

Förstudie om grön rehabilitering på landsbygden

**Patrik Grahn, Anna María Pálsdóttir, Sara Kyrö Wissler, Kerstin Nilsson
2015**

**Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi
Sveriges lantbruksuniversitet, SLU Alnarp**

1. Bakgrund

Natur och trädgård har sedan Hippokrates (460-377 f Kr) tid varit en viktig del i medicinsk behandling av patienter. Från och med 1930-talet kom dock framställningen av nya effektiva läkemedel, vacciner och utvecklingen av nya operativa ingrepp att leda till att sjukvården mer och mer kom att bedrivas inomhus, och sjukhusen flyttade i många fall in till de centrala delarna av städerna (Grahn, 2009).

Inom mentalvård och rehabilitering var trädgårdar och parker viktiga resurser fram till 1970-talet. Inom mentalvården utvecklades vid den tidpunkten nya psykofarmaka, vilka började användas i större utsträckning, och inom rehabiliteringsmedicinen kom nya former av operationer och träningsredskap inomhus att börja användas. Emellertid har man i bl a USA fortsatt att använda sig av trädgård inom rehabilitering (Horticultural Therapy), och inom mentalvården har man i bl a Tyskland fortsatt att använda natur, då man funnit att naturmiljöer framgångsrikt kan användas i vård av psykiskt sjuka (Grahn, 2005; 2009; Neuberger, 2002; 2008; Relf, 1999).

Från mitten av 1980-talet kom flera miljöpsykologiska forskningsresultat som visade att natur påverkar människors hälsa på flera sätt: stressen reduceras (Ulrich, 1984; Ulrich et al 1991; Grahn, 1993; 1994) koncentrationsförmågan förbättras (Kaplan & Kaplan, 1989; Grahn 1996) och det allmänna välbefinnandet ökar (Grahn & Stigsdotter, 2003).

År 2001 anlades en rehabiliteringsträdgård på SLU:s campusområde i Alnarp, där avsikten var att kombinera de senaste erfarenheterna och rönen från miljöpsykologisk forskning, amerikansk Horticultural Therapy, naturbaserad mentalvård, arbetsterapi, sjukgymnastik, psykoterapi och landskapsarkitektur. Sommaren 2002 kom de första deltagarna i behandling, och sedan dess har kunskap och forskning integrerats i trädgården till en ny typ av behandling: Alnarpsmetoden.

1.1 Alnarpsmetoden

Naturbaserad terapi enligt Alnarpsmetoden är ett koncept som syftar till att mobilisera individens självläkande krafter. En viktig del är att individen ökar sin förmåga till att känna ett sammanhang i tillvaron (Antonovsky, 1996). Denna känsla av sammanhang, eller KASAM, handlar enligt teorins upphovsman Aaron Antonovsky om en förmåga som gör att människor blir och förblir friska – salutogenes, en förmåga som skapar hälsa. Begreppet KASAM omfattar tre delar. En grundläggande upplevelse av att det som sker i och utanför individen är förutsägbart, begripligt och strukturerat (begriplighet) och att de resurser dessa skeenden kräver finns tillgängliga (hanterbarhet) samt att de utmaningar som krävs i sammanhanget är värda att investera sitt engagemang i (meningsfullhet). Genom Alnarpsmetoden ska denna förmåga hos deltagarna öka genom tre stödjande funktioner eller ”supportive environments”: den fysiska miljön, den sociala miljön och den kulturella miljön (Grahn, 2011; Grahn et al 2010). Alla dessa delar är sammanvävda, där den fysiska miljön utgörs av natur, trädgård och byggnader; den sociala miljön av andra deltagare samt av terapeuter medan den kulturella miljön

utgörs av språk, kommunikation och aktiviteter i trädgården (Grahn et al 2010; Palsdottir et al 2014a; Palsdottir 2014; Bengtsson 2015). Stressreduktion och hållbara förändrade copingstrategier uppnås med specifikt utformade miljöer, insatser hämtade från arbetsterapi, sjukgymnastik och psykoterapi samt specifikt utvecklade trädgårdsaktiviteter (Grahn et al 2010). Denna metod följs och utvecklas via forskning, och resultaten visar så långt att resultat uppnås snabbare och är varaktiga (Grahn et al 2010; Palsdottir 2014; Palsdottir et al 2014b; Währborg et al 2014).

Personalen arbetar genom den utvecklade Alnarpsmetoden med en metodik som stärker individens möjligheter och motivation att återgå till arbete, fungera i vardagen och hantera stress. Den bygger på kunskaper om motivationsfaktorer samt om hjärnans och kroppens funktioner där naturens egenskaper som resurser i arbetet tas tillvara (Grahn et al 2010; Bengtsson & Welén-Andersson, 2009; Palsdottir et al 2014a).

Rehabiliteringsinsatsen i Alnarp har tidigare vänt sig till personer med stressrelaterade besvär samt depression och ångestillstånd: personer med uttalad stressrelaterad psykisk problematik: WHO ICD-10 F43 diagnoserna, såsom utmattningssyndrom F43.8A, mild depression (ICD-10 F32.0) eller måttlig (ICD-10 F32.1) samt ångestsyndrom (ICD-10 F41 diagnoser). Deltagarna i Alnarps rehabiliteringsträdgård har oftast rekryterats efter längre tids sjukdom, längre tid än ett år, varefter stöd och rehabilitering erbjudits med sikte på snabb återgång i arbete. Deltagarna remitterades till Alnarps rehabiliteringsträdgård av läkare eller annan remitterande personal. Den omfattade även bedömning av individens funktionsnivå, resurser, behov och motivation. Tid för rehabiliteringens genomförande per deltagare var 3,5 tim/dag (må - to) med successiv in- och utslussning. Rehabiliteringsperioden var 12 veckor.

Under rehabiliteringen lärde personalen känna deltagaren och dennes intressen. Med denna kunskap kunde personalen och deltagaren tillsammans arbeta med individens motivatorer. Metodiken innehåller även en vägledning inför arbetsåtergång. Efter en inledande kontakt med arbetslivscoach intensifieras coachningen i höjd med 9:e veckan. Trädgårdens utformning och aktiviteternas terapeutiska innehåll är betydelsefulla faktorer för den individuella processens fortskridande.

Sedan metoden började finna sin form har personalen i rehabiliteringsträdgården utformat utbildningsprogram vilka dels tillhandahålls som poänggivande kurser, dels i form av uppdragsutbildning riktade till landsting, kommuner och företag som önskar utveckla naturbaserad terapi.

1.2 Pilotprojekt

Sedan Alnarps Rehabiliteringsträdgård startade sin verksamhet har tankar om att använda natur och företagande på landsbygden för friskvård och rehabilitering diskuterats. LRF startade verksamheterna ”Naturlig Laddning” och ”Grön Rehabilitering”, där lantbruksföretagare utbildades på Alnarp med mål att utveckla företagande inom dessa branscher. Som ett led i den verksamheten startades en pilotstudie i Östergötland, där personalen utbildades på Alnarp i Alnarpsmetoden. Tre grupper på åtta personer deltog i rehabiliteringen under 2008/2009 och resultatet utvärderades med mycket gott resultat.

Samtidigt har man inom Region Skåne utrett möjligheterna till nya former av rehabilitering av personer som drabbats av utmattningssyndrom. Man har undersökt möjligheterna att skapa en lättare form av rehabilitering än den som bedrivs i Alnarps rehabiliteringsträdgård, där man har fått ta hand om flera av de svåraste fallen. En pilotstudie startade därför på initiativ av

Region Skåne i södra delen av Skåne, där Skurups vårdcentral samarbetade med två landsbygdsföretagare utanför Veberöd. Även denna pilotstudie gav mycket goda resultat.

Utifrån resultaten av pilotstudierna verkar en framkomlig väg för grön rehabilitering på landsbygden vara att uppbygga nätverk mellan vårdcentraler eller andra etablerade vårdenheter (exempelvis företagshälsovård) och landsbygdsföretagare. Samordningsfrågor mellan dessa aktörer kommer att vara en viktig del i framtida koncept.

2. Att etablera grön rehabilitering på landsbygden.

Enligt rehabiliteringsgarantin skall landsting och regioner från och med 2008 sluta avtal med producenter av "evidensbaserade rehabiliteringsinsatser". Då de två pilotstudierna har gett så goda resultat önskar flera landsting och regioner - bl a Region Skåne och Västmanlands läns landsting - att framtida studier uppnår så hög grad av evidens att man kan upphandla rehabiliteringstjänster av landsbygdsföretagare.

Företrädare för flera landsting, regioner och kommuner har uppvakttat författarna till rapporten. Deras idéer har handlat om att försöka använda den potential som svensk natur har till att rehabilitera så många som möjligt. Förutom att medverka till att effektivisera svensk vård och rehabilitering kunde det öka arbetstillfällena på den svenska landsbygden och dessutom snabbare implementera Alnarpsmetoden. Detta eftersom man slipper anlägga natur i städer och tätorter. För att ytterligare snabba på spridning och implementering kan man, menar företrädarna, pröva ifall pilotmodellen som testades i Skurup håller. I denna pilotmodell var tanken att vårdpersonalen skulle finnas på vårdenheter medan experterna på aktiviteter i trädgård och natur (lantbrukare, företagare inom skogsbruk, trädgård mm) skulle finnas ute på landsbygdsföretagen. Målet är dock att deltagarna i den lättare rehabiliteringen på landsbygdsföretag inte ska vara så sjuka som de som kom till Alnarps Rehabiliteringsträdgård, där merparten av deltagarna hade varit sjukskrivna mer än ett år; i genomsnitt ca fyra år.

2.1 Syfte

Syftet med detta projekt är att undersöka förutsättningarna att kunna genomföra en mer omfattande studie av rehabiliteringstjänster på landsbygden. Studien ska leda till en så hög grad av evidens som möjligt i enlighet med rehabiliteringsgarantins intentioner.

2.2 Hur uppnå evidens?

Evidens enligt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) graderar evidens enligt en s.k GRADE-skala. Det finns fyra nivåer, där den högsta evidensgraden betyder att frågan i stort sett kan anses bevisad och att det därmed är mindre sannolikt att framtida forskning märkbart kommer att påverka skattningen av effekt och tillförlitlighet i den ena eller andra riktningen. Fyra faktorer är viktiga för evidensklassning enligt GRADE:

1. *Studieuppläggning*. Randomiserade dubbelblindade studier föredras generellt sett, därefter kommer enkelblindade randomiserade studier, kohortstudier och s.k. fallkontroll studier.
2. *Studiekvalitet*. Handlar om hur urvalet av patienter har gått till, mot bakgrund av patientmix, inklusions- och exklusionskriterier samt hur stort bortfallet av data varit.
3. *Samstämmighet*. Detta rör huruvida resultatet samstämmer med liknande studier i ämnet, eller om det finns motstridigheter i det egna insamlade materialet.
4. *Relevans*. Huruvida urvalet av patienter är representativt, om man kan generalisera utifrån studien, samt om interventionen är möjlig att upprepa i daglig verksamhet i sjukvård och rehabilitering.

När det gäller studier inom rehabilitering är det svårt att genomföra randomiserade studier med ett stort antal människor där förutsättningarna för alla deltagare är exakt lika, och där den ena gruppen får ett verkningsfullt preparat och den andra ett verkningslöst sockerpiller. Enligt GRADE är det också bäst om studien är dubbelblindad, dvs varken forskare eller patient vet om det är ett verkningsfullt preparat som patienten får. I enkelblindade studier, som här kan bli aktuella, vet inte forskaren vilken behandling eller rehabilitering patienten fått.

