

## Om helsetjenesten

# Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid

### Sammendrag

**Bakgrunn.** Helsegevinstene ved fysisk aktivitet er godt dokumentert, men det finnes lite forskning om effekten av andre kulturelle virkemidler. De siste årene er det i Norden gjennomført et betydelig utviklingsarbeid som gir grunnlag for forskning.

**Materiale.** Artikkelen er en litteraturstudie bygd på rapporter og litteratur fra prosjekter hvor kulturelle virkemidler er blitt benyttet i behandling, rehabilitering, forebyggende og helsefremmende arbeid i Norden med hovedvekt på Norge. Det er foretatt litteratursøk i Bibsys og Medline. Sentrale fagfolk innen feltet har gitt informasjon om aktuell litteratur og relevante rapporter.

**Resultater og fortolkning.** I materialet fra kultur- og helseprosjektene i Norge rapporteres det om bedre livskvalitet og bedre selvopplevd helse for enkeltpersoner, men prosjektene har i liten grad vært gjenstand for forskning. Mangelen på forskning medfører at vi ikke vet om helsegevinsten har vedvart, og det er ikke mulig å slå fast om andre typer opplegg kunne ha gitt samme resultat. Den utenlandske forskningslitteraturen indikerer at kulturelle virkemidler kan ha helseeffekt. Det er behov for videre forskning hvor flerfaglige tilnæringsmåter og ulike metoder benyttes.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

#### Margunn Skjei Knudtsen

[margunn-skjei.knudtsen@ntfk.no](mailto:margunn-skjei.knudtsen@ntfk.no)  
Nord-Trøndelag fylkeskommune  
Fylkets hus  
7735 Steinkjer

#### Jostein Holmen

HUNT forskningssenter  
Institutt for samfunnsmedisin  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
7650 Verdal

#### Odd Håpnæs

Levanger kommune  
7600 Levanger

Helsegevinster ved fysisk aktivitet er veldokumentert, men det finnes lite norsk forskning om helseeffekten av andre kulturelle virkemidler. Dette til tross for at det i de senere år er blitt drevet et betydelig utviklingsarbeid både i Norge og Norden for øvrig. Ulike typer tiltak og metoder for bruk av slike virkemidler er blitt utprøvd (1, 2). Internasjonal forskning viser at kulturell stimulering gir positiv effekt i behandling og rehabilitering (3). Man vet mindre om forebyggende og helsefremmende effekt. Enkelte undersøkelser tyder på at det er en sammenheng mellom kulturdeltakelse og levealder (4). Andre undersøkelser indikerer at systematisk bruk av kunst- og kulturuttrykk kan forebygge sykdom og fremme helse (5).

Målet med denne artikkelen er å gi en oversikt over omfang, innhold, arbeidsmåter og resultater av kultur- og helsearbeidet de siste årene i Norge og Norden for øvrig. Rapporterte resultater fra den norske satsingen diskuteres i lys av forskning på feltet. utfordringer i det videre arbeidet skisseres.

### Materiale og metode

Artikkelen bygger på litteratur og rapporter fra kultur- og helsearbeidet i åra 1993–2004 i Norden med hovedvekt på Norge. Materialet er samlet inn på grunnlag av informasjon på nettstedene og henvendelser til fylkeskommuner, kommuner og institusjoner. Det er foretatt søk i Bibsys, Medline med følgende søkeord i ulike kombinasjoner (norsk og engelsk): health promotion, disease prevention, recreation, rehabilitation, treatment/therapy, clinical trials, art, music, dance, drama, storytelling, bibliotherapy, storytelling. Sentrale fagfolk i Norden har også gitt informasjon om litteratur og rapporter.

### Samfunnsmessig bakgrunn

Med kultur- og helsearbeid menes i denne artikkelen systematisk bruk av kulturelle

virkemidler i behandling, rehabilitering, forebyggende og helsefremmende arbeid på individ-, gruppe- og befolkningsnivå.

