

AKTIV REHAB & RIDTERAPI

- HÄSTUNDERSTÖDD REHABILITERING OCH FRISKVÅRD FÖR
PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING



Anna María Pálsdóttir, Marie Gudmundsson och Patrik Grahn

Sveriges lantbruksuniversitet
Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap

Rapport 2019:7
ISBN 978-91-576-8957-3
Alnarp 2019



LANDSKAPSARKITEKTUR
TRÄDGÅRD VÄXTPRODUKTIONSVETENSKAP
Rapportserie

AKTIV REHAB & RIDTERAPI

- HÄSTUNDERSTÖDD REHABILITERING OCH FRISKVÅRD
FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Anna María Pálsdóttir, Marie Gudmundsson och Patrik Grahn

Institution för Arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi (AEM),

Sveriges lantbruksuniversitet
Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap

Rapport 2019:7
ISBN 978-91-576-8957-3
Alnarp 2009

Anna María Pálsdóttir, forskare, PhD, Institutionen för arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi (AEM), Sveriges lantbruksuniversitet (SLU), Alnarp

Marie Gudmundsson, leg. arbetsterapeut, utvecklingsledare Natur- och djurunderstödd verksamhet, Region Dalarna

Patrik Grahn, professor, Institutionen för arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi (AEM), Sveriges lantbruksuniversitet (SLU), Alnarp

LTV Rapport nr. 7:2019

Alla bilder i rapporten ägs av Marie Gudmundsson som har fått deltagarnas lov för användning.

FÖRORD

Projektet Aktiv Rehab & Ridterapi var ett treårigt utvecklingsprojekt (2012-2105) som drevs av lokalföreningen Neuroförbundet Falun och Norra Dalarna och finansierades av Allmänna Arvsfonden. Projektet fick ett stipendium av Neurofonden och Postkodlotteriet för att finansiera en vetenskaplig utvärdering av projektet.

Sveriges lantbruksuniversitet (SLU) ansvarade för utvärderingen i samverkan med DataAnalys och Register Centrum, Region Skåne. Författarna tackar Mikael Åström, enhetschef, DataAnalys och Register Centrum, Region Skåne samt Jan-Eric Englund, universitetslektor i statistik, Institutionen för biosystem och teknologi, SLU, Alnarp för värdefull hjälp med framtagande av resultaten.

Resultaten presenteras i denna SLU Rapport samt i två kommande vetenskapliga artiklar i internationella peer-reviewed tidskrifter.

Ett stort tack till Neurofonden och Postkodlotteriet för deras generösa bidrag och stöd till utvärderingen.



INNEHÅLL

AKTIV REHAB & RIDTERAPI	2
FÖRORD	4
INNEHÅLL	6
SAMMANFATTNING.....	7
BAKGRUND	9
AKTIV REHAB – HÄSTUNDERSTÖDD REHABILITERING	9
UTVÄRDERINGENS SYFTE	9
BEGREPPSFÖRKLARINGAR.....	10
METOD.....	12
STUDIEPOPULATION OCH REKRYTERING	12
Aktiv rehab-interventionen	12
Kontrollgrupp.....	15
HÄSTUNDERSTÖDD TERAPI OCH AKTIVITET	16
UTVÄRDERING	18
UTFALLSMÅTT	18
Statiska analyser	19
INTERVJUER	21
RESULTAT	22
PRIMÄRT UTFALLSMÅTT	22
SEKUNDÄRA UTFALLSMÅTT	25
SAMMANFATTNING AV KVANTITATIVA UTFALLSMÅTT	30
INTERVJUER	31
Tema 1: Att stärka och främja förmågor och välbefinnande (ICF- Kroppsfunktioner)	31
Tema 2: Ökad egenmakt (ICF- Aktivitet och delaktighet).....	31
Tema 3: Jämlikhet och rättvisa genom ökad tillgänglighet (ICF-delaktighet).....	32
Tema 4: Hästen och omgivande miljö som resurs (ICF-Omgivningsfaktorer).....	33
DISKUSSION.....	34
RESULTATET UTIFRÅN INDIVIDENS HÄLSA	34
RESULTATET SOM EN DEL I SAMHÄLLET'S POLICY	37
SAMMANFATTANDE SLUTSATSER	39
DELTAGANDE PÅ SEMINARIER OCH KONFERENSER	40
Referenser	41
Bilaga.....	43

SAMMANFATTNING

Under åren 2012-2015 drevs det Arvsfondsfinansierade projektet Aktiv Rehab & Ridterapi av Neuroförbundet Falun och Norra Dalarna. Målet var att bidra till ökad tillgång till hästunderstödda insatser inom det befintliga systemet för folkhälsoarbete och sjukvård. Sveriges lantbruksuniversitet (SLU) ansvarade för en vetenskaplig utvärdering av projektet i samverkan med DataAnalys och Register Centrum, Region Skåne. Utvärderingen syftade till att undersöka effekterna av hästunderstödda insatser avseende deltagarnas upplevda vardagsaktiviteter, hälsa och livskvalitet samt att få en fördjupad förståelse av vad insatserna kan betyda för deltagarna i vardagen. Vidare undersöka om effekterna av interventionen skiljer sig från en kontrollgrupp.

För att nå detta mål användes triangulering, med kvantitativa mått i kombination med intervjuer. En prospektiv longitudinell studie (dvs en studie där populationen följts under längre tid) genomfördes som omfattade personer med neurologisk sjukdom eller skada.

Studien omfattade 190 deltagare, där den undersökta populationen, interventionsgruppen, omfattade 14 deltagare. Kontrollgruppen var uppdelad i två delar: De som deltog i en aktivitet minst en gång per vecka ingick i gruppen "aktiva", (n=147), medan resterande del bildade gruppen passiva (n=29). Primär utfallsvariabel var upplevelser av vardagsaktiviteter. Sekundära utfallsmått var i) grad av utmattning och ii) självskattad hälsa. En retrospektiv intervjustudie genomfördes (n=5).

Resultatet visar att upplevelsen av vardagsaktiviteter som meningsfulla och värdeskapande förbättrades kraftigt för interventionsgruppens värde. Ändringen över tid är statistiskt säkerställd gentemot kontrollgrupp *passiv*. Vidare, att deltagarnas energi och lust ökade medan den upplevda stressen minskade, liksom den känslomässiga, fysiska tröttheten. Den mentala tröttheten ökade något. Ingen av dessa förändringar är statistiskt säkerställd.

Den självskattade globala hälsan visade en kraftfull och signifikant förbättring. Förändringen över tid skiljer sig signifikant gentemot båda kontrollgrupperna, aktiv och passiv. Den kliniska signifikansen, mätt med Hedges' g, visar att effekten av interventionen i jämförelse med kontrollgrupper är god, såväl när det gäller upplevelsen av vardagsaktiviteter som när det gäller självupplevd hälsa.

Intervjuerna stärker de kvantitativa fynden och visade på fyra teman som kan länkas till ICF- områdena kroppsfunktioner, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer; 1. Att stärka och främja förmågor och välbefinnande., 2. Ökad egenmakt., 3. Jämlikhet och rättvisa genom ökad tillgänglighet., 4. Hästen och omgivande miljö som resurs.

Sammanfattningsvis visar resultatet att hästunderstödda insatser har potential för att vara en hälsofrämjande aktivitet som bidrar till att bibehålla och/eller förbättra individens hälsa avseende funktion, aktivitet och delaktighet.

Nyckelord: *hästunderstödda insatser, hästunderstödd terapi, funktionsnedsättning, aktivitetsvärde, livskvalitet.*

During the years 2012-2015, the Heritage Fund-funded project Active Rehab & Riding Therapy was run by the local Neuro association Falun and Northern Dalarna. The aim was to contribute to increased access to equine- assisted interventions within the existing system for public health and health care. The Swedish University of Agricultural Sciences (SLU) was responsible for a scientific evaluation of the project in collaboration with DataAnalys and the Register Centrum, Region Skåne. The evaluation aimed to investigate the effects of equine-assisted interventions on participants' perceived everyday activities, health and quality of life as well as to gain a deeper understanding of what these efforts can mean for the participants in everyday life. Further to examine whether the effects of the intervention differ from a control group.

To achieve this goal, triangulation was used, with quantitative measures in combination with interviews. A prospective longitudinal study (i.e. a study where the population was followed for a long time) was conducted, which included people with neurological disease or injury.

The study included 190 participants, where the studied population, the intervention group, included 14 participants. The control group was divided into two parts: Those who participated in an activity at least once a week were included in the "active" group (n = 147), while the remaining part formed the group "passive" (n = 29). The primary outcome variable was experiences of everyday occupations. Secondary outcome measures were i) degree of exhaustion and ii) self-perceived health. A retrospective interview study was conducted (n = 5).

The result shows that the experience of everyday occupations as meaningful and value-creating, improved greatly for the intervention group's value. The change over time is statistically significant according to the *passive* control group. Furthermore, that the participants' energy and pleasure increased while the perceived stress decreased, as did the emotional, physical fatigue. Mental fatigue increased slightly. None of these changes are statistically significant.

Self-perceived global health showed a powerful and significant improvement. The change over time differs significantly from both control groups, active and passive. The clinical significance, measured by Hedges' g, shows that the effect of the intervention in comparison with control groups is good, both in terms of the experience of everyday occupations and in terms of self-perceived health.

The interviews reinforce the quantitative findings and showed four themes that can be linked to the ICF areas of body functions, activity, participation and environmental factors: 1. To strengthen and promote abilities and well-being, 2. Increased empowerment, 3. Equality and justice through increased accessibility and 4. The horse and surrounding environment as a resource.

In summary, the results show that equine-assisted interventions have the potential to be a health-promoting activity that contributes to maintaining and / or improving the individual's health, in terms of function, activity and participation.

Keywords: equine assisted interventions, equine assisted therapy, disability, occupational value, quality of life

BAKGRUND

AKTIV REHAB – HÄSTUNDERSTÖDD REHABILITERING

Projektet Aktiv Rehab & Ridterapi var ett treårigt utvecklingsprojekt (2012-2105) som drevs av Neuroförbundet Falun och Norra Dalarna och finansierades av Allmänna Arvsfonden. Målet med interventionen var att bidra till att öka tillgången till hästunderstödd terapi inom det befintliga systemet för folkhälsoarbete och sjukvård, så att behandling och träning kan erbjudas fler oavsett bostadsort.



Projektet provade både möjligheterna att implementera hästunderstödd aktivitet i befintliga ridverksamheter och att erbjuda hästunderstödd terapi på remiss inom högkostnadsskyddet. Terapin kunde därefter fortsätta i form av förstärkt friskvård/egenträning. Dessutom arbetade projektet kontinuerligt från första början med att skapa förutsättningar att permanenta verksamheten genom att samarbeta med aktuella kommuner, med Landstinget Dalarna och med aktuella organisationer såsom Dalarnas Ridsportförbund. Målgruppen i projektet var vuxna personer med neurologisk sjukdom eller skada. Det är en målgrupp som i stor utsträckning upplever en sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt och som har behov av livslång återkommande rehabilitering. Verksamheten är idag implementerad och drivs vidare på vissa av ridklubbarna med stöd av kommunerna och inom Ger Rehab-kliniken i hela länet.

Läs mer om projektet här: www.neuroforbundet.se/aktiv-rehab-ridterapi

UTVÄRDERINGENS SYFTE

Studiens syfte var att undersöka effekterna av hästunderstödda insatser avseende deltagarnas upplevda vardagsaktiviteter, hälsa och livskvalitet, samt att få en fördjupad förståelse av vad insatserna kan betyda för deltagarna i vardagen.

Vidare, undersöka om effekterna av interventionen skiljer sig från en kontrollgrupp.

BEGREPPSFÖRKLARINGAR

Neurologisk sjukdom eller skada

Neurologisk sjukdom eller skada drabbar nervsystem, hjärna, ryggmärg eller perifera nerver. Några vanliga neurologiska sjukdomar är Multipel Skleros (MS) och stroke (Neuroförbundet, 2019).

