Rollfunktion - fysisk (RP)	Problem med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.	Inga problem med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.
Smärta (BP)	Mycket svår och i mycket hög grad handikappande smärta/värk.	Ingen värk/smärta och inga funktionsinskränkande på grund av värk/smärta
Allmän hälsa (GH)	Värderar sitt hälsotillstånd som dåligt och tror att hälsan kommer att bli sämre.	Värderar hälsan som utmärkt.
Vitalitet (VT)	Känner sig trött och utsliten hela tiden.	Känner sig riktigt pigg och energisk hela tiden.
Social funktion (SF)	Omfattande och ofta förekommande störningar av det normala umgänget i och utanför hemmet på grund av fysisk eller psykisk ohälsa.	Upprätthåller det normala sociala umgänget i och utanför hemmet utan störningar på grund av fysisk eller psykisk ohälsa.
Rollfunktion - emotionell (RE)	Svårigheter att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.	Inga svårigheter med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.
Psykiskt välbefinnande	Känner sig nervös och nedstämd hela tiden.	Känner sig harmonisk, lugn och glad hela tiden.

Var är delstudierna gjorda och hur stora är de?

Tabell 1 Områden och kommuner som ingår i datamaterialet

<i>Kommun</i>	<i>Antal som svarat</i>
Mölndal	1 412
Kungälv	878
Tanum	1 220
Halland	3 582
Skellefteå	542
Lövgärdet	651
Öckerö	291
Härryda	749
Partille	1 072
Älvsborg	875
<i>Summa</i>	<i>11 272</i>

Datainsamling, sampling etc har utförts av SCB eller landstingens utredningsenheter med representativa stickprov ur befolkningen 16-75 år. Undersökningarna har gjorts under åren 1991-94. Fortsatta undersökningar har fyllt på materialet som i skrivande stund omfattar c:a 14 000 personer varav ett stickprov omfattar höga åldrar upp till 92 år. Den genomsnittliga svarsfrekvensen är 68 procent .

Om samvariation, kausalitet och effekter

Fritidsutövandet, liksom arbete, utgör en rätt komplicerad process. Boendemiljö, resurser, uppfostran, behov och motiv, intressen och hinder påverkar utövandets inriktning och frekvens men har givetvis olika effekter, t ex på psykisk och fysisk hälsa, kompetens och utveckling (5). Forskare som studerat denna process har beskrivit den som dynamisk och interaktiv, d v s att

förändringar i en fas kan påverka eller samvariera med flera andra faser i processen. Så t ex kan ökade hinder som en kroppslig skada minska utövande och hälsoeffekter men också påverka anpassning till fritidsmiljöer, motivation och intresse. Hindrens negativa effekter kan minskas genom att ta bort dem men också genom att höja inre motivation eller copingteknik att handskas med hindren (5, 11).

Uppväxtmiljö och exponering via föräldrar anses ha stor betydelse för utveckling av livsstil och livslånga fritidsintressen hos barn. 65-80 procent av vuxna som ägnar sig åt friluftsliv har fått tidig exponering av friluftsliv som små barn. Senare riktad fritidsutbildning får lägre effekt (5, 24).

Dessa egenskaper hos fritidsprocessen innebär bl a

...att 'effekt' kan innebära sluteffekt, t ex förbättrat fysiskt hälsoläge men också att deleffekter kan uppstå i de olika faserna, t ex att anpassning av utrustning för handikappade kan ge bättre behovsanpassning och kanske ökat intresse. Förbättrad fysisk kondition och rörlighet kan givetvis höja kompetens och självförtroende för att delta i nya miljöer och aktiviteter och det blir en utvecklande rundgång i processen (5, 7, 11, 20).

...att grad eller omfattning i de olika faserna kan samvariera utan att någon tydlig kausalitet eller riktning föreligger eller kan uttolkas. Så t ex samvarierar grad av utövande inom naturbaserade fritidsaktiviteter och hälsoläge fysiskt och psykiskt. Resultat av denna typ tolkas vanligen inom hälso- och sjukvården så att naturbaserad fritid utgör frisk- och skyddsfaktorer och en livsstil med inslag av naturbaserad fritid ökar sannolikheten för ett bra hälsoläge eller motståndskraft mot sjukdom. När det gäller intervention kan man då välja att åtgärda den samvarierande fas i processen som är snabbast, billigast eller etiskt mest tilltalande att påverka. Det anses t ex billigare eller mera långsiktigt att idag förbättra handikappades motivation, intresse och coping än att vidta materiella åtgärder som anpassning av fritidsmiljö och utrustning (11).

...att mätningarna av olika delar i processen, t ex motiv, intresse, utövande och hälsovärde kan överlappa och ligga nära kontamination. Kunskapsläget är i själva verket sådant att det saknas data om samvariation och som samtidigt kan utnyttjas vid val av åtgärd. Om vi t ex finner en hög samvariation mellan bedömd fysisk kvalitet (se metod och resultat) och fysiskt hälsoläge enligt SF-36, så talar detta för att bedömningar, t ex från patienters sida av fysisk kvalitet kan utnyttjas som delinformation vid fritidsrådgivning och rehabilitering.

Dessa samvariationer mellan olika delmått i processen och sluteffekter som hälsoläge får ökad betydelse och användbarhet om måtten på hälsoläge är validerade på olika sätt. Som beskrivs på annat håll i denna rapport och i en

rad internationella rapporter om SF-36 så har detta hälsoformulär genomgått en mycket omfattande validering (3, 28).

Om vi bortser från en rad kontroller av reliabilitet och validitet enligt APAs (American Psychological Association) åtta standarder, så har SF-36 genomgått en mängd validitetsprövningar (innehållsvaliditet, kriteriebaserad samtidig och prognostisk, 'discriminant' eller 'known groups validity', konvergent och divergent validitet, 'confirmatory factor analysis', responsiveness or sensitivity to change, norm - based interpretation and cross - cultural applicability).

Detta innebär att data från SF-36 samvarierar med olika symtom och diagnosgrupper inom sjukvården och med olika förändringar i hälsolägen orsakade av olika insatser inom hälso- och sjukvården. Vi kan på detta sätt utveckla en lång kedja av relaterade, samvarierande beteenden och miljöer i och utanför fritidsprocessen.

Fritidens betydelse för hälsa och livskvalitet

För att bedöma fritidens betydelse gör vi flera olika analyser. Metod: SAS' program för stegvis regressionsanalys. Det har använts i tidigare studier och i jämförbara utländska studier (1).

Nöjdmätningar

Modell

Tabell 2 Modell för regressionsanalysen

<i>Nöjd med ...</i>	Skalvärde		
	Högst	Lägst	
Arbete	1	7	
Boende	1	7	
Ekonomi	1	7	
Fritid	1	7	
Hälsa	1	7	
Umgänge	1	7	
<i>Nöjd totalt</i>	1	7	Beroende variabel

← Oberoende variabler

Översiktligt resultat

Tabell 3 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler (urval N=7 901, alla som besvarat samtliga frågor)

<i>Alternativ</i>	R^2
Fritid	0,36
Umgänge	0,35
Hälsa	0,34
Ekonomi	0,22
Arbete	0,18
Boende	0,16

R^2 är variansmått som motsvarar förklarad varians i procent av totala variansen i den beroende variabeln, här 'nöjd totalt'. Värdet 0,36 för fritid motsvarar en korrelation mellan nöjd med fritiden och nöjd totalt på 0,60. Steg två i regressionsanalysen kombinerar två komponenter. Fritid går in högst. Fritid + hälsa förklarar 49 procent. Fritid + umgänge förklarar 44 procent av variansen i nöjd totalt. I regressionsanalysens steg tre kombineras alla komponenter. $R^2=0,59$. Dvs alla bedömningarna tillsammans förklarar 59 procent av skillnaderna i hur nöjda deltagarna är totalt. Liknande resultat har erhållits i andra studier. Tate (1984) fick i en liknande studie totalt förklarad varians på 60 procent. "Leisure satisfaction had the greatest impact on life satisfaction (0,38) and the least impact was that of job satisfaction" (s. 254) (29).

Regression med alla komponenter exklusive arbete

Resultatet är mycket lika det föregående med fritid och hälsa båda $R^2=0,38$, umgänge 0,33, ekonomi 0,20 och boende 0,16. Total förklarad varians för alla fem, $R^2=0,59$, $n=10\ 711$.

Tabell 4 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för yngre förvärvsarbetande och äldre

Steg 1	<i>kvinnor -25år</i> R^2	<i>män -25år</i> R^2	<i>kvinnor 65-</i> R^2	<i>män 65-</i> R^2
Hälsa	0,44	0,39	0,52	0,55
Fritid	0,36	0,39	0,44	0,39
Umgänge	0,35	0,37	0,27	0,30
Ekonomi	0,25	0,18	0,20	0,26
Arbete	0,21	0,17	-	-
Boende	0,18	0,11	0,17	0,17
<i>Totalt</i>	<i>0,64</i>	<i>0,63</i>	<i>0,64</i>	<i>0,68</i>

Vi kan se att fritiden hela tiden får högre värde än arbete, boende och ekonomi. En mera detaljerad analys av könsskillnaderna över alla åldrar som utförts för SOU 96:3 visar ett något högre förklaringsvärde för kvinnor än för män (20).

