

Västerbottens läns landsting/Region Västerbotten/Umeå Universitet

Kultur på recept



Bild: Frida Hammar

Projektet *Med mina händer*

S2009/8521/SF (delvis)

Urban Janlert, Ann Helen Littbrand
2011-05-20

Innehåll

1. Inledning	4
2. Bakgrund	4
3. Frågeställning	5
4. Metod	5
a. Undersökningens uppläggning	5
b. Genomförande	7
5. Resultat	8
a. Kvantitativa resultat	8
b. Kvalitativa resultat	14
6. Diskussion	15
7. Sammanfattning	16
8. Litteratur	17

1. Inledning

Västerbottens läns landsting (VLL) har som vision att år 2020 ha världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning. År 2004 startade projektet Kultur i vården (KIV). KIV som idag är permanentad verksamhet arbetar med att förankra och sprida budskapet om kulturens och miljöns betydelse för ett gott hälsotillstånd och arbetar i detta sammanhang med kultur i olika skapande former. KIV samverkar med aktörer inom vård- och kultursektorn för att driva och utveckla kulturverksamheten inom Norrlands universitetssjukhus, Skellefteå och Lycksele lasarett. KIV vill, som en del av folkhälsoarbetet, stärka en hälsofrämjande vårdmiljö och arbetsplats genom att erbjuda regelbundna kulturupplevelser. Tanken är att detta, i sin tur, utvecklar människors resurser samt möjligheter till att uppleva och utöva delaktighet, i arbetslivet och i samhället i stort.

Kultur på recept initierades av Socialdepartementet och Kulturdepartementet och ligger i linje med Västerbottens vision om att 2020 ha världens friskaste befolkning.

I november 2009 ansökte Västerbottens läns landsting, Tillväxt och regional utveckling, om 500 000 kr i projektbidrag för studien *Med mina händer*. Kort därefter, den 3 december 2009 beslutade regeringen att tilldela Västerbottens läns landsting en halv miljon kronor inom ramen för projektet *Med mina händer* (Kultur på recept).

Forskningsstudien *Med mina händer* är ett samarbete mellan Västerbottens läns landsting, Tillväxt och regional utveckling och Umeå Universitet, Folkhälsa och klinisk medicin.

2. Bakgrund

Under senare år har intresset för kulturinsatser som komplement till annan terapi vid olika sjukdomar ökat. Även då det gäller kulturens betydelse för den allmänna folkhälsan finns ett ökat engagemang, inte minst som resultat av att Nationella folkhälsokommittén i sitt slutbetänkande lyft fram kulturens betydelse för hälsan (1).

I en litteraturgenomgång som gjorts inom området kultur och hälsa har ett par hundra artiklar och rapporter sammanfattats (2).

Hittillsvarande forskning har i första hand gällt terapeutisk användning av olika konstnärliga uttrycksformer, som sång (3,4) och dans (5) för patienter i demensvård och dansterapi för fibromyalgipatienter (6). Kulturaktiviteter som komplement vid rehabilitering av psykosomatiska tillstånd har också studerats (7).

Då det gäller kulturens betydelse för den allmänna folkhälsan är studierna sparsamma. I en avhandling från Umeå universitet (8) konstaterar man att kunskapen är begränsad men i ett antal observationsstudier finner man samband mellan god hälsa och deltagande i olika kulturaktiviteter. På grund av studiedesignen är det dock svårt att uttala sig om kausaliteten i de aktuella resultaten.

I en alldeles färsk kvalitativ studie har man undersökt möjligheten att genom musik stimulera till hälsofrämjande insatser (9).

En aktuell, randomiserad studie visar att kulturell aktivitet som erbjuds anställda jämfört med en kontrollgrupp påverkar social funktion och vitalitet (mätt med frågeformuläret SF-36) medan däremot psykisk hälsa, minne, kortisolnivå och immunglobuliner inte skilde sig (10).

Sammanfattningsvis finns en rad studier som visar att kulturella aktiviteter kan ha en rehabiliterande effekt, men få studier är utförda under kontrollerade former och ingen har haft fokus direkt på stressrelaterade besvär.

3. Frågeställning

Projektets syfte var att ge ökade kunskaper om skapande aktiviteters betydelse för människor när det gäller att motverka stressymtom alternativt förkorta sjukfrånvaro på grund av stressrelaterade problem.

4. Metod

I den tidigare nämnda litteraturgenomgången av Winzer 2005 (2) summerar professor Töres Theorell erfarenheterna av hittillsvarande forskning inom området. Han konstaterar att den vetenskapliga grunden fortfarande är begränsad och rekommenderar framtida forskare att fokusera på ”paket” av kulturåtgärder (i stället för att koncentrera sig på effekten av specifika kulturaktiviteter), att se till att det finns en jämförelsegrupp, att se till att antalet deltagare är tillräckligt stort och Theorell påpekar också att man med fördel kan använda både subjektiva skattningar och biologiska mätningar för att fastställa effekten. Dessa tankar har varit utgångspunkter för uppläggning av denna studie.

