



Existentiell hälsa och ideellt arbete

Att vara tillhörig, behövd och nöjd med livet

Mikael Nilsson

ARBETSRAPPORTSERIE NR 128

Existentiell hälsa och ideellt arbete

Att vara tillhörig, behövd och nöjd med livet

Mikael Nilsson

Marie Cederschiöld högskola
Stockholm, Maj 2025

Förord

Temat för föreliggande rapport är existentiell hälsa och hur denna kan tänkas höra samman med ideellt arbete i civilsamhället. Existentiell hälsa har de senaste åren utvecklats till ett omdiskuterat fenomen som behöver undersökas från olika perspektiv och utifrån olika akademiska ämnen. Vid Marie Cederschiöld högskola bedrivs forskning och utbildning under parollen ”kunskap i människans tjänst” i olika ämnesområden: civilsamhällesstudier, socialt arbete, teologi/diakoni och vårdvetenskap. Detta innebär att det vid högskolan finns förutsättningar för breda tvärvetenskapliga samtal om existentiell hälsa, inte bara för civilsamhället utan också inom hälso- och sjukvård och socialt arbete. Detta bidrag för således fram ett av flera tänkbara perspektiv på existentiell hälsa som med fördel kompletteras av andra. Ett mångbottnat fenomen som existentiell hälsa är betjänt av en mångfald av ingångar och perspektiv, så låt detta viktiga samtal fortsätta.

Denna rapport har varit möjlig att skriva tack vare mycket generösa och samarbetsvilliga kollegor vid Institutionen för civilsamhälle och religion (ICR). För en teolog som mig har det varit helt nödvändigt med kollegor från samhällsvetenskapen som bistått med att hantera statistiskt material och att ta fram relevanta siffror att analysera. Därför riktar jag ett stort och varmt tack till docent Anders Kassman och professor Johan von Essen som med en ängels tålamod varit behjälpliga med detta. Tack också till forskarseminariet vid ICR samt professor Carina Lundh Hagelin och docent Henrik Lerner vid Institutionen för vårdvetenskap som läst och kommenterat rapportutkast.

Mikael Nilsson, TD, forskare
Marie Cederschiöld högskola

Stockholm den 20 maj, 2025

Innehåll

1. HÄLSA I ETT UTVIDGAT PERSPEKTIV: EN BAKGRUNDSDISKUSSION	13
Hälsa som fenomen och begrepp	13
Existentiell hälsa: Några positioner i svensk forskning	15
Existentiella frågor som en dimension av hälsa och ohälsa	16
Hälsa och ohälsa som existentiellt angelägna erfarenheter	19
Existentiell hälsa och ideellt arbete	21
Sammanfattning	21
2. DEN EXISTENTIELLA HÄLSANS RELATION TILL IDEELLT ARBETE	22
Teoretisk utgångspunkt	22
Aspekter av existentiell hälsa i enkäten	23
Tillvägagångssätt	24
Bakgrundsfaktorer och personliga kännetecken	25
Social delaktighet	27
Det ideella arbetet, dess omfattning och övrigt medborgerligt engagemang	29
Existentiell hälsa och ideellt arbete i relation till några bakgrundsfaktorer	30
Det ideella arbetets omfattning	31
Andra former av medborgerligt engagemang	31
Det ideella arbetets betydelse	32
Sammanfattning	34
3. SLUTSATSER OCH UTBLICKAR MOT NY FORSKNING	37
Slutsatser: Existentiell hälsa i civilsamhället	37
Handling och det ideella arbetet som ett meningsmönster	38
Begränsning och sårbarhet	38
Att vara nöjd och att uppleva livet som ens eget	38
Världen som hemlik	39
Utblickar mot ny forskning om existentiell hälsa och ideellt arbete	39
KÄLLFÖRTECKNING	41
BILAGA 1	44
Metodbeskrivning av Befund	44

Sammanfattning

I denna rapport undersöker jag det omdiskuterade konceptet existentiell hälsa och hur det relaterar till ideellt arbete, primärt utifrån den medborgarundersökning om medboregerligt engagemang som genomförts vid Marie Cederschiöld högskola under 2024. Denna enkätundersökning är den sjunde i raden av undersökningar som upprepats med jämna mellanrum sedan 1992.

Existentiell hälsa har kommit att bli ett omdiskuterat fenomen och begrepp i det svenska samhället, inte minst sedan Folkhälsomyndigheten på Socialdepartementets uppdrag utrett frågan under 2024–2025. Folkhälsoutmaningar i form av exempelvis psykisk ohälsa bland yngre och ofrivillig ensamhet bland äldre gör det angeläget att närmre undersöka hur erfarenheter av exempelvis mening, tillhörighet och tillfredsställelse med det liv man lever kan stå i relation till ens hälsa. Med tanke på att ungefär hälften av landets medborgare arbetar ideellt på olika sätt och att somliga av dem dessutom lägger ner mycket tid på detta är det viktigt att undersöka hur detta ideella arbete kan tänkas relatera till den existentiella hälsan. Har de människor som arbetar ideellt en bättre existentiell hälsa än de som inte gör det? Rapporten visar att mycket tyder på det, vilket talar för civilsamhällets viktiga roll i hälsofrämjande arbete och insatser.

I rapportens första del diskuterar jag begreppen hälsa och existentiell hälsa utifrån tidigare svensk forskning. Hälsa kan definieras på olika sätt och jag lyfter fram några olika definitioner som kan vara tillämpbara i olika sammanhang. Existentiell hälsa är om möjligt än mer omdiskuterat och svårdefinierat. På Världshälsoorganisationens inrådan har begreppet bearbetats i syfte att definiera det i och för en svensk kontext. Svensk religionspsykologi som arbetat med begreppet har lyft fram andliga eller existentiella frågor och problem som en dimension av hälsa och som således kan ingå i psykiatriska utredningar och behandlingar. Som en kompletterande ansats lyfter jag fram en fenomenologisk förståelse av existentiell hälsa som tar fasta på människors reflexiva erfarenheter av livet med hälsa och/eller ohälsa utifrån det kulturellt förmedlade meningsmönster som man oundvikligen är del av. Detta innefattar också en självreflektion över ens handlingsmöjligheter, ens möjligheter att göra livet till sitt eget och världen till något hemligt.

Denna fenomenologiska förståelse av existentiell hälsa utgör en teoretisk utgångspunkt för att statistiskt undersöka dess relation till ideellt arbete. Den existentiella hälsan hos medborgarundersökningens respondenter uppskattas på basis av deras känsla av att tillhöra samhället, att vara behövda i samhället och att vara nöjda med de liv de lever. På dessa grunder kunde respondenterna antas ha låg, medel eller hög existentiell hälsa.

Undersökningen visar att den existentiella hälsan är högre bland dem i medelåldern, med hög utbildning och god självskattad hälsa. Samtidigt visar rapporten att man tenderar att ha något högre existentiell hälsa om man arbetar ideellt oavsett kön, ålder och utbildning. Vidare visar undersökningen på en tydlig relation mellan existentiell hälsa och frekvent delaktighet i sociala sammanhang som ideellt arbete, men också vänskapsrelationer och religiösa praktiker. De som arbetar ideellt och som har en god existentiell hälsa tenderar dessutom att uppfatta sina arbetsuppgifter och det sociala sammanhanget som meningsfullt i högre grad än de med sämre existentiell hälsa. Dessutom tenderar de som i högre grad identifierar sig med sin organisation och dess målsättningar att också återfinnas bland dem med god existentiell hälsa. Det tycks således vara delaktigheten i det ideella arbetets sociala sammanhang i vilket man får möjlighet att bidra med en, för en själv, viktig uppgift som främst kan associeras med god existentiell hälsa. Att vara tillhörig och behövda i samhället samt nöjd med sitt liv återspeglas alltså i viss mån i att man också upplever sig tillhörig, behövda och nöjd med sitt ideella arbete och i sin ideella organisation.

Med denna undersökning har några första steg tagits i syfte att undersöka det ideella arbetets och civilsamhällets betydelse för människors existentiella hälsa. Fler steg behöver dock tas i syfte att skapa en mer precis bild av sambanden. I rapportens avslutning presenteras några forskningsansatser gällande vad det ideella arbetet betyder för människors existentiella hälsa utifrån exempelvis olika åldersgrupper samt för människor med eller utan ohälsa och funktionsnedsättningar.

Inledning

Ett grundläggande villkor för ett normal fungerande vardagsliv med ansvar för familj, arbete, skolgång, vänkrets, ideellt arbete och andra åtaganden, är att ha ett visst mått av hälsa. Samtidigt är detta grundläggande villkor dolt av det enkla faktum att väldigt få av oss funderar aktivt på att eller om vi har hälsa, så länge vi har den. Ett visst mått av hälsa utgör snarare en ouppmärksam och förgivet tagen förutsättning för ett liv med uppgifter och ansvar. Det primära tecknet på att vara vid hälsa är således att inte behöva fundera på den. ”Hälsan tiger still” som det gamla ordstävets lyder.

Annorlunda är det när man drabbas av sjukdom eller ohälsa av olika slag. Det sägs att den som är frisk har tusen önskningar medan den som är sjuk bara har en enda. Hela ens uppmärksamhet fästs nu vid det som hindrar livets vanliga rutiner. Vid sjukdom uppmärksammas hälsotillståndet i form av exempelvis smärta, onormal trötthet, frossa, ångest eller kraftig nedstämdhet, det vill säga förmimmelser som hindrar ett aktivt liv. Ohälsotillståndet kan därmed i vissa fall medföra ett behov av en mer eller mindre grundlig omorientering i livet. Ohälsan kan dra nya gränser för vilka arbetsuppgifter som är genomförbara, vilka aktiviteter som är möjliga att delta i och därmed också vilka relationer, vanor och livsmönster som är möjliga att upprätthålla. Genom erfarenheter av ohälsa får vi således syn på vilken betydelse det aktiva livet har för oss, och vilken betydelse hälsan har. Frågor om hälsa är alltså på ett eller annat sätt indirekt knutna till de aktiviteter och sammanhang i livet som lägger grunden för vår identitet, vår sociala tillhörighet och som över tid ger vår livsberättelse form och kontinuitet.

Medvetenheten om att ohälsa inverkar på livet i stort har gjort att akademiska, politiska och offentliga samtal om hälsa och ohälsa kommit att utvidgas succesivt de senaste decennierna. Från att bara ha uppfattats som en biologisk händelse i den drabbades kropp har begreppen hälsa och ohälsa ibland också kommit att inkludera psykiska, sociala och på sina ställen också andliga eller existentiella dimensioner. Mot denna bakgrund har begreppet ”existentiell hälsa” kommit att uppmärksammas alltmer de senaste åren, först internationellt och sedermera också i Sverige. I Sverige har debatten fått en ordentlig skjuts i och med att Folkhälsomyndigheten på Socialdepartementets uppdrag utrett hur begreppet existentiell hälsa används och definieras i civilsamhälle, myndigheter, akademi, kommuner, regioner och länsstyrelser.

Samtidigt som Folkhälsomyndighetens rapporter visar på både engagemang och vilja att arbeta med konceptet, uppmärksammas också en utbredd osäkerhet beträffande vad konceptet egentligen åsyftar. Varken inom forskarsamfundet eller bland myndigheter eller i civilsamhället återfinns någon enhetlig förståelse eller definition av konceptet. Återkommande i Folkhälsomyndighetens litteraturöversikt framträder dock teman som meningsskapande, relation till sig själv, andra och naturen, en känsla av trygghet och att vara en del av något större (Folkhälsomyndigheten, 2024). Mot bakgrund av denna mångtydighet finner jag det viktigt att diskutera hur begreppet existentiell hälsa använts i svensk forskning samt att föreslå möjliga ansatser för att utveckla konceptet i en svensk kontext.

Att uppmärksamma hälsa i relation till existentiella aspekter innebär att erkänna den djupa samhörigheten mellan oss människor och våra sociala och kulturella sammanhang. Att uppfatta livet som meningsfullt, att uppleva en grundläggande tillhörighet i tillvaron eller att uppfatta sitt eget bidrag till helheten som angeläget sker alltid i relation till sociala och kulturella sammanhang. Och dessa erfarenheter av meningsfullhet och sammanhang kan inte särskiljas från ens eget välbefinnande och förmåga att hantera påfrestningar i livet vilket bland annat förts fram med hjälp

av det välanvända begreppet KASAM, känsla av sammanhang (Antonovsky, 2005). Inte minst utgör föreningar och nätverk i civilsamhället för många detta sammanhang för reflektion, att ge uttryck för sina övertygelser och meningsfullt handlande. Enligt den kvalitativa delen av Folkhälsomyndighetens utredning (2025) knyts den existentiella hälsan av de tillfrågade till vad man gör i olika sammanhang. Man vänder sig till olika typer av aktiviteter i syfte att knyta an till en social gemenskap, få återhämtning och energi samt att finna ro och mening. Bland dessa aktiviteter återfinns bland annat ideellt arbete av olika slag.

Enligt den befolkningsundersökning om medborgerligt engagemang (vidare kallad "Befund") som genomförts vid sju tillfällen vid *Centrum för civilsamhällesforskning* sedan 1992 har det ideella arbetet legat på en relativt stabil nivå (Lundberg, Henreksson & von Essen, 2025). Vid alla undersökningstillfällen uppger drygt hälften av de tillfrågade att de arbetat ideellt, åtminstone vid något tillfälle det senaste året. Det höga och, över tid, stabila deltagandet i ideellt arbete gör det inte bara till en nödvändig resurs för civilsamhället, utan också en viktig parameter att undersöka vidare beträffande dess tänkbara relation till den existentiella hälsan. Om människor finner exempelvis trygghet, mening och tillhörighet i det ideella arbetet kan det ha implikationer för folkhälsa och förmodligen också för samhällsbygget i stort. Mot bakgrund av den numera utbredda psykiska ohälsan bland unga (Löfstedt, Wiklander & Corell, 2020) och risken för ofrivillig ensamhet bland äldre (Haglund, 2023) framstår det som angeläget att undersöka den existentiella hälsan i relation till delaktighet i ideellt arbete i civilsamhället. Med detta följer också viktiga indikationer om civilsamhällets bidrag till hälsofrämjande insatser och folkhälsa.

Mot denna bakgrund är syftet med föreliggande rapport att beskriva och diskutera hur existentiell hälsa relaterar till ideellt arbete utifrån de relevanta aspekter av existentiell hälsa som återfinns i Befund. För att utarbeta en teoretisk förståelse av existentiell hälsa som har grund i tidigare forskning och är tillämpbar i relation till ideellt arbete i Sverige, grundlägger jag undersökningen med en begreppsdiskussion om existentiell hälsa utifrån hur begreppet har använts i svensk forskning.

Rapporten inleds i första kapitlet med en begreppsdiskussion. Diskussionen tar upp hälsa i allmänhet och existentiell hälsa i synnerhet, och jag diskuterar några olika positioneringar i förhållande till dess olika innebörder. Jag inleder med att beskriva några olika sätt att förstå hälsa som fenomen och begrepp. Därefter diskuterar jag existentiell hälsa utifrån hur begreppet använts i religionspsykologisk forskning för att därefter utveckla en fenomenologisk förståelse av existentiell hälsa som jag sedan använder som teoretisk utgångspunkt när jag arbetar med resultaten från Befund.

I det andra kapitlet visar jag hur existentiell hälsa relaterar till ideellt arbete, andra aspekter av social delaktighet och annat medborgerligt engagemang genom att använda resultat från 2024 års befolkningsundersökning. Kapitlet inleds med en kort introduktion av undersökningens teoretiska utgångspunkt och tillvägagångssätt. Därefter diskuterar jag i tur och ordning hur olika faktorer relaterar till den existentiella hälsan. Demografiska och socioekonomiska bakgrundsfaktorer, social delaktighet, det medborgerliga engagemangets omfattning och det ideella arbetets betydelse för de ideellt arbetande avhandlas i given ordning. Genomgången följs upp av en diskussion av resultaten.

Slutligen sammanfattar och diskuterar jag i kapitel tre rapportens slutsatser samt föreslår ansatser för vidare forskning.

1. Hälsa i ett utvidgat perspektiv: En bakgrundsdiskussion

I syfte att ge en grund för undersökningen om den existentiella hälsans relation till ideellt arbete ska jag i detta kapitel diskutera några olika sätt att förstå och definiera hälsa och existentiell hälsa. Inte minst existentiell hälsa är ett komplext och mångtydigt begrepp, så innan jag tillämpar konceptet på Befund i nästa kapitel ska jag diskutera begreppet.

