

RAPPORT



RAPPORTSERIE FRA
SENTER FOR HELSEFREMMEDE FORSKNING
HIST/NTNU

RAPPORT 2011/1

Lise Jaastad

Kulturdeltakelse og helse

Den kulturelle spaserstokken, arena for kulturell
deltakelse for seniorer i Trondheim kommune

Trondheim, april 2011



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet

Lise Jaastad

Kulturdeltakelse og helse

Den kulturelle spaserstokken, arena for kulturell deltakelse for seniorer i Trondheim kommune



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet

Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU

© Lise Jaastad

ISBN 978-82-93158-00-4
ISSN 1892-6207

RAPPORT 2011/1

Innhold

Forord

Sammendrag

Innledning	1
Kultur som helsefremmende virkemiddel	
Undersøkelsens mål og hensikt	2
Rapportens innfallsvinkler	3
Fysisk aktivitet	
Opplevelse av subjektiv velvære blant deltagere i aktiviteter i den Kulturelle spaserstokken.	4
Musikk som helsefremmende strategi	
Sosial kompetanse og bruk av helsetjenester	5
Samlet problemstillingsliste	6
Ytterligere informasjon om delprosjekt 1 og 2	
Sentrale begreper og teoretiske perspektiver	7
Kultur	
Helse med fokus på helsefremming	
Salutogenese	
Empowerment	8
Mestring	
Mestringstro	
Livskvalitet	9
Tidligere forskning	10
Metode	12
Datainnsamlingsprosedyre	
Spørreskjema	
Dybdeintervjuer	13
Observasjon	14
Målbare parametre og variabler	
Metodiske svakheter	
Resultater, drøfting og analyse	16
Sosiodemografiske variabler/karakteristika	
Alder/kjønn	
Utdanning	17
Bofellesskap/sosialt nettverk	
Helsestatus	18
Helse, mestring og livskvalitet	
Generelle kommentarer til tallmaterialet	20
Deltakelse	21
Betydning	23

Tilgjengelighet	24
Samvariasjon	25
Helse og livskvalitet	26
Ivaretagelse av selvet	27
Sosial kompetanse og bruk av helsetjenester	28
Vekst, optimisme og framtidstro	30
Musikalsk fellesskap, en kilde til bedre helse og livskvalitet?	31
Bedre helse med kultur?	32
Avsluttende kommentarer	34
Vedlegg	36
Oversiktstabeller:	
1: Sosiodemografiske variabler/karakteristika.	37
2:Helse, mestring og livskvalitet	39
3: Deltakelse i kulturaktiviteter	42
4: Betydningen av kulturaktiviteter	44
5: Betydningen av tilgjengelighet	55
Litteraturliste	47

Forord

I kjølvannet av UNESCOs kultur- og helsesatsing (1987-1997), økte interessen for å innlemme kulturaktiviteter som delkomponent i behandling og/eller rehabilitering også her til lands. Mange prosjekter ble iverksatt utover 1990-tallet. Gode erfaringer til tross; Den forskningsmessige oppfølgingen har ikke funnet sted slik en kunne forvente. Trondheim er blant kommunene som i en årrekke har arbeidet for å få kultur- og helse på den politiske dagsorden. Vi håper denne rapporten kan være med å bidra til økt forskningsmessig interesse innen fagfeltet kultur- og helse.

Sammendrag

Denne rapporten er en evaluering av Trondheim kommunes kultur- og helsesatsing for seniorer: "Den kulturelle spaserstokken." Tilbudet innbefatter 250 arrangementer årlig på ulike arenaer i Trondheim. Tilbudene favner et bredt spekter av aktiviteter innen områdene: musikk, teater, film, litteratur, kunst, trim og friluftsliv. Kor, annen musikkopplæring og dans er også blant tilbudene. Aktiviteten skjer i nært samarbeid med frivillige, Helse og velferd, lag og organisasjoner, offentlige og private arenaer. Denne undersøkelsen har som formål å gi en beskrivelse av demografi, aktivitetsnivå og helse hos deltakere i Den kulturelle spaserstokkens kulturtilbud. Vår intensjon har videre vært å innhente grunnlagsmateriale vedrørende deltakelse i kulturaktiviteter og om deltakernes opplevelse av livskvalitet, mening og mestring i hverdagen. Datainnsamlingen foregikk i perioden august- november 2010.

Hovedtyngden av datamaterialet er innhentet ved bruk av spørreskjema. I tillegg er der foretatt observasjoner av grupper og intervjuer av deltakere.

256 personer deltok i undersøkelsen. 600 spørreskjemaer ble delt ut. Svarprosenten er 42%. 188 er kvinner (79.7%) og 48 (20.3%) er menn. 20 personer har unnlatt å oppgi kjønn. Aldersfordelingen blant deltakerne er som følger: (gjennomsnitt/ høyeste/ laveste) 73.7/95.9/ 47.4. (n=236). Utvalget fordeler seg relativt jevnt når det gjelder utdanningsnivå. Når det gjelder boforhold og sosialt nettverk, oppgir 56% at de bor alene. 42% bor sammen med ektefelle eller samboer. De aller fleste oppgir at de har venner som kan tre støtte til når de trenger det. Når det gjelder bruk av helsetjenester viser resultatene at de vanligste helsetjenestene er enkeltkonsultasjoner hos fastlege, annen spesialist, og tannlegebesøk.

Resultatene gir et inntrykk der de aller fleste er flinke til å ivareta egen helse og at helsetilstanden er god. Flertallet gir uttrykk for at de opplever få eller moderate begrensninger i hverdagen. Det kulturelle aktivitetsnivået er jevnt over imponerende høyt alderen tatt i betraktning. Den kulturelle spaserstokkens tilbud er etter alt å dømme til stor glede og nytte for deltakerne i dette utvalget.

Resultatene, av denne undersøkelsen og andre, tyder på at kulturdeltakelse bidrar til å styrke opplevelsen av tilhørighet og inkluderende fellesskap. Kreativ livsutfoldelse er en viktig kilde til økt livskvalitet. Uten å kunne dra noen klare konklusjoner, er det grunn til å anta at opplevelsen av utvikling, økt mestring og mestringstro kan bidra til styrking av helsefremmende faktorer som opplevelsen av mening, sammenheng, trivsel og mestring i hverdagen.

Kunnskap om kulturdeltakelse og helse kan vise seg å være viktige faktorer både i forhold til folkehelse og i forhold til samfunnsøkonomiske utviklingsstrategier. Det vil, selv om ikke denne undersøkelsen kan konkludere på dette, også være viktig å undersøke hvordan en kan nå og aktivere nye grupper. Langtidseffekter på livskvalitet så vel som biomedisinske effekter anbefales også undersøkt.

Innledning

Den kulturelle spaserstokken (DKSS) startet i 2002 i Trondheim kommune etter initiativ fra Helse og velferd. Satsingen var en del av Trondheim kommunes servicegaranti: *"Alle i Trondheim skal ha tilgang til sosiale aktiviteter og fritidstilbud"*. Kulturenheten fikk ansvar for gjennomføringen. Som et ledd i kommunens helsepolitikk er målsettingen å ivareta kulturdeltakelse for den eldre delen av byens befolkning. Målet er å skape arenaer for inkluderende fellesskap gjennom et rikt utvalg av kulturtilbud. For å kunne nå flest mulig innen målgruppa, er tanken å flytte kulturen dit seniorenne er, det være seg på café eller på institusjon. Godt samarbeid med kulturinstitusjoner, som Trøndelag Teater, Trondheim kino, Olavshallen og byens museer har resultert i et variert kulturtilbud tilrettelagt for aldersgruppa 55+. Den kulturelle spaserstokken har rundt 250 arrangementer årlig på ulike arenaer rundt i byen. Tilbudene favner et bredt spekter innen kunstformene: musikk, teater, film, litteratur, kunst, trim og friluftsliv. Kor, annen musikkopplæring og dans er også blant tilbudene.¹ Aktiviteten skjer i nært samarbeid med frivillige, Helse og velferd, lag og organisasjoner, offentlige og private arenaer. Det jobbes også aktivt gjennom foredragsvirksomhet, deltakelse i nasjonale og nordiske nettverk og utviklingsarbeid. I 2008 ble prosjektet "Kultur som virkemiddel i det helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeidet" opprettet. Prosjektgruppa består av kulturaktører, akademikere/forskere, brukere og administrativt ansatte fra Kulturenheten i Trondheim kommune. Denne evalueringsrapporten er en del av dette arbeidet.

Kultur som helsefremmende virkemiddel.

Med Trondheim som foregangskommune ble Den kulturelle spaserstokken etablert som nasjonalt prosjekt i 2006. Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur- og kirke departementet har gått sammen om å bevilge midler øremerket kultur for seniorer. Kultur- og helse er omtalt i flere nasjonale føringsdokumenter. I løpet av de siste 20-30 årene har den politiske interessen for å benytte kultur for å fremme helse og/eller som ledd i behandling av sykdom vært økende. I Stortingsmelding nr. 48 (2002-2003): Kulturpolitikk fram mot 2014, heter det: *"Hele folket skal sikres tilgjengelighet til kulturtilbud, rett til deltakelse og likeverd. Kunst og kultur av god kvalitet skal bli tilgjengelig for flere, også de som har redusert funksjonsevne"*. Øvrige nasjonale politiske føringsdokumenter som bør nevnes i den sammenheng er:

¹ En fullstendig oversikt over samtlige aktivitetstilbud finnes på Trondheim kommunes nettside.

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Om folkehelsepolitikken*, Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007), *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), *Omsorgsmeldinga*, og Kulturlova (2007). Her stadfestes den enkeltes rett til å kunne delta i en eller annen form for kulturell aktivitet. I dette ligger et kvav om tilrettelegging der dette måtte være nødvendig.

Et viktig grunnlag for regjeringens satsing på 1990-tallet, var undersøkelser som viste at helse- og sosialtjenestenes storforbrukere ofte er småforbrukere av kulturtilbud. (Håpnes, Holmen, Knudsen, 2005). Et økende omfang av såkalte samsykdommer, økt sykefravær og et stigende antall uføretrygdete skapte behovet for nye virkemidler. Bedre velstand hadde ikke ført til utjamning av sosiale helseforskjeller, (Hjort, 1994). Sentralt var også antakelsen om at deltakelse i meningsfylte kulturaktiviteter ville gi økt livskvalitet, bedre mestring av egen hverdag, og derigjennom bedre helse. Sogn og Fjordane fylkeskommune var tidlig ute, (Ruud Stige, 1994). Senteret NaKuHel i Asker ble etablert i 1994 (Tellnes, 2003). I perioden 1997-99 ble 15 millioner kroner bevilget til utviklingsarbeid. Over 20 kommuner og fylkeskommuner deltok. Mange prosjekter ble iverksatt. Bedre livskvalitet og bedre selvpoplevd helse er gjengangere i evalueringsrapportene fra disse prosjektene. Siden 1994 har det eksistert ei nordisk samarbeidsgruppe som har som målsetting å belyse sammenhenger mellom kultur og helse. Imidlertid er dette feltet i liten grad fulgt opp forskningsmessig her til lands. Temaet ble for eksempel ekskludert som eget område av Forskningsrådet (NFR) i 1998, hvilket også bidro til en svekkelse av forskningsinnsatsen på feltet kultur og helse. Denne rapporten, som er initiert av Trondheim kommune og Kulturdepartementet, søker å bidra til fornyet interesse og en videreføring av intensjonene fra 1990-tallet om kunnskapsutvikling vedrørende sammenhenger mellom kulturdeltakelse og helse.

Undersøkelsens mål og hensikt

Formålet med denne undersøkelsen er å foreta en evaluering av Den kulturelle spaserstokkens aktivitetstilbud i forhold til den målsettingen som er presentert innledningsvis. I det følgende avsnitt presenteres aktuelle evalueringskriterier og problemstillinger. Hovedspørsmålet er: I hvilken grad har Den kulturelle spaserstokken lyktes i forhold til følgende mål som er satt:

- *"Alle i Trondheim skal ha tilgang til sosiale aktiviteter og fritidstilbud"*. Hvem er det som hittil er fanget opp av Den kulturelle spaserstokkens tilbud?

- *“Målet er å skape arenaer for inkluderende fellesskap gjennom et rikt utvalg kulturtilbud”*. I hvilken grad har en lyktes i å skape arenaer for inkluderende fellesskap? Hvilket utvalg av tilbud finnes, og i hvilken grad kan dette karakteriseres som et “rikt” kulturtilbud (for alle)?
- *“For å kunne nå flest mulig innen målgruppa, er tanken å flytte kulturen dit seniorenene er, det være seg på kafé eller på institusjon.”* I hvilken grad når Den kulturelle spaserstokken ut til de av byens eldre som befinner seg på kafé eller institusjon?

Hovedintensjonen i dette prosjektet er å framskaffe grunnlagsmateriale med tanke på en eventuell videre forskningsoppfølging hvor også spørsmål vedrørende sammenhenger mellom kultur deltakelse og helse vil være sentralt. I våre spørreskjemaer inngår spørsmål vedrørende opplevd livskvalitet, lykkefølelse, generell helsetilstand, bruk av helsetjenester, bruk av kulturtilbud og betydningen av disse. Sentrale grunnleggende problemstillinger er:

- Varierer deltakelsen og betydningen av ulike kulturaktiviteter med faktorer som: alder, kjønn, demografiske forhold, sosial- og økonomisk status?
- På hvilke måter og i hvilken grad kan kultur deltakelse bidra til bedre mestring i hverdagen?
- På hvilke måter og i hvilken grad kan kultur deltakelse bidra til bedre livskvalitet?

Rapportens innfallsvinkler

Vi har valgt å fordele innsamlingsmaterialet med utgangspunkt i forskjellige typer aktiviteter: Fysisk trening/dans, kino-, teater-, galleri- og konsertbesøk, og aktiv deltakelse i sang-, spill og teatervirksomhet. Nedenfor følger en kort presentasjon av delprosjektene vi har delt opp tenkningen knyttet til datainnsamlingen i.

1. Fysisk aktivitet.

Vi har vært interessert i å se på aktive uttrykksformer og trening som virkemiddel i helsefremmende og rehabiliterende arbeid for seniorer i Trondheim kommune. Fysisk aktivitet er viktig i forbindelse med nasjonalt folkehelsearbeid. Dette er godt beskrevet og vitenskapelig begrunnet. For alle aldersgrupper er livslang deltakelse ved ulike aktiviteter viktig, fordi det påvirker fysisk, psykisk og sosial helse. Dermed har det betydning for den enkeltes totalopplevelse av livskvalitet, og det forebygger sykdom, samtidig som det innvirker på mestring og opplevelsen av sykdom. Kultur og helse og fysisk aktivitet i forbindelse med dette, er mindre beskrevet og mindre dokumentert i forbindelse med folkehelsearbeid.

Kulturenheten i Trondheim kommune ønsker nå en evaluering av Den kulturelle spaserstokken, (jfr. Kommunens egne mål, som nevnt i tidligere avsnitt).