Hästunderstödda insatser-nytt begrepp för ridterapi

Hästunderstödda insatser är ett paraplybegrepp som spänner över ett brett fält av terapi, pedagogik och aktivitet (Pálsdóttir et al., 2018). I samverkan med hästen och miljön utformas stöd, behandling och/eller aktiviteter som syftar till att främja och utveckla människors hälsa, sociala funktion och/eller lärande och därigenom bidrar till en aktiv och meningsfull vardag i ett helhetsperspektiv (OHI, 2019).

I det här projektet är det huvudsakligen hästunderstödd aktivitet som erbjuds och då avses en målinriktad träning individuellt i grupp, under deltagarnas egenansvar. Verksamheten leds av en arbetsterapeut som är certifierad av Organisationen för hästunderstödda insatser (OHI). Denna handleder även en sjukgymnast som leder vissa av grupperna. Samarbete finns med Ger Rehab-kliniken i länet, som kan komma med personal (sjukgymnast/arbetsterapeut) och patient för några behandlingssessioner med hästunderstödd terapi och patienten kan därefter övergå i projektverksamheten.

Arbetsterapi och hästunderstödda insatser

Målet med arbetsterapeutens insatser är att stödja personens förmåga till aktivitet och delaktighet på ett sätt som underlättar möjligheterna att leva ett så värdefullt och gott liv som möjligt. Insatserna ska ges utifrån personens egen syn på sin situation och sina behov och hänsyn ska tas till möjligheter och hinder i omgivningen

Samspelet mellan en person och dennes omgivning påverkar såväl personens delaktighet i samhället som dennes hälsa. Som arbetsterapeut kan insatserna ges efter en bedömning av det individuella behovet, antingen utifrån ett främjande och förebyggande perspektiv eller utifrån att förbättra eller vidmakthålla en förmåga till aktivitet och delaktighet.

Arbetsterapeuten jobbar även med att kompensera för nedsatt aktivitetsförmåga och bristande delaktighet, exempelvis genom användande och anpassning av olika hjälpmedel och/eller genom anpassning av den omgivande miljön. I alla insatser är klienten/patientens syn, intressen, vanor och aktiva deltagande av största vikt att utgå ifrån. Insatserna vilar på vetenskaplig grund. Insatsen anpassas utifrån individuella behov. Svårighetsgrad och komplexitet kan förändras för att passa på ett individuellt plan även om aktiviteten genomförs i grupp.

Genom att utgå ifrån vad personen själv anser vara meningsfullt ur ett aktivitetsperspektiv går det att skapa sessioner som ger effekter som är direkt överförbara i det dagliga livet. Det kan gälla att återuppta aktiviteter i det dagliga livet, som tidigare har försvårats eller fallit bort på grund av ohälsa. För många personer kan hästkontakt och ridning bli en ny, meningsfull, aktivitet som tillför en ny dimension till livet, med förbättrad egenupplevd hälsa som resultat. Hästunderstödda insatser ger under ett och samma tillfälle påverkan på kroppsfunktioner såsom balans, koordination och kondition, men även på kognitiva funktioner som exempelvis minne, rumsuppfattning och på psykiska funktioner som självförtroende och välbefinnande. Även sociala funktioner påverkas, som att samspela med andra i grupp, att samspela med hästen uppsutten på ryggen eller i aktiviteter i stallet och vid skötseln av hästen.



METOD

Utvärderingen genomfördes som en prospektiv longitudinell studie som inkluderade validerade frågeformulär kring hälsa och funktion för både interventionsgrupp och kontrollgrupp. Vidare, en retrospektiv intervjustudie med tidigare deltagare i interventionen.

STUDIEPOPULATION OCH REKRYTERING

Studiepopulationen omfattar dels interventionsgruppen som består av deltagare från projekt Aktiv Rehab dels en kontrollgrupp som rekryteras bland medlemmar i Neuroförbundet. Deltagande i utvärderingen var frivillig, anonym och resultaten visas på gruppnivå.

Aktiv rehab-interventionen

Rekrytering av deltagare gjordes via Neuroförbundet på lokal nivå, genom distribution av en speciellt utformad broschyr, annonsering och medlemsutskick via mail och post. Vidare rekryterades deltagare genom personal inom hälso- och sjukvården och genom kommunal personal som fått information om projektet till följd av projektgruppens deltagande vid mässor, temadagar och liknande och vid personliga kontakter.

Individer med neurologisk sjukdom eller skada erbjöds deltagande i interventionen. Alla deltagare som ville delta skulle vara eller bli medlemmar i Neuroförbundet. Deltagandet var frivilligt och en liten terminsavgift togs motsvarande vad ordinarie ridning i 30 minuter skulle kosta. Deltagaravgiften berättigas dels för att motivera deltagande, dels för att förbereda fortsättning efter projektet, då en viss kostnad behöver tas ut av ridklubben.

Exklusionskriterier bedömdes dels utifrån hästens välfärd tillsammans med ridskolans personal (såsom att deltagaren vägde över 100 kg), dels utifrån deltagarens hälsa och funktion (exempelvis att deltagaren hade mycket dålig bålbalans så att denne inte kunde sitta på hästen med en medhjälpare på vardera sidan, eller hade epilepsi som inte var stabilt medicinerad).

Totalt valdes 15 personer ut att ingå i studien, varav 14 fullföljde: 12 kvinnor och 2 män. Åldern varierade mellan 22 och 71 år (vid inklusion). Deltagarna hade neurologisk sjukdom eller skada med varierande symtom som exempelvis kognitiva svårighet, uttalad mental trötthet (fatigue), smärta och mer eller mindre nedsatt rörelseförmåga. Diagnoser som finns representerade hos deltagarna är MS, stroke, muskelsjukdom, polyneuropati, fibromyalgi, CP-skada, smärtproblematik UNS och psykiatriska diagnoser. Många var beroende av förflyttningshjälpmedel och assistans.

Förekommande diagnoser och beskrivning av symtom

10 av 15 har progredierande, fortskridande sjukdomar. 4 av 15 har långvariga (livslånga) sjukdomar eller tillstånd som inte är progredierande. 1 av 15 har en psykiatrisk diagnos.

Charcot Marie Tooth: Ovanlig diagnos, tillhör gruppen neuromuskulära sjukdomar. Symtomen är muskelförtvining och känselbortfall speciellt i fötterna, men även i händerna. Progredierande och ärftlig. Anpassad träning och stretching kan hjälpa mot besvären, eventuellt bromsa och förebygga (Socialstyrelsen, 2019).

Polymyalgia Rheumatica: värk och stelhet i skuldror, axlar, armar, bäcken, lår. Inflammatorisk muskelreumatism. Träning kan förbättra (1177 Vårdguiden, 2019).

Fibromyalgi: Kroniskt smärttillstånd med långvarig smärta eller värk i musklerna på flera ställen i kroppen. Lämplig träning kan förbättra (1177 Vårdguiden, 2019).

Dystrofia myotonica: Neuromuskulär sjukdom, progredierande och ärftlig. Muskelsvaghet och muskelstelhet generellt, märks oftast i ansikte, hals händer och ben/fötter. Kan påverka tal och mimik. Ger ofta dagtrötthet. Kan ge besvär från hjärta (rytmrubbning), ögon (grå starr) och mage-tarm. Kan även ge neuropsykologiska och neuropsykiatriska symtom på minne, initiativförmåga etc. Viktigt att hitta en bra balans mellan aktivitet och vila (Neuroförbundet, 2019).

Polyneuropati: Sjukdom i flera av kroppens nerver. Börjar ofta i benens nerver, ger gradvis försämrad känsel i fötterna med gångsvårigheter som följd. Måttlig motion är bra (1177 Vårdguiden, 2019).

Multipel Skleros, MS: Neurologisk sjukdom som har många olika uttryck. Centrala nervsystemet (hjärna och ryggmärg) drabbas av inflammatorisk aktivitet. Kommer ofta i skov då funktionen återkommer, men kan även vara sekundär progressiv med skov-vist förlopp där viss försämring kvarstår efter varje skov, eller primär progressiv då en gradvis försämring sker hela tiden. Vanliga symtom är spasticitet, nedsatt känsel, känselstörningar, balanssvårigheter, fatigue, synnedsättning, koordinationssvårigheter, talstörning, humörsvängningar, depression, nedsatt kontroll över urinblåsan, kognitiva problem (minne, koncentrationsförmåga, uppmärksamhet). Bra med träning som är individuellt anpassad (Neuroförbundet, 2019).

Stroke: Samlingsnamn för hjärnskador som orsakas av en blodpropp eller blödning i hjärnan som ger upphov till syrebrist och skadad hjärnvävnad. Symtom i form av svaghet (oftast i ena sidan), förlamningar, domningar, ibland även yrsel, talsvårigheter och/eller balanssvårigheter är plötsligt påkommande. Symtomen kvarstår i varierande grad och ger funktionsnedsättningar delvis relaterat till var i hjärnan vävnad har skadats. Generella symtom kan vara kognitiva, såsom nedsatt

koncentrationsförmåga och minne och nedsatt kroppsuppfattning. Vanligt med fatigue. Förbättringar kan ske även lång tid efter insjuknandet. Bra med motion och individanpassad träning (Neuroförbundet, 2019).

Cerebral Pares, CP-skada: En hjärnskada som har uppstått innan två års ålder. En eller flera muskler fungerar inte optimalt och ger svaghet och nedsatt rörelseförmåga. Vanligast är spastisk CP som ger en spänning i vissa muskler som inte går att slappna av viljemässigt, vilket kan ge ett svårkontrollerat rörelsemönster. Rörelse och fysisk aktivitet är bra (1177 Vårdguiden, 2019).

Depression: Psykiatrisk diagnos som innebär långvarig nedstämdhet och ofta trötthet i kombination med ångest utan synbar anledning. Ofta förekommer även störd sömn, minskad aptit, nedsatt koncentrationsförmåga och brist på energi. Tillståndet ska begränsa patienten socialt eller på annat sätt för att diagnosen ska sättas. Graderas som lindrig, måttlig eller svår. Motion kan lindra symtomen (1177 Vårdguiden, 2019).

Post poliosyndrom: Förekommer hos personer som tidigare har haft polio och har kvarstående skador efter den akuta sjukdomen. Utvecklas tidigast 15 år efter akuta sjukdomen. Symtomen är muskelsvaghet, trötta muskler, smärta vid vila och vid ansträngning samt generell trötthet. Kan ge gångsvårigheter och andningssvårigheter, sväljsvårigheter och ryggsmärtor. Fysisk aktivitet och träning behöver individanpassas och ger ofta positiva effekter om balansen mellan aktivitet och vila upprätthålls (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2017).

Aktivitetsbegränsningar

9 har gångsvårigheter och går med viss möda, långsammare än normalt eller är helt rullstolsburna (3 personer).

8 har balanssvårigheter och har därför svårt att vara självständiga i förflyttningar och stående, vilket medför svårigheter att självständigt utföra vardagliga aktiviteter stående. Det kan till exempel handla om påklädning, hygien och toabesök, matlagning/bakning, städning etc.

7 uppger problem med extrem trötthet, fatigue, vilket innebär att de har nedsatt uthållighet i aktiviteter, blir snabbare uttröttade, energilösa, utmattade och behöver vila. Det handlar om trötthet som inte beror på sömnbrist och som leder till många problem i vardagen. Det kan exempelvis yttra sig i svårighet att slutföra påbörjade aktiviteter, osäkerhet om att orka delta i sociala sammanhang, nedsatt koncentrationsförmåga och förmåga till riktad uppmärksamhet.

Målsättningar vid start

8 anger att de har som mål att träna upp sin gångförmåga eller rörlighet och/eller styrka i exempelvis ben och rygg. 7 uppger att de vill förbättra balansen. Lika många tar upp att de önskar uppleva glädje, ökat välbefinnande och att få göra träning som är rolig. 6 skriver att de vill hitta lämplig fysisk aktivitet, kunna motionera och få bättre kondition. 5 tar upp effekter som ökat självförtroende, att må bra psykiskt/mentalt, bli piggare och kunna slappna av. Många har olika mål och flera har mål inom flera olika dimensioner.

Övrigt

9 personer har ingen tidigare ridvana utan ridningen är en ny aktivitet i deras vardag. 2 av deltagarna har tidigare haft egen häst. 8 personer arbetar heltid eller deltid eller börjar arbeta under projekttiden.