Jag inleder kapitlet med en diskussion om hälsa där jag både tar upp hälsa som fenomen och en rad hälsodefinitioner. Därefter diskuterar jag existentiell hälsa som begrepp. Först redogör jag för ett par tillämpningar inom svensk religionspsykologi som söker integrera existentiella dimensioner i hälsodiskursen och således också i terapeutisk och psykiatrisk behandling. Därefter föreslår jag en kompletterande fenomenologisk förståelse av hälsa och ohälsa som existentiellt angelägna erfarenheter. Detta förslag fungerar sedan som en teoretisk ingång i undersökningen om förhållandet mellan existentiell hälsa och ideellt arbete i kapitel två.

Hälsa som fenomen och begrepp

Hälsa är ett lika välanvänt som mångtydigt fenomen och begrepp. Samtidigt som hälsa kommit att bli en högt värderad och eftersträvd norm i samtidskulturen förblir den svårtydd och mångdimensionell. Att ha hälsa innebär som antydde inledningsvis vanligtvis att man kan fokusera på annat än själva hälsotillståndet. Filosofen Hans-Georg Gadamer beskriver därför hälsa som något gåtfullt som inte framträder och visar sig på ett tydligt sätt, utan som snarare håller sig dold som en tyst förutsättning för det aktiva och engagerade livet. Han skriver: ”Att vara frisk eller ha hälsan är ju över huvud taget inte att känna sig på ett visst sätt, utan det är ens tillvaro, ens i-världen-varo och samvaro med andra människor, att i arbete och glädje vara uppfylld av det egna livets uppgifter” (Gadamer, 2003, 20). Främsta tecknet på hälsa kan alltså sägas vara glömskan av själva hälsotillståndet, att vara engagerad i de uppgifter och de ansvar som man för stunden har för handen. En snarlik poäng framträder hos läkaren Xavier Bichat som redan på 1700-talet beskrev hälsa som ”life in the silence of the organs” – kroppsorganens tystnad (Nancy, 2008). Hälsan är ”tyst” och således inte helt enkel att uppfatta.

På ett liknande sätt beskriver filosofen Fredrik Svenaeus (2003) erfarenheter av hälsa metaforiskt som en känsla av hemhörighet. Vardagliga förnimmelser avviker inte från det normala, de är bekanta och hemlika. Att ha hälsa innebär att uppmärksamheten spontant fästs vid diverse aktiviteter och vanor genom vilka man gör sig hemmastadd i sin vardagliga tillvaro. Att drabbas av ohälsa medför således en upplevelse av främlingskap och hemlöshet, av motstånd där de rörelser som tidigare kunnat utföras obehindrat nu möter olika former av motstånd. Erfarenheter av det vardagliga livet kommer således att präglas av stämningar av ”kuslighet”, ett begrepp som Svenaeus lånar från filosofen Martin Heidegger. I kontrast till denna upmärksammade hemlöshet eller kuslighet präglas alltså erfarenheter av hälsa snarare av dess ”tystnad”, vilket gör hälsan till något gåtfullt och svårfångat, en gåtfullhet som varken kan eller kanske ens behöver utrönas, åtminstone inte på ett fullständigt sätt. Detta ställer forskningen om hälsa och dess olika dimensioner i ett

speciellt ljus. Samtidigt som det både är önskvärt och meningsfullt att undersöka den finns det samtidigt aspekter av hälsa som undandrar sig en fullständig genomlysning.

Hälsans gåtfullhet och anonymitet skall emellertid inte hindra oss från att reflektera över tänkbara betydelse av begreppet och därmed också kunna undersöka vad som kan tänkas gynna eller missgynna en god hälsa. En god hälsa är både ett eftersträvat ideal i samtidskulturen och ett begrepp som förutsätts i hälso- och sjukvård för att kunna ge en adekvat behandling. Trots detta råder det delade meningar om hur hälsa egentligen ska definieras. Filosofen och hälsoforskaren Henrik Lerner pekar ut några riktningar som forskningen om hälsodefinitioner tagit i *Att definiera hälsa* (2025).

För det första kan hälsa förstås som biologisk normalitet, vilket utifrån Christoffer Boorse klassiska biostatistiska modell kortfattat sammanfattas som "frånvaron av sjukdom". Denna förståelse av hälsa är primärt tillämpbar inom hälso- och sjukvård. I detta fall innebär hälsa att kroppens organ och funktioner fungerar inom statistiskt fastställda normalintervall. En person har helt enkelt hälsa om kroppen enligt relevanta mätningar fungerar normalt. Kroppen skall således kunna utföra sina normala funktioner i typiska situationer med typisk effektivitet. Denna biomedicinska förståelse av hälsa frångår hälsa från den människas erfarenhet som har eller inte har hälsa. Enligt denna definition kan man alltså vara vid god hälsa utan att för den sakens skull nödvändigtvis "må bra" och vice versa. Strikt taget innebär det också att en person med glasögon inte kan vara vid full hälsa då ögonen inte fungerar med typisk effektivitet.

För det andra har man diskuterat hälsa i termer av balans, vilket är en idé om hälsa som har en lång historia i spridda kulturer, men också ett begrepp som tillämpats i moderna teorier om hälsa. Teorin i sin biomedicinska tappning beskriver hälsa som en balans mellan kroppens fysiologiska resurser och de påfrestningar eller stressorer som kroppen utsätts för. Tillståndet av balans behöver dock inte förstås som statistiskt utan i takt med att kroppen uppövar en större förmåga att hantera nya stimuli förskjuts tillståndet och balans kan finnas vid högre påfrestningar. Balansteorin har också presenterats i en holistisk variant. Balans åsyftar i detta fall en balans mellan en individs personliga målsättningar, dennes förmåga att uppnå dem och de förutsättningar som omgivningens inverkan utgör för att uppnå dem. När dessa tre aspekter är i balans har individen hälsa.

För det tredje kan hälsa förstås som förmåga. Enligt dessa teorier skulle också den med nedsatt syn och som därför bär glasögon ha hälsa. Till skillnad från den biostatistiska modellen innefattar denna teori om hälsa såväl fysiska som psykiska och sociala aspekter. Att ha hälsa innebär att ha ett visst mått av handlingsförmåga som möjliggör ett vardagsliv som uppfyller basala önskemål. Enligt en variant av teorin kan hälsa förstås som en förmåga att anpassa sitt vardagsliv efter de förutsättningar som en sjukdom eller en funktionsnedsättning skapar. En person som har diabetes kan således ha hälsa i den mån vederbörande förmår anpassa livet och skapa nya normer som gör det möjligt att leva med sjukdomen. Alternativt kan hälsa som förmåga förstås i relation till personens "vitala mål". Med detta avses en förmåga att handla och leva så att ens mål med livet för minimal lycka går att uppfylla. Det kan handla om basala behov som att kunna andas, äta och sova, men också en förmåga att ge uttryck för exempelvis sin tro och sina övertygelser. Denna teori påminner om ovan nämnda holistiska balansteori men nöjer sig med att väga målen mot individens förmåga utan att inkludera omgivningens inverkan.

Slutligen kan hälsa förstås som välbefinnande. Denna förståelse av begreppet tar sin utgångspunkt i Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa som funnits allt sedan 1948, strax efter att organisationen konstituerades. I svensk översättning lyder definitionen: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte bara frånvaron av sjukdom eller svaghet". Slutklämmen av definitionen markerar en explicit utvidgning av innebörden jämfört med den klassiska biostatistiska definitionen. Enligt denna definition identifieras begreppen hälsa och välbefinnande med varandra, vilket alltså gör det omöjligt att ha

en bristfällig hälsa och högt välbefinnande samtidigt. Definitionen understryker också det flerdimensionella i välbefinnandet. Att bidra till hälsa är således en fråga om att se till såväl människans kroppsliga och psykiska som hens sociala behov. Det är primärt också i denna diskussion om välbefinnande som existentiell hälsa förts på tal internationellt, då i termer av ”*spiritual health*”. Även om WHO, trots påtryckningar, aldrig valt att integrera ”andlig” eller ”existentiell” hälsa som en fjärde dimension av sin hälsodefinition har andlig, religiös och personlig tro vägt in i deras undersökningar av livskvalitet.

Existentiell hälsa: Några positioner i svensk forskning

Hur kan man då förstå det alltmer omdiskuterade talet om existentiell hälsa? Som omnämndes i korthet i inledningen fann Folkhälsomyndigheten ingen entydig definition eller beskrivning av existentiell hälsa vare sig i sin översikt av nationell och internationell forskning eller i hur begreppet används i myndigheter och i civilsamhället. Vad man däremot kunde urskilja var återkommande teman som meningsskapande, relation till sig själv, andra och naturen, en känsla av trygghet samt att vara en del av något större (Folkhälsomyndigheten, 2024). Även om dessa teman i sig kan vara betydande har inte minst svensk forskning fört fram förslag på definitioner och modeller som kan och bör undersökas och utvärderas närmre.

Kruxet med begreppet existentiell hälsa är att det är sammansatt av två mångtydiga begrepp. Angående hälsa konstaterar Lerner att någon allmän samsyn kring en enda definition av hälsa hittills inte kunnat frambringas. Snarare rör det sig än så länge om olika definitioner som kan komplettera varandra och som kan vara mer eller mindre adekvata i olika sammanhang (Lerner, 2025). Begreppet ”existentiell” är om möjligt ännu mer mångtydigt. Ett skäl till det är att begreppet står i en oklar relation till andra begrepp som andlig, religiös, meningsskapande etcetera. Inom exempelvis vårdvetenskap, i synnerhet inom palliativ vård, är det dessutom vanligt att ”existentiell” åsyftar situationer då livet och existensen är hotad, exempelvis vid allvarlig sjukdom. Komplexiteten till trots är det värt att något närmre undersöka några förslag på en mer distinkt innebörd från den svenska forskningen. Utgångspunkten i svensk forskning motiveras av att begreppet i hög grad är kulturellt betingat och därmed behöver förstås kontextuellt, ett argument som också WHO anger som skäl till att inte foga in en existentiell/andlig dimension i sin hälsodefinition. Vad skulle kunna vara en adekvat förståelse av existentiell hälsa i en svensk kontext? Utan anspråk på att uttömmande diskutera frågan ska jag här initiera en diskussion som mynnar ut i en teoretisk utgångspunkt för undersökningen av existentiell hälsa och ideellt arbete i Befund. Detta utesluter inte på något sätt att andra innebörder och nyanser av begreppet kan vara mer adekvata för andra syften.

Först något om den svenska kontexten. Att leva och göra sig hemmastadd i dagens Sverige innebär både andra möjligheter och andra utmaningar än att leva och göra sig hemmastadd i gårdagens Sverige. Likt de flesta andra samhällen genomgår också det svenska samhället ständigt mer eller mindre genomgripande förändringar på politiska, sociala, kulturella, religiösa och demografiska nivåer. Det forna lutherskt präglade enhetssamhället övergår succesivt till ett pluralistiskt och individualiserat samhälle som i praktiken inte längre bestäms eller regleras av någon för givet tagen religiös, kulturell eller politisk doktrin. Samhället rör på sig och omformas, och med detta omformas också villkoren för medborgare att vistas, leva, finna sig till rätta och må någorlunda väl i detta föränderliga samhälle.

Enligt *World Value Surveys* kulturkarta utmärker sig Sverige påtagligt både beträffande sekulära/rationalistiska värderingar i motsats till traditionella, och gällande värderingar för självförverkligande (*self-expression*) i motsats till värderingar för överlevnad (*survival*) (World Value Survey Database). Vad som intressant nog förenar Sverige med övriga länder med liknande

kulturella särdrag är en historia präglad av protestantisk kristendom. Den protestantiska (lutherska) utvecklingen i Europa har präglats av en rörelse mot att ge individen rätt och myndighet att läsa och tolka sin tro och så göra prästadömet allmänt. Somliga har således argumenterat för att det finns en inbyggd tendens till individualisering i det lutherska arvet (Leppin, 2025). Att samhället rör sig i en sekulär och individualistisk riktning är således inte nödvändigtvis liktydigt med att det religiösa inflytandet saknas, snarare att det är mer implicit och underliggande. När existentiella och andliga frågor återigen aktualiseras i det svenska sekulära samhället är det således inte helt ologiskt att dessa förknippas med individen och dennes välbefinnande. Men hur detta sker och under vilka betingelser det kan eller bör ske är omstritt.

Min mening är att den begreppsliga frågan om existentiell hälsa grovt taget går att undersöka från åtminstone två olika håll: Å ena sidan kan man undersöka i vilken utsträckning och på vilka sätt existentiella frågor är hälsofrågor, det vill säga integrerade dimensioner eller aspekter av hälsa som fenomen och begrepp. Å andra sidan kan man diskutera i vilken utsträckning och på vilka sätt hälsa och ohälsa innebär existentiellt betydelsefulla erfarenheter, det vill säga fenomen som oskiljaktigt berör människans hela existens. Jag inleder här med att diskutera den förstnämnda förslaget för att sedan reflektera över det sistnämnda som ett mer adekvat teoretiskt alternativ för rapportens syfte att undersöka förhållandet mellan existentiell hälsa och ideellt arbete i Befund.

Existentiella frågor som en dimension av hälsa och ohälsa

Ansatsen att undersöka huruvida existentiella frågor (också) är hälsofrågor är begriplig utifrån ett syfte att förbättra hälso- och sjukvården och så bidra till arbetet med förbättrad folkhälsa. Genom att visa hur frågor av existentiell karaktär inverkar på människors hälsa och välbefinnande har man också velat föra in dessa aspekter i det terapeutiska samtalet. Därmed har det också fallit sig naturligt att utgå från WHO:s hälsodefinition och visa att dessa aspekter på ett eller annat sätt kan ingå i kontextuella hälsodefinitioner (Melder, 2023). WHO indikerar bara vad den andliga/existentiella dimensionen skulle kunna innebära: "Understanding the spiritual dimension to imply a phenomenon that is not material in nature but belongs to the realm of ideas, beliefs, values and ethics that have arisen in the minds and conscience of human beings, particularly ennobling ideas" (World Health Organization, 1985, 5f.). Existentiell hälsa i meningen *spiritual health* har emellertid kommit att förknippas med WHO:s enkät beträffande livskvalitet *WHO Quality Of Life – Spiritual, Religious and Personal Beliefs*. Enkäten behandlar åtta teman som i Melders (2011) översättning benämns: andlig kontakt, mening och syfte med livet, upplevelse av förundran, helhet och integration, andlig styrka, harmoni och inre frid, hoppfullhet och optimism samt tro som resurs. Dessa teman har också inspirerat diverse samtalsgrupper om existentiell hälsa, både inom kommuner och i studieförbundens regi (se Sundling & Frank, 2023; Studieförbundet Vuxenskolan).

Strävan efter att integrera existentiella aspekter i terapeutiskt arbete och folkhälsoarbete har kännetecknat mycket av svensk religionspsykologi men också ett vidare internationellt forskningsfält som behandlat frågan. Lloyd (2023, 36) sammanfattar tre kännetecknande drag för denna forskning: För det första utgår den vanligtvis från "människan i en sociokulturell kontext". För det andra antar man att "människor i relation till sin omgivning strävar efter att upprätthålla trygga relationer och sammanhang och skapa mening med sig själva och sina liv". För det tredje antas att "dessa processer ofta blir särskilt aktualiserade vid utmaningar och kriser".

Valerie DeMarinis (2003; 2008) föreslår att religionspsykologin kan identifiera de aspekter av existentiell karaktär som inverkar på den individuella hälsan (existentiell hälsa/ohälsa) och den kollektiva hälsan (existentiell folkhälsa/epidemiologi). Denna integrering av existentiella aspekter i

arbetet med hälsa identifierar hon med WHO:s beskrivning av en tredje folkhälsorevolution där hälsa betraktas som en dimension av livskvalitet och där existentiella aspekter medräknas.

DeMarinis konstaterar att det råder stor oenighet om hur en ”existentiell” eller ”andlig” dimension av hälsa ska analyseras och artikuleras. Eftersom hon verkar vilja relatera existentiell hälsa till WHO:s begreppslighet (*spiritual health*) återfinns en genomgående glidning mellan ”existentiell” och ”andlig”, begrepp som verkar uppfattas som mer eller mindre synonyma. Hon tycks dock använda existentiell mest som en pragmatisk anpassning efter en sekulär svensk kontext. Den existentiella dimensionen tänks vara applicerbar på både religiösa och icke-religiösa livsåskådningar och avser en variation av meningsskapande aktiviteter i relation till berättelser, värderingar och rituella symboliska handlingar. Centralt för den existentiella dimensionen är individens tillgängliga resurser för att skapa mening med sitt liv och sina erfarenheter.