Tabell 5 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för arbetslösa och förtidspensionärer

Steg 1	R^2 arbetslösa (n=362)			R^2 förtidspensionärer (n=400)		
	Totalt	<i>kv.(45-)</i>	<i>män(45-)</i>	totalt	<i>kv.(45-)</i>	<i>män(45-)</i>
Fritid	0,44	0,44	0,33	0,38	0,32	0,41
Umgänge	0,41	0,39	0,04	0,26	0,28	0,28
Hälsa	0,34	0,33	0,18	0,45	0,33	0,56
Ekonomi	0,22	0,32	0,38	0,16	0,07	0,27
Boende	0,16	0,31	0,16	0,12	0,07	0,18
<i>Totalt</i>	<i>0,62</i>	<i>0,63</i>	<i>0,61</i>	<i>0,59</i>	<i>0,52</i>	<i>0,67</i>

Tabell 6 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för ensamstående, arbetslösa kvinnor med barn (n=243)

fritid	0,33
umgänge	0,31
hälsa	0,26
ekonomi	0,25
boende	0,19
totalt	0,53

Värdena i 4 och 5 visar att fritiden får ökad betydelse för personer utan arbete eller som har andra hinder t ex handikapp eller svag ekonomi.

Personer med lågt hälsoläge, fysiskt eller psykiskt

Två grupper har valts ut, Q1, dvs 25 procent med lägst hälsoläge enligt SF-36 summaindex för dels fysiskt hälsoläge (5.1), dels psykiskt hälsoläge (5.2). Detta urval har gjorts utifrån WHO's önskemål om prioritering inom hälsovård av de 25 procent inom befolkningen med sämst hälsoläge. Urval för förvärvsarbete n=1 535, ej förvärvsarbete n=750. Q1 25 procent med lägst hälsoläge, fysiskt summaindex (SF-36) tabell 7 och psykiskt summaindex tabell 8.

Tabell 7 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för personer med lågt fysiskt summaindex (Q1)

<i>Steg 1</i>	<i>Förvärvsarb. R²</i>	<i>Ej förvärvsarb. R²</i>
Hälsa	0,35	0,40
Umgänge	0,34	0,28
Fritid	0,33	0,37
Ekonomi	0,23	0,20
Boende	0,17	0,15
Arbete	0,14	-
<i>Totalt</i>	<i>0,58</i>	<i>0,58</i>

Tabell 8 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för personer med lågt psykiskt summaindex (Q1)

<i>Steg 1</i>	<i>förvärsarb. R²</i>	<i>ej förvärsarb. R²</i>
Fritid	0,28	0,35
Umgänge	0,28	0,29
Hälsa	0,28	0,32
Ekonomi	0,16	0,10
Boende	0,15	0,16
Arbete	0,09	-
<i>Totalt</i>	<i>0,52</i>	<i>0,57</i>

Dessa analyser har även utförts på materialen från Lövgärdet och Älvsborg för sig (10). Resultatet blir detsamma: högt förklaringsvärde för fritid, umgänge och hälsa, lägre förklaringsvärde för arbete, boende och ekonomi då nöjd med tillvaron totalt utgjort beroende variabel.

Älvsborg och Lövgärdet är intressanta att jämföra eftersom de utgör var sin extrem på segregationsskalan för olika stadsdelar i Göteborg. Lövgärdet har mera utbredd ohälsa, hög dödlighet, högre vårdkonsumtion och arbetslöshet. Vi vet från tidigare studier av hindrade och eftersatta grupper att fritidens betydelse ökar och arbetets minskar (1). Resultatet går i denna riktning. Fritiden får störst förklaringsvärde i båda SDN, men högre i Lövgärdet (10).

Regressionsanalys av de olika nöjdmåtten mot SF-36 hälsofaktorer (totalmaterial, n=8 285)

Här kan samvariation studeras mellan SF-36 åtta hälsofaktorer och de olika nöjdmåtten. (Citat ur manualen för SF-36 (3)) "Höga värden på välbefinnandeskalorna VT (vitalitet) och MH (psykisk hälsa) samvarierade främst med positiva skattningar av tillfredsställelsen med fritiden och umgänget. Även social funktion samvarierade tyngst med fritids- och umgängesskattningarna. Allmän hälsa (GH) korrelerade starkast med skattningen av fritiden. För tillfredsställelsen med boende och ekonomi noterades svaga samband ($r < 0,36$)

medan korrelationerna för 'arbete' var något mer betydande för VT och MH" (s 9.15-9.16 i manualen). För exakta värden se tabell, sidan 9.16 (3).

Analyserna av samvariation kan påvisa nya sätt att betona åtgärder. Om vi t ex finner hög samvariation mellan social funktion enligt SF-36 och bedömningar inom fritiden av umgängets kvalitet, nöjd med fritiden, kan vi anta att insatser inom fritidens del av socialt stöd och umgänge kan bli betydelsefulla. Nya rön om fritidsumgängets betydelse pekar på att det är lättare att utveckla bra hälsobefrämjande socialt stöd inom fritiden än inom arbetet (6).

Analysen ovan syftar till att ge en generell bild av fritidens relativa betydelse. I kommande avsnitt redovisas resultat som ger en mera nyanserad bild av olika grupper, med varierande resurs- och hälsoläge.

Att vi valt denna typ av analys hänger delvis samman med att WHO givit högsta prioritet åt hälsobegreppen 'upplevd allmän hälsa' och välbefinnandelivskvalitet. De används synonymt. Måtten vi använder anknyter till denna syn på hälsa. I WHO:s Sundsvallsdokument betonas 'stödjande miljöer' för utveckling av folkhälsan, dock utan att precisera tydligt vilka miljöer som är viktiga (5).

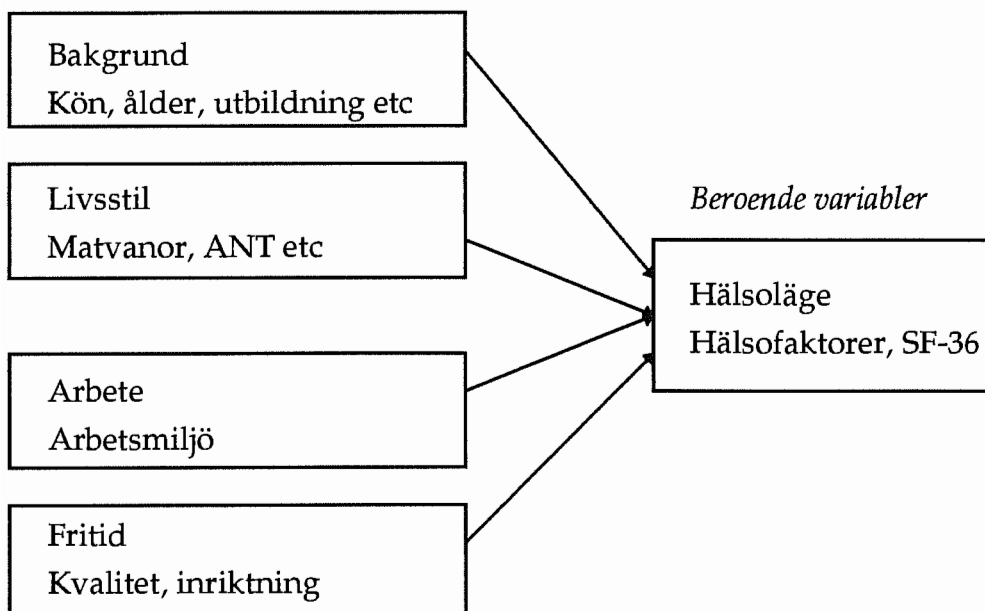
Våra resultat om fritidens stora betydelse ger stöd för en ny syn på stödjande miljöer, där invånarnas fritid (inriktning och kvalitet) bör få hög prioritet. I skrifter från Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet om folkhälsoarbete nämns vanligen inte fritidssektorn (5, 10). Utländsk forskning ger starkt stöd för en ny syn och ökad satsning på området hälsa-fritid. Detta gäller alla grupper, men speciellt dem som behöver råd, stöd och omsorg (9, 6, 20). Så t ex framhåller utländska kvinnoforskare i rapporter från 1992-95, att fritid-rekreation har så stor, och i praktiken underskattad, betydelse att en ny syn är befogad (20).

Regressionsanalys av totalmängden oberoende variabler mot SF-36

Den statistiska analysen har innefattat bakgrundsvariabler (kön, ålder etc), livsstil (som matvanor, rökning, alkohol), arbetsmiljöinnehåll samt fritidens kvalitet och inriktning.