Kontrollgrupp

Medlemmar i Neuroforbundet erbjöds via e-post att delta i utvärdering (enkätundersökning). Deltagandet var frivilligt och anonymt. Totalt valdes 245 deltagare ut att ingå i kontrollgrupp "Aktiv" (aktiva en eller flera gånger per vecka; organiserade eller självorganiserade aktiviteter såsom promenad, gymträning på egen hand eller med tränare; simning eller ridning) och 40 deltagare i kontrollgrupp "Passiv" (hade ingen aktivitet under veckan). 147 respondenter ur kontrollgrupp Aktiv (98 missing) samt 29 respondenter ur kontrollgrupp Passiv (11 missing) fullföljde studien, vilket innebar att de har svarat på alla tre tillfällen och därmed inkluderades i analysen.

Tabell 1. Beskrivning av deltagarna i undersökningen delat på interventionsgrupp (n=14) och kontrollgrupp; aktiv (n=147) och passiv (n=29).

	Interventionsg	Kontroll: aktiv	Kontroll: passiv
<i>Antal individer</i>	14	147	29
<i>Kvinnor (män)</i>	12 (2)	110 (37)	24 (5)
<i>Genomsnitt ålder (spridning)</i>	52 (22-71)	55 (27-84)	51 (19-69)
<i>Aktivitet ggr/vecka</i>	1	3,7	0

HÄSTUNDERSTÖDD TERAPI OCH AKTIVITET

Det första ridtillfället för varje deltagare sker alltid individuellt för att ge tillfälle för arbetsterapeut/ sjukgymnast (benämns i fortsättningen "ridterapeut") och deltagare att skapa en lugn och förtroendeingivande kontakt, att bedöma status och ge möjlighet till anpassning av utrustning och till en första matchning mellan ryttare och häst. Både ryttare och häst behöver trivas och fungera väl tillsammans för att nå framgång. Därefter går deltagaren in i ordinarie verksamhet i en mindre grupp.

Vid varje tillfälle i den ordinarie verksamheten kommer deltagarna till sin respektive starttid. De flesta kommer en stund innan och hinner prata med de andra deltagarna som har ridit eller ska rida. Några hjälper till att göra iordning hästarna både före och efter ridningen. Det är inget krav, men kan ingå för de som vill och orkar.

Ridtillfället startar med uppsittning med hjälp av trapp, ramp eller taklyft. Ridlärare och medhjälpare assisterar då och om det behövs, även ridterapeut.



Deltagarna rider i små grupper om 2-4 personer. Varje pass pågår i maximalt 30 minuter, men kan vara så korta som ca 10 minuter och anpassas efter varje deltagares förmåga och dagsform. Medhjälpare finns med som leder hästarna i den utsträckning som ridterapeut och deltagare har kommit överens om.

Inledningsvis får deltagarna fokusera på att hitta balansen, slappna av och följa med i hästens rörelser. Det kan innebära andningsövningar, korta avslappningsövningar och enkla kroppskännedomsövningar.

Därefter följer olika övningar där deltagaren mer aktivt samspelar med hästen som att rida över bommar, rida slalom mellan koner, växla tempo, stanna, svänga och vända. Vid uteritt sker dessa övningar naturligt i skogen, där underlag och omgivande miljö varierar och ger olika typer av utmaningar och upplevelser. Inför avslutning av passet får deltagaren återigen koppla av och lägga märke till den egna kroppen.



UTVÄRDERING

Innan starten av interventionen samt efter 6 respektive 12 månaders uppföljning fick deltagarna fylla i ett antal självskattningsformulär avseende hälsa och funktion.

Kontrollgruppen svarade på motsvarande enkäter i form av webenkäter som skickades ut via Neuroförbundet. Påminnelse gick ut en gång en vecka efter utskick.

UTFALLSMÅTT

Primärt utfallsmått var **upplevelser av vardagsaktiviteter (Oval-pd)**. Oval-pd är ett validerat och reliabilitetstestat instrument som fokuserar på den generella upplevelsen av aktiviteter värde (Eklund et al 2009). Instrumentet består av 18 frågor vilka relateras till tre dimensioner; konkret (synbar produkt), symboliskt (individuellt och indirekt värde) samt självbelönande värde (aktiviteten i sig är belönande). Instrumentet bygger på ValMO – modellen (The Value and Meaning in Occupations), som är en arbetsterapeutisk teoretisk modell som används i forskning. Den tar upp vikten av att ha balans mellan arbete, lek, fritid och egenvård/underhållsaktiviteter. Dessa aktiviteter har ett individuellt värde för personen och hur han/hon upplever aktiviteten. Det är också viktigt att personen upplever en balans mellan de tre dimensionerna konkret-, symboliskt och självbelönande (Persson, 2001).

Sekundärt utfallsmått var två parametrar i) grad av utmattning och ii) självskattad hälsa.

Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) är ett instrument som mäter grad av utmattning relaterat till långvarig stress (Melamed *et al.*, 1992; Shirom & Melamed, 2006). SMBQ har använts i svenska studier och har visat sig ha hög validitet och reliabilitet (Lundgren-Nilsson *et.al.*, 2012).

Testet består av 22 påståenden relaterade till fyra olika dimensioner:

1. Håglöshet
2. Spändhet
3. Känsломässig/fysisk trötthet
4. Mental trötthet

De testade personerna ombeds skatta hur väl deras upplevelse stämmer överens med påståenden i instrumentet med hjälp av en sjugradig skala, där 1= "nästan aldrig" och 7= "nästan alltid". Medelvärde av varje dimension är ett mått av

utbrändhet, där ett högt medelvärde är likvärdigt med ett sämre tillstånd (Lundgren-Nilsson *et al.*, 2012).

SMBQ dimensionen *Håglöshet*, innehåller frågor såsom; "jag känner mig full av energi"; "jag känner mig alert"; "jag känner mig aktiv"; "jag känner mig dåsig". Dimensionen handlar om lust, vilja, iver och motivation.

SMBQ dimensionen *Spändhet* innehåller frågor såsom; "jag är spänd"; "jag känner en stark inre spänning"; "jag känner mig rastlös".

SMBQ dimensionen *Känslomässig/fysisk trötthet*, innehåller frågor såsom "jag känner mig trött"; "jag känner mig fysiskt utmattad"; "jag känner att jag har fått nog"; "mina 'batterier' är uttömda"; "jag känner mig utbränd". Dimensionen innehåller essentiella påståenden som relateras till utmattning.

SMBQ dimensionen *Mental trötthet*, innehåller frågor såsom "jag känner mig trött i huvudet"; "jag har svårt att koncentrera mig"; "det känns svårt att tänka på komplicerade saker" och innehåller därmed också väsentliga utsagor som kan knytas till utmattning.

EQ5D VAS är ett globalt mått på självskattad hälsa. Respondenterna uppmanas att kryssa för en siffra mellan 0 och 100 på en lodrät termometerskala, där 0 = sämsta tänkbara hälsa och 100 = bästa tänkbara hälsa. Normalvärdet för en befolkning ligger på 84.0 enligt Euroqol (EuroQoL 2019). En svensk studie (Uppdrag psykisk hälsa, 2018) visar att normalvärdet för en ung population, 18-24 år, ligger på 84.3.

Statiska analyser

Vi har arbetat med två typer av signifikansberäkning.

Den ena typen av beräkning besvarar frågan om resultaten har uppstått av en slump, och uttrycks med p-värden. En hypotes i beräkningen är att förändringen över tid är noll, och har testats med Wilcoxon signed rank test. Hypotesen att förändringen över tid är lika mellan grupperna (intervention/kontroll) testas med Wilcoxon rank sum test. Nominella (icke- multiplicitetsjusterade) p-värden presenteras. Med ett så pass litet antal i interventionsgruppen måste förändringarna vara mycket stora och påtagliga, med liten spridning i gruppen, för att förändringen ska gå att klassificera som statistiskt säkerställd. Valda nivåer för statistisk säkerhet eller signifikans är vanligen $p < 0,01$; $p < 0,05$ eller $p < 0,10$. Oftast ligger nivån för statistisk säkerhet på $p < 0,05$, vilket innebär att den uppmätta skillnaden uppträder på grund av slump mindre än 5 gånger på 100. Vid storskaliga studier, som inom epidemiologi, väljer man däremot nivån $p < 0,01$ eller lägre, beroende på att man arbetar med mycket stora befolkningstal

och samtidigt inte har någon mer tydlig, direkt kunskap om alla personer som ingår i materialet.

I detta fall har vi god kännedom om alla personer som ingår i studien. Vi har tillika kvalitativa analyser som kan backa upp de kvantitativa metoderna. Informationsmängden för varje deltagare är hög, vilket leder till att vi kan välja den högre signifikansnivån $p < 0,10$ (Pérez, et al 2014). I förekommande fall redovisas även signifikansnivån 0,05.

Den andra typen av beräkning besvarar frågan om effektstorleken är intressant, ett begrepp som brukar uttryckas som klinisk signifikans. Det handlar om huruvida den testade metoden leder till en förändring som ger större verkan än kontrollen. Vi beräknade effektstorleken (Cohen, 1988) baserat på skillnader mellan medelvärden (interventionsgrupp och kontroll) med hjälp av Hedges' g (Hedges, 1981). Hedges' g är en metod som föreslås när interventionsgruppen är 20 eller färre. En effektstorlek $> 0,80$ jämfört med kontroll förklaras som hög; $> 0,50$ förklaras som medelhög och $> 0,20$ som märkbar

INTERVJUER

Fem semistrukturerade intervjuer genomfördes efter att ha tillfrågat sex personer via e-post om deltagande. Urvalet att tillfråga gjordes utifrån att kunna spegla den stora variationen av olika typer av deltagare: av olika kön, med olika diagnoser, som var i arbete respektive inte yrkesverksamma, som har fortsatt att rida efter projektet respektive inte fortsatt.

En tid bestämdes och deltagarna fick själva välja plats för intervjun, hemma hos sig eller på en känd lokal. Två intervjuer gjordes i hemmen och tre i annan lokal. Intervjuerna genomfördes individuellt och var och en tog ungefär en timme. Skriftligt godkännande inhämtades innan intervjun som spelades in och därefter transkriberades. Deltagande i studien är anonym och resultaten presenteras på gruppnivå.

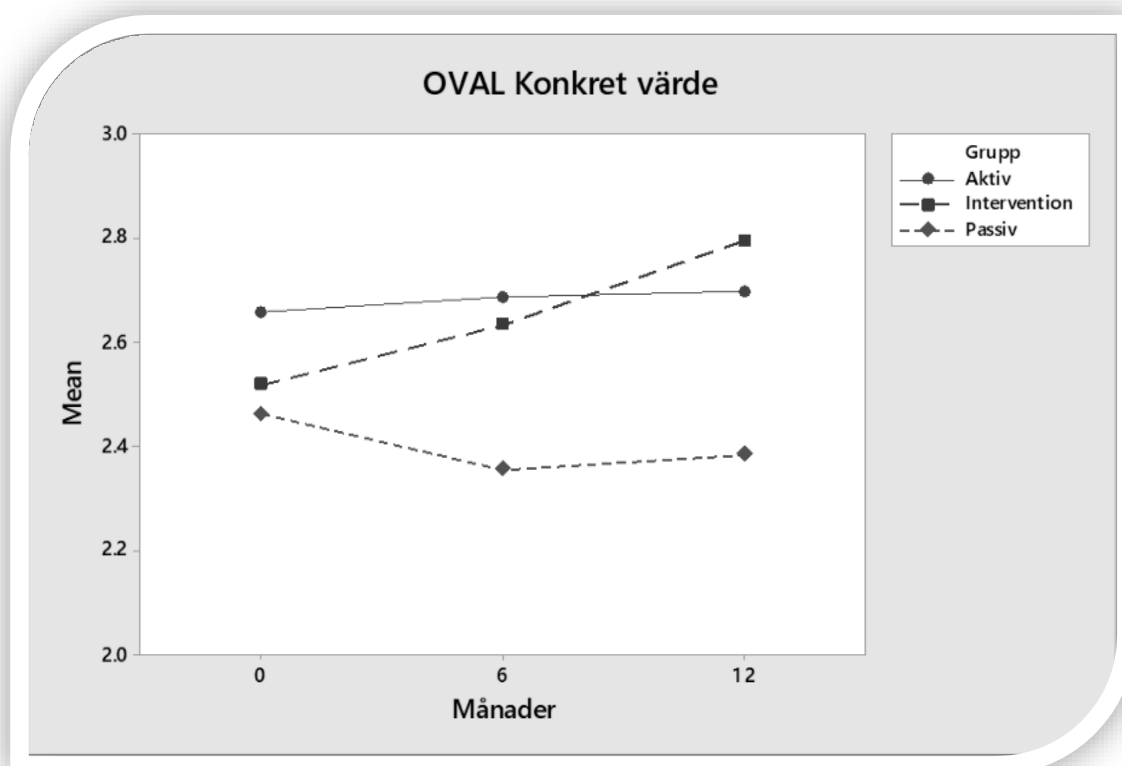
Analyserna av transkriberade texter genomfördes enligt Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, 2009) för att belysa deltagarnas perspektiv på sitt deltagande i interventionen.

