Kunst en positieve gezondheid

Een overzichtsstudie van culturele interventies met mensen die langdurig zorg en ondersteuning ontvangen

MOVISIE kennis en aanpak van sociale vraagstukken

KLAC voor professionals die werken voor cultuur op school of in de vrije tijd

Windesheim

Dit is een uitgave van Hogeschool Windesheim.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijk toestemming van de uitgever.

Kunst en Positieve gezondheid

Een overzichtsstudie van culturele interventies met mensen die langdurig zorg en ondersteuning ontvangen

Cretien van Campen
Wies Rosenboom
Saskia van Grinsven
Carolien Smits
(redactie)

12 september 2017
Zwolle: Windesheim

Managementsamenvatting

Hoewel de maatschappelijke waarde van kunst en cultuur in de langdurige zorg en ondersteuning in binnen- en buitenland breed wordt gedragen, is de kennis erover versnipperd. In opdracht van het ministerie van OCW (via ZonMw) voerde een consortium van Hogeschool Windesheim, Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst (LKCA) en Movisie de kennissynthese uit, waarvan dit rapport het verslag is. De kennissynthese vormt een inbreng voor de kennisagenda die in afstemming met stakeholders opgesteld gaat worden.

Het doel van de kennissynthese is om op drie terreinen (onderzoek, praktijk en beleid) de laatste stand van de kennis in kaart te brengen, zodat een kennisagenda kan worden opgesteld met kansrijke onderzoeks- en ontwikkelrichtingen. Daartoe zijn drie vragen onderzocht:

1. Wat is de huidige praktijk en wat is het beleid rond culturele interventies in de Nederlandse langdurige zorg en ondersteuning?
2. Wat is bekend over de effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid* van cliënten in de langdurige zorg en ondersteuning?
3. Wat zijn kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen op het gebied van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning?

De belangrijkste bevindingen vatten we hier kort samen voor we algemene conclusies trekken.

Praktijk

Het aanbod van culturele interventies in Nederland is zeer divers qua kunstdiscipline en schaalgrootte. De laatste jaren zijn er vooral veel culturele interventies voor kwetsbare ouderen georganiseerd, onder meer als gevolg van het nationale meerjarenprogramma *Lang Leve Kunst* (2013-2016). De meeste interventies zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven en/of de mentale gezondheid en/of op het stimuleren van sociaal-maatschappelijke participatie onder de deelnemers. Met name verwijzingen naar de dimensie ‘lichaamsfuncties’ (van het concept *Positieve gezondheid*) komen weinig voor in de omschreven doelstellingen van culturele interventies. Opvallend hieraan is dat culturele interventies zich voor een belangrijk deel richten op dimensies van *Positieve gezondheid* die niet vallen binnen de traditionele invulling van het concept gezondheid binnen de zorgwereld. De meeste culturele interventies worden geïnitieerd vanuit het culturele domein en uitgevoerd door professionals van culturele instellingen (en vrijwilligers) op een locatie van een betrokken zorginstelling. Doordat binnen het zorgdomein, zowel bij zorginstellingen, als zorgkantoren als zorgverzekeraars, (doorgaans) geen geoormerkt budget is om culturele interventies te bekostigen en zorginstellingen vaak onwetend zijn over culturele interventies en de mogelijkheden voor financiering binnen bijvoorbeeld dagbesteding, zijn de meeste interventies voor de financiering momenteel afhankelijk van subsidies van fondsen, gemeenten, provincies en andere subsidieverstrekkers.

Beleid

Na de bezuinigingen binnen de cultuursector en de transities in de Wlz, Wmo, Wzw en Jeugdwet, is er meer politieke en beleidsmatige aandacht gekomen voor de maatschappelijke waarde van kunst, en de verbinding van kunst en cultuur met zorg en het sociale domein. Dit kwam onder andere tot uiting in het nationale meerjarenprogramma

Lang Leve Kunst en de stimuleringsregeling *The Art of Impact*. Binnen het culturele domein vinden beleidsmatige ontwikkelingen plaats die gericht zijn op de verbinding tussen kunst en cultuur enerzijds en de zorg en het sociale domein anderzijds. Binnen de zorg- en welzijnssector is (structureel) beleid op het gebied van culturele interventies sterk afhankelijk van het interne draagvlak en de gedrevenheid van specifieke aanjagers binnen de organisaties. Er is sprake van een groeiende interesse in de maatschappelijke waarde van culturele interventies binnen het sociale domein en de zorg, maar het ontbreekt vaak nog aan een structurele aanpak en (duurzame) financiële middelen.

Onderzoek

Vanuit een eerste inspectie van de internationale onderzoeksliteratuur rond effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid* kunnen we geen harde conclusies trekken. Veel publicaties bevatten wel richtinggevende effecten vanuit theoretische concepten, maar sterk empirisch bewijs ontbreekt. De bewijskracht voor effectiviteit van de interventie was onvoldoende voor 64 van 67 studies. Financiering is voor de meeste projecten voorwaarde om te kunnen (voort)bestaan, en om deze te krijgen is voldoende bewijs wel essentieel. Om in te zetten op kunst als interventie om de *Positieve gezondheid* van mensen verbeteren, is een goede *evidence base* van belang. Probleem is dat de kunsten niet het in de zorg dominante paradigma van *evidence based practice* volgen (vgl. RVS 2017). De aard van culturele interventies leent zich niet voor dit type bewijsvoering om verschillende redenen. Zo is er een grote diversiteit in kunstvormen en praktijksituaties. Culturele interventies zijn vrijwel altijd kleinschalige projecten met kleine onderzoeksgroepen. De focus is op individuele creativiteit, beleving en betekenisgeving en niet op standaardisatie.

Kansrijke richtingen

Culturele interventies in de langdurige zorg hebben de afgelopen jaren kansen gekregen door verschillende impulsgelden en stimuleringsmaatregelen vanuit het culturele domein. Vooral culturele organisaties nemen het initiatief voor culturele interventies.
Tegelijkertijd zien we dat de duurzaamheid en kwaliteit van culturele interventies onder druk staan door bezuinigingen, gebrek aan structureel beleid en financiering. Culturele interventies lijken vooral te bestaan bij de gratie van impulsgelden en stimuleringsprogramma's van overheden en projectsubsidies van fondsen. Zorgorganisaties die een structureel beleid hebben op culturele interventies zijn schaars.
Culturele interventies zijn vooral gericht zijn op de dimensies van *Positieve gezondheid* die niet binnen de traditionele invulling van het concept gezondheid in de zorg vallen. Mede daardoor heerst bij bestuurders van zorginstellingen, zorgkantoren en zorgverzekeraars nog veel onwetendheid over wat culturele interventies zijn en welke effecten zij kunnen bereiken. Door het gebrek aan structureel beleid en financiering worden veel kortdurende, tijdelijke culturele interventies ontwikkeld en uitgevoerd. Dat heeft geleid tot een zogenaamde projectencarrousel.

Passende bewijzen voor de positieve effecten van culturele interventies zijn nodig om meer financiers en opdrachtgevers te overtuigen van de waarde ervan in de zorg en ondersteuning. Er is echter niet een type van juist bewijs. De bewijzen variëren van wetenschappelijke evidentie tot de impact van een uitvoering. Voor een zorgverzekeraar zal een *randomized clinical trial* overtuigen, terwijl voor een zorgbestuurder de impact van een uitvoering zal overtuigen. Met andere woorden, de bewijzen dienen te passen bij de behoeften van de financiers en opdrachtgevers.

Het paradigma van de *levels of evidence* van de *evidence-based practice* (vgl. RVS 2017) past niet bij de huidige praktijk van culturele interventies in de zorg en ondersteuning.
Er is in praktijk en beleid meer behoefte aan onderzoek naar de werkzame elementen van culturele interventies die kunnen zorgen voor kwaliteitsverbetering en het vergroten van de effectiviteit. Ook hier is geen beste type van onderzoek. Per praktijksituatie en per culturele interventie zal men zich moeten afvragen welke vormen van onderzoek het meest geschikt zijn; welk onderzoek past bij de eisen van financiers maar ook bij de aard van culturele interventies.

Op het niveau van beleid en praktijk kan er nog veel gewonnen worden door het verbinden van de verschillende domeinen, regelingen en organisaties. Verschillen in beleid, financieringscriteria, doelstellingen en taal zorgen ervoor dat samenwerking tussen verschillende domeinen niet vanzelfsprekend is. Ook het vinden van financiering wordt bemoeilijkt door de vele gescheiden 'potjes' waar men aanspraak op kan maken. Goede samenwerking en ontschotting zijn nodig om deze belemmeringen op te heffen. Aanjagers en intermediairs met kennis van verschillende domeinen kunnen een belangrijke rol spelen in het verbinden van de verschillende werelden.

In de praktijk is het van groot belang dat culturele interventies worden uitgevoerd door kunstenaars of medewerkers met de juiste competenties en kennis van de doelgroep. Bij de selectie van kunstenaars moeten projecten hiermee rekening houden. Ook moeten er opleidingsmogelijkheden voor zijn. Betrokkenheid en inspraak van deelnemers (co-creatie) en de juiste randvoorwaarden - zoals voldoende uren en middelen voor begeleiding van deelnemers - zijn ook van groot belang. Deze staan, door beperkte financiële middelen en bezuinigingen bij zorginstellingen, soms onder druk. Daarnaast wordt benadrukt dat culturele interventies gebaat zijn bij ruimte en vrijheid. Kunst laat zich van tevoren niet volledig plannen en in woorden en cijfers uitdrukken.
We zullen een balans moeten vinden tussen doelmatigheid en bijbehorende criteria enerzijds en vrijheid anderzijds.

Conclusies

Op basis van de bevindingen van de drie deelstudies trekken we de volgende conclusies:

1. In de praktijk is er een groot en toenemend aantal culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning in Nederland. Het faciliterend en uitvoerend beleid blijft daarbij achter.

2. Internationaal zijn er nog weinig effecten bekend van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning op *Positieve gezondheid* van deelnemers. Onderzoek blijft achter bij praktijk. Passende bewijzen (*evidence*) en overtuigende voorbeelden (*impact*) zijn gewenst.

3. Kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen op het gebied van culturele interventies liggen in de ouderenzorg en GGZ (doorontwikkelen) en extramurale zorg (stimuleren).

Dat vergt faciliterend beleid en financiering, samenwerking tussen professionals en co-creatie met deelnemers op de werkvloer en passende methoden van praktijkonderzoek.

Aanbevelingen

In gesprekken met stakeholders zijn veel en verschillende adviezen gegeven op grond van de bevindingen van de kennissynthese. Daaruit destilleerden we een lijst met kernpunten.

Beleid

1. Ontwikkel faciliterend domeinoverstijgend beleid en stuur meer op duurzame financiering en implementatie

Culturele interventies zijn vaak incidenteel, eenmalig gefinancierd uit potjes van uiteenlopende aard. Na afloop van de financiering verdwijnt niet alleen het project maar ook de opgedane kennis. Dat komt niet ten goede aan de ontwikkeling van de kennisdeling en opbouw.

2. Stel meer intermediairs en interne aanjagers aan

Het ontbreken van vaste structuren voor culturele interventies, de tijdelijkheid van culturele projecten en de onbekendheid met dit soort projecten maken het moeilijk om culturele interventies te starten in de zorg. Dat vergt extra inspanning en investeringen. Er moet draagvlak gecreëerd worden bij personeel, familie en deelnemers. Daarvoor zijn intermediairs tussen de zorg- en cultuursector nodig en aanjagers in de zorginstelling.

3. Geef aandacht aan culturele interventies in kunst- en zorgopleidingen

Om culturele interventies uit te voeren zijn competenties nodig. Naast theoretische kennis draagt het meemaken van culturele interventies in de praktijk bij aan het ontwikkelen van competenties van studenten in kunst- en zorgopleidingen

Onderzoek

4. Investeer in onderzoek(smethoden) naar culturele interventies en maak werkzame elementen inzichtelijk

Effecten op de *Positieve gezondheid* en werkzame ingrediënten van culturele interventies zijn met bestaande onderzoeksbenaderingen moeilijk zichtbaar te maken. Er is behoefte aan slimme methoden van praktijkonderzoek die passen bij de waarden en opbrengsten van deze interventies.

Praktijk

5. Ontwerp criteria voor de werving en selectie van competente kunstenaars en uitvoerders

Een succesvolle culturele interventie kan niet gegarandeerd worden door een goed plan of protocol. Dit vergt ook goede kunstenaars en uitvoerders met gevoel en vaardigheden voor de interventie en de deelnemers.

6. Ontwikkel culturele interventies in co-creatie met deelnemers

Hoewel op grond van de effecten op *Positieve gezondheid* daar nog geen uitspraak over te doen is, lijken de culturele interventies die ontwikkeld zijn in co-creatie met deelnemers beter aan te sluiten bij de (leef)wensen en deelnemers meer te activeren. Betrokkenheid van deelnemers vanaf de eerste ontwikkelfase lijkt een voorwaarde voor het slagen van een project.

7. Geef kunst de ruimte

Anders dan in de *evidence based*-benadering in de zorg is de kunst in de zorg niet gebaat bij protocollen. Kunst zal pas werken wanneer een zekere vrijheid, speelsheid en onvoorspelbaarheid over de uitkomsten van de culturele interventie wordt toegestaan. Dit past niet zo goed bij de huidige *evidence based practice*-cultuur in de langdurige zorg en ondersteuning. Dit vergt een cultuuromslag naar een minder regelgerichte manier van werken die al gaande is in de zorg, en daar kunnen kunstenaars met hun ervaring en competenties een bijdrage aan leveren.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting 3

Conclusies 5

Aanbevelingen 6

1 Inleiding 10

1.1 Met kunst tot leven brengen 10

1.2 Doel 11

1.3 Vraagstellingen 11

1.4 Afbakening en definities 12

1.4.1 Definitie van culturele interventie 14

1.5 Opbouw van het rapport 15

1.6 Literatuur 15

2 Nationale inventarisatie 17

2.1 Inleiding 17

2.1.1 Nadere afbakening 17

2.2 Methoden 18

2.3 Beleidsontwikkelingen en huidige stand van zaken 21

2.3.1 Algemene beleidsontwikkelingen in het culturele domein 22

2.3.2 Algemene beleidsontwikkelingen in zorg en ondersteuning 24

2.3.3 Beleid specifiek gericht op de inzet van culturele interventies in zorg en ondersteuning 26

2.4 Huidige praktijk van culturele interventies in Nederland 30

2.4.1 Type culturele interventies: aanbod en schaal 30

2.4.2 Doelstellingen 31

2.4.3 Doelgroepen 32

2.4.4 Initiatiefnemers, uitvoerders en aanbieders 33

2.4.5 Financiering 34

2.5 Succes- en faalfactoren 35

2.5.1 Beleid 35

2.5.2 Praktijk 40

2.6 Ervaren effecten 42

Inspirerende casussen 45

3 Internationale literatuurstudie 47

3.1 Inleiding 47

3.2 Methoden 47

3.2.1 Zoekstrategie 47

3.2.2 Zoektermen 48

3.2.3 In- en exclusiecriteria 48

3.2.4 Selectie en analyse 49

3.3 Resultaten 51

3.3.1 Zoekopbrengsten 51

3.3.2 Type interventies 52

3.3.3 Doelgroepen 53
3.3.4 Settingen 54
3.3.5 Type studies 54
3.3.6 Type uitkomsten 55
3.3.7 Kwaliteit en effectiviteit 56
3.3.8 Overige bevindingen 61
3.4 Discussie 62
3.4.1 Krachten en beperkingen van het onderzoek 62
3.4.2 Onderzoeksaspecten 63
3.5 Literatuur 65
4 Stakeholdersparticipatie 71
4.1 Inleiding 71
4.2 Opzet van de stakeholderbijeenkomsten 71
4.3 Niveaus van vertegenwoordiging 71
4.4 Werving en samenstelling van de groepen 73
4.5 Inhoud van de bijeenkomsten 74
4.6 Resultaten 74
4.6.1 Begripsafbakening 74
4.6.2 Opmerkingen bij de eerste bevindingen van de literatuur- en mappingstudie 75
4.6.3 Bewijsvoering en onderbouwing 76
4.6.4 Verduurzaming 77
4.6.5 Aanbevelingen voor de kennisagenda 79
4.7 Discussie 81
5 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 83
5.1 Samenvatting 83
5.2 Conclusies 85
5.3 Punten voor de kennisagenda 86
5.3.1 Kennisleemtes 86
5.3.2 Concrete behoeften en vragen 87
5.3.3 Eigenaarschap en inbedding 89
5.4 Resterende kwesties 90
5.5 Aanbevelingen 92
5.6 Literatuur 94
Over de auteurs 95
Dankwoord 96

1 Inleiding

Cretien van Campen

1.1 Met kunst tot leven brengen

STICHTING PRA MUZIEKTHEATERPODUCTIES //SIMPEL VERLANGEN JORIS JAN BOS PHOTOGRAPHY©

De foto van de danser en de oudere vrouw ontroert. We zien een glimlach op haar gezicht. Deze oude mevrouw oogt kwetsbaar, maar ze is ook actief en wil wat. Mogelijk woont ze in een verzorgingshuis of - zoals steeds meer ouderen - in de wijk en ontvangt ze zorg, heeft ze een aangepaste woning, krijgt ze ondersteuning van de gemeente en helpen buurtwerkers haar mee te doen aan sociale activiteiten in de wijk. Heel af en toe doet ze mee aan een kunstproject. Daar geniet ze van. De kunst brengt haar tot leven.

Wat draagt de kunst bij aan haar kwaliteit van leven? Wat doet het voor de groeiende groep kwetsbaren in de samenleving? Kwetsbare mensen met langdurige gezondheidsproblemen ondersteunen we als samenleving met zorg-, welzijns- en woondiensten. Over de bijdrage van deze drie domeinen is al veel kennis vergaard. Over de bijdrage van kunst en cultuur nog niet.

Er is weinig bekend over de bijdrage van kunst en cultuur aan de gezondheid en het welbevinden van kwetsbare groepen in de samenleving. Terwijl er inmiddels veel culturele activiteiten en projecten zijn voor deze mensen. Iedereen heeft wel eens gehoord van een kunstproject in een verpleeghuis of voor kwetsbare mensen in de wijk.

In 2014 heeft minister Bussemaker in een brief naar de Tweede Kamer aangegeven dat zij de verbinding tussen cultuur en andere maatschappelijke domeinen zichtbaar wil maken, waaronder de zorg. Het ministerie van
Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen heeft vervolgens ZonMw verzocht een opdracht uit te zetten een kennissynthese op te stellen. Om dit traject te begeleiding is de begeleidingscommissie Cultuur en Langdurige Zorg (onder voorzitterschap van prof.dr. E.J.A. Scherder) samengesteld. De opdracht is begin 2017 verleend aan het consortium van Hogeschool
Windesheim, het Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst (LKCA) en Movisie, waarvan dit rapport het verslag is.
De kennissynthese vormt een inbreng voor de kennisagenda die in afstemming met stakeholders opgesteld gaat worden.

1.2 Doel

Het doel van de kennissynthese is om op drie terreinen (onderzoek, praktijk en beleid) de laatste stand van de kennis in kaart te brengen, zodat een kennisagenda kan worden opgesteld met kansrijke onderzoeks- en ontwikkelrichtingen.

Een kennissynthese combineert op een systematische en transparante wijze informatie uit onderzoek, beleid en praktijk (Bos en van Kammen 2007). Hierdoor ontstaat een actueel, en breed gedragen inzicht in de stand van zaken (*state of the art*) van culturele interventies in de zorg.
De kennissynthese genereert aanbevelingen en input voor de kennisagenda, waarmee in de toekomst culturele interventies in de zorg beter onderbouwd, verder ontwikkeld en effectiever ingezet kunnen worden.

Afgaande op de ervaringen van de samenwerkende projectteamleden en de berichten in de media zijn veel kunstenaars actief in de langdurige zorg en ondersteuning en het aantal activiteiten lijkt toe te nemen. Tegelijkertijd ontbreekt een algemeen beeld van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning in Nederland en hun betekenis voor de domeinen van cultuur en zorg. Deze kennissynthese maakt voor het eerst in Nederland een inventarisatie van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning en hun effecten.

1.3 Vraagstellingen

De kennissynthese biedt antwoorden op de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is de huidige praktijk en wat is het beleid rond culturele interventies in de Nederlandse langdurige zorg en ondersteuning?

2. Wat is bekend over de effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid* van cliënten in de langdurige zorg en ondersteuning?

3. Wat zijn kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen op het gebied van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning?

1.4 Afbakening en definities

Culturele interventies in de zorg en ondersteuning zijn niet eerder in kaart gebracht. Er was in dit project geen tijd voor een verkenning. Binnen twee weken na de opdrachtverlening startte het onderzoek. Het onderzoek had een looptijd van zes maanden. In samenspraak met onze opdrachtgever, de ZonMw-begeleidingscommissie Cultuur en Langdurige Zorg zijn werkdefinities gemaakt. Hier zijn we mee aan de slag gegaan. De werkdefinities zijn omgezet in inclusie- en exclusiecriteria. Onderdeel van de studie was om de werkdefinities te testen in de studie en aan te tekenen welke kwesties en grensgevallen we tegen zouden komen. Met name in de stakeholdersbijeenkomsten (zie hoofdstuk 4) zijn de definities en afbakeningen uitgebreid bediscussieerd.

In deze paragraaf zetten we de werkdefinities uiteen.[1]

Het brede onderzoeksterrein bakenen we in deze studie af aan de hand van de volgende definities van de ZonMw-begeleidingscommissie Cultuur en Langdurige Zorg (ZonMw 2016):

Cultuur
Voor cultuur gebruiken we de definitie van het ministerie van OCW: podiumkunsten (muziek, theater en dans) en musea; beeldende kunst, film en letteren; architectuur, design en nieuwe media; cultuureducatie, amateurkunst en bibliotheken.

Langdurige zorg en ondersteuning
Voor de langdurige zorg en ondersteuning sluiten we aan bij de omschrijving van het Zorginstituut Nederland: zorg die langer dan één jaar duurt voor mensen met een beperking, chronische zieken en ouderen en die professionele zorg en/ of begeleiding nodig hebben in hun dagelijks leven. Deze zorg kan worden geleverd door formele zorg- en dienstverleners maar ook door informele zorgverleners.

Deze definitie hebben we verder aangescherpt. Ten eerste omdat het begrip ‘langdurige zorg’ sinds de Wet Langdurige Zorg (Wlz) in het werkveld geassocieerd wordt met langdurige zorg in instellingen voor ouderen en gehandicapten. Ten tweede past de term ‘zorg en ondersteuning’ beter bij de definitie van het zorginstituut. Naast zorg gaat het namelijk ook om begeleiding.

We realiseerden ons dat de doelgroep die onder deze definitie valt vaak ook andere vormen van zorg van mantelzorgers en vrijwilligers krijgt. Dit criterium is aangescherpt met de toevoeging dat de doelgroep ten minste een jaar lang professionele zorg en ondersteuning ontvangt of gaat ontvangen. Daarnaast kunnen deze mensen ook mantelzorg, ziekenhuiszorg en therapieën krijgen. Wanneer personen alleen mantelzorg of vrijwilligerszorg of kortdurende medische zorg ontvangen, vallen ze buiten deze studie.

Vervolgens hebben we veel tijd en discussie met de commissie en de stakeholders besteed aan de afbakening van het begrip ‘culturele interventie in de langdurige zorg en

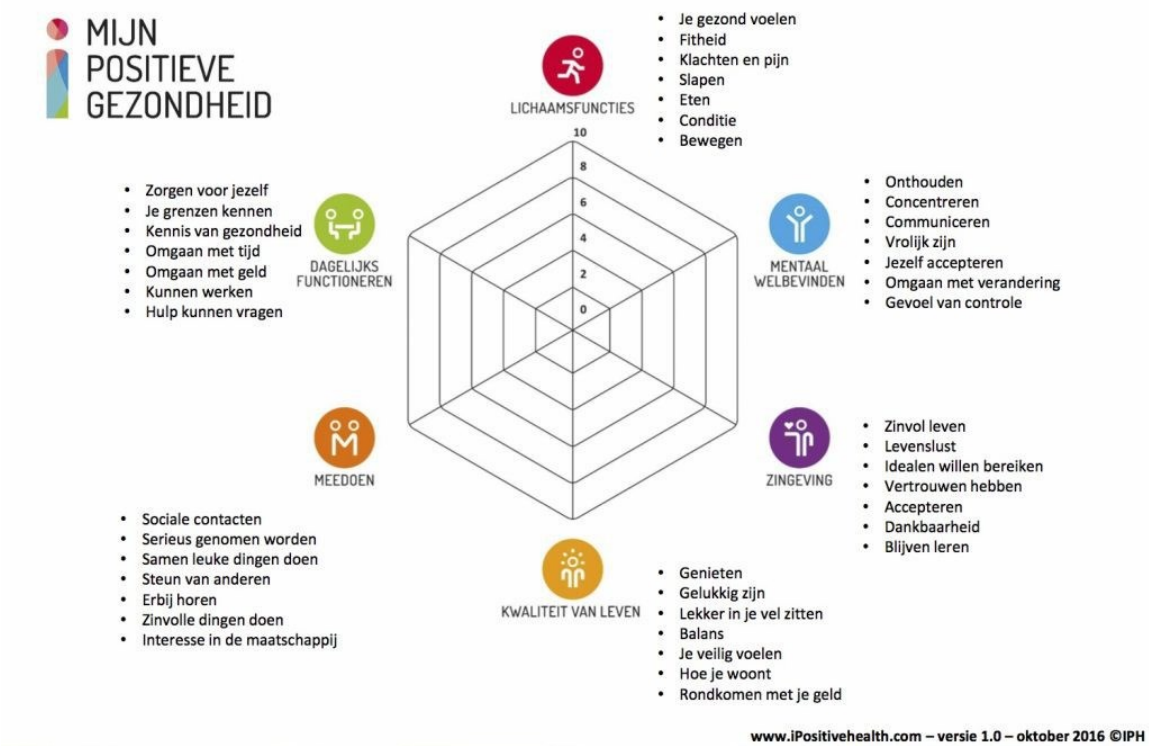
[1] In de resultatenhoofdstukken leest u tegen welke grensgevallen en kwesties we met deze afbakening opliepen en in de slotbeschouwing evalueren we deze en formuleren aandachtspunten voor verbetering.

ondersteuning'. Omdat de opdracht was om de effecten op *Positieve gezondheid* in kaart te brengen, is ook dit begrip bij de afbakening betrokken. Culturele interventies kunnen verschillende effecten teweeg brengen. In deze studie gaat het alleen om de effecten op *Positieve gezondheid*.

Positieve gezondheid

Kwaliteit van leven is een veelomvattend begrip. In deze studie is gekozen voor het begrip *Positieve gezondheid*. *Positieve gezondheid* is gedefinieerd als: het vermogen van mensen zich aan te passen en zelf de regie te voeren over de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Er worden zes hoofddimensies onderscheiden: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie, dagelijks functioneren en zingeving (Huber et al 2016, zie figuur).

Figuur 1.2 Operationalisering van '*Positieve gezondheid*'



Interventies

Ten slotte was er het begrip 'interventie' dat het te bestuderen veld inkaderde. Het begrip 'interventie' komt uit de wereld van zorg en ondersteuning en wordt in de culturele wereld zelden gebruikt. Een interventie wordt gekenmerkt door een plan, een doelgroep en een product.

Deze vier elementen combinerend is de opdracht gepreciseerd als: het in kaart brengen van 'culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning gericht op de *Positieve gezondheid*'. In het vervolg van dit rapport *culturele interventies* genoemd.

1.4.1 Definitie van culturele interventie

In dit onderzoek definiëren we een culturele interventie als een planmatig project door een kunst- of cultuurprofessional en een zorg- of welzijnsprofessional met een groep personen die langer dan een jaar zorg en ondersteuning (gaan) ontvangen met als doel de Positieve gezondheid te bevorderen.

Deze definitie is als volgt werkbaar gemaakt voor de inventarisatie van projecten en onderzoek aan de hand van de volgende inclusie- en exclusiecriteria:

1. De interventie omschrijft een plan, een doelgroep en een doel voor een of meer aspecten van *Positieve gezondheid*.
2. De doelgroep bestaat uit personen die een jaar lang zorg en ondersteuning (gaan) ontvangen van ten minste één professionele zorg- of welzijnsprofessional.
3. De interventie is ontwikkeld en/of uitgevoerd door ten minste een professionele kunstenaar, die een kunstopleiding heeft gevolgd of autodidact is en met kunstuitoefening een substantieel deel van zijn/haar inkomen verdient.

Deze afbakening is in een aantal stappen tot stand gekomen.

- Ten eerste heeft de ZonMw-commissie een eerste globale afbakening gemaakt in haar notitie ‘Kennisontwikkeling Cultuur en Zorg.’ (ZonMw 2016).
- Vervolgens heeft de onderzoeksgroep deze afbakening in een eerste voorstel van het onderzoeksproject geoperationaliseerd ten behoeve van het veldwerk.
- Deze operationalisering is vervolgens besproken en vastgesteld in overleg tussen ZonMw en de onderzoeksgroep.
- Tot slot is de afbakening voorgelegd aan en besproken met stakeholders tijdens de eerste stakeholdersbijeenkomst (zie hoofdstuk 4). Daar is de afbakening niet veranderd, maar zijn met name opmerkingen en kritische kanttekeningen opgehaald. De stakeholders gaven hun goedkeuring aan deze afbakening voor het komende onderzoek en gaven aan waar de afbakening in het veldwerk zou kunnen gaan schuren.

Vervolgens zijn we formeel gestart met het veldonderzoek, bestaande uit het literatuuronderzoek en de inventarisatiestudie.