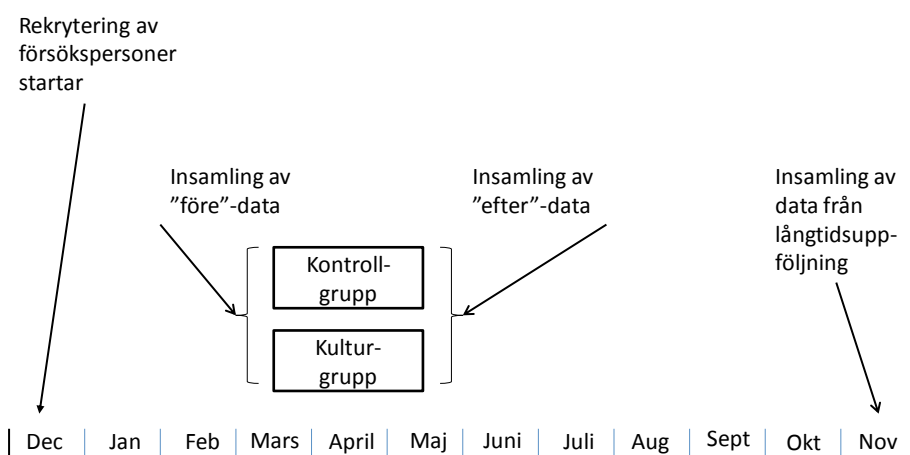
a. Undersökningens uppläggning

Studien vände sig till anställda vid Västerbottens läns landsting som varit i kontakt med Företagshälsovården på grund av stressrelaterade besvär. Företagshälsovården hjälpte till med att erbjuda målgruppen ett deltagande i studien.

I den aktuella patientgruppen erbjöds 100 personer interventionen *Med mina händer*. Slumpmässigt fördelades hälften av deltagarna till den egentliga interventionsgruppen (här kallad *kulturgrupp*) medan 50 fördelades till en *kontrollgrupp*.

Deltagarna i interventionsgruppen erbjöds att delta i en skapande aktivitet, där de fick välja ett av tre olika alternativ: måleri, keramik och silversmide. Deltagarna i *kontrollgruppen* erbjöds föreläsningar om stress.

För deltagarna i *kulturgruppen* planerades sju sammankomster under vilka de arbetade i självvalda studiegrupper. *Kontrollgruppen* hade två möten under motsvarande tid där deltagarna fick ta del av föreläsningar om stress.



Figur 1. Beskrivning av undersökningens uppläggning

Stressnivån skattades före och efter interventionen, dels subjektivt med hjälp av stresskattningsformuläret *Perceived stress questionnaire* (11) och ett nedvarvnings- och återhämtningsformulär utvecklat av Ulf Lundberg och medarbetare (12), dels genom mätning av stressrelaterade biomarkörer i form av fibrinogen och dehydroepiandrosteron i blodet. Alla dessa mått på stressnivå undersöktes i anslutning till projektets början och slut. Dessutom gjordes en långtidsuppföljning med hjälp av stresskattningsformuläret och nedvarvnings- och återhämtningsformuläret cirka ett halvår efter det interventionen avslutats, för att se om eventuella effekter kvarstod. Genom ett särskilt frågeformulär samlades vissa bakgrundsuppgifter (kön, ålder, civilstånd, yrke) liksom uppgifter om sjukfrånvaro in. Frågan om sjukfrånvaro (antal dagar och antal tillfällen under de senaste sex månaderna) ställdes i samband med studiens början och slut och dessutom vid uppföljningen sex månader efter studiens slut.

Vid analysen jämfördes de olika måtten på stress mellan *kultur-* och *kontrollgruppen*. Genom att deltagarna slumpmässigt fördelades på interventions- och kontrollgrupp kom ålders- och könsvariationer att bli ungefär desamma i båda grupperna.

b. Genomförande

Arbetet med projektet *Med mina händer* inleddes med en förankringsprocess, då kontakter med arbetsgivare och personalansvariga, politiker, landstingets företagshälsovård, landstingets FoUU-stab, forskare och representanter från kulturen ägde rum. Många positiva röster stämde upp. Under pågående projekt har det kontinuerligt informerats om projektets syfte och verksamhet.

Kultur på recepts styrgrupp bestod av Anette Sundbom, länskulturchef, Marita Brantmo, kultursekreterare, Marie-Louise Brändström, verksamhetschef för företagshälsovården, Maria Falck, hälsostrateg FoUU, och Ann Helen Littbrand, samordnare för KIV och projektledare för Kultur på recept – *Med mina händer*. Vetenskaplig handledare för projektet var professor Urban Janlert, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, vid Umeå universitet.

Från den 1 januari 2004 finns en lag om etikprövning av forskning som avser människor (Etikprövningslagen). All forskning som innefattar behandling av så kallade känsliga personuppgifter ska etikprövas, oavsett om forskningspersonen har lämnat sitt uttryckliga samtycke eller inte. Etikprövning sker i sex regionala nämnder. Innan start av *Med mina händer* lämnade vi in en etikansökan till Umeås regionala kansli. *Med mina händer* fick etiktillstånd.

Studien *Med mina händer* genomfördes i samverkan med företagshälsovården inom Västerbottens läns landsting. Även ett allmänt upprop gick ut. Det behövdes ingen diagnos på utbrändhet eller liknande för att delta i studien. Inklusionskriteriet i denna studie var anställning inom VLL samt att uppleva stress.

Allt deltagande i studien skedde på frivillig basis. Innan studien startade delgavs alla deltagare i *Med mina händer* information om studien, dess bakgrund och syfte samt hantering av data och sekretess. Alla deltagare var under studiens gång försäkrade. I samband med provtagning på sjukhusen gällde patientskadeförsäkringen och vid eventuella skador vid utförande av kulturaktivitet fanns särskilda försäkringar tecknade av studieförbunden.