RESULTAT

Resultaten presenteras som följer: primärt utfallsmått, sekundära utfallsmått följt av resultaten från intervjustudien.

PRIMÄRT UTFALLSMÅTT

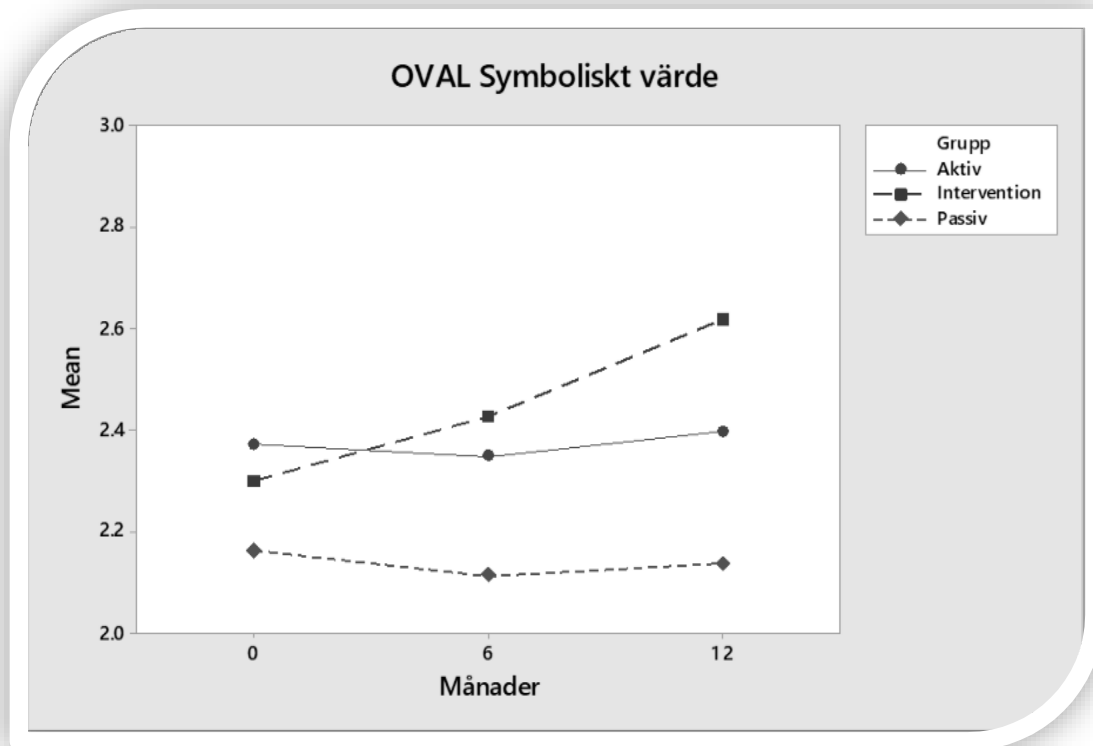
Oval pd presenteras som tre dimensioner 1) *Konkret* (synbar produkt), 2) *Symboliskt* (individuellt och indirekt värde) samt 3) *Självbelönande värde* (aktiviteten i sig är belönande).



Figur 1: det konkreta värdet för interventionsgruppen (röd) ökar över tid medan värden för kontrollgruppen (grön & blå) är i stort sett samma.

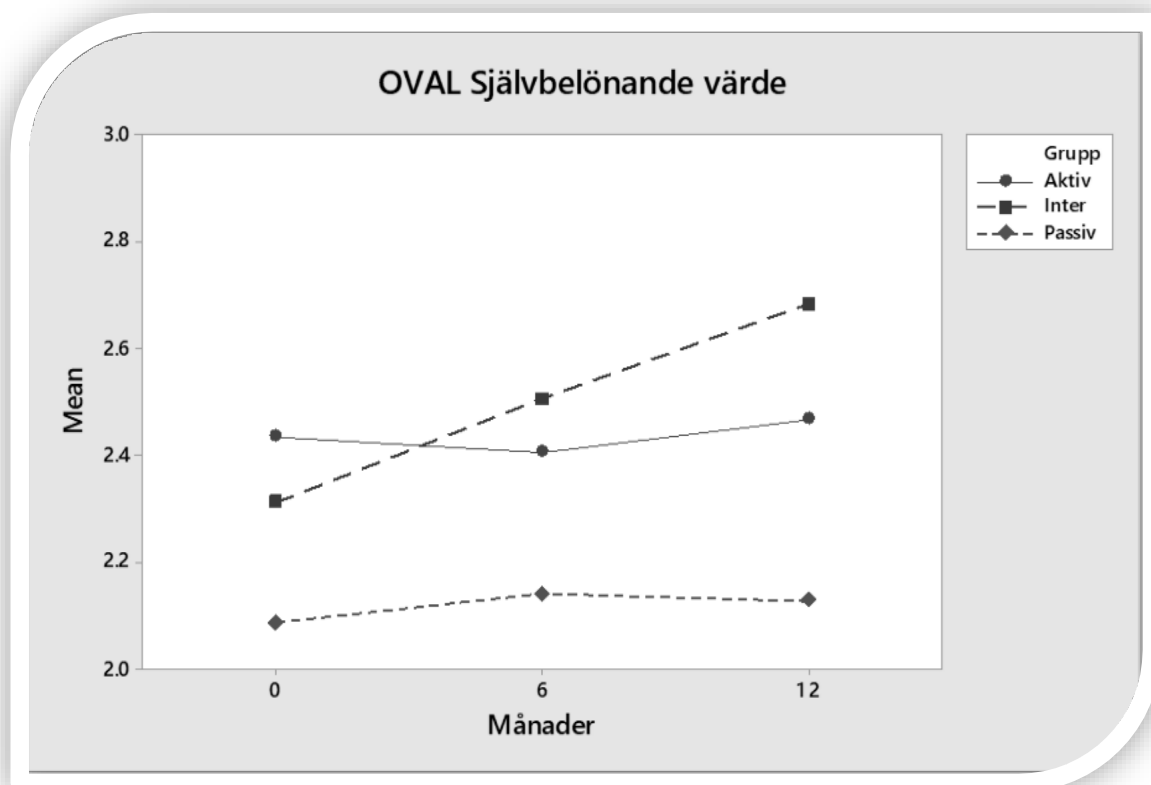
Oval-pd *konkret värde* - värdet för interventionsgruppen (röd) ökade med 0.28 enheter jämfört med baslinje till 12 månaders uppföljning ($p=0.0630$). I jämförelse med den passiva kontrollgruppen är värdet mycket tydligt ($p=0.0310$). Det konkreta värdet betyder att en aktivitet genomförs för att uppnå ett konkret resultat, och studien pekar på att deltagarna i interventionen känner att ett sådant konkret resultat uppnås med denna hästunderstödda intervention, såsom att man utvecklar tidigare färdigheter eller lär sig nya. För kontrollgruppen passiva (grön) sjunker värdet lite grand över tid medan aktiva (blå) blev oförändrad över tid, dvs. varken nya eller tidigare färdigheter verkar

ha utvecklats. Värdena är helt rimliga, dvs man kan förvänta sig att gruppen aktiva ligger högre än passiva. Det intressanta är att interventionsgruppen ökade så kraftigt över tid, och passerade kontrollgrupp Aktiv. Effekten är medelhög efter 12 månader, där Hedges' g är 0.54 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, samt snudd på hög, då Hedges' g är 0.74 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Passiv.



Figur 2: det symboliska värdet ökar över tid för interventionsgruppen (röd) medan värden för kontrollgruppen (grön & blå) är i stort sett samma över tid.

Oval-pd *symboliskt värde* - värdet för interventionsgruppen ökade med 0.32 enheter jämfört med baslinje till 12 månaders uppföljning ($p=0.0896$). Värdena för kontrollgrupperna, aktiv (blå) och passiv (grön), följer i stort sett samma mönster. Det finns en tydlig skillnad mellan Intervention och kontroll, passiv ($p=0.048$ ANOVA). En uppföljande kontroll med Tukey-analys visar på ett något högre värde (p något över 0.05). Eftersom interventionsgruppen är så liten är det svårt att finna mer tydliga värden. Effekten ser dessutom ut att vara kraftig och ihållande över tid. Studien pekar därmed på att interventionen innebär att deltagarna känner att de genomför aktiviteter där de känner ökade symboliska värden. Det kan handla om att man känner sig som en del av ett större socialt och kulturellt sammanhang – att man känner att ens egen symboliska betydelse och självkänsla har ökat. Även avseende denna dimension är effekten medelhög efter 12 månader. Hedges' g är 0.65 när man jämför interventionsgruppen och kontroll Aktiv, och likaledes 0.65 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Passiv.

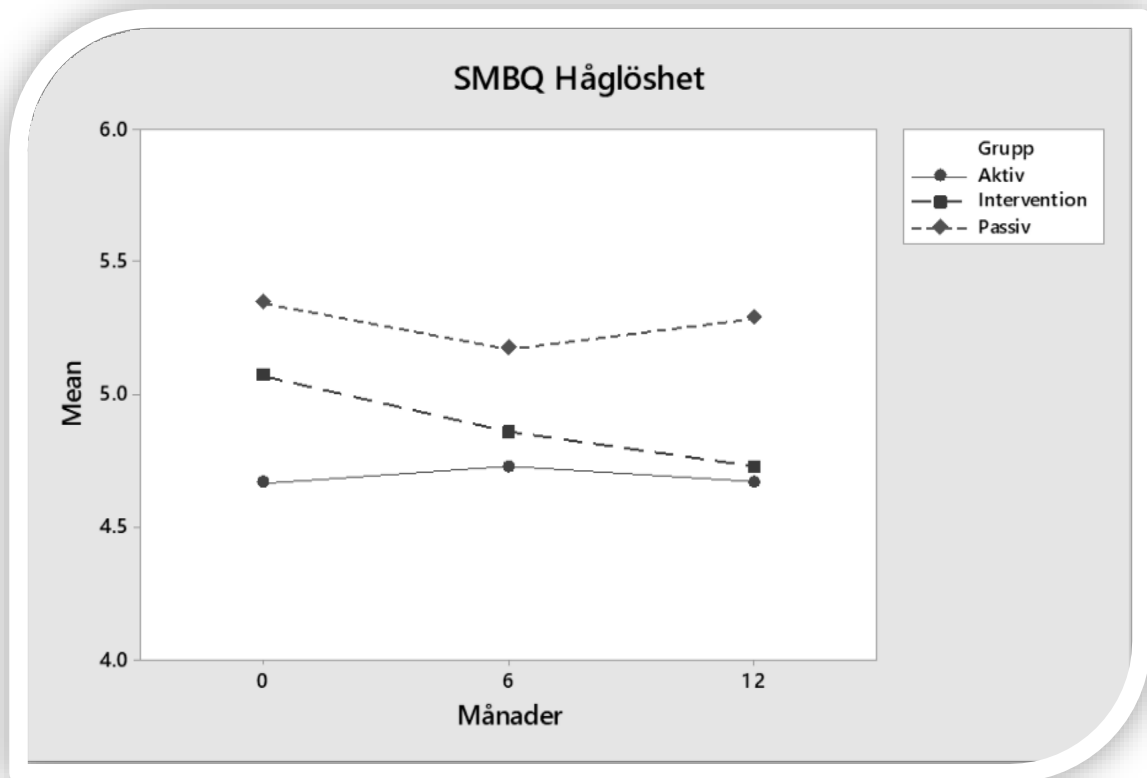


Figur 3: Det *självelöande* värdet hos interventionsgruppen (röd) ökar stegvis över tid medan de hos kontrollgrupperna (grön & blå) är förhållandevis samma över tid.

