

**‘Kultur gir helse’ i Eigersund -  
en evaluering**

RF-2000/108

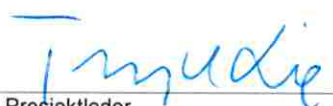
Vår referanse: <b>723/824727</b>	Forfatter(e): <b>Terje Lie og Irene Dahle</b>	Versjonsnr. / dato: <b>Versj. 1 / 16.06.2000</b>
Ant. sider: <b>97</b>	Faglig kvalitetssikrer: <b>Jorunn Elise T. Skaftun</b>	Gradering: <b>Åpen</b>
ISBN: <b>82-490-0043-9</b>	Oppdragsgiver: <b>Eigersund kommune</b>	Åpen fra (dato):
Forskningsprogram:	Prosjektittel: <b>'Kultur gir helse' i Eigersund</b>	

Emne:

Rapporten dokumenterer erfaringer fra prosjektet 'Kultur gir helse' i Eigersund kommune. Rapporten viser resultatene av en intervjuundersøkelse med et tilfeldig utvalg personer i Eigersund i aldersgruppen 67 – 80 år i 1997 og en tilsvarende undersøkelse av personer som deltok i aktivitetene i 1999. Formålet med intervjuundersøkelsene var å vurdere i hvilken grad deltaking i 'Kultur gir helse' har hatt noen målbar virkning på helse eller livskvalitet. Rapporten drøfter også mulige konsekvenser av erfaringer med prosjektet for kommunal administrasjon og tverrsektorielt samarbeid.

Emne-ord: Kultur, helse, evaluering

RF - Rogalandsforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS - EN ISO 9001



Prosjektleder  
Terje Lie



for RF – Rogalandsforskning  
Tor Tønnessen

## Innhold

1	INNLEDNING.....	1
1.1	Organisering av prosjektet 'Kultur gir helse' i Eigersund kommune.....	3
1.2	Generelt om tilbudene .....	4
2	TILBUD OG REKRUTTERING I HELLVIK OG HELLELAND.....	6
2.1	Hellvik.....	6
2.2	Helleland .....	7
3	TILBUD I EGRSUND SENTRUM .....	9
3.1	Aktiviteter og tilbud i prosjektet .....	9
3.2	Tilbud som er startet opp gjennom prosjektet.....	9
3.2.1	Slektsgranskingsgruppe.....	9
3.2.2	Litteraturgruppe.....	9
3.2.3	Bedriftsbesøk.....	10
3.2.4	Lett turgåing .....	10
3.2.5	Søndagsmiddag med underholdning på Damsgård eldresenter.....	11
3.3	Tilbud som eksisterte før prosjektstart .....	12
3.3.1	Folke dans/ringdans.....	12
3.3.2	Tilbud knyttet til behandlings- eller bosenter: Steingården og Kjerjanaset.....	13
3.3.3	Turgruppe .....	14
3.3.4	Damsgård eldresenter .....	15
3.3.5	Trim og vannaktiviteter .....	16
3.3.6	Pensjonisttennis.....	16
3.3.7	Pensjonistbading.....	16
3.4	Diskusjon av tilbudene i Egersund.....	17
3.5	Mange aktivitetstilbud for en lite gruppe eldre .....	17
3.6	Oppsummering: noen erfaringer fra tilbud/kurs.....	19
4	ERFARINGER OG UTFORDRINGER I FORHOLD TIL TVERRETATLIG SAMARBEID .....	21
4.1.1	Enheter i helse- og sosialavdelingen som er i direkte kontakt med eldre med liten sosial og kulturell deltagelse .....	21
4.1.2	Tverrsektorielt samarbeid i prosjektet.....	22
4.1.3	Planer etter prosjektslutt.....	23
5	INTERVJUUNDERSØKELSE AV ELDRE .....	25
5.1	Spørreskjemaundersøkelse – formål og metode.....	25
5.2	Bakgrunnsdata .....	28
5.2.1	Utdanning .....	30
5.3	Fritidsaktiviteter .....	30
5.3.1	Tilbud arrangert av 'Kultur gir helse' .....	32
5.4	Helse.....	33

5.4.1	Vurdering av egen helse .....	34
5.4.2	Praktiske konsekvenser av helse, helseopplevelse og trivsel .....	38
5.4.3	Ensomhet .....	39
5.5	Transportbehov .....	40
5.6	Aktiviteter, helse og trivsel: analyse .....	40
5.7	Deltaking og helse .....	42
5.7.1	Mottatt hjelpetjenester .....	43
5.8	Sosialt nettverk og sosial integrasjon .....	44
5.9	Konklusjon .....	46
VEDLEGG 1 SPØRRESKJEMA.....		1
VEDLEGG 2 SKJEMA FOR REGISTRERING AV INTERESSERTE DELTAKERE.....		1
VEDLEGG 3 BREV TIL DELTAKERE .....		1
VEDLEGG 4 BROSJYRE OVER KULTUR- OG FRITIDSAKTIVITETER .....		1

## Tabeller

Tabell 1	Kjønnsfordeling. Basisundersøkelsen fra 1997, panel -99 og nye deltakere i 1999. Prosent*.....	28
Tabell 2	Aldersfordeling i de ulike utvalgene. Prosent.....	29
Tabell 3	Sivilstatus i utvalgene. Prosent* .....	30
Tabell 4	Deltatt i fritidsaktiviteter 1 gang eller mer. Prosent.....	31
Tabell 5	Fritidsaktiviteter. Aktivitetsnivå i 1999 sammenlignet med 1997. Nye deltakere. Prosent .....	32
Tabell 6	Fritidsaktiviteter. Aktivitetsnivå i 1999 sammenlignet med 1997. Panel -97, -99. Prosent.....	32
Tabell 7	Etterundersøkelsen. Deltaking i tilbud fra 'Kultur gir helse'. Panel og nye i 1999. Prosent.....	33
Tabell 8	Vurdering av egne helse. Basisundersøkelsen og etterundersøkelsen. Prosent .....	34
Tabell 9	Opplevd endring i helsetilstand 1997 og 1999. Prosent.....	35
Tabell 10	Sykdom eller plage av varig natur. Prosent.....	36
Tabell 11	Når fått sykdom/plage .....	36
Tabell 12	Helse innvirkning på sosial omgang. Prosent .....	36
Tabell 13	Endringer etter første halvår 1977 når det gjelder innvirkning av helsetilstand på vanlig sosial omgang. Prosent.....	37
Tabell 14	Kroppslige smerter siste uken. Prosent.....	38
Tabell 15	Indikator på livskvalitet. Basisutvalget, panelet og nye deltakere i 1999. Gjennomsnittverdier.....	39
Tabell 16	Følt deg ensom. Prosent.....	39
Tabell 17	Endring i følelsen av å være ensom de siste par årene. Prosent.....	40
Tabell 18	Mottatt tjenester i løpet av siste tre måneder. Prosent. (Antall personer i parentes).....	44
Tabell 19	Indeks for sosial integrasjon. Indeks poeng* .....	46

## Sammendrag

Undersøkelsen av erfaringer fra tiltak og aktiviteter under prosjektet 'Kultur gir helse' viser at det er en aktiv majoritet i Egersund som benytter seg av flere sosiale og kulturelle tilbud, er med i foreninger og lag og som har et aktivt sosialt nettverk. Det er derfor i stor grad eldre som allerede er aktive som rekrutteres til de ulike tilbudene. Kursledere og andre hevder at det er en forholdsvis stor gruppe eldre som er vanskelig å få med på organiserte tiltak. Noen av lavterskeltilbudene, som middagsarrangementer, har rekruttert personer som ellers er lite med i organisert virksomhet. I litteraturgruppen har en også nådd en del personer som ellers ikke synes å være aktive i forenings- og organisasjonsliv.

For å rekruttere mindre aktive personer synes det fruktbart å begynne med sosiale aktiviteter eller lavterskeltilbud som middag med underholdning og bingo, for så å rekruttere videre til andre aktiviteter.

Bruk av hjemmehjelpen, hjemmesykepleien, primærleger fysioterapeuter og frivillighetssentralen som informasjonskanaler i rekrutteringen kan gi resultater til økt deltaking i mindre aktive grupper. Dette kan i større grad utnyttes i prosjektet. Det bør imidlertid utvikles administrative rutiner for informasjonskanaler i forhold til dette.

Det er viktig å forbedre transportordninger.

Trim og vannaktiviteter er et av de få tilbudene som trekker til seg eldre fra de mindre sentrale områdene Hellevik og Helleland.

Prosjektet har god politisk forankring og Eigersund kommune har bidratt økonomisk til prosjektet. Møter i prosjektgruppa har fungert som en kontaktarena mellom ulike kommunale avdelinger. Det har imidlertid ikke vært klart nok hvordan stimulering til kulturell og sosial deltaking skal inngå i pleie- og omsorgssektorens ansvarsområde. Prosjektet har til en viss grad blitt et lederanliggende og informasjon om hvordan en praktisk kan gå fram for å trekke kulturtiltak inn i helsearbeidet har ikke i tilstrekkelig grad nådd de ulike yrkesgruppene i helse- og omsorgssektoren. Vi etterlyser derfor bedre rutiner for praktisk arbeid og bedre involvering av ansatte i denne sektoren.

Intervjuundersøkelsene av personer i målgruppa og av deltakere på ulike aktiviteter viser at prosjektet har nådd et stort antall personer i målgruppa. Oppslutningen om ulike aktiviteter har vært voksende i hele prosjektperioden. Resultantene viser at deltakerne er ganske representative for befolkningen med hensyn til alderer, og har vært et spesielt attraktiv tilbud for enslige, særlig kvinner. Som erfaringene fra de enkelte kursene viser, representerer kursdeltakerne et utvalg relativt aktive personer med ganske god helse.

Undersøkelsen tyder på at helse, livskvalitet og sosial integrasjon er grunnleggende forhold hos den enkelte som ikke så lett lar seg påvirke av deltaking i aktiviteter som ble arrangert i 'Kultur gir helse'. Årsakssammenhengen går nok mer i retning av at livskvalitet, helse og sosialt nettverk påvirker grad av deltaking i aktivitetene enn omvendt.

I tolking av resultatene må vi ta hensyn til at deltakingen har tatt seg opp over tid. Mange har derfor deltatt over bare en periode på omkring ett år, og dette kan være noe kort tid til å skape endringer i helse og livskvalitet.

Med de indikatorene for helse og livskvalitet vi har brukt i denne undersøkelsen, og med de metodiske reserwasjoner vi må ta, kan vi imidlertid vanskelig påvise at deltaking i 'Kultur gir helse' har hatt en klar innvirkning på helse, livskvalitet eller sosial integrasjon – selv om tiltakene fyller et sosialt behov hos de eldre.

Undersøkelsen viser at det blant hjemmeboende eldre i Eigersund er en stor prosentandel personer med god helse, livskvalitet og godt sosialt nettverk. Vi skal kanskje ikke forvente at aktiviteter i 'Kultur gir helse' skal kunne forbedre situasjonen for personer som allerede er i en rimelig bra situasjon. Vi må derfor også se på prosjektet 'Kultur gir helse' i et forebyggende perspektiv og innse at noe av virkningene av prosjektet har vært å holde vedlike en god livskvalitet og helsestandard, og dermed hindret forverring av slike forhold.

## Forord

Eigersund kommune ble i 1996 valgt ut som Rogaland fylkes deltakerkommune i det landsomfattende prosjektet 'Kultur og helse' etter initiativ fra Norsk kulturråd. Tittelen på prosjektet ble siden endret til 'Kultur gir helse'.

Målgruppa for delprosjektet i Eigersund var hjemmeboende personer i alderen 67 til 80 år. Kommunen så på prosjektet som en del av det forebyggende helsearbeidet for personer i målgruppa. Virkemidlene i prosjektet gikk i korthet ut på å aktivisere hjemmeboende eldre gjennom ulike aktivitets- og kulturtiltak. Delmål i prosjektet var å aktivisere og frigjøre ressurser blant eldre, samarbeide med organisasjonslivet og privatpersoner for å tilrettelegge for aktiviteter og gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse med sikte på å analysere om prosjektet har innvirket på deltakernes helse og livssituasjon.

Kulturkontoret i kommunen, som ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet, kontaktet Rogalandsforskning for å foreta en evaluering. På grunnlag av drøftinger mellom prosjektledelsen og RF, ble det bestemt å foreta en intervjuundersøkelse av deltakere på kultur- og fritidsaktiviteter ved oppstarten av prosjektet og ved avslutningen. Spørreundersøkelsen skulle i hovedsak dreie seg om subjektivt syn på egen helse og livskvalitet og måle eventuelle virkninger av deltaking på helse og livskvalitet. I evalueringen skulle man også se på mulige konsekvenser for lokalmiljøet og konsekvenser for den kommunale administrasjonen.

Denne rapporten er delt inn i to forholdsvis uavhengige deler. I første del dvs kapitlene 1 – 4 gis en beskrivelse av de ulike tilbudene, erfaringer fra tilbudene og organisatoriske utfordringer. Denne delen av prosjektet ble gjennomført i 1998 og dokumentert i et eget arbeidsnotat fra RF. Kapittel 5 viser resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene av personer i målgruppa og deltakere på de ulike aktivitetene. Denne undersøkelsen er foretatt i to omganger. Den første kartleggingen foregikk i 1997 på et tilfeldig utvalg personer i de aktuelle aldersgrupper i Eigersund kommune. Den siste undersøkelsen ble gjennomført i januar 2000 og omfattet personer i det opprinnelige utvalget og nye personer som var rekruttert til tiltakene i løpet av prosjektperioden.

Datatilsynet har gitt konsesjon til den del av undersøkelsen som omfatter intervju av et tilfeldig utvalg personer på to tidspunkt.

RF takker alle som har bidratt til gjennomføringen av evalueringen; personer som har deltatt i spørreundersøkelsene, kursledere og andre frivillige i de ulike aktivitetene og kommunalt ansatte.



# 1 Innledning

Kulturpolitikk og helse og sosialpolitikk henger nøye sammen. Sosiale og kulturelle tiltak som samler mennesker er viktige som en del av en helsepolitikk. “Erfaringer tilsier at det har en helsefremmende virkning på enkeltindivider å bli behandlet som hele mennesker med kulturelle behov - at kulturelle *meningsskapende aktiviteter* høyner livskvaliteten.”<sup>1</sup>

Norsk kulturråd sin begrunnelse for å satse på kultur og helse bygger på en rekke offentlig dokumenter om helsefremmende og forebyggende arbeid, kulturens rolle i samfunnet og sosial- og helsedepartementers egen satsing uttrykt i dokumentet ‘Tid for tverrsektoriell satsing på helse/kultur’ (Juli 1995). Begrunnelse sammenfattes i tre punkter:

- Kultur øker velferden. Et mangfold av gode kulturtilbud og aktiviteter styrker fellesskapet, livskvaliteten og kompetansen hos innbyggerne og evnen til å mestre sin egen livssituasjon
- Kultur er en viktig i det helsefremmende arbeidet. Satsing på kultur og helse er en del av nærmiljøsatsingen
- Tilgjengelighet til kultur og kulturelle virkemidler er viktig i rehabiliteringsarbeidet. Kultur virker mobiliserende, og kan forebygge sosiale problemer og motvirke den økende tendensen til å definere en rekke menneskelige problemer som helseproblemer.

Vårt helsevesen er i sterk grad bygd opp omkring kurativ virksomhet mens folkehelsen i stor grad påvirkes av forhold utenfor helsevesenet. Kulturpolitiske aspekter må derfor komme inn i diskusjonen om helsebegrepet og de forhold som påvirker helsetilstanden i befolkningen, ikke minst nærmiljøet, det sosiale nettverket og friluftslivet, skriver Norsk kulturråd.

Gjennom tiltakene tar en sikte på å frigjøre ressurser fra helseetaten. Flere midler til kulturtiltak kan bidra til å redusere etterspørselen etter ressurser fra f eks hjemmesykepleien.

Tradisjonelle pleie- og omsorgsyntelser fra hjemmesykepleien er ikke alltid den beste ressursbruken for å løse utfordringer i de eldres livssituasjon. Når det gjelder en del psykososiale og miljømessige forhold, kan innsatsen fra kultursiden vise seg å være en mer effektiv ressursbruk. Den økte profesjonaliseringen vi har sett i de seinere år har i noen grad hindret framveksten av samarbeidsløsninger i kommunal administrasjon.

---

<sup>1</sup> “Tid for en tverrsektoriell satsning: Helsekultur og Kultur for helse”, Sosial og helsedepartementets FOU satsning 1995–2001.

Tendenser til å få et 'eiendomsforhold' til brukere, og derved ekskludere innsatsen fra andre yrkesgrupper, er noe en bør se nærmere på i prosjektet.