Er was vanaf het begin veel discussie over de afbakening en het was ook duidelijk dat we die niet volledig zouden kunnen dichttimmeren. We zijn aan de slag gegaan met deze afbakening met als nevendoel om te kijken of deze zou werken en tegen welke grenzen en dilemma’s we zouden aanlopen. Daarom komen we in de slotbeschouwing ook terug op een aantal kwesties. Deze kwesties sommen we hier alvast op met een korte verantwoording van de keuzes die we hebben gemaakt om met het veldonderzoek te kunnen beginnen. Deze keuzes kunnen na afloop van het onderzoek vanzelfsprekend weer aan de orde gesteld worden bij het bepalen van de kennisagenda.

Overwegingen en keuzes vooraf:

- Het primaire doel is een meetbare bijdrage aan de *Positieve gezondheid*. Een secundair doel is artistieke groei door de kunstenaar of deelnemers.
- De interventie kan een product opleveren, echter het proces is leidend.

- We hanteren een brede definitie van professionele kunstenaar: een kunstenaar moet ofwel de opleiding hebben (kunstvakopleiding, kunstdocentopleiding), of geld verdienen met kunst. Het kan dan dus ook een autodidact zijn die er geld mee verdient of een vrijwilliger met een kunstopleiding.
- Op aanwijzing van de ZonMw-commissie sluiten we vaktherapie voorlopig uit. De praktijk van vaktherapie is al in kaart gebracht (zie bijv. https://www.vaktherapie.nl/). We komen hierop terug in de slotbeschouwing (hoofdstuk 5).
- Receptieve deelname zoals het kijken naar kunst op televisie wordt niet meegenomen. De voorstelling moet live zijn.

1.5 Opbouw van het rapport

De drie centrale vragen van de kennissynthese zijn onderzocht met een *mixed methods*-aanpak waarbij het gebruik van 'harde' informatiebronnen zoals wetenschappelijke databanken wordt gecombineerd met de verzameling van kennis van stakeholders, experts en 'grijze' bronnen zoals het internet, vakliteratuur en kennisportals.

Vraag 1 wordt in hoofdstuk 2 beantwoord, voornamelijk door middel van de inventarisatiestudie (ZonMw 2016), met aanvullingen uit het literatuuronderzoek en de stakeholdersbijeenkomsten.

Vraag 2 beantwoorden we in hoofdstuk 3 door middel van een literatuurreview, met aanvullingen uit de inventarisatiestudie en stakeholdersbijeenkomsten.

Vraag 3 staat centraal in hoofdstuk 4 over de stakeholdersbijeenkomsten waar de resultaten van de inventarisatiestudie en het literatuuronderzoek werden gepresenteerd en bediscussieerd.

In het slothoofdstuk wordt een synthese tussen de resultaten van de drie veldstudies gemaakt en algemene conclusies getrokken. Op grond van de conclusies worden aanbevelingen gedaan met het oog op de kennisagenda.

1.6 Literatuur

1. Bos, V. en van Kammen J. 2007 Kennissynthese; een handleiding. Den Haag en Woerden: ZonMw en NIGZ.
2. Commissie Cultuur en Zorg (2016). Kennisontwikkeling Cultuur en Zorg. Voorstel Kennissynthese. Den Haag, ZonMw, februari 2016
3. Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study – BMJ 2016

STICHTING PRA MUZIEKTHEATERPODUCTIES //SIMPEL VERLANGEN JORIS JAN BOS PHOTOGRAPHY©

STICHTING PRA MUZIEKTHEATERPRODUCTIES // SIMPEL VERLANGEN JORIS JAN BOS PHOTOGRAPHY©

2 Nationale inventarisatie

Saskia van Grinsven, Nada de Groot, Jan Willem van der Maat en Dieuwke Zwier

2.1 Inleiding

Tot nu toe is er weinig kennis verzameld over *culturele interventies* in Nederland. Er zijn vooral losse inventarisaties van verschillende partijen met praktijkvoorbeelden van specifieke doelgroepen, zoals ouderen. Ook de vorm van deze inventarisaties verschilt. Deze studie beoogt daarom de huidige praktijk en het beleid van *culturele interventies* systematisch in kaart te brengen. Dit is gedaan door middel van deskresearch en een kwalitatieve studie. De deskresearch omvat de analyse van beleidsdocumenten, projectplannen en andere relevante informatie; de kwalitatieve studie bestaat uit de analyse van de resultaten van de focusgroepen en telefonische interviews met stakeholders. Deze methoden zullen we in deze paragraaf verder toelichten.

De onderzoeksvraag die in deze studie centraal staat is:

Wat is de huidige praktijk en wat is het beleid rond culturele interventies in de Nederlandse langdurige zorg en ondersteuning?

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende deelvragen:

- Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen in beleid en praktijk van culturele interventies?
- Wie neemt met welk doel het initiatief voor culturele interventies?
- Welke culturele interventies worden op dit moment aangeboden, welke organisaties bieden deze interventies aan, en wie leveren deze interventies?
- Wat zijn de voornaamste doelgroepen van culturele interventies?
- Hoe worden culturele interventies gefinancierd?
- Wat zijn de succes- en faalfactoren in beleid en praktijk van culturele interventies?
- Wat zijn de ervaren effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid*?

2.1.1 Nadere afbakening

De afbakening die we in hoofdstuk 1 beschreven, riep tijdens het onderzoek soms vragen op. Twee voorbeelden:

1. Culturele interventies zijn niet altijd alleen gericht op mensen die langer dan een jaar zorg of ondersteuning ontvangen. Sommige interventies richten zich bijvoorbeeld ook op mantelzorgers en familieleden, of zowel op vitale ouderen als op ouderen met dementie. Culturele interventies waar mensen in de langdurige zorg tot de primaire doelgroep(en) behoren, hebben we opgenomen in deze inventarisatiestudie; wijkgerichte projecten waar mensen die langer dan een jaar

zorg of ondersteuning ontvangen aan kunnen deelnemen, maar die niet specifiek voor hen bedoeld zijn, zijn uitgesloten.

2. Het is niet altijd goed te beoordelen in hoeverre een professionele kunstenaar betrokken is bij de interventie. Het Onvergetelijk-programma (Stedelijk Museum en Van Abbemuseum) is een bekend voorbeeld van een culturele interventie, maar is tegelijkertijd een grensgeval binnen de definitie van dit onderzoek. Het programma, inclusief de rondleiding, is ontwikkeld door de educatieafdeling van beide musea en wordt uitgevoerd door (speciaal opgeleide) museumrondleiders, die soms een achtergrond als kunstenaar hebben, maar soms ook niet.

Bij 'grensgevallen' van de definitie is zorgvuldig beoordeeld of de interventie wel of niet in de inventarisatie wordt opgenomen.

2.2 Methoden

In deze inventarisatiestudie van *culturele interventies* hebben we gebruik gemaakt van verschillende methoden. De methoden voor de dataverzameling zijn (1) deskresearch naar beleidsdocumenten, projectplannen en aanvullende informatie en (2) focusgroepen, telefonische interviews en een uitvraag bij de stakeholdersbijeenkomsten.

De verzamelde informatie tijdens de deskresearch is verwerkt in twee overzichtstabellen (beleid en praktijk), zie bijlage B2.1 en B2.2. In deze paragraaf lichten we de gebruikte methoden toe.

Deskresearch

Een belangrijk deel van de inventarisatiestudie bestaat uit deskresearch naar literatuur op het gebied van culturele interventies in Nederland, waaronder beleidsdocumenten, publicaties met informatie over beleid, projectplannen van culturele interventies en een andere relevante informatie.

Dataverwerking

Bij het verwerken van de informatie van de deskresearch is gebruik gemaakt van twee overzichtstabellen: beleid en praktijk.

De beleidstabel geeft een overzicht van wie op welk moment en met welke doelstelling(en) het initiatief neemt voor beleid op het gebied van culturele interventies. De stakeholders zijn verticaal gesorteerd op niveau en op sector.

De praktijktabel brengt in kaart: (1) welke culturele interventies op dit moment in Nederland worden aangeboden; (2) de voornaamste doelgroepen en doelstellingen van culturele interventies; (3) waar deze culturele interventies worden aangeboden (organisaties) en wie deze interventies leveren; (4) de wijze van financiering van culturele interventies. In beide tabellen zijn bronnen in een aparte kolom opgenomen (zie bijlagen).

Zoekstrategie

De gebruikte zoekstrategie is een combinatie van enerzijds zoeken op trefwoorden in zoekmachines en op websites van stakeholders en anderzijds zoeken via de 'sneeuwbalmethode'. De sneeuwbalmethode houdt in dat we de referenties in gevonden sleuteldocumenten hebben doorzocht op nieuwe relevante documenten. Eerdere publicaties van de onderzoekpartners, zoals de *Inspiratiegids voor lokaal beleid* (LKCA, 2016), de *Handleiding lokaal beleid ouderen en cultuur* (LKCA, 2016), de *Transformatieagenda Kunst en cultuur met zorg en welzijn* (Actiz, Hogeschool voor de Kunsten Utrecht, Movisie & Viatore, 2017) en *Cinema Senior* (Movisie), vormen belangrijke vindplaatsen voor culturele interventies en stakeholders die actief zijn op dit terrein. Andere vindplaatsen voor culturele interventies en beleidsstukken zijn bijvoorbeeld het meerjarenprogramma *Lang Leve Kunst* (2013-2017), de stimuleringsregeling *The Art of Impact* (2015-2016) en het inspiratiemagazine *Who Cares* (bkkc, 2016).

Ook de suggesties van stakeholders tijdens de consultatiebijeenkomsten en focusgroepen zijn we nagegaan en dienden als vindplaatsen voor nieuwe referenties. Daarnaast zijn de websites van de uitgenodigde stakeholders voor de consultatiebijeenkomsten en focusgroepen doorzocht op beleidsstukken of projectplannen op het gebied van culturele interventies. Op websites van zorginstellingen is hierbij gebruik gemaakt van zoektermen als ´cultuur´, ´cultureel´ en ´kunst´. Op websites van culturele instellingen is gebruik gemaakt van zoektermen als ´(langdurige) zorg´, ´gezond(heid)´, ´welzijn´, ´welbevinden´ en ´kwaliteit van leven´. Tot slot hebben we gezocht via zoekmachines (*Google*) met vergelijkbare zoektermen, toegespitst op de verschillende sectoren.

Focusgroepen

Tijdens deze inventarisatiestudie zijn drie focusgroepen georganiseerd. Aan iedere focusgroep namen acht tot tien stakeholders deel uit verschillende sectoren en organisaties, waaronder overheidsinstellingen (gemeenten), culturele instellingen en zelfstandige kunstenaars, zorgorganisaties, een patiëntenfederatie en een cliënt (zie bijlagen). Hierbij is gestreefd naar een evenredige verdeling van deelnemers uit de verschillende sectoren tijdens iedere bijeenkomst. De deelnemers zijn uitgenodigd op persoonlijke titel en geselecteerd uit enerzijds het professionele netwerk van het onderzoeksteam en anderzijds door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode. Suggesties door deelnemers van de eerste stakeholderbijeenkomst en de focusgroepen zijn meegenomen om deelnemers voor de volgende focusgroepen uit te nodigen.

De eerste focusgroep was vooral gericht op stakeholders op mesoniveau (beleid). In de tweede focusgroep waren zowel deelnemers met beleidsfuncties als deelnemers uit de praktijk aanwezig. In de derde focusgroep zaten vooral deelnemers uit de praktijk (microniveau).

De drie focusgroepen hadden een vergelijkbare, semigestructureerde opzet. De focusgroepen zijn met name gebruikt om de succes- en faalfactoren van culturele interventies in kaart te brengen.

Daarnaast is onder andere informatie verzameld over ontwikkelingen en gewenste ontwikkelrichtingen in beleid en praktijk. Op basis van een kwalitatieve analyse van de uitgebreide schriftelijke verslagen van de focusgroepen (en van de telefonische interviews), zijn verschillende categorieën succes- en faalfactoren onderscheiden. Daarnaast zijn door de deelnemers genoemde culturele interventies, beleidsstukken en stakeholders nagezocht en (mogelijk) opgenomen in de overzichtstabellen van de deskresearch.

Telefonische interviews en externe bezoeken

Naast de focusgroepen zijn acht semigestructureerde telefonische interviews gehouden met stakeholders op het gebied van culturele interventies[2]. De respondenten voor de interviews zijn professionele kunstenaars en beleidsmedewerkers van culturele instellingen, een ziekenhuis, een welzijnsinstelling, een zorgkantoor en een GGD[3]. Tijdens de semigestructureerde interviews kwamen dezelfde onderwerpen aan bod als tijdens de focusgroepen. Vooraf zijn hiervoor topiclijsten opgesteld.

Daarnaast zijn gesprekken gevoerd en is aanvullende informatie opgevraagd bij een grote Nederlandse zorgverzekeraar. Eveneens bij twee ouderenfondsen die een prominente rol hebben bij de financiering van culturele interventies. Tot slot is een bezoek gebracht aan drie culturele interventies: Tuintekeningen (Lotte van Laatum en AxionContinu), Onvergetelijk Stedelijk en De Werkplaats (Boogh Afasiecentrum Utrecht). Om cliënten meer bij dit onderzoekstraject te betrekken, hebben we de deelnemers van deze drie culturele interventies gesproken. De schriftelijke verslagen van deze bezoeken zijn onder andere gebruikt bij de casusbeschrijvingen in de rapportage.

Uitvraag stakeholderbijeenkomsten

In de loop van het onderzoekstraject zijn twee consultatiebijeenkomsten met stakeholders georganiseerd (zie hoofdstuk 4). Tijdens de eerste stakeholderbijeenkomst is aan de deelnemers gevraagd om ons op de hoogte te brengen van praktijk- en beleidsontwikkelingen, belangrijke beleidsdocumenten en goede praktijkvoorbeelden. Tijdens de tweede stakeholderbijeenkomst zijn de conceptresultaten aan de deelnemers gepresenteerd en extern getoetst. Ter validering van de eerste onderzoeksresultaten is aan de deelnemers gevraagd wat hun opvalt en wat er volgens hen mist bij deze resultaten. Alle suggesties van de stakeholders tijdens en na beide bijeenkomsten zijn nagezocht en

[2] Twee van deze interviews zijn niet telefonisch, maar op locatie uitgevoerd.

[3] Ondanks onze uitnodigingen voor telefonische interviews is het niet gelukt om een patiëntenorganisatie te spreken te krijgen. Tijdens de desk research is wel gezocht naar beschikbaar beleid van patiëntenverenigingen op het gebied van culturele interventies. Omdat ook welzijnsorganisaties moeilijk bereikbaar waren, is een oproep uitgezet bij Sociaal Werk Nederland voor aanvullende informatie en beleidsstukken. De respons was helaas laag.

verwerkt in deze inventarisatie. Hoofdstuk 4 rapporteert meer in detail over de inhoudelijke bevindingen van de stakeholderbijeenkomsten.

Beperkingen van deze inventarisatie

Door het tijdsbestek van dit onderzoek en de gebruikte zoekstrategie is deze inventarisatie niet uitputtend. Een gevolg van de toegepaste zoekstrategie bij de deskresearch is dat deze inventarisatiestudie zich primair richt op openbare informatie. Indien informatie over het beleid van een organisatie of de bijbehorende beleidsstukken niet via een zoekmachine of via de website van de organisatie vindbaar zijn, dan is deze organisatie niet opgenomen in de tabel. Als een organisatie niet opgenomen is in de beleidstabel, kan dus niet met zekerheid geconcludeerd worden dat deze organisatie geen beleid heeft op het gebied van culturele interventies. De meeste organisaties met (structureel) beleid op het gebied van culturele interventies communiceren hierover in nieuwsberichten. Door het vergelijken van de praktijk- en beleidstabel en het meenemen van suggesties uit de stakeholderbijeenkomsten, focusgroepen en interviews, hebben we de kans geminimaliseerd dat organisaties met een structureel beleid op culturele interventies niet opgenomen zijn in deze inventarisatie.

Daarnaast is deze inventarisatie niet volledig representatief voor de inzet van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning gericht op *Positieve gezondheid* in Nederland. Gegeven de omvang en het tijdsbestek van dit onderzoeksproject is het niet mogelijk om alle culturele interventies in Nederland in de praktijktabel op te nemen, om alle beleidsstukken van de bijna 400 Nederlandse gemeenten te analyseren, of om meer telefonische interviews af te nemen of focusgroepen te organiseren. Een van de doelstellingen van deze inventarisatie is om de diversiteit in de praktijk van culturele interventies in beeld te brengen. Daarom hebben we ervoor gekozen om soms expliciet te zoeken naar culturele interventies voor bepaalde ondervertegenwoordigde doelgroepen, en om niet alle culturele interventies voor doelgroepen die sterk vertegenwoordigd zijn op te nemen in de praktijktabel. De overzichtstabellen kunnen beschouwd worden als een eerste verkenning. Voor een volledig overzicht is vervolgonderzoek noodzakelijk.

2.3 Beleidsontwikkelingen en huidige stand van zaken

Beleid op verschillende terreinen en niveaus heeft de afgelopen jaren gewerkt als aanjager van *culturele interventies*. In deze paragraaf schetsen we de stand van zaken en de ontwikkelingen in het beleid in de domeinen kunst, cultuur, zorg en welzijn. We hebben gekeken naar beleid op nationaal, provinciaal en gemeentelijk niveau, maar ook naar het beleid binnen organisaties in de cultuur- en zorgsector.

2.3.1 Algemene beleidsontwikkelingen in het culturele domein

Op nationaal niveau hebben de afgelopen jaren veel ontwikkelingen plaatsgevonden in het cultuurbeleid, zoals de verkleining van de culturele basisinfrastructuur. De algemene beleidsontwikkelingen die hieronder toegelicht worden, werken door op het beleid van provincies en gemeenten en van culturele instellingen.

Bezuinigingen

De afgelopen jaren is op Rijksniveau fors bezuinigd op cultuur. In 2011 presenteerde Halbe Zijlstra, staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) in het kabinet Rutte I, zijn visie om de cultuursector minder afhankelijk te maken van overheidssubsidies. De culturele basisinfrastructuur, oftewel de culturele instellingen die een directe vierjarige subsidie van het rijk ontvangen, moest verkleinen in omvang. Marktwerking, ondernemerschap en innovatie werden gestimuleerd. Dit plan omvatte daarom bezuinigingen van € 200 miljoen, waarvan circa € 125 miljoen op de culturele basisinfrastructuur[4]. Als reactie op deze bezuinigingen op de overheidsbijdrage aan cultuur, besteedt de huidige (demissionair) minister van OCW van kabinet Rutte II – Jet Bussemaker – in haar cultuurbeleid veel aandacht aan de waarde van cultuur en creativiteit bij de aanpak van maatschappelijke vraagstukken op het gebied van onder andere zorg en vergrijzing[5].

Kunst als middel

Ruim voor de bezuinigingen op cultuur hun beslag kregen was er in de zorgsector al behoefte aan innovatie en zagen we tegelijk in de cultuursector de behoefte groeien om maatschappelijk van betekenis te zijn , zowel bij pas afgestudeerden van kunstopleidingen, als bij bestaande culturele initiatieven. Sinds 2006 gingen meer en meer kunstorganisaties zich inzetten voor het leveren van een bijdrage aan maatschappelijke kwesties, zoals bijvoorbeeld de vergrijzing. Ook de community art labs kwamen op in die periode. In 2010 werd bijvoorbeeld CAL XL ingericht, een platform waar vertegenwoordigers van verschillende sectoren in plaatsnamen. De overheidsbezuinigingen op cultuur en de verkleinde culturele basisinfrastructuur stimuleerden ook de aandacht voor de maatschappelijke functie van kunst en cultuur binnen het culturele domein. Kunst en cultuur worden in toenemende mate erkend en ingezet als 'middel' om een maatschappelijk doel te bereiken. Hierdoor gaan kunstenaars meer interdisciplinaire samenwerkingen aan. Deze ontwikkelingen werden door het ministerie van OCW van extra impulsen voorzien, wat bijvoorbeeld is terug te zien in het stimulerings- en onderzoeksprogramma The Art of Impact (2015-2016). Dit programma, ontwikkeld door zes landelijke cultuurfondsen[6] in opdracht van het ministerie van OCW, is gericht op de ondersteuning van kunstprojecten met een duidelijke impact op een maatschappelijk

[4] Zie kamerbrief *Meer dan Kwaliteit: Een nieuwe visie op cultuurbeleid* (Halbe Zijlstra, 10 juni 2011).
[5] Zie kamerbrieven *Cultuur beweegt: de betekenis van cultuur in een veranderende samenleving* (Jet Bussemaker, 10 juni 2013) en *Cultuur verbindt: een ruime blik op cultuurbeleid* (Jet Bussemaker, 8 juli 2014).
[6] Fonds Podiumkunsten, Stimuleringsfonds Creatieve Industrie, Mondriaan Fonds, Nederlands Letterenfonds, Fonds voor Cultuurparticipatie en Nederlands Filmfonds.

thema. Een van deze thema's is gezondheid. Via *The Art of Impact* zijn diverse culturele interventies geïnitieerd en gefinancierd. Tegelijkertijd is kunst als 'middel' voor velen nog niet vanzelfsprekend: kunst wordt vaak nog gezien als iets dat op zichzelf staat en alleen gewaardeerd moet worden om de artistieke waarde: kunst als doel.

Stimulering van cultuurparticipatie onder kwetsbare doelgroepen

Met deze ontwikkelingen in het culturele domein vindt tegelijkertijd een verbreding plaats van de financiering van kunst met een grote 'K' naar de stimulering van cultuurparticipatie onder de gehele bevolking, in het bijzonder moeilijk bereikbare doelgroepen. Het Fonds voor Cultuurparticipatie, dat volledig gefinancierd wordt door het ministerie van OCW, is bijvoorbeeld in 2009 opgericht voor de stimulering van actieve cultuurdeelname in Nederland.

In dit kader is er vooral veel aandacht voor (kwetsbare) ouderen, waaronder ouderen met dementie. Dit wordt onder andere geïllustreerd door het nationale meerjarenprogramma *Lang Leve Kunst (LLK)* (2013-2016). LLK is geïnitieerd door Stichting RCOAK, Fonds Sluyterman van Loo, VSBfonds, LKCA en Fonds voor Cultuurparticipatie. De basis van dit programma – het convenant *Ouderen en Cultuur* – is naast de initiatiefnemers ondertekend door de ministeries van OCW en VWS en Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV). LLK is gericht op de stimulering van cultuurparticipatie onder ouderen en het verminderen van de kloof tussen de beleidsterreinen kunst & cultuur en zorg & welzijn. De achterliggende gedachte is dat cultuurparticipatie een positief effect heeft op het welbevinden en de kwaliteit van leven van ouderen en kan leiden tot een afname van hun zorg- of ondersteuningsbehoeften. Net als bij *The Art of Impact* wordt een instrumenteel karakter aan kunst en cultuur toegekend. De LLK-partners hebben verschillende taken. De ministeries OCW en VWS dragen bij via werkbezoeken conferenties en kamerbrieven; de private fondsen (Fonds Sluyterman van Loo, Stichting RCOAK en VSBfonds) en het Fonds voor Cultuurparticipatie hebben themaprogramma's of programmalijnen, en LKCA is penvoerder en organiseert samen met NOV werkconferenties om de vorming van netwerken van betrokken instellingen uit verschillende sectoren te stimuleren.

Lang Leve Kunst heeft geleid tot meer aandacht voor het belang van cultuurparticipatie voor (kwetsbare) ouderen. De stimulering van cultuurparticipatie bij andere kwetsbare doelgroepen, zoals verstandelijk beperkten en mensen met een GGZ-achtergrond, krijgt momenteel minder aandacht van beleidsmakers. Dit vertaalt zich in de praktijk in beperkte financieringsmogelijkheden voor, en een beperkt aanbod van, culturele interventies gericht op andere doelgroepen dan ouderen.

2.3.2 Algemene beleidsontwikkelingen in zorg en ondersteuning

Op nationaal niveau is ook in de zorg en ondersteuning de afgelopen jaren veel veranderd. Met name de hervorming van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) per 1 januari 2015 heeft belangrijke gevolgen gehad voor mogelijk beleid voor cultuur in de langdurige zorg. Per 1 januari 2015 zijn onderdelen van de AWBZ ondergebracht bij de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Jeugdwet. Gemeenten hebben hierdoor binnen het sociale domein[7] meer verantwoordelijkheden gekregen.

Binnen deze (hervormde) wettelijke bepalingen ligt soms ruimte voor culturele interventies. Toch is er momenteel binnen het zorgdomein weinig beleid te vinden dat gericht is op het stimuleren van culturele interventies. Tegelijkertijd komt er de laatste jaren meer aandacht voor vraagstukken omtrent zingeving en innovatie in de zorg, zoals in een brede definitie van *Positieve gezondheid* (Huber et al 2016). Dit wordt bijvoorbeeld geïllustreerd in het rapport *De mens centraal. ZonMw-signalement over Zingeving in zorg* (ZonMw, 2016), dat uitgebracht is om zingevingsvraagstukken een extra impuls te geven en kennisontwikkeling te stimuleren. Als dit gedachtegoed in de komende jaren breder verspreid wordt in het zorgdomein, biedt dit wellicht aanknopingspunten voor faciliterend beleid op het gebied van culturele interventies.

Inkoopbeleid Wet langdurige zorg (Wlz) en zorgkantoren

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt de zorg voor cliënten die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben vanwege ouderdom, (chronische) ziekten, lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperkingen of langdurige psychiatrische problematiek, zowel intramuraal als extramuraal. De regionale inkoop van de Wlz valt onder de verantwoordelijkheid van zorgkantoren. Nederland is verdeeld in 31 zorgkantoorregio's. De regionale zorgkantoren zijn nauw gelieerd aan de grootste zorgverzekeraar binnen de regio. Het rijk verdeelt het budget vanuit de Wlz over de zorgkantoren en de nationale inkoopkaders voor de drie sectoren – Verpleging & Verzorging (VV), Gehandicaptenzorg (GZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) – worden per regio vervolgens verder gespecificeerd.

In het landelijk inkoopkader van de Wlz (2016 en 2017) is geen specifiek beleid opgenomen om culturele interventies te stimuleren. Alleen zorgprestaties die door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) zijn vastgesteld, kunnen gefinancierd worden. Desondanks konden culturele interventies de afgelopen jaren soms gefinancierd worden uit de Wlz, ofwel in het kader van dagbesteding en vrijetijdsbesteding, ofwel via de tariefopslag. Binnen de sector Verpleging & Verzorging stelt het ministerie van VWS via het programma *Waardigheid & Trots* (2016-2020) extra middelen beschikbaar voor zinvolle dagbestedingen en het versterken van de deskundigheid van het zorgpersoneel in verzorgingstehuizen. Met deze middelen kunnen verzorgingstehuizen onder andere culturele instellingen inhuren en

[7] Met de term 'sociale domein' wordt in dit onderzoek verwezen naar alle taken van de gemeente in de zorg voor en ondersteuning aan inwoners, op basis van de Wmo, de Participatiewet en de Jeugdwet.

culturele interventies financieren. Binnen het landelijke inkoopkader van alle drie de sectoren is 'persoonsgerichte zorg' een van de centrale doelstellingen. Keuzemogelijkheden en keuzevrijheid binnen de dagbesteding worden daarom belangrijk geacht. De NZa geeft als criterium onder andere mee dat dagbesteding een zinvolle, structurele tijdsbesteding moet zijn met een welomschreven doel, maar binnen het inkoopkader wordt geen invulling gegeven aan de specifieke inhoud van de dagactiviteiten. Het is dus deels afhankelijk van zorgaanbieders zelf of zij zich sterk maken om culturele activiteiten binnen de dagbesteding en vrijetijdsbesteding aan te kunnen bieden, en hoe structureel ze dit doen[8].
Daarnaast wordt voor de financiering van culturele interventies incidenteel de opslag op het basistarief van maximaal 3 procent gebruikt. Deze opslag kunnen zorgaanbieders door middel van een ontwikkelplan bij het zorgkantoor aanvragen en is bedoeld voor (cliëntgerichte) innovatie in de zorg. Volgens een aantal van onze respondenten komen culturele interventies hier echter niet vaak voor in aanmerking, omdat zij volgens zorgkantoren niet voldoende wetenschappelijk bewezen zijn en/of omdat zorgaanbieders niet bij het zorgkantoor kunnen aantonen dat het geld dat besteed wordt aan deze interventies direct bijdraagt aan het welzijn van cliënten. Bovendien vervalt het werken met ontwikkelplannen en de daaraan gekoppelde tariefopslag in het nieuwe landelijke inkoopkader van de Wlz in 2018; het tariefpercentage zal voortaan regionaal worden vastgesteld[9].

Inkoopbeleid Zorgverzekeringswet (Zvw) en zorgverzekeraars

In de Zorgverzekeringswet (Zwv) staat dat iedereen die in Nederland woont of werkt verplicht een basisverzekering moet hebben. Een deel van de zorg die eerst onder de AWBZ viel, zoals extramurale verpleging en persoonlijke verzorging, valt sinds 1 januari 2015 onder de Zvw. In Nederland zijn negen zorgconcerns, waaronder verschillende verzekeraars, labels en volmachten vallen. De vier grootste zorgconcerns zijn Achmea (o.a. Zilveren Kruis), VGZ, CZ en Menzis. Tijdens de analyse van de inkoopkaders van de grootste zorgverzekeraars in Nederland zijn geen zorgverzekeraars gevonden die momenteel een structureel beleid voeren om culturele interventies te stimuleren. Wel hebben enkele zorgverzekeraars een visie en beleid waarin welbevinden een prominente rol heeft. Dit creëert ruimte voor de inzet van culturele interventies.

Decentralisatie van de Wmo en de Jeugdwet

Vanaf 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de (extramurale) ondersteuning en begeleiding vanuit de Wmo en de jeugdzorg. Binnen de nieuwe Jeugdwet dragen gemeenten niet meer alleen de verantwoordelijkheid voor preventieve jeugdhulp en lichte

[8] Ook bij culturele interventies binnen de dagbesteding is externe financiering van fondsen en andere subsidieverstrekkers vaak noodzakelijk, omdat het budget voor dagbesteding verdeeld moet worden over diverse activiteiten en evenementen en er bij zorginstellingen over het algemeen geen apart budget voor kunst en cultuur geoormerkt is (zie paragraaf 2.3.3.).