Utgående från en snarlik samhällsanalys och ansats att foga in existentiella dimensioner i folkhälsoarbetet har också Cecilia Melder (2011; 2022) utvecklat en liknande förståelse av existentiell hälsa. Också för henne är begreppen ”existentiell” och ”andlig” synonyma. Detta bottnar inte minst i att hon i sin doktorsavhandling genomför en kvantitativ undersökning som bland annat utgår från en översättning av WHO:s enkät om livskvalitet. Hon sammanfattar sin förståelse av existentiell hälsa: ”Med existentiell hälsa/ohälsa menas en individs fysiska, psykiska, sociala och ekologiska tillstånd i relation till hennes existentiella status” (Melder, 2011, 26). Samtidigt som hon alltså tycks uppfatta existentiell hälsa som en av flera dimensioner av hälsa står den i relation till samtliga av de övriga dimensionerna av WHO:s och DeMarinis hälsobegrepp.

Vidare utvecklar Melder sin beskrivning av existentiell hälsa med utgångspunkt i utvecklingspsykologin hos den tidiga psykoanalytikern Donald W. Winnicott. För att ett barns inre värld, fylld av drömmar, personliga behov, fantasier och önskningar, ska kunna försonas med den yttre världens meningsskapande strukturer i form av fakta och krav, menar han att barnet behöver ett slags förmedlande aktivitet i form av lek. På liknande sätt behöver också vuxna ta hjälp av en dylik förmedlande aktivitet i form av kreativitet, kultur och religion. Melder gör bruk av denna teori i uppbyggnaden av en flerdimensionell modell med flera överlappande aspekter. Existentiell hälsa utvecklas när individens inre existentiella behov harmonierar med den yttre världens meningsskapande strukturer. Till detta lägger hon också fysiska, psykiska och sociala dimensioner av hälsa. Existentiell hälsa är den centrala aspekt av individens tillstånd som alltså uppstår i en samverkan med, och integration av, alla dessa övriga dimensioner.

Också Christina Sophia Lloyd (2018; 2023) har fokuserat på existentiell hälsa i sin forskning, i hennes fall primärt på individnivå. Hon argumenterar för att föra in existentiella frågor om meningsskapande, andlighet, religiös och sekulär tro etcetera som integrerade delar av psykiatriska utredningar och behandlingar. Mot bakgrund av samhällets tilltagande religionspluralism och förändrade kulturella landskap finns det skäl att också väga in trosföreställningar, världsbilder etcetera i syfte att förstå och behandla patientens psykiska ohälsa. Dessa utgör kompletterande perspektiv till sedan tidigare dominerande naturvetenskapliga utgångspunkter. I Lloyds (2018) avhandling undersöker hon de risk- och skyddsfaktorer för existentiell sårbarhet som återfinns hos unga kvinnor med psykisk ohälsa, beträffande känsloreglering och meningsskapande. Ett hälsosamt tillstånd beskrivs som ontologisk trygghet vilket innefattar de berättelser och praktiker som individer gör bruk av i syfte att säkra sin självkänsla och känsla av tillhörighet över tid. Avhandlingens resultat mynnar bland annat ut i en definition av existentiell hälsa som i svensk översättning lyder:

En grundläggande känsla av trygghet och tillhörighet i världen som dels gör det möjligt för människor att i sin vardag skapa mening med sig själva och med livet, dels stödjer förmågan att hantera kriser och tillvarons yttersta frågor. (Lloyd, 2018, översatt i Lloyd, 2023)

Definitionen gör alltså gällande att den existentiella hälsan ska förstås som en känsla av trygghet och tillhörighet. Denna känsla möjliggör att skapa mening i vardagen och att hantera kriser av olika slag.

Den religionspsykologiska forskningen behöver förstås i sitt sammanhang. Har man som uttalat syfte att bidra till psykiatriska utredningar, terapeutisk behandling och på detta sätt bidra till folkhälsa är det väsentligt att de existentiella dimensionerna, aspekterna och/eller frågorna kan integreras i en hälsodiskurs och i en klinisk kontext. Ambitionen är relevant. Forskning visar exempelvis att upplevelser av mening har en rad positiva effekter på hälsa och personlig utveckling, samt på våra möjligheter att hantera stress och utmanande livshändelser (Lloyd, 2023). Man kan naturligtvis diskutera om de existentiella dimensionerna för den sakens skull skall ingå i hälsokonceptet som sådant eller om de snarare bör betraktas som faktorer som gynnar alternativt missgynnar hälsan. Men sammantaget menar jag att andliga aspekter, såsom de på olika sätt kommer till uttryck i det pluralistiska Sverige, mycket väl kan platsa som en av flera aspekter av ett kontextualiserat hälsobegrepp i enlighet med WHO:s förslag. Huruvida *existentiell* hälsa skall begränsas till dessa aspekter är för mig mer osäkert. Även om det i vissa sammanhang kan finnas goda skäl att behandla begreppen synonymt lutar jag åt att termen ”existentiell” är ett vidare koncept som tydligare kan behöva stå på egna ben i en svensk kontext.

Samtidigt har den psykologiska och terapeutiska ansatsen kritiserats. Dan Stiwne (2022), docent och psykolog, räds den fortsatta tendens till medikalisering som han menar att vissa uppfattningar om existentiell hälsa riskerar att påskynda. Att uppfatta existentiella livsproblem som hälsoproblem menar han riskerar att föra in för mycket under terapins och medicinens domäner. Denna kritik sätter ljuset på att alla livsproblem inte nödvändigtvis är endast av medicinsk eller psykologisk karaktär, och att mildra dessa problem kan kräva andra typer av insatser och sammanhang. Jag menar därtill att en för långt driven medikalisering kan medföra att också sociala och strukturella samhällsproblem i det tysta omvandlas till individuella hälsoproblem vilket riskerar att skymma det politiska ansvaret för hur olika befolkningsgruppers liv villkoras. Kritiken beaktad finns det dock inget som hindrar att såväl existentiella problem som samhällsproblem *också* kan ha en psykologisk sida som kan lindras och bör behandlas terapeutiskt och/eller medicinskt.

En i mina ögon mer intressant kritik har formulerats av teologen Ola Sigurdson (2016) som uppmärksammat en kvardröjande dualism hos DeMarinis och Melder. Genom att beskriva hur den ”inre” människan påverkas av den ”yttre” världen, vilken också inkluderar den egna kroppen, (Melder, 2011, 26) upprepas en motsats mellan kropp och själ som varit idéhistoriskt framträdande ända sedan René Descartes. Märk väl att denna dualism också skymtar i WHO:s distinktion mellan det som är av materiell natur och det som hör till idéernas område. Detta riskerar att oavsiktligt ställa existentiell hälsa som den inre och idémässiga dimensionen av hälsa i motsats till den somatiska hälsan.

Ett annat problem, menar jag, är att den religionspsykologiska diskussionen om existentiell hälsa tenderar att reducera religion och sekulära motsvarigheter (livsåskådningar) till sin funktionella aspekt (se Lindfeldt, 2003). Religion beskrivs närmast som en strategi som människor tar till i syfte att skapa mening, trygghet och ordning i sitt liv, vilket riskerar att instrumentalisera livsåskådningen. Denna beskrivning av religion utesluter möjligheten att livsåskådning kan vara överordnad frågan om välbefinnande och således ytterst väsentlig för dess anhängare oavsett om den tillför trygghet, tillhörighet och inre frid eller ej. Också möjligheten att mening kan *tas emot* snarare än skapas lämnas i mångt och mycket obeaktad. En rimlig hållning torde vara att mening framträder och uppfattas i ett intersubjektivt samspel människor emellan, en process som involverar såväl passivt mottagande som aktivt skapande. De författare som omnämns ovan skulle sannolikt inte bestrida en sådan uppfattning, men nyansen tenderar att döljas av den starka betoningen på subjektets menings*skapande*, en betoning som jag antar är en förutsättning för att meningsfrågan alls skall vara

relevant i terapirummet. Denna kritiska anmärkning hindrar inte på något sätt att vård och terapi också adresserar meningsfrågor i sin behandling. Tvärtom menar jag att det är mycket angeläget att så sker. Däremot betyder det att det finns socialt och kulturellt förmedlade meningsstrukturer som föregår individen och hans möjligheter att uppfatta mening, och som således inte enkelt kan väljas bort eller förändras. Dessa strukturer är snarare en fråga om vilka normer som reproduceras. Detta blir tydligare med utgångspunkt i ett så kallat fenomenologiskt perspektiv på existentiell hälsa vilket jag nu för till diskussion.

Hälsa och ohälsa som existentiellt angelägna erfarenheter

I rapportens andra kapitel behandlar jag hur den existentiella hälsan kan tänkas relatera till ideellt arbete. Jag ska nu diskutera frågan om existentiell hälsa utifrån denna ambition. Detta förutsätter dock en beskrivning av existentiell hälsa som (också) är tillämpbar utanför medicinska och terapeutiska sammanhang med anknytning till civilsamhället och ideellt arbete. Det betyder inte en beskrivning som tänks stå i motsats till den vårdande eller terapeutiska diskursen om existentiell hälsa, utan är ett utvidgat perspektiv som *också* är tillämpbart i civilsamhället. Snarare än att diskutera existentiella eller andliga aspekter av hälsa och ohälsa, ska jag nu föra fram hälsa och ohälsa som existentiellt angelägna livserfarenheter som kompletterar de ovan beskrivna perspektiven. Flera av den existentiella hälsans bärande moment såsom erfarenheter av mening återkommer, men i det som följer från ett fenomenologiskt snarare än ett religionspsykologiskt perspektiv.

Sigurdson (2014; 2016) har föreslagit en förståelse av existentiell hälsa som kan fungera som en fruktbar ansats för denna diskussion. I stället för att se existentiell hälsa som ytterligare en dimension av hälsa vid sidan om fysisk, psykisk och social hälsa föredrar han att beskriva existentiell hälsa som ett övergripande perspektiv på ens eget totala hälsotillstånd som skär igenom det fysiska, psykiska och sociala. Existentiell hälsa betecknar och förbehålls till en reflexiv erfarenhet av den egna hälsan vilket innebär en intentionell relation till individens eget hälsotillstånd. Det kan exempelvis innebära att på det hela taget vara nöjd med och tacksam över sitt liv trots diverse åkommor. Existentiell hälsa förstås alltså här från ett första persons perspektiv. Detta förslag utvecklar han mot bakgrund av en historisk översikt av hur hälsa beskrivits i olika tider. I förmodern tid var det en främmande tanke att särskilja en persons hälsa från vederbörandes egen erfarenhet av detta tillstånd. Utan att upprepa historien söker han belysa hur den biomedicinska förståelsen av hälsa som den moderna medicinen traderat riskerar att fjärma sig från den drabbades egen erfarenhet.

Att vara vid god existentiell hälsa tycks således innebära en reflexiv erfarenhet av att livet för mig upplevs som gott eller levbart utifrån mitt sammantagna hälsotillstånd, trots eventuella åkommor och begränsningar. Det innebär att självreflexivt uppleva livet med alla dess brister och begränsningar som hälsosamt i kraft av att vara ens eget, det vill säga i linje med ens egen längtan och ens egna önskningar. Detta synsätt kan således också knytas till diskussionen ovan om hälsans relation till personliga vitala mål. Den reflexiva erfarenheten påverkas rimligtvis av den standard som är eller blir normerande för en själv mot bakgrund av vilken livet kan erfaras som mitt eget (se Hjertström Lappalainen, 2018). Sigurdsons förslag är både intressant och fruktbart för den uppgift som föreligger. Samtidigt uppfattar jag det som outvecklat och fortfarande i sin linda. Jag skall här utveckla några ansatser som skulle kunna föra diskussionen framåt.

Med ett första persons perspektiv på hälsa har diskussionen rört sig i riktning mot ett fenomenologiskt perspektiv, mot livsvärlden och den levda erfarenheten av hälsa och ohälsa. I stället för att diskutera existentiell hälsa som en strikt begreppslig fråga handlar det då snarare om att ringa in fenomenet utifrån hur det framträder i erfarenheten samt hur man reflexivt förhåller

sig till denna erfarenhet. Snarare än att förbinda den existentiella hälsan med de begreppsliga frågor som hälsodefinitionerna väcker, knyter en dylik ansats an till hälsan som den ouppmärksammade bakgrunden till det aktiva livet – däribland ideellt arbete – och ohälsa som en bruten tystnad, som en upplevelse av hemlöshet och kuslighet. Att reflexivt förhålla sig till sitt eget hälsotillstånd innebär alltså inte endast att reflektera över och intentionellt relatera till sina värden, diagnoser eller ens sitt välbefinnande, utan också att hantera den tillvaro som hälsa och ohälsa skapar, de stämningar som kommer att präglade ens vardagliga tillvaro.

Svenaesus (2003) drar nytta av Martin Heideggers filosofi (i svensk översättning, 2019) i syfte att utveckla en fenomenologi om sjukdom. Grundantagandet är att vi människor är ”nedsänkta i livsvärldens meningsmönster på ett oskiljaktigt sätt”. Ordvalet ”nedsänkt” signalerar att människan har att hantera en värld hen inte skapar eller förfogar över. Det betyder att vår tillvaros mening inte endast och på ett enkelt sätt är något vi väljer, utan som snarare utgör den nödvändiga förutsättningen för att alls kunna erfara och förstå något som meningsfullt. Detta perspektiv, menar jag, problematiserar talet om världsbild. Världsbilden är inte något som vi på ett enkelt sätt formar och omformar till mer hälsosamma varianter. Världsbilden är snarare resultatet av sekler av kulturell, politisk och religiös förmedling och präglning, en förutsättning som föregår oss. Det betyder inte att den är oföränderlig och att aspekter av den inte går att förhålla sig till kritiskt, men den är ingenting man enkelt ”övervinner” eller omskapar genom sina egna meningsskapande processer. Vi skapar inte världen. Den föregår oss och vad vi kan och bör göra är att förhålla oss till den ”paktivt” för att använda Jonna Bornemarks begreppsliga sammanslagning av passivt och aktivt (Bornemark, 2022).

Heidegger, uttolkad av Svenaesus (2003), jämför den mänskliga kroppsliga existensen med ett ”don”, ett verktyg som är meningsfyllt mot bakgrund av det sammanhang i vilket det används. En hammare består exempelvis av en viss kemisk uppsättning av ämnen (järn, trä, gummi) och har fått en viss utformning, men hammarens mening får man syn på först när man använder den för att bygga en vägg, tillhörande ett hus, tillhörande en stad etcetera. På liknande sätt är människan och hens handlingar alltid insatt i ett sammanhang av praktiska projekt och uppgifter, och det är såsom nedsänkt i detta ”meningsmönster av don” som hen tillskriver sitt liv, sina erfarenheter och sina handlingar mening. Jämförelsen haltar bland annat i det att den levande människan inte likt ett don ”används” och är ”användbar”, men begränsningen beaktad kan bilden säga något om hur vårt handlande, våra handlingsmöjligheter och våra uppgifter förbinds med erfarenheter av mening. Med detta följer också att en skada på donet inte endast får konsekvenser för donet som sådant, utan också för de aktiviteter som donet används i. Att människor på olika sätt ”går sönder” eller drabbas av sjukdom och ohälsa innebär således att meningsfyllda aktiviteter, projekt, relationer och sociala nätverk kan behöva avbrytas eller omformas. Med sjukdom följer enligt Svenaesus en stämning av hemlöshet och kuslighet, en svårighet att göra världen till sin egen då ens invanda rörelsemönster och upptagenhet vid diverse uppgifter bromsas in eller avbryts.

Med detta resonemang närmar vi oss en förståelse av mening som tydligt anknyter till delaktighet i olika former av aktiviteter, däribland ideellt arbete. Det väsentliga för denna diskussion, som berör ideellt arbete, är just det faktum att människors arbete, aktiviteter och uppgifter kan förstås som del av ett meningsmönster av kroppar och ting som hör till det mänskliga livets grundförutsättning. Erfarenheter av livsmening kan således på sin mest basala nivå förstås som att befinna sig i ett rumsligt, socialt och kosmiskt sammanhang, att uppleva sig vara en del av detta sammanhang samt att ha en uppgift i detta sammanhang som gör ens närvaro i sammanhanget meningsfull.

