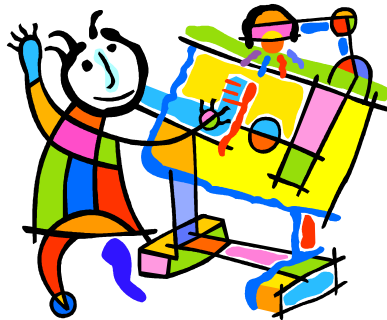




RAPPORTERING

SLUTRAPPORT ENLIGT SJÄLVVÄRDERINGSMODELLEN



Kultur och Hälsa – en framtida rehabiliteringsmodell?

Datum: 2013-02-06

Projektbenämning: Kultur och Hälsa – en framtida rehabiliteringsmodell?

Rapportering avser: 2010-10 t.o.m. 2012-12

Rapportförfattare: Maria Berger, projektledare, maria.berger@ltv.se
Ann-Sophie Hansson, projektägare, ann-sophie.hansson@ltv.se

Kompetenscentrum för hälsa, Landstinget Västmanland

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	3
2. Syfte.....	3
3. Frågeställning	3
4. Mål.....	4
5. Målgrupp	4
6. Projektorganisation	4
7. Modell	5
7.1. Projektflödesmodell.....	5
7.2. Genomförandemodell.....	6
Deltagarna	7
7.3. Projektets förutsättningar.....	7
7.4. Genomförande och process.....	7
7.5. Resultat och effekter.....	9
8. Personalen.....	13
8.1. Projektets förutsättningar.....	13
8.2. Genomförande och process.....	13
8.3. Resultat och effekter.....	14
9. Organisationen	15
9.1. Projektets förutsättningar.....	15
9.2. Genomförande och process.....	15
9.3. Resultat och effekter.....	16
10.3.1 Budget	17
10. Diskussion.....	17
11. Slutsatser	18

1. Bakgrund

Att det finns ett tydligt samband mellan kultur och hälsa har påvisats i ett flertal forskningsprojekt under senare år. Musik, dans och konst har visats höja livskvaliteten och stärka hälsan. Detta har uppmärksammats i regeringens proposition, *Mål för folkhälsan*, redan 2002 (Prop. 2002/03:35) där kulturens betydelse för folkhälsan betonades ur två olika aspekter. Dels med betoning på att individens upplevelser eller utövande av kultur anses kunna öka välbefinnandet och dels att kulturen i sig anses kunna utveckla individen och öka dennes delaktighet och inflytande i samhället.

I den kulturpolitiska propositionen "*Tid för kultur*", som riksdagen antog den 16 december 2009, har Kultur och hälsa en framträdande roll. Kultur och hälsa är ett exempel på den så kallade "aspektpolitik" som förs fram i den nya kulturpolitiken, dvs. att kulturen är en viktig del inom fler olika politikområden. Kultur har också instrumentella aspekter. En kommentar som kan beskriva aspektpolitik är, att andra politikerområden bör lyfta in kulturen i sina mål för att aspektpolitiken inte ska bli verkningslös.

I den nya folkhälsopolitiken finns en tydlig betoning på kulturens betydelse när det gäller utveckling av individens förmågor och att stärka individen i samhället. Från forskningen om hälsans bestämningsfaktorer har visats att just möjligheter till egen utveckling, delaktighet och möjligheter att kunna påverka sin livssituation har samband med upplevelser av välbefinnande och god hälsa.

I undersökningen Liv och Hälsa 2008 kan man också där se att det finns samband mellan besökande av kulturaktiviteter och en bra hälsa. Det kan vara så att en del av detta samband även kan förklaras av andra orsaker, såsom socioekonomisk status m.m.

Just nu pågår inom flera kommuner, regioner och landsting ett brett utvecklingsarbete kring hur konst och kultur kan komplettera traditionella rehabiliteringsmetoder inom vård och omsorg. Som en del i Landstinget Västmanlands arbete med en regional kulturstrategi anordnades seminariet "Kulturens betydelse för hälsan" under hösten 2009. Seminariet leddes av Gunnar Bjursell, professor i molekylärbiologi vid Göteborgs universitet. Han redovisade resultat från olika internationella studier om kulturens hälsobringande effekter. Seminariet bidrog till ett politiskt initiativ för att genomföra ett projekt om kultur och hälsa inom Landstinget Västmanland. För att söka en medfinansiering till projektet gjordes en ansökan till Västerås Samordningsförbund som beviljade medel för projektets genomförande med 50%.

2. Syfte

Att genomföra en rehabiliteringsstudie för att undersöka om kulturinsatser (musik, teater, bio/kvalitetsfilm, dans, utställningar) kan påverka hälsan positivt hos personer med psykisk ohälsa (diagnoser som t.ex. ångest och depression) som står utanför arbetsmarknaden.

3. Frågeställning

Har kulturinsatser någon effekt på den självupplevda hälsan och rehabilitering hos personer med psykisk ohälsa?

4. Mål

Att i den mån positiva resultat erhålles, utveckla modell för hur kulturella insatser kan användas som en alternativ behandlingsmetod inom hälso- och sjukvården för patienter med psykisk ohälsa.

5. Målgrupp

Vuxna personer (18- 64 år), inskrivna hos Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samt boendes inom Västerås kommun, sjukskrivna (>90dagar men <2år) med lättare psykiska diagnoser (undantag bipolär sjukdom).

6. Projektorganisation

Kompetenscentrum för hälsa har varit projektägare. Anställda i projektet har varit en projektledare 50 %, samt en vikarie som arbetet 20 % under sex månader 2012.