[9] Zie *Samen waarde toevoegen voor klanten. Inkoopkader Wet langdurige zorg 2018-2020 voor bestaande aanbieders* (Zorgverzekeraars Nederland, 1 juni 2017) en *Samen waarde toevoegen voor klanten. Inkoopkader Wet langdurige zorg 2018 voor nieuwe zorgaanbieders* (Zorgverzekeraars Nederland, 1 juni 2017).

hulpverlening, maar voor alle jeugdhulp, inclusief gesloten jeugdzorg, jeugdreclassering, jeugdbescherming, jeugd-GGZ en jeugd-LVB (licht verstandelijke beperkten). De Wmo omvat ondersteuning, begeleiding en dagbesteding van mensen die thuis wonen maar niet volledig zelfredzaam zijn. Het achterliggende doel van de Wmo is dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en blijven participeren in de samenleving. Culturele interventies binnen vormen van dag- en vrijetijdsbesteding kunnen soms (gedeeltelijk) uit de Wmo gefinancierd worden, indien deelnemers een Wmo-indicatie hebben.

Gemeenten hebben door deze decentralisaties te maken gekregen met nieuwe doelgroepen met een zwaardere zorg- en ondersteuningsvraag. Tegelijkertijd is circa 25 procent bezuinigd op extramurale ondersteuning. Deze hervormingen vereisen dat gemeenten inhoudelijk vernieuwen en nieuwe afspraken maken met (zorg)aanbieders en maatschappelijke organisaties. Daarnaast is een meer integrale aanpak door gemeenten nodig. Een aantal gemeenteambtenaren gaf tijdens de focusgroepen aan dat er door deze transformatieopdracht meer kansen ontstaan voor kunst- en cultuurprojecten voor kwetsbare doelgroepen binnen gemeenten. Aan de andere kant is het volgens hen lastig om middelen voor kunst, cultuur of innovatie vrij te krijgen in het inkoopbeleid van de Wmo. Dit komt onder andere doordat de Wmo vaak regionaal wordt ingekocht, doordat het belang van culturele interventies niet breed gedragen wordt binnen alle gemeenten en binnen verschillende afdelingen van dezelfde gemeente, en doordat beleidsvoorstellen anders ‘vertaald’ kunnen worden in het inkoopbeleid.

2.3.3 Beleid specifiek gericht op de inzet van culturele interventies in zorg en ondersteuning

De besproken algemene beleidsontwikkelingen in het culturele domein en het domein van de zorg en ondersteuning hebben invloed op beleid dat specifiek gericht is op de inzet van culturele interventies in zorg en ondersteuning. We maken onderscheid tussen provinciaal beleid, gemeentelijk beleid, en beleid van culturele instellingen, zorginstellingen en welzijnsorganisaties.

Provinciaal beleid

Provincies verschillen in de mate waarin ze samenwerking faciliteren en stimuleren tussen de wereld van kunst en cultuur en de wereld van zorg en welzijn. De provincies Noord-Brabant, Gelderland, Drenthe, Groningen en Friesland stimuleren binnen hun cultuurbeleid expliciet deze integrale samenwerking.

Noord-Brabant heeft na de cultuurbezuinigingen op rijksniveau een impulsgeldenregeling (2013-2016) geïntroduceerd. Deze regeling was gericht op innovatie en versterking van de culturele infrastructuur en stimuleert de samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen, zoals zorg, educatie, natuur en samenleving. Dit impulsgeldenprogramma is voortgezet in de huidige termijn (2017-2020) en wordt uitgevoerd door de culturele

intermediair Brabants kenniscentrum kunst en cultuur (bkkc), in samenwerking met Kunstbalie en Erfgoed Brabant.

Ook in Gelderland stimuleert de provincie via een culturele intermediair integrale samenwerking: CultuurMij Oost heeft als Gelderse basisinstelling de provinciale opdracht om kunstenaars en culturele instellingen te betrekken bij actuele vraagstukken in onder andere zorg & welzijn.

Een voorbeeld van een samenwerking tussen verschillende provincies op dit terrein is *We the North* (2017-2020), een meerjarenprogramma in Drenthe, Groningen en Friesland (Fryslân), gericht op de ontwikkeling van de stedelijke regio Noord Nederland als cultureel samenhangend geheel en het verbinden van het culturele aanbod met maatschappelijke sectoren als welzijn, zorg en onderwijs. De projecten en stimuleringsregelingen binnen dit programma, zoals Art66 en Gekleurd Grijs, zijn specifiek gericht op de doelgroep ouderen. Provincie Friesland heeft hiernaast sinds 2016 een Kansenfonds binnen het departement *Sociaal beleid en Zorg,* waar onder andere culturele interventies in aanmerking komen voor subsidie.

Gemeentelijk beleid

Er lijken weinig gemeenten te zijn die structureel beleid hebben op het gebied van culturele interventies in de zorg en ondersteuning[10]. De meeste gemeenten met specifiek beleid op het gebied van kunst & cultuur in de zorg zijn gevonden via het programma *Age Friendly Cultural Cities* (Fonds voor Cultuurparticipatie), een onderdeel van *Lang Leve Kunst*. Dit programma is gericht op het stimuleren en verduurzamen van actieve cultuurparticipatie door ouderen, binnen zowel het cultuur- als Wmo-beleid. In 2016 vond de pilot plaats in de steden Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Leeuwarden en Maastricht. Het programma wordt de komende twee jaar voortgezet in Deventer, Doetinchem, Emmen, Groningen en Utrecht.

Diverse gemeenten in Nederland ondersteunen wel (incidenteel) culturele interventies in de rol van co-financier (zie praktijktabel). Culturele interventies kunnen bij gemeenten zowel gefinancierd worden vanuit het culturele domein als vanuit het sociale domein. Beleidsmedewerkers gaven tijdens de focusgroepen aan dat er ‘schotten’ bestaan tussen de beleidsafdelingen en financiële stromen van de domeinen kunst en cultuur en zorg en welzijn, waardoor het lastiger is om culturele interventies te stimuleren en te ondersteunen. De beleidsgebieden kunst en cultuur en zorg en welzijn zitten bijvoorbeeld niet altijd in de portefeuille van dezelfde wethouder. Verschillende Nederlandse gemeenten werken wel aan ‘ontschotting’, oftewel het verbinden van beleidsterreinen

[10] De bevindingen in deze subparagraaf geven een indicatie van gemeentelijk beleid in het algemeen op dit thema. Gegeven de omvang en het tijdsbestek van deze studie, is het niet mogelijk de beleidsstukken van alle Nederlandse gemeenten op te zoeken en te analyseren. De gemeenten die hier genoemd worden zijn dus voornamelijk gevonden via stimuleringsprogramma’s of suggesties van stakeholders.

en/of het maken van domeinoverstijgend beleid. In de gemeente Maastricht werken de afdelingen Welzijn en Zorg en Economie bijvoorbeeld samen en worden bepaalde culturele projecten vanuit het welzijnsbudget gefinancierd. Ook in de gemeente Emmen worden culturele projecten uit andere budgetten gefinancierd.[11]

Als gevolg van de transformaties in het sociale domein is er binnen diverse gemeenten wel interesse in culturele interventies, maar door de schotten tussen verschillende beleidsterreinen is het moeilijk om structureel beleid te maken.

Beleid van culturele instellingen

Diverse culturele instellingen stimuleren in hun beleid samenwerkingen tussen kunst en cultuur en de zorg en het sociale domein. Dit gebeurt lokaal, regionaal en nationaal.

Ten eerste zijn er culturele instellingen die op nationale schaal opereren, zoals Cultuur+Ondernemen. Deze organisatie ondersteunt culturele instellingen en zelfstandige kunstenaars om ondernemender te worden en werkt samen met overheden en fondsen om het maatschappelijke effect van hun cultuurbeleid te vergroten.

Ten tweede zijn er culturele instellingen die onder de provinciale infrastructuur vallen, zoals de net besproken culturele intermediairs bkkc (Noord-Brabant) en CultuurMij Oost (Gelderland). Deze instellingen vervullen de rol van intermediair tussen de wereld van kunst & cultuur en de wereld van zorg & welzijn of breder. En zij initiëren, organiseren en adviseren bij nieuwe culturele projecten. Hierbij wordt steeds meer de maatschappelijke waarde van kunst & cultuur benadrukt en cross-sectorale samenwerking gestimuleerd.

Ten derde zijn er op lokaal niveau stedelijke centra voor de kunsten en netwerkorganisaties, zoals Het Koorenhuis (Den Haag), De Lindenberg (Nijmegen), Tout Maastricht (Maastricht) en De Gruitpoort (Doetinchem). Deze culturele centra hebben vaak diverse projecten voor cultuureducatie en cultuurparticipatie, met name gericht op kwetsbare of moeilijk bereikbare doelgroepen zoals jongeren en ouderen. Culturele instellingen hebben soms ook samenwerkingsverbanden op lokaal niveau. Een voorbeeld hiervan is Platform Cultuur en Welzijn in Rotterdam, een initiatief van twintig culturele instellingen en zes zorg- en welzijnsinstellingen, dat cross-sectorale samenwerkingen onder de aandacht wil brengen en structureel gemeentelijk beleid op dit thema wil stimuleren. Via het themaprogramma *Lang Leve Kunst* hebben Stichting RCOAK en Fonds Sluyterman van Loo in de periode 2014-2016 negen professionals van lokale culturele instellingen benoemd als kwartiermaker. Zij initiëren kunstprojecten voor (kwetsbare) ouderen en proberen via de inrichting van een lokaal of regionaal netwerk de kloof tussen de wereld van kunst & cultuur en de wereld van zorg & welzijn te dichten.

[11] Zie: *Nooit te oud voor cultuur. Handreiking lokaal beleid ouderen en cultuur* (LKCA, 2016).

Ten slotte zijn er culturele stichtingen die geen faciliterende, ondersteunende, stimulerende en/of begeleidende taak hebben maar uitsluitend zijn opgericht om zelf culturele interventies te initiëren en uit te voeren. Aan deze organisaties zijn professionele kunstenaars verbonden; vaak zijn zij ook de initiatiefnemers van de stichting. Deze culturele stichtingen baseren hun gehele beleid en de uitvoering van hun culturele projecten op de cross-sectorale verbinding tussen cultuur en zorg. Voorbeelden hiervan zijn Care&Culture, Diva Dichtbij, PRA Muziektheater, Stichting Kunst in de Zorg en Het Danspaleis. Het verschil met individuele kunstenaars is dat deze culturele stichtingen een bestuur en/of een artistieke en zakelijke leiding hebben en vaak met een vaste methodiek op grotere schaal (regionaal of zelfs nationaal) werken. Individuele kunstenaars gaan op een meer lokaal niveau samenwerkingen met zorginstellingen aan.

Beleid van zorginstellingen

Op websites van zorginstellingen staan regelmatig nieuwsberichten over projecten of samenwerkingen op het gebied van kunst & cultuur. Maar slechts zelden hebben zij structureel beleid voor culturele interventies in de vorm van een visie, beleidsplan en/of een aparte coördinator kunst en cultuur. Binnen veel zorginstellingen valt het thema kunst & cultuur onder de activiteitenbegeleiding, vrijetijdsbesteding en/of dagbesteding. Of er activiteiten op het gebied van kunst en cultuur georganiseerd worden, is daardoor afhankelijk van de affiniteit die (zorg)professionals en vrijwilligers op de werkvloer met het thema hebben.

Enkele voorbeelden van zorgorganisaties met een meer structureel beleid op het gebied van kunst & cultuur zijn AxionContinu (Utrecht), Cordaan (Amsterdam, Diemen, Huizen, Nieuw-Vennep), Florence (Den Haag), Vitalis (Eindhoven) en Warande (Zeist). Deze zorgorganisaties hebben een aparte projectleider of (parttime) coördinator kunst en cultuur, besteden expliciet aandacht aan dit thema in beleidsdocumenten, en/of nemen zelf het initiatief voor de organisatie van culturele interventies in samenwerking met verschillende maatschappelijke partners (zie ook praktijktabel). Het Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch) besteedt veel aandacht aan kunst en cultuur om een *healing environment* te creëren voor patiënten, bezoekers en werknemers. Zij hebben een kunstcommissie die onder andere exposities, een audiovisuele tour door het ziekenhuis en *Artist in residence*-projecten organiseert.

Beleid op het gebied van kunst en cultuur binnen zorginstellingen is vaak afhankelijk van bestuurders die affiniteit hebben met het thema. Binnen de zorgwereld is het uitzonderlijk dat organisaties budget vrijmaken om een (parttime) functie te financieren die specifiek gericht is op het aanjagen van de inzet van kunst en cultuur. Ook zorgorganisaties met een meer structureel beleid hebben - naast de kosten voor een functionaris voor kunst en cultuur - vaak geen budget voor de organisatie van culturele interventies. Zorginstellingen zijn daarom meestal grotendeels afhankelijk van subsidies van fondsen (en gemeenten) om de financiering van culturele interventies rond te krijgen.

Beleid van welzijnsorganisaties
Er zijn geen welzijnsorganisaties in Nederland gevonden met een structureel beleid op het gebied van culturele interventies. Een aantal welzijnsorganisaties in Nederland is wel betrokken bij de organisatie van kunstzinnige projecten.

Welzijnsorganisaties Trajekt in Maastricht heeft bijvoorbeeld veel ervaring met *Community Art*-projecten. Deze projecten zijn vaak wijkgericht, preventief en niet uitsluitend gericht op mensen die langer dan een jaar zorg of ondersteuning ontvangen. Hoewel dikwijls kwetsbare doelgroepen aan deze projecten deelnemen, is lastig te beoordelen in hoeverre de doelgroep van *Community Art*- projecten valt binnen de afbakening van dit onderzoek.

Een ander voorbeeld van een welzijnsorganisatie die kunstzinnige activiteiten aanbiedt is Lumens in Eindhoven. Deze welzijnsorganisatie biedt jongeren bij Poppodium Dynamo een dynamische omgeving om via dans en muziek hun talenten te ontwikkelen en om meer grip op hun leven te krijgen. Ondanks dat deze lessen deels fungeren als preventief jeugdwerk, zijn de kunstactiviteiten zeker niet uitsluitend bedoeld voor jongeren die langer dan een jaar zorg of ondersteuning ontvangen.

Ook de welzijnsorganisatie Contour de Twern in Tilburg organiseert diverse culturele activiteiten, bijvoorbeeld in het kader van BuurtBühne en Cultuur & Beleef.

Welzijnsorganisaties spelen dus regelmatig een rol als partner of zelfs initiatiefnemer in de praktijk van culturele projecten, maar de doelgroep van deze culturele projecten sluit niet altijd aan bij de doelgroep van dit onderzoek. Daarbij zijn er geen welzijnsorganisaties gevonden met een specifiek, structureel beleid op dit thema.

2.4 Huidige praktijk van culturele interventies in Nederland
Net als in het beleid is er de laatste jaren in het aanbod van culturele interventies veel veranderd. Deze paragraaf schetst het beeld dat naar voren komt uit onze verkenning en de meest recente ontwikkelingen in het aanbod. De volledige resultaten van de verkenning zijn opgenomen in de praktijktabel (zie bijlage B2.1).

2.4.1 Type culturele interventies: aanbod en schaal
Het huidige aanbod van culturele interventies is zeer divers. Ten eerste zijn alle kunstdisciplines, waaronder podiumkunsten, beeldende kunst en design, in meer of mindere mate vertegenwoordigd in de praktijk van culturele interventies. Met name projecten binnen de podiumkunsten (muziek, theater, dans en zang) en de beeldende kunst, film en letteren komen vaak voor. Interventies (zoals afgebakend in ons onderzoek) binnen het domein architectuur, design en nieuwe media, die vaak gericht zijn op het creëren van een *healing environment*, komen relatief minder vaak voor.

Ten tweede loopt de schaalgrootte van culturele interventies sterk uiteen. Enerzijds zijn er lokale, kleinschalige en kortdurende projecten, die vaak verbonden zijn aan een specifieke locatie van een (zorg)organisatie. Anderzijds zijn er interventies op provinciale of zelfs nationale schaal. Sommige programma's zijn door succes op termijn verduurzaamd en uitgerold op grotere schaal. Voorbeelden hiervan zijn DivaDichtbij, het Danspaleis, Pramuziektheater, Onvergetelijk (Stedelijk Museum en Van Abbemuseum) en Kunst Maakt de Mens (Van Gogh Museum).

Ten derde schetst deze inventarisatie een beeld van de landelijke spreiding van culturele interventies. In Brabant en Gelderland vinden dankzij provinciale stimuleringsregelingen relatief veel culturele interventies plaats. Verder hebben programma's in het kader van *Lang Leve Kunst*, zoals de kwartiermakersregeling (Fonds Sluyterman van Loo & Stichting RCOAK) en *Age Friendly Cultural Cities* (Fonds voor Cultuurparticipatie), invloed op het aantal culturele interventies in bepaalde regio's. Via deze kwartiermakersregeling organiseren De Gruitpoort en Fit-Art in Gelderland bijvoorbeeld diverse culturele interventies voor ouderen.

Hoewel het beeld dat hier geschetst wordt niet uitputtend en volledig representatief is, lijken er meer culturele interventies te bestaan in regio's waar beleidsmatig meer aandacht is voor culturele interventies in de vorm van stimuleringsmaatregelen of themaprogramma's.

2.4.2 Doelstellingen

De doelstellingen van de culturele interventies – zoals omschreven door de initiatiefnemer(s) en/of uitvoerder(s) van de interventie – zijn ingedeeld bij een of meerdere van de zes hoofddimensies van het concept *Positieve gezondheid* (zie paragraaf 1.4). Niet alle culturele interventies zijn gemakkelijk in te delen in deze dimensies. Dit komt onder andere doordat projectdoelstellingen niet altijd even uitgebreid of expliciet omschreven staan, waardoor verschillende interpretaties mogelijk zijn.

Bij sommige interventies wordt bijvoorbeeld het bevorderen van cultuurparticipatie of het beleven van kunst en cultuur *an sich* als (primaire) doelstelling van de interventie omschreven; het effect van cultuurparticipatie op *Positieve gezondheid* wordt verondersteld, maar niet uitgewerkt en expliciet gemaakt. Hoewel het hierdoor lastig is absolute uitspraken te doen over de doelstellingen, biedt deze verkenning een aantal algemene bevindingen over de doelstellingen van culturele interventies in relatie tot het concept *Positieve gezondheid*.

Allereerst wordt in de doelomschrijvingen van interventies relatief weinig verwezen naar de dimensies 'lichaamsfuncties' en 'dagelijks functioneren'. Wel wordt vaak verwezen naar de dimensies 'kwaliteit van leven', 'sociaal-maatschappelijke participatie' en 'mentaal

welbevinden', gevolgd door 'zingeving'. Dit kan consequenties hebben, omdat verschillende stakeholders ook verschillende definities hanteren voor 'gezondheid'. Uit Huber's onderzoek (2016) blijkt dat de ondervraagde doelgroepen – cliënten, behandelaren, burgers, beleidsmakers, verzekeraars, public health actors en onderzoekers – vinden dat 'lichaamsfuncties' onderdeel zijn van gezondheid, terwijl de opvattingen over de andere dimensies uiteenlopen. Cliënten hebben het meest brede begrip van gezondheid, terwijl beleidsmakers, onderzoekers en verzekeraars een smaller en meer biomedisch georiënteerd begrip van gezondheid hebben: met name de sociaal-maatschappelijke participatie en de spirituele dimensie vallen hier snel buiten. Culturele interventies richten zich dus voor een belangrijk deel op dimensies van gezondheid die niet altijd binnen het huidige concept van gezondheid in de zorgwereld vallen.

Daarnaast zijn culturele interventies regelmatig niet uitsluitend gericht op de primaire groep deelnemers van de interventie, maar ook op de naaste omgeving van de deelnemers, (zorg)professionals, of (andere groepen in) de maatschappij. Culturele interventies voor ouderen met dementie hebben bijvoorbeeld vaak ook als doel het zoeken naar nieuwe manieren van contact met mantelzorgers en familieleden. Diverse culturele interventies hebben als doel om verschillende groepen in de samenleving samen te brengen. Of ze hebben als doel de maatschappelijke beeldvorming over de ziekte of de doelgroep te beïnvloeden door middel van kunst en cultuur.

2.4.3 Doelgroepen

De voornaamste doelgroep van het huidige aanbod van culturele interventies in de langdurige zorg bestaat uit kwetsbare ouderen. Dit is, zoals eerder beschreven, gedeeltelijk het gevolg van het nationale meerjarenprogramma *Lang Leve Kunst* (2013-2016). Circa twee derde van de interventies in de praktijktabel is bedoeld voor ouderen. Omdat een van de doelstellingen van deze inventarisatiestudie is om de diversiteit in het aanbod van culturele interventies in Nederland in kaart te brengen, zijn niet alle gevonden culturele interventies voor ouderen opgenomen in de overzichtstabel, en is expliciet gezocht naar interventies met een andere doelgroep. De (over)vertegenwoordiging van culturele interventies voor ouderen is daarom naar verwachting in werkelijkheid nog groter dan in deze inventarisatie. Stichting RCOAK heeft bijvoorbeeld in 2015 en 2016 alleen al ruim 160 culturele interventies voor ouderen gehonoreerd die binnen de definitie van dit onderzoek vallen. Binnen de doelgroep ouderen worden de meeste culturele interventies georganiseerd voor ouderen die wonen in verpleeg- en verzorgtehuizen (intramurale zorg), bijvoorbeeld ouderen die lijden aan dementie. Voorbeelden hiervan zijn Diva Dichtbij, Appeltaartconcerten, Theater Veder, PRA Muziektheater, Zona's Kiosk en Museum voor 1 dag.

Verder is er een behoorlijk aantal projecten gericht op mensen met een GGZ-achtergrond, zoals Het Vijfde Seizoen en Stichting Levenskunst.

Er zijn relatief weinig culturele interventies voor jongeren. Dit komt ook doordat veel zorg bij jongeren preventief en kortstondig van aard is. Voorbeelden van interventies voor jongeren zijn ImproBattle, Circustheater Stoffel en Stichting in Beeld.
Ook zijn er relatief weinig culturele interventies voor mensen met een verstandelijke beperking. Een paar voorbeelden zijn Theaterplaats Tiuri en Art vanuit je Hart (SDW en Cultuur+Ondernemen). In een van de focusgroepen werd als verklaring hiervoor gegeven dat mensen met een verstandelijke beperking een zeer kwetsbare doelgroep vormen, en dat het voor professionele kunstenaars en andere projectmedewerkers zonder specifieke zorgopleiding te zwaar kan zijn om met deze mensen te werken.
Binnen de gehandicaptenzorg wordt het thema kunst en cultuur wel regelmatig geïntegreerd in de dagbesteding en creatieve vaktherapie. Creatieve vaktherapie valt buiten de afbakening van dit onderzoek (zie paragraaf 1.4). Daarnaast kunnen we niet bij alle aanbieders van dagbesteding nagaan of er ook professionele kunstenaars betrokken zijn bij de culturele en kunstzinnige activiteiten.

Een aantal zorgorganisaties die in het kader van dagbesteding veel aandacht besteden aan kunst en cultuur zijn Cordaan (regio Amsterdam), Reinaerde (regio Utrecht), ORO (Peelregio) en ’s Heeren Loo (Amersfoort).

2.4.4 Initiatiefnemers, uitvoerders en aanbieders

Culturele organisaties nemen meestal het initiatief voor culturele interventies. Daarnaast gaan culturele organisaties soms een samenwerking aan met zorginstellingen die affiniteit hebben met dit thema. Sommige zorginstellingen met structureel beleid op het gebied van culturele interventies, zoals AxionContinu, Vitalis en Florence, nemen zelf het initiatief voor culturele interventies.

De interventies worden doorgaans uitgevoerd door culturele organisaties in samenwerking met zorgorganisaties. Aangezien een groot gedeelte van de culturele interventies gericht is op kwetsbare ouderen die wonen in zorginstellingen, vinden culturele interventies vaak plaats op (een) locatie(s) van een van de deelnemende woonzorgcentra. Andere interventies worden georganiseerd op een externe locatie, zoals een museum, atelier, werkplaats, wijkcentrum of een andere ontmoetingsplaats. Professionals uit het culturele veld zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de interventie. Professionele kunstenaars uit verschillende disciplines worden hierbij vaak ondersteund door vrijwilligers uit de culturele instelling of de zorginstelling. Bij sommige interventies zijn zowel uitvoerende professionals met een zorgachtergrond als uitvoerende professionals met een cultuurachtergrond betrokken, of professionals die beide achtergronden in zichzelf verenigd hebben.

2.4.5 Financiering

Fondsen hebben een prominente rol bij de financiering van culturele interventies.

De private ouderenfondsen Stichting RCOAK en Fonds Sluyterman van Loo financieren veel culturele interventies voor ouderen. Ten eerste hebben deze fondsen in het kader van het nationale meerjarenprogramma *Lang Leve Kunst* (2013-2016) een gelijknamig themaprogramma georganiseerd. Binnen dit themaprogramma ondersteunden de fondsen in de periode 2014-2016 156 kleinschalige kunstproducties met een bedrag van maximaal €3.000 (co-financier: VSBfonds, totale budget € 424.676). Verder stelden ze tien kwartiermakers aan om een lokaal of regionaal netwerk in te richten om kunstprojecten voor (kwetsbare) ouderen te realiseren en de kloof tussen de wereld van kunst & cultuur en zorg & welzijn te dichten (totale budget € 1.013.797).
Naast *Lang Leve Kunst* financieren beide fondsen jaarlijks binnen hun reguliere donatiebeleid diverse culturele interventies, van lokale, kleinschalige interventies tot nationale en meer langdurige interventies.

Andere fondsen die op regelmatige basis culturele interventies ondersteunen zijn bijvoorbeeld VSBfonds, Fonds voor Cultuurparticipatie, het Oranje Fonds, het K.F. Heinfonds, het Prins Bernhard Cultuurfonds en het Kansfonds (tot 2016: Skanfonds).

Naast subsidies van fondsen, worden culturele interventies regelmatig ondersteund door subsidies van gemeenten of provincies, bijvoorbeeld in het kader van *Age Friendy Cultural Cities*, Gekleurd Grijs (Provincie Drenthe en Groningen) of het impulsgeldenprogramma van Provincie Noord-Brabant.

Zorginstellingen hebben vaak geen (apart) budget voor de organisatie van culturele interventies. Dit hangt uiteraard samen met de eerder beschreven bevindingen dat weinig zorginstellingen een structureel beleid hebben op het gebied van culturele interventies en ook zorgkantoren en -verzekeraars culturele interventies niet expliciet stimuleren. De deelname aan culturele interventies die binnen de dagbesteding of activiteitenbegeleiding vallen kunnen – afhankelijk van de doelgroep – soms (deels) gefinancierd worden vanuit de Wmo of de Wlz, al dan niet aangevuld met een eigen bijdrage van de deelnemers. Meestal is sprake van een mix van financieringsbronnen. De Werkplaats van Boogh Afasiecentrum Utrecht, waar deelnemers met een Wmo-indicatie terecht kunnen, kan bijvoorbeeld blijven bestaan door een subsidie van Stichting Marline Fritzius, die specifiek opgericht is voor het mogelijk maken van schilderlessen voor mensen met afasie. Verder hebben zorginstellingen soms eigen ‘Vrienden van’-stichtingen, waarmee specifieke projecten gefinancierd kunnen worden.

De huidige afhankelijkheid van fondsen bemoeilijkt de verduurzaming van culturele interventies. Hoewel succesvolle, grootschalige interventies soms meerdere jaren achter elkaar subsidie van hetzelfde fonds ontvangen, worden de meeste projecten ondersteund

met eenmalige, jaarlijkse subsidies. Deze 'projectencarrousel' heeft tot gevolg dat initiatiefnemers van culturele interventies ieder jaar opnieuw fondsen moeten aanschrijven om het project te kunnen laten voortbestaan. Dit kost naast veel tijd ook veel energie van de initiatiefnemers.

2.5 Succes- en faalfactoren

In deze paragraaf bespreken we de succes- en faalfactoren die respondenten uit de focusgroepen en de interviews en deelnemers aan de stakeholdersbijeenkomsten noemden in relatie tot culturele interventies.

2.5.1 Beleid

Oog voor maatschappelijke waarde van kunst

Uit paragraaf 2.2 blijkt dat er de afgelopen jaren diverse culturele interventies geïnitieerd en gefinancierd zijn die een bijdrage willen leveren aan *Positieve gezondheid*. Maar kunst als 'middel' is voor veel financiers en zorginstellingen nog niet vanzelfsprekend. Zij waarderen kunst en cultuur vooral om de artistieke kwaliteiten of zien kunst en cultuur als leuke dagbesteding. Hierdoor zullen zij er niet zo snel voor kiezen om kunst en cultuur in te zetten voor *Positieve gezondheid.*

> *'Ik denk dat veel zorginstellingen geen enkel idee hebben wat kunstenaars kunnen betekenen. Er wordt nog heel beperkt over kunst gedacht: een schilderij, een voorstelling voor de lol. Om het allemaal wat op te leuken. Voor tijdverdrijf, maar niet dat het voor allemaal andere dingen ingezet kan worden.*
> *(Curator en adviseur Culturele organisatie.)*

Zeker binnen de zorgwereld zijn culturele interventies relatief onbekend. Veel bestuurders van zorginstellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben weinig kennis over de waarde van culturele interventies in zorg en ondersteuning.