Formål: Studien skal undersøke om deltakelse i fysisk aktivitet i forbindelse med Den kulturelle spaserstokken i Trondheim kommune samvirker positivt med helsevariabler.

2. **Opplevelse av subjektiv velvære blant deltagere i aktiviteter i den Kulturelle spaserstokken.**

Spørsmålet om hva som gir det gode liv har trolig blitt fundert over siden tidenes morgen, og er også et spørsmål vitenskapen har tatt tak i. En tilnærming som i dag brukes mye er ideen om at det gode liv er konstituert av hvorvidt *folk selv* opplever eller anser at livet deres er godt. Om denne tilnærmingen brukes på engelsk begrepet *subjective well-being* (SWB) eller også *happiness* (Diener, 2000). På norsk brukes begreper som subjektiv velvære, lykke eller livskvalitet. Ideen om at det ikke i seg selv er fraværet av sykdom som gir god helse, er fundamental innenfor det salutogenetiske helseperspektivet (Antonovsky 1987), så vel som innenfor den biopsykososiale helsemodellen som blant andre Verdens helseorganisasjon (WHO) opererer med. Mye forskning er gjort de siste 30 årene for å få økt kunnskap om blant annet årsakene til og konsekvensene av SWB, og kunnskap om et samfunns SWB-nivåer eller livskvalitetsnivåer blir i økende grad politisk og sosialt anerkjent som en viktig indikator for samfunnets velbefinnende. Som et eksempel besluttet Stortinget våren 2009 å bruke Brutto Nasjonal Livskvalitet som styringsparameter på linje med Bruttonasjonalprodukt. Hvordan å kunne vurdere og å måle hva som medfører økt livskvalitet, vil derfor være av største betydning.

Formål: Å evaluere i hvilken grad deltakelse i kulturaktivitetene tilbudt under Den kulturelle spaserstokken påvirker deltakernes nivåer av subjektivt velvære og livskvalitet og evt. enkelte av SWBs underkomponenter.

3. **Musikk som helsefremmende strategi.**

Musikkens rolle som helsefremmende strategi har globale røtter til de tidligste sivilisasjoner. Mye tyder på at menneskehjernen er predisponert for musikk og at musikk var vår viktigste overlevelsesstrategi før utviklingen av talespråk (Sachs, 2007, Levitin, 2007). Når musikk

synes å overleve i alle kulturer og til alle tider velger jeg å se dette i lys av dens *virkning* heller enn ferdighetsaspektet forbundet med musikalsk utfoldelse. Musikk; (sang inkludert), betraktes her som en del av menneskelig samhandling i sosiokulturell kontekst. En passende definisjon av musikkbegrepet i denne sammenheng er i tråd med musikkforskeren Christoffer Smalls begrep: "musicing," (Small, 1998). Musikkens mening og funksjon konstrueres av personen i møte med musikken, og/eller skapes i musikalsk utfoldelse i møte mellom mennesker der og da.

Er det mulig å avdekke eventuelle forskjeller i helsefaktorer når en sammenlikner deltakelse i musikalske fellesskap med deltakelse i andre kulturaktiviteter, og i så tilfelle hvilke? Er det mulig å identifisere de helsefremmende komponentene i denne form for aktivitet?

I tillegg til undersøkelsens felles spørreskjema, vil det bli foretatt observasjoner samt et utvalg dybdeintervjuer blant deltakere i kor/samspill- og dramagrupper. Hensikten er om mulig å kunne få tak i informasjon vedrørende sammenhenger mellom denne type kulturaktiviteter og opplevd livskvalitet og helse, som en ellers ikke ville fått tak i ved bruk av spørreskjemaer alene. Filmopptak under aktiviteten og i intervjuer vil kunne danne grunnlag for senere sammenlignbare observasjoner, hvor kroppsspråk, bevegelse og stemmeklang kan gi nyttig tilleggsinformasjon utover det verbale. **Formål:** Å undersøke forskjeller i helseeffekt når en sammenlikner deltakelse i musikalske fellesskap med andre kulturaktiviteter.

A. Sosial kompetanse og B. Bruk av helsetjenester.

Hvorvidt deltagelse i kulturelle aktiviteter henger sammen med sosial kompetanse er en interessant problemstilling. Dette vil gjøres igjennom analyser av nettverk. Slik som undersøkelsen er bygd opp kan en ikke slå fast om kulturell aktivitet henger sammen med sosial kompetanse, men sammenhengsanalyser og analyser av forklart varians vil også være interessant. En ønsker videre å vurdere sammenhenger mellom bruk av helsetjenester og kulturell deltagelse. Alle gruppene som deltar med å svare på spørsmål om bruk av helsetjenester. Spørsmålene er tatt fra HUNT-spørreskjemaet. På denne måte kan en foreta sammenligninger med den store databasen som HUNT har. **Formål:** En ønsker å undersøke om kulturell aktivitet er årsak til sosial kompetanse, samt å vurdere sammenhenger mellom bruk av helsetjenester og kulturell deltagelse.

Samlet problemstillingsliste:

- Hvem er det som hittil er fanget opp av Den kulturelle spaserstokkens tilbud?
- Varierer deltakelsen og betydningen av ulike kulturaktiviteter med faktorer som: alder, kjønn, demografiske forhold, sosial- og økonomisk status?
- I hvilken grad har Den kulturelle spaserstokken i Trondheim kommune lyktes i å skape arenaer for inkluderende fellesskap?
- På hvilke måter og i hvilken grad kan deltakelse i kommunens kulturtilbud for seniorer bidra til bedre mestring i hverdagen?
- Er det mulig å avdekke positive sammenhenger mellom deltakelse i fysisk aktivitet i forbindelse med Den kulturelle spaserstokken i Trondheim kommune og helsevariabler ?
- Er det mulig å avdekke forskjeller i helseeffekt når en sammenlikner deltakelse i Den kulturelle spaserstokkens musikalske fellesskap med andre kulturaktiviteter?
- På hvilke måter og i hvilken grad kan deltakelse i disse kulturtilbudene bidra til bedre subjektivt velvære og livskvalitet?
- På hvilke måter og i hvilken grad kan deltakelse i Den kulturelle spaserstokkens kulturtilbud bidra til økt sosial kompetanse?
- Finnes det samvariasjon mellom deltakelse i Den kulturelle spaserstokkens kulturtilbud og bruk av helsetjenester?

Ytterligere informasjon om delprosjekt 1 og 2.

Det er viktig å merke seg at grundigere rapporteringer på delprosjekt 1 og 2 vil forefinnes i løpet av våren 2011 som masteroppgaver ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. I disse vil det finnes mer både vedrørende teoretiske innfallsvinkler, metoder og flere resultater samt grundigere diskusjoner.

Sentrale begrep og teoretiske perspektiver

I dette avsnittet presenteres noen teorier og sentrale begreper som danner grunnlaget for det teoretiske rammeverket i studien.

Kultur

Både *kultur*- og *helse* er flerdimensjonale verdiladede begrep som er vanskelig å definere. En hver kulturell handling inneholder lag på lag med meningskoder. Antropologen Clifford Geertz drøfter tolkningsproblematikken ut i fra det han kaller ”*thick description*” (Geertz, 1973).

Et vidt kulturbegrep omfatter vedlikehold, videreføring og utvikling av et samfunns sett av verdier, tradisjoner og levesett. Kulturbegrepet slik vi tolker det i denne sammenheng gis en vid definisjon, og omfatter *kultur som uttrykk* og *kultur som levemåte*. Kulturelle uttrykk i denne sammenheng omfatter: musikk, dans, drama, bilde, litteratur, idrett og friluftsliv, både på amatør- og på profesjonelt nivå.

Helse; med fokus på helsefremming

I denne rapporten har vi valgt å ta utgangspunkt i helsefremmende faktorer, faktorer som øker risikoen for god/bedre helse og livskvalitetsindikatorer som grunnlag for vårt arbeid, jfr. Folkehelseovngivning fra 1.10.10 om folkehelsearbeid i fylkeskommunene og Stortingsvedtak om Brutto Nasjonal Livskvalitet våren 2009. En kort, og mye brukt, definisjon i tråd med det moderne *positive helsebegrepet*² er: ”evnen til å mestre hverdagslivets krav,” eller: “den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse,” (jfr. Ottawa-charteret; WHO, 1986, Helsedirektoratet, 1987). Sentralt i helsebegrepet slik vi velger å tolke det er en gjennomgående opplevelse av sammenheng; at livet oppleves forutsigelig, forståelig, håndterbart og meningsfylt.

Salutogenese er av den israelske sosiologen Aaron Antonovski beskrevet som aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse. Ut fra livsvilkår vil vi ha ulik holdning til om nye situasjoner synes påvirkelige, forutsigbare og overkommelige. Opplevelsen av *tilhørighet*, (fra det engelske: *sense of coherence*) er viktig. Helsefremmede (salutogene) aktiviteter fordrer forståelse og forutsigbarhet, (Antonovsky, 1987). Sentralt i nevnte teori, vedrørende tilhørighet, eller ”sense of coherence,” (Tellnes, 2007), er evnen til å nyttgjøre de ressurser

² Nærmere omtale i senere avsnitt.

som frigis gjennom det å *oppnå en forståelse* for den situasjon en befinner seg i, samt finne *mening* i å bevege seg i en helsefremmende retning, (Lindström/ Eriksson, 2005). Det handler med andre ord om å ha/opparbeide en kapasitet til å foreta seg slike handlinger for på denne måten å stimulere pågangsmot i møte med sykdom. Salutogenese innebærer å se på menneskets helsetilstand som en aktiv prosess på en uavbrutt akse mellom ytterpunktene ”syk” og ”frisk”. Det dreier seg om et kontinuerlig variabel, en samlet helhet uten avbrekk. Selv om sykdom påfører plager, vil det alltid være noe som er friskt. Fokuset rettes mot “grad av friskhet” heller enn mot “sykdom.”

En strategi som søker å styrke folks egne krefter, samt nøytralisere krefter som bevirker avmakt er **Empowerment**, (Sørensen/ Graff, 2001). En norsk oversettelse av begrepet, kan kanskje være *bemyndigelse* eller *styrke*. Imidlertid kan ingen av disse sies å være dekkende for det engelske begrepet empowerment. Jeg velger derfor å bruke det engelske ordet.

Empowerment forutsetter en arena fri for negativ bruk av makt. Imidlertid kan det hevdes at det, i større eller mindre grad, og på alle arenaer der mennesker møtes, foregår en kontinuerlig utøvelse av makt. Men makt kan også brukes som en positiv skapende kraft, (Foucault, 1970), hvor pasientens egne verdier og ressurser står i fokus. Tanken er at *empowermentprosessen* skal kunne gi mennesker større styrke til å mestre sykdom og/eller livssituasjon i det en søker å ta utgangspunkt i ting som gir *mestring*. I henhold til Lazarus og Folkmans definisjon av *mestring*, (Lazarus, Richard og Folkman, 1984), kan dette beskrives som en prosess der en intellektuelt og atferdsmessig trenes i å forholde seg til indre og/eller ytre påkjenninger som vurderes som krevende, eller som tilsynelatende går ut over de ressursene en person innehar. Det er personens oppfatning av en gitt situasjon som er viktigst, ikke den "objektive" situasjonen. Målet er å kunne endre atferdsmønster for bedre å kunne takle kjente situasjoner hvor personen opplever psykisk stress.

Begrepet *mestringstro* er en oversettelse av det engelske; ”*self-efficacy*,” med referanse til Albert Banduras læringsteori, (Bandura, 1977 og 1997). Det handler om å etablere en *tiltro* til at en kan klare nye ting, lære noe, prestere noe, lykkes med noe, for derigjennom å kunne oppnå positiv endring i adferdsmønster. Bandura legger vekt på betydningen av læring gjennom observasjon, som gjensidig interaksjon mellom kognitiv, adferdsmessig og omgivelsesmessig innflytelse. “*Social self-efficacy is an individual’s confidence in her/his ability to engage in the social interactional tasks necessary to initiate and maintain interpersonal relationships*,” (Smith, Betz, 2000).

Det nære forholdet mellom kultur og helse kan uttrykkes slik: *”Helse er menneskers evne til å fordøye livet. Kultur er menneskekroppens fortolkning av verden. Livet uttrykkes i kulturen.”* (Mækellæ, 2007). Mange som sliter med fysisk og/eller psykisk sykdom mangler både tilgang på kulturopplevelser og sosialt nettverk. I evalueringsrapporten for den nasjonale satsingen (i perioden 1997-99) framgår det at kultur kan gi bedre helse på to måter: direkte, ved kulturell opplevelse og deltakelse og indirekte, ved den sosiale sammenhengen den kulturelle deltakelsen inngår i. Det synes åpenbart at det kan være svært vanskelig å skille mellom *opplevelse* og *sosial sammenheng*. Begge aspekter er imidlertid sentrale.

Livskvalitet (QOL)

Begrepet livskvalitet (fra engelsk; *Quality of life*), er et multidimensjonalt helsekonsept med perspektiver og ringvirkninger som innbefatter grad av tilfredshet, (*well being*) for den enkelte, og samfunnsmessige styringsmekanismer med påfølgende helsemessige konsekvenser for en større gruppe/nasjon. Livskvalitet er en verdi som påvirkes av politiske føringer nasjonalt og, i økende grad også internasjonalt. Eksempler på sentrale faktorer er individuell livssituasjon og adgang til ressurser sett i forhold til grad av funksjon (funksjonshemming). Studier av livskvalitet berører en rekke fagdisipliner, deriblant økonomi, medisin og andre helsestudier, sosiologi, sosialt arbeid, og samfunnsvitenskap, (Raphael, 2010).

Behovet for å kunne måle flere verdier enn de som kan relateres til materiell verdiskaping og vekst kom på den amerikanske politiske dagsorden i 1960-åra. I en tale ved Universitetet i Kansas (1968) uttrykte Robert Kennedy åpenbare svakheter ved utelukkende å bruke Brutto nasjonalprodukt (BNP) som indikator på et samfunns velferdsnivå, i det dette ikke måler: *”våre barns helse, kvaliteten på deres utdanning eller deres glede ved lek, poesiers skjønnhet eller styrken i våre ekteskap. Det måler med andre ord alt, bort sett fra det som gjør livet verdt å leve.”*

Det finnes flere definisjoner av hva livskvalitet, eller “det gode liv” bør inneholde. I denne rapporten velger vi å ta utgangspunkt i en modell som er utviklet av et forskerteam ved Senter for Helsefremming, Universitetet i Toronto, Canada, (Raphael, 2010). En kort definisjon av begrepet *livskvalitet* i henhold til denne modellen kan være: ”i hvor stor grad en er tilfreds med egne muligheter på områder av livet som er viktig for en.” Graden av “tilfredshet” (*enjoyment*) sees i forhold til tre bakenforliggende livsdomener: “å være” (*being*),

“tilhørighet” (*belonging*) og “å bli” (*becoming*).³ Nærmere presentasjon av denne definisjonsmodellen for livskvalitet i senere avsnitt.

