

2016-04-05

Epidemiologi- och registercentrum Syd, Skånes universitetssjukvård

Kultur på recept 2.0

VERSION 1



Kjerstin Stigmar, PhD, projektledare

Mikael Åström, enhetschef Epidemiologi- och Registercentrum Syd/ senior statistiker

Soran Sarbast, datamanager

Ingemar Petersson, Professor försäkringsmedicin, forskningschef, Skånes universitetssjukvård

Innehåll

1 Sammanfattning	5
2 Bakgrund	6
2.1 sjukförsäkringen och rehabilitering	6
2.2 De stora patientgrupperna i sjukförsäkringen	6
2.3 Kultur och hälsa	7
2.4 Kultur på recept 2.0 i Helsingborg	8
3. Metod	9
3.1 Interventionen	9
3.2 Studiepopulation	10
3.3 Uppföljningsmetoder	10
3.4 Genomförande	13
3.5 Statistiska överväganden och analys	13
4. Resultat	14
4.1 Beskrivning av studiepopulationen	14
4.2 Förändringar över tid	19
5. Diskussion	27

5.1 Resultatdiskussion	27
5.2 Metoddiskussion	29
6. Sammanfattande slutsatser och implikationer för framtiden	30
7. Referenser	31
Bilaga 1	35
Arbetsgrupp/processgrupp	35
Ledningsgrupp	35
Politisk styrgrupp	35

1 Sammanfattning

Kultur på recept i Helsingborg stad har erbjudits patienter som sökt vård för psykisk ohälsa, smärtproblematik och som varit sjukskrivna eller riskerat sjukskrivning eller social isolering. Syftet med interventionen var att erbjuda ett komplement eller alternativ till den traditionella medicinska vården, för en stor patientgrupp i primärvården. Projektet har löpt under 2012-2014 och totalt har 187 deltagare påbörjat interventionen *Kultur på recept*. Deltagarna har delats in i grupper om cirka 10 personer som träffats under 10 veckor, vid tre tillfällen varje vecka och fått ta del av och aktivt medverka i, olika kulturaktiviteter. Aktiviteterna har skett vid olika kulturinstitutioner i Helsingborg, till exempel Sofieros slott och slottsträdgård, Fredriksdals museum och trädgårdar, Dunkers kulturhus, stadsbiblioteket och konserthuset.

I denna rapport har vi gjort en sammanställning av självrapporterad data som samlats in i samband med att deltagarna påbörjat *Kultur på recept*, när de slutat samt vid sex respektive 12-månader efter påbörja intervention. Resultaten baserar sig på 123 deltagare. Någon jämförelsegrupp finns inte.

I denna rapport har vi kunnat se att deltagarna förbättras över tid, det är dock viktigt att notera att det finns ett stort bortfall i uppföljningarna och att understryka att denna typ av uppföljning inte medger att uttala sig om reella effekter av själva interventionen, eftersom det saknas en jämförelsegrupp.

Innan resultaten var kända definierades en huvudparameter (arbetsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet) för bedömning om förändringen var en kliniskt relevant förbättring eller inte. Resultaten visar att 29 % av patienterna uppvisade en kliniskt konfirmerad relevant förbättring vid 12 månader efter interventionen. Motsvarande siffra direkt efter interventionen var 41 % och vid 6 månader var den 34 %.

Resultaten visar på statistiskt säkerställda förbättringar över tid avseende flera olika självskattade mått. Deltagarna skattade sin arbetsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet och funktion som bättre efter avslutad intervention och vid uppföljningar. Risken att utveckla långvariga besvär minskade något och även graden av depressions- eller ångestproblematik.

2 Bakgrund

2.1 SJUKFÖRSÄKRINGEN OCH REHABILITERING

Under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet var det en stor ökning av sjukskrivning och sjukersättning (sjukpension) i Sverige. Både antalet sjukskrivna, längden på sjukskrivningarna samt antalet med sjukersättning ökade dramatiskt. Sveriges sjukfrånvaro avvek kraftigt från andra jämförbara länder i västvärlden. Endast Nederländerna och Norge uppvisade en liknande bild.

Under tidigt 2000-tal fattades det beslut om rad förändringar i sjukförsäkringen och rehabiliteringen kopplat till återgång i arbete. Grunden för att ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen är att en individs arbetsförmåga ska vara nedsatt med minst 25 % på grund av sjukdom eller skada (Sveriges Riksdag, 2010). Denna bedömning görs av en läkare. Hen ska också göra en bedömning av huruvida individens funktioner är påverkade och i vilken omfattning, samt hur individens aktivitetsförmåga är påverkad. I sjukförsäkringen infördes den så kallade *rehabkedjan*, med vilket avses att det infördes fasta tidsramar för hur och när individens arbetsförmåga skulle bedömas och relation till vad (Sveriges Regering, 2007).

I en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, beslutade man om inrättande av en *rehabiliteringsgaranti*, som riktade sig till de två stora grupperna i sjukförsäkringen; individer med psykisk ohälsa respektive smärtproblematik (Sveriges kommuner och landsting, 2008). Båda dessa grupper har nu tillgång till primärvårdsbaserad rehabilitering i form av Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell terapi (IPT) respektive multimodal smärtrehabilitering.

Eftersom sjukskrivningsfrågor inte tidigare varit en prioriterad fråga i regioner och landsting, beslutade man också om att allokera medel för detta genom införandet av *sjukskrivningsmiljarden* (Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, 2005). Fördelningen av medlen baserades på landstingens/regionernas arbete med att lyfta frågan och att minska sjuktalen.

2.2 DE STORA PATIENTGRUPPERNA I SJUKFÖRSÄKRINGEN

Den psykiska ohälsan har ökat kraftigt i Sverige under de senare åren (Försäkringskassan, 2016). När man tittar på sjukförsäkringen, så dominerar psykisk ohälsa och då företrädesvis bland unga kvinnor. De allra flesta som söker vård för psykisk ohälsa eller har psykisk ohälsa är dock inte sjukskrivna. Vården har inte alltid haft så mycket att erbjuda för denna patientgrupp, men genom vårdval psykiatri och rehabiliteringsgarantin, så finns nu ett utbud av vårdgivare i Region Skåne.

Det är fortsatt vanligt med olika typer av smärtor från rörelseorganen och dessa står fortfarande för en betydande del av sjukskrivningarna (Försäkringskassan, 2016). I Region Skåne har patienter med smärtproblematik tillgång till multimodal smärtrehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Internationellt pågår i dag en debatt om medikalisering av olika tillstånd och behandling av dessa samt vad som är hälso- och sjukvårdens uppdrag (British Medical Journal, 2016). Det finns anledning att fundera över om andra behandlingsalternativ kan ersätta medicinsk behandling eller vara ett komplement till detta. Enligt Svensk Hälso- och sjukvårdslagstiftningen (Sveriges Riksdag, 1982) så är hälso- och sjukvårdens övergripande mål en god hälsa för hela befolkningen.

2.3 KULTUR OCH HÄLSA

Kultur kan anses vara unikt för människan, men att definiera ordet *kultur* är en grannliga uppgift. Kultur kan sägas omfatta allt från värderingar, beteende, socialt liv och olika former av kulturuttryck. Enligt Svenska Akademiens ordlista så är kultur ”mänsklig verksamhet inom ett visst område och en viss tid; vetenskap, litteratur och konst; systematisk odling” (Svenska Akademiens ordlista, 2016). Giddens (1994) definierar det som: ”En kultur utgörs av värden dess medlemmar omhuldar, normer som de följer och materiella ting som de skapar”. När vi i dagligt tal pratar om kultur, så tänker vi vanligen på olika uttrycksformer i form av konst, musik, litteratur, dans och teater.

Hälsa är något som vi intuitivt kan relatera till och vi vet ofta om vi har hälsan eller inte. Det gamla uttryckssättet ”hälsan tiger still” har sin relevans genom att det ofta är *ohälsan* som gör sig påmind. Enligt Världshälsoorganisationen WHO (1946) så är hälsa ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning”. Denna är den mest spridda och använda definitionen, men som också har fått kritik för att vara ouppnåelig. Det finns andra definitioner som lägger större tonvikt vid individens möjligheter att kunna nå vitala mål (Nordenfeldt, 1991).

I Sverige har olika former av samband mellan kultur och hälsa studerats. ”Den kulturella hjärnan” är ett samarbetsprojekt mellan Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting och Statens Musikverk. Syftet med projektet är att lyfta fram forskning kring kultur, hjärna, lärande och hälsa (Den kulturella hjärnan, 2013). På projektets hemsida finns en sammanställning av aktuell forskning om till exempel dansterapi och Parkinsons sjukdom, musik i rehabilitering av stroke, psykisk ohälsa, demens och åldrande (Den kulturella hjärnan, 2013). Vid Göteborgs universitet finns enheten ”Centrum för kultur och hälsa”, som binder ihop olika fakulteter och institutioner kring forskning om kultur och hälsa (Centrum för kultur och hälsa, 2012).

Kultur kan få en plats i vården, som till exempel när man har tillgång till sjukhus bibliotek eller enstaka besök av kulturaktörer. Detta måste åtskiljas från när kultur i sig utgör en intervention. Detta har provats i flera landsting och regioner. Region Skåne och Västerbottens läns landsting fick via regeringsmedel möjlighet att utveckla och prova en sådan modell. I Region Skåne genomfördes det i form av ett pilotprojekt (Region Skåne, 2011). I Västerbottens läns landsting har man genomfört en kontrollerad studie där individer med stressproblematik, slumpmässigt har fördelats till en ”kulturgrupp” respektive en ”kontrollgrupp”. I detta projekt har deltagarna haft möjlighet att välja mellan tre olika skapande aktiviteter som de fått ägna sig åt under projekttiden. Resultaten visar att stressnivåerna sänks i ”kulturgruppen” och att nedvarvning och sömn också tenderar att förbättras (Janlert & Littbrand, 2011). I studien mättes också olika biomarkörer, men där har ingen skillnad mellan grupperna kunnat påvisas.

I Gävleborgs län har man genomfört ett pilotprojekt med ”kultur på recept” (Jönsson, 2015). Projektet riktade sig till individer med utmattningssyndrom och lättare depressioner och hade som syfte att hjälpa människor tillbaka till ett mer delaktigt och socialt liv. Resultaten är otydliga och närmast att betrakta som en utgångspunkt för utveckling av konceptet.

Också i Stockholm har man genomfört ett pilotprojekt, där patienter med smärta erbjudits kultur på recept. Uppföljningarna av detta visar att deltagarnas upplevelse av smärta minskade och att programmet bidragit till att minska social isolering (Rydstad et al, 2015).

I Stockholm har man genomfört en randomiserad, kontrollerad interventionsstudie riktad till kvinnor med utmattningssyndrom (Grape Viding et al, 2015) och funnit att de som fått del av den så kallade Kulturpaletten, förbättrades avseende utmattningssymtom och självskattad hälsa, i jämförelse med kontrollgruppen. I en norsk populationsbaserad studie har man kunnat se samband mellan kulturaktiviteter och olika hälsomått (Cuypers et al, 2012), men det krävs studier med annan design för att kunna fastställa effekter.