Oval-pd självelöande värde - Värdet för interventionsgruppen (röd) ökade med 0.37 enheter jämfört med baslinje till 12 månaders uppföljning ($p=0.0688$). Värdet ökar kraftfullt från starten till 12 månaders uppföljning. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan Intervention (röd) och kontrollgruppen aktiv (blå) när det gäller uppföljningarna, vilket förmodligen beror på att interventionsgruppen är så liten. Skillnaden är störst avseende 12-månadersuppföljningen mellan Intervention och kontrollgrupp passiv (grön) (0.37 vs 0.03, $p=0.088$). Resultatet visar att deltagarna i interventionsgruppen (röd) upplever att de utför fler aktiviteter som de upplever som självelöande, dvs att de gör något som de upplever som riktigt roligt och att deras färdigheter matchar aktivitetens utmaning. Värdet hos interventionsgruppen (röd) ökar över tid medan de hos kontrollgrupperna (grön & blå) är förhållandevis samma över tid. Effektstorleken efter 12 månader, mätt med Hedges' g , är medelhög: 0.61 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, samt 0.60 vid jämförelser mellan interventionsgrupp och kontroll Passiv.

SEKUNDÄRA UTFALLSMÅTT

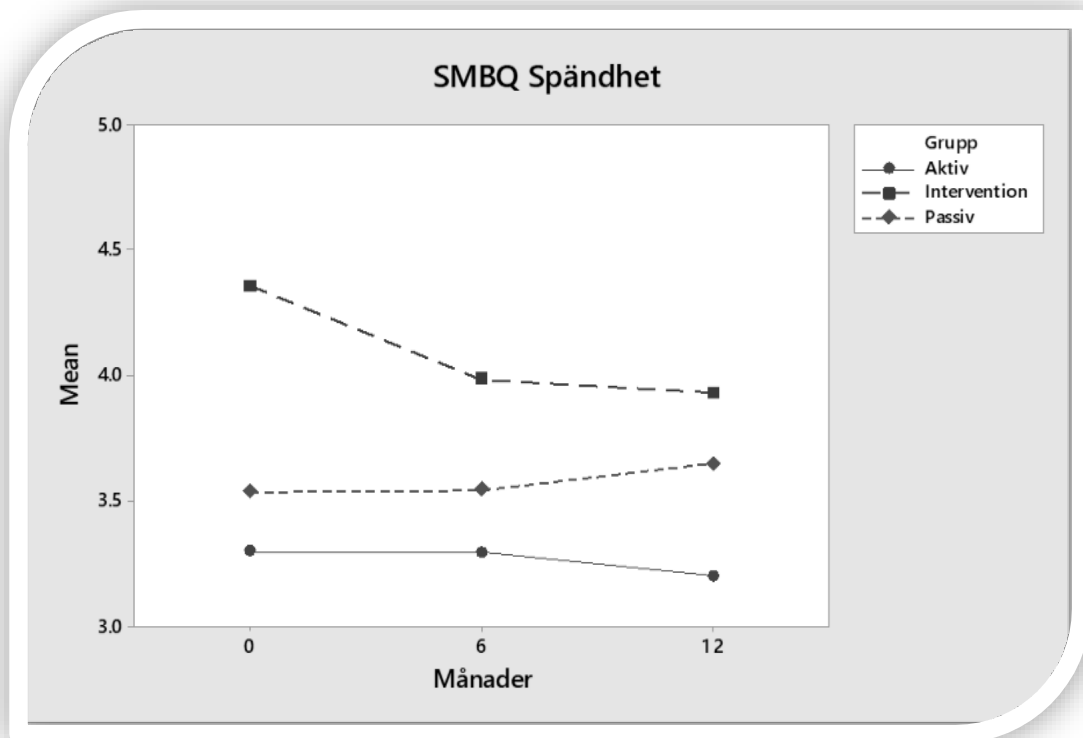
Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) består av 22 påståenden relaterade till följande fyra olika dimensioner 1) *Håglöshet*, 2) *Spändhet*, 3) *Känslomässig/fysisk trötthet* och 4) *Mental trötthet*. Dessa presenteras i tabell där interventionsgrupp (röd) jämförs med kontrollgrupp (blå & grön).



Figur 4: inga statistiska skillnader mellan interventionsgrupp (röd) och kontrollgrupp (grön & blå). Dock minskar håglösheten stadigt över tid för interventionsgruppen (röd).

SMBQ *Håglöshet*; värden förbättras kontinuerligt för interventionsgruppen (röd) jämfört med kontrollgrupperna (grön & blå), dvs håglösheten minskar stadigt, men skillnaderna är inte signifikanta. Dimensionen handlar om lust, vilja, iver och motivation, vilket ligger i linje med det som avhandlas i OVAL-pd, alla dimensioner, men inte minst när det handlar om det självbelönande värdet.

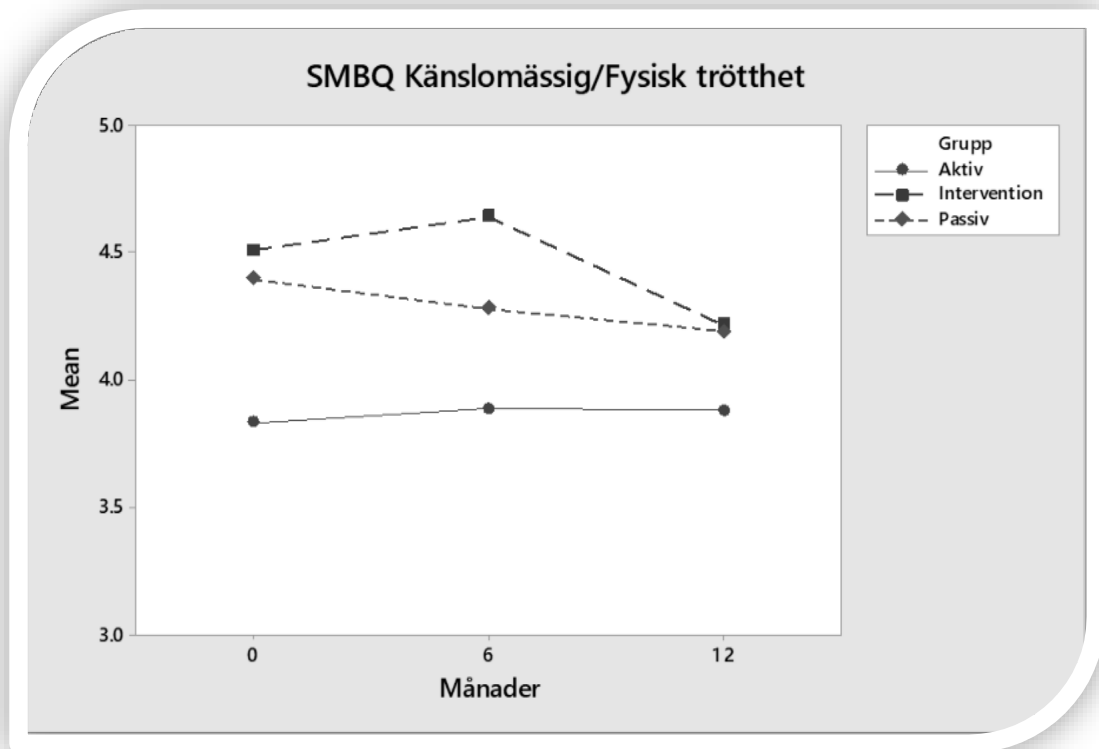
Effektstorleken mätt med Hedges' g efter 12 månader är inte hög men märkbar: 0.22 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, och likaledes 0.22 vid jämförelser mellan interventionsgrupp och kontroll Passiv.



Figur 5: Värden för interventionsgruppen (röd) förbättrades över tid dvs. att deltagarna upplever mindre spändhet vid tolv månadersuppföljning jämfört med baslinje (start).

För SMBQ dimensionen *Spändhet* förbättrades interventionsgruppens (röd) resultat kraftfullt mellan baslinje och uppföljning, speciellt mellan baslinje och sex månadersuppföljning. Frågorna handlar om den upplevda stressen, vilken påverkar såväl mental spändhet som spändhet i muskulaturen. Även om resultatet förbättras kraftigt gentemot kontrollgrupperna – speciellt gentemot kontrollgrupp Passiv (grön), är värdena inte statistiskt säkerställda vid 12 månaders uppföljning.

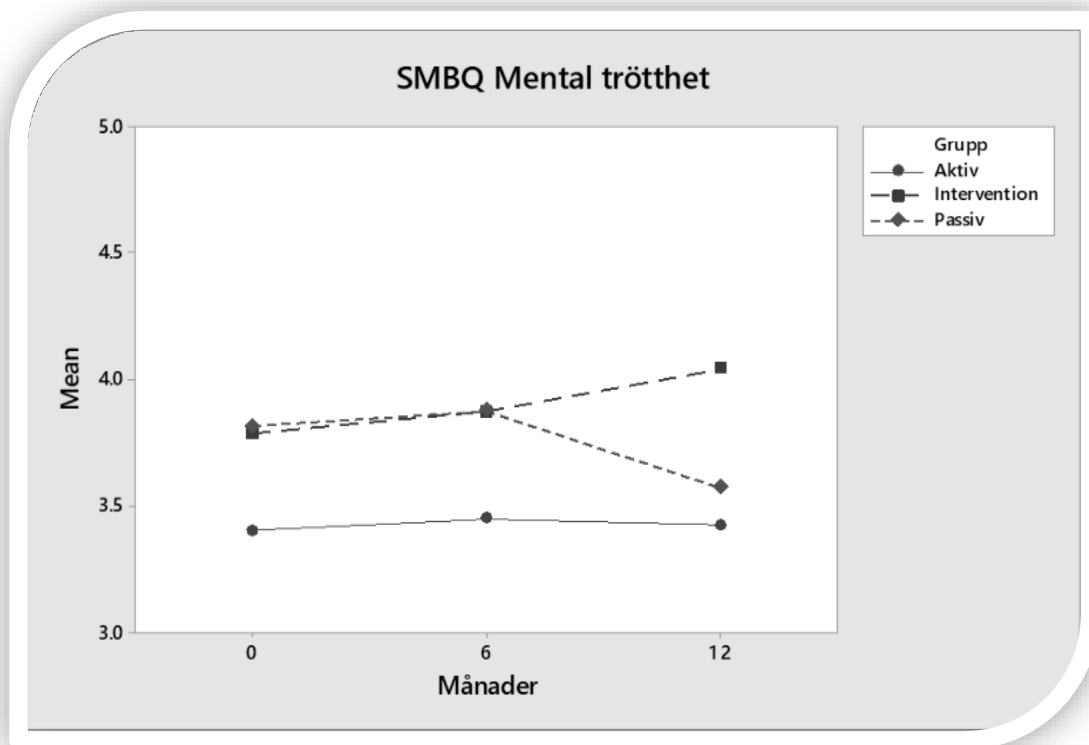
Effektstorleken efter 12 månader, mätt med Hedges' g, är endast 0.18 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, men medelhög, 0.64 vid jämförelser mellan interventionsgrupp och kontroll Passiv.



Figur 6: Inga signifikanta skillnader, över tid, mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp avseende dimensionen *känslomässig/fysisk trötthet*. Dock förbättras värdena för interventionsgruppen mellan sex och tolv månader.

SMBQ dimensionen *Känslomässig/fysisk trötthet*, innehåller flera väsentliga påståenden som relateras till utmattning. För interventionsgruppen (röd) förbättrades nivåerna efter tolv månader. Värdena skiljer sig dock inte signifikant från kontrollgrupperna (grön & blå). Det som utmärker interventionsgruppen är att värdena framförallt förbättrades mellan sex och tolv månader, dvs. samtidigt som spändheten och stressen började släppa.

Effektstorleken efter 12 månader, mätt med Hedges' g , är märkbar: 0.30 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, dock mycket låg, endast 0.07 vid jämförelser mellan interventionsgrupp och kontroll Passiv.

