

Utvärdering av Kultur på recept i Region Jönköpings län
Maj 2016



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare



Hälsohögskolan i Jönköping har av sektion Folkhälsa, Region Jönköpings län fått i uppdrag att utvärdera projektet Kultur på recept. Uppdraget har utformats och genomförts i dialog med ansvariga för projektet under perioden april 2014 - maj 2016.

Projektansvariga i Region Jönköpings län:

Birgitta Ekeberg mailadress: birgitta.ekeberg@rjl.se

Paula Bergman mailadress: paula.bergman@rjl.se

Jönköping, maj 2016

Inger Jansson

Fil.dr. Lektor

Hälsohögskolan, avdelningen för rehabilitering

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	3
Bakgrund	4
Smärta.....	4
Psykisk ohälsa.....	4
Sjukskrivning	5
Hantera en komplex vardag	6
Metoder för förbättrad arbetsförmåga.....	6
Kultur som behandling.....	7
Kultur på recept i Region Jönköpings län	8
Organisation.....	8
Syfte	11
Frågeställningar.....	11
Metod.....	11
Tillvägagångssätt	11
Datainsamling.....	12
Fokusgruppintervjuer	12
Enkät.....	12
Databearbetning.....	15
Resultat	16
Deltagare i fokusgruppintervjuerna.....	16
Resultat: fokusgruppintervjuer.....	17
Tänk att en kullerbytta kan vara ett steg framåt	17
Från isolering till aktiv gemenskap	18
Våga vara och våga göra	21
Om kulturaktiviteterna	24
Resultat före- och eftermätningar med enkät	26

Urvalsgrupp och bortfall	26
Försörjning	26
Självskattad hälsa	27
Sömn och smärtpåverkan	28
Självskattad förmåga och känsla av sammanhang	28
Några avslutande reflektioner	29
Tillgång till sammanhang och platser	29
Förväntan och skratt.....	29
Instrumentet KASAM.....	30
Återhämtning som rehabilitering.....	30
Organisering av och remittering till Kultur på recept.....	31
Filosofisk anknytning	31
Referenser.....	34

Sammanfattning

Bakgrund: Projektet Kultur på recept har genomförts i Region Jönköpings län i syfte att minska ohälsan och öka arbetsåtergången för personer med lättare till medelsvår psykisk ohälsa och ospecifik smärta. Kultur på recept innebär att i grupp delta i olika kulturella aktiviteter. Projektet har utvärderats under åren 2014-2016.

Metod: Utvärderingen har gjorts både kvalitativt och kvantitativt. Den kvalitativa utvärderingen omfattar åtta fokusgruppintervjuer som genomfördes direkt efter och tre månader efter avslut i Kultur på recept. Den kvantitativa delen av utvärderingen bygger på enkätsvar före Kultur på recept och sex månader efter Kultur på recept från deltagare från de elva första grupperna. Enkäten innehåller frågor om försörjning, hälsa och copingförmåga. Totalt har 47 deltagare besvarat den uppföljande enkäten efter sex månader.

Resultat: Resultat från enkäterna visar en signifikant förbättrad självskattad hälsa och signifikant minskade symtom av ångest, depression och stress. Detta resultat stärks av resultaten från intervjuerna där deltagarna beskriver minskade symtom och en ökad förmåga att möta och klara av vardagssituationer.

Vidare visar resultaten från enkäterna en signifikant förbättrad sömn efter sex månader. I resultaten från intervjuerna uttrycker deltagarna att aktiviteterna både ger men också tar energi och man beskriver både en ökad livsgnista och ökad trötthet. Resultaten från intervjuerna kan tolkas som att ansträngande men positiv aktivitet skulle kunna bidra till bättre sömn.

Sjukskrivningen är signifikant minskad och återgång i arbete har ökat signifikant sex månader efter avslut i Kultur på recept. Den självskattade arbetsförmågan från enkäterna har ökat signifikant efter sex månader vilket ligger i linje med resultaten från intervjuerna där deltagarna beskriver en ökad förmåga att anta och hantera utmaningar.

Beträffande smärtupplevelse i aktivitet, känsla av sammanhang och generell tilltro till sin förmåga finns inga signifikanta skillnader efter sex månader i enkäterna. Flera av inslagen i Kultur på recept innebar varierande fysiska aktiviteter. I

intervjuerna framkom att dessa aktiviteter ibland kunde innebära ökad smärta.

Slutsats: Denna utvärdering visar att Kultur på recept är en framgångsrik metod för att öka hälsan, minska sjukskrivning och underlätta arbetsåtergång. Vidare forskning behöver göras för att bland annat utröna huruvida vissa diagnosgrupper kan dra mera fördel av rehabilitering med Kultur på recept.

Inledning

Trots utökade insatser i form av riktade åtgärder inom hälso- och sjukvården såsom rehabiliteringsgarantin har sjukskrivningarna återigen ökat från 2013 och framåt. Störst är ökningen för kvinnor och för den psykiska diagnosgruppen. Lättare till medelsvår ångest, depression och stress samt icke-specifik smärta i rygg- axlar- och nacke står för 70 % av sjukskrivningskostnaderna (1-3). För denna målgrupp introducerades i Region Jönköpings län i slutet av hösten 2013, Kultur på recept. I dagsläget, i maj 2016 har 17 grupper med ca 120 personer, majoriteten kvinnor, genomgått Kultur på recept. Varje Kultur på recept period, som omfattar tio veckor med två träffar per vecka, innehåller ett ”smörgåsbord” av aktiviteter. Dessa är förutbestämda och i varje Kultur på recept period ingår någon variant av följande aktiviteter; sång/musik, dans/rörelse, drama/teater, hantverk (till exempel måla, tova, dreja, slöjda), besök på bibliotek med högläsning, guidad kultur- och konstvisning, och konsert/teater/dans-föreställning.

Bakgrund

Smärta

Bland vårdsökande för smärta är runt 90 % av icke specifik karaktär. Icke specifik smärta i rygg- axlar- och nacke innebär en smärta som inte kan kopplas till någon vävnadsskada eller att någon sådan kan påvisas (4) och avser ett tillstånd med smärta som kvarstår efter tre månader (5). Icke specifik karaktär innebär att det inte finns någon objektiv mätmetod som kan påvisa orsaker till smärtan (6). För personer med icke-specifik smärta kan tillståndet innebära ett personligt lidande inom en rad livsområden. Sömnen kan bli påverkad med insomnings- och sömnsvårigheter som leder till trötthet. Koncentrations- och minnessvårigheter kan också vara en följd av smärta. Även relationer kan påverkas negativt. Vidare kan smärtan leda till nedstämdhet (7). En positiv förväntan och tilltro till den egna förmågan gynnar tillfrisknandet, medan rädsla för belastning och rörelse leder till en ond cirkel av inaktivitet och ökad smärta (8). Låg aktivitetsnivå har visat sig vara förenad med ökad benägenhet för rygg- och nackbesvär medan hög aktivitetsnivå verkar vara skyddande mot utveckling av smärta (9-10).

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan ha en rad tänkbara orsaker. Dessa kan vara relaterade till ärftlighet, sociala faktorer som familje- och arbetsförhållanden och till livsstil. Även socio-ekonomiska faktorer som utbildning, antal barn och bostadsort samt demografiska faktorer som kön och ålder kan ha inverkan på den psykiska hälsan (11). Stressreaktioner kan ge upphov till sömnstörningar och kognitiva störningar såsom minnesstörningar. Ett långvarigt ökat stresspåslag kan medföra ökad fysisk och psykisk trötthet och begränsad energi. Vid långvarig belastning kan utmattningssyndrom uppstå. Affektiva och somatiska problem är vanligt förekommande vid utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom kan därmed leda till mera långvarig sjukskrivning (12). Ångestsyndrom innebär ett tillstånd med rädsla och ångest som är av sådan intensitet att vanliga livsuppgifter upplevs som svåra eller omöjliga att genomföra (13). Ständig oro och svårighet att slappna av kan leda till en rad olika kroppsliga obehag som muskelspänning, hjärtklappning, magbesvär, svettningar och störd nattsömn (12). Depression innebär att den drabbade personen har en dyster sinnesstämning och är nedstämd vilket kan leda

till minskat emotionellt engagemang, passivitet och oföretagsamhet. Depression kan leda till kognitiva störningar såsom koncentrationssvårigheter, minnesstörningar och ökad uttrötthet. Vidare kan depression yttra sig i svårighet att planera och fatta beslut, till nedsatt motivation, stresskänslighet och nedsatt uthållighet (12).

Psykisk ohälsa är ett tilltagande fenomen och kan drabba personer i alla åldrar men risken att drabbas är störst i arbetsför ålder (åldern 30- 49 år) (11). För många är det i denna ålder som man etablerar sig i arbetslivet och utvecklar en arbetsroll. Kvinnor drabbas i högre grad av psykisk ohälsa än män. Att drabbas av psykisk ohälsa leder i högre grad till längre sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning än vid insjuknande i andra sjukdomar. Psykisk ohälsa får därmed stora och omfattande konsekvenser för individens möjligheter att försörja sig genom arbete. Det råder en dokumenterad samsjuklighet mellan smärta och olika former av psykiska besvär och mellan de olika psykiska diagnoserna (12, 14).