2.4 KULTUR PÅ RECEPT 2.0 I HELSINGBORG

I Region Skåne genomfördes under 2010 ett pilotprojekt (Region Skåne, 2011), och det har legat till grund för *Kultur på recept* som beskrivs i denna rapport. *Kultur på recept* har genomförts som ett projekt i Helsingborg stad under perioden januari 2012- december 2014. Syftet med projektet har varit att erbjuda *Kultur på recept* som ett alternativ eller en kompletterande rehabiliteringsform för patienter med psykisk ohälsa eller smärtproblematik, sjukskrivning/hotande sjukskrivning eller risk för social isolering. Region Skåne, Helsingborg stad samt FINSAM Helsingborg har tillsammans finansierat projektet.

Projektet har letts av en operativ arbetsgrupp bestående av en processledare med ansvar för det totala projektet, en kulturkoordinator och en vårdkoordinator. Projektet har haft en partssammansatt ledningsgrupp, som har jobbat på ett gemensamt uppdrag. Det har funnits en politisk styrgrupp med ledamöter från Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd och kulturnämnd, Helsingborgs stads kulturnämnd samt FINSAM Helsingborgs styrelse. Denna grupp har haft uppdraget att stödja och följa projektet samt att förankra det i respektive organisation (bilaga 1).

Kulturkoordinatören och vårdkoordinatören har haft nyckelroller i projektet. Vårdkoordinatören har verkat som ett stöd för vårdenheterna och remittenterna samt utgjort vårdens länk till kulturen och kulturkoordinatören. Ett krav på de deltagande vårdenheterna har varit att det måste finnas en rehabkoordinator anställd. Detta är en person med expertkompetens inom i sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor och som utbildats av Region Skåne. Dennes uppgift i projektet har varit att identifiera patienter som skulle kunna ha nytta av *Kultur på recept*, samt göra en bedömning tillsammans med läkare om patienten kan tillgodogöra sig insatsen. Rehabkoordinatorn har därför haft samtal med patienten före, under och efter deltagandet och har fungerat som kontaktperson.

Kulturkoordinatören har ansvarat för planering och samordning av kulturaktiviteterna inom *Kultur på recept*. Detta inkluderar allt från kommunikation, schemaläggning och uppföljning. Kulturkoordinatören har fungerat som kulturens länk till vården och vårdkoordinatören.

Varje gruppaktivitet har letts av professionella kulturpedagoger. De har haft ansvar för att presentera de olika aktiviteterna samt att inkludera och aktivera deltagarna. Varje individ har deltagit utifrån sin egen förmåga och varit så aktiv som man förmått eller önskat. Aktiviteterna har kombinerats med samtal, frågeställningar och diskussioner om kulturupplevelsen. Totalt 187 deltagare har rekryterats från 13 vårdcentraler och två öppensykiatriska mottagningar i Helsingborgs stad.

3. Metod

Epidemiologi- och registercentrum Syd har haft uppdraget att följa upp *Kultur på recept*. Tidigare har en interimrapport (2014) lämnats och resultaten har presenterats vid den nationella konferensen *Att färdas mot nya möjligheter* i Helsingborg 2013.

Denna rapport är en uppföljning av *Kultur på recept* i Helsingborgs stad. Den har en förefter design och baserar sig på självrapporterade data från deltagarna. Ingen jämförelsegrupp finns.

3.1 INTERVENTIONEN

Kultur på recept har erbjudits som ett alternativ eller komplement till den traditionella vården under perioden 2012-2014 i Helsingborg stad. Deltagarna har remitterats till *Kultur på recept* efter bedömning av rehabkoordinator och läkare. För att få *Kultur på recept* ska deltagarna ha uppvisat en egen vilja och motivation att delta i programmet, förstått programmets upplägg och att det är frivilligt men bygger på obligatorisk närvaro. Deltagarna ska också ha kunnat fungera i ett socialt sammanhang och fick inte vara i behov av hjälp för att kunna förflytta sig. Alla transporter till de olika aktiviteterna har deltagarna själv stått för.

När en grupp av deltagare har bildats har programmet inletts med ett möte med kulturkoordinatören, där deltagarna fått information om programmet. De olika kulturaktiviteterna har sedan letts av olika professionella kulturpedagoger. När en grupp börjat i *Kultur på recept* så har de inte betraktats som patienter utan som deltagare, för att markera att fokus läggs på det som är friskt hos individen. Kulturkoordinator och kulturpedagogerna har vetat att individen var remitterad från hälso- och sjukvården, men inte någonting om individens diagnos eller besvär. Under programmet har man inte pratat om

olika sjukdomar, medicinska tillstånd eller funktionsnedsättningar. Fokus har varit på kulturaktiviteterna.

Interventionen har bestått av ett 10 veckor långt program, där deltagarna träffats tre tillfällen varje vecka för att ta del av och medverka i olika kulturaktiviteter. I huvudsak har alla deltagare fått ta del av och medverka i samma typ av aktiviteter, men det skiljde sig något åt mellan grupperna hur många gånger varje aktivitet getts, inom ramen för 10veckorsprogrammet. Alla aktiviteterna har varit förlagda till kulturverksamheterna inom Helsingborg stad som till exempel Sofieros slott och slottsträdgård, Fredriksdals museum och trädgårdar, Dunkers kulturhus, stadsbiblioteketer och konserthuset. Exempel på aktiviteter är att se konst, lyssna på musik, eget skapande som till exempel hantverk eller målarskola, kulturhistoriska vandringar, hantverk, biblioteksbesök och konsertbesök.

Deltagarna har stimulerats till att aktivt delta i de olika aktiviteterna, men varje individ har deltagit efter egen förmåga. Vid det första informationstillfället fick deltagarna stadens kulturkort, för att uppmuntra till fortsatta kulturaktiviteter även efter att programmet avslutats. Kulturkortet gav fri tillgång till Dunkers Kulturhus, Fredriksdals museum och trädgårdar, Kärnan och Sofiero slott och slottsträdgård, men även rabatter på konserter, teater och andra erbjudanden under ett års tid.

Utöver själva kulturaktiviteterna så har varje deltagare erbjudits två avstämningsmöten tillsammans med vårdgivare, Försäkringskassan och i förekommande fall Arbetsförmedlingen. Kulturkoordinatören har också bjudit in till en återträff i varje grupp.

3.2 STUDIEPOPULATION

Studiepopulationen består av de som deltagit i *Kultur på recept 2.0* i Helsingborg under perioden 2012-2014 och som genom informerat samtycke accepterade att delta i studien. Individer som sökte vård för psykisk ohälsa och/eller smärtproblematik på vårdcentral eller öppenpsykiatriskt mottagning, samt var sjukskrivna eller riskerade att bli sjukskrivna och riskerade social isolering, erbjöds att delta i *Kultur på recept*. De som var intresserade fick dels information om interventionen på vårdcentralen och dels ytterligare information vid ett gemensamt informationsmöte, som getts inför varje ny programomgång. Om individen önskade delta så har hen fyllt i ett informerat samtycke att hens uppgifter får användas i uppföljningar av vården.

3.3 UPPFÖLJNINGSMETODER

Deltagarna har följts upp med ett frågeformulär som består bakgrundsfrågor som konstruerats av forskargruppen samt av etablerade frågeformulär, om bland annat hälsa och funktioner. Frågeformuläret har omfattat följande områden:

- Bakgrundsinformation om kön, ålder, civilstånd, hemmaboendebarn, födelseland, utbildning
- Svårigheter med skriftligt språk
- Förväntningar på interventionen
- Kulturvanor
- Levnadsvanor (Socialstyrelsens indikatorfrågor)

- Allmän hälsa
- Arbetsförmåga (Work ability score)
- Arbetsförmåga i relation till fysiska krav i arbetet
- Arbetsförmåga i relation till psykiska krav i arbetet
- Prognos av den egna arbetsförmågan om två år
- Sjukskrivning eller sjuk/aktivitetsersättning

- Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)
- Funktion (Functional Rating Index)
- Ångest och depression (Hospital Anxiety and Depression Scale)
- Smärtproblem och risk för att utveckla långvariga besvär (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire-short)

3.3.1 Levnadsvanor

Levnadsvanor är ett vitt begrepp, men i Socialstyrelsens riktlinjer från 2011 fokuserar man kost, tobak, alkohol och fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2011). I dessa riktlinjer finns ett antal så kallade indikatorfrågor, kopplat till respektive levnadsvana. I denna uppföljning har vi valt att inte ha med frågor om kost, då det ger svårtolkade resultat och saknar tydliga gränsvärden.

Generellt så rekommenderas att man inte brukar tobak, men rökningar har mer dokumenterade hälsorisker än snusning. Det är inte möjligt att svara hur mycket mindre riskerna med snusning är (Socialstyrelsen, 2012). När det gäller alkohol så betraktar man 14 glas eller mer per vecka (män) respektive nio glas eller mer vecka (kvinnor) som en hög konsumtion. Att dricka fyra eller fem glas (kvinnor respektive män) vid ett och samma tillfälle, betraktas som riskbruk.

När det gäller fysisk aktivitet rekommenderar Socialstyrelsen att man ska vara aktiv minst 150 minuter i veckan (måttlig intensitet) alternativt 75 minuter på hög intensitet.

Att ha mer än en ohälsosam levnadsvana samtidigt, ökar risken för ohälsa.

3.3.2 Arbetsförmåga och arbetsförmåga i relation till fysiska och psykiska krav i arbetet samt prognos av den egna arbetsförmågan

Work ability index är ett självskattningsformulär som är väletablerat inom forskning och företagshälsovård, vad gäller uppföljning av anställdas arbetsförmåga (Tuomi et al, 1998). Formuläret används ofta i sin helhet och består då av sju frågor som summeras och ger en totalpoäng. Det är också vanligt att man använder ett urval av frågor från frågeformuläret och då framför allt den allra första frågan, där individen får bedöma den egna arbetsförmågan i relation till när den var som bäst på en 10-gradig skala. Denna fråga kallas *Work Ability Score* och har visat sig kunna användas istället för hela frågeformuläret (El Fassi et al, 2013; Ahlström et al, 2010). Individen skattar alltså sin nuvarande arbetsförmåga och kan få ett värde mellan 0-10. Arbetsförmågan bedöms som dålig vid värden på 0-5, måttlig vid värden på 6-7, bra vid värden på 8-9 och utmärkt vid värdet 10.

Ofta kompletterar man också med att välja ut ytterligare några frågor där man skattar den egna arbetsförmågan i relation till arbetets fysiska respektive psykiska krav samt ger en egen prognos om man tror att man kan vara kvar i nuvarande arbete om två år. Prognos av den egna arbetsförmågan har visat sig vara en viktig indikator på om man är i arbete eller ej om två år.

