

# Friskare tillsammans: Hur kultur på recept kan främja psykosocialt välbefinnande

Forskningsrapport

Anita Jensen, december 2024





# Innehållsförteckning

1. Sammanfattning .....	3
2. Inledning .....	4
Bakgrund .....	4
Målsättning.....	5
Omfattning och begränsningar .....	5
3. Metodik .....	5
Kvantitativt data .....	5
Kvalitativa data .....	6
Dataanalys .....	6
Inklusionskriterier .....	6
Etikprövning.....	6
Vårdcentraler.....	6
Kulturaktörer .....	7
Utformning av programmet.....	7
Bakgrund till remisserna .....	8
4. Resultat.....	8
5. Diskussion .....	11
Inverkan.....	12
Risker och möjligheter .....	12
6. Rekommendationer .....	13
7. Konklusion .....	13
8. Referenser .....	14
Bilagor.....	18

# 1. Sammanfattning

Denna rapport syftar till att presentera resultaten från en 3-årig forskningsstudie i primärvården om effekten av ”Kultur på recept” KuR för patienter med psykisk ohälsa och/eller de som är socialt isolerade /ofrivilliga ensamma. I studien användes en blandad metod blandad metod för utvärdering och de kvantitativa resultaten visar att deltagarnas välbefinnande och salutogena hälsa ökades signifikant. De kvalitativa resultaten belyser att interventionen gav deltagarna sociala nätverk, motivation, beteendeförändringar och mer livsglädje. Baserat på resultaten från studien och med stöd av internationella studier kan det psykosociala välbefinnandet förbättras och den psykiska ohälsan minska bland patienter samt även motverka ofrivillig ensamhet. Följande insatser rekommenderas därför:

- Att KuR etableras som en gruppbaserad åtgärd/intervention som vårdgivare i primärvården Skåne kan remittera patienter med psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet till.
- Att Region Skåne och Skånes Kommuner samverkar kring implementeringen samt förstärker denna satsning.
- Primärvårdsnämnden och Kulturnämnden bör samverka kring implementeringen, för att stärka denna satsning.

## 2. Inledning

### Bakgrund

I flera länder har "Kultur på Recept" (KuR), även kallat "Kultur förskrivning" erkänts som en metod för att främja kontakter mellan individer och samhälle. KuR använder kreativa aktiviteter och har det övergripande målet att förbättra hälsa och allmänt välbefinnande (1–4). KuR kan falla inom ramen för Social Förskrivning (SF) som är ett koncept där primärvårdspersonal, allmänläkare och annan vårdpersonal, proaktivt kan hänvisa användare till samhällsbaserade initiativ. Detta kan innefatta aktiviteter som trädgårdsskötsel, matlagning, gemensamma promenader, kreativa sysselsättningar, fysisk aktivitet, eller olika andra gruppengagemang (5–7). Förväntningen bakom denna hänvisningsprocess är att dessa aktiviteter kommer att bidra till att förbättra psykosocialt välbefinnande (7,8). Detta stöds av samlade forskningsresultat, som även berör vilka mekanismer som leder till förbättringen (9–11).

En systematisk översikt inkluderade 25 studier har nyligen gjorts och denna stödjer att deltagande i KuR förbättrar psykosocialt välbefinnande. Kvantitativa data rapporterade konsekvent positiva förändringar i välbefinnande och kvalitativa studier rapporterade att deltagarna fann KuR meningsfullt vilket bidrog till att förbättra deras psykiska och sociala välbefinnande (12).

Dessutom finns ett ökat stöd för SF-initiativ från både politiska organ och regeringar med förväntningen att SP kan bidra till att minska de ekonomiska bördorna för hälso-sjukvården genom att försöka påverka sociala orsaker bakom ohälsa, minskad ensamhet och ojämlikhet i hälsa (13–18).

Många patienter som besöker primärvården lider av psykisk ohälsa eller sociala problem som vårdpersonalen för närvarande inte har tillräckliga resurser att hantera. Vårdgivare i Sverige har uppfattat och påtalat behovet av mer holistiska tillvägagångssätt för personer med psykisk ohälsa. Vidare har de upplevt att KuR är till nytta för patienterna när det gäller motivation, att skapa rutiner, att tillhandahålla sociala interaktioner och öka självkänslan. Att kompletterande kunna erbjuda patienter med psykisk ohälsa KuR i kombination med konventionella behandlingar uppskattades också (19).

Därtill finns det positiva resultat från KuR studier i Sverige. En studie från Helsingborg (2012–2015) med 12-månadersuppföljning av en kohort med 123 individer (med muskuloskeletal smärta och/eller psykiska ohälsa) som deltagit i en 10-veckors KuR program visade att resultaten var positiva avseende olika hälsoutfall, såsom hälsorelaterad livskvalitet, funktion och arbetsförmåga. Vid uppföljning hade 29% av deltagarna en kliniskt relevant förändring av hälsorelaterad livskvalitet och/eller arbetsförmåga (20). En annan studie från Jönköping visar att interventionen KuR hade signifikant större effekt på depression jämfört med en kontrollgrupp vid sex och tolv månaders uppföljning (21).

I Region Skåne har arbetet med kultur och hälsa pågått sedan 2003, och sedan 2015 har kultur- och hälsostrategier tagits fram genom och politiskt samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Kulturnämnden (22).

Från 2020 till 2021 genomförde Primärvårdens Kompetenscentrum pilotprojektet Kultur på Recept i Primärvården. Syftet med pilotprojekten inkluderade även att testa strukturer för samverkan mellan kompetenscentrum för primärvård, vårdcentraler och kulturinstitutioner. Resultaten visade en signifikant förbättring av välbefinnandet hos deltagarna, och att samarbetet mellan aktörerna fungerade utmärkt (23). Från augusti 2021 undersöks KuR på en större befolkningsgrupp som redovisas i denna rapport.