I den aktuella patientgruppen erbjöds 100 personer interventionen *Med mina händer*. 89 personer anmälde sitt intresse. De flesta som anmälde sig till studien var till 100 procent arbetsföra men här återfanns även personer som hade delvis förtidspension, sjukersättning, tjänstenedsättning samt personer som var sjukskrivna 25 procent och 50 procent av deras heltidsanställning. Slumpmässigt fördelades hälften av alla anmälda personerna till den egentliga interventionsgruppen (*kulturgrupp*) medan hälften fördelades till en *kontrollgrupp*.

Deltagarna i *kulturgruppen* erbjöds att delta i en skapande aktivitet, där de själva fick välja ett av tre olika alternativ: måleri, keramik och silversmide. Deltagarna i *kontrollgruppen* erbjöds föreläsningar om stress. Vi valde en aktivitet som vi ansåg var rimlig att erbjuda den slumpvalt valda *kontrollgruppen*, som föll inom området men som ändå inte antogs konkurrera med de aktiviteter som kulturinterventionen utgjorde.

Deltagarna i *kulturgruppen* träffades under våren 2010 en dag i veckan under sju veckors tid, då de kom att arbeta i skapande grupper. *Kontrollgruppen* träffades under motsvarande tid två gånger. Varje föreläsning bestod av 45 minuters information samt 30 minuters avsatt tid för frågor och diskussioner. Arbets- och beteendemedicinskt centrum på Norrlands universitetssjukhus stod för föreläsningarna. För att praktiskt kunna genomföra föreläsningarna på tre orter (Umeå, Skellefteå och Lycksele) engagerades tre olika föreläsare, en på respektive ort.

De skapande aktiviteterna organiserades i samarbete med bildningsförbund i Umeå, Skellefteå och Lycksele. Vi fann flera fördelar med detta samarbete. Bildningsförbund har t.ex. för ändamålet rätt utrustade lokaler och försäkringar som omfattar organisationens verksamhet. Ett av de krav Etikprövningsnämnden ställde var att alla som deltog i studien skulle omfattas av en försäkring.

Efter deltagarnas önskemål satte vi samman åtta skapande grupper i Umeå, Lycksele samt Skellefteå. Det blev två keramikgrupper, tre silvergrupper och tre målargrupper. De flesta grupper bestod av 6-7 deltagare. Ett antal om 6-7 deltagare kändes som en dynamisk gruppering och var inte så utsatt ifall någon deltagare skulle bli sjuk eller avsluta sin medverkan i studien, men för att uppfylla önskemål om egen vald verksamhet fanns det även ett par grupper med 4 eller 5 deltagare.

Studiegrupperna träffades på kvällstid men det fanns även en kurs under dagtid. Anledningen till att studietillfällena förlades till kvällstid var att de flesta av deltagarna som ingick i studien är yrkesverksamma och det var lättare att delta om kursen var förlagd till kvällstid. För att så många som möjligt skulle ha möjlighet att delta under de sju tillfällena som studien omfattade inkluderade vi även en extra studiekväll om man som deltagare missat ett kurstillfälle.

5. Resultat

a. Kvantitativa resultat

Totalt rekryterades 89 personer till studien, varav 87 kvinnor och 2 män. Av dessa 89 slumpades 45 personer till *kulturgruppen* och 44 personer till *kontrollgruppen*. Den äldsta deltagaren var 64 år, den yngsta 28. Medianåldern var 50 år, medelåldern 48 år.

Alla som anmält sitt deltagande i studien kom inte till de inplanerade aktiviteterna; bortfallet förklarades bl.a. med orsaker som tidsbrist, stress mm. Alla deltog inte heller i mätningarna av biomarkörer. Redan vid det första mättillfället innan aktiviteterna inleddes hade hälften av alla i *kontrollgruppen* och 8 procent i *kulturgruppen* fallit bort vad gäller svar på frågeformuläret. Beträffande biomarkörerna var bortfallet något lägre.

Tabell 1. Bortfall i procent av alla slumpade till respektive grupp

	Frågeformulär			Biomarkörer	
	Före	Efter	Långtid	Före	Efter
<i>Kulturgrupp</i>	14	25	30	2	30
<i>Kontrollgrupp</i>	49	58	53	44	49

Ett skäl till att man låter slumpen bestämma vem som skall tillhöra vilken grupp (i vårt fall *kulturgruppen* respektive *kontrollgruppen*) är att de två grupperna därigenom skall bli så lika i allt väsentligt som kan påverka resultaten. En analys av de två grupperna visar hur de två slumpade grupperna skiljer sig åt (tabell 2).