Tidligere forskning

Et voksende antall forskningsstudier styrker antakelsen om at aktiv kulturell deltakelse kan være av stor betydning for menneskers helse, (Cohen, perlstein, Chapeline, Kelly, Firth, Simmens, 2006). Kreativ utfoldelse synes å styrke mestringslyst og livsglede hos pasienter som gjennomgår sykdomsbehandling og /eller rehabilitering, hvilket i sin tur kan være avgjørende i forhold til å gjenvinne bedre livskvalitet og helse. Kulturell deltakelse synes også viktig som helsefremmende virkemiddel i folkehelseøymed. Sverige er et foregangsland når det gjelder denne type forskning, (Bygren, Konlaan, Johansson, 1996). Museumsbesøk, kino, teater samt deltakelse i musikkliv, var blant faktorene som her ble undersøkt i forhold til helse. Det ble vist en positiv helsegevinst i det å delta i kulturarrangementer i fritiden. Eksempelvis kan det nevnes at stimulering ved å delta i kulturtilbud reduserte blodtrykket samt nivået på binyrebarkhormonet ACTH hos deltakerne. Kulturell deltakelse ble målt og kontrollert opp mot andre faktorer som kunne antas å gi mulige gevinster. Studien fra Umeå konkluderer med at det *er* nær sammenheng mellom helse og bevisst bruk av kulturtilbud og/eller andre fritidsaktiviteter. Kulturdeltakelse synes å ha innvirkning på sykdomsutvikling og levealder.

Resultater fra helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag, FOLK 1 og 2, (Håpnes, Holmen, Knudtsen, 2005), og i HUNT-undersøkelsene, (presentert under Folk2-konferansen i Stjørdal, nov. 26.-27. 2009), viser også at deltakelse i kulturlivet gir positive helsemessige ringvirkninger, for eksempel i form av bedre selvpoplevd helse, samt økt forventet levealder. Rapporten ”Livskvalitet,” (Loga, 2010), utgitt ved Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, er en kunnskapsoversikt over forskning om betydningen av kultur og frivillighet for livskvalitet, helse og trivsel, både på individ og samfunnsnivå. Det er særlig tre felt som belyses i rapporten: framveksten av lykkeforskning, sammenhenger mellom kulturdeltakelse og livskvalitet og betydningen av frivillig sektor. Loga påpeker at det ut i fra foreliggende forskning ennå er vanskelig å påvise årsakssammenhenger om betydningen av kultur og frivillighet for livskvalitet, hvilket delvis kan sees i sammenheng med at lykkeforskning bygger på nye tilnærmingsformer. Samtidig synes det klart at en stor og

³ Mine oversettelser, med referanse til: Dennis Raphael (2010), Kap. 3, side: 32: Sitat: “*QOL is defined as: The degree to which a person enjoys the important possibilities of his/her life.*”

levende kultur- og frivillig sektor har innvirkning på lykkenivået i et samfunn. I rapporten går det likevel klart fram at det å bevare samt styrke aktivitetene innen kultur og frivillighet vil være et bidrag til å styrke livskvaliteten, det være seg i form av å styrke et ”godt samfunn,” eller som redskap for å stimulere til sosial utjevning.

Andre forskningsstudier som kan nevnes i den sammenheng er: Bygren, Weissglas, Wikstrom, Konlaan, Grjibovski, Karlsson, Andersson, Sjöstrom, (2009), hvor kulturdeltakelse blant helsepersonell er i fokus. Også når det gjelder kreftbehandling og oppfølging av pasienter kan kulturaktiviteter synes å være av avgjørende betydning, (Bygren, Johansson, Konlaan, Grjibovski, Wilkinson, 2009). I en annen studie, (Johansson, Konlaan, Bygren, 2001), utforskes psykologiske og psykososiale faktorer, som ikke i samme grad er dekket av tidligere forskningsstudier. Grad av motivasjon hos den enkelte sees i sammenheng med den helsemessige utvikling. Også denne undersøkelsen viser at grad av kulturell deltakelse i seg selv er av avgjørende betydning, sett i forhold til helserisiko. Det er interessant å merke seg at deltakelse i kulturelle aktiviteter som ikke krever økt grad av fysisk aktivitet også synes å kunne gi en betydelig helsegevinst. Forskningsstudier fra flere land, deriblant USA, (Wilkinson, Waters, Bygren, Taro, 2010) og Libanon, (Khawaja, 2006) synes å kunne bekrefte betydningen av kulturell deltakelse som helsefremmende virkemiddel.

Nevnes bør også et knippe pågående forskningsprosjekter. I 2009 tok Region Skåne initiativ til en forsøksvirksomhet ved institusjonen Capio City, Hälsingborg, hvor pasienter/brukere får tilbud om å delta i kulturaktiviteter som del av behandlingen. En sluttrapport er ventet i juni 2011. Dette er et ledd i regjeringens satsing som har fått navnet “Kultur på recept.” I den forbindelse kan det nevnes at DPS- Stjørdal tilbyr deltakelse i musikkgruppe som del av behandlingen for sine pasienter/brukere. Ordningen, som nå har vart i snart 3 år, er både et interkommunalt samarbeid og et samarbeid mellom Høgskolen i Nord-Trøndelag og den kommunale musikkskolen. Erfaring med denne satsingen har hittil vært svært positiv.⁴

Avslutningsvis vil jeg nevne forskningsprogrammet: “Kultur och hjärnhälsa,” et omfangsrikt og tverrvitenskapelig forskningsprogram ved det Sahlgrenska Institutet i Göteborg, hvor seks forskningsgrupper under ledelse av prof. Michael Nilsson, søker en å finne ny kunnskap om hvordan hjernen påvirkes av en rekke forskjellige former for kulturell stimuli: kunst, mosjon,

⁴ Rapporten fra dette prosjektet: ”Samspill og samklang”, (nov. 2009) er tilgjengelig på FOLK2 sin hjemmeside.

musikk, rytmer, dans arkitektur og forskjellige former for sosial omgang. Arbeidet startet i 2009, med planlagt avslutning i 2012.

Metode

Utvalget i spørreundersøkelsen er kvinner og menn i alderen 55+ som tar del i aktiviteter som arrangeres i regi av Den kulturelle spaserstokken. Eksklusjonskriterier er at en ikke behersker språket tilstrekkelig til å kunne svare eller ved dårlig kognitiv funksjon (demens).

Datainnsamlingsprosedyre

Spørreskjemaene er i hovedsak delt ut på arrangement der representanter fra kommunen masterstudentene og/eller undertegnede var til stede for å svare på eventuelle spørsmål i forbindelse med undersøkelsen. Det dreier seg om konserter og eller andre arrangementer, noen av disse ved eldresenter, aktivitetssentre og/eller institusjoner/bofelleskap.

Aktivitetsgrupper (kor, teater og treningsgrupper) er kontaktet, og i noen grad besøkt ved flere anledninger (øvelser/treff). I tillegg ble spørreskjemaer lagt ut i Hornemannsgården, et møtested for byens seniorer. Utvalget i denne undersøkelsen begrenser seg følgelig til seniorer som har deltatt på et utvalg kulturarrangementer i regi av kommunens kulturtilbud i perioden august til medio november, 2010.

Spørreskjema

Vi har valgt å ta utgangspunkt i både kvantitativ (spørreskjema) og kvalitativ metode (personlige intervju og observasjon). Følgende standardiserte spørreskjema er valgt: SF-36 og GHQ-20. SF-36 er valgt som redskap for generell måling av livskvalitet. For i støtte grad å kunne dekke problemstillinger knyttet til mental helse og sosial kompetanse har vi også valgt å bruke GHQ-20. Imidlertid fant vi behov for å utforme noen tilleggsspørsmål, for i større grad å kunne knytte de forskjellige kulturaktivitetene opp mot opplevd livskvalitet og helse. Vi har ønsket å benytte spørreskjemaene til alle involverte; ledere, kulturverter og deltagere innenfor den aktuelle aldersgruppa. Undersøkelsen er vurdert av REK, som ga klarsignal uten videre godkjenning, da denne undersøkelsen ikke faller inn under kategorien helsefaglige undersøkelser. Innholdet i spørreskjemaene inneholder ingen etisk problematiske spørsmål.

For i noen grad å kunne tilpasse datainnsamlingen til delprosjektene og følgelig til de gruppene hvor vi har foretatt intervjuer, valgte vi å operere med flere varianter av et

basis-spørreskjema: HS. Delprosjekt 1 har benyttet skjemavariant: D1. Her er noen tilleggsspørsmål angående fysisk mestring- og aktivitetsnivå. Skjemaet som er brukt i delprosjekt 2, var samtidig undersøkelsens pilotskjema, (P). I dette skjemaet forekommer noen tilleggsspørsmål angående lykke. De fleste spørsmål angående kultur deltakelse finnes i samtlige skjema. Basisskjemaet (HS) innehar samtlige spørsmål vedrørende kulturaktivitet. Dette skjemaet er (i likhet med pilotskjemaet) hovedsakelig delt ut blant tilhørere og deltakere på diverse evenementer hvor deltakerne ikke møtes regelmessig, samt ved flere institusjoner og andre aktuelle møtesteder. Spørsmål vedrørende kulturaktiviteter er i noen grad rettet mot spesifikke aktiviteter, som musikk/drama, kino/konsertbesøk etc. Dette fordi vi søker å finne eventuelle sammenhenger og/eller samvariasjon mellom forskjellige former for kultur deltakelse og kultur deltakelse og helse sett under ett, (Ruud, & Stige, 1994). Samtlige skjemaer innehar spørsmål med fokus på sosial kompetanse. Det samme gjelder spørsmål vedrørende bruk av helsetjenester.

Dybdeintervjuer

Fem semistrukturerte intervjuer er foretatt. Utgangspunktet for samtlige intervjuer var et utvalg fellesspørsmål med rom for samtale av mer uformell karakter. Følgende spørsmål ble stilt ved samtlige intervjuer:

- Fortell om “aktiviteten” (det være seg sang/dans/drama). Hvor lenge har du holdt på med dette?
- Hvorfor begynte du med dette? Har du spilt eller sunget i andre sammenhenger tidligere?
- Hva betyr denne aktiviteten for deg, sosialt og innholdsmessig?
- Hva tror du denne aktiviteten betyr for andre i gruppa?
- Opplever du noen endringer, en utvikling hos deg selv som resultat av “aktiviteten”?
- Opplever du endringer, en utvikling hos noen av de andre i gruppa som resultat av denne “aktiviteten”?
- Opplever du endringer, en utvikling i gruppa som helhet?
- Avslutningsvis ble samtlige spurt hva de vil trekke fram som det de selv opplever som det aller viktigste, det være seg det vanskeligste, det mest utfordrende, eller den aller beste erfaringen de sitter igjen med så langt.

Informasjon fra dette materialet er anonymisert. I tilfeller der sitat og/eller referanser til observerte data er brukt, er disse uten referanse til enkeltindivider eller til spesifikke

aktivitetsgrupper. Noen få intervjuer ble filmet. I de tilfellene der informantene er filmet, har disse gitt samtykke til at også dette materialet kan brukes i forskningsøyemed.

Observasjon

Seks observasjoner er foretatt i forbindelse med utøvende aktiviteter hvor deltakerne møtes regelmessig. Formålet var å kunne fange opp noe av det usagte, for eksempel eventuelle endringer i form av kroppsholdning og/eller sosial atferd. I noen grad ble det gjort opptak med videokamera. Følgelig kan samme situasjon observeres flere ganger. Tanken var, eventuelt å kunne observere eventuelle endringer; før og etter intervensjonsperioden på 8 uker. I samtlige tilfeller ved bruk av kamera var dette på forhånd klarert og godkjent av samtlige deltakere.

Målbare parametre og variabler

SPSS 18 er brukt som analytisk verktøy for det samlede datamaterialet fra spørreundersøkelsen. Den deskriptive analysen presenteres i form av frekvens- og krysstabeller. Datamaterialet i denne undersøkelsen er på nominal- og ordinalnivå. Spearman, (en Nonparametrisk testmetode) ble derfor valgt som korrelasjonsmål. Signifikansnivåene 0.01 og 0.05 er valgt. Kruskal-Wallis H er benyttet som signifikanstest til Spearman-analysene.

Metodiske svakheter

Det skulle vise seg at en åpenbar metodisk svakhet ligger i selve utvalget. I all hovedsak ble spørreskjemaene delt ut under kulturarrangement som eventuelle respondenter selv hadde oppsøkt. Etter hvert møtte vi stadig flere publikummere eller aktive deltakere, som hadde mottatt spørreskjemaet på andre arrangementer. Disse er storforbrukere av kulturtilbud. I noen tilfeller ble spørreskjemaene delt ut ved institusjoner og/eller bofellesskap. Dette i forbindelse med konsertbesøk ved institusjonene. Konsertene var åpne også for andre seniorer. Antall mottakere av spørreskjemaer er betydelig lavere blant beboere på institusjon enn for andre deltakere/besøkende. Denne undersøkelsen favner altså bare et lite utvalg blant kommunens aktive, ressurssterke seniorer, og blant dem, flest kvinner. Vi skulle gjerne ønsket oss et sammenligningsgrunnlag fra kommunens øvrige innbyggere i samme aldersgruppe.

Spørsmål vedrørende anonymitet opptok mange. Flere ga uttrykk for at de med tanke på utviklingen innen informasjonsteknologi ikke kjenner seg trygge på at informasjon fra slike undersøkelser forblir anonyme. I hvilken grad dette har gitt utslag på undersøkelsens

deltakelsesprosent, samt bidratt til lavere svarprosent på enkeltspørsmål er vanskelig å si, men det er likevel ei problemstilling det kan være verdt å merke seg.

Forhold vedrørende kulturdeltakelse og helse berører selve grunnvilkårene i vår tilværelse: Avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjoners skjørhet og eksistensiell ensomhet; sider ved livet der ord blir fattige. Våre liv har også sitt uttrykk i bevegelse, kroppsholdning, pust og stemmeklang. I en eventuell oppfølging ser vi derfor behovet for både en utvidet spørreundersøkelse, samt langt flere intervjuer og observasjoner.

Tidsrammen er et annet moment jeg vil trekke fram. Funn fra delprosjekt 1 og 2, som gjennomføres av mastergradsstudentene innlemmes ikke i denne rapporten. Dette fordi deres oppgaver ikke leveres før tidligst mai 2011. Eventuelle helseeffekter av kulturdeltakelse krever både et større utvalg, kontrollgrupper, og oppfølging over en lengre tidsperiode. Vi håper likevel dette materialet kan danne grunnlag for en forskningsmessig oppfølging av prosjektet.

Resultater; drøfting og analyse

I de følgende avsnitt presenteres en deskriptiv analyse av det innsamlede materialet fra spørreundersøkelsen som utgangspunkt for drøfting og videre analyse. Med utgangspunkt i et utvalg spørsmål fra spørreskjemaene er materialet organisert i følgende fem tematiske hovedbolker:

- Sosiodemografiske variabler/karakteristika
- Helse, mestring og livskvalitet
- Kulturell deltakelse
- Betydningen av kulturell deltakelse
- Betydningen av tilgjengelighet

Detaljerte oversiktstabeller, (absolutt/relativ frekvens, dvs. antall/%), med samme tematiske inndeling, finnes som vedlegg bak i rapporten.