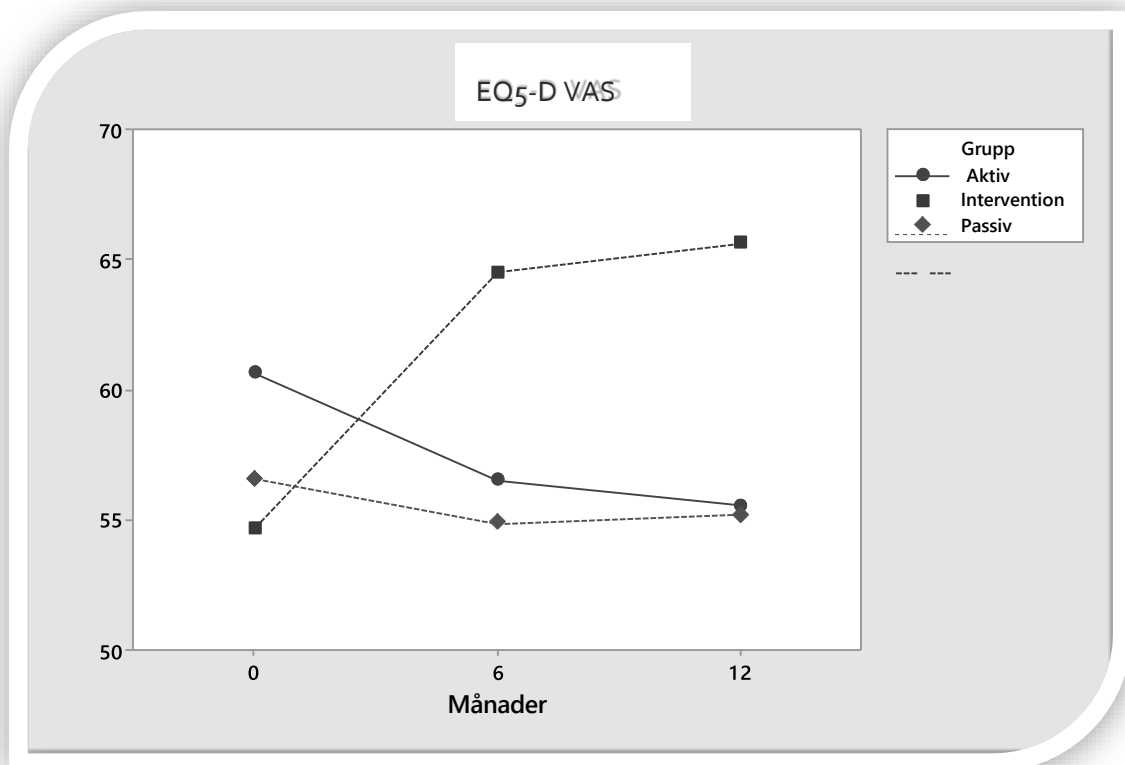


Figur 7: Dimensionen innehåller essentiella påståenden som relateras till utmattning. Samtliga värden ligger under kliniskt gränsen för (4.4) utmattning.

SMBQ dimensionen *Mental trötthet*, förbättrades inte med interventionen (röd), tvärtom, vilket förmodligen handlar om att ridningen innebär införandet av en ny aktivitet som – om man är ovan – ställer stora krav på koncentrationsförmåga och kan leda till att man blir mentalt trött. Ökningen är dock inte stor, och skillnaden gentemot kontrollgrupperna är inte signifikant.

Effektstorleken vid 12 månaders uppföljning, mätt med Hedges' g , är låg, 0.14 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, men märkbar, 0.27 vid jämförelser mellan interventionsgrupp och kontroll Passiv.

Efter 12 månaders uppföljning ligger samtliga dimensioner avseende SMBQ under klinisk gräns (4.4) för utmattning.



Figur 8: EQ5D VAS är ett globalt mått på självskattad hälsa där 0 = sämsta tänkbara hälsa och 100= bästa tänkbara hälsa. Medelvärdet för interventionsgruppen (röd) stiger signifikant och kraftfullt över tid samtidigt som kontrollgrupperna (grön & blå) snarare minskar över tid.

EQ5D VAS - för interventionsgruppen (röd) stiger det globala självskattade värdet kraftfullt och signifikant ($p < 0.05$) från basvärdet (54.0), till sexmånadersuppföljningen (värde 66.0). Interventionsgruppen ligger vid start lägst av grupperna. Förändringen över tid skiljer sig rejält gentemot kontrollgrupperna (grön & blå) och är signifikant ($p = 0.03$), i synnerhet gentemot kontrollgrupp passiv ($p = 0.02$). Dock ligger samtliga värden under normalvärdet 84.0.

Effektstorleken efter tolv månader, mätt med Hedges' g , är 0.59 vid jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, samt 0.46 vid jämförelser mellan interventionsgrupp och kontroll Passiv. Vid uppföljningen efter sex månader var siffrorna högre: 0.71, när det gäller jämförelser mellan interventionsgruppen och kontroll Aktiv, och 0.68 vid jämförelser mellan interventionsgrupp och kontroll Passiv.

SAMMANFATTNING AV KVANTITATIVA UTFALLSMÅTT

Inledningsvis önskar vi framhålla att de kvantitativa mått vi samlat in under studien visar en hög samstämmighet. I samtliga fall uppvisar kontrollgruppen Passiv sämre värden än kontrollgruppen Aktiv. Vardagslivets aktiviteter är hos kontrollgruppen Passiv, mindre konkreta, symboliska och självbelönande och förändras inte över tid. Dessutom upplever deltagarna i kontrollgrupp Passiv mer spändhet, håglöshet och trötthet än deltagarna i kontrollgrupp Aktiv. Inte heller där märktes någon förändring över tid, i någon av grupperna. Den självskattade hälsan var i synnerhet inledningsvis tydligt högre hos deltagarna i kontrollgrupp Aktiv.

Interventionsgruppen hade inför starten klart sämre värden än kontrollgrupp Aktiv inom samtliga områden. När det gäller hur hälsan och vardagsaktiviteterna skattas, förbättras det kraftfullt och signifikant hos deltagarna i interventionsgruppen, så att de passerar kontrollgrupp Aktiv. Sammantaget pekar studien mot att ridning som del i habilitering och rehabilitering av personer med neurologiska diagnoser har en positiv inverkan på välbefinnande och globalt självskattad hälsa. Det primära utfallsmåttet OVAL-pd, visar att deltagarna ökar nivåerna inom samtliga tre områden: Aktiviteter med konkreta, symboliska och självbelönande värden. Vardagslivet fylls av mening och sammanhang: man upplever att man gör något *konkret*, där vardagen får struktur och innehåll. Man gör något som ger självkänsla, har ett *symboliskt* värde; och man gör något man längtar efter för att det är roligt; det har ett *självbelönande* värde. Alla dessa delar ökade kraftfullt för interventionsgruppen, särskilt gentemot den passiva kontrollgruppen. Viktigt att framhålla är att effekten ser ut att vara kraftig och stabil från starten till uppföljningen efter 12 månader. Mätt med Hedges' g är effekterna i de flesta fall högre än 0.60, vilket tyder på god effekt.

Det sekundära utfallsmåttet SMBQ pekar på att deltagarnas energi och lust ökar medan stressen minskar, liksom den känslomässiga, fysiska tröttheten. Däremot ser den mentala tröttheten ut att öka en del. Ingen av förändringarna avseende detta utfallsmått är statistiskt säkerställd gentemot kontrollgrupp, och i de flesta fall är effekten relativt låg, omkring 0.20 mätt med Hedges' g.

Det som är intressant är att trots att interventionsgruppen är liten, finner vi flera statistiskt säkerställda förändringar. Inte minst gäller detta den självskattade hälsan, mätt med det validerade och reliabilitetstestade formuläret EQ5D VAS, där vi ser en kraftfull ökning av global självskattad hälsa, särskilt efter sex månader där effekten ligger uppemot 0.70 mätt med Hedges' g.

INTERVJUER

IPA analysen resulterar i fyra huvudteman som berör aktivitet och delaktighet samt kroppsfunktioner och omgivningsfaktorer. ICF är en klassifikation som möjliggör att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell ur ett holistiskt perspektiv på hälsa (Socialstyrelsen, 2019).

- 1: Att stärka och främja förmågor och välbefinnande (ICF- Kroppsfunktioner)
- 2: Ökad egenmakt (ICF- Aktivitet och delaktighet)
- 3: Jämlikhet och rättvisa genom ökad tillgänglighet (ICF-delaktighet)
- 4: Hästen och omgivande miljö som resurs (ICF-Omgivningsfaktorer)

Tema 1: Att stärka och främja förmågor och välbefinnande (ICF- Kroppsfunktioner)

Detta tema beskriver de svårigheter som sjukdomarna för med sig i vardagen, såsom att ha en dålig balans, gångförmåga, ork och/eller dålig koncentrationsförmåga. Många lider av trötthet på grund av sömnsvårighet och fatigue, är nedstämda och har dåligt självförtroende. Många deltagare har progredierande sjukdomar och blir därför allt sämre.

Temat innehåller många skildringar av hur deltagarna märker att hälsan har förbättrats genom att de har kunnat delta i interventionen. Det handlar om ett brett spektrum av symptom, såsom bättre balansförmåga, styrka, ork, sömnkvalitet och inte minst ett förbättrat självförtroende. De känner sig vara allmänt gladare och mera nöjda både med sin fysiska och psykiska hälsa. Särskilt positivt, menar de som har progredierande sjukdomar, är att de upplever att försämringen av hälsan bromsas upp. De känner sig i stort sett piggare efter träningspassen, som både tar och ger kraft.

Tema 2: Ökad egenmakt (ICF- Aktivitet och delaktighet)

Deltagarna beskriver hur svårt det är för dem att klara vanliga, vardagliga aktiviteter självständigt, såsom att förflytta sig och sköta hushållet. Utöver alla aktiviteter i hemmen som de måste genomföra, upplever de stora svårigheter att hitta lämpliga och meningsfulla aktiviteter utanför hemmet. Det är svårt att kunna vara fysiskt aktiv, då urvalet av möjliga aktiviteter är begränsat på grund av dålig tillgänglighet och anpassning av exempelvis lokaler. De berättar att de därigenom inte får utmaningar i positiv bemärkelse. Överlag leder detta till att de saknar rutiner utanför hemmen, vilket leder till att de lätt kan bli isolerade och ensamma. Mycket skulle kunna vara bättre om deras ekonomi generellt sett inte vore så dålig.

Det inskränker möjligheterna, exempelvis till resor och till privat inköp av exempelvis häst.

Även detta tema tar upp att deltagandet i interventionen har inneburit flera upplevda förbättringar av deltagarnas hälsa och välbefinnande. Det har lett till att de generellt sett orkar betydligt mer i vardagen. Framförallt handlar deras redogörelser om att interventionen påtagligt har stärkt deras uppfattning om vad de faktiskt kan klara av. Deras tilltro till att själv kunna klara av och bemästra situationer har ökat påtagligt. Därigenom har deras egenmakt ökat väsentligt.

Genom ridningen har de hittat en meningsfull aktivitet som är både träning och fritidssysselsättning. De känner sig motiverade att delta, riktigt långtar till ridningen. De beskriver att denna aktivitet, till skillnad från andra de deltagit i, matchar och utmanar deras förmågor och kan anpassas efter just deras behov. Därigenom känner de mindre press och prestationskrav. Istället kan de mer fullt ut njuta av aktiviteten och upplever samtidigt en frihetskänsla. De känner sig utvalda och sedda, friska, modiga och kapabla.

Interventionen medför att de i den situationen har en förändrad roll. De känner sig mer fria från sin sjukdom, går från att definiera sig som patienter till att bli tillryttare. I den situationen kan de känna sig som "vem som helst", en ryttare bland andra ryttarkompisar. De är personer som klarar av att träna och vara aktiva.

En mycket viktig del som interventionen inneburit är att den har lett till att de hamnar i ett socialt sammanhang. De träffar vänner *utanför* sjukvården, där de har kul och kan skratta tillsammans. De kan dela intresse med andra vilket medför en positiv gemenskap.