Därmed är det inte omöjligt att uppnå en hög grad av evidens. Förutsättningarna att nå så hög grad av evidens som möjligt skall undersökas noga i denna förstudie. I detta ligger:

- Populationens storlek
- Urval av patienter (inklusions- och exklusionskriterier)
- Val av kontroller (kontroll och intervention ska vara så lika som möjligt, där det anses bäst att låta lotten avgöra)
- Mått på tillfrisknande
- Tidsaspekt
- Kostnader

2.3 Vad är relevant att mäta?

Alla ovanstående delar är beroende av varandra. Populationens storlek bestäms bland annat av vilka mått på tillfrisknande man använder sig av. Urvalet av patienter bör vara sådant att man enbart får den grupp av patienter som man önskar undersöka – i vårt fall stressrelaterade sjukdomar. Vi önskar heller inte att dessa patienter har en annan sjuklighet som snedvrider resultatet. Studien får inte ta orimligt lång tid, heller inte kosta alltför mycket att genomföra. Inom rehabiliteringsforskning brukar man tala om

- *Funktion.* Kan patienten klara vardagsaktiviteter såsom att klä sig själv, laga mat, handla, åka buss etc? Kan patienten sortera information, prioritera och genomföra vad denne anser vara viktigt? Kan patienten klara av ett arbete som denne är utbildad till, och i så fall under hur många timmar per dag? Dessa funktioner bedöms såväl av terapeuter (arbetsterapeut, sjukgymnast, psykoterapeut) som av patienten själv med hjälp av olika instrument.
- *Symptom.* Har symptomen för sjukdomen minskat i omfattning eller helt försvunnit? Dessa symptom kan bedömas av såväl läkare och terapeuter som av patienten själv med hjälp av olika instrument.
- *Välbefinnande.* Detta handlar om patientens egen upplevelse av välbefinnande, där det finns många instrument att tillgå.
- *Arbetsåtergång.* Detta mått räknas som ”objektivt”, och handlar om huruvida den rehabiliterade personen har återgått till arbete eller studier eller står till arbetsmarknadens förfogande direkt efter rehabilitering eller efter en viss tid efter rehabiliteringens slut.
- *Kostnadseffektivitet.* Detta mått handlar om hur mycket rehabiliteringsinsatsen kostar samhälle och individ. Det ska jämföras med andra typer av rehabiliteringsinsatser, där alla mått ovan ingår i bedömningen.

De instrument vi väljer ut bör vara säkra, pålitliga och relevanta (reliabilitets- och validitetstestade). De bör också gå att använda på en så liten grupp deltagare som möjligt och ändå ge statistiskt säkerställda resultat. Inom medicinsk rehabilitering finns ett stort antal vetenskapligt prövade instrument och skattningsskalor att tillgå för bedömning av funktion

och upplevelse av välbefinnande. Det finns betydligt färre instrument att tillgå för bedömning av symptom. Kostnadseffektivitetsmättet bedömer vi vara synnerligen viktigt i denna studie.

Vi antar att patienten bedöms vid in- och utskrivning till rehabiliteringsvinstelsen med instrument som skattas av läkare, psykoterapeut, sjukgymnast och arbetsterapeut. Samtidigt kommer patienten själv att besvara olika instrument. Samma instrument kommer senare att användas en tid efter rehabiliteringens slut. Hur lång tid efter får förstudien visa.

Resultatet av förstudien kommer att ge förslag på hur den stora studien ska läggas upp, avseende:

1. *Studieuppläggning.* Vi kommer att välja den metod som i SBU:s klassificering bedöms som mest tillförlitlig, och som vi bedömer vara genomförbar i en studie gällande rehabilitering.
2. *Studiekvalitet.* Vi ska ange hur urvalet av patienter går till, mot bakgrund av bl a våra uppställda inklusions- och exklusionskriterier.
3. *Samstämmighet.* Vi kommer att redovisa liknande studier i ämnet som vi kommer att jämföra vårt utfall mot.
4. *Relevans.* Vi kommer att redovisa vår bedömning av huruvida urvalet av patienter är representativt; möjlig generaliserbarhet utifrån studien och om interventionen är möjlig att upprepa i daglig verksamhet i rehabilitering.
5. *Populationens storlek.* Det handlar om att söka finna en optimal storlek, där det varken är för få eller för många som inbegrips i studien. Detta har att göra med rimliga kostnader, rimlig tid för att kunna visa på resultat samt etiska principer.
6. *Mått på tillfrisknande och kostnader.* Vi kommer att redovisa vilka instrument vi bedömer som de mest optimala för att kunna bedöma resultatet av rehabiliteringen. Det handlar om: funktion, symptom, välbefinnande, arbetsåtergång och kostnadseffektivitet. Här får vi inte ha en alltför stor arsenal av instrument, utan det handlar om att välja några säkra, tillförlitliga och relevanta instrument. Även här kommer etiska avvägningar att göras.

2.4 Hur implementera studien i praktiken?

Förstudien kommer även att ge förslag på hur studien kommer att kunna genomföras. Det handlar om att välja ett visst antal platser för rehabiliteringen, lämpliga orter där rehabiliteringen ska äga rum samt vilka aktörer som ska bjudas in. Det kan exempelvis handla om att det behövs flera landsting/regioner för att uppnå en högre evidensgrad samt om vi i denna studie enbart ska vända oss till vårdcentraler eller även bjuda in andra typer av vårdgivare.

Vi kommer att undersöka möjligheten att rekrytera lämpliga landsbygdsföretag till forskningen. Där ingår att utreda principer gällande vilka kvalitets/kompetenskrav man behöver ställa på landsbygdsföretagarna. Vi behöver även utreda frågor om säkerhet och försäkringar, fysisk tillgänglighet samt om samordning mellan sjukvård och landsbygdsföretagare. Utifrån pilotstudierna har vi förstått att det är viktigt att säkerställa att koordineringen sker effektivt och utan störningar mellan etablerade vårdgivare och landsbygdsföretagare. Detta har även visat sig i en studie som utvärderats av SLU: "Gröna Trappan", ett naturbaserat rehabiliteringsprojekt i Dalarna som drevs av Skogsstyrelsen i samarbete med Arbetslivsresurs (Nordh et al 2009). Resultatet var övervägande gott, men samordningen mellan aktörerna var bristfällig, vilket ledde till att deltagarna i projektet upplevde viss otrygghet och frustration.

Även när det gäller utvärderingen behöver vi undersöka hur denna ska gå till och vilka aktörer som ska ingå. Det kan handla om att vi behöver upprätta en referensgrupp av högt ansedda

forskare, och att SLU utvärderar projektet tillsammans med en eller flera samverkande forskningsinstitutioner.

3. Resultat

Ett antal möten ordnades av författarna till rapporten med möjliga samarbetspartners från

- SLU (Peter Währborg, adjungerad professor, Sara Kyrö-Wissler, projektkoordinator, samt Anna Geite, Arbetsterapeut, klinikansvarig, Alnarps Rehabiliteringsträdgård, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi, SLU Alnarp; Lena Johnson, Omvärld Alnarp)
- Lunds Universitet (professor Ingemar Petersson och docent Birgitta Grahn, Epicentrum Skåne och avd för ortopedi, IKVL Lunds Universitet samt professor Ulf Gerdtham, Health Economics & Management, Lunds Universitet)
- Region Skåne (projektledare Anja Nyberg och projektledare Ulf Hallgårde, Avdelningen för hälso- och sjukvård, Enheten för patientnära frågor, Projekt bättre sjukskrivning; Ulf Kyrling, Projektkoordinator Näringsliv Skåne, Malmö; Kerstin Jigmo, Vårdcentralen Skurup)
- Landstinget i Västmanlands län (Tuula Wallsten, Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling, Västerås; Ann-Sophie Hansson och Bo Simonsson, Kompetenscenter för Hälsa, Västerås)
- Försäkringskassan (Maj-Britt Engström, samverkanssamordnare Försäkringskassan, Malmö; Kristina Svensson, Handläggare, Malmö; Alf Uttermalm, samverkansansvarig, Västerås; Catrin Nilsson, Handläggare, Västerås)
- Arbetsförmedlingen (Tomas Jeppson, Samverkanssamordnare, Avdelningen Rehabilitering till arbete, Strategienheten, Lund;
- LRF (Anita Persson, Företagarcoach Landsbygdsfrågor, Lantbrukarnas Riksförbund, Hör)

Ovanstående personer kom småningom att ingå i styr-, utvecklings- respektive projektgrupper. Efter flera möten kunde nedanstående projektplaner och ansökningar fastställas (se sammanfattning nedan samt bilaga 2).

3.1. Att uppnå evidens

För att uppnå högsta möjliga evidensnivå skulle studien genomföras som en randomiserad kontrollerad studie, med en interventionsgrupp i naturunderstödd rehabilitering på landsbygden (NUR landsbygd) och en kontrollgrupp i treatment as usual. För att ytterligare öka evidensnivån sökte vi genomföra en multicenterstudie, med en population i Skåne och en i Västmanland. Tyvärr kunde inte detta genomföras på grund av att interventionen hann starta i Västmanland med ett delvis annorlunda upplägg än vi till slut bestämde oss för i Skåne.

Inklusionskriterier:

Deltagare i såväl kontroll som NUR landsbygd skulle befinna sig i arbetsför ålder och av vårdcentralernas behandlande personal samt Försäkringskassans handläggare ha en multimedial psykisk diagnos avseende anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress (ICD-10 F43 diagnoser), ångestsyndrom (ICD-10 F41 diagnoser), depression (ICD-10 F32.0 eller F32.1). Deltagarna skulle befinna sig på en hälsoliv som tillät inledningen av en rehabiliterande process, men stå långt från direkt återgång till arbetsliv/studier via arbetsträning på ordinarie arbetsplats eller för att ingå i fördjupad samverkan. Försäkringskassans SASSAM kartläggning som görs på alla sjukskrivna valdes som ett verktyg i denna urvalsprocess (Försäkringskassan, 2009).

Exklusionskriterier:

Att inte ha någon känd drog- eller alkoholproblematik eller bedömas vara suicidal.

Inremittering

Deltagarna i NUR landsbygd skulle få erbjudande om att delta via behandlande personal på vårdcentralen och genom Försäkringskassans handläggare.

Storlek på urvalet

Antalet deltagande i NUR landsbygd beräknades behöva vara ca 150 deltagare i Skåne och ca 100 deltagare i Västmanland. Kontrollgrupperna beräknades bestå av 300 personer i Skåne och 200 personer i Västmanland, som kom att få ordinarie behandling. Avsikten var att varje person som genomgick NUR landsbygd skulle jämföras med två personer med likartad diagnos och samma ålder och kön som fick sedvanlig rehabilitering enligt rehabiliteringsgarantin. Studiegruppen skulle därmed utgöras av 250 deltagare och kontrollgruppen av 500 personer.

Genom att landstinget i Västmanland föll ifrån blev upplägget annorlunda: 150 deltagare från NUR landsbygd i Skåne skulle jämföras med 200 deltagare från Kultur på recept (KUR - ett projekt med tyngdpunkt i nordvästra Skåne – se bilaga 2 ”Projektplan”) samt 1000 personer som fick sedvanlig rehabilitering enligt Rehabiliteringsgarantin (Treatment as Usual, TAU-se bilaga 2 ”Projektplan”). Därmed får var och en av personerna i intervention NUR landsbygd drygt en kontroll från KUR och närmare sju kontroller från TAU.

3.2 Vad är relevant att mäta?

Utfallsmått

I utvecklingsgruppen bestämdes att vi så långt det var möjligt skulle använda oss av säkra och tillförlitliga instrument med hög känslighet som används av forskare internationellt: dvs hög reliabilitet, validitet och sensibilitet. Detta måste vägas mot hur enkla redskapen är att använda samt hur väl de är spridda i världen. Efter flera möten kom vi slutligen fram till följande:

Deltagarna i projektet skulle komma att följas upp vid baslinje strax innan intervention, vid interventionens slut samt 3, 6 och 12 månader efter interventionens slut. Några instrument är gemensamma mellan NUR, KUR och Rehabiliteringsgarantin (se bilaga 2) medan andra är specifika för NUR.

