

Aalborg Universitet



**AALBORG  
UNIVERSITY**

## **Evalueringsrapport**

Kulturhjerter – et forskningsprojekt

Jensen, Anita

*Publication date:*  
2019

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*

Jensen, A. (2019). Evalueringsrapport: Kulturhjerter – et forskningsprojekt.  
[https://www.musikterapi.aau.dk/digitalAssets/691/691608\\_rapport\\_kulturhjerter.pdf](https://www.musikterapi.aau.dk/digitalAssets/691/691608_rapport_kulturhjerter.pdf)

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



AALBORG UNIVERSITET

# Evalueringsrapport

Kulturhjerter – et forskningsprojekt

**Evalueringen er udarbejdet af Anita Jensen**

**Nordjysk Center for Kultur og Sundhed (NOCKS), Aalborg Universitet**

**August 2019**

## Indhold

<b>Abstract</b> .....	4
<b>Baggrund</b> .....	5
Viden om kunst- og kulturaktiviteter, hjertesygdomme og rehabilitering af hjertepatienter.....	6
<b>Projektprocessen 2018-2019</b> .....	14
2018 .....	14
2019 .....	15
<b>Metode</b> .....	16
<b>Resultater</b> .....	16
De sundhedsfaglige aktører.....	16
Samarbejdet på tværs .....	16
Patienter og aktiviteter.....	18
Kulturaktørerne .....	19
Refleksioner fra borger/patient.....	20
<b>Refleksioner</b> .....	22
Planlægningsfasen .....	22
Projektfasen.....	22
Tvær-sektionelle samarbejde (i et forskningsprojekt) .....	23
Positive indsatser og potentialer.....	23
<b>Referencer</b> .....	25
Bilag .....	26

## Abstract

Forskningen inden for kultur og sundhedsområdet peger på at deltagelse i kunst- og kulturaktiviteter kan fremme sundheden. Det ville Nordjysk Center for Kultur og Sundhed (NOCKS) ved Aalborg Universitet teste i et samarbejde med Aalborg Universitetshospital og Aalborg Kommune, hvor hjertepatienter fik mulighed for at deltage i tre kulturaktiviteter: 1. Fællessang, 2. Guidet fælleslæsning og 3. Musiklytning via en app-musikstjernen, som en del af deres øvrige rehabilitering (fysik og kost relateret aktiviteter). Projektet skulle løbe over 2 år med en kontrolgruppe og en 'mixed metode' forskningsramme.

Denne evalueringsrapport er udarbejdet som et forsøg på at redegøre for de forskellige parametre i projektet og hvordan de påvirkede hinanden i forhold til at projektet ikke kunne udføres som hensigtsmæssigt, da det ikke var muligt at rekruttere det ønskede antal patienter. Rapporten indeholder en kort gennemgang af projektbeskrivelsen og projektprocessen samt perspektiver fra kulturaktører og sundhedsfaglige, som var involverede i projektet. Rapporten er baseret på kvantitativt og kvalitativt data.

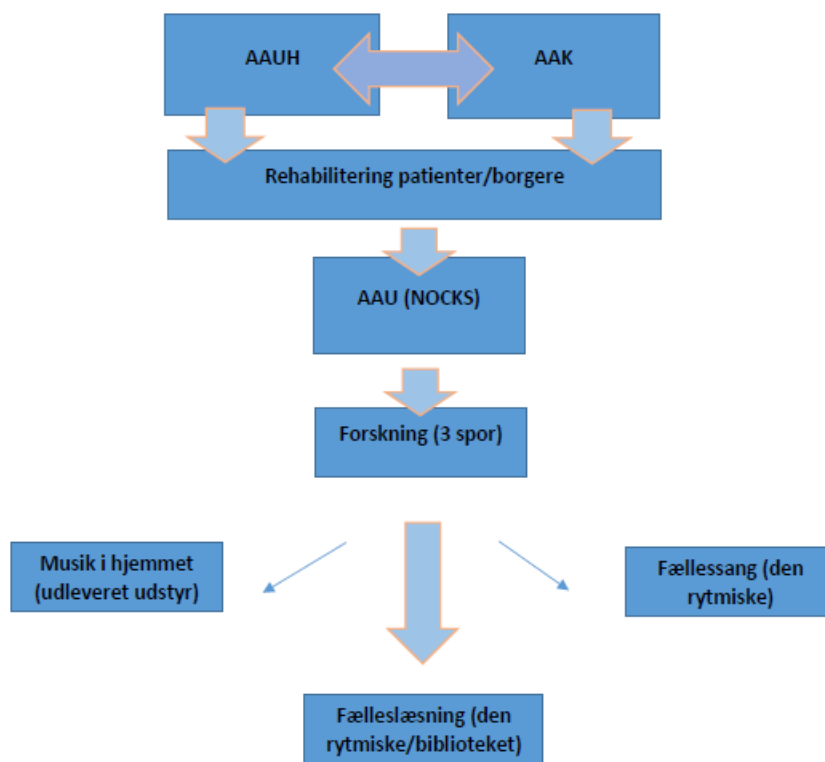
Resultaterne viser at, til trods for at projektet afsluttes uden det ønskede resultat, er der blandt aktørerne enighed om, at tværfaglige og tværsektionelle samarbejder er vigtige og havde en positiv indstilling til fremtidig samarbejder.

Rapporten afdækker også en patients oplevelse af at deltage i kulturhjerterprojektet og rapporteres som værende positive og opløftende.

Konklusionerne identificerer barriererne for projektgennemførelse, fremhæver problematikker i det tværfaglige og tvær-sektionelle samarbejde samt peger på de positive bestræbelser og potentialer - både i forhold til at tilbyde kulturaktiviteter som en del af en rehabiliteringsproces og et tværfagligt – og tværsektionelt samarbejde.

## Baggrund

Rapporten tager udgangspunkt i et forskningsprojekt med partnere fra Aalborg Universitet (NOCKS), Aalborg Kommunes Sundhedscenter (AAK), Aalborg Universitetshospital (AAUH - Kardiologisk afdeling) og Region Nordjylland (RN). Forskningsprojektet tog afsæt i Aalborg Universitetshospitals og Aalborg Kommunes samarbejde om rehabiliteringsforløb for hjertepatienter - 'hjerter på tværs'. Rapporten er udarbejdet med udgangspunkt i den originale projektbeskrivelse, forskningsramme og interview med de involverede partnere. Først introduceres projektbeskrivelsen med indblik i forskningsrammen og efterfølgende fremstilles en sammenfatning af projektprocessen. Evalueringresultater og refleksioner præsenteres til slut.



## Viden om kunst- og kulturaktiviteter, hjertesygdomme og rehabilitering af hjertepatienter

Forståelsen af sundhed og trivsel er under forandring. Sundhed anerkendes i stigende grad som et samfundsmæssigt problem, der er knyttet til flere og komplekse faktorer, såsom vedvarende uligheder i sociale og økonomiske mangler og livsstil. Forskningen peger på, at kunst- og kulturaktiviteter har en effekt på både den somatiske og den mentale sundhed. Værdien af kunst- og kulturaktiviteter som kliniske, terapeutiske og rammesatte tiltag er veldokumenteret, og der er god evidens for fordele ved kunst- og kulturaktiviteter og interventioner til sundhedsfremme (Jensen, 2017).