3.3.3 Hälsorelaterad livskvalitet

EQ-5D är ett frågeformulär som mäter självskattad hälsorelaterad livskvalitet. Instrumentet är väl beprövat och använt brett över hela världen. Det är vanligt vid hälsoekonomiska beräkningar (Euroqol, 2016). Det består av fem frågor, där individen på en tregradig skala får bedöma sin förmåga till rörlighet, sköta sin hygien, huvudsaklig aktivitet samt om hen har smärtor/besvär och slutligen rädsla/nedstämdhet. Svartalternativen bildar en sifferkombination med fem siffror till exempel 11222. Utifrån en manual läser man sedan ut ett värde med två decimaler som anger den självskattade hälsorelaterade livskvaliteten som kan anta värden från -0,55 till 1,0 (Dolan, 1997). Bästa tänkbara hälsa motsvaras av 1,0. I en svensk normalpopulation har man det genomsnittliga värdet 0,84 (Burström et al, 2001; Burström et al, 2007). Det finns indikationer på att ett värde på 0,6 krävs för att man ska ha arbetsförmåga (Hansson et al, 2006). Om svar på någon av de fem frågorna saknats, har inget total värde räknats ut.

3.3.4 Funktion

Functional Rating Index (Feise & Menke, 2001; 2010) består av tio frågor som berör vanliga funktioner och aktiviteter såsom smärtförmåga, sömn, personlig hygien, resor och andra grundläggande funktioner som gående och stående. Totalt kan man få 40 poäng, som sedan räknas om i procent. Man kan ha från 0-100 % funktionsnedsättning. Om svaret på en av de tio frågorna saknats, har detta ersatt med ett beräknat värde baserat på medelvärdet av de övriga nio frågorna.

3.3.5 Ångest och depression

Hospital Anxiety and Depression Scale- HAD är ett screeninginstrument som är vanligt förekommande i vården, inte minst i primärvården (Zigmond & Snaith, 1983) Individen får ta ställning till 14 påstående som sedan räknas om till två total score för depression respektive ångest. Som högst kan man få 21 poäng på respektive skala. Har man 0-7 poäng föreligger inte ångest eller depression, vid 8-10 poäng finns misstanke om ångest eller depression, och 11 poäng och över indikerar en trolig depressions- eller ångestproblematik. Om något värde saknats i formuläret har ingen total score för ångest eller depression räknats ut.

Det är viktigt att påpeka att detta inte är ett diagnostiskt test, utan endast ett screening formulär. För att fastställa att depression eller ångestproblematik föreligger krävs ytterligare undersökningar.

3.3.6 Långvarig smärta

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire har utvecklats för att kartlägga psykosociala riskfaktorer för långvarig smärtproblematik (Linton & Hallden, 1998) Det finns i en full version och i en kortare version, varav den senare har använts i denna uppföljning (Linton et al, 2011). Formuläret består av tio frågor om smärta, aktivitet, stress, egen

uppfattning om förmåga och framtid. Totalt kan man få 100 poäng, och vid 50 poäng eller över, bedöms man ha en ökad risk för att utveckla långvariga besvär. Om något värde saknats i den ifyllda enkäten, har detta ersatts med ett medelvärde baserat på svaren från de övriga nio frågorna.

3.3.7 Diagnoser

För att få en bild av vilka diagnoser som deltagarna i *Kultur på recept* hade innan interventionen påbörjades, gjordes en sökning i Region Skånes Vårddatabaser (RSVD). Vi sökte på alla fysiska besök, tre månader före deltagarna påbörjade sin intervention och sökte efter i första hand diagnoser i första och andra positionen. Det fysiska besök som var närmast i tid till inkludering i *Kultur på recept*, valdes ut.

3.4 GENOMFÖRANDE

Denna rapport baserar sig på deltagarrapporterade uppgifter som samlats in i frågeformulär. Deltagarna har fått formulären från vårdgivaren vid start och avslut. Frågeformulären har skickats ut vid sex och 12-månaders uppföljning. Vi uteblivna svar har upp till tre påminnelser skickats.

3.5 STATISTISKA ÖVERVÄGANDEN OCH ANALYS

Studien har en före-efter design och är att betrakta som en uppföljning av vården. Då vi inte har någon jämförelsegrupp, så medger inte resultaten i denna rapport att vi kan uttala oss om effekter av interventionen.

Alla deltagare har inte besvarat frågeformulären och det innebär att det finns bortfall av hela enkäter men också att deltagare valt att inte besvara vissa frågor. För att hantera detta har vi provat olika statistiska metoder för att kompensera för saknade uppgifter. Efter att ha jämfört utfallet av de olika metoderna har vi valt att tillämpa ansatsen *observed cases*, i syfte att använda så mycket insamlad information som möjligt. De andra analyserna gav likvärdiga resultat.

De flesta variabelers fördelning gör att icke-parametriska statistiska metoder ska användas. För att utröna känsligheten av testerna har dock även parametriska test utförts. Resultaten från dessa båda metoder har i huvudsak varit samstämmiga och därför anses de statistiska metoderna vara robusta och enbart resultat från de icke-parametriska test har därför redovisats. De som avbrutit sitt deltagande i interventionen har exkluderats från analysen. Totalt har 13 individer avbrutit sitt deltagande.

Vi har gjort jämförelser: a) från start på *Kultur på recept* till avslutad intervention; b) från start till sex månader efter påbörjad intervention; c) från start till 12-månader efter påbörjad intervention. P-värden som är mindre än 0,05 betraktas som statistiskt signifikanta och då använder vi termen ”statistiskt säkerställda förändringar” eller liknande. Någon justering för multiplicitet var inte möjlig eftersom inga test specificerats vid studiens start.

4. Resultat

Denna resultatsammanställning baseras sig på uppgifter i 123 frågeformulär som deltagarna i *Kultur på recept* lämnat vid starten och avslut av *Kultur på recept*, samt vid sex respektive 12-månaders uppföljningar.

4.1 BESKRIVNING AV STUDIEPOPULATIONEN

Deltagarna som påbörjade *Kultur på recept* (tabell 1) bestod till största del av kvinnor (67 %) och medelåldern för kvinnor var 44.0 år (SD 12.65) och för män 46.6 år (SD 10.03).

Generellt var utbildningsnivån relativt hög, då mer än 60 % av både män och kvinnor hade gymnasium eller högskole-/universitetsutbildning. En stor andel av kvinnorna (68 %) var ensamstående och hade sällan eller aldrig hemmavarande barn (63 %). Bland männen levde en större andel tillsammans med någon (59 %). Majoriteten var födda i Sverige (72 %). 51 % av kvinnorna och 31 % av männen uppgav att de saknade arbete vid starten på *Kultur på recept*. Deltagarna har många olika yrken inom en mängd olika branscher. Ingen bransch eller yrke dominerade, varför det inte varit möjligt att beskriva detta i någon överskådlig tabell.

De diagnosgrupper som dominerade var olika former av depressions- och ångestproblematik samt utmattnings- och stressreaktioner. Endast ett mindre antal deltagare hade en diagnos kopplat till smärta i rörelseorganen.

4.1.1 Levnadsvanor

Deltagarna besvarat frågor om rökning, snusning, fysisk aktivitet, vardagsmotion och alkohol vid starten av *Kultur på recept* (tabell 2).

Strax under 50 % rökte inte alls eller hade slutat för mer än sex månader sedan. När det gäller snusning så snusade 60 % inte alls, eller hade slutat för mer än sex månader sedan. Mer än hälften av studiepopulationen drack ingen eller endast en liten mängd alkohol varje vecka. När det gäller fysisk aktivitet så var endast några få procent fysiskt aktiva varje vecka motsvarande den nivå som rekommenderas.

4.1.2 Svårigheter med att förstå skriftligt språk

I samband med deltagandet i *Kultur på recept* har deltagarna fått fylla i ett frågeformulär vid fyra tillfällen (start, slut, sex respektive 12-månaders uppföljning). Det är viktigt att veta om deltagarna upplevde svårigheter med detta. Merparten av deltagarna hade inga eller endast ibland svårigheter att förstå skriftlig information från till exempel vårdgivare, men 37 % tyckte att det var ganska eller mycket svårt att fylla i formulär om den egna hälsan.

Tabell 1. Bakgrundsinformation deltagare vid starten av <i>Kultur på recept</i> (n= 123)			
	Män n=32	Kvinnor n=83	Information saknas n= 8
Medelålder (standardavvikelse)	46,59 (10,03)	43,99 (12,65)	
n %	n %	n %	

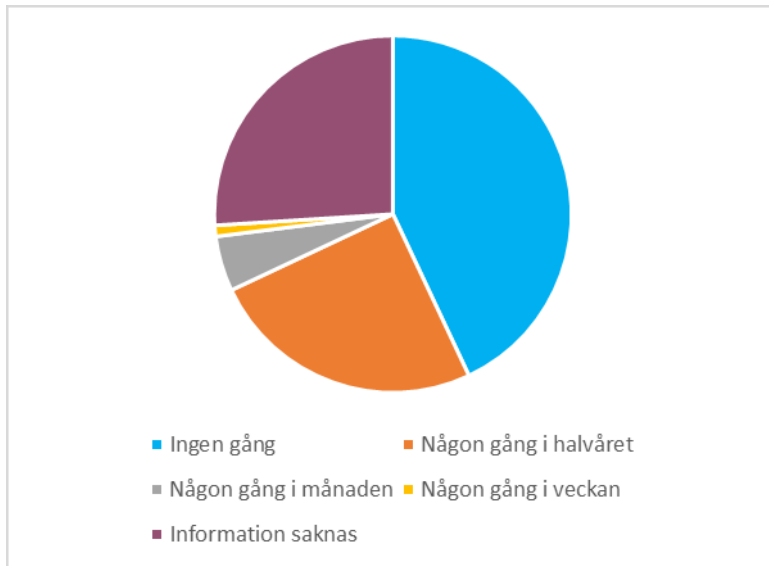
Civilstånd					
Ensamstående			13 41		56 68
Gift/sammanboende/reg partner			19 59		25 30
Information saknas				2 2	8 100
Hemmaboende barn					
Ja, permanent			7 22		14 17
Ja, periodvis >halva tiden			1 3		3 4
Ja, < halva tiden			4 13		1 1
Nej, sällan eller aldrig			17 53		52 63
Information saknas			3 9		13 15
					8 100
Född i Sverige					
	15 18	nej	11 34	68 82	ja 21 66
Information saknas					8 100
Utbildning					
Grundskola < 7 år			0 0		1 1
Grundskola 8-9 år			4 13		8 10
Gymnasium 2-3 år			12 38		37 45
Högskola/universitet m examen			10 31		19 23
Folkhögskola	1 3	7 8		Anna utbildning	3 9
	6 7				
Information saknas			2 6		5 6
					8 100
Arbetslös					
	3 38	nej	8 25	16 19	Ja 10 31
Information saknas				0 0	42 51
					14 44
					25 30
					5 62