Funktionsmått: 1. Ett par frågor ur WHO:s bedömningsinstrument International Classification of Functioning, ICF, valdes ut. De täcker in de mest relevanta delarna med avseende på inklusionskriterierna. 2. Frågeformuläret Euro Quality of Life - Five Dimensions, EQ5D, valdes eftersom det är mycket spritt, är enkelt att använda samt används av hälsoekonomer för att kunna göra internationella jämförelser. 3. Occupational Self Assessment valdes som frågeformulär avseende deltagarnas möjligheter att kunna klara vardagliga funktioner, vilket fylls i av deltagarna själva. Detta instrument har tidigare använts i Alnarp. 4. Functional Rating Index, FRI, valdes som det mest heltäckande frågeformuläret som fylls i av deltagarna själva, eftersom det har en hög validitet och reliabilitet samt är relativt spridd internationellt. 5. Två formulär avseende självrapporterad arbetsförmåga och produktivitet: Work Ability Index – WAI, samt Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire - General Health – WPAI-GH

Symptom: Två formulär valdes ut: Shirom Melamed Burnout Questionnaire – SMBQ samt Hospital Anxiety and Depression – HAD. Dessa relateras till F32, F41 och F43-diagnoser, är lätta att fylla i och har hög reliabilitet, validitet och sensibilitet – inte minst avseende utmattningssyndrom.

Välbefinnande / livskvalitet: Personal General Well-being, PGWB. Detta formulär är det mest heltäckande formuläret och väl anpassat till diagnosen utmattningssyndrom.

Arbetsåtergång: Här skulle vi använda oss av Försäkringskassans register angående utfallet för om deltagaren hade gått vidare till Fördjupad samverkan och/eller återfått arbetsförmågan 1/4-1/1. Därtill skulle vi jämföra med rapportering avseende sjukskrivning / rehabiliteringsersättning / aktivitetsstöd / sjukersättning vid baslinje, vid interventionens slut samt 3 månader, 6 månader och ett år efter interventionens slut.

Kostnader: Här skulle vi använda oss av Region Skånes databas avseende sjukvårdskonsumtion före, under och efter projektet (baslinje, interventionens slut samt 3, 6 och 12 månader efter interventionens slut). Genom dessa mått samt genom att studera utfallet av EQ5D kan man få ett antal relevanta mått avseende hälsoekonomi.

3.3 Hur implementera studien i praktiken?

Personalen och dess roller i NUR landsbygd:

Det slogs fast att teamet runt deltagaren i NUR landsbygd är mycket viktig för att det ska bli en framgångsrik och välfungerande rehabilitering, så att deltagaren inte riskerar att ”falla emellan” olika myndigheters ansvarsområden, vilket vanligen innebär att rehabiliteringsprocessen avstannar och riskerar att misslyckas. Teamet bör därför bestå av eldsjälarna i rollerna:

- Regionalkoordinatorer för NUR landsbygd, vilken bör anställas av LRF, som ansvarar för framtagande av lämpliga gårdar och fungerar som ”match makers” i respektive region i samverkan med Rehabiliteringskoordinatorerna på respektive vårdcentral. Det bör vara en regional koordinator för Skåne och en för Västmanland. Koordinatorerna sköter även kontakten mellan regionprojekten. Denna funktion kom emellertid att tas bort – dels pga att Västmanland föll bort ur projektet, dels pga att LRF inte fick den framskjutna roll som var tänkt från början. Istället kom Sara Kyrö Wissler från SLU Alnarp att fungera som koordinator.
- Personalen på gårdarna vilka bör ha ett genuint intresse för människor. En stor fördel är även om de har utbildning eller erfarenhet från någon typ av human service yrke, men detta är inget krav. Personalen på gårdarna ska däremot innan starten av projektet ha genomgått en utbildning anordnad av Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi (AEM) vid SLU Alnarp.
- Rehabiliteringskoordinatorn som finns på varje vårdcentral ska fungera som en länk och samordnare mellan gårdarna och den behandlande personalen på vårdcentralen. Rehabiliteringskoordinatorn ansvarar för kontakt/samtal med gårdarna om varje deltagare en gång i veckan för att handleda gårdspersonalen, se så att allt fungerar samt sammankalla till mittmöte och avslutningsmöte för varje deltagare på gårdarna. Under projektets gång visade det sig att denna koordinator har en mycket viktig, avgörande roll för att NUR landsbygd ska fungera.
- Försäkringskassans handläggare är ansvarig för samordning av rehabilitering utifrån sitt uppdrag och bör därmed ansvara för sammankallande till avstämningsmöte / kartläggning i baseline samt för att finnas med vid mittmöte och avslutningsmöte. Dessa möten visade sig under projektets gång vara av mycket stor betydelse.

- Vårdcentralens behandlande personal ansvarar för den medicinska behandlingen som pågår parallellt med deltagandet på gården. Vårdcentralens personal kan, beroende på om det är praktiskt genomförbart, med fördel förlägga behandlingen i gårdens miljö.
- Arbetsförmedlingens handläggare bör närvara vid det inledande avstämningsmötet eftersom de tar över ansvaret tillsammans med Försäkringskassans handläggare om/när deltagaren ska gå vidare till Fördjupad samverkan och inleda de tio veckorna av arbetspraktik.
- Eventuellt bör arbetsgivaren närvara vid avstämningsmöte/kartläggningen i baseline eftersom de tillsammans med Försäkringskassan ansvarar för om/på vilket sätt deltagaren ska återgå till ordinarie arbetsplats i ordinarie eller nya arbetsuppgifter efter avslutande i NUR landsbygd.

Det slogs fast att teamet innan uppstart av NUR landsbygd inom ett närområde bör ha exempelvis ett lunch till lunch möte, där man gemensamt får ta del av ett utbildningsprogram samt lär känna varandras kompetenser, så att alla förstår betydelsen av projektet; känner sig delaktiga; inte upplever sig själv och sitt kompetensområde som hotat och bygger upp kommunikationskanaler. Om inte alla tror på projektet och känner varandras roller så finns det en risk att man motarbetar projektet och medvetet eller omedvetet leder detta till att projektet misslyckas. Teamets absoluta kärna närmast runt deltagaren är personalen på gården, försäkringskassans handläggare och vårdcentralens behandlande personal. Det slogs fast att dessa personer skall ingå i mittmötet och det avslutande mötet tillsammans med deltagaren på gården.

Gårdarnas urvalskriterier i NUR landsbygd:

Denna punkt visade sig vara av oerhört stor betydelse i diskussionerna med olika intressenter, och är än så länge bara tillfälligt löst via ett utkast till Kravspecifikation framtagen av Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi, SLU Alnarp (se vidare i bilaga 1). Det bestämdes att ansökan om att ingå som företag i NUR landsbygd ska ske via framtagen Kravspecifikation för pågående projekt. Till att börja med tänktes att detta företag bör kvalitetssäkras av Regionalkoordinatören från LRF tillsammans med vårdcentralens rehabiliteringskoordinator innan företaget kan ta emot deltagare. Efterhand bestämdes att Sara Kyrö Wissler och Anna María Pálsdóttir från SLU arbetade med kvalitetssäkringen. En översiktlig genomgång av de kriterier som bör uppfyllas innehåller, att:

- Gårdarna bör ha små och inte alltför stora djurbesättningar
- Djuren ska vara mycket tåliga och tama, inte visa någon tendens till aggressivitet eller infall/opålitlighet.
- Gårdarna bör ha ett utvecklat säkerhetsarbete och bedriva ett systematiskt arbetsmiljö- och brandsäkerhetsarbete för att minimera risken för olycksfall hos deltagarna.
- Det ska finnas ett särskilt vinterbonat och uppvärmt utrymme avskilt från gårdens privata del där deltagarna kan vila och äta sin mat samt ha tillgång till toalett där man har möjlighet att tvätta sig.
- De som ingår i NUR landsbygd ska ha en deltagarroll i gårdens återhämtandemiljö och inte ses som patienter i en sjukroll, men ska inte räknas in i gårdens bemanning.
- Det ska finnas minst två personer i personalen per grupp på landsbygdsföretaget, så att deltagarna inte lämnas ensamma under tiden de är där.
- Gårdarna bör erbjuda meningsfulla uppgifter som att ta hand om djur och hjälpa till med odling och trädgård, men även ge möjligheter till avslappnande samvaro med djur och / eller natur. Uppgifterna bör ha en tydlig början och slut så att deltagarna ser uppgiften som avgränsad och meningsfull, och därmed kan känna sig nöjd med sin insats.
- Personalen bör inte erbjuda fler än två alternativa uppgifter per dag för att inte deltagarna ska uppleva det krävande att behöva välja.

- Dagarna bör ha en tydlig och återkommande struktur där man exempelvis börjar med en samling på morgonen när alla kommit, sedan erbjuda någon aktivitet och avslutningsvis en återsamling med förtäring av medhavd matsäck och samtal om dagens upplevelser.
- Gårdarna ska inte erbjuda annan behandlande verksamhet som exempelvis healing, hypnos, etc. Behandlingar sker uteslutande av vårdcentralens behandlande personal.
- Patienterna ska vara försäkrade medan de befinner sig på gården.

Inkludering i NUR landsbygd:

Utifrån erfarenhet från pilotprojekten fastslogs att det bör vara löpande intag av deltagare till NUR landsbygd. Detta dels för att underlätta för personalen att kunna ägna sig mer åt den ”nya” deltagaren i ett inledningsskede när denna ska bekanta sig med den nya miljön; dels för att underlätta för deltagarna att kunna hjälpa och stödja varandra då de befinner sig i olika stadier i rehabiliteringsprocessen.

Deltagandeperiod i NUR landsbygd:

Det fastslogs att deltagande i rehabilitering på NUR landsbygd bör ske i grupp, för att den enskilde deltagaren inte ska känna sig utsatt. Gruppen bör dock inte bestå av fler än 7 deltagare för att alla ska bli ”sedda” i gruppen. Behandlingsperioden ska inte underskrida 8 veckor med ca 12 timmars deltagande i veckan (3 h under 4 dagar eller 4 h under 3 dagar) för att uppnå en stabilitet i deltagandet som kan medföra genombrott i rehabiliteringsprocessen. Emellertid ska deltagandet vara flexibelt och kunna förlängas vid behov utifrån Socialstyrelsens definition av rehabilitering.

Innan deltagaren påbörjar NUR landsbygd så sker ett avstämningsmöte/kartläggning av teamet bestående av en rehabiliteringskoordinator, försäkringskassans handläggare, gårdens personal, behandlande vårdpersonal, arbetsförmedlingens handläggare och eventuellt arbetsgivaren. När halva perioden av NUR landsbygd gått, dvs vecka 4, sker ett mittmöte med behandlande vårdpersonal, försäkringskassans handläggare och personalen på gården. Detta möte sker på gården så att deltagarna är bemyndigade i sin roll och inte faller tillbaka i en sjukroll, vilket angavs som ett problem i pilotprojektet i Skåne. Vid rehabiliteringstidens utgång så sker även avslutande möte på gården med samma deltagare som vid mittmötet men nu deltar även arbetsförmedlingens handläggare och/eller arbetsgivaren beroende på om deltagaren ska återgå till ordinarie arbetsplats eller gå in i Fördjupad samverkan.

Arbetsprövning:

Redan vid avstämningsmöte/kartläggning innan deltagaren går in i NUR landsbygd bör det planeras för steget efter, dvs att deltagandet ska leda in i arbetsprövning på arbetsmarknaden. För detta steg ansvarar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Oron för att inte känna till vad som ska hända i framtiden medför en klar risk för att resultatet påverkas, vilket visats i tidigare projekt (Nordh et al 2009). Erfarenheten från pilotprojektet i Skåne pekar också på att deltagarna blev sämre mot slutet av rehabiliteringstiden i projektet på grund av den oro som uppkom vid avstämningsmötet i mitten och inför det avslutande mötet. Den medverkande personalen i pilotprojektet i Skurup anger därför att rehabiliteringsprocessen i NUR landsbygd inte ska påbörjas om inte planeringen för nästa steg, fördjupad samverkan eller planering för återgång till ordinarie arbetsplats har inletts.

Transporterna

Transporterna till gårdarna samordnas av vårdcentralens rehabiliteringskoordinator eller kurator och bekostas som Sjukresa eftersom det avser en medicinsk rehabilitering.

Planeringen för transporter bör vara noga kartlagd innan deltagarna påbörjar NUR landsbygd, för att undvika att problem med transporter medför att deltagarna inte kan genomföra rehabiliteringsprogrammet.

4. Projektfinansiering

Projektet har dels finansierats av Movium Partnerskap, projekt 48/09, samt av LRF Skåne, Region Skåne och SLU Alnarp, dels av Stiftelsen Lantbruksforskning.

