

2016-05-10

Naturunderstödd Rehabilitering på landsbygden i Region Skåne

VERSION 1.1



Kjerstin Stigmar, projektledare, Med Dr, Epidemiologi- och registercentrum Syd (ERC Syd), Skånes universitetssjukvård

Sara Kyrö Wissler, projektledare, institutionen Arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi (AEM), Sveriges Lantbruksuniversitet Alnarp

Mikael Åström, enhetschef/senior statistiker, Epidemiologi- och registercentrum Syd (ERC Syd), Skånes universitetssjukvård

Anna-Mara Pálsdóttir, forskare, PhD, institutionen Arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi (AEM), Sveriges Lantbruksuniversitet Alnarp

Patrik Grahn, professor, institutionen Arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi (AEM), Sveriges Lantbruksuniversitet Alnarp

Ingemar Petersson, professor försäkringsmedicin, forskningschef, Skånes universitetssjukvård

FÖRORD

Projektet *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* har genomförts inom ramen för det svenska ESF-programmet (programområde 2) med Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) som projektägare. Projektet startade den 1 augusti 2012 och avslutades den 30 september 2014. Region Skåne har varit medfinansiär av projektet. Framtagandet av denna rapport har skett i samverkan mellan Epidemiologi- och registercentrum Syd, Region Skåne samt SLU.

Innehåll

Förord.....	3
1 Sammanfattning.....	6
2 Bakgrund	7
2.1 Sjukförsäkringen och rehabilitering.....	7
2.2 Psykisk ohälsa	7
2.3 Naturunderstödda interventioner.....	8
2.4 Naturunderstödd rehabilitering vid Sveriges Lantbruksuniversitet, Alnarp	9
2.5 Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden – pilotprojekt	10
2.6 Naturunderstödd Rehabilitering på landsbygden i Skåne	11
3 Metod.....	11
3.1 Planerad design	11
3.2 Interventionen	12
3.3 Studiepopulation	13
3.4 Uppföljningsmetoder	13
3.5 Genomförande.....	13
3.5 Statistiska överväganden och analys.....	14
4 Resultat	14
4.1 Beskrivning av studiepopulation.....	14
4.2 Förändringar över tid	16
4.3 Förändring över tid- kompletterande data.....	25
5 Diskussion	27
5.1 Resultatdiskussion.....	27
5.2 Metoddiskussion	30

6 Sammanfattande slutsatser och implikationer för framtiden.....	31
7 Referenser.....	32
Appendix	37

1 Sammanfattning

Projektet *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* består av en intervention där Region Skåne, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Lantbrukarnas Riksförbund (LRF) samt Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) samarbetat för att utveckla en ny rehabiliteringsmodell, där medicinska och ickemedicinska kompetenser samverkat. Målgruppen för projektet har varit personer som sökt primärvården på grund av utmattningssyndrom, mild till måttlig depression samt ångest. Projektet har bedrivits på gårdar på landsbygden i Skåne där natur och djur används som komplement i rehabiliteringen. Elva gårdar har deltagit i projektet och varit anslutna till vårdcentralerna. Vårdcentralen har ansvarat för den medicinska kompetensen medan landsbygdsföretaget ansvarat för naturbaserade aktiviteter. Deltagare har remitterats under 2012-2013 och har sedan fritt fått välja någon av de anslutna gårdarna. Under åtta veckor, tre gånger per vecka och ungefär fyra timmar per tillfälle, har deltagarna fått vistas på gården och efter egen förmåga tagit del av olika aktiviteter. På varje gård har det funnits flera deltagare och samtliga deltagare har deltagit i olika aktiviteter efter egen förmåga.

I denna rapport har vi gjort en sammanställning av självrapporterad data som samlats in i samband med att deltagarna påbörjat *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*, när de slutat samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Resultaten baserar sig på 127 deltagare. Underlaget har, efter studiens slut, kompletterats med data från det patientadministrativa systemet (PASIS) på 67 deltagare som fått *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* under perioden 2014-2016.

Studien är genomförd utan kontrollgrupp. Därför kan vi inte uttala oss om huruvida den genomförda interventionen har haft effekt överstigande den effekt som hade upplevts utan interventionen.

Vi har kunnat se att deltagarna i genomsnitt förbättras över tid avseende hälsorelaterad livskvalitet, arbetsförmåga, sömn, ångest och depression samt aktivitet. 28 % av deltagarna hade en kliniskt relevant förbättring avseende hälsorelaterad livskvalitet och/eller självskattad arbetsförmåga vid 12- månaders uppföljning av interventionen. Det är dock viktigt att notera att det är ett stort bortfall i uppföljningarna, vilket innebär att vi saknar information om ett stort antal deltagare.

2 Bakgrund

2.1 SJUKFÖRSÄKRINGEN OCH REHABILITERING

Under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet skedde en stor ökning av sjukskrivningar och sjukersättning (sjukpension) i Sverige. Både antalet sjukskrivna, längden på sjukskrivningarna och antalet som fick sjukersättning ökade dramatiskt. Sveriges sjukfrånvaro avvek kraftigt från andra jämförbara länder i västvärlden. Endast Nederländerna och Norge uppvisade en liknande bild. (Lidwall, 2010; Palmer et al, 2004) 2014 uppvisar Sverige en sjukfrånvaro som liknar andra jämförbara länder i Europa (Försäkringskassan, 2015).

Den vanligaste diagnosgruppen i sjukförsäkringen har länge varit besvär från rörelseorganen. Under tidigt 2000-tal så ökade andelen sjukskrivna med psykisk ohälsa kraftigt. Detta är i dag den vanligaste orsaken till sjukskrivning och står för 42 % av alla pågående sjukfall. Psykisk ohälsa står för den största andelen pågående sjukskrivning för såväl män (34,7 %) som kvinnor (46,6 %). (Försäkringskassan, 2016)

I början av 2000-talet fattades det beslut om en rad förändringar i sjukförsäkringen och rehabiliteringen kopplat till återgång i arbete. Grunden för att ha rätt till ersättning från sjukförsäkringen är att en individs arbetsförmåga ska vara nedsatt med minst 25 % på grund av sjukdom eller skada (Sveriges Riksdag, 2010). Denna bedömning görs av en läkare som också ska göra en bedömning av huruvida individens funktioner är påverkade och i vilken omfattning, samt hur individens aktivitetsförmåga är påverkad. I sjukförsäkringen infördes den så kallade *rehabkedjan*, med vilket avses att det infördes fasta tidsramar för hur och när individens arbetsförmåga skulle bedömas och i relation till vad (Sveriges Regering, 2007).

I en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL), beslutade man om inrättandet av en rehabiliteringsgaranti, som riktade sig till de två stora grupperna i sjukförsäkringen: individer med psykisk ohälsa respektive smärtproblematik (Sveriges kommuner och landsting, 2008). Båda dessa grupper har nu tillgång till primärvårdsbaserad rehabilitering i form av kognitiv beteende terapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT) respektive multimodal smärtrehabilitering i Region Skåne. Eftersom sjukskrivningsfrågor tidigare inte varit en prioriterad fråga i regioner och landsting, allokerades också medel ut till dessa, ofta kallad *sjukskrivningsmiljarden* (Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting, 2005). Fördelningen av medlen baserades på landstingens/regionernas arbete med att lyfta frågan och att minska sjuktalen. I Skåne är sjukskrivningsfrågan en patientsäkerhetsfråga och utgår från att den för varje patient ska vara rätt, lagom, säker och jämställd. Samt en medveten del av patientens behandling.

2.2 PSYKISK OHÄLSA

De allra flesta som söker vård för psykisk ohälsa eller har psykisk ohälsa är inte sjukskrivna. När man tittar på sjukförsäkringen, så dominerar gruppen psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2016). Vården har inte alltid haft så mycket att erbjuda för denna patientgrupp, men genom vårdval psykiatri och rehabiliteringsgarantin, så finns ett utbud av vårdgivare i Region Skåne.

Det finns dock anledning att fundera över om andra interventioner kan vara av värde, som ett komplement eller alternativ till medicinsk behandling. Diskussionen om att allt fler tillstånd medikaliseras förs över hela världen och det finns ett stort intresse för alternativa behandlingsformer (British Medical Journal, 2016).

Att den psykiska ohälsan ökat, i synnerhet bland kvinnor, tillskrivs orsaker som nedskärningar inom personalstyrkan inom flera olika sektorer, vilket inneburit stora påfrestningar för den kvarvarande personalen. Inte minst gäller detta inom skola, vård och omsorg, där sjukligheten ökat kraftigt (Åsberg et al, 2011; Glise, 2014). De diagnoser som vuxit speciellt kraftigt inom senare år är stressrelaterad psykisk ohälsa (ICD F43). Denna grupp av sjukdomar knyts till svåra fall av psykiska trauman och stress, såsom krig och övergrepp i samband med rån. En ny diagnos fastställdes år 2003, utmattningssyndrom (ICD F43.8), som handlar om svår utmattning och trötthet till följd av långvarig kraftig stressbelastning. Denna sjukdom har inget fastställt naturalförlopp (Karlson et al, 2007; Stressrehabilitering 2014) och skiljer sig på många sätt mot vanlig depression (Åsberg et al, 2013). Tyvärr finns heller ingen evidensbaserad behandling för denna sjukdom. Exempelvis ifrågasätts KBT som behandling av personer med utmattningssyndrom av regeringens Rehabiliteringsråd (Nygren et al, 2011).