Existentiell hälsa och ideellt arbete

Hur skulle då existentiell hälsa kunna förhålla sig till ideellt arbete och annan delaktighet i civilsamhället mer precist? Att ideellt arbete har en viktig betydelse i allmänhet är belagt. Det ideella arbetet utgör en av civilsamhällets viktigaste resurser och utan detta skulle ideella organisationer och lokalsamhällen inte fungera. Genom ideellt arbete tillgodoses behov som varken näringslivet eller det offentliga förmår fylla. Det ideella arbetet bidrar till sammanhållning, och genom att skapa sammanhang för samverkan och dialog bidrar det också till att utveckla demokratin. (Dekker & Halman, 2003; Putnam, 1995). Resultatet från Befund visar också att det ideella arbetet ligger på en stabil nivå över tid (von Essen & Svedberg, 2022). Författarna till den första delrapporten av 2024 års befolkningsundersökning visar på en slående stabilitet beträffande det ideella arbetet i Sverige sedan den första undersökningen genomfördes 1992. Under perioden arbetar ungefär halva befolkningen ideellt (Lundberg, Henreksson & von Essen, 2025). Denna höga och stabila nivå motiverar också att undersöka hur ideellt arbete kan tänkas relatera till existentiell hälsa hos dem som arbetar ideellt.

Mycket tyder på att existentiell hälsa på ett eller annat sätt och av ett eller annat skäl kan förknippas med delaktighet i ideellt arbete i civilsamhället. Johan von Essen (2008) har i sin kvalitativa undersökning av det ideella arbetets betydelse visat att det skapar förutsättningar för självförverkligande och handlande för andra människors bästa, vilket uppfattas som meningsfullt för den som arbetar ideellt (se också Yeung, 2004). Dessutom har ideellt arbete visat sig korrelera med självskattad hälsa (Wallman Lundåsen, 2005). Också utgående från Befund 2024 har vissa korrelationer identifierats mellan att arbeta ideellt och den självskattade hälsan (se också Jeppsson Grassman & Jegermalm, 2018). Den självskattade hälsan är i detta sammanhang ett något vagt mått. Sannolikt bygger självskattningen på en kombination av kända sjukdomar, medicinering, biologiska värden, läkarbesök etcetera och en egen bedömning av ens allmänna välbefinnande. Utgående från de diskussioner som förts om hälsa ovan är det emellertid oklart vilka aspekter av hälsa som i första hand avses och om den existentiella hälsan beaktas. Sammantaget är det ändå rimligt att anta att det ideella arbetet på något sätt relaterar till den existentiella hälsan.

Sammanfattning

I detta kapitel har jag fört en bakgrundsdiskussion om hälsa i ett utvidgat perspektiv. Inledningsvis har jag behandlat hälsa som fenomen och begrepp. Jag har redogjort för fyra olika sätt att definiera hälsa utgående från ett biostatistiskt synsätt, hälsa som balans, hälsa som förmåga och hälsa som välbefinnande. Därutöver har jag diskuterat existentiell hälsa, först utifrån religionspsykologins ambition att föra in existentiella eller andliga dimensioner i psykiatriska utredningar, terapi och folkhälsoarbete. Denna utgångspunkt har på olika sätt relaterat till WHO:s begreppslighet.

Som ett kompletterande perspektiv har jag föreslagit en fenomenologisk utgångspunkt för att beskriva existentiell hälsa på sätt som är mer relevant i en civilsamhälleskontext. Utgående från Sigurdsons och Svenaeus diskussion har jag fört fram existentiell hälsa som en reflexiv erfarenhet av det egna livet mot bakgrund av det meningsmönster som den kulturellt förmedlade vardagsverkligheten bereder. Detta inkluderar också en självreflektion över det egna handlandet, de egna handlingsmöjligheterna samt de möjligheter att göra livet till sitt eget och världen till något hemligt som tillståndet bereder. Med utgångspunkt i denna fenomenologiska bestämning av existentiell hälsa skall jag i nästkommande kapitel beskriva den existentiella hälsans relation till ideellt arbete utifrån resultaten från Befund 2024 om medborgerligt engagemang.

2. Den existentiella hälsans relation till ideellt arbete

Syftet med detta kapitel är att beskriva hur existentiell hälsa relaterar till ideellt arbete utifrån 2024 års befolkningsundersökning om medborgerligt engagemang. I Folkhälsomyndighetens slutrapport efterlyser man mer forskning om existentiell hälsa, och däribland olika former av metoder för att mäta existentiell hälsa och utvärdera olika typer av insatser och verksamheter. Som nämnts ovan har man gjort försök att statistiskt mäta existentiell hälsa. Internationellt, och även genom Melders arbete i Sverige, har detta bland annat skett genom WHO:s livskvalitetundersökning *WHO Quality Of Life – Spiritual, Religious and Personal Beliefs*. I denna enkät ställs frågor om exempelvis i vilken grad respondenten upplever andlig kontakt, upplevelse av förundran, mening och syfte med livet. Genom att analysera valda delar av Befund 2024 föreslår jag ett kompletterande instrument för att undersöka aspekter av existentiell hälsa i relation till primärt ideellt arbete men också andra former av social delaktighet. Denna enkät mäter inte explicit existentiell hälsa och saknar således ett mått med teoretisk precision. Genom att undersöka några faktorer som är relevanta för existentiell hälsa kan man emellertid urskilja tänkbara relationer mellan existentiell hälsa och vanan att delta i vardagliga aktiviteter och gemenskaper, något som WHO:s enkät inte berör.

Jag inleder kapitlet med att redogöra för den teoretiska utgångspunkt som jag tillämpar utifrån föregående kapitelns begreppsdiskussion samt hur jag genomfört analysen av resultaten från Befund 2024. Därefter pekar jag på några bakgrundsfaktorer som ger en initial inblick i vilka respondenterna är, och vad som förenar och skiljer de grupper åt som identifierats med en låg, medel respektive hög existentiell hälsa. Bakgrundsfaktorerna är bland annat ålder, utbildningsnivå och civilstånd. Därefter visar jag hur grupperna liknar varandra och skiljer sig åt beträffande deras sociala delaktighet i familj- och vänskapsrelationer, politiskt påverkansarbete och religiösa praktiker. Efter det visar jag hur grupperna i olika utsträckning och på olika sätt arbetar ideellt eller deltar i andra former av medborgerligt engagemang. Därefter redovisar jag vad det ideella arbetet betyder för de olika grupperna genom att beskriva hur de tagit ställning till frågor och påståenden om det ideella arbetets meningsfullhet, den ideella organisationens betydelse för dem och anledningar till att arbeta ideellt. Slutligen diskuterar jag vad kapitlet sammantaget fört fram.

Teoretisk utgångspunkt

Utgående från den diskussion som förts i kapitel 1 om existentiell hälsa, och den fenomenologiska utgångspunkt som diskussionen mynnat ut i, avser jag här med existentiell hälsa en *reflexiv erfarenhet* av det egna livet med hälsa och/eller ohälsa mot bakgrund av det *meningsmönster* som vardagsverkligheten bereder. Det betyder ett reflexivt förhållningssätt till egna *handlingsmöjligheter*, vilket inkluderar begränsningar och sårbarheter. Existentiell hälsa åsyftar också individens reflexiva förhållningssätt till de möjligheter att *uppfatta livet som sitt eget och världen som något hemligt* som ens tillstånd bereder. Det kan således också innebära att förhålla sig till och hantera de stämningar av kuslighet och hemlöshet som erfarenheter av ohälsa kan präglas av. Beroende på hur denna reflexiva erfarenhet yttrar sig kan man tala om en mer eller mindre god existentiell hälsa.

Den kritiska fråga man med rätta kan ställa är hur ett fenomenologiskt perspektiv på existentiell hälsa teoretiskt kan bidra till analysen av en enkätundersökning om medborgerligt engagemang. De empiriska förklaringar som man kan utläsa ur en enkätundersökning kan tyckas fjärran från den

livsvärldsförståelse som fenomenologin uppehåller sig vid. Med stöd av Paul Ricœurs fenomenologiska hermeneutik är jag emellertid benägen att tona ner ett sådant motsatsförhållande (se Ricœur, 2008). Att statistiska beskrivningar alls är intressanta och angelägna att undersöka har sin grund i dess förankring i livsvärlden, att de faktiskt betyder något i människors liv. I detta fall rör det sig om erfarenheter av att åtminstone somliga eller kanske till och med många människor mår bra när de arbetar ideellt. Men om man stannar vid det intuitiva antagandet att ”ideellt arbete relaterar till den existentiella hälsan” nöjer man sig med vad Ricœur kallar en ”gissning” eller en ”naiv förståelse”, en förståelse som inte prövats och kritiskt granskats. För att reflexivt granska detta påstående krävs delförklaringar som verifierar alternativt falsifierar och utvecklar påståendet med en eftersträvd distans till det individuella, och det är här som enkätundersökningen fyller en viktig funktion. Delförklaringarna ringar inte in livsvärlden på ett fullständigt sätt. De lägger snarare ut förklarande ”spår” som bidrar till en mer omfattande och precis förståelse som överskrider det individuella (Dreyer, 2019). Sammantaget utgör tolkningsprocessen en spiralrörelse från en naiv förståelse via förklarande undersökningsmoment till en vidare förståelse av livsvärlden, vilken i nästa steg kan prövas och förfinas ytterligare med nya förklarande undersökningar, och så vidare. Mot bakgrund av den tidigare omnämnda forskningen om det ideella arbetets betydelse kan man hypotetiskt anta att människors ideella arbete relaterar till den existentiella hälsan. Detta utgör vår initiala ”naiva förståelse”. För att pröva och vinna en djupare insyn i om, varför och på vilka sätt det ideella arbetet relaterar till människors existentiella hälsa behöver vi titta närmre på tänkbara delförklaringar som återfinns i resultaten från Befund.

Aspekter av existentiell hälsa i enkäten

Att fylla i en enkät är en reflexiv aktivitet. Vid varje fråga behöver respondenten ta ställning till frågor och påståenden gällande exempelvis det egna livet, ens tillstånd, vanor, motiv och drivkrafter. Således återspeglar enkätundersökningen partiella inblickar i människors reflexiva erfarenheter över sitt liv, sitt tillstånd och, för somliga, sitt ideella arbete. Vidare användes svaren på tre frågor i enkäten i syfte att ringa in de svarandes existentiella hälsa. Dessa svar har valts utifrån att de går att knyta till den fenomenologiska förståelse av existentiell hälsa som jag utarbetat i föregående kapitel.

Att vara en del av samhället: De svarande fick med en fyrgradig skala ta ställning till följande påstående: ”Jag känner att jag är en del av samhället”. Genom respondentens bedömning av huruvida detta stämmer överens med den egna erfarenheten ges en indikation om i vilken utsträckning hen upplever sin tillvaro i samhället som hemlik i meningen att man smälter in, hör till och är inkluderad. Vad ”samhället” åsyftar kan naturligtvis problematiseras, men i detta fall får man nöja sig med en intuitiv och vardaglig innebörd.

Att vara behövd i samhället: De svarande tog också med en fyrgradig skala ställning till följande påstående: ”Jag känner att jag behövs i samhället”. Genom detta övervägande reflekterar respondenten över huruvida hans handlingar och handlingsmöjligheter bidrar till ett större sammanhang. Med andra ord bedömer respondenten sina möjligheter att ge mening åt sin kroppsliga närvaro, sina handlingar och sina handlingsmöjligheter utifrån sina egna möjligheter och begränsningar. Man bedömer alltså sin egen uppgift i samhället, inte helt olikt ett don som uppfattas vara meningsfullt i ljuset av dess användningsområde, alltså huruvida man finner sin plats i ett ”meningsmönster av don”.

Att vara nöjd med det liv man lever: De svarande fick slutligen med en sjugradig skala besvara frågan ”Är du nöjd eller missnöjd med det liv du lever?” Med denna fråga ges vi viss insyn i respondentens övergripande attityd till sitt eget liv och hur hen för närvarande lever det. Självreflexivt överväger hen i vilken utsträckning livet i stort är, eller för närvarande håller på att bli, vad hen önskar att det

vore. Med detta följer också en indikation om hen uppfattar sig själv som agent i sitt eget liv, om hen har/ges förutsättningar att vara delaktig i utformningen av sitt liv. Med andra ord bedömer respondenten huruvida hen uppfattar livet som sitt eget.

Fler enkätfrågor än dessa skulle naturligtvis kunna ställas i syfte att bilda sig en uppfattning om människors existentiella hälsa, men givet enkätens nuvarande utformning (2024 års undersökning) och den teoretiska utgångspunkten är det dessa aspekter som är tillgängliga för oss.

Tillvägagångssätt

Befund har alltså genomförts med jämna mellanrum (ungefär vart femte år) sedan 1992. Denna analys koncentreras till 2024 års undersökning som hade sammanlagt 2507 svarande. Den statistiska analysen inleddes med att identifiera tre grupper bland alla de svarande. Detta byggde på en initial bedömning om vilka variabler i materialet som var relevanta i förhållande till den teoretiska bestämningen av existentiell hälsa. Tre beroendevariabler för existentiell hälsa identifierades, vilka jag redogjort för ovan, 'att vara en del av samhället', 'att vara behövd i samhället' och 'att vara nöjd med det liv man lever'. Genom att gruppera de svarande utefter hur de tagit ställning till dessa frågor och påståenden kunde tre grupper urskiljas: en grupp med låg existentiell hälsa, en grupp med medel och en grupp med hög existentiell hälsa.

Gällande påståendet om att vara en del av samhället samt att vara behövd i samhället har gruppen med hög existentiell hälsa uppgett att påståendet stämmer mycket bra, gruppen med medel existentiell hälsa att påståendet stämmer ganska bra och gruppen med låg existentiell hälsa att påståendet stämmer inte så bra eller inte alls. När det gäller frågan om man är nöjd eller missnöjd med sitt liv har respondenterna placerat sig själv på en sjugradig skala från mycket missnöjd (1) till mycket nöjd (7). Gruppen med låg existentiell hälsa har uppgett 1–4, gruppen med medel existentiell hälsa 5 och gruppen med hög existentiell hälsa 6–7. Indelningen kan tyckas förskjuten åt den högre skattningen. Skälet är att medelvärdet för de svarande klart överstiger 4 vilket innebär att de som skattat med 4 jämförelsevis ligger klart under medel. Att skatta med 4 innebär att säga att man inte ens är ganska nöjd, vilket inte nödvändigtvis innebär att vara missnöjd, men skattningen är ändå att betrakta som avvikande från ett "normaltillstånd". Indelningen är grov och grupperna rymmer variationer, men genom att undersöka hur man i de olika grupperna tagit ställning till andra frågor (oberoende variabler) går det att beskriva närmre vad som kännetecknar de olika grupperna med avseende på exempelvis social delaktighet och ideellt arbete. Resultatet genererades genom bivariata analyser.

De oberoende variablerna har identifierats primärt utifrån syftet att förklara relationen mellan den existentiella hälsan och det ideella arbetet. För att initialt lära känna grupperna lite närmre har jag börjat med att titta på några basala bakgrundsvariabler som ålder, kön och utbildningsgrad, men också personliga kännetecken som allmän benägenhet att lita på människor och allmänt hälsotillstånd.

I syfte att förklara relationen mellan existentiell hälsa och ideellt arbete har jag velat veta om de olika grupperna arbetar ideellt och i vilken omfattning. Jämförelsevis har jag också undersökt vanan att på andra sätt ägna sig åt medborgerligt engagemang i form av givande och informella insatser för människor med särskilda behov. På detta sätt fick jag en initial inblick i relationen mellan det ideella arbetet och existentiell hälsa.

Som jag argumenterat för tidigare anknäver existentiell hälsa starkt till relationen med ett större socialt sammanhang i meningen att man uppfattar sig som tillhörig och finner sin plats och uppgift meningsfull i relation till ett större meningsmönster. Jag har därför undersökt i vilken utsträckning de olika grupperna uppfattar sitt ideella arbete som meningsfullt och vilken betydelse som den

ideella organisationen har för de ideellt arbetande. I syfte att ytterligare förstå relationen mellan existentiell hälsa och den sociala gemenskapen har jag därtill undersökt gruppernas övriga vanor att knyta an till sociala sammanhang som vänskapskrets, släkt, religiösa praktiker och politiskt påverkansarbete.