I perioden 1997–99 gjennomførte regjeringen en større satsing på kultur- og helseprosjekter for å prøve ut kulturelle virkemidler i helsefremmende og forebyggende arbeid (6). Det var flere årsaker til dette. Samfunnsmedisinsk forskning og initiativ fra kulturfaglig hold hadde medvirket til at organisasjoner og sentrale myndigheter alt tidlig i 1990-årene tok initiativ til systematisk utprøving av slike virkemidler. Økende omfang av såkalte samsykdommer (7), økt sykefravær og et stigende antall uføretrygdede medførte at søkelyset ble rettet mot behovet for nye virkemidler. Bedre velstand så ikke ut til å utjevne de sosiale helseforskjellene (8). Undersøkelser viste dessuten at bruken av kulturtilbudene var sosialt skjevt fordelt (9). UNESCOs satsing i kulturtåret (1987–97) – Art in hospital – bidro også til at oppmerksomheten ble rettet mot kultur- og helsearbeid.

### Hvordan har kultur- og helsearbeidet artet seg?

#### Omfang

Satsingen i Norge nådde en topp i 1997–99 da regjeringen bevilget 15 millioner kroner til utviklingsarbeid. I overkant av 20 kommuner og fylkeskommuner deltok (6). Regjeringens arbeid ble etterfulgt av en nasjonal rådgivningsgruppe, og det treårige prosjektet Nasjonalt knutepunkt for kultur og helse. Målsettingen var å bidra til at kunst og kultur av høy kvalitet ble gjort tilgjengelig for flere, og at kultur skulle bli en anerkjent metode i det forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeidet (10). Den nasjonale rådgivningsgruppen skulle legge premissene og stake ut kursen for det videre arbeidet. Myndighetenes bevilgninger ble redusert betraktelig i 2000–02, og i 2003 ble det kun bevilget

### ! Hovedbudskap

- Deltakelse i kulturaktiviteter kan bidra til økt livskvalitet og bedre helse
- Kulturelle virkemidlers potensial i behandlingssammenheng og i folkehelsearbeidet er ikke utnyttet
- Det er behov for flerfaglig forskning på individ-, gruppe- og befolkningsnivå

midler til opprettholdelse av nettverket og nettstedet kulturog helse.net. Ansvaret er nå i stor grad overlatt til lokale og regionale aktører. Dette til tross for at Stortinget under behandlingen av Folkehelsemeldinga i 2003 understreket kulturelle aktiviteters betydning for helse og livskvalitet og gav feltet større plass i meldingen enn hva regjeringen hadde innstilt på. Den nasjonale rådgivningsgruppen ble også vedtatt videreført av Stortingets familie-, kultur- og administrasjonskomité.

### *Innhold*

Å benytte kultur som virkemiddel i helse-sammenheng er ikke noe nytt. Men den systematiske utprøvingen av tiltak og metoder blant flere forskjellige målgrupper tok først til i 1990-årene. Siden 1994 har det eksistert en nordisk samarbeidsgruppe som har som mål å belyse koblingen mellom kultur og helse. Sogn og Fjordane fylkeskommune kom tidlig i gang (11) og senteret NaKuHel i Asker ble etablert allerede i 1994 (12).

Utgangspunktet for regjeringens satsing var en antakelse om at det å delta i meningsfylte kulturaktiviteter ville gi økt livskvalitet, bedre muligheter til å mestre hverdagen og derved bedre helse. Kultur kunne på denne måten bli et viktig virkemiddel i helsesammenheng. Kulturens opplevelsesverdi, egenverdi og god kvalitet på tiltakene ble vektlagt. Både kultur- og helsebegrepet ble definert vidt. Kulturbegrepet omfattet kultur som uttrykk og kultur som levemåte. De kulturelle uttrykk omfattet musikk, dans, drama, bilde, litteratur, idrett, friluftsliv m.v. både på amatørnivå og på profesjonelt nivå. Helsebegrepet betydning-innhold ble definert som «evne til å mestre hverdagens krav», det vil si det såkalte positive helsebegrep (13).