Sjukskrivning

Sjukskrivning är en vanlig åtgärd för att hantera ohälsa men har mycket begränsat vetenskapligt stöd (3). Sjukskrivning kan påverka individens hälsotillstånd både positivt och negativt men kan också ha ingen eller marginell påverkan. Negativa konsekvenser som följd av passiv sjukskrivning – sjukskrivning utan några aktiva behandlande eller rehabiliterande insatser - är förlust av både struktur i vardagen och av identitetsskapande roller.

Passiv sjukskrivning kan också bidra till att andra sjukdomar uppstår under tiden som sjukskrivningen pågår. En av de vanligaste följsjukdomarna som identifieras efter en tids sjukskrivning är depression. Andra faktorer i en människas liv som kan påverkas negativt av sjukskrivning är försämrade möjligheter till karriär, försämrad ekonomi, begränsade sociala relationer samt försämrad livsstil (3). Studier har visat att aktiva insatser under sjukskrivningen har upplevts som konstruktiva och bidragit till att öka copingförmågan och välbefinnandet (15-18).

Hantera en komplex vardag

Traditionellt finns en föreställning om arbetsliv och hemliv som separata världar men utifrån individens perspektiv är dessa världar delar av den totala livssituationen. Dessa världar kan ha en gynnsam spill-over effekt på varandra men kan också innebära svårigheter att hantera.

I dagens arbetsliv ställs höga krav på att hantera komplexa situationer och vara flexibel (19). Samtidigt ska även situationen i hemmet fungera, där kvinnor fortfarande tar största ansvaret. Att både hantera situationer i arbetslivet och i hemsituationen innebär att komplexiteten ökar ytterligare. Detta ställer stora krav på förmåga att hantera flera komplexa situationer och vara flexibel och anpassningsbar (19). Att ha flera roller kan vara berikande men också upplevas splittrande. En situation med motstridiga och svårförenliga krav kan leda till både frustration och ökad kognitiv belastning (20-22).

Metoder för förbättrad arbetsförmåga

De aktiva behandlingsmetoder som förekommer inom primärvården för personer med psykisk ohälsa och icke-specifik smärta är överlag inriktade på att bearbeta problemen och att hitta strategier för att hantera dem.

För patienter med icke-specifik smärta används en rad behandlingsmetoder både kombinerade och från flera professioner (multimodal rehabilitering) men också som enskilda insatser från en profession (unimodal rehabilitering). Behandlingarna kan vara inriktade på fysisk träning, kroppskännedom, avslappning, beteendeförändring, aktivitetsplanering och utveckling av sin förmåga att förhålla sig till och hantera sin problematik (23).

För patienter med psykisk ohälsa används framförallt kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT är en samtalsbaserad behandlingsmetod som avser att medvetandegöra patienten om negativa automatiska tankar och bli medveten om förhållandet mellan tankar, känslor och handlingar för att därigenom kunna göra förändringar av sin syn på sig själv vilket kan leda till ett förändrat beteende (24).

Kultur som behandling

Kulturaktiviteter som behandlingsmetod inom sjukvården har prövats både nationellt och internationellt. Kulturaktiviteter kan ses som en komplementär metod inom sjukvården (25). En väsentlig skillnad mellan traditionella aktiva behandlingsmetoder och kulturaktiviteter som behandlingsmetod är fokus för individens uppmärksamhet. I traditionella aktiva metoder fokuserar individen på problemet och hur det kan hanteras medan fokus vid deltagande i kulturaktiviteter ligger på det kulturella skeendet och därmed utanför individen och individens problem. Just att bli absorberad av något utanför sig själv och att få en paus från sina problem har uttryckts som en framgångsfaktor vid deltagande i kulturaktiviteter (25-26). Kulturaktiviteter har visat sig kunna minska och begränsa ångest, smärta och muskelspänning (27-29). Att delta i kulturaktiviteter har också visat sig ”öppna upp”, att se nya möjligheter och leda till ett mera flexibelt tänkande (26).

Kulturaktiviteter i rehabiliterande syfte genomförs företrädesvis i grupp (25-26). Detta innebär att aktiviteterna genomförs både i relation till andra människor men också i relation till själva aktiviteten och till den omgivande miljön. Utvärdering av kulturaktiviteter som behandlingsmetod har visat att upplevelsen av en kulturell företeelse blir annorlunda när den görs organiserat tillsammans med andra. Aktiviteterna inbjuder till samtal mellan deltagarna och tillsammans med andra kan omgivningen uppfattas på ett nytt och annorlunda sätt. (25).

Vid deltagande i kulturaktiviteter sker det viktiga mötet mellan individen, kulturaktiviteten och miljön. Utforskandet av dessa aktiviteter sker under ledning av kulturledare som guidar genom kulturaktiviteten. Mötet kan innebära utmaningar eftersom både individer, aktivitet och miljö är obekanta och kan på så sätt ge nya upplevelser som kan leda till en förändrad bild av sig själv. Att ta sig till nya platser och göra något man kanske aldrig gjort tidigare tillsammans med andra, obekanta människor innebär att pröva nya situationer och öppna upp för nya möjligheter (25). Vid sjukskrivning är det vanligt att människor fastnar i tunnelseende och har svårt att se nya möjligheter (15, 17-18). Det kreativa inslaget

i kulturaktiviteter innebär att det inte finns någon färdig form för hur den ska utföras eller upplevas vilket innebär att tankar och känslor får möjlighet att utvecklas fritt.

Kulturaktiviteter som behandlingsmetod har tidigare prövats och utvärderats under svenska förhållanden för målgruppen lättare till medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. Utvärderingen visar goda resultat beträffande välbefinnande. Vidare beskrivs en förändring av fokus från sjukdom och symtomupplevelser till utmanande kulturupplevelser tillsammans med andra (25). Däremot saknas vetenskapligt förankrad kunskap om kulturaktiviteters påverkan på hälsa och arbetsåtergång för personer med lättare till medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta.

Kultur på recept i Region Jönköpings län

Kultur på recept har introducerats i Region Jönköpings län under hösten 2013. Målgruppen är sjukskrivna för lättare till medelsvår psykisk ohälsa och/ eller smärtproblematik.

Organisation

Kulturkoordinatören är den sammanhållande länken när kultur på recept-gruppen genomför sina planerade aktiviteter. Kulturkoordinatören tar emot remiss, bjuder in till informationsträff, planerar tillsammans med kulturförvaltning och kulturaktörer i de berörda kommunerna de aktiviteter som ska ingå under Kultur på recept-perioden. Om deltagaren får förhinder meddelas detta till kulturkoordinatören. Förutom att ha kontakt med deltagarna så har kulturkoordinatören även kontakt med rehabiliteringssamordnarna och deltagarnas kontaktpersoner på remitterande enhet och återkopplar närvaro, vilket sker vid halvtid och vid avslut om inget annat behov föreligger. Kulturkoordinatören träffar deltagarna i grupp vid fem inplanerade tillfällen. Första gången vid informationsmötet, andra och tredje tillfället sker i vecka 3 och 6 under Kultur på recept-perioden i samband med aktuell inplanerad kulturaktivitet. Fjärde träffen sker i samband med sista tillfället i Kultur på recept.

Då görs en muntlig utvärdering. Det femte och sista tillfället då kulturkoordinatören träffar deltagarna är vid återträffen c:a tre veckor efter avslut av Kultur på recept-perioden. Vid detta tillfälle får deltagarna sitt kulturkort som beskrivs längre fram.

Kulturaktören är den person som genomför aktiviteterna med gruppen.

Kulturaktören ska vara professionell i sin kulturutövning men också ha ett gott bemötande och kunna entusiasmera och inspirera deltagarna till att vara aktiva. De kulturaktörer som anlitas, kvalitetssäkras genom intervju och referenser.

Kulturaktören har ingen information om de enskilda deltagarnas sjukdomstillstånd förutom att de tillhör målgruppen för projektet. Kulturaktören signerar deltagarens ”recept” vid varje aktivitet. Receptet innehåller tid, plats och kulturaktivitet under de tio veckor som rehabiliteringen pågår. Kulturaktören informerar kulturkoordinatören om det uppkommer problem i gruppen eller om deltagaren inte kommer (tabell 1).

Tabell 1. Aktörers organisatoriska tillhörighet i Kultur på recept.

Organisation	Aktör
Hälso-och sjukvård	Rehabiliteringssamordnare
Kommun	Kulturkoordinator
Lokalsamhälle (t ex studieförbund eller fri kulturaktör)	Kulturaktör

Valet av aktiviteter görs utifrån evidens och beprövad erfarenhet om hur kulturen påverkar människan samt deltagarnas möjligheter att vara aktiva och att aktiviteterna ska vara möjliga att genomföra i grupp (25). Varje Kultur på recept-period innehåller; sång/musik, dans/rörelse, drama/teater, hantverk (till exempel måla, tova, dreja, slöjda), besök på bibliotek med högläsning, guidad kultur- och konstvisning och konsert/teater/dans-föreställning.

Kultur på recept genomförs i grupper med 5 – 9 deltagare. Formellt och juridiskt är deltagarna patienter när de medverkar i Kultur på recept men kallas deltagare för att markera fokus på det friska. Deltagarna blir också informerade om att det inte ska pratas ”sjukdomar” utan istället fokusera på vad de gör vid respektive aktivitet.