> '*Ik praat nu pas voor het eerst over culturele interventies en heb het hier ook nog nooit met collega's over gehad. […] Als grootste belemmering zie ik een stukje onwetendheid, zorgaanbieders weten vaak niet dat culturele interventies een positief effect hebben*.'
> (*beleidsmedewerker zorgkantoor)*

Het gebruik van de brede definitie van *Positieve gezondheid* in relatie tot culturele interventies kan helpen om de waarde van culturele interventies inzichtelijk en aannemelijk te maken, zeggen verschillende respondenten. Dit kan helpen bij het vinden van financiering en het evalueren van culturele interventies.

> '*Vanuit die definitie [Positieve gezondheid] konden we onze samenwerking met de culturele instellingen verklaren en de resultaten van het project evalueren. Het gaat dan niet alleen om fysieke of mentale gezondheid, maar ook om zingeving, kwaliteit van leven en gezondheidsbeleving, enzovoort'.*
> *(Projectmanager GGD)*

Evidence : gewenst maar schaars

Bewijs voor de effecten van culturele interventies is volgens geïnterviewden van belang om de waarde ervan te onderbouwen. Voor (mogelijke) financiers zoals fondsen en gemeenten geldt dat zij steeds meer sturen *op return on investment* en maatschappelijke effecten. Om in aanmerking te komen voor financiering is steeds vaker bewijs nodig, vooral in de zorgsector, maar ook bij gemeenten.

> *'Als je wat meer middelen wilt, wordt direct gevraagd wat het kost en wat het oplevert. Naar Return on investment, vooral door collegeleden. Daarom heb ik ook interesse in dit onderzoek, omdat het beleidsmedewerkers kan helpen.*
> *(Beleidsmedewerker, Gemeente)*

Onderzoek waaruit blijkt dat culturele interventies ook daadwerkelijk het gewenste effect sorteren, is schaars. Verschillende initiatiefnemers en financiers geven aan daarom evaluatieonderzoek te (willen) doen naar hun culturele interventies. Zij denken dat *evidence* zal helpen om projecten gefinancierd te krijgen.

> *'Uit onze evaluatie bleek bijvoorbeeld dat het project positieve effecten heeft op de gezondheidsbeleving van de deelnemers en mogelijk ook op het verminderen van eenzaamheidsgevoelens. Door deze positieve resultaten, willen we het nu eigenlijk veel breder aanpakken. [..] De komende drie jaar willen we het project Vitale ouderen op een grotere schaal voortzetten en daarbij een wetenschappelijk effectonderzoek doen'. (Projectmanager, GGD)*

Enkele respondenten en stakeholders benadrukken het belang van 'passend bewijs'. Passend bij de behoeften van financiers, de mogelijkheden van initiatiefnemers, maar ook de aard van de interventies. Soms zal kwalitatief onderzoek naar ervaren baten en storytelling passend zijn en soms zal uitgebreid effectonderzoek nodig zijn. Dit laatste geldt met name voor zorgverzekeraars en -kantoren.

> *'Bijvoorbeeld Samen Oud, dat onderzocht is door Rijksuniversiteit Groningen, heeft effecten van culturele interventies aangetoond. Zorgverzekeraars in Noord-Nederland reageren belangstellend, maar geven aan dat er toch meer onderzoek naar gedaan moet worden'. (Beleidsmedewerker, Gemeente)*

Een andere respondent pleit voor verschillende vormen van bewijs: zowel anekdotisch als wetenschappelijk*:*

> *'Het anekdotische moet overstegen worden. Anekdotes maken het levend, maar het is belangrijk om het aan te tonen met hard bewijs en inzichtelijk te maken, bijvoorbeeld met een staafdiagram.' (Projectcoördinator culturele interventie Museum).*

Tegelijkertijd waarschuwen verschillende respondenten er voor dat de eis van *evidence* en de 'instrumentele benadering' de kracht van kunst kan ondermijnen. Kunst is gebaat bij ruimte en vrijheid.

> '*De vraag die heel vaak neergelegd wordt: werkt het dan? Is het bewezen? Die maakt het ontzettend ingewikkeld. Ik pleit voor meer ruimte voor het niet weten, trage vragen, minder geïnstrumentaliseerde aanpakken. [..] Er wordt heel snel gezocht naar dé oplossing. Dit staat sowieso op gespannen voet met de kunst.' (Kunstenaar culturele interventie).*

Gebrek aan structureel beleid en financiering

Culturele interventies leunen voor de financiering sterk op fondsen en impulsgelden. Die financiering is over het algemeen op projectbasis en vaak gericht op innovatie.

> '*Je moet altijd innoveren voor subsidieaanvragen bij fondsen. Iedere keer moet je opnieuw beginnen bij een instelling. Subsidiënten zien dit als herhaling. Hier lopen wij erg tegenaan.[..] Op het gebied van kunst en cultuur moet je innoveren, de artistieke kwaliteit van de interventie verantwoorden. De zorg vraagt om andere kwaliteiten en criteria'. (Judith Lodewijks, Fort van de verbeelding, projectleider Grijze koppen orkest)*

Slechts enkele zorginstellingen hebben structureel beleid op dit thema en culturele interventies financieel ingebed in de organisatie, bijvoorbeeld met een 'projectleider cultuur', zoals AxionContinu. Het vinden van langdurige financiering is lastig. Hierdoor hebben veel culturele interventies een relatief korte levensduur. Borging en verduurzaming van culturele interventies is problematisch.

> *'We hebben heel veel geluk dat de projecten vaak via het BankGiro Loterij Fonds worden gehonoreerd. Instellingen zijn vaak wel bereid een tijdelijke financiering te doen voor een project waarmee ze zich kunnen afficheren. Daar zijn vaak wel wat potjes voor, culturele budgetjes. Maar het is vaak erg tijdelijk en gericht op effect.'* (Kunstenaar culturele interventie).

> *'Ik vind dat er vooral veel wordt gepraat en veel wordt bemiddeld, maar het blijft allemaal een beetje in de lucht hangen. Niemand heeft projectgeld om dingen op gang te brengen. Het zou mooi zijn als er projectgeld beschikbaar is zodat projecten niet altijd via een omweg en via fondsen gefinancierd moeten worden (Curator en adviseur, Culturele organisatie)*

Een andere bron van financiering zijn eigen bijdragen van deelnemers. De ervaringen hiermee zijn wisselend. Sommige respondenten geven aan dat dit een belangrijke bron van aanvullende financiering is anderen geven aan dat de bereidheid voor een eigen bijdrage laag is of ten koste gaat van het aantal deelnemers.

> '*Er waren mensen die het hartstikke leuk vonden om te schilderen, maar door de eigen bijdrage niet meer kunnen deelnemen. Grote schilderdoeken kosten €7,- en kleine doeken €5,-, maar dat kan al een te hoog bedrag zijn voor cliënten.' (Kunstenaar in dienst van Zorginstelling)*

Draagvlak van directie tot werkvloer

Daar waar culturele interventies succesvol worden toegepast is vaak sprake van draagvlak en enthousiasme op verschillende niveaus: van directie tot werkvloer. Een vaste coördinator of aanjager werkt hierin stimulerend. Bij veel organisaties ontbreekt het draagvlak echter, of is er slechts draagvlak bij een aantal mensen. Dit bemoeilijkt de financiering en continuïteit van culturele interventies.

> *'Toen de handtekeningen bijna waren gezet, ging de toenmalige directeur weg en viel de basis weg onder het project.' (Curator en adviseur, Culturele organisatie).*

Oorzaken van onvoldoende draagvlak zijn onder andere dat men niet bekend is met culturele interventies, er de meerwaarde niet van inziet of (door bezuinigingen) andere prioriteiten heeft.

Belang individuele aanjagers binnen gemeenten en zorginstellingen

Zowel het initiatief als de uitvoering van beleid van culturele interventies is nog sterk afhankelijk van specifieke aanjagers, zowel binnen overheden als binnen zorginstellingen. Opvallend is dat veel aanjagers die zich hard maken voor de verbinding tussen kunst en zorg of het sociale domein vaak zelf beide achtergronden in zichzelf hebben verenigd. Bij enkele zorginstellingen wordt zo'n aanjager in dienst genomen om culturele interventies te realiseren. Dat bevordert een meer structurele inzet van culturele interventies. Het aanblijven van een aanjager of trekker is belangrijk. Het risico bestaat dat als de aanjager wegvalt het enthousiasme en draagvlak binnen de organisatie wegzakt.

Schotten bij gemeenten

Bij gemeenten zijn cultuur, zorg en welzijn vaak gescheiden domeinen met eigen beleid, inkoopkaders en financiële stromen. Dit betekent dat de financiering van culturele interventies vaak uit verschillende 'potjes' moet komen. Dit wordt door de respondenten als een belemmering ervaren. Culturele interventies vallen vaak buiten de boot omdat ze niet voldoen aan de criteria van 'cultuur', 'zorg' of 'maatschappelijke ondersteuning'.

> *'Nu worden projecten bijvoorbeeld afgewezen bij cultuur omdat ze niet genoeg culturele waarde hebben. Maar ze zijn wel zeer waardevol voor welzijn.'* (Beleidsmedewerker gemeente).

Ook worden 'schotten' ervaren tussen de afdelingen beleid en de afdeling inkoop. Zo wordt beleid niet altijd juist vertaald in de inkoopcriteria. De invloed van 'schotten' verschilt per gemeente en wordt mede bepaald door interne organisatie, verdeling van verantwoordelijkheden en deelname aan stimuleringsprogramma's zoals *Age Friendly Cultural Cities*.

> *'Je hebt gemeentes waarbij een wethouder zowel cultuur als welzijn in zijn portefeuille heeft. Als dit niet zo is, zijn het toch twee verschillende werelden en spreken ze zowel letterlijk als figuurlijk een andere taal. (*Programmaleider, Netwerkorganisatie Kunst&cultuur)

Een respondent benadrukt dat er wel de wil is bij de gemeente om domeinoverstijgend te werken maar dat dat heel langzaam gaat door de interne organisatie.

> *'De gemeente is nu Age Friendly Cultural City geworden, dus de ambtenaren willen allemaal wel, maar ze zitten op verschillende afdelingen en het gaat allemaal heel langzaam. (Beleidsmedewerker gemeente).*

Elkaars taal spreken en samenwerking

Het is voor het kunstenaars en culturele organisaties niet altijd makkelijk om aansluiting te vinden bij de wereld van zorg, gemeenten en fondsen. Het zijn verschillende werelden waar andere belangen, doelen en regels gelden en een andere 'taal' wordt gesproken. Bij kunstenaars en culturele organisaties staan soms de artistieke kwaliteiten voorop of ontbreekt het aan de kennis om aan andere doelen te werken of dit goed te verwoorden. Hierdoor is er soms sprake van een mismatch tussen kunstenaars en financiers.

> *'We waren bij de uitvoer [van impulsgelden] de hele tijd met juristen van de provincie in discussie. Er zaten allerlei juridische moeilijkheden aan aanvragen verbonden. [..] Veel mensen zien er tegenop om subsidie aan te vragen.' (Curator en adviseur, culturele organisatie).*

In de zorgsector wordt veel gewerkt volgens protocollen, richtlijnen en *evidence based*-methoden. Culturele interventies passen daar niet altijd in. Het artistieke en innovatieve karakter maken dat de precieze werkwijze en het eindresultaat niet altijd van te voren vastliggen of gemakkelijk te verwoorden zijn. Terwijl dat vaak wel de eis is.

> *'Ze kopen liever een kunststuk of doen mee aan het opleuken van de gang, terwijl je soms ook behoefte hebt aan wat nieuwe of innovatievere dingen. Dat is soms lastig, omdat je einddoel altijd helder moet zijn, wat het daadwerkelijk gaat opleveren.' (Hoofd kunstcommissie, Ziekenhuis).*

Ook de relatie met fondsen wordt soms als problematisch ervaren. Een respondent geeft aan dat het moeilijk is om 'er tussen te komen'.

> '*Fondsen hebben hun eigen mores, dynamiek en systemen. Ze kunnen aan de ene kant veel betekenen, maar zijn totaal ongrijpbaar. Alles hangt af van goede relaties' (Beleidsadviseur, Gemeente).*

Om de verschillen tussen de werelden te overbruggen pleiten verschillende respondenten ervoor dat de verschillende domeinen meer met elkaar in contact komen; elkaar leren kennen en elkaars 'taal' leren spreken.

> '*Als je het hebt over samenwerking, is het belangrijk dat je elkaar [organisaties uit verschillende sectoren] leert begrijpen. Het is belangrijk om elkaars taal te spreken. Je moet van elkaar weten wat je doet en waarom je dit doet.' (Projectleider, GGD).*

Intermediairs als bruggenbouwers

Intermediairs spelen een belangrijke rol in het leggen van verbindingen en overbruggen van verschillen tussen de kunst en de zorgsector. Vaak zijn dit culturele organisaties zoals bkkc maar ook vernieuwers in de zorg, vaak zelf met een achtergrond in culturele sector, spelen hier een rol in. Ze ontwikkelen zelf geen culturele interventies maar faciliteren en hebben een stimulerende of begeleidende taak.

> *'Als je een tolk wil hebben tussen deze werelden [zorg en cultuur], is het belangrijk om iemand uit de zorg te hebben met affiniteit voor de kunsten.'* (Kunstenaar).

2.5.2 Praktijk

Kunstenaars of uitvoerders met juiste competenties

Voor een goede culturele interventie heb je 'goede' kunstenaars of uitvoerders nodig met de juiste competenties, aldus de respondenten. Zij noemen verschillende kenmerken van wat in dit geval 'goed' is. Goede kunstenaars of uitvoerders hebben goed voor ogen dat ze met hun culturele interventies een bepaald effect nastreven en werken daar, soms volgens een plan en soms intuïtief, naar toe. Ze weten een brug te slaan tussen kunst en de

doelstelling van *Positieve gezondheid*. Daarnaast hebben zij sensitiviteit voor de doelgroep waarmee ze werken en kunnen ze zich goed op hen afstemmen. Een van de respondenten vertelt over het belang van werving en selectie in dit verband. Voor haar culturele interventie houdt ze een aantal keer per jaar een auditie. *'Van de tachtig auditanten selecteren we de vier beste.'* (Directeur, Culturele interventie).

Andere respondenten benadrukken het belang van kennis en opleiding in dit verband.

> '*Als je hier kunstenaars bij betrekt zou ik pleiten voor een vorm van opleiding of training waarin ze leren wat het doel is van dagbesteding. Omdat die kunstwereld en zorgwereld erg ver uit elkaar liggen. Ik vind het niet verantwoord om die mensen zomaar los te laten op een groep hele kwetsbare mensen. Het begeleiden van serieuze dagbesteding daar zijn opleidingen voor.' (Communicatieadviseur, Vernieuwingsprogramma Waardigheid en trots)*

Deelnemers aanspreken als mens

Kunstenaars benaderen deelnemers vaak op hele andere wijze dan zorgprofessionals. Ze nemen geen zorgrol op zich en spreken deelnemers niet aan als patiënt of cliënt maar als mens. Vaak wordt ook een beroep gedaan op de mogelijkheden, talenten en interesses van deelnemers. Ze worden voor vol aangezien. Dat maakt iets los in mensen.

> *'De dansers doen het zo ontzettend respectvol en ludiek. De benadering, met name de uitnodigende houding, is heel bijzonder. Het is aan de bewoners zelf om hierop in te gaan. Mensen worden als autonoom beschouwd, ze maken zelf die keuze. Niet zoals in de zorg vaak gebeurt: "We gaan nu naar beneden, mevrouw". (Activiteitenbegeleider, Zorginstelling)*

Vrijheid

Kunst en cultuur hebben vrijheid nodig, vertellen verschillende respondenten. Opdrachtgevers moeten kunstenaars de ruimte geven om naar eigen inzicht hun project vorm te geven. Zoals eerder genoemd staat dit soms op gespannen voet met de eisen en werkwijze van opdrachtgevers.

> *'Het is belangrijk dat je vrijheid krijgt vanuit de directie. [..] Ze vonden het eng dat ze niet wisten wat voor project het kon worden en ik kon alleen maar zeggen dat het goed zou komen, maar het levert wel meer op. Als maker word je anders beperkt in je creativiteit.' (Kunstenaar en coördinator kunst&cultuur Zorginstelling)*

Betrokkenheid deelnemers

Door deelnemers te betrekken bij de ontwikkeling van culturele interventies en inspraak te geven, ontstaan projecten die gedragen worden door deelnemers. Bovendien versterkt het de sociale binding tussen deelnemers.

> *'Projecten zijn niet van de zorginstelling, maar van de bewoners. Het is belangrijk hun inspraak te geven. Zo creëer je saamhorigheid en het is goed voor hun zelfvertrouwen.'* (Coördinator dagbesteding, zorginstelling).

Soms ontstaan hierdoor zelfs projecten die grotendeels draaiende gehouden worden door deelnemers.

> '*Wat verder goed werkt, is dat je op een gegeven moment een groep senioren krijgt die zelf gaat meedenken, zelf dingen wil organiseren*.' (Programmaleider, Netwerkorganisatie Kunst&cultuur*).*

De juiste randvoorwaarden

Voor succesvolle culturele interventies zijn de juiste randvoorwaarden nodig. Denk aan een goede ruimte, materialen, en voldoende tijd en middelen om de deelnemers goed te kunnen begeleiden. Hoewel dit vanzelfsprekend klinkt, geven een aantal respondenten aan dat deze randvoorwaarden onder druk staan. Respondenten vertellen dat kunstenaars of begeleiders soms veel te weinig uren ter beschikking krijgen of werken met minimale contracten.

2.6 Ervaren effecten

In de focusgroep en interviews vroegen we de respondenten naar de ervaren effecten van culturele interventies. De genoemde effecten waren divers en verschillen per interventie. Opvallend is dat ze alle te scharen zijn onder vier dimensies van *Positieve gezondheid*: mentaal welbevinden, sociaal maatschappelijke participatie, kwaliteit van leven en zingeving. We beschrijven in dit hoofdstuk de meest genoemde effecten per thema.

Mensen activeren, eigen kracht versterken en talenten ontplooien

Veel respondenten beschrijven dat deelnemers van culturele interventies op een bepaalde manier geactiveerd raken. De wijze waarop verschilt per interventie en doelgroep. Ze worden geroerd of ze komen in beweging doordat er een beroep wordt gedaan op hun talenten of nieuwsgierigheid. Dit kan zich op verschillende manieren manifesteren. Mensen met zware dementie maken weer meer contact. Bewoners van een verpleeginstelling die normaal niet uit bed te branden zijn komen opeens graag hun bed uit. En een man van wie de activiteitenbegeleider zei dat hij 'het verstand van een vierjarige' had, bleek de mooiste tekeningen te kunnen maken.

'Uit ons onderzoek blijkt dat het programma positieve effecten heeft, maar ook dat mensen daarna meer willen. Ze zijn geactiveerd, willen naar het museum.' (Coördinator ouderenprogramma Museum).

'Het wekt verwondering en nieuwsgierigheid op. Kunst en cultuur denkt in mogelijkheden, er gaat een ander luikje open omdat het op zaken aanhaakt waar mensen in de zorg niet op aanhaken. Er ontstaat weer beweging, mensen komen erachter dat ze dingen goed kunnen en komen een stap verder.' (Kunstenaar)

Bij sommige culturele interventies gaat die activering een stap verder. Deelnemers ontplooien vaardigheden waardoor ze beter kunnen functioneren in de maatschappij en zelfstandiger zijn.

'Toen ik vier jaar geleden als alcoholist werd opgenomen in een kliniek, was ik na elf maanden clean en 'uitbehandeld'. Maar ik was nog niet klaar om terug te gaan in de samenleving. Als ik het vangnet van [naam culturele interventie] niet had gehad, was ik teruggevallen. Ik heb daar de kans gekregen om me te ontwikkelen en naar mezelf te kijken, vaardigheden te oefenen en daarmee geleerd te verzelfstandigen.' (Deelnemer culturele interventie).

Sociale contacten en beeldvorming

Culturele interventies bieden vaak mogelijkheden voor het maken van contact en het uitbreiden van sociale netwerken.

'*Wat ik verder zie is dat ouderen het leuk vinden om aan iets mee te doen wat kwalitatief goed is, maar dat het onderling contact en de vriendschappen die ze opdoen net zo belangrijk zijn als de activiteit an sich.' (*Programmaleider, Netwerkorganisatie Kunst&cultuur*)*

Sommige projecten richten zich specifiek op ontmoeting tussen mensen die elkaar normaal gesproken niet zo snel zouden ontmoeten. Bijvoorbeeld bij een kunstproject waarin ouderen en jongeren samenwerken. Een respondent geeft aan dat vooroordelen over 'enge hangjongeren' en 'saaie ouderen' zo verdwenen.
Daarnaast zijn er culturele interventies die een bijdrage leveren aan de beeldvorming van bepaalde groepen mensen binnen de maatschappij. Zo vertelt een respondent dat ze met haar projecten enerzijds wil bijdragen aan zingeving voor ouderen en anderzijds een bijdrage levert aan de beeldvorming van ouderen.

'Ouderen zijn meer dan zielige, hulpbehoevende mensen; ze hebben veel te bieden met hun levensgeschiedenis en mooie verhalen (Coördinator kunst en cultuur, Zorginstelling).

Verbetering in communicatie en uiten emoties

Ook wordt regelmatig genoemd dat mensen na deelname beter communiceren of in staat zijn hun emoties te uiten.

> *'Als je gaat zingen met mensen met dementie, dan activeer je het klankgeheugen. [..] Eigenlijk masseren mensen zichzelf wakker. Dit is het wetenschappelijke verhaal. Maar wat je ziet is dat mensen meer open gaan. Je ziet ze kijken, focussen. Er komt een glimlach. Mensen worden verbaal en fysiek actiever. Emoties en spanningen komen los.' (Directeur, Culturele interventie)*

Moeilijke vraagstukken bespreekbaar maken

Culturele interventies kunnen ervoor zorgen dat moeilijke thema's bespreekbaar worden.

> '*Op dit moment doen we ook een project rondom het thema armoede. Dit is een soort taboeonderwerp, maar als je het op een andere manier vertelt, met verhalen van mensen, biedt dit een ingang om over te praten. Het werkt toch vaak als een breekijzer om moeilijke vraagstukken bespreekbaar te maken.' (Programmaleider, Netwerkorganisatie Kunst&cultuur)*

Zorgverleners en mantelzorgers ontlasten en inspireren

Tijdens de culturele interventies zien zorgverleners de deelnemers met andere ogen. Ze zien opeens talenten en 'de mens achter de patiënt'. De benadering van de kunstenaars inspireert hen om hun patiënten op een andere manier te benaderen.

> *'Een ander effect is dat de zorgprofessionals minder werkdruk ervoeren, ook de mensen waarvan de dienst begon na afloop van het onderzoek.' (Directeur, Culturele Interventie).*

Inspirerende casussen

Project Singelzicht – Creatieve ontwikkelingsavonden
Voor: (voormalige) zwerfjongeren
Door: Stichting in beeld en Stut theater
Doel: versterken persoonlijke kracht en zelfvertrouwen en uitbreiding persoonlijk netwerk

Project Singelzicht is een samenwerkingsproject van Stut Theater en Stichting in Beeld voor (voormalige) zwerfjongeren tussen de 17 en 25 jaar. Eens per week is er in Pension Singelzicht een creatieve avond met als doel het vertrouwen te vergroten en een langdurige band op te bouwen. Lilian Vis Dieperink (Stut) en Kim Arntzen (Stichting in Beeld) begonnen met wekelijkse etentjes voor de jongeren. Tijdens het eten ontstonden gesprekken en was (beeldend) materiaal aanwezig dat hen kon prikkelen om creatief aan het werk te gaan. Aan de hand van de gesprekken met de jongeren wordt nu wekelijks een programma gemaakt. De jongeren maken kennis met steeds meer verschillende vormen van theater, expressiemogelijkheden en podiumkunsten. Ze voelen zich gehoord en gezien omdat er echt de tijd wordt genomen om naar ze te luisteren.
Bron: www.stut.nl

Foto: Stut Theater

Onvergetelijk – Interactieve museumrondleidingen
Voor: mensen met Alzheimer en hun mantelzorgers
Door: Stedelijk Museum en Van Abbemuseum
Doel: sociaal contact, toegang tot langetermijngeheugen en persoonlijke ervaringen, en hersenen stimuleren

Het Stedelijk Museum Amsterdam en het Van Abbemuseum in Eindhoven bieden sinds april 2013 maandelijks museumrondleidingen aan die speciaal ontwikkeld zijn voor mensen met Alzheimer en hun dierbaren. Tijdens deze interactieve rondleidingen bekijken en bespreken de deelnemers samen een aantal kunstwerken, onder begeleiding van speciaal opgeleide museumrondleiders. Deze manier van samen kunst 'beleven' biedt mensen met Alzheimer mogelijkheden om zich te uiten en contact te maken met hun omgeving. Daarnaast kunnen persoonlijke ervaringen in het langetermijngeheugen opgehaald worden.
Anouk Heesbeen, hoofd educatie van het Stedelijk Museum, vertelt over het effect van de rondleidingen: "Je ziet mensen met hun hoofd naar beneden binnen komen en met hoofd opgericht naar buiten komen". Een belangrijk uitgangspunt van dit programma is dat de rondleidingen speciaal ingericht zijn voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, maar dat de focus van het programma juist niet op de ziekte ligt. Anouk Heesbeen: "Het belangrijkste is om mensen als mens te behandelen. […] Deelnemers stappen door de veilige sfeer uit hun rol van patiënt en mantelzorger."

Het Stedelijk Museum en het Van Abbemusuem hebben een implementatie- en trainingsprogramma opgezet om het Onvergetelijk-programma gedurende drie jaar in tien andere musea in Nederland uit te rollen. Tegelijkertijd wordt door het VU Medisch Centrum een wetenschappelijk onderzoek gedaan naar dit implementatietraject en de effecten van de rondleidingen op de cliënten en mantelzorgers.

Bronnen: http://www.stedelijk.nl/educatie/volwassenen/onvergetelijk-stedelijk
en https://vanabbemuseum.nl/educatie/special-guests/alzheimer-programma/

Foto: Stedelijk Museum

3 Internationale literatuurstudie

Franka Bakker, Bea van Meerveld, Katja Raunio, Carolien Smits

3.1 Inleiding

De ervaringen uit de praktijk leren dat culturele interventies positieve invloed kunnen hebben op het welbevinden van personen die langdurig zorg ontvangen.
Maar is hier ook wetenschappelijk bewijs voor?

Het doel van de internationale literatuurstudie is het in kaart brengen van onderzoek naar de effecten van culturele interventies. De vraag die centraal staat in de literatuurstudie is:

Wat is bekend over effecten van culturele interventies op Positieve gezondheid van cliënten die langdurig gebruik maken van zorg en ondersteuning?

3.2 Methoden

3.2.1 Zoekstrategie

Zoekplaatsen
Op basis van de definities en afbakeningen in paragraaf 1.4 is een zoekstrategie geformuleerd. Vervolgens is gezocht in bronnen die een link hebben met zowel kunst als zorg/gezondheid:

- Medisch: Pubmed
- Onderwijs: ERIC
- Verpleegkundig: Cinahl
- Psychologie: PsychINFO
- Kunst: Web of Science (bevat: Arts & Humanities citation index, Social Sciences Index, Amerikaans Institute of Scientific Info)
  LKCA (Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst)
- Algemeen + grijs: Google Scholar
  Windesearch (incl. Springerlink, voor Nederlandstalig)

Gegeven de beperkte onderzoeksperiode is ervoor gekozen om alleen in Engelstalige en Nederlandstalige databases te doorzoeken. Het verdient aanbeveling ook anderstalige bronnen in vervolgonderzoek te bestuderen.

De opzet en eerste resultaten zijn gepresenteerd tijdens de stakeholdersbijeenkomsten (zie hoofdstuk 5). Door stakeholders gesuggereerde publicaties zijn waar relevant meegenomen in de literatuurstudie.

3.2.2 Zoektermen

Er zijn zoektermen geformuleerd en gecombineerd die gerelateerd zijn aan de belangrijkste begrippen uit de onderzoeksvraag: (1) kunst, (2) interventie, (3) langdurige zorg, (4) *Positieve gezondheid* en (5) effecten. Per zoekplaats zijn er varianten geformuleerd van de volgende combinatie van termen:

art OR arts OR artistic

AND

pilot OR program OR programme OR project OR intervention OR interventions OR experiment

AND

´long-term care´ OR care OR healthcare OR ´health care´ OR ´health service´ OR ´community care´ OR ´community health services´

AND

well-being OR wellbeing OR health OR ´quality of life´

AND

effect OR effects OR impact OR value OR meaning OR outcome OR outcomes OR results OR effectiveness OR evidence OR benefits

Zie bijlage B3.1 voor een overzicht van de zoekstrategieën.[12]

3.2.3 In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria

De afbakening/definitie van culturele interventie (par. 1.4) bleek tijdens het onderzoek niet altijd helemaal te voldoen. Artikelen die in de grensgebieden vielen, hebben de onderzoekers in onderlinge afstemming geïncludeerd of geëxcludeerd. De volgende inclusiecriteria zijn geformuleerd:

- Interventie geleverd of gesuperviseerd of ontwikkeld door gekwalificeerd kunstenaar. Structurele en incidentele interventie. Live receptieve en actieve kunst. Kunstenaar moet ofwel de opleiding hebben (kunstvakopleiding, kunstdocentopleiding) of geld ermee verdienen. Het kan ook een autodidact zijn die er geld mee verdient of een vrijwilliger met een kunstopleiding;

[12] Voor de internationale databases is tevens een blok met termen toegevoegd om het aantal hits te verminderen die niets te maken hebben met kunst, maar waar het woord ‘art’ op ongewenste hits komt, zoals: ‘state of the art’, zogenaamde ART-behandelingen in de reproductieve geneeskunde of op het gebied van HIV en aids.