Ved at tage udgangspunkt i det hele menneske som et kulturvæsen, der ikke blot kan anskues som et biologisk væsen men også som skabende, med handlekraft og en historie og kultur, kan vi anse sanserne for noget der kan stimuleres og udvikles gennem hele livet.

Gennem sanserne forholder vi os til verden, og den verden bliver ofte indsnævret i et sygdomsforløb eller igennem en periode med stress og dårlig trivsel. Sanserne er med at styrke hjernen og kroppen, og kan derved være et redskab til helbredelse eller/og øget trivsel og livskvalitet samt påvirke æstetiske oplevelser (Jensen & Torrissen, 2019). Deltagelse i aktivitet kan aktivere sanserne, som kan påvirke de indre ressourcer, der kan være med til at øge livskvalitet i et liv med eller uden sygdom, lære nye ting, og indgå i sociale fællesskaber, som er positive for både mental og somatisk sundhed og derved bidrage til blandt andet sygdomsmestring (Jensen, 2018, 2019).

Hvis man er hjertesyg, er risikoen for reduceret mental sundhed også stor. Depression forekommer dobbelt så hyppigt efter akut hjertesygdom som hos ikke-hjertesygge. Efter akut myokarideinfarkt udvikler mellem 20 og 25 procent depression i forbindelse med sygdommen og/eller i den efterfølgende rehabiliteringsfase. Forskningen inden for brugen af kunst- og kulturaktiviteter i forhold til psykiske/mentale følgevirkninger til somatiske sygdomme dokumenterer forbedret mental sundhed på mange forskellige niveauer: bedre 'coping', færre negative følelser, øget livskvalitet, forbedret trivsel, reduktion i angst, bedre kropsforståelse, positive distraktioner, forbedret social interaktion, reduktion af stress, øget selvtillid og selvværd, lavere depressions-niveau, større håb og forbedret evne til forbinde sig med værdifulde dele af sig selv (Jensen, 2017; Renton *et al.*, 2012; Selle & Silverman, 2017).

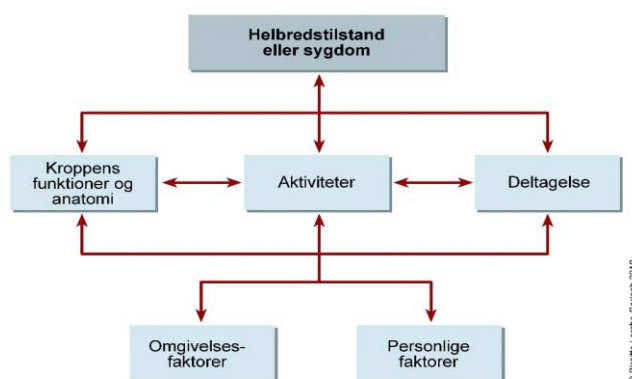
Engagement i kunst- og kulturaktiviteter viser også en bedring i den fysiske sundhed, på forskellige paramenter som blandet andet: øget funktionskapacitet, mindre træthed, forbedret vokale færdigheder, mindsket forringelse af stemmebåndets funktion, bedre respiratorisk funktion, reducerede smerter, reduktion i udmattelse, forøget aktivitet, afværgelse af øget medicinforbrug, forstærket kognitiv funktion og reduktion af fysiologisk stress (Maskarinec *et al.* 2014). Paraklinisk er der fundet øget oxytocin-niveau og et lavere kortisol-niveau relateret til kunst- og kulturaktiviteter (Nilsson, 2009).

Sundhedsstyrelsen anbefaler kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme, herunder hjertepatienter (Sundhedsstyrelsen, 2017). Forebyggelse skal her forstås som et rehabiliterende sigte og Sundhedsstyrelsen anvender WHO's definition af 'rehabilitering':

*"Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund".*

Rehabiliteringen kan være fysisk træning, sygdoms-mestring, ernæringsindsatser, støttende og kompenserende indsatser samt indsatser på social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet. Betydningen af forebyggelse med et rehabiliterende sigte, er baseret på funktionsevnebegrebet. 'Forebyggelse' skal her forstås som en delmængde af rehabilitering og funktionsevne. WHO's model for 'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)' som forståelsesramme for rehabilitering. Nedenstående model er en biopsykosocial model og her ses funktionsevnen som central og som indgående i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelses- og personlige faktorer).

Funktionsevnen omfatter i denne model tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold.



Figur 1. Samspillet mellem komponenterne i ICF.

Med udgangspunkt i denne model tager forskningsundersøgelsen afsæt i en positiv forståelse af sundhed, hvor begrebet ikke blot handler om fravær af sygdom, men om trivsel og om at have ressourcer til at mestre livets udfordringer. Deltagelse i kunst- og kulturaktiviteter kan være med til at skabe motivation, identitet og meningsfuldhed, samt sociale fællesskaber. Ofte er de psykiske dimensioner som følgevirkninger af hjertesygdomme, ikke tydeliggjort eller adresseret, og undersøgelsen vil teste om



deltagelse i kunst- og kulturaktiviteter i løbet af et rammesat rehabiliteringsforløb, kan bidrage til den enkelte patients sundhed.

### Antagelser for forskningsafsæt

Der antages, at deltagelse i kulturinterventionerne har følgende effekter:

- At lytte til musik har en beroligende effekt på patienten og kan reducere selvoplevet stress
- At deltage i guidet fælleslæsning kan bidrage til at patienten kan håndtere nogle af de eksistentielle problemer/spørgsmål, der kan opstå i forbindelse med hjertesygdom
- At deltage i fællessang giver forbedret mental sundhed i form af en 'feel good' effekt, styrker en følelse af fællesskabet og skaber mening for patienten

For alle 3 interventioner forventes der, at de enkeltvis eller samlet vil bidrage positivt til opfyldelsen af effektmål – jvf. indikatorer i hjerterehabiliteringsdatabasen (DHRD).

### Formål

At undersøge effekten af kulturinterventioner hos hjertepatienter i et rehabiliteringsforløb.

*Primært formål:* Herunder en undersøgelse af hvordan patienterne oplever at deltage i kulturinterventionerne og beskrive om interventionerne har en somatisk og mental sundhedseffekt. Der sammenlignes med kontrolgruppen, der ikke modtager interventionen om der er en forbedring i målopfyldelsen for følgende kriterier i DHRD: deltagelse, arbejdskapacitet, rygning, diætbehandling, depression og medicinsk antitrombotisk behandling, statinbehandling og betablokadebehandling. Endvidere sammenlignes score i både HADs og HeartQoL.

*Sekundært formål:* At undersøge patienternes egne oplevelser omkring fællesskabet, mestring af sygdomsforløbet og livsændringer.

### Kulturaktiviteter

Aktiviteterne var dels udvalgt grundet deres praktiske tilgængelighed, og dels fordi der allerede fremlægger gode erfaringer med brugen af disse. For eksempel, tilbydes patienter på alle psykiatriske afdelinger i Aalborg muligheden for at lytte til særligt udvalgt musik, der er tilrettelagt af musikterapeuter. Endvidere er der gode erfaringer med både fællessang og guidet fælleslæsning fra Kulturvitaminer, som er et program som Center for Mental Sundhed Mental ved Aalborg Sundhedscenter tilbyder sygemeldte borgere med formål at forbedre deres trivsel og styrke deres mentale sundhed (Jensen, 2018).