Referenser

Antonovsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, (1):11-18.

Bengtsson, A. 2015. *From experiences of the outdoors to the design of healthcare environments*. Doctoral Thesis 2015:66. SLU, Alnarp

Bengtsson I-L., & Welén-Andersson, L. 2009. How symbolic activities lead to personal growth in a garden in Sweden. *GrowthPoint: The Journal of Social and Therapeutic Horticulture*. 116: 21-23

Försäkringskassan 2009. *SASSAM - Strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering*. Tillgänglig via http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/SOLID/pdf/SASSAM_metodbroschyr0608.pdf (nedladdad 14 juli 2015).

Grahn, P. 1993. Planera för bättre hälsa! Om sambandet mellan grönområden och hälsa. Sid 109-122 i Kullinger, B. (red). *Planera för en bärkraftig utveckling*. Bygghälsorådet T26:1993. Stockholm.

Grahn, P. 1994. Green structures - The importance for health of nature areas and parks. *European Regional Planning*, 56: 89-112. Council of Europe Press, Strasbourg.

Grahn, P. 1996. Wild nature makes children healthy. *Swedish Building Research*, 3 (4): 16-18.

Grahn, P. 2005. Om trädgårdsterapi och terapeutiska trädgårdar. Sid 245-262 i Johansson, M. & Küller, M. (red) *Svensk Miljöpsykologi*. Studentlitteratur, Lund.

Grahn, P. 2009. Trädgårdsterapi – en exposé. Sid 15-30 i Nilsson, G (red) *Trädgårdsterapi*. Studentlitteratur, Lund.

Grahn P. 2011. Om stödjande miljöer och rofyllda ljud, sid 42-55 i Mossberg, F (red): *Ljudmiljö, hälsa och stadsbyggnad*. Lund: Ljudmiljöcentrum, Lunds universitet

Grahn, P & Stigsdotter, U. 2003. Landscape Planning and Stress. *Urban Forestry & Urban Greening* 2: 1-18

Grahn, P., Tennart Ivarsson, C., Stigsdotter, U.K. & Bengtsson, I-L 2010. Using affordances as a health-promoting tool in a therapeutic setting, pp 116-154 in Thompson, C., Bell, S & Aspinall, P (Eds.) *Innovative Approaches to Researching Landscape and Health*. Routledge: Taylor & Francis, London.

Kaplan, R. & Kaplan, S. 1989. *The Experience of Nature. A Psychological Perspective*. Cambridge, MA: Cambridge Univ. Press.

Neuberger, K. 2002. Horticulture, people and the environment: Horticultural therapy in Germany. *GrowthPoint: The Journal of Social and Therapeutic Horticulture* 91: 15-16

Neuberger, K. 2008. Some therapeutic aspects of gardening in psychiatry, pp 83-90 in Matsuo, E., Relf, P. D. & Burchett, M. (eds.) *Proceedings of the Eighth International People-Plant Symposium on Exploring Therapeutic Powers of Flowers, Greenery and Nature*. Acta Horticulturae 790, New York.

Nordh, H., Grahn, P. & Währborg, P. 2009. Meaningful activities in the forest, a way back from exhaustion and long-term sick leave. *Urban Forestry & Urban Greening* 8: 207-219

Pálsdóttir, A.M., Persson, D., Persson, B., Grahn, P. 2014. The Journey of Recovery and Empowerment Embraced by Nature — Clients' Perspectives on Nature-Based Rehabilitation in Relation to the Role of the Natural Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11(7):7094-7115.

Pálsdóttir, A.M., Grahn, P. & Persson, D. 2014. Changes in experienced value of everyday occupations after nature-based vocational rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, pp 58-68

Pálsdóttir, A.M. 2014. *The role of nature in rehabilitation for individuals with stress-related mental disorders*. Doctoral Thesis 2014:45. SLU Alnarp

Relf, P.D. 1999. The Role of Horticulture in Human Well-being and Quality of Life. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 10:10-14.

Ulrich, R.S. 1984. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224: 420-421.

Ulrich, R.S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., Zelson, M. 1991. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*. 11, 201-230.

Währborg, P., Petersson, I.F., Grahn, P. 2014. Nature-assisted rehabilitation for reactions to severe stress and/or depression in a rehabilitation garden: Long-term follow-up including comparisons with a matched population-based reference cohort. *Journal of Rehabilitation Medicine* 46(3):271-276

Bilaga 1

Naturunderstödd rehabilitering på landsbygdsföretag - Framtagande av kravspecifikation för kvalitetssäkring av grön rehabilitering

**Anna María Pálsdóttir, Sara Kyrö Wissler och Patrik Grahn
Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi
Sveriges Lantbruksuniversitet, SLU Alnarp, oktober 2014**

Bakgrund

Intresset för naturunderstödd rehabilitering fortsätter att öka över hela världen, inte minst i Sverige. Under senare år har nya verksamheter startat på flera platser, från Norrbotten till Skåne. Anledningen är att sjukdomspanoramata har ändrat sig de senaste årtiondena. Den stressrelaterade mentala ohälsan svarar nu för den största delen av långtidssjukskrivningar, för både män och kvinnor. Den traditionella behandlingen med läkemedel, såsom SSRI-preparat fungerar inte tillfredsställande, inte heller psykoterapi (Försäkringskassan, 2013; Glise, 2014). Allt fler talar nu om att det behövs icke-medikaliserande åtgärder.

Hösten 2013 skrev Ove Andersson, ordförande i Distriktsläkarföreningen, och Ulf Hallgärde, projektledare för Sjukskrivningsprojektet Region Skåne, följande i en artikel i Läkartidningen: ”Trots sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin stiger sjukskrivningstalen långsamt i alla landsting.” Detta, menar författarna, förvärras av ”hjälpnödiga” läkare som skriver ut medicin och sjukskriver, när det istället kan behövas andra lösningar – utanför den traditionella sjukhusvården. När det gäller stressrelaterad mental ohälsa är erfarenheterna av medicinsk behandling och sjukskrivningar dessvärre dåliga: ”De rent medicinska åtgärderna har inte gjort att individen återfått sin arbetsförmåga. Läkaren och sjukvården behöver »avmedialisera« situationen. Det behövs ett bredare multidisciplinärt grepp som lämnar den rent medicinska förklaringsmodellen” hävdar författarna. De berättar att Region Skåne nu satsar på Naturunderstödd Rehabilitering som ett nödvändigt komplement till den medicinska vården. Den grundar sig på vistelse och tydliga, hanterbara aktiviteter i naturen, drivna av landsbygdsföretag: ”man får då en genuint salutogen situation, dvs man stärker det friska” avslutar författarna (Andersson & Hallgärde, 2013).

Att två så inflytelserika läkare utmanar genom att ifrågasätta sjukvårdens metoder, och dessutom föreslå naturunderstödd rehabilitering som ett bra komplement är uppseendeväckande. Det ligger emellertid många års forskning bakom artikeln vilka stöder slutsatserna. Aktiviteter i naturmiljöer har gynnsam inverkan på återhämtning av såväl koncentrationsförmåga som av stresspåslag. Förklaringsmodellerna bygger på olika teorier inom neurokognition, psykoneuroimmunologi och stressforskning, exempelvis HPA-axelns roll gällande stresshormoner (Grahn et al 2010). Det visar sig också att naturbaserad rehabilitering leder till snabbare resultat avseende exempelvis minskad sjukvårdskonsumtion (Währborg et al 2014; Pálsdóttir et al 2014; Annerstedt & Währborg, 2011).

År 2002 startade Alnarps Rehabiliteringsträdgårdar sin verksamhet på SLUs campus. Deltagarna i rehabiliteringen var långtidssjukskrivna personer med stressrelaterad psykisk ohälsa, som depression och utmattning. Målet var att undersöka om multimodal rehabilitering i en speciellt utformad trädgård var mer effektiv än sedvanlig rehabilitering. Med multimodal rehabilitering menas att rehabiliteringen omfattar flera ”modaliteter” som påverkar en persons

hälsa: kroppen, psyket och hur man fungerar i vardagsmiljöer, t ex i hemmet, på fritiden och på arbetsplatsen. Ett multimodalt team kan bestå av en sjukgymnast, en psykoterapeut och en arbetsterapeut. En modalitet som vanligen förbises är naturområdets påverkan på hälsan. I Alnarp utvecklades en naturbaserad multimodal rehabilitering – Alnarpsmetoden.

Det multimodala teamet i Alnarp arbetar med en metodik som stärker individens möjligheter och motivation att återgå till arbete, fungera i vardagen och hantera stress. Arbetssättet bygger på teorier och metoder från amerikansk Horticultural Therapy, miljöpsykologi, arbetsterapi, sjukgymnastik, psykoterapi och landskapsarkitektur. Trädgårdsterapi enligt Alnarpsmodellen syftar till att mobilisera individens självläkande krafter med hjälp av naturens krafter (Grahm & Ottosson, 2010; Grahm et al 2010).

Sedan metoden började finna sin form har personalen i rehabiliteringsträdgården utformat utbildningsprogram vilka dels tillhandahålls som poänggivande kurser, dels i form av uppdragsutbildning riktade till landsting, kommuner och företag som önskar utveckla naturbaserad terapi. På flera håll runt om i Sverige har verksamheter, liknande Alnarps rehabiliteringsträdgård, startat under de senaste åren. Några verksamheter har kommit att drivas inom landsting och kommuner (t ex Malmö kommun, Östergötlands läns landsting), men i några fall även av privata rehabiliteringsaktörer (Grahm & Ottosson, 2010).

Alnarpsmetoden har visat sig fungera bra (Währborg et al 2014; Palsdottir et al 2014). Under senare år har flera kommuner, landsting m fl därför börjat vända sig till företagare på landsbygden för att upphandla tjänster inom naturunderstödd rehabilitering och omsorg. I bl a Norge, Holland och USA bedrivs idag en rätt omfattande verksamhet inom naturunderstödd omsorg på landsbygden. Sådan verksamhet har nu startat även bland företagare på den svenska landsbygden. Innehållet i verksamheten och kunskapen hos dessa aktörer är dock av mycket olika beskaffenhet. Detta har lett till bekymmer, såväl bland landsbygdsföretagare som önskar etablera sig inom branschen, som bland presumtiva kunder (exempelvis landsting och kommuner). Västra Götalands Region och Region Skåne, som båda intresserade sig för att starta upphandling av sådana tjänster, efterlyste tydliga kvalitetskrav och en certifieringsmodell, där de vände sig till SLU för hjälp och råd. För att naturunderstödd rehabilitering ska kunna utvecklas till en framtida näring, menade de som ansvarar för upphandling i dessa landsting, måste certifieringsfrågan lösas.

Anledningen till att Region Skåne, som vi samarbetar med, önskar upphandla ett antal landsbygdsföretag, handlar om att göra denna terapiform mer tillgänglig än genom att remittera alla till Alnarp. På sikt önskar man driva naturbaserad rehabilitering i samarbete med landsbygdsföretagare inom regionens reguljära verksamhet. Idén var att dessa landsbygdsföretag, tillsammans med närliggande vårdcentraler, skulle tillhandahålla en variant av Alnarpsmetoden.

Region Skånes önskan var att projektet skulle utmynna i en typ av certifiering eller kravspeccifikation för kvalitetssäkring av landsbygdsföretagare som önskar bedriva grön rehabilitering. Alla landsbygdsföretag som visar intresse är förmodligen inte lämpliga för ändamålet. En första pilotstudie visade att det på en del gårdar finns tydliga brister i arbetsmiljön, i säkerheten vad gäller lokaler, djurhållning och skyddsanordningar. En del gårdar har inte heller tillgång till faciliteter och lunchrum för patienterna. En del av dem som bedriver lantbruksföretag ansågs inte ha rätt kompetens och några tycktes avse att använda patienterna som gratis arbetskraft. Samtliga dessa gårdar fick inte möjlighet att vara med i pilotprojektet. Oklarheterna vad gäller kraven på verksamheten skapade irritation hos såväl beställarna som hos landsbygdsföretagarna, samt en omständlig och tidsödande procedur.