Tema 3: Jämlikhet och rättvisa genom ökad tillgänglighet (ICF-delaktighet)

Knappt någon i gruppen har ekonomiska förutsättningar att kunna rida som de önskar med de kostnader det medför. De önskar att de kunde rida mer än en gång i veckan, men har inte råd att betala för privat ridning med den hjälp som också behövs.

Deltagarna beskriver de blandade känslor de fått av att kunna delta i interventionen. Det har varit en ynnest att bli utvald som deltagare i projektet, samtidigt som det mal en känsla av orättvisa, då det finns många andra som skulle vilja och behöva. Borde inte vara en kostnadsfråga och borde inte kosta mer än för andra fritidsryttare. Politiker borde förstå att det ligger en stor vinst i att patienter med deras behov och hinder i vardagen kan rida som behandling, och att det sedan skall kunna vara möjligt för patienterna att fortsätta med ridningen som egen träning/friskvård. Det är en betydande vinst för samhället att medborgare kan bibehålla hälsan, trots en sjukdom som fortgår.

Tema 4: Hästen och omgivande miljö som resurs (ICF-Omgivningsfaktorer)

Tillgänglighet: Deltagarna berättar att de har stora behov av att kunna vistas i miljöer som inte är stressande utan ger dem lugn och ro. Platser de kan vistas i utan obehag ska vara fria från störande ljud. Miljöerna måste samtidigt vara tillgängliga. När det gäller denna intervention måste där finnas lyft och ramp.

Personal: Interventionen fungerade bra, mycket beroende på att den utfördes av personal som upplevdes ge en trygg atmosfär. Personalen är känd i trakten för att vara kunnig.

Hästen: Interventionen genomfördes med trygga och lugna hästar. Inledningsvis gavs tid för deltagarna att prova olika hästar, så att de var särskilt utvalda för att passa ihop med ryttaren. Deltagarna berättade att hästarnas roll förändrades under interventionen, från att vara ett träningsredskap till att bli en varelse att samspela med. Det upplevdes vara skönt att umgås med hästen, lugnande. Samspelet innebar en tyst kommunikation. Hästen hjälpte deltagarna med kroppsrörelser när det är svårt att röra sig själv. Den hjälpte även deltagarna med avslappning och uppfattades ge en lyckokänsla.

Stall och Ridhus: Dessa ger lagom mycket intryck. Ibland är där för mycket ljud och prat. Fokus handlar om att träna, vilket är bra. Det finns möjlighet, men inte krav, på att hjälpa till.

Naturen: Alla deltagare föredrar att rida ute. Genom ridningen blir naturen tillgänglig, man kan ta sig till platser som annars skulle vara omöjliga att kunna komma till. Genom ridning ute i naturen blir man bjuden på spänning och överraskningar, det blir en speciell utmaning. Att samtidigt komma nära både hästen och naturen utan ansträngning och tanke på att det är träning. Det upplevs friare än att rida inomhus där ridpasset blir träning medan att rida ute erbjuder mental återhämtning och vila. Att rida ute i naturen förstärker en här- och nu-upplevelse, det blir en typ av mindfulness. Det blir lättare att kunna känna kroppen, och samtidigt samspela med hästen och den omgivande naturen.



DISKUSSION

Diskussionen består av två delar där vi först diskuterar utifrån resultatens betydelse för individernas hälsa samt jämför interventionsgruppens resultat med en kontrollgrupp. Vidare för vi en diskussion om innebörden av tillgång till hästunderstödda aktiviteter som jämställd tillgång för hälsa.

RESULTATET UTIFRÅN INDIVIDENS HÄLSA

Studiens syfte var att undersöka effekterna av hästunderstödda insatser avseende deltagarnas upplevda vardagsaktiviteter, hälsa och livskvalitet. Vidare, att undersöka om effekterna av interventionen skiljer sig från en kontrollgrupp.

Antalet deltagare i interventionsgruppen var 14 personer. De har flera typer av funktionshinder och diagnoser, men gemensamma svårigheter handlar om att få en vardag med ett värdefullt innehåll av aktiviteter. Som primär utfallsvariabel valde vi därför OVAL-pd. Det är konstruerat med speciell avsikt att mäta deltagarnas upplevelser av vardagsaktiviteter. Instrumentet fångar tre olika dimensioner: Konkreta (som handlar om ett synbart resultat), symboliska (som t ex kan handla om att känna sig vara del av en social gemenskap) och självbelönande (som kan handla om nöje, att bli glad över aktiviteten).

I studien hade vi två kontrollgrupper: *Passiv*, som inte har någon aktivitet under veckan, och *Aktiv*, där man har någon typ av aktivitet en eller flera gånger i veckan. I kontrollgrupp *Passiv* ingår 29 personer och i *Aktiv* 147 personer.

Vi kan se av utfallet att gruppen *Aktiv* generellt sett värderar sina vardagsaktiviteter högre än övriga grupper i alla tre dimensioner vid studiens start. Gruppen *Passiv* ligger lägst, och vid baslinjemätningen ligger interventionsgruppen mitt emellan. De aktiva har ett mer varierat innehåll i vardagen, och borde därmed ha rikare upplevelser inom alla tre dimensioner. Gruppen *Passiva* borde ligga lägst, eftersom interventionsgruppen redan vid urvalet får förväntningar som hypotetiskt borde lyfta värdena en del. Förväntningarna kan dock komma på skam, men lyckligtvis ser vi att så inte är fallet. I alla tre dimensioner ökar värdena rejält över tid, så att de ligger högst vid sista uppföljningen, ett år efter studiens start. Resultaten är de förväntade vid studiens start. Vidare ligger resultaten av mätningarna mycket stabilt över tid för kontrollgrupperna. Detta utfall ger en trovärdighet till studien.

Resultaten visar att förändringarna mellan baslinje och uppföljningar i alla tre dimensioner av OVAL-pd ligger inom $p < 0,10$. Den primära utfallsvariabeln OVAL-pd ökar därmed signifikant i alla tre dimensioner.

Ser man på skillnader gentemot kontrollgrupperna finner vi att interventionsgruppen förbättras signifikant gentemot den passiva gruppen i alla tre dimensioner. Värdena förbättras så pass bra, att när det gäller konkreta och symboliska värden ligger nivån på $p < 0,05$. Jämfört med att vara passiv på dagarna är alltså denna intervention mycket kraftfull. Den kliniska signifikansen jämfört med kontrollerna, mätt med Hedges' g , ligger på cirka 0.60 i alla tre dimensioner, vilket tyder på en god effekt.

När det gäller det sekundära utfallsmåttet självskattad global hälsa (EQ5D VAS) finner vi att deltagarna låg lägst av alla tre grupper vid baslinjen. Efter tolv månader ligger de klart högst. Det är en imponerande resa de gjort, som är statistiskt säkerställd även på nivån $p < 0,05$; såväl när det gäller skillnaderna mellan baslinje och uppföljningar som gentemot kontrollgrupper. Den kliniska signifikansen gentemot kontrollgrupperna, mätt med Hedges' g , är särskilt stor efter sex månader då den ligger på omkring 0,70.

Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) är ett instrument som framförallt är avsett att mäta förändringar avseende stressrelaterad mental utmattning. Många deltagare upplever att de är trötta, och kanske känner en stress i att inte riktigt kunna klara av vardagen. Därför valde vi att använda detta instrument, dock som sekundärt utfallsmått.

Vi finner att interventionsgruppen ligger lägst i tre av de fyra dimensionerna. Den aktiva gruppen har, som övriga mått visar, generellt sett bäst värden. I synnerhet är värdena för Spändhet klart sämre för interventionsgruppen än för kontrollgrupperna. Värdet för denna dimension liksom för Håglöshet blir dock bättre under interventionen. Värdet för fysisk trötthet förbättras också, medan den mentala tröttheten inte förbättras. Inget av resultaten avseende SMBQ är statistiskt säkerställt.

Studiens syfte var även att söka få en fördjupad förståelse av vad insatserna kan betyda för deltagarna i vardagen. För att nå detta mål använde vi oss av en triangulering, där vi förutom kvantitativa mått även använde oss av intervjuer. Dessa visade på fyra teman.

Första temat handlar om att deltagarna märker att de får en förbättrad hälsa genom interventionen. Det gäller en lång rad av symptom som förbättras, eller att vissa symptom som i regel försämras på grund av sjukdomens progredierande karaktär bromsas upp: det gäller balans, ork, sömnkvalitet – och att interventionen både tar och ger energi. De kvantitativa måtten som visar samma sak (EQ5D och SMBQ), styrks härmed genom deltagarnas utsagor.

Andra temat handlar om värden i vardagsaktiviteter. Deltagarna finner tydligt ökad motivation, självkänsla, glädje och egenmakt. Detta tema styrker det som den primära utfallsvariabeln OVAL-pd visar, och ger dessutom en berättelse som ytterligare framhåller värdet av interventionen. Egenmakt innebär en process där personens egna resurser mobiliseras för att denne ska kunna känna kontroll över sitt liv, kunna tillgodose sina behov och lösa sina egna problem. Ur ett patientperspektiv kan känslan av egenmakt stärkas genom förtroende för personalen, samt möjlighet till lärande och delaktighet i beslutsfattande gällande val av behandling (Nygårdh et al 2011). Interventionen visar på möjligheten att öka deltagarnas känsla av egenmakt.

Tredje temat tar upp den utsatthet och hjälplöshet som deltagarna upplever. De har inte många resurser, varken ekonomiska, sociala eller fysiska. De märker hur mycket interventionen betyder för dem, men de har inte ekonomiska resurser att kunna betala för att kunna få samma service privat. Genom interventionen är de inte längre utsatta, hjälplösa patienter utan ryttare, bland andra ryttare. De hoppas att politiker ska kunna förstå det oerhörda värdet, även i pengar för samhället, av att de kan stärka och/eller bibehålla sin hälsa genom ridning.

Fjärde temat tar upp förutsättningar och hinder. Deltagarna pekar på vad som behövs, avseende plats, personal, hästar, lokaler och natur där de kan idka ridning. Kraven måste ställas högre än för friska personer för att kunna erhålla förväntade resultat. Deltagarna får tillgång till naturen som de annars inte hade kunna ta sig till på grund av sina begränsningar. Att få komma ut i naturen och njuta beskriver deltagarna som möjlighet för mental återhämtning. Hästen tar sig fram på små skogsstigar medan de själva kan njuta av miljön och fokusera på upplevelsen. I ridhuset däremot blir ridningen mer som ett träningspass som kräver koncentration och fokus på rörelserna.

RESULTATET SOM EN DEL I SAMHÄLLET'S POLICY

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas minst 150 minuter per vecka måttlig intensiv fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2011). Interventionen har gett möjlighet för alla deltagare att kunna arbeta mot sina egna mål, trots mycket varierande grundproblematik. 30 minuter på hästryggen i skritt innebär en fysisk ansträngningsgrad motsvarande en halvtimmes promenad. Flera deltagare har haft mycket stor nedsättning av styrka och rörelseförmåga, men har ändå kunnat rida under flera års tid. Det finns inte så stort utbud av andra aktiviteter som ger samma påverkan både fysiskt, psykiskt och socialt för de personer som har omfattande funktionsnedsättningar.

Den nationella funktionshinderspolicen ökar idag styrningen mot full delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning. Arbetet behöver påskyndas och genomsyra hela samhället. Inte minst kommunerna är nyckelaktörer (SOU, 2019:23). Interventionen med hästunderstödd aktivitet omfattande maximalt 30 minuter per vecka har betydelse när det handlar om att påverka upplevd hälsa och aktivitetsvärde i vardagen. Är det effektivt och meningsfullt att erbjuda? När det offentliga och civilsamhället samverkar kan befintliga resurser med specialriktade stöd och rätt kompetens utnyttjas effektivt, det visar interventionen. Vad betyder det att vuxna personer med en funktionsnedsättning upplever glädje, välmående och upplever att de fungerar bättre i vardagen? Vad betyder det att få en ny roll, att även se sig som ryttare, inkluderad i ett socialt sammanhang där sjukdom och skada kommer i bakgrunden? Vilket värde har känslan av att klara av, att vara modig och att kunna lära sig något nytt trots skada eller sjukdom? Alla dessa parametrar verkar tillsammans för bättre hälsa, ökad livskvalitet, inkludering och delaktighet för personer i en utsatt situation.