För att ytterligare förstå hur olika aspekter av existentiell hälsa kan tänkas relatera till det ideella arbetet har jag också undersökt vilka anledningar som de olika grupperna uppger som viktiga för att arbeta ideellt. Genom att undersöka vad i det ideella arbetet som betyder mycket i de olika grupperna samt varför de väljer att arbeta ideellt närmar vi oss också en förståelse av vad det ideella arbetet skulle kunna ha för betydelse för de olika gruppernas existentiella hälsa. Jag har här valt att titta närmre på de anledningar som på ett särskilt sätt relaterar till aspekter av existentiell hälsa som exempelvis vänskap, att göra något konkret för sammanhanget och att känna sig behövd.

Genom att jämföra hur respondenterna fördelas mellan de olika grupperna (normalfördelningen) med hur gruppfordelningen ser ut inom ramen för olika svarsalternativ, kan man urskilja vilka oberoende variabler som har starkast samband med låg, medelmåttig och hög existentiell hälsa. Det intressanta för jämförelsen är alltså vilka faktorer som bidrar till att fördelningen mellan de olika grupperna avviker från normalfördelningen. En begränsning i detta tillvägagångssätt ligger i att grupperna är olika stora. Det gör att det krävs betydligt fler individer i gruppen med medelmåttig än i gruppen med låg existentiell hälsa för att avvika från normalfördelningen. Beträffande vissa variabler kan därför skillnaden te sig stor även fast det rör sig om ett fåtal individer vilket gör skillnaderna mer eller mindre slumpmässiga och därav har en lägre signifikans. Dessa förhållanden markeras i termer av signifikansnivåer i form av 0–3 asterisker vilka är utmärkta i tabellerna. Trots denna begränsning går det ändå grovt att utläsa i vilken utsträckning ideellt arbete och graden av ideellt arbete kan relatera till existentiell hälsa. Vi får även en viss inblick i vilka faktorer i det ideella arbetet som betyder något för de ideellt arbetande och kan således resonera kring det ideella arbetets tänkbara betydelse för den existentiella hälsan.

Sammantaget växer bilden av de olika grupperna succesivt fram klarare. Det är viktigt att understryka att denna rapport endast åskådliggör *relationer* mellan existentiell hälsa och ideellt arbete, inte orsakssamband. Vad som ger upphov till vad – exempelvis huruvida det ideella arbetet bidrar till existentiell hälsa eller om existentiell hälsa bidrar till att man arbetar ideellt – går alltså inte att utläsa av de redovisade siffrorna.¹

Bakgrundsfaktorer och personliga kännetecken

Innan jag ger mig i kast med den sociala delaktigheten samt det ideella arbetet och dess betydelse är det väsentligt att lära känna grupperna lite närmre genom att redovisa några demografiska och socioekonomiska faktorer samt några personliga kännetecken. Gruppernas storlek är väldigt olika. Gruppen med medelmåttig existentiell hälsa (EH) är den i särklass största gruppen och motsvarar 80 procent av alla svarande. Gruppen med låg existentiell hälsa är liten, endast 5 procent, och gruppen som beräknas ha hög existentiell hälsa motsvarar 15 procent. Sammantaget är det förstås hoppfullt att en stor del av de svarande har en relativt god existentiell hälsa.

Bland de demografiska bakgrundsfaktorerna har ålder en viss betydelse. Gruppen med hög EH återfinns i störst utsträckning i åldersgruppen 25–64 år där 19 procent anser sig ha hög EH vilket är 4 procentenheter högre än vid normalfördelningen. Gruppen med låg EH återfinns främst i den yngsta ålderskategorin 15–24 år där de ligger ett par procentenheter högre än vid

¹ För en metodbeskrivning av Befund och dess olika upplagor, se Bilaga 1 - Metodbeskrivning.

normalfördelningen. I de övriga ålderskategorierna ligger de snarare något lägre än vid normalfördelningen.

Könsfördelningen gör gällande att kvinnor är något överrepresenterade bland dem med hög EH och något underrepresenterade bland dem med låg EH. Utbildningsnivån påverkar också i vilken grupp man hamnar. Bland universitetsutbildade är gruppen med hög EH hela 8 procentenheter högre, medan gruppen med låg EH är 2 procentenheter lägre och gruppen med medelmåttig EH 6 procentenheter lägre än vid normalfördelningen. Det betyder inte att det är omöjligt att ha en hög EH med låg utbildning, endast att de är betydligt färre. Också civilståndet har en viss betydelse. Bland dem som är gifta återfinns 18 procent bland dem med hög EH, vilket alltså är 3 procentenheter högre än vid normalfördelningen. Bland dem som är ogifta eller skilda ligger värdet något lägre än vid normalfördelningen. Om man är ogift eller skild är oddsen på motsvarande sätt något högre att man också har låg EH även om skillnaderna är små.

Den allmänna tilliten till andra människor korrelerar tydligt med den existentiella hälsan. Bland dem som i allmänhet litar på människor återfinns 20 procent i gruppen med hög EH vilket alltså är nästan 5 procentenheter högre än vid normalfördelningen. Motsvarande förhållande i gruppen med låg EH är 3 procentenheter lägre än vid normalfördelningen. Att ha existentiell hälsa enligt dessa indikatorer innebär alltså vanligtvis att man också litar på människor vilket sannolikt innebär att man känner sig trygg och tillfreds i sina sociala sammanhang.

Den mest betydelsefulla variabeln bland de undersökta bakgrundsfaktorerna sett till den existentiella hälsan är det självskattade hälsotillståndet (vilket inte väntas åsyfta existentiell hälsa specifikt). Som sagt är denna självskattning något oklar. Är det ens medicinska status eller ens allmänna välbefinnande som skattas? Hur som helst, bland dem med mycket bra hälsa återfinns hela 28 procent bland dem med hög EH vilket alltså är en nästan dubbelt så hög andel som vid normalfördelningen. Ännu mer påtagligt blir det om man jämför med dem som skattar sin hälsa som dålig och mycket dålig. Bland dem med dålig hälsa återfinns 23 procent bland dem med låg EH, och bland dem som skattar sin hälsa som mycket dålig återfinns 38 procent bland dem med låg EH, alltså mer än 30 procentenheter högre än vid normalfördelningen. Den lilla gruppen med låg EH lider alltså inte sällan av ohälsa på olika sätt. Chansen att man uppfattar sig som en del av samhället, att man anser sig vara behövd i samhället och att man är nöjd med det liv man lever är alltså mycket liten om man samtidigt skattar sin hälsa som mycket dålig. Detta är illavarslande och reser svåra frågor. Är en människa som lider av ohälsa och sjukdomar också dömd till utanförskap, att inte uppleva sig vara behövd och att vara missnöjd med livet?

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer och personliga kännetecken. Andel i procent som återfinns i respektive grupp med låg, medel respektive hög existentiell hälsa (EH).

Bakgrundsfaktorer/ EH: normalfördelning	Låg EH: 5 %	Medel EH: 80 %	Hög EH: 15 %
Ålder:			
15–24	7	85	8
25–64 ***	4	77	19
65–85 ***	4	85	11
Kön **			
Kvinnor	4	80	17
Män	6	80	14
Civilstånd ***			

Gift	3	79	18
Ogift	6	80	14
Skild	6	80	14
Utbildning ***			
Grundskola eller grundskola och gymnasium	6	83	11
Universitet	3	74	23
Litar på de flesta ***	2	78	20
Självskattat allmänt hälsotillstånd ***			
Mycket bra	1	71	28
Bra	2	84	14
Någorlunda	10	84	6
Dåligt	23	76	1
Mycket dåligt	38	58	4

Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Den idealtypiska personen med hög existentiell hälsa befinner sig alltså i åldersspannet 25–64 år, har en universitetsutbildning, är gift, litar i allmänhet på människor och skattar sin hälsa som mycket god. På motsvarande sätt är en idealtypisk person med låg existentiell hälsa 15–24 år, saknar därav universitetsutbildning, har svårt att lita på människor och lider dessutom av ohälsa. Resultatet går att tolka på olika sätt. Det kan implicera en rekommendation till alla att utbilda sig, gifta sig, lita på folk och ta hand om sin hälsa. Samtidigt är det exempelvis uppenbart för alla att många avgörande samhällsfunktioner upprätthålls av människor med lägre utbildning. Kravet på exempelvis universitetsutbildning för att kunna leva ett liv att vara nöjd med är därför orimligt. Frågan man kan behöva ställa sig är alltså varför det tycks så svårt att uppfatta sig som inkluderad, behövd och nöjd med sitt liv utan en god hälsa, en hög utbildning och trygga sociala sammanhang. Är det normativa spektret för ett lyckat liv i det svenska samhället för trångt? Är det bara den friska och välutbildade medborgaren som föräras känslan av att vara nöjd med sitt liv?

Social delaktighet

Att reflexivt uppfatta sig vara en del av och att vara behövd, att finna sig till rätta och förmå göra tillvaron hemlik, och livet till sitt eget innebär tentativt ett visst mått av social delaktighet. Man antas alltså inte uppfatta sig inkluderad, behövd och nöjd med sitt liv i en isolerad tillvaro. Frågan nu är om och i vilken utsträckning detta stämmer. I Befund frågar man hur ofta respondenternas har för vana att träffa släktingar och vänner. Det framgår också i vilken utsträckning respondenterna deltar i gudstjänster eller motsvarigheter i icke-kristna religioner. Slutligen frågar man i vilken grad respondenterna försöker påverka andra i frågor om samhälle och politik. Den sistnämnda aspekten säger egentligen inte mycket explicit om social delaktighet, men den signalerar huruvida man uppfattar sin egen röst som viktig och vilken utsträckning man räknar med att andra kommer lyssna och beakta ens åsikter. Således pekar den implicit hän mot erfarenheter av att vara inkluderad och behövd.

Betydelsen av att regelbundet träffa släkt och vänner är överraskande nog svårtydd och tvetydig. Bland dem som har släkt och vänner motsvarar gruppen med medelmåttig EH i hög grad normalfördelningen. De som har en mer regelbunden kontakt veckovis är något överrepresenterad bland dem med hög EH, men bara med någon procentenhet. På motsvarande sätt är de som träffas veckovis något underrepresenterad bland dem med låg EH. Om man har släktingar och vänner som man träffar mer sällan än ett par gånger i månaden eller aldrig ökar risken att man också har låg EH – 12 procent av dem som träffar vänner och släktingar sällan och 9 procent av dem som aldrig träffar dem återfinns i gruppen med låg EH jämfört med normalfördelningen på 5 procent.

De som emellertid sticker ut och som reser en rad frågor är de som inte har några släktingar och vänner. Dessa är nämligen kraftigt överrepresenterade både bland dem med låg (14 procent) och dem med hög (28 procent) EH. Att helt sakna släkt och vänner kan alltså få helt olika effekter. En tänkbar möjlighet som jag här inte undersöker närmre är att sambanden kan vara åldersrelaterade. Bland dem som är äldre kan man ha förlorat både släkt och vänner som en naturlig följd av ålderdomen utan att detta behöver uppfattas som ett misslyckande eller som att vara exkluderad. Att däremot vara ung och sakna vänner och släkt kan däremot vara en mer ensam och utsatt situation. Samtidigt dominerar inte de äldsta gruppen med hög EH, vilket sannolikt gör det fullt möjligt att också som yngre ha en hög EH samtidigt som man inte har släkt och vänner.

När det kommer till delaktighet i religiösa praktiker (gudstjänster och motsvarande) går det att visa på en viss relation mellan en hög och regelbunden delaktighet och hög EH. Dock är gruppen av regelbundna gudstjänstfirare så pass liten att signifikansen ändå inte blir särskilt hög vilket gör att man får ta resultatet med en nypa salt. Bland de få som faktiskt deltar i religiösa praktiker minst en gång per vecka finns ändå en kraftig överrepresentation i gruppen med hög EH, 25 procent jämfört med normalfördelningen på 15 procent. Bland dem som deltar mer eller mindre sporadiskt följer gruppen däremot normalfördelningen. Den viktiga skillnaden ligger alltså i det veckovisa deltagandet. Sambandet bekräftas till viss del om man tittar på gruppen med låg EH, där det sporadiska deltagandet innebär att man ligger något lägre än vid normalfördelningen, medan om man sällan eller aldrig deltar följer man i stort sett normalfördelningen av dem med låg EH. Relationen mellan en regelbunden, veckovis delaktighet i religiösa praktiker och en hög existentiell hälsa kan ha många förklaringar, men uppenbarligen är det sannolikt en del gudstjänstbesökare som känner sig delaktiga, behövda och nöjda med sina liv. En tänkbar förklaring till den ovan nämnda höga existentiella hälsan bland dem som saknar släkt och vänner är att denna brist till viss del avhjälpas av en regelbunden delaktighet i exempelvis religiösa sociala sammanhang.

Också när det kommer till benägenheten av att vilja påverka andra i frågor om samhälle och politik finns det en tydlig relation med den existentiella hälsan. Bland dem som anser att påståendet stämmer ganska bra återfinns 23 procent i gruppen med hög existentiell hälsa vilket överstiger normalfördelningen med 8 procentenheter. Den riktigt överväldigande överrepresentationen finns dock bland dem som anser att påståendet att de ”försöker påverka andra” stämmer mycket bra. 44 procent av dessa återfinns i gruppen med hög EH vilket är en av de största avvikelserna från normalfördelningen sett till samtliga av de undersökta variabelerna. Om man gärna försöker påverka andra i frågor om politik och samhälle har man ofta också en stark känsla av att tillhöra och vara behövd i samhället och man är också i hög grad nöjd med det liv man lever. Att ha hög EH kan sättas i samband med en stark tilltro till sig själv och sin egen röst. Dock verkar det vara fullt möjligt att ha denna självkänsla även utan en hög EH. De som starkt bejaktar att de försöker påverka andra ligger strax över normalfördelningen även bland dem med låg EH.

Tabell 2. Social delaktighet i procent för respektive grupp.

Social delaktighet/ EH: normalfördelning	Låg EH: 5 %	Medel EH, 80 %	Hög EH, 15 %
---	-------------	----------------	--------------

Träffar vän eller släkting ***			
Minst 1 gång per vecka	4	80	16
1–3 gånger per månad	4	81	15
Mer sällan	12	78	10
Aldrig	9	78	13
Har inga släktingar/vänner	14	57	28
Deltar i religiösa praktiker *			
1 gång per vecka	3	72	25
1–3 gånger per månad	2	80	17
Några gånger per år	4	79	17
Sällan eller aldrig	5	81	14
Försöker påverka andra i frågor om politik och samhälle ***			
Stämmer ganska bra	5	73	23
Stämmer mycket bra	6	50	44

Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Sammantaget finns det en relation mellan existentiell hälsa såsom denna karakteriserats i bakgrundsdiskussionen och olika former av social delaktighet. En tänkbar slutsats är att formerna för denna delaktighet kan variera och verkar inte vara starkt knutna till släkt och vänskapsrelationer. Det kan också handla om regelbunden och frekvent delaktighet i religiösa sammanhang eller i politiskt påverkansarbete. En annan tänkbar slutsats är att den existentiella hälsan i hög grad beror av i vilken utsträckning man upplever sin egen röst som angelägen och beaktad, en aspekt som jag diskuterat på annan plats (se Nilsson, 2025). Tilltron till sin egen röst signalerar inte endast att man är socialt delaktig utan också att man är *beaktad* och *erkänd* i de sociala sammanhang man är en del av. Det behöver förstås inte betyda att man är erkänd i alla sammanhang. Möjligtvis är detta moment av erkännande viktigare för den existentiella hälsan än relationens varaktighet eller personliga närhet.

Det ideella arbetet, dess omfattning och övrigt medborgerligt engagemang

Rapporten uppehåller sig som bekant primärt vid hur det ideella arbetet relaterar till den existentiella hälsan. Även om jag inte kommer kunna visa på orsakssamband så går det i Befund att urskilja relationer mellan hög existentiell hälsa och ett aktivt ideellt arbete. Av de svarande är det alltså drygt hälften som uppger att de under det senaste året arbetat ideellt åtminstone vid något tillfälle. Men liksom delaktigheten i religiösa praktiker så är det den regelbundna och frekventa delaktigheten i ideellt arbete som är särskilt signifikant.

Existentiell hälsa och ideellt arbete i relation till några bakgrundsfaktorer

Hur ser fördelningen mellan de olika grupperna ut bland dem som arbetat ideellt vid åtminstone ett (1) tillfälle det senaste året? Bland dessa återfinns 18 procent bland dem med hög EH, alltså 3 procentenheter högre än vid normalfördelningen och 3 procent i gruppen med låg EH – 2 procentenheter lägre än vid normalfördelningen. Gruppen med medel EH följer i stort sett normalfördelningen.