Utifrån resultatet av pilotprojektet, som visade sig vara framgångsrikt (Augustinsson, 2009) blev avsikten att gå vidare i en ny fas. Ambitionen stärktes att naturunderstödd rehabilitering på lantbruksföretag ska bedrivas i större omfattning i Skåne.

De gårdar som ingick i de tidigare projekten var utvalda av personalen som bedrev projekten och det saknades tydliga kriterier för urvalet. I Norge har liknande oklarheter i kravspecificering lett till att ett projekt bedrivits angående grön omvårdnad, och här har man föreslagit en typ av kravspecifisering för att bedriva denna typ av verksamhet på gårdar. Även i USA, England och Holland har kvalitetssystem tagits fram. Det visade nödvändigheten att ta fram en kravspecifikation även i Sverige som kan utgöra grunden för certifiering av de gårdar som avser att bedriva naturunderstödd rehabilitering på lantbruk.

Det övergripande syftet med detta SLF-projekt var att ta fram den nödvändiga kravspecifikationen som bör vara uppfylld av lantbruksföretaget och av personalen för att certifierat bedriva naturunderstödd rehabilitering på lantbruk. Kriterierna skulle bl.a. omfatta personalens kunskap om målgruppen, säkerhet inom gårdsmiljön, meningsfulla aktiviteter som erbjuds under tiden på gården, krav på den yttre miljön avseende aktiviteter som handlar om såväl vila som mer kravfyllda aktiviteter, samt regler för återkoppling till koordinator och försäkringsfrågor.

Material och metoder

Studien genomfördes i tre steg, genom att:

- Ta fram ett första utkast till kravspecifikation
- Testa utkastet i en fallstudie och därefter utvärdera resultatet.
- Föreslå en ny kravspecifikation inför ordinarie upphandling.

Region Skåne var fallstudieobjekt i denna studie som kallas Naturunderstödd Rehabilitering på landsbygd – kort NUR på landsbygd.

Steg ett i metod: Ett utkast till kravspecifikation för naturunderstödd rehabilitering på lantbruk, inom ramen för SLUs FoU togs fram i ett första steg utifrån fem informationskanaler:

1. En bred litteraturgenomgång av svenska och internationella publikationer inom området
2. Personliga kontakter, via mail och telefon, med American Horticultural Therapeutic Association – AHTA. Denna organisation har sedan 1970-talet arbetat med kravspecifisering av ”Horticultural Therapy”.
3. Jämförelser med kravspecifikationer vi kunde hitta genom Internet och litteratur från Holland, England och Norge.
4. Tidigare projekt i Sverige: fyra genomförda pilotprojekt i Västmanland, Östergötland, Dalarna och Skåne
5. Egna erfarenheter och forskningsresultat vid SLU Alnarp. I synnerhet från ett tidigare ESF-projekt av ett s.k. ”steg två” i en rehabiliteringsprocess, där deltagarna i rehabiliteringen efter Alnarp fick praktisera sina nya färdigheter på några landsbygd-företag.

Ovanstående insamlade erfarenheter utvärderades och analyserades med fokus på gårdarnas beskaffenhet, personalens kompetens, säkerhetsfrågor, försäkringsfrågor och upplevelser från

gårdarna. Vidare samlades erfarenheter från personalen på gårdarna och sjukvårdsenheterna, samt från personal på Försäkringskassa och Arbetsförmedling.

Steg två i metod: Den kravspecifikation vi arbetade fram utgjorde underlag för en upphandling av tolv landsbygdsföretag runt om i Skåne i samarbete med Region Skåne. Dessa företag skulle, tillsammans med intilliggande vårdcentral eller vårdcentraler, kunna ta emot patienter som remitterats från såväl vårdcentraler som från psykiatrin. Underlaget innehöll krav på exempelvis fysisk miljö, personaltäthet, aktivitetsmöjligheter och utbildning.

I slutet av 2011 svarade tjugofyra landsbygdsföretagare på upphandlingen (det var tjugotre anbud, där två landsbygdsföretagare samverkade i ett anbud). Efter en första utgallring av inkorrekt eller mycket ofullständiga anbud återstod arton. Företagen bakom dessa anbud kontaktades via telefon/brev för samtal för att besvara frågor avseende vissa oklarheter i svaren på underlaget. Efter ytterligare utgallring besöktes femton platser för att se om de kunde uppfylla specifika krav avseende exempelvis säkerhetsfrågor, hygienutrymmen, aktivitetsmöjligheter, fysisk miljö (om den uppfyllde krav på rehabiliteringsmöjligheter) samt att det fanns tydlig åtskillnad mellan landsbygdsföretagarnas privata utrymmen och aktiviteter gentemot rehabiliteringsverksamhetens utrymmen och aktiviteter.

Efter en sista utgallring återstod tolv anbud (där två landsbygdsföretagare stod bakom ett anbud). Dessa företagare kallades till två stycken workshop under våren 2012. Där fick de föreläsningar angående målgruppen (från läkare), föreläsningar om Alnarpsmetoden, om säkerhetsfrågor mm. Tiden användes även till att diskutera samverkan mellan vårdcentral och landsbygdsföretag, rutiner gällande remisser, möten med Försäkringskassa mm.

Rehabiliteringsprojektet med upphandlade gårdar startade den första juli 2012. Första månaden startade en gård sin verksamhet, och inom ett par månader var alla gårdar beredda att ta emot deltagare i rehabilitering. De olika företagen representerar ett brett spektrum av olika typer av landsbygdsverksamheter som kan tänkas fungera i rehabiliterande sammanhang. Några tillhandahåller trädgårdar, andra skogsmiljöer medan ytterligare andra tillhandahåller åkerlandskap och ängsmarker. Flera företag erbjuder möjligheter att umgås med djur: hästar, får, höns, getter, kaniner, hundar och katter.

Vid utvärderingen av försöket med den första kravspecifikationen gjordes en jämförelse med bl a den norska certifieringsmodellen och med certifieringsmodeller i Holland och England, för att uppnå en mer utvecklad modell som skulle kunna användas i en sedvanlig upphandling i regi av Region Skåne under 2013. Ytterligare information om USAs och Kanadas modeller genomfördes också, då de sedan 1980-talet kontinuerligt arbetat med en certifieringsmodell, som emellertid mestadels inriktats på personalens kompetens. Ett studiebesök genomfördes i England, med ansvariga på Thrive. Denna organisation arbetar bl a med kvalitetsfrågor inom Horticultural Therapy och utfärdar en typ av auktorisation för horticultural therapists. En andra studieresa genomfördes till Holland, för att undersöka kravspecifikationen inom Care Farming. Kontakter togs även med NAHF: Nature Assisted Health Foundation, en FoU-stiftelse baserad i Holland som har certifieringsfrågor som en av sina högsta prioriterade frågor på sitt program. I Norge har man under ett par år haft en typ av kravspecifikation. Ännu en resa genomfördes till organisationen "Inn på tunet", för att med dem utbyta erfarenheter och diskutera certifieringsfrågor.

I utvecklingsprojektet etablerades en referensgrupp av representanter från LRF, Region Skåne, kontaktpersoner från Försäkringskassa, Arbetsförmedling samt forskare från SLU.

Styr- och referensgrupp för projektet

Möte 1 gång varannan månad

Anita Persson	Företagarcoach	LRF
Anja Nyberg	Projektsamordnare	Region Skåne
Ulf Hallgårde	Projektledare	Region Skåne
Ulf Kyrlling	Näringslivsutveckling	Region Skåne
Kerstin Jigmo	Distriktsläkare Skurup	Region Skåne
Magdalena Andersson	Avtalsförvaltare av implementering	Region Skåne
Maj – Britt Engström	Samverkansansv.	Försäkringskassan Region Syd
Eva Larsson	Samverkansansv.	Arbetsförmedlingen
Patrik Grahn	Professor	SLU
Anna Maria Pálsdottir	Doktorand	SLU
Sara Kyrö Wissler	Projektkoordinator	SLU

Adjungerade

Ann Touré	Politisk sekreterare MP	Regionfullmäktige Skåne
Ulrika Heindoff	Politisk sekreterare M	Regionfullmäktige Skåne

Resultat

Vi upptäckte många brister i det första underlaget. Flera krav som uppfattades konkreta av oss forskare kunde tolkas på olika sätt, så vi tog dessa erfarenheter med oss. Vi blev osäkra på om alla företag kunde tillhandahålla den rehabiliterande miljö, de rehabiliterande aktiviteter mm som krävs. Den första kravspecifikationen hade sammanfattningsvis följande förtjänster och brister.

Förtjänster: Underlaget gav en ram och ett sammanhang. Flera av de områden som måste finnas med vid en framtida standard observerades och tydliggjordes.

Brister: Svårighet att skapa ett system som går att utvärdera opartiskt.

Patientperspektiv.

Ur patientperspektiv hamnade vi i stort sett rätt då målgruppen var väldefinierad och tydlig. Även när det handlade om kanaler för att fånga upp deltagare så var kriterierna tydliga, genom kanalerna primärvård; vårdcentral och öppna psykiatrimottagningar.

Upphandlarnas perspektiv.

Ur upphandlingsperspektivet fann vi främst problem med att kunna generalisera underlaget. Att ställa krav som kan bedömmas opartiskt utan subjektiv bedömning av "lokal", personal mm.

Företagarperspektiv.

För företagen är det viktigt att den som upphandlar NUR på landsbygd förmedlar trygghet i betalningssystem, patientflöde, samverkan och kontakter med myndigheter. Rutiner för detta

togs fram och genom att nyttja redan existerande strukturer i samverkande myndigheter byggdes en kvalitetssäkring in i systemet för fallstudien.

Vid konstruktionen av den nya kravspecifikationen tog vi framförallt fasta på följande:

Patientperspektiv.

Säkerhet. Ett tydligare flöde för patienter utan möjlighet till felaktig remittering vilket upptäckts under fallstudien. Ett än tydligare ansvar mellan myndigheter: Region Skåne, Försöringskassan och Arbetsförmedling - som säkrar deltagarens fortsatta åtgärder för återgång i arbete. Detta ser vi som en viktig del även för en kravspecifikation då det ger förutsättning för en fungerande intervention.

Upphandlarnas perspektiv.

Krav ställda på företagaren, dess miljö och förutsättningar däri. En förutsättning tycks vara ett kvalitetssäkringssystem med registrering av olika slag för att säkerställa en fungerande intervention.

Företagarperspektiv.

NUR på landsbygd bör ses som en del av företagets verksamhet, en del av ett företagande inom "Multifunctional agriculture".

Efter litteraturstudier har tre länders arbete med liknade interventioner valts för närmare studier och kunskapsutbyte genom studiebesök. De tre har valts utifrån flera perspektiv så som målgrupp, miljö/lokalitet samt systemuppbyggnad. Vi har tittat på genomförandet av program, flödet av deltagare och finansiering av deras närvaro i de olika projekten. Vi har också studerat organisationen av kvalitetssystemen och diskuterat med de olika representanterna hur de upplever att det fungerar i praktiken. Vi har varit noggranna med att skapa oss en bild av för- och nackdelar med certifiering gentemot andra typer av kvalitetssäkringssystem. Vad krävs för att genomföra respektive system?