Sosiodemografiske variabler/karakteristika

Som utgangspunkt for presentasjon av det grunnleggende sosiodemografiske materialet har vi valgt alder, kjønn, utdanningsnivå, bofelleskap (hvem en bor sammen med), sosialt nettverk (venner når en trenger det), og bruk av helsetjenester.

Alder/kjønn

256 personer deltok i undersøkelsen. 600 spørreskjemaer ble delt ut. 256 skjemaer ble returnert. Svarprosenten er 42%. 188 er kvinner (79.7%) og 48 (20.3%) er menn. 20 personer har unnlatt å oppgi kjønn. Aldersfordelingen blant deltakerne er som følger: (gjennomsnitt/høyeste/ laveste) 73.7/95.9/ 47.4. (n=236). 10 respondenter har unnlatt å oppgi fødselsår og dato. I de tilfeller der fødselsdato og/eller år ikke er oppgitt, ble disse registrert med fødselsdato den 15. juli i det året som hyppigst gikk igjen i de spørreskjemaene som til en hver tid var synlige under skanning. For alle andre spørsmål (med unntak av kjønn) er maksimalt antall respondenter 256. N=256. Der avviket for svarprosenten =5% eller høyere, oppgis (n=antall svar). Når variabelen kjønn ikke er tatt med i det generelle oversiktsmaterialet er det fordi manglende svar vedrørende kjønn er såpass høyt.

Alder i femårs intervaller	Antall	Prosent
Til og med 64	7	2,7
65 – 69	17	6,6
70 – 74	49	19,1
75 – 79	68	26,6
80 – 84	58	22,7
85 – 89	34	13,3
90 – 94	18	7,0
Over 95	3	1,2
Mangler data fra	2	,8
Total	256	100,0

Utdanning

Her følger en kort oversikt over utdanningsnivået for dette utvalget. Prosenttall som oppgis her, og i samtlige utdrag fra oversiktstabeller, er omregnet til hele tallverdier. (For fullstendig oversiktstabell, se vedlegg).

Utdanning (Frekvens)	(N=256)	
Folkeskole	25	(10%)
Framhaldskole/realskole	67	(26%)
Yrkesskole	56	(22%)
Gymnas	25	(10%)
Høyskole/universitet, inntil 3 år	27	(11%)
Høyskole/Universitet, over 3 år	54	(21%)

Bofellesskap/sosialt nettverk

Den største gruppen, (56%), oppgir at de bor alene. 42% bor sammen med ektefelle eller samboer. Seks personer (2%) bor sammen med andre over 18 år.

På spørsmål vedrørende øvrig sosialt nettverk, her representert med to spørsmål: *Har du venner som en kan snakke fortrolig med?* og *Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?* I begge tilfeller svarer ca. 87% ja.

Helsestatus

For samtlige spørsmål vedrørende helsestatus er tidsperspektivet “i løpet av de siste 12 mnd.” Tabellen viser antall (frekvens) for svaralternativ **ja**. (For detaljert oversiktstabell, se vedlegg).

Helsestatus (Frekvens, JA)

(Siste 12 mnd.)...vært hos allmenn/fastlege?	224	(96%)	
...annen legespesialist?	117	(47%)	
...konsultasjon ved psykiatrisk klinikk?	6	(2%)	(n=241)
...konsultasjon ved annen poliklinikk?	69	(28%)	
...vært hos kiropraktor?	20	(9%)	(n=231)
...vært hos fysioterapeut?	68	(29%)	(n=232)
...vært hos tannlege?	164	(85%)	(n=238)
...vært hos homøopat, akupunktør, soneterapeut, håndspålegger, annen alternativ behandling?	29	(13%)	(n=229)
...innlagt på sykehus?	35	(15%)	(n=239)
...innlagt på sykehjem?	8	(3%)	(n=234)
...mottatt hjemmesykepleie?	8	(3%)	

Med unntak av spørsmål vedrørende “*besøk hos fastlege/allmennlege, annen poliklinikk og ...mottatt hjemmehjelp*” forekommer avvik større enn 5%. Som siste post i spørreskjemaet gis det rom for egne kommentarer. Flere gir uttrykk for at skjemaet inneholdt noen “*vanskelige*” spørsmål. I den grad dette utdypes, er det særlig spørsmål vedrørende *lykke* og følelsesliv/psykisk helse generelt som nevnes i den sammenheng. En uvilje mot slike spørsmål kom også fram i samtaler og i intervjuer. Samtidig er det viktig å påpeke at forekomsten av manglende svar må sees i lys av flere og sammensatte årsaksforhold, uten at dette drøftes nærmere her.

Helse, mestring og livskvalitet.

Med utgangspunkt i tidligere nevnte QOL-modell⁵ fra Senter for helsefremmende forskning ved Universitetet i Toronto, er opplevelsen av velvære/fornøydhet med livet, friskhetsnivå, tilgang på goder/mulighet til deltakelse, engasjement og aktivitetsnivå i særlig fokus. Det være seg i forhold til arbeid og/eller fritid, sosial deltakelse samt deltakelse i kulturaktiviteter. I tråd med overnevnte modell innlemmes behov i forhold til fysiske, psykologiske og åndelige dimensjoner i tilværelsen. Fysisk og psykisk helse, hygiene, ernæring, tilpasningsevne,

⁵ QOL: En forkortelse for det engelske: Quality of life: Livskvalitet.

kognisjon, selvbilde, følelsesliv og verdigrunnlag, er alle elementer som gjør seg gjeldende for hvem vi *er*, vår opplevelse av livskvalitet, samt vår evne til å utnytte eget potensiale i den til en hver tid gjeldende livssituasjon.

Samlet indikerer resultatene at utvalget i denne undersøkelsen i all hovedsak omfatter ei gruppe aktive seniorer med god helse og høyt mestringsnivå, som her illustrert med et utdrag fra tabellen; Helse, mestring og livskvalitet, som kun viser svaralternativ som indikerer høy grad av friskhet/mestringsnivå, (innfelt i parentes). Der to svaralternativ er angitt er antallet slått sammen, (angitt i %):

Utdrag fra tabell: Helse, mestring og livskvalitet: (For oversiktstabell, se vedlegg).

Stort sett vil du si at din helse er? (God, meget god, utmerket)	(84%) (N=256)
Er din helse slik at den begrenser deg i: moderate aktiviteter? (Nei/ikke i det hele tatt)	(63%)
...å gå opp flere etasjer?	(58%)
(fysisk)...du har utrettet mindre enn ønsket?	(59%)
(fysisk)...du har vært hindret i å utføre ...?	(68%) (n=239)
(psykisk)...du har utrettet mindre enn du hadde ønsket?	(69%)
(psykisk)...arbeid/gjøre mål mindre grundig?	(76%) (n=246)
Hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid? (ikke i det hele tatt).	(46%)
...følt deg harmonisk? (Hele tiden/nesten hele tiden/mye av tiden)	(79%)
...hatt mye overskudd? (Hele tiden/nesten hele tiden/mye av tiden)	(52%) (n=238)
...følt deg nedfor og trist? (Ikke/litt av tiden)	(87%) (n=239)
...hvor mye har fysisk helse/følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang? (Ikke ../Litt av tiden)	(82%)
Hvordan er helsa di nå (sammenliknet med for 1 år siden)? (Mye bedre enn/litt bedre enn/Omtrent den samme som for ett år siden.	(82%)
...stort sett fornøyd/misfornøyd med tilværelsen? (Svært/ganske fornøyd)	(81%)
...Kroppslige smerter i mer enn 6 mnd.? (Nei)	(57%)
...langvarig sykdom (min. 1år) som nedsetter dine funksjoner til daglig? (Nei)	(66%)

Generelle kommentarer til tallmaterialet

På spørsmålet “*Stort sett, vil du si at din helse er?*” Er verdiene som følger: *dårlig, nokså dårlig, god, meget god, utmerket*. Kun 2 personer, (ca.1%), oppgir å ha dårlig helse.

Sammenlagt utgjør svaralternativene: *god, meget god og utmerket* 84% av utvalget. De neste 3 spørsmålene har følgende verdier: *Ja, helsen begrenser meg litt, Ja, helsen begrenser meg noe, nei ikke i det hele tatt*. Svarene tyder på at moderate aktiviteter som støvsuging, hus- og hagearbeid, trappeganger og den slags ikke byr på nevneverdige hindringer for de fleste deltakerne i denne undersøkelsen.

Spørsmålene: “*du har vært utrettet mindre enn du hadde ønsket*” og “*du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål,*” (med referanser både til fysisk og psykisk helse), og “*du har utrettet mindre enn du hadde ønsket*” (med referanse til følelsesmessige problemer), har svar-verdiene: *Ja/ Nei*. Også her ser det ut til at respondentene i dette utvalget ikke opplever særlige begrensninger i forhold til det en ønsker å utrette.

Alternative svar på spørsmålet: (i løpet av de siste 4 ukene) “*Hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid?*” er: *Ikke i det hele tatt, litt, en del, mye, svært mye*. Mens 116 opplever en hverdag uten nevneverdige smerter, har 79 personer (31%) svart at smerter har plaget dem *litt* i løpet av de siste 4 ukene. Hele 77% av respondentene, (med en gjennomsnittsalder på 73.7 år), opplever en hverdag som ikke preges av hindringer forbundet med smerte.

På spørsmålene, (med de siste 4 ukene som tidsramme), fra og med “*Følt deg rolig og harmonisk*” til og med “*Hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang?*” er svaralternativene: *hele tiden, nesten hele tiden, mye av tiden, en del av tiden, litt av tiden og ikke i det hele tatt*. Også her viser resultatene at dette utvalget preges av godt humør og lite plager til hinder for sosial omgang. Dette inntrykket bekreftes med svarene fra spørsmålet “*Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?*,” (med svaralternativene *Svært fornøyd, ganske fornøyd, litt fornøyd, både/og, litt misfornøyd, ganske misfornøyd og svært misfornøyd*). 81% av de spurte gir uttrykk for at de er *svært* eller *ganske* fornøyd med tilværelsen.

Her ser vi også at det å være fornøyd med tilværelsen ikke nødvendigvis er ensbetydende med det å være fri for langvarig sykdom eller smerter. 108 personer, (43%) oppgir å ha

kroppslige smerter som har vart i mer enn 6 mnd. 84 personer (34%) har svart JA på spørsmålet om “*langvarig sykdom, skade eller lidelse, som har vart i minst et år.*”

På spørsmålet “*Hvordan er helsa di nå sammenlignet med for et år siden?*” er svaralternativene *Mye bedre nå enn for ett år siden, Litt bedre..., Omtrent på samme nivå... litt dårligere..., mye dårligere nå enn for ett år siden.* En sammenslåing av svaralternativene *mye bedre.../ litt bedre/omtrent samme som for et år siden* gir en relativ svarfrekvens på 82%

Spørsmålene vedrørende nedsatt funksjonsnivå (bevegelse, syn, hørsel, kroppslig sykdom, psykisk sykdom) har følgende svaralternativer: *Litt nedsatt, Middels nedsatt, Mye nedsatt.* Også her oppgir de aller fleste ingen eller liten grad av funksjonsnedsettelse. Imidlertid er det verdt å kommentere at disse betegnelse er lite presise i forhold til eksakt å skulle angi nivå for funksjonsnedsettelse.

Deltakelse

Også når det gjelder kulturell deltakelse skårer dette utvalget høyt, hvilket bekrefter det generelle inntrykket av at dette utvalget i stor grad består av ressurssterke mennesker ved god helse og høyt mestringsnivå. De aller fleste deltar regelmessig i en eller flere kulturaktiviteter. Når det gjelder de mest populære kulturtilbudene på landsbasis, ser vi at våre resultater er i samsvar med andre og større undersøkelser.⁶ Kino- og konsertbesøk synes å være de kulturtilbudene som på landsbasis øker mest i popularitet i alle samfunnslag, etterfulgt av friluftsliv og idrettsaktiviteter. Blant utvalget i denne undersøkelsen ser vi at både deltakelsesprosent og aktivitetsnivå er høyt for disse aktivitetene. Nedenfor gis en kort oversikt over deltakelsen i kulturtilbudene som inngår i denne undersøkelsen rangert ut i fra sammenlagt deltakelse, angitt i % uten desimaler.

Aktivitet	%
Konsert, kino, teater	88%
Friluftsliv	86%
Trening eller idrett	75%
Foreningsvirksomhet	68%
Museum/kunstutstilling	65%
Dans	59%
Musikk, sang eller teater	59%
Kirke eller bedehus	51%
Idrettsarrangement	35%
Menighetsarbeid	19%

⁶ Med referanse til resultater fra HUNT: Kjeøy (2009), og Vaage (2010).

(For detaljert oversiktstabell, se Deltakelse i kulturaktiviteter, i vedlegg).

Blant de som går på konsert, kino og/eller teater, utgjør den største gruppa, (47%), de som benytter seg av disse tilbudene 1-6 ganger i løpet av de siste 6 mnd. 28% oppgir en besøkshyppighet på gjennomsnittlig 1-3 ganger pr. mnd. 14% benytter seg av disse tilbudene mer enn 3 ganger pr. mnd. 11% oppgir at de ikke benytter seg av slike tilbud.

For friluftsliv og trening eller annen idrett og dans synes aktivitetsnivået å være svært høyt. Den største gruppa, (33%), av de som er aktive i friluftsliv, oppgir at de er aktive mer enn 1 gang i uka. 19% deltar 1 gang i uka, og 18% deltar 1-3 ganger pr. mnd. 14% deltar ikke i friluftsliv. Også blant de som driver trening eller idrett, topper høyeste deltakerfrekvens. Her er 37% aktive mer enn 1 gang i uka. Deretter følger alternativet 1 gang i uka med ca. 21%. For alternativene 1-3 ganger pr. mnd. og 1-5 ganger siste 6 mnd. er deltakerprosenten 8%. Nesten 25% oppgir at de ikke driver noen form for trening.

Idrettsarrangement engasjerer ca. 13% av de spurte 1-3 ganger pr. mnd. eller mer. For ca. 22% er aktivitetsnivået 1-6 ganger i løpet de siste 6 mnd. Ca. 65% deltar ikke i idrettsarrangementer.

Ca. 70% i dette utvalget er aktive i en eller annen form for foreningsvirksomhet. For de fleste, (28%) er aktivitetsnivået 1-3 ganger pr. mnd. Når det gjelder museumsbesøk/kunstutstillinger, er den vanligste besøkshyppigheten (38%), 1-6 ganger i løpet av de siste 6 mnd. Nærmere 35% oppgir at de ikke benytter seg av dette tilbudet, og nesten like mange (ca. 26%) oppgir en besøkshyppighet på 1-3 ganger pr. mnd. eller oftere.

I likhet med idrettsaktivitetene er det høyeste deltakerfrekvens som topper lista. I overkant av 32% danser 1 gang i uka eller oftere. De som er aktive 1-3 ganger pr. mnd. og 1-5 ganger siste 6 mnd. ligger begge på ca. 8%. Følgelig er det ca. 40% i dette utvalget som ikke driver med dans. Resultatene for musikk, sang eller teater viser at ca. 28% deltar 1 gang i uka eller mer. Også her oppgir ca. 40% at de ikke deltar i disse aktivitetene.