Tabell 3. Andelen som arbetat ideellt vid minst ett (1) tillfälle det senaste året i procent för respektive grupp.

Ideellt arbete/EH: normalfördelning	Låg EH: 5 %	Medel EH, 80 %	Hög EH, 15 %
Arbetar ideellt ***	3	79	18

Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Om man tittar närmre på hur ideellt arbete vid minst ett tillfälle det senaste året relaterar till existentiell hälsa med hänsyn till kön, ålder och utbildning (vilket inte redovisas i tabellen) kommer dock fler nyanser fram. Bland kvinnor som arbetat ideellt det senaste året återfinns hela 21 procent i gruppen med hög existentiell hälsa, medan männen i princip följer normalfördelningen. Endast en dryg procent av de ideellt arbetande kvinnorna återfinns bland dem med låg EH vilket alltså är klart lägre än vid normalfördelningen, medan de ideellt arbetande männen följer normalfördelningen. Det är alltså primärt bland kvinnor som det ideella arbetet i allmänhet relaterar till hög EH. Om vi däremot jämför den existentiella hälsan hos männen som arbetar ideellt med männens existentiella hälsa i allmänhet, är andelen män med låg EH någon procentenhet lägre och andelen män med hög EH 2 procentenheter högre. Beträffande motsvarande förhållanden bland kvinnorna är andelen kvinnor som arbetar ideellt med låg EH densamma som kvinnor i allmänhet, medan andelen kvinnor som återfinns i gruppen med hög EH är väsentligt mycket större bland dem som arbetar ideellt (21 procent) än kvinnor i allmänhet (17 procent). Med andra ord: Både mäns och kvinnors existentiella hälsa verkar korrelera positivt med att arbeta ideellt, i högst grad beträffande andelen kvinnor som återfinns bland dem med hög EH.

Vid en motsvarande undersökning av ideellt arbetande personer från olika ålderskategorier blir bilden än mer precis. Där framgår att de mellan 25–65 år som arbetar ideellt i högst grad återfinns bland dem med hög EH, 22 procent, och att det i högst grad är den yngsta gruppen som återfinns bland dem med låg EH, 5 procent. Det innebär dock att andelen unga med låg existentiell hälsa är något lägre bland dem som arbetar ideellt än bland unga i allmänhet (7 procent) medan de i medelåldern som arbetar ideellt i högre grad återfinns bland dem med hög EH än åldersgruppen i allmänhet. Motsvarande förhållande återfinns bland ideellt arbetande i den äldsta åldersgruppen där andelen med låg EH är någon procentenhet lägre och andelen med hög EH är 3 procentenheter högre än de äldre i allmänhet.

Vid en undersökning av ideellt arbetande med olika utbildningsgrad följer detta mönster grovt taget mönstret för den existentiella hälsan i de olika utbildningsnivåerna. De med universitetsutbildning har också bland ideellt arbetande en högre EH än dem med grundskole- och gymnasieutbildning. Dock är det en lägre andel lågutbildade i gruppen med låg EH (4 procent) bland dem som arbetar ideellt än i åldersgruppen i allmänhet (6 procent). På motsvarande sätt är det också en högre andel lågutbildade i gruppen med hög EH bland dem som arbetar ideellt (13 procent) än bland lågutbildade i allmänhet (11 %). Motsvarande mönster framträder också bland ideellt arbetande med universitetsutbildning. En något lägre andel återfinns bland dem med låg EH och en något högre bland dem med hög EH.

Sammantaget förändras inte grundmönstret som framträtt tidigare utifrån bakgrundsfaktorerna. Den idealtypiska gruppen med hög existentiell hälsa är fortfarande medelålders, högutbildad och kvinna och en idealtypisk beskrivning av gruppen med låg existentiell hälsa är fortfarande unga och lågutbildade män. Däremot har vi sett att gruppen som arbetar ideellt genomgående i lägre grad återfinns bland dem med låg existentiell hälsa och i högre grad återfinns bland dem med hög existentiell hälsa. Det skulle i så fall betyda att det ideella arbetet i viss mån korrelerar mer eller mindre positivt med den existentiella hälsan oavsett kön, ålder och utbildningsnivå.

Det ideella arbetets omfattning

Att arbeta ideellt någon gång det senaste året verkar alltså göra en viss skillnad, men den större skillnaden sett till hela befolkningen återfinns när vi undersöker frekvensen, alltså hur omfattande det ideella arbetet är. Bland dem som arbetar ideellt varje vecka återfinns 24 procent i gruppen med hög existentiell hälsa vilket alltså avviker med 9 procentenheter från normalfördelningen. I takt med att frekvensen avtar minskar sambandet, och för dem som bara arbetar sporadiskt vid enstaka tillfällen återfinns endast 13 procent i gruppen med hög EH. Återigen är det alltså regelbundenheten, frekvensen och primärt det veckovisa arbetet som gör skillnad. På motsvarande sätt är gruppen med låg EH underrepresenterade bland dem med ett aktivt ideellt arbete, men följer normalfördelningen bland dem som arbetar vid enstaka tillfällen.

Tabell 4. Omfattning i tid av ideellt arbete i procent för respektive grupp.

Omfattning i tid av ideellt arbete ** /EH: normalfördelning	Låg EH: 5 %	Medel EH, 80 %	Hög EH, 15 %
Varje vecka	2	74	24
1–2 gånger per månad	3	76	21
Några gånger per halvår	2	81	17
Vid enstaka tillfällen	5	82	13

Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Att den existentiella hälsan ökar i takt med det ideella arbetets omfattning återspeglar mönstret beträffande social delaktighet, där den existentiella hälsan var högst bland dem med en frekvent delaktighet. Att återkommande vara delaktig i sociala sammanhang, oavsett om de är religiösa, politiska eller knyter an till (annat) ideellt arbete tycks ha stor betydelse för ens känsla av att höra till och vara behövd också i samhället i allmänhet. Att vara nöjd med det egna livet kan också anses få näring av den regelbundna sociala delaktigheten. Den uppenbara skillnaden mellan en sporadisk och en frekvent delaktighet är också att relationer ges tid och utrymme att fördjupas och mogna. Att delta regelbundet innebär sannolikt också att man kommer att identifiera sig mer med det sammanhang man arbetar i, det vill säga det ideella arbetet blir en viktigare komponent i den egna identiteten.

Andra former av medborgerligt engagemang

Hur ser det då ut med andra former av medborgerligt engagemang? Av dem som under det senaste året skänkt pengar återfinns endast 9 procent i gruppen med hög EH vilket alltså ligger hela 6 procentenheter lägre än vid normalfördelningen. Däremot är denna grupp överrepresenterad både bland dem med låg och bland dem med medelmåttig EH. Att skänka pengar relaterar alltså vare sig till att man känner sig mer delaktig, mer behövd eller mer nöjd med sitt liv, tvärt om. Inte heller att utföra informella insatser genom att exempelvis hjälpa en närstående med vardagliga sysslor går

att relatera till en hög EH då värdena i princip följer normalfördelningen. Signifikansen är där så låg att det kan vara en slumpartad relation.

Tabell 5. Det övriga medborgerliga engagemanget i procent för respektive grupp.

Medborgerligt engagemang/ EH: normalfördelning	Låg EH: 5 %	Medel EH, 80 %	Hög EH, 15 %
Har skänkt pengar senaste året ***	7	84	9
Utför informella hjälpinsatser	5	81	14

Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Sammanfattningsvis kan sägas att de som arbetar ideellt tenderar att i något högre grad ha hög EH och i något lägre grad ha låg EH även om grundmönstret utifrån bakgrundsfaktorerna kvarstår. Såväl kön som ålder och utbildningsgrad har betydelse för den existentiella hälsan. Iakttagelserna bekräftar dessutom den ovanstående diskussionen om gemenskapens och tillhörighetens betydelse. Vare sig att skänka pengar eller att genomföra informella hjälpinsatser innebär nödvändigtvis att knyta an till en större gemenskap. Även om båda formerna av engagemang innebär att ge tid och resurser åt någon annan, verkar det vara den konkreta närheten och tillhörigheten till ett socialt sammanhang – vilket man vinner genom ett frekvent ideellt arbete – som i högst grad ökar sannolikheten att ha god existentiell hälsa.

Det ideella arbetets betydelse

Vad betyder det ideella arbetet för den som arbetar ideellt? Och vilka anledningar uppger man för att arbeta ideellt? Genom att undersöka dessa frågor i enkätmaterialen klarnar bilden ytterligare. Såväl betydelsen av det ideella arbetet som sådant som organisationen man verkar i relaterar starkt till den existentiella hälsan – till känslan av tillhörighet, att vara behövd och nöjd med det egna livet. Samtliga indikatorer som signalerar att det ideella arbetet betyder något viktigt pekar på en påtaglig överrepresentation bland dem med hög EH.

Vad som åskådliggörs nedan är hur stor del som svarat att en rad påståenden stämmer ”mycket bra”, alltså det starkast bejakande svaret på en fyrgradig skala. Här syn alltså inte vilka nyanser som finns hos dem som inte stämt in fullt ut. Men den begränsningen beaktad återfinns de som anser att deras ideella arbete är meningsfullt till stor del bland dem med hög EH. På motsvarande sätt är andelen som verkligen stämmer in i påståendena klart lägre än vid normalfördelningen bland dem med låg EH.

Vad betyder det att det ideella arbetet uppfattas som meningsfullt? Det betyder för det första att det man åstadkommer är viktigt för en själv, att det ideella arbetet bidrar till ett mål som man står bakom och anser angeläget. 27 procent av dem som helt bejakar detta återfinns bland dem med hög EH, alltså 12 procentenheter högre än vid normalfördelningen. Det betyder också att de arbetsuppgifter man har är meningsfulla för en själv. 30 procent av dem som helt instämmer i detta återfinns bland dem med hög EH vilket motsvarar den största avvikelsen från normalfördelningen bland de meningsrelaterade påståendena. Som jag resonerat om ovan är mening ett svårfångat begrepp, men utgående från Heideggers tänkande kan man förstå det som att ens arbetsuppgifter bidrar till en större helhet, ”ett meningsmönster av don”, att det är betydelsefullt att man har de arbetsuppgifter man har och sannolikt också att de harmonierar någorlunda med vad man har läggning och talang för.

Dessutom återkommer gemenskapstemat då respondenterna tar ställning till huruvida det sociala sammanhanget är meningsfullt för dem. 25 procent av dem som fullt ut bejakar detta

påstående återfinns bland dem med hög EH. Det ideella arbetet kan jämföras med ett ”meningsmönster av don” i vilket man finner sig själv. Att det sociala sammanhanget har den stora och viktiga betydelse det har är inte heller förvånande med tanke på den betydelse som en frekvent social delaktighet och ett frekvent ideellt arbete tidigare visat sig ha. Att arbeta ideellt verkar för dessa svarande innebära att inte bara relatera till andra utan att med sitt handlande, sina insatser, sina ansträngningar och sin tid bidra till ett angeläget praktiskt projekt på ett sätt som är samstämmigt med andras handlande. Bilden bekräftas också om man tittar på gruppen med låg EH. Bland samtliga indikatorer av det ideella arbetets meningsfullhet är gruppen med låg EH klart underrepresenterade bland dem som fullt ut bejakar det. Att ha låg EH innebär alltså inte sällan att ens ideella arbete, i den mån man alls utför sådant, inte upplevs meningsfullt.

Det sociala sammanhanget inbegrips också i de frågor som enkäten ställer om organisationens betydelse. 26 procent av dem som bejakar påståendet att man säger ”vi” snarare än ”de” om organisationen återfinns i gruppen med hög EH. Påståendet ”organisationens framgångar är mina framgångar” bejakas på likande sätt fullt ut av 29 procent av dem med hög EH, alltså nästan dubbelt så hög andel som vid normalfördelningen. Här är dock individantalet så lågt att signifikansen ändå blir för svag för att dra några slutsatser. På liknande sätt är gruppen med låg EH kraftigt underrepresenterade bland dem som bejakar påståendena. Båda dessa påståenden signalerar sammantaget att man uppfattar sig vara ett med sin organisation, att man ser sig som representant och att man står bakom organisationens syfte och mål. Också denna känsla av att ingå i ett vi pekar hän åt den sociala gemenskapens betydelse, men också betydelsen av att detta vi är förenade kring ett uppdrag som man uppfattar väsentligt.

Tabell 6. Det ideella arbetets betydelse i procent för respektive grupp.

Det ideella arbetets betydelse/ EH: normalfördelning	Låg EH: 5 %	Medel EH, 80 %	Hög EH, 15 %
Det ideella arbetets meningsfullhet			
Det jag åstadkommer är viktigt för mig *	1	71	27
Arbetsuppgifter är meningsfulla för mig ***	2	68	30
Det sociala sammanhanget är meningsfullt för mig	2	74	25
Organisationens betydelse			
Organisationens framgångar är mina framgångar	1	69	29
Jag säger oftast ”vi” i stället för ”de” när jag talar om organisationen ***	2	72	26

Signifikansnivå: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Att uppfatta sig vara en del av samhället och att vara behövd i samhället korrelerar alltså relativt tydligt med att uppfatta sig vara tillhörig och behövd i ett socialt sammanhang. Detta säger något väsentligt om behovet av en samhällsgemenskap som är lokal och konkret. Känslan av att vara behövd i samhället tycks åtminstone till viss del relatera till att man har en uppgift som man uppfattar meningsfull i sitt ideella arbete.

Det ideella arbetets betydelse går också att undersöka utifrån vilka anledningar som respondenterna uppger till att arbeta ideellt. Observera att tabell 7 redovisar medeltal för respektive grupp på en skala från 1 till 7 i stället för procentsatser. De allra flesta, oavsett grad av existentiell hälsa, ger de olika anledningarna en måttlig betydelse, alltså varken mycket viktigt eller helt oviktigt. Ingen av anledningarna är väsentligt mycket viktigare än de andra, och det finns endast små

variationer mellan hur de med låg, medel och hög EH värderar de olika anledningarna. Att vara tillsammans med vänner, att vara tillfreds med sig själv, att visa medkänsla, att göra något konkret för sammanhanget, att känna sig behövd, att delta i ett gott sammanhang och att uttrycka åsikter framstår genomgående som viktiga, men inte avgörande anledningar. Intressant är dock att alla anledningarna, sånär som med något undantag, värderas högst av dem med hög EH. Detta kan förklara att denna grupp arbetar ideellt mer regelbundet, men också omvänt kan den mer frekventa delaktigheten bidra till att anledningarna blir viktigare. Värt att notera är också att skälet att ”göra något konkret inom det område jag är engagerad i” värderas högst av dem med hög och låg EH medan att ”delta i ett gott sammanhang och gemenskap” värderas högst av dem med medel EH. Även om variationerna är små så tillför detta vissa nyanser åt det ideella arbetets betydelse.

Tabell 7: Anledningar till att arbeta ideellt i medeltal på en sjugradig skala för respektive grupp.

Anledningar till att arbeta ideellt/ EH: normalfördelning	Låg EH: 5 %	Medel EH, 80 %	Hög EH, 15 %
Vara tillsammans med vänner	3,59	4,11	4,03
Bli tillfreds med mig själv	4,00	4,11	4,24
Visa medkänsla	3,47	4,09	4,35
Göra något konkret	4,09	4,65	5,19
Känna mig behövd	3,59	3,81	4,14
Delta i ett gott sammanhang och gemenskap	3,59	4,72	4,91
Uttrycka åsikter i frågor som är viktiga för mig	3,39	3,69	4,20
Förändra samhället	3,45	3,63	4,13

Vad som alltså avtecknar sig genomgående är en någorlunda hög önskan och förväntan att det ideella arbetet ska vara betydelsefullt, att det ska bidra till förändring och skillnad samt att det skall bidra till en känsla av delaktighet i ett socialt och vänskapligt sammanhang. Som vi sett är det emellertid bara somliga av dessa som *de facto* upplever det ideella arbetet på det sättet, och som eventuellt också just därför lägger ner mer tid på det. Det motsatta är dock också tänkbart, att det är regelbundenheten, frekvensen och den stora insatsen som gör arbetet meningsfullt och betydelsefullt för den som arbetar ideellt.