Figur 2 Total regressionsanalys

Oberoende variabler



Analysen har gjorts på två material; Halland och Lövgärdet (10, 13). Eftersom analysen genomförts tidigare och publicerats i tidigare rapporter citerar vi sammanfattningarna av resultaten:

Lövgärdet (stadsdel i Göteborg)

'Analysen visar att av alla dessa faktorer är fritidens kvalitet och fysiska aktivitetsnivå högst värderad. Arbetsmiljöfaktorerna är av viss betydelse, men i mindre omfattning än fritidsfaktorerna.' (10).

Halland

'En rad analyser av materialet visar att fritidens kvalitet och inriktning har hög samvariation med skillnader i hälsa enligt SF-36.

Denna samvariation är högst och högre än för bakgrundsvariablerna som ålder, kön, utbildning och livsstilsfaktorer som matvanor, rökning och liknande. Även arbetsmiljöfaktorerna samvarierar lägre än fritidsfaktorerna.' (13).

Om olika fritidsaktiviteters hälsovärde

Aktivitetsfaktorernas hälsovärde för 12 olika grupper

Välbefinnande och livskvalitet utgör WHO's övergripande hälsobegrepp (5). Mätningen av dem måste också gå via den egna upplevelsen och bedömningen.

Vi har utgått från denna WHO-princip både i val av instrument för att mäta olika aspekter av hälsa (SF-36) och vid mätning av olika fritidsaktiviteters hälsovärde.

Deltagarna har valt ut den eller de aktivitetstyper som är av särskilt positiv betydelse för deras välbefinnande (hur de mår), dvs för hälsa och livskvalitet. Man kan också uttrycka det så att deltagarna pekar ut sina viktiga friskfaktorer eller stödjande miljöer.

Vi redovisar några samlingstabeller med procenttal, dvs antal i urvalet som markerat aktivitetstypen i fråga.

Tanken är också att bedömningen av hälsovärde representerar hög inre motivation och starkt, riktat intresse hos deltagarna. Denna kunskap, t ex om deltagarna i ett hälsoprogram, kan användas för att välja ut anpassade aktiviteter och miljöer. Detta är ett arbetssätt som används i nordamerikansk verksamhet inom 'leisure education' och 'therapeutic recreation' för olika vårdgrupper och i lokalt folkhälsoarbete (5, 11).

Tabell 9 Aktivitetsfaktorernas hälsovärde för olika grupper (siffrorna anger andel - i procent - av deltagarna som markerat aktiviteter som har särskild betydelse för deras välbefinnande - hur de mår).

	Totalt	Arbetslösa			Förväru- arbetande			Förtids- pension			Pensio- onär			Ek. situation		Ens.kv.		
		lösa	379	6888	451	1236	1478	1766	Män	Kv	45- år	45- år	45- år	45- år	45- år	45- år	45- år	45- år
Fritidsliv	61	58	65	57	57	53	65	59	71	58	26	52						
Trädgård	52	44	60	5	59	67	62	69	65	24	17	68						
Djur	26	31	26	28	14	31	24	18	25	37	4	9						
Kultur	31	24	32	22	21	32	30	21	33	38	-	49						
TV, Video, bio	51	60	46	50	49	59	46	46	44	66	5	18						
Föreningsliv	11	7	11	12	16	10	14	15	14	9	3	5						
Motionsidrott	28	27	32	6	6	27	25	21	15	32	15	14						
Anläggningsidrott	8	10	7	0	0	10	5	3	0	7	2	0						
Bad, båt, segling	35	38	39	23	18	31	34	34	30	36	3	4						
Fiske, jakt, skytte	15	17	16	11	9	16	13	20	3	9	5	3						
Hobby	32	38	33	31	34	31	35	18	45	27	2	19						
Musik	40	44	37	31	28	44	36	27	37	63	3	17						
Religiösa aktiviteter	8	7	6	7	12	7	11	6	12	11	1	7						
Nöjen	30	38	29	10	8	40	21	13	15	55	2	4						
Bollspel	19	23	19	4	4	18	15	17	6	24	4	6						
Idrottsåskådare	14	13	15	13	11	14	13	19	7	17	1	2						
Umgänge	80	81	83	72	70	78	80	70	83	84	7	96						
Bingo, tips, trav	12	16	11	25	16	14	12	18	12	7	1	7						

Ålders- och könsskillnader

Tabell 10 Aktivitetsfaktorers hälsovärde för olika åldersgrupper (i procent) (n=7 471)

	-24	25-44	45-64	65-
1	40	66	68	56
2	15	57	69	59
3	33	26	25	14
4	30	33	29	21
5	70	46	44	48
6	7	10	13	16
7	36	34	22	6
8	23	7	2	0
9	36	38	36	19
10	19	16	13	9
11	27	35	31	35
12	61	37	33	28
13	11	6	8	12
14	60	31	16	9
15	35	18	14	4
16	18	13	13	11
17	79	84	79	69
18	9	11	14	17

Av tabellen framgår att rätt många aktiviteter (här prioriterade för sitt hälsovärde) är åldersstabila, framför allt från 25 år. Exempel på detta är friluftsliv, trädgård, kultur, TV, hobby, umgänge.

Resultaten är både tydliga och stabila. Vi har granskat värden för olika regioner och delgrupper och funnit en slående likhet i de allmänna tendenserna, t ex för höga och låga frekvenser. Naturbaserade aktiviteter som friluftsliv och trädgård samt gemenskap med släkt och vänner kommer alltid högt. Föreningsliv, anläggningsidrott och religiösa aktiviteter kommer alltid lågt.

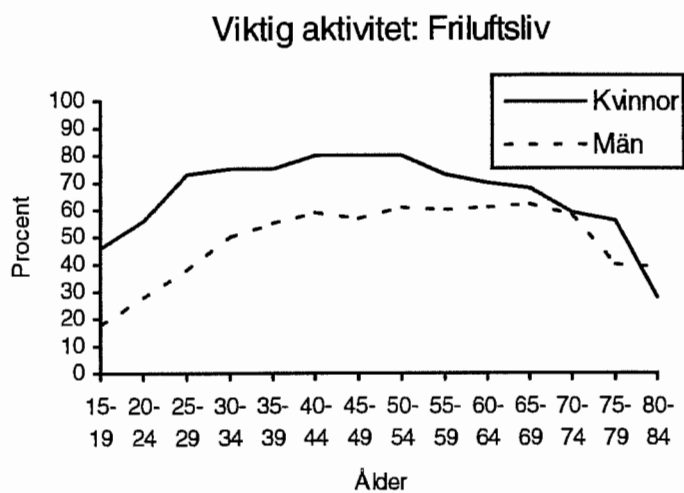
En del minskar kraftigt i frekvens över ålder, t ex motion, idrott, musik - nöjen, bollspel. Framför allt tycks aktiviteter som ställer mer än optimala krav

på utövaren minska. De här tendenserna kan förstärkas eller minskas för olika grupper. Så t ex sjunker frekvensen mycket kraftigare över ålder i segregerade områden som Lövgärdet, när det gäller aktiviteterna motion, idrott, nöjen och bollspel (se s 19 i referens 10).

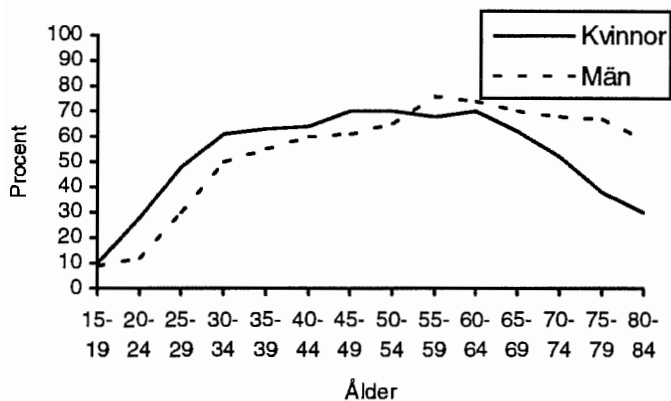
Kvinnoforskningen inom fritidssektorn har visat att små stickprov, samman-
slagna grupper och grova statistiska mått som medelvärden, kan dölja viktiga skillnader t ex mellan könen och mellan olika åldersgrupper (20, 21, 22).

Eftersom vi har tillgång till ett stort statistiskt material kan vi analysera problemet närmare. Vi väljer då att ta fram ålderskurvor för de båda könen separat angående aktivitetsfaktorernas hälsovärde. Följande fem exempel visar på köns- och åldersskillnader som är betydande och viktiga för synen på jämställdhet, fördelningspolitik och satsningar på olika riskgrupper. Resultaten ger ett förbättrat underlag när det gäller inriktade satsningar, t ex för att förbättra kvinnors situation eller att prioritera aktiviteter som bedöms ha högt hälsovärde av många.