2.3 NATURUNDERSTÖDDA INTERVENTIONER

Naturunderstödda interventioner har djupa rötter inom psykiatrin, med företrädare såsom Dr. Benjamin Rush, ”the father of American Psychiatry”, som startade en psykiatrisk klinik år 1798 där aktiviteter inom trädgård och lantbruk ingick i behandlingen. Han rapporterade att dessa aktiviteter och miljöer hade mycket goda effekter på patienterna, vilket fick stort genomslag inom psykiatrin och ledde till att naturbaserade aktiviteter och miljöer kom att ingå som en självklar del inom psykiatrisk vård världen över. Anledningen till de goda effekterna på inte minst psykotiska och schizofrena patienter tillskrivs bland annat att naturen upplevs tydlig och förutsägbar, därmed möjlig att förstå och kunna förhålla sig till (Searles, 1960) och har en god verklighetskonstans (Frosch, 1966). Under andra halvan av 1900-talet minskade denna form av vård betydligt till förmån för psykofarmaka. Dock finns den kvar på många håll i världen, exempelvis i Tyskland där den naturbaserade psykiatrin fortsätter att utvecklas (Neuberger, 2008).

Inom arbetsterapi har man sedan mer än hundra år tillbaka arbetat med naturbaserade interventioner. En särskild gren började utvecklas efter första världskriget i USA: *horticultural therapy* (HT), som till en början främst tillämpades på soldater med posttraumatiskt stress syndrom och andra former av psykiska krigstrauman. Efter andra världskriget blev HT ett eget ämne på universitet runt om i världen, och egna professorer i ämnet kom på 1970-talet. Idag använder man sig av HT för behandling och rehabilitering av många olika typer av sjukdomar, inte bara psykiska. Teoribildningen utgår från aktivitetsperspektiv, såsom Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008), men också från KASAM: känslan av sammanhang (Antonovsky, 2005) och vården handlar bland annat om att förändra deltagarnas levnadsvanor så de upplever mindre stress i sin vardag.

Miljöpsykologisk forskning inom landskapsarkitektur har framförallt inriktat sig på att försöka förstå vilken typ av natur som är hälsofrämjande; när det gäller återhämtning från

stress; när det gäller att minska trötthet och återfå koncentrationsförmåga; när det gäller känslan av sammanhang (Stigsdotter & Grahn, 2002; Bengtsson, 2015).

Forskning inom naturunderstödd rehabilitering bedrivs idag i många delar av världen. USA har länge varit ledande, men idag finns starka forskargrupper även i Japan, Sydkorea, England, Spanien, Tyskland och Sverige. I Sverige har man på SLU i Alnarp sedan starten 2002 arbetat med att integrera forskning och utveckling avseende psykiatri, arbetsterapi och landskapsarkitektur i klinisk verksamhet (Alnarps Rehabiliteringsträdgård), vilket varit unikt och har väckt mycket uppmärksamhet. Forskningen såväl internationellt som i Sverige utgår från flera teorier: om naturens stressreducerande inverkan; om möjligheter att påverka trötthet och koncentrationsförmåga i positiv riktning samt om möjligheter att förändra deltagarnas levnadsvanor och aktivitetsspektrum så det innebär mindre risker att återinsjukna.

Allt mer forskningsresultat publiceras som påvisar goda effekter. Det gäller i första hand forskning inom hälsopromotion, och det som främst framhålls är naturens positiva inverkan på stressnivåer samt på trötthet och koncentrationsförmåga. Forskningen omfattar epidemiologiska studier, randomiserade kontrollerade experiment i laboratorier samt interventioner (randomiserade kontrollerade studier samt andra former av kontrollerade studier) i skolor, på kontor, i äldreomsorgen och sjukvården. (Mitchell & Popham, 2008; Bowler et al 2010; Mitchell, 2013; Ward Thompson et al 2014)

Forskningsresultaten avseende naturbaserad rehabilitering pekar sammantaget på att effekter av naturbaserade interventioner generellt sett är goda, framförallt avseende psykisk ohälsa (Jang et al 2010; Annerstedt et al, 2011; Kotozaki, 2013; Währborg et al 2014; Palsdottir et al 2014; Kamioka et al 2014; Sahlin et al 2015). Kamioka med kollegor (2014) fann att den tydligaste effekten av genomgångna interventioner fanns för behandling och rehabilitering vid psykisk ohälsa. De menar att alltför många studier är heterogena och ofullständiga när det gäller att rapportera hur interventionen ser ut avseende aktiviteter, platsens kvaliteter, kostnader och inte minst ”intervention dose” i form av behandlingstillfällen och timmar i intervention. Jang med kollegor (2010) fann att effektstorleken i medeltal var 0.71 (Cohen’s d) men att effektstorleken var klart högre (>1 Cohen’s d) för mild till medelsvår psykisk ohälsa. Högst var effektstorleken för gruppstorlekar med 6-10 deltagare. Emellertid är alla överens om att det behövs mer forskning inom området, där det krävs noggrannhet avseende exklusions- och inklusionskriterier och beskrivning av hur interventionen gått till.

2.4 NATURUNDERSTÖDD REHABILITERING VID SVERIGES LANTBRUKSUNIVERSITET, ALNARP

Vid Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) i Alnarp har man under flera år forskat om naturens betydelse för hälsan ur ett salutogent perspektiv.

Alnarps Rehabiliteringsträdgård slog upp sina portar redan 2002 och har sedan dess, i samverkan med olika samhällsaktörer bedrivit forsknings- och utvecklingsprojekt. Fokus har varit på miljöns betydelse för hälsa och välbefinnande, så kallade stödjande miljöer. Alnarps Rehabiliteringsträdgård på Campus Alnarp är ett unikt ”living lab” nationellt såväl som

internationellt. Laboratoriet erbjuder flexibla möjligheter att ta fram nya metoder som har för avsikt att varaktigt förbättra människors hälsa genom naturunderstödda interventioner.

Under de första åren låg fokus på att ta fram en modell för naturbaserad rehabilitering av personer som drabbats av stressrelaterad psykisk ohälsa. De deltagare som inkluderades i rehabilitering hade diagnosen utmattningssyndrom (F 43.8) eller lätt till måttlig depression (F32.0; F32.1). Omkring 75 % av deltagarna hade diagnosen utmattningssyndrom och 25 % depression som primärdiagnoser. Personer med stressrelaterad psykisk ohälsa lider ofta av samsjuklighet. Ser vi till sekundära diagnoser, hade majoriteten av deltagarna i Alnarp såväl utmattningssyndrom som depression. 22 % led även av en somatisk åkomma – oftast värk. De som varit sjukskrivna kortast tid hade dock inte i samma utsträckning flera diagnoser. Exempelvis hade de som diagnostiserats för utmattningssyndrom inte samtidigt en depressionsdiagnos eller smärtdiagnos. Detta utfall ligger helt i linje med andra studier, avseende såväl samsjuklighet som att längre sjukskrivning leder till svårare förlopp (Glise, 2014b; Åsberg et al 2013). I genomsnitt hade deltagarna i Alnarp varit sjukskrivna i ca fyra år och hade prövat många typer av rehabilitering utan positiva resultat. Den modell som togs fram handlade om att ett team av personer med kompetens inom natur och trädgård (landskapsarkitekt och landskapsingenjör) samt personal med medicinsk och psykologisk kompetens (arbetsterapeut, psykiater/psykoterapeut och sjukgymnast) använde sig av stödjande miljökvatiteter i trädgården i rehabiliteringen. Modellen visade goda resultat i form av signifikant lägre vårdkonsumtion för dem som rehabiliterades vid Alnarps rehabiliteringsträdgård jämfört med kontroller. Detta gällde såväl vårdkontakter i primärvård som vårddagar på sjukhus ett år efter interventionens slut (Währborg et al, 2014). Studier visar även att deltagarnas livsstil förändrades avseende vardagliga aktivitet samt att återgång i arbete ökade (Pálsdóttir et al, 2014).

2.5 NATURUNDERSTÖDD REHABILITERING PÅ LANDSBYGDEN – PILOTPROJEKT

Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden bygger på kunskap från forskningen i Alnarps rehabiliteringsträdgård. I Alnarps rehabiliteringsträdgård finns, som tidigare nämnt, kompetens inom medicin samt också natur och trädgård. I *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* finns ”den gröna” kompetensen på gårdarna medan den medicinska och psykologiska kompetensen finns på vårdcentralen. Det transdisciplinära multimodala vårdteamet i Alnarpsmodellen blir därmed uppdelad på två separata enheter. Tiden för interventionen är också nedkortad väsentligt, från tolv veckor till åtta.

Under 2008 genomfördes ett pilotprojekt som utvärderades av forskare på SLU. Region Skåne ställde sig frågan om möjligheten att skala upp verksamheten till hela Skåne. Pilotprojektet omfattade två landsbygdsveksamheter och en vårdcentral. Att skala upp betydde fler gårdar och möjlighet för ca 200 vårdenheter att anmäla sitt intresse för projektet.

En innovativ process tog fart och 2011 beviljades en ansökan till Europeiska Socialfonden med SLU som projektägare. En modell eller snarare en prototyp för hur samverkan mellan myndigheter och andra organisationer kunde se ut togs fram i syfte att ge deltagarna möjlighet till att närma sig återgång i arbete eller studier.