Tabell 2. Levnadsvanor n=123					
	n	%		n	%
Rökning			Snusning		
Har aldrig rökt	42	34	Har aldrig snusat	73	59
Slutat röka > 6 mån sedan	17	14	Slutat snusa >6 mån sedan	1	1
			Slutat snusa för <6 mån		
Röker, ej dagligen	5	4	sedan	2	2
Röker dagligen, 1-9 cig	9	7	Snusar, ej dagligen	2	2
Röker, dagligen 10-19	11	9	Snusar, 1-3 dosor/vecka	8	6

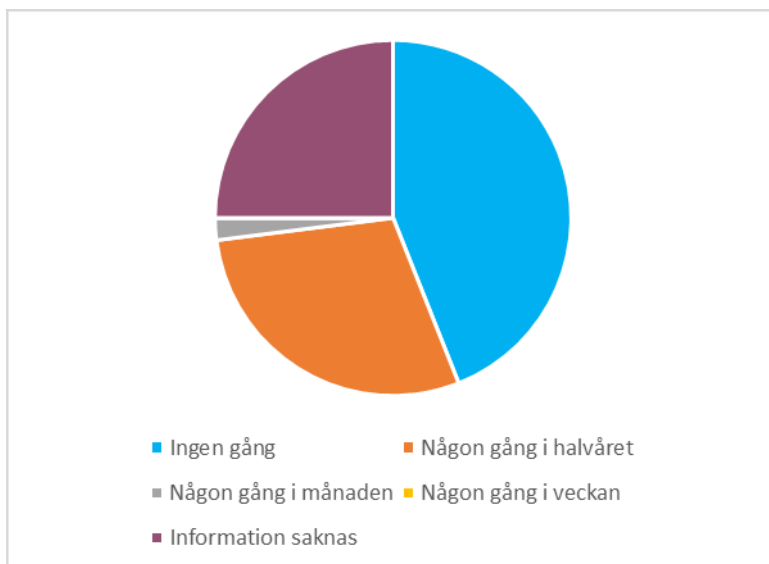
Röker dagligen, ≥ 20 cig	6	5	Snusar, 4-6 dosor/vecka	1	1
Information saknas	33	27	Snusar, ≥ 7 dosor/vecka	1	1
	123		Information saknas	35	28
Fysisk aktivitet varje vecka			Vardagsmotion		
Ingen tid	50	41	Ingen tid	2	2
<30 minuter	35	28	<30 minuter	15	12
30-59 minuter	12	10	30-59 minuter	18	15
60-89 minuter	6	5	60-89 minuter	21	17
90-119 minuter	3	2	90-119 minuter	14	11
≥ 120 minuter	5	4	$\geq 120-299$ minuter	19	16
Information saknas	12	10	≥ 300 minuter	25	20
			Information saknas	9	7
Alkohol varje vecka					
<1 standard glas el inte alls	66	54			
1-4 standardglas	8	7			
5-9 standardglas	9	7			
10-14 standardglas	2	2			
≥ 15 standardglas	3	2			
Information saknas	35	28			

4.1.3 Kulturvanor

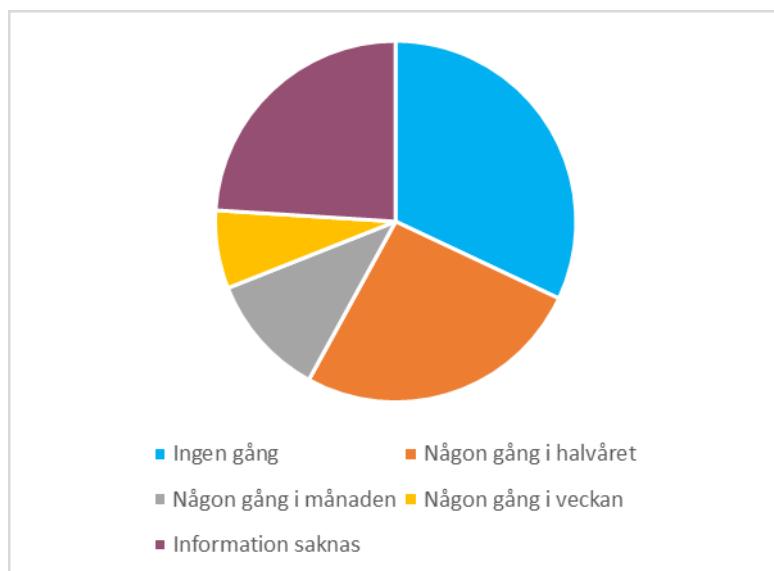
Deltagarna tillfrågades om sina kulturvanor i samband med att de påbörjade *Kultur på recept*. Frågorna gällde besök på museum eller konstutställning, besök på teater/dans/musikföreställning samt besök på bibliotek, biobesök samt egna kulturaktiviteter de senaste 12 månaderna. Merparten av deltagarna besökte i begränsad omfattning olika typer av kulturinstitutioner (figur 1-4).



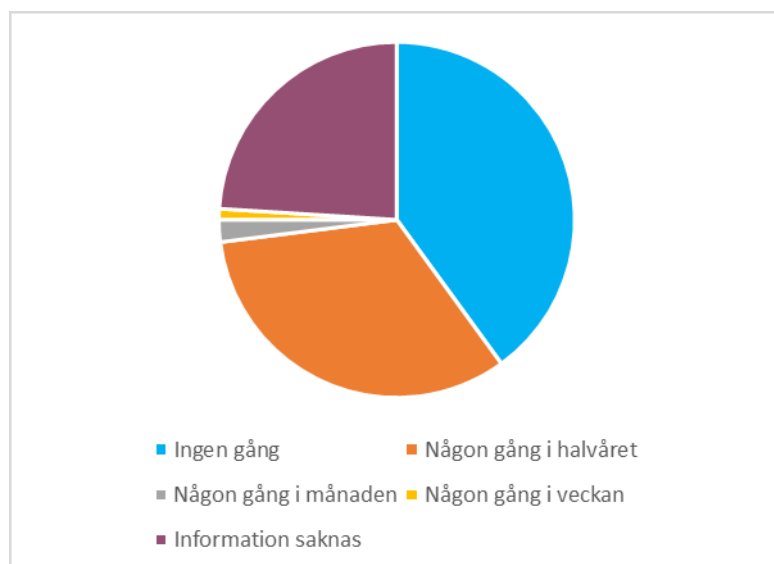
Figur 1. Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna besökt ett museum eller en konstutställning?
n=123



Figur 2. Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna gått på en teater/dans/musikföreställning?
n= 123

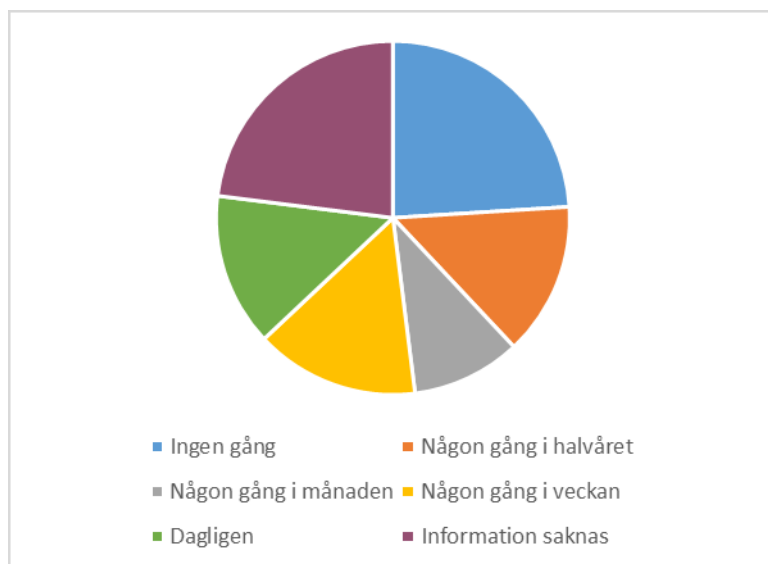


Figur 3. Hur ofta har du under senaste 12 månaderna besökt ett bibliotek? n= 123



Figur 4. Hur ofta har du under senaste 12 månaderna varit på bio? n=123

När det gäller det egna kulturutövandet var bilden en annan. En stor andel av studiepopulationen var aktiv (figur 5). Det vi inte kan svara på är vilken typ av aktiviteter som deltagarna ägnade sig åt, då frågan omfattande körsång, spela instrument, läsa böcker, hantverk och handarbete om man tecknat eller målat, spelat teater och dansat.



Figur 5. Hur ofta har du under senaste 12 månaderna ägnat tid åt kulturaktiviteter, t e x körsång eller spelat instrument, tecknat eller målat, dansat, spelat teater, läst böcker eller sysslat med handarbete/hantverk? n= 123

4.1.4 Förväntningar på Kultur på recept

Deltagarnas förväntningar på vad *Kultur på recept* skulle leda till varierade. 40 % hoppades på att bli fullständigt återställda eller väsentligen förbättrade. Bland männen var de något färre som tyckte så (31 %) än bland kvinnorna (45 %).

4. 2 FÖRÄNDRINGAR ÖVER TID

Deltagarna i *Kultur på recept* besvarade en enkät vid start och slut, samt vid sex respektive 12-månadersuppföljning. Vi har därför kunnat svara på hur deltagarna skattar olika mått, till exempel den egna hälsan, under ett års tid. Det är viktigt att notera att det finns ett stort bortfall framför allt vid uppföljningarna vid sex respektive 12 månader. Omkring hälften av deltagarna har inte besvarat enkäterna och vi har därför ingen information från dessa.

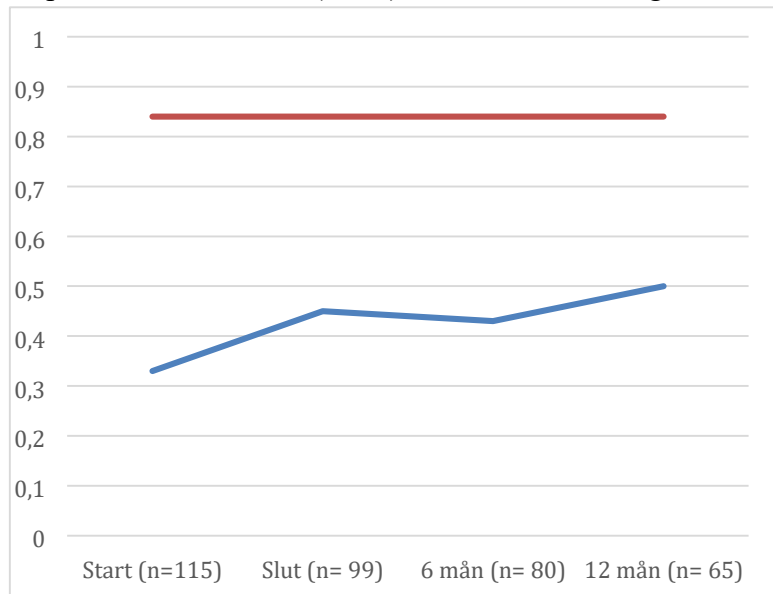
4.2.1 Primär frågeställning: förbättringar avseende hälsorelaterad livskvalitet och arbetsförmåga

Vi har genomfört en så kallad responderanalys, för att beskriva hur många som fick en relevant förbättring avseende ett eller två centrala utfallsmått. Innan resultaten var kända definierades en primär frågeställning för att bedöma om positiva förändringar skett på individnivå över tid. En patient som fått en positiv säkerställd förbättring kallas ”responder”. De två mest relevanta frågeställningarna bedömdes vara arbetsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet. Arbetsförmågan skattades på en skala från 0-10 och ett stegs (eller större) förändring över tid har räknats som en relevant förändring. Hälsorelaterad livskvalitet skattades i fem frågor, med en tre-gradig skala. Ett total score räknas ut och kan anta värden mellan -0,55-1,0. En förändring över tid med minst 0,1, räknas som en relevant förändring.

