



Sveriges lantbruksuniversitet
Swedish University of Agricultural Sciences

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds-
och växtproduktionsvetenskap

Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd

– Vårdpersonalens erfarenheter och upplevelser

Maria Losell



Examensarbete • 30 hp

Outdoor Environments for Health and Well-being Master Programme

Alnarp 2020

Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd

-Vårdpersonalens erfarenheter och upplevelser

Nature-based rehabilitation on the countryside

-Experiences and perceptions of the nursing staff

Maria Losell

Handledare: Anna Maria Pálsdóttir, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

Biträdande handledare: Kjerstin Stigmar, LU, Institutionen för hälsovetenskaper

Examinator: Elisabeth von Essen, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

Biträdande examinator: Anna Litsmark, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

Omfattning: 30

Nivå och fördjupning: A2E

Kurstitel: Master Project in Landscape Architecture

Kurskod: EX0858

Program: Outdoor Environments for Health and Well-being Master Programme

Utgivningsort: Alnarp

Utgivningsår: 2020

Omslagsbild: Maria Losell

Elektronisk publicering: <http://stud.epsilon.slu.se>

Nyckelord: Naturbaserad rehabilitering, Naturunderstödd, NUR, Region Skåne, vårdpersonal, motivation, implementering, NURkoordinator, NURgård, ohälsa, intervention

SLU, Sveriges lantbruksuniversitet

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap

Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

Abstract

The aim of the study was to describe the experiences and perceptions of the nursing staff regarding work with Nature-based rehabilitation in the countryside (NUR) in Region Skåne. 14 semi-structured interviews were conducted with nursing staff on units linked to NUR. The data were processed by a thematic analysis. Five themes were identified: *Understanding the regulations for NUR*, *Need for increased individual adaptation*, *Lack of information and knowledge*, *Time consuming in an already stressful situation* and *Valuable step in rehabilitation*. Four out of five themes showed different kinds of obstacles for the patient in order to interact with nature through NUR. This could largely be attributed to inadequate motivation and lack of sustainable implementation. The nursing staff experienced a lack of information and knowledge working with NUR. An engaged operations manager who had knowledge of the intervention could encourage the staff to use NUR as a complement to rehabilitation of the patient group. A supportive organization where a visible contact person could arrange physical meetings, update nursing staff about current research had facilitated work in the care units. It turned out that there was an uncertainty about how and for whom NUR was intended. Is the intervention made for patients in primary care, psychiatric care, or both? There is an opportunity here, to clear target groups so that NUR could be used where it makes the most benefit. Increased communication, where Region Skåne, clearly showed what they wanted with the intervention could help the health care units to prioritize the intervention so more patients could have access to the intervention in future. In addition, it can be mentioned that NUR was considered valuable to the patient through the possibility of recovery and to progress in their rehabilitation. It also emerged that the intervention was considered valuable to the staff, who through NUR gained and increased understanding of patients' capacity.

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter och upplevelser med att arbeta med naturunderstödd rehabilitering på landsbygd (NUR) i Region Skåne. 14 semistrukturerade intervjuer gjordes med vårdpersonal på enheter kopplade till interventionen. Materialet bearbetades med tematisk analys. Fem tema urskildes: *Förstå regelverket kring NUR*, *Behov av ökad individanpassning*, *Brister i information och kunskap*, *Tidskrävande i en redan pressad situation* och *Värdefullt steg i rehabiliteringen*. Fyra av fem teman pekar på olika former av hinder för vårdpersonalen att arbeta med NUR. Detta kunde till stor del härledas till bristfällig motivation och genomförande av en hållbar implementering. Vårdpersonalen upplevde brist på information och kunskap i arbetet med NUR. En engagerad verksamhetschef som hade kunskap om interventionen och kunde uppmuntra vårdpersonalen till att använda NUR som ett komplement i rehabiliteringen av patientgruppen efterfrågades. En stödjande organisation där en synlig kontaktperson kunde arrangera fysiska möten, uppdatera vårdpersonalen om aktuell forskning hade underlättat arbetet på vårdenheter. Det framkom att det fanns en osäkerhet om hur och för vem NUR var tänkt. Riktas sig interventionen till patienter i primärvård, psykiatrisk vård, eller både och? Här finns möjlighet till att förtydliga målgrupper så att NUR används i de fall interventionen gör mest nytta. En ökad kommunikation, där Region Skåne centralt, tydligt visade vad de ville med interventionen skulle kunna bidra till att vårdenheter prioriterade interventionen och att fler patienter fick tillgång till interventionen i framtiden. Som tillägg kan nämnas att NUR ansågs värdefullt för patienten genom möjlighet till återhämtning och för att komma vidare i sin rehabilitering. Det framkom även att interventionen ansågs värdefull för vårdpersonalen, som genom NUR fick en ökad förståelse för patienternas kapacitet.

Innehållsförteckning

ABSTRACT	3
SAMMANFATTNING	4
FÖRORD	6
BAKGRUND	8
NATURUNDERSTÖDD REHABILITERING PÅ LANDSBYGD (NUR)	8
<i>Vad är NUR</i>	8
<i>Var bedrivs NUR</i>	8
<i>Till vem riktar sig NUR</i>	9
<i>Implementering av NUR i vården</i>	9
<i>Hur jobbar man med NUR på vårdenheten</i>	10
MILJÖPSYKOLOGISKA TEORIER	10
FORSKNING OM NATURBASERAD REHABILITERING	12
SYFTE	15
METOD	15
DELTAGARE	15
DATAINSAMLING	16
ANALYSMETOD	16
ETISKA ÖVERVÅGANDEN	18
RESULTAT	20
FÖRSTÅ REGELVERKET KRING NUR	20
BEHOV AV ÖKAD INDIVIDANPASSNING	22
BRISTER I INFORMATION OCH KUNSKAP	24
TIDSKRÄVANDE I EN REDAN PRESSAD SITUATION	26
VÄRDEFULLT STEG I REHABILITERINGEN	27
DISKUSSION	29
RESULTATDISKUSSION	29
<i>Motivation</i>	29
<i>Implementering</i>	30
<i>Värdefullt steg</i>	31
METODDISKUSSION	33
SLUTSATS OCH FRAMTIDA MÖJLIGHETER	35
REFERENSER	37
BILAGOR	41
BILAGA 1	41
BILAGA 2	42

Förord

Naturen har för mig alltid varit den största inspirationskällan och en plats för återhämtning och energipåfyllnad. Tiden på SLU i Alnarp har gett mig möjlighet att fördjupa mig i ämnet om hur naturen påverkar oss. Jag har under åren känt en viss frustration då min upplevelse är att mycket av denna kunskap och forskning har svårt att hitta ut utanför akademien. Jag tycker det är hög tid att vi på allvar skalar upp forskningsresultaten inom akademien så att de kan komma hela samhället och oss människor mer till praktisk nytta. Min förhoppning är att denna uppsats ska vara ett litet steg på den vägen.

Jag började på mastersprogrammet Outdoor Environment for Health and Well-being, hösten 2018. Under programmet gång fick jag höra talas om Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd (NUR) för personer som lider av psykisk ohälsa. NUR bedrivs på landsbygden runt om i Region Skåne och patienterna remitteras från olika vårdenheter. Jag tyckte det var fantastiskt att forskning och kunskap kom till användning på ett så praktiskt och direkt sätt i sjukvården. När det blev dags för masteruppsats så kontaktade jag därför Region Skåne. Under möte med dem fick jag indikationer på att interventionen nyttjades olika mycket på olika vårdenheter. Jag blev väldigt nyfiken på varför så var fallet och bestämde mig för att undersöka det närmare. Jag var intresserad av att fördjupa mig i förutsättningarna för interaktionen mellan patient och NUR miljö. Vårdpersonal på vårdenheter kopplade till NUR är en länk mellan patienten och NUR, och för att tydliggöra patientens möjligheter och steg in till interventionen har jag valt att intervjua vårdpersonal på enheter kopplade till NUR. Jag hoppas kunna väcka nyfikenhet på Naturbaserad rehabilitering och på ett positivt sätt bidra till utvecklingen av rehabilitering med Naturunderstödd rehabilitering i Region Skåne.

Tack!

Jag vill rikta ett stort tack till alla deltagare i denna studie. Ni delade frikostigt med er av era erfarenheter och utan er hade studien inte varit möjlig.

Stort tack till Anja Nyberg och Johanna Persson på Region Skåne som tillät mig göra studien och som under arbetets gång varit behjälpliga med bakgrundsinformation om NUR.

Särskilt stort tack vill jag rikta till mina handledare Anna Maria Pálsdóttir och Kjerstin Stigmar. Er kunskap och erfarenhet om hur man omvandlar en idé till en akademisk uppsats har varit ovärderlig. Ni har på ett ypperligt sätt balanserat mellan uppmuntrande glada tillrop och förmaningar med inslag av Nej! Ni är fantastiska och det har varit både roligt och lärorikt att arbeta ihop med er.

Slutligen tack till min underbara familj - Jonas, Storm, Vera, Clara & Cosmo som stöttat i alla väder. Puss på er!

Bakgrund

Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd (NUR)

Vad är NUR

NUR är en intervention i Region Skåne med syfte att förbättra hälsan och underlätta rehabiliteringen för den som är sjukskriven att kunna återgå till arbete eller studier. Interventionen innebär att deltagarna under åtta veckor träffas på en NUR gård 4 timmar, tre dagar i veckan. Längden på NUR behandlingen är alltid densamma och sker i slutna grupper. Dagarna är uppbyggda enligt en viss struktur med morgonsamling där dagens aktiviteter går igenom. Aktiviteterna varierar från gård till gård men kan till exempel bestå av plantering av växter, vattna, klippa buskar, utfodra djur och andra dagliga arbetsuppgifter på en lantgård (Pálsdóttir et al 2015). Deltagarna avgör själva om och i så fall hur mycket de vill delta i aktiviteterna som erbjuds, socialisera med övriga deltagare eller bara sitta för sig själva. Under dagen ges alltid möjlighet för egen tid och återhämtning. Dagen avslutas med samling för reflektion över dagen, i grupp eller individuellt (ibid.). Gruppen på gården får bestå av max sju deltagare. Efter fyra veckor ordnas ett mittmöte. Då träffas personal från vårdenheten, patienten, personal från NUR gården, Försäkringskassan samt representanter från arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen. Syftet med mötet är att planera för nästa steg i rehabiliteringen efter fullgjord NUR. De åtta veckorna avslutas med ett slutmöte. I arbetet med interventionen erbjuds vårdpersonalen dialogmöten, vilka arrangeras av Region Skåne två gånger per år.

Var bedrivs NUR

NUR i Region Skåne bedrivs på godkända NUR gårdar på landsbygden i Skåne. Det finns i dagsläget åtta NURgårdar i Skåne som är godkända för att bedriva NUR. För att bli godkänd krävs att interventionen baseras på interaktionen med naturmiljön och att det finns möjlighet att vistas inomhus till exempel i ett växthus (1177 Vårdguiden 2019). Skåne är indelat i fem geografiska områden; Sydöstra, Sydvästra, Mellersta, Nordvästra och Nordöstra Skåne. Utifrån dessa områden väljer patienten själv vilken gård hon vill remitteras till. Samtliga är belägna i natursköna områden och några av dem har djur.