Eigersund kommune er Rogalands eneste deltagerkommune i Norsk kulturråds prosjekt 'Kultur gir helse'. Eigersund kommunes lokale prosjekt retter seg spesielt mot hjemmeboende eldre mellom 67 og 80 år. Målsettingen med prosjektet var å:

- Aktivisere og frigjøre ressurser/lærdom i målgruppen
- Samarbeide med organisasjonslivet og privatpersoner for å tilrettelegge for aktiviteter
- Gjennom spørreundersøkelse analysere om prosjektet har innvirket på prosjekt-deltagernes helse og livskvalitet.

RF - Rogalandsforskning (RF) er engasjert for å dokumentere eventuelle effekter av satsningen på Eldres trivsel og helse, samt å evaluere prosjektet som en sosial og organisatorisk prosess.

### **Flere år til livet eller mer liv til årene**

Helseplager øker med stigende alder, bl a vist i Levekårsundersøkelsen 1995.<sup>2</sup> Andel med langvarig sykdom er rundt 80 prosent i aldersgruppen 67 år og over. Generelt er andelen med langvarig sykdom større blant enslige enn par og noe høyere blant kvinner enn menn ( i aldersgruppen 67 år og over).

Redusert sykkelighet vil antakelig være et problematisk mål for prosjektet. Sykelighet i den aktuelle målgruppen kan f eks skyldes forhold som ligger langt tilbake i tid eller sykdommer som har nær sammenheng med aldring. Det vil antakelig være for ambisiøst å forvente at prosjektet, med kulturtiltak som virkemiddel, skal redusere sykkeligheten i målgruppa, i hvert fall for en del vanlige somatiske plager. Derimot skulle det være mulig å oppnå forbedringer når det gjelder **psykososiale** forhold. Eldre, særlig enslige, har dårligere kontakt med familie og venner enn gjennomsnittet for befolkningen. Eldre er også i mindre grad enn andre aktive i foreninger og lag, j f Levekårsundersøkelsen 1995 (Statistisk sentralbyrå). Flere indikatorer tyder derfor på at eldre er noe dårligere sosialt integrert enn befolkningen ellers. Vektlegging av livskvalitet og styrking av sosial forankring vil være velegnet som mål på helseforhold i prosjektet.

Mottoet for det helsefremmende og forebyggende arbeidet bør heller være å gi mer liv til årene - enn flere år til livet.

Oppsummering av problemstillinger:

- Vil styrking av det psykososiale miljøet heve livskvaliteten for deltakere i målgruppa.
- kan en skape tiltak av varig karakter i nærmiljøet som gir de eldre bedre muligheter til sosial forankring og deltaking i helsefremmende aktiviteter.

---

<sup>2</sup>Levekårsundersøkelsen 1995. NOS C301. Statistisk sentralbyrå 1996.

- Kan en få til systematiske endringer i kulturetat og helse- og sosialetat som øker muligheten for å samordne innsatsen fra kulturetat og helseetat på en mer effektiv måte.
- Kan større innsats på kulturområdet gi grunnlag for en nytenking i helse- og sosialpolitikken.
- Kan innsats på kulturtiltak kan gi gode psykososiale effekter til en rimelig penge.

### **Gjennomføring**

En undersøkelse om trivsel og livskvalitet, blant et tilfeldig utvalg eldre, ble foretatt tidlig i prosjektperioden. Undersøkelsen ble foretatt med et spørreskjema sendt i posten. En tilsvarende undersøkelse ble gjentatt ved avslutningen av prosjektet, for å dokumentere eventuelle virkninger på helse og livskvalitet.

Vi ønsket å fange opp eldres og kursledernes erfaringer med ulike tilbudene; hvordan er frammøte, hvilke reaksjoner får man, hva fungerer bra eller mindre bra. I tillegg vil RF undersøke konsekvenser av prosjektet for det lokale nærmiljø og for den kommunale administrasjonen.

Når det gjelder konsekvenser for kommunal administrasjon, vil vi peke på *tendenser og utfordringer* som ble gjort i en tidlig fase av prosjektet.

## **1.1 Organisering av prosjektet 'Kultur gir helse' i Eigersund kommune**

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe og prosjektgruppe. Gruppene har hatt følgende sammensetning:

### **1. Styringsgruppen**

Styringsgruppen i prosjektet består av:

- Leder hovedutvalg skole og kultur
- Leder hovedutvalg helse- og sosial
- Helse- og sosialsjef
- Kultursjef
- Prosjektleder

### **2. Prosjektgruppen**

Fire avdelinger fra administrasjonen i Eigersund kommune er representert i prosjektgruppen: kulturavdelingen, kirkekontoret, helse- og sosialavdelingen og miljøavdelingen.

#### **Kulturavdelingen**

Kulturavdelingen har følgende seksjoner/virksomheter representert i prosjektet:

- Kulturadministrasjon
- Seksjon for fritid
- Bibliotek tjenester

Bjørn Ådnesen (kultursjef), Sigrund Kverme (Idrettsrådet), Patricia Berven (bibliotekssjef), Gunnar Sedberg (fritidsseksjonen), Jostein Sirevåg (kirkeverge) og Gerd Seljelid (prosjektleder og konsulent i kulturavdelingen) er medlemmer av prosjektgruppen.

### **Helse og sosialavdelingen**

Avdelingen består av tre seksjoner/virksomheter:

- Omsorgs- og rehabiliteringsseksjon
- Sosialeksjon
- Helseseksjon

Karl Jakob Grova (helsesjef), Torunn Teigen (ledende helsesøster), Gerd Ramsland (soneleder Havsø) er representert i prosjektgruppen.

### **Miljøavdelingen**

Fra Miljøavdelingen er seksjon for utemiljø representert i prosjektgruppen ved Egil Mo.

I tillegg til representanter fra disse tre administrative avdelinger var **eldrerådet** med prosjektgruppen.

## **1.2 Generelt om tilbudene**

Valg av tiltak i prosjektet er dels gjort på bakgrunn av de eldres ønsker, men i noen grad også ut fra hvilke muligheter og ressurser man hadde for sette i gang aktiviteter.

Det var en utfordring å finne en balansegang mellom det å *tilpasse* tilbudene til brukernes behov (brukerorientering) og det å være med på å *skape* disse behovene gjennom informasjon og motivering. En person som aldri har gått på f. eks. konserter vil ikke i utgangspunktet vite om deltagelse på slike konserter kan øke hennes eller hans livskvalitet. Hun eller han vil heller ikke *uttrykke* at hun ønsker å delta på konserter.

Eigersund kommune har i liten grad valgt å satse på aktiviteter som besøk på kunstutstillinger, konserter og teater, men heller lagt seg på en 'folkelig' linje. Tiltak som allerede var satt i gang gjennom prosjektet inkluderte turgåing, litteraturgruppe og slektsgransking, bedriftsbesøk og middag med underholdning. Idrett og ulike sosiale aktiviteter fantes allerede i Eigersund og ble inkludert i prosjektbrosjyren.

Eigersund kommune hadde med andre ord definert 'kulturelle aktiviteter' vidt. Begrepet rommet aktiviteter som kanskje var 'sosiale' mer enn 'kulturelle'. I tillegg hadde prosjektgruppen valgt å ikke skille skarpt mellom 'prosjektets tiltak' og andre kulturelle

og sosiale aktiviteter i Egersund. Strategien var også å bruke de tilbud som allerede fantes for å rekruttere og aktivisere hjemmeboende eldre.

I vår gjennomgang av aktivitetene har vi valgt å inkludere aktiviteter som eksisterte før prosjektstart, og som er tatt med i prosjektbrosjyren, i tillegg til de nyoppstartede aktivitetene. Dette var etter vår mening viktig for å fange opp om nye tiltak kun representerer et *tillegg* for en gruppe aktive eldre som allerede *hadde* et stort kulturelt og sosialt tilbud - eller var det slik at en gjennom prosjektet klarte å rekruttere *nye* grupper eldre til eksisterende så vel som nye aktiviteter.

## 2 Tilbud og rekruttering i Hellvik og Helleland

Flere av kurslederne i Egersund sentrum sier at det er vanskelig å trekke eldre fra bygder i utkanten av kommunen, som Hellvik og Helleland, inn til Egersund sentrum. I Hellvik og Helleland var de eldres sosiale og kulturelle aktiviteter mer sentrert rundt bygda, gårdsdriften og forskjellige andre aktiviteter.

### 2.1 Hellvik

Hellvik er en liten bygd med en skole, en butikk, et bedehus, et forsamlingshus, og en idrettshall. Idretten spiller en sentral rolle i bygda og mange, både unge og eldre, deltar.

To tilbud i Hellvik er tatt med i brosjyren til 'Kultur gir helse' prosjektet. Det ene er trimtilbudet 'voksentrim.' Dette tilbudet er lokalisert i forsamlingshuset og ble startet opp i 1989 av den lokale forening av 'Nasjonalforening for folkehelsen' ('helselaget'). Det var ca 10 kvinner med på dette trimtilbudet. Transport til trimmen går på rundgang og det er stort sett deltagerne ektemenn som kjører med bil. Deltagerne på voksentrimmen er også aktive på andre områder - de er med i 'foreningslivet' (misjonen, helselaget, idrettslag).

Det andre tilbudet i Hellvik er 'hertetrim' som er spesielt rettet mot hjertepasienter. Her deltar fra 5-7 personer som kommer både fra Hellvik og Egersund. Tilbudet drives av hjerte- og lungeforeningen. Det er ikke arrangert transport til 'hertetrim.'

Det lokale organisasjonslivet står sterkt i Hellvik. Mange eldre er involvert i misjon, helse- og idrettslag. Noen av de eldre i Hellvik er også engasjert i pensjonistforeninger og i denne forbindelse reiser de inn til Egersund sentrum på temakvelder og møter. Alle på voksentrim kjenner hverandre, både privat og gjennom lokalt foreningsliv.

Av andre arrangementer i Hellvik kan vi nevne 'eldremiddagen' som arrangeres en gang i uken. 'Eldremiddagen' ble i utgangspunktet startet opp av 'helselaget', men ble siden tatt over av kommunen. 'Eldrehjelpen', som består av frivillige, sørger for transport til denne middagen. Eldrehjelpen fungerer også som en instans som eldre kan ringe til når de trenger ulike former for assistanse. Eldrehjelpen samarbeider med hjemmehjelp-tjenesten slik at de eldre kan melde fra til hjemmehjelpen hvis de trenger assistanse. I tillegg informerer hjemmehjelpen om tilbudene fra eldrehjelpen.

Etterspørselen er forholdsvis liten etter tjenester fra eldrehjelpen. Ifølge representanter for eldrehjelpen får de fleste i Hellvik den hjelp de trenger gjennom sine sosiale nettverk og igjennom hjemmehjelpsordningen. I følge eldrehjelpen har de aller fleste eldre i Hellvik et godt sosialt nettverk - de eldre er 'folk fra bygda.' De har slekt og venner rundt seg.

De kursansvarlige både på 'voksentrim' og 'hertetrim' har ikke merket noen større tilstrømning etter at prosjektet 'Kultur gir helse' startet. Fire av deltagerne på voksentrimmen deltok imidlertid også på et kombinert svømme- og trimtilbud i

Bakkebø idrettsbygg. Dette arrangementet begynte de på etter at de hadde fått en henvendelse gjennom prosjektet. De fire har fortalt andre i Hellvik om svømmingen/trimmen på Bakkebø, og flere fra voksentrimmen på Hellvik meldte seg på. Deltakerne mente det var en stor fordel å få tilbud om transport til trimmen/svømmingen på Bakkebø (de ble hentet med buss) og alle deltagerne fra Hellvik var svært fornøyde med aktivitetene.

En mulig positiv ringvirkning i Hellvik av 'Kultur gir helse' prosjektet var således at innbyggerne fikk informasjon om de tilbudene som fantes utenfor bygda. Det syntes også som at det å 'være med i et 'prosjekt' minsket barrierene i forhold til å begynne på nye tilbud.

En kan tenke seg at følelsen av å bli tatt vare på og å være en del av en gruppe gjør det lettere for eldre å begynne på noe nytt. Transport til Bakkebø var ordnet, og flere fra Hellvik reiste sammen. Når noen først hadde kommet i gang med aktiviteter ga de videre informasjon til andre i bygda.

## **2.2 Helleland**

I Helleland har saniteten og frivillighetssentralen åpnet aktivitetsstue tilknyttet hjemmesykepleiens sonekontor. 14 eldreboliger er plassert i umiddelbar nærhet til dette kontoret.

Aktivitetsstuen hadde, da undersøkelsen fant sted i 1998, 7 medlemmer, men tidligere benyttet 12 eldre seg av tilbudet - de aller fleste enslige kvinner. Aktivitetsstuen trekker hovedsakelig eldre fra eldreboligene, og det er ifølge hjemmesykepleien og frivillighetssentralen vanskelig å motivere andre hjemmeboende eldre i Helleland til å benytte seg av tilbudet. En hovedårsak til dette er transportproblemer. Eldre i Helleland bor svært spredt og det gis ikke tilbud om transport til aktivitetsstuen. I tillegg kan det at aktivitetsstuen er lokalisert i en bygning som tidligere var et eldreheim spille en rolle. "Jeg er ikke gammel" er en kommentar kurslederen har møtt på når hun har prøvd å rekruttere eldre til tilbudet. Det kan også synes som om aktivitetsstuen blir, av eldre i bygda, sett på som et 'spesialtilbud' for eldre i eldreboligene.

Kurslederen visste ikke om prosjektet og har ikke merket noen ekstra pågang etter at prosjektet startet opp.

Lag- og foreningslivet i Helleland synes ikke å være så aktivt som i Hellvik. Saniteten og helselaget har, pga. manglende frivillige, problemer med å 'holde liv i' en lokalavdeling.

Det er også få som reiser på aktiviteter til Egersund sentrum. To av deltagerne på aktivitetsstuen reiste imidlertid til 'trim og vannaktiviteter' i Egersund. Det er som sagt *transport* til dette tilbudet, og frivillighetssentralen i Hellvik ser på dette som det viktigste insentivet for å få de eldre til å reise.

### **Erfaringer fra Hellvik og Helleland:**

- *I trimmen på Hellvik er det de aktive fra før som nås - de fleste av deltagerne er med på flere ulike aktiviteter, foreninger og lag. På Helleland er det eldre som bor i eldreboligene som oppsøker aktivitetsstuen, og det finnes få tilbud utover dette. En klarer i liten grad å nå ut til de 'foreningsløse', og en del eldre som ikke bor i eldreboliger.*
- *Kurslederne i Helleland og Hellvik har ikke merket økt deltagelse etter at prosjektet 'kultur gir helse' startet.*
- *Transport er et problem for mange eldre i Hellvik og Helleland. Kurslederne vet heller ikke om prosjektet kan tilby en transportordning.*
- *Det er vanskelig å trekke eldre fra Helleland og Hellvik til Egersund sentrum - det er nødvendig med ekstra oppfølging, gode transportordninger og rekrutteringsarbeid gjennom f.eks hjemmehjelp/ hjemmesykepleie.*
- *Det å 'være med i et prosjekt' minsker barrierene i forhold til å begynne på nye tilbud i Egersund. Det er lettere å begynne på noe nytt når en er sammen med flere.*



## **3 Tilbud i Egersund sentrum**

### **3.1 Aktiviteter og tilbud i prosjektet**

I Egersund har en rekke tiltak startet opp gjennom prosjektet. Tiltakene er: lett turvandring, bedriftsbesøk, slektsgransking litteraturgruppe (utvidet med film- og teaterurer), seniordans, samt middag med underholdning på Damsgård eldrecenter. I tillegg er det gjennomført grunnleggende innføring i internettopplæring, ulike kulturelle tilbud og tradisjonsformidling i den nyrestaurerte Feilingsbua. Det er arrangert eldredag 'i det fri' med underholdning, tur og trim samt konserter på Damsgård eldrecenter og Kjerjaneset, samt lørdagskafe i samarbeid med Civitan. Tilbudene er utarbeidet i tråd med de eldres ønsker slik disse ble uttrykt gjennom spørreundersøkelsen.

Utover dette er ulike aktiviteter som har eksistert over lengre tid, også tatt med i prosjektbrosjyren. Disse tilbudene inkluderer pensjonisttennis, trim og vannaktiviteter, trim for damer og herrer, folkedans og håndarbeid. I tillegg finnes det en rekke sosiale møteplasser, foreninger og lag.

### **3.2 Tilbud som er startet opp gjennom prosjektet**

#### **3.2.1 Slektsgranskingsgruppe**

Slektsgranskingsgruppen møttes en gang per måned, og startet opp i oktober 1998.

Det var ca 4-5 personer som møtte opp hver gang. Deltagerne kom hovedsakelig fra Egersund sentrum, i tillegg en fra Hellvik. De som møtte opp var aktive på mange andre områder i det lokale lags- og foreningsliv.