- Doel van interventie/project is hoofdzakelijk om individuele verbeteringen te bewerkstelligen die vallen binnen het concept *Positieve gezondheid*. De interventie is echter niet primair gericht op het behandelen van een aandoening/ziekte en is daarom *niet therapeutisch bedoeld;*
- Publicaties waarbinnen het effect van artistieke interventies op (onderdelen van) *Positieve gezondheid* wordt onderzocht;
- Zorgverlening over minimaal een jaar die gegeven wordt – of waarschijnlijk gegeven gaat worden – door een professional/professionele zorgverlener, voor een chronische aandoening of beperking die periodieke of continue zorg behoeft;
- Publicaties gebaseerd op onderzoek, elk design mogelijk;
- Publicaties vanaf 2000;
- Publicaties in Engels of Nederlands.

Exclusiecriteria

De volgende exclusiecriteria zijn geformuleerd:

- Interventies geleverd in ziekenhuizen tijdens acute ziekenhuisopname, omdat hier geen sprake kan zijn van langdurige zorg;
- Interventies geleverd in hospices, omdat deze zorg in beginsel van kortdurende aard is;
- Vaktherapie/kunsttherapie, omdat deze therapeutische doelen heeft;
- *Community art programs*, omdat deze programma's op burgers zijn gericht

Vanwege het verkennende karakter van deze review is besloten de inclusiecriteria ruim te hanteren. Mocht bijvoorbeeld in het geval van *community*-programma's de doelgroep voor een deel bestaan uit mensen met langdurige problematiek, dan hebben we deze interventie meegenomen in het onderzoek.

Daarnaast is in eerste instantie gefocust op publicaties die vrij beschikbaar zijn, via abonnementen van het LKCA, Windesheim, de Universiteit van Amsterdam, Google Scholar, of via auteurs zelf.

3.2.4 Selectie en analyse

Selectie

De selectie van relevante publicaties vond plaats in twee stappen:

(1) op basis van titel en abstract
(2) volledige publicatie

De publicaties zijn geselecteerd door één onderzoeker. Wanneer er onduidelijkheid heerste over in- of exclusie van de publicatie, vond er overleg plaats tussen twee onderzoekers. Zo nodig is extra informatie opgevraagd bij auteurs.

Alle geïncludeerde studies zijn beschreven in werktabellen, met informatie over de betreffende culturele interventie (doel, doelgroep, kenmerken van de interventie, setting)

en de studie (auteurs, jaartal, kwaliteit van de studie, design, meetinstrumenten en resultaten).

De kwaliteit van de studie is beoordeeld op basis van criteria voor de beoordeling van effectiviteit van interventies zoals deze geformuleerd zijn door het RIVM, NJI, NISB, Trimbos instituut, Vilans, Movisie en NCJ.[9] Zij hebben een eenduidig beoordelingssysteem opgezet voor publicaties over interventies in de sectoren bewegen & sport, gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg/brede jeugdhulp, ontwikkelingsstimulering, langdurende geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de sociale sector. We hebben de criteria voor de (causale) bewijskracht van empirische studies gebruikt, die variëren van zwak tot zeer sterk.

Analyse

De publicaties zijn geanalyseerd door één onderzoeker. Door de diversiteit aan interventies, doelgroepen, settingen, studieopzetten en uitkomstmaten en de beschikbare tijd voor de analyse is gekozen voor een meer *realist review*[10] (passend bij de evaluatie van complexe interventies). Er is voor gekozen om vanuit de data-extractietabellen kwalitatieve beschrijvende samenvattingen te maken en deze in een beknopte rapportage weer te geven.

3.3 Resultaten

3.3.1 Zoekopbrengsten

De zoekstrategie leverde 2.830 hits op. Deze zijn gescreend op titel en samenvatting en indien relevant werd de full-tekst opgezocht of opgevraagd. 226 full-tekstpublicaties zijn beoordeeld op relevantie voor het literatuuronderzoek. 70 publicaties waren niet vrij beschikbaar en zijn daardoor niet full-tekst geanalyseerd. Uiteindelijk zijn 67 publicaties geïncludeerd voor verdere analyse en verwerking in werktabellen. Een aantal van deze publicaties schreven over dezelfde interventie, bijvoorbeeld resultaten van een secundaire analyse. Een aantal publicaties beschrijft en/of vergelijkt meer dan één interventie. Zie tabel 3.1 voor een overzicht van het proces en de uitkomsten van de zoekstrategie. Redenen voor exclusie waren vaktherapie, geen betrokken kunstenaar, geen studie naar effecten, geen langdurige zorg, en publicatie niet in het Engels of Nederlands. Precieze aantallen naar exclusiereden hebben we niet op een rij gezet, omdat er vaak niet één enkele reden aan te wijzen was.

Tabel 3.1: opbrengsten vanuit de zoekstrategie

Zoekplaats	Aantal hits*	Aantal publicaties na screening titel en abstract		Aantal inclusie
		beschikbaar & geanalyseerd*	niet beschikbaar	
Pubmed	540	30	18	17
ERIC	141	7	0	1
CINAHL	408	48	16	8
PsychINFO	605	46	21	17
Web of Science	598	48	0	11
LKCA	175	18	9	6
Google Scholar	275	24	6	6
Windesearch (NL)	88	5	0	1
Totaal	2830	226	70	67

** Er zat overlap in de zoekopbrengsten tussen de databases. Bijvoorbeeld, 12 publicaties die in CINAHL naar boven kwamen, waren eerder al gevonden in Pubmed en daardoor niet opnieuw geanalyseerd, 3 publicaties die in ERIC naar boven kwamen, waren eerder al gevonden in CINAHL en/of Pubmed. 42 publicaties die in PsychINFO naar voren kwamen, waren eerder ook al naar voren gekomen in Pubmed, CINAHL en/of ERIC. 65 publicaties die in Web of Science naar voren zijn gekomen, waren eerder ook al naar voren gekomen in Pubmed, CINAHL, ERIC en/of PsychINFO.*

*** De zoekopbrengst van Pubmed en ERIC is gedetailleerd beoordeeld op titel en abstract. De zoekopbrengst van de overige bronnen werd globaal gescreend op titel en abstract waardoor een voorselectie door een tweede onderzoeker gedaan kon worden. Hierdoor was de eerste selectie strenger en zijn er in verhouding minder geanalyseerd op full-tekst na het lezen van de titel en samenvatting voor Pubmed en ERIC dan de andere databases.*

3.3.2 Type interventies

Interventies zijn op verschillende detailniveaus beschreven in de publicaties en auteurs gebruiken ieder hun eigen terminologie. Dat maakt het lastig om een eenduidig kwantitatief overzicht te geven van de gevonden interventies. We geven hieronder een globaal overzicht van type kunstvormen, interventiedoelen en vormgeving van de interventies.

Kunstvormen

Er bestaat een verscheidenheid aan culturele interventies (zie tabel 3.2). De meeste studies in dit literatuuronderzoek gaan over interventies in of met een museum en/of kunstgalerie (N=12), schilderen en/of beeldende kunst (N=9), en een mix van kunstvormen (N=16) zoals bij Kunst op Recept-interventies (N=7). Maar ook vonden we studies die effecten onderzochten van interventies op het gebied van: *Elder Clowning*, film, muziek, zang, theater, drama, gesproken woord, *storytelling*, literatuur en dans. Voor één publicatie werd niet geheel duidelijk wat de interventies waren.

Tabel 3.2: Overzicht van type kunstinterventies

Type interventie	Aantal publicaties	Studies
Mix van kunstvormen	16	11-26
Museum en/of kunstgalerie	12	27-38
Schilderen en/of beeldende kunst	9	39-47
Kunst op recept	7	48-54
Theater, 'elder clowning' en/of drama	5	55-59
Gesproken woord, story-telling en/of literatuur	3	60-62
Film	2	63,64
Muziek	2	65,66
Dans	2	67,68
Zang	2	69,70
Onduidelijk	1	71

Interventiedoelen

Niet in alle publicaties zijn de doelen van de interventie duidelijk of expliciet beschreven. Dat maakte het moeilijk om interventies onderling te vergelijken en om een gemeenschappelijk doel van kunstinterventies te identificeren. Auteurs maken vaak niet duidelijk wat zij precies verstaan onder interventiedoelen en geven geen expliciet of uitgebreid theoretisch kader waaruit blijkt dat de interventie bijdraagt aan de interventiedoelen.

Op basis van onze analyse stellen we vast dat de meerderheid van de interventies in de geïncludeerde publicaties zich richt op sociaal maatschappelijk participeren en mentaal welbevinden, vaak in combinatie (zie tabel 3.3).

Tabel 3.3. Doelen van kunstinterventies

Doel interventie	Aantal publicaties	Studies
Sociaal maatschappelijk participeren • sociale inclusie • sociaal functioneren • participatie • sociaal kapitaal	16	17,24,25,27,44,59 23,24,30,33,59,63,68 46,60 51
Overig	13	17,19,23,24,45,52,55-57,59,61,67,68
Verbeteren welbevinden	11	11,12,14,28,29,37,40,43,51,62,70
Kwaliteit van leven	9	16,26,30,57,61,65-67,69
Onduidelijk of niet expliciet beschreven	8	18,31,32,34,38,50,54,58
Verbeteren mentale gezondheid	8	15,20,25,35,42,49,53,63
Herstel van mentale gezondheid	7	44,45,47,48 36,41,71
Expressie	4	21,33,59,61
Identiteit	3	14,55,64
Combinatie	1	39
Kunst verkennen	1	13
Omgaan met dagelijkse issues	1	22
Persoonlijke groei	1	56
Zelfwaardering	1	17
Zelfzorg	1	22
Minder stress	1	22
Gemoedstoestand	1	57

Vorm van de interventie

Er is grote variatie in vormen van interventies. Denk hierbij aan de intensiteit van de interventie (eenmalige workshop, meer workshops in een bepaalde periode (4-6-10-12-16 weken, 6 maanden, 2 jaar, etc.), maar ook aan het aantal deelnemers per interventie (individueel, vast of los groepsverband 3-12, variatie). De meeste kunstinterventies worden gegeven in kleinschalig groepsverband. Dit heeft de nodige gevolgen voor de kwaliteit van de bewijsvoering (zie ook 3.7).

3.3.3 Doelgroepen

De meeste publicaties richten zich op mensen met geestelijke gezondheidsproblemen (N=25, alle leeftijden) en mensen met dementie (N=20), maar er zijn ook publicaties die zich richten op andere specifieke doelgroepen. Een enkele publicatie richt zich niet specifiek op één doelgroep (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4: Doelgroepen van kunstinterventies

Doelgroep	Aantal publicaties	Studies
Mentale gezondheidsproblemen / geestelijke gezondheid	25	14,15,17,20-23,25,27,36,41,46,48-54,56,59,63,66,68,71
Dementie	20	11,16,28,30-35,38-40,43,55,57,58,61,62,64,65
Ouderen in zorginstelling of langdurige zorg, kwetsbaar	5	18,29 44,60 19
Beperkingen algemeen, chronische aandoeningen	3	24,37 70
Beroerte	3	12,13,47
Lichamelijke gezondheidsproblemen	1	14
Neurologische aandoeningen, fysiek	1	45
COPD	1	69
Parkinson	1	67
Nierdialyse	1	26
Kanker	1	42

3.3.4 Settingen

De plek waar de interventie aangeboden wordt, is niet altijd even duidelijk op te maken uit de publicaties (N=5)[41,42,44,64,68], maar over het algemeen past deze bij de doelgroepen:

1. in een instelling waar langdurige zorg geboden wordt: verpleeghuis (N=5)[55,57,58,65,66], niet nader gespecificeerde intramurale zorginstelling (N=7)[11,16,18,40,43,60,61], GGZ (N=1)[71], revalidatie (N=2)[45,47], dagbehandeling of combi (N=3)[19,39,62]
2. in de wijk**:** community (N=17)[13,14,17,20-25,46,52,56,59,63,67,69,70], museum / galerie (n=12)[27-38]; (via huisarts) verwezen (N=7)[15,48-51,53,54]
3. in het ziekenhuis (N=2)[12,26]

3.3.5 Type studies

De effectiviteit van de kunstinterventies is in de gevonden publicaties op verschillende manieren onderzocht (zie tabel 3.5), hoewel de typen onderzoek soms lastig te classificeren zijn. De meerderheid van de publicaties ging over kwalitatief onderzoek (N=26) en mixed-methods (N=18). 14 studies hadden een vorm van voor- en nameting. 6 studies werden een pilot genoemd. Ook zijn er 4 reviews gevonden. In paragraaf 3.7 gaan we in op de *evidence gradient* van de geïncludeerde studies.

Tabel 3.5: Gebruikte studie designs voor bepalen effectiviteit van kunstinterventies

Design	Aantal publicaties	Studies
Kwalitatief onderzoek	24	12,13,15,16,18,19,25,27,30,31,34-36,38,41,44-48,52-54,56
Mixed methods: • algemeen • voor-nameting	16	 20,23,24,28,29,60,68 17,21,32,50,59,63,67,69,70
Quasi-experimenteel: • kwantitatief/observationeel • voor-nameting • mixed-methods • controlegroep	8	 57,65,66 55 62 42,61,64
Pilot studie: • voor-nameting, kwantitatief • observationeel • kwalitatief • mixed-methods	6	 58 33,39 37,71 51
Kwantitatief onderzoek, voor-nameting	3	22,26,49
Observatieonderzoek	3	11,40,43
Case studie (vergelijking 2 projecten)	1	14
Nationale evaluatie van 22 projecten	1	72
Review	4	3,73-76

3.3.6 Type uitkomsten

Positieve gezondheid

Positieve gezondheid staat in deze literatuurstudie centraal als uitkomst. We hebben de gevonden uitkomsten van de interventies verdeeld over één of meer van de 6 dimensies van *Positieve gezondheid* (zie tabel 3.6).

Tabel 3.6: Aspecten van *Positieve gezondheid*

Design	Aantal publicaties	Studies
Mentaal welbevinden	59	11-27,29-45,47-71
Meedoen	45	11-13,15-21,23-25,27,29-34,38-41,44-46,48,50-57,60,62,63,65-67,69-71
Zingeving	17	13,15,27,29,31,32,34,36,39,41,44,45,48,50,52,63,71
Kwaliteit van leven	13	12,14,18,26,30,39,53,57,58,61,62,65,67
Lichaamsfuncties	5	26,45,47,67,69
Dagelijks functioneren	0	-

Het model van *Positieve gezondheid* bood echter onvoldoende houvast om de uitkomstmaten eenduidig onder te verdelen. Studies benoemden bijvoorbeeld ‘het bevorderen van kwaliteit van leven’ als doel van hun interventie, maar operationaliseerden dat als ‘sociale contacten’ en ‘mentaal welbevinden’.

In het model van *Positieve gezondheid* is 'kwaliteit van leven' een apart begrip (een van de zes dimensies). 'Kwaliteit van leven' wordt vaak onderverdeeld in items die ook onder andere dimensies van *Positieve gezondheid* vallen. Daarnaast was het soms twijfelachtig of een uitkomstmaat ondergebracht moest worden onder bijvoorbeeld 'mentaal welbevinden' of 'zingeving'. Tabel 3.6 laat zien dat uitkomsten genoemd in de studies het meest gerelateerd zijn aan 'mentaal welbevinden' en 'meedoen' (sociaal maatschappelijke participatie). Weinig studies richten zich op 'lichaamsfuncties', geen enkele richt zich op 'dagelijks functioneren'.

Meetinstrumenten en -momenten

De meeste studies evalueerden hun interventies met behulp van kwalitatieve gegevens, een aantal met observatiedata, en enkele studies gebruikten gevalideerde meetinstrumenten om de effectiviteit van hun interventies te meten.

Data werden verzameld dóór verschillende mensen (onderzoekers, zorgprofessionals, kunstenaars, mantelzorgers) en ván verschillende mensen (kunstenaars, mantelzorgers, deelnemers, zorgprofessionals), wat mogelijk invloed heeft op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de uitkomsten. Een aantal auteurs beschreef dat het invullen van vragenlijsten door deelnemers of het interviewen van deelnemers zelf niet gewenst was omdat zij al zo'n kwetsbare groep zijn (met name in de GGZ), en/of omdat harde uitkomstmaten volgens hen niet passen bij het individuele traject dat deelnemers doorlopen.

In veel publicaties staat weinig over de exacte meetmomenten, maar wat opviel tijdens het lezen van de publicaties was dat er veel variatie zit in metingen en dat veel metingen op korte termijn gebeuren. Het moment van meten varieert van tijdens de interventie, direct na afloop van de interventie (bv. na een workshop of een reeks workshops), een dag na de interventie tot een paar maanden na de interventie. De meeste metingen gingen over de ervaren effecten tijdens een interventie, en vonden plaats tijdens en/of direct na de interventie. Bijvoorbeeld: tijdens een interventie zijn er sociale contacten, dus onderzoekers geven aan dat de sociale contacten zijn vergroot. Maar of die sociale contacten ook buiten de workshop om vergroot zijn, is onduidelijk. Het gaat dus om metingen en effecten op (zeer) korte termijn.

3.3.7 Kwaliteit en effectiviteit

Kwaliteit studies

Deze literatuurstudie gaat over de effectiviteit van kunstinterventies. Die effectiviteit wordt bepaald door de kwaliteit van de studies. Om de (causale) bewijskracht van de studies in kaart te brengen, hebben we daarom gebruik gemaakt van de indeling zoals weergegeven in tabel 3.7. Deze criteria zijn geformuleerd door het RIVM, NJi, NISB, Trimbos instituut, Vilans, Movisie, NCJ.[9] (zie tabel 3.7)

Voor de uitkomsten van de meeste studies is de bewijskracht zwak (N=15), licht (N=23) of matig (20), of zat het er tussenin. Slechts drie studies konden als vrij sterk worden aangemerkt.

Tabel 3.7: Criteria voor de (causale) bewijskracht van empirische studies*

Bewijskracht design	Aantal publicaties	Studies	Kenmerken studie
Zeer sterk	0	-	Hier gelden dezelfde criteria als bij het onderliggende niveau, met als verschil: - Er is een experimentele onderzoeksopzet (d.w.z. er is een aselecte toewijzing van subjecten aan onderzoeksgroepen) *of* er is een andere opzet die de causale relatie tussen interventie en effect voldoende overtuigend aantoont.
Sterk	0	-	Hier gelden dezelfde criteria als bij het onderliggende niveau, met als toevoeging: - Er is een follow-up (vuistregel: 6 maanden) *of* er is een andere opzet die voldoende zicht biedt op de stabiliteit van de resultaten.
Vrij sterk	3	42,57,61	Hier gelden dezelfde criteria als bij het onderliggende niveau, met als verschil: - De studie is in de praktijk uitgevoerd / is representatief voor de praktijk.
Redelijk	0	-	Hier gelden dezelfde criteria als bij de onderliggende niveaus, met als verschil: - Het is een onderzoek met een (quasi-) experimentele en een controlegroep (care as usual) *of* een herhaald N=1 onderzoek met een baseline *of* een time series design met een (multiple) baseline *of* alternating treatments *of* een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden. - Het design is van goede kwaliteit. - Het onderzoek is *niet* in de praktijk is uitgevoerd / is niet representatief voor de praktijk of de representativiteit voor de praktijk is onbekend.
Matig	20	11,15,18,21,22,24,34,35,40,44,47,49,56,58,65-67,69-71	Hier gelden dezelfde criteria als bij het onderliggende niveau, met als toevoeging: • De resultaten zijn vergeleken met ander onderzoek naar de effecten van de gebruikelijke situatie, handelwijze of zorg (care as usual) of een andere zorgvorm bij een soortgelijke doelgroep.
Licht	23	12,13,16,20,23,27,28,30-33,38,41,43,45,48,50,51,54,55,62-64	De eisen die op dit niveau gelden zijn: • Het gemeten effect heeft betrekking op het doel en de doelgroep van de interventie. • De meting is verricht met betrouwbare en valide onderzoeksmethoden en/ of instrumenten. • Er zijn resultaten beschikbaar voorafgaand aan, bij de start of tijdens de interventie en bij einde van de interventie (zgn. voor- en nameting). Bij onderzoek naar de ervaren effectiviteit volstaan de resultaten van een nameting • Het onderzoek is zodanig gedocumenteerd, dat replicatie

			van de uitvoering van de studie mogelijk is. • Voor kwantitatief onderzoek geldt: de resultaten zijn met een adequate statistische techniek geanalyseerd, op significantie getoetst en er is een geaccepteerde uitkomstmaat (zoals Cohen's d of een Odds Ratio) berekend of te berekenen.
Zwak	15	14,17,19,25,26,29,36,37,39,46,52,53,59,60,68	De studie voldoet niet aan de eisen die minstens aan een empirisch onderzoek te stellen zijn.

Noot: * **Bron: https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/o21968_150602-Notitie-criteria-def--mei-2015.pdf.**

Effectiviteit interventies

Omdat de gevonden studies weinig bewijskracht hebben, is het onmogelijk om harde uitspraken te doen over de effectiviteit van de interventies. De drie studies die het meest sterk zijn qua bewijskracht, betreffen (1) een studie naar het effect van een 22 weken durende schilder-interventie op het mentaal welbevinden van oncologische patiënten in ambulante nazorg[42] (geen effect), (2) een studie naar het effect van een theatervoorstelling (Theater Veder) op het welbevinden van mensen met dementie intramuraal[57] (deels effecten), en (3) een studie naar de effecten van een *storytelling*-interventie gedurende 6 weken op de zelfexpressie en kwaliteit van leven van mensen met dementie intramuraal[61] (geen langdurige effecten). Zie tabel 3.8.

De meeste kwalitatieve studies waren methodologisch niet sterk, maar de goed uitgevoerde studies geven wel enigszins aan waarop culturele interventies effect kunnen hebben. Bijvoorbeeld op het zelfvertrouwen, de gemoedstoestand, communicatie en fysiek functioneren[47], en effecten op relaties en persoonlijke groei en identiteit.[30]

Tabel 3.8: Voorbeeld studies

Studie	Interventie & doel	Design & uitkomsten	Sterke en zwakke punten
An art therapy intervention for cancer patients in the ambulant aftercare – results from a non-randomised controlled study[42]	Schilderen 1x per week, 6 maanden 22 sessies, 90 minuten Wk 1-7: experimenteel schilderen onder begeleiding van kunstenaar Wk 8-13: meer vrijheid in schilderen, innerlijke zelf ontdekken Wk 14-22: samenstellen van een eigen 'boek' Doel: positieve invloed op psychische nood en coping 10 groepen met totaal 74 deelnemers (18 drop-out)	Quasi-experimenteel 3 metingen, vragenlijsten: voor de interventie, na de interventie, 6 maanden na de interventie Interventiegroep: N=54 Controlegroep: N=129 Angst en depressie: *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) → geen significante verschillen* Coping: *Freiburg Questionnaire on Coping with Illness (FKV) → geen significante verschillen* *Perceived Adjustment to Chronic Illness Scale (PACIS) → geen significante verschillen*	Aanmelding voor interventie was vrijwillig. In deze studie hebben de onderzoekers gecontroleerd voor confounders, meer dan andere onderzoeken waar wel effecten zijn bevonden. Mogelijk zijn effecten op andere gebieden die niet gemeten zijn zoal 'locus of control' of 'self-efficacy'. Subjectieve ervaringen: persoonlijke groei, verbeteren manier om te uiten, betere emotionele stabiliteit.
Does theatre improve the quality of life of people with dementia?[57]	Theater (Veder) Theatervoorstellingen en huiskamervoorstellingen o.a. zang en poëzie, gemiddeld 45 minuten. Doel: verbeteren gemoedstoestand, kwaliteit van leven bevorderen, herinneringen oproepen 22 PG afdelingen in 13 verpleeghuizen	Quasi-experimenteel Voor-nameting Observaties (onafhankelijk, 30-90 minuten) 1. voorstelling door zorgverleners (n=77) 2. voorstelling door acteurs (N=36) 3. reminiscentie activiteit (N=61) Voormeting Tijdens interventie Nameting (1,5-2 uur na interventie) • gedrag: INTERACT • stemming: FACE • kwaliteit van leven: Qualidem • betrokkenheid: 4-	Effect is gezocht ten opzichte van andere interventies, niet de interventie an sich. De acteurs deden langer over de interventies (68 min) dan de zorgverleners (45-48 min). Geen lange termijn effecten (observatie 1.5-2 uur na de interventie). Ongelijke verdeling in groepen qua aantallen Interrater reliability van sommige items op de subschalen was laag

		punts Likertschaal • ervaren kwaliteit van leven: schaal 1-10 Tijdens de interventie: significante verschillen ten gunste van groep 2 op verschillende aspecten van gedrag, gemoedstoestand en kwaliteit van leven. Na de interventie: groep 2 meer alert t.o.v. groep 3. Ook: meer herinneringen en minder sociaal geïsoleerd gedrag.	
Effects of a creative expression intervention on emotions, communication and quality of life in persons with dementia[61]	Storytelling 6 weken, 2x per week, 1 uur per sessie, in groep van 6-12 mensen met dementia Doel: bevorderen zelfexpressie 9 zorginstellingen	Quasi-experimenteel, pilot 2 groepen 1. Interventie (n=28) 2. Geen interventie (n=28) Metingen: 1. baseline 2. 1 week na interventie (week 7) 3. 4 weken na interventie (week 10) Extra: emotie, observatie (week 3 en week 6) • CSDD (depressie) • Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home Version • Quality of Life – Alzheimer's Disease • Functional Assessment of Communication Skills • Observed Emotion Rating Scale → geen significante verschillen op 10 weken	Voor deze doelgroep geen langdurige effecten, wel op week 7, net na de interventie, o.a. plezier. Verschillen in ziektestadium beïnvloeden uitkomsten mogelijk Kleine onderzoeksgroep om significante verschillen te vinden

3.3.8 Overige bevindingen

Jong onderzoeksgebied

Dit literatuuronderzoek richtte zich op studies gepubliceerd na 2000. Uit tabel 3.9 komt naar voren dat de meerderheid van de publicaties van ná 2010 zijn, wat erop kan wijzen dat onderzoek naar de effecten van culturele interventies in de langdurige zorg een relatief jong onderzoeksgebied is.

Tabel 3.9: Publicatiejaar geïncludeerde publicaties

Publicatiejaar	Aantal publicaties
2016	6
2015	10
2014	10
2013	7
2012	9
2011	6
2010	3
2009	3
2008	2
2007	2
2006	2
2005	1
2004	1
2003	0
2002	1
2001	0
2000	0

Herkomst studies

De meeste studies zijn gepubliceerd vanuit Engelstalige landen (N=57), waarbij de studies met name vanuit Groot Brittannië komen (N=30) (zie tabel 3.10). Een aantal studies is geëxcludeerd op taal (Azië, Spanje, Scandinavië). Zoals eerder aangegeven was er geen tijd om anderstalige databases te doorzoeken en kunnen we geen uitspraken doen over onderzoek in andere talen dan het Nederlands of Engels.

Tabel 3.10: Landen van waaruit studies gepubliceerd zijn

Land	Aantal publicaties
Groot-Brittannië	30
Verenigde Staten	14
Australië	9
Nederland	5
Canada	3
Denemarken & Groot-Brittannië	1
Italië	1
Duitsland	1

Financiering & kosten(effectiviteit)

Veel auteurs van de publicaties schrijven over de zorgen rondom financiering en het aantonen van (kosten-)effectiviteit van de interventies. Vaak ontbreken exacte gegevens over de financiering. Wat globaal uit de publicaties gehaald kon worden, is dat projecten vaak op subsidiebasis zijn. Onduidelijk is of projecten na de projectfase voortbestaan. Als er informatie is over de financiering, dan is vaak niet duidelijk of de financiering voor het project, voor het onderzoek, of voor beide is. Slechts een enkele publicatie beschrijft de kosten van de interventie (N=2).[15,26] In geen van de studies wordt melding gemaakt van een kosten-baten analyse.

3.4 Discussie

67 studies konden worden geïncludeerd in deze review. In vrijwel alle studies werden positieve effecten van culturele interventies beschreven, met name op de dimensies 'mentaal welbevinden', 'sociaal maatschappelijke participatie' (meedoen), 'zingeving' en 'kwaliteit van leven'. De kwaliteit van 64 van de 67 studies is echter zeer beperkt, zodat we geen harde conclusies kunnen trekken over de effecten van culturele interventies.

3.4.1 Krachten en beperkingen van het onderzoek

De zoekstrategie van het onderzoek is zorgvuldig opgezet. Er is op systematische wijze gezocht in databases van verschillende vakgebieden. Een multidisciplinair team van onderzoekers heeft bijgedragen aan de selectie- en analysestappen, hetgeen bijdraagt aan de rigor van de review.

De opbrengst is groot, en had nog groter kunnen zijn wanneer ook gebruik was gemaakt van het sneeuwbaleffect (doorzoeken referentielijsten), niet-vrij toegankelijke publicaties ter beschikking waren gekomen, en de grijze literatuur meer systematisch was doorzocht. Binnen de tijd die beschikbaar was, konden toch 67 studies worden geïncludeerd. Dit aantal is groter dan verwacht, waardoor – in de beperkte tijd die er was voor deze review – geen aanvullende analyses gedaan konden worden. Met name de kwalitatieve studies (N=24) verdienen een extra integratieve review van de effecten. Ook was er weinig tijd om auteurs te benaderen voor aanvullende informatie, om ontbrekende informatie te achterhalen over bijvoorbeeld precieze studiepopulaties en kosten en financiering van interventies.

Voor vervolgonderzoek is het raadzaam om de resultaten van de kwalitatieve studies nader te analyseren. Integratieve [77,78] of *realist* [10] reviews bieden hiervoor handvatten.