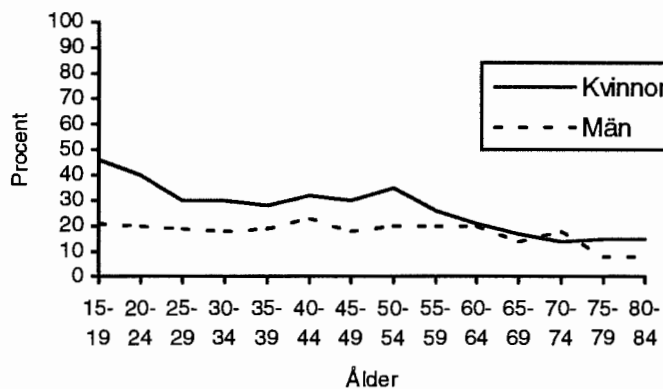
Figur 3 Aktivitetsfaktorernas hälsovärde för kön och ålder



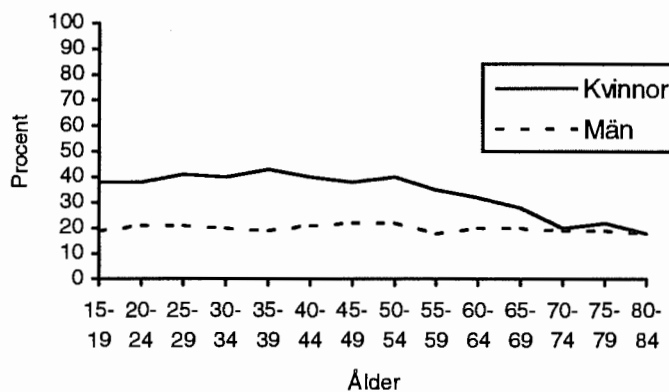
Viktig aktivitet: Trädgård, hus & hem



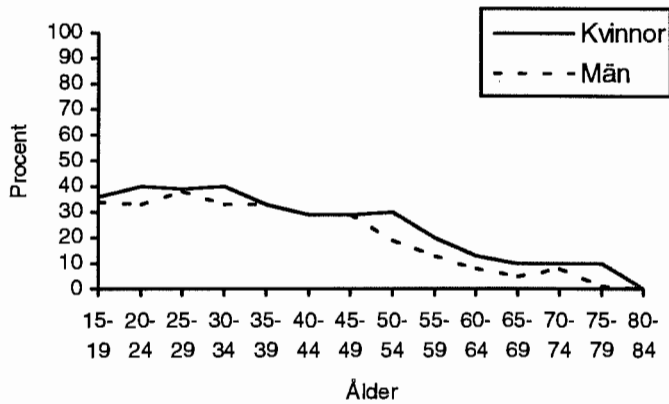
Viktig aktivitet: Djur



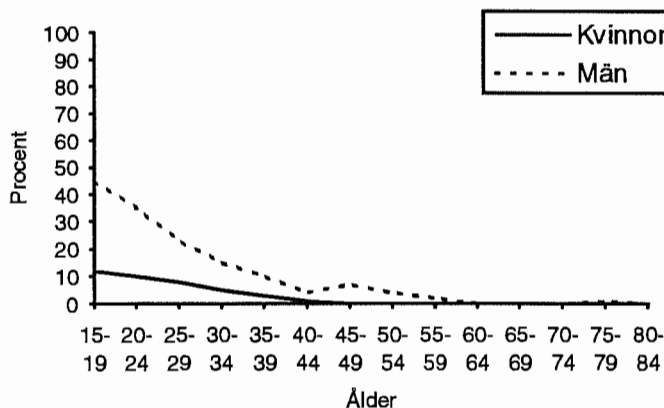
Viktig aktivitet: Kultur



Viktig aktivitet: Motionsidrott



Viktig aktivitet: Anläggningsidrott



När vi får denna detaljerade information är det uppenbart att t ex medelvärden för kvinnor + män eller för alla åldrar, lätt kan dölja viktiga skillnader eller förändringar.

Hälsovärdena kan också användas i en mängd analyser för att få fram underlag för riktat folkhälsoarbete. Vi kan t ex ta fram värden för kvinnor 45-år med hög sjukvårdskonsumtion eller kvinnor i segregerade boendemiljöer. En sådan analys finns i Lövgärdetrappporten. Den visar att kvinnorna där betonar friluftsliv, kultur, musik, TV, umgänge och hobby (43-81 procent). Föreningsliv, anläggningsidrott, fiske-jakt och bollspel kommer extremt lågt (3-7 procent) (10).

Analysen blir än mera intressant och användbar när vi samkör olika variabler, t ex aktivitetsprofilen för personer med lågt psykiskt, socialt eller fysiskt hälsoläge, långtidssjukskrivna, arbetslösa eller pensionärer med lågt socialt stöd.

fysiskt hälsoläge, långtidssjukskrivna, arbetslösa eller pensionärer med lågt socialt stöd.

Går vi till yngre kvinnor med tungt vårdansvar, t ex ensamstående mödrar som har handikappat barn, blir profilen för hälsovärde delvis annorlunda med bl a ökat inslag av djur och motion. Djur t ex får dubbelt så högt hälsovärde som kultur för en del av dessa grupper (20).

De här analyserna får också större relevans och användbarhet när vi kan göra kopplingar till olika hälsoeffekter. Så t ex vet vi från geriatrisk forskning (H 70 m fl) att social isolering hos äldre, framför allt män, ger ökad risk för försämrade muskel- och skelettfunktion, sänkt immunförsvar och ökat vårdbehov (12).

Om man t ex inom kommunal hälsoverksamhet vill satsa på ökad fysisk och social aktivitet eller stimulans hos äldre vet vi att friluftsliv och umgänge toppar och att trädgård, kultur, hobby och musik kommer högt. Sedan får man välja ut aktiviteter som ger den stimulans som åsyftas. Det kan t ex vara svårt att skapa tillräcklig fysisk stimulans inom kultur, hobby och musik.

Passiv eller aktiv livsstil inom fritiden

Ny forskning betonar den passiva livsstilens negativa hälsoeffekter

Livsstilen inom fritiden har uppmärksammats i ökande grad inom forskningen (6, 7). Skälen är många. Bl a har livsstilen - t ex matvanor, ANT och motion - växt till den dominerande orsaken till upplevd ohälsa, sjukdom och för tidig död (5, 6).

Aktivitetsteorin, som hävdar att organismen måste vara regelbundet psykiskt och fysiskt aktiv för att fungera bra, har fått ökat stöd genom Diamonds neurologiskt baserade tes 'use it or lose it' som innebär att nervsystemet får försämrad funktion om man är fysiskt, psykiskt eller socialt passiv eller understimulerad (7). Aktivitetsteorin har utvecklats på flera sätt, dels formulerat i miljötermer som stimulans, dels som optimal aktivitet. Det senare innebär att vi mår bäst av optimal (lagom) aktivitetsnivå och således sämre eller dåligt av för låg eller för hög nivå (6, 9). Detta fenomen är t ex tydligt när det gäller fysisk aktivitetsnivå som skydd mot hjärt-kärlsjukdomar (12).

Även om överstimulering eller för hög aktivitetsnivå, t ex fysiskt inom idrott, är en viktig hälsofråga så har forskningen varit i huvudsak inriktad på passivitet eller lågstimulering. En rad studier visar att låg aktivitetsnivå, passiv livsstil, har stor betydelse när det gäller lågt psykiskt, fysiskt och socialt hälsoläge samt för ökade kostnader inom sjukvård och omsorg (7, 9).

Stora grupper har för låg fysisk aktivitetsnivå inom arbete (85 procent) och fritid (80-90 procent av äldre) (6, 12). Kraftig försämring av social stimulans, t ex anhörigs död hos äldre, ger hos många livskortande försämring av immunförsvaret, försämrad skelettfunktion p g a passivering och ökad medicinering. Många handikappade får sänkt hälsoläge på grund av passiv livsstil och passiverande miljö, t ex gruppboende (11, 12).

Personer med passiv, lågstimulerande livsstil har svårt att klara sin egen hälsa. Det har visat sig att denna grupp orsakar samhället rätt stora kostnader för vård och omsorg, större än gruppen rökare (9, 6).

Försök med intervention via fritidsaktiviteter, s k Therapeutic Recreation (TR), Leisure Education (LE) och Counseling påvisar stora positiva effekter (9).

Nordamerikansk handikappomsorg inom TR och LE påvisar positiva allsidiga hälsoeffekter (11).

Aktivering av fysiskt passiva med aktiviteter som promenader och trädgård minskar risken för stroke med 33-50 procent (6). Fysisk aktivering av passiva äldre minskar drastiskt risk för diabetes (NIDDM) och benskörhet. Om denna passiva grupp (50 procent av pensionärerna är extremt passiva) skulle delta regelbundet i fysiska aktiviteter skulle hälsokostnaderna för gruppen minska med 1/3 (6, 7).

Försök med social aktivering (skyddsfaktor) av socialt passiva minskar t ex effekterna av stress och ökad psykisk stimulans med naturbaserade aktiviteter dämpar depression och ångest hos passiva (5, 6).