## Målsättning

Syftet var att undersöka de psykosociala (psykisk hälsa välbefinnande och sociala situationer) effekterna av deltagande i ett 10 veckors Kultur på receptprogram för primärvårdspatienter med stress, ångest, mild till måttlig depression, eller de som upplever ensamhet/social isolering.

## Omfattning och begränsningar

Studien baseras på data från 112 patienter inom primärvården som remitterats till ett tio veckor långt KuR-program på grund av psykiska ohälsa och/eller ofrivillig ensamhet. Data samlades in under 3 år (2021–2024) och omfattade olika 12 grupper.

Studien hade ingen kontrollgrupp, men jämfört med den allmänna befolkningen (det slumpmässiga urvalet av den allmänna befolkningen rapporterar ca 70% bra/mycket bra och ca 30% rimligt/dåligt/mycket dåligt) visar självrapporterat hälsa (SRH) från denna studie en mycket lägre nivå av SRH (7% bra/mycket bra 93% rimligt/dåligt/mycket dåligt), majoriteten av deltagarna i studien anser att deras hälsostatus är rimlig till dålig. Detta illustrerar också att deltagarna utgör en sårbar befolkningsgrupp med ytterligare hälsobehov som har ökad dödlighet och sjuklighet.

Effektberäkning av Short Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS) med totalt 11 grupper (oberoende interventioner med minst 7 individer i respektive grupp), en power på 80% och en signifikansnivå på 5% och ett bortfall på 25% och förväntade oss att kunna visa en signifikant. I studien var det faktiska bortfallet 16%. Ingen effektberäkning gjordes för SHIS.

# 3. Metodik

Genom att använda en blandad metod kombinerade studien kvalitativa och kvantitativa tillvägagångssätt.

## Kvantitativt data

Den kvantitativa datainsamlingen genomfördes vid informationsmöten och vid avslutningsmöten av KuR programmen (baseline och follow-up). Här användas två olika enkäter:

1. Short Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale SWEMWBS (7 frågor om välbefinnande, inklusive variabler för att mäta: aspekter av mental hälsa som känslor av optimism, glädje och avslappning, tillfredsställande relationer och positiv energi, klart tänkande, självacceptans, personlig utveckling, kompetens

och autonomi. Lägsta poäng på skalan är 7 och högsta poäng är 35. SWEMWS är validerat i svensk kontext (24).

2. Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) (består av tolv frågor som initialt kopplades till två underliggande dimensioner av hälsoindikatorer, vilka benämndes IntraPersonliga Karaktärsdrag (IPK) och InterAktiv Funktion (IAF). Indexet har ett maximalt positivt indexvärde/poängssumma på 72 och motsvarande lägsta indexvärde på 12. SHIS är validerat i svensk kontext (25)

## Kvalitativa data

Genom en kvalitativ, explorativ och beskrivande ansats inom ett tolkande ramverk undersöktes deltagarnas perspektiv och erfarenheter av KuR-programmet via semistrukturerade en-till-en-intervjuer. Totalt genomfördes 28 intervjuer. Intervjuerna som i genomsnitt varade 38 minuter, genomfördes mellan november 2021 och maj 2024, spelades in och transkriberades. 2-3 deltagare från varje grupp anmälde sig frivilligt för att delta.

## Dataanalys

Dataanalyserna genomfördes med hjälp av statistiska verktyg som T-test and Wilcoxon Signed-Ranks Test och Multipel Linjär Regression tests samt med hjälp av tematisk kodning (26).

## Inklusionskriterier

- Primärvårdspatienter (hänvisat från en vårdcentral)
- Vuxna (över 18 år)
- Psykisk ohälsa (stress: F43.9, F43.8W, ångest: F41.3, F92.8, F41.8, F41.2, mild till måttlig depression: F32.9, F38.1, F33.4) eller risk för ensamhet/social isolering (ESI))

## Etikprövning

Studien har etikgodkännande från Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2021-02077). Alla deltagare fick omfattande skriftlig och muntlig information om studien och kunde när som helst dra sig ur studien utan att några frågor ställdes. Forskningen har utförts i enlighet med Helsingforsdeklarationens etiska principer för medicinsk forskning.

## Vårdcentraler

Löpande över tre år, rekryterades totalt 18 vårdcentraler. De deltagande vårdcentralerna var: Capio Limhamn, Capio Malmö Centrum, Eden, Fosietorp, Fågelbacken, Granen, Husie, Kroksbäck, Kryddgården, Kry Triangeln, Limhamn, Lindeborg, Lundbergsgatan, Lunden, Sorgenfrimottagningen, Södervärn, Viktoria Vård & hälsa och Örestadskliniken.

## Kulturaktörer

Nio olika kulturinstitutioner samarbetade genom att tillhandahålla och underlätta konst- och kulturaktiviteter: Malmö Museer, Malmö Stadsbibliotek, Malmö Konstmuseum, Malmö Konsthall, Malmö Opera, Malmö Live, Malmö Stadsarkiv, Kollaborativet samt Form/Design Center.

## Utformning av programmet

Programmet var utformat för att ge deltagarna en rad olika estetiska och kreativa upplevelser för att stimulera olika sinnen (syn, hörsel, känsel) och för att öka engagemanget i en rad olika metoder med fokus på estetiska upplevelser. Aktiviteterna var aktiva (göra, skapa) och receptiva (lyssna, se, känna) och omfattade olika konstdiscipliner, till exempel litteratur, musik, sång, bildkonst (inklusive offentlig konst) och scenkonst. Tolv grupper genomförde programmet från september 2021 till maj 2024. 20 tillfällen med konst- och kulturaktiviteter samt två gånger med möten (introduktion och avslutningsmöte).