Deltagarna ska kunna ta sig till kulturaktiviteterna själva. Under deltagandet i Kultur på recept har deltagaren kvar sin/sina behandlingskontakter hos remitterande instans (vårdcentral eller psykiatrisk öppenvårdsmottagning). Gruppen träffas i 10 veckor med två tillfällen/vecka och varje tillfälle är 2,5 timmar. De 20 träffarna är fördelade på 4 -5 olika platser under Kultur på recept-perioden. Förutom vid teater/konsert, som är på kvällstid, är tiden klockan 13.30 – 16.00. Aktiviteterna kombineras med en fikastund, då samtal förs om upplevelsen av den aktuella kulturaktiviteten. Vid varje aktivitet har deltagarna möjlighet att avstå från att vara aktiva i enskilda övningar/aktiviteter som de känner att de inte kan eller vill vara med i. Kulturaktörerna hade fått tydliga instruktioner om att allt deltagande är frivilligt.

Efter avslutad kultur på recept-period erhåller deltagarna ett kulturkort, som ger fritt inträde eller subventionerat pris till utvalda kulturaktiviteter och evenemang under ett år. Syftet med kulturkortet är att uppmuntra och stimulera till fortsatt kulturdeltagande efter avslutad period.

Aktualisering till Kultur på recept sker enligt följande steg:

1. Vid rehabiliteringsplanering erbjuds patienten Kultur på recept som en rehabiliterande insats. Om patienten är positiv till förslaget skrivs remiss och skickas till kulturkoordinatören. Remissen skrivs av någon i teamet runt patienten, exempelvis läkare eller rehabiliteringssamordnare.
2. Deltagaren bjuds in till informationsträff om upplägg och innehåll, då kulturkoordinatören fått in tillräckligt med remisser för att fylla en grupp. Vid detta tillfälle har patienten möjlighet att tacka nej till att delta i Kultur på recept-gruppen.

Syfte

Syftet var att utvärdera Kultur på recept i Region Jönköpings län enligt ovan beskrivna koncept.

Frågeställningar

- hur påverkar Kultur på recept fysisk och psykisk hälsa, copingförmåga samt arbetsåtergång
- beskriva deltagarnas upplevelser av Kultur på recept
- beskriva deltagarnas upplevelser av om Kultur på recept har påverkat arbetsförmåga, hälsa och copingförmåga och i så fall, på vilket sätt.

Metod

Tillvägagångssätt

Vid informationsträffen (se punkt 2 ovan om aktualisering till Kultur på recept) tillfrågades deltagarna om medverkan i en studie. De informerades om studien och dess syfte muntligt och skriftligt. De tillfrågades om att besvara en enkät vid totalt fyra tillfällen (innan start, efter avslut samt 6 och 12 månader efter avslutad Kultur på recept period). De tillfrågades också om att delta i fokusgruppsintervju.

De informerades även om att medverkan var helt frivillig och kunde avbrytas när som helst utan några konsekvenser för den fortsatta rehabiliteringen.

Intervjuerna genomfördes på de platser där Kultur på recept - aktiviteterna hade sin utgångspunkt. Det kunde vara en hembygdsgård, en föreningslokal eller en lokal för kulturverksamhet. Det som var gemensamt för dem var att de alla hade med den lokala kulturen att göra. Det var alltså ingen plats med anknytning till hälso- och sjukvård. För att illustrera kontexten för intervjuerna följer en beskrivning av en av platserna som var huvudsaklig hemvist för kulturaktiviteterna för en av grupperna och där en fokusgruppintervju genomfördes.

Den lilla röda stugan ligger precis intill ortens fotbollsplan. Det är en mulen, dimmig och råkall novembereftermiddag. Några kvinnor står och huttrar och röker utanför stugan. Vi hälsar och byter några ord om vädret. Jag ska strax intervju dem och ytterligare några personer. Jag öppnar dörren med det handsmidda kraftiga låset. Golvtilljorna knarrar när jag kliver innanför dörren. I hallen möter novemberkylan den sprakande värmen från den

öppna brasan i stugans enda rum. Det är lågt i taket, mellan fönsterrutorna ligger vit vadd. En kvinna lägger på ett vedträ på brasan och reglerar spjället. På det rektangulära salsbordet av ek står kaffekoppar framdukade. Ett par kvinnor ordnar med kaffe i köket. Snart sitter vi samlade runt salsbordet i ljuset och värmen från brasan och från de tända ljusen på borden. Stugan fylls av småprat och av skratt. Nu börjar vi intervjun.

Datainsamling

Datainsamlingsmetoderna i studien är både kvalitativa och kvantitativa. Den kvantitativa delen är av kvasiexperimentell design och består av före- och eftermätningar där data samlas in med hjälp av enkäter innehållande bakgrundsfrågor och skattningsinstrument.

Fokusgruppintervjuer

Den kvalitativa delen av utvärderingen består av sammanlagt åtta semistrukturerade fokusgruppintervjuer. Av dessa genomfördes fyra fokusgruppintervjuer direkt efter deltagande i Kultur på recept och fyra fokusgruppintervjuer c:a tre månader efter deltagande i Kultur på recept (tabell 2). Frågeområdena för intervjuerna var *i*: deltagarnas upplevelser av Kultur på recept *ii*: dess inverkan på hälsa och förmåga att hantera sin vardag och förmåga att arbeta.

Enkät

Enkäten består av bakgrundsfrågor och självskattningsinstrument. Bakgrundsfrågorna består av demografiska frågor och frågor med inriktning på försörjning och aktivitet.

Självskattningsinstrument

Hälsorelaterad livskvalitet

EQ 5D är ett icke diagnosspecifikt frågeformulär som avser att skatta hälsorelaterad livskvalitet (30). Första delen av EQ 5D består av fem dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. För vardera av de fem dimensionerna finns tre svarsalternativ, inga problem, vissa

problem och stora problem. Skattningen ger en hälsoprofil och kan räknas om till ett index (EQ score). Den andra delen av EQ 5D består av en visuell analog skala från 1-100 (EQ VAS) där 100 står för bästa tänkbara hälsotillstånd. Självskattad hälsa med EQ 5D har visat sig överensstämma väl med den faktiska hälsan (30). I en systematisk översikt över livskvalitetsinstrument har EQ 5D visat god reliabilitet, validitet och förmåga att mäta förändring (31).

Ångest och depressionssymtom

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) består av 14 frågor fördelade på två delskalor. Den ena delskalan med sju frågor mäter ångest och den andra, också med sju frågor mäter depression. Värdet på vardera delskalan kan variera från 0-21. Ju högre grad av ångest eller depression desto högre värde (32). HADS är ett välbekant och ofta förekommande instrument. Det har testats i flera olika sammanhang och i svensk kontext (33-34). HADS har visat tillfredställande reliabilitet i flera studier och uppvisat en stabil två-faktors struktur som stödjer de två delskalorna. Instrumentet har testats i primärvårdspopulationer och visat god förmåga att upptäcka psykiatrisk morbiditet (33).

Stressymtom

SCI -93 (Stress and Crises Inventory) är ett instrument som i sin helhet är grundat på både fysiologisk stressteori och psykologisk kristeori (35). SCI -93 mäter individens upplevelse av stressymtom och består av tre delskalor: vegetativa symtom (20 frågor) psykiska symtom (6 frågor) och muskulära symtom (9 frågor). Skattningen går från 0 (inga symtom) till 4 (hög grad av symtom). Den maximala skattningen för hela instrumentet är 140. SCI-93 har tillämpats inom försäkringsmedicinsk kontext i Sverige och har visat god test-retest reliabilitet (35-36).

Sömn och återhämtning

Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ) är ett självskattningsinstrument om sömn och sömnsvårigheter. I sin helhet består instrumentet av 13 frågor. Ett lågt värde indikerar problem med sömnen. Frågorna berör sömnkvalitet, uppvaknandebesvär, snarkbesvär och sömnhet/trötthet. I denna utvärdering användes de 4 frågor i instrumentet som är inriktade mot sömnkvalitet (37).

Upplevelse av smärtbegränsning på aktivitet

Instrumentet Functional Rating Index (FRI) (38) är ett självskattningsinstrument med 10 frågor med 5 möjliga svarsalternativ från 0 (ingen smärta) till 4 (värsta tänkbara smärta). Två av frågorna är inriktade mot smärtupplevelsen medan de övriga 8 frågorna är inriktade mot i hur hög grad smärtan upplevs påverka olika dagliga aktiviteter (39). Instrumentet har visat god reliabilitet, validitet och responsivens (38).

Tilltro till egen förmåga

General self efficacy scale (GSE) är ett instrument som skattar en individs tilltro till den egna förmågan (40). Bandura (41) har myntat begreppet 'self efficacy' som åsyftar individens tilltro till den egna förmågan att utföra ett speciellt beteende i en speciell situation. Instrumentet består av 10 påståenden som avser att mäta individens tro på den egna generella förmågan. Svarsalternativen går från 1 (tar helt avstånd) till 4 (instämmer helt). Instrumentet har uppvisat god validitet och reliabilitet (42).