Tidspunktet for slektsgranskingsgruppen kolliderte med 'saniteten' og flere kommenterte at de ikke kunne komme av den grunn.

#### **3.2.2 Litteraturgruppe**

Litteraturgruppen hadde også møter en gang per måned. Hovedvekten av deltagerne var kvinner. Flesteparten kom fra Egersund sentrum, men også noen fra Eigerøy og nærliggende gårder utenfor sentrum.

Gruppen startet opp med ca 8 medlemmer, men inkluderte i 1998 14-16 personer. Våren 2000 var over 40 personer med i gruppen. Gruppen har hatt kulturtur til Røros, som resultat av lesing av Falkbergets romaner. Nye medlemmer ble hovedsakelig rekruttert gjennom venner av de som allerede var med. Ifølge kursleder nådde en fram til noen 'ferske' pensjonister gjennom dette tilbudet. Dette er positivt fordi pensjonister gjennom gruppen kan bli kjent med andre pensjonister og få informasjon om 'hva en gjør når en ikke jobber.' Å komme i gang med noe tidlig i pensjonisttilværelsen forhindrer at eldre synker inn i en passivitet.

I tillegg klarte en å rekruttere eldre som leser bøker, men som var mye alene. Biblioteket var en god rekrutteringskanal for å nå ensomme eldre som liker å lese.

Tidspunktet på formiddagen er valgt med omhu fordi det er da mange eldre sliter med ensomhet.

Transport ble tilbudt både til slektsgranskingsgruppen og til litteraturgruppen, men det var kun to som benyttet seg av dette. Dette tyder på at prosjektet hadde kontakt med forholdsvis friske eldre som enten gikk eller kjørte selv.

Det sosiale, så vel som det kulturelle, var en viktig del av møtene. Samtalen og diskusjonene gikk livlig, spesielt når Hamsun og hans politiske overbevisninger var tema. Biblioteket la også vekt på at det skulle være litt 'fint' når litteratur- og slektsgruppen hadde møte. Det ble dekket med service og servert kaker og kaffe. Ifølge lederne var dette viktig for at de eldre skulle trives, spesielt fordi mange hadde lange tradisjoner med 'pynting.' Deltagerne synes det var viktigere at det var litt fine rammer rundt det hele, og foreslo selv å betale litt for dette. Det hadde imidlertid ikke vært vanlig med egenandel på tilbudene.

### **3.2.3 Bedriftsbesøk**

Tilbudet om bedriftsbesøk ble også startet opp gjennom prosjektet. På første utflukt kom ca 40 deltagere og både menn og kvinner deltok. Flere av de frammøtte var enslige og de kom stort sett fra Egersund sentrum.

Deltagerne er involvert i en rekke andre aktiviteter - noen spilte tennis, var med på trim m v. Det er igjen de *aktive* som nås. De fleste kommer sammen to og to, men noen oppsøker tilbudet alene. En deltaker uttrykte: "Jeg er glad jeg er med i prosjektet... svarer på alt jeg får."

Bedriftsbesøket var svært vellykket. En av bedriftene som ble besøkt var en vernet bedrift og mange av deltakerne fikk ny forståelse for hva de drev på med.

Ifølge arrangøren var ikke den sosiale siden noe problem, først og fremst fordi Egersund er en liten by. De eldre har alltid noen felles kjente eller slekt. I tillegg var Egersund mindre før, slik at de eldre har ganske god oversikt over hverandre. Folk finner lett felles knutepunkt.

I forbindelse med bedriftsbesøkene benyttet en del av deltakerne seg av transporttilbudet.

### **3.2.4 Lett turgåing**

Tilbudet om lett turgåing ble startet gjennom helsesportlaget<sup>3</sup> som en del av prosjektet. Det eksisterte et annet turtilbud, men det ble ytret ønske fra kulturavdelingen, og fra brukere, om et lettere alternativ. Tilbudet ble startet 12. mars 1998, og det ble arrangert

---

<sup>3</sup> Helsesportlaget drives av frivillige og tilbyr ulike trimaktiviteter for eldre.

flere turer. Deltagerne startet opp samtidig, men de som vil gå raskere gjorde det. Det ble avtalt en møteplass for mat og kaffe. Frem til april 1998 hadde 3-6 kvinnelige deltagere benyttet seg av tilbudet. Våren 2000 deltok 30-40 personer.

Rekruttering skjedde i stor grad gjennom deltagerens nettverk og gjennom helse-sportlaget, men det kom også personer som arrangøren ikke kjenner til fra før. Flere av deltagerne var også med i helsesport laget og drev trim og bading. I tillegg to med i litteraturgruppen på biblioteket.

Tilbudet rettet seg mot mennesker med ulike helseproblemer. Heller ikke her klarte en imidlertid å engasjere personer som ellers var lite aktive i annen organisert virksomhet. De som kom seg ut hadde allerede et stort tilbud.

Transport var et problem, fordi bakken opp til turområdet var ganske bratt. Noen av de eldre sørget selv for transport opp til området.

Deltagerne møtes ikke på fritiden, utover møter i helsesportlaget og på biblioteket.

### **3.2.5 Søndagsmiddag med underholdning på Damsgård eldresenter**

Månedlige søndagsmiddager med kulturell underholdning ble startet opp som en del av prosjektet 'Kultur gir helse.' Dette har vært en stor suksess med over 60 deltakere. Flesteparten av de fremmøtte var enslige kvinner, men det kom også noen ektepar. Noen få kom alene men de fleste var sammen med noen. Deltagerne kom for det meste fra Egersund sentrum og Eigerøy - få eller ingen møtte fra Hellvik og Helleland.

Damsgård hadde flere tilbud, så som fotpleie og frisør. Dette trakk eldre til senteret slik at de fikk informasjon om andre aktiviteter som ble tilbudt. Til middagen ble noen rekruttert noen via hjemmesykepleien (ca 10 stk) - ellers gjennom annonsering. Det at hjemmesykepleien ble brukt som 'rekrutteringskanal' gjorde det lettere å nå ut til grupper som ikke vanligvis oppsøkte slike arrangement. Fritidsseksjonen sørget for at de som ønsket det ble hentet med buss. Deltagerne betalte da en egenandel på 30-35 kroner. Samarbeidet mellom hjemmesykepleien, fritidsseksjonen og frivillighetssentralen viste seg slik å være fruktbart i forhold til å rekruttere svakere grupper. Hjemmesykepleien informerte og motiverte, kulturkontoret sørget for 'kulturen' og frivillighetssentralen sørget for middagen.

Til middagen kom det altså noen nye, dvs personer utover de 'gamle traverne' ved Damsgård eldresenter. Det kommer stadig nye personer til dette tiltaket og det pågår fremdeles, dvs i år 2000.

### **Seniordans**

Tiltaket startet i løpet av høsten 1998. Prosjektet har bekostet opplæring på ledere. Antall deltakere er steget til over 30 personer og kurset fortsetter etter prosjekt-avslutning.

### **Bruk av 'sansehuset'**

Startet opp som prøveprosjekt i 1998. Sansehuset byr på opplevelser med musikk, avslapping, boblebad, massasje etc. Enkelte deltakere har uttalt at dette er den største

luksus de har vært med på. Deltakere må betale noe for å komme inn. Ca 15 personer deltok da det startet. Tilbudet fortsetter i år 2000. Deltakere blir hentet eller har fått tilbud om transport.

### **Dataopplæring**

Dataopplæring og grunnkurs i internett startet i 1998. Tallet på deltakere var 20. Dette tiltaket er avsluttet, men nytt internett-kurs ble gjennomført våren 2000. Planen er å videreføre dataopplæring til høsten som internettkafe.

### **Lørdagskafe**

Dette utgjør to tilbud i måneden. En lørdag er det kafe og på en søndag arrangeres felles middag. Tiltaket drives av Civitan. Antall deltakere er rundt 40 personer.

### **Kulturdag for eldre**

På dette tiltaket arrangeres besøk i områder av spesiell interesse i distriktet. Det gis informasjon om stedet med historikk m v og det er underholdning. Det arrangeres et besøk en dag i året. 120 personer har møtt fram.

### **Erfaringer:**

- *Lavterskel tilbud som ikke har mer ambisiøse mål enn å samles til middag med underholdning, kan være en god inngangsport til å nå eldre som ikke er faste brukere av kulturelle og sosiale tilbud.*
- *Samarbeid mellom fritidsseksjonen, hjemmesykepleie/hjemmehjelp og frivillighets-sentralen gjør det mulig å nå personer som er lite sosialt aktive og eldre som p g a dårlig helse har vanskelig for å komme seg ut.*
- *Det er hovedsakelig **de aktive** som nås gjennom tilbudene 'slektsgranskning', 'bedriftsbesøk' og 'lett turgåing'. Mange av deltagerne er med på en rekke andre aktiviteter.*
- *I litteraturgruppen har en klart å nå ut til eldre som sitter mye alene. Biblioteket er en god rekrutteringskanal for å nå disse.*
- *Det er sjelden at deltagerne på kursene/tilbudene blir kjent gjennom kursene og møtes på fritiden.*
- *Både middag og lørdagskafe har nådd ut til eldre som er mye alene.*

## **3.3 Tilbud som eksisterte før prosjektstart**

### **3.3.1 Folkedans/ringdans**

Tilbudet om folkedans/ringdans startet opp for 10 år siden. Gruppen møtes ca to ganger i måneden. I tillegg reiser de rundt på eldre- og sykehjem og opptrer/arrangerer dans. To ganger i året har gruppen treff sammen med en tilsvarende gruppe i Hauge i Dalane. I gjennomsnitt deltar fra 30-35 personer på hvert treff, men antall deltagere kan variere

fra 25 til 50. Alderen på deltagerne er fra 70 til 90 år og de kommer fra 'by og land'. Flere enker i 65 års alderen har begynt på dansen.

Det begynner i gjennomsnitt opp til 5-6 nye i året og kurslederen har ikke merket noen spesiell pågang etter at prosjektet startet. Mange av de nye er venner av tidligere deltagere og de aller fleste kommer to og to (ofte to kvinner) for å ha noen å danse med.

Noen av deltagerne har sagt at de har fått mersmak på kurs, og meldt seg på andre tilbud. De fleste av deltagerne er for øvrig aktive på mange områder. Mange har gått i 'losjen' (IOGT).

Mange av deltakerne sier de får sosiale behov dekket på en annen måte på folkedansen - en er nødt til å samarbeide og en får kroppskontakt. Ifølge deltagerne er det viktigste å 'ha det kjekt.' De protesterer hvis det blir for vanskelig - de vil ikke lære *for* mye nytt. *Gjenkjennelse* og *'mimring'* er en viktig del av opplegget.

Deltakerne har også sagt at de gjennom kurset "plutselig kjente mange i Egersund." Kurslederen vet imidlertid ikke hvor mange som treffes på privat basis.

Seniordans har sitt utspring i dette kurset.

### **3.3.2 Tilbud knyttet til behandlings- eller bosenter: Steingården og Kjerjaneset**

#### **Kjerjaneset**

Kjerjaneset er et bo og servicesenter. Her bor friske så vel som syke. Senteret har også dagtilbud for hjemmeboende eldre i Egersund. Frivillighetssentralen organiserer ulike aktiviteter på senteret. 'Eldres venner' arrangeres en gang per måned. Dette tilbudet gis primært til beboere på Kjerjaneset og er et 'kaffetreff' med underholdning og utlodning.

#### **Håndarbeid og trearbeid, Steingården på Slettebø**

Steingården er et rehabiliteringssenter. De har tre fysioterapeuter, en turnuskandidat, en kontorassistent, en ergoterapeut og en aktivitør. De er en del av den kommunale helsetjenesten, og tilbyr dagtilbud. Senteret har en fysioterapiavdeling og en ergoterapiavdeling. For 12 år siden startet de opp med håndarbeids- og trearbeidstilbud. Håndarbeidsgruppen (damegruppen) har bestått av tre MS-pasienter og en annen pasient. Trearbeidsgruppen har hovedsakelig bestått av slagpasienter, to til fire personer.

Deltagerne er rekruttert gjennom fysio- og ergoterapitjenesten. Senteret har også forsøkt å rekruttere folk gjennom hjemmebesøksordningen, men dette var vanskelig p g a transportproblemer. For å få dekket transport måtte pasientene være til fysikalsk behandling. Deltagelse på håndarbeids- og trearbeidskursene kvalifiserte ikke for transportstøtte. Disse tilbudene gis derfor i forbindelse med fysioterapi.

Deltagere som har kombinert tilbudet med fysikalsk behandling har fulgt aktiviteten gjennom hele året. Senteret har imidlertid ikke merket noen spesiell pågang etter at de kom med i brosjyren til 'Kultur gir helse.'

De kulturelle- og sosiale tilbudene på Steingården er ment som en del av et rehabiliteringsopplegg. Koplingen kultur, sosial aktivitet og helse er derfor mer uttalt enn i andre tilbud som ikke har *behandling* som mål. Senteret står også i en spesiell

posisjon i forhold til å kunne rekruttere hjemmeboende eldre med helseproblemer til sosiale og kulturelle tiltak, fordi de allerede er i kontakt med dem gjennom fysio- og ergoterapi.

Både håndarbeidskurset og trearbeidskurset ble lagt ned etter påsken 1998 p g a 1) problemer med å skaffe stabil aktivitør i stillingen og 2) transportproblemer (deltagerne var ikke lenger i fysikalsk behandling og fikk derfor ikke dekket transport). Noen av deltagerne skulle begynne i en sløyd- og håndarbeidsgruppe som frivillighetsentralen arrangerte på Kjerjaneset dagsenter. Her ble transportproblemer løst ved at Kjerjaneset har en buss ordning.

### **Erfaringer:**

- *Kulturelle tilbud som knyttes til et behandlingssenter eller bosenter gjør det mulig å nå de sykeste som har problemer med å komme seg ut. Friskere hjemmeboende eldre oppsøker imidlertid sjelden slike tilbud.*
- *Transport er et problem når behandling tilknyttet et behandlingssenter er 'sosial og kulturell' og ikke somatisk.*

### **3.3.3 Turgruppe**

Tilbudet om turgruppe har eksistert i ca 5 år og ble startet opp av helsesportlaget. Antall deltagere har variert fra 44 til 22 personer, og gjennomsnittlig har ca 30-35 deltagere møtt opp per gang. Spesielt for tilbudet er at det er like mange menn som kvinner som deltar. Alderen på de frammøtte ligger gjennomsnittlig på 73 år, og det er flere enker enn enkemenn som deltar.

Flere av deltagerne har helseproblemer som angina og 'røykeben', og opplegget er slik at flest mulig skal kunne delta. For de sprekeste arrangeres turer til Prekestolen og Kjerag.

Rekruttering skjer hovedsakelig gjennom 'jungeltelegrafene.' Nye turgåere rekrutteres av eksisterende medlemmer. I tillegg har flere fått informasjon om tilbudet gjennom sin private lege. Flesteparten oppsøker tilbudet to og to, men noen få kommer, i følge kurslederen, også alene. Heller ikke på dette tilbudet klarer en imidlertid å nå ut til 'hjemmesitterne.'

Turgåerne kommer fra by og land - noen fra Hellvik, men ingen fra Helleland. Transport sørger deltagerne for selv. De som ikke har bil betaler kr 30 for å sitte på med de som har bil.

Tilbudet om turgåing har også fungert som et springbrett til helsesportlaget. Flere har fått eks begynt på 'trim og vannaktiviteter.'

Deltagerne har fått utvidet sitt sosiale nettverk gjennom tilbudet. Flere kjenner hverandre fra før, men mange sier også at de har fått nye 'private' venner gjennom turene.

### **Erfaringer:**

- *Primærlegene kan være en viktig rekrutteringskanal til trimtilbudene. Å kunne referere til at 'legen har sagt' kan gjøre det mer sosialt akseptabelt for enslige eldre å møte opp til tilbudene alene.*
- *Turgruppen er et 'lavterskeltilbud' og kan fungere som en rekrutteringskanal til andre kulturelle og sosiale tilbud.*

### 3.3.4 Damsgård eldrecenter

#### Trim for damer og herrer

Tilbudet har eksistert i mange år, men senteret har merket ekstra pågang etter at prosjektet startet. Det har kommet ca 10 nye etter prosjektstart, til sammen er det ca 30 personer. Flere av deltagerne på trimmen er også med på eldretreffet, der det arrangeres bingo. Flesteparten kommer fra byen, noen fra Eigerøy, men det er få eller ingen fra landet. Det er også her for det meste de aktive som nås.

#### Bingo

40-50 eldre deltar på bingo en gang i uken på Damsgård eldrecenter. Bingoen startet opp for 15 år siden av 'fagforeningens pensjonistlag.' Tilknytningen til prosjektet har ifølge kurslederen ikke ført til nye medlemmer, det går helst motsatt vei - folk faller fra.