**Tabell 1.** Kulturinstitutioner och aktiviteter som ingick i programmet och antal gånger på platsen

<i>Plats</i>	<i>Aktivitet</i>	<i>Antal gånger</i>
<i>Malmö Opera</i>	Musikaktiviteter: lyssna på minikonsert med efterföljande diskussion	1
<i>Malmö Konsthall</i>	Guidad visning av utställningen och konstverkstad	1
<i>Malmö Stadsarkiv</i>	Upptäck nya platser och lär mer om Malmös historia genom en guidad stadsvandring	1
<i>Malmö Live</i>	Introduktion till musiklokalen, spela in egen låt och prova på instrument	3
<i>Kollaborativet(scenkonst)</i>	Interaktivt scenframträdande med fokus på en sinnlig upplevelse	1
<i>Malmö Bibliotek</i>	Gemensam läsmetod med hjälp av noveller och dikter	5
<i>Malmö Museer</i>	Guidade visningar av slottet, tekniska museet och samlingarna samt kreativa workshops	5
<i>Form/Design Center (konst och konsthantverk)</i>	Visning av aktuell utställning och konstverkstad	1
<i>Malmö Konstmuseum</i>	Stadsvandring med fokus på offentlig konst och konstworkshop	2

## Bakgrund till remisserna

Alla patienter som remitterades hade diagnostiserats med psykisk ohälsa eller var socialt isolerade (se metodavsnittet för inkluderingskriterier). Vissa hade varit sjukskrivna under lång tid, andra inte, vissa kämpade med andra sjukdomar och problem (inklusive kroniska smärtor, cancer, upplevelser av trauma och förlust, utmattningssyndrom) samt psykiska störningar (depressivitet, stress, ångest) eller övergångar i livet (t.ex. flytt, pensionering, uppsägning). Många patienter hade tidigare hänvisats till och deltagit i andra interventioner och försökt hantera depression, stress och ångest genom olika aktiviteter som erbjuds inom primärvården (till exempel mindfulness, medicinsk yoga, naturrehabilitering, kognitiv beteendeterapi) samt genom att ta läkemedel mot depression och ångest. Vissa har upplevt det som en utmaning att navigera i sjukvårdssystemet: ”När man blir sjuk måste man också vara väldigt stark för att få rätt hjälp... det är så svårt” (KuR158) och var desillusionerade över det stöd som erbjöds.

En annan patient beskriver sig ha provat en rad olika läkemedel och hur det inte har resulterat i en förbättring samt har en önskan om att hitta andra icke-farmaceutiska lösningar: ”Jag har blivit erbjuden antidepressiva, lugnande och ångestdämpande läkemedel flera gånger och jag har provat dem, men jag kände alltid att ... jag kände inte riktigt att de hjälpte. Så ja, jag tror att det här är mer mitt sätt, för jag vill inte medicinera på det sättet, och jag har försökt, och det fungerar inte” (KuR 214).

## 4. Resultat

112 deltagare fullföljde programmet (baslinje-uppföljning) och 16 avbröt (av olika skäl: flytt, nytt jobb, för sjuk, arbetsutbildning, andra åtaganden etc. 198 remitterades till KuR-programmet och 128 påbörjade det.

Könsidentitet: Kvinnor n=83; Män n=26; Annat n=3. Ålder: Medianålder: 61 år, Genomsnittsålder: 59 år, yngsta 25 år och äldsta 81 år.

### Anledning till remiss:

33% hade ångestrelaterade besvär

30,4% hade en depressionsdiagnos

21,4% hade en stressdiagnos

15,2% var ensamma eller socialt isolerade (se bilagor, tabell 1 för deskriptiva egenskaper hos deltagarna)

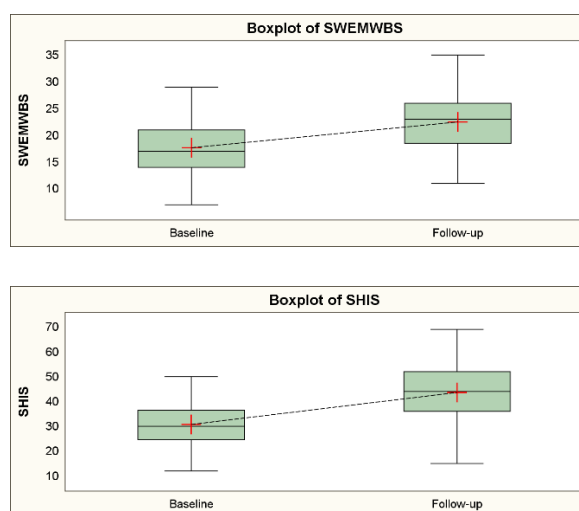
Medianfödselsåret bland dem som remitterades på grund av ensamhet eller social isolering var 1958.

När det gäller självrapporterad hälsa, med variablerna 1 = Mycket bra, 2 = Bra, 3 = Rimlig, 4 = Dålig, 5 = Mycket dålig, bedömde deltagarna sig själva på följande sätt: Rimlig (3) = 45% (n=50), Dålig (4) = 42% (n=47), Mycket dålig (5) = 6% (n=7), Bra (2) = 7% (n=8). Det slumpmässiga urvalet från den allmänna befolkningen rapporterar ungefär 70% bra/mycket bra och cirka 30% rimlig/dålig/mycket dålig (27).



Med hjälp av två enkäter (SWEMWBS och SHIS) registrerades data vid baslinjen och vid uppföljningen 10 veckor senare. T-testet visade att förändringarna var normalfördelade (parametriskt test) och att antalet möjliga värden för den individuella förändringen var stort (antagandet var rimligt efter visuell inspektion av fördelningen). Observationen att medelvärdet och medianen var nästan lika visade mycket signifikanta resultat i både SHIS-indexet och SWEMWBS-skalan ( $p < 0,001$ ). Wilcoxon signed-rank-testet (icke-parametriskt test) visade också mycket signifikanta resultat ( $p < 0,001$ ). (Se också bilagor, tabell 6 och 7 samt figur 3 och 4).