Ca. 60% er aktive i kirker og bedehus. 1/3 av disse deltar 1-3 ganger pr. mnd. eller oftere. Deltakelse i menighetsarbeid er på ca. 19%. Av disse er ca. 4% aktive 1-3 ganger pr. mnd. eller mer. Alternative svar for spørsmålene vedrørende museum/kunstutstilling, konsert etc., kirke etc. og idrettsarrangement er *Mer enn 3 g pr mnd., 1-3 g pr mnd., 1-6 g siste 6 mnd. og Ikke i det hele tatt*. For spørsmålsgruppen vedrørende foreningsvirksomhet, musikk etc.

menighetsarbeid, friluftsliv, dans og trening, er svaralternativene som følger: mer enn 1 g i uka, 1 g i uka, 1-3 g i uka, 1-5 g siste 6 mnd., ikke i det hele tatt.

For spørsmålet “*Hvor ofte benytter du deg av kommunale tilbud som “Den kulturelle spaserstokken”*” er svaralternativene: *1 gang i året eller sjeldnere, noen ganger i året, hver mnd. og hver uke*. Her oppgir 56% at de deltar noen ganger i året. 26% oppgir at de benytter seg av disse tilbudene hver mnd. eller oftere.

Betydning

I dette utvalget gir 94% uttrykk for at kultur har vært viktig for dem. Svarene fordeler seg slik: Ja, siden barndommen (36%), ja, siden tenårene (10%), ja, siden jeg ble voksen (31%), og ja, siden jeg ble pensjonist (16%). At kulturaktiviteter er en viktig ingrediens i hverdagen hos den enkelte kommer også tydelig til uttrykk i intervjuer, i pauser under korøvelser eller i dramagruppa. De fleste oppgir at kulturaktiviteter har vært en viktig del av livet siden barnsben. For spørsmålet “*Hvor stor betydning har kulturaktiviteter i ditt liv nå*” er svaralternativene: *Veldig stor betydning, stor betydning, verken stor eller liten betydning, liten betydning, ingen betydning*. 77% av respondentene befinner seg i de to første kategoriene. 15% er nøytrale (*verken stor eller liten betydning*). *Liten betydning* har en skår på 6%. Kun 4 personer, (i underkant av 2%) hevder at kulturaktiviteter har *ingen betydning* i livet (nå).

Når det gjelder hva som er viktigst, selve kulturaktiviteten eller det sosiale samværet, ser vi at begge dimensjoner skårer høyt. Ut i fra det svarmateriale som foreligger i denne undersøkelsen er det vanskelig å kunne påpeke klare forskjeller i hva som er viktigst: selve kulturaktiviteten eller det sosiale samværet. I det følgende gis en oversikt over svaralternativene som har fått høyest skår, positivt og/eller negativt, for spørsmålene vedrørende hvilken betydning kulturaktiviteter har for den enkelte. Der det forekommer to svaralternativ oppgis en samlet svarprosent.

Betydningen av kulturaktiviteter (For oversiktstabell, se Betydningen av kulturaktiviteter i vedlegg).

Spørsmål	%
Har kulturaktiviteter vært viktig for deg?(Ja siden..%)	94%
Hvor stor betydning har kulturaktiviteter i ditt liv nå? (Veldig/stor,%)	77%
Hva er viktigst? (Svært/ganske viktig,%)	
...selve kulturaktiviteten?	79%
....det sosiale samværet?	76%
Har deltakelse i kulturaktiviteter hatt innvirkning på din omgangskrets? (Ja,%)	78%
Vil du si at du har utviklet varige vennskap gjennom å delta i kulturaktiviteter? (Ja,%)	68%

Tilgjengelighet

Spørsmålet “*Hvor avhengig er du av gratis transport for å kunne delta i kulturaktiviteter?*” har følgende svaralternativ: *Helt avhengig, noe avhengig, sjelden avhengig, ikke avhengig*. 9 personer (i underkant av 4%), oppgir at de er helt avhengig av gratis transport. En sammenslåing av variablene helt, noe, og sjelden avhengig utgjør 20% av respondentene. (De fleste mottok spørreskjemaene på arrangementer de allerede hadde oppsøkt; som publikummere, eller som aktive deltakere).

Når det gjelder betydningen av billettpris, oppgir 66% at denne i noen grad er viktig for om en velger å delta i kulturaktiviteter eller ikke. 24 personer, (9%) oppgir at billettprisen er *svært viktig*. For de øvrige variablene fordeler svarene seg slik: *Viktig 25%, Nokså viktig 32%, Ikke viktig 34%*. Hele 96% av de spurte gir uttrykk for at kommunale kulturtilbud, (som Den kulturelle spaserstokken), er viktige. (For detaljert oversikt, se Betydningen av tilgjengelighet i vedlegg.)

Samvariasjon

- Er det mulig å avdekke samvariasjon tilbudene imellom, og eventuelle ringvirkninger som følge av dette?
- Varierer deltakelse og betydningen av kulturaktiviteter med faktorer som: alder, kjønn og/eller andre sosiodemografiske data?

Funnene i dette utvalget viser samvariasjon kulturtilbudene imellom. Det vil si at de som deltar regelmessig i en aktivitet ofte deltar regelmessig i andre aktiviteter. Våre resultater viser også en tendens til at kulturdeltakelse øker parallelt med utdanningsnivå, hvilket er i samsvar med internasjonale undersøkelser og andre norske studier, som for eksempel Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (2006-2008), Mediebruksundersøkelsene (Vaage 2009) og Levekårsundersøkelsen fra 2007, (Vaage 2010). I Vaages rapport dokumenteres klare endringer i kulturbruken, både i Oslo, i de største byene, (Bergen, Trondheim, Stavanger) og i befolkningen generelt. Selv om det fremdeles er slik at de med høyest utdanning er mest aktive i kulturlivet generelt, viser disse undersøkelsene markante endringer over tid. Her ser en tegn til sosial utjamning i bruk av kulturtilbud, hvilket innebærer økende kulturdeltakelse for de med lavere utdanning. Når det gjelder preferanser av type aktivitet/kulturtilbud ser en likevel tegn til sosiale skiller. Kunstutstillinger og teaterforestillinger er ifølge rapportene fra Statistisk sentralbyrå mest populært blant folk med høy utdanning og blant kvinner.

Også i dette utvalget er det i særlig grad besøkstillene for museum og kunstutstillinger som bekrefter tilsvarende sosiale skille og kvinnedominans, (hvilket også er i samsvar med resultater fra HUNT-undersøkelsene). For flere av kulturtilbudene viser tallene i vår undersøkelse en betydelig tendens til sammenfallende preferanser blant folk med *framhaldskoleutdanning* og de med *mer enn treårig utdanning ved høyskole/universitet*. Med tanke på aldersgruppa og dominansen av kvinner i dette utvalget, er det nærliggende å tenke at noe av forklaringen henger sammen med datidas ulike utdanningsmuligheter for kvinner og menn. I overnevnte undersøkelser fra Statistisk sentralbyrå, viser tallene at kvinners utdanning synes å spille mindre rolle for valg av kulturaktiviteter sammenlignet med menn. For museum/kunstutstillinger, teater, opera/operette, ballett/dans, og i en viss grad også konserter, er interessen størst blant de med høy utdanning og blant kvinner. Samlet synes interessen for disse kulturtilbudene å være størst blant kvinner. Nasjonalt synes tendensen å være at antall kulturbesøk er økende blant godt voksne og synkende i den yngre delen av befolkningen.

Helse og livskvalitet

- På hvilke måter og i hvilken grad kan kulturdeltakelse bidra til bedre mestring i hverdagen?
- På hvilke måter og i hvilken grad kan kulturdeltakelse bidra til bedre livskvalitet?

Med utgangspunkt i prosjektets hovedproblemstilling; hvorvidt deltagelse i kulturaktiviteter kan ha en positiv effekt på helse, mestring og bruk av kommunale tjenester, har vi søkt å gjøre dette gjennom å se på ulike delelementer som samhandlingskompetanse, livskvalitet, velvære, fornøydhet med livet, resiliens (motstandskraft), empowerment, mestringsforventning, opplevd helse, mening i livet, positiv vs. negativ livssyn, angst, depresjon og sosial støtte. Sentralt i samtlige problemstillinger er spørsmål vedrørende *livskvalitet* og *helse*. Hvordan differensiere og måle dette? Hvordan definere, samt identifisere livskvalitet og helse på individ- gruppe- og befolkningsnivå?

Som nevnt i tidligere avsnitt har vi valgt å ta utgangspunkt i QOL-modellen fra Senter for helsefremmende forskning ved universitetet i Toronto, med spesifikke kriterier for måling av livskvalitet (QOL) som rammeverk i en teoretisk forskningsmodell. Når overnevnte modell er valgt som teoretisk verktøy i denne evalueringen, er det fordi den dekker et vidt spekter av tilværelsens mange dimensjoner, for eksempel velvære, sykdom, tilgang til materielle goder, arbeid, fritid og livsroller generelt, kultur og miljø, det være seg i forhold til nærmiljø og til storsamfunn. Modellen tar høyde for menneskers behov i forhold til fysiske, psykologiske og spirituelle dimensjoner i tilværelsen. Tabellen tar utgangspunkt i begrepene "*being, belonging* og *becoming*," her oversatt til "å være, tilhøre, bli."⁷ Begrepet "å være," innbefatter både fysiske og psykiske forhold "*physical- og physiological being*". Her inngår fysisk helse, personlig hygiene, ernæring og fysisk aktivitetsnivå. Likeledes inkluderes psykisk helse, tilpasningsevne, kognisjon, følelsesliv og egen oppfattelse av selvbylde. En "åndelig dimensjon/bevissthet" ("*spiritual being*") ivaretas ved å inkludere personlig verdigrunnlag, moralsk utøvelse og åndelig/religiøs tro.

"Tilhørighet" ("*belonging*") som i denne sammenheng innbefatter ens grad og evne til tilpasning til omgivelser blir også betraktet ut i fra en fysisk og en psykisk dimensjon. "Fysisk tilhørighet" ("*physical belonging*"), tilskrives ens forhold til hjemmet, arbeidsted, naboer, skole og lokalsamfunn. "Sosial tilhørighet" ("*social belonging*"), inkluderer forhold til sosiale omgivelser, venner, familie, kolleger, naboer og andre i lokalsamfunnet. "Lokal

⁷ Her presenteres sentrale begreper i overnevnte QOL- (livskvalitets-) modell. Mine oversettelser.

tilhørighet” (“*local belonging*”), representerer muligheter sett i forhold til inntekt, helse- og sosiale tjenester, arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter.

“Å bli” (“*becoming*”). “Praktiske muligheter og utfordringer” (“*practical becoming*”), omfatter dagliglivets aktiviteter, inkludert de som omhandler det å nå personlige mål, håp og generell livsanskuelse. Det være seg i forhold til dagligdagse (praktiske) gjøremål, som husarbeid, lønnet arbeid, skole, frivillighetsarbeid, samt det å ivareta egen helse og sosiale behov. “Fritidsmuligheter” (“*leisure becoming*”) inkluderer aktiviteter i forbindelse med avslapping og fornøyelse, som en motvekt til stressende elementer i tilværet. Dette begrepet er også gitt en dimensjon av “vekst” (“*growth becoming*”). Herunder regnes aktiviteter som innbefatter styrking av egen kompetanse, ferdigheter og kunnskapsnivå, samt evne til tilpasning i møte med forandring.

Det som her omtales som “tilfredshet” (“*enjoyment*”) må sees i forhold til to aspekter: Det å oppleve glede/tilfredshet og det å ha skaffet seg/oppnådd noe ved egen innsats. Heri ligger et element av verdi og/eller makt forbundet med lykkefølelse. Hvert av disse domene som til sammen utgjør en modell for å kunne måle livskvalitet (QOL) innbefatter grad og betydning av mening, muligheter, verdsettelse og lykke.

Når denne modellen synes velegnet som redskap i helsefremmende forskning, er det ut i fra følgende argumentasjon, bestående av følgende, til dels overlappende årsakssammenhenger, (Raphael, 2010). Overnevnte domener for livskvalitet (QOL) kan være determinanter i forhold til helse fordi en bedring innen domene kan tjene som aktiviteter med et potensiale for helsefremmende måloppnåelse. En høyere verdioppnåelse innen domene kan tjene som indikatorer for sentrale og grunnleggende behov. Det at modellen også ivaretar forhold til omgivelser, det være seg fysiske og psykiske forhold, individuelt og kollektivt, gir muligheten for å kunne utforske hvilken rolle omgivelser, samt ens forhold til omgivelser, har for helsefremming.

Ivaretagelse av selvet

At aktivitetsnivået i noen grad avtar med alderen, antas å være naturlig. Ifølge de høye prosentandelene som angir en deltakelsesfrekvens på ca. en gang i uka, eller 3-5 ganger pr. mnd. i dette utvalget, vitner om høyt deltakelsesnivå på tross av høy gjennomsnittsalder. Eksempelvis kan det nevnes at flere kor- og teatergruppemedlemmer som har passert 80 deltar på ukentlig basis. I likhet med mange andre ga også flere av de eldste deltakerne klart uttrykk

for at denne aktiviteten oppleves som svært givende og nødvendig i en hverdag som ellers (av flere) ble beskrevet som pasifiserende.

Det vi kan lese ut i fra kjønnsfordelingen i dette utvalget, er at disse aktivitetstilbudene i størst grad involverer kvinner. Hvorfor så få menn deltar, er et av de spørsmål som ikke har vært i fokus i denne undersøkelsen. Imidlertid anser vi spørsmål vedrørende menns kulturdeltakelse som viktige og relevante, både forskningsmessig og i forhold til kommunens framtidige kultur- og helsestrategier blant seniorer. Ut i fra uttalelser fra en rekke deltakere på forskjellige arrangementer, er hovedinntrykket at menn vegrer seg for å delta i aktiviteter de oppfatter som “kvinnfolkaktiviteter”. Drama og korgruppene domineres av kvinner. I begge gruppene ble det gitt uttrykk for at de gjerne skulle hatt med flere menn. Ved en anledning ble spørreskjemaer delt ut under “lørdagsjazzen” på Olavs Pub. Uoppfordret kom flere eldre menn og fortalte at de egentlig skulle hatt lyst å delta både i kor og/eller dramagrupper, men vegra seg eller har slutta fordi antallet menn var så lite.

I dette utvalget oppgir vel halvparten (56%) at de bor alene. 42% bor sammen med ektefelle eller samboer. Med unntak av menighetsarbeid er der, om enn i liten grad, noe større deltakelse blant de som bor alene sammenliknet med de som bor sammen med ektefelle eller samboer.