Deltagandet i styrgruppen har bestått av representanter från;

Centrum för regional utveckling, Landstinget Västmanland
Kompetenscentrum för hälsa, Landstinget Västmanland
Samordningsförbundet Västerås
Sjukskrivningsmiljarden

Deltagandet i projektgruppen har bestått av representanter från;

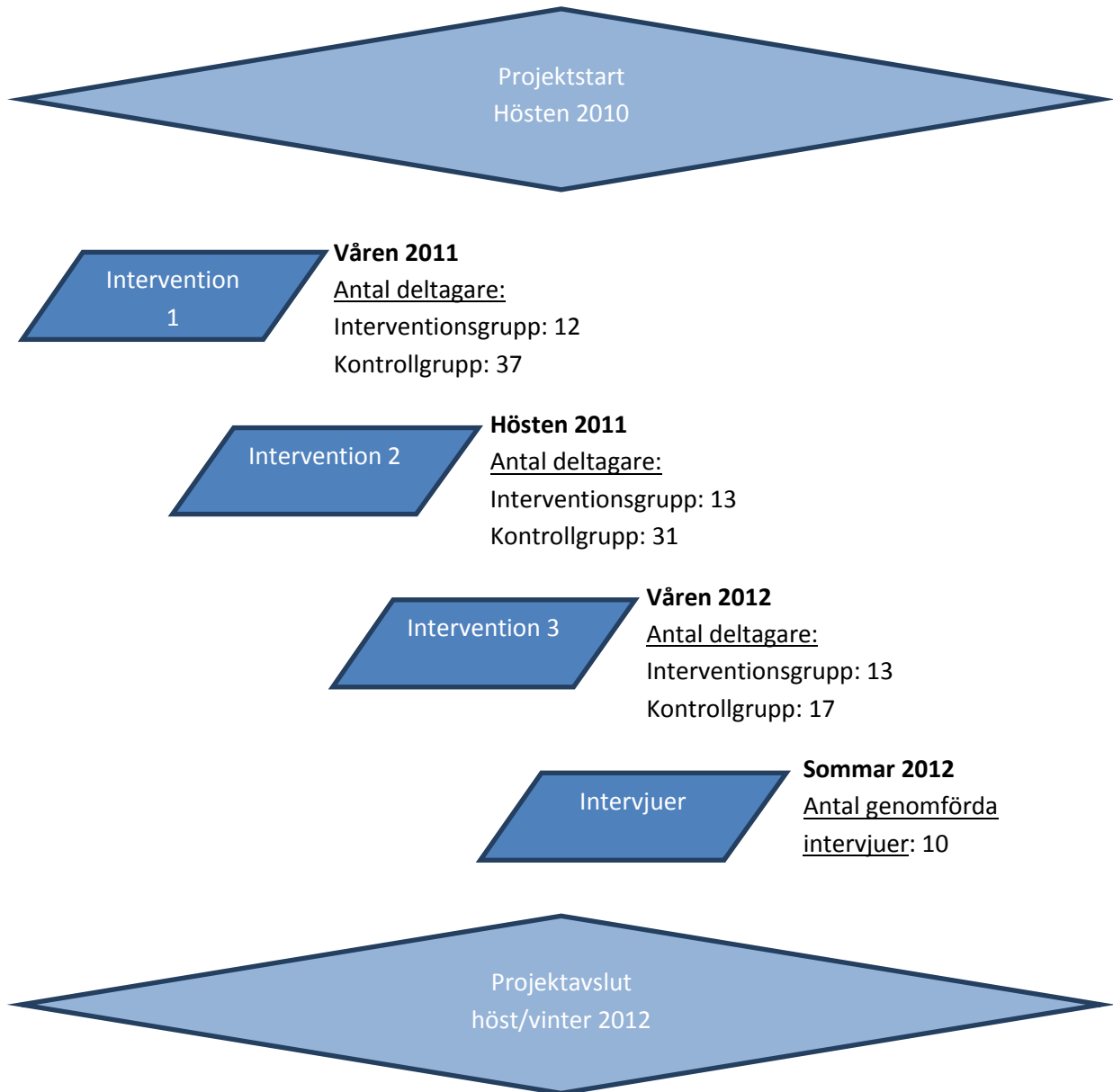
Centrum för klinisk forskning, Landstinget Västmanland
Centrum för regional utveckling, Landstinget Västmanland
Extern utvärderare
Försäkringskassan Västerås
Kompetenscentrum för hälsa, Landstinget Västmanland

Andra nyckelpersoner är kontakterna på de delaktiga kulturinstitutionerna;

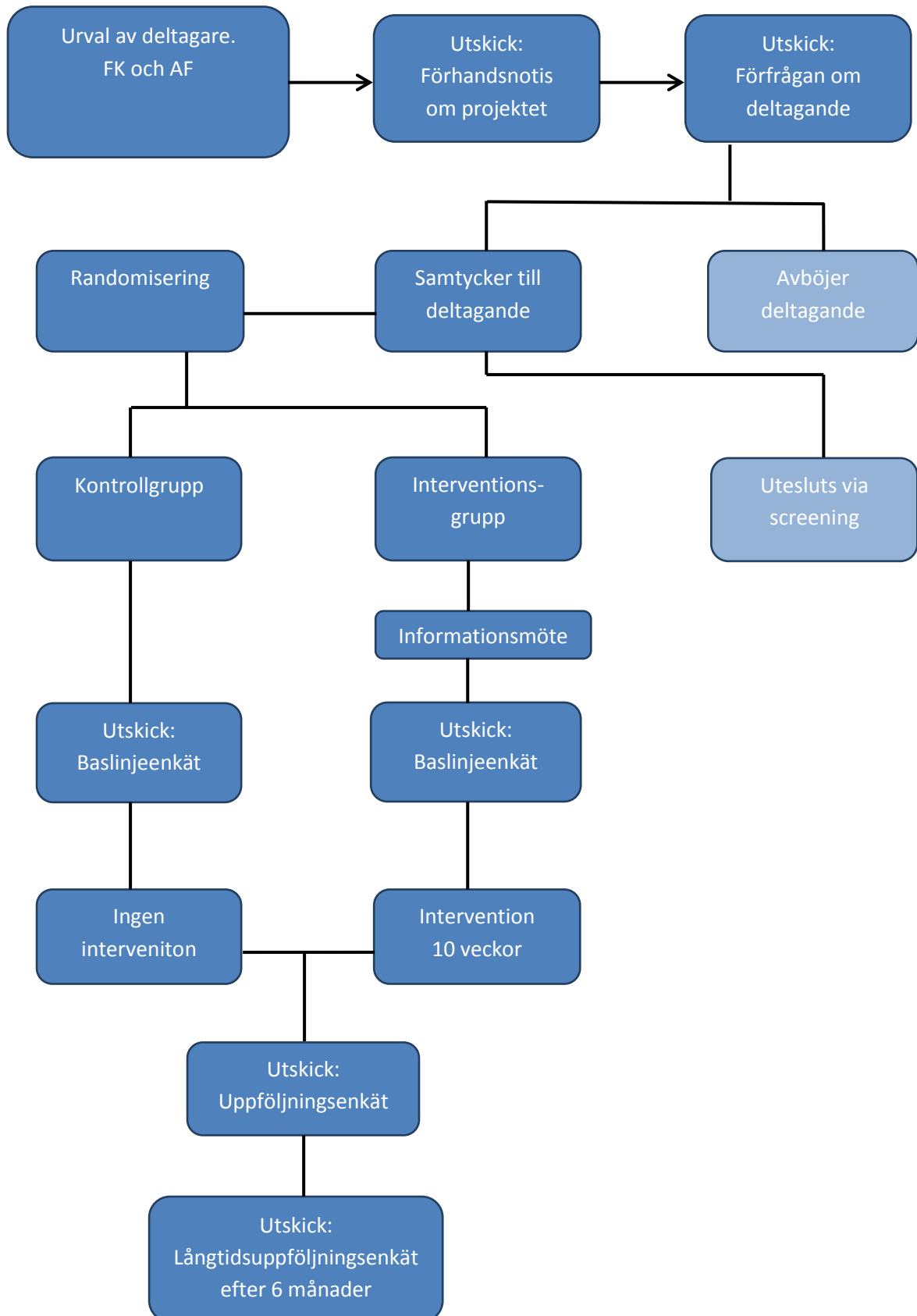
4:e teatern
Biografen Elektra Västerås
Teater Tropos
Teater Västmanland
Västerås konstmuseum
Västmanlands läns museum
Västmanlandsmusiken