Flere prosjekt var rettet mot at brukerne skulle være aktive selv. En del tiltak tok sikte på å få brukerne til å delta på arrangement skapt av andre. Mange tiltak omfattet fysiske aktiviteter som naturopplevelser og trim. Man la uansett vekt på den sosiale dimensjonen. I tillegg ble det gjennomført tiltak som er definert som terapeutiske og rehabiliterende og hvor en ønsket å påvirke direkte lidelser og symptomer hos enkeltpersoner. Disse tiltakene ble ledet av terapeuter, blant annet musikkterapeuter.

Kultur- og helsearbeidet har utviklet seg noe forskjellig i de ulike land i Norden. Mens man til eksempel i Sverige i stor grad utviklet tiltak på institusjoner – i vården (14), ble satsingen i Norge utviklet til hovedsakelig å omfatte folkehelsearbeid. I Sverige har man satset på forskning. I Finland har man arbeidet videre med utgangspunkt i «Arts in hospital» og vektlagt kunstprosjekt på institusjoner (15).

### *Målgrupper*

Et viktig grunnlag for regjeringen var at helse- og sosialtjenestens storforbrukere

ofte er småforbrukere av kulturtilbud. Fokus ble rettet mot enkelte grupper eldre, innvandrere og flyktninger samt mennesker med psykiske problemer og lidelser og/eller kroniske smerter som vanligvis ikke benytter seg av de kulturelle tilbudene. Men også hele befolkningen, barn og ungdom ble definert som målgrupper. Enkelte kommuner har hatt mennesker med psykiske problemer som hovedmålgruppe, mens man i andre engasjerte hele lokalsamfunnet (6). Etter 1999 har man i stor grad konsentrert seg om målgruppene eldre, barn og ungdom og særskilte grupper. Et fellestrekk har vært at tiltakene har prøvd å nå de som vanligvis ikke deltar. Tiltakene er ofte spesielt tilrettelagt; såkalte lavterskeltiltak.

### *Tiltak for barn og unge*

Blant barn og unge spenner prosjektene fra tiltak rettet mot særskilte grupper som asylsøkere, flyktninger, barn med ulike typer funksjonshemninger til tiltak innrettet for å nå flest mulig barn. Tiltakene har omfattet allidrett, friluftsliv, musikk, dans, teater m.v. Levanger kommune utviklet danse-tilbud for barn i 12–13-årsalderen for å forebygge fysisk inaktivitet og rusmisbruk, og det er gjennomført kunst- og kulturtiltak i skolen for å forebygge psykiske lidelser (16). Porsgrunn utarbeidet et idrettskoleprosjekt rettet mot barn med behov for spesiell tilrettelegging.

### *Tiltak for voksne*

Blant de voksne har i hovedsak personer med låg aktivitetsdeltakelse som grupper av eldre og personer med ulike typer funksjonshemninger vært målgrupper. Prosjektene er gjennomført i og utenfor institusjoner og omfatter musikk, dans, bevegelse, bildekunst, litteratur, erindringsgrupper, friluftsliv m.v. Bergen kommune har et omfattende og bredt anlagt utviklingsarbeid blant personer med psykiske lidelser hvor profesjonelle kunstnere deltar (16). Bydeler i Oslo har satt i verk flere tiltak på institusjoner med eldre beboere (16). Det er også gjennomført prosjekter ved arbeidsplasser for å forebygge sykdom blant ansatte (17).

### **Har kultur- og helsearbeidet ført til helsegevinster?**

Svenske befolkningsundersøkelser tyder på at kultur deltakelse og -opplevelse virker positivt på levealderen (4). Internasjonale undersøkelser på gruppe- og individnivå viser at livskvaliteten og selvopplevd helse bedres med adekvate regelmessige kulturelle tiltak (3). Systematisk bruk av ulike kunst- og kulturuttrykk har vist seg å ha effekt ved behandling av psykiske lidelser (18). Kulturuttrykk som for eksempel musikk virker angstdempende og smertelindrende (19). Både drama, musikk, dans, litteratur og bildekunst kan være effektive midler til å bedre helsen og livskvaliteten for enkelte grupper eldre (3, 8, 20).

Har det vært mulig å påvise noen helsegevinst av prosjektene som er gjennomført i Norge?