Till vem riktar sig NUR

NUR i Region Skåne är en kompletterande insats som är tänkt som stöd för pågående rehabilitering av personer med följande diagnoser: F32.0 Lindrig depressiv episod, F32.1 Medelsvår depressiv episod, F41 Panik och ångestsyndrom, F43.8a Utmattningsyndrom (1177 Vårdguiden 2019). För att få lov att delta i interventionen krävs att deltagaren har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI), är sjukskriven eller har en förebyggande sjukskrivning. Den dominerande orsaken till sjukfrånvaro i Sverige är psykisk ohälsa (Försäkringskassan 2016). Sjukskrivningar för depression, ångest och stressyndrom utgör idag en stor samhällsekonomisk kostnad både för individen, hälso- och sjukvården, men även för staten i form av förlorade skatteintäkter (Sanandaji 2017). Att hitta vägar ut ur psykisk ohälsa och sjukskrivningar är därför viktigt inte bara för individen som är drabbad, utan även för hela vårt samhälle. Region Skåne arbetar med NUR för att vidga möjligheterna till rehabilitering för patientgruppen.

Implementering av NUR i vården

NUR är en förhållandevis ny intervention i Region Skåne. En stor struktur som Region Skåne skapar möjligheter, med kan vid förändring eller implementering av ny behandlingsmetod även utgöra ett hinder (Svensson 2018). En implementering sker mellan beslut och resultat (Vedung 2016) och därför är det viktigt att försöka få en uppfattning om vad aktörer som befinner sig här, det vill säga personal på vårdenheten, har för uppfattningar och upplevelser av att arbeta med NUR.

Vad som motiverar en människas beslut och val i olika situationer kan förklaras genom Self-Determination Theory (Ryan 2000). Teorin menar att vår inre motivation i vårt arbete styrs av faktorerna; egen kompetens, stödjande organisation och effektivt ledarskap. Det underlättar om dessa faktorer är på plats då det handlar om att motivera vårdpersonalen till att förändra sitt beteende, till exempel för att välja NUR för patientgruppen. För en hållbar förändring behöver även målet vara tydligt och det behöver finnas en kontinuerlig uppföljning och utvärdering (Cheung et al 2010).

Det är vid implementering av en ny behandlingsform viktigt att den sker med en lyhörddhet så att de som implementerar får med sig alla spelare. En implementering underlättas om det finns en chef som kan motivera till arbetsglädje och prestationsvilja (Björklund 2001). En

långsiktigt hållbar implementering av ett nytt beteende eller intervention kan enligt Dean Fixen (2009) ske i följande fyra steg: behovsinventering, införande, användning och vidmakthållande. För att förbättra förutsättningarna för NUR vill jag försöka öka förståelsen för hur implementeringen och förändringsarbetet angående NUR är gjord.

Hur jobbar man med NUR på vårdenheten

För att en läkare ska kunna remittera en patient till NUR behöver det finnas en NUR koordinator på vårdenheten. Denna NUR koordinator skall ha genomgått utbildning för interventionen. NUR koordinatorns uppdrag är att koordinera allt som rör interventionen för patienten. NUR koordinatorn ansvarar för registrering och uppföljning samt alla kontakter med rehabiliteringskoordinatorn (REKO) på vårdenheten, remitterande läkare, Försäkringskassan, NUR gårdarna, Arbetsförmedlingen och eventuell arbetsgivare. Vårdenheterna i Region Skåne bestämmer själva om de ska ha en NUR koordinator eller inte, för att kunna remittera till en NUR gård (Vårdgivare Skåne 2019). Remitterande läkare är medicinskt ansvarig för patienter som vistas på NUR gårdarna.

NUR ses som en kompletterande åtgärd i patientens rehabiliteringsprocess. Denna processen koordineras av en rehabiliteringskoordinator (REKO). Idag är det ett krav att vårdenheter i Region Skåne skall ha en REKO knuten till verksamheten (Sveriges kommuner och Regioner 2020). Funktionen har som uppgift att koordinera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom intern och extern samverka samt att vara ett stöd för patienten. Det förekommer att NUR koordinatorn och REKO samma person, men det är inget krav. NUR upphandlas enligt Lagen om offentlig upphandling och nuvarande avtal löper ut 2021 (Nyberg 2018). Jag har förhört mig om statistik över antal patienter i NUR man jag har inte kunnat finna någon fullständig statistik över antalet patienter som fått behandling med NUR.

Miljöpsykologiska teorier

Att naturen verkar återhämtande för oss människor är en kunskap som vi känt till länge. Redan under romartiden anlade man fältsjukhus i natursköna områden för att påskynda rehabiliteringen, och under 1800-talet utformades hälsoträdgårdar, gärna på landsbygden med frisk luft och välgörande hälsobrunnar (Grahn 2005).

Människan har utvecklats ihop med naturen under tiotusentals år. (Sahlin & Larsson 2016). Edward Wilson (1984) beskriver i Biophilia hypotesen det som att vi har nedärvda känslomässiga band till naturen och allt levande. Under de senaste generationerna har många av oss lämnat naturen och flyttat in till städerna. Detta kan ha påverkat oss genom en avsaknad av naturens förmåga till återhämtning, som är svårare att uppnå i en stadsmiljö. (Sahlin & Larsson 2016). I takt med urbaniseringen och vår förändrade livsstil har möjligheterna för människan att få kontakt med naturen minskat (Hartig 2014, Nilsson et al 2011). Terry Hartig (2014) menar att miljöer med frisk luft, där vi kan ägna oss åt fysisk aktivitet och interagera med andra människor kan ge stressreduktion samt skapa hälsa och välbefinnande. Vår livsmiljö påverkar oss, och enligt Savann teorin anses ett öppet landskap med fri sikt och några få träd för skydd, gärna nära vatten, varit viktig för våra förfäders överlevnad och utveckling (Oriens 1986). Naturmiljöer som erbjuder både skydd och utsikt är än idag uppskattade av oss människor. (Sahlin & Larsson 2016).

Baserat på Biophilia hypotesen och Savannteorin har Roger Ulrich utarbetat en psyko-evolutionär teori (Ulrich 1984, Ulrich et al 1991). Teorin beskriver att vi genom evolutionen har behov av naturkontakt och för att överleva har vi anpassat oss och dragits till naturmiljöer som kan uppfylla våra behov av trygghet, vatten och mat. För att vi ska reagera positivt på naturmiljön anser Roger Ulrich (1993) även att den behöver vara estetisk tilltalande. Reaktionen går att mäta rent fysiologiskt genom sänkt blodtryck och sänkt hjärtfrekvens. Reaktionen är även känslomässig där behovet av kamp och flykt dämpas, till förmån för att vi istället ges möjlighet att stressa av och få återhämtning (Ulrich 1984).

Attention Restoration Theory (ART) baseras på hur människan hanterar information och hur naturupplevelser kan verka återhämtande från mental utmattning (Kaplan & Kaplan 1989, Kaplan 1995). Vi har enligt ART olika typer av uppmärksamhet. Riktad uppmärksamhet styrs av viljan och används vid arbete som kräver fullständig koncentration. Vi behöver kunna skärma av alla störande intryck för att vara helt fokuserade. Denna typ av uppmärksamhet är krävande för oss och vi kan bli uttröttade om vi inte får chans till paus från alla intryck och återhämtning. Den andra typen av uppmärksamhet, spontan uppmärksamhet, är inte viljestyrd och tröttnar inte ut oss på samma sätt som riktad uppmärksamhet. Spontan uppmärksamhet handlar dels om vår förmåga att snabbt upptäcka faror, men framförallt om en slags mjuk fascination som kräver minimal mental ansträngning, till exempel när vi tittar på ett landskap vi gillar och där vi kan känna oss trygga. Återhämtningen från riktad uppmärksamhet kan

enligt teorin fås av miljöer som erbjuder mjuk fascination och kravlöshet. (Kaplan & Kaplan 1989). ART bygger på de fyra kvaliteterna ”Being away”, ”Extent”, ”Fascination” och ”Compability”, vilka kan finnas i naturmiljöer som upplevs återhämtande (ibid.).

Grahn et al. (2010) har undersökt kopplingen mellan människors mentala tillstånd och sociala behov och fann att människor med låg mental hälsa och utmattning fick stöd och återhämtning i en kravlös miljö. Teorin kallad Supportive Environment Theory (SET), har tagit avstamp i Biofilia hypotesen, ART och psyko-evolutionära teorin (Grahn & Stigsdotter 2010). Där inget annat anges, baseras beskrivningen av SET nedan på hur teorin förklaras av Eva Sahlin (2016). SET menar att människan är i behov av stödjande miljöer för att utvecklas och må bra (Grahn & Stigsdotter 2010). Våra känslor och förnimmelser i kroppen förmedlar budskap på en medveten och omedveten nivå. Beroende på våra tidigare erfarenheter och hur vi mår, har vi olika behov av stimulans och en stödjande miljö. Personer som lider av stressrelaterad psykisk ohälsa anses ha störst behov av stöd från en lugn miljö där stimulering av sinnet är låg. I relation till SET har en hypotes utvecklats bestående av åtta kvaliteter, ”Perceived Sensory Dimensions” (PSD), som ses som stödjande dimensioner (Grahn & Stigsdotter 2010). Dessa dimensioner är rofylld, natur, artrik, rymd, utsikt, tillflykt, social och kultur. Beroende på individens mentala och fysiska tillstånd föredras dessa dimensioner i olika grad. Natur och tillflykt var de dimensioner som uppskattades särskilt av individer som lider av stressrelaterad psykisk ohälsa (ibid.).

Forskning om Naturbaserad rehabilitering

Utifrån miljöpsykologiska teorier om påverkan och interaktionen mellan människa och natur har naturbaserad rehabilitering utvecklats. Många program med naturbaserad rehabilitering har även inspirerats av trädgårdsterapi (Stigsdotter et al 2011). För att förbättra hälsan har fokus legat på enklare trädgårdsarbete som underlättat för individen att läka genom att använda både kropp och sinne i aktiviteter i trädgården så som att rensa ogräs, så och kratta. Trädgårdsarbete som detta upplevs ha en läkande effekt då det kan ge en känsla av meningsfullhet och välbefinnande (ibid.).

Intresset för naturbaserad rehabilitering har ökat i Sverige sedan början av 2000-talet (Sahlin 2014). Patientgruppen som interventionerna riktat sig till har främst varit personer med stressrelaterad psykisk ohälsa så som utmattningssyndrom (ibid.). Individer som vistats

mycket i naturen verkar ha lättare för att hantera kriser och erhålla förmåga att rehabiliteras (Ottoson & Grahn 2008). Det beskrivs genom att vistelser i naturen ger en interaktion mellan individen och naturen som leder till ett nytt sätt att se på sig själv och sina möjligheter (ibid.). Naturbaserad rehabilitering finns på många ställen i Sverige. Gröna Rehab drivs i Göteborgs Botaniska trädgårds regi och är en arbetslivsinriktad rehabilitering som vänder sig till sjukskrivna eller individer i riskzon för att blir sjukskrivna, och som har Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. I rehabiliteringen vistas deltagaren i en natur- och trädgårdsmiljö, och får där möjlighet till återhämtning och stresshantering (Gröna Rehab 2020). Forskare vid Göteborgs Universitet har tillsammans med Institutet för stressmedicin i Göteborg, genomfört studier om Naturbaserad rehabilitering för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa, utifrån patienternas perspektiv. Studierna har visat på positiva resultat där naturmiljöer fungerar restorativt och ger stöd i återhämtningen och rehabiliteringen för denna patientgrupp. (Sahlin et al 2012).