Deltagerne til Bingoen bor stort sett innenfor bygrensene. Få eller ingen kommer fra Hellvik og Helleland. I tillegg er ikke 'de tilreisende' til Egersund representert på Bingoen. I følge kurslederen er det vanskelig å nå ut til disse.

'Bingofolkene' er aktive på en rekke områder, noen går på danselaget og herre og dametrim på Damsgård eldrecenter.

Det er en fin gjeng som møtes på Bingoen. Flesteparten av deltagerne er også med i 'fagforeningens pensjonistlag.' Kaféen på Mega har også reservert bord på onsdag og fredag for de samme folkene. Mange av 'bingofolkene' treffes i tillegg på privat basis.

En av de vi har snakket med sier han er blitt ett helt nytt menneske etter at han begynte på Bingoen. Det var kona som 'lokket' ham med på dette og det er han glad for. Tidligere grudde han seg til å bli pensjonist, men nå har han mer enn nok å gjøre. Når han er i byen stikker han ofte innom Mega, der treffer han kjente. Han har et stort nettverk.

- *Bingoen kan fungere kontaktskapende og kan øke livskvaliteten for 'ferske' pensjonister som forsøker å finne ut hva de skal bruke sin nyervervede fritid til.*
- *En grunn til at bingoen øker livskvalitet kan være at deltagerne fra før utgjør en sosial gruppe. Flere av medlemmene er med i fagforeningens pensjonistforbund. Deltagerne har mer til felles enn at de er eldre og går på Bingo.*

#### Club 89

Både menn og kvinner benytter seg av dette tilbudet. Her serveres kaffe og kaker. I tillegg er det underholdning og utlodning. Igjen er det primært de aktive som nås.

Mange av deltakerne er også med i ulike religiøse organisasjoner. Dette tilbudet er nå avsluttet.

### **3.3.5 Trim og vannaktiviteter**

Tilbudet, som består av lett trim på land og i vann, startet opp i oktober -94, men kurslederne har merket mer pågang etter at prosjektet startet opp. Antallet har steget fra 15 til ca 25 deltakere mens 5-6 personer er med i prosjektutvalget. Også her er det mest kvinner som møter opp. Deltagerne tar med seg bakst og kaffe og det blir en slags forening der en "snakker om oppskrifter." Flere av deltagerne har ganske dårlig helse og alle blir hentet med buss. Deltakerne kommer fra Helleland, Hellvik og byen. De eldre som er med i prosjektutvalget kommer fra Hellvik. En av deltagerne har også begynt med tennis.

#### **Erfaringer:**

- *Trim og vannaktivitetstilbudet er et av de få som trekker til seg eldre fra Hellvik og Helleland. Gode transportordninger synes å være en medvirkende årsak til dette.*
- *Eldre med helseproblemer, som har problemer med å komme seg ut, benytter seg av dette tilbudet.*

### **3.3.6 Pensjonisttennis**

Kurslederen startet på eget initiativ i 1992 da han ble pensjonist. Han tilbyr gymnastikk i tillegg til 'tennislek.' Øvelsene er gjennomgått med instruktør og lege. Kursleder hadde tidligere vært leder i Tennisklubben. Han har ikke merket noen ekstra pågang etter at prosjektet startet. I gjennomsnitt er det ca 22-33 deltagere per gang, og av de fremmøtte er det mest kvinner fra Egersund sentrum - en del enker.

Rekruttering skjer stort sett muntlig - via jungeltelegraf. Kurslederen vet ikke hva andre ting medlemmene er med på, men de er aktive mennesker som er med på mye.

Kurslederen for tennis henter og bringer 5-6 deltagere hver gang. Han får kjøregodtgjørelse av kulturavdelingen for dette.

Annenhver mandag er det kaffe og da kommer det ekstra mange. Det er et fint miljørom i hallen. Utover de som kjenner hverandre fra før treffes ikke medlemmene på privat basis.

Kurset har fått økonomisk støtte gjennom prosjektet.

### **3.3.7 Pensjonistbading**

Bading for pensjonister har eksistert i flere år. Dette er et tilbud som hovedsakelig retter seg mot de friske eldre - transport er ikke en del av pakken som det er i 'trim og vannaktiviteter.' Rekruttering skjer stort sett gjennom venner og kjente samt gjennom



‘pensjonistkurset’<sup>4</sup> som tilbyr svømming som en del av programmet. Det kommer stadig nye deltagere, men kurslederen vet ikke om de er rekruttert gjennom prosjektet.

### **3.4 Diskusjon av tilbudene i Egersund**

### **3.5 Mange aktivitetstilbud for en lite gruppe eldre**

Det er svært mange foreninger, klubber og lag i Egersund. Det har også skjedd en ‘verdsliggjøring’ på dette området. Religiøse lag står fortsatt, sammen med idretten, sterkt, men en har fått et sterkt innslag av andre typer av lag og foreninger - slik som håndarbeid, hagearbeid, tresløyd, etc.

Det som imidlertid kommer fram fra samtaler med kursansvarlige og nøkkelpersoner er at det er en aktiv majoritet i Egersund som benytter seg av flere sosiale og kulturelle tilbud. De er med i ulike foreninger og lag og har et aktivt sosialt nettverk. Det er de samme ‘traverne’ som går igjen på de ulike aktivitetene. Alle vi har snakket med sier at det finnes en forholdsvis stor gruppe eldre som er “vanskelige å få ut.” Dette bekreftes også gjennom vår spørreundersøkelse. 70 % av utvalget<sup>5</sup> har ikke lånt bøker på biblioteket det siste året. 50 % har ikke deltatt i møter i pensjonistforeninger, velforeninger og grendelag e.l. Ca 50 % har ikke drevet med hobbyaktiviteter som musikk, håndarbeid, e.l. Ca 70 % har ikke deltatt på møte i helselag, sanitetsforening, eller lignende foreninger. 90 % har ikke deltatt i møter i politiske organisasjoner. Imidlertid er det bare 35 % som ikke deltatt i møter i kristen/religiøs regi.

Det er tydelig at det er de kristne, religiøse virksomheter som trekker flest eldre. 70 % av de eldre har vært med på et møte i religiøs regi det siste året.

Materialet tyder på at de religiøse er privilegerte hva gjelder sosial kontakt og ‘kulturell stimulans’. Utover de religiøse organisasjonene derimot er eldres deltagerprosent forholdsvis lav. 50-70 % er ikke aktive i lags- og foreningslivet.

Det er også uklart i hvilken grad en gjennom prosjektet har klart å nå ut til de grupper av eldre som ikke fra før har vært aktive. Med unntak av ‘trim og vannaktivitetene’ og ‘trim for damer og herrer’ på Damsgård eldrecenter, har ingen av kurslederne for tilbudene som har eksistert over lengre tid merket ekstra pågang etter at prosjektet startet opp. Når det gjelder tilbudene som er blitt startet opp i prosjektet, skiller middagen på Damsgård eldrecenter seg ut ved at det synes som at en her har nådd frem til noen av de som ellers er lite sosialt aktive, blant annet gjennom å bruke hjemmesykepleien i rekrutteringen. I litteraturgruppen har en også klart å nå ut til eldre

---

<sup>4</sup> Pensjonistkurset arrangeres av den kommunale helsestasjonen for eldre i Egersund.

<sup>5</sup> Et tilfeldig utvalg (60 personer) av eldre fra 66-80 år.

som liker å lese, men som ser ut til å være ensomme. Ut over dette synes det som om det for det meste er eldre som allerede er aktive som nås gjennom tilbudene i prosjektet.

Eldre kan ikke behandles som en sosial gruppe. Eldres deltagelse i det organiserte sosiale og kulturelle liv vil i stor grad styres av deres sosiale bakgrunn og tilhørighet og deres religiøse tilknytning.

F eks er flertallet av deltagerne på 'bingoen' også medlemmer i fagforeningens pensjonistforening. Utover bingoen møtes denne gruppen på kafeen på Mega-butikken, der de har reservert bord to dager i uken. Andre eldre i Egersund uttrykker at de *ikke* oppsøker Mega-butikken, fordi denne er knyttet til samvirkekjeden. Flere eldre oppsøker heller ikke Damsgård eldresenter, fordi fagforeningens pensjonistforening har vært aktive i oppstartingsfasen og i driften av dette senteret.

Noen av de vi har snakket med skiller også mellom 'opprinnelige' egersundere og 'innflyttere' og sier at det er vanskelig å rekruttere eldre på tvers av denne grensen. 'De opprinnelige' egersunderne har mindre kontakt med 'innflytterne.' Det er mulig at 'innflytterne' møter på sosiale barrierer når de forsøker å få innpass på sosiale arenaer der 'de opprinnelige' dominerer.

Forholdet mellom by og land er viktig. Ifølge kurslederne i Egersund by er det vanskelig å trekke med eldre fra Hellvik og Helleland.

Religiøs tilknytning styrer også hva de eldre oppsøker, og ikke minst hva de har tid til av aktiviteter. Mange får sine sosiale og kulturelle behov tilfredsstilt gjennom ulike typer av religiøse aktiviteter, arrangement og nettverk og har ikke behov for andre tilbud. Andre igjen ønsker ikke å oppsøke tilbud og aktiviteter med en bestemt religiøs forankring.

Det vil være en for stor oppgave i dette prosjektet å gi et totalt bilde av sosiale og religiøse mekanismer som inkluderer noen, men ekskluderer andre, i forhold til ulike tilbud og aktiviteter. Det viktigste her er å peke på hvor vanskelig det kan være å inkludere *alle* eldre gjennom organiserte tilbud. Eldre, som alle andre, oppsøker tilbud der de får *positiv* bekreftelse på sin identitet. De identifiserer seg med noen grupper, og distanserer seg fra andre. 'Eldre' er ikke en sosial gruppe. I prosjektet har man også vist respekt for at det er lov ikke å delta.

Personer som er lite sosialt aktive og som ikke er med i organisert virksomhet har kanskje størst behov for kulturell og sosial stimulans, men vil ofte møte spesielt mange barrierer i forhold til å delta i det organiserte sosiale og kulturelle liv. Eigersund er en liten kommune. Miljøet er gjennomskiktig og folk, kanskje særlig eldre, kan etter en stund plassere hverandre på sine 'sosiale kart.' Ifølge en av kurslederne vi har snakket med begynner ofte samtalene rundt kaffen med en 'søkeprosess.' 'Målet' for denne prosessen er å finne frem til en felles bekjent eller slektning. Denne samtaleformen, hvor fokuset er på 'hvem som er hvem,' kan forsterke barrierene for deltakelse i forhold til de personer som ikke føler at de sosialt sett 'hører til' i forhold til de andre deltagerne.

I tillegg er det slik at 'noen venner fører til flere venner.' Ifølge kurslederne oppsøker de aller fleste tilbudene to og to - enten sammen med ektefelle eller sammen med en

venn/venninne. Det er også slik at flesteparten av de nye deltakerne til aktivitetene rekrutteres gjennom venner som allerede er brukere av tilbudet. De *få* som kommer alene er spesielt ressurssterke. Således kan en viktig årsak til at de som er ensomme *ikke* oppsøker tilbudene være at de ikke har noen å gå sammen med - de kan oppleve det som sosialt belastende å komme alene.

Helse og transport er andre forklaringsfaktorer for hvorfor noen eldre ikke fanges opp av det store tilbudet av foreninger, lag og aktiviteter som finnes i Egersund. Noen har så dårlig helse at de har problemer med å komme seg ut, andre kvir seg for å organisere henting og bringing. Ut fra de samtaleene vi har hatt med kursansvarlige nevner flere at transport er et problem for mange. Tiltakene som kommer inn under prosjektet tilbyr transport, og for eldre både i Hellvik, Helleland og Egersund by var dette en medvirkende årsak til at de valgte å begynne å svømme/trimme. Når deltagerne blir hentet hjemme føles det som et mye mindre *tiltak* å komme seg ut. Middagene på Damsgård eldresenter er også et samarbeid med fritidsseksjonen som organiserer henting og bringing for dem som ønsker det. Middagen var som sagt en suksess, med over 50 deltakere.

Kjønn er også en viktig forklaringsfaktor. På de aller fleste tilbud dominerer kvinnene. Menn opplever kanskje at det er kvinnene som i stor grad definerer premissene for aktivitetene. F eks uttrykker en kursleder at kaffepausen nesten blir en 'forening.' "Vi snakker om oppskrifter". Dersom 'foreningspreget' blir for sterkt kan nok dette holde en del menn borte fra aktivitetene. Ifølge en kursleder vil "mennene heller treffes på torget." Egersund er en liten by og sannsynligheten for å treffe noen kjente på torget er stor. *Betydningen av denne typen 'uorganisert' sosial deltagelse er kanskje underkjent. En trenger ikke være ensom fordi om en ikke deltar i det organiserte lags- og foreningsliv. Mange ønsker sosial kontakt med andre på en mer uformell basis - f eks på torget, på postkontoret eller i butikken.*

### **3.6 Oppsummering: noen erfaringer fra tilbud/kurs**

- Det er primært eldre som allerede er aktive som rekrutteres til de ulike tilbudene.
- De fleste kursdeltagerne oppsøker tilbudene 'to og to' - enten sammen med ektefelle, eller sammen med en venn/venninne. I tillegg rekrutteres de nye deltakerne til aktivitetene gjennom venner som allerede er brukere av tilbudet. De *få* som kommer alene er spesielt ressurssterke.
- Det er forholdsvis få av prosjektutvalget som er rekruttert til kulturelle aktiviteter.
- For å rekruttere svakere eller mindre aktive grupper, synes det fruktbart å begynne med sosiale aktiviteter eller 'lavterskeltilbud' som middag med underholdning og bingo for så, gjennom disse, å rekruttere til andre aktiviteter og tilbud.
- Bruk av hjemmehjelpen, hjemmesykepleien, primærleger, fysioterapeuter og frivillighetssentralen som informasjonskanaler i rekrutteringen kan gi resultater i form av økt kulturell og sosial deltagelse blant *svakere* grupper. Dette kan i større grad utnyttes i

prosjektet, og det bør utvikles administrative *rutiner* og *informasjonskanaler* i forhold til dette.

- Det er viktig å forbedre transportordninger. Dette vil styrke både formell og uformell sosial og kulturell deltagelse.
- Kulturelle tilbud som knyttes til et behandlingssenter eller dagsenter gjør det mulig å nå de sykeste som har problemer med å komme seg ut. Friskere hjemmeboende eldre benytter seg imidlertid i mindre grad av slike tilbud.
- Trim og vannaktivitetstilbudet er et av de få som trekker til seg eldre fra Hellvik og Helleland. I tillegg benytter eldre med dårlig helse seg av dette tilbudet. God transportordning og rekruttering gjennom hjemmesykepleien synes å være en medvirkende årsak til dette. Der hvor soneleder er med i prosjektgruppa er deltaking av eldre meget større enn i andre soner. Slik har det vært hele tida. Vedkommende soneleder har vært meget positiv til kulturtilbud som tiltak.
- Kvinner dominerer i de organiserte kulturelle og sosiale aktivitetene.

## 4 Erfaringer og utfordringer i forhold til tverretattlig samarbeid

Vi har pekt på noen hovedutfordringer i prosjektet:

- Hvordan nå ut til de som ikke fra før er aktive i lags- og foreningsliv?
- Hvordan nå de 'ferske' pensjonistene?

Som allerede påpekt når de aller fleste av tilbudene ut til eldre, særlig kvinner, som *allerede* er aktive i lags og foreningslivet. Erfaringer fra prosjektet (fra f eks eldre-middagen med underholdning) tilsier likevel at tverrsektorielt samarbeid og kommunikasjon er nøkkelen i forhold til å rekruttere eldre som ikke vanligvis er aktive. Hvilke organisatoriske kanaler finnes det ut til eldre som ikke allerede er sosialt og kulturelt aktive?

### 4.1.1 Enheter i helse- og sosialavdelingen som er i direkte kontakt med eldre med liten sosial og kulturell deltagelse

Eldre som har lite eller har mistet sitt nettverk, som er 'foreningsløse' og sosialt isolerte, er en del av målgruppen i prosjektet. Dette er en gruppe eldre som kulturavdelingen sjelden er i kontakt med fordi de ikke i utgangspunktet er aktive i det sosiale og kulturelle liv. Helse og sosialavdelingen blir således en viktig kanal for å nå ut til, og rekruttere, denne gruppen eldre.

Egersund har en egen *helsestasjon* for eldre. Her tilbys pensjonistkurs hvor de eldre får informasjon om ulike tilbud, helsespørsmål, kaffe samt fysisk aktivitet (svømming). 30 % av pensjonistene møter opp på disse kursene.