Avsikten med naturunderstödd rehabilitering på landsbygden var att denna typ av rehabilitering skulle vända sig till dem som hade en mindre svår diagnos än dem som remitterats till Alnarp: de skulle ha varit sjukskrivna en kortare tid och inte i samma utsträckning vara diagnostiserade med flera diagnoser. Interventionen var därför inte avsedd för deltagare med sjuk-/aktivitetsersättning eller förtidspension. Avsikten var att längre fram i tiden söka utveckla två till tre platser i Skåne där man bedrev naturbaserad rehabilitering enligt den modell som utvecklats i Alnarp, riktad till deltagare med svårare stressrelaterad psykisk ohälsa.

2.6 NATURUNDERSTÖDD REHABILITERING PÅ LANDSBYGDEN I SKÅNE

Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden har genomförts som ett projekt i Skåne, och deltagare har inkluderats i intervention under perioden juni 2012- december 2013. Syftet med projektet har varit att erbjuda *Naturunderstödd rehabilitering* som ett alternativ eller en kompletterande rehabiliteringsform, för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa såsom mild till måttlig depression, ångest eller utmattningssyndrom med risk för isolering och passivitet (Kyrö-Wissler et al, 2014; Pálsdóttir et al, 2015). Region Skåne, SLU och Europeiska Socialfonden har tillsammans finansierat projektet i samverkan med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt Lantbrukarnas Riksförbund.

I jämförelse med traditionell behandling, förväntade vi oss:

- Hälsförbättringar hos deltagarna, genom att symtomen på stressrelaterad psykisk ohälsa minskar
- Minskning av sjukskrivningstal
- Ökning av deltagarnas psykiska funktion

3 Metod

Sveriges Lantbruksuniversitet Alnarp har tillsammans med Epidemiologi- och registercentrum Syd haft uppdraget att följa upp *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*. Preliminära resultat har tidigare presenterats på den nationella konferensen *Att färdas mot nya möjligheter*, i Helsingborg 2013.

3.1 PLANERAD DESIGN

Parallellt med uppföljningarna av interventionen *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*, planerades också en forskningsstudie. Studiens design och genomförande beviljades av regional etikprövningsnämnd (Lund) den 2012-08-20 (Dnr 2012/352). För såväl uppföljningarna av interventionen som forskningsstudien, var intentionen att dessa skulle ha en kontrollerad design. En kontrollgrupp skulle identifieras parallellt, löpande med projektet och målsättningen var att inkludera 150 individer vardera i interventions- respektive kontrollgruppen. Patienter som sökte primärvård för psykiska besvär, såsom utmattningssyndrom, ångest och depression skulle erbjudas möjlighet att välja mellan *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* eller sedvanlig behandling. Trots stora ansträngningar så lyckades vi inte att rekrytera individer till kontrollgruppen.

De på förhand definierade primära utfallsvariablerna var: arbetsförmåga och arbetsproduktivitet. Sekundära utfallsmått var symtomskattning, ångest och depression, känsla av sammanhang, funktion, hälsorelaterad livskvalitet, upplevelse av vardagsaktiviteter samt sömn. Vidare avsågs att studera sjukvårdskonsumtion samt sjukskrivning.

3.2 INTERVENTIONEN

Patienter som sökt primärvården för mild till måttlig psykisk ohälsa såsom utmattningssyndrom; mild till måttlig depression samt ångest (ICD-10 diagnoskoder: F43.8, F32.0, F32.1 samt F41) har erbjudits rehabilitering i form av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*, som tillägg eller alternativ till sedvanlig behandling. Deltagarna har varit på gården under åtta veckor, tre-fyra dagar varje vecka á 3-4 timmar, totalt 96 timmar.

Projektet *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* har bestått av en intervention där Region Skåne, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Lantbrukarnas Riksförbund (LRF) samt SLU samarbetat för att utveckla en ny rehabiliteringsmodell i form av en samverkan mellan medicinska och icke medicinska kompetenser. Detta hälsopromotiva rehabiliteringsprojekt har bedrivits på landsbygden i Skåne där natur och djur används som komplement i rehabiliteringen. Gårdarna som ingått i projektet upphandlades enligt en specifik kravprofil i upphandlingsunderlaget. Krav ställdes bland annat på den fysiska miljön, personalen samt säkerhet på gården. Inledningsvis genomfördes en utbildning för de elva företagen för att ge förståelse och fördjupad kunskap om målgruppen, förutsättningar samt samverkansmodellen.

Elva gårdar har varit anslutna till projektet och deltagarna har själva fått välja vilken gård de vill vistas vid under sin rehabilitering. Vårdenheten har ansvarat för den medicinska kompetensen medan landsbygdsföretaget har ansvarat för naturbaserade aktiviteter. En rehabiliteringskoordinator på vårdenheten har ansvarat för att behandlingen vid vårdenheten av läkare/ sjuksköterska/ arbetsterapeut/ fysioterapeut harmonierar med verksamheten på landsbygdsföretaget. Rehabiliteringen har skett i grupp som har bestått av maximalt sju deltagare. Avstämningsmöten har skett innan deltagaren påbörjar rehabiliteringen inom projektet samt halvvägs genom interventionen, så kallat mittmöte. Vid dessa möten deltog deltagaren, representant från gården, eventuell arbetsgivare, handläggare från Försäkringskassan, handläggare från Arbetsförmedlingen och vårdpersonal. Mötets syfte var att planera för vad som händer efter vistelsen på gården. Syftet med vistelsen på gården var att erbjuda meningsfulla aktiviteter baserade på verksamhetens vardagliga sysslor såsom odling, skörd efterskörd samt skötsel av odlingar och djur.

Även om miljöerna och innehållet på gårdarna skiljer sig arbetade de efter samma strukturer. Programmet innehöll en samling vid start på dagen, efter det presenterades dagens aktiviteter. Viktigt i modellen var att också landa på platsen och finna ro, deltagarna uppmuntrades till att enskilt varva ner för en stund innan dagens aktiviteter kunde ta vid. Deltagarna valde aktiviteter efter egna förutsättningar och behov. Dagen avslutades med en samling, ofta kring en fika eller lättare lunch.

3.3 STUDIEPOPULATION

Individer som motsvarat inklusionskriterierna (18-67 år, diagnoskod F43.8, F32.0, F32.1 och/eller F41) och som sökt vård för psykisk ohälsa på vårdcentral, har erbjudits att delta i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*. De som varit intresserade har fått information om interventionen på vårdenheten. Om individen önskat delta så har individen fyllt i ett informerat samtycke att individens uppgifter får användas i uppföljningar av vården. Studiepopulationen består av de individer som deltagit i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd* under perioden 2012-2013.

3.4 UPPFÖLJNINGSMETODER

Deltagarna har följts upp med ett frågeformulär som består av egenkonstruerade frågor samt etablerade frågeformulär, om bland annat hälsa och funktioner. All data är självrapporterad av deltagarna. Nedan finns en sammanställning av de uppgifter som vi beskriver i denna rapport.

- Bakgrundsinformation om kön, ålder, civilstånd, hemmaboendebarn, födelseland, utbildning, svårigheter med skriftligt språk, allmän hälsa samt förväntningar på interventionen
- Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)
- Sjukskrivning eller sjuk/aktivitetsersättning
- Arbetsförmåga (Work ability score), i relation till fysiska och psykiska krav i arbetet (Work Ability Index)
- Allmänt hälsotillstånd
- Ångest och depression (Hospital Anxiety and Depression Scale)
- Sömn (Karolinska sömnenkät)
- Smärtproblem (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire-short)
- Fysisk aktivitet (Socialstyrelsens indikatorfrågor)
- Funktion (Functional Rating Index)

Utöver ovannämnda formulär så har deltagarna fyllt i frågor om arbetsförhållanden, arbetsproduktivitet (WPAI-G), hälsotillstånd (EQ-VAS), utmattning (Shirom-Melamed Burnout Questionnaire), aktivitet (OVAL-PD26), känsla av sammanhang (Sense of coherence) och vid uppföljningar en fråga om betalningsvilja. Då det finns brister i rapporteringen i flera av dessa formulär, så har vi valt att ta fram resultat på de utfallsmått som är mer tillförlitliga. Dessa presenteras i detalj i appendix. De valda utfallsmåtten bedöms också vara relevanta för studien.

3.5 GENOMFÖRANDE

Denna rapport baserar sig på deltagarrapporterade uppgifter som samlats in i frågeformulär. Deltagarna har fått formulären från vårdgivaren vid start och avslut av interventionen. Frågeformulären har dessutom skickats ut vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Vid uteblivna svar har upp till två påminnelser skickats.

Denna rapport är en uppföljning av vården i Region Skåne. Resultaten baserar sig på de individer som deltagit i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* i Skåne under perioden 2012-2013.

Intentionen var från början av att ha en kontrollerad design, med 150 individer i interventions- respektive kontrollgrupp, vilket tidigare beskrivits. Detta lyckades inte. Vidare har antalet rekryterade individer blivit färre än det som var målsättningen.

När själva studien var slutförd och resultaten dokumenterade i en databas bestämdes att kompletterande data skulle inhämtats via det patientadministrativa systemet PASIS, för att få information om de som fått Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden under den period som detta varit upphandlat (2014-2016) i Region Skånes regi.