### *Lite forskning*

Det foreligger rapporter fra mange av prosjektene, men rapportene er i hovedsak aktivitets- og metoderettet. Noen av prosjektene er prosess- og resultatevaluert. Dessverre har man ikke fulgt opp tiltakene vitenskapelig. Dette skyldes delvis at Norges forskningsråd ekskluderte temaet kulturelle aktiviteters betydning for helse i programmet Helse og sykdom i et kulturelt perspektiv (21). Regjeringens satsing gikk dessuten på konkrete praktiske tiltak. Prosjektledere i kommunene og fylkeskommunene har vært tiltaksorienterte. Et prosjekts vellykkethet i disse systemene vil måles etter antall tiltak og antall deltakere. Kulturarbeidere og ansatte i helse- og sosialsektoren som har engasjert seg i arbeidet, har vært aktivitetsorienterte i ordets beste forstand. De har sett behovet for gode tilbud og har ikke trengt forskningsresultater for å bli overbevist om at kulturell deltakelse og opplevelse har betydning for helse og livskvalitet og de har ønsket «å få ting til å skje».

I enkelte medisinsk-faglige og kulturfaglige miljø har feltet blitt sett på som både esoterisk og useriøst. Det er dessuten vanskelig å håndtere på grunn av dets flerfaglighet og på grunn av generelle metodiske problem som fagfolk som arbeider med helsefremmende og forebyggende arbeid kjenner til: «Hvordan måle effekten av helsefremmende arbeid?» Kulturkollisjon mellom forskningsmiljøer med ulike vitenskapsteoretiske og metodiske synspunkter har heller ikke forenklet saken og det eksisterer ikke noe sentralt incitament til forskning.

### *Bedre livskvalitet og bedre selvopplevd helse*

I evalueringsrapporten fra satsingen i 1997–99 og i annet skriftlig materiale rapporteres det om bedret livskvalitet og bedre selvopplevd helse for enkeltpersoner. Dette gjelder i særlig grad personer med psykiske lidelser og eldre (2).

Tiltakene i Norge er imidlertid ikke fulgt opp vitenskapelig. Vi mangler studier over tid og kontrollgrupper. Vi vet ikke om den rapporterte helsegevinsten har vart ved, og det er ikke mulig å fastslå om andre typer opplegg hadde gitt samme resultat. De fleste medisinerer vil nok etterlyse kvantitative metoder og fysiologiske mål.

I enkeltstående norske prosjekter er det benyttet vitenskapelige metoder. Myskja har uavhengig av sentralt incitament arbeidet over flere år med å videreutvikle internasjonale metoder. Han har målt graden av velvære og av problematisk atferd før og etter intervensjon med ukentlige musikkstimulerende tiltak blant eldre ved tre institu-

sjoner i Oslo. Resultatene viser at riktig tilpasset individuell musikkstimulering påvirker velvære og problematisk atferd i positiv retning (22). Studenter ved embetsstudiet i psykologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet har gjennomført en pilotstudie blant demente, og den har gitt lovende resultater med tanke på kulturell stimulering for å utsette kognitiv degenerering (17).

Det systematiske arbeidet som er utført i Sverige, har også båret frukter. De har benyttet vitenskapelige metoder og kunnet påvise ulike typer helseeffekter som bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse samt endringer i medikamentbruk og kroppslige forhold (3, 20). Arbeidet har resultert i metodeutvikling og oversikt over internasjonal forskning (1, 3, 14).

### Hvorfor helsegevinst?

Man antar at kulturell stimulering bidrar til å fremme både den språklige, emosjonelle og sosiale utviklingen hos barn. Alle disse aspektene er sentrale for at barna skal være og forbli velfungerende psykisk og sosialt. Blant andre aldersgrupper antar man at kulturell stimulering minsker indre stress ved at den kulturelle opplevelsen og deltakelsen bidrar til at følelsesmessige påkjenninger bearbeides. Evnen til kommunikasjon og følelsesmessig differensiering kan utvikles hos voksne ved kulturell stimulering. Dette er særlig viktig i behandlingen av personer med psykiske lidelser og eldre demente.