Känsla av sammanhang (KASAM)

Livsfrågeformuläret har utvecklats från begreppet känslan av sammanhang (KASAM) och dess tre komponenter, hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet (43). Kortversionen av Livsfrågeformuläret innehåller 13 frågor (originalversionen innehåller 29 frågor men kortversionen är enligt Antonovsky (43) lika tillförlitlig som den längre versionen). Skattning görs på en 7-gradig skala.

Livsfrågeformuläret används internationellt och till en rad olika målgrupper. I en litteraturöversikt över livsfrågeformuläret beskrivs dess psykometriska egenskaper som goda med tillfredställande validitet och reliabilitet (44).

Arbetsförmåga

Två för studiegruppen relevanta frågor från Work Ability Index (WAI) (45) inkluderades i enkäten. Frågorna är inriktade mot självskattning av sin nuvarande arbetsförmåga och arbetsförmågan om sex månader.

Databearbetning

Den kvalitativa datan har analyserats med kvalitativ innehållsanalys vilket innebär att innehållet i intervjuerna har kodats och kategoriserats i kategorier och underkategorier och ett övergripande tema som omfattar samtliga intervjuer har identifierats (46). Kvantitativ data har analyserats med beskrivande och analytisk statistik i SPSS (Chi2 test, Mann Whitney U-test och Wilcoxon signed ranks test).

Resultat

Resultatet presenteras i två delar. Inledningsvis presenteras resultatet från fokusgruppintervjuerna. Därefter presenteras resultat från före- och eftermätningar av enkäterna.

Deltagare i fokusgruppintervjuerna

Fokusgruppintervjuerna gjordes med deltagare som gått i samma Kultur på recept grupp. För att få en djupare beskrivning av deltagarnas upplevelser intervjuades tre grupper vid två tillfällen. För att få variation på deltagare gjordes ytterligare två intervjuer med två olika grupper. Sammanlagt intervjuades 31 deltagare. Samtliga intervjuade var kvinnor (tabell 2).

Tabell 2. Deltagare i fokusgruppintervjuerna.

	Antal deltagare Intervju direkt efter Kultur på recept	Antal deltagare Intervju tre månader efter avslut i Kultur på recept	Medelålder (Min – Max)
Grupp 1 (n=7)	6	4	46 (37-54)
Grupp 2 (n=8)	8	7	51 (65-40)
Grupp 3 (n=7)	5	6	43 (32-54)
Grupp 4 (n=7)	7		32 (20-51)
Grupp 5 (n=6)		4	40 (30-50)

Resultat: fokusgruppintervjuer

Från intervjuerna kunde ett övergripande tema, *Tänk att en kullerbytta kan vara ett steg framåt*, identifieras som återkom i samtliga intervjuer. Vidare kunde kategorierna *Från isolering till aktiv gemenskap*, *Våga vara och våga göra* och *Om kulturaktiviteterna* identifieras (tabell 3).

Tabell 3. Tema och kategorier från fokusgruppintervjuer.

Tema: Tänk att en kullerbytta kan vara ett steg framåt	
Kategorier	Underkategorier
Från isolering till aktiv gemenskap	Förluster Gruppen kontra omvärlden Ger och tar energi Skratta tillsammans
Våga vara och våga göra	Vara den man är – för stunden Minskade symptom Att både ”lyckas” och ”misslyckas” Anta utmaningar
Om kulturaktiviteterna	Samtala och göra Ge sig hän Testa och utmana ”Kognitiva” aktiviteter

Tänk att en kullerbytta kan vara ett steg framåt

I intervjuerna beskrev deltagarna sina upplevelser av att göra aktiviteter som var obekanta för dem eller som de var ovana att utföra. Dessa aktiviteter gjordes i nya sammanhang med människor som man inte träffat tidigare. Aktiviteterna har inget med deras problem att göra utan fokus är på något helt annat än de egna problemen. I en av gruppintervjuerna berättade deltagarna om upplevelserna från en aktivitet med dans och fysiska rörelser. Bland annat fick man pröva att göra kullerbyttor som ingen av dem hade gjort på åtskilliga år. Deltagarna beskrev att dessa övningar fått dem att skratta och även att känna sig modiga. Lekfullheten och utmaningen riktade sig mot något helt annat än de egna problemen. Denna kombination av lekfullhet och utmaning inför nya eller ovana aktiviteter är genomgående för

deltagarnas beskrivning av sina upplevelser av Kultur på recept. Utifrån intervjuerna framkom att dessa erfarenheter har man kunnat generalisera och överföra till andra situationer i sitt liv.

”För jag tänker ibland kan det ju vara det där att man gör saker som... alltså att man kan känna sig lite modig över att man ändå har klivit över en tröskel. Att göra en bakåtkullerbytta... att det kan leda framåt”...

Från isolering till aktiv gemenskap

Förluster

Deltagarna relaterade tillbaka till situationen när ohälsan började. De började då dra sig undan från omgivningen i ett försök att hantera sin problematik. De beskrev att de började begränsa kontakter med vänner och arbetskamrater. Sjukskrivningen har sen gett möjlighet att släppa ytterligare på både krav och kontakter och upplevdes till en början som en befrielse som gav andrum. Med tiden ledde dock sjukskrivningen till en tilltagande isolering. Isoleringen har inneburit att kontakten med både närstående, vänner och arbetsplatsen har begränsats alltmer. Sjukskrivningen har lett till att man hamnar utanför sammanhang och en upplevelse av att vara i ett vakuum istället för i ett andrum. Deltagarna upplevde inte heller att sjukskrivningen hade lett till någon förbättring.

”Och då har man plötsligt ansvar för hela dagarna, man orkar inte gå till sitt jobb, men man har fått en massa tid och göra av till något. Och man orkar ju inte ta tag i saker och ting”.

Deltagarna uttryckte att de i sin isolering -som från början var självpåtagen och önskad men som med tiden blivit alltmer hindrande - inte längre kände igen sig själva. Flera deltagare beskrev svårigheter med att upprätthålla kontakten med arbetskamrater och arbetsgivare. Detta trots att de överlag trivdes på arbetsplatsen och hade goda relationer till sina arbetskamrater. De upplevde sig ifrågasatta beträffande sina besvär. Krav och förväntningar från arbetsplatsen kändes alltför höga. Att besöka arbetsplatsen ingår ofta som ett led i rehabiliteringsprocessen. Men deltagarna beskrev att dessa besök krävde mobilisering och ofta lämnade en känsla av att vara missförstådd och otillräcklig efter sig.

”I början där liksom... dom hör av sig från jobbet och liksom kommer med blommor och grejer, alltså det ebbar ju ut.

– Ja.

Det tycker jag... jag tycker nästan det är jobbigare och möta vissa personer

nu.

– Ja.

För att nu så tänker de... hon kan ju inte vara sjuk så länge, det syns ju inte på henne... så att folk tvivlar ju på en lite grann, alltså hon bara gör sig till eller... jag känner så i alla fall”.

Deltagarna uttryckte en känsla av att ha tappat bort både sig själva, sina vänner och tillgång till både aktiviteter och platser. En av deltagarna som är född utanför Sverige beskrev hur hon börjat tappa språket. Hon uttryckte att hon blivit allt mindre bekväm med svenska språket och fick leta efter ord, trots att hon bott och arbetat under åtskilliga år i Sverige.

Gruppen kontra omvärlden

Under intervjuerna var det påtagligt att det fanns en tillåtande atmosfär mellan deltagarna. Framförallt skratt men även gråt var vanligt förekommande i samtliga grupper. Det förekom också att någon satt tyst och mera avskilt under del av intervjun eller att någon ändrade sin kroppsställning, sträckte på sig eller rörde sig i rummet. Dessa yttringar noterades från de övriga deltagarna med empati, ibland verbalt, ibland icke - verbalt, t ex genom en vänlig blick och ett leende men utan att någon gjorde någon större sak av det. I intervjuerna framkom att deltagarna upplevde ett tillåtande klimat och förståelse i gruppen. Man beskrev att det var tillåtet att reagera och både vara glad, ledsen, ångestfylld, frustrerad och ha smärta. I gruppen blev man inte ifrågasatt för dessa yttringar och – framförallt - man blev inte ifrågasatt om tårarna efter en stund övergick till skratt och skämt. Enligt deltagarna kunde de inte hitta detta tillåtande klimat och denna förståelse i sin egen omgivning, inte alltid ens hos sina allra närmaste. Oförutsägbarheten beträffande den egna förmågan och de egna reaktionerna, både psykiskt och fysiskt och den känslomässiga labiliteten, var något som man kände igen hos varandra. ”Även om man känner att det är tråkigt hemma ... så är det jobbigt att vara social med friska”.

Trots att man blivit instruerad att inte prata sjukdomar i Kultur på recept grupperna, förstår och vet man att de övriga deltagarna också har problem av något slag. Bland deltagarna uttrycktes viss tveksamhet till att undvika att prata sjukdomar. En del menade att undvika att tala om de egna besvären lade ytterligare skam över problematiken. Flera uttryckte att man ”sipprat” och börjat nämna om sina problem för varandra. ” ... här har vi ju sipprat, man kunde ju säga liksom ja,

jag har en jobbig dag idag". Genom att "sippra" har man börjat tipsa varandra och ge varandra goda råd. Samtidigt uttrycktes en önskan om försiktighet med att berätta om sina bekymmer så man inte riskerade att överbelasta varandra.