7. Modell

7.1. Projektflödesmodell



7.2. Genomförandemodell



Deltagarna

7.3. Förutsättningar

Målgruppen för projektet var vuxna personer (18- 64 år), inskrivna hos Försäkringskassan och boendes inom Västerås kommun, sjukskrivna (mer än 90 dagar men mindre än 2 år) med lättare psykiska diagnoser (undantag bipolär sjukdom).

Under projektplaneringen utfördes, i samarbete med Centrum för klinisk forskning, en powerberäkning, vilken visade att det behövdes 265 personer vardera i interventions- och kontrollgrupp för att kunna få fram ett statistiskt hållbart resultat. Med ett beräknat internt bortfall på ca 10 % så behövdes det alltså totalt minst 300 personer i vardera av grupperna. Detta var utgångspunkten vid projektstart och förhoppningen att kunna inkludera ett tillräckligt stort antal vid första interventionsomgången våren 2011, då 208 personer (aktuella för målgruppen) bjöds in att delta i projektet.

Eftersom målgruppen som fanns inskrivna hos Försäkringskassan visade sig ha en sämre psykisk hälsa än förväntat, så försvårades rekryteringen av deltagare i den aktuella målgruppen. Det fick som konsekvens att rekryteringsbasen kom att modifieras efter första (av totalt tre) interventionsomgångar till att omfatta även personer inskrivna på Arbetsförmedlingen med samma problematik. Kulturaktiviteter upplevs som främmande för många personer och betraktas inte normalt som ingående i en rehabiliteringsplan vilket bidrog till att försvåra rekryteringen ytterligare. Därtill, visade det sig att många av de tillfrågade redan ingick i någon annan form av rehabilitering eller aktivitet och ytterligare aktiviteter upplevdes som en belastning.

I första och andra interventionsomgången fanns endast deltagare som rekryterats från Försäkringskassan. Först i sista interventionsomgången hade Arbetsförmedlingen rekryterat två deltagare, varav endast en av dem fullföljde sitt deltagande.

Behovet hos målgruppen är, generellt sett, att få motivation till förändring. De flesta har också ett stort behov av att träffa andra i samma situation (att få ingå i ett socialt sammanhang), de är känsliga, sjuka, sårbara, har tappat självkänslan och har en komplex bakgrund.

7.4. Genomförande och process

En etisk ansökan¹ för projektet skickades in till Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala - både denna ansökan och den tilläggsansökan som gjordes med anledning av genomförande av de kvalitativa djupintervjuerna godkändes av nämnden.

Urvalet av deltagare gjordes av Försäkringskassan. Inbjudan om deltagande i projektet (bilaga 7) skickades hem till presumtiva deltagare tillsammans med informationsbrev (bilaga 8), samtyckesformulär (bilaga 9) och en screeningenkät, MadrS (bilaga 1). De personer som valdes ut av Arbetsförmedlingen att delta i projektet fick information av sin handläggare vid besök där, de fick då

¹ Dnr: 2010/466

samtidigt ta emot ett kuvert innehållande samma dokument som övriga utvalda av Försäkringskassan.

Det finns forskning som visar, att om deltagare som fått inbjudan att delta i liknande projekt också får möjlighet att aktivt tacka nej till deltagande, så är chansen större att de faktiskt deltar. Då känner de att de har möjlighet att välja bort, men också att de blivit väl förberedda på ett eventuellt deltagande. Inför den sista interventionsomgången gjordes ett försök att rekrytera fler deltagare genom att skicka ut en förhandsnotis (bilaga 3) till de presumtiva deltagarna innan de fick själva inbjudan. Denna förhandsnotis innehöll information om projektet och att en inbjudan snart skulle komma, de som ville fick då möjlighet att aktivt tacka nej till deltagande redan här genom att skicka in en talong. Detta gav dem möjlighet att i lugn och ro reflektera över ett eventuellt deltagande och också känna sig aktiva i valet om att delta eller ej.

Deltagarna fick all information om projektet samt frågeformulären via brev med kontaktuppgifter till projektledaren. För att underlätta informationsflödet hade det varit till fördel med kontakt via telefon, sms och mejl efter att första kontakten upprättats via brevutskick.

Frågeformulären (bilaga 10) innehöll dels frågor kring bakgrundsvariabler såsom ålder, kön och utbildning, dels frågor utifrån de nedan angivna mätinstrument som använts:

- **MadrS²** – detaljerad bild av nuvarande sinnestillstånd. Bedömning av depression eller depressiva symtom.
- **SF12³** – Självrapporterad fysisk och psykisk hälsa.
- **GHQ12⁴** – Självskattad generell psykologisk hälsa.
- **Mastery⁵** – Upplevd egenkontroll över egen situation.