Sammanfattning

Jag börjar med att påminna om att uppskattningen av den existentiella hälsan i denna undersökning baseras på huruvida man (1) känner att man är en del av samhället, (2) känner att man behövs i samhället och (3) är nöjd med det liv man lever. Beroende på i vilken utsträckning man bejakat dessa påståenden anses man ha en låg, medel eller hög existentiell hälsa. Jag vill omgående understryka att jag inte uppfattar dessa aspekter endast som individuella tillstånd. I föregående kapitel beskrev jag existentiell hälsa – att reflexivt erfara sitt liv mot bakgrund av ett tillblivande meningsmönster, att uppfatta världen som hemlik och livet som sitt eget – som en fråga om intersubjektiva processer. Förutsättningarna för den enskildes upplevda existentiella hälsa är alltså också fråga om nedärvda normer och ideal. Huruvida en individ upplever sig nöjd med sitt liv är exempelvis beroende på de kulturellt förmedlade livsideal som individen införlivat.

Utgående från några tidigare forskningsbidrag antog vi initialt att det ideella arbetet sannolikt på ett eller annat sätt och av olika skäl relaterar till den existentiella hälsan. Har då undersökningen lett till att denna ”naiva förståelse” blivit mer omfattande och precis? Huruvida det ideella arbetet har någon betydelse, i meningen utgör en orsak till, en bättre existentiell hälsa vet vi fortfarande inte, men däremot har resultatet visat på relationer som signalerar att den som arbetar ideellt regelbundet och frekvent i högre utsträckning också har en högre existentiell hälsa än dem som inte arbetar ideellt eller arbetar mindre frekvent. På motsvarande sätt ser vi också att människor som inte eller mycket sällan arbetar ideellt i högre grad har en låg existentiell hälsa.

Undersökningen har dock vägt in fler variabler som på olika sätt är belysande för denna huvudsakliga frågeställning. En genomgång av några bakgrundsfaktorer visar att hög existentiell hälsa är särskilt förknippat med hög utbildning, hög tillit till människor i allmänhet och en god självskattad hälsa i allmän mening. Kvinnor är också något överrepresenterade bland dem med hög existentiell hälsa även om skillnaderna är små. Mönstret återspeglar det faktum att också delaktighet i ideellt arbete positivt korrelerar med hög utbildning (Lundberg, Henreksson & von Essen, 2025). Att arbeta ideellt, att vara högutbildad och att (av något skäl) ha god existentiell hälsa tycks alltså samverka. Också korrelationen mellan hög självskattad hälsa och ideellt arbete är känd sedan tidigare (Jeppsson Grassman & Jegermalm, 2018). Att ha god existentiell hälsa relaterar alltså till en rad samverkande faktorer varav frekvent delaktighet i ideellt arbete är en av dem. Vad vi dock sett är att de som arbetar ideellt i något högre grad återfinns i gruppen med hög existentiell hälsa och i något lägre grad återfinns i gruppen med låg existentiell hälsa oavsett kön, ålder eller utbildning.

Förståelsen av det ideella arbetets relation till den existentiella hälsan har också preciserats genom att undersöka närmre *vad* i det ideella arbetet som kan tänkas ha betydelse för dem som arbetar ideellt. Ett återkommande tema i analysen har varit betydelsen av ett socialt sammanhang. Snarare än det sporadiska ideella arbetet tycks det veckovisa engagemanget relatera till god existentiell hälsa. Detta mönster bekräftas också av att andra och mindre socialt engagerande former av medborgerligt engagemang som givande och informella hjälpinsatser inte relaterar lika starkt. Mönstret bekräftas av att också delaktigheten i religiösa praktiker och i viss mån kontakten med släkt och vänner i högre grad korrelerar med existentiell hälsa vid mer frekventa veckovisa kontakter. Det tycks primärt vara de relationer och sociala nätverk som ges näring veckovis eller åtminstone någorlunda frekvent som relaterar till den existentiella hälsan – för känslan av tillhörighet, att vara behövd och nöjd med det egna livet.

Det sociala sammanhangets betydelse bekräftas också av att de som uppfattar det ideella arbetets sociala sammanhang som meningsfullt i högre grad återfinns bland dem med hög än dem med låg existentiell hälsa. Därtill verkar organisationen ha en större och viktigare betydelse för dem med hög än för dem med låg existentiell hälsa. De tenderar att i högre grad identifiera sig med organisationen genom att tala om den som ett ”vi” och att göra organisationens målsättningar till sina egna.

Den existentiella hälsans relation till det ideella arbetet verkar dock inte bara handla om gemenskap i största allmänhet. Möjligheter att med sin röst och sina handlingar bidra till en större helhet – en organisation, ett politiskt samtal etcetera – framträder också som kännetecknande för dem med god existentiell hälsa. Bland dem som i hög grad försöker påverka andra i politiska frågor och samhällsfrågor återfinns en stor grupp bland dem med god existentiell hälsa. Min tolkning är att dessa individer har utvecklat ett gott självförtroende och sannolikt har vant sig vid att deras röst beaktas och erkänns i de sociala sammanhang de rör sig i. Detta bekräftas också av att de som uppfattar sin insats i det ideella arbetet som viktig för en själv och därtill uppfattar sina arbetsuppgifter som meningsfulla i högre grad återfinns bland dem med hög existentiell hälsa. Erfarenheter av att ingå i en större social helhet, att uppfatta sig som delaktig i dess med- och

motgångar samt att med sin röst och sina handlingar bidra till dess utveckling verkar relatera till vad jag i denna undersökning förstår som existentiell hälsa.

Dessa faktorer uppges också vara viktiga anledningar till att arbeta ideellt, inte minst bland dem med hög existentiell hälsa, men också över lag. Även om vi alltså inte kan veta hur de orsakssambanden ser ut lyfts dessa kvaliteter hos det ideella arbetet fram som viktiga skäl att arbeta ideellt. Med andra ord verkar de som arbetar ideellt åtminstone till viss del anse att det ideella arbetet bidrar till att man exempelvis känner sig behövd, att man får ingå i ett gott socialt sammanhang och att man får möjlighet att förändra samhället. Huruvida dessa kvaliteter kännetecknar det ideella arbetet mer än exempelvis förvärvsarbete eller andra aktiviteter i vardagslivet är dock oklart.

Utifrån denna analys av 2024 års befolkningsundersökning om medborgerligt engagemang går det att bekräfta tesen att det finns ett samband mellan ideellt arbete och existentiell hälsa. Samtidigt utgör ideellt arbete en av flera tänkbara faktorer som relaterar vilket gör att det fortfarande är oklart i vilken utsträckning det ideella arbetet som sådant *bidrar till* existentiell hälsa. Att vara vid god existentiell hälsa – i det här fallet att uppleva sig tillhörig samhället, behövd i samhället och nöjd med det liv man lever – kommer till uttryck i att man också upplever sig tillhörig och behövd i en mer begränsad social kontext än i ”samhället” i allmänhet. Och att vara nöjd med det liv man lever kommer till uttryck i en uppskattning av sina ideella insatser, att man upplever hur ens handlingar och arbetsuppgifter är meningsfulla, fyller en funktion och tillsammans med andras insatser bidrar till övergripande mål. Att vara vid existentiell hälsa utgör således erfarenheter som kräver en social kontext, som förmedlas och framträder i och genom ett meningsmönster mot bakgrund av vilket individer kan förstå sin plats och göra sig hemmastadda i tillvaron.

3. Slutsatser och utblickar mot ny forskning

Syftet med denna rapport har varit att beskriva hur existentiell hälsa relaterar till ideellt arbete utifrån de relevanta aspekter av existentiell hälsa som återfinns i befolkningsundersökningen om medborgerligt engagemang. Mot bakgrund av den begreppsliga oklarhet som omgärdar fenomenet existentiell hälsa har jag grundlagt undersökningen med en begreppsdiskussion vilken mynnat ut i en fenomenologisk förståelse av existentiell hälsa. Denna bestämning utgjorde sedan en teoretisk utgångspunkt för analysen av Befund 2024.

Enligt Folkhälsomyndighetens rapporter (2024; 2025) är delaktighet i olika former av aktiviteter, däribland ideellt arbete, förknippat med existentiell hälsa. Samtidigt är existentiell hälsa i rapporterna ett frekvent förekommande men oklart koncept i behov av en närmre genomlysning och precisering. Genom några nedslag i aktuell svensk forskning har jag diskuterat möjligheter att foga in existentiella frågor och aspekter i någon form av hälsobegrepp. Inte minst har denna möjlighet aktualiserats beträffande WHO:s definition av hälsa som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Att foga in en andlig (*spiritual*) dimension framstår som både möjligt, förutsatt att dimensionen enligt WHO:s rekommendation definieras kontextuellt, och angeläget då frågor om mening, trygghet och tillhörighet etcetera visat sig ha betydelse för det totala hälsotillståndet. Detta gör också att dessa frågor med fog kan och bör hanteras inom ramen för hälso- och sjukvård.

Även om det säkert kan finnas skäl att i vissa sammanhang behandla ”andlig” och ”existentiell” synonymt, är jag benägen att åtminstone delvis vilja hålla isär begreppen och låta begreppet ”existentiell hälsa” vara ett mer övergripande koncept som i högre grad står på egna ben i en svensk kontext. Som ett kompletterande perspektiv till *spiritual health* har jag diskuterat existentiell hälsa i termer av en reflexiv erfarenhet av det egna livet med hälsa och/eller ohälsa. Jag har emellertid understrukit att denna reflexiva erfarenhet inte framträder i ett socialt vakuum utan mot bakgrund av det meningsmönster som vardagsverkligheten förmedlar. Detta gör den egna reflektionen över sitt liv med hälsa och/eller ohälsa beroende av de strukturer och normer om det goda livet som kulturen förmedlar, traderar och över tid cementerar. Frågan om existentiell hälsa och ohälsa berör således både individen och de vardagssammanhang som ramar in vederbörandes liv. Den existentiella hälsan inkluderar också ett reflexivt förhållningssätt till de handlingsmöjligheter som ens hälsotillstånd bereder vilket också inkluderar ens begränsningar och sårbarheter. Att vara vid existentiell hälsa åsyftar således att uppfatta livet som levbart och till och med gott trots diverse åkommor och begränsningar. Jag har således också vägt in möjligheter att uppfatta livet som sitt eget – att uppfatta sig själv som agent i sitt liv – och världen som i metaforisk mening något hemligt. Existentiell ohälsa kan således också innebära att hantera erfarenheter av kuslighet och hemlöshet – att uppleva sig själv som en främling gentemot det meningsmönster i vilket man tidigare gjort sig hemmastadd.

Slutsatser: Existentiell hälsa i civilsamhället

Jag för här fram några slutsatser om hur de förklaringar som analysen av det statistiska materialet visat på har berikat och utvidgat denna fenomenologiska livsvärldsförståelse av existentiell hälsa.

Handling och det ideella arbetet som ett meningsmönster

Enligt Svenaeus läsning av Heidegger är människan på ett oskiljaktigt sätt nedsänkt i "livsvärldens meningsmönster", det vill säga född in i en värld som föregick hen, och mot bakgrund av denna fond söker hen orientera sig och tolka sina erfarenheter som meningsfyllda. Ens tillvaro är aldrig oberoende av denna kontext utan förstås bäst som en i-världen-varo. Bilder av denna värld förmedlas och traderas genom sekler, och i dessa tillförs de resurser som möjliggör eller omöjliggör för den enskilde att uppfatta sin kropp, sina handlingar och uppgifter som meningsfyllda, likt ett don i ett nätverk av andra don. Undersökningen har gjort gällande att det ideella arbetet som organisation, social gemenskap och som plattform för handling och agens kan fungera som ett dylikt meningsmönster, och att det mot denna bakgrund är möjligt att uppfatta sitt eget handlande tillsammans med andras handlande som meningsfullt. Detta framkommer inte minst genom att de som frekvent arbetar ideellt också uppfattar sig som tillhöriga och behövda i samhället. Dessa observationer bekräftas av Anne Birgitta Yeungs (2004) fenomenologiska undersökning av vad som motiverar volontärer i sitt arbete. Där framkommer bland annat att handling som ett uttryck för en själv och ens värderingar samt att hjälpa andra utgör en viktig motivation för det ideella arbetet. Också känslan av social tillhörighet och att genomföra sina insatser tillsammans med andra framträder som en central motivation.

Utmärkande för dem med god existentiell hälsa är också en stark benägenhet att försöka övertyga andra beträffande frågor om politik och samhälle. Frågan om att ge uttryck för sig själv och sina övertygelser i yttranden, debatt, handling och engagemang ställer alltså också frågor av politisk karaktär. I den mån den existentiella hälsan förknippas med dessa möjligheter att tillsammans med andra tala och handla i enlighet med sina övertygelser understöds den av demokratiska rättigheter som organisationsfrihet och yttrandefrihet. Att utvidga eller begränsa dessa rättigheter kan alltså sägas ha implikationer för existentiell hälsa.

Begränsning och sårbarhet

Ett don kan emellertid också gå sönder vilket inte bara påverkar donet som sådant utan de aktiviteter i vilka donet används och uppfattas som meningsfullt. Att drabbas av ohälsa innebär på liknande sätt ett avbrott av de aktiviteter i vilket man tidigare uppfattat sitt handlande och sin närvaro som meningsfull. Kan det ideella arbetet och dess sociala sammanhang också inverka på den reflexiva erfarenheten av ohälsa och bristande förmåga, det vill säga bidra till att också denna i-världen-varo uppfattas som meningsfull? Denna fråga har vi inte fått någon inblick i och återstår att undersöka. Att det ideella arbetet positivt korrelerar med hög självskattad hälsa innebär att erfarenheter av ohälsa är underrepresenterade bland ideellt arbetande. Men om vi på allvar skall kunna hävda att det ideella arbetet är betydelsefullt för den *existentiella* hälsan behöver den också kunna härbärgera erfarenheter av ohälsa. Frågor som således behöver ställas är i vilken utsträckning det är möjligt att förbli inkluderad i det sociala sammanhanget när ens tidigare fysiska, psykiska och/eller sociala förmågor försvagats och när ens uppgift och ens bidrag till ett övergripande mål behöver bli ett annat.

Att vara nöjd och att uppleva livet som ens eget

Att reflexivt erfara livet med hälsa och/eller ohälsa som levbart handlar också om att erfara livet som sitt eget. I den statistiska analysen har förnöjsamheten med det liv man lever signalerat om man upplever livet som sitt eget, alltså om livet utvecklas i enlighet med ens längtan och önskningsar. I den mån man frekvent arbetar ideellt, finner sig till rätta i organisationen och den sociala

gemenskapen samt kan bidra till denna helhet verkar man också (av något skäl) vara nöjd med det liv man lever.

När man drabbas av ohälsa utmanas dock denna känsla av att leva sitt eget liv då de handlingsmönster, vanor och aktiviteter som tidigare präglat den egna identiteten inte längre är möjliga. Men att erfara livet som sitt eget innebär också att erfara sin egen sårbarhet som en del av det liv som är och blivit sitt. Återigen är det osäkert vilken roll det ideella arbetet kan spela för den som tvingas till dylika avbrott. Kan det ideella arbetet också bidra till att göra ett liv med sårbarhet, begränsningar och exempelvis åldrande till sitt eget? Frågan återstår att utforska.

Världen som hemlik

Att ha existentiell hälsa åsyftar slutligen förutsättningar och förmåga att göra världen till något hemligt, en i-världen-varo som man bebor, finner sig till rätta i och som låter en vara nöjd med det möjliga livet. Bakgrundsfaktorerna gjorde gällande att det primärt är den högutbildade, tillitsfulla och friska individen som föräras känslan av att vara tillhörig, behövd och nöjd. För dessa framträder samhället som någorlunda hemligt, medan de med lägre utbildning och med ohälsoproblem för en mer hemlös tillvaro. Frågan är alltså om och i vilken utsträckning det ideella arbetet i civilsamhället står för någonting annat, ett annat sätt att inkludera, tillvarata och värdera individer och individers arbete. Frågan är om civilsamhället således förmår bidra till existentiell hälsa på sätt som näringslivet och det offentliga inte gör. För att förstå detta behövs det mer kunskap om relationen mellan existentiell hälsa och ideellt arbete.