Figur 1 och 2: Boxplot av baselinje och follow-up av SWEMWBS och SHIS



Multipel linjär regression testades också (se bilagor, tabell 4 och 5) för båda enkäterna. För SWEMWBS fanns en skillnad i effekt beroende på kön, där interventionen var mer effektiv för kvinnor (oavsett andra variabler). Analysen visade också att deltagare med sämre självrapporterad hälsa, de som haft flera kontakter med hälso- och sjukvården under det senaste året, de som redan blivit hänvisade från primärvården till andra aktiviteter och de som inte haft något tidigare konst- och kulturengagemang uppvisade en signifikant större ökning av välbefinnandet mätt med SWEMWBS. Däremot visade SHIS ingen skillnad i effekt mellan könen.

Resultaten av den kvalitativa undersökningen uppvisar fyra teman: 1. Sociala kontakter och samhörighet; 2. Självförmåga; 3. Rutiner och struktur och 4. Deltagande i kreativa aktiviteter. (Se tabell 2).

Tabell 2. Kodningsprocess och temautveckling

Nyckeltema	Under-tema	Koding	Exempel på citat
Sociala kontakter och samhörighet	Gemensam grund	-Få vänner -Mångfald -Sociala kontakter	"Att känna en känsla av gemenskap och ...några vänner...det är något jag inte har känt eller haft på länge" (KuR217).
	Hälsosammare tillsammans	-Tillhörighet -Känna sig trygg -Minskat social isolering/ensamhet	"Att bryta social isolering har varit otroligt viktigt för mig" (KuR218).
Självförmåga (self-efficacy)	Inre resurser	-Hantera utmaningar -Inledande osäkerhet	"Jag kan åka buss, jag har lärt mig hitta runt i Malmö [staden] och jag är inte rädd för att gå ut" (KuR132).
	Känna sig mänsklig igen	-Självupptäckt /växande -Motivation -Min röst	"So, I planned. And then I could cope" (KuR157). Så, jag planerade. Och då kunde jag hantera det" (KuR157).
Rutiner och struktur	Etablera nya rutiner	-Komma ut ur huset -Nya vanor -Ha ett schema	"Jag har kämpat...det har varit en kamp varje morgon att komma upp och gå dit men jag kände att jag fick energi från människor och sådant. Jag kände att om jag bara går dit, så kommer jag att må lite bättre den dagen" (KuR206).
	Hälsosam aktivitet	-Bryta negativa mönster -Något att se fram emot	"...men jag tyckte fortfarande att det var bättre att jag kunde komma ut ur mitt hus, annars skulle jag inte få en paus från mitt dåliga humör. Det var väldigt bra för mig att ha något i ett schema" (KuR161).
Deltagande i kreativa aktiviteter	Ha kreativt kul	-Lek och nöje -Uppleva flow	"Jag lyckades med det på något konstigt sätt eftersom jag liksom släppte tanken på att det [konstverket] skulle vara på ett visst sätt...det var som om jag kom in i ett flow och kände mig trygg, och det var...att jag kunde vara fri" (KuR112).
	Nya lärande upplevelser	-Meningsfull (konst)aktivitet -Ögonöppnare	"De olika kulturella och kreativa aktiviteterna har gett mig så mycket glädje och har betytt så mycket för mig, både vad gäller mitt självförtroende och mitt emotionella välbefinnande" (KuR218).

Resultaten, båda kvalitativa och kvantitativa är i överensstämmelse med annan forskning på KuR programmen och internationell litteratur och pekar på att KuR interventioner har en positiv effekt på både psykiskt och socialt välbefinnande (12).

## Mere delaktighet i kulturlivet:

I fråga om deltagande i konst och kulturaktiviteter visade studien att:

- 67% av deltagarna deltog inte regelbundet i konst- och kulturaktiviteter medan 33% uppgav att de gjorde det.
- 70% uppgav att de besökte konst- och kulturinstitutioner innan de deltog i KuR-programmet. 30% gjorde inte det (108 giltiga svar).
- Efter avslutat program uppgav 89% att de skulle öka besöken på konst- och kulturinstitutioner, 10% att de inte skulle använda konst- och kulturinstitutioner mer efter avslutat program medan 1% var osäkra (105 giltiga svar).

## 5. Diskussion

Förutom att deltagarna hade **signifikant ökat välbefinnande** visade studien också att deltagarna upplevde **mänskliga kontakter och samhörighet**, vilket betonar sociala kontakter betydelse för psykiskt välbefinnande (12). Tidigare studier har visat att sociala interaktioner och samhällsengagemang är avgörande för psykiskt välbefinnande och återhämtning (28,29). KuR kan förbättra självförtroendet vilket stöds av evidens inom kultur och hälsa (30). Studier speglar också hur konstbaserade interventioner stärker individens förmåga att hantera sin psykiska hälsa(31).

**Strukturerade aktiviteter** ger förutsägbarhet och stabilitet, vilket är viktigt för personer med psykiska problem. De positiva effekterna av ett schemalagt program i KuR stämmer med forskning som betonar rutiner för psykiskt välbefinnande (t.ex. sönmönster, se Lyall et al., 2018)(32). **Beteendeaktivering**, som uppmuntrar till positiva och meningsfulla aktiviteter är ett erkänt terapeutiskt tillvägagångssätt vid psykisk ohälsa (33) och stöds av evidensbaserade metoder som förespråkar strukturerat engagemang för att förbättra psykisk hälsa (34).