3.5 STATISTISKA ÖVERVÄGANDEN OCH ANALYS

Patienternas förändrade värden över tid studeras med statistiska metoder. För att testa om en förändring över tid är statistiskt signifikant har Wilcoxon tecken rank test använts. Resultaten presenteras som deskriptiv statistik följt av p-värden som testar hypotesen att ingen förändring skett. Om p-värdet är mindre än 5 % anses en förändring vara statistiskt säkerställd. Inga justeringar av de statistiska resultaten har skett baserat på att flera hypoteser testas och detta är viktigt att ta hänsyn till i konklusionen av resultaten.

Då vi inte har någon jämförelsegrupp, så medger inte resultaten i denna rapport att vi kan uttala oss om effekter av interventionen utan enbart vad som händer med patienterna över tid.

Alla deltagare har inte besvarat frågeformulären och det innebär att det finns bortfall av hela enkäter men också att deltagare valt att inte besvara vissa frågor. Vi har valt att inte ersätta saknade värden utan analyserar enbart de värden som är insamlade. Detta kan medföra en skevhet i resultaten eftersom till exempel saknaden av värden kan vara ett tecken på såväl misslyckad som lyckad behandling.

De som avbrutit sitt deltagande i interventionen har exkluderats från analysen. Totalt har 12 personer avbrutit sitt deltagande.

Vi har gjort jämförelser: a) från start av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* till avslutad intervention; b) från start till sex-månaders uppföljning; c) från start till 12-månaders uppföljning. Någon justering för multiplicitet var inte möjlig eftersom rangordningen mellan de medicinska hypoteserna inte gjordes innan studiens start (ingen primär frågeställning specificerades).

4 Resultat

4.1 BESKRIVNING AV STUDIEPOPULATION

Deltagarna som påbörjade *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd* bestod till största del av kvinnor (87 %) med en medelålder för kvinnor var 43 år och för män 45 år. Generellt var utbildningsnivån hög, där 75 % hade gymnasie- eller högskole-/universitetsutbildning.

Omkring hälften (49 %) levde tillsammans med en partner. Majoriteten var födda i Sverige (90 %) (tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av deltagarna i Naturunderstödd rehabilitering (n= 124)			
	Män n= 12	Kvinnor n= 111	Information saknas n=1
Medelålder (min, max)	45 (22,57)	43 (20,64)	
	n %	n %	n %
Civilstånd			
Ensamstående	5 42	43 39	
Frånskild	0 0	13 11	
Gift/sammanboende/reg partner	7 58	54 49	
Änka/änkling	0 0	1 1	
Information saknas			1 100
Hemmaboende barn			
Inga barn	4 33	35 32	
Ett barn	1 9	27 24	
Två barn	3 25	23 21	
Tre barn	1 8	4 3	
Fyra barn	0 0	1 1	
Information saknas	3 25	21 19	1 100
Född i Sverige			
ja	11 92	100 90	
nej	1 8	11 10	
Information saknas			1 100
Utbildning			
Grundskola/realskola	1 8	14 13	
Gymnasium 2-3 år	6 50	41 37	
Högskola/universitet	5 42	41 37	
Folkhögskola	0 0	10 9	
Annan utbildning	0 0	2 2	
Information saknas	0 0	3 2	1 100

4.1.1 Svårigheter att förstå skriftligt språk

I samband med deltagande i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* fick deltagarna fylla i ett frågeformulär vid fyra tillfällen: vid starten, avslut samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Det är viktigt att veta om deltagarna upplevde svårigheter med detta. Merparten av deltagarna hade inte svårigheter att ta del av skriftlig information från till

exempel vårdgivare eller behövde hjälp till detta, men 44 % (55/124) tyckte att det vara ganska eller mycket svårt att fylla i formulär om den egna hälsan.

4.1.2 Förväntningar på Naturunderstödd rehabilitering på landsbygd

Deltagarnas förväntningar på rehabiliteringen i relation till arbetsförmåga varierade något, men vid starten av interventionen förväntade sig 53 % (67/127) att de skulle bli helt återställda eller väsentligen förbättrade.

4.2 FÖRÄNDRINGAR ÖVER TID

Deltagarna i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* besvarade en enkät vid start och slut, samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Vi har därför kunnat svara på hur deltagarna skattar olika mått, till exempel den egna hälsan, under ett års tid. Det är viktigt att notera att det finns ett stort bortfall framför allt vid uppföljningarna. Omkring hälften av deltagarna har inte besvarat enkäterna och vi saknar därför information från dessa. En sammanställning av de olika utfallsmåtternas förändring från start av *Naturunderstödd rehabilitering* till avslut och uppföljningar presenteras i tabell 2.

4.2.1 Primär frågeställning: förbättringar avseende hälsorelaterad livskvalitet och arbetsförmåga

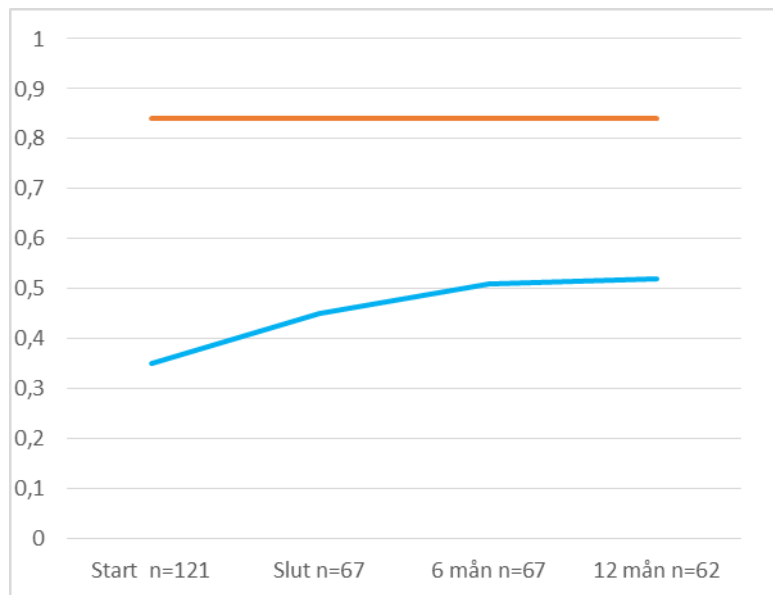
Vi har genomfört en responderanalys för att beskriva hur många som fick en relevant förbättring avseende minst ett av två centrala utfallsmått. Innan resultaten var kända definierades en primär frågeställning för att bedöma om positiva förändringar skett på individnivå över tid. En deltagare som fått en positiv säkerställd förbättring kallas för ”responder”. Analysen har gjorts på två generiska utfallsmått; hälsorelaterad livskvalitet och arbetsförmåga. Hälsorelaterad livskvalitet skattades i fem frågor, med en tregradig skala. Ett total score räknas ut och kan anta värden mellan -0,59 -1,0. En förändring över tid med minst 0,1 räknas som en relevant förändring. När det gäller arbetsförmåga så har ett skalsteg räknats som en kliniskt relevant förändring. En positiv konfirmerad förändring på minst en av dessa parametrar gjorde att patienten klassificerades som responder.

Efter avslutad intervention var 23 % av hela studiepopulationen (n=127) klassificerade som responders enligt ovanstående definition. Vid sex månaders uppföljning var 37 % responders och vid 12 månaders uppföljning var 28 % responders. Eftersom ingen målsättning med studien avseende andel responder var definierad går det inte att undersöka om målsättningen var uppfylld. Det är viktigt att notera att det finns ett stort bortfall vid uppföljningarna och det kan ha påverkat resultaten.

4.2.2 Hälsorelaterad livskvalitet

Den hälsorelaterade livskvaliteten skattades med hjälp av EQ-5D (figur 1). Om man har fullgod hälsorelaterad livskvalitet, så får man ett värde på 1,0. Genomsnittet för en svensk normalpopulation är 0,84 (Burström et al, 2001; Burström et al, 2007). Vid starten på *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* hade deltagarna ett gruppedelvärde på 0,35,

efter avslutad intervention 0,45 och vid sex- respektive 12-månaders uppföljning 0,51 respektive 0,52.



Figur 1. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D. Förändringar start-slut intervention ($p=0,0087$), start- sex månaders uppföljning ($p=0,0001$), start- 12-månaders uppföljning ($p=0,0025$). Den röda linjen motsvarar en svensk normalpopulations värde 0,84.

Efter avslutad intervention ökade detta med 0,09 ($p=0,0087$) och vid sex månaders uppföljning var ökningen 0,16 ($p=0,0001$). Efter 12 månader var ökningen 0,13 ($p=0,0025$). 20 % av deltagarna hade en kliniskt relevant förbättring (minst 0,1) efter avslutad intervention. Vid uppföljningarna hade 26 respektive 21 % en sådan förbättring. I figur 1 visas gruppmedelvärden och eftersom det vid de olika mätpunkterna är olika antal individer som besvarat enkäten, innebär det att ökningarna som ovan beskrivs inte fullt ut kan relateras till de värden som anges vid respektive mätpunkt.

4.2.3 Sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning

Vid starten av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* så uppgav 98 individer (78 %) att de var sjukskrivna i någon omfattning (figur 2). Andelen som var helt sjukskrivna var mindre efter interventionen (37 %). Vid sex månaders respektive 12-månaders uppföljning var andelen som var helt sjukskrivna 20 respektive 16 %.