Tabell 2: Skillnad mellan kontroll- och kulturgrupp för några centrala variabler

	<i>Kontrollgrupp</i>	<i>Kulturgrupp</i>
Kön (antal kvinnor/män)	43/1	44/1
Ålder (medelvärde/median)	47,7/49	48,3/50
Civilstånd (gift/sambo)	40,9 %	57,8 %
Yrke	Vanligast: Sköterska Näst vanligast: arbetsterapeut, undersköterska Ej uppgivet: 18 st.	Vanligast: Sköterska/under- sköterska Näst vanligast: kurator Ej uppgivet 2 st.
Bortfall (genomsnitt)	48 %	18 %

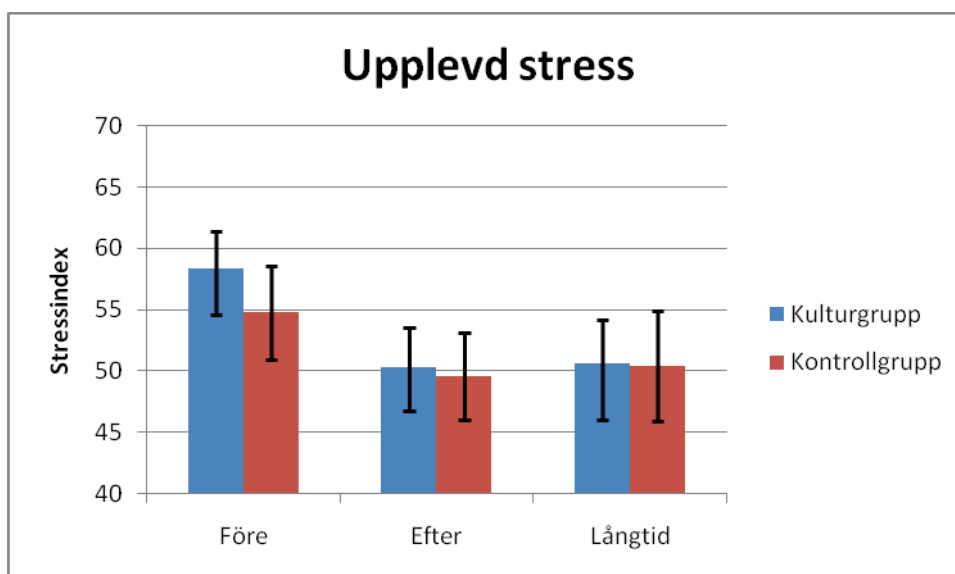
Skillnaderna mellan *kultur-* och *kontrollgrupp* är i allmänhet små; den riktigt påtagliga skillnaden är bortfallet som är betydligt större i *kontrollgruppen* än i *kulturgruppen*.

För att mäta stressnivån användes fyra olika mått: dels två frågeformulär där deltagarna fick svara på ett antal frågor (ett stresskattningsformulär och ett nedvarvnings- och återhämtningsformulär), dels blodprov med mätning av två stressrelaterade biomarkörer (fibrinogen och dehydroepiandrosteron). Dessutom frågade vi efter förekomsten av sjukskrivning under det senaste halvåret.

Figur 2 redovisar den upplevda stressnivån bland deltagarna. Ju högre nivå, desto mer stress. Stressindex sjunker mellan mätningen före och mätningen efter i både *kultur-* och *kontrollgrupp*, för att i långtidsuppföljningen ligga på ungefär samma värde som vid mätningen efter projektet avslutats. De svarta linjerna i figuren (felstaplarna) anger 90-procentiga konfidensintervall.

Det betyder, eftersom detta är en urvalsundersökning, att om vi gjorde om undersökningen på samma sätt med ett nytt urval så skulle vi i 90 fall av hundra få ett värde som ligger inom de markerade intervallen.

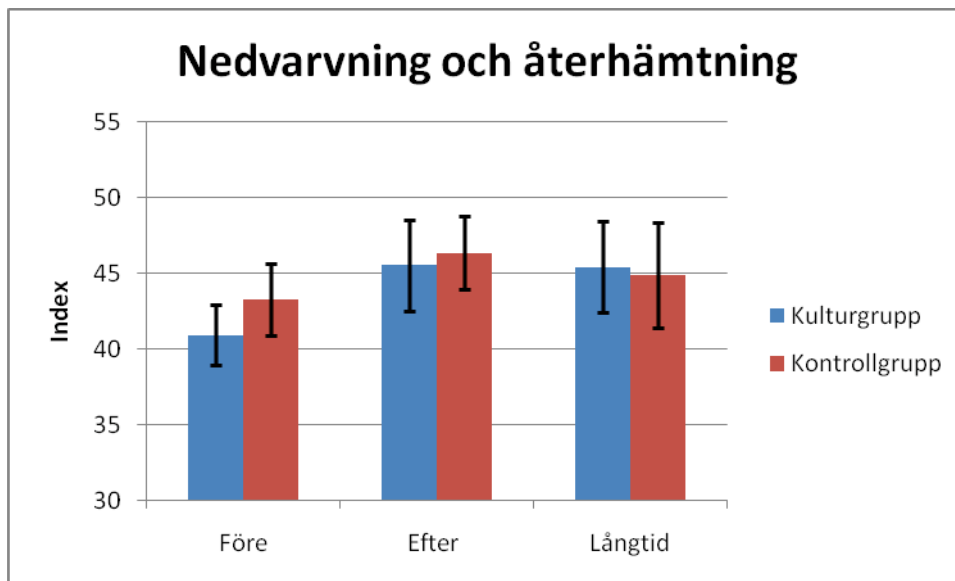
Konfidensintervallet hjälper oss också att tolka huruvida skillnaderna mellan de olika värdena är att betrakta som statistiskt säkerställda eller inte. För att vi skall säga att en skillnad skall vara statistiskt säkerställd får de svarta linjerna inte överlappa varandra. I figur 2 går alla svarta linjer mer eller mindre omlott förutom felstapel i *kulturgruppen* före projektets början. Det skall tolkas så att den enda statistiskt säkerställda skillnaden i minskning av upplevd stress noteras i *kulturgruppen*. Vid långtidsuppföljningen kvarstår den sänkning som noterades redan vid efterundersökningen.