Aktivering av passiva, t ex fysiskt med ökad syreupptagning genom promenader och psykiskt med mer positiv sinnesstämning visas i biokemiskt inriktad fritidsforskning ge positiva effekter på ACTH, β -endorfiner, cortisol och effekter på hypotalamus med minskning av stress- och ångestreaktioner. De senare effekterna är av samma typ som uppkommer vid intag av psykofarmaka, f a benzodiazepiner som valium eller vid behandling med psykoterapi (6, 8). Kostnaderna blir mindre liksom bieffekterna.

Olika sätt att analysera aktiv/passiv fritid

Dessa i huvudsak utländska forskningsresultat pekar på vikten av att analysera inslag av passiv livsstil hos olika grupper i materialet.

Med den typ av material vi har kan vi kombinera olika hälsorelaterade aktiviteter till summavariabler som belyser fysisk, psykisk och social passivitet i livsstilen hos olika relevanta grupper.

Det finns flera sätt att gruppera olika aktivitetsfaktorer för att analysera passivitet/aktivitet. Utgångspunkten i datamaterialet är deltagarens egna bedömningar av aktiviteternas hälsovärde.

Gruppera smala aktiviteter som har tydliga inslag av fysisk stimulans, t ex motion, bollspel; psykisk stimulans, t ex kultur eller social stimulans, t ex umgänge

Gruppera aktiviteter som är breda och som ger både psykisk, fysisk och social stimulans, t ex friluftsliv.

Gruppera aktiviteter som ofta är lågstimulerande, brett eller smalt, t ex TV, spel (se analys nästa sida).

Motivanalys ger underlag för gruppering av aktivitetsfaktorer

För att få större precision i bedömning och gruppering av aktivitetsfaktorerna utgår vi från de motivanalys som utförts tidigare. Dessa visar tydligt vilken typ av stimulans aktiviteterna kan ge.

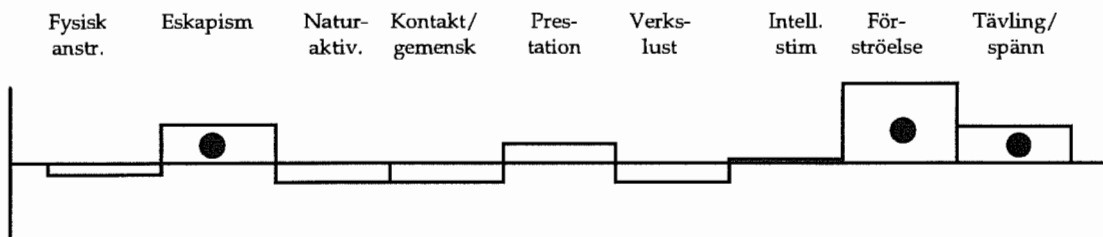
Analysen med nio olika motiva-faktorer visar i följande exempel tydliga skillnader.

Exempel TV och djur

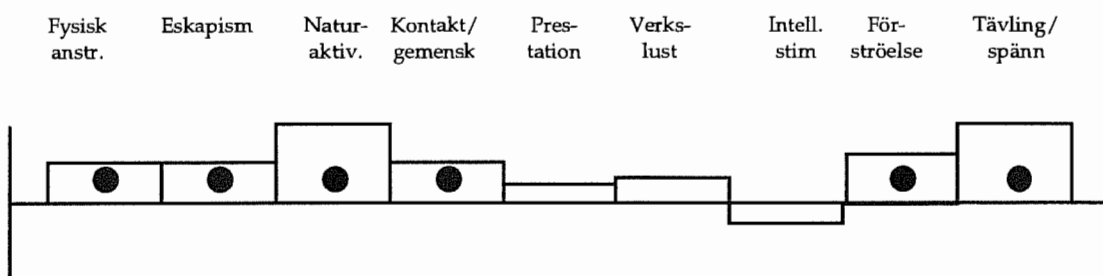
Analysen och grupperingar har gjorts på flera delmaterial och med något varierande gruppering, för att pröva metodiken (1).

Figur 4 Motivanalys av två aktivitetsfaktorer

TV



Djuraktiviteter



Motivprofiler för TV-tittande och sällskapsdjur. Staplar med prick anger motiv som aktiviteter speciellt tillfredsställer (signifikant utslag). Motiva-faktorerna är reducerade med faktoranalys enligt sedvanlig psykometrisk teknik (1).

Dessa motivanalys som gjorts på samtliga aktivitetsfaktorer förtydligar att vissa aktiviteter ger bred, allsidig, psykisk, fysisk och social stimulans. Detta

gäller framför allt de naturbaserade. Andra, som TV och kultur, begränsar sig framför allt till psykisk stimulans och är därmed fysiskt och socialt passiva till sitt innehåll.

Hälsovärde och allsidig aktivering

Hur ser aktivitetsfaktorer med höga och låga hälsovärden ut, med avseende på aktivt-passivt innehåll?

Här kan vi direkt se i tabellen sid 31 att de naturbaserade aktiviteterna dominerar klart. Samtidigt vet vi från motivanalyser att de ger en bred allsidig aktivering, både psykiskt, fysiskt och socialt (1). Se också profilen för djur ovan.

Flera andra tendenser kan utläsas, som att aktiviteter med extremt hög aktivitetsnivå (>optimal) t ex anläggningsidrott får låg frekvens jämfört med mera optimala som friluftsliv och motion.

Smala aktiviteter som kultur och gemenskap får rätt höga frekvenser, speciellt för grupper som äldre och kvinnor. Här kan vi anta att dessa aktiviteter tillsammans med fysiska aktiviteter som t ex hushållsarbete ger allsidig stimulans. Nu är tyvärr facit den att cirka 50 procent av gruppen äldre är fysiskt passiv (5).

Aktivitetsförändring och ålder

Disengagementteorin, som hävdar att människan generellt blir mera passiv i högre ålder, bygger på en demografisk analys av förändringar i aktivitetsnivåer med stigande ålder. Selektivt stöd för en sådan beskrivning finner vi i våra material om vi väljer ut ålders känsliga aktiviteter som motion, idrott, bollspel och nöjen (se tabell och ålderskurvor).

Om vi delar in frekvenserna i åldrarna -24, 25-44, 45-64, 65-, så kan vi se i tabellen över aktiviteters hälsovärde i olika åldrar att aktiviteter som motion, idrott, bollspel, nöjen och musik minskar i frekvens kraftigt över ålder. Andra aktiviteter som friluftsliv, trädgård, hobby och umgänge är däremot åldersstabila.

Det går att tolka dessa nya resultat på flera sätt. Några är:

En del aktiviteter är känsliga för prestationsnivå, framför allt fysiskt, t ex idrott, bollspel.

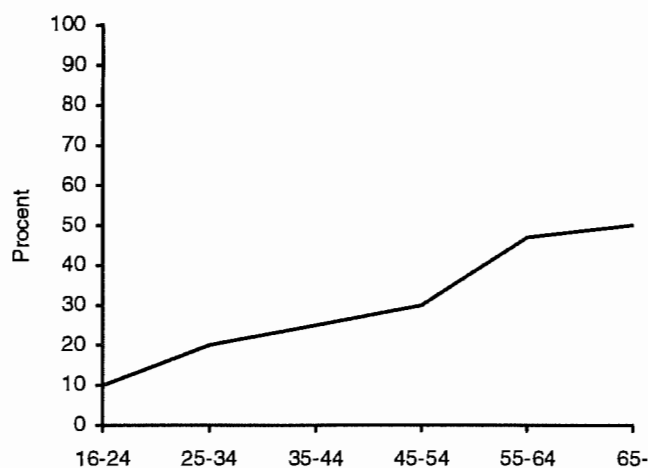
Andra aktiviteter fungerar bra med minimikrav på psykisk, fysisk och social kompetens som de allra flesta i befolkningen har, t ex friluftsliv och hobbies.

Utövarens behov och motiv kommer i konflikt med samhället eller organisationen. Så t ex får de flesta (>90 procent) 15-åringar sluta med ishockey då föreningen eller kommunen satsar på elitverksamheten.

Utövaren kommer i konflikt med en ny familje- eller arbetsroll. Så t ex förändrar många kvinnor sitt utövande under småbarnstiden till aktiviteter i och nära hemmet, t ex från ridning till läsa, sällskapsdjur, radio och TV. Kvinnor ändrar sig mycket och män relativt lite (1, 20).

Förändring i utövande hänger samman med åldersförändring i behov, förmåga och motiv (24). Frekvensen för personer med starka basmotiv ändrar sig på olika sätt (1). Så t ex kan vi se i figuren nedan att antalet personer som prioriterar kontakt med naturen ökar med stigande ålder, vilket kan förtydliga det stabila och omfattande intresset för naturbaserad fritid i högre åldrar.