Att delta i Kultur på recept innebar också att man fick en tidsfrist och en frizon från myndigheter. När Kultur på recept pågick kunde man känna sig relativt säker på att inte bli kontaktad av sjukvård, försäkringskassan eller arbetsförmedlingen. Brev och kallelser till möten upplevdes som stressande och närmast hotfullt. Upplevelsen av stress och hotfullhet var kopplad till ovissheten och en känsla av maktlöshet i sin situation och att vara i myndigheternas händer.

Under tiden i Kultur på recept var man en del i en grupp och ingick i ett sammanhang. Man tillhörde något och hade något gemensamt med andra. I intervjuerna efter deltagande i Kultur på recept framkom en ökad sårbarhet och utsatthet när man inte längre tillhörde en grupp. *"I vårt sammanhang [i Kultur på recept] hade man inte den sårbarheten... och nu är man i var sitt sammanhang liksom..."*.

Ger och tar energi

Att delta i Kultur på recept beskrevs som både energikrävande och energigivande. Deltagarna beskrev hur de fick mobilisera sig för att komma iväg till träffarna. De uttryckte att de ofta var helt utmattade efter aktiviteterna men inte utmattade på ett negativt sätt. De var trötta men hade fått inspiration och livsglädje. *"Att få känna både livsgnista och trötthet"*.

För deltagare med smärtproblem innebar de mera fysiskt krävande aktiviteterna att smärtan ökade och man kunde behöva dagar för att återhämta sig efter aktiviteterna. För en del av deltagarna har aktiviteterna därmed gett ökad smärta. *"Det tar för mycket på mig, även fast det är så trevligt och så roligt och är såna underbara saker och syssla med, så tyvärr... tyvärr"*.

Däremot beskrev deltagarna en upplevelse av att må betydligt bättre psykiskt. Att känna förväntan och att se fram emot något beskrevs som ett tillstånd som man inte upplevt på väldigt länge. Man såg fram emot nästa träff med både ett visst mått av anspänning men också med glädje och nyfikenhet.

”Det ger så mycket... alla ger mig så mycket och grejerna jag gör, så jag får så mycket energi utav det, även om jag har ont dagen efter, så hjälper det... så ger det mig så mycket, så att det är så positivt”.

Skratta tillsammans

I samtliga grupper skrattade man mycket. Man skrattade både åt det man gjorde i Kultur på recept men man skojade och skrattade också om sin situation. Skratten framkallades ofta av att man gjorde något som låg utanför ramarna, utanför de egna gränserna. Man kunde skratta åt det man åstadkommit i aktiviteterna, antingen det var en rörelse eller handling eller en produkt. Skrattet användes också för att hantera den sårbarhet och skörhet som man upplevde i sin situation. Skrattandet upplevdes som avslappnande. Skratten upplevdes också som en befriande känslomässig motvikt till allt gråtande. Man poängterade att skratten var hjärtliga och med medkänsla för varandra. *”Och sen är det så skönt och få skratta lite då, för att man gråter också väldigt mycket”.*

Våga vara och våga göra

Vara den man är – för stunden

I gruppen kände man sig bekväm med att vara som man är. Om man hade en dålig dag fanns tolerans för att man behövde gråta. Deltagarna beskrev att de upplevde att de kunde känna sig ledsna utan att någon frågade. Man kunde dra sig undan utan att det skapade undringar. *”Man kan acceptera att ibland är man glad och ibland är man ledsen, inte så här att mår du dåligt, då ska du alltid må dåligt... Alltså den grejen”.*

Samtidigt kunde man känna att man fick lov att vara kapabel utan att någon skulle fråga om det inte var dags att börja jobba. *”För så fort man säger då, ja, men det känns bra idag. Jaha, är du på väg ut i arbetslivet nu”.*

Isoleringen under sjukskrivningen tillsammans med symtomen hade lett till inaktivitet och svårighet att ta itu med och göra saker. Genom Kultur på recept gjorde man både kulturaktiviteterna men också en rad kringaktiviteter som att ta sig någonstans och ringa till någon. Detta gav en känsla av att vara kapabel och kunna utföra saker. *”Men så har man gjort det och varje gång man gör någonting som man ändå är väldigt osäker inför, så växer man hela tiden”.*

Deltagarna beskrev en friare känsla inför att göra nya saker. I intervjuerna tre månader efter avslut i Kultur på recept beskrev deltagarna att man kanske inte hade börjat göra fler nya saker i så stor utsträckning men man kände sig friare tankemässigt. Tanken på att göra något nytt var mindre hotfull och skrämmande. *”Aktiviteter har nog väckt... för mig har det väckt rätt mycket, att jag vågar mer saker och att jag ser att jag klarar av det”*.

Minskade symtom

Flertalet deltagare beskrev en minskning av symptom efter Kultur på recept. Man kände sig mindre deprimerad och ångest- och stressymptom hade minskat.

”... jag har haft väldigt problem och sätta mig i bilen och ta mig till saker, för jag har haft väldigt mycket panikångest... och nu ... jag tar mig till och från, jag känner ingen panikångest”.

Dock förekom även beskrivningar av en accentuering av smärta i samband med aktiviteter med fysiska moment.

Att både ”lyckas” och ”misslyckas”

Det man gjorde i Kultur på recept innebar ofta att göra något nytt, något som man aldrig gjort tidigare eller kanske gjort för länge sen. Ibland kunde deltagarna upptäcka att de haft förutfattade meningar om aktiviteten. Gymnastik och rörelse kunde vara förknippade med negativa erfarenheter från skolgymnastiken. Men att exempelvis prova på fri dans kunde innebära en omvärdering av fysiska aktiviteter. Att rörelserna gav en behaglig känsla i kroppen blev en ny dimension där man tidigare enbart värderat hur rörelsen utförts tekniskt. Någon tyckte kanske att den där krukan som drejades blev vind och sned. Men så sa någon annan något om färgen och att formen påminner om en katt.

”Jo, men det är likadant när vi har gjort någonting då, alltså här visar man... kan man visa att det här blev ju inte vad jag hade tänkt mig, men ja, ja, det är bra. Ja, men den är väl fin då, den kanske blir lite fin så och så gör man en till och bara... skratt... nej, den blev inte klok”.

Reflektioner från de övriga i gruppen gjorde det möjligt att omvärdera och se på saker och företeelser utifrån nya perspektiv och få en mera nyanserad bild av hur saker kan göras och se ut. Man märkte att andra inte lägger så stor vikt vid att något blev ”riktigt gjort”.

” . . Ni får måla precis vad ni känner för... och då kände jag också åh, vad gott... Och sen ifall man märker att det inte blir som på bilden... nej, men det är ju din tolkning. Och den är jättefin även om den ser för jävlig ut. Jag trodde väl aldrig att jag skulle sätta upp den tavlan i mitt hem, men nu hänger den där liksom och jag ser den och jag blir glad av den”.

Anta utmaningar

Flertalet deltagare beskrev det som en utmaning att bara ta sig från hemmet två gånger per vecka. Denna utmaning kunde innebära så till synes triviala aktiviteter som att ta sig upp på morgonen, duscha och göra sig i ordning för att komma i tid till ett möte med andra människor. Flera deltagare beskrev att de fick mobilisera sig för att komma iväg. En del försökte vila innan. Många tvekade och funderade på att lämna återbud.

”Man kan ha haft ont och känt så att nej, jag orkar inte, men nej, jag går i alla fall och sen kommer man dit och så träffas man och så börjar man och helt plötsligt så försvinner allting, för en kort stund”.

Utmaningen innebar också att ta sig till en ny plats, antingen köra bil eller åka med buss. Ett moment som att hitta en parkeringsplats på den nya platsen kunde också te sig som en utmaning. Att anta utmaningar innebar också att göra något man aldrig gjort tidigare och exponera sig i detta görande i ett socialt sammanhang med andra. Deltagarna hade blivit informerade om att det var frivilligt att medverka så mycket och så lite man själv ville och att de inte behövde känna krav på sig att utföra de förekommande aktiviteterna. Trots detta har de flesta deltagit i nästan alla aktiviteter. Här lyftes grupptricket fram som en bidragande faktor till att man gjorde det som föreslogs trots att man kanske tänkt att man skulle avstå.

Beträffande utmaningen att ge sig ut i arbetslivet uttryckte deltagarna minskade svårigheter med att både tänka sig att ge sig ut i arbetslivet och även att klara situationer i arbetslivet. Att ha blivit exponerad för och utfört helt nya aktiviteter tillsammans med andra minskade rädslan för att ge sig ut i nya situationer i arbetslivet. *”Jag har aldrig stått i en butik och använt en kassaapparat, men jag kan tänka mig... vad är det som kan gå fel, då kan man ju fråga om hjälp”.*

Vidare beskrev deltagarna en vilja att anta utmaningen att ta itu med sitt liv och åstadkomma en förändring. Framförallt var denna förändring inriktad på att skapa ett fungerande arbetsliv. Det kunde handla om att göra något annat, att gå en

utbildning eller hantera sin arbetssituation på ett nytt sätt.