### Patienter

Projektets målgruppe er de mest komplekse patienter med iskæmisk hjertesygdom, som har brug for et længerevarende rehabiliteringsforløb på tværs af primær og sekundær sektor. Patienten skal kunne have et stabilt fremmøde og kunne indgå på hold med ca. 12 deltagere. Patientgruppen omfatter således STEMI-patienter og komplicerede NSTEMI-patienter.

## Inklusionskriterier

- Patienter over 18 år
- Patienter der kan tale og forstå dansk

## Eksklusionskriterier

- Patienter med diagnosticeret psykisk sygdom
- Patienter der får en anden behandlingskrævende sygdom eller som får akut komplikation til den iskæmiske hjertesygdom i rehabiliteringsforløbet

## Undersøgelsesmetode

- En kontrolleret undersøgelse (der startes en ny gruppe hver mdr. og hver anden gruppe tilbydes interventionen - derefter sammenlignes resultater i interventions- og kontrolgruppen)
- Tilføjelse tillægsspørgsmål omkring kulturaktiviteter i det allerede eksisterende spørgeskema HAD (Kultur-HADS)
- Individuelle interviews med patienter (efter rehabiliteringsforløb)
- Fokusgruppeinterview med sundhedsfaglige (efter aktiviteterne afslutning)

Den **kvantitative del** af undersøgelsen laves i form af spørgeskemaerne HeartQol (livskvalitetsskema) og HADs (angst- og depressionsscreening) som er standardiserede og validerede måleredskaber samt tillægsspørgsmål som undersøger patienternes oplevelser af kulturinterventionerne. HeartQol skal være med at udpege personer med lav livskvalitet, stabilitet samt gyldighed (validitet) og pålidelighed (reliabilitet) (se bilag 1 og 2).

I Danmark anbefales der i *National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering*, at spørgeskemaet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) anvendes til opsporing af angst og depression. Fordele ved brugen af generiske spørgeskemaer er, at de kan anvendes i mange populationer, at de ofte meget udbredte og deres psykometriske egenskaber velundersøgte. Ulempen ved de generiske spørgeskemaer er, at de kan opleves som irrelevante for respondenterne, da spørgsmålene er mere generelle for at kunne ramme bredt. Derudover er generiske spørgeskemaer ofte mindre følsomme over for ændringer over tid, da de skal dække et bredt spekter af sværhedsgrader.

Den **kvalitative del** af undersøgelsen foretages i form af semi-strukturerede interviews, hvor patienterne interviewes individuelt. Spørgsmålene er inddelt i to kategorier, hvor den ene del har fokus på somatisk og mental trivsel, og den anden del ligger vægt på det partcipatoriske, fællesskabet og kulturinterventionerne. De selvoplevede resultater skaber således en forståelse af patienternes oplevelser af sammenhænge mellem deltagelse i kulturaktiviteter, menneskelige relationer, livssituationer og helbredet.

I fokusgruppeinterviewet med de sundhedsfaglige, er målet af undersøge deres oplevelse af forløbet ift. patienterne dvs. deres sundhedsfaglige vurdering af patienternes progression og motivation. Endvidere vil interviewet give en indsigt i hvordan holdene med kulturinterventionerne fungerer, i kontrast til de hold der kører uden interventioner.

## Rehabiliteringsforløbet

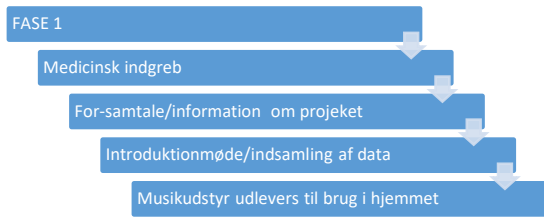
Selve rehabiliteringsforløbets varighed er 12 uger, hvor de første fire uger foregår på hospitalet 2 gange om ugen (opstart ca. to uger efter operation), og de resterende otte uger foregår på Sundhedscenteret, Aalborg Kommune. Den første del af rehabiliteringsforløbet foregår på Aalborg UH. Her har patienten mest brug for støtte til medicinsk behandling/opfølgning. Patienternes behandlingsplan bliver løbende justeret under rehabiliteringsforløbet med hensyn til kardiale symptomer, virkning og bivirkning af medicin, andre undersøgelser og henvisninger.

Den sidste del af rehabiliteringsforløbet foregår på Sundhedscentret, Aalborg Kommune. Her har patienterne mest brug for støtte til udvikling af mestringsevne, således at de bliver i stand til at omsætte den viden, der er opnået på sygehuset, til handling og fastholdelse. Patienten får støtte til de livsstilsændringer, han/hun selv ønsker at arbejde med for at få en tilfredsstillende tilværelse med hjertesygdom med forebyggelse for øje.

## Procedurebeskrivelse

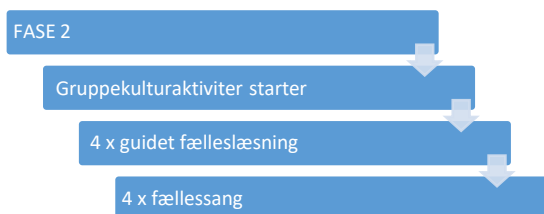
### Fase 1

- I en for-samtale med patienter informeres de om projektet. I samme forbindelse udleveres det skriftlige informationsmateriale om undersøgelsen i relation til kulturinterventionerne.
- Patienter, der opfylder inklusionskriterierne, identificeres af sygeplejersker på Hjertemedicinsk afsnit S1 og S2 på Aalborg Universitetshospital, i forbindelse med udfærdigelse af GOP. Ved en samtale i uge 2. på hospitalet samtaler den projektansvarlige sygeplejerske og uddyber formålet med undersøgelsen og indhenter skriftligt samtykke fra såfremt der gives accept til deltagelse (jvf. *Retningslinjer for indhentelse af informeret samtykke*). Patienterne mindes her om, at deltagelse er frivillig og eventuel udtrædelse af undersøgelsen ikke vil påvirke deres efterfølgende behandling. Der foretages HADs, KulturHADs og HeartQol scoring samt indhentes oplysninger til DHRD.
- Et dataark udfyldes med navn, forsøgs ID, dato, køn, vægt. Personhenførbare ID (patientens) CPR eller anden form for ID) med samtidig angivelse af forsøgs ID fremgår alene af skema for informeret samtykke – og opbevares separat.
- I uge 2 afholdes der et informationsmøde, hvor patienterne får mere information om aktiviteterne og deres virke ift. skønnet sundhedseffekter. Endvidere udleveres der et headset (knogle) til udlån som patienten kan benytte sig af derhjemme, det vil sige, at denne intervention foregår i patientens hjem og forbrugsdata kan aflæses. Der gives en demonstration i brugen af udstyret. Der tilbydes her to spor på en app; *i*) specielt komponeret musik (der er udviklet i samarbejde med en komponist med erfaring i at skabe specielt designet musik for målgruppen) og *ii*) udvalgt musik baseret på erfaringer fra musikterapi. Patienter informeres om at udstyret er til låns i rehabiliteringsperioden og skal returneres, når forløbet afsluttes.