Tjugofem individer (20 %) minskat sin sjukskrivningsgrad med minst 25 % vid 12-månaders uppföljning och 1 individ (1 %) hade ökat sin sjukskrivningsgrad med minst 25 % ($p=0,0000$). Direkt efter interventionen kunde ingen sådan förändring säkerställas ($p=0,4121$).

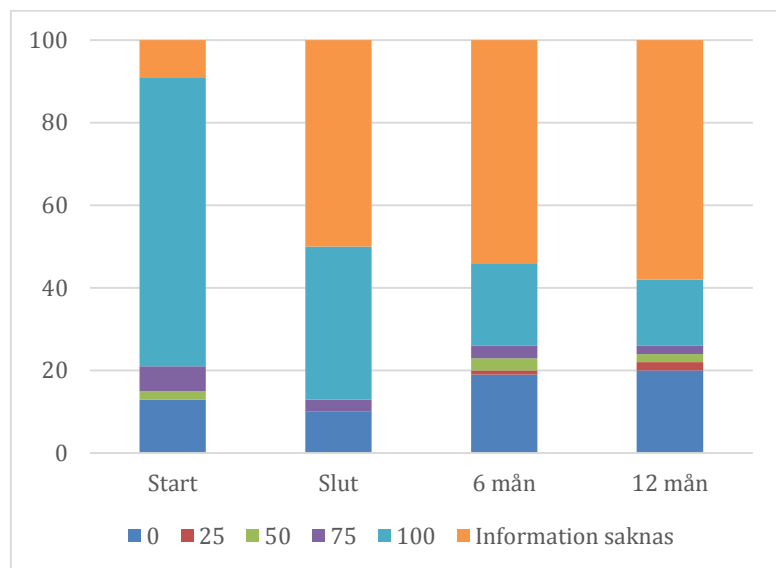
Andelen med hel sjukersättning vid start av *naturunderstödd rehabilitering* var 18 % och efter avslutad intervention var den 8 %. Vid uppföljningarna var den 12 % vid både sex respektive 12-månaders uppföljning.

Tabell 2. Sammanställning av rapporterade utfallsmått, förändring över tid.

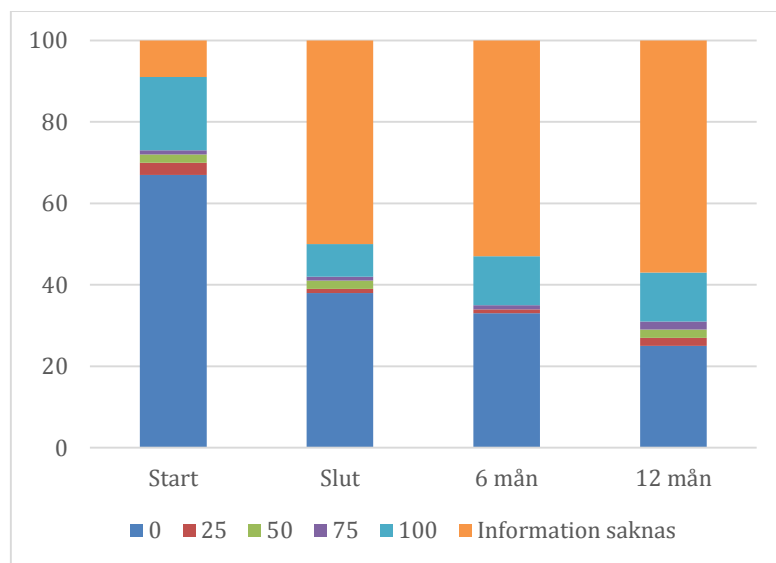
Utfallsmått	Efter intervention	6 mån uppföljning	12-månuppföljning
Arbetsförmåga	+++	+++	+++
Hälsorelaterad livskvalitet	+++	+++	+++
Sjukskrivning	+	+++	+++
Sjuk- och aktivitetsersättning	±	-	-
Arbetsförmåga fysiska krav	+	+	+
Arbetsförmåga psykiska krav	+++	+++	+++
Ångest	+++	+++	+++
Depression	+++	+++	+++
Sömn: kvalitet	+	+++	+++
Sömn: uppvaknande	-	+++	+
Sömn: trötthet	-	+	-
Smärta	+	+++	+
Funktion	+	+	+
Allmän hälsa	+++	+++	+++
Vardagsmotion	-	-	-
Fysisk träning	-	+	+++

+++ positiv förändring, statistiskt säkerställd; + positiv numerisk förändring, ej säkerställd; ± ingen förändring; - negativ förändring, ej säkerställd

Åtta individer (6 %) minskat sin grad av sjukersättning med minst 25 % och 13 individer (20 %) hade ökat den. Denna förändring är inte statistiskt säkerställd ($p=0,3094$).



Figur 2. Andelen sjukskrivna på 0,25, 50,75 respektive 100 % vid start och avslut av Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden, samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Andelen av populationen (%) (n=127).



Figur 3. Andelen med sjuk- och aktivitetsersättning på 0, 25, 50, 75 respektive 100 % vid start, avslut av Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Andelen av populationen (%) (n= 127).

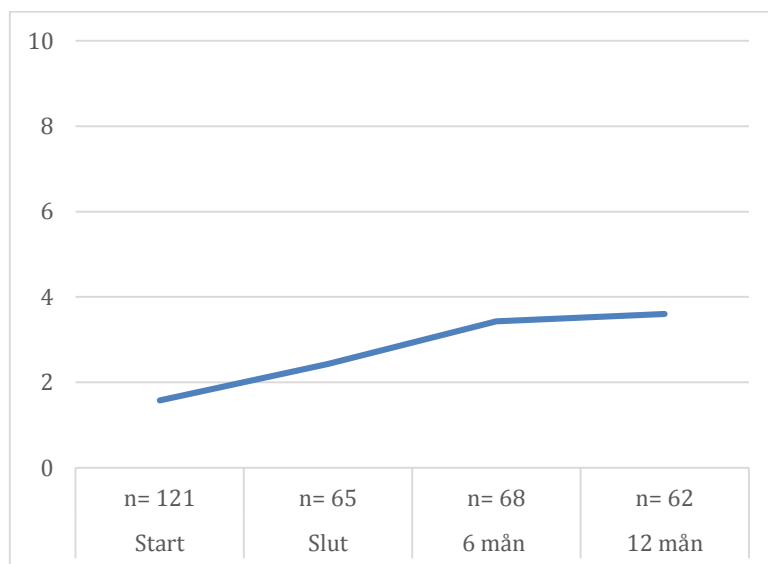
4.2.4 Arbetsförmåga

Deltagarna skattade sin nuvarande arbetsförmåga (figur 4) i relation till när den var som bäst, och där 10 motsvarar bästa tänkbara arbetsförmåga (Work Ability Score). Generellt skattade deltagarna sin arbetsförmåga som låg, men det skedde-en signifikant ökning efter

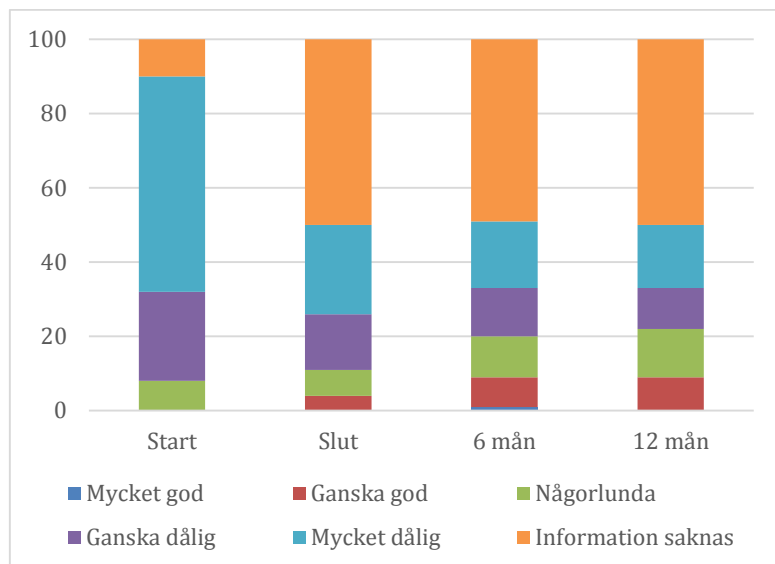
interventionens slut och fram till sex månaders uppföljning. Vid starten skattade deltagarna sin arbetsförmåga till 1,58 och vid avslut av interventionen 2,43 ($p=0,0005$). Vid sex månaders uppföljning skattades arbetsförmågan till 3,43, vilket motsvarar en ökning med 2,17 ($p=0,0000$) och vid 12-månaders uppföljning till 3,60 vilket motsvarar en ökning med 2,05 ($p=0,0000$).

Deltagarna skattade också sin arbetsförmåga i relation till fysiska och psykiska krav. När det gäller psykiska krav (figur 5), så bedömde 58 % sin arbetsförmåga som mycket dålig vid start av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*. Efter avslutad intervention så hade andelen som tyckte så minskat till 24 %.

Trettiofem individer (28 %) hade vid 12 – månaders uppföljning förflyttat sig minst ett steg mot en bättre självskattad arbetsförmåga i relation till psykiska krav och 6 individer (5 %) hade förflyttat sig minst ett steg i riktning mot en sämre. Förändringen över tid var statistiskt säkerställd ($p=0,000$).