Inför start av varje interventionsomgång fick deltagarna i samband med ett informationsmöte ytterligare information om projektet, deltagande och de kulturaktiviteter som erbjöds. Vid informationsmötet fick deltagarna även fylla i ett samtycke för registrering i SUS (System för uppföljning av samverkan) (bilaga11). Inför informationsmötet skickades programet över kulturaktiviteter (bilaga 12) hem till deltagarna så att de i lugn och ro kunde läsa igenom och fundera över vilka aktiviteter som bäst passade dem tids- och intressemessigt.

Karaktären på informationsträffarna skiljde sig mycket åt och de gånger då någon av deltagarna öppnade sig och "vågade" beskriva sina känslor inför att delta i projektet blev stämningen mer uppsluppen och det märktes tydligt behov av att få dela med sig av sina känslor och få ta del av hur de andra kände sig. Deltagarna var förvåntansfulla och uttryckte sig bland annat så här;

² Montgomery, S. and M. Åsberg (1979). "A new depression scale designed to be sensitive to change." *British Journal of Psychiatry* 134: 382-389.

³ Sullivan M, Karlsson J Ware J. The Swedish SF-36 Health Survey-I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden, **Soc Sci Med** 1995; 41; 1349-1358.

⁴ Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press 1972. (Maudsley Monograph No21).

⁵ Pearlin, L. I., M. A. Lieberman, et al. (1981). "The Stress Process." *Journal of Health and Social Behaviour* 22(December): 337-356.

"Hade detta varit för 6 månader sedan hade jag aldrig varit mottaglig för den här typen av rehabilitering"

"När jag postade kuvertet för att anmäla mig till projektet, skakade jag när jag gick från postlådan och ångrade mig direkt, men nu sitter jag här och det börjar kännas okej, som att jag gjort något bra"

"Det kom helt rätt i tiden för mig"

"Jag kan inget om kultur och det känns väldigt främmande att vara här så jag hoppas att jag ska kunna vara med utan att det blir för mycket för mig"

Efter mötenas slut jämförde många sina val av kulturaktiviteter under de kommande 10 veckorna för att se om de kanske hade valt samma aktiviteter. Detta visar på vikten av sammanhållning och trygghet i en sådan här grupp av människor.

7.5. Resultat och effekter

Det finns en viss problematik i att rekrytera deltagare från denna målgrupp till projekt/studier där både interventions- och kontrollgrupp behövs. Deltagare har uttryckt besvikelse över att de randomiserats in i kontrollgrupp (trots tydlig information kring detta) och ser det som "ytterligare" ett misslyckande att ej få ta del av själva interventionen. Just detta gör det också svårt för handläggare att rekrytera deltagare i personliga möten, då de inte direkt kan erbjuda kulturella aktiviteter, utan deltagande i en kontroll- eller interventionsgrupp. Stora krav ställs på de personer som ska rekryteras till forskningsstudier så att man kan framhålla det positiva i deltagandet oavsett vilken av grupperna man deltar i.

Förhoppningen från början var att projektet skulle ha totalt 600 deltagare, 300 i interventionsgruppen och 300 i kontrollgruppen. Det stod ganska tidigt klart att detta inte var möjligt då målgruppen hade en sämre psykisk hälsa än förväntat, vilket ledde till att många av de inbjudna inte var redo att delta i ett sådant här projekt. Det resulterade i ett deltagarantal på totalt 123 personer varav 38 ingick i interventionsgruppen (bilaga 14).

Efter första interventionen utfördes en enklare bortfallsanalys (bilaga 4) för att ta reda på orsaken till att så många personer som först tackat ja till deltagande sen valde att hoppa av projektet innan interventionens början. Av de 36 personer som tackade ja till att delta i studien och randomiserats till interventionsgrupp var det 21 personer som valde att avbryta deltagandet på detta sätt. Dessa personer fick via enkät svara på frågan; *Av vilket/vilka skäl ångrade du ditt deltagande i "Kultur och hälsa" - projektet?*

Av de 21 personer som tillfrågades var det 16 som besvarade enkäten. De allra flesta av dessa anger att deras avhopp hade något med arbete att göra. Antingen hade de redan börjat arbeta eller så skulle de precis börja arbetsträna, vilket gjorde att de ville koncentrera sig på just detta. Det var endast två personer som angav att kulturaktiviteterna inte tilltalade dem. Annars var det personliga

livshändelser eller livssituationer eller insikt i att projektet inte kom rätt i tiden i rehabiliteringen som gjorde att de valde att hoppa av.

Deltagarna skulle gå på en kulturaktivitet i veckan under en period på 10 veckor, deltagandet har fördelat sig enligt följande:

Antal tillfällen	Deltagit (%)	Deltagit (N)
10	2,6	1
8-9	39,5	15
6-7	18,8	6
4-5	28,9	11
2-3	10,5	4
1	2,6	1
Totalt	100	38

Att delta vid informationsmötet har varit frivilligt och av de totalt 38 personerna i interventionsgrupperna som fullföljde interventionen var det 26 som deltog på informationsmötet. Eventuellt borde informationsmötet ha varit obligatoriskt för att få delta i projektet eftersom det märktes att det fanns ett behov av det sociala, att träffa människor i samma situation. Samtidigt var det viktigt att kunna få vara anonym och om mötet hade varit obligatoriskt hade det varit nödvändigt att erbjuda fler alternativ på tider då dagtid inte passade alla deltagare eftersom fler av dem inte var sjukskrivna på heltid.

I de kvalitativa djupintervjuerna uppgav några att effekten av att delta i kulturaktiviteter främst handlade om nya kunskaper, ett sätt att fokusera tankarna på annat och bryta invanda tankemönster. Några uppgav att kulturupplevelserna hade en terapeutisk karaktär och att känslor tilläts komma till ytan som man annars höll inom sig. Det fanns även tankar om att upplevelserna ger sammanhang och mening till våra liv som i sin tur är bra för hälsan.