Et sentralt spørsmål som mange stiller seg, er hvorvidt det er den kulturelle opplevelsen og ikke den sosiale rammen og den ekstra oppmerksomheten som virker positivt.

I evalueringsrapporten for den nasjonale satsingen ble det konkludert med at kultur gir helse på begge disse måtene: direkte ved den kulturelle opplevelsen og deltakelsen og indirekte ved den sosiale sammenhengen den kulturelle deltakelsen går inn i. Den kulturelle opplevelsen ble hovedsaken i mange tilfeller, men aktiviteter og tiltak bidro også til helse ved å gi målgruppene trivsel og samvær og derigjennom en rolle og en plass i lokalmiljøet (2).

Svenske forskere påpeker at det er vanskelig å skille mellom selve opplevelsen og den sosiale sammenhengen. Begge disse aspektene er imidlertid sentrale. Mange av dem som sliter med fysisk og psykisk sykdom, mangler både opplevelser og sosialt nettverk. Begge aspektene er nødvendig i barn og unges utvikling.

Fysiologiske målinger viser imidlertid at kulturell stimulering har kroppslige effekter som virker uavhengig av den sosiale rammen. Musikk kan for eksempel påvirke både hjertefrekvens og blodtrykk (23). Andre forskningsresultater viser også at den kulturelle opplevelsen i seg selv gir helseeffekt i form av bedre selvopplevd helse og mindre behov for medikamenter (20).

### Utfordringer videre

Dagens helsepolitikk er rettet mot livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, røyking og matvaner. Den betydningen kulturell aktivitet kan ha i behandlingssammenheng og i folkehelsearbeidet, er i stor grad oversett. På bakgrunn av økende sosiale ulikheter i helse, antakelsen om at storforbrukere av helsetjenester er småforbrukere av kulturtilbudene og utviklingsarbeidet som er gjennomført, burde feltet nå være interessant for medisinsk forskning og andre fagfolk i helsevesenet.

Det vil være av stor betydning å få avdekket eventuelle sammenhenger mellom kultur deltakelse og helse på befolkningsnivå. Dette kan gjøres ved at kultur deltakelse blir tema i noen av befolkningsundersøkelsene som gjennomføres med jevne mellomrom. Sentrale problemstillinger vil være i hvilken grad kulturopplevelser og deltakelse fremmer helse og trivsel i befolkningen. Helse kan måles som subjektiv helse, som sykdom eller som livsstil (helse-relatert atferd). Andre problemstillinger er hvorvidt ulike typer kulturelle aktiviteter har ulik betydning for folks helse, og om betydningen varierer med alder, kjønn, geografisk område og sosioøkonomisk status. Man antar dessuten at kultur deltakelsen må ha et visst omfang før den gir helsegevinst. Et sentralt spørsmål på denne bakgrunnen er hvordan intensiteten av kulturell deltakelse assosieres med god eller dårlig helse. Ved oppfølgingsstudier vil eventuelle sammenhenger mellom kultur deltakelse og levealder kunne avdekkes. På gruppe- og individnivå kan kontrollerte studier både i behandlings- og rehabiliteringssammenheng bidra til å gi kunnskap om og i hvilken grad kulturelle aktiviteter fremmer tilfriskningen og bedrer livskvaliteten hos ulike pasientgrupper. I tillegg trengs det mer kunnskap om årsaksforhold. Det er behov for å kartlegge folks egne opplevelser av betydningen av kulturell deltakelse og opplevelse samt kartlegge ulike kroppslige reaksjoner på kulturell stimulering. Dette krever flerfaglige tilnæringsmåter og kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder.

Medisinsk forskning har her mye å bidra med blant annet i form av velutviklede metoder for måling av ulike typer helseeffekt.

Kultur- og helsearbeidet som er gjennomført i Norden, har avdekket store behov for tilrettelagte tiltak. Det har bidratt til å utvikle kunnskap om hvilke tiltak som fungerer for hvem, hvordan man kan tilrettelegge tiltak for ulike grupper og hvordan man kan nå de ulike målgruppene. Det foreligger vitenskapelige metoder for måling av ulike typer av helsegevinst (1, 3, 4, 18, 20, 22). Man har opparbeidet god oversikt over internasjonal forskning på feltet og det er utviklet vel fungerende regionale, nasjonale og nordiske nettverk.