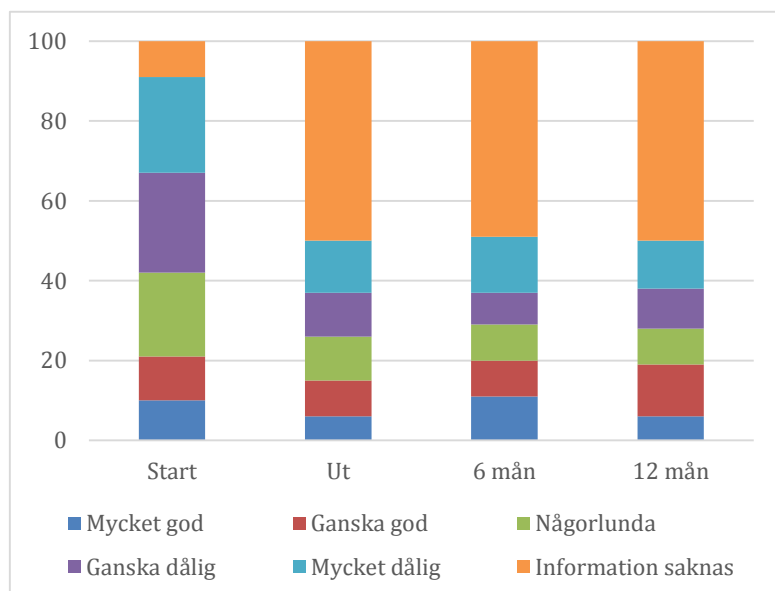


Figur 4. Självskattad arbetsförmåga vid start och avslut på Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden, samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Förändringar start-slut interventionen ($p= 0,0005$), start-sex månaders uppföljning ($p= 0,0000$) samt start- 12 månaders uppföljning ($p= 0,0000$).



Figur 5. Självskattad arbetsförmåga i relation till arbetets psykiska krav, vid start och avslut på Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Andelen av populationen (%) (n= 127).

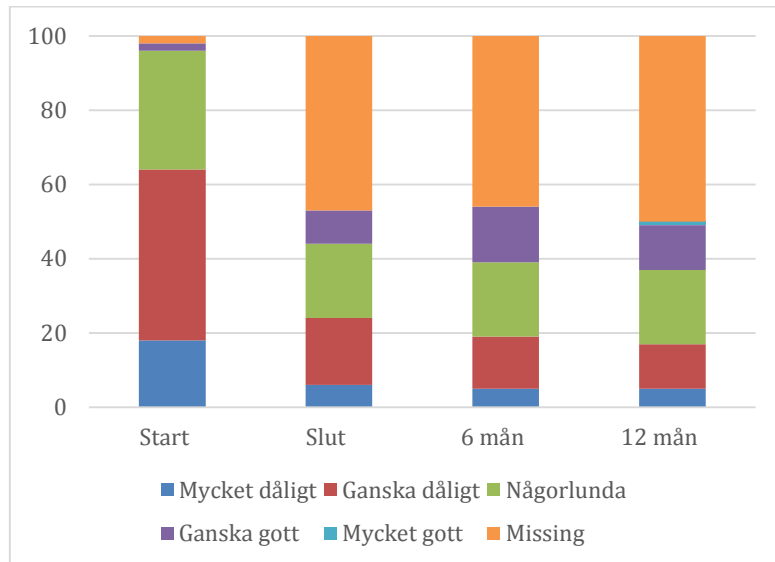
Den fysiska arbetsförmågan skattade på motsvarande sätt och där bedömde 24 % vid starten av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* sin arbetsförmåga som mycket dålig (figur 6). Inga statistiskt säkerställda förändringar skedde vad gäller att man skattade sin arbetsförmåga bättre eller sämre vid rehabiliteringens slut eller vid uppföljningarna ($p=0,7242$, $p=0,1175$ respektive $p=0,4449$ vid avslut, sex och 12-månaders uppföljning).



Figur 6. Självskattad arbetsförmåga i relation till arbetets fysiska krav, vid start och avslut på Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Andelen av populationen (%) (n=127).

4.2.5 Allmän hälsa

Deltagarna skattade det egna hälsotillståndet på en skala från mycket dåligt till mycket gott. Vid start skattade 64 % sitt hälsotillstånd som ganska eller mycket dåligt (figur 7). Andelen som skattade sitt hälsotillstånd så var mindre vid avslut och uppföljningar. Vid 12-månaders uppföljning, så hade 31 individer (24 %) skattat sin allmänna hälsa minst ett steg bättre och 2 individer (2 %) hade skattat den minst ett steg sämre ($p=0,0000$).

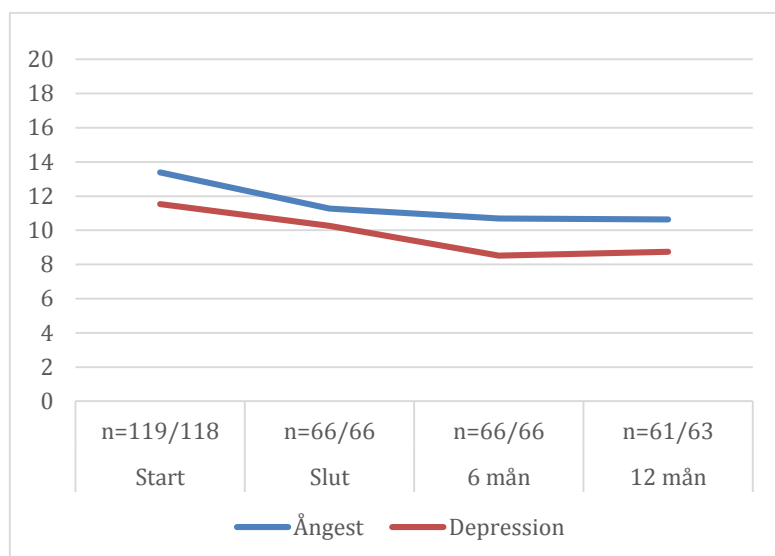


Figur 7. Självskattad allmän hälsa vid start och avslut på Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden, samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Andelen (%) (n=127).

4.2.5 Ångest och depression

Deltagarna skattade sina besvär relaterat till ångest och depression i screeningformuläret HAD. Vid starten av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* skattade deltagarna ångest som 13,39 och depression som 11,53 (figur 8). Vad gäller ångest så skattade deltagarna den som signifikant lägre vid avslutad rehabilitering ($p=0,0000$), sex månaders uppföljning ($p=0,0000$), samt vid 12-månaders uppföljning ($p=0,0000$). Gruppens medelvärde flyttade sig från klassificeringen ”ångest föreligger” (13,39) till ”möjlig ångest” (11,27; 10,70 respektive 10,64) vid uppföljningarna.

Även vad gäller depression såg man signifikanta förändringar på gruppnivå ($p=0,0000$ för samtliga mätpunkter). Vid starten hade gruppen medelvärdet 11,53 vilket klassificeras som ”depression föreligger” och vid avslutad rehabilitering samt vid uppföljningar klassificerades skattningen som ”möjlig depression” (10,26; 8,52 respektive 8,75).



Figur 8. Ångest och depression skattat med formuläret HAD vid start och slut av intervention samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning. Ångest: förändringar start-slut interventionen ($p=0,0000$), start-sex månaders uppföljning ($p=0,0000$) samt start- 12 månaders uppföljning ($p=0,0001$). Depression: förändringar start-slut interventionen ($p=0,0000$), start-sex månaders uppföljning ($p=0,0000$) samt start- 12 månaders uppföljning ($p=0,0000$).

4.2.6 Sömn

Deltagarna skattade sin sömn i formuläret *Karolinska sömnformulär*. De tre delskalor som vi bedömer relevanta och rapporterar här visar på att deltagarnas sömnkvalitet hade förbättrats vid sex respektive 12-månaders uppföljning ($p=0,0049$ respektive $p=0,0146$) men inte direkt efter interventionen ($p=0,2544$) (tabell 3). Även delskalan som mäter uppvaknade visar en förbättring dock enbart vid 6-månaders uppföljning ($p=0,0029$) men inte direkt efter interventionen ($p=0,5086$) eller efter 12 månader ($p=0,1182$). När det gäller trötthet, så sågs inga signifikanta förändringar ($p=0,7750$, $p=0,1068$ samt $p=0,9078$).