"Forskning visar att natur och trädgård lindrar stress och ökar människans välbefinnande...Mycket personligt lidande skulle undvikas om vi kan hjälpa människor i tid och hindra dem från att bli riktigt sjuka...Dessutom skulle samhällsnyttan bli mycket stor." (Sahlin 2017)

Med bakgrund av forskningsresultat om naturens läkande förmåga har studier gjorts av forskare på SLU i Alnarp (Pálsdóttir et al 2015). Behovet av "Social quietness", det vill säga att få möta naturen i ensamhet och total frånvaro av andra människor uppfattades som väsentligt i rehabiliteringen av patienter med utmattningssyndrom (Pálsdóttir 2014). Det framkom även att naturbaserad rehabilitering i Alnarps Rehabiliteringsträdgård skapade förutsättningar för patienterna att även efter avslutad rehabilitering använda naturen som stödjande och återhämtande.

Utanför Köpenhamn finns terapiträdgården Nacadia som bedriver naturbaserad rehabilitering och forskning i ämnet (Sola Corazon 2018). Naturbaserad rehabilitering på Nacadia jämfördes i en studie med kognitiv beteendeterapi. Studien fann positiva långsiktiga effekter hos patienter i naturbaserad rehabilitering genom en signifikant minskning av sjukskrivning och minskat behov av sjukvård. De positiva effekterna som påvisades, validerar Naturbaserad rehabilitering som en effektiv behandlingsform vid stressrelaterad ohälsa (ibid.).

Studier har även gjorts för att undersöka positiva effekter av vistelser i skogsmiljöer. Elisabet Sonntag-Öström (2014) fokuserade i sin avhandling på möjligheter att använda skogsmiljöer i rehabiliterandesyfte för personer som lider av utmattningssyndrom. Hon kom fram till att skogsmiljön har en restorativ effekt och sjukskrivningsnivån hade förbättrats efter ett år för patienterna, dock var det ingen skillnad på effekterna jämfört med kontrollgruppen. Andra exempel på naturbaserad rehabilitering i Sverige är Naturunderstödd aktivitet som bedrivs i Sjulsarvet i Lugnets naturreservat i Falun (Gudmundsson 2020) och Grön rehab i Halland (Lilla Hälsoträdgården 2018).

Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd (NUR) i Region Skåne startade som en forskarstudie på initiativ av forskare på SLU Alnarp, i samarbete med Region Skåne, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och flera jordbruksföretag. I forskarstudien ingick 50 vårdenheter i Region Skåne. Mellan augusti 2012 och december 2013 remitterades sammanlagt 150 patienter, till de tio NUR gårdar som erbjöd NUR programmet (Pálsdóttir et al 2015). NUR har sedan dess ingått som ett komplement till den traditionella behandlingen för tidigare nämnda diagnoser i Region Skåne (1177 Vårdguiden 2019). NUR som den ser ut i Region Skåne skiljer sig ifrån andra naturbaserade interventioner. Verksamheten bedrivs i en för deltagaren kravlös grön miljö, där det sker aktiviteter med hjälp av personalen på gården, men där bedrivs ingen behandling (Pálsdóttir 2014). Interventionen kan därför inte fullt ut jämföras med den rehabilitering som bedrivs i rehabiliteringsträdgårdar eller där terapeutisk kompetens finns att tillgå (Stigmar et al 2016).

Studier om Naturbaserad rehabilitering utifrån vårdpersonalens perspektiv har ej gått att finna. Vi vet idag inte med säkerhet vad som gör att vårdpersonalen i Region Skåne remitterar sina patienter till NUR. Med tanke på den stora del av befolkningen som är eller riskerar att hamna i sjukskrivning och behov av vård för sin psykiska ohälsa är det viktigt att få en djupare förståelse för hur NUR uppfattas och används. Jag vill med denna studie kunna tillföra kunskap om hur vi kan förbättra förutsättningarna för nyttjandet av NUR.

Syfte

Syftet med denna masteruppsats var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter och upplevelser att arbeta med naturunderstödd rehabilitering i Skåne. Hur upplever personalen hinder och möjligheter i sitt arbete med NUR? Vilka faktorer skulle kunna påverka vårdpersonalen att välja eller inte välja NUR som komplement i en patients rehabiliteringsprocess? Studien vill om möjligt finna vilka utmaningar som vårdpersonalen eventuellt kan ställas inför i sitt arbete med NUR och metoder som i så fall skulle kunna underlätta och förbättra arbetet med NUR.

Metod

Denna kvalitativa studie genomfördes via semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal. Materialet analyserades med hjälp av en tematisk analys enligt Braun & Clark (2008).

Deltagare

Enligt Region Skåne fanns 66 vårdenheter med NUR koordinatörer och därmed kopplade till NUR (Vårdgivare Skåne 2019). Dessa vårdenheter utgjordes av 43 vårdcentraler, 13 privata kliniker, sju allmänpsykiatriska kliniker och tre kliniker inom specialistpsykiatri. Jag mailade samtliga 66 verksamhetschefer på dessa enheter och bifogade ett informationsblad (Bilaga 1). Då jag inte fick tillräckligt med svar fick jag av Region Skåne tillåtelse att kontakta NUR koordinatörerna direkt på dessa 66 vårdenheter. Dessa tillfrågades om de ville medverka i intervjustudien. De kontaktades via mail med informationsblad (Bilaga 1). Totalt accepterade 14 personer på lika många vårdenheter att delta. 21 personer svarade inte på förfrågan, 31 personer tackade nej, varav 14 personer på grund av tidsbrist och 17 personer för att NUR-koordinatören hade slutat. Av de 66 vårdenheterna som fanns med på Region Skånes lista över ”Enheter som får remittera till NUR” (Vårdgivare Skåne 2019), hade 17 vårdenheter slutat remittera till NUR, vilket innebar att listan från Region Skåne inte verkade vara uppdaterad. Jag kontaktade Region Skåne angående detta och delgav dem information om vilka vårdenheter som inte längre arbetade med NUR.

Av de 14 personerna som gick med på intervju var 12 NUR koordinatörer och två läkare. Fem av NUR koordinatörerna var även rehabiliteringskoordinatörer (REKO). Läkarna hade

kontaktats via NUR koordinatorerna. En av läkarna som deltog arbetade på en klinik som inte hade NUR koordinator, men då hon tidigare arbetat på en klinik som haft NUR koordinator ansåg jag för studien det värdefullt att få med även denna personens upplevelse och erfarenhet av NUR. Informanterna arbetar runt om i Region Skåne och deras arbetsplatser var proportionerligt placerade utifrån antal vårdenheter och befolkningsantal i Skåne. Sju av informanterna arbetade inom primärvården på Vårdcentral. Sju av informanterna arbetar inom vuxen psykiatrisk avdelning, varav tre på privat klinik. Samtliga var kvinnor.

Datainsamling

För studien genomfördes 14 semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal på enheter kopplade till NUR. Intervjuerna genomfördes mellan 29 januari och 12 februari 2020. Som stöd under intervjuerna använde jag mig av en intervjuguide (Bilaga 2). Intervjuguiden följdes inte kronologiskt utan fungerade mer som en hjälp för mig att se till att inget för syftet viktigt område missades. Intervjuerna blev mer som samtal, i vilka jag lät informanten leda samtalsämnena. En av intervjuerna genomfördes på vårdenheten och övriga per telefon. Främsta orsaken till telefonintervjuer var tidsbrist hos informanterna. Intervjuerna tog 25–40 minuter. Informerat samtycke mottogs skriftligt via mail. Informerat samtycke upprepades muntligen i samband med intervjutillfällena och efter muntlig tillåtelse av informanterna spelades samtliga intervjuer in.

Analysmetod

Denna kvalitativa studie har genomförts genom tematisk analys bestående av sex steg (Braun & Clark 2008).

Steg 1. Transkribering av samtliga 14 intervjuer. Först steget innebar att bekanta sig med materialet genom att lyssna och transkribera. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant och avidentifierades. Detta gjordes direkt efter varje intervju då det även gav möjlighet att direkt kontrollera att inspelningen hade fungerat. Intervjumaterialet förvarades på sådant sätt så endast författaren till uppsatsen hade tillgång till materialet. Transkriberingarna lästes och intervjuerna lyssnades igenom flera gånger för att säkerställa att avskrivningen hade gjorts korrekt.

Steg 2. Producera initiala koder. Hela materialet gick igenom systematiskt. Koderna angavs som exakta citat och vid behov behölls kontexten så att sammanhangen inte skulle tappas bort. Koderna skrevs ner vartefter i en lång lista i ett Word dokument, där radnummer och versal för respektive intervju angavs i en första kolumn. Citaten skrevs i andra kolumnen och koden i kolumn tre. All data har kodats, med undantag för introduktionen för varje intervju där informerat samtycke, konfidens, konsekvenser och forskarens roll informerades.

Steg 3. Söka efter möjliga teman. Samtliga koder kategoriserades och sorterades utifrån innehåll under flikar i ett Excelark. Materialet analyserades och koder som beskrev samma upplevelser flyttades till samma flik i Excelarket. Många upplevelser handlade om information och utbildning. Dessa delar återfanns under flera Excelflikar och fördes under arbetets gång samman till ett tema. Att personalen upplevde tidspress var genomgående och hängde bitvis ihop med information, med eftersom det handlade om tidspress på flera olika plan så togs beslut att samla uppfattningar och upplevelser om tidspress under ett eget tema. Temat som beskrev individanpassning hängde först ihop med regelverket kring interventionen. Dock ansågs individanpassning ha en egen dimension då det mer handlade om att praktiskt inte orka med programmet och inte huruvida patienten föll innanför ramen av kriterier och diagnoser. Detta ledde till att uppfattningar om individanpassning blev ett eget tema. Genomgående beskrev vårdpersonalen om hur de sett stora framsteg hos patienter som fått möjlighet till interventionen. Detta var ett tema som inte hängde samman med de andra då det rörde sig om upplevelser och uppfattningar om någon i tredje person, det vill säga patienterna. Temat ansågs ändå vara av stor betydelse, och materialet samlades under ett eget tema, i strävan att så transparent som möjligt spegla vårdpersonalens uppfattningar om NUR.

Steg 4. Granskning av teman. Koder under de fem teman som nu utkristalliserats lästes igenom flera gånger för att säkerställa att koderna under respektive tema beskrev samma sak. Flera kartor över teman upprättades för att få en bättre förståelse för sammanhanget. Denna processen blev tidskrävande och olika teman fick utvärderas och omprövas flera gånger. Resultaten blev att några teman omvandlades till flera, medan andra fogades ihop till ett större tema, vilket beskrivits i steg tre. Detta steg med granskning av teman flöt bitvis ihop med steg tre om att söka efter möjliga teman. I detta skede hade forskaren god hjälp av handledarna som kritiskt granskade analys och tema, vilket även stärker trovärdigheten av resultatet.

Steg 5. Definiera och sätta namn på teman. Genom att läsa igenom materialet för varje tema flera gånger och analysera innehållet ytterligare eftersträvades att fånga kärnan av varje tema. Därefter namngavs varje tema. Temans namn har modifierats något under resans gång för att försöka spegla temat så exakt som möjligt.