Kvalitetssystem i Europa

Storbritannien – År 2004 lanserade Thrive ett nytt kvalitetssystem sk *Quality Assurance System* (QAS) riktat till välgörenhetsorganisationer som erbjuder horticulture therapy (HT) och/eller therapeutic horticulture (odling och hortikulturella aktiviteter står i fokus med – HT – eller utan terapeut). Syftet med QAS var att höja standarden på de olika verksamheterna i Storbritannien och få ett jämnare/stabilare utbud av tjänster med avseende på aktiviteter som erbjuds, säkerhet i verksamheten, dokumentation av verksamheten samt utveckling av själva verksamheten. QAS är baserad och vidareutvecklad av ett redan existerande system: POASSO (UK industriellt standardssystem) och innehåller 11 kvalitetsområden som täcker aspekter med avseende på att driva och förvalta naturbaserade vårdverksamheter. Syftet är även att höja anseendet för naturbaserad vård i Storbritannien samt att närma sig en certifiering/legitimation av hortikulturell terapi som yrke, likt den som idag finns för arbetsterapeuter. Systemet säljs av Thrive men är självutvärderande, dvs företagen själva ansvarar för egenutvärdering i relation till QAS. Anledning till att det inte har bedrivits som certifieringsorgan är bla att Thrive inte tycker det är lämpligt att påtvinga QAS på verksamheter som ofta baseras på frivilliga medarbetare samt förlitar sig på välgörenhet/finansiellt stöd från andra vilket gör att det kan vara svårt att motivera en dyr certifiering av naturbaserade vårdverksamheter (verksamheter som gör skillnad i sin kommun med mindre medel men de kan välja att höja standarden på verksamheten och jobba enligt QAS). De flesta naturbaserade vård-

verksamheter arbetar som dagligverksamheter, dvs målet med vistelsen i verksamheten syftar inte till att rehabilitera en person från sjuk till frisk utan att erbjuda meningsfulla aktiviteter. QAS säljs av Thrive, och verksamheterna kan köpa ett skräddarsytt utbildningspaket efter verksamhetens behov. Alla verksamheter registreras i en databas hos Thrive men någon uppföljning görs inte på hur QAS implementeras. I dagens läge har ingen större utvärdering gjorts på hur QAS fungerar, men tankar finns på att utveckla systemet vidare och då inkludera utemiljöns kvalitéer dvs stödjande miljöer vilket vi inom SLU forskar kring, specifikt gällande naturunderstödd rehabilitering.

Holland

Green care (GC) även kallad *green care in agriculture* och/eller *care farms*. Begreppen gäller verksamheter med fokus på aktiviteter som erbjuds i gårdsmiljö (Care farms) där djur är en naturlig del av miljön (både storskaligt och småskaligt jordbruk). Dessa riktar sig främst till dagligverksamhet och inte interventioner/rehabilitering. De flesta GC verksamheter är anslutna till den rikstäckande intresseorganisationen Green Care Foundation som håller i registrering av de olika verksamheterna samt ansvarar för den dokumentation som krävs såsom riskanalys av miljön, vilka tjänster som erbjuds, aktiviteter, fakturering samt kvalitetssäkring av utförda tjänster. Det som registreras är i första hand vilken typ av verksamhet som bedrivs på gården, vilka kvalitéer som erbjuds – och med kvalitéer menas här vilka aktiviteter som erbjuds. Kvalitén av erbjudna tjänster och aktiviteter som ingår i GC för varje verksamhet utvärderas kvantitativt av GCF, dvs pre/post enkäter gällande erbjuden tjänst på gården. Olika formulär används för olika målgrupper för att se om GC verksamheten erbjuder tillfredställande tjänster. GCF fungerar även som någon slags agentur för GC verksamheterna då organisationen också sköter fakturering av utförda tjänster. GCF behåller 10% av fakturerad summa. Det finnas ca 1100 Care farms i Holland varav 600 är anslutna till kvalitetssystemet. Inga formella krav på utbildning ställs men en verksamhetsansvarig finns på varje verksamhet för att driva administration, organisation och finansieringsfrågor. Denna funktion anses viktig utöver den personal som arbetar med målgrupperna. I Care farm verksamheter i Holland återfinns deltagare med funktionshinder såsom autismspektrum, neurologiska skador och demens.

Norge

Inn på Tunet (IPT) är ett registrerat varumärke som står för kvalitetssäkrade tjänster i gårdsmiljö. Erbjudna aktiviteter är kopplade till gården, livet och arbetet där. IPT är en integrerad del av ett väl etablerat *Kvalitetssystem i landbruket* (KSL). Matmerk (www.matmerk.no) driver och förvaltar konceptet. Kvalitetssystemet är politiskt drivet via Stortinget med stöd i en ”vejledningsgrupp” som är bemannad med representanter från fyra departement: juridiken, primärnäringen, hälsosektorn och köper/säljer. Systemet revideras varje år och nu till hösten kommer version 4.0. Det är ett webbaserat system där både kontrollanter från KSL och brukaren (IPT verksamhet) kan registrera och revidera de relevanta uppgifterna som krävs för att bedriva IPT. Brukaren, när accepterad, förbinder sig att göra självrevidering var 12 månad utifrån givna parametrar i systemet, t ex gällande säkerhet på gården, befintliga byggnader, försäkringar, erbjudna aktiviteter, personalens kompetens i relation till målgrupp och gårdens verksamhet. Vartannat år åker en KSL kontrollant ut till verksamheten och stämmer av att all angiven information och självutvärdering stämmer med verkligheten. Kvalitetssystemet för *Inn på Tunet* är en tillökning av ett redan etablerat kvalitetssystem inom jordbruket och därav håller det hög standard. Utöver kvalitetssäkring av IPT erbjuder Matmerk olika stöd till verksamheterna gällande råd om olika målgruppers behov, kontrakt med köparna, information ang. ändringar av regelverk och lagar relaterade till gårdsverksamheten samt information av intresse för IPT. IPT verksamheterna kan, via Matmerk, erbjudas utbildning av relevans för kompetensutveckling och kvalitetsutveckling av konceptet IPT.

Diskussion

Fallstudien visade att det är bra att ha ett redan utarbetat kvalitetssystem, såsom Säkert Bondförnuft att jämföra med. Säkerhetsfrågorna kunde därför hanteras på ett bra och tydligt sätt. Vi hamnade redan i den första versionen relativt rätt när det gäller patientperspektivet. Det som brast rörde ansvarsfördelningen mellan myndigheter, vilket justerades i den senare versionen genom att vi tydligare fokuserade på fasta möten under rehabiliteringsperioden: startmöte, mittmöte och avslutningsmöte. Rehabiliteringskoordinatören på Vårdcentralen fick en viktig roll, att se till att handläggare på Försäkringskassan kom till möten för att arbeta vidare med uppföljning av den enskilde deltagaren. För företagen var det viktigt att säkra flöden av patienter, betalning och samverkan mellan myndigheter. Detta rättades till i den senare versionen, genom ett säkrare IT-system, som visade sig vara mer lätt att administrera. När det gäller kontakter mellan landsbygdsföretagare och myndigheter hade även här rehabiliteringskoordinatören en viktig funktion.

Slutligen, upphandlarens perspektiv. Det visade sig att det som återstår att utveckla är tydliga riktlinjer och krav avseende landsbygdsföretagarens utomhusmiljö. Fortsatt FoU inom området behöver sikta på att utveckla ett kvalitetssäkringssystem med registrering av olika slag för att säkerställa en fungerande intervention.

Ingen av de studerade internationella kvalitetssystemen inkluderar utemiljöns kvaliteter och dess utformning i relation till de tjänster som erbjuds. Både representanterna från Thrive och Inn på Tunet uttryckte tydligt ett behov av att utveckla deras system och inkludera dessa aspekter. Samarbete önskas kring tillvägagångssätt eftersom forskningen kring utemiljöns innehåll och utformning (supportive environments) har bedrivits av SLU under flera år och resulterat i rekommendationer för evidensbaserad design för olika målgrupper (Palsdóttir, 2014; Bengtsson & Grahn, 2014). Vidare har dessa resultat ingått som kravspecifikationer i den nyligen genomförda offentliga upphandlingen för NUR verksamheter i Region Skåne. Det system som har införts i Norge har en god förankring inom politiken och samhällets olika strukturer. Det drivs av en stabil och väletablerad aktör som arbetar med kvalitetssäkring av landsbygdsföretag vilket gör att det är ”relativt” enkelt att lägga till ytterligare funktioner i redan befintliga system, dvs registrering och återkoppling fungerar bra. För att implementera ett likartat system i Sverige är det av vikt att identifiera aktörer som skulle kunna genomföra samma typ av kvalitetssäkring.

Publikationer

Palsdóttir, A.M. Kyrö Wissler, S. 2014. A quality assurance system relating to Nature Based Rehabilitation. *Nordiskt forskningsforum*. Abstract.

Palsdóttir, A.M., Kyrö Wissler, S. Nilsson, K., Petersson, I. & Grahn.P.(submitted) Nature based therapy in peri-urban areas for people with stress related illnesses – a controlled prospective study. 11th International Plant & People symposium, Venlo, Nederland. *Acta Hort*. In press.

Pálsdóttir, AM, Stigsdotter, UK and Grahn. P. 2011. Preferred qualities in a therapy garden that promote stress restoration. Conference proceedings. *Research Into Inclusive Outdoor Environments for All*. Open Space/People Space, Edinburgh.

Pálsdóttir, A.M., Persson, D., Thorpert, P. & Grahn, P. 2104. Clients' perspective on supportive locations at the Alnarp Rehabilitation Garden. A logitudinal single-case study on nature-

based rehabilitation. Published in *The role of nature in rehabilitation for individuals with stress-related mental disorders. The Alnarp Rehabilitation Garden as supportive environment*. Doctoral Thesis No. 45. Acta Universitatis Agriculturae Sueciae, Swedish University of Agricultural Sciences, Alnarp.

Slutsatser (gällande nytta med råd till näringen)

Psykisk ohälsa är den enskilt största anledningen till sjukskrivning och arbetsförmåga i Sverige, både för män och kvinnor. Naturunderstödd rehabilitering på landsbygdsföretag har visat sig vara en framgångsrik modell för att dessa patienter ska kunna återgå i arbetet. Detta är därför en bra modell både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och för att minska individens lidande. Dock är inte alla landsbygdsföretag lämpliga för denna typ av verksamhet trots att allt fler gårdar börjar bedriva denna typ av verksamhet idag. Det behövs tydliga kriterier och en kravspecifikation för att dessa landsbygdsföretag ska kunna bli certifierade och bedriva rehabilitering. Att ta fram dessa kriterier och utveckla utvärderingsinstrument för landsbygdsföretagen är av stor samhällsnytta.

Resultaten av arbetet har resulterat i en kravspecifikation som ingick i Sveriges första offentliga upphandling på NUR-landsbygd avseende säkerhet, kompetens hos personal, krav på byggnader map exempelvis hygien och vila; krav på kvaliteter i utemiljön samt krav ang. olika typer av aktiviteter. Resultaten är lovande. Det som framförallt återstår att utveckla är tydliga riktlinjer och krav avseende landsbygdsföretagarens *utomhusmiljö*. Fortsatt FoU inom området behöver sikta på att utveckla ett kvalitetssäkringssystem med *registrering* av olika slag för att säkerställa en fungerande intervention.

Erfarenheterna internationellt visar att inget system har lyckats specificera kvalitetskriterier i *utomhusmiljöer*. Där önskas samarbeten med Sverige. Det *registreringssystem* som är mest lovande avseende enkelhet, tydlighet och återkoppling är det som har införts i Norge. Det har en god förankring inom politiken och samhällets olika strukturer. Det drivs av en stabil och väletablerad aktör som arbetar med kvalitetssäkring av landsbygdsföretag vilket gör att det är ”relativt” enkelt att lägga till ytterligare funktioner i redan befintliga system. För att implementera ett likartat system i Sverige är det av vikt att identifiera aktörer som skulle kunna genomföra och förvalta samma typ av kvalitetssäkring, därmed bemöta de krav som köparna/avnämarna kan komma att ställa.

Resultatförmedling till näringen

Genom kanaler i Referensgruppen och i samband med konferenser har resultaten spridits till Region Skåne och flera andra landsting, samt flera avdelningar runt om i landet relaterade till myndigheterna Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Framhållas kan den internationella EUMASS konferensen i september 2014 samt en konferens på LRF i september 2014, med deltagare från landsting, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och kommuner.

Finansiering av forskningsprojektet

Projektet har finansierats av Stiftelsen Lantbruksforskning, Projekt V1146083

Referenser

Andersson, O. & Hallgårde, U. 2013. »Medikaliserande« sjukskrivning hot mot rehabiliteringen. *Läkartidningen*. 110:CF37

Annerstedt, M. & Währborg, P. 2011. Nature assisted therapy: systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39: 371-388.

Augustinsson, S. 2009 *Grön rehabilitering på landsbygden Utmaning och möjlighet i Skåne och Norrköping*. Kristianstad: Högskolan i Kristianstad.

Bengtsson, A. & Grahn, P. 2014. Outdoor Environments in health settings - A quality evaluation tool (QET) for use in designing health gardens. *Urban Forestry & Urban Greening*. In press.