Vissa menade att det fanns en allmän känsla av att de kulturella upplevelserna hade haft effekt men att det var svårt att svara exakt vilka aktiviteter det gällde eller på vilket sätt, medan någon ansåg att det var upplägget runt aktiviteterna som hade haft störst effekt. För en majoritet handlade det om att kulturaktiviteterna bidrog till aktivering och att det var hela processen som gav störst hälsovinster;

"Ja jag tror, hela kulturinslaget enbart, nej. Utan hela upplägget, det här att jag faktiskt kom ut, tog mig dit, va med, fick den här upplevelsen...jag klarar av hela den här händelsekedjan, den delen ser jag som en del i mitt tillfrisknande mer än bara själva evenemanget."

Detta resonemang hos deltagarna är intressant då de stämmer väl överens om teorin och begreppet KASAM⁶ (Känsla Av SAMmanhang) som handlar om att den som kan sätta sig själv i ett sammanhang som är begripligt och meningsfullt också i någon mening upplever hälsa. Helhetsperspektivet går alltså ut på att den som är påtagligt sjuk ur ett medicinskt perspektiv ändå kan ha upplevelser av hälsa.

⁶ Aaron Antonovsky (1923-1994), professor i medicinsk sociologi.

Utöver detta hade vissa uppmärksammat positiva mentala effekter, som speglas av teorierna i KBT⁷ (Kognitiv beteendeterapi). Respondenterna uppgav att kulturens effekter handlade om att bryta negativa tankemönster genom att bli utmanad att tänka annorlunda eller få nya starka intryck genom kulturupplevelsorna. KBT utgår från antagandet att människors svårigheter i livet har sitt ursprung i hur man tänker och betar sig. Centralt i KBT är därför att man vill få patienten att undersöka och bearbeta processerna vilket innebär att man förändrar sitt beteendemönster och synen på sig själv och sin omgivning. Andra hade upptäckt att kultur faktiskt kunde ha en effekt på hälsan som de inte hade reflekterat över tidigare och någon uppgav att de positiva effekterna tog längre tid än väntat men också var viktigare än vad man trott. Fler uppgav också att kulturaktiviteten möjliggjorde för andra faktorer som tillsammans med kultur gav resultat på hälsan.

Vid intervjuerna nämner några av deltagarna att informationsmötet var bra, främst för möjligheten att träffa andra deltagare. Annat de uppgett som positivt var möjligheten att vara anonym, proffsigt bemötande av kulturarrangörerna, kommunikationen med projektledaren och att man placerades bredvid andra deltagare på kulturaktiviteterna. Projektet har ibland gett upphov till en känsla av att betyda något genom att någon satsade på att dem skulle må bättre. Det som saknades av många var umgänge med andra deltagare;

”Ja det var nog den sociala, eller det var den sociala biten som jag saknade. Jag hade gärna prata mer med folk och fått nån som kanske vill följa med och gå fler gånger på teater och tycka att det va kul”

Deltagarna tyckte också att det saknades någon form av avslutning eller uppsamling i slutet av projektet och att strukturen för samling efter kulturevenemangen och samtal mellan deltagarna borde ha varit bättre. Annars har det funnits en tydlig struktur i processen som underlättat för deltagarna att komma iväg på kulturaktiviteterna, vilket är av stor betydelse för genomförandet av projektet. Även variationen på aktiviteterna har underlättat då det har funnits ett brett urval och minst två aktiviteter att välja per vecka. De personer som inte var sjukskrivna på heltid anger att upplägget fungerade mindre bra vad gäller informationsmötet som var förlagt på dagtid, samt att intensiteten med en kulturaktivitet per vecka var för hög.

De svar som framkom med anledningar till vad som bidragit till att de deltog handlade om möjligheten till reflektion, känna samhörighet i sin situation, att det var enkelt att delta, att man letade olika sätt att må bra, självständigheten som deltagandet erbjöd, att det kom rätt i tid när det fanns ork och tid samt känslan av att någon bryr sig om en.

De flesta ansåg att det var en kombination av faktorer inom och utom projektet som bidragit till att de mådde bättre i nuläget;

”Om man skulle ha det som nån typ av rehabiliteringsmodell [...] jag tror ju inte på att bara ha det, som det här va [...] utan då skulle jag nog kunna tänka mig lite mer en blandning [...] väva in flera delar skulle jag kunna tro.”

”Mötet med andra deltagare är underskattat. En enkel fika före eller efter föreställningen kanske kunde vara något.”

⁷ Öst, L-G. (2006) *KBT: Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: natur och Kultur

Då projektet var avslutat fanns ett intresse att ta reda på huruvida deltagarna hade fortsatt med kulturaktiviteter på egen hand. Några uppgav att de hade svårt att gå själva och därför inte kom iväg medan andra menade att det handlade om pengamässiga hinder. En del var i planeringsstadiet och hade börjat planera för vilka aktiviteter som de skulle vilja gå på. Några letade en form för att delta i kulturaktiviteter så att de inte skulle bli för belastande. Det kunde handla om vilka sorts aktiviteter man deltog i eller att acceptera för sig själv att det kunde räcka med att ta sig igenom en halv utställning. Vissa var beslutna att fortsätta utan vidare förklaring och deklarerade endast att "ja det kommer jag att göra" och flera var redan igång och hade även inbokade kulturaktiviteter som de väntade att gå på.

Det står klart att denna typ av rehabiliteringsåtgärd måste individanpassas i mötet med handläggare. Hänsyn bör tas till vilken fas i rehabiliteringen individen befinner sig, om det finns ett kulturellt intresse eller nyfikenhet på kultur, samt att personen i fråga klarar av att ta sig till kulturaktiviteten, passa en tid och klarar av att träffa nya människor i en (kanske) ny miljö. Många faktorer ska stämma in och hänsyn måste även tas till de processer som kulturen kan sätta igång för många människor. Kultur berör och därför beskriver många att de vill dela upplevelsen med andra för att sedan kunna diskutera och analysera tillsammans efteråt.

Deltagarna har ibland skrivit kommentarer, sänt tackkort, brev eller liknande och bland annat skriver de så här;

"... första gången man går på kultur känns det lite motigt att komma iväg. Man slappnar av korta stunder och mår dåligt längre stunder. När man varje vecka går på något vänjer man sig och upptäcker att man slappnar av längre och längre stunder av föreställningen. Jag har känt ett tillfrisknande successivt i form av att bli mer och mer indragen i kulturaktiviteten. Man måste gå många gånger för att själv känna skillnaden. Det verkar mycket mycket svårt att komma iväg de första gångerna. Det är en tröskel att ta sig över. Det känns som att man måste tvinga sig att gå även om det inte ger så mycket i början. Man inser fördelen med kultur först efter flera besök..."