4.2.7 Smärta

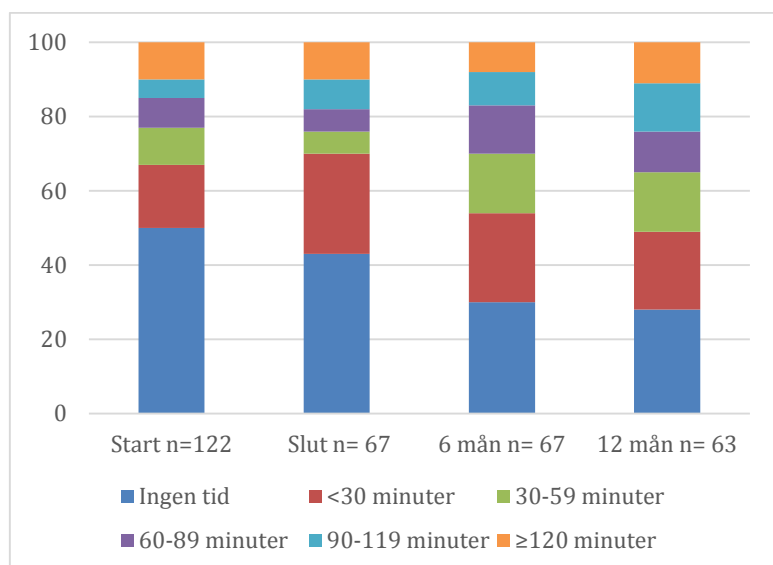
Deltagarna skattade sin smärta i formuläret *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*. Vid start av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* fick gruppen ett medelvärde på 60,14. Förändringen till efter interventionen var 2,06 förbättring ($p=0,2627$). Vid sex-månaders uppföljningen var förbättringen 6,02 ($p=0,0054$). Ett värde på över 50, betraktas på individnivå som en indikation för risk för att utveckla långvariga besvär. Vid 12 månader var förbättringen 4,72 ($p=0,1420$).

Tabell 3. Sömn, uppvaknande och trötthet vid start, slut, sex respektive 12-månaders uppföljning ($p1$= start-slut intervention; $p2$=start- 6 mån; $p3$= start- 12 mån)					
	n=116	n= 60	n= 62	n= 60	p -värden
Sömnkvalitet (maxvärde 24)	15,81	15,15	14,26	14,42	
Förändring		-0,75	-1,46	-1,22	$p1= 0,2544$ $p2= 0,0049$ $p3= 0,0146$
	n= 119	n= 59	n= 64	n= 61	
Uppvaknande (maxvärde 18)	12,61	12,36	11,45	11,41	
Förändring		0,33	-1,07	-0,75	$p1= 0,5086$ $p2= 0,0029$ $p3= 0,1182$
	n= 84	n= 57	n= 57	n= 56	
Trötthet (maxvärde 30)	16,29	15,81	13,87	14,32	
Förändring		0,03	-0,55	0,12	$p1= 0,7750$ $p2= 0,1068$ $p3= 0,9078$

4.2.8 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet mättes med Socialstyrelsens frågor om vardagsmotion respektive fysisk träning. 48 % av deltagarna ägnade sig åt vardagsmotion >120 minuter varje vecka vid start av rehabiliteringen. Inga signifikanta skillnader kunde konstateras vid uppföljningarna ($p= 0,3672$, $p= 0,9954$ respektive $p= 0,3858$).

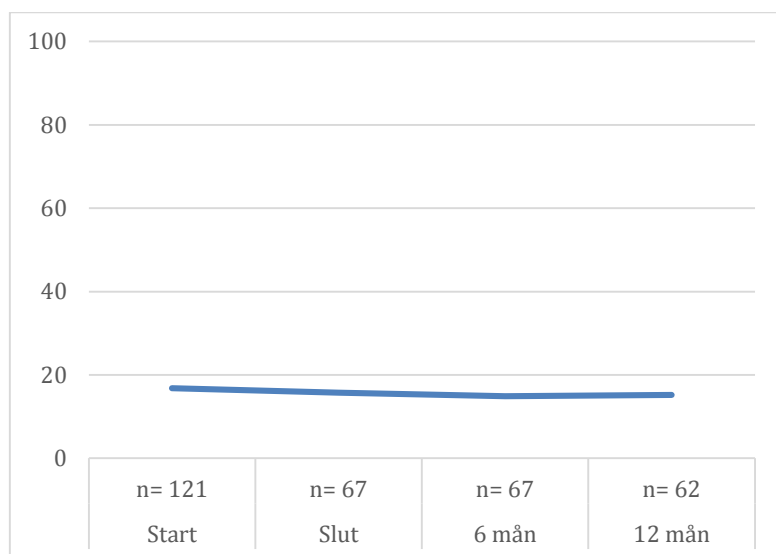
När det gäller fysisk träning så var andelen som inte alls ägnade sig åt fysisk aktivitet mindre vid 12-månaders uppföljning jämfört med start av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* (48 respektive 14 %). Sett till hela studiepopulationen hade 24 individer (19 %) som vid 12- månaders uppföljning ökat sin fysiska aktivitetsnivå och 10 individer (8 %) som hade minskat den ($p=0,0039$). Efter interventionen samt efter 6 månader fanns inte någon statistiskt säkerställd förändring ($p=0,8962$, $p=0,0937$) (figur 10).



Figur 10. Fysisk träning varje vecka. Andelen (%) av populationen (n=127).

4.2.9 Funktion

Deltagarna skattade sin funktion med formuläret *Functional Rating Index*, där 100 % innebär total funktionsnedsättning. Inga statistiskt säkerställda skillnader kunde konstateras efter avslutad intervention ($p=0,2041$) eller vid sex respektive 12-månaders uppföljning ($p=0,0599$ respektive $0,3070$).



Figur 11. Funktion, mätt med Functional Rating Index. Funktionsnedsättning i procent.

4.3 FÖRÄNDRING ÖVER TID- KOMPLETTERANDE DATA

Efter att det rehabiliteringsprogram som beskrivs i denna rapport avslutades 2013, genomförde Region Skåne en upphandling av 10 stycken gårdar som skulle erbjuda *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*. Under perioden 2014-2016 har *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* bedrivits på dessa gårdar i enlighet med det koncept som tidigare beskrivits. Deltagarna har efter informerat samtycke, fyllt i ett kortare

formulär vid interventionens start och slut. Vårdenheterna har registrerat detta i det patientadministrativa systemet PASIS. Formuläret har, förutom bakgrundsfrågor, omfattat frågor om nuvarande arbetsförmåga *Work ability score* (El Fassi et al, 2013;Ahlström et al, 2010), arbetsförmåga i relation till fysiska och psykiska krav och prognos av den egna arbetsförmågan (samtliga frågor hämtade från Work Ability Index) (Tuomi et al, 1998). Vidare har deltagarna besvarat frågor om hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) (Euroqol, 2016) samt aktivitet (OVAL-PD18) (Eklund et al, 2009).

Vi har identifierat 67 individer i PASIS, där det fanns data vid inskrivning och avslut av interventionen. Patientpopulationen har beskrivits samt jämförelser har gjorts av förändringar över tid avseende ovan beskrivna utfallsmått.

4.3.1 Beskrivning av studiepopulationen

De som tagit del av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* under perioden 2014-2016 bestod av 59 kvinnor och åtta män. Kvinnorna hade en medelålder på 40 år och männen på 48 år. Av hela studiepopulationen var 42 % ensamstående och 70 % hade gymnasie- eller högskola/universitetsutbildning. Hälften (51 %) av deltagarna har vid behandlingsstart uppgivit att de är arbetslösa och majoriteten uppgav att de var sjukskrivna (91 %).

4.3.2 Hälsorelaterad livskvalitet

Den hälsorelaterade livskvaliteten mättes med EQ-5D (Euroqol, 2016). Vid starten av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* så hade studiepopulationen ett gruppmedelvärde på 0,48. Vid avslutad rehabilitering hade detta ökat med 0,06 ($p=0,0437$).

4.3.3. Arbetsförmåga

Arbetsförmåga mättes med *Work Ability Score* (El Fassi et al, 2013;Ahlström et al, 2010), där deltagarna fick skatta sin nuvarande arbetsförmåga på en skala 0-10, där 10 motsvarar bästa tänkbara arbetsförmåga. Vid start av respektive avslut av interventionen skattade deltagarna sin arbetsförmåga till 2,04 respektive 2,99. Detta motsvarade en ökning med 0,94 ($p=0,0007$). På individnivå skattade 97 % av deltagarna sin arbetsförmåga som dålig (0-5) vid starten av *naturunderstödd rehabilitering*. Vid interventionens slut skattade 87 % sin arbetsförmåga fortsatt som så.

4.3.4. Aktivitet

Patienternas aktivitet mättes på formuläret OVAL-PD18 (Eklund et al, 2009). Vid sammanställning av skattningen räknas tre delskalor ut: oval konkret, oval symbolisk och oval självbelönande.

På skalan konkret skattade deltagarna vid start av interventionen 0,96 och vid avslutad intervention 1,49. På den symboliska skalan så skattade man 0,98 respektive 1,47. Och slutligen på den självbelönande skalan skattade man 0,97 vid rehabiliteringsstart och 1,46 vid avslutad rehabilitering. Samtliga förändringar på de tre delskalorna var statistiskt säkerställda ($p=0,0000$).

5 Diskussion

5.1 RESULTATDISKUSSION

I denna rapport har vi kunnat se att de som deltagit i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* förbättrades efter avslutad intervention och/eller vid uppföljningar avseende en rad parametrar, såsom självskattad arbetsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet, symtom kopplade till ångest och depression, sömnkvalitet och allmän hälsa.