Figur 5 Motiv naturkontakt



Ser vi till den omfattande nordamerikanska forskningen inom fritidens åldersförändringar så har en successiv förändring skett när det gäller totalbilden. Så t ex fann Gordon och Gaitz att andelen med en aktiv livsstil inom fritiden minskade från 80 procent för åldern 20-29 år till 20 procent i åldern 79-94 (27). Men bilden förändras när olika typer av aktiviteter tas med och inte bara högaktiva fysiska. Det visar sig då bl a att ungefär hälften av äldres aktiviteter är stabila sedan barndomen (2/3 gäller för naturbaserade aktiviteter) och resten är nya (5, 10). Förändringar inom aktiviteter, t ex gemenskap, sker mer i

avseende var man är tillsammans än hur. Fler aktiviteter sker hemma. Förändringar till passivitet och understimulering sker främst inom den fysiska sektorn med utveckling av en rad riskfaktorer. Sedan finns det givetvis grupper som utvecklar passiva livsstilar även på det psykiska och sociala planet av olika skäl (24).

Analys med index för aktiv/passiv livsstil

Analyserna av olika aktiviteters innehåll, bredd (grad av allsidig stimulans) och motivanalyserna har använts för att bilda två grupper från 18-listan (sid 31) över aktivitetsfaktorer.

Tabell 11 Indelning i passiva och aktiva faktorer

Aktiva	1	2	3	7	8	9	10	15
Passiva	5	12	14	16	18			

I Lövgärdet fann vi att arbetslösa, grupper som önskar hjälp med hälsan, 25 procent med lägst hälsoläge (SF-36), rökare, hade en mera passiv livsstil med mer av TV, spel, musik, kultur (fysiskt passiv) och mindre av naturbaserad fritid och motion än invånarna i stadsdelen Älvsborg (10).

Vid analyser av grupper i det stora materialet ser vi liknande tendenser, t ex Nöjda med ekonomin (n=1 586) markerar fler aktiva intressen i 18-skalan än missnöjda.

Antalet aktiva intressen är närmast konstant över ålder till perioden efter 65 år då snittet sjunker från 2,5 till 1,7. Däremot är antalet passiva intressen konstant efter 25 år. Tendensen är lika för kvinnor och män.

Förtidspensionerade kvinnor (45-) är långt mer passiva än motsvarande grupp arbetande. Antalet aktiva intressen är halverat medan antalet passiva är lika. Denna skillnad har vi inte för män. Där minskar antalet aktiva intressen något medan passiva ökar kraftigt.

Ekonomiska aspekter på samspelet fritid - hälsa

Om kunskapsläge och WHO:s rekommendationer

Forskning om ekonomiska frågor inom fritiden har varit mycket begränsad. Verksamheter t ex inom kommunerna har liksom inom socialtjänst, psykvård och liknande inte underordnats utvärdering eller effektivitetskontroll där relativa kostnader och effektivitet beaktas (14). Verksamheten har inte varit professionell i internationell mening. Kommunförbundet och en del kommuner har gjort analyser av till vilka aktiviteter de kommunala bidragen går. Man fann i början på 80-talet att 80 procent gick till anläggningsidrott. På senare år har denna siffra vuxit till 90 procent. Man fann också att huvuddelen av dessa resurser gick till gruppen yngre män med i övrigt goda resurser.

SCB och Blomdahl har visat att det finns olika socioekonomiska skillnader inom fritidsutövandet, stora t ex inom idrott eller kultur och små eller inga inom naturbaserade aktiviteter som sportfiske och jakt (4).

Dessa resultat har tydligen inte påverkat fördelningpolitiken i kommunerna. Andra demografiska och effektinriktade kunskaper behövs för att utveckla verksamheten.

Inom den internationella forskningen och debatten finns en del perspektiv som är av intresse för analysen av fritid-hälsa-ekonomi.

Enligt WHO är utvecklingen inom hälsoområdet i västvärlden ohållbar. Kostnader för sent insatta åtgärder, som traditionell sjukvård ofta utgör, är för stora och ökar dessutom mycket. Satsningen på förebyggande verksamhet, friskfaktorer, livsstil, stödjande miljöer, måste öka för att få ner kostnaderna. Dessutom betonas att dessa satsningar, för att bli effektiva, i huvudsak måste ske utanför sjukvården (5, 19).

WHO:s rekommendation kan analyseras på flera sätt i bearbetningen av vårt datamaterial.

Analys

I det följande görs ett antal analyser av intressanta undergrupper:

- jämförelse av dem som svarat att de *behöver hjälp eller information* angående sin hälsa (svarsalt. 4-5) med dem som *inte vill ha hjälp*. Jämförelsen görs av aktivitetsmönster (18-listan) och fritidens psykiska, fysiska och sociala kvalitet.
- personer med *hög konsumtion av sjukvård och omsorg*. Här analyserar vi kvinnor 45 år och äldre, arbetslösa, förtidspensionärer, personer med lågt hälsoläge, ensamstående kvinnor med barn samt rökare/snusare.
- *personer missnöjda med sin ekonomi*. (Skalsteg 1-2 av 7) på nöjdskalan.

Analysen görs av nöjdmått och aktivitetsmönster enligt följande.

- analys av nöjdmått, bl a fritidens betydelse
- samvariation med 'nöjd hälsa' och 'nöjd totalt'
- hälsoprofiler för grupperna nöjda med hälsan samt missnöjda med ekonomin.

Vi har också jämfört grupper med aktiv och passiv livsstil psykiskt, socialt och fysiskt. Det kan vara intressant att komma fram en bit här eftersom nya studier hävdar att personer med passiv livsstil drar höga vårdkostnader, högre än rökare men lägre än personer med hög alkoholkonsumtion (7, 6).

Till sist görs en jämförelse av samhällskostnader och hälsovärde för olika fritidsaktiviteter. Vi vet från tidigare analyser att ekonomi går in med ett relativt lågt förklaringsvärde i nöjdanalyserna - i alla fall i jämförelse med fritid och umgänge. Men det är intressant att nyansera bilden och studera ekonomins roll i sammanhanget, både på individnivå och på samhällsnivå.

Skillnader i aktivitetsmönster

Jämförelse av aktivitetsmönster mellan dem som vill och dem som inte vill ha hjälp med sin hälsa. I detta fallet används endast Lövgärdesmaterialet. *Ha hjälpgruppen* är påtagligt mer inriktad på fysiskt passiva aktiviteter än gruppen som inte vill ha hjälp. Summan kultur + musik är fördubblad hos *ha hjälpgruppen* (55 mot 26 procent), TV och åskådare på idrott är (52 mot 32 procent). Ingen i hjälpgruppen anger regelbundna fysiska aktiviteter och är mindre inriktade på naturbaserade aktiviteter.

När det gäller skillnader i fritidens kvalitet mellan grupperna finner vi rätt stora skillnader. 'Hjälpggruppen' visar lägre kvalitetstal i jämförelse med 'icke hjälpggruppen' både psykiskt (13 mot 33 procent) socialt (20 mot 30 procent) och fysiskt (3 mot 19 procent) i jämförelse med 'icke hjälpggruppen'. En dominerande del av hjälpggruppen, 82 procent, anger bristande kvalitet när det gäller fysisk aktivitet.

Personer med hög konsumtion av sjukvård och stöd

I Lövgärdesprojektet (10) m fl studier har *kvinnor äldre än 45 år* identifierats ha hög konsumtion av sjukvård. Datamängden var inte tillräcklig i Lövgärdet för en djupare analys. I det totala materialet kan vi göra regressionsanalyser av nöjdmått på 1 343 kvinnor, 45 år och uppåt och delgrupper som var *arbetslösa* (n=45) respektive *förtidspensionärer* (n=400).

Tabell 12 Personer med hög konsumtion av sjukvård och stöd

	R^2	R^2	R^2
<i>Nöjd med</i>	<i>45-</i>	<i>Arbetslösa</i>	<i>Förtidspensionerade</i>
Fritid	0,36	0,44	0,32
Umgänge	0,35	0,33	0,28
Hälsa	0,33	0,39	0,33
Arbete	0,20	-	-
Boende	0,19	0,31	0,07
Ekonomi	0,19	0,32	0,07
<i>R2 Totalt</i>	<i>0,58</i>	<i>0,63</i>	<i>0,52</i>

Vi kan se av dessa värden att fritiden har högt förklaringsvärde för skillnader i livskvalitet, definierat som nöjd totalt. Om vi ser till värdena för arbetslösa finner vi stöd för två tendenser: för hindrade grupper gäller att fritiden (12) och materiella faktorer som boende och ekonomi ökar i betydelse.

Värdena för förtidspensionerade, som ofta är handikappade, arbetsskadade och liknande, tyder på att den materiella välfärden är hög eftersom vi får låga

värden för boende och ekonomi, medan bl a fritiden går in med ett högt förklaringsvärde.