Utdanningsnivå viste seg å være utslagsgivende i valg av aktiviteter og i forhold til hvor ofte en deltar. I noen tilfeller ser vi at de med høy og lav utdanning har felles preferanser. For aktivitetene konsert/teater/kino, kirke/bedehus, idrettsarrangement, foreningsvirksomhet, musikk/sang/teater, menighetsarbeid, friluftsliv og trening/idrett, er antall deltakere bemerkelsesverdig likt fordelt blant de med høyest utdanning (Høyskole/Universitet, over 3 år) og de som har framhaldskole som sin høyeste fullførte utdanning.

Museum, kunstutstillinger og dans skiller seg ut i da de fleste deltakerne befinner seg i hver sin ende av utdanningsskalaen. Dans er mest populært blant de med lav utdanning. Museum og kunstutstillinger er i dette utvalget mest populært blant de med høyest utdanning.

Sosial kompetanse, bruk av helsetjenester

Som det framgår av tidligere avsnitt representerer dette utvalget ei gruppe seniorer ved god helse både fysisk og psykisk. Tilgang til fellesskaplige ressurser synes høy. I løpet av de siste 12 mnd. oppgir 85% å ha vært hos tannlege. Nesten alle (96%) har, i løpet av samme tidsperiode, vært hos fastlege/allmennlege. Nesten halvparten (47%) har vært hos annen

legespesialist og 14% har vært innlagt på sykehus. Svært få (ca.4%) har vært innlagt på sykehjem eller mottatt hjemmehjelp. Kun 2% oppgir å ha hatt konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk klinikk. Evnen og viljen til å ivareta egen helse er god i dette utvalget. Gode pensjonsordninger og gode velferdsordninger generelt, må også nevnes i den sammenheng som viktige faktorer for å kunne ivareta egen helse, samt benytte seg av de kulturtilbud som finnes.

- I hvilken grad har en kommunen lyktes i sin målsetting: å skape arenaer for inkluderende fellesskap og et rikt kulturtilbud for alle?

Det er grunn til å anta at et høyt deltakelsesnivå også er et uttrykk for at kultur oppleves som meningsfullt og viktig. I dette utvalget svarer 36% at kulturdeltakelse har vært en viktig del av livet siden barndommen. Resultatene viser signifikant samvariasjon mellom variabelen viktighet av kultur (*“Har kultur vært viktig for deg?”*) og deltakelse i aktivitetene: *museum/kunstutstilling, konsert/teater/kino, kirke/bedehus, idrettsarrangement, foreningsvirksomhet, musikk/sang/teater, menighetsarbeid, friluftsliv og trening/idrett*). Vi finner også en sterk og signifikant sammenheng vedrørende innvirkning på omgangskrets (*“Har deltakelse i kulturaktiviteter hatt innvirkning på din omgangskrets?”*) og for utvikling av varige vennskap, (*“Vil du si at du har utviklet varige vennskap gjennom å delta i kulturaktiviteter?”*). Heri ligger muligheten til innpass i nye miljøer, til styrket av sosialt samvær og inkludering blant familie, venner og i forhold til ens rolle i lokalsamfunnet.

Utdanning må også nevnes her. Som det framgår av foregående avsnitt, finner vi samvariasjon mellom utdanning og kulturdeltakelse, både i henhold til frekvens (hvor ofte en deltar) og i forhold til preferanser. Også i forhold til utvikling av vennskap, muligheten til sosialt samvær og oppfattelsen av at kulturaktiviteters viktighet, ser vi en signifikant samvariasjon i forhold til utdanningsnivå. Hovedtendensen synes å være, jo høyere utdanning, desto høyere verdsetting og deltakelse. Samtidig viser tallene i dette utvalget at de fleste kulturaktivitetene synes å være like populære blant folk med lav utdanning som blant de med høyest utdanning.

Vekst, optimisme og framtidstro

- Kan ulike kulturelle aktiviteter gi ringvirkninger i form av bedre selvfølelse, optimisme og framtidstro?

“Hvor viktig er disse to sidene ved å delta i kulturaktiviteter for deg?” Alternative svar er 1) selve kulturaktiviteten, 2) det sosiale samværet. Svarprosenten for de som har svart Svært- eller ganske viktig er henholdsvis 78% og 76%. Analysene viser en at selve kulturaktiviteten synes å veie tyngst innen kulturaktivitetene museum/kunstutstillinger, konserter, teater og kino, samt friluftsliv og trening/idrett. For aktivitetene kirke/bedehus, foreningsvirksomhet og dans, er det det sosiale samværet som skårer høyest. For aktivitetene sang, musikk, teater skårer begge svaralternativene nokså likt.

Seks observasjoner ble foretatt. I løpet av oktober og november ble det foretatt observasjoner i seniorkoret og i teatergruppa, (tre ganger i hver gruppe). Fem intervjuer ble foretatt. To intervjuer ble filmet. Filmkameraet ble også brukt under observasjoner i teatergruppa. I det følgende avsnittet er direkte uttalelser fra deltakere markert i kursiv tekst.

Mange ga uttrykk for at de *gjennom disse aktivitetene har fått en unik mulighet til både å lære noe nytt, utfordres i retning nye ferdigheter, samt bli bedre kjent med deg selv og andre*. For noen handler det om *muligheten til endelig å kunne dyrke en hobby og/eller et talent, som har vært nedprioritert i en årrekke hvor jobb og familieforpliktelser har stått i høysetet*. For andre representerer disse tilbudene *en mulighet til å fortsette med aktiviteter som på en eller annen måte har vært en del av yrkeslivet*. Noen ga også uttrykk for at de *først hadde begynt med slike aktiviteter etter pensjonsalderen, og/eller etter tap av livsledsager*. Et mer eller mindre *tilfeldig besøk, gjerne som resultat av venners overtalelse, har for flere blitt til en kjær hobby og, ikke minst, et godt sosialt tilbud*. Flere ga uttrykk for at de gjennom denne aktiviteten er blitt *“tøffere”, i forhold til det å ta ordet i forsamlinger og til det å ta kontakt med andre mennesker*. Opplevelsen av å kunne *utvide horisonten, lære mer, erverve seg nye ferdigheter, samt gleden over å kunne dele dette med andre*, er gjengangere i samtaler og intervjuer. Det samme gjelder *opplevelsen av samhold og samhørighet*. At deltakelse i disse gruppene bidrar positivt som identitetsmarkør, kommer til uttrykk i fortellinger fra felles opplevelser fra forestillinger, turer og annet. Alt tyder på at disse aktivitetene bidrar til bedre selvfølelse, mestring- og framtidstro, til større grad av fornøydhets og til opplevelsen av mening i hverdagen.

Musikalsk fellesskap, en kilde til bedre helse og livskvalitet?

Liv er rytme og rytme er liv. Alle livgivende prosesser er rytmiske. Hormonproduksjon, elektromagnetiske bølger og hjerteslag har sin rytme. Pust og bevegelse likeså. Stemmeklang og all kommunikasjon er rytmisk betinget. Sykdom inntreffer når noe kommer i utakt, (Husebø, 1992). Alt cellelev påvirkes av lyd, (Campbell, 1997). Musikalsk praksis har en sentral rolle i tradisjonelle helsestrategier over hele verden. Alle som har prøvd seg i afrikansk dans vet at ingen kroppsdel slipper unna. Alt stimuleres til ny livsenergi gjennom klang, rytmikk, bevegelse og fellesskap. Selv om musikalske ferdigheter ansees høyt også i disse tradisjonene, er det selve *virkingen* som ansees som det viktigste. Fellesskap og toleranse er grunnpilarene i afrikanske musikktradisjoner, filosofi og helsestrategier.

Mange av de vanligste sykdommene i vår kultur kan spores til kommunikasjonsvansker, tap av fellesskap, problemer tilknyttet egen identitet, negativt stress, eller mangel på livslyst, områder hvor musikk som behandling eller del av behandling har spennende resultater å vise til. Bruk av musikk og annen kreativ utfoldelse blir stadig mer vanlig i behandlingsøyemed. Musikk i stellesituasjoner behandling og/eller delbehandling ved sykehjem, (Myskja, 2006), i arbeid med demente, som delkomponent i smertebehandling og som lindrende og immunstyrkende tiltak for kreftpasienter, ved depresjoner, (Aasgaard, 2006), i rehabilitering etter hjerneslag, i behandling av Parkinson, (Myskja, 2005), er noen eksempler. At musikk også er et viktig redskap i forhold til å utvikle god kommunikasjonsevne, konsentrasjon- og bedre læringsevne, (Trondalen/Ruud, 2008), er også kjent.

I alle kulturer og til alle tider har musikk og andre kreative uttrykk hatt en sentral posisjon i folks hverdagsliv. Uttrykk som “bruksmusikk” indikerer musikk brukt som redskap og/eller strategi i kraft av et virkningspotensiale. Vuggesanger er et eksempel. Vi påvirkes av lyd, av klang, rytmikk, bevegelse allerede før fødselen og gjennom hele livet. Det er verdt å merke seg at den ikke-verbale kommunikasjonen, som er en viktig del av musikkens vesen, synes å trenge lengre inn i vår bevissthet sammenlignet med verbal kommunikasjon. De gode resultatene fra erfaringer med bruk av musikk i behandlingsøyemed, skulle tilsi at det er all grunn til å intensivere både anvendelse og forskning vedrørende bruk av musikk som forebyggende og som helsefremmende strategi.

At det bokstavelig talt gjør godt “å synge ut” er vel kjent for en som i mange år har hatt stemmetrening og sang som yrkesarena. Undertrykt livsglede har også sitt uttrykk i form av inneklemt stemmer, stivt ganglag og en nærmest generell – og alltid nærværende “frykt for å

dumme seg ut.” Karakterstudier (teater), hvor stemmebruk, pust og bevegelse skal tilpasses en rolle som ikke er ens egen, dirigentens befaling om å synge høyere, “kom igjen, ta i nå,” jager jantelovsymptomene på dør. Rommet fylles med en energi og livsglede som er til å ta og føle på. Undertegnede lot seg fascinere av kroppsspråk og stemmebruk som bærer preg av trygghet og av kollektiv ungdommelig livsutfoldelse. Sykdom, smerter og ubehag er som blåst vekk. Det at “*en får noe annet å tenke på*” ble trukket fram av flere. Aktiv kreativ utfoldelse bidrar til å endre fokus, der og da, og i dagene mellom øvelsene. Flere poengterer at de nettopp gjennom denne aktiviteten *får mer motstandskraft og styrke* i forhold til å takle hverdagens mange utfordringer, og i forhold til sykdom og smerter. “*Teater, sang, det er medisinen min det.*” Uttalelsen kom fra et menneske som har slitt med alvorlig sykdom og mye lidelse gjennom mange år, men som på imponerende vis har tviholdt på de ukentlige dosene av kreativ utfoldelse i godt lag. Og her, en uttalelse til ettertanke: “*Jeg har hatt mange cellegiftkurer. Etter hvert oppdaga jeg hvor viktig det er å bruke hodet under slike prosesser. Når effekten av cellegiftkuren kjennes som verst, foretrekker jeg å døyve ubehaget med lydbøker og musikk. Valium er bannlyst. Hodet må være med, ellers blir alt enda verre.*”

Bedre helse med kultur?

Våre data gir ikke grunnlag for å kunne trekke klare konklusjoner angående samvariasjon mellom kultur deltakelse og helse i dette utvalget. Følgelig lot det seg heller ikke gjøre å påvise eventuelle forskjeller i helse ved deltakelse i musikalske fellesskap sammenliknet med andre kulturaktiviteter. Tallene viser at det store flertallet, som benytter seg av kommunens kulturtilbud i stor grad, også opplever å være ved god helse både fysisk og psykisk. Flertallet gir uttrykk for at de opplever få eller moderate begrensninger knyttet til hverdagsaktivitetene. Det kulturelle aktivitetsnivået er jevnt over høyt alderen tatt i betraktning. Følgelig kan vi konkludere med at Den kulturelle spaserstokkens kulturtilbud med stor sansynlighet både er viktig og til stor glede for de som benytter seg av disse tilbudene. Gjennom kommunens kulturtilbud opplever folk å bli stimulert både til å delta i meningsfylte aktiviteter, og til å oppleve muligheten til kreative utfordringer, å kunne vedlikeholde gamle ferdigheter eller å lære noe nytt. Gode opplevelser bidrar til mening, vekst og sammenheng i hverdagen. Samtidig skapes gode sosiale fellesskap, med muligheter for fornying og utvidelse av kulturell- og sosial kompetanse og omgangskrets.

Som tidligere nevnt viser helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag, (FOLK1 og 2 og HUNT-undersøkelsene) at kulturdeltakelse har en positiv innvirkning på folks helse og levealder. Også i dette utvalget har mange gitt uttrykk for at kreativ utfoldelse og/eller andre kulturopplevelser gir mer energi og inspirasjon, humor og livsglede som gjør hverdagen lettere. Med utgangspunkt i våre resultater som viser en tendens til sosial utjamning, både når det gjelder deltakelse og i forhold til bruksvaner, kan en spørre seg om vi her øyner en effektiv strategi for å oppnå sosial utjamning i helse gjennom styrket sosial og kulturell kapital.

De helsefremmende strategier som ligger til grunn i Ottawa charteret, i QOL-modellen fra Toronto og i HUNT-teamets tankegods, er kanskje mer i tråd med afrikansk filosofi og bantu-begrepet “Ubuntu,” (*“Å være er å tilhøre”*)⁸ enn den mer individfokuserende verdi-tenkningen vi kjenner fra europeisk filosofi. Kunst og kultur har et unikt helsefremmende potensiale gjennom å styrke opplevelsen av tilhørighet og inkluderende fellesskap. Kreativ livsutfoldelse er en viktig kilde til økt livskvalitet. Opplevelsen av utvikling, av økt mestring og mestringstro bidrar til styrking av helsefremmende faktorer som opplevelsen av mening, sammenheng og trivsel i hverdagen. I anvendte modell for måling av livskvalitet, blir den skandinaviske samfunnsmodellen trukket fram som en viktig forutsetning for vår befolknings gode helsestatus. En velutviklet velferdsstat, politisk og økonomisk stabilitet, en hverdag preget av forutsigbarhet og relativt liten grad av klasseskille, blir trukket fram som viktige sosiale determinanter i forhold til folkehelse.

Under en Helsekonferansen i Stjørdal (FOLK 2, nov. 2009), presenterte Steinar Krogstad en populasjonsstrategi for helsefremming. Her poengterte han betydningen politiske føringer som grunnleggende forutsetninger for å skape muligheter for den enkelte til aktivt å kunne delta i samfunnet. Aktiv deltakelse i kulturlivet er en viktig sosial og helsefremmende faktor, i det en styrking av kulturell så vel som sosial kapital vil kunne styrke den enkeltes utviklingsmuligheter og opplevelsen av mening og mestring i hverdagen. Kunst og kultur er viktige redskaper for å kunne bygge et sterkere samfunn, poengterte Krogstad. Positive effekter på individnivå kan være å bygge bånd til andre mennesker, samt fremme dugnadsvilje. Muligheten til å uttrykke seg trekkes fram, og det å gi glede. Kriminalitet og annen risikoatferd reduseres. Av kognitive, psykologiske effekter nevnes økt selvfølelse, opplevelsen av tilhørighet, samt økte kreative evner og ferdigheter. Av interpersonelle

⁸ “Ubuntu”, en sentral læresetning i afrikansk filosofi: *“I am because we are, and since we are, therefore I am.”* Oversatt til engelsk av den kenyanske filosofen: John S. Mbiti: (1969/2002).

faktorer nevnes økt samarbeid, styrking av sosiale nettverk, samt det å fremme kommunikasjonen av ideer. De samfunnsmessige ringvirkningene kan, ifølge Krogstad, spores økonomisk i form av økte arbeidsplasser, kulturelt i form av økt kollektiv identitet og effektivitet, og sosialt i form av økt tillit, og styrking av sosial kapital, dugnadsånd og organisasjonsliv.