Figur 2. Upplevd stress strax före, strax efter projektperioden och sex månader efter projektets slut. Högre värden betyder högre stressnivå. De svarta felstaplarna markerar ett 90-procentigt konfidensintervall.

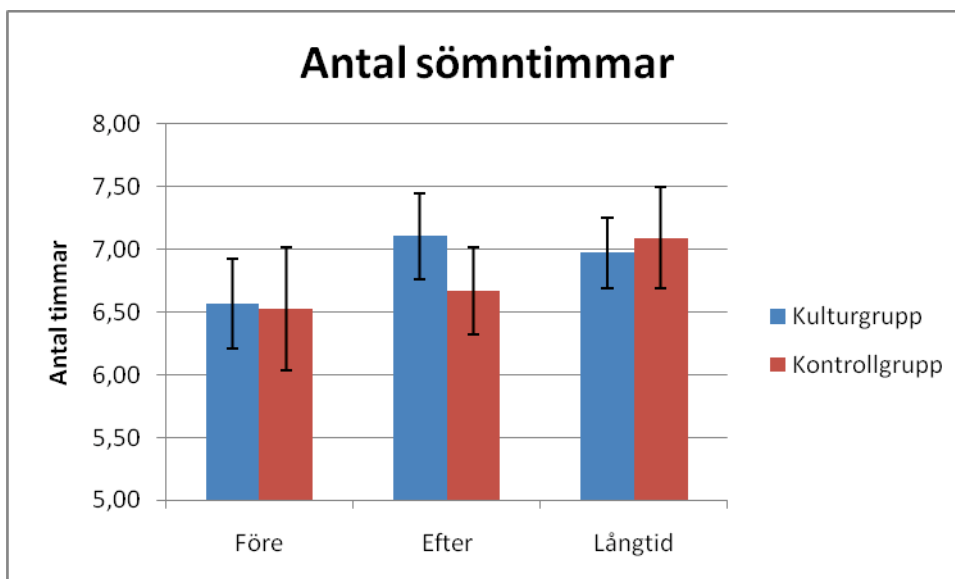
I nedvarvnings- och återhämtningsformuläret studeras individernas förmåga att minska sin stressnivå. Här är det alltså bra att ha höga värden (figur 3).

Nedvarvningen ökar mer i *kulturgruppen* än i *kontrollgruppen* vid eftermätningen jämfört med föremätningen. Ökningen av nedvarvningen är nästan statistiskt säkerställd för *kulturgruppen*, medan ökningen i *kontrollgruppen* kan bero på slumpen. Även här tycks effekten kvarstå vid långtidsuppföljningen.



Figur 3. Nedvarvning och återhämtning strax före, strax efter projektperioden och sex månader efter projektets slut. Högre värden betyder bättre nedvarvning och återhämtning. De svarta felstaplarna markerar ett 90-procentigt konfidensintervall.

En specifik fråga i nedvarvnings- och återhämtningsformuläret rörde uppgiften om hur många timmar man sov under natten (figur 4).

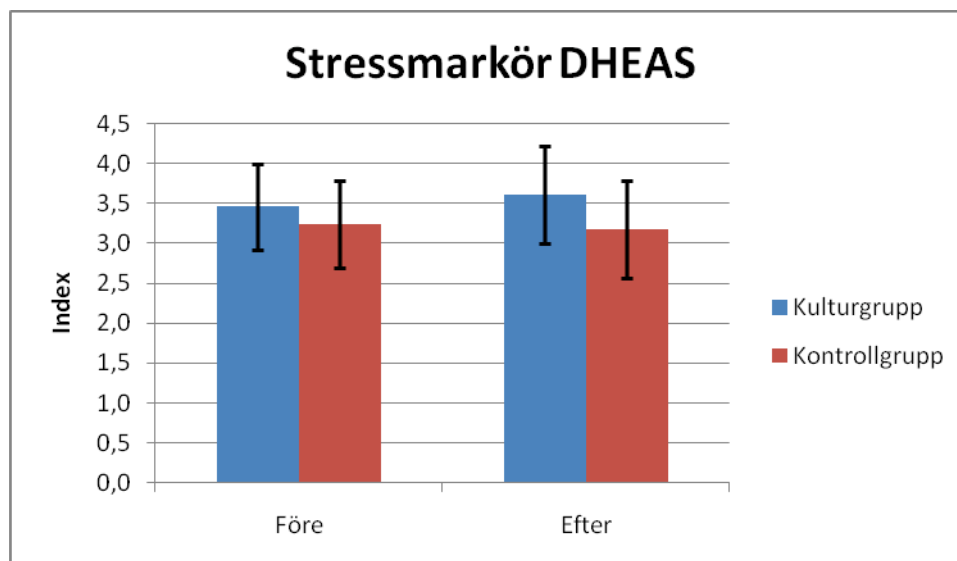


Figur 4. Antal sömntimmar strax före, strax efter och sex månader efter projektets slut. De svarta felstaplarna markerar ett 90-procentigt konfidensintervall.