Ser vi till aktivitetsfaktorernas hälsovärde (se tabell sid 31) för dessa grupper så får naturbaserad fritid, som friluftsliv och trädgård, samt gemenskap, mycket höga värden (>60 procent). Hobby, TV, kultur, djur, musik, bad ligger mellan 25-45 procent. Låga värden får idrott (0 procent), fiske, spel, religion, föreningsliv, bollspel, åskådare, motion, spel.

SF-36 hälsofaktorers samvariation med aktivitetsfaktorernas bedömda hälsovärde (18-listan) för personer med lågt hälsoläge

Som beroende variabel har vi SF-36-faktorn GH (general health), dvs den personliga värderingen av hälsa i allmänhet. Materialet delas in i två grupper, gruppen 25 procent lägsta mot övriga. Som oberoende variabler fungerar aktivitetsfaktorerna i 18-listan.

Gruppen med lågt allmänt hälsoläge (25 procent lägsta) har lägre hälsovärde än övriga för följande aktiviteter: friluftsliv, trädgård, motion, idrott, bad-båt, nöjen, bollsport, umgänge. Högre värden får: TV och spel. Resten ger ingen skillnad.

Samma analys har utförts med SF-36-faktorn MH (psykisk hälsa) och 25 procent lägsta mot resterande 75 procent. Positiv samvariation, dvs högre frekvens för 75 procent gruppen, (min. skillnad 5 procent, n=7 300), har friluftsliv, trädgård, motion, bad-båt, fiske-jakt, bollsport, umgänge. Negativ tendens har TV, nöjen och spel. I övrigt ingen skillnad.

Tendensen i båda analyserna är tydlig. Naturbaserade aktiviteter får även i dessa analyser en dominerande positiv bild tillsammans med umgänge. TV och spel får en negativ bild. Aktiviteter som samhället lägger ut mest pengar på, som kultur, anläggningsidrott, föreningsliv och religion får inte höga hälsovärden. Detta är generella värden och vissa grupper i speciella situationer kan avvika på olika sätt.

Ensamstående kvinnor med barn

Gruppen ensamstående kvinnor med barn har enligt olika rapporter, bl a från Socialstyrelsen, högre sjukfrånvaro, högre läkemedelskonsumtion mm än

normalt. I totalmaterialet har vi en tillräckligt stor grupp för analys av vissa variabler (n=242).

Tabell 13 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 6 oberoende variabler för ensamstående kvinnor med barn

	Ensamst kv med barn R^2	totalgruppen R^2
Fritid	0,33	0,36
Umgänge	0,31	0,35
Hälsa	0,26	0,34
Ekonomi	0,25	0,22
Boende	0,19	0,16
Arbete	0,15	0,18
<i>Nöjd totalt</i>	<i>0,53</i>	<i>0,59</i>

Kommentar: Analysen är gjord på ca 7 500 personer och minsta procent-skillnad 5 procent. Hallands material tas bort eftersom man där enbart svarat med rang 1 på 18-listan.

Värdena visar samma generella tendens som för totalgruppen, t ex att fritiden har högst förklaringsvärde och att fritiden har dubbelt så högt värde som arbetet.

Om vi analyserar aktivitetsfaktorers hälsovärde för gruppen *ensamstående kvinnor med barn* (se tabell sid 33) kan vi se tydliga tendenser, jämfört med *totalgruppen* har den högre värden för (minst 5 procent), djur 37/26, kultur 38/31, TV 66/51, musik 63/40, nöjen 55/30, dvs ett ökat inslag av fysiskt passiva näraktiviteter (undantag djur, f a hund och häst).

Livsstil hos rökare och snusare

Brukare av tobak orsakar som grupp stora sjukvårdskostnader (9). I analysen av Lövgärdets material visar sig brukarna ha en mera passiv livsstil och markerar i större utsträckning passiva aktiviteter som TV, spel och åskådare på

idrott. Summafrekvens hälsovärde för dessa aktiviteter, blir 109 mot 81 för ickebrukare (10).

Personer missnöjda med sin ekonomi

Tabell 14 Samvariation mellan 'nöjdhet' totalt och 'nöjdhet' i 5 oberoende variabler för personer missnöjda med sin ekonomi

<i>Nöjd:</i>	<i>Förvärsarbet. R²</i>	<i>Ej förvärsarb. R²</i>
Hälsa	0,26	0,39
Umgänge	0,25	0,28
Fritid	0,23	0,32
Arbete	0,14	-
Boende	0,11	0,09

Kommentar: Skalsteg 1-2 av 7. Urval: förvärsarbetande n=644, ej förvärsarbetande n=662
beroende variabel: nöjd totalt. steg 1

Bedömningen av ekonomin samvarierar med andra bedömningar. Vid korskörning mellan *nöjd ekonomi* (uppdelat på två kategorier) och *nöjd med hälsa* (sju kategorier) framkommer stora skillnader. Om vi begränsar oss till skalsteg 6-7 för hälsa får vi (n=4 788) i procent:

Figur 6 Korstabell för 'nöjd ekonomiskt' och 'nöjd hälsa' (procent)

(Nöjd hälsa)	skalsteg	missnöjd-	nöjd (med ek.)
	↓	↓	↓
	6	24	22
	7	19	50

Motsvarande siffror för fritid:

(Nöjd fritid)	6	21	17
	7	17	67

För totala situationen:

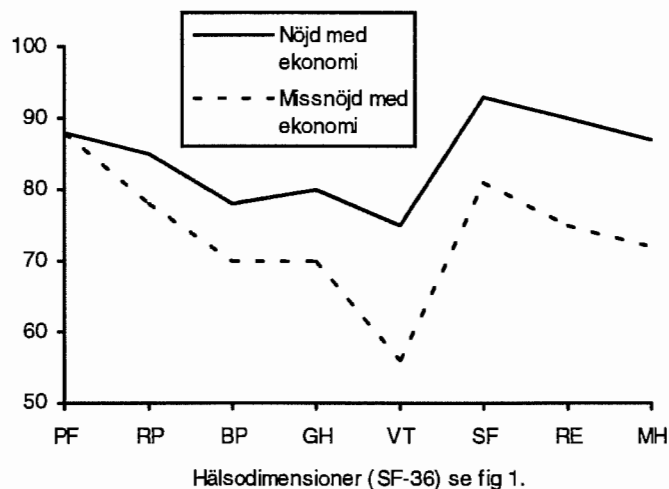
(Nöjd totalt)	6	25	21
	7	10	64

Flera andra analyser av datamaterialet med koppling till *nöjd ekonomi* kan redovisas:

Ingen könsskillnad, 48 procent av kvinnorna missnöjda mot 46 procent av männen däremot stora åldersskillnader; 74 procent av -24 år är missnöjda mot 17 procent av 65- år.

'Giftn/sambo' är långt mer nöjda (61procent) än övriga (36 procent). 'Inga barn' är också långt mer nöjda (59 procent) än övriga (40 procent).

Figur 7 Hälsoprofil för de två grupperna *nöjd med ekonomin* (n=cirka 2 500) och *missnöjd med ekonomin* (n=cirka 2 200, medianindelning)



Angående svensk terminologi se beskrivningen av SF-36 sid 19. Hälsoprofilen är påtagligt sämre för gruppen 'missnöjd med ekonomin' (understa kurvan) jämfört med gruppen 'nöjd med ekonomin' inom alla hälsoområden utom fysisk funktion. De faktorer som väger tyngst för psykisk hälsodimension (VT, SF, RE och MH) visar den största skillnaden.

Om samhällskostnader och hälsovärde för olika fritidsaktiviteter

Urval av medborgare har i våra undersökningar bedömt hälsovärdet hos olika typer av fritidsaktiviteter (enligt 18-skalan).

Till detta kommer en omfattande utländsk forskning om olika aktiviteters hälsovärde för olika grupper. I den utländska forskningen finns preciserade effekter, t ex medicinska, psykiska, sociala och fysiska, och kriterier eller modeller för att bedöma olika önskvärda effekter, som allsidig stimulans, optimal stimulans, flow (5, 6).

Det finns omfattande forskning om TV-tittandets negativa effekter, medicinska effekter av social isolering eller naturbaserade aktiviteters positiva effekter på äldre och handikappade (5, 11, 12).

För att komma en bit på väg i en samhällsekonomisk analys har vi bett expertis på Kommunförbundet att bedöma samhällets kostnader för de 18

aktivitetstyperna på en fyrgradig skala. Skälsteg ett innebär att utövaren i huvudsak själv står för kostnaden medan fyra innebär stora kostnader för samhället. Därefter kan vi undersöka sambandet mellan samhällskostnad och hälsovärde. Innebär t ex en hög samhällskostnad att aktiviteten har ett högt hälsovärde?