"... en spinnoff effekt som var helt oväntad från min sida var att jag för första gången i mitt liv fick träffa andra "utbrända" kvinnor som jag kunde prata med om min egen situation. Vi samtalade i pauserna om våra olika livssituationer och om hur vi hamnat där. Jag fick fin vän relation med många kvinnor som deltog i projektet..."

"... vill bara säga tack för Kultur och Hälsa projektet som jag fick förmånen att delta i. Jag uppskattade alla evenemangen och fick många positiva intryck. Provade på bland annat opera som jag aldrig varit på tidigare. Det gav mersmak! Hoppas det kommer på recept så småningom..."

"... jag lärde inte direkt känna någon av dem, men pratade lite med XXX, nu senast. Jag uppskattar den möjligheten som gavs oss, den har värde för mig. Finns möjligheten är jag gärna med på mer..."

"... Oh, vad roligt det ska bli att ta del av mina valda aktiviteter, jag ser fram emot det med glädje, TACK!..."

"... TACK! För möjligheten att besöka kulturevenemang som jag annars tyvärr inte skulle ha gjort. Att jag mår sämre idag har knappast med Kultur och Hälsa att göra, utan på de processer jag startat..."

"... Tack för att jag fick delta i projektet. Vid flera tillfällen blev jag så berörd av teater och musikföreställningar så att jag äntligen kunde gråta. Under flera års tid har jag inte kunnat gråta alls, men jag har äntligen fått access till sorgen och kan nu börja läka..."

8. Personalen

8.1. Förutsättningar

Som anställd i projektet har det funnits en projektledare som arbetat halvtid. Kompetenscentrum för hälsa har varit projektägare och anställningsmyndighet för projektledaren. Samverkan har skett kontinuerligt med CRU och CKF samt Försäkringskassan och till viss del Arbetsförmedlingen. Projektledaren har folkhälsovetenskaplig kompetens, medan kulturvetarkompetensen har funnits representerad hos deltagare i styr- och projektgrupp. Projektledarens roll har mer handlat om att leda och koordinera de olika flödena och sett till så att projektets tidsplan hållits.

Psykiatrisk kompetens har saknats i projektgruppen, vilket hade varit en fördel då målgruppen omfattade individer med psykisk ohälsa. Gott stöd och tillgång till psykiatrisk expertis har dock funnits att tillgå i styrgruppen.

Från och med mars till oktober 2012 var projektledaren föräldraledig och arbetsuppgifterna fördelades dels till vikarie på 20 % under sex månader för att utföra kvalitativa djupintervjuer med ett urval av deltagarna, dels till en administrativ assistent på KCH för utskick och andra praktiska arbetsuppgifter.

8.2. Genomförande och process

Det stod ganska snart klart att deltagarantalet aldrig skulle komma ens i närheten av det som inledningsvis var förväntat, vilket ledde till att den statistik som baserades på de relativt få enkäter som samlats in endast kunde presenteras i form av deskriptiv data. Med denna insikt och för att säkerställa utvärderingen togs beslut om att redovisa i huvudsak kvalitativa resultat men också om att även vidareutveckla nya arbetssätt för att ta tillvara den kunskap som projektet genererade.

Det har funnits stöd i processen med att genomföra nödvändiga förändringar från både politik och styr- och projektgrupp. I stort sett har upplägget med styr- och projektgrupp fungerat bra och projektledaren har fått stöd i sitt arbete och snabba svar vid behov.

Flertalet förändringar blev alltså nödvändiga att genomföra under projektets gång:

- Samarbetet med Arbetsförmedlingen för att kunna rekrytera deltagare bland deras kunder.
- Inför sista interventionsomgången gjordes ett utskick, innan själva inbjudan (bilaga 3), till deltagare där de informerades om att de skulle få en inbjudan till deltagande i projektet men också om möjligheten att aktivt tacka nej till deltagande.

- Efter första interventionsomgången genomfördes en enklare typ av bortfallsanalys (bilaga 4) för att ta reda på varför så många personer som först hade tackat ja till deltagande valde att hoppa av innan projektstart.
- Kvalitativa djupintervjuer (bilaga 2) genomfördes i syfte att skapa en djupare förståelse för vilka faktorer som varit viktiga för deltagandet i projektet. Bland annat ställdes frågor kring deltagarnas uppfattning om kulturens inverkan på deras hälsa och vilka förändringar som dom sett som viktiga för arbetsåtergång.

Ett pressmeddelande (bilaga 5) om projektet gick ut den 3 mars 2011 och resulterade i att projektledaren intervjuades i TV4 Mälardalen, P4 Västmanland och Taltidningen. Det har också skrivits i VLT (bilaga 6) om Kultur och Hälsa-projektet.

Eftersom projektledaren hann starta sista interventionsomgången innan föräldraledigheten påverkades projektet inte av projektledarens frånvaro. Vikarierande projektledare utförde de kvalitativa djupintervjuerna medan övriga arbetsuppgifter ansvarade administrativ assistent på KCH för. Utifrån både kvalitets- och objektivitetsaspekt var det en fördel att intervjuerna genomfördes av vikarierande projektledare, som därigenom kunde förhålla mer oberoende till gruppen.

8.3. Resultat och effekter

Arbetet med projektet har varit en kontinuerlig lärandeprocess och förutom all den litteratur som projektledaren tagit del av har det även getts tillfälle att delta vid konferenser/seminarier. Bland annat den nordiska konferensen "Kultur för livet" i Malmö och seminariet "Bättre hälsa – mindre stress – senaste forskningen om fysisk aktivitet, inaktivitet, kultur och hälsa" i Örebro.

En extern medbedömare har under hela projekttiden funnits med vid alla styrgruppsmöten och processdagar och inkommit med skriftliga synpunkter (bilaga 13) till varje delårsrapport. Detta har varit en stor tillgång för projektet och ett gott tillfälle för lärande.

Ett annat värdefullt lärande som skett kontinuerligt under projektets gång är hur de samverkande organisationerna arbetat. Vi har hittat nya vägar för samarbete och kunskapen om varandra öppnar även upp för framtida samarbete.