Een ander aandachtspunt van deze review is de definitie van *Positieve gezondheid*. Voor *Positieve gezondheid* an sich is geen internationaal gevalideerde meetschaal. We hebben dit niet als zoekterm opgenomen, maar gezocht op 'gezondheid', 'welzijn' en 'kwaliteit van leven'. De onderzoekers hebben de uitkomsten vertaald naar (de dimensies van) *Positieve Gezondheid.*

3.4.2 Onderzoeksaspecten

Karakteristieken van studies

Vanuit de analyse van de studies zijn onvoldoende harde data gevonden om de effectiviteit van interventies te bepalen. Dit heeft te maken met verschillende kenmerken van de onderzoeken:

- Studies zijn te verschillend en daardoor onvoldoende vergelijkbaar: verschillende interventies, settingen, populaties, meetinstrumenten, uitkomstmaten, etc.
- De gegeven methodologische informatie is niet erg gedetailleerd.
- Studies includeren vaak geen controlegroepen. Hierdoor zijn causale verbanden niet aan te tonen.
- Potentiële bias: meedoen aan kunstactiviteiten is over het algemeen op vrijwillige basis.
- Kwalitatief onderzoek gaat vaak in op 'hoe' het werkt, minder op de uitkomsten.
- Studies geven onvoldoende inzicht in effecten op de lange(re) termijn. Metingen worden vooral gedaan rondom de afronding van de interventie.
- Er is onvoldoende helderheid over de financiering van projecten, zowel van de uitgevoerde projecten als de vraag hoe financiering verloopt na de projectfase.

Dit wordt ondersteund door eerdere reviews op het gebied van culturele interventies.[1-7,79]

Procesevaluatie

In slechts enkele publicaties werd uitgebreide informatie gegeven over de initiator en de ontwikkeling van interventies. Er werd nauwelijks informatie gegeven over de belemmerende en bevorderende factoren die zij ervaren hebben bij het uitvoeren en/of het ontwikkelen en implementeren van de interventie. Om volledige informatie te verzamelen over de effectiviteit van interventies, zou deze informatie meegenomen moeten worden.[18] Het is van belang om alle informatie op een rij te zetten: over de context van de interventie[3,74,76], over de keuzes voor meetinstrumenten en (kwalitatieve) uitkomstmaten[3,75], over implementatieprocessen (o.a. *intervention fidelity*) en het benaderen van interventies vanuit verschillende perspectieven[6]. Het gaat dan om zogenaamde *context based practice*.[80]

Een vervolgreview zou zich daarom ook kunnen richten op publicaties die naast uitkomsten ook een procesevaluatie geven. De aard van de interventies maakt dat er op vele fronten complexiteiten zijn. Een procesevaluatie is juist dan een essentieel onderdeel van het ontwikkelen en testen van de interventie; de *Medical Research Council* biedt hiervoor een bruikbaar *framework*.[81] Monitoring van wie de initiators van de interventies zijn, en in hoeverre de eindgebruikers betrokken zijn bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de interventie zou daar bij ook expliciet aandacht moeten krijgen (co-creatie).

Uitkomstmaten

Geen van de geïncludeerde studies richtte zich op uitkomsten gerelateerd aan 'dagelijks functioneren' en vijf hadden uitkomsten gericht op 'lichaamsfuncties'. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de doelen van de interventies die zich juist meer op de geest dan op het lichaam richten. In veel medisch-wetenschappelijke studies gaat het juist wel om 'dagelijks functioneren' en 'lichaamsfuncties', de meer 'harde' uitkomstmaten.

Daarnaast geven sommige auteurs aan dat het meten op zich indruist tegen wat de kunstenaars beogen met hun interventie[36] en/of dat het ingewikkeld is om causale verbanden tussen sociale interventies en uitkomsten te meten[18]. Een synthese van de gebruikte concepten zou daarom nog meer waarde kunnen bieden.

Het begrip *Positieve gezondheid* biedt een breder conceptueel kader dan klassieke gezondheidsbegrippen om over effecten van culturele interventies te praten, maar typisch artistieke en educatieve waarden en uitkomsten zijn er moeilijk in onder te brengen. Een discussie tussen de kunstsector, zorgverzekeraars, zorgprofessionals en andere stakeholders zou zinvol zijn om vanuit de verschillende paradigma's tot consensus te komen over passende uitkomstmaten in dit vak-/onderzoeksgebied.

In studies en bij het bepalen van effecten zou ook aandacht moeten zijn voor wie de uitkomsten meet en op welk moment en in welke context.[80] Veel studies beperken zich tot momentane resultaten: bijvoorbeeld het engagement in de culturele activiteit, of in het gedrag direct na de interventie. Dit sluit aan bij de doelstelling van veel interventies. Het is belangrijk dat meegewogen wordt bij beslissingen over het onderzoek naar de implementatie van culturele interventies: wat zijn de doelen of eindtermen die men wil bereiken?

3.5 Literatuur

1. Newman T, Curtis K, Stephens J. Do community-based arts projects result in social gains? A review of the literature. Community Development Journal 2003;38:310-22.
2. Stuckey HL, Nobel J. The connection between art, healing, and public health: a review of current literature. American Journal of Public Health 2010;100:254-63.
3. de Medeiros K, Basting A. "Shall I compare thee to a dose of donepezil?": cultural arts interventions in dementia care research. The Gerontologist 2014;54:344-53.
4. Noice T, Noice H, Kramer AF. Participatory arts for older adults: A review of benefits and challenges. The Gerontologist 2013;54:741-53.
5. Zeilig H, Killick J, Fox C. The participative arts for people living with a dementia: a critical review. International Journal of Ageing and Later Life 2014;9:7-34.
6. Fraser KD, O'Rourke HM, Wiens H, Lai J, Howell C, Brett-MacLean P. A scoping review of research on the arts, aging, and quality of life. The Gerontologist 2015;55:719-29.
7. Jensen A, Stickley T, Torrissen W, Stigmar K. Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities. Perspectives in public health 2016:1757913916676853.
8. Wilson C, Bungay H, Munn-Giddings C, Boyce M. Healthcare professionals' perceptions of the value and impact of the arts in healthcare settings: A critical review of the literature. International journal of nursing studies 2016;56:90-101.
9. Zwikker M, Van Dale D, Dunnink T, et al. Erkenning van interventies; criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2015-2018: RIVM, NJi, NISB, Trimbos instituut, Vilans, Movisie, NCJ; 2015.
10. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. Journal of health services research & policy 2005;10:21-34.
11. Lokon E, Sauer PE, Li Y. Activities in dementia care: A comparative assessment of activity types. Dementia (London, England) 2016.
12. Baumann M, Peck S, Collins C, Eades G. The meaning and value of taking part in a person-centred arts programme to hospital-based stroke patients: findings from a qualitative study. Disability & Rehabilitation 2013;35:244-56.
13. Beesley K, White JH, Alston MK, Sweetapple AL, Pollack M. Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. Disability & Rehabilitation 2011;33:2346-55.
14. Jensen A. Beyond the borders: The use of art participation for the promotion of health and well-being in Britain and Denmark. Arts & health 2013;5:204-15.
15. Barley EA, Robinson S, Sikorski J, Barley EA, Robinson S, Sikorski J. Primary-care based participatory rehabilitation: users' views of a horticultural and arts project. British Journal of General Practice 2012;62:127-34.
16. Young V. An evaluation of the impact of narrative arts interventions on care practice in residential care homes for people living with dementia: Staffordshire University; 2013.
17. Secker J, Loughran M, Heydinrych K, Kent L. Promoting mental well-being and social inclusion through art: evaluation of an arts and mental health project. Arts & health 2011;3:51-60.
18. Adesina OR. EVALUATION OF THE IMPACT OF ARTS-BASED INTERVENTION ON THE WELLBEING OF OLDER PEOPLE IN CARE HOMES IN THE UK. 2015.

19. Van Hoek E, Haanstra F. Bewegen op muziek; onderzoek naar een kunstproject voor ouderen vanuit muziek, spel en beweging. Santpoort-Noord: Stichting Muzisch Spoor; 2016.
20. Gwinner K. Arts, therapy, and health: Three stakeholder viewpoints related to young people's mental health and wellbeing in Australia. The Arts in Psychotherapy 2016;50:9-16.
21. Wilson C, Sharpe D. Promoting young people's mental health and wellbeing through participation in the arts: A mixed-methods service evaluation of the Zinc Arts ArtZone programme. Journal of Applied Arts & Health 2017.
22. Lipe AW, Ward KC, Watson AT, et al. The effects of an arts intervention program in a community mental health setting: A collaborative approach. The Arts in Psychotherapy 2012;39:25-30.
23. Moran GS, Alon U. Playback theatre and recovery in mental health: Preliminary evidence. The Arts in Psychotherapy 2011;38:318-24.
24. Schlosnagle L, McBean AL, Cutlip M, Panzironi H, Jarmolowicz DP. Evaluating the fine arts program at the Center for Excellence in Disabilities. Art Therapy 2014;31:110-7.
25. Wilson C, Kent L. A qualitative study of 2Create: A mental health service user-led art group. Arts & Health: An International Journal of Research, Policy and Practice 2016;8:169-81.
26. Ross EA, Hollen TL, Fitzgerald BM. Observational study of an Arts-in-Medicine Program in an outpatient hemodialysis unit. American Journal of Kidney Diseases 2006;47:462-8.
27. Lawson J, Reynolds F, Bryant W, Wilson L. 'It's like having a day of freedom, a day off from being ill': exploring the experiences of people living with mental health problems who attend a community-based arts project, using interpretative phenomenological analysis. J Health Psychol 2014;19:765-77.
28. MacPherson S, Bird M, Anderson K, Davis T, Blair A. An art gallery access programme for people with dementia: 'you do it for the moment'. Aging & Mental Health 2009;13:744-52.
29. Roe B, McCormick S, Lucas T, Gallagher W, Winn A, Elkin S. Coffee, Cake & Culture: Evaluation of an art for health programme for older people in the community. Dementia (London, England) 2016;15:539-59.
30. Burnside LD, Knecht MJ, Hopley EK, Logsdon RG. here:now – Conceptual model of the impact of an experiential arts program on persons with dementia and their care partners. Dementia (14713012) 2017;16:29-45.
31. Camic PM, Baker EL, Tischler V. Theorizing How Art Gallery Interventions Impact People With Dementia and Their Caregivers. The Gerontologist 2016;56:1033-41.
32. Camic PM, Tischler V, Pearman CH. Viewing and making together: a multi-session art-gallery-based intervention for people with dementia and their cares. Aging & Mental Health 2014;18:161-8.
33. Hazzan AA, Humphrey J, Kilgour-Walsh L, et al. Impact of the 'Artful Moments' Intervention on Persons with Dementia and Their Care Partners: a Pilot Study. Canadian geriatrics journal : CGJ 2016;19:1-8.
34. Baker EL. Arts interventions in dementia care: Canterbury Christ Church University; 2014.
35. Young R. The cognitive impact of art-gallery interventions for people with dementia: Canterbury Christ Church University (United Kingdom); 2014.
36. Teall W, Tortora A. Getting to know Alfred Wallis. A Life in the Day 2004;8:4-9.

37. Kindleysides M, Biglands E. 'Thinking outside the box, and making it too': Piloting an Occupational Therapy Group at an Open-Air Museum. Arts & health 2015;7:271-8.
38. Flatt JD, Liptak A, Oakley MA, Gogan J, Varner T, Lingler JH. Subjective Experiences of an Art Museum Engagement Activity for Persons With Early-Stage Alzheimer's Disease and Their Family Caregivers. American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias 2015;30:380-9.
39. Rentz CA. Memories in the Making©: outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2002;17:175-81.
40. Sauer PE, Fopma-Loy J, Kinney JM, Lokon E. "It makes me feel like myself": Person-centered versus traditional visual arts activities for people with dementia. Dementia (London, England) 2016;15:895-912.
41. Lloyd C, Su Ren W, Petchkovsky L. Art and Recovery in Mental Health: a Qualitative Investigation. British Journal of Occupational Therapy 2007;70:207-14.
42. Geue K, Richter R, Buttstadt M, Brahler E, Singer S. An art therapy intervention for cancer patients in the ambulant aftercare - results from a non-randomised controlled study. European Journal of Cancer Care 2013;22:345-52.
43. Gross SM, Danilova D, Vandehey MA, Diekhoff GM. Creativity and dementia: does artistic activity affect well-being beyond the art class? Dementia (London, England) 2015;14:27-46.
44. Rodrigues LM. The meaning of a visual arts program for older adults in long-term care 2016.
45. Symons J, Clark H, Williams K, Hansen E, Orpin P. Visual art in physical rehabilitation: experiences of people with neurological conditions. British Journal of Occupational Therapy 2011;74:44-52.
46. Brown R, Jeanneret N. Re-engaging At-Risk Youth through Art - The Evolution Program. International Journal of Education and the Arts 2015;16:1-18.
47. Morris J, Toma M, Kelly C, et al. Social context, art making processes and creative output: a qualitative study exploring how psychosocial benefits of art participation during stroke rehabilitation occur. Disability and Rehabilitation 2016;38:661-72.
48. Makin S, Gask L. 'Getting back to normal': the added value of an art-based programme in promoting 'recovery' for common but chronic mental health problems. Chronic illness 2012;8:64-75.
49. Crone DM, O'Connell EE, Tyson PJ, Clark-Stone F, Opher S, James DVB. 'Art Lift' intervention to improve mental well-being: An observational study from UK general practice. International Journal of Mental Health Nursing 2013;22:279-86.
50. Kilroy A, Garner C, Parkinson C, Kagan C, Senior P. Towards transformation: Exploring the impact of culture, creativity and the arts of health and wellbeing. 2007.
51. van de Venter E, Buller A. Arts on referral interventions: a mixed-methods study investigating factors associated with differential changes in mental well-being. Journal of Public Health 2014;37:143-50.
52. Eades G, Ager J. Time Being: difficulties in integrating arts in health. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 2008;128:62-7.
53. Crone D, O'Connell E, Tyson P, Clark-Stone F, Opher S, James DV. 'It helps me make sense of the world': the role of an art intervention for promoting health and wellbeing in primary care—perspectives of patients, health professionals and artists. Journal of Public Health 2012;20:519-24.

54. Stickley T, Hui A. Social prescribing through arts on prescription in a UK city: Referrers' perspectives (part 2). Public health 2012;126:580-6.
55. van Dijk A, van Weert J, Dröes R. Theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg: effecten op gedrag, stemming en kwaliteit van leven van mensen met dementie. Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 2012;43:283-95.
56. Faigin DA. Community-based theater and persons with psychiatric disabilities: An investigation of individual and group development, social activism, and community integration. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 2011;71:2705.
57. van Dijk A, van Weert JC, Droes R-M. Does theatre improve the quality of life of people with dementia? International psychogeriatrics 2012;24:367-81.
58. Kontos P, Miller KL, Colobong R, et al. Elder-Clowning in Long-Term Dementia Care: Results of a Pilot Study. J Am Geriatr Soc 2016;64:347-53.
59. Dolling S, Day J. How working with a community arts project benefits service users. Mental Health Practice 2013;16:36-8.
60. Ellison S, Christie I, Watt G. Evaluation of the Living Voices pilot: Blake Stevenson; 2014.
61. Phillips LJ, Reid-Arndt SA, Pak Y. Effects of a Creative Expression Intervention on Emotions, Communication, and Quality of Life in Persons With Dementia. Nursing research 2010;59:417-25.
62. Billington J, Carroll J, Davis P, Healey C, Kinderman P. A literature-based intervention for older people living with dementia. Perspectives in public health 2013;133:165-73.
63. Boyd C. Development and Evaluation of a Pilot Filmmaking Project for Rural Youth with a Serious Mental Illness. Youth Studies Australia 2010;29:27-35.
64. Savorani G, Pini E, Tondi L, et al. Memofilm project: "Man's memory. Cinema against the pathologies of memory". Journal of the American Geriatrics Society 2013;61:826-8.
65. van der Vleuten M, Visser A, Meeuwesen L. The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia. Patient education and counseling 2012;89:484-8.
66. Verheyen K. Het effect van live muziekoptredens op oudere psychiatrisch patiënten 2014.
67. Westheimer O, McRae C, Henchcliffe C, et al. Dance for PD: A preliminary investigation of effects on motor function and quality of life among persons with Parkinson's disease (PD). Journal of Neural Transmission 2015;122:1263-70.
68. Wilbur S, Meyer HB, Baker MR, et al. Dance for Veterans: A complementary health program for veterans with serious mental illness. Arts & Health: An International Journal of Research, Policy and Practice 2015;7:96-108.
69. Skingley A, Page S, Clift S, et al. "Singing for breathing": Participants' perceptions of a group singing programme for people with COPD. Arts & Health: An International Journal of Research, Policy and Practice 2014;6:59-74.
70. Sun J, Buys N. Effectiveness of a participative community singing program to improve health behaviors and increase physical activity in Australian Aboriginal and Torres Strait Islander people. International Journal on Disability and Human Development 2013;12:297-304.

71. Van Lith T, Fenner P, Schofield MJ. Toward an understanding of how art making can facilitate mental health recovery. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2009;8:6p-p.
72. Hacking S, Secker J, Spandler H, Kent L, Shenton J. Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs. Health Soc Care Community 2008;16:638-48.
73. Fraser A, Bungay H, Munn-Giddings C. The value of the use of participatory arts activities in residential care settings to enhance the well-being and quality of life of older people: A rapid review of the literature. Arts & Health: An International Journal of Research, Policy and Practice 2014;6:266-78.
74. Macnaughton J, White M, Stacy R. Researching the benefits of arts in health. Health Education 2005;105:332-9.
75. Bungay H, Clift S. Arts on Prescription: A review of practice in the UK. Perspectives in Public Health 2010;130:277-81.
76. Archibald M, Scott S, Hartling L. Mapping the waters: A scoping review of the use of visual arts in pediatric populations with health conditions. Arts & health 2014;6:5-23.
77. Souza MTd, Silva MDd, Carvalho Rd. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo) 2010;8:102-6.
78. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2014;48:335-45.
79. Wilson C, Bungay H, Munn-Giddings C, Boyce M. Healthcare professionals' perceptions of the value and impact of the arts in healthcare settings: A critical review of the literature. International journal of nursing studies 2016;56:90-101.
80. RVS. Zonder context geen bewijs; over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2017.
81. Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ : British Medical Journal 2015;350.

Cardiac Output is ontstaan uit een samenwerking van zorgorganisatie Cordaan, de Theaterschool AHK en Introdans.
Foto: Allard Willemse

4 Stakeholdersparticipatie

Wies Rosenboom, Karin Laarakker

4.1 Inleiding

Om de kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen op het gebied van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning te kunnen bepalen, zijn naast de inventarisatiestudie en het literatuuronderzoek door middel van stakeholdersparticipatie de wensen en behoeften van de cultuur- en de zorgsector onderzocht. Stakeholdersparticipatie nam gedurende het hele onderzoeksproces een grote plaats in. Dat gebeurde op de volgende manieren en momenten:

- Er vond doorlopend afstemming plaats met de bestaande ZonMw-begeleidingscommissie met vertegenwoordiging van kennisorganisaties uit de cultuur- en zorgsector. De commissie bestaat uit vertegenwoordigers van onder meer RIVM, Van Praaginstituut, Vrije Universiteit, Radboud Universiteit, Vilans, Boekmanstichting, Cultuur+Onderrnemen en The Art of Impact. Op 18 april en op 23 juni heeft het consortium de stand van zaken gepresenteerd aan en besproken met de commissie.
- Zoals beschreven in hoofdstuk 2 vonden drie focusgroepen plaats van beleids- en praktijkprofessionals. Tevens zijn een aantal stakeholders uit de cultuur- en zorgsector (telefonisch) geïnterviewd.
- Op 3 februari en op 19 mei vonden consultatiebijeenkomsten plaats. Hierin legden we de onderzoeksopzet en kennisbehoeften respectievelijk onze eerste bevindingen aan de stakeholders voor.

In dit hoofdstuk rapporteren wij over laatstgenoemd onderdeel, de consultatiebijeenkomsten met stakeholders.

4.2 Opzet van de stakeholderbijeenkomsten

Doelstelling van de bijeenkomsten was om in de eerste plaats draagvlak voor de kennissynthese en kennisagenda te creëren door stakeholders te betrekken bij de opzet en validering van onze studie. In de tweede plaats verzamelden we op deze manier feedback op de onderzoeksopzet en de eerste bevindingen.

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 3:

Wat zijn kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen op het gebied van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning?

4.3 Niveaus van vertegenwoordiging

De twee consultatiebijeenkomsten met stakeholders vonden plaats op vrijdag 3 februari en vrijdag 19 mei 2017, beide keren in het pand van het LKCA te Utrecht. Het doel was een zo breed mogelijke groep stakeholders te consulteren, waarbij we specifiek aandacht hadden voor stakeholders die niet vertegenwoordigd waren in de begeleidingscommissie.

We hadden de stakeholders ingedeeld op macro-, meso- en microniveau. Daarbij legden we voor de stakeholdersbijeenkomsten meer de nadruk op het macroniveau en voor de focusgroepen en de interviews in de mappingstudie meer op het meso- en microniveau.

Onder de stakeholders op macroniveau rekenden we de nationale beleidsmakers:

- organisaties die aanvullend zijn op de organisaties in de begeleidingscommissie (onder meer Actiz, Patiëntenfederatie Nederland (NPCF), Sociaal en Cultureel Planbureau);
- de vijf initiatiefnemers van het programma *Lang Leve Kunst*: Fonds voor Cultuurparticipatie, Stichting RCOAK, Fonds Sluyterman van Loo, LKCA, VSBfonds)
- Oranjefonds en andere fondsen, zoals KF Hein, Stichting Doen, Kansfonds, Ministerie van VWS, Ministerie van OCW, Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV), Programma Waardigheid en Trots, College voor Zorgverzekeringen (CVZ), GGZ Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Verwey Jonker Instituut, Nederlandse Vereniging voor Gerontologie (NVG), Coalitie Erbij, Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen)
- vertegenwoordigers van beroepsorganisaties van betrokken sectoren (onder meer Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ);
- vertegenwoordigers van intermediaire organisaties (zoals Patiëntenfederatie Nederland (NPCF), Mezzo);
- vertegenwoordigers van banken (onder meer Triodos) .

Tot stakeholders op mesoniveau rekenden we:

- managers van culturele instellingen en provinciale kennisorganisaties voor cultuureducatie en amateurkunst (waarvan een deel is vertegenwoordigd in de zogeheten Raad van twaalf);
- lectoren en onderzoekers van hogescholen (onder meer Hogeschool voor de Kunsten Utrecht, Windesheim, Hogeschool Utrecht, Hogeschool van Amsterdam, Artez Hogeschool voor de Kunsten, Fontys Hogescholen, Codarts Rotterdam);
- hoogleraren en onderzoekers van universiteiten (onder meer VU Medisch Centrum, Vrije Universiteit, Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit voor Humanistiek);
- managers en beleidsadviseurs van patiëntenorganisaties (onder meer Alzheimer Nederland),
- managers van zorginstellingen uit verschillende branches (GGZ, verpleegzorg et cetera);
- beleidsmedewerkers van gemeenten.

De stakeholders op microniveau zijn de betrokkenen in het primaire proces:

- zorgprofessionals;
- sociale professionals (dus werkzaam in de zorg-/welzijnssector);
- kunstenaars;
- cultuurprofessionals;
- onderzoekers (zzp'ers);
- cliënten.

In het projectplan waren op microniveau ook vrijwilligers en mantelzorgers opgenomen. Om praktische redenen hebben wij ervoor gekozen ons niet rechtstreeks tot hen te richten maar tot de intermediaire organisaties NCPF en Mezzo.

4.4 Werving en samenstelling van de groepen

De belangrijkste stakeholders hadden we in beeld door activiteiten die we in het recente verleden hebben georganiseerd, zoals conferenties en expertbijeenkomsten over *Lang Leve Kunst*, een meerjarig samenwerkingsprogramma van private en publieke fondsen en LKCA over ouderen en cultuur, in samenwerking met de ministeries van OCW en VWS en de NOV) en jaarlijkse conferenties en inspiratiedagen gericht op beleidsprofessionals, professionals uit het culturele en sociale domein zoals het *Social Art Lab* (een initiatief van Movisie) en *De Kunst van… Verschillen overbruggen* (evenement van LKCA gericht op cultuurprofessionals) die beide in 2016 plaatsvonden, en lidmaatschappen van coalities en platforms als Coalitie Erbij en Platform Promotie Cultuurparticipatie.

Met veel van de stakeholders hadden we dus al warm contact, reden waarom het relatief eenvoudig was om tot een mailinglijst te komen en hen via gerichte, persoonlijke e-mails uit te nodigen.[13]

Er was vanuit de culturele sector veel interesse om deel te nemen aan de bijeenkomsten. Het bleek een grote uitdaging om de aanwezigheid van een evenredig aantal deelnemers uit de zorg te realiseren. Bij de eerste bijeenkomst was er weliswaar een aantal aanmeldingen van stakeholders op macro- en mesoniveau vanuit de zorg, maar veel minder dan vanuit cultuur. Daarom hebben we als consortium voor de tweede bijeenkomst veel extra inspanningen verricht om nog meer in de zorgsector te werven, door gerichte en persoonlijke mails en telefoontjes. Ook hebben we in het algemeen nóg actiever geworven, via persoonlijke contacten, via e-mail en telefoon. Verder hebben we de aanwezigen bij de eerste bijeenkomst extra aangespoord om hun eigen netwerk aan te spreken en zich bijvoorbeeld te laten vergezellen door een of meer samenwerkingspartners uit de zorg.

Dit alles heeft geresulteerd in een substantieel groter aantal aanwezigen bij de tweede bijeenkomst dan bij de eerste. Aan de eerste bijeenkomst (op 3 februari) namen 32 stakeholders deel, aan de tweede 63, inclusief de vertegenwoordigers van het consortium en van opdrachtgever ZonMw. Vermeldenswaardig is daarbij het feit dat Theaterwerkplaats Tiuri, gericht op mensen met een verstandelijke beperking, onder leiding van Theo Frentrop op 19 mei vertegenwoordigd was met een groep van zes medewerkers en spelers.

Bijlage 4.1 geeft een overzicht van de aanwezigen, gespecificeerd naar vertegenwoordigingsniveau (meso, macro of mico) en naar sector (cultuur, zorg, beleid of algemeen – ons realiserend dat deze categorieën elkaar in sommige gevallen overlappen, in

[13] Bij de uitnodiging hebben we een overzicht toegevoegd van de stakeholders die we al hadden benaderd, met de vraag om aanvullingen. Geadresseerden die wilden komen maar verhinderd waren stuurden in sommige gevallen een collega. Ook konden ze aangeven dat ze toch op de hoogte wilden worden gehouden. Een aantal van hen heeft hiervan gebruik gemaakt.

dat geval hebben we gekozen voor de categorie die voor de consultaties het meest relevant was). In totaal zijn zo'n 200 personen en organisaties benaderd.

Deze adressenlijsten zijn beschikbaar voor vervolgactiviteiten en kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden voor bijeenkomsten van de kennisagenda.

4.5 Inhoud van de bijeenkomsten

In de eerste stakeholdersbijeenkomst stond de onderzoeksopzet van de kennissynthese centraal. Na een plenaire voorstelronde en presentatie van het projectplan gingen de deelnemers uiteen in drie groepen. De onderzoekers gingen in gesprek over de onderzoeksvragen en methoden van onderzoek, de beleidsprofessionals over de doelgroepen en selectiecriteria van het onderzoek en de praktijkprofessionals over de kennisbehoeften vanuit het veld. We hebben de deelnemers zo goed mogelijk verdeeld over de subgroepen, waarbij we rekening hebben gehouden met de verschillende achtergronden en expertise. Per groep hadden we deelvragen geformuleerd. De reacties hierop werden verzameld via Post-its op flipovers, waarna ze werden bediscussieerd. In een plenaire afsluiting werd kort gereflecteerd op de bevindingen.

De tweede stakeholdersbijeenkomst ging over de validering van de eerste bevindingen van het literatuuronderzoek en de inventarisatiestudie en aanbevelingen die op grond hiervan gedaan kunnen worden. Deze deelstudies deelden we via een plenaire presentatie (vergezeld van een hand-out) met de deelnemers. Vervolgens werd er verder gesproken in subgroepen, die deze keer alle drie gemengd waren (onderzoekers, beleid en praktijk) omdat we de eerste keer hadden ervaren dat met name de opbrengsten uit de groepen beleids- en praktijkprofessionals weinig onderscheidend waren. In de groepen is gesproken over de toetsing en validering van de onderzoeksresultaten en over aanbevelingen voor de kennisagenda. Ook nu sloten we plenair af. Om de stakeholders de gelegenheid te geven hun netwerk te verstevigen en uit te breiden, boden we hun tot slot een lunch aan.

In bijlage 4.2 en 4.3 staan de verslagen van beide stakeholdersbijeenkomsten. In het vervolg van dit hoofdstuk presenteren we een synthetiserende reflectie op de opbrengsten van beide consultaties.

4.6 Resultaten

4.6.1 Begripsafbakening

Een onderwerp dat vooral bij de eerste stakeholdersbijeenkomst uitgebreid werd bediscussieerd was de afbakening van het onderzoek (zie hoofdstuk 1) . Bij de tweede bijeenkomst was dit minder een kwestie, al werden ook hier geregeld opmerkingen gemaakt over de naar de mening van sommige stakeholders (veel) te nauwe definities van termen. De belangrijkste punten van zorg waren:

- de definitie van 'culturele interventie'
- het begrip 'langdurige zorg'
- het uitsluitend hanteren van het 'cliëntperspectief'

Zoals toegelicht in hoofdstuk 1 was de betrokkenheid van een professionele kunstenaar een voorwaarde om van een culturele interventie te kunnen spreken. Hiermee worden sowieso interventies door vaktherapeuten, vrijwilligers, amateurs en cliënten zélf buiten beschouwing gelaten. Ook bijvoorbeeld *community arts* en *healing environments* blijven buiten beschouwing. Voor wat betreft de groep die resteert blijft voor de stakeholders echter onduidelijk wat dan precies onder een professionele kunstenaar wordt verstaan. Vragen hieromtrent die we ophaalden tijdens de bijeenkomsten gingen over de waarde die we hechten aan zaken als artistieke begaafdheid (en hoe die te meten) en de vraag of het voltooid hebben van een kunstvakopleiding een vereiste is. De (voorlopige) consensus is dat inkomen en opleiding belangrijke criteria zijn om kunstprofessionals te benoemen en de criteria zijn meetbaar.