Efter avslutad intervention hade 41 % av hela studiepopulationen (n= 123) förbättrat sin arbetsförmåga och/eller hälsorelaterade livskvalitet. Vid sex månaders uppföljning hade 34 % en sådan förbättring och efter 12 månader, 29 %. Här är det viktigt att påpeka att bortfallet är stort (41-65 %) och det kan ha påverkat resultatet.

4.2.2 Hälsorelaterad livskvalitet

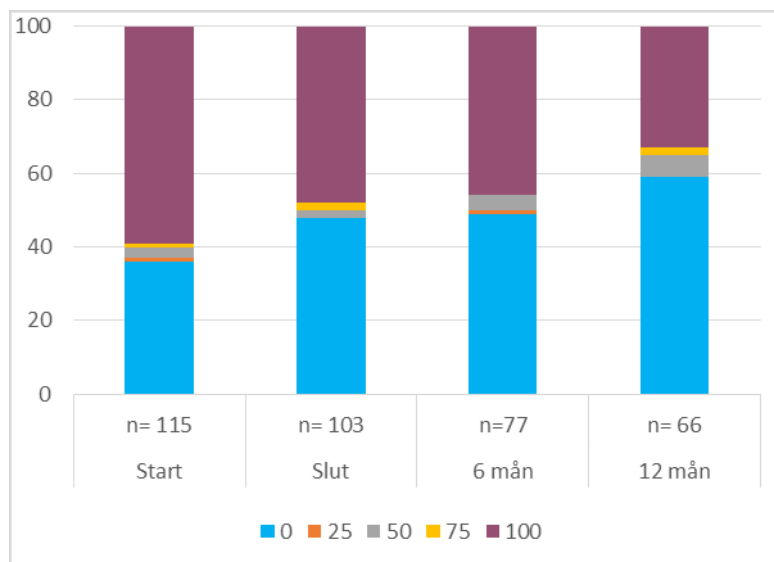
Den hälsorelaterade livskvaliteten skattades med hjälp av EQ-5D. Om man har fullgod hälsorelaterad livskvalitet, så får man ett värde på 1,0 och genomsnittet för en svensk normalpopulation är 0,84 (Burström et al, 2001; Burström et al 2007). Vid start på *Kultur på recept* hade deltagarna ett medelvärden på 0,33. Efter avslutad intervention hade detta ökat till 0,45 ($p<0,001$) och det fortsatte sedan att öka till 0,5 ($p<0,001$) vid 12 månaders uppföljning (figur 6). En ökning med 0,1 brukar betraktas som en kliniskt relevant förändring. Vi kan se att 43 individer (35 %) hade en förbättring av sin hälsorelaterade livskvalitet med minst 0,1 efter *Kultur på recept*. Vid sex respektive 12-månaders uppföljning hade 35 individer (28 %) respektive 30 individer (24 %) en sådan förbättring.



Figur 6. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D. Förändringar start-slut intervention ($p<0,001$), start- 6- månaders uppföljning ($p<0,001$), start- 12-månaders uppföljning ($p<0,001$). Röd linje motsvarar en svensk normalpopulations värde 0,84.

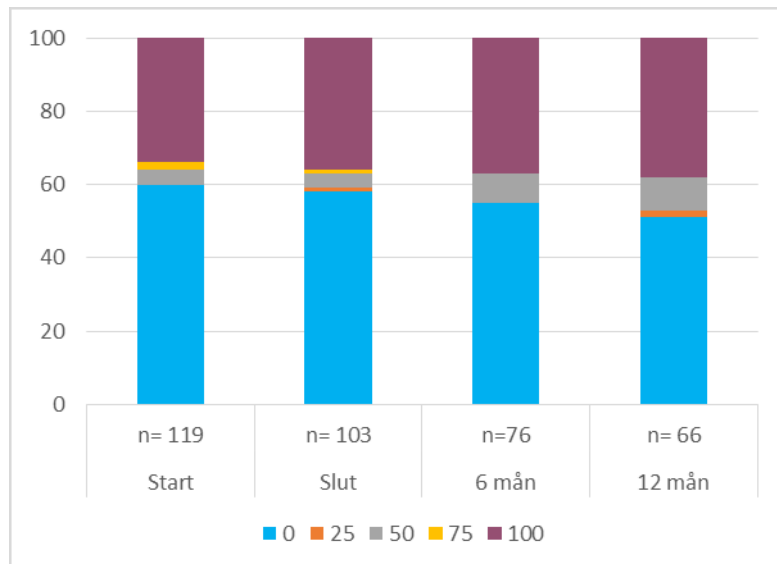
4.2.3 Sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning

Vid starten av *Kultur på recept* uppgav 74 personer (64 %) att de var sjukskrivna i någon omfattning (figur 7). Andelen som var helt sjukskrivna var mindre vid slut av *Kultur på recept* och var fortsatt ytterligare mindre vid 12-månadersuppföljningen. När vi ser till hela studiepopulationen ($n=123$) så hade 20 individer (16 %) minskat sin grad av sjukskrivning med minst 25 % och 2 individer (82 %) ökat sin sjukskrivningsgrad med minst 25 % ($p<0,001$) vid 12-månaders uppföljning. Det är här viktigt att notera det stora bortfallet i uppföljningarna, vilket innebär att vi saknar information om ett stort antal individer.



Figur 7. Andelen sjukskrivna på 0, 25, 50, 75 respektive 100 % vid start och avslut av Kultur på recept samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Andel av populationen i procent.

När det gäller sjuk- och aktivitetsersättning är bilden något annorlunda och andelen med hel sjukersättning var tämligen stabil över tid (figur 8). När vi ser till hela studiepopulationen (n= 123) så hade nio individer (7 %) minskat sin grad av sjuk- och aktivitetsersättning med minst 25 % och 14 individer (11 %) ökade sin grad av sjuk- och aktivitetsersättning med minst 25 % vid 12-månaders uppföljning. Denna förändring är inte statistiskt säkerställd ($p= 0,198$). Det är här viktigt att notera det stora bortfallet i uppföljningarna, vilket innebär att vi saknar information om ett stort antal individer.



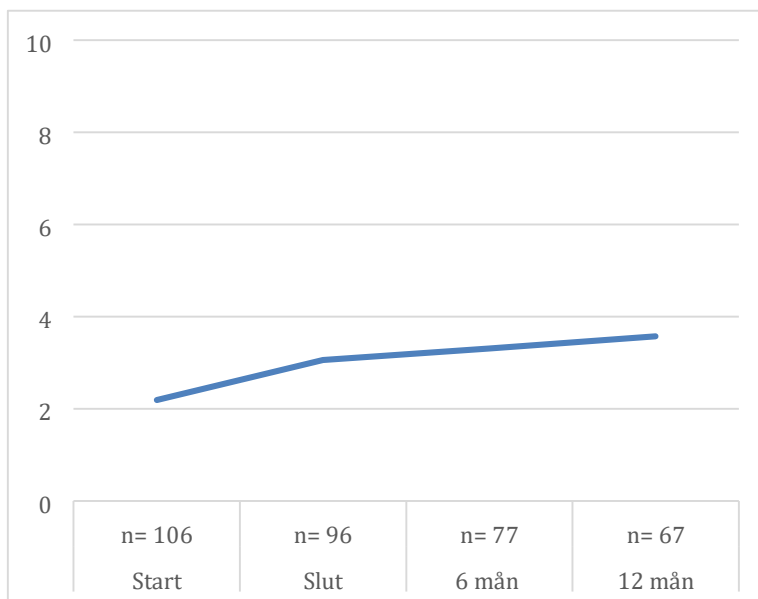
Figur 8. Andelen med sjuk- och aktivitetsersättning på 0, 25, 50, 75 respektive 100 % vid start och avslut av Kultur på recept samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Andel av populationen i procent.

4.2.4 Arbetsförmåga

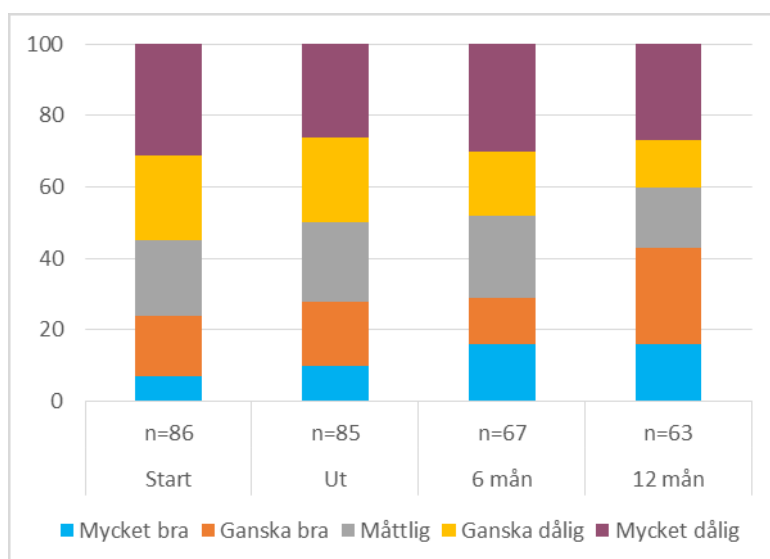
Deltagarna skattade sin nuvarande arbetsförmåga jämfört med när den var som bäst, och där 10 motsvarar bästa tänkbara arbetsförmåga (Work ability score). Generellt skattade deltagarna sin arbetsförmåga som låg, men det skedde en signifikant ökning över tid och då framför allt

mellan start och avslut på *Kultur på recept* (figur 9). Vi starten av *Kultur på recept* skattade deltagarna sin arbetsförmåga som 2,19, vid avslut 3,01, för att sedan öka något till 3,31 respektive 3,57 vid sex respektive 12-månaders uppföljning.