Konklusjonen fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag er ifølge Jostein Holmen, (professor og leder ved HUNT forskningscenter, NTNU), at folk som er aktive i kulturlivet, opplever å ha bedre helse og lever lengre enn de som ikke er aktive, (Kjeøy, 2009, med referanse til resultater fra HUNT 3). Kulturell deltakelse ble her definert til det selv å være aktiv og/eller være mottaker av kultur. Holmen, som ikke legger skjul på egen overraskelse over disse funnene, viser til at kulturdeltakelse ble målt og kontrollert opp mot andre faktorer som er med på å forklare dette. Likevel ble det påvist en selvstendig effekt av kulturdeltakelse. Holmen undersøkte sammenhenger mellom kulturell deltakelse og selvopplevd helse, angst og depresjon. For selvopplevd helse viste det seg å være positiv sammenheng både for kvinner og menn. Selv om mye forskning gjenstår før en med sikkerhet kan si at kulturdeltakelse gir folk bedre helse, er de sammenhenger som hittil er kommet fram, i HUNT-undersøkelsene, i funn fra kultur- og helseprosjektet Folk 1 i Nord-Trøndelag, (2001-2004), og i utenlandske, og deriblant flere svenske undersøkelser, nokså entydige. Kulturtiltak har en positiv helseeffekt, individuelt og kollektivt. Holmen poengterer at selv små sammenhenger kan ha store konsekvenser for folkehelsen. Et annet og viktig moment er kulturtiltakenes fortrinn i forhold til uønskede bivirkninger. Kulturtiltak er både trygt og billig, sammenlignet med de fleste helsetiltak.

Avsluttende kommentarer

Trondheim kommunes kulturtilbud har lyktes i å nå ut til seniorer med forskjellig utdanningsbakgrunn. Kulturtilbudene synes å tiltrekke seg flere kvinner enn menn. Innsatsen fra Trondheim kommune er åpenbart av stor verdi for de av kommunens innbyggere som hittil benytter seg av kommunens kulturtilbud. Blant de som deltok i diskusjoner (i kaffepauser og lignende) og/eller lot seg intervju, fortalte to personer at de har vært utøvere innen sang/spill/teater siden barndommen, om enn ikke som heltids- profesjonell beskjeftigelse. Fem personer oppgav at interessen for å drive med sang/teater først meldte seg etter at de ble pensjonister, og etter påtrykk fra venner, som allerede er aktive i Den kulturelle

spaserstokkens sang- og teater tilbud. De aller fleste ga uttrykk for at interessen for å delta i forskjellige kulturaktiviteter har vært der hele livet, men at de først nå, (som pensjonister), til sin store glede opplever å ha både tid og muligheten til å kunne dyrke denne interessen. I denne “prosjektperioden” har Den kulturelle spaserstokken lagt flere konserter og lignende arrangement til institusjoner, sykeheim/bofellesskap og eldre senter. Både brukere, kulturverter og helsepersonell har gitt uttrykk for at dette har vært svært positivt, og at de håper denne satsingen fortsetter.

I Norge tilhører aldersgruppa 55+ en politisk tidsepoke hvor sosial utjamning og økte velferdsgoder har vært i høysetet.⁹ Lønnsforskjeller i forhold til utdanning er relativt små sammenliknet med mange andre land. Gode velferdsordninger og jevnt over gode familieinntekter har bidratt til gode muligheter for sosial og kulturell deltakelse i en tid der allmenn tilgang til fellesgoder har hatt en sterk politisk prioritering. Likevel har vi altså i vårt land merkbare sosiale helseforskjeller. En fortsatt økning i sosiale forskjeller er en trussel for den framtidige folkehelsen.

I mai 2009 vedtok Stortinget å utrede bruk av brutto nasjonal livskvalitet (BNL) som et supplement til Brutto nasjonalprodukt (BNP). En utredning ble foretatt av Finansdepartementet. Det er verdt å merke seg at det i deres tilsvarende svar (fra juni 2009) går fram at Regjeringen, (på tross av gjeldende stortingsvedtak) ikke vil ta initiativ til å utvikle metoder for å kunne utvikle et mål for BNL. Det vises til at BNL innbefatter “så kompliserte faktorer” at en ikke ønsker å iverksette en slik utredning, samtidig som det vises til det faktum at andre land er i ferd med å utvikle mål for livskvalitet, (Espnes og Rannestad, 2010). Paradoksalt nok skjer dette i en tid der interessen for å utvikle redskaper for å kunne måle graden av livskvalitet i folks hverdag vekker stadig større interesse hos styringsmakter internasjonalt. Storbritannia kan nevnes i den forbindelse, som i en tid med store økonomiske, og følgelig også sosiale utfordringer, ønsker å utvikle metoder for hvordan å kunne måle livskvalitet. I dette ligger en erkjennelse av verdien av livskvalitet som en viktig faktor for god samfunnsutvikling.

Langtidseffekter på livskvalitet så vel som biomedisinske effekter anbefales undersøkt. Større randomiserte befolkningsstudier vil være nødvendige. Ny kunnskap vedrørende kultur deltakelse og helse kan vise seg å være viktige faktorer, både i forhold til folkehelse og i

⁹ Med referanse til Berge Furre, (2007) Kap 2: Mot ein ny orden. Systemskifte, krig og gjenreising 1935-1952.

forhold til samfunnsøkonomiske utviklingsstrategier. Hvordan en kan nå stadig nye grupper med kulturtilbud, og ikke bare når de som allerede er aktive med enda flere tilbud, bør også undersøkes.

VEDLEGG

Oversiktstabeller:

- 1: Sosiodemografiske variabler/karakteristika.
- 2:Helse, mestring og livskvalitet
- 3: Deltakelse i kulturaktiviteter
- 4: Betydningen av kulturaktiviteter
- 5: Betydningen av tilgjengelighet

Sosiodemografiske variabler/karakteristika

Karakteristika

Utvalg N=256

Alder (gjennomsnitt, høyeste, laveste)	73.7/95.9/47.4	
Utdanning (frekvens)		
Folkeskole	25	(9.8%)
Framhaldskole/realskole	67	(26.4%)
Yrkesskole	56	(22%)
Gymnas	25	(9.8%)
Høgskole/universitet, inntil 3 år	27	(10.6%)
Høgskole/universitet, over 3 år	54	(21.3%)
Bor sammen med (frekvens/%)		
Bor alene	142	(55.7%)
Med ektefelle/samboer	107	(42.0%)
Med andre over 18 år	6	(2.4%)
Venner (frekvens/%)		
Har du venner du kan snakke fortrolig med?		
Ja	224	(89.6%)
Nei	26	(10.4%)
Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?		
Ja	217	(86.8%)
Nei	33	(13.2%)
Helsestatus (frekvens/%)		
Har du i løpet av de siste 12 mnd. vært hos fastlege/allmennlege?		
Ja	224	(96.4%)
Nei	9	(3.6%)
...vært hos annen legespesialist utenfor sykehus?		
Ja	117	(47.2%)
Nei	131	(52.8%)
...hatt konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk klinikk?		
Ja	6	(2.5%)
Nei	235	(97.5%)
...hatt konsultasjon uten innleggelse ved annen poliklinikk?		
Ja	69	(27.9%)
Nei	178	(72.1%)
.....vært hos kiropraktor?		
Ja	20	(8.7%)
Nei	211	(91.3%)
...vært hos fysioterapeut?		
Ja	68	(29.3%)
Nei	164	(70.7%)
....vært hos tannlege?		
Ja	202	(84.9%)

Nei	36	(15.1%)
.....vært hos homøopat, akupunktør, soneterapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandling?		
Ja	29	(12.7%)
Nei	200	(87.3%)
....vært innlagt på sykehus?		
Ja	35	(14.8%)
Nei	202	(85.2%)
.....vært innlagt på sykehjem?		
Ja	8	(3.4%)
Nei	226	(96.6%)
....mottatt hjemmesykepleie?		
Ja	9	(3.5%)
Nei	254	(96.5%)

Helse, mestring og livskvalitet

Utvalg N=256

Stort sett vil du si at din helse er? (frekvens)		
Dårlig	2	(0.8%)
Nokså dårlig	37	(14.7%)
God	125	(49.6%)
Meget god	72	(28.6%)
Utmerket	16	(6.3%)
(daglig) Er din helse slik at den begrenser deg i: moderate aktiviteter, flytte et bord, støvsuge, utføre hagearbeid? (frekvens)		
Ja, helsen begrenser meg mye	17	(6.9%)
Ja, helsen begrenser meg litt	75	(30.4%)
Nei ikke i det hele tatt	155	(62.8%)
(siste 4 ukene) ...å gå opp flere etasjer?		
Ja, helsen begrenser meg mye	21	(8.5%)
Ja, helsen begrenser meg litt	82	(33.1%)
Nei ikke i det hele tatt	145	(58.5%)
(pga. fysisk helse)...du har utrettet mindre enn du hadde ønsket? (frekvens)		
Ja	101	(40.6%)
Nei	148	(59.4%)
(fysisk)...du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål? (n=239)		
Ja	77	(32.2%)
Nei	162	(67.8%)
(psykisk helse)...du har utrettet mindre enn du hadde ønsket?		
Ja	76	(30.9%)
Nei	170	(69.1%)
(psykisk helse)...du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig? (n=246)		
Ja	57	(24.2%)
Nei	179	(69.9%)
(siste 4 ukene) Hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid? (frekvens)		
Ikke i det hele tatt	116	(46.0%)
Litt	79	(31.3%)
En del	43	(17.1%)
Mye	10	(4.0%)
Svært mye	4	(1.6%)
.... Følt deg harmonisk?		

Hele tiden	44	(17.8%)
Nesten hele tiden	87	(35.2%)
Mye av tiden	64	(25.9%)
En del av tiden	38	(15.4%)
Litt av tiden	9	(3.6%)
Ikke i det hele tatt	5	(2.0%)
....hatt mye overskudd? (n=238)		
Hele tiden	10	(4.2%)
Nesten hele tiden	46	(19.3%)
Mye av tiden	69	(29.0%)
En del av tiden	64	(26.9%)
Litt av tiden	32	(13.4%)
Ikke i det hele tatt	17	(7.1%)
....følt deg nedfor og trist? (n=239)		
Hele tiden	1	(0.4%)
Nesten hele tiden	1	(0.4%)
Mye av tiden	7	(2.9%)
En del av tiden	21	(8.8%)
Litt av tiden	89	(37.2%)
Ikke i det hele tatt	120	(50.2%)
(siste 4 ukene) Hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang? (frekvens)		
Hele tiden	3	(1.2%)
Nesten hele tiden	7	(2.8%)
En del av tiden	35	(14.0%)
Litt av tiden	49	(19.6%)
Ikke i det hele tatt	155	(62.0%)
Hvordan er helsa di nå, sammenlignet med for ett år siden? (frekvens)		
Mye dårligere	5	(2.9%)
Litt dårligere	40	(15.8%)
Omtrent den samme	173	(68.4%)
Litt bedre	22	(8.7%)
Mye bedre	13	(5.1%)
Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? (frekvens/%)		
Svært misfornøyd	1	(0.4%)
Ganske misfornøyd misfornøyd	3	(1.2%)
Litt misfornøyd	4	(1.6%)
Både/ og	26	(10.2%)
Litt fornøyd	12	(4.9%)
Ganske fornøyd	138	(56.8%)
Svært fornøyd	59	(24.3%)
Har du kroppslige smerter nå som har vart mer enn 6 mnd.? (frekvens)		
Ja	108	(43.0%)

Nei	143 (57%)
Har du noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv? (frekvens/%)	
Ja	84 (34.4%)
Nei	160 (65.6%)
(Hvis ja) Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt? (frekvens) er bevegelseshemmet	
Litt nedsatt	57 (68.7%)
Middels nedsatt	17 (20.5%)
Mye nedsatt	9 (10.8%)
Har nedsatt syn	
Litt nedsatt	62 (69.7%)
Middels nedsatt	21 (23.6%)
Mye nedsatt	6 (6.7%)
Har nedsatt hørsel	
Litt nedsatt	57 (64.8%)
Middels nedsatt	23 (26.1%)
Mye nedsatt	8 (9.1%)
Hemmet pga. kroppslig sykdom	
Litt nedsatt	62 (65.3%)
Middels nedsatt	22 (23.2%)
Mye nedsatt	11 (11.6%)
Hemmet pga. psykisk sykdom	
Litt nedsatt	46 (88.5%)
Middels nedsatt	5 (9.6%)
Mye nedsatt	1 (1.9%)

Deltakelse i kulturaktiviteter, en oversikt.

Der antall manglende svar overstiger 5% oppgis (n=antall). Det er nærliggende å tro at et gjennomgående forholdsvis stort antall manglende besvarelser på spørsmål vedrørende kulturaktiviteter skyldes at respondenten har fokusert på aktiviteter der han eller hun selv deltar, og hoppet over spørsmål vedrørende aktiviteter der en selv ikke deltar.