De focus ligt dus op kunst met de spreekwoordelijke grote K. Echter voor cliënten speelt dit vaak een ondergeschikte rol. *'Het is lastig om de effecten van het artistieke los te koppelen met de sociale effecten, dus van het gezellige samenzijn,*' constateerde Marielle Hendriks (directeur Boekman Stichting en lid begeleidingscommissie, bijeenkomst 3 februari). Anderen onderschreven dit.

Een ander punt van discussie was het begrip 'langdurige zorg', dat werd gedefinieerd als zorg die langer dan een jaar ontvangen wordt en waarbij een zorgprofessional betrokken is. Vooral tijdens de tweede stakeholdersbijeenkomst bleek dat de term door velen sterk wordt geassocieerd met de Wet Langdurige Zorg en in het bijzonder met de intramurale ouderenzorg. Vanwege deze associatie heeft het consortium van de kennissynthese ervoor gekozen om (voorlopig) niet meer te spreken van 'culturele interventies in de langdurige zorg' maar van 'culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning gericht op *Positieve gezondheid*'.

Daarnaast werden bij de eerste en bij de tweede stakeholdersbijeenkomst kritische kanttekeningen geplaatst bij de keuze voor 'het cliëntperspectief', dat wil zeggen de gerichtheid op effecten bij cliënten in de langdurige zorg. Onze stakeholders vinden dat er ook gekeken zou moeten worden naar wat culturele interventies doen voor zorgverleners, mantelzorgers, familie en anderen die om de cliënt heen staan. Dit zijn immers ook maatschappelijke opbrengsten die de moeite waard zijn.

4.6.2 Opmerkingen bij de eerste bevindingen van de literatuur- en mappingstudie

Bij beide stakeholdersbijeenkomsten hebben we diverse geluiden gehoord over doelgroepen die volgens deelnemers 'misten' in de kennissynthese. Zij spraken bijvoorbeeld hun zorgen uit over het feit dat vluchtelingen en statushouders, migranten, jongeren, mensen met een verstandelijke beperking en doelgroepen uit de psychiatrie en GGZ ontbraken. Deze kritiek is deels gerelateerd aan de afbakeningskwestie (zie hiervoor). Migranten bijvoorbeeld ontvangen vaak geen professionele zorg, bracht Chandra Verstappen (programmamanager Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, stakeholdersbijeenkomst 3 februari) in. Hetzelfde geldt voor veel andere kwetsbare groepen; als ze al met interventies in aanraking komen, vallen deze meestal buiten de definitie die we hanteerden in deze kennissynthese. Voor een ander deel ontbreken de genoemde doelgroepen eenvoudigweg in onze rapportage doordat we weinig of geen

onderzoeken ernaar of relevante praktijk- of beleidsvoorbeelden vonden in de literatuur- en de inventarisatiestudie.
Andersom merkten de stakeholders op, dat de neiging bestond de synthese te zeer toe te spitsen op senioren. De oorzaak hiervoor is waarschijnlijk het feit dat er de afgelopen jaren dankzij het programma *Lang Leve Kunst* een flinke *body of knowledge* is opgebouwd, ofwel, er is nu eenmaal veel informatie te vinden over culturele interventies voor ouderen. Daarnaast zijn ouderen vermoedelijk oververtegenwoordigd in de doelgroep langdurige zorg, ofwel, er zijn nu eenmaal veel ouderen, dus zijn er verhoudingsgewijs veel interventies die gericht zijn op deze doelgroep.

Andere adviezen met betrekking tot de kennissynthese zijn voor zover haalbaar binnen de korte tijdspanne van het onderzoek meegenomen in de literatuur- en de inventarisatiestudie. (zie hoofdstuk 2 en 3).

4.6.3 Bewijsvoering en onderbouwing

Als het gaat om het meten van opbrengsten hebben culturele interventies in de langdurige zorg volgens stakeholders last van een 'dubbele handicap'. Allereerst zijn dit soort interventies zelf minder geschikt voor de toepassing van 'harde', kwantitatieve onderzoeksmethoden zoals gerandomiseerde gecontroleerde trials - al is het alleen al omdat de doelstellingen vaak niet scherp vastliggen en ook niet vast te leggen zijn. Juist het 'niet-sturen' wordt gezien als een van de succesfactoren van culturele interventies! Daarnaast maakt de aard van de verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld cliënten die lijden aan dementie, het meten van effecten vaak moeilijk of onmogelijk, of zelfs onwenselijk. Dit kan zelfs zo ver gaan dat het meten beperkend werkt voor een project. Bovendien is de definitie en status van *evidence* sowieso een omstreden onderwerp in de zorg – denk bijvoorbeeld aan het recente advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.[14]

Vooral tijdens de tweede stakeholderbijeenkomst werd veel gesproken over *evidence*. De vraag hierom, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars, wekt soms wrevel: hoeveel *evidence* is nodig om iets te bewijzen dat zichzelf al lang bewezen heeft?

Toch lijkt het erop dat enige vorm van bewijsvoering onontkoombaar is. Maar hoe moet die er dan uit zien? De stakeholders beklemtoonden, zoals gezegd, dat de vraag om kwantitatieve, objectieve onderbouwing niet past bij het onderwerp: kunst in maatschappelijke context behoort tot een ander paradigma. Ze vinden daarom dat we toe moeten naar een nieuwe vorm van *evidence*, aangedragen door mensen uit de kunst én uit de zorg, met een eigen frame van wat *evidence* ís en met passende meetinstrumenten. Roelof Hortulanus (emeritus hoogleraar Sociale interventies en lokaal sociaal beleid Universiteit voor Humanistiek) wees erop dat de waarde van kunstzinnige activiteiten maar tot op bepaalde hoogte meetbaar is.

> *'De enige mogelijkheid is om effecten te meten op het niveau waarop je iets wilt bereiken. Dat is vaak individueel, of in ieder geval in kleine eenheden. Je moet het type evidence dan aanpassen aan het type interventie.' (stakeholdersbijeenkomst van 19 mei)*

[14] https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/zonder-context-geen-bewijs

Evidence based practice moet worden aangevuld met *practice based evidence*, ofwel onderzoeken op dat wat je teweeg wilt brengen, hoe 'klein' de schaal daarvan ook is. Tegelijkertijd is in sommige gevallen een zekere longitudinaliteit nodig omdat bepaalde effecten een langere adem vergen.

De meetinstrumenten voor culturele interventies kunnen bijvoorbeeld worden gevonden in de sociologie, het etnografisch onderzoek en de arts based research, dat veel meer gaat over creativiteit, ervaring en beleving, zo werd door aanwezigen gesuggereerd.

Ook moet worden gekeken naar maatschappelijke effecten: *social return on investment*. Daarbij moeten culturele interventies dus niet worden vergeleken met andere interventies maar worden benaderd als op zichzelf staand, met een eigen meerwaarde:

> *'Kunst heeft een eigen effect. Dit zou je missen als je het wilt vergelijken met medische interventies.' (Pieternel van Amelsvoort, Diva Dichtbij, stakeholdersbijeenkomst 19 mei)*

Een andere complicerende factor, die eveneens samenhangt met de afbakening van het onderzoeksobject, is het feit dat veel culturele interventies gericht op *Positieve gezondheid* 'licht' zijn, niet worden onderbouwd door een plan en geen duidelijk vooropgezet doel hebben. Het meten van effecten wordt dan moeilijk.

> *'Het woord interventie veronderstelt dat je heel gericht van tevoren kan zeggen wat het effect ervan is. Ik denk dat zeker waar mensen kwetsbaar zijn dat je persoonlijke beleving centraal zou moeten stellen. Je moet andere woorden vinden, woorden die de mensen zelf gebruiken.' Frieda de Pater (directeur RCOAK, stakeholdersbijeenkomst 3 februari).*

Vanuit haar rol als gemeentelijk beleidsadviseur zou José Jeltes graag inzicht krijgen in wat de werkzame elementen of ingrediënten zijn bij culturele interventies.

> *'Dat is makkelijker dan grote studies met grote getallen. De vraag moet worden gesteld vanuit de praktijk: wat maakt dat iets effect heeft, welke competenties zijn nodig en hoe merk je dat iemand die heeft? Deze informatie helpt ook gemeenten om in gesprek te gaan met partijen.'*

4.6.4 Verduurzaming

Een van de grootste zorgen van veel stakeholders is de financiering van culturele interventies. Voor structurele financiering, nodig om het incidentele te overstijgen, is bewustwording en draagvlak in de zorg nodig. Die ontbreken vaak nog, getuige ook het ontbreken van vertegenwoordigers vanuit de zorg bij met name de eerste bijeenkomst. Met name het commitment van zorgverzekeraars werd regelmatig genoemd als sine qua non voor succesvolle implementatie van kunst in de zorg. Anderen vonden dat extra inspanningen nadrukkelijk ook op de bestuurders in de zorg moeten worden gericht.

Tijdens de bijeenkomsten bleek dat voor veel stakeholders niet duidelijk is op wie en op welke beleidslaag de kennissynthese en de kennisagenda zich richten. Meer specifiek leeft onder een deel van de stakeholders de vraag in hoeverre het soort zorg waarover de

kennissynthese gaat de verantwoordelijkheid van gemeenten is. Sommige deelnemers meenden van niet, andere met klem juist wel, omdat het bij de kennissynthese over zorg langer dan een jaar gaat en het hierbij dus ook over de Wmo gaat. Gemeenten staan voor veel meer vraagstukken staan alleen de lichamelijke gezondheid. Bijvoorbeeld over de aspecten van *Positieve gezondheid* kwaliteit van leven, sociale participatie en zingeving is nog weinig bekend. José Jeltes (Beleidsadviseur sociaal domein, gemeente Utrecht) vindt de kennissynthese daarom van groot belang voor gemeenten, maar *'ze haken niet aan omdat de extramuralisering nog aan het begin staat en omdat beleidsadviseurs zich niet aangesproken voelen.'*

De stakeholders zijn het er in het algemeen over eens dat het vragen om meer geld een heilloze weg is. In plaats daarvan moeten bestaande gelden bij overheden, zorg, kunst en welzijn anders worden ingezet: effectiever, dichter bij het doel. Er werden verschillende voorbeelden genoemd van gemeenten waar ondanks marginale financiering veel is bereikt, zoals in Den Haag (samenwerking tussen Koorenhuis en Zorggroep Florence), Maastricht (Tout Maastricht) en Eindhoven (samenwerking tussen Vitalis Woon Zorg Groep en Centrum voor de Kunsten Eindhoven). Hiervoor is het wel nodig dat partijen open staan voor iets nieuws en het lef hebben om te pionieren met de inzet van budgetten. Ook hier is goede *evidence* van groot belang om mensen over de streep te trekken.

Voor veel van onze stakeholders is verder ontschotting van beleid én financiering een basisvoorwaarde, vooral op gemeentelijk niveau - of in ieder geval 'over schotten heen kunnen kijken', zoals Bas Bijl (senior beleidsmedewerker Ministerie van VWS) het formuleerde (stakeholdersbijeenkomst van 3 februari). Het 'domeindenken' in cultuur versus zorg & welzijn moet worden losgelaten om samen een statement te kunnen maken. Investeringen moeten niet alleen plaatsvinden vanuit het budget voor cultuur maar samen met zorg & welzijn, vanuit een integrale visie, vindt men. Bijvoorbeeld binnen het programma *Age Friendly Cities*, waaraan op dit moment Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Leeuwarden, Maastricht, Deventer, Doetinchem, Emmen, Utrecht en Groningen meedoen, is dit ook een belangrijk thema.

Herhaaldelijk hoorden we de suggestie om (potentiële) financiers, in het bijzonder vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en gemeentelijk beleidsmedewerkers van buiten de cultuursector, een interventie te laten meemaken, opdat ze zelf de kracht en de impact ervan ervaren, een kracht die zoals gezegd onmogelijk goed uit te drukken is in de rationele cijfers van een kosten-batenanalyse. Als je ze zelf iets laat ervaren komt de emotionele kant erbij en verandert hun perspectief.

Paradoxaal genoeg zien sommige stakeholders ook een gevaar in de inbedding van culturele interventies in bestaande beleids- en zorgstructuren.

> *'Kunstenaars zorgen voor een frisse wind door de organisatie, juist omdat ze er geen onderdeel van zijn. Die spontaniteit moet je op een of andere manier behouden,' vond Jeanne de Vaan (adviseur Kunstbeoefening Kunstbalie, stakeholdersbijeenkomst 3 februari).*

Verduurzaming moet tot slot niet alleen langs bestuurlijk-beleidsmatige weg tot stand worden gebracht maar bottom-up op alle niveaus. Bijvoorbeeld ook door én in de

zorgopleidingen aandacht te besteden aan kunst én omgekeerd in de kunstopleidingen zorg op het onderwijsprogramma te zetten. Een voorstel hiervoor van Wilbert Slagboom van het Rotterdams Centrum voor Theater tijdens de stakeholdersbijeenkomst van 19 mei kon op brede steun rekenen. Wederzijdse nieuwsgierigheid en de bereidheid om van elkaar te leren zijn daarbij van belang, en gelukkig meldden onze stakeholders dat ze die meer en meer zien.

Langdurige zorg wordt liefdevolle zorg

Stichting Care&Culture zet kunst en cultuur in om kwetsbare ouderen (opnieuw) te verbinden met hun omgeving. Dat doet zij via projecten op maat die in een interactief proces vol passie, intuïtie en spontaniteit tot stand komen. Vrijwel alle kunstvormen kunnen aan bod komen, actief en receptief: van dans, muziek en verhalend theater tot beeldend. Er wordt gewerkt op kleine en op grootse schaal en iedereen is welkom: kinderen, zorgprofessionals, vrijwilligers, familie, professionele en niet-professionele kunstenaars. In het proces ontstaan 'transparante muren'; de gemeenschap is betrokken bij de ouderen en andersom. Als de projecten eenmaal ontwikkeld zijn, worden ze vaak aangeboden als vernieuwend scholings- en trainingsmateriaal, veelal in de vorm van filmische documentatie als aanjager van het (groeps)gesprek.
Een recent programma van Care & Culture (in samenwerking met diverse partners) is HuidHonger. Het gaat over liefde, intimiteit en aanraking, belangrijke thema's in een mensenleven maar niet vanzelfsprekend voor kwetsbare ouderen. Samen met bewoners en betrokkenen maakte Care&Culture een dansvoorstelling rondom intimiteit op vijf zorglocaties in Nederland. Care&Culture gaf ruim vijftig dansworkshops aan bewoners, met begeleiding van (tango)muziek. De bewoners hebben in deze workshops, vaak samen met hun partners, vorm gegeven aan hoe zij intimiteit en aanraking beleven, daarbij geholpen en uitgedaagd door jonge en oudere dansers en dansstudenten. Van dit materiaal werd vervolgens een voorstelling gemaakt met veelal geïmproviseerde dansduetten.
Naast de dansactiviteiten werd een aantal betrokkenen, familie en verzorgenden geïnterviewd voor HuidHonger. Hoe zijn de eigen ervaringen met intimiteit? Waarin zit vooral het belang van liefdevolle zorg? Fragmenten uit deze interviews werden in de voorstelling getoond. Onder de geïnterviewden waren Ronnie van Diemen, inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Laurent de Vries, lid van de Raad van Bestuur van Viattence wonen zorg en welzijn. Hij vertelt hoe hij met zijn organisatie bezig is een nieuw pad in te slaan, waarbij zij van de Wet langdurige zorg overgaan naar de Wet liefdevolle zorg. (Zie ook https://www.actiz.nl/web/blogs/blog/2017/laurent-de-vries).

4.6.5 Aanbevelingen voor de kennisagenda

De vraag die centraal stond in onze rapportage over de consultatie van de stakeholders was wat de kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen zijn op het gebied van culturele interventies gericht op positieve gezondheid. Uit beide stakeholdersbijeenkomsten hebben we de volgende aanbevelingen voor de kennisagenda opgehaald, die naar onze inschatting breed gedragen worden.

Aanbevelingen met betrekking tot onderzoek

- Overweeg om minder strikte definities te hanteren van begrippen als ‘langdurige zorg’, ‘culturele interventie’ en ‘professionele kunstenaar’.
- Kijk (veel) breder dan alleen naar de effecten op cliënten.
- Houd oog voor alle doelgroepen, met name de kwetsbare doelgroepen die geen (langdurige) professionele zorg ontvangen.
- Richt onderzoek op wat er nodig is om tot goede co-creatie en wederkerigheid te komen.
- Breng onderzoekers die met dit onderwerp bezig zijn bij elkaar.

Aanbevelingen van stakeholders met betrekking tot evidence

Zoek naar nieuwe vormen van evidence, passend bij dat wat culturele interventies uniek maakt ten opzichte van ‘traditionele’ (medische) interventies in de zorg.

- Onderzoek de ‘werkzame elementen’ van culturele interventies. Wat werkt wel en wat niet, en wat maakt dat iets effect heeft?

Aanbevelingen van stakeholders met betrekking tot verduurzaming

- Besteed zowel aandacht aan kunst in zorgopleidingen als aandacht aan zorg in kunstopleidingen, bij voorkeur in gemengde groepen van zorg- en kunstprofessionals.
- Bied handvatten (voorbeelden, argumenten, achtergrondinformatie) aan organisaties die het beleid kunnen beïnvloeden.

Aanbevelingen van stakeholders met betrekking tot samenwerking

- Ontschotting tussen cultuur, welzijn en zorg op gemeentelijk niveau is cruciaal en in de kennisagenda moet hieraan dus aandacht worden besteed.
- Het is een wederkerige relatie: kunst- en zorg-professionals hebben elkaar nodig. Het gaat om de waarde van co-creatie.
- Er zijn veel stimuleringsregelingen vanuit het artistieke domein geweest, draai dat om en richt je op de zorgkant.

Algemene aanbevelingen van stakeholders

- Wees je bewust van de ongewenste associaties bij de term ‘langdurige zorg’.
- Zorg naar manieren om het unieke karakter van culturele interventies te behouden en ze tegelijkertijd een vanzelfsprekende plek in de (langdurige) zorg te geven.
- Breng kunst, zorg en wetenschap dichter bij elkaar via bijvoorbeeld een kennisbank met projecten, onderzoeken, effecten et cetera.
- Betrek mensen uit de doelgroep (bottom-up).
- Gebruik de goede voorbeelden die er al zijn als ambassadeurs en breng sceptici direct in aanraking met mooie initiatieven.
- Maak gebruik van de enorme expertise van partijen die veel ervaring hebben en die hun kennis graag willen delen, bijvoorbeeld Diva Dichtbij, Tout Maastricht, Onvergetelijk Stedelijk, project Kunstkameraden van Cultuurkantine Breda, programma Waardigheid & Trots…

4.7 Discussie

We kijken terug op twee geslaagde stakeholdersbijeenkomsten. Vooral bij de tweede bijeenkomst bleek hoe groot het draagvlak voor de kennissynthese is. Er was veel bijval voor onze opzet en bevindingen, maar er klonken ook kritische geluiden – mooi, want dat betekent dat men zich betrokken voelt en dat het onderwerp wat losmaakt. Uit de reacties maakten we ook op dat er steun is voor een kennisagenda en het vervolg daarvan.

Voorzichtig maar zeer optimistisch concluderen we dat we een goede start hebben gemaakt met de stakeholdersparticipatie. Het is zaak de contacten warm te houden. We hebben de belangstelling tussen 3 februari en 19 mei zien groeien en werken nu toe naar het volgende belangrijke moment, de publiekspresentatie op 12 september. Ook daarna zijn er verschillende gelegenheden waarbij we de kennissynthese voor het voetlicht brengen voor een brede doelgroep. Op 2 oktober geven we bijvoorbeeld een presentatie tijdens *De Kunst van… Toekomst creëren*, de jaarlijkse dag van het LKCA voor professionals en bestuurders in de amateurkunst, buitenschoolse cultuureducatie en participatieve kunst. En op 3 november geven we een presentatie op het Nationaal Gerontologiecongres, een tweejaarlijks landelijk symposium van onderzoekers en beleidsmakers. In november vindt eveneens een volgend *Social Art Lab* plaats waarin de kennissynthese en de toepassing van de uitkomsten voor de praktijk in zowel de zorg als culturele sector centraal staan.
Punt van aandacht blijft de betrokkenheid van de zorgsector. Weliswaar was die bij de tweede consultatie beter vertegenwoordigd dan bij de eerste maar de belangstelling blijft beperkt tot de meest enthousiaste *early adapters* en het gevoel van eenrichtingverkeer blijft (de cultuur wil wat van de zorg en niet andersom en de zorg is niet op de hoogte van wat cultuur te brengen heeft).

Voor het vervolg kan het raadzaam zijn het gesprek aan te gaan met bestuurders van de pionierende zorginstellingen die culturele interventies hebben ingebed in de organisatie. Wat motiveert hen, wat levert dit op? Vanuit welke geldstroom financieren zij dit en hoe maken zij goed gebruik van deze ruimte? Deze goede voorbeelden kunnen inspirerend werken voor bestuurders van andere zorginstellingen die nog weinig doen op dit gebied.

Een beperking bij dit soort trajecten is de bias die ontstaat doordat degenen die zich aanmelden voor een consultatiebijeenkomst per definitie geïnteresseerd zijn in het onderwerp; personen en partijen die zich minder of niet betrokken voelen hebben we niet geconsulteerd. Dit geeft een vertekening in de opbrengsten. Voor het vervolg raden we aan om te proberen om voorbij de *usual suspects* te komen (dit zijn vaak de pioniers, de zorginstellingen met beleid op culturele interventies, met vaak al jarenlange ervaring). We denken dan aan zorginstellingen die in de praktijk wel een of enkele culturele interventie-projecten hebben uitgevoerd, maar voor wie culturele interventies nog relatief nieuw zijn en geen structureel onderdeel van hun beleid en uitvoering. Zowel bij de stakeholderbijeenkomsten als in de focusgroepen is ons gebleken dat er nog veel onwetendheid is over de waarde van culturele interventies voor *Positieve gezondheid*. Met name voor de zorg-/welzijnssector is het van belang dat er meer en aansprekende informatie komt gericht op bestuurders, beleidsmakers én professionals. Deze kennissynthese is daarvoor een goede investering geweest.

Theater LeBelle Amsterdam. Foto: Ton van Til

Theater LeBelle Amsterdam. Foto: Ton van Til

5 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Cretien van Campen, Wies Rosenboom, Saskia van Grinsven, Carolien Smits

5.1 Samenvatting

In 2014 heeft minister Bussemaker in een brief naar de Tweede Kamer aangegeven dat zij de verbinding tussen cultuur en andere maatschappelijke domeinen zichtbaar wil maken, waaronder de zorg.
In opdracht van het ministerie van OCW (via ZonMw) voerde een consortium van Hogeschool Windesheim, Landelijk
Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst (LKCA) en Movisie de kennissynthese uit in het voorjaar van 2017, waarvan dit rapport het verslag is. De kennissynthese vormt een inbreng voor de kennisagenda die in afstemming met stakeholders opgesteld gaat worden.

Het doel van de kennissynthese is om op drie terreinen (onderzoek, praktijk en beleid) de laatste stand van de kennis in kaart te brengen, zodat een kennisagenda kan worden opgesteld met kansrijke onderzoeks- en ontwikkelrichtingen. Daartoe zijn drie vragen onderzocht:

4. Wat is de huidige praktijk en wat is het beleid rond culturele interventies in de Nederlandse langdurige zorg en ondersteuning?
5. Wat is bekend over de effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid* van cliënten in de langdurige zorg en ondersteuning?
6. Wat zijn kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen op het gebied van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning?

De belangrijkste bevindingen vatten we hier nog eens kort samen voor we algemene conclusies trekken.

Praktijk
Het aanbod van culturele interventies in Nederland is zeer divers qua kunstdiscipline en schaalgrootte. De laatste jaren zijn er vooral veel culturele interventies voor kwetsbare ouderen georganiseerd, onder meer als gevolg van het nationale meerjarenprogramma *Lang Leve Kunst* (2013-2016). De meeste interventies zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven en/of de mentale gezondheid en/of op het stimuleren van sociaal-maatschappelijke participatie onder de deelnemers. Met name verwijzingen naar de dimensie ‘lichaamsfuncties’ (van het concept *Positieve gezondheid*) komen weinig voor in de omschreven doelstellingen van culturele interventies. Opvallend hieraan is dat culturele interventies zich voor een belangrijk deel richten op dimensies van *Positieve gezondheid* die niet vallen binnen de traditionele invulling van het concept gezondheid binnen de zorgwereld. De meeste culturele interventies worden geïnitieerd vanuit het culturele domein en uitgevoerd door professionals van culturele instellingen (en vrijwilligers) op een locatie van een betrokken zorginstelling. Doordat binnen het zorgdomein, zowel bij zorginstellingen, als zorgkantoren als zorgverzekeraars, (doorgaans) geen geoormerkt budget is om culturele interventies te bekostigen en zorginstellingen vaak onwetend zijn over culturele interventies en de mogelijkheden voor financiering binnen bijvoorbeeld

dagbesteding, zijn de meeste interventies voor de financiering momenteel afhankelijk van subsidies van fondsen, gemeenten, provincies en andere subsidieverstrekkers.

Beleid

Na de bezuinigingen binnen de cultuursector en de transities in de Wlz, Wmo, Wzw en Jeugdwet, is er meer politieke en beleidsmatige aandacht gekomen voor de maatschappelijke waarde van kunst, en de verbinding van kunst en cultuur met zorg en het sociale domein. Dit kwam onder andere tot uiting in het nationale meerjarenprogramma *Lang Leve Kunst* en de stimuleringsregeling *The Art of Impact*. Binnen het culturele domein vinden beleidsmatige ontwikkelingen plaats die gericht zijn op de verbinding tussen kunst en cultuur enerzijds en de zorg en het sociale domein anderzijds. Binnen de zorg- en welzijnssector is (structureel) beleid op het gebied van culturele interventies sterk afhankelijk van het interne draagvlak en de gedrevenheid van specifieke aanjagers binnen de organisaties. Er is sprake van een groeiende interesse in de maatschappelijke waarde van culturele interventies binnen het sociale domein en de zorg, maar het ontbreekt vaak nog aan een structurele aanpak en (duurzame) financiële middelen.

Onderzoek

Vanuit een eerste inspectie van de internationale onderzoeksliteratuur rond effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid* kunnen we geen harde conclusies trekken. Veel publicaties bevatten wel richtinggevende effecten vanuit theoretische concepten, maar sterk empirisch bewijs ontbreekt. De bewijskracht voor effectiviteit van de interventie was onvoldoende voor 64 van 67 studies. Financiering is voor de meeste projecten voorwaarde om te kunnen (voort)bestaan, en om deze te krijgen is voldoende bewijs wel essentieel. Om in te zetten op kunst als interventie om de *Positieve gezondheid* van mensen verbeteren, is een goede *evidence base* van belang. Probleem is dat de kunsten niet het in de zorg dominante paradigma van *evidence based practice* volgen (vgl. RVS 2017). De aard van culturele interventies leent zich niet voor dit type bewijsvoering om verschillende redenen. Zo is er een grote diversiteit in kunstvormen en praktijksituaties. Culturele interventies zijn vrijwel altijd kleinschalige projecten met kleine onderzoeksgroepen. De focus is op individuele creativiteit, beleving en betekenisgeving en niet op standaardisatie.

Kansrijke richtingen

Culturele interventies in de langdurige zorg hebben de afgelopen jaren kansen gekregen door verschillende impulsgelden en stimuleringsmaatregelen vanuit het culturele domein. Vooral culturele organisaties nemen het initiatief voor culturele interventies.
Tegelijkertijd zien we dat de duurzaamheid en kwaliteit van culturele interventies onder druk staan door bezuinigingen, gebrek aan structureel beleid en financiering. Culturele interventies lijken vooral te bestaan bij de gratie van impulsgelden en stimuleringsprogramma's van overheden en projectsubsidies van fondsen. Zorgorganisaties die een structureel beleid hebben op culturele interventies zijn schaars.
Culturele interventies zijn vooral gericht zijn op de dimensies van *Positieve gezondheid* die niet binnen de traditionele invulling van het concept gezondheid in de zorg vallen. Mede daardoor heerst bij bestuurders van zorginstellingen, zorgkantoren en zorgverzekeraars nog veel onwetendheid over wat culturele interventies zijn en welke effecten zij kunnen bereiken. Door het gebrek aan structureel beleid en financiering worden veel kortdurende, tijdelijke culturele interventies ontwikkeld en uitgevoerd. Dat heeft geleid tot een zogenaamde projectencarrousel.

Passende bewijzen voor de positieve effecten van culturele interventies zijn nodig om meer financiers en opdrachtgevers te overtuigen van de waarde ervan in de zorg en ondersteuning. Er is echter niet een type van juist bewijs. De bewijzen variëren van wetenschappelijke evidentie tot de impact van een uitvoering. Voor een zorgverzekeraar zal een *randomized clinical trial* overtuigen, terwijl voor een zorgbestuurder de impact van een uitvoering zal overtuigen. Met andere woorden, de bewijzen dienen te passen bij de behoeften van de financiers en opdrachtgevers.
Het paradigma van de *levels of evidence* van de *evidence-based practice* (vgl. RVS 2017) past niet bij de huidige praktijk van culturele interventies in de zorg en ondersteuning.
Er is in praktijk en beleid meer behoefte aan onderzoek naar de werkzame elementen van culturele interventies die kunnen zorgen voor kwaliteitsverbetering en het vergroten van de effectiviteit. Ook hier is geen beste type van onderzoek. Per praktijksituatie en per culturele interventie zal men zich moeten afvragen welke vormen van onderzoek het meest geschikt zijn; welk onderzoek past bij de eisen van financiers maar ook bij de aard van culturele interventies.