Försäkringskassan. 2013. *Svar på regeringsuppdrag: Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Delrapport*. Stockholm: Försäkringskassan.

Glise, K. 2014. *Exhaustion disorder – identification, characterization and course of illness*. Diss. Gothenburg: University of Gothenburg.

Grahn, P. & Ottosson, Å. 2010. *Trädgårdsterapi. Att ta hjälp av naturen vid stress och utmattning. Alnarpsmetoden*. Stockholm: Bonnier Existens

Grahn, P., Tenngart Ivarsson, C., Stigsdotter, U.K. & Bengtsson, I-L. 2010. Using affordances as a health-promoting tool in a therapeutic garden, pp 116-154 in Ward-Thompson, C., Aspinnall, P. & Bell, S. (eds). *Innovative Approaches to Researching Landscape and Health*. London: Routledge,

Pálsdóttir, A.M., Grahn, P. & Persson, D. 2014. Changes in experienced value of everyday occupations after nature-based vocational rehabilitation. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 21:58-68.

Palsdottir, A.M. 2014. The role of nature in rehabilitation for individuals with stress-related mental disorders. Diss. Alnarp: SLU.

Währborg, P., Petersson, I.F. & Grahn, P. 2013. Nature -assisted rehabilitation for reactions to severe stress and/or depression in a rehabilitation garden: Long-term follow -up including comparisons with a matched population - based reference cohort. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46: 271-276.

Bilaga 2

Projektplan avseende Naturunderstödd rehabilitering, och hur detta projekt skall integreras med andra rehabiliteringsprojekt i samarbete med Region Skåne

Kontrollerad prospektiv observationsstudie avseende effekter av åtgärder inom Naturunderstödd rehabilitering, Nationella rehabiliteringsgarantin samt Kultur på recept för personer med smärta eller psykisk ohälsa i Region Skåne.

Kontrollerad prospektiv observationsstudie genomförs under 2012-2013 (2014) i Region Skåne för

- 1. Naturunderstödd rehabilitering i Region Skåne (NUR)**
- 2. Nationella Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne (NRGS).**
- 3. Kultur på Recept 2.0 i Region Skåne (KUR)**

Här beskrivs de projektgemensamma delarna, för detaljerad uppföljningsplan hänvisas till respektive projektplan.

Övergripande ansvar för utvärdering

Professor Patrik Grahn, SLU, Professor Ingemar Petersson och docent Birgitta Grahn, Epi-centrum Skåne samt avd för ortopedi, IKVL Lunds Universitet, Professor Ulf Gerdtham, Health Economics & Management, Lunds Universitet;

Projektledare: Professor Patrik Grahn, SLU samt Anja Nyberg och Ulf Hallgårde, Region Skåne

Analyserna genomförs dels av Epi-centrum Skåne i samarbete med SLU och Health Economics & Management vid Lunds Universitet på uppdrag av Region Skåne samt på uppdrag av Socialdepartementet, dels separat av IFAU och ISF i Stockholm (Pathric Hägglund, ISF, Per Johansson, IFAU) på uppdrag av Socialdepartementet. Redovisning av resultaten kommer att ske i artikelform i internationella vetenskapliga tidskrifter samt i svenska rapporter.

Bakgrund

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) införde en nationell rehabiliteringsgaranti 1/9 2009 med målet att ge vård för depression, stress och ångest, samt långvarig smärta i rygg, nacke och axel. Diagnoserna är vanliga och leder ofta till långa sjukskrivningar och betydande sjukvårdskonsumtion.

Sedan starten 2009 har Region Skåne byggt upp ett system för ackreditering och i nuläget finns cirka 200 avtal med ackrediterade privata och offentliga vårdgivare inom smärtbehandling och kognitiv beteendeterapi. Skåne är hittills ensam i landet om ackrediterings- och uppföljningssystemet som innebär att vårdgivarna länkas till hälsovalsenheterna. Det är därmed via den vårdcentral man har listat sig hos som man gör bedömningen och vid behov kommer i kontakt med den aktuella behandlingen.

Syftet med rehabiliteringsgarantin är att minska sjukskrivningar och därmed samhällskostnaderna för ohälsa. Det är därför viktigt att undersöka rehabiliteringsgarantins kostnadseffektivitet. Hälsoekonomiska utvärderingar är ett verktyg för att fastställa ”värdet för pengarna” av en behandlingsteknologi i förhållande till en annan (oftast den befintliga *standard of care*). Detta projekt syftar till att få tillgång till långtids-observationsdata med naturalistisk/given behandling (fri från bias jämfört med en representativ patientgrupp vilket motsvarar ”sedvanlig behandling”) i jämförelse med en öppen kontrollgrupp.

Ett flertal olika åtgärder används idag inom eller i anknytning till sjukvården i Region Skåne för personer med psykisk ohälsa samt med smärta i nacke, axlar och rygg framförallt då arbetsförmågan är påverkad och/eller sjukskrivning hotar. Detta gäller Nationella Rehabiliteringsgarantin i Skåne, NRGs men också andra insatser. Två av dessa (Naturunderstödd rehabilitering, NUR, samt Kultur på Recept 2.0) innefattar insatser och åtgärder i nära samverkan med sjukvården men med annan, mera icke medicinskt inriktat innehåll. Dessa arbetssätt skulle kunna bli alternativ för vissa personer om de visar sig lika bra eller mer effektiva och samtidigt uppvisar kostnadseffektivitet jämfört dels med insatser inom rehabiliteringsgarantin, dels jämfört med sedvanlig behandling.

Interventioner

Dessa arbetsformer beskrivs kort nedan:

1. Nationella Rehabiliteringsgarantin i Skåne (NRGS)

Sedan starten 2009 har Region Skåne byggt upp ett system där ca 200 ackrediterade privata och offentliga vårdgivare inom smärtbehandling och kognitiv beteendeterapi deltar. Det är därmed via den vårdcentral man har listat sig hos som man gör bedömningen och vid behov kommer i kontakt med den aktuella behandlingen. Behandlingen/Rehabiliteringen innefattar för patienter med smärta i nacke/skuldror/rygg cirka 10 veckors multimodal teambaserad strukturerad rehabilitering. För personer med psykisk ohälsa ges behandling med KBT (Cognitive Behavioural Therapy) av personal utbildad minst på steg 1 nivå. Denna behandling omfattar minst 6 tillfällen, i genomsnitt ges 8.7 behandlingar.

2. Naturunderstödd rehabilitering (NUR)

Projektet Naturunderstödd Rehabilitering (NUR) består av en intervention där Region Skåne, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, LRF samt SLU samarbetar för att utveckla en ny rehabiliteringsmodell i form av en samverkan mellan flera kompetenser: medicinska och icke-medicinska. Målgruppen är personer som drabbats av anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress (ICD-kod F43), mild till måttlig depression (ICD-kod F32.0 och F32.1) samt ångest (ICD-kod F41). Detta hälsopromotiva rehabiliteringsprojekt avses att bedrivas på landsbygden i Skåne där natur och djur används som komplement i rehabiliteringen. Beräknad antal deltagare i projektet är 150 personer.

Modellen innebär att en vårdcentral ansluter sig till ett/flera landsbygdsföretag inom pendlingsavstånd (ca 20 km). Vårdcentralen ansvarar för den medicinska kompetensen medan landsbygdsföretaget ansvarar för naturbaserade aktiviteter. En rehabiliteringskoordinator på

vårdcentralen ansvarar för att behandlingen vid vårdcentralen av läkare/ sjuksköterska/ arbetsterapeut/ sjukgymnast harmonierar med verksamheten på landsbygdsföretaget. Rehabiliteringen sker i grupp för att deltagarna inte ska känna sig utsatta, men inte bestå av fler än 7 deltagare för att alla ska bli "sedda" i gruppen. Behandlingsperioden omfattar 8 veckor med ca.12 timmars deltagande i veckan (4 timmar under 3 dagar) för att uppnå en stabilitet i deltagandet som kan medföra genombrott i rehabiliteringsprocessen. Avstämningsmöten sker innan deltagaren påbörjar rehabiliteringen inom projektet samt i direkt anslutning till att man avslutar rehabiliteringen. Vid mötet deltar eventuell arbetsgivare, handläggare från Försäkringskassan, handläggare från Arbetsförmedlingen och vårdpersonal. Detta för att deltagaren ska kunna komma ut i arbete, studier, arbetsträning eller fördjupad samverkan.

Målsättningen med studien, och den förmodade samhällsnyttan, är att påvisa inte bara minskad vårdkonsumtion och återgång i arbete/studier för deltagaren utan också möjligheter till en utveckling av landsbygdsföretagandet genom en ickemedicinsk intervention i naturmiljö.

Om studien påvisar ett positivt resultat, kommer det på sikt att leda till att vårdcentraler över hela landet kan ha en rehabiliteringskoordinator som kommer att fungera som en viktig länk mellan sjukskrivningsansvarig läkare och en landsbygdsföretagare som är ackrediterad och certifierad med avseende på Naturunderstödd rehabilitering.

3. Kultur på Recept 2.0 i Region Skåne (KUR)

Kultur på recept 2.0 Skånemodellen är ett projekt som har för avsikt att ge primärvården och den psykiatriska öppenvården ett ökat utbud av rehabilitering där traditionell behandling inte lett till förbättring.

Bakgrunden är ett pilotprojekt som Region Skåne och Helsingborgs stad i samarbete med en vårdcentral genomförde 2010, på initiativ av regeringen, med syfte att ta fram en modell för kultur på recept. Utvärderingen, som gjordes genom följeforskning visade att modellen fungerade.

Region Skåne och Helsingborgs stad i samarbete med FINSAM Helsingborg avser nu att pröva modellen i ett utvidgat projekt med 200 patienter. Samtliga hälsovalsenheter och psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Helsingborg, som har rehabiliteringskoordinatorer, erbjuds att delta. Målgruppen är patienter med pågående eller hotande sjukskrivning, risk för social isolering, psykisk ohälsa och/eller utbredd smärta. Receptet utfärdas av vårdenhetens läkare eller av rehabiliteringskoordinatorer i samråd med läkare. Projektets vårdkoordinator samordnar information och uppföljning gentemot vårdenheterna.

Receptets innehåll består av kulturaktiviteter som arrangeras av Helsingborgs stads kulturförvaltning och koordineras av en särskild kulturkoordinator. Kulturaktiviteterna pågår under tio veckor och leds av kulturpedagoger. Deltagarna möts i grupp två till tre gånger per vecka. Projektplatserna är förlagda till kulturförvaltningens verksamheter i Helsingborg; Dunkers kulturhus, stadsteatern, stadsbiblioteket, konserthuset, Röda Kvarn, Sofiero, Fredriksdal och Kulturmagasinet. Exempel på receptinnehåll är konstsamtal, eget skapande, kultur- och naturhistoriska vandringar, hantverk, körsång och musik. Aktiviteterna kombineras med samtal, frågeställningar och diskussioner om det upplevda. Varje deltagare i projektet får vid starten Helsingborgs stads kulturkort för att kunna utnyttja kulturutbudet under ett års tid utan extra

kostnad. Detta ger möjlighet till fortsatt kulturdeltagande efter aktivitetsperiodens slut. Rehabkoordinatorerna och kulturkoordinatören har kontinuerlig kontakt och uppföljning av patienten görs i halvtid samt efter avslutad receptperiod. I halvtid görs även en uppföljning av relevant myndighet/-er (Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller Socialförvaltningen).

Projektets effektmål innebär att modellen prövats och förankrats på hälsovalsenheter i Helsingborg. Projektet bidrar till att stärka patientens autonomi och funktion i syfte att underlätta för deltagaren att vara kvar i eller (åter-) inträda i arbetslivet. Projektets resultat medför vinster för de samverkande verksamheterna, både hälso- och sjukvården och kulturen samt för den enskilde deltagaren/patienten. Projektets samlade effekter kommer till nytta både i hälso- och sjukvården samt i kultursektorn. Hälso- och sjukvården, framför allt primärvård och psykiatrisk öppenvård, kommer att se kultur på recept som en bland flera möjligheter när det gäller att hitta lämpliga rehabiliteringsalternativ som passar patientens individuella behov. Kulturförvaltningen utvecklar ny kunskap om metoder i mötet med nya grupper och får samtidigt hjälp att nå målen om tillgänglighet och ökad delaktighet. Projektets erfarenheter kommer att få en bred spridning inom kultursektorn och på så vis bidra till en generell kompetenshöjning.