Steg 6. Skapa rapporten. För att strukturera resultatet och få en överblick gjordes enkla illustrationer. Utifrån illustrationerna beskrevs sedan funna teman i resultatet där relevanta citat från intervjuerna användes. Kortare citat har vävts in i texten med citationstecken och längre citat har skrivits kursivt med indragen marginal. Diskussionen skrevs utifrån resultat, teorier och information nämnda i bakgrunden samt egna reflektioner.

Arbetsprocessen har rört sig fram och tillbaka i de olika stegen i strävan att hela tiden utvärdera och göra en så objektiv analys som möjligt samt delge läsaren betydelsen av data och inte bara data i sig själv (Braun & Clark 2008).

Etiska överväganden

I vetenskapliga studier som involverar deltagare är det viktigt med ett etiskt övervägande. Deltagarna behöver informeras om syftet med studien, hur och var materialet kommer att användas, att de när som helst kan välja att inte medverka och att deras deltagande är konfidentiellt (DePoy & Gitlin 2016).

Ett etiskt ramverk har använts, bestående av fyra områden (Bringmann & Kvale 2015). De fyra områdena är informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll. *Informerat samtycke* innebär att forskaren är ålagd att informera informanterna om studiens syfte, hur undersökningen kommer gå till samt eventuella risker eller fördelar med att vara med i studien. Att deltagande är frivilligt och att de närsomhelst kan välja att inte delta i studien ligger även det på forskaren att informera om (ibid.). Informera utifrån informerat samtycke gjordes vid första mailkontakten med både verksamhetschefer och NUR koordinatörer (Bilaga 1). Informerat samtycke för de som deltog i studien erhöles via mail. Det andra området, *konfidens*, innebär att eliminera risken att kunna identifiera någon privat information och vem som säger vad (ibid.). Mina informanter arbetar på vårdenheter proportionellt fördelat inom de fem geografiska delarna av Skåne. I vissa delar av Skåne finns endast ett fåtal vårdenheter anslutna till NUR. Valet gjordes att inte ange exakt antal

informerar per geografiskt område, med tanke på att deras identitet inte skulle gå att spåras. När vårdenheterna kontaktades via mail informerades om både samtycke och konfidentialitet i ett bifogat informationsbrev (Bilaga 1). Informerat samtycke och att informanternas anonymitet skyddas informerades även muntligen i samband med intervjuerna. I samband med transkriberingen av identifierades materialet genom att namn och plats ersattes med en versal. Materialet sparades på ett USB minne som endast författaren till uppsatsen hade tillgång till. För att verifiera resultatet i studien har citat från informanterna använts. I studien valdes att inte ange profession och specifik arbetsplats på geografisk nivå för att undvika identifikation av informanterna. Informanternas personuppgifter skyddades enligt dataskyddsförordningen GDPR. Det tredje området rör *konsekvenser*. Det innebär att studiens vetenskapliga vinster ska vägas mot eventuella risker för informanten i samband med studien (ibid). I detta fall uppskattades att riskerna för informanterna var minimala. Det fjärde och sista området handlar om *forskarens roll* och dennes etiska ansvar. Här är det viktigt att känna till etiska värderingar för att genom hela arbetsprocessen kunna väga den etiska aspekten mot de vetenskapliga intressena. I en intervjusituation filtreras alla svar via forskaren, och då är det viktigt att vara medveten om värderingar, erfarenhet och kunskap om det som ska studeras och försöka att inte låta det påverka resultatet (ibid.). Under intervjuerna eftersträvades en neutral ståndpunkt och ledande frågor undveks i möjligaste mån. Forskningsförfarandet med analysmetod har beskrivits utförligt för att öka transparensen. I relation till forskningsområdet har det eftersträvats att presentera så korrekt som möjligt.

Resultat

Med hjälp av den tematiska analysen identifierades fyra teman som beskriver vårdpersonalens erfarenhet av NUR; *Förstå regelverket kring NUR, Behov av ökad individanpassning, Brister i information och kunskap* och *Tidskrävande i en redan pressad situation*. Som tillägg identifierades även ett femte tema som handlade om vårdpersonalens uppfattning om hur patienterna kunde bli hjälpta av NUR; *Värdefullt steg i rehabiliteringen*. En kort förklaring av varje tema ges inledningsvis. Därefter läggs fokus på att beskriva varje tema på ett djupare plan vilket förstärks med hjälp av citat från intervjuerna.

Förstå regelverket kring NUR

Krav på sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och en vag beskrivning av diagnoserna för NUR sågs som ett krångligt regelverk för att förstå vilka patienter som kunde få och bli hjälpta av NUR. I jämförelse med andra behandlingsmetoder stack NUR ut i tid, genom flera träffar varje vecka, och i rum, genom att interventionen skedde på en gård på landsbygden och inte inne på sjukhusområdet. Att interventionen på så sätt avvek från vad vårdpersonalen var vana vid förstärkte svårigheten i förståelsen av regelverket och därmed urvalet av patienter.

Det framgick i studien att krav på SGI sågs som hinder för att kunna remittera patienter till NUR. Uppfattningar som att ”...många människor skulle komma vidare i sin rehabilitering och ha jättestor nytta av NUR, men får det inte för de har ingen SGI...”, gjorde det svårt för vårdpersonalen att förstå regelverket för vem NUR var till för och varför. Vårdpersonalen var oförstående till varför inte alla som blir försörjda av stat eller kommun och som tillhör patientklientelet kunde få tillgång till NUR. Behovet att öppna upp NUR för unga vuxna med psykisk ohälsa upplevdes som särskilt angeläget. I studien framgick det att flertalet av informanternas patienter som tillhörde denna patientgrupp aldrig haft kontakt med arbetslivet, vilket även innebar en stor samhällsekonomisk kostnad.

...de här unga med aktivitetsersättning från försäkringskassan och som är bedömda att vara hemma i flera år, de tänker jag i alla fall skulle få tillträde dit...dessa tycker jag verkligen att man ska värna om, de är ju framtiden...

Att NUR kändes viktigt för denna grupp berodde också på att det var en intervention som skedde utanför sjukhusets fyra väggar. Att få umgås med djuren på gården och andas lantluft var något som uppfattades skulle kunna bryta isolering och ohälsa för gruppen unga vuxna, som kanske aldrig hade varit ute i naturen. Kravet på SGI för att som patient passa in i NUR ställde sig informanterna frågande till och de kunde känna sig maktlösa i situationen att inte kunna hjälpa sina patienter. Uppfattningen att ” fler borde få komma ut, släppa vården och komma ut i något friskt” delades av flertalet informanter.

Diagnoserna hos patienterna ingick också i regelverket för vem NUR var avsedd för. De flesta informanter var överens om att rätt patientgrupp var definierad för NUR. De såg utmattning, depression och ångest som en bas när urvalet av lämpliga patienter skulle göras.

Utmaningen enligt studien låg i att förstå vilken grad av depression, ångest eller utmattning patienten kunde ha för att kunna tillgodogöra sig NUR. En större tydlighet i regelverket för hur urvalet av patienter skulle göras efterfrågades från både primärvård och psykiatriska kliniker. NUR koordinatörerna i studien hade alla olika professioner och med bakgrund av det uppfattades det än viktigare att diagnoserna var tydligt beskrivna. Intervjuerna visade att om en patient fick NUR eller inte kunde bero mer på vårdgivarens profession än faktiska evidens om för vem NUR lämpade sig för.

...det är ju så brett och det är inte lätt för mig att veta... jag är ju ingen psykolog eller kurator...Nu är det ju de här diagnoserna bara, och jag menar det har ju var och varannan, det har ju allihopa.

Inom psykiatrisk vård menade NUR koordinatörerna att deras patienter var för sjuka och att programmet verkade vara utarbetat för primärvården som mer behandlade patienter med lättare psykisk ohälsa. ”Vi har ju inte patienter med bara utmattning, eller en lindrig depression” vilket uppfattades som att NUR inte var något för dem. Samtliga informanter var överens om att NUR behövs och är en viktig komponent i rehabiliteringen, men att NUR också var svårt att nyttja då många ansågs vara för sjuka eller hade beteendestörningar som gjorde vårdpersonalen tveksam till om NUR var lämpligt. Men det fanns även vissa belägg på att NUR kom till stor nytta för patienter med en komplex diagnosproblematik, trots att dessa enligt regelverket inte ingick i patientklientelet. I de fallen var just NUR koordinatörens bakomliggande profession som terapeut, hos vilken patienten gått i samtalsterapi eller KBT en tid, helt avgörande.

Okklarheter för regelverket kring NUR fanns även inom primärvården, vilka menade att NUR inte var något för dem eftersom de inte hade patienter med tunga diagnoser och långtidssjukskrivna. Patienternas tillstånd inom primärvården beskrevs mer som tillfällig psykisk ohälsa till exempel på grund av en akut kris, och därför ansågs inte NUR något för dem. Uppfattningen var att deras patienter endast hade en kortare sjukskrivning på några veckor och då var det ju bättre att patienten återgick till arbete.

Intervjuerna tyder på en osäkerhet kring regelverket för vilka patienter som passar in och blir hjälpta av en NUR behandling. Informanter inom både allmänpsykiatri, specialistpsykiatri och primärvård påtalar detta. Från några av vårdenheterna i studien hade patienter hoppat av interventionen vilket upplevdes gett NUR en dålig klang och tron på om NUR verkligen hjälper hade fått sig en törn. Avhoppet berodde till större delen på en hos vårdpersonalen, felbedömning utifrån regelverket med diagnoser. Denna felbedömning kunde göra vårdpersonalen osäker, med följd att NUR fortsättningsvis inte valdes för andra sjukskrivna patienter. Ur studien framkom även en möjlig lösning för att öka förståelsen kring regelverket. Idén handlade om att delge erfarenheter mellan vårdenheterna och förbättra kommunikationen mellan de aktörer som har erfarenhet och kompetens om NUR.

Behov av ökad individanpassning

En flexibilitet i själva NUR konceptet hade underlättat för patienten och möjliggjort att fler skulle kunnat bli hjälpta via interventionen. För många långtidssjukskrivna patienter kunde de fasta tidskraven i interventionen, av vårdpersonalen uppfattas som svåra att bemästra. Önskan fanns om fler veckor eller om en anpassning av upplägget i antal timmar och dagar i veckan.

Att få möjlighet att förlänga tiden var önskvärt för patienter med utmattningssyndrom. Att denna grupp var i behov av en längre NUR period ansågs bero på sjukdomstillståndet. Dessa patienter hade ofta en lång startsträcka för att bara lyckas ta sig dit och tillåta sig att bara vara i den kravlösa miljön. Informanterna vittnade om att när patienter med utmattningssyndrom väl funnit sig tillrätta med rutinerna att gå upp på morgonen, ta sig till miljön och vistas i det sociala sammanhanget då var vistelsen på väg att slut. Detta kunde medföra att de positiva effekterna och att energipåfyllningen inte alltid blev fullgjord. Många patienter hade förutom utmattningssyndrom även andra sjukdomstillstånd i bagaget, och om en patient till exemplet

drabbades av hjärtinfarkt eller av andra anledningar tillfälligt tvingades avbryta vistelsen på gården, blev det svårt att sen komma tillbaka och tillgodogöra sig interventionen.