Lärdomar ur projektet är bland annat lärandet om målgruppen, att det är viktigt att insatserna sker när deltagarna är mogna för det. Beroende på var i processen deltagaren befinner sig i sitt tillfrisknande så krävs en anpassning av dessa. Istället för att lägga ned projektet när det visade sig att tanken om en kvantitativ studie inte var möjlig, kunde en ny design utvecklas och projektet fullföljas. En sådan flexibilitet i samarbetet var en lärdom i sig.

9. Organisationen

9.1. Förutsättningar

I Landstingsplanen anges om kultur;

”En levande kultur tillvaratar människors kreativitet, stärker förmågan till reflektion och rustar till delaktighet i en föränderlig värld. En kulturpolitik som främjar deltagande och reflektion är avgörande för en stark demokrati. Målet för landstingets kulturpolitik är ett vitt förgrenat kulturliv i hela länet som präglas av mångfald, kvalitet och tillgänglighet..... Kultur är även en del av folkhälsan och utgör därför en viktig del av det hälsofrämjande landstinget”⁸

Initiativet till projektet är politiskt och var väl förankrat när det startade. Centrum för regional utveckling (CRU) fick i uppdrag att genomföra projektet. Därefter kontaktades Kompetenscentrum för hälsa (KCH) för att i samarbete utveckla en projektplan. Inledningsvis knöts även Centrum för klinisk forskning (CKF) till projektplaneringen. Ansvaret för styrning och ledning har legat hos styrgrupp, projektgrupp och projektledare. Bra stöd har funnits för projektledaren och mötena med de olika grupperna har skett i en positiv anda och med vilja att samarbeta och skapa bra förutsättningar för att projektet skulle lyckas.

Överlag har det varit bra representation från de olika samarbetsorganisationerna. Då det inte var meningen att deltagare skulle rekryteras från Arbetsförmedlingens (AF) kunder var de inte heller representerade i projektgruppen från början. Under genomförandet kom dock rekryteringsbasen att förändras så att även deltagare från AF rekryterades. Så här i efterhand kan man anta att förutsättningarna för att rekrytera deltagare också från AF hade fungerat bättre och smidigare om AF hade haft med en representant med i projektgruppen från början.

9.2. Genomförande och process

Kultur är en ny väg i rehabiliteringstänkandet och ett nytt sätt att arbeta på. Därför är det egentligen inte förvånande att projektets förutsättningar har förändrats över tid då vissa ändringar varit nödvändiga. Huvudsyftet med projektet har dock inte ändrats och i både projekt- och styrgrupp har man varit lyhörd för behovet av att justera i projektplanen och funnit bra lösningar på de problem som efterhand visat sig.

Samarbetet med inblandade aktörer har fungerat bra och alla har ställt upp och bidragit till att förenkla arbetsprocesserna i största möjliga mån. Det fanns dock en oro, om än obefogad, inför andra interventionsomgången att kulturinstitutionerna inte skulle vara lika villiga till samarbete eftersom deltagarantalet blivit färre än planerat, men det har funnits en god vilja och engagemang från alla aktörerna under samtliga interventionsomgångar.

Inom projektet har det nära samarbetet med **Centrum för regional utveckling (CRU)** varit viktigt och en förutsättning vad gäller kontakterna med kulturinstitutionerna för planeringen av de valbara kulturaktiviteterna. Detta samarbete har förändrats något över tid då arbetet inför de tre interventionsomgångarna sett lite olika ut. Vid första tillfället arbetade projektledaren tillsammans med kulturchefen och kulturkonsulent på CRU vid framtagandet av kulturprogram för deltagarna.

⁸ Landstingsplan och budget 2013-2015. För ett hälsoinriktat landsting.

Inför andra omgången var det projektledaren och kulturkonsulenten som samarbetade och inför sista omgången tog projektledaren själv fram ett kulturprogram. Samarbetet med de olika kulturinstitutionerna har varit värdefullt och fungerat utmärkt.

Även samarbetet med **Försäkringskassan** (FK) gällande rekryteringen av deltagare har skett mycket smidigt och enkelt. För att kontrollera att de deltagare som exkluderats från studien utifrån screeningen (MadrS) (bilaga 1) slussats till någon form av rehabilitering på annat håll var kontakterna med FK också viktiga. Ett exempel på bra samverkan!

Arbetsförmedlingen kom med som rekryteringsbas först senare i projektet vilket försvårade samarbetet och det slutade med att bara två deltagare rekryterades från deras kunder. Detta kan ha sin förklaring i flera faktorer. Dels att projektledaren hade kontakt med flera olika personer på AF innan en kontaktperson utsågs. Dels att det tog ett tag innan en överenskommelse blev klar om hur rekryteringen av deltagare skulle se ut. Här fanns med andra ord flera hinder som projektet stötte på i genomförandeprocessen. En slutsats är, att det är viktigt att det redan i planeringsfasen, finns med nyckelpersoner från varje berörd organisation med mandat att fatta beslut.

Centrum för klinisk forskning, har haft en rådgivande roll vad gäller den vetenskapliga metoden. Samarbetet ändrade delvis karaktär i och med att datainsamlingen mer kom att fokusera på den kvalitativa delen. Det resulterade i en ny kontakt på CKF.

Kulturinstitutionerna har varit mycket behjälpliga i projektgenomförandet och upplevdes också väl förberedda. Intervjuerna (bilaga 2) med deltagarna bekräftar att det fungerat mycket bra kring kulturevenemangen.

9.3. Resultat och effekter

Att utveckla en modell för samarbete i projekt likt detta är en form av verksamhetsutveckling. Relationsbygget är påbörjat mellan organisationerna vilket utgör en viktig framgångsfaktor. Mot bakgrund av den förändrade inriktningen mot en mer kvalitativ bedömning av resultatet är det rimligt att mer se till vad som är gjort och att söka en förståelse för målgruppen och dess behov än till kvantiteten, dvs. att inkludera så många som möjligt. Inom den psykiatriska forskningen finns exempel på studier av mer kvalitativ karaktär som ofta bygger på ett mindre urval. Ser vi till den målgrupp som projektet omfattat, med en många gånger mycket komplex bakgrund, är det inte heller förvånande att vi inte nått fler än totalt 38 deltagare i interventionsgrupperna. Det har varit viktigt att se mer till helheten och omvärdera utifrån en kvalitativ ansats. Tanken på att kultur kan finnas med som en aktivitet i rehabiliteringskedjan är en viktig erfarenhet i våra organisationer.