En annan utmaning som mötte deltagarna var när kraven från omgivningen höjdes. När man gav ett friskare och piggare intryck höjdes krav och förväntningar från omgivningen som inte alltid rimmade med den upplevda förmågan. *”Ja, jag tycker det har blivit jobbigare, omgivningen har ju blivit jobbigare att möta... ju friskare man blir”*.

Om kulturaktiviteterna

Deltagarna upplevde det positivt med ett utbud av olika aktiviteter. Upplevelserna av aktiviteterna kunde variera bland deltagarna och kunde därmed ge dem olika nya infallsvinklar. Aktiviteterna kunde utifrån deltagarnas olika förutsättningar innebära olika krav och därmed ha olika påverkan på deltagarna. Utifrån deltagarnas beskrivning av olika karakteristika hos aktiviteterna kunde nedanstående variationer identifieras.

Samtala och göra

Dessa aktiviteter gjorde det möjligt att både göra något och samtidigt samtala med övriga deltagare. Denna typ av aktivitet beskrevs som behaglig och vilsam. Den gav utrymme för att låta händerna vara aktiva och samtidigt ha möjlighet att samtala med de övriga deltagarna. Ett exempel på en *Samtala och göra* aktivitet är Grön slöjd. Grön slöjd innebär i detta fall att göra dekorationer i mossa som sätts fast på en enkel stomme av metalltråd. Instruktionerna för att kunna tillägna sig tekniken var relativt få. Deltagarna beskrev att de under utförandet av aktiviteten utan svårighet kunde förflytta och variera uppmärksamheten mellan det sociala samspelet och själva aktiviteten. *”Man sitter med sitt eget, men man är tillsammans”*.

Ge sig hän

Ge sig hän aktiviteter innebar en betydligt högre grad av upptagenhet i aktiviteten. Deltagarna beskrev både aktiva och passiva aktiviteter där de kände att de fick ge sig hän. Vid dessa tillfällen upplevde man att tid och rum inte existerade utan man var nästan i ett med handlandet eller upplevelsen. En del av deltagarna uttryckte en stark känsla av att vara privilegierad av att få vara i denna situation och att få denna

stund helt för sig själv.

Testa och utmana

En del aktiviteter innebar en tydlig utmaning för deltagarna. Detta kunde variera från person till person. För någon kunde det handla om att våga sjunga tillsammans med andra, som man upplevt att man inte kan och känt sig dålig på. Att våga sjunga och ta ton kunde då upplevas som en utmanande aktivitet där man också fick möjlighet att testa sig själv och se hur det fungerade. För någon annan kunde det handla om att våga spela teater samtidigt som man var exponerad för de andra deltagarnas blickar.

"Kognitiva" aktiviteter.

En del av aktiviteterna hade mera inslag av information och krävde därmed en annan form av koncentration. Exempel på "kognitiva" aktiviteter var biblioteksinformation. Vid dessa tillfällen fick man information om hur bibliotek fungerade och hur man kunde hitta litteratur eller annan information. Denna typ av aktiviteter var mindre uppskattad bland deltagarna. Flera upplevde att det var ansträngande att ta till sig informationen.

Resultat före- och eftermätningar med enkät

Urvalsgrupp och bortfall

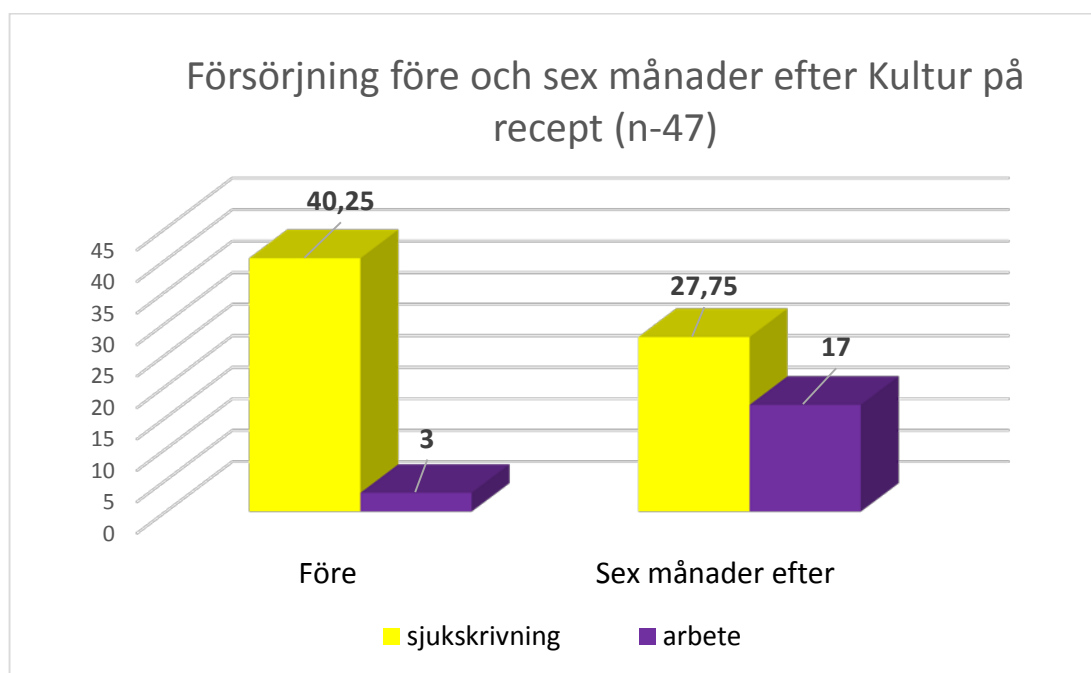
I den kvantitativa delen av utvärderingen inkluderades deltagare från de första 11 grupperna och antalet deltagare var 70 (3 män och 67 kvinnor). Data samlades in under tiden 2014 - 2016. Av de 70 deltagarna vid baslinjen, det vill säga vid start av Kultur på recept, besvarade 47 deltagare (3 män och 44 kvinnor) enkäten vid 6 – månaders uppföljningen, vilket innebär ett bortfall på 33 %. Vid jämförelse med de som besvarat enkäten efter 6 månader (n= 47) och de som inte besvarat den uppföljande enkäten (n=23) framkommer ingen statistiskt signifikant skillnad beträffande sjukskrivning, sjukskrivningstidens längd, tilltro till den egna förmågan och självskattad hälsa vid baslinjen. Bland de som besvarat enkäten (n=47) var 85 % sjukskrivna vid baslinjen och i bortfallet (n=23) var 80 % sjukskrivna. Det fanns en signifikant skillnad i ålder mellan de som besvarat enkäten efter sex månader (medelålder 48 år) och bortfallet (41 år).

Denna kvantitativa utvärdering baseras på de som besvarat enkäten vid start av Kultur på recept och 6 månader efter Kultur på recept (n=47).

Försörjning

Före Kultur på recept uppgick den summerade heltidssjukskrivningen (inkluderar även sjuk-och aktivitetsersättning) till 86 % (n=40,25). Sex månader efter Kultur på recept har den minskat signifikant till 59 % (n=27,75). Före Kultur på recept var den summerade heltidsförsörjningen genom arbete (inkluderar även arbetsmarknadsåtgärder via Arbetsförmedlingen) 6 % (n=3).

Sex månader efter Kultur på recept har försörjning genom arbete ökat betydligt till 36 % (n=17). Denna förändring är signifikant. Om man endast ser till ökningen av försörjning genom arbete och utesluter arbetsmarknadsåtgärder har den ökat till 19 % (n=9) efter Kultur på recept från 6 % (n=3) före Kultur på recept vilket fortfarande är en signifikant förändring (figur 1).



Figur 1. Försörjning före och sex månader efter Kultur på recept. Summerad heltidssjukskrivning (inkluderar även sjuk-och aktivitetsersättning) respektive summerad heltidsförsörjning genom arbete (inkluderar även arbetsmarknadsåtgärder via Arbetsförmedlingen).

Självskattad hälsa

Självskattad hälsa skattad med EQ5D var signifikant förbättrad efter Kultur på recept. Även ångest och depression, skattat med HADS och stress skattat med SCI-93 visade signifikant förbättring sex månader efter avslut i Kultur på recept (tabell 4).

Tabell 4. Självskattad hälsa (EQ5D, EQ5d VAS) ångest (HADS Å), depression (HADS D) och stress (SCI-93) före och sex månader efter Kultur på recept.

	Före Kultur på recept (n=47)		Sex månader efter Kultur på recept (n=47)		Signifikansnivå < 0,05 p-värde
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
EQ5D*	9	6-11	8	5-13	0,005
EQ5D VAS	35	9-80	45	0-90	0,002
HADS Å*	10	0-19	8	0-20	0,001
HADS D*	9	1-18	5	1-20	0,001
SCI-91*	68	25-124	57,5	10-132	0,021

*lägre värde indikerar förbättring

Sömn och smärtpåverkan

Deltagarna skattade sin sömn signifikant förbättrad sex månader efter avslut i Kultur på recept. Däremot framkom ingen signifikant förändring av upplevelsen av smärtpåverkan i aktivitet (tabell 5).

Tabell 5. Sömn (KSQ) och smärtpåverkan i aktivitet (FRI) före och sex månader efter Kultur på recept.