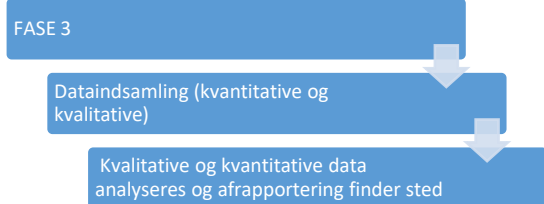
## Fase 2

- I uge 5 indgår patienten i de normale rehabiliteringsaktiviteter som påvist af sygeplejersken/fysioterapeuten (fysisk træning og rådgivning om hjertevenligkost). Her tilkobles kulturinterventionerne (fællessang eller guidet fælleslæsning) med en varighed af 1,5 time. Kulturinterventionerne foregår på Nordkraft og Aalborg bibliotek.
- Erfarne kulturguides (korunderviser og bibliotekar) faciliterer interventionerne. Guidet fælleslæsning er en metode, som består af læsegrupper, hvor teksten bliver læst højt af en læseguide, som undervejs holder pauser, hvor tekstens handling og tema bliver diskuteret. Denne intervention giver patienterne mulighed for at fokusere på nogle af de følelser der er forbundet med sygdom og eksistentielle tanker gennem litteraturen. Der er fokus på litteratur der omhandler eksistentielle emner, som er udvalgt af bibliotekaren. Fællessangen kan give en oplevelse af glæde og fællesskab - også selvom stemmen er utrænnet. Når man synger, er det muligt at optimeres og reguleres åndedrættet og kroppen kan falde til ro og få mere ilt. Intentionen ved at anvendefællessang, er at kunne være med til at fremme trivslen hos patienten. Sangtekster vælges på baggrund af patienternes præferencer.



## Fase 3

- Efter 12 ugers rehabiliteringsforløb interviews patienterne individuelt.
- Gruppeinterviewet med de sundhedsfaglige på tværs af sektorerne afholdes i løbet af de sidste 3. mdr. af undersøgelsesforløbet.
- I uge 24 foretages der en afsluttende kontrol på hospitalet, hvor patienten screenes anden gang (HADs, KulturHADs og HeartQoI).
- Data analyse og afrapportering finder sted.



### Eksempel på aktivitetsprogram

Uge	Dato	Aktivitet	Sted
1	Løbende/uge 4 og 5	Info til patienten Patienten udfylder HADs og HeartQol	Hospitalet
2	5. feb.	Intromøde Udstyr udleveres Samtykke underskrives KulturHAD udfyldes Deltagerliste udarbejdes	Mødelokale 9.2, medicinerhuset, Aalborg Universitetshospital.
3	11. feb.	Musik	Patientens hjem
4	18. feb.	Musik	Patientens hjem
5	11. marts	Fælleslæsning 09.45 – 11.15	Den Rytmske, Nordkraft, niveau 7, lokale 3
	12. marts	Intromøde Udstyr udleveres Samtykke underskrives KulturHAD udfyldes Deltagerliste udarbejdes	Hospitalet
6	18. marts	Fællessang 09.45 – 11.15	Den Rytmske, Nordkraft, niveau 7, lokale 3
7	25. marts	Fælleslæsning 09.45 – 11.15	Den Rytmske, Nordkraft, niveau 7, lokale 3
8	1. april	Fællessang 09.45 – 11.15	Den Rytmske, Nordkraft, niveau 7, lokale 3
9	8. april	Fælleslæsning 09.45 – 11.15	Biblioteket
10	15. april	Fællessang 09.45 – 11.15	Den Rytmske, Nordkraft, niveau 7, lokale 3
	23. april	AAU indsamler samtykke og KulturHADs fra kontrolgruppe	Hospitalet
11	29. april	Fælleslæsning 09.45 – 11.15	Biblioteket
12	6. maj	Fællessang 09.45 – 11.15	Den Rytmske, Nordkraft, niveau 7, lokale 3
13	13. maj	Interviewe med patienter	Den Rytmske, Nordkraft, niveau 7, lokale 3
24		Patienten udfylder HADs HeartQol og KulturHADs	Hospitalet

## Dataanalyse

Kvantitative data analyseres i henhold til non-parametriske standardmetoder, hvor grupper af patienter sammenlignes for at undersøge om en statistisk signifikant forskel kan påvises. HeartQol er et sygdomsspecifikt instrument, der måler helbredsrelateret livskvalitet blandt hjertepatienter. Det består af 14 spørgsmål, hvoraf ti spørgsmål omhandler fysiske begrænsninger, og fire spørgsmål måler følelsesmæssig belastning. Skalaen dækker således over to dimensioner: en fysisk og en psykisk dimension. Resultater kan formidles ved en global score samt en score for hver af de to dimensioner. Individuelle scorer beregnes for hver svarperson ud fra besvarelser på de specifikke spørgsmål, der udgør den skala/subskala, man er interesseret i (global, fysisk eller psykisk). For alle tre scorer gælder, at jo højere score, jo bedre helbredsrelateret livskvalitet (interval fra 0-3). Skæringspunktet for høj og lav helbredsrelateret livskvalitet er arbitrær (Oldridge et al. 2005; Oldridge et al. 2014 (part I og II)).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er en skala udviklet til at måle graden af angst og depression. Den består af 14 spørgsmål, der måler dimensionerne angst og depression ved hver syv spørgsmål. Hvert svar tæller en værdi fra 0-3. Resultater udregnes og formidles separat for hver dimension. Efterfølgende grupperes de beregnede score i fire kategorier, der angiver sværhedsgraden af angst eller depression. For begge subskalaer gælder, at 0-7 indikerer normaltilstand, 8-10 indikerer mild angst/depression, 11-14 moderat angst/depression og 15-21 indikerer svær angst/depression (Snaith & Zigmond 1994; Zigmond & Snaith 1983).

KulturHADs er tillægsspørgsmål udviklet specifikt til denne undersøgelse og ved sammenligning med kontrolgruppen ville angive indikationer om ændringer i forhold til forståelse omkring kulturaktiviteters bidrag til somatisk og psykisk sundhed.

Den kvalitative data bearbejdes med en tematiskeanalyse tilgang og efter beregninger af den kvantitative data udføres og analyseres, bliver resultaterne trianguleret. Den tematiskeanalyse af den kvalitative data tager udgangspunkt i Braun & Clarkes (2006) tilgang hvor den tematiske analysemodel er at 'koge materialet ned' og finde relevante temaer og mønstre for måden at leve på og adfærd. Den tematiske analysemodel er inden for den kvalitative undersøgelsesmetode, der søger at forstå meningsfulde sammenhænge, og at gå i dybden med det særlige og specielle.

## Bivirkninger/risikovurdering

Der antages ikke, at kulturinterventioner har bivirkninger. Der tages højde for at patienterne kan blive følelsesmæssigt påvirket. Projektmedarbejderne er opmærksomme på denne eventuelle indvirkning og har redskaber til at håndtere en sådan situation.

## Etiske overvejelser

Lov om behandling af personoplysninger vil blive overholdt, jf. lov om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter (Komitélovens § 20, stk.1, nr. 4).

Alle inkluderede patienter nummereres fortløbende med forsøgs ID, der anvendes som identificering på registreringsark og lignende. Den projektansvarlige sygeplejerske og forsker sørger for forsvarlig opbevaring af registreringer, feltnoter og interview. Undersøgelsens resultater vil ikke indeholde personhenførbare data. Der indhentes samtykke fra patienterne. Såvel positive, negative som ikke konkluderende resultater vil blive offentliggjort, jf. lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter (lov nr. 593 af 14. juni 2011) § 20, stk. 1, nr. 8.