Utvalg N=256

(Siste 6 mnd.) Hvor ofte har du besøkt/ deltatt i (frekvens).	
...museum eller kunstutstilling	(n=219)
Ikke i det hele tatt	76 (34.7%)
1-6 ganger siste 6 mnd.	84 (38.4%)
1-3 ganger pr mnd.	47 (21.5%)
Mer enn 3 ganger pr. mnd.	12 (5.5%)
...konsert, teater eller kino	(n=243)
Ikke i det hele tatt	28 (11.5%)
1-6 ganger siste 6 mnd.	114 (46.9%)
1-3 ganger pr. mnd.	67 (27.6%)
Mer enn 3 ganger pr. mnd.	34 (14.0%)
...kirke eller bedehus	(n=216)
Ikke i det hele tatt	83 (38.4%)
1-6 ganger siste 6 mnd.	80 (37.0%)
1-3 ganger pr mnd.	37 (17.1%)
Mer enn 3 ganger pr. mnd.	16 (7.4%)
...idrettsarrangement?	(n=211)
Ikke i det hele tatt	138 (65.4%)
1-6 ganger siste 6 mnd.	46 (21.8%)
1-3 ganger pr. mnd.	17 (8.1%)
Mer enn 3 ganger pr. mnd.	10 (4.7%)
...foreningsvirksomhet?	(n=212)
Ikke i det hele tatt	67 (31.6%)
1-5 ganger siste 6 mnd.	48 (22.6%)
1-3 g pr mnd.	60 (28.3%)
1-5 g siste 6 mnd.	48 (22.6%)
1 gang i uka	17 (8.0%)
Mer enn 1 gang i uka	20 (9.4%)
...musikk, sang eller teater?	(n=217)
Ikke i det hele tatt	89 (41.0%)
1-5 ganger siste 6 mnd.	46 (21.2%)
1-3 ganger pr. mnd.	22 (10.1%)
1 gang i uka	33 (15.2%)
Mer enn 1 gang i uka	27 (12.4%)
...menighetsarbeid?	(n=191)
Ikke i det hele tatt	154 (80.6%)
1-5 ganger siste 6 mnd.	19 (9.9%)
1-3 g pr mnd.	10 (5.2%)
1 gang i uka	4 (2.1%)
Mer enn 1 gang i uka	4 (2.1%)

....friluftsliv?		(n=215)
Ikke i det hele tatt	30	(14.0%)
1-5 ganger siste 6 mnd.	35	(16.3%)
1-3 g pr mnd.	38	(17.7%)
1 gang i uka	40	(18.6%)
Mer enn 1 gang i uka	72	(33.5%)
....dans?		(n=217)
Ikke i det hele tatt	89	(41.0%)
1-5 ganger siste 6 mnd.	41	(18.9%)
1-3 g pr mnd.	17	(7.8%)
1 gang i uka	33	(15.2%)
Mer enn 1 gang i uka	37	(17.1%)
Trening eller idrett?		(n=225)
Ikke i det hele tatt	56	(24.9%)
1-5 ganger siste 6 mnd.	18	(8.0%)
1-3 g pr mnd.	19	(8.4%)
1 gang i uka	48	(21.3%)
Mer enn 1 gang i uka	84	(37.3%)
Hvor ofte benytter du deg av kommunale kulturtilbud som "Den kulturelle spaserstokken"?		(n=178)
(Frekvens)		
1 gang i året eller sjeldnere	33	(18.5%)
Noen ganger i året	100	(56.2%)
Hver mnd.	19	(10.7%)
Hver uke	26	(14.6%)

Betydningen av kulturaktiviteter

Utvalg N=256

Har kulturaktiviteter vært viktig for deg? (frekvens)	
Ja, siden barndommen	92 (36.5%)
Ja, siden tenårene	25 (9.9%)
Ja, siden jeg ble voksen	79 (31.3%)
Ja, siden jeg ble pensjonist	40 (15.9%)
Nei	16 (6.3%)
Hvor stor betydning har kulturaktiviteter i ditt liv nå? (Frekvens)	
Veldig stor betydning	60 (23.8%)
Stor betydning	134 (53.2%)
Verken stor eller liten betydning	39 (15.5%)
Liten betydning	15 (6.0%)
Ingen betydning	4 (1.6%)
(Hva er viktigst for deg) Selve kulturaktiviteten? (frekvens)	
Svært viktig	84 (36.2%)
Ganske viktig	99 (42.7%)
Noe viktig	29 (12.5%)
Litt viktig	11 (4.7%)
Ikke viktig	9 (3.9%)
...det sosiale samværet?	
Svært viktig	95 (39.4%)
Ganske viktig	89 (36.9%)
Noe viktig	41 (17.0%)
Litt viktig	12 (5.0%)
Ikke viktig	4 (1.7%)
Har deltakelse i kulturaktiviteter hatt innvirkning på din omgangskrets? (frekvens)	
Ja, den er blitt større	105 (42.0%)
Litt, jeg er blitt kjent med noen	91 (36.4%)
Nei, den er uforandret	39 (15.6%)
Vet ikke	14 (5.6%)
Vil du si at du har utviklet varige vennskap gjennom å delta i kulturaktiviteter? (frekvens)	
Ja	169 (68.4%)
Nei	78 (31.6%)

Betydningen av tilgjengelighet

Utvalg N=256

Hvor avhengig er du av gratis transport for å kunne delta i kulturaktiviteter? (frekvens)		
Helt avhengig	9	(3.6%)
Noe avhengig	22	(8.7%)
Sjelden avhengig	20	(7.9%)
Ikke avhengig	202	(79.8%)
Hvor viktig er billettprisen for om du velger å delta? (Frekvens)		
Svært viktig	24	(9.5%)
Viktig	64	(25.3%)
Nokså viktig	80	(31.6%)
Ikke viktig	85	(33.6%)
Kjenner du til den kulturelle spaserstokken? (frekvens)		
Ja, kjenner den godt	210	(83.0%)
Har hørt om den	36	(14.2%)
Tror ikke det	3	(1.2%)
Nei, kjenner ikke til den	4	(1.6%)
Hvor viktig anser du slike kommunale tilbud å være? (frekvens)		
Svært viktig	31	(43.1%)
Viktig	29	(40.3%)
Nokså viktig	9	(12.5%)
Ikke viktig	3	(4.2%)

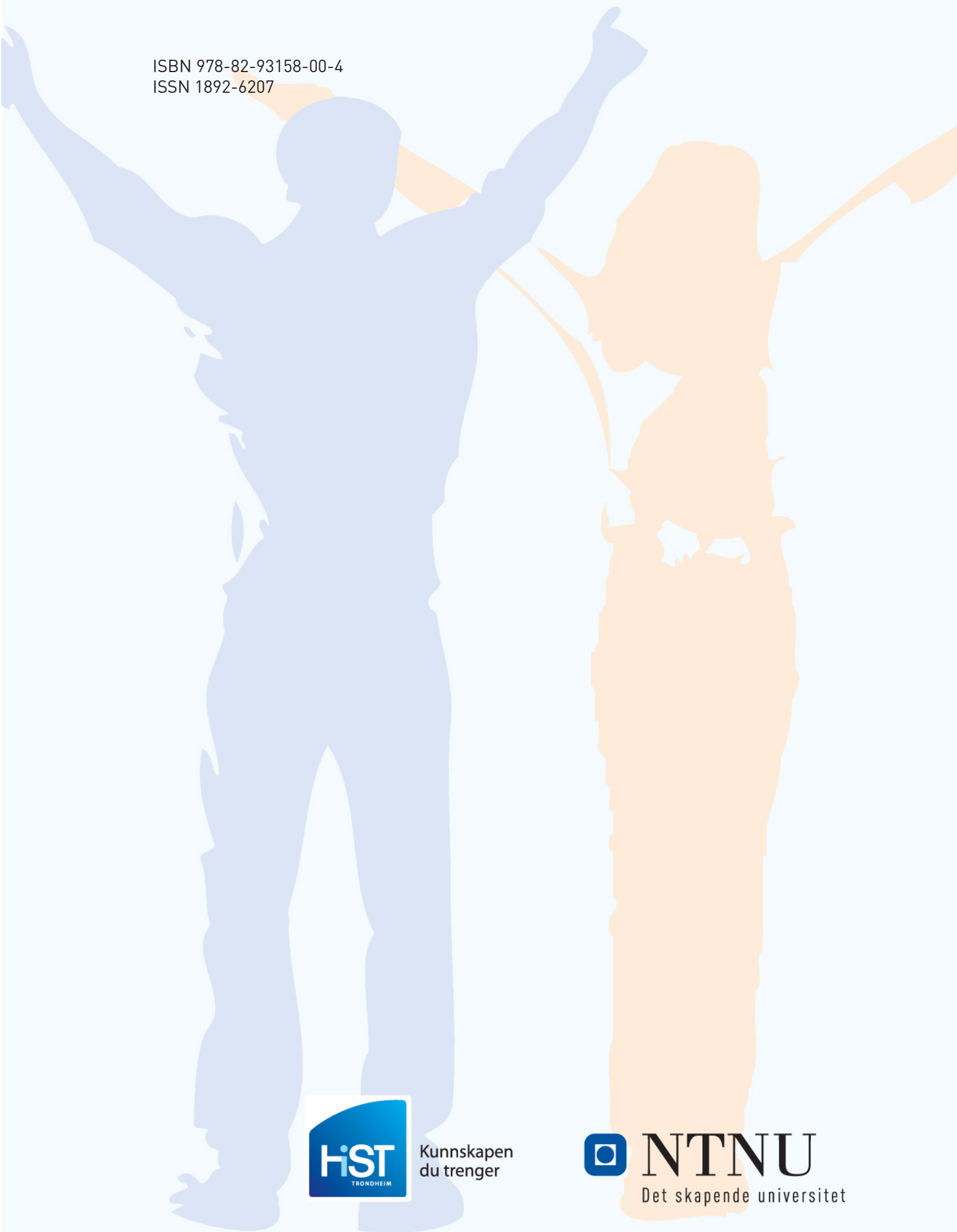
Litteraturliste

- Agren G., (2003): Sweden's new health policy: National public Health Objectives for Sweden: Stockholm: Swedish National institute of Public Health.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*; 11: 11-18.
- Bandura, A. (1973): *Aggression: A Social Learning Analysis*: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1969): *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977): *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bygren, L.O., Konlaan, B.B., Johansson, S.E., (1996): "Unequal in death: Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in choir as determinants for survival." *BMJ*. (Clinical research ed.) 313(7072):1577-80.
- Bygren, L. O., Johanssen, S. E., Konlaan, B. B., Gribovski, A. M., Wilkinson, A. V., Sjöström M. (2009): "Attending cultural events and cancer mortality: A Swedish cohort study. *Arts & Health* 1 (1): 64 – 73. Routledge. Taylor and Francis Group.
- Bygren, L. O., Weissglass G., Wikström B.M., Benson B., Gribovski A., Karlsson A.B., Andersson S. O., Sjöström M. (2009): "Cultural participation and health: a randomized controlled trial among medical care staff". *Psychosomatic Medicine* (ISSN 0033-3174)(EISSN 1534-7796). URI: urn:nbn:se:umu:diva-22840.
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-22840>
- O'Callagahn, Claire C.(1996): "Music Creativity and Music Therapy in Palliative Care". *Am J Hosp Palliat Care*, (2:43-9).
- Campbell D. (1997): *The Mozart Effect*. New York: William Morrow & Company.
- Cohen,G.D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly. J., Firth, K.M., Simmens, S. (2006): 'The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults'. *The Gerontologist* Vol. 46, No. 6, 726–734.
- Espnes, G. A. og Rannestad, T.: "Brutto nasjonal livskvalitet." *Adresseavisen*. Trondheim, (kronikk, 26.11. 2010).
- Furre, B. (2007): *Norsk historie*. (4. opplag). Oslo: Det norske samlaget.
- Geertz, C. (1973, kap.1): *Toward an Interpretive Theory of Culture*. New York: Basic.
- Hjort, P.F.: Om samsykdommene: Helse for alle! Foredrag og artikler. Utredningsrapport nr. U 1-1994. Oslo: Statens institutt for folkehelse. (1994: 75-85).

- Husebø S. (red.) (1992): *Medisin - kunst eller vitenskap*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kjeøy N. (2009): "Kultur gir bedre helse." Adresseavisa: (27.11. 2009).
- Jonasson, S. E., Konlaan, B. B., Bygren, L. O. (2001): "Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study." *Health promotion international*: 16 (3): 229-34.
- Jaastad L. (2009): *Samspill og samklang*" (rapport): FOLK 2. (folk2.no).
- Khawaja, Marwan, Mona Mowafi. (2006): "Cultural capital and Self-Rated Health in Low Income Women: Evidence from: The Urban health Study, Beirut, Lebanon: *J Urban Health*; May: 83 (3) 444-458.
- Konlaan, B.B. (2001): *Cultural Experience and Health: The coherence of health and leisure time activities*. Umeå: Umeå University Medical Dissertations, (2001).
- Lazarus, R. S. og Folkman, S: (1984): *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc. (Kap. 5-8: s 117-260).
- Lindström, B., Eriksson, M (2005): "Salutogenesis: *Epidemiology Community Health*;" 59: 440-442.
- Loga, L. (2010:1): Livskvalitet – Betydningen av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke. En kunnskapsoversikt: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Machencach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E., Groenhof, F., Geurts, J.M (1997): "Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe". *Lancet*; 349: 1655-9.
- Magill Levreault L. (1993): "Music therapy in pain and symptom management." *J. Palliat Care*. 1993; 9: *Am J Hosp Palliat Care*, 1993; 9(4): 42-8.
- Mbiti, J. S. (1969/2002): *African Religions and Philosophy*. Nairobi: East African Educational Publishers. Sunlitho Ltd.
- Myskja, A. (2006): *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A (2005): "Rytmask auditiv stimulering". *Fysioterapeuten*: 9:16-19.
- Mækela, J, (2007): "God helse hva er det?" Nordlandssykehuset,(presentasjon, mai 2007). www.slidefinder.net/b/bodø_juni_2010_jonny_mækela/30666954.
- Noack, R.H. (2005): "Building the modern public health: perspectives, theory and practice." I: Tellnes G. (ed.) (2005): "Urbanisation and health. New challenges in health promotion and prevention". Oslo: Oslo Academic Press: Unipub.
- Raphael, D. (2010): *Health Promotion and Quality of Life*. (Kap.1.) Toronto/Ontario: Canadian Scholars Press Inc.

- Ruud, E., Stige, B.: (1994): Kultur ger hälsa. Slutrapport. Publikasjoner fra Finlands Unesco-kommisjon 70. 1994. Helsinki: Finlands Unesco-kommisjon; 79-103.
- Sachs, O. (2007): *Musicophilia: Tales of Music and the Brain*: New York. Knopf. Publ.
- Small, C. (1998): *.Musicing. The Meanings of Performing and Listening*. London: Wesleyan University Press.
- Smith, H. M. & Betz, N. E. (2000): Development and validation of a scale of perceived social self-efficacy. *Journal of Career Assessment*; 8(3), p. 286.
- Sosial- og helsedepartementet, (1998): (Utjammingsmeldinga): Om fordeling av inntekt og levevilkår i Norge. Oslo
- Sørensen, M., Graff -Iversen S. (2001): "Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?" *Tidsskr Nor Lægeforen*; 121: 720-4.
- Tellnes, G. (2003): *Samspeilet natur-kultur-helse. NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Oslo: Unipub forlag.
- Tellnes, G. (2007): *Salutogenese – hva er det?: Michael*, (4:144-9).
- Trondalen, G. og Ruud, E. (2008), (red): *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med musikkterapi*. Oslo. NMH-pub.
- Vaage O. F. (2009): "Kultur og mediebruk". (Rapport). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Vaage, O. F.(2010): "Oslo-befolkningens bruk av kulturtilbud". (Rapport). Resultater fra kultur- og mediebruksundersøkelsene fra 1991 til 2008 og Levekårsundersøkelsen 2007. Rapport 17/2010, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/07/02/rapp_201017/
- WHO, (1986): *Ottawa-charteret*. Helsedirektoratet, (1987).
- Wilkinson RG, (1996): *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, Waters, Bygren, Taro (2010): "Cultural attendance and public mental health – from research to practice." *Journal of Public mental health*, Vol. 9, Nu.4, Dec. 2010.
- Aasgaard, T. (2006): *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Damm.

ISBN 978-82-93158-00-4
ISSN 1892-6207



Kunnskapen
du trenger



NTNU

Det skapende universitet