Nylenna skriver i 2000: Tiden burde nå være inne for en mer tradisjonell og vitenskapelig undersøkelse av den effekten kulturelle aktiviteter har på livskvalitet, sykelighet og dødelighet (24). I 2005 er tiden mer enn moden nok.

*Manuskriptet ble godkjent 4.5. 2005.*

*Prosjektet FOLK se side 3420.*

### Litteratur

- Rapp B. Kultur i vården i Sverige 2003. Rapport 2003: 16. Stockholm: Karolinska Institutet/Stockholms läns landsting, 2004.
- Baklien B, Carlsson Y. Helse og kultur. Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel. NIBR 2000: 11. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2000.
- Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetenkande av Nationella folkhälsokommittén; Bilagsdel B. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén, 2000.
- Bygren LO, Konlaan BB, Johansson SE. Attendance at cultural events, reading books or periodicals and making music or singing in a choir as determinants for survival. *BMJ* 1996; 313: 1577–80.
- Pennebaker JW. Opening up: The healing power of expressing emotions. New York: Guilford Press, 1997.
- SHD, KD og Norsk kulturråd. Fra prosjekt til hverdagsliv. Om regjeringens kultur- og helsesatsing. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Norsk kulturråd, 1999.
- Hjorth PF. Om samsykdommene. I: Helse for alle! Foredrag og artikler. Utredningsrapport nr. U1–1994. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1994: 75–85.
- Elstad JI. Helseulikheter mellom sosiale klasser. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1985; 26: 29–51.
- St.meld.nr. 61 (1991–1992). Kultur i tiden: 41–9.
- Håpnes O. Nasjonalt knutepunkt for kultur og helse. Videreføringsarbeidet for kultur og helse. Rapport 2000–2003. Levanger, Levanger kommune, 2003.
- Ruud E, Stige B. Musikterapi. I: Kultur ger hälsa. Sluttrapport. Publikationer fra Finlands Unesco-kommisjon 70, 1994. Helsinki: Finlands Unesco-kommisjon, 1994: 79–103.
- Telnes G. Samspillet natur-kultur-helse. NakuHel-konseptet i teori og praksis. Oslo: Unipub forlag, 2003.
- Hjort PF. Society, community and marginalization. The countermeasures and health. I: Culture and health – report. Oslo: The Norwegian National Committee of the World Decade for Cultural Development, 1996.
- www.lansmuseum.a.se/prog/projekt.html (9.2.2005).
- Kotilainen H. Sammandrag av Finlands seminar. I: Kultur ger hälsa. Sluttrapport. Publikationer fra Finlands Unesco-kommisjon 70, 1994. Helsinki: Finlands Unesco-kommisjon, 1994: 168–70.
- www.kulturoghelse.net/nettverksdeltagere (9.2.2005).
- www.folkehelseogkultur.no/nyheter/studentarbeider (9.2.2005).
- Theorell T, red. När orden inte räcker. Stockholm: Natur och kultur, 1998.
- Myskja A, Lindbæk M. Eksempler på bruk av musikk i klinisk medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1186–90.
- Wikström BM, Theorell T, Sandström S. Medical health and emotional effects of art stimulation in old age. *Psychother Psychosom* 1993; 60: 195–206.
- NFR. Området for medisin og helse. Programplan for Helse og sykdom i et kulturelt perspektiv. Oslo, Norges forskningsråd, 1998.
- Myskja A, Lyngroth S R. Individualisert musikk i eldreomsorgen. Prosjekt rapport 1/2002. Oslo: GERIA, 2002.
- Szmedra L, Bacharach DE. Effect of music on perceived exertion, plasma lactate, norepinephrine and cardiovascular hemodynamics during treadmill running. *Int J Sports Med* 1998; 19: 32–7.
- Nylenna M. Kultur og helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3740.