

Rapport till Partnerskap Alnarp avseende projekt ”Förstudie om grön rehabilitering på landsbygden”

Patrik Grahn, Anna María Pálsdóttir, Kerstin Nilsson
Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi
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 behandlingen, och sedan dess har vi integrerat kunskap och forskning 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 Antonovsky om vad det är som gör att människor blir och förblir friska – salutogenes, det som skapar hälsa. Begreppet KASAM omfattar tre delar. En grundläggande upplevelse av att det som sker i och utanför individen är förutsägbara, begripliga och strukturerade (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). Detta underlättas genom Alnarpsmetoden genom tre stödjande funktioner, supportive environments: den fysiska miljön, den sociala miljön och den kulturella miljön. 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 (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, 2005; 2009; Grahn et al 2009; 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 ångesttillstånd: personer med uttalad stressrelaterad psykisk problematik: ICD F43 diagnoserna, såsom utmattningssyndrom F43.8A, depression - mild ICD F32.0 eller måttlig ICD F32.1 samt ångestsyndrom (ICD F41 diagnoser). Deltagarna i Alnarps rehabiliteringsträdgård har oftast rekryterats efter längre tids sjukdom, längre tid än ett år, varefter vi erbjudit stöd och rehabilitering 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 sökt skapa en lättare form av rehabilitering än den som bedrivs i Alnarps rehabiliteringsträdgård, där man tar hand om de svåra

fallen. En pilotstudie startade i södra 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. Ansökt projekt – en förstudie om grön rehabilitering på landsbygden.

I den nya 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 omfattningen av studierna utökas så man 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 är 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 metoden. 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 modell är tanken att vårdpersonalen ska finnas på vårdenheter medan experterna på aktiviteter i trädgård och natur (lantbrukare, företagare inom skogsbruk, trädgård mm) ska finnas ute på landsbygdsföretagen. Tanken är dock att deltagarna till rehabiliteringen på landsbygden inte ska vara så sjuka som dem 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 är bevisad och att det därmed är osannolikt att framtida forskning kommer att märkbart 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 den enkelblindade studien vet inte forskaren vilket preparat patienten fått.

Därmed inte sagt att det är 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, Hörö)

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

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 ”Projektplan”) samt 1000 personer som fick sedvanlig rehabilitering enligt Rehabgarantin (Treatment as Usual, TAU-se bilaga ”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.

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, OSA, 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.

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. 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 Regionalkoordinatorn 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 återhämtande-miljö 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. Ansökan

Ovanstående resultat ledde till att flera ansökningar skickades in: till Stiftelsen Lantbruksforskning SLF (beviljat), till Europeiska socialfonden (beviljat) och till AFA Försäkring (avslag). Medfinansiering till ESF beviljades framförallt från Region Skåne. Projektet är nu i analysfas.

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*. Byggeforskningsrådet 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 & Stigsdotter, U. 2003. Landscape Planning and Stress. *Urban Forestry & Urban Greening* 2: 1-18
- Grahn, P., Tenngart 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.
- Projekt: Movium Partnerskap 48/09

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

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 Hallgärde, 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 Häggglund, 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

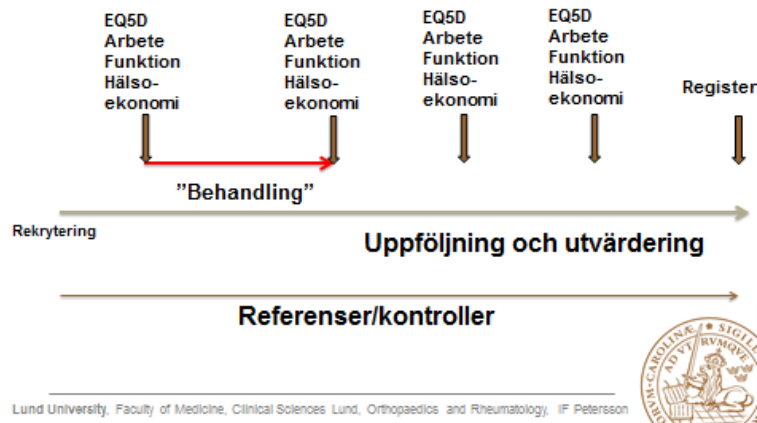
Urvalet avser deltagare och icke-deltagare i NUR respektive KUR respektive rehabiliteringsgarantin (NRGS) under 2012 och 2013. Uppföljningsperioden sträcker sig till och med 2014. Under 2012 och 2013 kommer rehabiliteringsgarantiåtgärder för patienter med smärta att ske på två nivåer (MMS 1 respektive 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 brevledes 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>