På vårdenheter fanns det en hel del minnespatienter som tog lite längre tid på sig för att utträtta saker och planera. Dessa hade inte sällan en depression i botten, och ansågs kunna komma en bra bit framåt i sitt mående med interventionen, men åtta veckor ansågs för denna patientgrupp som alltför kort då de hade en längre väg att gå för att bara klara av den praktiska biten med att komma ihåg att gå upp på morgonen och ta sig till gården.

Att gå från full sjukskrivning och ge sig ut i en ny miljö, och dessutom vistas där fyra timmar, tre dagar i veckan blev ett alltför stort steg för många. Studien visar på en önskan att kunna erbjuda patienterna en viss flexibilitet i NUR programmet så att tiden inte blev till något hinder i rehabiliteringen tillbaka till arbete.

...hade hon tex fått ha två gånger i veckan istället för tre, att fått tre återhämtningsdagar istället för två i 12 veckor istället för 8. Samma antal, men att man anpassade det lite till patienten...det hade hjälpt henne mycket.

Tidsutmaningar i konceptet NUR kunde även bero på livssituationen. Att mitt i livet, med hem och barn, vara borta tre dagar i veckan kunde verka för tidskrävande och mer stressande än rehabiliterande för en patient som led av utmattningssyndrom. I ljuset av NUR konceptets uppbyggnad menade flertalet informanter att patienter behöver vara mer friska än sjuka för att passa in på behandlingsformen NUR.

Det fanns en oförståelse till att patienterna bara fick delta i NUR programmet en gång. Att kunna gå fler gånger uppfattades kunna bidra till att patienten fick en bättre kontinuitet i sin rehabilitering där NUR en första gång kunde hjälpa patienten till återhämtning. Efter några steg ytterligare i mer traditionell rehabilitering på vårdenheten med samtalsterapi och medicinering kunde NUR en andra gång stärka patienten i sin sociala interaktion och leda patienten snabbare ut i arbete. NUR en andra gång behövde inte innebära programmet i åtta veckor till, det kunde även innebära återträffar och möjlighet för patienten att komma tillbaka ut till gården och bara vara. För många patienter upplevdes personalen på gården som den enda trygga sociala kontakten med det verkliga livet. Att då kunna erbjuda patienter återträffar eller möjlighet att förlänga NUR med några veckor beskrevs som att det ”skulle ge

kontinuitet till något positivt och aktivt, som de hade fått in i sina liv”. Det beskrevs som att interventionens positiva effekter skulle bli mer långvariga och interaktionen med naturen för att hämta kraft skulle kunna utvecklas till en positiv vana för patienten.

Brister i information och kunskap

Vårdpersonalen behövde information och kunskap om NUR för att kunna använda interventionen optimalt. Detta särskilt eftersom NUR uppfattades som en ny och annorlunda behandlingsform. Det framkom ett behov av kommunikation och informationsutbyte mellan vårdpersonal på vårdenheten, men även mellan vårdenheten och Region Skåne centralt.

En stark motivator för att välja NUR var verksamhetschefens kunskap och engagemang för interventionen. Vårdpersonal hade fått överta rollen som NUR koordinator utan utbildning vilket gjorde det svårt att förstå möjligheterna med NUR och för vem det riktar sig till. ”Det är svårt utan kunskap att bara börja tänka på NUR, när man inte kan processen...”.

Flera informanter menade att många läkare inte kände till att NUR fanns och att det för dem ”...ligger närmare till hands att direkt tänka fortsatt kuratorskontakt med sjukskrivning...”. Detta kunde bero på kulturell bakgrund där läkare inte var vana vid att naturen som sådan kunde ingå i en behandlingsmetod, men det kunde även bero på läkarens anställningsform. I samtliga fall handlade det i grunden om brist på information och kunskap. Ett exempel var hyrläkarna där NUR koordinatörerna upplevde det som svårt att informera om NUR eftersom de endast var på plats i några veckor. Läkare som fått kunskap om NUR remitterade mer frekvent till NUR inte bara för att de såg vinster för patienterna utan också för att interventionen gav läkare och övrig vårdpersonal arbetsro då en insats pågick som ”innebär en aktiv sjukskrivning”. Genom att öka kompetensen om NUR skulle interventionen kunde bli ytterligare ett verktyg för läkare som var frustrerade för att de inte kunde hjälpa patienter att komma vidare i sin rehabilitering.

Informanterna upplevde en otydlighet från centralt håll med vad de ville med NUR eftersom det å ena sidan står på hemsidan att NUR är något som erbjuds i Region Skåne, men å andra sidan kommer ingen information om NUR ut till vårdenheterna. Information om NUR ”är inget som folk mellan sina patienter har tid med att sitta och leta upp på någon vårdgivarewebb” var en återkommande uppfattning. Kommunikationen som efterfrågades

kunde handla om nyhetsbrev, information om aktuell forskning och arrangerade träffar för vårdpersonalen där de kunde utbyta erfarenheter. För att informationsflödet skulle bli effektivt och nå fram framhölls det fysiska mötet med den centrala organisationen och möjligheten till att få en synlig kontaktperson från Region Skåne centralt för att inte interventionen skulle glömmas bort. ”NUR måste levandegöras”, det behöver kommuniceras både inom vårdenheten men även med hjälp av en stödjande organisation som kan ta ett helhetsgrepp för att driva NUR, samt aktivt uppmuntra vårdenheter att koppla sig till NUR.

”...det kommer ingen information om NUR..., undrar om det inte glömts bort på centralt håll också, jag vet inte, men det verkar inte som NUR är viktigt för Region Skåne för det marknadsförs inte och det kommer ingen information...”

Det framgick av intervjuerna att vårdpersonal på vårdenheter i Region Skåne som ännu inte var kopplade till NUR, inte alltid kände till att NUR fanns, men när de fick höra talas om NUR upplevdes de bli väldigt intresserade vilket kunde uttryckas som ”oj, men det låter ju jättebra, har vi det?” Det var tydligt att kunskap om interventionen inte spreds generellt, utan det uppfattades vara mer slumpartat om vårdenheter som ännu inte kopplat sig till NUR skulle få kännedom om interventionen eller inte. Det kunde vara personal som bytte arbetsplats eller att läkare från olika vårdenheter träffades i andra sammanhang som avgjorde huruvida information om NUR spreds.

För ny och tillfällig vårdpersonal efterfrågades en sjukskrivningspolicy med riktlinjer där interventionen ingick som en självklar del. Ett kortfattat reklamblad om NUR, vad det innebär och hur det kunde hjälpa, efterfrågades även för att ge till potentiella patienter. Att bara muntligen berätta om NUR och erbjuda patienten att titta på webben, ansågs inte fungera för detta patientklientel. Det framkom att en broschyr hade tillverkats utifrån information från 1177 och bilder från en av NUR gårdarna. Detta förfarandet ansågs dock inte optimalt, då viktig information kunde ha missats eller felaktigheter kunde ha smugits sig in. Den egentillverkade broschyren var inte heller objektiv, då det mesta av materialet kom från en och samma NUR gård.

Vissa informanter uppfattade NUR som säsonsberoende, vilket kunde tydas som bristande kunskap om hur interventionen på NUR gården fungerade. Att inte kunna nyttja NUR under vintermånaderna bidrog i dessa fall till att remitterandet avstannade helt under november,

december, januari och februari. När sedan våren kom kunde personalomsättning med nya läkare, i kombination med avsaknad av uppdaterad information göra att remitteringen till NUR inte kom igång igen.

Tidskrävande i en redan pressad situation

Genomgående upplevdes situationen på vårdenheter som tidspressad och bestå av hög arbetsbelastning och stor personalomsättning. Att i den miljön använda NUR, som fortfarande ansågs som en relativt ny behandlingsform, beskrevs som en utmaning. NUR sågs samtidigt som ett välkommet inslag i paletten av erbjudanden till patienter i sin rehabilitering, men implementeringen och arbetet kring NUR kunde upplevas tidskrävande.

Samtliga informanter som gick med på en intervju vittnade om tidspress på vårdenheter och att arbetet många gånger bara handlade om att hålla näsan över vattenytan. Med den höga arbetsbelastningen som rådde blev det tydligt att det var lätt att falla in i de traditionella hjulspåren och lägga fokus på att bara släcka bränder genom att, förlänga en sjukskrivning eller skriva ut nya recept på mediciner, istället för att lägga tid på att sätta sig in i en ny behandlingsform som NUR. Det upplevdes som svårt att få någon att nappa på uppdraget att ansvara för NUR då personalen var rädd att det bara skulle läggas ovanpå de befintliga arbetsuppgifterna, och extra tid för att åta sig något ytterligare uppdrag fanns inte.

”...det är ju inte så att man önskar sig fler arbetsuppgifter, tiden är knapp som den är, för det är ju ändå så att man ska både remittera och sen följa upp det...”

Det fanns NUR koordinators som varit föräldralediga eller var långtidssjukskrivna och där hade uppdraget kring NUR inte tagits över av övrig personal på grund av tidsbrist eller att ingen fått möjlighet att gå utbildning. På dessa enheter hade remitteringar till NUR avstannat.

Det administrativa arbetet kring interventionen ansågs tidskrävande. I ljuset av att många NUR koordinators inte remitterade särskilt ofta och rutiner saknades, tog den administrativa processen kring NUR ännu längre tid. Att NUR registrerades i ett annat system uppfattades som dubbelarbete, både för NUR koordinators och övrig vårdpersonal. Att koordinera alla möten där flera olika aktörer var involverade tog också tid, och det ifrågasattes om alla parter verkligen behövde vara med på alla möten. Flera informanter vittnade om att allt kringarbete

inte bidrog till att de uppmuntrade till NUR, utan snarare hade NUR med tiden blivit något de inte talade så mycket om. Intervjuerna visade samtidigt på olika uppfattningar om huruvida den administrativa biten var svår och krånglig. Vårdenheter med en NUR koordinator som kontinuerligt skickade patienter till NUR tyckte inte att administrationen var så tidskrävande.

Det lades mycket tid på att samla in material och data efter NUR behandlingen och det upplevdes svårt att förstå nyttan med all denna dokumentation eftersom vårdenheterna inte fick någon återkoppling. En funktion som kunde göra en objektiv utvärdering av insamlat material och presentera resultatet ute på vårdenheten hade stärkt förståelsen för att avsätta tid för dokumentationen.

Informanterna menade att tidsaspekten även var något som var centralt för patienterna. Patienter kunde vara väldigt intresserade att prova interventionen, men när de fick höra att det kunde krävas en timmes bilresa enkel väg så backade många. Ur intervjuerna framkom att 30 minuters enkel resa var max för att en patient skulle klara av resan och interventionen. Avgörande var här hur gårdarna låg rent geografiskt och de vårdenheter som hade nära till en gård remitterade mer frekvent.

Värdefullt steg i rehabiliteringen

NUR beskrevs som ett värdefullt steg i patienternas rehabilitering där återhämtning i en kravlösmiljö kunde erbjudas. Interventionen ansågs unik i sitt slag eftersom den försiggick utomhus i en miljö långt ifrån den sterila sjukhusmiljön och innebar flera träffar i veckan för patienten.