Det varierade utbudet i KuR-programmet, med besök på kulturinstitutioner och kreativa workshops, gav deltagarna berikande upplevelser som främjade positiv psykisk hälsa och flyttade **fokus från sjukdom till kreativt välbefinnande**. De positiva effekterna av konst- och kulturengagemang stöds av forskning (30,31). Konstbaserade aktiviteter har visat sig minska depressionssymtom, öka känslomässigt välbefinnande och förbättra livskvalitet och självskattad hälsa (35–37).

Den globala psykiska hälsokrisen är ett angeläget problem och har av Världshälsoorganisationen (WHO) kallats för den ”nya pandemin” och hävdar att det inte kommer att räcka att fortsätta som vanligt när det gäller psykiska hälsa (38). Enbart i Sverige känner sig både skolbarn och vuxna under 30 år oftare än andra stressade (39) och den generella psykiska ohälsan ökar i den svenska befolkning. Sjukskrivningarna ökar (40).

Det blir allt svårare för vårdgivare inom primärvården att tillgodose patienternas behov, särskilt de som påverkas starkt av sociala bestämningsfaktorer (41). Olika sjukdomar och hälsotillstånd påverkas i hög grad av sociala orsaksfaktorer (42,43) och denna studie visar att studiegruppen mår mycket sämre än den allmänna befolkningen.

Många patienter i primärvården har psykiska eller sociala problem som vårdpersonalen saknar tillräckliga resurser och tid för att hantera (44). Primärvårdsaktörer i Sverige har lyft behovet av mer holistiska metoder för att hantera psykiska problem (19,45). Att tillhandahålla integrerad och patientcentrerad vård innebär att sätta människor och samhällen i centrum för vården och ge dem möjlighet att ta ansvar för sin hälsa. Patientcentrerad vård strävar efter att skapa ett funktionellt liv, bekräfta etiska principer som respekt och rättvisa, och göra vården mer lyhörd för patienternas behov (46).

## Inverkan

Att erbjuda KuR-programmet i primärvård främjar salutogena och holistiska vägar till hälsa och flyttar bort fokus från medicinering. Det är också i linje med andra strategier i Region Skåne för hälsofrämjande aktiviteter och interventioner med fokus på nära vård och personcentrerad vård. KuR tar avstamp i att Region Skånes övergripande vision är Framtidsstro och livskvalitet (47) och mål om ”Bättre liv och hälsa för fler” och har också kopplingar till flera andra regionala styrdokument. I den regionala kulturplanen 2025–2028 (48) betonas vikten av insatser för att öka kunskapen om sambandet mellan kultur och hälsa (såväl regionalt som i kommunerna och hos kulturaktörer). I styrdokumentet Framtidens hälsosystem (49) poängteras betydelsen av förebyggande och hälsofrämjande insatser för att förbättra invånarnas hälsa och på sikt ge en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Eftersom hälsans bestämningsfaktorer till stor del också finns utanför hälso- och sjukvården har samverkan med och mellan invånare, kommuner, civilsamhället, och andra relevanta samhällsaktörer en betydning för befolknings hälsa.

## Risker och möjligheter

Riskerna identifieras som minimala genom att tillhandahålla goda strukturer för samarbete och utbildning av de inkluderade aktörerna. Givet att riskerna är minimala bör man ändå beakta:

- Att implementeringen tar tid, särskilt för vårdcentraler att fullt ut integrera KuR som en del av sina rutiner
- I förhållande till samverkan med kommuner och eventuellt civilsamhället krävs att regionen ingår avtal med dessa
- Det finns ingen eller minimal risk för skada för patienterna

När det gäller möjligheter, anses KuR att vara med att:

- Minska trycket på allmänläkarna och annan personal på vårdcentraler
- Minska vårdsökande
- Arbeta mer enligt stegvis vård och framme bättre personcentrerad vård

## 6. Rekommendationer

För att förbättra det psykosociala välbefinnandet och minska den psykiska ohälsan bland patienter samt motverka ofrivillig ensamhet föreslås följande åtgärder inom primärvården:

- Att KuR etableras som en gruppbaserad åtgärd/intervention som vårdgivare inom primärvården i hela regionen kan remittera patienter till
- Att Region Skåne och Skånes kommuner samverkar kring implementeringen samt förstärker denna satsning
- Primärvårdsnämnden och Kulturnämnden bör samverka kring implementeringen, för att stärka denna satsning
- Gratis för patienter

## 7. Konklusion

Sammanfattningsvis visar studien att deltagande i KuR har en starkt signifikant effekt på deltagarna i förhållande till deras välbefinnande och salutogena hälsa. Studien visade också psykosociala effekter som social samhörighet, motivation, beteendeförändringar och livsglädje.

Baserat på den aktuella och andra nationella och internationella studier är det uppenbart att KuR har en positiv effekt på det psykosociala välbefinnandet för patienter med psykiska hälsoproblem. Rekommendationerna är därför att primärvårdens patienter med psykisk ohälsa och/eller ofrivillig ensamhet får tillgång till KuR med hänvisning från vårdgivare på vårdcentral. Slutligen är det av störst vikt att KuR blir ett av primärvårdens hälsofrämjande initiativ med uppföljning från vårdgivarna. Samt att en kultur- och hälsokoordinator fungerar som länk mellan patient, vårdcentral och kommun.