Op het niveau van beleid en praktijk kan er nog veel gewonnen worden door het verbinden van de verschillende domeinen, regelingen en organisaties. Verschillen in beleid, financieringscriteria, doelstellingen en taal zorgen ervoor dat samenwerking tussen verschillende domeinen niet vanzelfsprekend is. Ook het vinden van financiering wordt bemoeilijkt door de vele gescheiden 'potjes' waar men aanspraak op kan maken. Goede samenwerking en ontschotting zijn nodig om deze belemmeringen op te heffen. Aanjagers en intermediairs met kennis van verschillende domeinen kunnen een belangrijke rol spelen in het verbinden van de verschillende werelden.

In de praktijk is het van groot belang dat culturele interventies worden uitgevoerd door kunstenaars of medewerkers met de juiste competenties en kennis van de doelgroep. Bij de selectie van kunstenaars moeten projecten hiermee rekening houden. Ook moeten er opleidingsmogelijkheden voor zijn. Betrokkenheid en inspraak van deelnemers (co-creatie) en de juiste randvoorwaarden - zoals voldoende uren en middelen voor begeleiding van deelnemers - zijn ook van groot belang. Deze staan, door beperkte financiële middelen en bezuinigingen bij zorginstellingen, soms onder druk. Daarnaast wordt benadrukt dat culturele interventies gebaat zijn bij ruimte en vrijheid. Kunst laat zich van tevoren niet volledig plannen en in woorden en cijfers uitdrukken.
We zullen een balans moeten vinden tussen doelmatigheid en bijbehorende criteria enerzijds en vrijheid anderzijds.

5.2 Conclusies

Op basis van de bevindingen van de drie deelstudies trekken we de volgende conclusies:

4. In de praktijk is er een groot en toenemend aantal culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning in Nederland. Het faciliterend en uitvoerend beleid blijft daarbij achter.

5. Internationaal zijn er nog weinig effecten bekend van culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning op *Positieve gezondheid* van deelnemers.

Onderzoek blijft achter bij praktijk. Passende bewijzen (*evidence*) en overtuigende voorbeelden (*impact*) zijn gewenst.

6. Kansrijke onderzoek- en ontwikkelrichtingen op het gebied van culturele interventies liggen in de ouderenzorg en GGZ (doorontwikkelen) en extramurale zorg (stimuleren).
   Dat vergt faciliterend beleid en financiering, samenwerking tussen professionals en co-creatie met deelnemers op de werkvloer en passende methoden van praktijkonderzoek.

5.3 Punten voor de kennisagenda

Deze rapportage van de kennissynthese is bedoeld als basis voor de kennisagenda die ZonMw met partners gaat formuleren (zie hoofdstuk 1). ZonMw stelt vier criteria aan een kennisagenda: helderheid omtrent eigenaarschap, een degelijke onderbouwing met kennis, concreet en 'smart' geformuleerde vragen, en een heldere inbedding.
Op grond van onze bevindingen en conclusies formuleren we aandachtspunten voor de kennisagenda. Dat doen we aan de hand van drie vragen:

1. Wat weten we (nog) niet over culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning gericht op *Positieve gezondheid*? (kennisleemtes)
2. Wat ontbreekt er en wat is er nodig? (concrete vragen)
3. Wie moet wat gaan oppakken? (eigenaarschap en inbedding)

5.3.1 Kennisleemtes

Wat weten we (nog) NIET over kunst, zorg en *Positieve gezondheid*? Op basis van de kennissynthese signaleren we kennisleemtes op de volgende gebieden:

- Culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning voor jongeren en personen met een lichamelijke of verstandelijke beperking.
- Onderzoek naar de effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid*saspecten van zingeving, lichaamsfuncties en dagelijks functioneren.
  Een overzicht van passende onderzoeksmethoden en bewijzen om de waarde van culturele interventies te onderzoeken.
  Op basis van discussies in de stakeholdersbijeenkomsten concludeerden we dat er behoefte is aan passend bewijs en onderzoek. Dat houdt in dat de bewijsvoering aansluit bij de wensen van financiers en partijen uit de zorg en tegelijkertijd recht doet aan de kunstzinnige, moeilijk te kaderen aard van culturele interventies.
- Vergelijkingen van kosten en baten van verschillende culturele interventies.
  Hoewel er per project vaak wel een *business case* wordt gemaakt, ontbreken kosten-batenanalyses van mogelijke alternatieve culturele interventies.
- Inzicht in de ontwerpfase van culturele interventies. Over de opbrengsten en effecten van culturele interventies wordt meestal wel gerapporteerd, maar we kregen op grond van de publicaties moeilijk inzicht in hoe de culturele interventies

zijn ontwikkeld. Zonder inzicht in de doelen van het project is het lastig de effecten te meten.

Bijvangst van het onderzoek zijn kennisleemtes die buiten de opdracht vielen:

- Effecten van culturele interventies op de beeldvorming van kwetsbare groepen. Culturele interventies veranderen vaak ook de beeldvorming over de doelgroepen. Dit kan veel maatschappelijke impact hebben.
- Onderzoek naar de preventieve werking van culturele interventies.
  Naast de opbrengsten van culturele interventies in de zorg zou het ook zo kunnen zijn dat culturele interventies het zorggebruik van deelnemers voorkomt of vermindert.
- De bijdrage van culturele interventies aan het verminderen van de werkdruk en belasting van zorgverleners en mantelzorgers. Culturele interventies kunnen ook effect hebben op mantelzorgers en zorgverleners.

5.3.2 Concrete behoeften en vragen

Na het benoemen van kennisleemtes volgen de vragen: welke inzichten ontbreken? Wat moet verder ontwikkeld te worden? Deze vragen moeten worden beantwoord voor de verschillende domeinen: beleid, praktijk en onderzoek.

Beleid

Zaken die volgens de geraadpleegde stakeholders en professionals ontbreken of niet voldoende ontwikkeld zijn:

- **Langetermijnvisie**: Veel projecten zijn nu nog incidenteel en hebben een verrassingseffect dat na verloop van tijd wegebt. Er moet structureel beleid komen en een langetermijnvisie om te komen tot minder versnippering van projecten en meer verduurzaming.
- **Bekendheid vergroten:** Veel bestuurders en beleidsmaker hebben geen tot weinig kennis over culturele interventies. Het is nog geen gespreksonderwerp. Er moet meer kennis verspreid worden over de maatschappelijke waarde van culturele interventies.
- **Bewijskracht**: We moeten inzicht krijgen in wat overtuigt. Welk *bewijs* hebben stakeholders nodig om mee te gaan werken aan culturele interventies? Naast wetenschappelijk bewijs, blijkt in de praktijk ook het ‘tonen’ en ‘bijwonen’ van interventies al voldoende overtuiging te bieden aan besturen en directies. Bewijs voor de effecten van culturele interventies is van belang om de waarde ervan te onderbouwen. Voor (mogelijke) financiers zoals fondsen, gemeenten geldt dat zij steeds meer sturen op rendementen op investeringen (*return on investment*) en maatschappelijke effecten. Daarom wordt steeds vaker om bewijzen gevraagd, vooral in de zorgsector, maar ook bij gemeenten.
- **Ontschotting**: Inzicht is nodig in hoe ontschotting bij overheden (met name bij gemeenten) kan helpen culturele interventies te realiseren. Bij gemeenten zijn cultuur, zorg en Wmo vaak gescheiden domeinen met eigen beleid, inkoopkaders en financiële stromen. We moeten verkennen of financiering van culturele interventies door

zorgverzekeraars en zorgkantoren vanuit de WLZ mogelijk is. En onderzoeken of eigen bijdragen van deelnemers mogelijk zijn of dat deze een drempel opwerpen om mee te doen.

- **Scholing**: Er is nog weinig aandacht voor kunst en cultuur in (zorg)opleidingen en voor zorg in kunst- en cultuuropleidingen. Voor culturele interventies zijn kunstenaars of uitvoerders met de juiste competenties nodig. Stakeholders bepleiten meer aandacht voor de kunst en zorg in opleidingen en een goede selectie van kunstenaars en uitvoerders door aanjagers in zorginstellingen.
- **Enthousiaste aanjagers:** Op grond van de praktijkinzichten bevelen we aan om meer intermediairs aan te stellen, die de kunst- en zorgsector met elkaar verbinden. Daarnaast zijn ook meer interne aanjagers nodig, zoals coördinatoren kunst en cultuur in zorgorganisaties. Zij zijn vaak de individuele aanjagers binnen gemeenten en zorginstellingen. Bij enkele zorginstellingen zijn zulke aanjagers in dienst genomen om culturele interventies te realiseren.
- **Beeldvorming**: We moeten werken aan een beter imago van de kunsten in de zorg. Enerzijds is er een stijgende erkenning en waardering voor de maatschappelijke waarde van kunst. Anderzijds wordt kunst ook nog vaak gezien als 'iets ludieks' of iets dat alleen artistieke waarde heeft.
- **Draagvlak van directie tot werkvloer**. Bij veel organisaties ontbreekt draagvlak voor de inzet van culturele interventies, of is er slechts draagvlak bij een aantal mensen. Een vaste coördinator of aanjager werkt hierin stimulerend.
- **Kunst de ruimte geven**: Kunst en cultuur hebben vrijheid nodig. Opdrachtgevers zouden kunstenaars voldoende de ruimte moeten geven om naar eigen inzicht hun project vorm te geven.

Praktijk

Op de werkvloer zijn op basis de van de gesignaleerde kennisleemtes vooral de volgende zaken nodig:

- **Co-creatie met deelnemers:** We moeten inbreng van deelnemers vragen en ze aanspreken als mens (vgl. Coumans & Boomgaard 2017). Door deelnemers te betrekken bij de ontwikkeling van culturele interventies en ze inspraak te geven ontstaan projecten die gedragen worden door deelnemers (vgl. van Campen 2016). Maar ook co-creatie van professionals is nodig: we moeten de grens tussen domeinen overbruggen door kennismaking en goede samenwerking. Het is belangrijk dat we elkaars taal spreken en samenwerken. In de zorgsector wordt veel gewerkt volgens protocollen, richtlijnen en *evidence based*-methoden. Culturele interventies passen daar niet altijd in.
- **Werkzame ingrediënten**: We moeten meer zicht krijgen op werkzame mechanismen en beïnvloedende factoren in culturele interventies. Naast het vaststellen van effecten op *Positieve gezondheid* is onderzoek vooral nodig om vast te stellen wat wel en niet werkt. Naast aandacht voor de opbrengsten en uitkomsten is er ook behoefte aan inzicht in de werkzame ingrediënten voor de ontwikkeling en uitvoering.

Onderzoek

Het onderzoek naar de waarden en effecten van culturele interventies wordt belemmerd door een aantal fundamentele wetenschappelijke kwesties. Op basis van de kennissynthese is er behoefte aan:

- **Passende bewijzen**. Discussie over passende bewijzen / *evidence*. Zorg en kunst gebruiken verschillende modellen van *evidence*, ofwel verschillende wegen om te overtuigen. Er is niet een type bewijs dat altijd passend is. Verschillende stakeholders en verschillende doelen (overtuigen, verantwoorden, verbeteren) vragen om verschillende typen bewijs. Verzekeraars willen het liefste *systematic reviews*, maar een zorginstelling is misschien al overtuigd door het bijwonen van een voorstelling of project. Vergelijk bijvoorbeeld de praktijk van *evidence based medicine* in de zorg met de praktijk van 'overtuigen door het meemaken en laten zien' in de kunsten. Naast aspecten van *Positieve gezondheid* ook aspecten van persoonlijke ontwikkeling (inclusief artistieke ontwikkeling) als effecten opnemen.
- **Methodenontwikkeling**: er moeten geschikte methoden ontwikkeld worden voor praktijkgebonden evaluaties van culturele interventies. Een slimme *mixed methods approach* van bestaande methoden van zorg en kunstonderzoek is nodig om zowel de effecten op gezondheid als persoonlijke of artistieke ontwikkeling in beeld te krijgen of zelfs te meten. Mogelijk moeten nieuwe methoden worden ontwikkeld.

5.3.3 *Eigenaarschap en inbedding*

Bij culturele interventies in de langdurige zorg en ondersteuning zijn verschillende partijen betrokken met elk hun eigen belang. Dat vergt samenwerking, afstemming en vooral regie. Naast het benoemen van kennisleemtes en acties zullen er in de toekomstige kennisagenda probleemeigenaars ofwel regisseurs benoemd worden en zullen alle betrokkenen op hun verantwoordelijkheid aangesproken worden. Met andere woorden: Wie moet wat gaan oppakken? We signaleren hier de verantwoordelijkheden en bieden suggesties voor de kennisagenda.

Beleidsmakers

Op grond van de uitkomsten van de kennissynthese lijken de beleidsmakers en bestuurders toch als eerste aan zet om culturele interventies te faciliteren en stimuleren. Zonder beleid kunnen praktijk en onderzoek nog weinig beginnen. Voor beleidsmakers onderscheiden we daarom een groter aantal verantwoordelijkheden en actiepunten.

- Betrek meer zorgprofessionals. Heel veel initiatieven komen tot nu toe uit de kunst/culturele sector. Het zou daarom goed zijn als beleidsmakers zich nu meer zouden richten op de zorgkant. Ontwikkel een stimuleringsregeling gericht op zorginstellingen. Zet het onderwerp op de *to do list* in plaats van op de *wish list*.
- Zet bestaande middelen anders, effectiever en dichter bij het doel in, in plaats van om extra geld vragen. Duurzame financiering is belangrijk voor een meer structurele inbedding van kunst in de zorg.
- Geef kunst een belangrijke plaats in zorg. Kunst behoort tot de kern van de kwaliteit van leven van iedereen en dus ook van chronisch zorgbehoevenden, maar kunst behoort nog niet tot de kern van de zorg voor deze doelgroep. Uit de

stakeholdersbijeenkomsten kwamen suggesties om dit te veranderen: bij het ministerie van OCW is de C van cultuur en is cultuur onderdeel van onderwijsbeleid. Ook bij VWS zou een C kunnen worden toegevoegd (denk aan de tijd dat de C aanwezig was in het ministerie van CRM) en zouden middelen vrijgemaakt kunnen worden voor culturele professionals in de zorg. De ontwikkeling van cultuuronderwijs kan als voorbeeld dienen voor de ontwikkeling van cultuurparticipatie in de zorgsector.

- Maak gebruik van de initiatieven die er al zijn en gebruik de goede voorbeelden als ambassadeurs. De ervaring is dat zelfs sceptici overtuigd raken als ze direct in aanraking komen met mooie initiatieven.

Beroepsbeoefenaren

Voor de professionals in de praktijk van zorg, welzijn en kunst en cultuur zien we op grond van de groepsgesprekken een aantal verantwoordelijkheden en acties:

- Het (verder) verkennen van vormen van **samenwerking** tussen kunst-, welzijns- en zorgprofessionals op de werkvloer.
- **Eindtermen**: Denk na over welke doelen je wilt bereiken met zorg en kunst. Maak onderscheid tussen artistieke uitkomsten, behandeluitkomsten, zorguitkomsten en welzijnsuitkomsten.
- Besteed aandacht aan de **persoonlijke en artistieke ontwikkeling** van cliënten en denk na over wat die bijdraagt aan hun *Positieve gezondheid*.

Onderzoekers

Voor onderzoekers op de gebieden van kunst, cultuur, gezondheid, welzijn en zorg onderscheiden we de volgende verantwoordelijkheden en regietaken:

- Formeren van **multidisciplinaire onderzoeksteams** met kennis van zowel kunst en cultuur als van gezondheid, welzijn en zorg. Zij kunnen discussie gaan voeren over schurende paradigma's.
- Een opdracht voor deze teams is om **slimme methoden** te ontwikkelen om effecten van culturele interventies op *Positieve gezondheid* en persoonlijke en/of artistieke ontwikkeling in beeld te brengen. Ontwikkeling van praktijkonderzoeksmethoden in aanvulling op clinical trials en artistieke methodieken.
- Opzetten van vergelijkende **kosten-batenanalyses**.
- **Afstemming** met vaktherapie/ behandelingsgericht onderzoek

5.4 Resterende kwesties

Vanzelfsprekend hebben we niet alle vragen volledig kunnen beantwoorden. In dialoog met het veld zoals tijdens de stakeholdersbijeenkomsten, de focusgroepgesprekken, kwam met regelmaat en consistent een aantal kwesties naar voren waar we geen sluitend antwoord op konden geven. Deze kwesties lijken ons van belang om te adresseren in de kennisagenda.

Evidentie en impact

Wat is voldoende bewijs voor de effectiviteit van culturele interventies? Tijdens de stakeholdersbijeenkomsten was er breed gedragen kritiek op de veronderstelde *evidence-based medicine*-aanpak van de kennissynthese. De keuzen voor de uitkomstmaat *Positieve*

gezondheid en de waardering van studies naar culturele interventies op de ladder van medisch bewijs in het literatuuronderzoek werden als te beperkt en te eenzijdig ervaren voor de praktijk van culturele interventies (zie paragraaf 4.6.3).

De argumenten die genoemd werden sluiten aan bij de kritiek die de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) uitte in haar studie *Zonder context geen bewijs* op het *evidence-based practice*-model in de zorg. De praktijk vraagt om passende bewijzen in de context van de zorgverlening of in het geval van culturele interventies de context van kunst en cultuur.

Het gaat niet alleen om het 'meten' van *evidence* maar tegelijkertijd om een diepgaande reflectie op de vragen wat dan precies *evidence* is als het gaat om de bijdrage van kunst en cultuur aan kwaliteit van leven en zingeving, de tot nu toe onderbelichte aspecten van *Positieve gezondheid*.

De aanwezige stakeholders beklemtoonden dat we toe moeten naar een nieuwe vorm van *evidence*, aangedragen door mensen uit de kunst én uit de zorg, met een eigen frame van wat *evidence* ís en met passende meetinstrumenten. De waarde van kunstzinnige activiteiten is maar tot op bepaalde hoogte meetbaar. Gesuggereerd werd aanvullende meetinstrumenten te zoeken in het etnografisch onderzoek en de *arts based research* (bijv. Haseman 2007, Hortulanus et al. 2015).

Om de terugkerende kwestie 'wat is de (meer)waarde van culturele interventies ten opzichte van de reguliere zorg en ondersteuning?' te kunnen tackelen is op dit moment meer behoefte aan een fundamenteel onderzoek naar wat de waarde en opbrengsten van culturele interventies zijn. Wanneer de eindtermen zijn vastgesteld kan gekeken worden naar bij de praktijk passende methoden en benaderingen van onderzoek.

Vaktherapie en dagbesteding

Wat onderscheidt culturele interventies van vaktherapie enerzijds en activiteitenbegeleiding anderzijds? In paragraaf 1.4 hebben we op verzoek van de begeleidingscommissie vaktherapie buiten de kennissynthese gehouden. De praktijk van en het onderzoek naar vaktherapie zijn al in kaart gebracht.

Het domein van de vaktherapie (voorheen o.a. creatieve therapie) kent een lange traditie en is goed in kaart gebracht door onder meer de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) van zeven aangesloten verenigingen (zie bijv. https://www.vaktherapie.nl/). Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende vormen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie.

In het raamwerk van *Positieve gezondheid* werken de meeste vaktherapeuten in het domein van mentale gezondheid. Er is vaak een nauwe samenwerking met de GGZ. Het domein van de vaktherapieën is breder dan de GGZ. Vaktherapieën worden tevens ingezet in onder meer de ouderenzorg, de jeugdhulpverlening en de somatische zorg.

De benadering van vaktherapie zit al in de naam. Het is een professioneel vak en het is therapie (behandeling). Men helpt mensen met een stoornis en ernstige klachten en biedt ze een behandeling aan.

Vaktherapie gebruikt kunstzinnige technieken in behandelingen en heeft als doel de patiënt beter te maken. Het heeft niet als primair doel om kunst te maken of de artistieke ontwikkeling van de patiënt of de vaktherapeut te bevorderen.

Hoewel vaktherapie en dagbesteding op het oog veel op elkaar lijken – vaak zijn het creatieve en bewegingsactiviteiten – is het onderscheid in de praktijk helder. Het onderscheid zit hem vooral in de therapeutische werkwijze van vaktherapie gericht op (het leren omgaan met) de stoornis en het feit dat vaktherapie – om die reden – een nauwe relatie heeft met de behandeling van de hoofdbehandelaar.

Het Zorginstituut Nederland (2015) heeft het onderscheid tussen vaktherapie en dagbesteding onderzocht in de geneeskundige GGZ en vastgesteld dat Vaktherapie valt onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'. Het Zorginstituut (2015) oordeelde dat de *evidence* nog laag is.
Op verzoek van het Ministerie van VWS ontwikkelt de FVB een onderzoeksagenda met de noodzakelijke onderbouwing (*evidence*) van het vaktherapeutisch aanbod in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, om deze in de Zorgverzekeringswet te kunnen behouden.

De onderzoeksagenda richt zich sterk op *evidence based medicine*. Er wordt ingezet om met name bewijzen te vinden voor de effectiviteit op de hoogste *levels of evidence*, (bijvoorbeeld *randomized clinical trials*). Voor de vergoeding van vaktherapie is deze *evidence* van belang om zorgverzekeraars, zorginstituut en ministerie te overtuigen, zodat vaktherapie onder Zvw-vergoedingen kan blijven. Men benadrukt onderscheid met de dagbesteding. Het vakgebied van de dagbesteding heeft geen wetenschappelijke ambities.

Waar bevinden culturele interventies zich? Is het een vorm van dagbesteding (geen *evidence based medicine*) of vaktherapie (wel) of een derde vorm? Hier ligt een taak om het onderscheid en overlap, alsmede in termen van samenwerking en concurrentie uit te werken.

Om te beginnen zou een verkenning uitgevoerd kunnen worden naar wat een professionele kunstenaar in de langdurige zorg en ondersteuning is. Een terugkerende discussie tijdens de stakeholdersbijeenkomsten was: wat is een professionele kunstenaar in deze kennissynthese? Als werkdefinitie hebben we gekozen voor de afbakening naar opleiding en inkomen: een professionele kunstenaar heeft een kunstopleiding gevolgd of is autodidact en verdient met kunstuitoefening een substantieel deel van zijn/haar inkomen. In de verkenning zou deze omschrijving nader uitgewerkt kunnen worden in verhouding tot bestaande omschrijvingen in de vaktherapie en dagbesteding.

5.5 Aanbevelingen

In het voorgaande zijn veel en verschillende adviezen gegeven op grond van de bevindingen van de kennissynthese. Tot slot destilleren we daaruit een lijst met kernpunten.

Beleid

8. Ontwikkel faciliterend domeinoverstijgend beleid en stuur meer op duurzame financiering en implementatie

Culturele interventies zijn vaak incidenteel, eenmalig gefinancierd uit potjes van uiteenlopende aard. Na afloop van de financiering verdwijnt niet alleen het project maar ook de opgedane kennis. Dat komt niet ten goede aan de ontwikkeling van de kennisdeling en opbouw.

9. Stel meer intermediairs en interne aanjagers aan

Het ontbreken van vaste structuren voor culturele interventies, de tijdelijkheid van culturele projecten en de onbekendheid met dit soort projecten maken het moeilijk om culturele interventies te starten in de zorg. Dat vergt extra inspanning en investeringen. Er moet draagvlak gecreëerd worden bij personeel, familie en deelnemers. Daarvoor zijn intermediairs tussen de zorg- en cultuursector nodig en aanjagers in de zorginstelling.

10. Geef aandacht aan culturele interventies in kunst- en zorgopleidingen

Om culturele interventies uit te voeren zijn competenties nodig. Naast theoretische kennis draagt het meemaken van culturele interventies in de praktijk bij aan het ontwikkelen van competenties van studenten in kunst- en zorgopleidingen

Onderzoek

11. Investeer in onderzoek(smethoden) naar culturele interventies en maak werkzame elementen inzichtelijk

Effecten op de *Positieve gezondheid* en werkzame ingrediënten van culturele interventies zijn met bestaande onderzoeksbenaderingen moeilijk zichtbaar te maken. Er is behoefte aan slimme methoden van praktijkonderzoek die passen bij de waarden en opbrengsten van deze interventies.

Praktijk

12. Ontwerp criteria voor de werving en selectie van competente kunstenaars en uitvoerders

Een succesvolle culturele interventie kan niet gegarandeerd worden door een goed plan of protocol. Dit vergt ook goede kunstenaars en uitvoerders met gevoel en vaardigheden voor de interventie en de deelnemers.

13. Ontwikkel culturele interventies in co-creatie met deelnemers

Hoewel op grond van de effecten op *Positieve gezondheid* daar nog geen uitspraak over te doen is, lijken de culturele interventies die ontwikkeld zijn in co-creatie met deelnemers beter aan te sluiten bij de (leef)wensen en deelnemers meer te activeren. Betrokkenheid van deelnemers vanaf de eerste ontwikkelfase lijkt een voorwaarde voor het slagen van een project.

14. Geef kunst de ruimte

Anders dan in de *evidence based*-benadering in de zorg is de kunst in de zorg niet gebaat bij protocollen. Kunst zal pas werken wanneer een zekere vrijheid, speelsheid en onvoorspelbaarheid over de uitkomsten van de culturele interventie wordt toegestaan. Dit past niet zo goed bij de huidige *evidence based practice*-cultuur in de langdurige zorg en ondersteuning. Dit vergt een cultuuromslag naar een minder regelgerichte manier van werken die al gaande is in de zorg, en daar kunnen kunstenaars met hun ervaring en competenties een bijdrage aan leveren.

5.6 Literatuur

Campen, C. van (2016). Zintuigen en zingeving. Over kunstprojecten in de ouderenzorg. Geron, September 2016, Volume 18, Issue 3, pp 62–64.

Commissie Cultuur en Langdurige Zorg (2016). Kennisontwikkeling Cultuur en Zorg. Voorstel Kennissynthese. Den Haag, ZonMw, februari 2016.

Coumans, A., & Boomgaard, J. (Ed.) (2017). Art as encounter. In J. Boomgaard, & R. Brom (Eds.), Being public: how art creates the public. Amsterdam: Valiz.

Haseman, B. (2007). Rupture and Recognition: Identifying the Performative Research Paradigm. In: Estelle Barrett and Barbara Bolt (eds.). Practice as Research Approaches to Creative Arts Enquiry, New York and London, I.B. Taurus & Co. p. 7-34.

Hortulanus, Roelof, Marina Jonkers, Diana Stuyvers (2012). Kunstbeoefening met ambitie. Naar een lokaal stimulerings en faciliteringsprogramma voor kunstbeoefening door ouderen. Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI).

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: RVS.

ZonMw (2015). Checklist Bruikbaarheid van kennisagenda's voor de ZonMw-programmering. Den Haag: ZonMw. Geraadpleegd op www.zonmw.nl/kennisagenda
Zorginstituut (2015). Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ. Diemen: ZiNL.

Over de auteurs

Bea van Meerveld is als docent verbonden aan de opleiding Logopedie van Hogeschool Windesheim.

Carolien Smits is als lector verbonden aan Hogeschool Windesheim (Lectoraat Innoveren met Ouderen).

Cretien van Campen is associate lector Innoveren met Ouderen bij Hogeschool Windesheim en wetenschappelijk strateeg Kwaliteit van Leven bij het Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dieuwke Zwier werkt als studentassistent bij Movisie.

Franka Bakker is Senioronderzoeker bij het Lectoraat Innoveren met Ouderen en Hogeschool hoofddocent bij de bacheloropleiding Toegepaste Gerontologie van Hogeschool Windesheim.

Jan Willem van de Maat werkt als onderzoeker op gebied van ouderen, eenzaamheidsvraagstukken en kunst bij Movisie.

Karin Laarakker is als specialist onderzoek verbonden aan het Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst/LKCA.

Katja Raunio is studentassistent bij de opleiding Toegepaste Gerontologie van Hogeschool Windesheim.

Nada de Groot is werkzaam bij Movisie als onderzoeker op het gebied van effectiviteit en kwaliteit.

Saskia van Grinsven werkt als senior adviseur en projectleider op gebied van informele zorg, burgerbetrokkenheid en verbinding kunst en sociale domein bij Movisie.

Wies Rosenboom is als hoofd Cultuurparticipatie verbonden aan het Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst/LKCA.

Dankwoord

Deze studie had nooit tot stand kunnen komen zonder de inzet van heel veel betrokkenen. Als eerste willen we de leden van de begeleidingscommissie Cultuur en Langdurige Zorg bedanken: Erik Scherder, Daniëlle Cozijnsen, Martine Busch, Mariëlle Hendriks, Jo Houben, Michiel Munneke, Hans van Oers, Annelies Versteegden, Meike Manders, Cule Cucic en Henk Smid. Ze gaven ons niet alleen de kans om dit onderzoek uit te voeren maar waren gedurende het proces altijd bereid ons kritisch en constructief bij te staan met suggesties. Daarnaast willen we de wetenschappelijke adviseurs van het project bedanken: Prof. dr. S. Keuzenkamp, prof. dr. Evert Bisschop Boele en prof. dr. Marcel Olde Rikkert. Zij hebben ieder een van de drie deelstudies begeleid.
Een overweldigende bereidheid was er vanuit het werkveld om op korte termijn deel te nemen aan de stakeholdersbijeenkomsten, focusgroepgesprekken en interviews. We willen hen – te veel om hier op te sommen maar met naam genoemd in de bijlagen – bedanken voor hun inspirerende bijdragen.
Het uitvoeren van een studie is één, het helder verslag doen en communiceren is een tweede uitdaging waar we bijgestaan werden door experts op dit gebied. Onze speciale dank gaat uit naar: Elles Veldman, Angela van Dijk, Maryan Hess, Hans Alderliesten en Marloe van ’t Hof. En dan zijn we wellicht nog personen vergeten, die we bij deze ook hartelijk willen bedanken om het veld van kunst en *Positieve gezondheid* in zo’n kort tijdbestek in beweging te krijgen.

Christelijke Hogeschool Windesheim
Campus 2 | Postbus 10090 | 8000 GB Zwolle
T 0900 8899 | www.windesheim.nl

Windesheim