Vårdpersonalen såg stora framsteg hos patienter som fått komplettera sin rehabilitering med NUR. Steget beskrevs som en ”energiboost” och ”att komma över en tröskel” där patienterna fått stärkt självförtroende och ny energi genom vistelsen ute på NUR gården. Interventionen upplevdes ge patienten en värdefull förändring. Genom hopp, energi och framtidstro, blev patienten redo att ta nästa steg i sin rehabilitering med arbetsträning eller arbete. NUR beskrevs särskilt värdefullt för patienter som varit sjukskrivna under lång tid och hamnat i en situation där de stod och stampade och inte kom vidare i sin rehabilitering. Informanterna uttryckte det som en värdefull chans för patienten att testa sina gränser och utmanas i en tillåtande miljö. Patienterna ansågs växa med upplevelsen att faktiskt klara av att passa tider,

ta sig till gården och vistas där i en social miljö i ett antal timmar. Samtidigt upplevdes NUR vistelsen värdefull för vårdpersonalen och arbetsförmedlingen, som efter interventionen fick bättre förståelse för var i rehabiliteringsfasen patienten befann sig och hur de kunde jobba vidare med rehabilitering eller arbetsträning, vilket inte var möjligt med annan behandling.

Miljön på NUR gården uppfattades som ”läkande” och sågs som en viktig del i patientens process för återhämtning. I den kravlösa miljön som erbjöds, blev patienterna omhändertagna och kunde släppa kontrollen, vilket möjliggjorde att patienterna istället kunde fokusera fullt ut på sin egen återhämtning för att komma tillbaka till ett liv utan sjukskrivning. Interventionen upplevdes påverka patienterna på ett djupare plan och göra något för patienternas uppbyggnad av sig själva samt ingjuta en mer bestående känsla av trygghet och lugn än vad andra behandlingar förmådde. Det uttrycktes som ”...ett litet frö, en erfarenhet som hennes kropp inte riktigt hade innan och som hon fick, och som hon bär med sig sen resten av livet”.

För att få positiv effekt av interventionen konstaterades vikten av att lägga in NUR vid rätt tidpunkt i rehabiliteringen. Detta bedömdes särskilt viktigt eftersom patienterna bara fick möjlighet att genomgå NUR en gång. Interventionen ansågs därmed extra värdefull och det gällde att ta vara på tiden och ta hand om den energin som patienten erhöll av vistelsen på gården. Flera nämnde att det fanns ett glapp i ansvaret mellan rehabiliteringen i slutfasen med NUR och vägen ut i arbetsträning och arbetslivet. Glappet ansågs innebära en stor risk för att den nyvunna energin som patienten erhållit genom NUR, skulle gå förlorad. Det kunde vara fullt på alla platser för arbetsträning men det kunde även vara så att ingen riktigt tog över ansvaret efter NUR, när patienten började bli klar med sin rehabilitering. En utökad samverkan mellan vårdenheterna och arbetsförmedlingen efterfrågades.

Ja, men det är väl lite det som är problemet med NUR. Det är jättebra under tiden, men sen så använder man inte det här med naturen efteråt. Man använder inte den energin som NUR har gett, utan det kanske bara rinner ut i sanden.

Glappet uppfattades bli mindre om uppdraget som NUR och REKO på vårdenheten innehades av samma person eftersom det möjliggjorde en mer naturlig integrering av NUR i rehabiliteringen och uppföljningen blev smidigare. På vårdenheter där NUR och REKO inte var samma person upplevdes att NUR kunde glömmas bort. Med bakgrund av att NUR ansågs vara ett värdefullt steg mellan att vara sjukskriven och närma sig steget att börja arbeta

uppfattades det som rationellt att jobba för att koppla ihop de båda rollerna. En utveckling för NUR som också beskrevs som värdefull för patienterna var att få möjlighet att göra sitt arbetssökande i en stödjande NUR miljö. Det uppfattades kunna bidra till att steget ut till jobb och arbetsliv inte kändes så svåröverstigligt för patienten. I detta sammanhang nämndes också att patienter efter sin NUR vistelse efterfrågat arbetsträning utomhus och frågat om den inte kunde få ske på NUR gården eller i en liknande miljö.

Diskussion

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att fyra av fem teman pekade på olika former av hinder för vårdpersonalen att använda NUR. Dessa hinder kunde till stor del härledas till bristfällig motivation och luckor i implementeringen på vårdenheten. Som tillägg kan nämnas att NUR ansågs värdefullt både för patientens återhämtning och möjlighet att komma vidare i sin rehabilitering, men också för vårdpersonalen, som fick en ökad förståelse av patienternas kapacitet.

Motivation

Flertalet vårdenheter saknar idag koppling till NUR, men studien visar att intresse finns. Att arbetet med NUR upplevs haltande på vårdenheter skulle kunna härledas till en bristande inre motivation enligt Self-Determination Theory (Ryan 2000). De tre faktorerna, egen kompetens, stödjande organisation och effektivt ledarskap som teorin bygger på, hade i studien en viktig roll för hur NUR hanterades och uppfattades på vårdenheter. Resultatet tyder på att vårdpersonalen saknar delar av dessa faktorer.

Egen kompetens hänger samman med utbildning, och eftersom utbildning till NUR koordinator endast ges två gånger om året upplevdes det som en trång sektor. För att underlätta och påskynda processen skulle utvecklandet av en webbaserad utbildning kanske fungera som ett komplement mellan de fasta utbildningsdatumen. Studien visar att kunskap är en grundläggande komponent när det gäller att motivera och skapa engagemang hos vårdpersonalen. Information om aktuell forskning för att motivera verksamhetschefer att engagera sig och motivera läkare att välja NUR för sina sjukskrivna patienter efterfrågades.

De fanns enligt studien behov av en *stödjande organisation* centralt som kunde levandegöra NUR och ta ett helhetsgrepp. För att motivera till att nyttja NUR efterfrågades en synlig kontaktperson som kunde bistå NUR koordinatorena samt övrig vårdpersonal med till exempel kontinuerliga uppföljningar för att snabbt kunna agera om nyttjandet av NUR skulle avstanna eller förändras på en vårdenheter. En kontaktperson skulle även kunna arrangera inspirerande möten för olika forum, till exempel med enbart vårdpersonal för att utveckla nätverk och utbyta erfarenheter, med personal från både gårdar och vårdenheter för att informera om NUR och dess möjligheter samt för vårdenheter som ännu ej var kopplade till NUR och där informera om möjligheterna med NUR.

Effektivt ledarskap, där en intresserad verksamhetschef på vårdenheter kan tydliggöra hur och varför vårdenheter skall satsa på NUR var önskvärdt för att skapa motivation. Skulle ett ökat nyttjande av NUR kunna minska sjukskrivningar och behov av sjukvård, och på så vis bidra till att minska arbetsbelastningen på vårdenheter? Studier i Nacardia tyder på att så är fallet (Sola Corazon 2018).

Implementering

Det tar tid att implementera en ny behandlingsform inom vården. Enligt Socialstyrelsen (2015) tar det minst 2–4 år. Resultatet antyder oklarheter om hur implementeringen av NUR genomfördes, vilket förklaras utifrån Fixen (2009) teori om implementering.

Hur gjordes *behovsinventeringen* inför implementeringen av NUR? En inventering av vårdenheternas behov av en ny metod kan ses som starten på ett förändringsarbete. Viktigt i detta steg är att tydliggöra målet. Studien tyder på att ett behov av en ny kompletterande behandlingsform som NUR var efterfrågad och välkommen, men det rådde oklarheter om målet, till exempel varför interventionen bara riktades till de med SGI och varför programmet bara fick erbjudas en gång. Resultatet tyder på att målet med implementeringen av NUR var oklart och en uppföljning där målet kunde mätas efterfrågades.

Införande handlar om att se till att nödvändiga resurser finns på plats, exempelvis tillräckligt många gårdar, utbildning och önskat marknadsföringsmaterial, till exempel riktat till patienterna. För att införandet ska fungera smidigt behöver det i organisationen även förankras vad som krävs i arbete av berörd vårdpersonal, hur personalomsättning och inhyrd personal ska införlivas och att interventionens värderas tillförlitlig av vårdpersonalen.

Används NUR som det var tänkt? Resultatet visar att vårdenheter använder sig av NUR för patienter som motsvarar patientkriteriet utifrån satta kriterier. Det framkom dock att det finns en osäkerhet hur och för vem NUR är tänkt för. Riktas sig NUR till patienter i primärvård, psykiatrisk vård, eller både och? Här finns möjlighet till att förtydliga målgrupper så att NUR används i de fall interventionen gör mest nytta.

För att *vidmakthålla* NUR efterfrågades en funktion för att följa arbetet och lokalisera förbättringspotentialer och eventuella hinder på vägen. Återkoppling på all insamlad data och dokumentation kring NUR som gjordes på vårdenheter var också efterfrågad. För att få till en långsiktig förändring och lyckad implementering anses återkoppling vara en viktig trigger (Weick & Quinn 1999).

Studien visar att vårdpersonalen på de tillfrågade vårdenheter var osäkra på vem som ansvarar för NUR centralt i Region Skåne. Ska ansvaret ligga på varje enskild vårdenhet, eller är det mer ekonomiskt att en central organisation tar på sig ansvaret? Vårdenheter kände sig osäkra på vad Region Skåne ville med NUR då det uppfattades brista i information och kommunikation, och målet ansågs otydligt.

Samtliga vårdenheter i Region Skåne är idag ålagda att ha en REKO som koordinerar rehabiliteringen av patienterna på vårdenheten. I resultatet framkom önskemål om att införliva ansvaret för NUR, i rollen som REKO för att underlätta arbetet med interventionen och minska risken att den göms bort. Hinder för att inneha båda rollerna uppfattades vara REKO:s möjlighet att gå NUR utbildningen och att båda rollerna gav för stor arbetsbelastning. På plussidan uppfattades att en sammansmältning av rollerna skulle göra NUR till en mer naturlig och självklar del i rehabiliteringsprocessen. Ytterligare fördelar som noterades var tidsvinst för koordinatorena med färre möten, och smidigare uppföljning.

Värdefullt steg

Som tillägg identifierades i resultatet positiva effekter för patienter som deltagit i NUR. Flertalet informanter på de 14 olika vårdenheter vittnar om hur de gång på gång sett hur utmattade tillfrisknat och tagit ett stort kliv i rätt riktning tack vare sin NUR vistelse. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning som indikerar att naturbaserad rehabilitering anses positiv för rehabilitering vid stressrelaterad ohälsa (Sahlin 2014, Pálsdóttir 2014, Sola Corazon et al 2018). Studien antyder att NUR är en efterfrågad behandling och ett värdefullt

komplement till den traditionella behandlingen, till exempel genom att interventionen på ett djupt plan påverkade patientens medvetenhet om bandet till naturen och allt levande, vilket finns nedärvt i oss människor enligt Biophilia hypotesen (Wilson 1984).

Kvaliteter som enligt ART (Kaplan & Kaplan 1989) gör naturmiljöer restaurativa återfanns i NUR gårdarnas miljöer. Att få komma hemifrån och ut i något friskt appellerar till "Being away" och den kravlösa miljön möjliggjorde för patienterna att släppa kontrollen och krav på prestation. Istället väcktes en nyfikenhet och "Fascination" över naturen som gav patienterna energi till att fokusera på sin egen rehabilitering. Genom att interagera med övriga deltagare och delta i de dagliga sysslorna efter egen förmåga, fick patienterna en känsla av att passa in och ingå i ett sammanhang vilket stämmer väl överens med kvalitén "Compability" i ART (ibid.).