## 8. Referenser

1. Bungay H, Clift S. Arts on Prescription: A review of practice in the UK. *Perspect Public Health*. 2010;130(6):277–81.
2. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health*. 2018 May 4;10(2):97–123.
3. Jensen A, Stickley T, Torrissen W, Stigmar K. Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities. *Perspect Public Health* [Internet]. 2016 Nov 16;137(5):268–74. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757913916676853>
4. Holt N, Matthews J, Elliot C. Art on prescription: Practice and evidence. In: Crawford P, Kadetz P, editors. *Palgrave Encyclopedia of the Health Humanities*. Cham: Springer International Publishing; 2024.
5. Costa A, Sousa CJ, Seabra PRC, Virgolino A, Santos O, Lopes J, et al. Effectiveness of Social Prescribing Programs in the Primary Health-Care Context: A Systematic Literature Review. *Sustainability*. 2021 Mar 3;13(5):2731.
6. Muhl C, Wadge S, Hussein T. Social prescribing and students: A scoping review protocol. *PLoS One*. 2023 Aug 17;18(8):e0289981.
7. Pescheny J V, Randhawa G, Pappas Y. The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence. *Eur J Public Health*. 2020 Aug 1;30(4):664–73.
8. Bungay H, Jensen A, Holt N. Critical perspectives on Arts on Prescription. *Perspect Public Health*. 2023 May 12;175791392311707.
9. Dingle GA, Sharman LS, Haslam C, Donald M, Turner C, Partanen R, et al. The effects of social group interventions for depression: Systematic review. *J Affect Disord*. 2021 Feb;281:67–81.
10. Walker K, Griffiths C, Jiang H. Understanding the Underlying Mechanisms of Action for Successful Implementation of Social Prescribing. *Open J Prev Med*. 2023;13(02):41–56.
11. Woodall J, Trigwell J, Bunyan A-M, Raine G, Eaton V, Davis J, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018 Dec 6;18(1):604.
12. Jensen A, Holt N, Honda S, Bungay H. The impact of arts on prescription on individual health and wellbeing: a systematic review with meta-analysis. *Front Public Heal*. 2024 Jul 9;12.
13. National Health Service (NHS). Network Contract Directed Enhanced Service . 2022.

14. Sanderson J, Kay N, Watts R. Universal Personalised Care. Implementing the comprehensive model. London; 2019.
15. Department for Culture M and S. A connected society: a strategy for tackling loneliness. London ; 2018.
16. Scottish Government. A Connected Scotland: our strategy for tackling social isolation and loneliness and building stronger social connections. Edinburgh; 2018.
17. Welsh Government. Connected Communities . Cardiff ; 2020.
18. Sonke J, Manhas N, Belden C, Morgan-Daniel J, Akram S, Marjani S, et al. Social prescribing outcomes: a mapping review of the evidence from 13 countries to identify key common outcomes. *Front Med.* 2023 Nov 7;10.
19. Jensen A, Bungay H. Swedish primary healthcare practitioners' perspectives on the impact of arts on prescription for patients and the wider society: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2021 Dec 26;21(1):1277.
20. Stigmar K, Åstrom M, Sarbast S, Peterson I. Kultur på recept 2.0. Skåne; 2016.
21. Bergman P, Rusaw D, Bülow PH, Skillmark M, Jansson I. Effects of arts on prescription for persons with common mental disorders and/or musculoskeletal pain: A controlled study with 12 months follow-up. *Cogent Public Heal.* 2023 Dec 31;10(1).
22. Region Skåne. Kultur & Hälsostrategi 2022-2030. Hela människan, hela livet. . Malmö; 2022.
23. Jensen A. Evalueringsguide: Kultur og Sundhed . 2020.
24. Haver A, Akerjordet K, Caputi P, Furunes T, Magee C. Measuring mental well-being: A validation of the Short Warwick–Edinburgh Mental Well-Being Scale in Norwegian and Swedish. *Scand J Public Health.* 2015 Nov 3;43(7):721–7.
25. Bringsén Å, Andersson HI, Ejlertsson G. Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scand J Public Health.* 2009 Jan 17;37(1):13–9.
26. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
27. Region Skåne. Folkhälsorapport Skåne 2023. Malmö; 2023. <https://utveckling.skane.se/publikationer/publikationer/folkhalsorapport-skane-2023>
28. Bild E, Pachana NA. Social prescribing: A narrative review of how community engagement can improve wellbeing in later life. *J Community Appl Soc Psychol.* 2022 Nov 14;32(6):1148–215.
29. Stickley T, Wright N, Slade M. The art of recovery: outcomes from participatory arts activities for people using mental health services. *J Ment Heal.* 2018 Jul 4;27(4).

30. Tomlinson A, Lane J, Julier J, Duffy LG, Payne A, Mansfield L, et al. A systematic review of the subjective wellbeing outcomes of engaging with visual arts for adults (“working-age”, 15-64 years) with diagnosed mental health conditions. London; 2018.
31. Jensen A, Bonde L. The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspect Public Health*. 2018 Jul 30;138(4):209–14.
32. Lyall LM, Wyse CA, Graham N, Ferguson A, Lyall DM, Cullen B, et al. Association of disrupted circadian rhythmicity with mood disorders, subjective wellbeing, and cognitive function: a cross-sectional study of 91 105 participants from the UK Biobank. *The Lancet Psychiatry*. 2018 Jun;5(6):507–14.
33. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS One*. 2014 Jun 17;9(6):e100100.
34. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clin Psychol Sci Pract*. 2009 Dec;16(4):383–411.
35. Santini ZI, Thygesen LC, Krokstad S, Bonde LO, Donovan RJ, Koushede V, et al. Engagement with arts and culture activities in the Danish general population: Longitudinal associations with new onset or persistent depression and mental wellbeing. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2023 Mar 15; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12657>
36. Jensen A, Folker AP, Lindström M, Ekholm O. Arts and culture engagement for health: a Danish population-based study. *Public Health*. 2023 Dec;225:120–6.
37. Tomlinson A, Lane J, Julier G, Grigsby-Duffy L, Payne A, Mansfield L, et al. Qualitative findings from a systematic review: Visual arts engagement for adults with mental health conditions1. *J Appl Arts Heal*. 2020 Nov 1;11(3):281–97.
38. World Health Organization (WHO). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva; 2022 Jun.
39. Public Health Agency Sweden. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>. 2021.
40. Försäkringskassan. Antalet sjukskrivna varierar över tid. 2024.
41. Jones KG, Roth SE, Vartanian KB. Health and Health Care Use Strongly Associated with Cumulative Burden of Social Determinants of Health. *Popul Health Manag*. 2022 Apr 1;25(2):218–26.
42. Marmot M, Allen JT, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. London; 2020.
43. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health.