Projektledaren byggde upp ett arbetssätt som fungerade bra under projekttiden där projektgruppen diskuterade aktuella ämnen som sedan lyftes upp på styrgruppsmötet där beslut om förändringar togs. I både styr- och projektgrupp har rätt kompetenser funnits och beslut har kunnat tas snabbt och enkelt. Detta bekräftar att väl fungerande styr- och projektgrupper är av stor betydelse för såväl projektledare som resultat.

För att få en bra helhetsbild av projektet och alla involverade har även kulturinstitutionerna fått möjligheten att kommentera sin insats i projektet samt deras upplevelse av att arbeta med målgruppen. Deras kommentarer var enbart positiva – de upplevde en engagerad, intresserad och nyfiken publik. I vissa sammanhang verkar mötet ha lett till djupare förtroendefulla samtal och vid andra tillfällen har mötet varit mer flyktigt. Kulturinstitutionerna har varit positiva till projektet och dess syfte och överlag anger de att informationen om deras uppdrag och projektet i sig varit klar och tydlig.

10.3.1 Budget

Utbetalt per den 31 december 2012 är 286.995 kr från Samordningsförbundet Västerås och lika mycket från Sjukskrivningsmiljarden. Det återstår 288.005 kr av beslut från vardera Samordningsförbundet Västerås och Sjukskrivningsmiljarden. Att projektet inte kom upp i de förväntade kostnaderna beror i huvudsak på att deltagarantalet blev betydligt färre än förväntat.

10. Diskussion

Mot bakgrund av hälsoläget hos den tilltänkta målgruppen kan man med facit i hand se att den föreslagna inriktningen med önskan om kulturaktiviteter för ett så stort deltagarantal som möjligt för att studera påverkan på hälsa inte var realistiskt. Trots detta lyckades projektet i slutändan nå individer som trots sina besvär ville delta i projektet som en del av sin rehabilitering. Om man också ser till andra projekt eller aktiviteter med deltagare som har samma ohälsoproblematik som i Kultur och hälsa – projektet, är ett deltagarantal på 38 individer i en interventionsgrupp ändå ett gott resultat då dessa personer ofta är svåra att få med i liknande projekt på grund av deras sårbarhet i och med den psykiska ohälsan. Från projektet framgår att de som deltagit generellt sett upplevt att kulturupplevelserna hjälpt dem att må bättre och komma igång.

I detta projekt har deltagarna fått en introduktion till kulturlivet och hur det kan påverka hälsan. Upplevelserna har bidragit till nytt fokus, de har fått nya upplevelser och introducerats i en (för många) ny värld. Kultur kan också sätta igång processer, precis som annan terapi, som gör att deltagarna i perioder även kan må sämre. Denna aspekt måste också beaktas vid utvärdering av liknande insatser. Att processer startats och att deltagare kan må sämre under en period kan vara ett nödvändigt steg i rätt riktning i en rehabiliteringsprocess.

En av slutsatserna i resultatet av intervjuerna är att det sociala sammanhanget har stor betydelse och av många upplevts som det värdefullaste med deltagandet i projektet. För en del var deltagandet i de kulturella aktiviteterna inte enbart positivt. Möjligen hade det varit en fördel med att låta deltagarna också få välja på att delta i gruppaktiviteter. Kanske hade antalet avhopp minskat och eventuellt en högre grad av hälsoeffekt hos några.

Om all denna kunskap hade funnits från början hade sannolikt en del moment i projektet genomförts på ett annorlunda sätt. Framför allt, så hade en kvalitativ studie planerats från start, vilket hade betytt ett mindre urval och därmed underlättat rekryteringen. Istället för registerrekrytering hade exempelvis handläggarna på Försäkringskassan kunnat handplocka personer till projektet mot bakgrund av den individkunskap de har. Detta rekryteringsförfarande påverkar sannolikt även

deltagarnas förutsättningar och förhållningssätt då de i samråd med sin handläggare kan diskutera om kulturaktiviteter kan vara ett bra alternativ i deras rehabiliteringsprocess.

11. Slutsatser

Kulturaktiviteter har i flera forskningsstudier befunnits vara hälsofrämjande som passar en viss grupp, dock inte alla och inte när som helst i en rehabiliteringsprocess. Det är vår uppfattning att deltagande i kulturupplevelser, för denna målgrupp med lättare psykisk ohälsa, kan vara ett rehabiliteringsalternativ och komplettera de gängse rehabiliteringsmetoder som används idag med framförallt läkemedelsbehandling och FaR⁹(Fysisk aktivitet på Recept).

Kulturaktiviteter kan alltså utgöra ett värdefullt komplement till rehabilitering och behandling men för att få en fullgod rehabiliteringsmodell behövs ytterligare komponenter än enbart kulturupplevelser. Centralt är det sociala sammanhanget, att deltagarna får möjlighet att möta andra i samma situation. Som nästa steg, för fortsatta studier kring kulturens påverkan på hälsa, vore att pröva ett koncept med kulturupplevelser och/eller utövande av kultur i form av självhjälpgrupper.¹⁰ Ytterligare en intressant aspekt vore att undersöka en kombination av fysisk aktivitet (FaR) och kulturaktiviteter.

Ur organisationssynpunkt är det för framtiden viktigt med förankring, struktur och välgenomtänkta metoder och modeller för att kunna arbeta med kultur som en del i rehabiliteringskedjan. Från detta projekt finns erfarenheter om hur sådana metoder och modeller skulle kunna se ut, dessa behöver sen i sin tur utvärderas ytterligare.

Datum:

.....

Maria Berger, Projektledare

.....

Ann-Sophie Hansson, Projektägare

Landstinget Västmanland

⁹ Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en metod, som utgår från hälso- och sjukvården, för att främja fysisk aktivitet och därmed förhindra och behandla ångest och depression (Statens folkhälsoinstitut).

¹⁰ "En självhjälpgrupp är en mindre, deltagarstyrd samling av människor som regelbundet träffas för att bearbeta gemensamma problem genom ömsesidigt stöd och hjälp" (Karlsson 2002, s 56).