Kontroller

För samtliga ovanstående projekt planeras under 2012 och 2013 ett synkroniserat kontrolluppbygg med prospektiv utvärdering inkluderande kontrollpatienter med likartad ålder, samma kön och diagnos som söker i primärvården men som får ”sedvanlig behandling” (Treatment as usual, TAU), se figur 1 nedan. Dessa patienter identifieras av läkare på hälsovalsenheter som ingår i något av de tre projekten. Vi bedömer att det antal patienter som inkluderas i Rehabiliteringsgarantin samt i Naturunderstödd rehabilitering (n=150) respektive Kultur på Recept 2.0 (n=200) tillsammans med cirka 1 000 kontrollpatienter ger tillräckligt underlag för de studier och analyser som planeras. Rehabkoordinatorn informerar patienten och tillfrågar om de kan tänka sig att delta i en strukturerad uppföljning av sin behandling (TAU) enligt schema i Figur 1.

Syften med studierna

Att utvärdera effekterna kort- och långsiktigt avseende

- individuell förändring av
 1. arbetsförmåga
 2. funktion
 3. hälsorelaterad livskvalitet
 4. upplevd hälsa
- skillnader mellan de olika interventionerna samt mellan dessa specifika interventioner och TAU
- hälsoekonomiska effekter
- effekter på vårdkonsumtion

Data

Data insamlas från

1. Olika register (samma metodik som i studien "Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne- en retrospektiv registerstudie" (EPN Lund 2012/206) det vill säga uppgifter från
 - a. Region Skånes vårddatabaser (RSVD) avseende vårdkonsumtion,
 - b. Register över sjukskrivning och SA i Skåne
 - c. Befolkningsregistret.
2. Region Skånes register över uppföljning av patienter som genomgår åtgärder enligt nationella rehabiliteringsgarantin (NRGS) bestående av
 - a. Bakgrundsuppgifter
 - b. Läkarens bedömning av på förhand fastställda funktioner enligt ICF
 - c. Självrapporterade uppgifter om
 - i. patientens självupplevda hälsa
 - ii. hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D
 - d. självskattad arbetsförmåga

Dessutom insamlas uppgifter via frågeformulär efter informerat samtycke:
3. Prospektivt insamlade uppgifter avseende
 - a. Självrapporterade uppgifter om
 - i. patientens självupplevda hälsa mätt med
 - för smärta:
 - för psykisk ohälsa:
 - ii. hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ5D
 - iii. självskattad arbetsförmåga och produktivitet mätt med WPAI/WAI

Urval

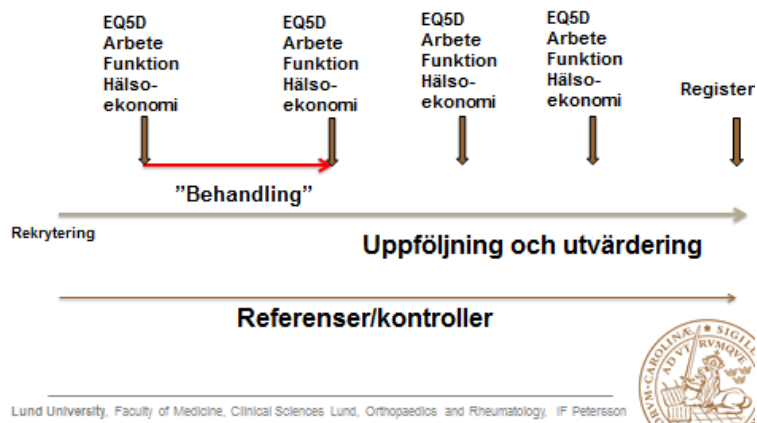
Urvalet avser deltagare och icke-deltagare i NUR respektive KUR respektive rehabiliteringsgarantin (NRGS) under 2012 och 2013. Uppföljningsperioden sträcker sig till och med 2014. Under 2012 och 2013 kommer rehabiliteringsgarantiåtgärder för patienter med smärta att ske på två nivåer (MMS 1 respektive MMS 2) vilket eventuellt beaktas i slutliga analysen. Eventuellt kommer längre projekttid gälla och längre uppföljning göras i de olika delprojekten.

Design

Strategin för insamling av registerbaserad information är densamma som studien "Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne- en retrospektiv registerstudie" (EPN Lund 2012/206), med skillnaden att ytterligare data har tillförts via den prospektiva uppföljningen som också inkluderar information från prospektivt följda referenspersoner. Från och med halvår 2 (?) - 2012 kommer detta register således att utvidgas med att även inkludera uppgifter om läkarnas bedömning samt patienternas egenskattning för icke-behandlade individer med samma diagnos som deltagarna. Den tillförda informationen om deltagare och icke-deltagare förbättrar möjligheterna att på ett trovärdigt sätt mäta effekter av deltagande jämfört med utvärderingsupplägget i Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne- en retrospektiv registerstudie (EPN Lund 2012/206).

Kontrollerade prospektiva observationsstudier för:

1. Nationella Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne (NRGS).
2. Kultur på Recept 2.0 i Region Skåne (KUR)
3. Naturunderstödd rehabilitering i Region Skåne (NUR)



Figur 1. Schematisk översikt över principerna för uppföljning och utvärdering

Utfallsmått

Utvärderingen kommer att analysera effekter av rehabiliteringsgarantin med avseende på i) mottagande av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning, ii) olika mått på vård- och läkemedelskonsumtion, och eventuellt iii) förändring av arbetsmarknadsstatus inkluderande

självrapporterad arbetsförmåga iv) hälsorelaterad livskvalitet (Region Skåne) samt funktion och coping.

1. Sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning
 - a. Prospektivt via frågeformulär
 - b. Retrospektivt via register
2. Olika mått på vård- och läkemedelskonsumtion (retrospektivt via register)
3. Bakgrundsdata
 - a. Ålder, kön, aktuell ICD 10 diagnos
 - b. Civilstånd, utbildning, arbetsmarknadsstatus
4. Förändring av arbetsmarknadsstatus inkluderande självrapporterad arbetsförmåga och produktivitet
 - a. Frågeformulär för självrapporterad arbetsmarknadsstatus
 - b. Självrapporterad arbetsförmåga och produktivitet
 - i. WPAI-GH
 - ii. WAI
5. Livskvalitet
 - a. hälsorelaterad livskvalitet
 - i. EQ5D
6. Funktion
 - i. ICF (Rehabiliteringsgarantin), observationsbaserade
 - ii. FRI (Functional Rating Index, 10 frågor)
 - iii. Melamed, 2 subindex, energibrist och kognitiv trötthet
7. Livsstil – Fysisk aktivitet (2 frågor rekommenderade av Socialstyrelsen)
8. Självupplevd hälsa
 - a. Psykiskt
 - i. EQ5D
 - ii. HAD
 - b. Fysiskt/Smärta
 - i. EQ5D

- ii. Urval frågor från Nationella Kvalitetsregistret Smärta (NRS)
- 9. Hälsoliteracitet – upplevd svårighet att förstå skriftlig hälsoinformation
 - a. Frågeformulär Hälsoliteracitet (VGR, tre frågor, prof Mats Hagberg)
- 10. Skattning utförd av vårdpersonal/rehabiliteringspersonal (kulturpedagoger)
 - a. Av allmän hälsa (VAS)
 - b. Fysiologiska mått – längd, vikt, midjemått
 - c. Projektspecifika frågeställningar
- 11. Hälsoekonomiska mätningar
 - a. Direkta (sjukvård, läkemedel osv) och indirekta kostnader (produktionsbortfall)
 - b. ”Willingness to pay”
- 12. Patientens förväntade resultat av rehabiliteringsinsatserna

Genomförande och process

Start/Inkludering

Läkare/VC personal identifierar

Läkaren på VC/Hälsovalsenheten skriver receptet/remissen

Samverkan med rehabiliteringskoordinator

Kulturaktivitet/NUR/NRGS

NUR (enligt beskrivning i separat EPN ansökan)

KUR (10 veckor, 2-3 ggr/v)

NRGS enligt fördefinierade tidsramar samt patientens behov

Avslut

Rehabiliteringskoordinator

Vårdcentralen

Uppföljning sker dels vid besök på vårdcentralen, dels brevlades med enkäter

3 månader efter avslut

6 månader efter avslut

12 månader efter avslut

Registeruppföljning

Tidplan

Ansökan om forskningsetiskt tillstånd maj 2012. Projektstart under kvartal 3-4 2012.

Rapport för de olika projekten enligt separata tidsplaner

Resurser

NUR:

Anslag från ESF står för huvuddelen av finansieringen.

Region Skåne bistår med resurser för genomförande av projektet på hälsovalsenheter samt resurser för uppföljning och utvärdering.

KUR:

2 Mkr på tre år från sjukskrivningsprojektet/rehabiliteringsgarantin

FINSAM lägger 3 600 tkr per år i tre år

Kultur Skåne bekostar processforskning med 200 tkr per år i tre år = 600 tkr.

Helsingborgs kommun 1 500 tkr under tre år.

NRGS:

Extra resurser är nödvändiga för att samla in den ytterligare information som utöver befintliga registeruppgifter är behövs för analysen. Kostnaden för studiens genomförande samt för analysarbete och rapportskrivning om studien innefattar att inkludera något tusental referenspatienter under 2012 och början av 2013 samt uppföljning under 2013 motsvarar sammanlagt 2 556 tkr under 2012 och 1 704 tkr 2013. Delar av detta bekostas av Socialdepartementet, resterande av medel från Rehabiliteringsgarantiprojektet i Region Skåne

Referenser

1. Wooldridge, J. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, 2nd Edition. MIT Press.
2. Atroshi I, Englund M, Turkiewicz A, Tagil M, Petersson IF: **Incidence of physician-diagnosed carpal tunnel syndrome in the general population.** *Arch Intern Med* 2011, **171**(10):943-944.

3. Bremander A, Petersson IF, Bergman S, Englund M: **Population-based estimates of common comorbidities and cardiovascular disease in ankylosing spondylitis.** *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010.
4. Englund M, Joud A, Geborek P, Felson DT, Jacobsson LT, Petersson IF: **Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in southern Sweden 2008 and their relation to prescribed biologics.** *Rheumatology (Oxford)* 2010, **49**(8):1563-1569.
5. Haglund E, Bremander AB, Petersson IF, Strombeck B, Bergman S, Jacobsson LT, Turkiewicz A, Geborek P, Englund M: **Prevalence of spondyloarthritis and its subtypes in southern Sweden.** *Ann Rheum Dis* 2011, **70**(6):943-948.
6. Strombeck B, Englund M, Bremander A, Jacobsson LT, Kedza L, Kobelt G, Petersson IF: **Cost of illness from the public payers' perspective in patients with ankylosing spondylitis in rheumatological care.** *J Rheumatol* 2010, **37**(11):2348-2355.
7. Strombeck B, Jacobsson LT, Bremander A, Englund M, Heide A, Turkiewicz A, Petersson IF: **Patients with ankylosing spondylitis have increased sick leave--a registry-based case-control study over 7 yrs.** *Rheumatology (Oxford)* 2009, **48**(3):289-292.
8. Kristensen LE, Petersson IF, Geborek P, Jöud A, Saxne T, Jacobsson LTH, Englund M: **Sick leave in patients with ankylosing spondylitis before and after anti-TNF therapy: a population-based cohort stud.** *Rheumatology (Oxford)* 2011:[Epub ahead of print].
9. Olofsson T, Englund M, Saxne T, Joud A, Jacobsson LT, Geborek P, Allaire S, Petersson IF: **Decrease in sick leave among patients with rheumatoid arthritis in the first 12 months after start of treatment with tumour necrosis factor antagonists: a population-based controlled cohort study.** *Ann Rheum Dis* 2010, **69**(12):2131-2136.
10. Waddell G, Burton A K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>