Int Rev Psychiatry. 2014 Aug 19;26(4):392–407.

44. Holmér S, Nedlund A-C, Thomas K, Krevers B. How health care professionals handle limited resources in primary care – an interview study. BMC Health Serv Res. 2023 Jan 3;23(1):6.
45. Avby G, Kjellström S, Andersson Bäck M. Tending to innovate in Swedish primary health care: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2019 Dec 18;19(1):42.
46. Khatri RB, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Erku D, Endalamaw A, et al. People-centred primary health care: a scoping review. BMC Prim Care. 2023 Nov 9;24(1):236.
47. Region Skåne. Regional utvecklingsstrategi - Det öppna Skåne 2030. Malmö; 2020. [regional\\_utvecklingsstrategi\\_oppna\\_skane\\_2030.pdf](#)
48. Region Skåne. Regional kulturplan för Skåne 2025–2028. Tillsammans skapar vi ett kulturliv öppet för alla! Malmö; 2024. [skane.se/namndshandlingar/33537496/](https://skane.se/namndshandlingar/33537496/)
49. Region Skåne. Målbild och färdplan för framtidens hälsosystem. Kristianstad; 2020. [malbild-och-fardplan-for-framtidens-halsosystem.pdf \(skane.se\)](#)

## Bilagor

**Table 3. Descriptive characteristics.**

	All	Gender			<i>P-value</i>
		Female	Male	Other	
<b>SHIS</b>					
Baseline, mean (SD)	30.7 (8.8)	31.0 (8.3)	31.0 (10.3)	20.3 (3.5)	0.087 <sup>£</sup>
Follow-up, mean (SD)	43.6 (10.6)	44.9 (10.0)	40.3 (11.7)	37.3 (11.9)	0.092 <sup>£</sup>
<b>DIFF SHIS,</b> mean (SD)	12.9 (10.8)	13.8 (10.1)	9.3 (12.6)	17.0 (8.7)	<b>0.011<sup>£</sup></b>
<b>SWEMWBS</b>					
Baseline, mean (SD)	17.7 (5.0)	18.0 (4.8)	17.0 (5.9)	15.0 (1.7)	0.302 <sup>£</sup>
Follow-up, mean (SD)	22.5 (5.1)	23.5 (4.8)	19.7 (4.6)	19.7 (7.2)	<b>0.002<sup>£</sup></b>
<b>DIFF SWEMWBS,</b> mean(SD)	4.8 (5.2)	5.5 (5.1)	2.7 (5.4)	4.7 (5.5)	<b>0.036<sup>£</sup></b>
<b>Age,</b> mean (SD)	59.0 (13.9)	57.7 (14.0)	63.8 (10.6)	53.7 (10.6)	0.088 <sup>£</sup>
<b>Depression (%)</b>	34 (30.4)	22 (26.5)	11 (42.3)	1 (33.3)	0.229*
<b>Anxiety (%)</b>	37 (33.0)	32 (38.5)	4 (15.4)	1 (33.3)	0.070*
<b>Stress (%)</b>	24 (21.4)	19 (22.9)	4 (15.4)	1 (33.3)	0.484*
<b>Social isolation/loneliness (%)</b>	17 (15.2)	10 (12.0)	7 (26.9)	0 (0.0)	0.168*
<b>Living (2)</b>	35 (31.3)	31 (37.3)	4 (15.4)	0 (0.0)	0.075*
<b>Country of birth (2)</b>	29 (25.9)	25 (30.1)	3 (11.5)	1 (33.3)	0.121*

<b>Education</b>					
1	13 (11.6)	9 (10.8)	4 (15.4)	0 (0.0)	0.358*
2	54 (48.2)	42 (50.6)	12 (46.1)	0 (0.0)	
3	45 (40.2)	32 (38.6)	10 (38.5)	3 (100.0)	
<b>Economy (2)</b>	79 (70.5)	62 (74.7)	15 (57.7)	2 (66.7)	0.195*
<b>Health-status</b>					
1	8 (7.1)	6 (7.2)	2 (7.7)	0 (0.0)	0.441*
2	55 (49.1)	43 (51.8)	12 (46.1)	0 (0.0)	
3	49 (43.8)	34 (41.0)	12 (46.1)	3 (100.0)	
<b>Diabetes</b>	18 (16.1)	7 (8.4)	11 (42.3)	0 (0.0)	<b>&lt;0.001*</b>
<b>Lungsjukdom</b>	11 (9.8)	8 (9.6)	2 (7.7)	1 (3.3)	0.362*
<b>Cardiovascular</b>	14 (12.5)	8 (9.6)	5 (19.2)	1 (33.3)	0.152*
<b>Hypertension</b>	34 (30.4)	26 (31.3)	8 (30.8)	0 (0.0)	0.761*
<b>Medication for mental illness</b>	50 (44.6)	35 (42.2)	13 (50.0)	2 (66.7)	0.573*
<b>Other medicine</b>	82 (73.2)	61 (73.5)	20 (76.9)	1 (33.3)	0.282*
<b>No medicine</b>	9 (8.0)	7 (8.4)	1 (3.9)	1 (3.3)	0.183*
<b>Contact with health system</b>					
1	37 (33.0)	24(28.9)	13 (50.0)	0 (0.0)	0.078*
2	75 (67.0)	59 (71.1)	13 (50.0)	3 (100.0)	
<b>Attitude to health</b>					
1	82 (73.2)	64 (77.1)	16 (61.5)	2 (66.7)	0.224*
2	30 (26.8)	19 (22.9)	10 (38.5)	1 (33.3)	
<b>Other referrals (No)</b>	57 (50.9)	39 (47.0)	17 (65.4)	1 (33.3)	0.228*
<b>Arts engagement (2)</b>	76 (67.9)	58 (69.9)	16 (61.5)	2 (66.7)	0.763*

£ p-value: Kruskal-Wallis Test.