Deltagarna skattade sin arbetsförmåga i relation till arbetets fysiska krav och en större andel uppfattade den som mycket eller ganska dålig vid start på rehabiliteringen, jämfört med 12månaders uppföljning (figur 10). När vi ser till hela studiepopulationen (n= 123) vid 12månaders uppföljning, så hade 17 individer (14 %) förflyttat sig i minst ett steg mot en bättre självskattad arbetsförmåga i relation till fysiska krav och fem individer (4 %) förflyttat sig i riktning mot en sämre självskattad arbetsförmåga i relation till fysiska krav ($p= 0,012$). Det är här viktigt att notera det stora bortfallet i uppföljningarna, vilket innebär att vi saknar information om ett stort antal individer.

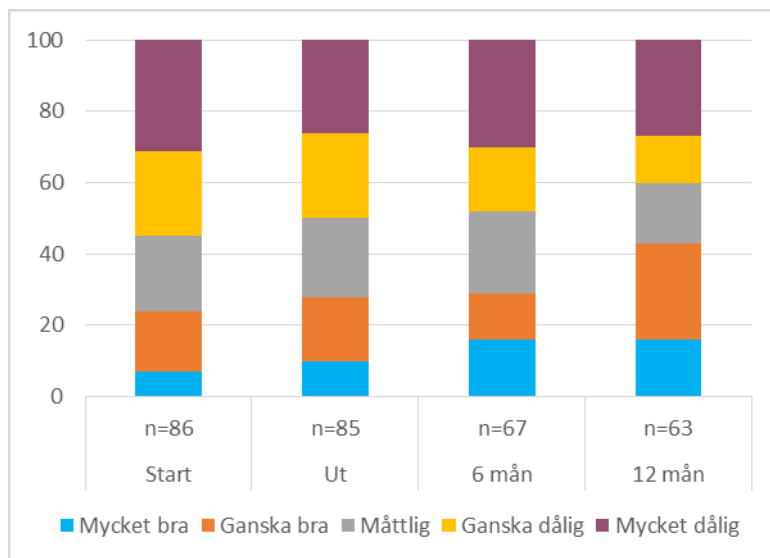


Figur 9. Självskattad arbetsförmåga vid start och avslut på *Kultur på recept* samt vid 6- respektive 12månadersuppföljning. Förändringar start-slut intervention ($p<0,025$), start- 6- månaders uppföljning ($p=0,004$), start- 12- månaders uppföljning ($p<0,012$).



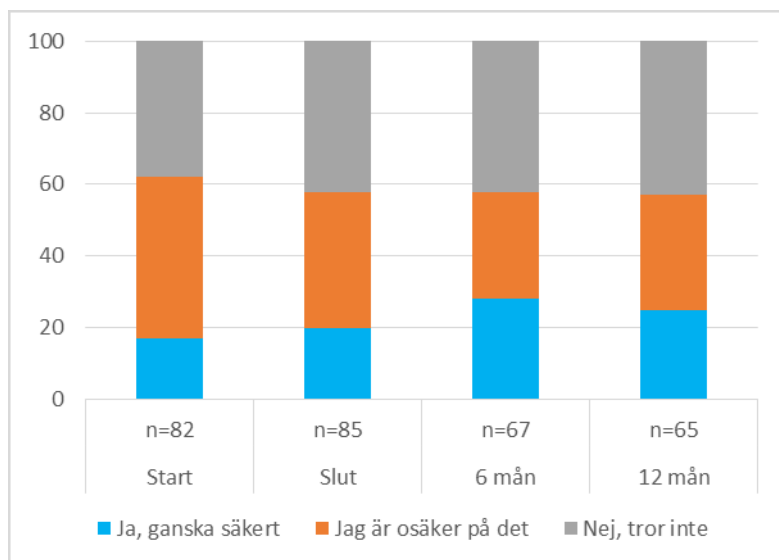
Figur 10. Självs kattad arbetsförmåga i relation till arbetets fysiska krav, vid start och avslut på Kultur på recept samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Andel av populationen i procent.

När det gäller deltagarnas uppfattning om den egna arbetsförmågan i relation till psykiska krav, så bedömde 77 % att den var mycket dålig eller ganska dålig vid starten av *Kultur på recept*. Den andelen minskade vid uppföljningarna (figur 11). När vi ser till hela studiepopulationen (n=123), vid 12-månaders uppföljning, hade 25 individer (20 %) förflyttat sig i minst ett steg mot en bättre självskattad arbetsförmåga i relation till psykiska krav och fyra individer (3 %) förflyttat sig minst ett steg i riktning mot en sämre självskattad arbetsförmåga i relation till psykiska krav ($p < 0,001$). Det är här viktigt att notera det stora bortfallet i uppföljningarna, vilket innebär att vi saknar information om ett stort antal individer.



Figur 11. Självs kattad arbetsförmåga i relation till arbetets psykiska krav, vid start och avslut på Kultur på recept samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Andel av populationen i procent.

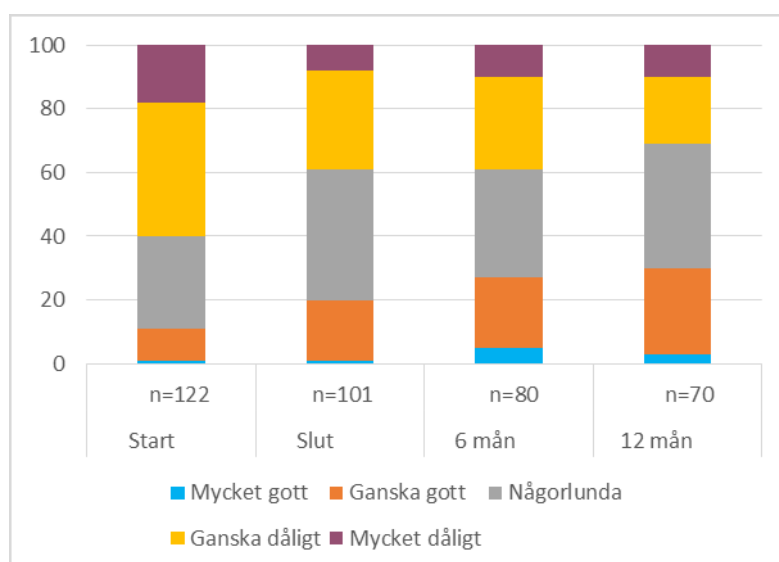
Deltagarna skattade också om de trodde att de kunde vara kvar i nuvarande yrke om två år. Andelen som inte trodde det, var oförändrat stor under hela uppföljningstiden. Andelen som var ganska säker var dock något större vid uppföljningarna vid sex respektive 12 månader (figur 12).



Figur 12. Självskattad prognos av den egna arbetsförmågan i nuvarande yrke om två år, mätt vid start och avslut på Kultur på recept samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Andel av populationen i procent.

4.2.5 Allmänt hälsotillstånd

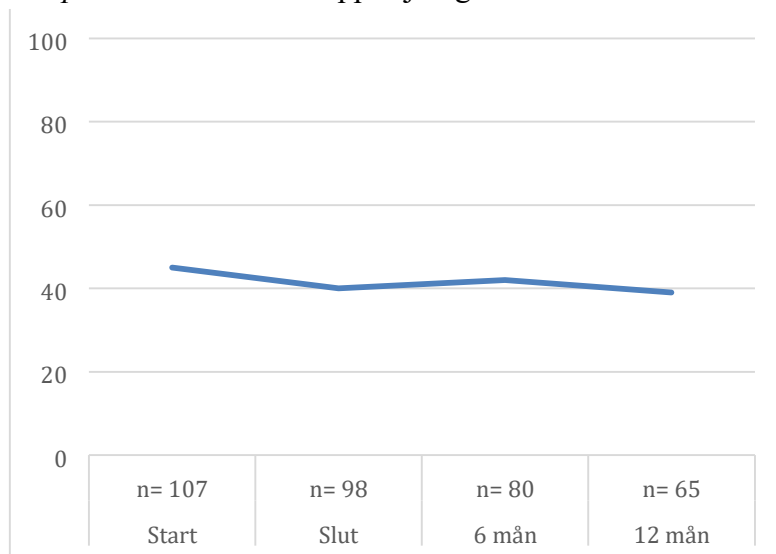
Vid starten av *Kultur på recept* så uppgav 60 % av deltagarna att deras hälsa var mycket dålig eller ganska dålig. Andelen som skattade sin hälsa så minskade till 40 % efter avslutad intervention och vid 12-månadersuppföljning var andelen ytterligare något lägre (31 %) (figur 13). När vi ser till hela studiepopulationen (n= 123), vid 12-månaders uppföljning, hade 32 individer (26 %) förflyttat sig minst ett steg i riktning mot bättre självskattad hälsa och 16 individer (13 %) minst ett steg i riktning mot en sämre hälsa ($p= 0,002$). Det är här viktigt att notera det stora bortfallet i uppföljningarna, vilket innebär att vi saknar information om ett stort antal individer.



Figur 13. Självskattad hälsa vid start och avslut på Kultur på recept samt vid 6- respektive 12månadersuppföljning. Andel av populationen i procent.

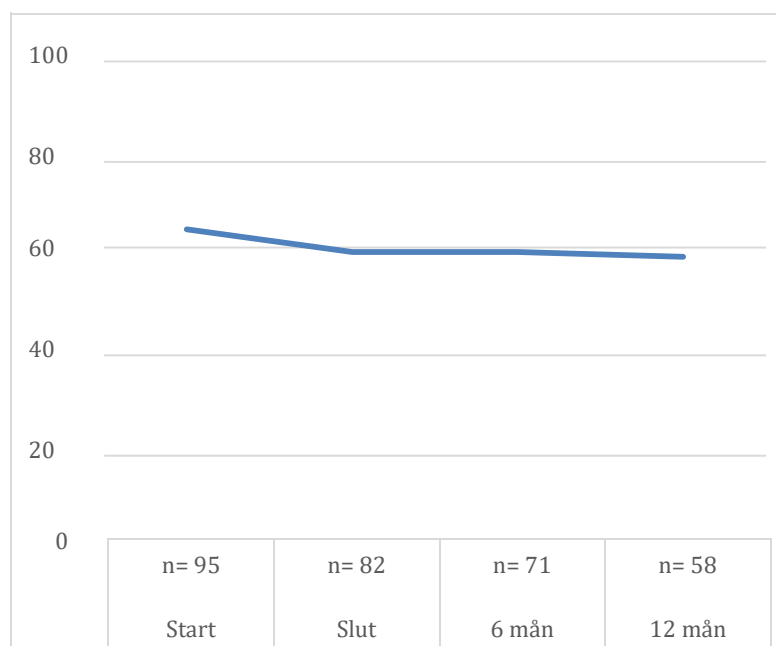
4.2.6 Funktion och smärta

Deltagarna besvarade frågor som gäller deras funktion (Functional Rating Index). Efter avslutad intervention hade en viss förbättring skett ($p < 0,001$). Även mellan start av *Kultur på recept* och 12 månaders uppföljning skedde en viss förbättring ($p = 0,017$) (figur 14).