Antalet timmar man uppgav sig sova under natten ökade något mellan studietidens början och slut för *kulturgruppen*. Även här ökar antalet sömntimmar mer i *kulturgruppen* än i *kontrollgruppen*, även om skillnaden inte riktigt når upp till statistisk signifikans. För *kontrollgruppen* sker en likartad ökning om man jämför situationen före med långtidsuppföljningen, men ökningen är långt ifrån statistiskt säkerställd.

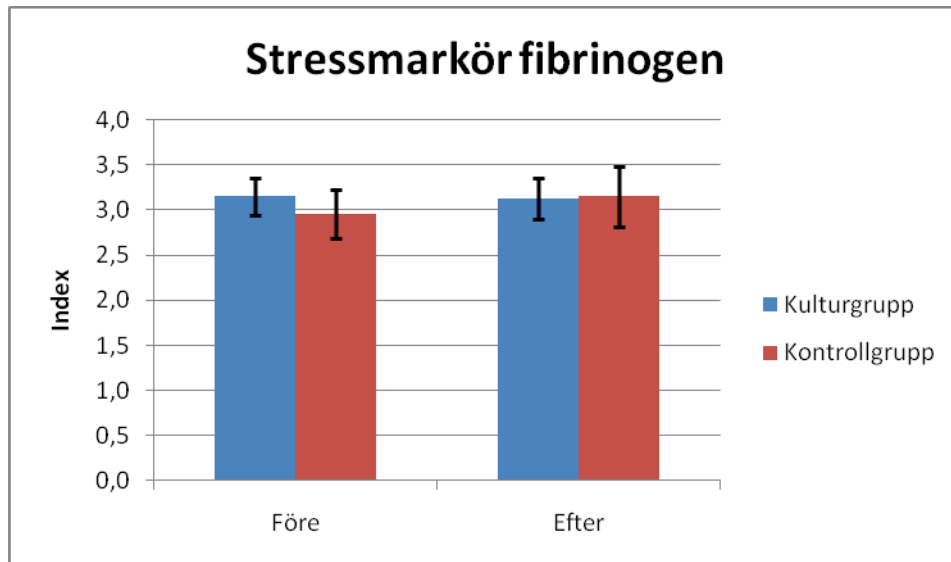
Medan figur 2 och 3 redovisar personernas upplevelse av stress respektive förmåga att hantera stress, så illustrerar figurerna 5 och 6 värdena på de biologiska markörer vi använt för att fånga stresstillstånd i kroppen. Figur 5 visar nivån av dehydroepiandrosteron (DHEAS), ett hormon som tillverkas i binjurarna som produceras i större utsträckning vid stresstillstånd.

Vi ser i figur 5 att *kulturgruppen* har något högre värde än *kontrollgruppen*, men alla skillnader faller inom den statistiska felmarginalen. Över tid är värdena ungefär desamma – biomarkören är i det här fallet mycket stabil.



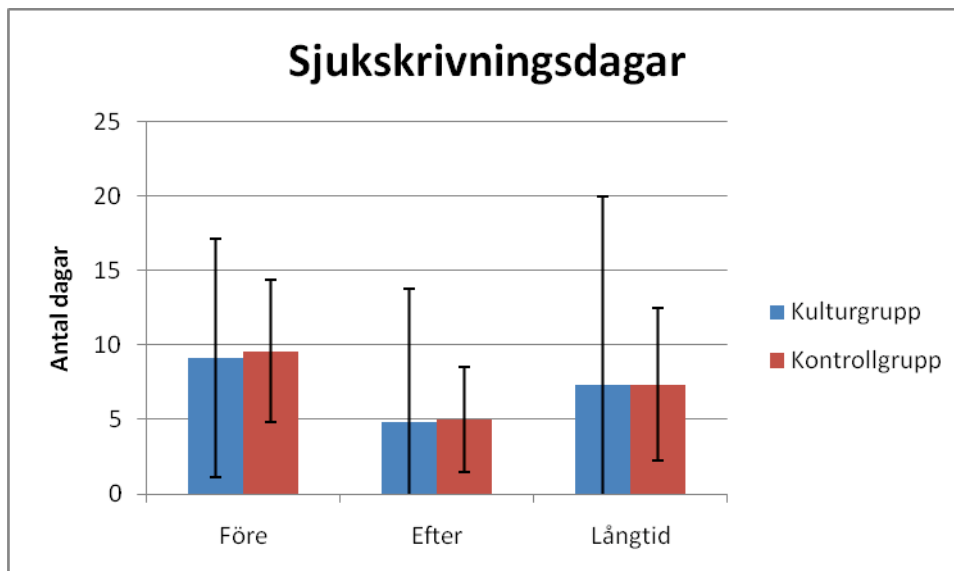
Figur 5. Nivå av stressmarkören dehydroepiandrosteron (DHEAS) strax före och strax efter projektperioden. Högre värden indikerar högre stressnivå. De svarta felstaplarna markerar ett 90-procentigt konfidensintervall.

Vår andra stressmarkör är fibrinogen; ett ämne som tillverkas i levern och som har en viktig roll då blodet koagulerar. På motsvarande sätt som vid DHEAS ser vi att fibrinogennivån i stort sett är identisk mellan grupperna före och efter projektet (figur 6). Konfidensintervallen tenderar att vara något större i mätningen efter projektet än före, vilket beror på att vi fått in färre prover från mättillfället efter än från mättillfället före projektet. Ju flera observationer, desto snävare konfidensintervall (och därigenom större sannolikhet att skillnaderna skall vara statistiskt säkerställda).