\* p-value: Fisher exact test.

**Bold p < 0.05.**

**Table 4.** Generalized linear regression model (GLM) Predicting difference of follow-up and baseline for **SHIS**.

Explanatory variables	Model 1			Model 2	
	Ref.	Est.	<i>P</i> -value*	Est.	<i>P</i> -value*
<b>Gender</b>	1	-5.91	<b>0.047</b>	-4.50	0.064
<b>Age</b>		-0.17	0.099		
<b>Inclusion diagnosis</b>					
Depression	Social	2.82	0.437		
Anxiety	isolati	-3.30	0.369		
Stress	on	-2.69	0.486		
<b>Living</b>	1	0.99	0.710		
<b>Country birth</b>	1	-1.07	0.683		
<b>Education</b>					
1		0.64	0.874		
2	3	1.44	0.551		
<b>Economy</b>	1	-1.57	0.597		
<b>Health status</b>					
1		0.48	0.921		
2	3	-1.86	0.433		
<b>Diabetes</b>	0	-0.43	0.900		
<b>Lung diseases</b>	0	-2.54	0.522		
<b>Cardiovascular</b>	0	4.47	0.238		
<b>Hypertension</b>	0	-1.25	0.657		
<b>Medication for mental illness</b>	0	-0.80	0.772		
<b>Other medicine</b>	0	1.18	0.740		
<b>No medicine</b>	0	-6.19	0.264		
<b>Contact_with_healths</b>	2	-3.87	0.125		
<b>Attitude_to_health</b>	1	2.72	0.319		
<b>Other referrals No</b>	0	4.33	0.073		
<b>Arts_engagement</b>	2	-3.07	0.219		

Model 1: All variables included.

Model 2: Only significant variables from model 1 included.

\***Bold**  $p < 0.05$ .

**Table 5.** Generalized linear regression model (GLM) Predicting difference of follow-up and baseline for **SWEMWBS**.

Explanatory variables	Ref.	Model 1		Model 2	
		Est.	<i>P</i> - <i>value</i> *	Est.	<i>P</i> - <i>value</i> *
<b>Gender</b>	1	-3.04	<b>0.024</b>	- 2.48	<b>0.029</b>
<b>Age</b>		-0.07	0.168		
<b>Inclusion diagnosis</b>					
Depression	Socia	1.43	0.382		
Anxiety	l	-0.90	0.587		
Stress	isolat	-1.91	0.274		
ion					
<b>Living</b>	1	0.68	0.573		
<b>Country birth</b>	1	-1.12	0.344		
<b>Education</b>					
1	3	-2.81	0.123		
2		0.48	0.661		
<b>Economy</b>	1	-0.51	0.703		
<b>Health status</b>					
1	3	-1.07	0.627	- 2.29	0.227
2		-2.23	<b>0.039</b>	- 2.44	<b>0.016</b>
<b>Diabetes</b>	0	0.38	0.806		
<b>Lung disease</b>	0	-0.42	0.815		
<b>Cardiovascular</b>	0	1.40	0.411		
<b>Hypertension</b>	0	0.55	0.664		
<b>Medication for mental illness</b>	0	-0.80	0.522		
<b>Other medicine</b>	0	-2.12	0.187		
<b>No medicine</b>	0	-4.86	0.054		
<b>Contact_with_healths</b>	2	-2.25	<b>0.049</b>	- 2.02	0.054
<b>Attitude_to_health_</b>	1	-0.61	0.619		
<b>Other referrals No</b>	0	2.14	<b>0.049</b>	1.20	0.204
<b>Arts_engagement</b>	2	-2.88	<b>0.012</b>	- 2.89	<b>0.005</b>

Model 1: All variables included.

Model 2: Only significant variables from model 1 included.

\***Bold**  $p < 0.05$ .

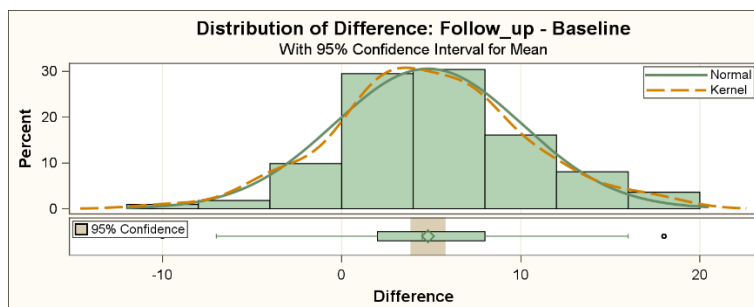
**Tabel 6. T T-test and Wilcoxon Signed-Ranks Test for SWEMWBS:  $p < 0.001$**

SWEMWBS						
Variable	n	Minimum	Maximum	Mean	SD	Median
DIFF	112	-10	18	5	5	5
Follow-up	112	11	35	22	5	23
Baseline	112	7	29	18	5	17

**Tabel 7. T-test and Wilcoxon Signed-Ranks Test for SHIS:  $p < 0.001$**

SHIS						
Variable	n	Minimum	Maximum	Mean	SD	Median
DIFF	112	-15	48	13	11	13
Follow-up	112	15	69	44	11	44
Baseline	112	12	50	31	9	30

**Figure 3. Histogram of difference follow-up and Baseline SWEMWBS**



**Figure 4. Histogram of difference follow-up and Baseline SHIS**