Figur 14. Funktionspåverkan i procent, vid start och avslut på *Kultur på recept* samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Förändringar start-slut intervention ($p < 0,001$), start- 6 månaders uppföljning ($p = 0,263$), start- 12 månaders uppföljning ($p < 0,017$).

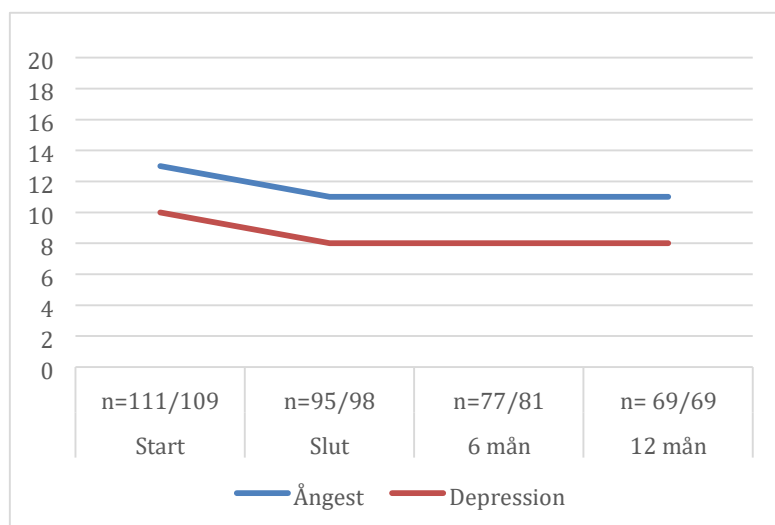
Deltagarna skattade också sin smärta och risken för att utveckla långvariga besvär (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) och där skedde en signifikant minskning av smärtproblematiken mellan start på *Kultur på recept* och avslutad intervention ($p = 0,01$) (figur 15). Om man har ett värde som överstiger 50, så bedöms man ha en ökad risk för att utveckla långvariga besvär. Deltagarna skattade fortfarande sin smärtproblematik så högt att de bedöms ha risk för långvarig problematik och risk för lång sjukskrivning.



Figur 15. Smärtproblematik och risk att utveckla långvariga besvär, vid start och avslut på Kultur på recept samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Förändringar start-slut intervention ($p<0,01$), start- 6 månaders uppföljning ($p=0,07$), start- 12 månaders uppföljning ($p<0,29$).

4.2.7 Ängest och depression

Deltagarna skattade sina besvär relaterat till ängest och depression i screeningformuläret HAD. Vid start av *Kultur på recept* skattade deltagarna ängest högre än depression. Vid klassificering av total scoren så uppvisar deltagarna att ängest föreligger vid start av interventionen. När det gäller depression så klassificerades deltagarna i kategorin ”möjlig depression”. För både ängest och depression skedde i minskning av besvären som var statistiskt säkerställd, dock inte i den omfattning att den förändrade vilken riskgrupp deltagarna kategoriserades i (figur 16).



Figur 16. Ängest- och depressionsscore mätt med HAD, vid start och avslut på Kultur på recept samt vid 6- respektive 12-månadersuppföljning. Ängest: förändringar start-slut intervention ($p<0,001$), start- 6 månaders uppföljning ($p=0,002$), start- 12 månaders uppföljning ($p<0,004$). Depression: förändringar start-slut intervention ($p<0,001$), start- 6 månaders uppföljning ($p=0,001$), start- 12 månaders uppföljning ($p=0,001$).

4.2.8 Fysisk aktivitet

Vid 12-månaders uppföljning kunde man inte se att deltagarna hade ökat sin nivå av vare sig den fysiska träningen ($p= 0,390$) eller vardagsmotionen ($p= 0,529$).

5. Diskussion

5.1 RESULTATDISKUSSION

Resultaten i denna rapport bygger på självrapporterad data, som redovisas på gruppnivå. Rapporten visar att deltagarna själva upplever förbättringar i flera avseenden efter att ha deltagit i *Kultur på recept*. Vid avslutet på *Kultur på recept* hade 41 % av deltagarna förbättrats avseende arbetsförmåga och/eller hälsorelaterad livskvalitet.

Deltagarnas hälsorelaterade livskvalitet ökade efter interventionen och denna ökning var statistisk signifikant. Efter 12 månader skattade gruppen sin hälsorelaterade livskvalitet till 0,5, detta att jämföra 0,84 som är det värde som en svensk normalpopulation har i genomsnitt (Burström et al, 2001; Burström et al, 2007). Det kan också jämföras med det som är föreslaget som riktvärde (0,6) för att ha arbetsförmåga (Hansson et al, 2006). På gruppnivå skattade deltagarna sin hälsorelaterade livskvalitet 0,17 högre vid 12-månaders uppföljning, jämfört med vid starten av *Kultur på recept*. I uppföljningen av den nationella rehabiliteringsgarantin har man kunnat se att det finns starka samband mellan en ökning av hälsorelaterad livskvalitet och minskad sjukfrånvaro (Busch et al, 2011). Värden mellan 0,074 och 0,033 har diskuterats när det gäller vad som är en kliniskt relevant förbättring på individnivå (Walter & Brazier, 2005; Sullivan et al, 2005).

Vi kan också relatera denna siffra till den självskattade arbetsförmågan, som också förbättras över tid, men skattades lågt genomgående. Vid starten av *Kultur på recept* skattades arbetsförmågan som 2,19 och detta ökade sedan vid slutet av interventionen till 3,06 och vid uppföljningarna skattades arbetsförmågan 3,31 respektive 3,57. Samtliga värden faller inom ramen (0-5) för det som bedöms som en dålig arbetsförmåga (FHV-metodik, 2013). Det är dock positivt att den självskattade arbetsförmågan tenderar att öka även vid 12-månaders uppföljning.

I tidigare utvärderingar av liknande koncept har man kunnat se att deltagarna förbättrades vad gäller utmattningssymtom och självskattad hälsa (Janlert & Littbrand, 2001; Grape Viding et al, 2015). I dessa båda studier hade man tillgång till en jämförelsegrupp. Vi har kunnat se att både skattningen av depressions- och ångestsbesvären har minskat. Det frågeformulär (HAD) som använts är inte ett diagnostiskt instrument, utan i första hand ett screeninginstrument som ska ligga till grund för fortsatt utredning. De minskningar vi kunnat se på gruppnivå i denna uppföljning är statistiskt signifikanta.

En stor andel av deltagarna uppgav att de var sjukskrivna vid starten, lika så var en stor andel arbetslösa. Dessa uppgifter är självskattade och det finns ett stort antal individer som inte besvarat dessa frågor. För säkrare uppgifter behöver vi studera registerdata från Försäkringskassan och Statistiska Centralbyrån. Målgruppen för *Kultur på recept* har varit individer med framför allt psykisk ohälsa och smärtproblematik, som är sjukskrivna eller riskerar sjukskrivning och social isolering. Vidare skulle deltagarna vara motiverade och kunna tillgodogöra sig aktiviteterna samt fungera i ett socialt sammanhang. En viktig faktor vid en utvärdering är om det är rätt personer som fått del av interventionen. Vi vet inte vilka individer som erbjudits *Kultur på recept* och sedan avstått att delta, inte heller har vi någon information om deltagarnas motivationsgrad inför starten. Det urval som skett på vårdenheter kan ha påverkat utfallet av interventionen. Totalt valde 13 personer att avbryta sitt deltagande i *Kultur på recept*. Övriga deltagare har medverkat vid minst 50 % av aktiviteterna.

Vid starten av *Kultur på recept* tillfrågades deltagarna om sina kulturvanor. Om man jämför med en sammanställning av svenska folkets kulturvanor från 2008 (Statens kulturråd, 2008) kan man se att en mindre andel av deltagarna i *Kultur på recept* tar del av kulturaktiviteter jämfört med den svenska population som hänvisas till i kartläggningen ovan. I rapporten beskriver man också att kultur får en större plats i människors liv. *Kultur på recept* är också

en möjlighet att bryta social isolering. Individer som är sjukskrivna eller arbetslösa, riskerar att bli ensamma och sakna sociala sammanhang. Att under 10-veckors tid få träffas i en grupp flera gånger varje vecka, kan leda till nya kontakter och lust till nya aktiviteter. I uppföljningarna av ett pilotprojekt i Stockholm där patienter med smärta erbjudits kultur på recept, har man noterat att deltagarna fått ett nytt sammanhang där de har mindre fokus på smärtan (Rydstad et al, 2015). Vidare lyfter man fram vikten av långsiktighet. Det kulturkort som samtliga deltagare erbjudits i *Kultur på recept* i Helsingborg, möjliggör också att man kan fortsätta att ta del av kultur under ett helt år efter interventionen.

Kultur på recept har som mål att vara en del i rehabiliteringen och stimulera återgång i arbete. Vi har kunnat se att många deltagare skattar sin hälsa och arbetsförmåga som dålig vid interventionens start och även om den förbättras, så är det osäkert om det är i tillräcklig omfattning för att kunna komma åter i arbete direkt. Hälsa- och sjukvårdens mål är i första hand att bidra till god hälsa. I denna rapport ser vi att deltagarna skattar sin hälsa som bättre efter *Kultur på recept* och det i sig är viktigt.

5.2 METODDISKUSSION

Utvärderingen av *Kultur på recept* är att betrakta som en uppföljning av vården. Inledningsvis var projektet planerat att ha en kontrollgrupp som skulle identifieras i samband med läkarbesök i primärvården i Region Skåne. Stora ansträngningar gjordes för att åstadkomma detta, men tyvärr så lyckades det inte. Flera studier pekar på att kultur kan ha effekt på hälsan, men i likhet med föreliggande rapport, så saknas en kontrollgrupp och man kan därför inte uttala sig om egentliga effekter av interventionen – bara om förändringar över tid. Det finns dock exempel på studier med liknande interventionsupplägg som *Kultur på recept* där kontrollgrupp finns och där man kunnat visa på effekter (Janlert & Littbrand, 2011; Grape Viding et al, 2015). En anledning till att kontrollgrupp är viktig är att en självläkning över tid inte kan uteslutas.

Att identifiera en referenspopulation via registerdata i Region Skånes vårddatabaser, bedömdes inte möjligt då målgruppen för *Kultur på recept* var bred och inte tillräckligt väldefinierad. De som erbjudits och inkluderats skulle ha smärtproblematik och/ eller psykisk ohälsa, vara sjukskrivna eller riskera sjukskrivning samt löpa risk för socialisolering. En sådan referenspopulation var inte möjlig att identifiera. När det gäller urvalet av deltagare så har vi ingen information om vilka som egentligen erbjudits att delta och sedan tackat nej. För att man i forskningssammanhang ska kunna uttala sig om effekter av en intervention, krävs att deltagarna slumpmässigt fördelats till en kontroll- respektive interventionsgrupp. Denna uppföljning motsvarar inte dessa krav. Vi kan alltså enbart uttala oss om det sker några förändringar över tid på gruppnivå.