Helsestasjonen gir også tilbud om hjemmebesøk til eldre, og det er få som ikke har benyttet seg av dette. Helsesøstre ser da på hvordan de eldre fungerer og gir råd om hvordan de kan bli boende hjemme lenger. Første runde med hjemmebesøk ble gitt til eldre på 73 år, men disse uttrykte at de ikke hadde behov for dette. I neste runde valgte helsestasjonen å gi tilbudet til 80-åringene. På disse hjemmebesøkene får en kontakt med ensomme eldre - hjemmebesøkene kan derfor fungere som en viktig informasjonskanal for kulturavdelingen. Helsestasjonen har også arrangert temadager for mellomliggende årstrinn.<sup>6</sup>

I tillegg er hjemmehjelpene og hjemmesykepleierne i jevnlig kontakt med brukergruppene. Frivillighetsentralen samarbeider allerede med helse og sosialavdelingen og

---

<sup>6</sup> Det er ikke transport til disse arrangementene. Hovedsakelig fordi det ikke har vært grunnlag for dette i trygdesystemet. Trygdevesenet dekker transport til *behandling*, ikke til forebyggende sosiale tiltak.

har mye informasjon om hvor de ensomme eldre befinner seg, deres behov og muligheter og begrensninger i forhold til å øke deres sosiale og kulturelle deltagelse.

Disse ulike instansene i helse og sosial avdelingen samt frivillighetssentralen kan spille en viktig rolle i forhold til å *rekruttere* ensomme eldre, samt i forhold til å *kartlegge* hvor stor denne gruppen er, deres behov, hindringer i forhold til sosial og kulturell deltagelse osv. Denne kartleggingen og rekrutteringen bør skje i nær dialog med kulturavdelingen.

Hvordan fungerer dette samarbeidet mellom de to kommunale avdelingene i prosjektet og hvordan blir de 'organisatoriske kanalene' ut til de eldre brukt?

#### 4.1.2 Tverrsektorielt samarbeid i prosjektet

Prosjektet har en god *politisk* forankring, og Eigersund kommune har bidratt økonomisk til prosjektet. I tillegg fungerer prosjektgruppemøtene som en kontaktarena mellom de ulike kommunale avdelinger. Det som imidlertid ikke synes klart nok definert er *hvordan* stimulering til kulturell og sosial deltagelse skal inngå i pleie- og omsorgssektorens ansvarsområde. Prosjektet har til en viss grad blitt et *lederanliggende* - det er blitt 'hengende litt i luften.' Dette var spesielt i begynnelsen. I løpet av prosjektperioden er flere av de ansatte kommet mer aktivt med i prosjektet. Man kom likevel ikke langt nok i løpet av prosjektperioden med å trekke ansatte inn i prosjektet, spesielt innen sosial- og helseavdelingen. Det arbeides imidlertid aktivt med å få inn kultur som forebyggende tiltak innen helse- og sosialavdelingen, også etter at 'Kultur gir helse' er avsluttet som prosjekt. Problemene henger dels sammen med at hjemmesykepleien har nok med å legge forholdene til rette slik at brukerne kan bli boende hjemme. Det burde være mer støtte å hente fra de ansatte som arbeider i hjemmehjelpen, men tiltakene har ennå ikke fått gjennomslag blant ansatte innen hjemmehjelpen. Dette er en prosess som vil ta tid. Informasjon om hvordan en *praktisk* kan gå frem for å trekke 'kultur' inn i helsearbeidet har ikke alltid nådd frem til helsesøstre, hjemmesykepleiere og hjemmehjelper som *ikke* er direkte involvert i prosjektgruppen, men som har kontakt med de eldre i 'felten'. Det er i liten grad blitt utarbeidet nye *rutiner* i forhold til deres praktiske arbeid. Helse- og kulturarbeidere som ikke er direkte med i en tverrfaglig gruppe hvor dette diskuteres og jobbes med, har heller ikke nødvendigvis den samme *entusiasmen* i forhold til koplingen kultur-helse.

Dessuten er det lange tradisjoner i helsevesenet på å tenke diagnose og behandling fremfor forebygging gjennom sosialt samvær og kultur. Å tenke nytt og i større grad tverrfaglig, tar *tid*.

Det bør etter vårt syn settes av mer tid og ressurser til *rekruttering* og *kartlegging* i forhold til eldre med liten sosial og kulturell deltagelse. Dette krever at helse og sosial arbeidere som er i *direkte kontakt* med denne gruppen eldre, samt representanter for frivillighetssentralen, mer aktivt trekkes inn i prosjektet gjennom f eks. :

- å etablere et *kurstilbud/utdanningstilbud* for helse og sosialarbeidere som er i kontakt med hjemmeboende eldre, kulturarbeidere samt representanter for

frivillige organisasjoner for å støtte og utvikle ildsjeler som kan kople kultur og helse i kommunen.

- å arbeide videre med å utvikle *formelle møtearenaer* og *informasjonskanaler* mellom, og *internt i*, helse og sosialavdelingen, kulturavdelingen og frivillige organisasjoner (blant annet frivillighetssentralen). Her kan transport koordineres og informasjon utveksles. Prosjektgruppemøter og mer tilfeldig og personavhengig kontakt mellom ulike avdelinger er ikke nok i forhold til å skape varige administrative ordninger for kultur-helse satsningen.
- åbedre dagens transportordninger, kombinert med mer aktiv bruk av helse- og sosialavdelingen i informasjons- og rekrutteringsarbeidet. Å tilby transport 'ved behov' synes ikke alltid å være en god løsning. Et permanent transporttilbud kunne gjøre hjemmesykepleiens, hjemmehjelpens og helsestasjonens oppgaver i forhold til rekruttering lettere. Det å kunne si "da sier vi at det kommer en bil og henter deg i morgen kl 13" er mer forpliktende og motiverende enn bare å dele ut en brosjyre. Det synes også å mangle informasjon blant kursledere om transportmuligheter - at *prosjektet* tilbyr transport er det få av kurslederne som vet om.

Prosjektet har satt i gang en *prosess*, hvor fokuset på sammenhengen mellom kultur og helse i større grad er kommet på dagsorden. Møtene i prosjektgruppen har fungert som en formell samarbeidsarena mellom de to avdelingene. Økt *oppmerksomhet* på både kulturelle og sosiale aspekt i behandlingsøyemed, og som generell forebygging av helseproblemer, kan være et resultat godt nok i seg selv. Et aktivt og sosialt liv er etter all sannsynlighet bedre for helsen og trivselen enn et ensomt og passivt liv. Likevel er dette en visdom som, i den kommunale virkelighet, ikke i tilstrekkelig grad blir tatt hensyn til. Kommunale etatsgrenser mellom helse og kultur gjør kommunikasjon og samarbeid til en utfordring.

#### **4.1.3 Planer etter prosjektslutt**

Det er en fordel at det ikke følger med en egen *prosjektlederstilling* i 'Kultur gir helse' prosjektet. På denne måten inkorporeres prosjektoppgaven i en stilling som vil fortsette etter prosjektslutt. Dette gjør det lettere å sikre kontinuitet og videreføring av aktivitetene.

Planen er at det etter prosjektslutt skal nedsettes en *arbeidsgruppe* med representanter fra eldrerådet, kulturavdelingen, helse- og sosialavdelingen og frivillighetssentralen. Denne gruppen skal ha jevnlig møter og vil samarbeide om oppfølging og rekruttering til aktivitetene. Prosjektledelsen er også opptatt av at de ulike aktivitetene på sikt skal forankres i de frivillige organisasjonene. Helseportlaget er i så henseende tiltenkt en administrerende funksjon i forhold til de ulike trimaktivitetene. Det er også ønskelig at idrettslag arbeider mot å gi et tilbud til sine pensjonerte medlemmer.

Kulturavdelingen må arbeide videre med å mobilisere frivillige organisasjoner. Det er viktig å utvikle dette samarbeidet videre, men det er vanskelig. Problemet er bl a at frivillige organisasjoner sliter ganske hardt for å få folk nok til å drive arbeidet.

Kulturavdelingen og helse- og sosialavdelingens fremtidige roller, samarbeidsformer og møtearenaer vil bli utviklet videre etter prosjektavslutning. Denne oppgaven står fortsatt på arbeidsplanen og vil bli ledet fra kulturavdelingen. Styringsgruppa har opprettholdt sin funksjon. Medlemmene synes det er et viktig arbeid og vil vise dette med å videreføre gruppen. Arbeidet er nå en del av jobben til tidligere prosjektleder for prosjektet.



## 5 Intervjuundersøkelse av eldre

### 5.1 Spørreskjemaundersøkelse – formål og metode

Formålet med spørreskjemaundersøkelsen var å undersøke eventuelle effekter av deltaking i aktiviteter og kurs i forbindelse med prosjektet 'Kultur gir helse'. Vi laget et design med det formål å foreta en undersøkelse i 1997 **før** tiltakene i 'Kultur gir helse' ble satt i verk, og en undersøkelse av de samme personene **etter** at tiltakene var avsluttet. Avslutningen var først planlagt til høsten 1998, men ble senere utsatt ett år. Vi fikk reaksjoner fra noen eldre som syntes at skjemaet var for omfattende og vanskelig. Skjemaet ble derfor litt forenklet ved siste fase av spørreundersøkelsen, se Vedlegg 1.

Vi hadde ulike forventninger om virkninger av deltaking i ulike aktiviteter på helse og livskvalitet. Vi mente det var lite sannsynlig å kunne dokumentere at deltaking i tilbudene i prosjektet 'Kultur gir helse' ville gi seg utslag i bedring i somatisk helse. Den aktuelle målgruppa er personer i alderen 67 til 80 år, og under normale omstendigheter må en forvente at personer i denne aldersgruppen utsettes for flere helseplager enn den yngre del av befolkningen. Prosjektet har gått over en treårs periode og i løpet av den tiden antok vi at gruppa normalt ville erfare en økning i antall helseplager. Derimot hadde vi forventninger om at kulturell deltaking kunne virke inn på et psykisk plan ved bedring av livskvalitet og trivsel.

Til basisundersøkelsen i 1997 ble det konstruert et spørreskjema (jf Vedlegg 1) med spørsmål om subjektivt opplevd helse, om sykdommer og om eventuelle vansker med å utføre daglige gjøremål p g a sykdom. Det ble også stilt spørsmål med tanke på å måle livskvalitet. Her ble det valgt spørsmål om opplevelse av tiltakslyst, overskudd, glede, opplevelse av nervøsit, tretthet o l. Det ble også tatt med spørsmål om opplevelse av ensomhet og spørsmål om sosialt nettverk. Ved utforming av spørreskjemaet har vi dratt nytte av flere skjema om for måling helse og livskvalitet, bla et spørreskjema om livskvalitet og helse kalt SF-36 som er en norsk oversettelse av et engelskspråklig skjema fra Medical Outcome Trust, et skjema brukt i forbindelse med Healthy City Copenhagen 'Copenhagen city Health profiles 1991' og skjema brukt i forbindelse med de norske levekårsundersøkelsene, gjennomført av Statistisk sentralbyrå.

Etter erfaringene fra basisundersøkelsen, måtte vi forenkle skjemaet noe ved oppfølgingsundersøkelsen i 2000. Bl a tok vi ut spørsmål om spesifisering av ulike helseplager, da dette var et ganske omstendelig spørsmål. Vi beholdt imidlertid spørsmål om opplevelse av helsetilstand og spørsmål om vedkommende har en sykdom eller plage av mer varig natur (jf Vedlegg 1). Enkelte spørsmål om livskvalitet og praktiske følger av sykdom ble også tatt ut. Det stod imidlertid tilbake et tilstrekkelig omfang av spørsmål til å dekke de mest sentrale problemstillingene.

Gruppen som ble intervjuet med spørreskjema i 1997, før tiltakene i 'Kultur gir helse' ble satt i gang, var et statistisk tilfeldig utvalg personer i alderen 68 til 80 år med bosted

i Egersund. Personer med bopel på sykehjem eller annen institusjon var ikke tatt med utvalget. Utvalgsstørrelsen var på 115 personer.

Prosjektet 'Kultur gir helse' hadde som mål å rekruttere deltakere til prosjektets aktiviteter fra denne populasjonen, men tiltakene skulle også være åpne for andre interesserte.

I forbindelse med utsending av spørreskjema til basisregistreringen ble det samtidig sendt et eget skjema med spørsmål om den enkeltes fritidsinteresser og/eller hobbyer. På skjemaet ble stilt følgende spørsmål: 'Jeg kan, hvis forholdene blir lagt til rette, tenke meg å delta på et av aktivitetstilbudene, nevnt nedenfor'. Det ble også spurt om transportbehov, se Vedlegg 2. Man kunne krysse av både for seg selv og for ektefelle. Interesserte ble senere informert om aktivitetstilbud i forbindelse med prosjektet, sted og tidspunkt etc. Personene i utvalget ble bedt om å fylle ut skjemaet og å returnere det til RF sammen med spørreskjemaet for basisundersøkelsen.

Av 115 utsendte spørreskjema i 1997 svarte 61 personer, dvs en svarprosent på 53.

I løpet av prosjektperioden fikk vi melding fra prosjektledelsen for 'Kultur gir helse' om at sannsynligvis svært få av det opprinnelige personutvalget var registrert som deltakere på de ulike tiltakene/aktivitetene under prosjektet 'Kultur gir helse'. Gitt at dette var korrekt, innså vi at det ville bli vanskelig å trekke konklusjoner om virkninger av deltaking i aktiviteter, bare basert på personer i utvalget fra 1997.

Oppslutningen om aktivitetene i 'Kultur gir helse' var imidlertid svært god, men fra andre personer enn de som ble omfattet av personutvalget fra 1997.

I samråd med prosjektledelsen for 'Kultur gi helse' ble det derfor bestemt at vi skulle gjennomføre en intervjuundersøkelse med spørreskjema av de som faktisk var deltakere på de ulike aktivitetene og å rette spørsmål til denne gruppen. Spørsmålene skulle dekke de tilsvarende problemstillinger som for medlemmer av basisutvalget.

I januar 2000, da prosjektet 'Kultur gir helse' var avsluttet, ble det sendt ut ett nytt spørreskjema. Skjemaet ble sendt til to grupper: basisutvalget fra 1997 og nye deltakere i 1999, som altså ikke inngikk i basisutvalget.

Denne endringen i det opprinnelige opplegget for undersøkelsen kunne skape problemer for vurdering av konsekvenser deltaking gjennom tilbudene i prosjektet 'Kultur gir helse' kunne ha. Vi kunne nå risikere at tallet på personer fra basisutvalget som deltok i kulturaktivitetene var så lite, at det ville bli vanskelig å vurdere endringer og effekter målt ved hjelp indikatorer og spørsmål for helse og livskvalitet.

Vi måtte regne med at den største gruppen som svarte på undersøkelsen i 1999 var nye deltakere, hvor vi altså manglet målinger om situasjonen før tilbudene ble satt i gang. For å rette opp dette, ble det i spørreskjemaet for 1999 tatt med spørsmål om respondentenes syn på endringer på enkelte helse- og aktivitetsmål. Det gjaldt mål som subjektiv vurdering av endring av egen helsetilstand i perioden 1997 til 1999, endringer i vanlig sosial omgang og helsetilstand, endring i opplevelse av ensomhet og endring i deltaking i vanlig fritidsaktiviteter i den aktuelle perioden.

I 2000 ble det sendt ut skjema til alle som hadde svart i basisundersøkelsen, dvs 61 personer. I tillegg ble det sendt ut 126<sup>7</sup> skjema til nye deltakere i kulturaktivitetene i 1999. Svarprosenten fra personer i basisutvalget fra 1997 ble som fryktet lav, kun en tredjedel av utvalget svarte på spørreskjemaet i 2000. Tallet på nye kursdeltakere i 1999 var som nevnt 126 personer, hvorav 79 personer svarte på spørreskjemaet. Dette gir en svarprosent på 63.