Figur 6. Nivå av stressmarkören fibrinogen strax före och strax efter projektperioden. Högre värden indikerar högre stressnivå. Svarta streck markerar ett 90-procentigt konfidensintervall.

En sista fråga handlade om antalet dagar man varit sjukskriven under de senaste sex månaderna (figur 7). Grupperna följs åt tämligen väl, men konfidensintervallen är betydligt större i *kulturgruppen* än i *kontrollgruppen*. Det beror sannolikt på att svaren i *kulturgruppen* visar på en mer splittrad bild – en del hade mycket få sjukskrivningsdagar, andra hade många.



Figur 7. Antal sjukskrivningsdagar under de senaste sex månaderna strax före och strax efter projektperioden samt sex månader efter projektperiodens slut. De svarta felstaplarna markerar ett 90-procentigt konfidensintervall.

b. Kvalitativa resultat

Många av de personer som deltog i studiens *kulturgrupp* hörde av sig för att delge projektet sin personliga upplevelse av medverkan i *Med mina händer*. Här nedan följer kommentarer och tankar från dessa deltagare:

”Jag är glad att få ha deltagit i kursen och använder en del av de smycken jag gjorde”

”Tack för att jag fick vara med i studien”

”Jag måste säga att detta projekt var mycket bra och har gett mig mycket glädje. Hoppas det kan finnas liknande möjligheter i framtiden för anställda inom VLL.”

”... kursen som verkligen var fantastisk”

”För övrigt var det en jättetrevlig studie!”

”Jag tackar för att jag fick chansen till att delta.”

”Jag tappar tid och rum, det blir ett otroligt flyt och koncentrationen är på topp, även om vi samtidigt pratar med varandra. Det är här och nu och jag kan inte tänka på något annat. Det är så roligt”

”Ja det frigör skaparkraft i och med att vi delar varandras skapelser”

”Vi som vill kommer att få våra provsvar. Det blir intressant att se för egen del. Meningen är att man ska kunna fortsätta skapa hemma, ”kicka” till en förändring, Inte bara sluta när projektet gör det”

”Vill bara lämna en kommentar: Tyckte det var svårt att lämna en rättvis utvärdering då det hänt en väldigt jobbig sak på arbetet för 2 veckor sedan som tar mycket av min ork, energi & fokus just nu. Sen vill jag tillägga att precis där & då när jag skapat med händerna har jag varit väldigt avstressad, då har jag släppt alla mina övriga tankar & funderingar och bara fokuserat på det jag gör. Det har varit väldigt skönt och värdefullt.”

”Har anmält mig till höstens kurs i silversmide, det var så avkopplande och roligt att fila, såga & putsa på en silverbit, allt annat glöms bort. Längtar till onsdagskvällarna.”

”... möjligheten att arb. i silver var helt fantastisk. Man kom till verkstan trött, stressad, irriterad och lämnade den tre timmar senare, glad, pigg, harmonisk. Som du förstår så har studien verkat positivt i mitt liv.”

”Vill bara tala om att studien har varit jättemysig! Var med i målargruppen och det har fått mig att börja måla lite hemma (som jag har tänkt på länge). Sitter ner en stund och försvinner i färgernas värld, mycket rogivande...”

6. Diskussion

Lärdomarna från denna studie ligger inte bara i resultaten från stressmätningarna, utan också på hur en studie inom detta område bör läggas upp.

Studien rekryterade initialt något färre personer än planerat (89 i stället för 100) och tillsammans med det stora bortfallet i främst *kontrollgruppen*, innebar detta att bara något mer än hälften (58 personer) av det beräknade antalet återstod för analysen. Den statistiska kraften i studien kom därigenom att kraftigt minskas. Orsaken till att så många förlorades i *kontrollgruppen* kan kanske delvis förklaras av att interventionen där var mindre intresseväckande än i *kulturgruppen*.

Projektet rekryterade nästan bara kvinnor. Även om landstingets personal till övervägande del består av kvinnor, så är ändå det manliga inslaget i denna studie betydligt lägre än man kan förvänta sig utifrån könssammansättningen bland landstingets anställda.

Av skriftliga kommentarer i våra frågeformulär liksom av muntliga kommentarer till projektledaren har vi förstått att anställda som upplever sig vara stressade är svåra att nå för en studie av denna karaktär. Flera har beklagat att de inte kan delta, eftersom de är alltför tidspressade för att kunna hinna med. Samtliga hade dock anmält sitt deltagande till studien, så vid någon tidpunkt har ett deltagande tett sig som realistisk.

Vi har också förstått att det är ett känsligt ämne att framstå som ”stressad” inför arbetskamrater och arbetsledning. Flera har varit mycket noggranna med att de inte vill att arbetskamraterna skall få veta att de är med i studien.