Rapporten *Onödig ohälsa* pekar på att det hos personer med funktionsnedsättning är tio gånger vanligare med generellt sämre hälsa, såväl fysiskt som psykiskt än hos den övriga befolkningen och allra sämst är hälsoläget hos personer med ett rörelsehinder (Statens Folkhälsoinstitut, 2008:13; Folkhälsomyndigheten, 2016). Samhällsekonomiskt medför kostnaderna för neurologiska sjukdomar eller skador att stora belopp årligen belastar såväl hälso- och sjukvården inklusive rehabilitering och läkemedel som kommunal omsorg men även i form av produktionsbortfall på grund av nedsatt arbetsförmåga. Det är inte självklart att det alltid är själva funktionshindret i sig som genererar ohälsa utan den skulle kunna minskas med en tredjedel genom att exempelvis förbättra de ekonomiska förutsättningarna för målgruppen, att öka det aktiva deltagandet i samhället, minska diskriminering, förbättra bemötandet och ge förutsättningar för en mer aktiv livsstil (Statens Folkhälsoinstitut, 2008:13; 2008:17).

Kanske kan denna typ av intervention bidra till att minska skillnader i hälsa och kanske även bidra till att stärka effekterna av hälso- och sjukvårdens satsade rehabiliteringsinsatser så att personerna kan bibehålla sina funktioner, i förekommande fall sin arbetsförmåga och fördröja försämring trots i många fall progredierande sjukdom. Under projekttiden bedrevs ett påverkans- och samarbete med Geriatriska rehabiliteringskliniken som efter projektets avslut ledde till ett genomlysningsarbete. Det resulterade i att det nu finns riktlinjer och avtalsförslag som ligger till grund för att hästunderstödd terapi ska kunna bedrivas i alla länsdelar på lika villkor. Dessutom har genomlysningsarbetet och dokumentationen varit till hjälp för andra verksamheter inom hälso- och sjukvården, exempelvis psykiatrin, som varit intresserade av att initiera verksamhet med hästen som resurs.

Tillgänglighet och tillgång till meningsfull aktivitet är viktigt och i projektet visar det sig tydligt att det inbegriper mer än den viktiga fysiska tillgängligheten i form av exempelvis planerad och anpassad miljö, tillgång till lyft och ramp. Utöver detta krävs **kompetensförstärkning** så att personal på ridverksamheterna känner sig trygga i att kunna ge rätt bemötande och skapa en trygg och säker aktivitet som tar tillvara resurser och behov hos både ryttare och häst. I projektet har specialutbildad arbetsterapeut och i vissa fall sjukgymnast planerat och varit ledare vid ridtillfällena. Ridskolans personal har ansvarat för hästarna och för att agera som medhjälpare. Vilken rollfördelning som väljs kan säkert variera, men det är viktigt att den är tydlig. Medverkande hjälppersonal har fått utbildningsinsatser om neurologiska sjukdomar, skador och funktionsnedsättning och varje ridtillfälle har även varit ett tillfälle för praktiskt lärande.

Ytterligare en tillgänglighetsaspekt handlar om **ekonomi och rättvisa**. Personerna i den aktuella målgruppen har ofta en ansträngd ekonomi och om de ska kunna delta i aktiviteten ridning så krävs ofta hjälp både före, efter och under ridningen. Gruppstorleken kan inte vara så stor som annars. Detta medför en ökad kostnad och i projektet har deltagarna blivit kompenserade för denna ökning och endast betalat en avgift som motsvarar vad det skulle ha kostat att rida i 30 minuter utan dessa anpassningar. I projektet har mycket tid lagts på påverkansarbete och möten med tjänstemän och politiker inom kommuner och landsting/regionen. Vissa av de deltagande kommunerna har fortsatt att stödja ridklubbarna ekonomiskt så att de kan erbjuda verksamheten på samma villkor som under projekttiden. Där har verksamheten fortsatt och utvecklats. Vissa kommuner har inte gått in med extra stöd utan hänvisar till att ridklubbarna eller de enskilda personerna själva får vara aktiva och söka fondmedel för aktiviteten. Där har verksamheten avtagit eller omformats till att bedrivas enbart i samverkan med hälso- och sjukvårdens rehabilitering. Möjligheten att vara aktiv och sköta sin egen träning i form av anpassad fritidsridning har försämrats när samhället inte går in och aktivt stödjer aktörerna.

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Funktionshinderspolitiken i Sverige bygger på FN:s konvention om mänskliga rättigheter och på FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, vilken även reglerar habilitering och rehabilitering. Vikten av att som samhällsmedborgare oavsett ålder, kön, förmåga och social tillhörighet ha möjlighet till meningsfull aktivitet beskrivs inom arbetsterapi genom konceptet occupational justice, aktivitetsrättvisa. Rehabiliteringspersonal bör även ta hänsyn till detta perspektiv vid val av behandlingsalternativ för att på lång sikt understödja delaktighet och motverka utanförskap. Vad kan då göras för att främja erbjudandet av denna typ av aktivitet? I de fall där insatsen har fortsatt som anpassad fritidsridning har kommunerna gått in med specialriktat stöd till ridklubbarna för att kunna möta målgruppens behov. Det har i sin tur underlättat för ridklubbarna att ansöka om och få ytterligare stöd från frivilligorganisationer och företag. Denna utvärdering visar att 30 minuters hästunderstödd aktivitet per vecka kan ha positiva hälsoeffekter för deltagaren, så vad skulle hända om fler tillfällen kunde erbjudas?

Utvärderingen visar att hästunderstödda insatser har potential för att vara en hälsofrämjande aktivitet som bidrar till att bibehålla och/eller förbättra individens hälsa avseende funktion, aktivitet och delaktighet.

DELTAGANDE PÅ SEMINARIER OCH KONFERENSER

Utvärderingen samt Projektet Aktiv Rehab har presenterats i både internationella och nationella sammanhang på vetenskapliga konferenser samt seminarier för allmänheten.

Internationellt

1. Internationell konferens 25-29 juni, 2018 i Dublin, *16th International Congress of Equine Facilitated Programmes by The Federation of Horses in Education and Therapy International (HETI)*. Muntlig presentation.
2. Internationell konferens, 11-13 oktober, 2018 i Malmö, *14th International People Plant Symposium (IPPS) Nature-based solutions for health and well-being – aspects of promotion, prevention and intervention*. Muntlig presentation.

Nationellt

3. Högskolan Dalarna, FoU-Marknad, Hälsa och Välfärd, 10 januari, 2018 i Falun. *Poster* (se bilaga).
4. Seminarium för Neuroförbundet, 5 juni, 2018 i Stockholm.
5. Seminarium för Riddeltagarna under projektet, 17 november, 2018 i Falun.

Referenser

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed.; Lawrence Earlbaum Associates: Hillsdale, NJ, USA.

Eklund M, Erlandsson L-K, Persson D, Hagell P. Rasch analysis of an instrument for measuring occupational value: Implications for theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2009;16:118-128.

Euroqol. EQ-5D. (citerat 2019-06-28). Tillgänglig från: <http://www.euroqol.org/>.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016"*. Dnr 00599/2014.

Hedges, L.V. (1981). Distribution theory for Glass' estimator of effect size and related estimators. *J. Educ. Stat.* 6, 107–128.

Lundgren-Nilsson, A., Jónsdóttir, I.H., Pallant, J. & Ahlborg G. Jr. (2012). Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) *BMC Public Health*, vol. 12 (1).

Melamed, S., Kushnir, T. & Shirom, A. (1992) Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral medicine*, 18,53-60.

Neuroförbundet. (2015). *Neurorapporten, Rehabilitering*. Stockholm:

Neuroförbundet. Neuroförbundet. (2018). *Rehab-rapporten 2018-Sverige*. Stockholm:

Neuroförbundet.

Neuroförbundet. (2019). Neurologiska diagnoser och symtom. Hämtat från <https://neuro.se/diagnoser/>

Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., Ahlström, G. (2011). The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 897–904.

Organisationen för hästunderstödda insatser, OHI. (2019). <http://irt-ridterapi.se/>

Pálsdóttir, A.M., Gudmundsson, M., Stengard-Olsson, U., Berget, B., & Pessah Rasmussen, H. (2018). *Equine-assisted therapy for people with neurological disease or injury*. LTV-Faculty's factsheet [LTV-fakultetens faktablad] number 13; Facts from Dept. of Work science, business economics and environmental psychology.

Pérez, María-Eglée and Pericchi, Luis Raúl (2014). Changing Statistical Significance with the Amount of Information: The Adaptive α Significance Level

Persson, D. (2001). *Aspects of meaning in everyday occupations and its relationships to health-related factors*. Dissertation, Faculty of Medicine, Dept. of Clinical neuroscience, Division of Occupational therapy, Lund University. <http://lup.lub.lu.se/record/42094>

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176-200.

Smith, J.A. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and Research*. SAGE Publication LTD.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. hämtat från <https://www.swenurse.se/>

Socialstyrelsen. (2016). *ICF ICF-CY utbildningsmaterial- Del 1. 2016-2-18-Del 1*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2016-2-18-del-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). Kunskapsdatabas ovanliga diagnoser. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/ovanliga-diagnoser/>

Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *Onödig ohälsa*. 2008:13. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *Hälsa på lika villkor*. 2008:17. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

SOU - Statens Offentliga Utredningar. (2019). *Styrkraft i funktionshinderspolitiken*. 2019:23. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/05/sou-201923/>

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). (2017). Kapitel 38. Resttillstånd efter polio. *FYSS 2017 (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2017)*. Hämtad från <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/02/38.-Resttillstand-efter-polio.pdf>

1177 Vårdguiden. (2019). Hämtat från <https://www.1177.se/>

Hästunderstödda insatser som stöd för funktioner och aktiviteter i vardagen en prospektiv longitudinell studie

*Anna María Pálsdóttir¹, Marie Gudmundsson², Mikael Åström³, Patrik Grahn¹

¹Institutionen för arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi, Sveriges Lantbruksuniversitet, Alnarp; ²Landstinget Dalarna; ³DataAnalys och RegisterCentrum, Region Skåne

*Korresponderande författare – anna_maria.palsdottir@slu.se och marie.gudmundsson@ltdalarna.se

Mål: Att undersöka effekterna av hästunderstödda insatser i förhållande till deltagarnas upplevda hälsa och livskvalitet

Neurologisk sjukdom eller skada leder ofta till funktionsnedsättning, problem i vardagens aktiviteter, nedsatt livskvalitet och sämre hälsa än övrig befolkning. I dagsläget finns det evidensbaserad kunskap om inverkan av hästunderstödda insatser för målgruppen på ICF-nivån kroppsfunktion men det finns inte mycket beskrivet kring effekterna på aktivitets- och delaktighetsnivån.



En prospektiv longitudinell studie med blandad metod innehållande validerade självskattningsformulär kring hälsa och vardagsfunktion användes. Studiepopulationen bestod av 15 personer med neurologisk sjukdom eller skada och/eller annan fysisk eller psykisk funktionsnedsättning. Inklusionskriterier; vuxna med neurologisk funktionsnedsättning; kunna sitta på hästen med maximalt två hjälpare på var sida och klara viktgränsen för den aktuella hästen; vara medlem i Neuroförbundet. De deltog i en målinriktad hästunderstödd aktivitet en gång i veckan under ett år per deltagare. Interventionen grundades i arbetsterapi och miljöpsykologisk teori men var en aktivitet direkt utanför hälso- och sjukvården. En kontrollgrupp bestod av 284 personer med olika neurologisk sjukdom eller skada. Allt deltagande var frivilligt och redovisas anonymt på grupp nivå.

Studien drevs från hösten 2013 till slutet av 2015. Data samlades in innan start; vid 6 månader respektive 12 månader efter start. Analysarbete pågår nu och resultaten kommer att presenteras under våren 2018.

Studien var ett samarbete mellan lokalföreningen Neuroförbundet Falun och norra Dalarna; experter på hästunderstödd rehabilitering; experter på naturunderstödd rehabilitering och experter på epidemiologiska studier. Neurofonden och Postkodlotteriet bekostade studien.