### Videnskabsetisk komite/ datatilsynet

Projektet er gennem Aalborg Universitetshospital indberettet til Videnskabsetisk komité og er tildelt nr.: 62059. Projektet er endvidere indberettet til datatilsynet via Aalborg Universitet.

## Projektprocessen 2018-2019

Projektpartnerne var repræsentative fra Aalborg Universitet, Aalborg Universitetshospital, Aalborg Kommune og Region Nordjylland.

### 2018

Nedenstående findes kortfattede beskrivelser af projektaktiviteterne i 2018:

- En projektbeskrivelse/plan blev udarbejdede og løbende justeret i forhold til eksterne ændringer. Der blev endvidere udarbejdede rolle- og ansvarsområdebeskrivelser for alle partnere.
- Der blev afholdt et fokusgruppe interview med hjertepatienter, som allerede havde gennemført rehabiliteringsforløbet, med henblik på at få en bedre forståelse af målgruppens interesse i kulturinterventionerne, deres livssituationer og behov. Der var positive tilbagemeldinger fra patient gruppen.
- Det blev afholdt et møde med Hjerteforeningen (ledelsen i KBH) hvor der blev vist stor interessere for projektet. Desværre kunne der ikke oprettes samme begejstring på lokalplan og kommunikation med Aalborg lokalhjerteforening faldt til jorden.
- Et orienteringsmøde mellem alle partnerne blev afholdt inden projektstarten d. 8 aug. 2018 og projektplanen blev godkendt. Endvidere blev der imellem tiden indført en ny datalovgivning og der skulle udarbejdes en datasamarbejdsaftale mellem AAU og AAHU, inden projekt kunne påbegyndes.
- Godkendte aktivitetsdatoer blev ændret op til flere gange inden projektstarten, grundet uforudsete årsager på hospitalet.

Projektet igangsættes d. 21. aug. 2018 og 3 patienter blev rekrutteret. Det viser sig at være en længerevarende udfordrende proces at få underskrevet samarbejdsaftalen mellem AAU og Region Nordjylland, og projektet blev midlertidigt afbrudt. Andre problemer var noteret:

- Problemer med tilbagelevering af udstyr, da patienterne ikke ved hvor de skal henvende sig, og sygeplejerskerne ikke vidste hvor de skal sende patienterne hen.
- Tilbagemeldinger fra patienter om 'default' udstyr. Den tekniske rådgivning lød på, at opdatere udstyret.
- Rekrutteringen af patienterne var skrøbelig og skulle styrkes.

## 2019

Nedenstående er en kort sammenfatning af projekts aktiviteterne fra 2019:

- Hospitalet meddelte, at de ikke havde mulighed for at varetage opgaver, udover at uddele projektinformation og dataindsamling ved sidste patientsamtale.
- AAU ansatte en studentermedhjælper til at varetage dataindsamling (samtykke) og andre ad hoc opgaver.
- Rekrutteringsindsatsen styrkedes med et informationsmøde, hvor alle aktiviteter præsenteres og korlederen deltager.
- Der blev aftalt, at en bruger-manual til musikudstyret skulle udarbejdes og udleveres sammen med udstyret.
- Projektet påbegyndtes igen i uge 4. 2019 og informationsmødet afholdtes d. 5 feb. 2019, hvor to patienter var rekrutteret, dog falder en fra senere i forløbet.
  - Der var igen tilbagemeldinger om default udstyr. Alt udstyr eftersås og der fandtes midlertidige løsninger.
- Grundet et u hensigtsmæssige lavt antal rekrutteret patienter, blev der aftalt følgende efter informationsmødet d. 5 feb. 2019:
  - at en ny rekrutteringsrunde var nødvendig
  - at det ikke var muligt, at operere inden for forskningsrammen
  - at musikdelen som kræver det tekniske udstyr ikke skulle indgå i som en intervention i denne rekrutteringsrunde, grundet de tekniske udfordringer
  - at en videreførelse af projektet skulle revideres efter rekrutteringen



- Da det desværre ikke lykkedes at rekruttere flere patienter, blev det d. 15 marts 2019 internt aftalt, at projektet afvikles på grund af manglende deltagende patienter. Afviklingsprocessen i gang sættes og træde i kraft efter hold 1 har fuldført forløbet. Alle partnere blev informeret.
- Som et led i afviklingen og for at sikre læringen fra projektet samles der data fra partnerne i form af semi-strukturerede interviewe og et spørgeskema. Den indsamlede data vil sammen med procedurebeskrivelsen og andre notater udgøre den endelige rapport.
- Fire sundhedsfagligt personale og en borger/patient deltog i semi-strukturerede interviewe og kulturaktørerne besvarede spørgeskemaer.

## Metode

En til en semi-strukturerede interviews blev afholdt med fire sundhedsfaglige og en patient. Interviewene blev transskriberede, analyserede, tematiserede og inddelt i temaerne: 1. *Samarbejde på tværs og 2. Patienter og aktiviteter*. Analysen af interviewet med patienten er koncentreret omkring oplevelser og refleksioner om deltagelsesprocessen. Spørgeskemaer blev sendt per e-mail til tre kulturaktører og skriftligt svar blev modtaget per e-mail. Alt data er anonymiseret og alle deltagere har givet samtykke til at deres data må anvendes i rapporten.

## Resultater

### De sundhedsfaglige aktører

#### Samarbejdet på tværs

I interviewene med de sundhedsfaglige aktører blev det tydeliggjort, at alle sundhedspersonale havde erfaringer med både tværfaglige og tværsektionelle samarbejder. De var særlig positive omkring processen, som havde været i forhold til, at igangsætte samarbejdet om rehabilitering af hjertepatienter mellem Aalborg Kommune og Aalborg Universitetshospital, som var faciliteret af en ekstern aktør.

De sundhedsfaglige nævnte områder, som de synes var vigtige og lagde vægt på i forhold til samarbejder både med interne og ekstern partnere. Her kan blandt andet nævnes punkter som: tydeliggøre roller; afstemme dagsordner; skabe fællesforståelse om begreber; faglig respekt og ledelsesmæssigt opbakning. Nedenstående kommentarerne blev knyttet til disse punkter:

*Du skal være sikker på både din egen dagsorden og en samarbejdes dagsorden... hvis du på nogle tidspunkter tvivler på, hvad det er for en dagsorden... jamen, så kan det jo godt være nedbrydende for, at vi får noget konstruktiv ud af det.*

Den ledende læge blev under vejs i projekt opmærksom på, at sygeplejerskerne havde sagt ja til for meget og havde en oplevelse af, at han burde have holdt sig mere orienteret:

*Jeg selv kikser lidt, det var, at det ikke gik op for mig, hvor meget dialog og hvor meget korrespondance, der var mellem sygeplejerskerne og dig (forsker) ... og fordi de egentligt kastede sig ind i det...og jeg egentligt har den rolle nogle gange at jeg skal lige passe lidt på med hvad de går og laver, fordi de simpelthen er så positive....for nogle gange kommer de krybende bagefter, så arhhh..det kan vi slet ikke nå det her, vel altså,....man kan sige etaper i forløbet, hvor jeg ikke havde holdt mig ordentligt orienteret.*