Vi koncentrerar analysen till ett och fyra på skalan resultat: 4 (hög samhällskostnad); kultur, föreningsliv, anläggningsidrott och religion 1 (låg samhällskostnad); friluftsliv, trädgård, djur, fiske/jakt, hobby och gemenskap

Om vi granskar tabellen med frekvenser för hälsovärde kan vi se att tre av de för samhället extremt dyra aktiviteterna; föreningsliv, idrott och religion, har de lägsta hälsovärdena. Kultur ligger på en mellannivå i frekvens; drygt i nivå med sällskapsdjur och hobby. Det är alltså i dessa avseenden en starkt negativ samvariation mellan samhällskostnad och hälsovärde. Ser vi till aktiviteterna med extremt låga samhällskostnader, t ex friluftsliv, trädgård och gemenskap, så utmärks de av de högsta hälsovärdena.

Intressant i sammanhanget är också nya analyser av kvinnors fritid som visar att de i stor utsträckning prioriterar privatfinansierade näraktiviteter (21). Vi är medvetna om att vi använt grov metodik och att bilden kan ändra sig en del när vi analyserar olika grupper. Så t ex får kultur ökad betydelse för yngre kvinnor och mammor med handikappade barn (15).

Hälsovärdet för djur ligger i vårt material på 41 procent för yngre kvinnor (-25 år) mot normalt 26 procent . Det är bara gemenskap, nöje, TV och friluftsliv som kommer högre.

Aktiviteter med stora könsskillnader måste också beaktas. Fiske-jakt får värdet 37 procent för yngre män (-25 procent) och 3 procent för kvinnor 45-år.

Slutdiskussion

De redovisade resultaten och de internationella jämförelserna visar rätt tydligt att den del av tillvaron vi kallar fritid - rekreation, har stor betydelse för olika befolkningsgruppers hälsoläge. Det är dags att utveckla en ny syn på fritidens roll i kommuners och landstings lokala och regionala hälsoarbete.

WHO efterlyser viktiga stödjande miljöer för hälsan och bättre metoder för att dämpa den negativa utvecklingen inom hälsovården bl a på kostnadssidan. Resultaten visar på viktiga stödjande miljöer, på meningsfull sysselsättning och på metoder inom hälsopedagogik som kan utvecklas.

För att en ny syn på fritidens roll skall utvecklas t ex inom kommunal service, måste kompetensnivån höjas hos den lågutbildade fritidspersonalen. Fortbildning måste erbjudas personal inom t ex skola, barnomsorg, socialtjänst och primärvård för att en nödvändig samverkan skall utvecklas. Utbildning i fyra steg, som är det vanliga inom andra verksamhetsområden, förekommer ännu inte inom fritidssektorn. Detta innebär också att forskningen är mycket begränsad (20).

Föreliggande rapport är i huvudsak diagnostisk. Den identifierar och beskriver olika steg i fritidsprocessen och deras samvariation. För att resultaten skall kunna utnyttjas i kommunalt hälsoarbete behövs forskning inom interventionsfasen t ex att utveckla åtgärdsprogram för fysisk och social aktivering av äldre, kvinnor med hög sjukvårdskonsumtion, långtidssjukskrivna, handikappade i gruppboende. Här kan också beräkningar göras av ekonomiska effekter så att en tydlig tvärvetenskaplig ansats utvecklas.

Litteratur

1. Norling I och Jägnert C (1986) *Fritiden i din kommun*. Naturvårdsverket, Rapport 3185
2. Norling I (1985) *Fritid och hinder*. Naturvårdsverket, PM 1995
3. Sullivan M och Karlsson J (1994) *SF-36 Hälsoenkät, Svensk manual och tolkningsguide*.
Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska Sjukhuset. Göteborg
4. Norling I och Gunnarsson M (1994) *Fritiden som socialt fenomen*. Liber
5. Norling I och Gunnarsson M (1995) *Fritid, rekreation och hälsa*. Liber
6. Norling I (1995) *Livs kvaliteten och välbefinnande. Nya forskningsrön om folkhälsa och fritid-
rekreation*. Kommunförbundets kultur och fritidsmessa, april 1995
7. Iso-Ahola S (1994) *Leisure Lifestyle and Health*. I Compton - Iso-Ahola, *Leisure and Mental
Health*. Fam. Dev. Res. Park City, UT 84060
8. Rusoniello C (1994) *Recreational Therapy: A Medicine Model*. I *Leisure and Mental Health*
(se 7)
9. Compton I (1994) *Leisure and Mental Health: Context and Issues in Leisure and Mental Health*
(se 7)
10. Norling I, Sullivan M och Marklund B (1995) *Fritid och hälsa*. Rapport 11. Projekt Lövgärdet.
Göteborgs Sjukvård
11. Norling I, Schleien S och Bender M (1993) *Fritid och rekreation för utvecklingsstörda*, FUB och
Göteborgs Universitet
12. Norling I och Sullivan M (1992) *Fritidens betydelse för en effektiv, förebyggande hälso- och
sjukvård*. Svenska Kommunförbundet
13. Landstinget i Halland (1993) *Hur mår Halland?*
14. Lundqvist A (1994) *Kan kultur och fritid mätas?* Svenska Kommunförbundet
15. Persson B och Langeen B (1995) *Fritid och hälsoläge för föräldrar till utvecklingsstörda barn*.
Malmöhus Läns Landsting
16. Allen & Beattie (1984) *The role of leisure as an indicator of overall satisfaction with community
life*. I. Leis. Res. 2, 1984
17. Romsa, Bondy & Blennan (1985) *Modeling retirees life satisfaction*. I. J. Leis. Res
18. Göteborgs Kommun (1995) *Folkhälsosekretariatet i samverkan med Samhällsmed*.
expertrådet: *WHO:s 38 mål*, manus
19. Göteborgs Kommun, Hälsorådet (1990) *Hälsorapport 2*
20. SOU 1996:3, *Fritid i förändring. Om kön och fördelning av fritidsresurser*.
21. Coleman, D. & Iso-Ahola, S. (1993) *Leisure and Health*. J. Leis. Res. 25:2
22. Deem, R. (1992) *The sociology of Gender and Leisure in Britain*. Loisir et
Societe.

24. Iso-Ahola, S., Jackson, E. & Dunn, E. (1994) *Starting, Ceasing and Replacing Leisure Activities over the Life - Span*. J. Leis. Res. 26:3.
25. Shaw, S. (1992) *Feminist Perspectives of Leisure*. Introduction. *Loisir et Societe*. 23. Henderson, K. (1995) *Women`s Leisure; more truth than facts*. *World Leisure & Recreation*.
26. Norling, I. (1990) *Hundens betydelse*. Svenska Kennelklubben.
27. Gordon, C., Gaitz, C, H. (1976) *Leisure and lives. Personal expressivity across the life span!* I Binstock (Ed) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, N.Y.
28. Björner, J., Kristensen, T., Orth-Gomer, K., Sullivan, M., Tibblin, G., Westerholm, P., (1996 under publikation): *Self-rated Health, a central concept in research, prevention and clinical medicine*.
29. Tate, U. (1984) *Convergent and Discriminant validity of Measures of Job, Leisure, Dyadic, and General Life Satisfaction by Causal Modeling Methodology*. J. Leis. Res. 16:3.

Tidigare publicerade arbetsrapporter i CEFOS-serie:

Kommunmedborgarundersökningen 1991. Undersökningsdesign, urval, datainsamling, marginalfördelningar och bortfall. Folke Johansson, Lars Olof Lorentzon och Lars Strömberg 1/1993

Inventering av 28 kommuners organisationsförändringar. Pilotstudie våren 1993. Roger Haglund och Tomas Jaktling 2/1993

Befolkningens geografiska spridningsmönster. Den strategiska faktorn i det kommunala beställar-utförar konceptet. Olof Moen 3/1993

Kontrakt eller förvaltning - förening eller gemenskap. Idéer och värdemönster i debatten om kommunerna och välfärden. Mats Dahlkvist och Urban Strandberg 4/1994

Samhällets omsorgsstruktur under förändring. Politiska beslut som initierar rörelser mellan omsorgsformer i fyra kommuner. Vicki Johansson 5/1994 (Lic uppsats)

Den offentliga sysselsättningens storlek i OECD-länderna. En inventering av några statistikkällor. Kerstin Grundén 6/1995

Privatisering en modern global process. Kerstin Grundén 7/1995

Kommundirektören - En studie av kommunens högste tjänsteman. Rolf Solli och Anders Källström 8/1995

Den svenska grundskolans effektivitet. Ulrika Andersson, Almas Heshmati och Katrin Ingstrand 9/1995

Lokalt miljöarbete 1995. Undersökningsdesign, urval, materialinsamling och frekvensfördelningar. Martin Bennulf, Ulrika Lundin och Stefan Petersson 10/1996

Västsvensk opinion 1995. Undersökningsdesign, urval, materialinsamling och frekvensfördelningar. Martin Bennulf, Ulrika Lundin och Stefan Petersson 11/1996

Välfärdsstaten och socialförsäkringssystemet. Ett mångvetenskapligt forskningsprogram om inkomstkomensation vid sjukdom. Redaktör Urban Strandberg 12/1996

Relativ produktivitet inom försäkringskassornas lokalkontor. Hans Bjurek och Edward Palmer 13/1996