	Före Kultur på recept (n= 47)		Sex månader efter Kultur på recept (n=47)		Signifikansnivå < 0,05
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	p-värde
KSQ*	11	0-20	9	2-20	0,008
FRI*	24	2-35	23	7-36	0,48

*lägre värde indikerar förbättring

Självskattad förmåga och känsla av sammanhang

Både den självskattade arbetsförmågan och tilltron till att kunna arbeta inom sex månader var signifikant förbättrad sex månader efter Kultur på recept. Däremot framkom ingen signifikant förändring beträffande den generella tilltron till sin förmåga (GSE) och känslan av sammanhang (tabell 6).

Tabell 6. Tilltro till sin förmåga (GSE), känsla av sammanhang (KASAM), självskattad arbetsförmåga (WAI 1) och tilltro till att arbeta inom sex månader (WAI 2).

	Före Kultur på recept (n= 47)		Sex månader efter Kultur på recept (n=47)		Signifikansnivå < 0,05
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	p-värde
GSE	26	10-38	26	10-36	0,157
KASAM	52	25-78	52,5	30-81	0,184
WAI 1	2	0-9	4	1-10	0,001
WAI 2*	4	1-6	3	1-6	0,006

* lägre värde indikerar förbättring.

Några avslutande reflektioner

Tillgång till sammanhang och platser

Deltagarna uttryckte att de under sjukskrivningen förlorat kontakter med både arbetskamrater och vänner och förlorat tillgång till platser och till sammanhang. Dessa beskrivningar bekräftas från andra studier som visar att sjukskrivning inte bara innebär en förlust av hälsan utan också kan leda till förlust av sociala sammanhang, fritidsaktiviteter och ett arbetssammanhang (47, 48). Vid sjukskrivning minskas ofta tillgången till sociala sammanhang och platser. Vid sjukskrivning är man oftast hänvisad till hemmet vilket initialt kan upplevas som en fristad. Men en alltför lång isolering från omvärlden kan leda till brist på stimuli och passivitet (48). I Kultur på recept fick deltagarna inte bara delta i en rad olika aktiviteter i ett socialt sammanhang. De fick också tillgång till en rad olika miljöer eftersom aktiviteterna genomfördes på olika platser. Att ha tillgång till allmänna platser såsom parker och bibliotek har visat sig ha betydelse för den psykiska hälsan (49).

Förväntan och skratt

Deltagarna uttryckte att de under Kultur på recept- perioden började uppleva att de kunde känna förväntan. Denna känsla var något som man inte hade känt på länge och den upplevdes som en ny företeelse. Att känna förväntan innebär att se fram emot något med glädje och hoppfullhet men också med ett visst mått av anspänning. Skratt och humor var ett vanligt inslag i kommunikationen mellan deltagarna. Skratt och humor anses vara yttringar av mogna och konstruktiva försvarsmekanismer. Att skratta och skämta om en företeelse som ter sig skrämmande eller hotfull innebär att byta ut negativa känslor mot mera positiva känslor. Skrattet kan bidra till att omtolka situationen och göra den mindre hotfull. På det sättet kan humor och skratt bidra till att hantera svårigheter och motgångar (50, 51). Man kan tänka sig att genom att delta i nya men lockande och stimulerande kulturaktiviteter där skratt och humor lockas fram kan känslor av obehag och ängslan inför nya eller krävande situationer bytas ut mot förväntan. Att denna känsla skulle kunna vara överförbar till andra situationer framkommer i citatet från en av deltagarna som säger att hon aldrig har stått i butik men inte ger

uttryck för någon oro inför denna nya situation.

Instrumentet KASAM

Känsla av sammanhang anses av bland annat Antonovsky (43) som är upphovsman till instrumentet KASAM, vara ett "trait" snarare än ett "state". "Trait" innebär att det handlar om ett personlighetsdrag och därmed inte förändras nämnvärt över tid (52). "State" innebär något som är betydligt mera föränderligt, såsom ångest eller depression. Förekomst och grad av exempelvis ångest kan variera hos en individ över tid. Detta kan förklara de oförändrade självskattningarna med instrumentet KASAM sex månader efter Kultur på recept. Det som dock kan noteras är de låga KASAM värdena bland deltagarna. I en normalpopulation ligger ofta KASAM runt 70 men i denna utvärdering ligger KASAM hos deltagarna runt 50.

Återhämtning som rehabilitering

Inom hälso- och sjukvården erbjuds framförallt behandling och rehabilitering. Rehabilitering innebär planerade aktiva åtgärder för att öka individens funktioner och förmågor. Till skillnad från rehabilitering inkluderar återhämtning mer än bara medicinska aspekter av en människa det vill säga symtom, funktioner och förmågor (53). I återhämtningen inkluderas allt som har betydelse i en individs liv. Återhämtning är något som sker helt på individens villkor. Det kan visserligen finnas förutsättningar och stöd i omgivningen för återhämtning men det är individen som tar sina egna initiativ och styr över vad som sker. Återhämtning är inte begränsat till medicinska insatser eller insatser från professionella. Återhämtning kan även inkludera omvärdering och ett nytt förhållningssätt till livet (53, 54). Kultur på recept kan ses som en plattform för återhämtning. Det görs inga planer på att hantera och bearbeta symptom eller att träna funktioner och förmågor. Individen får möjlighet att göra något meningsfullt tillsammans med andra. Detta innebär tillgång till aktivitet, tillgång till plats och till ett socialt sammanhang. Man har möjligheter att testa och pröva sig själv på sina egna villkor. Några av deltagarna berättade att de parallellt med de kulturella aktiviteterna hade samtal med professionella inom vården om de upplevelser och erfarenheter som de gjorde i kulturaktiviteterna. I dessa samtal fick de möjlighet att på ett medvetet och

strukturerat sätt hitta strategier och förhållningssätt till krav och förväntningar i aktiviteter och situationer. Detta kan ses som exempel på hur Kultur på recept kan kombineras med rehabiliterande och behandlande insatser.

Organisering av och remittering till Kultur på recept

Organiseringen av Kultur på recept innebär att problem som identifierats inom sjukvården, oftast via rehabiliteringssamordnaren, slussas vidare till kommunerna (kulturkoordinator) och via dem ut till aktörer i samhället (kulturaktörer). Detta tillvägagångssätt innebär att Kultur på recept startar i en medicinsk kontext men sedan utförs insatsen i ett icke medikaliserat sammanhang. Inom hälso- och sjukvård finns en risk för medikalisering av mänskliga problem (55). Att betrakta mänskliga problem som enbart medicinska kan hindra från att se andra orsaker och därmed hitta andra möjliga lösningar än medicinska. Organisationens av Kultur på recept i detta projekt kan därmed minska risken för medikalisering.

Den övervägande delen av deltagare var kvinnor. Detta överensstämmer till viss del med hur sjukskrivning för lättare till medelsvår psykisk ohälsa och icke specifik smärta fördelar sig mellan män och kvinnor. Dock är andelen kvinnor fortfarande betydligt högre i detta projekt. En tänkbar orsak till detta kan finnas hos inremittenter. Man kan tänka sig att det finns en föreställning om att kulturaktiviteter skulle vara mera intressanta för kvinnor än för män. Därmed kan det finnas en större benägenhet att föreslå Kultur på recept till kvinnor.

Filosofisk anknytning

I detta sammanhang kan även Hannah Arendts (1906-1975) (56) tankegångar om människan som aktiv varelse vara intressanta. Arendt var en tysk- judisk filosof som utforskade mänskligt handlande. Arendt beskriver tre modaliteter av mänskligt handlande; arbete, tillverkning och handlande, vilka tillsammans utgör människans aktiva liv. Arbete är de återkommande repetitiva aktiviteter som ständigt måste göras för att upprätthålla den biologiska existensen och inbegriper bland annat aktiviteter som att laga mat och äta. Arbete återspeglar människans biologiska process. Arbetets grundvillkor är livet i sig självt. Tillverkning innebär de aktiviteter som ger upphov till en artificiell värld med mänskligt producerade

produkter och företeelser. Tillverkning är målinriktat och grundvillkoret är världslighet. Handlande är den aktivitet som utspelas mellan människor. Handlande innebär att ta initiativ och påbörja något. Eftersom handlandet alltid försiggår mellan människor är dess grundvillkor pluralitet. Pluraliteten (människor, inte bara människan) blir därmed förutsättningen för handlandet. Handling är alltså interaktion mellan människor. Handlandet kännetecknas av oförutsägbarhet. Enligt Arendt är det inom modaliteten handlande som människan uppnår frihet och makt (56). Arendt har inte i detalj specificerat de olika modaliteterna av aktivitet vilket gör det möjligt att uttolka dem i olika kontexter (57).