NUR gården upplevdes som en trygg och säker plats, vilket är nyckelfaktorer för att en naturmiljö ska anses tilltalande (Ulrich 1984), men nyttjandet av interventionen kunde sjunka vintertid då det ansågs för kallt att vara på gården. Behovet av skydd från väder och vind stämmer väl överens med Savann teorin (Orians 1986), och är tillfredsställt på samtliga NUR gårdar då ett växthus, eller annan skyddad plats inomhus att nyttja i regnigt och kallt väder är ett krav. Att få tillgång till naturen under alla årets månader är eftersträvansvärt, och tillsammans med behovet av skydd går detta hand i hand med det särskilda behovet av PSD dimensionerna *tillflykt* och *natur* för individer som upplever stress (Grahn & Stigsdotter 2010).

Individer som lider av utmattningssyndrom ingår i diagnoskriterierna för att komma i fråga för NUR. Detta var en patientgrupp som ständigt återkom i samtalen med vårdpersonalen. Patienter som befann sig här ansågs ha stor nytta av interventionen då kravlösheten och naturens läkande effekt skapade goda förutsättningar för återhämtning. Interventionens uppbyggnad där individen själv avgör hur aktiv och social hon önskar vara utifrån sin kapacitet stämmer väl med Supportive Environment Theory där just personer med stressrelaterad ohälsa kopplas till behovet att kunna gå undan och välja en plats med låg sinnesstimulering (Grahn et al 2010). För en individ som lider av utmattningssyndrom, kan en aktivitet i några timmar ge en oerhörd tröttheten (Stressmottagningen 2020). Kombinationen av antal timmar i sträck på gården och restiden blev enligt studien bara förenligt med patientgruppen, om gården låg på max 30 minuters avstånd. Upphandling av fler gårdar

utifrån var befolkningen i Skåne bor skulle möjligtvis kunna underlätta vägen in till NUR för denna patientgrupp.

Unga vuxna som lider av psykisk hälsa beskrevs som en grupp vi behöver värna extra om. I ljuset av urbanisering och att människans kontakt med naturen minskat (Hartig et al 2011) uppfattades det viktigt att fånga upp dem som kanske aldrig satt sin fot i naturen och bjuda in dem att delta i interventionen för att förbättra sitt hälsotillstånd och komma ett steg närmare arbetslivet. En utmaning med denna grupp var att många aldrig haft ett arbete och då de stod utan SGI fick de inte tillträde till NUR.

Resultatet visar att NUR kan ge patienten ett tillskott av energi och vara ett värdefullt steg i rätt riktning i rehabiliteringen. Men för flertalet patientgrupper upplevdes vägen in till NUR som krånglig. Att i samråd med Försäkringskassan och Socialtjänsten kartlägga bidragstagare som lider av satta diagnoser, och se över möjligheterna att öppna upp interventionen skulle kunna vara ett sätt att avlasta vården och kanske på sikt minska bidragstagandet för grupper som på grund av psykisk ohälsa står utanför systemet.

Metoddiskussion

Den valda tematiska analysen, enligt Braun & Clarke (2008), ansågs handfast och lättillgänglig tack vare sex steg att följa. Stegen upplevdes tydliga och modellen tillät att arbeta fram och tillbaka i stegen, vilket gjorde att forskaren kunde omvärdera och utvärdera att essensen i materialet kom med i resultatet. Att vara flexibel och utifrån en anpassning av sammanhanget sträva efter att få fram det grundläggande budskapet i vad som sägs utan att fastna i detaljerna, är centralt i kvalitativ forskning (Holloway & Todres 2003). Metoden att analysera och vara öppen för olika teman i intervjumaterialet upplevdes matcha syftet att beskriva upplevelser och erfarenheter.

Forskarens kunskap och värderingar påverkar beslut som tas under hela forskningsprocessen (Braun & Clark 2008). För kvalitativa studier är det därför viktigt att klart och tydligt redovisa hur man gått till väga för att kunna utvärdera och jämföra studien med andra, inom samma område (ibid.). En transparens har eftersträvats genom att delge intervjuguiden, beskriva alla steg i metodanalysen och exemplifiera resultatet med citat. Forskaren har känt till konceptet

NUR via studier på SLU, men inte haft några praktiska erfarenheter av vare sig NUR eller att arbeta på en vårdenhets, vilket har förenklat sträva till objektivitet i arbetet.

En utmaning under arbetet var att särskilja teman i tillräckligt hög utsträckning och göra bedömningen om ett tema kunde delas upp, eller smälta samman med ett annat. Som exempel kan nämnas de två teman som beskriver information och kunskap kontra tidspress. Dessa upplevdes bitvis ligga nära varandra, då upplevelser i vissa lägen kunde bero inte bara på kunskap utan även på tidspress. Valet gjordes att behålla dem som två olika teman då de övergripande erfarenheterna som de olika teman beskriver, upplevdes vara skilda åt. I arbetet att förstå hur teman bäst kategoriseras och analyseras för att fånga essensen hade forskaren stor nytta av handledarnas erfarenhet och delaktighet. Steget blev tidskrävande, men upplevdes i efterhand ha varit en givande läroprocess och ökat trovärdigheten i strävan att återspegla verkligheten som upplevdes av vårdpersonalen då det gäller arbetet med NUR.

En reflektion som gjordes var att studien visar på möjligheten att få en uppfattning om en interaktion, i detta fall mellan patienter och NUR, utan att fråga patienterna själva eller göra fältstudier på en NUR gård. Undersökningar om hur patienter upplever naturbaserad rehabilitering har gjorts i tidigare forskning, och studien bekräftar resultaten från dessa, om naturens läkande förmåga för patientgruppen. Genom att studien utgått från vårdpersonal har ytterligare en dimension om NUR lagts till forskningen på området och därmed förhoppningsvis ökat förutsättningar för att interventionen ska utvecklas och vidmakthållas på vårdenhetserna.

Brinkmann & Kvale (2015) menar att det fodras en medvetenhet för att i intervjusituationen inte värdera det som sägs eller antyda egna uppfattningar. 13 av 14 intervjuer genomfördes via telefon. Detta tillvägagångssätt upplevdes underlätta att hålla fokus på själva samtalet och vad informanten verkligen sa, utan påverkan av den sociala kontexten, individens sätt och utseende. Samtidigt riskeras nyanser av vad informanten menar att gå förlorade då kroppsspråket kan uttrycka annat än vad som sägs i ord. Trots avsaknad av synintryck bedömde forskaren att vad informanterna sade som trovärdigt, bland annat genom att informanterna vid flera tillfällen under intervjuerna återkom till samma beskrivning av en upplevelse. Likaså var det flera informanter som delade uppfattning och upplevelser. En av de sista intervjuerna genomfördes på vårdenhetsen och det var överraskande hur mycket svårare det då var att inte med kroppsspråk involveras, och det krävdes mer självdisciplin av

forskaren för att behålla en objektiv inställning. Här upplevdes intervjuguiden vara till stor hjälp genom att den påminde forskaren om att hålla sig till ämnet och informantens uppfattningar och beskrivningar.

Urvalet av informanter utgjordes av vilka som var villiga att ställa upp på intervjuer. Det är möjligt att de som valde att medverka hade en särskild åsikt om NUR, vilket gör att urvalet inte kan sägas spegla vårdpersonalens åsikter generellt på enheter kopplade till NUR. Men genom att urvalet var geografiskt jämnt fördelat med hänsyn till befolkningsantal och att informanternas arbetsplatser utgjordes av både primärvård, allmän och specialistpsykiatri samt privata kliniker, kan ändå sägas att resultatet speglar ett brett spektrum av informanter.

Under hela forskningsprocessen gjordes en etisk reflektion. Med ett begränsat urval fanns en risk att det skulle gå att identifiera individer och platser. För att säkerställa anonymiteten har samtliga namn och platser avlägsnats. I studien har det framkommit en del motstridiga data. Dessa redovisas i resultatet eftersom det är forskarens etiska ansvar att försöka redovisa så rättvisande som möjligt (Brinkmann & Kvale 2015).

Slutsats och framtida möjligheter

Studien har visat på intressanta uppfattningar och erfarenheter utifrån vårdpersonalens perspektiv. Även om resultatet inte kan generaliseras kan det kanske ändå ge kunskap om utmaningar för Region Skåne såväl som för andra regioner som arbetar eller vill arbeta med naturunderstödd rehabilitering. För att få till stånd en förändring, som en implementering av NUR, handlar det inte enbart om hinder som finns i miljön utan även om hur vi kan få människor att förändra sitt beteende (Gärling 2005). Vårdpersonalens engagemang och kunskap anses enligt studien vara central för att våga satsa på interventionen. Likaså en stöttande organisation som kan ta ett helhetsgrepp för att motivera och verkar för en långsiktig implementering. I takt med att fler läkare lär känna och får erfarenhet av interventionen ökar även insikten om dess goda effekter, vilka dessutom fås med försumbara biverkningar enligt tidigare forskning (Zarr & Bird 2018).

Det finns flera studier som visar på positiva effekter av naturbaserad rehabilitering, men för att ytterligare stärka evidensen skulle det behövas fler studier med relevant kontrollgrupp (Thulin Madsen 2015). För att vidga bilden skulle fler studier behöva göras till exempel där

personal på Region Skåne centralt tas med i urvalet. Likaså kunde en studie som undersöker möjligheter för samverkan mellan vårdenheter och Arbetsförmedlingen kunna hjälpa i syfte att på ett bättre sätt ta tillvara den positiva energin som patienter erhållit efter rehabilitering i NUR.

Författaren till denna studie ser fram emot att följa vidare utveckling av användandet av interventionen i Region Skåne och hoppas med detta arbete ha kunnat bidra i processen för nyttjandet av NUR.

Referenser

Braun, V. & Clarke V. (2008). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Björklund, C. (2001). *Work motivation: studies of its determinants and outcomes*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan.

Bringmann, S., Kvale S. (2015). *InterViews Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles: Sage Publications.

Cheung, K.K., Mirzaei M., Leeder S. (2010). Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Australian Health Review*, 34(4), 405-413.

DePoy, E. & Gitlin L. N. (2016). *Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies*. St Louis: Elsevier.

Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S.F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on social work practice*. Volume 19, NO 5, 2009.

Försäkringskassan (2016). *Sjukfrånvarons utveckling 2016*.
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/a2001891-5c47-4b8a-b47b-64dfbbd48555/socialforsakringsrapport_2016_07.pdf?MOD=AJPERES [2020-04-13]

Grahn, P. (2005). Om trädgårdsterapi och terapeutiska trädgårdar. I Johansson, M. & Küller, M. (red.) *Svensk miljöpsykologi*. Lund: Studentlitteratur, ss. 245-262.

Grahn, P., Tenngart Ivarson, C., Stigsdotter, U. K., Bengtsson, I-L. (2010). Using affordances as a health-promoting tool in a therapeutic garden. I Ward Thompson, C., Aspinall, P., Bell, P.A., (red.) *Innovative Approaches to Researching Landscape and Health: Open Space: People Space 2*, New York: Routledge, ss. 116-154.

Grahn, P. & Stigsdotter, U.K. (2010). The relation between perceived sensory dimensions of urban green space and stress restoration. *Landscape and Urban Planning*, vol. 94 (3–4), ss. 264–275 Elsevier B.V.