Hospitalet sundhedsfaglige team havde undervurderet hvad det indebar at deltage i forskningsprojektet. Lægen udtalte endvidere:

*Jeg var uopmærksom på sygeplejedelen.*

En af sygeplejerskerne kommenterede selv på hendes tidsoptimisme:

*Og jeg fandt ud af at opgaven var lidt større, end jeg nok havde troet og brugt tid på... og der er jeg nok også selv sådan en tidsoptimist. Jeg tror også altid selv, at det bare lige at sige ja til.*

Endvidere følte sygeplejersken et ansvar for, at deltage i og bidrage til forskningsprojekter, da hun så den større sammenhæng og var interesseret i, at være med til at udvikle sundhedssektoren:

*Jamen, selvfølgelig skal vi være med og så tager det lidt længere tid, end jeg tror. Men hvis vi alle sammen siger nej, så kommer der ingenting.*

I forhold til samarbejdet omkring forskningsprojektet, blev det klart at der var nogle punkter, som ikke levede op til nogle af partnerne forventning i et samarbejde. En sundhedsfagligleder kommenterede:

*Så kunne jeg sådan få en fornemmelse af, at det var egentligt ikke så vigtigt, hvad vi sagde... så på et tidspunkt så tænkte jeg ved mig selv, jamen, hvad er det for nogle interesser, at vi er med til at understøtte her, har vi ikke en fælles interesse...?*

*Og hvad min rolle var i det... der fandt jeg ud af, da vi sad til styregruppemødet og tænkte... jeg troede jeg havde en rimelig beslutningsrolle i det her, det fandt jeg så ud af i det mødesammenhæng, at der følte jeg, det havde jeg faktisk ikke.*

*At der er vores borgere, man er interesseret i, det er jo ikke sundhedscenteret, man er interesseret i, det er i relation til det forløb, der er skabt, hvad sker der, når vi kommer ud i kommunen, mere end at det var at koble os på som en samarbejdspartner.*

Endvidere blev det oplevet som en barrier af flere partnere, at projektet havde en lang opstartsfasen:

*... det var de lange 'breaks', vi fik. Og det var jo sådan set ikke... hvis vi skal sige... det var ikke pga. dårlig kommunikation, det var bare forbi, at det gik det gik i stå ind i mellem, ikke også, ja.*

*Jeg må indrømme, at jeg synes at, det var var svært at holde gejsten. Til sidst, ikke. Hvor jeg tænkte... det er svært, det her.*

Der blev kommenteret på oplevelser af udfordringer omkring kommunikationen, specifikt i forhold til det tekniske udstyr:

*Fordi jeg pludselig fik nogle opgaver, der var svære lige at løse, og jeg skrev til personen, som der skulle egentligt have ansvar for der, der kunne gå flere uger, før jeg fik svar, selvom jeg skrev mange gange. Og jeg stod igen der alene med det... jeg synes, at det var rigtig ærgerligt, at der ikke var bedre responstid.*

Sygeplejerskerne kommenterede på hvordan de følte sig ansvarlige for udstyret og var opmærksomme på den negative effekt, at den manglende information om hvor udsyret skulle afleveres, havde på patienterne:

*Det der audioudstyr... det var egentligt rigtig mange penge... og så stod vi pludseligt med ansvaret for, hvis nu det blev væk?*

*Stressfaktor... det er jo unødvendigt at skulle give dem [PATIENTERNE] den følelse.*

*Deres lytteudstyr virkede ikke... og denne her stakkels patient, blev sendt... tre forskellige steder samme dag... og så stod han til sidst her, også kunne jeg selvfølgelig... ikke gøre andet end at sige, ved du hvad, du aflever selvfølgelig... det skal vi nok ordne.*

På den måde, påtog sygeplejerskerne et ansvar, som ikke var en del af deres rollebeskrivelser og som ledte til frustration.

## Patienter og aktiviteter

Patientgruppen ændrede sig undervejs pga. nye tiltag på hospitalet, hvilket resulterede sig i, at de patienter der blev visiteret til rehabiliteringsforløbet på sundhedscenteret, var en gruppe patienter med store udfordringer:

*... altså selve vores fysiske forløb ændrede sig i den ventetid. Det var lige præcis der, hvor vi, ja altså de der strømninger der er nu, hvor vi flytter mere og mere ud, det var præcis det tidspunkt altså, da vi snakkede første gang, der beholdte sygeplejerskerne stort set alle dem [PATIENTER] de havde, så havde vi mange gode... var jo så lige tidspunktet, nu skal vi lige finde ud af... hvem der bør tilbydes det vi kalder specialiseret genoptræning. Og det betyder så at vi erkender, at der er faktisk nogen der ikke behøver os på sygehuset, de kan godt klare det... og der ingen tvivl om, at bare i den periode der blev vores klientel tungere. Færre men tungere. Mindst en tredjedel røg ud... og det er jo de gode altså.*

På den måde, blev nogle af de mere ressourcestærke patienter ikke en del af gruppen af mulige deltagere i forskningsprojektet. En læge kommenterede:

*Ja, vi bedømte dem jo netop til, at de havde overskud til at kunne klare det selv nede i kommunen, ikke også, så det kan godt have påvirket lidt, at...*

Baseret på de erfaringer, som de sundhedsfaglige havde gjort sig i løbet af projektet, havde de refleksioner på hvordan intentionerne kunne have lagt på et andet tidspunkt:

*...vi tror, at det skal være hele... efter det hele rehabiliteringsforløb...er overstået...*

*Og der tror jeg, set i bakspejlet nok, at det måske er noget man bedre kunne arbejde med på sigt, at have overskud til det... end i den akutte fase der.*

*Jeg synes, at det er et rigtig godt tilbud at få, men at vi som sagt synes... det med timing, det kan godt være, at det er det, der er svært for vores gruppe.*

Refleksionerne forslår, at blandt de sundhedsfaglige var der enighed om, at interventionerne kunne hensigtsmæssigt rykkes til et andet tidspunkt i rehabiliteringsfasen.

Alle sundhedsfaglige var enige om patienterne ville potentielt kunne drage gavn af deltagelse i kulturinterventionerne. En sygeplejerske kommenterede på hvordan hun havde oplevet begejstring fra en patient:

*Hun var så glad for det. Hun kom tilbage hver gang og har fortalt hvor meget hun har fået med sig. Så det har været rigtigt givende og hun kunne rumme det, fordi hun havde forstået, hvor meget det her gav hende egentligt. Hun var dybt taknemmelig, for at hun fik denne er oven i... hun kunne virkelig fortælle hvor meget det havde gjort for hende. Det var fantastisk, ja.*

## Kulturaktørerne

Kulturaktørerne (den Rytmiske i Aalborg og Aalborg bibliotek) som leverede henholdsvis fællesang og guidet fælleslæsning, blev spurgt om deres oplevelser af levere kulturaktiviteter i projektet.

Kulturaktørerne berettede, at de havde følte sig klædt på i forhold til at varetage opgaven, da begge institutioner havde erfaringer fra lignede grupper.