I presentasjonen av resultater har vi valgt å ta med opplysninger fra alle personutvalgene vi har intervjuet med spørreskjema. Vi oppsummerer de ulike utvalgene:

- 1) Tilfeldig utvalg fra basisundersøkelsen i 1997, nedenfor også kalt basisutvalg –97. Dataene er basert på et statistisk representativt utvalg av hjemmeboende befolkning i alderen 67–80 år i Egersund. Intervjuene ble foretatt før tilbudene i prosjektet 'Kultur gir helse' ble satt i gang. Dette utvalget kan brukes som en referansepopulasjon med hensyn til de aktuelle opplysninger fra spørreskjemaet. I hovedsak omfatter skjemaet opplysninger om helse, førlighet, livskvalitet, deltaking i fritidsaktiviteter og personenes sosiale nettverk. Dette utvalget fikk tilsendt spørreskjema for andre gang i januar 2000, etter at 'Kultur gir helse ble avsluttet', se punkt 2.
- 2) Andel av basisutvalget (se punkt 1) som svarte i etterundersøkelsen, nedenfor også kalt panelet. På grunn av lav svarprosent fra basisutvalget, er det ikke forsvarlig å foreta effektmålinger på grunnlag av svar fra panelet. Vi må regne med at utvalget inneholder skjevheter i forhold til basispopulasjonen, men som resultatene nedenfor viser, ser det ikke ut til å være store skjevheter når det gjelder alder og kjønn. Det kan likevel være skjevheter når det gjelder deltaking i aktiviteter og opplysninger om helse og livskvalitet.
- 3) Det tredje intervjumaterialet omfatter nye deltakere i 1999 til 'Kultur gir helse' helsetilbudene 1999, også kalt 'Nye –99'. Dette er deltakere på ulike tilbud i forbindelse med 'Kultur gir helse' som ikke omfattes av basisutvalget, men er personer som er rekruttert til prosjektet på andre måter. Intervjuskjema er sendt til deltakerne på basis av navnelister fra de ulike tiltakene. Dette er m a o et selektert utvalg, og ikke et statistisk representativt utvalg av målgruppe for prosjektet. Deltakerne hører med til målgruppa, men under tolkingen av data må vi ta hensyn til at dette på ulike måter er personer med spesielle behov eller motiv for deltaking som ikke nødvendigvis er representative for befolkningen ellers. I forbindelse med evalueringen er det av interesse å dokumentere hvem denne gruppa er og i hvilken grad det finnes sammenhenger mellom deltaking, helseforhold og livskvalitet. Vi kan likevel ikke generalisere resultatene fra denne gruppen til hele befolkningen i de aktuelle aldersgruppene.

I det følgende vil vi gjengi resultater fra intervjuundersøkelsene.

---

<sup>7</sup> Opplysning om navn og adresse på deltakere ble innhentet fra kurslederne.

## 5.2 Bakgrunnsdata

Tabell 1 viser kjønnsfordelingen blant de som svarte ved undersøkelsen i 1997 og i 2000. Basisutvalget fra 1997 viser en svært jevn fordeling mellom kvinner og menn. Blant nye deltakere i aktivitetene under 'Kultur gir helse' i 1999 var det derimot et meget stort flertall kvinner med 82 prosent mot 18 prosent menn. Dette viser tydelig en statistisk sett skjev rekruttering i forhold til befolkningen ellers. Kvinner søker i langt større grad til denne typen tilbud enn menn.

I gruppa kalt panelet er forholdet omvent. Som nevnt ovenfor gjelder dette personer som ble intervjuet både i 1997 og i 2000. Av de som har svart er det bare 38 prosent kvinner mot 62 prosent menn. Vi ønsker ikke å trekke noen bestemt konklusjon om forskjeller mellom kvinner og menn på grunnlag av opplysningene fra denne gruppen.

Tabell 1. Kjønnsfordeling. Basisundersøkelsen fra 1997, panel -99 og nye deltakere i 1999. Prosent\*

	<b>Basis- utvalget -97</b>	<b>Panel -99</b>	<b>Nye 1999</b>	<b>I alt</b>
<b>Kvinne</b>	51	38	82	64 (103)
<b>Mann</b>	49	62	18	36 (58)
<b>I alt</b>	100 (61)	100 (23)	100 (79)	100 (161)

\*) Totale tall i parentes.

Det er bare mindre forskjeller i aldersfordelingen mellom de tre utvalgene, se tabell 2. Gjennomsnittlig alder i 1997 var 73 år mens gjennomsnittet for panelet som ventet er noe høyere. Nye deltakere i 1999 har samme aldersgjennomsnitt som basisutvalget fra 1997. Dette tyder på at prosjektet 'Kultur gir helse' har nådd den aktuelle målgruppa når det gjelder alder.

Tabell 2. Aldersfordeling i de ulike utvalgene. Prosent

	<b>Basisutvalget –97</b>	<b>Panel –99</b>	<b>Nye –99</b>
<b>Gjennomsnitts alder</b>	73	75	73
<b>Standard avvik*, antall år</b>	4	4	6
<b>Minimum alder</b>	66	70	61
<b>Maksimum alder</b>	81	81	92
<b>Tallet på personer</b>	60	19	78

\*)Standard avvik er et statistisk mål for spredning av observasjonene rundt gjennomsnittet. Et standardavvik f eks på 4 år i gruppen 'Utvalg –97' innebærer at ca 67% av alle i gruppen er i alderen 73 +/- 4 år, altså mellom 77 og 69 år.

Når det gjelder ekteskapeelig status, ser vi også tegn på selektiv rekruttering i 1999, se tabell 3. Analyser viser at nye deltakere i 1999 har en langt høyere andel personer i gruppen enke-/ enkemenn enn basisutvalget og panelet. Beregninger viser at det prosentvis er flere enker enn enkemenn blant nye deltakere i –99; andelen enker er 53 prosent mot 21 prosent menn. Av gifte er andelen menn 79 prosent mot 38 prosent kvinner.

Blant nye deltakere i 1999 er rekrutteringen tilsynelatende sterkt påvirket av ekteskapeelig status. I relative tall er andelen enker større enn andel enkemenn og gifte menn større enn andelen gifte kvinner. Tendensen er den samme i panelet. Det er gifte menn og enker som er prosentvis sterkest representert. Tendensen i sammensetningen av kjønn og sivilstatus i utvalgene avspeiler også den faktiske sammensetningen i befolkningen. Tall fra basisundersøkelsen i –97 viser at det prosentvis er større andel enker enn enkemenn (32 mot 14 prosent) og større andel menn enn kvinner som er gifte (75 mot 58 prosent), men blant personer som er rekruttert til 'Kultur gir helse' er det altså en overrepresentasjon av enker i forhold til befolkningen ellers.

Tabell 3. Sivilstatus i utvalgene. Prosent\*

	<b>Basisutvalget –97</b>	<b>Panel</b>	<b>Nye 1999</b>	<b>I alt</b>
<b>Ugift, skilt sep.</b>	7	5	8	7 (11)
<b>Gift</b>	70	67	45	57 (90)
<b>Enke, -mann</b>	24	29	47	36 (57)
<b>I alt</b>	101 (58)	101 (21)	100 (79)	100 (158)

\*) Totale tall i parentes.

### 5.2.1 Utdanning

Utdanningsnivået tyder på at utdanningen er noe høyere blant nye deltakere i 1999 enn basisutvalget, andelen med utdanning over 7 år er 63 prosent blant nye deltakere i 1999 mot 49 prosent i basisutvalget og 50 prosent i panelet.

## 5.3 Fritidsaktiviteter

I undersøkelsen er det stilt spørsmål om deltaking i ulike fritidsaktiviteter utenom deltaking i aktiviteter knyttet til 'Kultur gir helse', se tabell 4. Tabellen viser aktivitetene i basisundersøkelsen i 1997, panelet slik situasjonen var i 1999 og nye deltakere i 1999. Prosentsummene blir over 100 fordi en person kan delta i flere aktiviteter. Tallene viser at nye deltakere fra 1999 i gjennomsnitt var mer aktive enn de to andre gruppene. Nye deltakere i –99 deltok på i gjennomsnitt 5 ulike aktiviteter mens personer i panelet deltok i 3,7 aktiviteter og personer i basisutvalget i 4,2 aktiviteter (i 1997).

Turgåing var mest vanlig i alle gruppene, mens hobbyer og deltaking på religiøse møter, møter i helselag mm og besøk på kafé mm fulgte deretter i hyppighet. Deltaking på møter i politisk organisasjon og kvinneorganisasjoner var minst vanlig.

Tall viser at kvinner er mer aktive i fritidsaktiviteter enn menn. Kvinner deltok i gjennomsnitt i 5 aktiviteter og menn i 3,7 aktiviteter i 1999 (nye deltakere og panel samlet). Også i basisutvalget fra –97 var kvinner mer aktive enn menn, tallene var her 4,8 for kvinner og 3,5 for menn. Det er altså ikke betydelige forskjeller mellom aktivitetsnivået i basisutvalget (1997) og utvalgene i 1999. Menn har kunn større aktivitet når det gjelder deltaking på politiske møter begge år.

Tabell 4. Deltaking i fritidsaktiviteter 1 gang eller mer. Prosent\*

	<b>Basis- utvalget –97 %</b>	<b>Panel –99 %</b>	<b>Nye –99 %</b>
a. Gått tur i nabolaget /i nærheten av der du bor/på mer enn 10 minutter	93	77	87
b. Drevet annen form for mosjon i svømmehall eller annet	27	18	31
c. Gått på kino, teater, revy e l	19	14	54
d. Gått på kafé, restaurant e l	61	59	80
e. Lånt bok på biblioteket	25	36	30
f. Vært på møte i pensjonistforening, velforening, grendelag e l	42	36	60
g. Drivet med hobbyaktiviteter som musikk, håndarbeid e l	49	45	53
h. Deltatt på møter i helselag, sanitetsforening, funksjonshemmedes interesseorganisasjon e l	22	27	28
i. Deltatt på møter i kvinneorganisasjon, husmorlag, bondekvinnelag e l	7	4	10
j. Deltatt på møter i kristelig eller religiøs forening, vært på gudstjeneste e l	61	55	63
k. Deltatt på møte i politisk organisasjon	9	5	5
I alt**)	415 (59)	377 (22)	500 (78)

\*) Prosentsum blir over 100% fordi hver enkelt kan delta på mer enn en aktivitet. \*\*) Tallet på personer i parentes.

### Endring i aktivitet?

I undersøkelsen spurte vi om personene så på seg selv som mer eller mindre aktive i 1999 enn de var i 1997. Spørsmålet gjelder deltagelse i ulike fritidsaktiviteter, jf tabell 4. Endring i aktivitetsnivå skal vi senere knytte sammen med helseopplysninger, og på den måten belyse forholdet mellom aktivitet og helse. I denne omgang skal vi kun se på grad av endring i aktivitetsnivå. Det er bare personer i undersøkelsen ved avslutningen av prosjektet 'Kultur gir helse' som har fått dette spørsmålet.

Tabell 5 viser at flertallet av nye deltakere i –99 var like aktive i 1999 som i 1997, 57 prosent. En andel på 24 prosent var mer aktive i 1997 mens en noe mindre andel, 19 prosent, mente de var mer aktive i 1999 enn i 1997.

I panelet var også flertallet like aktive i 1999 som i 1997 etter egen mening (52 prosent), men en noe større prosentandel (30 prosent) mente de var mer aktive i 1999 enn tilsvarende for de nye deltakerne. En andel på 17 prosent var mer aktive i 1997. Med såpass små utvalg vi her opererer med, skal vi likevel ikke legge stor vekt på prosentforskjellene mellom de to gruppene, se tabell 6.

Tabell 5. Fritidsaktiviteter. Aktivitetsnivå i 1999 sammenlignet med 1997. Nye deltakere. Prosent

Nye deltakere i 1999:	<b>Prosent</b>
Mindre aktiv i 1999 enn –97	24
Like aktiv begge år	57
Mer aktiv i 1999 enn –97	19
I alt	100 (70)
Ubesvart, antall personer	9

Tabell 6 Fritidsaktiviteter. Aktivitetsnivå i 1999 sammenlignet med 1997. Panel –97, –99. Prosent

Panel –97 og –99:	<b>Prosent</b>
Mindre aktiv i 1999 enn –97	17
Like aktiv begge år	52
Mer aktiv i 1999 enn –97	30
I alt	100 (23)
Ubesvart, antall personer	1

For de to utvalgene sett under ett, var det ingen forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder endret aktivitetsnivå, men de laveste aldersgruppene rapporterte størst andel med økt aktivitetsnivå i 1999.

### 5.3.1 Tilbud arrangert av 'Kultur gir helse'

Prosjektet 'Kultur gir helse' stod som arrangør av flere åpne fritidstilbud for de aktuelle målgruppene. Tilbudene var: Trim og vannaktiviteter, Egersund helsesportlag, folkedans, slektsgransking, litteraturgruppe og felles middag. I tillegg er det arrangert bedriftsbesøk, data/internett, lørdagskafe og kulturdagen. Pensjonisttennis er tatt med, selv om dette tilbudet ble startet før prosjektet. Tabell 7 gir en oversikt over deltaking på aktivitetstilbudene. Prosentsummen adderer opp til over 100 prosent fordi en person kan delta på mer enn ett tiltak. Nye deltakere i 1999 deltar i større grad enn personer fra panelet. Dette er ganske naturlig fordi de nye deltakerne er intervjuet nettopp fordi de har deltatt i minst ett av tiltakene. Tabellen viser at nye personer i 1999 har deltatt i gjennomsnitt på 2,3 tiltak, mens personer i panelet i gjennomsnitt har deltatt på 1,5 tiltak.



Trimaktiviteter er populære. Rundt halvparten av nye deltakere i - 99 har deltatt i trim og vannaktiviteter og aktiviteter i Egersund helsesportslag. Også i panelet var dette ganske populære tiltak. Felles middag er et lavterskel tiltak og har hatt god oppslutning i begge gruppene. En tredjedel av nye deltakere har deltatt i litteraturgruppe mens personer i panelet var mindre interessert i dette. Personer i panelet var mer interessert i slektsgransking enn nye deltakere. Tennis er et mer krevende tiltak og her var deltakelsen på henholdsvis 9 og 16 prosent fra panelet og nye deltakere i -99.

Tabell 7. Etterundersøkelsen. Deltaking i tilbud fra 'Kultur gir helse'. Panel og nye i 1999. Prosentandel

	<b>Panel -97, -99</b> %	<b>Nye 1999</b> %
Pensjonisttennis	9%	16%
Trim og vannaktiviteter	27%	47%
Egersund helsesportslag	54%	56%
Folkedans	-	29%
Slektsgransking	18%	4%
Litteraturgruppe	-	33%
Felles middag	36%	48%
Personer i alt	146% (23)	231% (77)

Tallene for personer i panelet må tolkes med forsiktighet. Som nevnt ovenfor er det bare 24 av 61 personer som har svart på etterundersøkelsen. Vi kan ikke utelukke at det er de mest aktive som har deltatt på tiltakene og som har svart på undersøkelsen. Tallene kan derfor ikke sies å representere et befolkningsgjennomsnitt for de aktuelle aldersgruppene.

Det er ingen forskjell mellom kvinner og menn i deltakingen i gjennomsnitt.

Ovenfor viste vi at nye deltakere i -99 var noe mer aktive i andre fritidsaktiviteter enn personer fra basisundersøkelsen. De var også noe mer aktive i tilbudene under 'Kultur gir helse', og dette tyder på at denne gruppen er noe mer aktive i ulike fritidsaktiviteter enn gjennomsnittet for befolkningen.

## 5.4 Helse

I undersøkelsene har vi tatt med en del spørsmål om helsetilstand og opplevelse av smerte. Vi har spurt om helsetilstanden slik den er nå og om eventuell endringer i helsetilstanden etter 1997.

Vi spurte også personene i utvalgene i hvilken grad helseforhold har hatt innvirkning på vanlig sosial omgang siste uke. Vi spurte også om det etter 1997 har skjedd endringer når det gjelder helsetilstand og innvirkning på sosial omgang. Sammenholdt med opplysninger om deltaking i aktiviteter, kan dette gi oss en viss indikasjon på om deltaking har spilt noen rolle for den sosiale deltakingen og helseforhold.

#### 5.4.1 Vurdering av egen helse

I utvalget fra 1997 (basisundersøkelsen) svarte 74 prosent at egen helse enten var god eller meget god, bare 26 prosent mente helsa var dårlig eller meget dårlig. I 1999 svarte respondenter i panelet tilsvarende utvalget fra 1997; vi fant altså ingen forskjell i hvordan respondentene selv vurderte sin helsetilstand. Nye deltakere i 1999 rapporterte bedre helsetilstand enn de andre respondentene; her svarte hele 85 prosent at helsa var god eller meget god, en forskjell på nær 10 prosentenheter i favør av nye deltakere i 1999.

Også her ser vi tegn til at rekrutteringen av nye deltakere i 1999 er noe skjev i forhold til gjennomsnittet i befolkningen. Nye deltakere fra 1999 ser ut til å representere et noe bedre utvalg helsemessig, enn de andre respondentene, basert på subjektiv vurdering. Forskjellen er imidlertid ikke meget stor, et solid flertall i alle gruppene mener helsa er god, se tabell 8. Her må vi ta hensyn til at basisutvalget omfatter hjemmeboende personer i alderen 67 til 80 år. Dette betyr at vi mangler høyere aldersgrupper, hvor helsa forventes å være dårligst. Personer f eks i sykehjem er ikke tatt med.

Tabell 8. Vurdering av egen helse. Basisundersøkelsen og etterundersøkelsen. Prosent

	<b>Basisutvalget -97 Prosent</b>	<b>Etterundersøkelsen Panel -97, -99 Prosent</b>	<b>Etterundersøkelsen Nye - 99 Prosent</b>
God eller meget god	74	74	85
Dårlig eller meget dårlig	26	26	15
I alt	100 (61)	100 (23)	100 (79)

Det er ikke systematiske forskjeller i helse mellom kvinner og menn eller i ulike aldersgrupper.