Arendts tankegångar kan relateras till hemarbete och lönearbete. Hemarbete består till stor del av cirkulära repetitiva uppgifter och faller därmed inom arbetets modalitet. Lönearbete motsvaras ofta av modaliteten tillverkning och många lönearbeten innehåller säkerligen uppgifter som faller inom handlingsmodaliteten. Dock menade Arendt redan på 60-talet, att vårt moderna arbets- och konsumtionssamhälle har utformats efter modaliteten arbete, det vill säga som repetitiva processer, trots att vi har de tekniska förutsättningarna att ägna oss mera åt handlande. Denna fragmentering av arbetsuppgifter i avgränsade delmoment med förutsägbart resultat gäller inte bara inom tillverkningsindustrin utan har även anammats inom de så kallade kontaktyrkena (58). Kontaktyrken innebär relationer mellan människor och skulle därmed tillhöra modaliteten handlande och därmed vara oförutsägbara i sin karaktär. Dock har de flesta kontaktyrken preciserade ramar för hur de ska utföras med uttalade och förutbestämda mål. Många gånger utförs arbetsmoment inom kontaktyrken enligt löpande bandprincipen, det vill säga utifrån arbetets modalitet. Arendt (56) uttryckte farhågor för att omvandla aktiviteter med en naturlig tillhörighet till handlandets modalitet till arbetets modalitet.

Den övervägande delen av deltagarna i denna utvärdering av Kultur på recept var kvinnor. Kvinnor tar ett större ansvar för hemarbete än män. Hemarbete karaktäriseras i hög grad av arbetets modalitet. Kvinnor arbetar i större utsträckning än män i kontaktyrken. Utifrån Arendts resonemang skulle detta kunna innebära att kvinnor - som arbetsliv och hemliv vanligtvis är organiserat och ser ut idag - oftare befinner sig inom arbetets modalitet än män. Att inte ha tillgång till den handlande

modaliteten innebär att man har begränsade möjligheter till frihet och makt i sina liv och dessa förutsättningar kan i längden upplevas dränerande.

Referenser

1. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Socialförsäkringsrapport 2014: 4.
2. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela M, Bodin L, Norlund A. et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del 1. Stockholm: Karolinska Institutet. Institutet för miljömedicin (IMM), Enheten för interventions- och implementeringsforskning.; 2011.
3. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis: en systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm; 2010.
4. Werner M, Strang P, red. Smärta och smärtbehandling. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2003.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder för behandling av långvarig smärta: en systematisk litteraturoversikt. V. 2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006.
6. Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR). Rätt insats direkt kan förebygga långvarig smärta. Rapport. 2010; LSR.
7. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. 2005; 113(1-2):9-19.
8. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2000;85:317-32.
9. Enthoven P, Skargren E, Carstensen J, et al. Predictive factors for 1-year and 5-year outcome for disability in a working population of patients with low back pain treated in primary care. Pain 2006;122:137-44.
10. Jensen I, Harms-Ringdahl K. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Neck pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007;21:93-108.
11. Försäkringskassan. Socialförsäkringsrapport. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år; 2014:4
12. Socialstyrelsen. Riktlinjer för såringsmedicinskt beslutsstöd. Hämtat 2015 05 20 (<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/stressreaktionkrisreaktion>)
13. Öhman A. Rück, C. Ångestsyndrom. I: Herlofson J. o.a. red. Psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2009.

14. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* 2007;103:113-20.
15. Holmgren K, Ivanoff SD. Women on sickness absence -- views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability & Rehabilitation*. 2004;26 (4):213-22.
16. Isaksson Mettavainio B, Ahlgren C. Facilitating Factors for Work Return in Unemployed with Disabilities: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2004;11(1):17.
17. Jansson I, Björklund A. The experience of returning to work. *Work*. 2007;28 (2):121-34.
18. Jansson I, Perseus K-I, Gunnarsson AB, Björklund A. Work and everyday activities: Experiences from two interventions addressing people with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014. (doi:10.3109/11038128.2014.894572).
19. Hanson M. Det flexibla arbetets villkor - om självförvaltandets kompetens [dissertation]. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2004.
20. Oomens S, Geurts S, Scheepers P. Combining work and family in the Netherlands: Blessing or burden for one's mental health? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2007;30(4-5):369-84.
21. Grzywacz JG, Marks NF. Reconceptualizing the work-family interface. An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2000;5:111-26.
22. Hakansson C, Ahlborg G. Perceptions of employment, domestic work, and leisure as predictors of health among women and men. *Journal of Occupational Science: Australia*. [Journal Article]. 2010;17(3):150.
23. SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm; 2010.
24. Farmer RF, Chapman AL. Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.
25. Region Skåne. Forskning och utveckling. Hämtat 2015 05 20 http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Utveckling_projekt/sjukskrivningsprocess/Rehabiliteringsgarantin/Kultur-pa-recept-20/
26. Makin S, Gask L. 'Getting back to normal': the added value of an art-based programme in promoting 'recovery' for common but chronic mental health problems. *Chronic Illness*. 2012;8(1):64-75.
27. Tan X, Yowler CJ, Super DM, Fratianne RB. The efficacy of music therapy protocols for decreasing pain, anxiety, and muscle tension levels during burn

- dressing changes: a prospective randomized crossover trial. *Journal of Burn Care & Research*. 2010;31(4):590-7.
28. Roy M, Lebus A, Hugueville L, Peretz I, Rainville P. Spinal modulation of nociception by music. *European Journal of Pain*. 2012;16(6):870-7.
 29. Nanda U, Eisen S, Zadeh RS, Owen D. Effect of visual art on patient anxiety and agitation in a mental health facility and implications for the business case. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2011;18(5):386-93.
 30. Brooks R. EuroQol: The current state of play. *Health Policy* 1996;37:53-72
 31. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*. 2005 Sep;14(7):1651-68.
 32. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6): 361–370.
 33. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52(2):69-77.
 34. Saboonchi F, Wennman-Larsen A, Alexanderson K, Petersson L-M. Examination of the construct validity of the Swedish version of Hospital Anxiety and Depression Scale in breast cancer patients. *Qual Life Res* 2013.
 35. Nyström C, Nyström O. Skattad stress verifierar autonom dysfunktion [Assessed stress verifies autonom dysfunction] (In Swedish). *Läkartidningen* 1996; 93 (28-29), 2583-2584.
 36. Krafft B, Nyström C. Hög stressnivå och omogna försvar ger ond cirkel vid långvarig smärta [High stress levels and immature ego defences lead to a vicious circle in pain] (In Swedish). *Läkartidningen*. 2002; Vol. 99 (41) 4040-4043.
 37. Stressforskningsinstitutet. Karolinska Sleep Questionnaire. Hämtat 2014 05 24 <http://www.stressforskning.su.se/forskning/forskningsomr%C3%A5den/biologisk-psykologi-och-behandling/ksq/karolinska-sleep-questionnaire-ksq-1.51548>.
 38. Feise RJ, Michael Menke J. Functional rating index: a new valid and reliable instrument to measure the magnitude of clinical change in spinal conditions. *Spine*. 2001;26(1):78-86.
 39. Costa LOP, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Pozzi GC, Ribeiro RN. Psychometric characteristics of the Brazilian-Portuguese versions of the Functional Rating Index and the Roland Morris Disability Questionnaire. *Spine*. 2007;32(17):1902-7.
 40. Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. Swedish version of the general self-efficacy scale; 1999. Hämtad 20 maj, 2014, från <http://userpage.fu-berlin.de/~health/swedish.htm>
 41. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. 1997; New York: Freeman.

42. Leganger A, Kraft P, Røysamb E. Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health*. 2000; Feb, Vol 15(1) 51-69.
43. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Ny utg. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
44. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Of Epidemiology And Community Health*. 2005;59(6):460-6.
45. Ilmarinen J. The work ability index (WAI). *Occup Med*. 2007; 57:160.
46. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
47. Floderus B, Göransson S, Alexanderson K & Aronsson G (2003) Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning. *Arbete och Hälsa* 2003:13, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
48. Arbetslivsinstitutet. Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005. Hämtad från <http://nile.lub.lu.se/arbarch/isbn/2005/isbn9170457379.pdf>
49. Guite HF, Clark C, Ackrill G. The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health (Elsevier)*. 2006;120(12):1117-26 10p.
50. Wilkins J, Eisenbraun AJ. Humor theories and the physiological benefits of laughter. *Holist Nurs Pract*. 2009;23(6):349-54 6p
51. Horowitz S. Effect of positive emotions on health: hope and humor. *Alternative & Complementary Therapies*. 2009;15(4):196-202 7p.
52. Schnyder U, Büchi, Sensky T, Klaghofer R. Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State? *Psychotherapy and psychosomatics*. 2000;69(6):296-302.
53. Topor A, Sundström K. Återhämtning - en introduktion: återhämtning. Vad är det? : Hur är den möjlig?. 1. uppl. Årsta: FoU-enheten, Psykiatri Södra Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde; 2007.
54. Anthony W & Farkas, M. (2012). *The essential guide to psychiatric rehabilitation practice*. Boston University.
55. Jacob JD, Gagnon M, McCabe J. From distress to illness: a critical analysis of medicalization and its effects in clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(3):257-63.
56. Arendt H. *The human condition: [a study of the central dilemmas facing modern man]*. New York: Doubleday; 1959.
57. Walsh P. The Human Condition as social ontology: Hannah Arendt on society, action and knowledge. *History of the Human Sciences*. 2011; 24(2):120-37.

58. Kohlen H. Troubling practices of control: re-visiting Hannah Arendt's ideas of human action as praxis of the unpredictable. *Nurs Philos.* 2015;16(3):161-6.