Lederen af den Rytmiske kommenterede på, at de mange forsøg på at sætte hold i gang har givet forvirring, men undervisningsmæssigt var ikke problemer, i det deres underviser var vant til patientgruppen. Hun kommere endvidere på at de selv havde oplevet at hjertepatienter var svære at motivere til at deltage i på deres korhold for hjertepatienter. Lederen forholder sig desuden positivt til rehabiliteringsforløb og projekter der fremmer mental sundhed.

Korlederen havde oplevet, at den øgede bevidsthed om og kontrol af vejtrækningsmusklerne, havde været positivt for deltagerne og der var god kontakt mellem hende og deltagerne. Hun savnede dog, til tider, en fælles retning for hende og den anden underviser i projektet.

Bibliotekaren kommenterede, at forløbet kunne have været bedre, hvis der havde været flere deltagere i forhold til det oplevelsesmæssige og derved også have givet et større udbytte for deltagerne.

### Refleksioner fra borger/patient

Rigmor (pseudonym) er 74 år gammel og fik efter hendes hjerteoperation tilbudt at deltage i kulturhjerterforløbet på ti uger, som et kompliment til den fysiske rehabilitering, der er et tilbud i sundhedscenteret på Nordkraft. Rigmor takker ja og deltager i forløbet over ti uger hvor hun kan deltage i fællessang fire gange og guidet fælleslæsning fire gange samt musikaflytning derhjemme så ofte, hun ønsker. Nedenstående er citater fra et interview med Rigmor, som demonstrerer Rigmors oplevelsers og refleksioner om processen.

Rigmor fortæller, hvordan hun har fundet mere ro og gælder og hvordan åndedrætsøvelser, som hun lærte til fællessang, hjælper hende i hverdagen:

*"I hverdagen har det vist sig, hvor meget musik og litteratur betyder for mig. Nu lytter jeg til den ... til musik hver dag. Det gjorde jeg også i forvejen, men deltagelsen i Kulturhjerter har jeg fundet ud af, hvor meget den rolige musik kan gøre for, at få glæden og roen tilbage i mit liv"*

*... sangundervisningen har igen lært mig, hvor meget åndedrættet har betydning for både... både ved sang, ved min... altså ved at synge og ved traveture.*

Rigmor beretter om, hvordan hun inden operationen havde haft det svært og hvordan deltagelse i kulturaktiviteterne, har hjulpet hende videre. Rigmor fortæller også om hvordan hun det har hjulpet hende med at få styr på den angst hun havde i forhold til operation:

*Ja, fordi jeg havde jo et halvt år, hvor jeg nærmest... gik helt ned. Fordi det gjorde ondt, når jeg gik, og det gjorde ondt, og jeg var bange om natten, og.... men det har både.... begge ting jo givet.... skubbet til.*

Hun fortæller, at hun også ville have været glad for rehabiliteringsforløbet foruden kulturtilbuddet men at hun det har været en stor glæde, for hende, at det var inkluderet:

*Ja, hvis ikke det havde været det, så havde jeg været glad for det, men jeg kunne da slet ikke lade være med at sige tak til det her, da det både er musik og.... hvad hedder det... litteratur. Og som jeg elsker begge dele.*

*Rehabiliteringen den har været fantastisk godt for mig, og kulturaktiviteterne har givet noget andet. Igen roen ved at lytte til højtlesning, og sang med vejrtrækning. Stor ros til underviserne.... Det har virkelig... det har virkelig... givet mig meget.*

Rigmor skildre, at hendes liv har indeholdt både litteratur og musik og det er altså ikke noget nyt for hende:

*Jeg læser meget, og jeg har altid sunget i hele mit liv. Og gør det gerne igen, så snart der er mulighed, og kommer steder, hvor der er mulighed for at høre musik.*

Selvom litteratur fylder meget i Rigmors liv, har hun inden rehabilitering ikke oplevet at få læs op og diskuteret tekster, som er fokuseret i guidet fælleslæsning derfor var en ny oplevelse for hende:

*Ja. Han var fantastisk og lavede pauser og... og ja, vi var jo nødt til at sidde og diskutere tingene og det var jo altid noget, der havde relation til min ... til hjertet, til sygdommen og sådan, på en god måde. Så man egentlig selv kom til at tænke, nåh, ja, det var egentlig også sådan, du havde det. Eller det var sådan, du .. personen i det han læste, det var sådan, han kom videre. Eller.. så.. jamen, det var bare godt. Jeg fik jo også nogle titler, som jeg selv kunne bruge igen.*

Rigmor anvender også litteraturen i hverdagen til at få styr på sine tanker:

*Og det gør man meget, hvis man har.. hvis man har nogle tanker, man ikke rigtigt kan få styr på. Så er det jo pragtfuldt at gå ind i en god bog.*

I løbet af livet, har Rigmor også altid lyttet til musik og har flere gange sunget i et kor, som skaber glæde for hende:

*Jeg er altid glad, når jeg synger.*

Rigmor kommenter også på brugen af musikudstyret derhjemme:

*Men det har ... det har været en ... meget forskellige musikstykker. Og det har egentlig gjort, at det var ... spændende hver gang. Og fordi at... den stjerne der, jamen, så kunne man jo sådan vælge, så det har fået lov at køre dagen lang.*

Rigmor er positiv omkring musikudstyret derhjemme. Hun kommenterer også på planlægningen af aktiviteterne. For hende er det ligegyldigt om kulturaktiviteten ligger inden eller efter den fysiske rehabiliteringsaktivitet. Dét, der derimod er vigtigt for hende, er at det er samme dag, så hun ikke skal afsted flere gange i løbet af ugen.

Deltagelse i projektet har hjulpet Rigmor til at få en bedre forståelse af betydningen af at være aktiv og engagere sig i kulturaktivitet. Hun fortæller blandet andet, at hun har fundet et sted hvor hun kan deltage i fællessang søndag en gang om måneden. Søndag var ellers en af de dage, hvor hun besøgte sin mand som havde Alzheimers og boede på plejehjem. Han gik bort for lidt over et år siden:

*Ja, men som mine tanker var, min følelse... ved det her... Kulturhjerter har givet mig ro og vist mig vigtigheden af, at det jeg altid har gjort, og vil fortsætte med, gøre motionsgymnastik og yoga, bruge trappen til 4. sal, gå mindst 5.000 og helst lidt mere skridt hver dag, bruger altid skridttæller.*

Der kan konkluderes, at Rigmor har oplevet deltagelse i forløbet som positivt og givende. Det kan anskues, at forløbet har været med til at forstærke de værktøjer som Rigmor allerede anvender for at holde sig aktiv og fysisk, psykisk og kulturel. På den måde, har deltagelsen været med til at forstærke nogle af de indre ressourcer, som hun allerede er bevæbnet med.

Rigmors parathed til at deltagelse i projekt kan antagelsesvist bero på, at Rigmor er en ressourcestærk og kulturaktiv person – hverken litteratur, musik eller sang er fremmed for hende og alligevel har deltagelsen i projektet været aldeles gavnlig for hende.

## Refleksioner

Der opstod visse barrierer både i løbet af projektplanlægningen og i forhold til selv projektgennemførelsen. Barriererne er identificerede som følgende:

### Planlægningsfasen

- De langsommelige bureaukratiske processer, der forsinkede processen blev identificeret som en del af årsagen til, at projektpartnerne mistede gejsten undervejs.