## Endringer i vurdering av helse

På spørsmål om endring i helse fra 1997 til 1999 viste svarene i panelet at noe over en tredjedel mente de var litt eller mye dårligere i 1997 enn i 1999 mot tilsvarende 15 prosent for nye deltakere i 1999. Panelet opplevde altså en noe større grad av forbedring i helsetilstand enn nye i 1999. Dette må sees på bakgrunn av at nye deltakere i 1999 opplevde at de hadde bedre helse enn panelet. Endringspotensialet har derfor trolig vært mindre blant nye deltakere, se tabell 9.

Tabell 9. Opplevd endring i helsetilstand 1997 og 1999. Prosent

Helse	Panel -97, -99	Nye -99
Litt eller mye dårligere i 1999	18	25
Ingen forandring	48	59
Litt eller mye bedre 1999	35	15
Kan ikke svare	-	1
I alt	100 (23)	100 (79)

## Sykdom eller plage

På spørsmål om intervjuobjektet (IO) hadde en sykdom eller plage<sup>8</sup>, svarer personer i basisutvalget fra 1997 at 56 prosent hadde en sykdom eller plage mens tilsvarende andel fra panelet er 86 prosent. En andel på 65 prosent blant nye deltakere i 1999 svarte bekreftende på spørsmålet. Personer i panelet (intervjuet i 1997 og i 1999) oppgir størst andel med sykdom eller plage, 86 prosent, se tabell 10.

Sammenlignet med spørsmålet om helsetilstand, ser vi at det finnes personer som har svart bekreftende på spørsmålet om sykdom/plage, men som mener at helsetilstanden likevel er god eller meget god. Sammenhengen mellom helsetilstand og sykdom/plage er likevel statistisk signifikant, personer med god eller meget god helse har klart lavere andel med sykdom/plage.

---

8 Spørsmålet lyder: Har du noen sykdom eller plage av mer varig natur, noen virkninger av skade eller noen funksjonshemming, f.eks. redusert førlighet, svekket syn, sterkt nedsatt hørsel eller annen sykdom eller plage?

Tabell 10. Sykdom eller plage av varig natur. Prosent

	<b>Basisutvalget -97</b>	<b>Panel -97, -99</b>	<b>Nye -99</b>
Ja	56	86	64
Nei	44	14	36
	100 (54)	100 (21)	100 (67)

Tabell 11 viser når IO har fått sykdommen eller plagen. Et flertall av de spurte mener de har fått plagene før 1. halvår 1997, dvs før prosjektet 'Kultur gir helse' ble satt i gang.

Tabell 11. Når fått sykdom/plage

	<b>Panel -97, -99</b>	<b>Nye 1999</b>
Etter 1. halvår 1997	15	20
Tidligere	75	64
Vet ikke	10	16
I alt	100 (20)	100 (45)
Mangler opplysning, antall personer	3	34

### **Helse og innvirkning på vanlig sosial omgang**

På spørsmålet om innvirkning av helse på vanlig sosial omgang, svarer en stor andel i alle utvalgene at helseforhold har liten innvirkning. I panelet, ser vi en liten tendens til at helseforhold har fått en litt større innvirkning enn hos de nye deltakerne i 1999 og i basisutvalget.

Tabell 12. Helse innvirkning på sosial omgang. Prosent

	<b>Basis- utvalget -97</b>	<b>Panel -97, -99</b>	<b>Nye -99</b>
Ingen innvirkning	71	64	75
Litt eller en del	26	32	21
Mye eller svært mye	3	5	4
I alt,	100 (58)	100 (22)	100 (76)

Spørsmålet om endringer når det gjelder sammenheng mellom helse og sosial omgang, kan gi oss en forståelse av kopling til sosial deltaking som faktor i utviklingen av livskvalitet. Flertallet, rundt 70 prosent, mener at det ikke er skjedd noen endring når det gjelder innvirkning av helsetilstand på sosial omgang. En del rapporterer om mindre sosial omgang enn før, 27 prosent i panelet og 17 prosent blant nye deltakere, mens ca en tiendedel blant nye deltakere mener de har mer sosial omgang nå enn tidligere. Hovedtendensen er altså ingen forandring i sosial omgang som følge av helseforhold. Andelen som har fått mer sosial omgang er liten, og følgelig er det bare en marginal gruppe som kan ha oppnådd bedre sosial omgang som følge av kulturtiltak. Vi kan derfor ikke forvente betydelige effekter av 'Kultur gir helse' i tilknytning til det aktuelle spørsmålet. Vi kommer tilbake til dette i avsnitt 8.

Tabell 13. Endringer etter første halvår 1977 når det gjelder innvirkning av helsetilstand på vanlig sosial omgang. Prosent

	<b>Panel -97, -99</b>	<b>Nye -99</b>
Ingen forandring	73	70
Litt eller mye mindre sosial omgang i 1999	27	17
Litt mer eller mye mer i 1999	-	11
Vet ikke	-	1
I alt	100 (23)	99 (76)

### **Smerteopplevelse**

Opplevelse av smerte er et annet helsemål som kan gi oss indikasjon på effekt av deltaking i aktiviteter. I basisundersøkelsen svarte nærmere halvparten at de ikke hadde hatt kroppslige smerter sist uke. I panelet var denne andel redusert til 22 prosent i 1999, noe som indikerer en økt andel med smerteopplevelse. Blant nye deltakere i 1999 var andelen med smerteopplevelse nær på samme nivå som i basisundersøkelsen. Disse opplysningene trekker igjen i retning av at kulturell deltaking ikke har virket inne på helseforhold.

Tabell 14. Kroppslige smerter siste uken. Prosent

	<b>Basisutvalget –97</b>	<b>Panel –97, –99</b>	<b>Nye –99</b>
Ingen	48	22	45
Svake	22	17	27
Moderate	17	39	24
Sterke	14	22	4
I alt	100 (59)	100 (23)	100 (75)

#### **5.4.2 Praktiske konsekvenser av helse, helseopplevelse og trivsel**

Helseforhold kan måles på flere måter, og praktiske konsekvenser av helseforhold er en måte å vurdere helsa på. Vi har spurt om de intervjuede uten hjelp kan klare forskjellige gjøremål som innkjøp av dagligvarer, vask og rengjøring av boligen, av- og påkledning, lage middag selv eller besøke slekt og venner på stedet.

Blant nye deltakere i 1999 svarte en meget stor andel at de klarte de fleste oppgavene uten hjelp, i gjennomsnitt over 4,5 av 5 gjøremål og det var liten forskjell mellom menn og kvinner.

Ser vi bare på personer i panelet, var andelen som klarte gjøremålene uten hjelp noe mindre enn blant nye deltakere i 1999. Kvinner klarte seg bedre enn menn. Forskjellen var spesielt stor når det gjaldt evnen til å lage middag.

I basisutvalget var andel som klarte gjøremålene nesten like høy som blant nye deltakere i 1999, gjennomsnittet var 4,1 av 5 gjøremål. I panelet var som vist mestringsnivåen noe mindre.

#### **Indikatorer på livskvalitet**

I spørreskjemaet har vi bruk en del indikatorer på livskvalitet som avspeiler det vi kan kalle sinnsstemning eller psykiske forhold. Det spørres etter forhold som tiltakslyst, følelse av nervøsitet, behov for oppmuntring, følelse av ro og harmoni, overskudd, opplevelse av tristhet, sliten, glad eller trett. Intervjupersonene kunne svare 'hele tiden', 'mye av tiden', 'litt av tiden' eller 'ikke i det hele tatt'. Svarene er knyttet til en tallskala hvor lave verdier hele eller mye av tiden mens høye tall betyr litt av tiden eller ikke i det hele tatt. Vi har ordnet presentasjonen av resultatene slik at negative formuleringer (f eks følt meg nedfor og trist) er samlet i en skala og positive formuleringen (f eks følt meg full av tiltakslyst) er slått sammen i en annen skala.

Av tabellen ser vi at verdiene for positive formuleringer er lave. Det betyr at personene rapporterer f eks at de hele eller mye av tiden har god tiltakslyst. Det er mindre forskjeller mellom utvalgene. Verdiene er lavest i basisundersøkelsen, hvilket skulle indikere at livskvaliteten var høyest i dette utvalget. Verdiene for panelet og nye deltakere er litt, men ikke mye høyere.

Verdiene for negative formuleringer er forholdsvis høye, og det betyr at de negative forholdene stort sett oppleves bare litt av tiden eller ikke i det hele tatt. Basisutvalget har litt høyere verdier for negative formuleringer enn de som ble intervjuet ved avslutningen av prosjektet. Korrelasjonen mellom positive og negativ utsagn er som vi kunne forvente høy, negativ og statistisk signifikant. Det vil si at det er godt samsvar mellom de som svarer 'hele/mye av tiden' på positive utsagn og 'lite av tiden/ikke i det hele tatt' på negative utsagn.

Tallene illustrerer likevel at det går an å ha det bra på noen områder, samtidig som man har det litt mindre bra på andre. Dette vil vi anta, er en ganske normal situasjon.

Tabell 15. Indikator på livskvalitet. Basisutvalget, panelet og nye deltakere i 1999. Gjennomsnittsverdier

<b>Verdi i gjennomsnitt</b>	<b>Basisutvalget -97</b>	<b>Panelet -97, -99</b>	<b>Nye -99</b>
Positive formuleringer	1,9	2,3	2,3
Negative formuleringer	2,4	3,3	3,4

### 5.4.3 Ensomhet

Vi har brukt spørsmål om opplevelse av ensomhet som en annen indikator på livskvalitet.

Tabell 16. Følt deg ensom. Prosent

	<b>Basisutvalget -97</b>	<b>Panel -97, -99</b>	<b>Nye -99</b>
Ofte	7	10	12
Av og til	29	19	32
Sjelden eller aldri	64	72	56
I alt	100 (58)	100 (21)	100 (78)

I begge undersøkelsene sier et tydelig flertall av de spurte at de sjelden eller aldri har følt seg ensomme.

For oss er det også av interesse å vite om det er skjedd endringer i følelsen av å være ensom. Spørsmålet er bare stilt ved avslutningen av prosjektet.

Den største gruppen svarer at de aldri har følt seg ensomme og kan derfor ikke rapportere om endring, se tabell 17. Holder vi denne gruppen utenfor, svarer halvparten av de nye deltakerne i 1999 at de føler seg oftere ensom nå enn for et par år siden. En andel på 30 prosent svarer ingen endring mens 19 prosent er sjeldnere ensom nå. Også her går tendensen i retning av at deltaking i kulturtilbudene har hatt liten effekt.

Tabell 17. Endring i følelsen av å være ensom de siste par årene. Prosent

	<b>Panel -97, -99</b>	<b>Nye -99</b>
Ingen endring	5	11
Oftere ensom nå	20	17
Sjeldnere ensom nå	5	6
Aldri følt meg ensom	60	44
Kan ikke svare	10	21
I alt	100 (20)	100 (75)

Det er ikke store forskjeller i opplevelse av endring mellom kvinner og menn i ulike aldersgrupper, men enker- og enkemenn svarer at de er oftere ensomme nå enn tidligere og færre i denne gruppen svarer at de aldri har følt seg ensomme. Sivilstatus ser m a o ut til å forklare en del av endringene i opplevelse av ensomhet.

## **5.5 Transportbehov**

I undersøkelsen spurte vi om behov for støtte til transport. Spørsmålet kan dels knyttes til den enkeltes helsetilstand, men gir også informasjon som kan brukes på et senere tidspunkt med sikte på å skaffe til veie ressurser til transport.

Av personer fra undersøkelsen i 1999, svarte 17 prosent at de har behov for transport alltid eller av og til. En mindre gruppe på 7 prosent sier at de bare har behov for transportstøtte en sjelden gang.

## **5.6 Aktiviteter, helse og trivsel: analyse**

Et sentralt tema i evalueringen er å dokumentere eventuelle sammenhenger mellom kulturell deltaking og helse. Et av målene for prosjektet 'Kultur gir helse' var å påvirke helse og livskvalitet i positiv retning gjennom å aktivisere eldre personer i ulike aktivitetstilbud. Hensikten med denne delen av evalueringen er å finne ut om denne forventningen har slått til. Vi nevnte innledningsvis at vi ikke forventet reelle endringer



i somatisk helse, men vi mente at endringer i livskvalitet kunne forventes. Siden somatisk helse normalt kan forventes svekket med alderen, kan vi tolke en ikke-endring i positiv retning, dvs at kulturell deltaking kan ha hindret forverring. En slik hypotese må vi imidlertid se på som litt spekulativ. I den to til tre års perioden prosjektet har pågått, kan vi antakelig ikke forvente store systematiske endringer i helsetilstanden i noen retning.

I vårt materiale har vi som vist opplysninger om deltakere i 1997, før aktivitetene i prosjektet 'Kultur gir helse' startet opp. Dette materialet gir opplysninger om deltaking i fritidsaktiviteter generelt og kan gi informasjon om helse, grad av aktivitet osv, men sier oss ikke noe om virkning av de spesielle tiltakene som ble satt i gang i prosjektet. Av de som ble intervjuet i 1997 var det som vist bare 23 personer, kalt panelet, som svarte på undersøkelsen i 1999. Dette er et forholdsvis lite og sannsynligvis selektert materiale. Vi vil foreta enkelte sammenligninger mellom populasjonen fra 1997 og panelet. Selv om sammenligninger mellom de to gruppene er beheftet med usikkerhet, kan resultatene gi indikasjon på endringer.

I tillegg har vi de nye deltakerne fra 1999. For å vurdere i hvilken utstrekning deltaking i aktivitetene i prosjektet har hatt virkninger for helse og livskvalitet, må vi nøye oss med å se på hva intervjupersonene selv har svart på spørsmål om endringer. Vi har også muligheter for å sammenligne panelet med nye deltakere fra 1999.

Når vi skal vurdere sammenhenger mellom aktiviteter og helse, må vi ta hensyn til at både aktivitetsnivå og helseforhold kan påvirkes av personegenskaper som kjønn og alder og av sosiale forhold som sivilstatus og bofelleskap. Vi skal derfor i første omgang gi en oversikt over slike sammenhenger.

Ser vi på nye deltakere i 1999, har kjønn ingen betydning for grad av deltaking på kursene i prosjektet. Heller ikke sivilstatus, alder, om man bor alene eller sosialt nettverk har noen betydning. Utdanning ser ut til å ha en viss betydning. Tendensen er at dess høyere utdanning en har, dess mer aktiv er intervjupersonene, men tendensen er ikke sterk.

Når det gjelder vurdering av egen helse, har verken kjønn eller alder betydning, dvs at det ikke er forskjeller i vurderingene som kan føres tilbake til kjønn eller alder. På spørsmål om man har en sykdom eller plage, er det heller ingen systematiske forskjeller mellom kvinner og menn, heller ikke når det gjelder kroppslige smerter. Kvinner føler mer ensomhet enn menn, men her spiller sivilstatus en viktig rolle. Gifte kvinner og gifte menn skårer nokså likt på ensomhet mens ugifte, enker og enkemenn i større grad opplever ensomhet. Det er imidlertid langt flere enker enn enkemenn og flere ugifte kvinner enn ugifte menn. Dette slår tilsynelatende ut i kjønnsforskjeller, mens det egentlig er sivilstatus som har betydning. Opplevelse av ensomhet påvirkes også til en viss grad av alder. Her finner vi, noe uventet, at yngre personer oppgir større grad av ensomhet enn eldre.

## 5.7 Deltaking og helse

Det er en systematisk sammenheng mellom deltaking på aktiviteter i prosjektet 'Kultur gir helse' og subjektivt opplevd helse. Dess større grad av deltaking dess bedre helse, oppgir informantene. Den mest nærliggende forklaringen på dette er at folk med god helse er mer aktive enn folk med dårligere helse. Det foregår altså en seleksjon av personer ved rekrutteringen til aktivitetene i 'Kultur gir helse'.

Vi har spurt respondenten om endringer i helsetilstand. Resultatene viser ingen systematisk sammenheng mellom grad av deltaking i 'Kultur gir helse' i 1999 og endring i opplevelse av helsetilstand. Dette vil si at vi ikke finner noen tendens til at intervjupersonene verken er blitt bedre eller verre i 1999 enn i 1997, selv om de i mellomtiden har deltatt i 'Kultur gir helse'.

Derimot er det en klar sammenheng mellom endring i helsetilstand og endring i aktivitetsnivå mellom 1997 og 1999. Vi har sett på resultatene samlet for nye deltakere i 1999 og panelet, dvs personer i det tilfeldige utvalget fra 1997 som svarte i 1999. Resultatene viser at aktivitetsnivået har steget blant de som mener helsa er bedret siden 1997. Tilsvarende har aktivitetsnivået sunket blant de som mener at helsa er blitt dårligere siden 1997. Sammenhengen er sterk (korrelasjon er på 0,4) og statistisk signifikant ( $p < 0.003$ ). Dette tyder på at egen helse er meget viktig for grad av deltaking i ulike fritidsaktiviteter.