En del har uttryckt besvikelse över att de lottades till *kontrollgruppen* i stället för *kulturgruppen*. Någon form av kontrollgrupp är nödvändig vid utvärdering av denna typ av insats, men kanske skulle man ha lagt upp studien annorlunda. I en mycket likartad studie av Bygren och medarbetare som publicerades efter det att vår aktuella studie planerades (10) lät man interventionsgrupp och kontrollgrupp få ta del av samma insatser, fast vid olika tidpunkter. Därigenom uppstod aldrig problemet att de som hamnade i kontrollgruppen uppfattade sig som förfördelade på något sätt – de fick bara vänta längre på insatsen. Det hade dock inte varit möjligt med ett sådant upplägg för oss, eftersom tiden var alltför knapp. Att exklusivt vända sig till dem som uppfattade sig stressade försvårade sannolikt också rekryteringen – det hade förmodligen varit lättare att slumpmässigt välja ut landstingsanställda.

Trots att en del av resultaten var negativa, dvs. det fanns inga skillnader mellan *kulturgruppen* och *kontrollgruppen*, så är resultaten uppmuntrande i så måtto att vissa variabler signalerar en minskning av stressen i gruppen som deltagit i olika kulturaktiviteter jämfört med *kontrollgruppen*. Skälen till att vi fann så pass små skillnader ligger sannolikt i det begränsade antalet deltagare.

På grund av bl.a. tidsbrist så lyckades vi inte rekrytera så många deltagare som vi planerade, och bortfallet blev synnerligen stort i *kontrollgruppen*. En studie med fler deltagare och lägre bortfall, sannolikt organiserad på annat sätt, krävs för att åstadkomma tydligare resultat.

Det är oklart hur bortfallet påverkat resultaten. Det är mycket möjligt att de som framför allt fallit ifrån är de som varit mest upptagna och stressade. Eftersom det i första hand är kontrollgruppen som drabbats av avhopp kan det innebära att våra mätningar i den gruppen skattar stressnivån för lågt.

7. Sammanfattning

Detta är en av de första studier som vi känner till där man utvärderat denna typ av aktivitet. Trots bortfall och förhållandevis få deltagare, visar undersökningen ändå på en gynnsam effekt av de insatta åtgärderna för *kulturgruppen*, jämfört med *kontrollgruppen*.

De skillnader vi hittar mellan *kulturgruppen* och *kontrollgruppen* är alla till *kulturgruppens* fördel, dvs. kulturinsatserna tycks ha haft viss effekt på deltagarnas stressnivå jämfört med *kontrollgruppen*. Skillnader i upplevd stress sänks signifikant i *kulturgruppen*, vilket den inte gör i *kontrollgruppen*. Nedvarningen är också bättre i *kulturgruppen*, på gränsen till statistisk signifikans. Antalet sömntimmar stiger också i *kulturgruppen*, även om skillnaden inte är statistiskt säkerställd.

Då det gäller de biokemiska stressmarkörerna noteras ingen effekt av insatserna. Sjukskrivningsdagarna minskar något i båda grupperna, men tenderar i långtidsuppföljningen att närma sig de ursprungliga värdena.

Sammanfattningsvis hittar vi skillnader mellan *kulturgruppen* och *kontrollgruppen* beträffande den upplevda stressen, nedvarningen och antalet sömntimmar, även om bara den upplevda stressen når upp till en statistiskt säkerställd effekt av kulturåtgärderna. Beträffande de biologiska stressmarkörerna och antalet sjukfrånvarodagar återfinns ingen skillnad.

8. Litteratur

1. Nationella Folkhälsokommittén. Kultur och folkhälsa. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (2000). Bilagedel B. Kultur och folkhälsa. Slutbetänkande av Nationella Folkhälsokommittén SS, s. 425-450), editor 2000.
2. Winzer R. Kultur för hälsa: Folkhälsoinstitutet 2005.
3. Brown S, Götell E, Ekman SI. Music-therapeutic caregiving. The necessity of active music-making in clinical care. *The Arts in Psychotherapy*. 2001;28:125-35.
4. Lindström D. Sjung, sjung för livet. En studie av körsång som pedagogisk verksamhet och av deltagarnas upplevelse av hälsa och livskvalitet. Luleå: Luleå tekniska universitet; 2006.
5. Nyström K. Demensdrabbades kommunikation i dansterapi. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
6. Horwitz EB, Theorell T, Anderberg UM. Fibromyalgia patients' own experiences of video self-interpretation: a phenomenological-hermeneutic study. *Scand J Caring Sci*. 2003 Sep;17(3):257-64.
7. Theorell T, Konarski K, Engström R, Lagercrantz AM, Teszary J. När orden inte räcker. Stockholm: Natur och Kultur; 1998.
8. Konlaan BB. Cultural experience and health -- the coherence of health and leisure time activities. Umeå: Umeå universitet; 2001.
9. Bratt-Rawdem K, Tellnes G. How music may promote healthy behaviour. *Scand J Public Health*. 2011;39:113-20.
10. Bygren LO, Weissglas G, Wikstrom BM, Konlaan BB, Grijbovski A, Karlsson AB, et al. Cultural participation and health: a randomized controlled trial among medical care staff. *Psychosom Med*. 2009 May;71(4):469-73.
11. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, et al. Development of the perceived stress questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;37:19-32.
12. Gustafsson K, Lindfors P, Aronsson G, Lundberg U. Validering av frågor avseende nedvarvning och återhämtning -- samband mellan salivkortisol och subjektiva skattningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet 2006.

Ett varmt tack till deltagarna i studien.

Urban Janlert, ansvarig forskare, Folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet urban.janlert@epiph.umu.se

Ann Helen Littbrand, projektledare i *Med mina händer*, Region Västerbotten annhelen.littbrand@regionvasterbotten.se