### Projektfasen

- De tekniske problemer med udstyret var problematisk både for projektpartnerne og patienterne. Der eksisterede ikke klare retningslinjer for, hvordan man håndterede disse udfordringer.
- Processen omkring tilbagelevering af udstyret (fra hvem til hvem?) var ikke tydeliggjort. Det skabte udfordringer for sygeplejerskerne og kunne antageligvis bidrage til stressfaktorer for patienterne.
- Udstyret var tungt og krævede, at patienterne skulle forholde sig til teknologi som kan være udfordrende for nogle ældre mennesker, og de manglende brugermanualer gjorde det ikke nemmere.

- Rekrutteringsudfordringerne blev identificerede som værende tidspunktet i rehabiliteringsprocessen (patienterne var for sårbare); at det var en udfordrende målgruppe og at majoriteten af patientgruppen, var ældre mandlige patienter som er vanskelige at aktivere i sundhedsfremmende aktiviteter (Anderson, 2016) Det manglende deltagerantal beror således dels på interventionstidspunktet og dels på målgruppens sygdomstilstand, alder og køn.
- Det var ikke muligt for projektkoordinatoren at løse lokale geografiske ad-hoc opgaver, da koordinatoren ikke var lokal lokaliseret.

### Tværasektionelle samarbejde (i et forskningsprojekt)

Forskellige institutionelle logikker er i spil i tværasektionelle samarbejder og derfor er en betydningsfuld læring fra dette projekt, at der afsættes tid og ressourcer til at:

- Danne et projektgrundlag der er funderet på respekt for hinandens faglighed.
- Forstå hinandens roller – både i egen fagprofessionelle kapaciteter og rollen i selve projektet.
- Skabe ejerskab af projektet – der er en platform for fællesejerskab, hvis man forventer lige vilkår i projektet (bidrag af tid, ressourcer, økonomi etc.).
- Skabe en forståelse for forskningsrammen og dens restriktioner i forhold til ændringer.
- Projektpartnerne mødes regulært og opdatere om ændringer etc. – både i planlægningsfasen og projektfasen.
- Sikre at patientrekrutteringsprocessen og timingen deraf, er i overensstemmelse med erfaringer om og adfærdsmønstre i forhold til denne patientmålgruppe.

### Positive indsatser og potentialer

Til trods for diverse barrierer, blev projektet også identificeret som værende en positiv satsning, både i forhold til det tværfaglige og tværasektionelle samarbejde og med en kulturintervention, der bidrog til både fysisk og mental sundhed.

- Der var stor enighed om at denne slags tværfaglige og tværasektionelle samarbejder har stort potentiale i forhold til fremtidige kunst- og kulturinterventioner og forskningsundersøgelser.



- Interventionerne blev anskuet, som aktiviteter der kunne bidrage positivt til patienternes rehabiliteringsproces.
- Kulturaktørerne blev valgt på grundlag af deres faglige erfaringer med relaterede målgrupper, havde god kontakt med patienterne og havde en positiv indstilling for fremtidelige samarbejder.
- Patienten, der blev interviewet, havde oplevet at kulturintervention havde bidraget positivt til hendes rehabilitering både i forhold til hendes mentale og fysiske sundhed.

## Referencer

- Andersson, C., Seff, L. R., Batra, A., Bhatt, C. & Palmer, R. C. (2016). Recruiting and Engaging Older Men in Evidence-Based Health Promotion Programs: Perspectives on Barriers and Strategies. *Journal of Aging Research*. doi: [10.1155/2016/8981435](https://doi.org/10.1155/2016/8981435)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3 No. 2, pp. 77-101, doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Jensen, A. (2017). *En systematisk gennemgang af den internationale litteratur om Kultur og Sundhed: Værdien af kunst- og kulturaktiviteter som kliniske, terapeutiske og rammesatte tiltag*. Forskningsrapport. Aalborg Universitet.  
[https://www.researchgate.net/publication/320245182\\_En\\_systematisk\\_gennemgang\\_af\\_den\\_internationale\\_litteratur\\_om\\_Kultur\\_og\\_Sundhed\\_-\\_Vaerdien\\_af\\_kunst-\\_og\\_kulturaktiviteter\\_som\\_kliniske\\_therapeutiske\\_og\\_rammesatte\\_tiltag](https://www.researchgate.net/publication/320245182_En_systematisk_gennemgang_af_den_internationale_litteratur_om_Kultur_og_Sundhed_-_Vaerdien_af_kunst-_og_kulturaktiviteter_som_kliniske_therapeutiske_og_rammesatte_tiltag)
- Jensen, A. (2018). *Kulturvitaminer- et kultur på recept projekt i Aalborg*. Forskningsrapport. Aalborg Universitet. DOI: 10.13140/RG.2.2.33878.50246
- Jensen, A. (2019). Culture Vitamins – An arts on prescription project in Denmark. *Perspectives in Public Health*, 139(3), pp. 131-136. <https://doi.org/10.1177/1757913919836145>
- Jensen, A. & Torrissen, W. (2019). *Aesthetic engagement as health and wellbeing promotion*. *Journal of Public Mental Health*. [https://doi.org/https://doi.org/10.1108/JPMH-11-2018-0080](https://doi.org/10.1108/JPMH-11-2018-0080)
- Maskarinec, G. G., Look, M., Tolentino, K., Trask-Batti, M., Seto, T., de Silva, M. & Kaholokula, J. K. (2014). *Patient Perspectives on the Hula Empowering Lifestyle Adaptation Study*. *Health Promotion Practice*. SAGE Publications, 16(1), pp. 109–114. doi: 10.1177/1524839914527451.
- Nilsson, U. (2009). *Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial*. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), pp. 2153–61. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x.
- Oldridge N., Hofer, S., McGee, H., Conroy, R., Doyle, F. & Saner H. (2014). *The HeartQoL: Part I. Development of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease*. *Eur J Prev Cardiol*, 21(1), pp. 90-7.
- Oldridge, N., Hofer, S., McGee, H., Conroy, R., Doyle, F. & Saner H. (2014). *The HeartQoL: part II. Validation of a new core healthrelated quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease*. *Eur J Prev Cardiol*, 21(1), pp. 98- 106.
- Oldridge, N., Saner, H., & McGee, H.M. (2005). *The Euro Cardio-QoL Project. An international study to develop a core heart disease health-related quality of life questionnaire, the HeartQoL*. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 12(2):87-94.
- Renton, A., Phillips, G., Daykin, N., Yu, G., Taylor, K. & Petticrew, M. (2012). *Think of your art-eries: Arts participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London*. *Public Health*, 126, Suppl, pp. S57–S64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.025>.

Selle, E. W. & Silverman, M. J. (2017). *A randomized feasibility study on the effects of music therapy in the form of patient-preferred live music on mood and pain in patients on a cardiovascular unit*. *Arts & Health*, 9(3), pp. 213-223. doi: 10.1080/17533015.2017.1334678.

Snaith, R.P. & Zigmond, A.S. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression scale*. Manual. London, UK: GL Assessment.

Sundhedsstyrelsen, (2016). *Anbefalinger om forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/anbefalinger-for-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom>

Zigmond, A.S & Snaith, R.P. (1983). *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), pp. 361-70.

WHO (2011). *World Report on Disability* - World Health Organization & The World Bank. [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)

Bilag

1-3