De utfall som presenteras i denna rapport har valts ut baserat på att ge en bredd på olika typer av uppföljningar samt i så hög grad som möjligt använda etablerade frågeformulär, där det finns normal/gränsvärden att relatera till. De uppföljningsmetoder som valts är i huvudsak väl beprövade och betraktade som valida och reliabla.

Materialet är behäftat med ett stort bortfall; dels hela formulär som inte besvarats vid de olika tidpunkterna för uppföljning, men också internt bortfall, då enskilda frågor inte besvarats. Stora bortfall innebär alltid statistiska utmaningar och vi har därför provat flera olika metoder för att hantera bortfallet. De överväganden som görs är att inte få fram falska positiva förändringar över tid, samtidigt som det är viktigt att möjligaste mån ta till vara insamlad data. Vi har använt flera förfaranden och det resultat som presenteras i denna rapport är baserat på ansatsen *observed cases*. Detta innebär att all tillgänglig data har använts i analyserna.

Det stora bortfallet innebär också att vi saknar information om många deltagare. Vi vet alltså inte om dessa deltagare försämrats, förbättrats eller är i oförändrat tillstånd. I den analys där vi tittat på hur många deltagare som förbättrats vad gäller två utfallsmått (responderanalyserna, se 4.2.1), blir detta uppenbart då procentsatserna beräknats utifrån den totala populationen (n= 123) och då följaktligen blir lägre.

Kultur på recept innebär ett omfattande upplägg med olika aktiviteter som genomförs inom ramen för en sluten grupp. I tidigare uppföljningar och forskning kring kulturaktiviteter har man rekommenderat att man istället för att studera enskilda aktiviteter ska studera en rad samlade kulturaktiviteter (Winzer, 2005). I sådana upplägg är det svårt att uttala sig om enskilda komponenter i programmet och i vilken omfattning som de ska erbjudas. Detta dilemma är vanligt i rehabiliteringsforskning generellt. Vi har i denna rapport beskrivit interventionen *Kultur på recept* på en rimligt detaljerad nivå och får uttala oss om detta koncept. Det är viktigt att följa upp och utvärdera även komplexa interventioner, vi kan till exempel jämföra med utvärderingarna av multimodal smärtrehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin (Stigmar et al, 2013).

Styrkan med upplägget av *Kultur på recept*, är att vi studerat ett samlat koncept, snarare än en enskild kulturaktiviteter, vilket rekommenderas (Winzer, 2005). Vi har dessutom relativt många deltagare och också en stor bredd i de utfallsmått som valts. Vidare har vi i huvudsak använt oss av etablerade och valida frågeformulär.

6. Sammanfattande slutsatser och implikationer för framtiden

Denna rapport beskriver gruppen individer som deltagit i *Kultur på recept* vid interventionens start, avslut samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Samtliga resultat är på gruppnivå. Datamaterialet som ligger till grund för rapporten medger endast att uttala sig om att det skett förändringar över tid. För att kunna uttala sig med större säkerhet om effekter så bör man redan från start planera för en kontroll- eller referenspopulation som kan följas.

Innan resultaten var kända definierades en huvudparameter för bedömning om förändringen var kliniskt relevant förbättring eller inte. Resultaten visar att 29 % av patienterna uppvisade en kliniskt konfirmerad relevant förbättring vid 12 månader efter *Kultur på recept*. Motsvarande siffra direkt efter interventionen var 41 % och vid 6 månaders uppföljning var den 34 %.

Deltagarna har själva uppgett i de uppföljande frågeformulären att de upplevde en bättre självskattad hälsa, ökad hälsorelaterad livskvalitet, funktion och arbetsförmåga efter att ha

deltagit i *Kultur på recept*. Symtomen kopplat till ångest och depression, minskade. Dessa förbättringar kvarstod vid uppföljningar. När vi gjort en bedömning av huruvida dessa förbättringar kan kopplas till deltagandet i *Kultur på recept*, är det inte möjligt att besvara med det underlag som finns tillgängligt.

Vi rekommenderar att gå vidare med registeruppföljningar baserat på studiepopulationen i denna rapport, och följa utfallsmått som sjukskrivning, vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion. En ny studie, möjligen med kortare uppföljning, med en samtidig kontrollgrupp vore det bästa alternativet om vi vill undersöka effekten av interventionen.

7. Referenser

Ahlström L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health- a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(5):404-412.

British Medical Journal. Too Much Medicine. Citerad: 2016-03-23.

Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policies* 2001; 55:51-69.

Burström K, Johannesson M, Rehnberg C. Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: Results from repeated population surveys using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2007;16:1547-53

Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M, Boden L, Norlund A, Jensen I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del 1. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2011.

Centrum för kultur och hälsa. Citerad: 2016-03-30.

Cuypers K, Krokstad S, Holmen TL, Skjei Knudtsen S, Bygren LO, Holmen J. Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology Community Health* 2012;66(8):698-703.

Den kulturella hjärnan. Citerad: 2016-03-30.

Dolan P. Modeling Valuations for EuroQol Health States. *Med Care* 1997;35(11):1095-1108.

El Fassi ME, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Mairiaux P. Work ability assessment in a worker population: a comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health* 2013;13:305.

Euroqol. EQ-5D. Citerad: 2016-03-31.

Feise RJ, Menke JM. Functional Rating Index: A New Valid and Reliable Instrument to Measure the Magnitude of Clinical Change in Spinal Conditions. *Spine* 2001;26;78-87.

Feise RJ, Menke JM. Functional Rating Index: Literature Review. *Med Sci Monit* 2010;16(2):RA25-36.

FHV-metodik. Svenska WAI nätverket. Citerad: 2016-03-31.

Försäkringskassan. Statistik och analys; sjuk- och rehabiliteringspenning. Citerad: 2016-03-31.

Giddens, A. Sociologi. Lund; Studentlitteratur, 1994.

Grape Viding C, Osika W, Theorell T, Kowalski J, Hallqvist J, Bojner Horwiz E. "The Culture palette"- a randomized intervention study for women with burnout symptoms in Sweden. *British Journal of Medical Practitioners* 2015; 8(2)a813.

Hansson E, Hansson T, Jonsson R. Predictors of work ability and disability in men and women with low-back or neck problems. *Eur Spine J* 2006;15:780-93.

Janlert U, Littbrand AH. Kultur på recept. Projektet Med mina händer. S2009/8521/SF(delvis). Citerad: 2016-03-23.

Jönsson I. Utvärdering Kultur på recept Läns museet Gävleborg våren 2015. Citerad: 2016-03-23.

Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain* 1998;14(3):209-215.

Linton SJ, Nicholas M, MacDonald S. Development of a short form of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine* 2011;36(2):1891-1895.

Nordenfeldt L. Livskvalitet och hälsa. Stockholm: Almqvist & Wiksell förlag, 1991.

Region Skåne. Rapport från pilotprojektet Kultur på recept 2011. Citerad: 2016-04-04.

Rydstad M, Löfgren M, Drakos G. Rapport från ett pilotprojekt. Kultur på recept vid långvarig smärta. Citerad: 2016-03-31.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Dnr. 2005/2453.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Citerad: 2016-03-21.

Socialstyrelsen. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor- så kan hälso- och sjukvården stödja dig att ändra ohälsosamma levnadsvanor. Rekommendationer ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer. 2012. Citerad: 106-03-21.

Statens kulturråd. Kulturen i siffror 2008#6. Nya kulturvanor. Svenska kulturvanor i ett 30årsperspektiv: 1976-2006. Citerad: 2016-04-04.

Stigmar KG, Petersson IF, Jöud A, Grahn BE. Promoting work ability in a structured national rehabilitation program in patients with musculoskeletal disorders: outcomes and predictors in a prospective cohort study. BMC Musculoskeletal Disord 2013 Feb 6;14:57.

Sullivan P W, Lawrence WF, Ghushchyan V. A national catalog of preference-based scores for chronic conditions in the United States. Medical Care 2005;43:736-749.

Svenska Akademiens ordlista. Citerad: 2016-03-24.

Sveriges Kommuner och Landsting SKL. Överenskommelse rehabiliteringsgarantin. Citerad: 2016-03-23.

Sveriges Regering. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Prop 2007/08:136. Sveriges Regering, Socialdepartementet. Citerad: 2016-03-24.

Sveriges Riksdag. Socialförsäkringsbalken SFS 2010: 110. Citerad: 2016-03-23.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. AFM-indexet- En metod att mäta arbetsförmågan. Helsingfors: Institutet för Arbetshygien; 1998.

Zigmond AS, Snaith R P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Act psychiatri Scand 1983;67:361-370.

Winzer R. Kultur och hälsa. Statens folkhälsoinstitut 2005:23. Citerad: 2016-03-31.

Walters SJ & Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures: EQ-5D and SF-6D. Quality of Life Research 2005;14:1523-1532.

WHO. International Health Conference. New York, 1946.

Bilaga 1

ARBETSGRUPP/PROCESSGRUPP

Christina Gedeberg Nilsson, processledare

Rikke Schau, vårdkoordinator (t o m augusti 2014)

Elisabeth Palmqvist, vårdkoordinator (fr o m september 2014)

Malin Bennborn, kulturkoordinator

Vårdkoordinatorn och kulturkoordinatorn har varit adjungerade ledningsgruppen

LEDNINGSGRUPP

Karin Herron Sjöholm	FINSAM Helsingborg, förbundschef
Birgitta Killander	Helsingborgs stad, strategisk utvecklare
Anna Carin Persdotter Nyman	Capio närsjukvård, regionchef
Mats Hallberg	Region Skåne, bitr. kulturchef
Anders Wallner	Region Skåne, hälso- och sjukvårdsstrateg
Ulf Hallgärde	Region Skåne, överläkare, projektledare Sjukskrivningsprojektet
Lena M Ek	Region Skåne, divisionschef primärvård, Skånevård Sund
Marit Nordstrand	Arbetsförmedlingen, Skåne Nordväst, chef
Margareta Fagerhov	Försäkringskassan Skåne Nordväst, samordningsansvarig
Christina Gedeberg Nilsson	Region Skåne, processledare Kultur på recept

POLITISK STYRGRUPP

Yngve Petersson (mp)	Region Skåne, ordf. kulturnämnden
Maria Nyman Stjärnskog (s)	Region Skåne, 2:e vice ordf. kulturnämnden
Carl Johan Sonesson (m)	Region Skåne, ordf. hälso- och sjukvårdsnämnden
Henrik Fritzon (s)	Region Skåne, 2:e vice ordf. hälso- och sjukvårdsnämnden
Mars Sander (m)	Helsingborg stad, ordf. kulturnämnden
Clarita Larsen (s)	Helsingborg stad, ersättare kulturnämnden
Christian Orsing (m)	FINSAM Helsingborg, styrelseordf.
Tonka Frodlund (s)	FINSAM Helsingborg, styrelseledamot