Utblickar mot ny forskning om existentiell hälsa och ideellt arbete

Existentiell hälsa är som vi sett ett område som beforskas alltmer också i Sverige. Folkhälsomyndigheten efterlyser dock mer samverkan med forskarsamfundet i syfte att utveckla en bredare förståelse för de existentiella aspekternas betydelse för hälsa och folkhälsa samt för att kunna mäta och utvärdera olika insatser och verksamheter. Detta bidrag är utarbetat vid Marie Cederschiöld högskola. Vid denna högskola finns en rik tradition av utbildning och forskning kring etiska och existentiella aspekter av samhällsansvar, vård och omsorg om medmänniskan. Inom såväl Institutionen för civilsamhälle och religion som Institutionen för vårdvetenskap och Institutionen för socialt arbete bedrivs forskning och utbildning under parollen ”kunskap i människans tjänst”. Inte minst inom forskningen om palliativ vård är existentiella aspekter av hälsa framträdande. Vid Institutionen för civilsamhälle och religion finns dessutom ett väl utvecklat samverkansnätverk med svenska civilsamhällesorganisationer, vilket gör detta till en lämplig forskningsmiljö för vidare empirisk forskning om existentiell hälsa och civilsamhället. Högskolan har således förutsättningar att fortsätta utveckla ett brett och tvärvetenskapligt samtal om existentiell hälsa och dess anknytning till vård, socialt arbete, religion och civilsamhälle.

Med denna explorativa undersökning har jag beskrivit några aspekter av existentiell hälsa och hur de relaterar till ideellt arbete. Forskningen om existentiell hälsa och dess anknytning till civilsamhället är emellertid i sin linda och mycket återstår att utforska i syfte att bättre förstå civilsamhällets roll och betydelse för välbefinnande, hälsofrämjande insatser och folkhälsa i stort. Existentiell hälsa kan innefatta mer än vad jag fångat upp i denna studie och för att utveckla konceptet och dess relation till ideellt arbete behövs ytterligare forskningsinsatser. Utifrån den genomförda undersökningen skall jag därför slutligen föreslå några forskningsfrågor beträffande existentiell hälsa och dess relation till civilsamhälle och ideellt arbete. Kompletterande insatser behöver således diskutera existentiell hälsa inom exempelvis hälso- och sjukvård.

Denna undersökning har endast pekat på relationer, och för att närmre kunna påvisa orsakssamband, det vill säga i vilken utsträckning ideellt arbete faktiskt *bidrar till* eller *leder till* existentiell hälsa behövs mer forskning. Mer precist hur påverkar det ideella arbetet människors existentiella hälsa? Och vilka aspekter av det ideella arbetet har störst betydelse?

Det är också relevant att närmre undersöka hur det ideella arbetet påverkar den existentiella hälsan i olika åldersgrupper. Detta är intressant, inte minst då man rapporterat en ökad psykisk ohälsa bland yngre (Löfstedt, Wiklander & Corell, 2020) och ofrivillig ensamhet bland äldre (Haglund, 2023). När de existentiella utmaningarna varierar mellan olika åldersgrupper finns det goda skäl att undersöka vad det ideella arbetet skulle kunna bidra med i de enskilda fallen. Skiljer sig detta hos yngre, medelålders och äldre? Finner man mening i olika typer av ideellt arbete? Och hur inverkar livssituationen i övrigt på erfarenheter av exempelvis mening, tillhörighet och förnöjsamhet?

Vidare är det viktigt att undersöka det ideella arbetets betydelse för den existentiella hälsan hos människor som begränsas av exempelvis ohälsa och funktionsnedsättningar. På detta sätt kan man också tillföra kunskap om det ideella arbetets rehabiliterande och lindrande effekter.

Det är också viktigt att utveckla en större förståelse för det ideella arbetets betydelse för den existentiella hälsan över tid. Hur inverkar det ideella arbetet på individers existentiella hälsa efter kortare eller längre perioder av aktivt engagemang?

I syfte att utveckla förståelsen av det ideella arbetets betydelse för den existentiella hälsan på befolkningsnivå är det också väsentligt att kunna mäta den existentiella hälsan med större teoretisk precision än vad som gjorts i denna undersökning. För detta krävs en utvecklad befolkningsundersökning med fler teoretiskt förankrade frågor om existentiell hälsa. Med dessa förslag på forskningsansatser hoppas jag avslutningsvis att samtalet om existentiell hälsa i såväl civilsamhället som andra samhällssektorer kan utvecklas. I bästa fall bidrar det till att fler upplever sig som tillhöriga, behövda och någorlunda nöjda med det liv som utifrån olika förutsättningar är möjligt att leva.

Källförteckning

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2. utg. Stockholm: Natur och kultur.
- Bornemark, J. (2022). *Jag är himmel och hav: en filosofisk undersökning av graviditet, liv och jagets gränser*. Stockholm: Volante.
- Dekker, P., & Halman, L. (red.) (2003). *The values of volunteering: Cross-cultural perspectives*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- DeMarinis, V. (2003). *Pastoral care, existential health, and existential epidemiology: A Swedish postmodern case study*. (Diss.) Stockholm: Verbum.
- DeMarinis, V. (2008). The Impact of Postmodernization on Existential Health in Sweden: Psychology of Religion's Function in Existential Public Health Analysis. *Archive for the Psychology of Religion*, 30(1), 57-74. <https://doi.org/10.1163/157361208X316962>.
- Dreyer, P. (2019). Den kritiske fortolkning og diskussion med avfsaet i Paul Ricoeurs filosofi. I H. Dahlberg, S. Ellingsen, B. Martinsen & S. Rosberg (red.) *Fenomenologi i praktiken: fenomenologisk forskning i ett skandinaviskt perspektiv*, 88-114. Stockholm: Liber.
- Folkhälsomyndigheten (2024). *Existentiell hälsa och folkhälsa: Delredovisning av regeringsuppdrag – begrepp, aktörer och mätmetoder*. Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2025). *Existentiell hälsa och folkhälsa: Slutredovisning – förslag för fortsatt arbete*. Folkhälsomyndigheten.
- Gadamer, H G. (2003). *Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis.
- Haglund, B. J.A. (2023). Att förebygga ofrivillig ensamhet. *Socialmedicinsk tidskrift*, 100(2), 273-281. <https://doi.org/10.62607/smt.v100i2.22135>.
- Heidegger, M. (2019). *Vara och tid*. Göteborg: Daidalos.
- Hjertström Lappalainen, J. (2018). När hälsan blev norm. I D. Stiwne (red.) *Existens och psykisk hälsa: om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Jeppsson Grassman, E., & Jegermalm, M. (2018). Mot en ny fjärde ålder? I *Mellan hälsa och ohälsa: Ett livsloppsperspektiv* (första upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Leppin, V. (2025). *Luther's Influence on Philosophy (Stanford Encyclopedia of Philosophy)* <https://plato.stanford.edu/entries/luther-influence/#LuthMode>
- Lerner, H. (2025). *Att definiera hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindfeldt, M. (2003). *Att förstå livsåskådningar – en metateoretisk analys av teologisk livsåskådningsforskning med anknytning till Anders Jeffners ansatser*. Uppsala: Uppsala Universitet
- Lloyd, C. S. (2018). *Moments of meaning: – Towards an assessment of protective and risk factors for existential vulnerability among young women with mental ill-health concerns. A mixed-methods project in clinical psychology of religion and existential health* (Diss.) Uppsala: Uppsala Universitet.

- Lloyd, C. S. (2023). Vad är existentiell hälsa och varför är den viktig?. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 100(1), 34–45. <https://doi.org/10.62607/smt.v100i1.22255>
- Lundberg, E, Henreksson, E & von Essen, J. (2025). *Många bidrar, få orkar bära: Ideellt arbete i Sverige 1992–2024*. Stockholm. Rapportserie nr 123. Stockholm: Marie Cederschiöld högskola.
- Löfstedt, P., Wiklander, L., & Corell, M. (2020). Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige under perioden 1985–2014?. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 97(5 och 6), 793–803. Hämtad från <https://publicera.kb.se/smt/article/view/38225>.
- Melder, C. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*. (Diss.) Uppsala: Uppsala Universitet.
- Melder, C. (2023) Existential public health and existential care in secular and interfaith contexts. I Grung, A.H. (red.) *Complexities of spiritual care in plural societies: Education, praxis and concepts*, Berlin; Boston: DeGruyter.
- Nancy, J-L. (2008). *Corpus*. New York: Fordham University Press.
- Nilsson, M. (2025). *"Verkligheten blev verklig på något vis": En teologisk diskussion om ohälsa och läkande erfarenheter vid utsatthet för mobbning i arbetslivet*. (Diss.) Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in America. *PS: Political science & politics*, 28(4), 664–683.
- Ricœur, P. (2008). *From text to action. Essays in Hermeneutics II*. London: Continuum.
- Sigurdson, O. (2014). Introduktion till kultur och hälsa. I Sigurdson, O. (red.), *Kultur och hälsa: ett vidgat perspektiv*, 11-52. Göteborg: Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs Universitet.
- Sigurdson, O. (2016). Existential Health. Philosophical and Historical Perspectives. *LIR:journal*, 6.
- Stiwne, D. (2023). Existentiell hälsa – Dilemman och möjligheter. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 100(1), 64–71. <https://doi.org/10.62607/smt.v100i1.22264>
- Studieförbundet Vuxenskolan. *Existentiell hälsa*. Åtkomstdatum: 2025-05-17. <https://www.sv.se/avdelningar/sv-vastmanland/existentiell-halsa>.
- Sundling, A. & Frank, M. (2023). Existentiella vardagssamtal på särskilt boende för äldre: När hjärta och hjärna möts i harmoni. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 100 (1), 224–226. <https://doi.org/10.62607/smt.v100i1.22330>
- Svenaesus, F. (2003). *Sjukdomens mening: det medicinska mötets fenomenologi och hermenetik*. Stockholm: Natur och kultur.
- von Essen, J. (2008). *Om det ideella arbetets betydelse - en studie om människors livsåskådningar* (Diss.). Uppsala: Uppsala universitet.
- von Essen, J. & Svedberg, L. (red.) (2022). *Engagemangets gestaltningar – insatser i och utanför civilsambället*. Lund: Studentlitteratur.
- Wallman Lundåsen, S. (2005). *Frivilliga insatser och hälsa*. Statens folkhälsoinstitut.
- World Health Organization. (1985) WHA37.13. *Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Vol. II 1973–1984*. WHA37.13 The Thirty-seventh World Health Assembly.

World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Åtkomstdatum: 2025-05-17. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

World Value Survey Database. *Findings and insights*. Åtkomstdatum: 2025-05-17. <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>

Yeung, A. B. (2004). The Octagon Model of Volunteer Motivation: Results of a Phenomenological Analysis. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations : Official Journal of the International Society for Third-Sector Research*, 15(1), 21–46.

Bilaga 1

Metodbeskrivning av Befund

Hämtad från Lundberg, Henreksson & von Essen, 2025.

Den empiriska data som har presenterats i den här rapporten kommer från (den senaste av, (förf. anm.)) de sju befolkningsundersökningar om medborgerligt engagemang som har genomförts vid Marie Cederschiölds högskola sedan 1992. Dessa undersökningar studerar givande av pengar, informella omsorgsinsatser, politiskt deltagande och ideellt arbete. Det rör sig om tvärsnittsenkätundersökningar där ett representativt urval av den svenska befolkningen besvarar frågor inom ovan nämnda teman. Även om enskilda frågor har lagts till eller bytts ut har huvudfrågorna om ideellt arbete i princip varit oförändrade under hela perioden, vilket möjliggör jämförelser över tid.

Alla undersökningar har genomförts med representativa urval från befolkningsregistret, men både den aktör som samlat in data och tillvägagångssättet har förändrats över tid. Den första befolkningsundersökningen från 1992 genomfördes av IMU-Testologen AB, därefter följde SIFO med 1998 års studie. Statistiska Centralbyrån (SCB) stod bakom undersökningarna 2005 och 2009, medan Markör utförde studien 2014 och Origo Group 2019. Den senaste undersökningen genomfördes återigen av SCB. Som framgår av Tabell 18 genomfördes de två första undersökningarna som besöksintervjuer, de tre följande som telefonintervjuer, undersökningen från 2019 som en kombination av telefonintervjuer och webbenkät, och den senaste från 2024 som en kombination av webbenkät och pappersenkät.

De huvudsakliga anledningarna till att vi valde att övergå till webb- och pappersenkäter i 2024 års undersökning var att det har blivit allt svårare att hitta tillgängliga telefonnummer och att folk i allt lägre utsträckning svarar när det ringer. Vi ville också återgå till att använda SCB för datainhämtning och de erbjuder inte längre telefonintervjuer. Att återgå till SCB möjliggjorde att vi kunde få information om bakgrundsvariabler från SCB:s register för alla respondenterna i undersökningen. Att hämta bakgrundsvariabler direkt från SCB i stället för att ställa frågor i enkäten medför flera fördelar. För det första ökar det tillförlitligheten i våra data, då SCB redan har kvalitetssäkrat information om exempelvis ålder, kön, inkomst och bostadsort. Dessutom kan vi få mycket mer detaljerad information om varje individ. Genom att inte behöva ställa dessa bakgrundsfrågor frigörs dessutom utrymme i enkäten, vilket har gjort det möjligt att utöka antalet frågor om exempelvis politik. Vi valde dessutom att samarbeta med SCB eftersom det möjliggör att skapa en panel och därmed följa upp samma personer vid senare tillfällen.

För 2024 års undersökning bestod urvalet av 8 578 personer och det var totalt 2 507 personer som besvarade undersökningen. Av dessa valde 62 procent att besvara enkäten som en webbenkät och 38 procent som en postal enkät. Undersökningen genomfördes under perioden mars-juli 2024 och bestod av 53 numrerade frågor varav flera hade underfrågor vilket gjorde att det totala antalet frågor uppgick till 212. Precis som i andra enkätundersökningar har svarsfrekvensen minskat över tid, från cirka 72 procent 1992 till 29 procent 2024. Denna utveckling är olycklig då den påverkar undersökningarnas representativitet och därmed tillförlitligheten i de slutsatser som dras.

För att uppnå en så hög svarsfrekvens som möjligt har vi tillsammans med SCB använt oss av olika strategier. Kontaktstrategin skilde sig åt för urvalspersoner yngre respektive äldre än 65 år på så sätt att den äldre gruppen fick två pappersenkäter medan den yngre fick en. Av totalt fyra utskick ingick pappersenkäten i det tredje utskicket för personer under 65 år. Urvalspersoner 65 år och äldre fick en pappersenkät i utskick två och fyra. Då vi bedömde att svarsfrekvensen var för låg efter fyra utskick så gjordes ett femte extrautskick i form av en pappersenkät till samtliga personer som inte svarat.

Tabell 8. Översikt över insamlingsmetoder för de olika undersökningarna.

	1992	1998	2005	2009	2014	2019	2024
Ålder	16–74	16–74	16–84	16–84	16–84	16–84	15–84
Svarsfrekvens	72 %	70 %	70 %	70 %	56 %	56 %	29%
Antal svarande	1 045	1104	1393	1 244	1 258	1108	2507
Inhämtningsmetod	BI	BI	TI	TI	TI	TI: 80%, WE: 20%	PE: 38%, WE: 62%
Antal organisations-typer i den första frågan	32	32	32	32	34	34	32

Not: BI=besöksintervjuer, TI=telefonintervjuer, WE=webbenkät; PE=postal enkät



MARIE CEDERSCHIÖLD HÖGSKOLA ARBETSRAPPORTSERIE | NR 128

Existentiell hälsa har blivit omdiskuterat i det svenska samhället. Vad kan det betyda för hälsan att uppleva livet, världen och ens egen plats i den som meningsfull? Människor verkar vilja eller behöva se sig själva och sin uppgift i ljuset av ett större sammanhang. I Sverige har det ideella arbetet för många kommit att bli ett dylikt sammanhang där man får möjlighet att yttra sig i frågor man anser angelägna och utföra meningsfulla uppgifter tillsammans med andra. I denna rapport undersöks den tänkbara relationen mellan den existentiella hälsan och det ideella arbetet utgående från 2024 års befolkningsundersökning om medborgerligt engagemang som genomförts vid Marie Cederschiöld högskola.

I rapporten diskuteras begreppen hälsa och existentiell hälsa i en svensk kontext. Utifrån befolkningsundersökningen undersöks också den existentiella hälsans tänkbara samband med ideellt arbete utifrån bland annat hur ofta man arbetar ideellt och vad det ideella arbetet betyder för dem som arbetar ideellt.

Mikael Nilsson är verksam vid Institutionen för civilsamhälle och religion, Marie Cederschiöld högskola. Han är teolog och intresserar sig för gränslandet mellan hälsa i vid mening, teologi och filosofi. I sin doktorsavhandling undersökte han hälsokonsekvenser och läkande erfarenheter vid utsatthet för mobbning i arbetslivet.