En annen indikator på endring er spørsmål om helsetilstanden har virket inn på den vanlige sosiale omgangen til de som svarte. Heller ikke her ser vi noen systematisk sammenheng med deltaking i aktiviteter i forbindelse med 'Kultur gir helse'. Det er ingen tendens til at vanlig sosial omgang er påvirket av deltaking i aktiviteter. **Endring** i sosial omgang henger derimot sammen med endring i egen helse. Personer som rapporterer bedret helse i 1999 sammenlignet med 1997, mener også at de har mer sosial omgang i 1999 enn i 1997. Tilsvarende som i avsnittet ovenfor, ser vi at endring i helsetilstand er viktig for de handlingsalternativer den enkelte har. Både deltaking i fritidsaktiviteter og vanlig sosial omgang påvirkes av endringer i helsetilstand, slik den oppleves av den enkelte.

En tredje indikator på helse/livskvalitet er opplevelse av ensomhet. Det er ingen sammenheng mellom grad av deltaking og opplevelse av ensomhet i det statistiske materialet. Deltaking i aktiviteter i prosjektet 'Kultur gir helse' har heller ingen betydning for opplevelse av endring av ensomhet. De som svarte, føler seg altså verken mer eller mindre ensomme i 1999 enn i 1997, når en ser det i sammenheng med deltaking i 'Kultur gir helse'. Derimot har opplevelse av **endring** i ensomhet en viss sammenheng med deltaking i fritidsaktiviteter generelt. Dess mer aktive personene var i 1999 i fritidsaktiviteter (utenom 'Kultur gir helse'), dess mindre ensomme var de i 1999. Tallene her er imidlertid små og resultatene noe usikre.

En fjerde indikator på helse/livskvalitet er spørsmål om en del psykiske/mentale tilstander (spørsmål 18). Vi har spurt om positive forhold som tiltaksløst, overskudd, glede og følelse av harmoni og om negativt ladede forhold som følelse av å være nervøs, nedfor og trist, sliten og trett.

Sett i sammenheng med deltaking i 'Kultur gir helse' og om fritidsaktiviteter generelt, er det ingen sammenheng mellom grad av aktivitet og opplevelse av psykiske forhold, sett under ett. Ser vi imidlertid på enkelte av kursene/tilbudene under 'Kultur gir helse', slår deltaking i helsesportlag, litteraturgruppe og deltaking i middag positivt ut på livskvalitet.

I panelet er det en positiv sammenheng mellom deltaking og sosial omgang; dess større grad av deltaking, dess mindre er sosial omgang hemmet av plager. Flertallet har som vist ovenfor ikke merket noen endring i sosial omgang siden 1997 og nær en femtedel har merket mindre sosial omgang. Deltaking i kurs har liten innvirkning på dette og har ikke ført til mer sosial omgang.

Deltaking i aktiviteter i 'Kultur gir helse' viser ingen systematisk sammenheng med opplevelse av kroppslige smerter.

Deltaking og opplevelse av ensomhet henger sammen. Dess større grad av deltaking, dess mindre opplevelse av ensomhet, men her kan vi ikke anta en årsakssammenheng. Grad av deltaking har liten virkning på endringer i ensomhetsfølelse, langt de fleste har merket endring til større grad av ensomhet i 1999 sammenlignet med 1997.

Vi registrerer at personer som mener de har fått bedre helse i 1999 enn i 1997 også er mer aktive i fritidsaktiviteter generelt. Dette tyder på at helseforholdene er ganske utslagsgivende for grad av aktivitet.

Tallene tyder også på at deltaking i aktiviteter i prosjekt 'Kultur gir helse' har forholdsvis liten innvirkning på deltakernes opplevelse av helseforhold og faktorer som avspeiler livskvalitet.

Den mer sannsynlige årsakssammenheng er at gode helseforhold og livskvalitet påvirker grad av deltaking i kurs og aktiviteter.

Deltaking i aktiviteter er imidlertid et tilbud til mange personer som er enslige. Helse er en faktor som påvirker deltaking og dermed skapes en viss seleksjon i rekrutteringen. Dette gjelder først og fremst nye deltakere i 1999, hvor godt over halvparten av deltakerne var enslige (ugift eller før gift). I det statistisk representative utvalget for personer i alderen 67-80 år i Egersund var til sammenligning 70 prosent gifte, mens nesten like mange i panelet var gifte. Sett på denne bakgrunn fyller aktivitetstilbudene i 'Kultur gir helse' utvilsomt et aktivitetsbehov for en stor gruppe eldre. Det synes derfor som om sivilstatus er et sterkt kriterium for rekruttering til aktivitetstilbudene, og kanskje viktigere enn helse.

### **5.7.1 Mottatt hjelpetjenester**

En helseindikator er hjelpetjenester i husholdninger Vi har spurt intervjupersonene om de i løpet av de siste tre måneder har mottatt noen av følgende tjenester:

- hjemmehjelp,
- hjemmesykepleie,
- tilkobling til alarmsentral,

- støttekontakt, personlig assistent eller
- avlastningsopphold på sykehjem.

I gjennomsnitt har personer i basisundersøkelsen mottatt 1,5 tjenester, panelet fra 1999 mottok 2 tjenester og nye deltakere i 1999 mottok 2,7 tjenester i gjennomsnitt i 1999. Vi ser av tabell 18 at den støtten som er mottatt er fordelt på forholdsvis få personer i alle utvalgene. Det kan derfor bli litt misvisende å betrakte hjelpen på grunnlag av gjennomsnittstall, men tallene gir mulighet for å sammenligne omfanget av støtte i utvalgene.

I forhold til basisundersøkelsen er personer i panelet fra 1999 og nye deltakere i 1999 overrepresentert i hjelpeapparatet.

Hjemmehjelp er den vanligste tjenesten. Mellom 75 og 90 prosent av de som har mottatt noen hjelp har fått hjemmehjelp. Hjemmesykepleie er det nest hyppigste hjelpetilbud. I prosent av antall personer i utvalgene utgjør hjemmehjelpen 13 prosent i basisutvalget, 26 prosent i panelet –97 og 30 prosent av nye deltakere i –99. Andel som har fått noen hjelp er 16 prosent i basisutvalget, 35 prosent i panelet –99 og 34 prosent blant nye deltakere –99. Panelet og nye deltakere i –99 har deltatt i tilbudene til 'Kultur gir helse', men i begge utvalgene er støtten høyere i basisutvalget.

Tabell 18. Mottatt tjenester i løpet av siste tre måneder. Prosent. (Antall personer i parentes)

<b>Tjenester</b>	<b>Basisundersøkelsen</b>	<b>Panel –97, –99</b>	<b>Nye –99</b>
Hjemmehjelp	80 (8)	75 (6)	89 (24)
Hjemmesykepleie	30 (3)	63 (5)	59 (16)
Tilkoplet alarmsentral	10 (1)	25 (2)	52 (14)
Støttekontakt, personlig assistent	10 (1)	25 (2)	33 (9)
Avlastningsopphold på sykehjem	20 (2)	13 (1)	33 (9)
I alt prosent (antall personer med støtte i parentes)	150 (10)	200 (8)	267 (27)
Totalt antall personer i utvalgene	(61)	(23)	(79)

## 5.8 Sosialt nettverk og sosial integrasjon

Sosialt nettverk og sosial integrasjon kan vi se på som en del av personens livskvalitet. Vi er interessert i å finne ut om deltaking i aktiviteter knyttet til prosjektet 'Kultur gir helse' har påvirket personens sosiale nettverk. Som mål for dette har vi konstruert et samlemål eller indeks basert på en rekke opplysninger om sosialt nettverk, f eks om man

har barn eller ikke, hvor ofte man treffer barna, om man har venner osv. Vi bruker begrepet sosial integrasjon som uttrykk for hvor mange kontakter man har og hvor ofte man har kontakt med barn, søsken, venner osv. Indeksen er konstruert slike at dess bedre kontakt man har med andre, dess høyere skåre oppnår man. Indeksen er additiv, og det meste man kan oppnå er en skåre på 10. Maksimum skåre betyr at man har mange kontakter og hyppig kontakt. I denne sammenheng er sosialt nettverk vurdert ut fra flere opplysninger:

- om personen har barn eller ikke,
- hvor ofte man treffer barn,
- hvor ofte man treffer søsken,
- om man har venner utenom familie på stedet,
- venner andre steder,
- hvor ofte man er sammen med naboer,
- hvor mange familie/husstander i nabolaget man kjenner så godt at man besøker hverandre av og til og
- om man bor alene eller sammen med ektefelle eller andre.

I tabell 18 vises skårene for utvalget i basisundersøkelsen og undersøkelsen etter prosjektavslutning. I basisundersøkelsen ble gjennomsnittlig skåre 54 prosent av 10 mulig oppnåelige poeng. Panelet, som ble undersøkt i 1997 og i 1999 skårer noe høyere, 67 prosent av oppnåelige mens nye deltakere i 1999 har oppnådd 61 prosent.

Basisundersøkelsen er uttrykk for sosial integrasjon i befolkningen generelt i de aktuelle aldersgruppene. Personer i panelet, som har deltatt i aktivitetene i 'Kultur gir helse' har fått en høyere skåre, noe som tyder på at sosial integrasjon er bedret i løpet av prosjektperioden. Nye deltakere, som alle har deltatt i 'Kultur gir helse' skårer også bedre på sosial integrasjon enn de intervjuede i basisundersøkelsen.

Både personer i panelet og blant nye deltakere i 1999 representerer et skjevt utvalg av befolkningen, sammenlignet med basisundersøkelsen. Det kan derfor godt hende at bedre sosial integrasjon ikke er en virkning av kulturell deltaking, men en årsak til deltaking.

Vi har undersøkt om variasjon i kulturell deltaking henger sammen med sosial integrasjon. Det kunne tenkes at personer med høy grad av deltaking har bedre sosial integrasjon enn andre. Blant nye deltakere i 1999 og i panelet, finner vi ingen systematisk sammenheng mellom grad av aktivitet i 'Kultur gir helse' og sosial integrasjon. Selv om denne gruppen har høyere skåre på sosial integrasjon enn personer i basisutvalget, som ikke har deltatt i 'Kultur gir helse', kan vi på grunnlag av våre resultater ikke hevde at deltaking skaper bedret sosial integrasjon, slik det her er definert.

Tabell 19. Indeks for sosial integrasjon. Indekspoeng\*

	<b>Basis-undersøkelsen</b>	<b>Panel –97 –99</b>	<b>Nye –99</b>
Skåre for sosial integrasjon. Prosent av total	54	67	61
Antall personer	61	23	79

\* Maksimum poeng er 10.

Vi har gjort en tilsvarende beregning når vi bare ser på venner til de som er intervjuet. Det kunne tenkes at deltaking i 'Kultur gir helse' bare påvirket hvor mange venner man har og kontakten med disse. En noe større andel av nye deltakere i 1999 og i panelet har venner og mer hyppig kontakt med venner i personer i basisundersøkelsen. Når vi ser på sammenhengen mellom vennekontakt og kulturell deltaking, finner vi imidlertid ingen systematisk sammenheng. Derfor blir det også i denne sammenheng vanskelig å tilskrive hyppigere kontakt med venner som en virkning av kulturell deltaking.

## 5.9 Konklusjon

Aktivitetstilbudene i 'Kultur gir helse' når et stort antall personer i den aktuelle målgruppa for prosjektet. Deltakerne som gruppe har mange likhetstrekk med befolkningen generelt i tilsvarende alder. Det er nesten ingen forskjeller i alder, men andelen nye deltakere i 1999 har en større andel kvinner sammenlignet med befolkningen generelt. Dette tyder på at tilbudet er spesielt attraktivt for kvinner, spesielt enker. Deltakerne har et noe høyere utdanningsnivå enn befolkningen i tilsvarende alder.

Når det gjelder nye deltakere i 1999, har denne gruppen et noe høyere aktivitetsnivå, utenom tiltak i 'Kultur gir helse', enn befolkningen generelt. Det ser altså ut til at de som er mest aktive ellers som også er aktive i 'Kultur gir helse'. Personer fra basisundersøkelsen, som også ble intervjuet i 1999, var mindre aktive enn de andre, både for fritidsaktiviteter generelt og aktiviteter i 'Kultur gir helse'.

Vurdering av egen helse viser at et stort flertall blant alle som er intervjuet vurderer sin helse som god eller meget god. Avstanden mellom nye deltakere i –99 og basisutvalget er ikke stor, men nye deltakere oppgir i noe større utstrekning at de har god helse.

Tilbudene i 'Kultur gir helse' har nådd ut til et ganske representativt utvalg av befolkningen innen de aktuelle aldersgruppene, og har antakelig vært noe mer attraktivt tilbud for enslige personer, særlig enslige kvinner. Men dette indikerer at tilbudene også har nådd til personer som har behov for aktiviteter med sosialt tilsnitt. Det har vært stor aktivitet når det gjelder tilbud og tilbudene har nådd mange deltakere. Aktiviteter knyttet til 'Kultur gir helse' fyller utvilsomt et behov hos en del eldre.

Et springende punkt i evalueringen er om deltaking i 'Kultur gir helse' har virket inn på den enkeltes helse og livskvalitet.

Undersøkelsen tyder på at helse, livskvalitet og sosial integrasjon er grunnleggende forhold hos den enkelte som ikke så lett lar seg påvirke av deltaking i aktiviteter som ble arrangert i 'Kultur gir helse'. Årsakssammenhengen går nok mer i retning av at livskvalitet, helse og sosialt nettverk påvirker grad av deltaking i aktivitetene enn omvendt.

I tolking av resultatene må vi ta hensyn til at deltakingen har tatt seg opp over tid. Mange har derfor deltatt over bare en periode på omkring ett år, og dette kan være noe kort tid til å skape endringer i helse og livskvalitet.

Med de indikatorene for helse og livskvalitet vi har brukt i denne undersøkelsen, og med de metodiske reservasjoner vi må ta, kan vi imidlertid vanskelig påvise at deltaking i 'Kultur gir helse' har hatt en klar innvirkning på helse, livskvalitet eller sosial integrasjon – selv om tiltakene fyller et sosialt behov hos de eldre.

Undersøkelsen viser at det blant hjemmeboende eldre i Eigersund er en stor prosentandel personer med god helse, livskvalitet og godt sosialt nettverk. Vi skal kanskje ikke forvente at aktiviteter i 'Kultur gir helse' skal kunne forbedre situasjonen for personer som allerede er i en rimelig bra situasjon. Vi må derfor også se på prosjektet 'Kultur gir helse' i et forebyggende perspektiv og innse at noe av virkningene av prosjektet har vært å holde vedlike en god livskvalitet og helsestandard, og dermed hindret forverring av slike forhold.


## **Vedlegg 1 Spørreskjema**

**Spørreskjema 1997 og 2000.**



## Vedlegg 2 Skjema for registrering av interesserte deltakere

Skjema for registrering av interesse for kultur- og fritidsaktiviteter i 1997

<b>Kultur- og fritidsaktiviteter</b>		
<b>JEG KAN, HVIS FORHOLDENE BLIR LAGT TIL RETTE, TENKE MEG Å DELTA PÅ:</b> <b>(EKTEFELLE KAN OGSÅ DELTA)</b>		
Spørsmål om utfylling av skjemaet og om aktivitetene kan rettes til Kulturkontoret, Eigersund kommune tlf. 51 46 82 20	Meg selv	Ektefelle/ samboero
1. <b>Friluftaktiviteter.</b> Min hovedinteresse er.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Innendørs trim og vannaktiviteter.</b> Min hovedinteresse er.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Biblioteksbesøk.</b> Min hovedinteresse er: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Slektsgransking.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Besøk på kulturarrangementer.</b> (konsert, teater, kino, bingo, bridge, møter o l). Min hovedinteresse er:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Egne kunstaktiviteter/håndarbeid</b> (maling, keramikk mm). Min hovedinteresse er: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>Opplæring i bruk av data og internett</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>Andre kultur- og fritidsaktiviteter. Hvilke:.....</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. TRANSPORTBEHOV (KRYSS AV):</b>		
Klarer meg selv, trenger ikke hjelp til transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan gå til buss-stopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Må hentes hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ledsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trenger ledsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre behov:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Navn:</b>		
<b>Adresse:</b>		
<b>Alder:</b>	<b>Telefon</b>	

## **Vedlegg 3 Brev til deltakere**

## **Vedlegg 4 Brosjyre over kultur- og fritidsaktiviteter**

Kopi av brosjyre over kultur- og fritidsaktiviteter i Egersund. Tilbud fra 'Kultur og helse' og andre tilbud.