Gudmundsson, M. (2020). *Natur och Hälsa*. <https://www.regiondalarna.se/gronrehab#> [2020-05-10]

Gröna Rehab (2020). *Om Gröna Rehab*. <https://www.vgregion.se/ov/grona-rehab/om-grona-rehab/> [2020-05-10]

Gärling, T. (2005). Svensk miljöpsykologi i ett internationellt perspektiv. I Johansson, M. & Kuller, M. (red.) *Svensk miljöpsykologi* Lund: Studentlitteratur. ss. 359–374.

Hartig T., Mitchell R., de Vries S., Frumkin H. (2014). Nature and Health. *Annual Review of Public Health* 35(1), ss. 207-228.

Hartig, T., van den Berg, A. E., Hagerhall, C. M., Tomalak, M., Bauer, N., Hansmann, R., Ojala, A., Syngollitou, E., Carrus, G., van Herzele, A., Podesta, M. T. C., Waaseth, G., Nilsson, K., Sangster, M., Gallis, C., Hartig, T., de Vries, S., Seeland, K. & Schipperijn, J. (2011). Health Benefits of Nature Experience: Psychological, Social and Cultural Processes. I Nilsson, K., Sangster, M., Gallis, C., Hartig, T., de Vries, S., Seeland, K., Schipperijn, J. (red.) *Forests, Trees and Human Health*. New York: Springer, ss. 127–168.

Holloway, I. & Todres, L. (2003). The Status of Method: Flexibility, Consistency and Coherence. *Qualitative Research*, vol. 3 (3), pp. 345–357 SAGE Publications.

Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of Nature. A Psychological Perspective*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, vol. 15 (3), pp. 169–182. India: Elsevier.

Lilla hälsoträdgården (2018). *Grön rehab i Halland*, <http://www.lillahalsotradgarden.se/#> [2020-05-10]

Nyberg, A. (2018). *Behovsanalys vid förlängning av avtal – Naturunderstödd rehabilitering (NUR)*. <https://www.skane.se/Public/Protokoll/Upphandlingsstrategi-%20utskottet/2018-10-17/Naturunderst%C3%B6dd%20rehabilitering,%20f%C3%B6rl%C3%A4ngning/Behovsbed%C3%B6mning%20180710.pdf> [2020-04-27]

Orians, G. H. (1986). An ecological and evolutionary approach to landscape aesthetics. I Penning-Roswell, E. C. & Lowenthal, D. (red). *Landscape Meanings and Values*. London: Allen & Unwin. ss. 244-270.

Ottosson, J. & Grahn, P. (2008). The Role of Natural Settings in Crisis Rehabilitation: How Does the Level of Crisis Influence the Response to Experiences of Nature with Regard to Measures of Rehabilitation? *Landscape Research*, vol. 33 (1), pp. 51–70 Routledge. DOI: <https://doi.org/10.1080/01426390701773813>

Pálsdóttir, A.M. (2014). *The role of nature in rehabilitation for individuals with stress-related mental disorders Alnarp Rehabilitation Garden as supportive environment*. Diss. Alnarp: SLU.

Pálsdóttir, A.M., Wissler, S.K., Nilsson, K., Petersson, I.F. & Grahn, P. (2015). Nature-Based Rehabilitation in Peri-Urban Areas for People with Stress-Related Illnesses – a Controlled Prospective Study. *Acta horticulturae*, (1093), pp. 31–35 International Society for Horticultural Science.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), ss. 54–67.

Sahlin, E. (2014). *To stress the importance of nature nature-based therapy for the rehabilitation and prevention of stress-related disorders*. Diss. Alnarp: SLU.

Sahlin E., Larsson E-L (2016). *Människan och naturen, Några teorier om naturens påverkan på vår hälsa och livskvalitet*. Göteborg: Botaniska.

Sahlin, E. (2017). Intervju med Eva Sahlin, forskare vid Gröna Rehab, Göteborgs botaniska trädgård. <https://www.vgregion.se/ov/grona-rehab/fakta--forskning/intervju-eva-sahlin/> [2020-04-23]

Sahlin, E., Matuszczyk, J. V., Ahlborg, G. Jr., Grahn, P. (2012). How do Participants in Nature-Based Therapy Experience and Evaluate Their Rehabilitation? *Publ. Journal of Therapeutic Horticulture* 2012, No. 22(1).

Sanandaji, N. (2017). *Samhällsförlusten av sjukskrivningar – och värdet av att fler går från sjukskrivning tillbaka till jobb*. Stockholm: Strömbergs.

Socialstyrelsen (2015). *Om implementering*.

<https://www.kunskapsguiden.se/ebp/implementeringsstod/Implementering/Sidor/default.aspx> [2020-04-22]

Sola Corazon, S., Karlsson Nyed, P., Sidenius, U., Varning Poulsen, D., Stigsdotter, U. K. (2018). A Long-Term Follow-Up of the Efficacy of Nature-Based Therapy for Adults Suffering from Stress-Related Illnesses on Levels of Healthcare Consumption and Sick-Leave Absence: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15 (1) MDPI AG. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15010137>

Sonntag-Öström, E. (2014). *Forest for Rest. Recovery from exhaustion disorder*. Diss. Umeå: Umeå University

Stigmar, K., Kyrö Wissler, S., Åström, M., Pálsdóttir, A. M., Grahn, P., Petersson, I. (2016). *Naturunderstödd Rehabilitering på landsbygden i Region Skåne*. <https://docplayer.se/156532842-Naturunderstodd-rehabilitering-pa-landsbygden-i-region-skane.html> [2020-05-10]

Stigsdotter, U. K., Pálsdóttir, A. M., Burls, A., Chermaz, A. Ferrini, F. Grahn, P. (2011). Nature. Based Therapeutic Interventions. I Nilsson, K., Sangster, M., Gallis, C., Hartig, T, de Vries, S., Seeland, K., Schipperijn, J. (red.) *Forests, Trees and Human Health*. New York: Springer, ss. 309–342.

Stressmottagningen (2020). *Utmattningssyndrom*. <https://stressmottagningen.se/stress-och-stressjukdomar/utmattningssyndrom/> [2020-04-24]

Svensson, M. (2018). *Implementering i vården. En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv. Vårdanalys PM 2018:1*, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ISBN: 978-91-87213-96-0

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Koordinering av sjukskrivning och rehabilitering*. <https://skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/funktionforkoordinering.1033.html> [2020-05-10]

Thulin Madsen, J. (2015). *"Grön rehabilitering" Naturunderstödd rehabilitering vid stressrelaterad ohälsa – vad finns det för evidens?* Jönköping: Jönköpings universitet.

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

Ulrich, R.S., Simons, R., Losito, E., Fioriti, E., Miles, MA & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environment. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.

Ulrich, R.S. (1993). Biophilia, Biophobia, and Natural Landscapes. I Kellert, I. S., & Wilson, E. O. (red.) *The Biophilia Hypothesis*. Washington, DC: Island Press. ss. 73-137.

Vedung, E. (2016). *Implementering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Weick, K. E. & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50(1), ss. 361–386.

Wilson, E. O. (1984). *Biophilia*. Cambridge: Harvard University Press

Vårdgivare Skåne (2019). <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/forsakringsmedicin/naturunderstodd-rehabilitering/> [2020-04-13]

Zarr R., Bird W (2018). The role of the health professional. I van den Bosch, M. & Bird, W. *Oxford textbook of Nature Public Health – The role of nature in improving the health of a population*. Oxford University Press, ss. 293–297.

1177 Vårdguiden (2019). *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd i Skåne, NUR*. <https://www.1177.se/Skane/behandling--hjalpmedel/smartbehandlingar-och-rehabilitering/naturunderstodd-rehabilitering-pa-landsbygd-i-skane-nur/> [2020-04-13]

Bilagor

Bilaga 1

Alnarp 2020-01-24

Hej!

Jag heter Maria och studerar på Masterprogrammet *Outdoor Environment for Health and Wellbeing* på Sveriges Lantbruksuniversitet i Alnarp. Under våren 2020 kommer jag att skriva mitt examensarbete, där syftet är att få en djupare förståelse för varför vårdenheter remitterar eller inte remitterar till Naturunderstödd rehabilitering (NUR) i Region Skåne. Studien har fått sitt godkännande av Anja Nyberg, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Skåne och Johanna Persson, Handläggare på avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Region Skåne.

Jag planerar att under februari 2020, intervjua vårdpersonal som arbetar på olika enheter, knutna till NUR i Region Skåne. Intervjuerna kommer genomföras via ett fysiskt möte eller telefonmöte på arbetstid och ta max 30 minuter. Att delta i intervjun är helt frivilligt. Intervjun sker på deltagarens villkor och han/hon kan när som helst avbryta samtalet. Jag kommer be om samtycke för att spela in intervjun. All information blir avkodad och därmed kommer individuella svar eller enskilda personer inte kunna identifieras.

Alla uppgifter om deltagaren skyddas av sekretess enligt Offentlighets- och Sekretesslagen (2009:400). All bearbetning av data som kan sammankopplas med person sker i utrymmen som allmänheten inte har tillgång till. Sveriges Lantbruksuniversitet är ansvarig för deltagarens personuppgifter och följer EU:s dataskyddsförordning om hantering av persondata.

Resultaten kommer presenteras anonymt. Deltagaren har rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om honom/henne som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade.

Om ni ger mig tillåtelse, kommer jag, via NUR koordinatören på er enhet, att ta kontakt för intervju. Återkom gärna så snart som möjligt med besked eller om ni har frågor.

Er medverkan skulle betyda mycket för mig och Region Skåne!

Med vänlig hälsning

Maria Losell

Masterstudent

Institutionen för arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi

Sveriges Lantbruksuniversitet Alnarp

maria@losell.com

Handledare

Dr. Anna María Pálsdóttir

Institutionen för arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi

Sveriges Lantbruksuniversitet Alnarp

Assisterande handledare

Dr. Kjerstin Stigmar

Universitetsadjunkt vid Fysioterapi

Lunds Universitet

Bilaga 2

Intervjuguide

(hur menar du då, kan du utveckla, förklara lite mer, varför tror du det är så...)

1 Bakgrund

- Hur länge har du varit anställd?
- Anställningsform av läkarna på enheten? Anställd/inhyrd
- Personlig erfarenhet/kontakt med naturen?

2 Nuvarande kunskap

- Hur sprids kunskapen om NUR på enheten?
 - Känner alla läkare här till NUR?
-

3 Rutiner

- Hur ser rutinerna ut här på enheten?
- Hur många remitterar ni till NUR?
- Skulle ni vilja remittera fler? Varför?

4 Anledningar till att remittera till NUR

- När tycker du att NUR är en bra behandlingsmetod?
- Kriterier för att remittera till NUR?
- Vilka patienter upplever du remitteras till NUR? Inte remitteras till NUR?
- Hur görs detta urval?

5 Upplevelse och erfarenhet om NUR

- Hur upplever du behandling med NUR?
- Effekt? Värdefull?
- Kompletterande? Kombinerat med andra behandlingsformer?
- Saknas något?

6 Uppföljning och utvärdering

- Vad krävs av dig som NUR koordinator?
 - Vad krävs av läkaren?
 - Hur ser NUR uppföljningen ut? På pappret/i praktiken?
 - Hur ser NUR utvärderingen ut? På pappret/i praktiken?
-

7 Framtidsutsikter för NUR

- Tankar/funderingar kring NURs framtid?
- Skulle NUR kunna förbättras/utvecklas?
- Hur hanteras NUR på Region Skåne online

8 Övrigt