Den metod *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*, som undersökts med hjälp av självrapporterad data i denna rapport, är helt ny och unik för Skåne. Vanligen består naturbaserade interventioner, såsom dem i Alnarp och Göteborg eller i USA och Japan, av terapeuter – ofta multimodala team – som aktivt leder interventionen (Jang et al 2010; Annerstedt & Währborg, 2011; Pálsdóttir et al 2014; Sahlin, et al 2015). I *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* tillhandahåller personalen på landsbygdsföretaget aktiviteter i en grön omgivning; aktiviteter som vanligen sker i sådana miljöer, men någon terapi sker inte. Därmed ligger denna form av intervention någonstans mitt emellan hälsopromotiva åtgärder och Horticultural Therapy. Att aktiviteter och/eller vistelser i en naturomgivning har positiva effekter på den psykiska hälsan jämfört med om samma typ av aktiviteter/vistelser sker i en icke grön omgivning finns belagt i många studier, till exempel av Mitchell (2013) och Ward Thompson et al (2014). Finns det dessutom en försäkran om att miljön där deltagaren ska vistas uppfyller krav på att vara hälsopromotiv och säker, samt att personalen har genomgått en kortare utbildning, bör man kunna förvänta sig att deltagarnas hälsa påverkas i positiv riktning (Grahn et al 2015).

Man kan alltså inte förvänta sig att denna betydligt lättare form av intervention ska ha samma effekt som en multimodal terapi i en grön miljö. De förväntade effekterna förutsätter att antingen ska interventionen ske över en betydligt längre tid, eller så ska den grupp som ska ingå i interventionen vara betydligt friskare än den grupp som rehabiliterats i vanlig naturbaserad rehabilitering, såsom den i Alnarp, Göteborg eller i internationell Horticultural Therapy. *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* har pågått under åtta veckor, jämfört med 12 veckor på Alnarp och 16 veckor i Göteborg – med möjlighet för ett steg 2 på ytterligare 12 veckor. De resultat vi presenterar här måste ses mot den bakgrunden.

Det är viktigt att interventioner riktas till rätt målgrupp, för att kunna uppnå resultat. I en rapport från SBU (2016) förs ett resonemang kring etiska aspekter; att inte utsätta individer för behandlingar som riskerar att inte ge resultat. För individer som söker primärvården för psykisk ohälsa finns möjlighet till kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT) via den nationella rehabiliteringsgarantin. Vid uppföljningar av dessa insatser, så tyder resultaten på att man får bäst effekt när målgruppen inte är sjukskriven vid rehabiliteringsstart (Hägglund et al, 2014). Det är ofta svårt att påverka utfallsmått som sjukfrånvaro, medan man däremot kan se förbättringar avseende mer hälsorelaterade mått.

Avsikten med *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* var att den skulle rikta sig till en grupp som skulle vara avsevärt friskare än de som remitteras till Alnarp. Med friskare menas här att deltagarna inte skulle vara sjukskrivna eller att sjukskrivningstiden före

interventionen skulle vara kortare och att ingen komplicerad samsjuklighet skulle finnas. Den målgrupp som *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* vänder sig till är personer med lätt till medelsvår depression och/eller ångest eller utmattningssyndrom. Det är i dag inte möjligt att ge en klar bild av vad som är ett naturförlopp för någon av dessa patientgrupper (Karlson et al, 2007; Stressrehabilitering 2014). De står för en betydande del av pågående sjukfall i Sverige och andelen har varit i ökande sedan flera år (Försäkringskassan, 2016).

En stor grupp som fått del av interventionen *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* har utmattningssyndrom. Det finns ingen klar evidens för vilka behandlingsmetoder som ska tillämpas för denna grupp (Nygren et al 2011; Åsberg et al 2011; Glise 2014).

Utmattningssyndrom är generellt sett utdraget och läkningen kan stanna upp. Det finns också risk att besvären utvecklas till kroniska (Sahlin et al 2015; Stressmottningen, 2016).

Vi kan inte med säkerhet säga att det är rätt målgrupp som fått del av *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* och kan inte utesluta att en indikationsglidning skett vad gäller remittering. Individer med sjuk- och aktivitetsersättning var inte målgruppen. Trots det uppger 24 % av deltagarna vid starten att de har någon form av sjuk- och aktivitetsersättning. Denna ersättningsform är till sin natur mer permanent och man kan inte förvänta sig förändringar över tid. I Alnarp var t ex deltagare med sjuk-/aktivitetsersättning ytterst sällsynta, bara några enstaka fall under alla år.

Värkproblematik fanns bland deltagarna vid Alnarp, men var inte något stort problem för mer än kanske 10-15 % av fallen. I denna rapport kan vi konstatera att deltagarna i genomsnitt uppger att de har smärtproblematik över det gränsvärde som finns för risken att utveckla långvariga besvär. I tidigare uppföljning av rehabiliteringsgarantin i Region Skåne, kunde vi se att patienterna med psykisk ohälsa uppgav att de hade smärtproblem (Nyberg et al, 2011). Glise har visat att det finns en omfattande samsjuklighet avseende somatiska symtom när det gäller patienter med utmattningssyndrom (2014).

Förväntningarna efter interventionen *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* var att deltagarna skulle få en hälsoförbättring när det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa, minskad sjukskrivning och förbättrad psykisk funktion. Vi har i denna rapport kunnat se att en större andel av deltagarna (64 %) skattade sitt hälsotillstånd som ganska eller mycket dåligt vid starten av rehabiliteringen, jämfört med vid 12-månaders uppföljning (17 %). Även den hälsorelaterade livskvaliteten ökade signifikant efter interventionen och fortsatte att öka något till sex månaders uppföljning, varefter den planade ut. Vi kan här notera att gruppmedelvärde (0,52) vid 12-månadersuppföljning understiger det värde en som en svensk normalpopulation förväntas ha (0,84) (Burström et al, 2001; Burström et al 2007). Ökad hälsorelaterad livskvalitet har funnits ha en stark koppling till minskad sjukfrånvaro i uppföljningar av den nationella rehabiliteringsgarantin (Busch et al, 2011).

Det har diskuterats olika värden om vad som är en kliniskt relevant förbättring avseende hälsorelaterad livskvalitet (Walters & Brazier, 2005) men 0,1 brukar betraktas som relevant (Burström et al 2001; 2007). I denna rapport kan vi se att 20 % av hela studiepopulationen hade en sådan förändring vid avslutad intervention.

I denna rapport kan vi se att andelen med sjukfrånvaro minskar, men detta är självrapporterad data som ofta är behäftad med ett stort bortfall. Vi vet därför inte om de som inte besvarat de uppföljande frågeformulären har ökat eller minskat sin sjukskrivningsnivå. För säkrare information behöver vi tillgång till registerdata från Försäkringskassan.

Arbetsförmågan var vid interventionens början mycket låg – endast i genomsnitt 1.58 på en skala som går till tio. Den stiger dock signifikant och landar på 3.60 efter tolv månader. Detta är dock fortsatt att betrakta som en genomsnittligt ”dålig arbetsförmåga” (FHV-metodik, 2016). Ser vi till hur deltagarna skattade sin arbetsförmåga i relation till psykiska krav i arbetet, ser vi att 58 % uppgav den som mycket dålig vid start av interventionen. Vid 12-månaders uppföljning skattade 17 % den så. Vad gäller arbetsförmåga i relation till fysiska krav, kunde inte samma förändring ses, men det var heller inte förväntat.

Resultaten i denna rapport bygger på självrapporterad data, som redovisas på grupp-nivå. De visar att deltagarna i flera avseende har uppnått statistiskt säkerställda förbättringar vad avser flera parametrar. För att studera kliniskt relevanta förbättringar på individnivå, gjordes en responderanalys, baserat på utfallsmåtten arbetsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet. Vid 12-månaders uppföljning hade 28 % av deltagarna en förbättring avseende ett eller båda utfallen.

En av huvudintentionerna var att förbättra deltagarnas stressrelaterade symtom. I denna uppföljning har vi endast haft möjlighet att titta på ett urval av utfallsmått som relaterar till detta. HAD, som mäter ångest och depression, visar på statistiskt säkerställda förändringar över tid. Vad gäller den egna uppfattningen om arbetsförmåga i relation till arbetets krav så förbättrades den i relation till psykiska krav i arbetet, men inte i relation till fysiska krav i arbetet. Detta var ett förväntat resultat. Deltagarnas sömnkvalitet var förbättrad vid de längre uppföljningarna, men det är osäkert om denna förändring har klinisk relevans. Också vad gäller uppvaknande kunde vi se en förändring vid 6-månadersuppföljning. Denna förändring kvarstod inte vid den längre uppföljningen vid 12-månader.

I det kompletterande datamaterialet (n=67) från 2014-2016, så bekräftas i huvudsak de resultat vi funnit vad gäller arbetsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet. Detta material har bara information från start av interventionen och vid avslutad intervention, vi har därför inte möjlighet att se förändringar över längre tid. I data som utgör huvudunderlaget i denna rapport har vi generellt kunnat se att många förändringar visar sig efter interventionens slut. Det kan handla om att levnadsvanorna och livsstilen förändrats, vilket visas ibland annat resultat från Alnarp och Göteborg (Sahlin et al, 2015; Pálsdóttír et al, 2014). I denna rapport ser vi att de mer ansträngande fysiska aktiviteterna ökade signifikant.

I det kompletterande materialet har vi också haft möjlighet att titta på aktivitetsbaserade utfall i tre dimensioner. I samtliga dimensioner ses små förändringar, men de är statistiskt säkerställda. Skalan som mäter självbelönande aktiviteter anses ha stor relevans för målgruppen för denna intervention, då de i allmänhet brukar ha svårt med denna typ av aktiviteter.

5.2 METODDISKUSSION

Denna rapport baserar sig på självrapporterad data från deltagarna i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* som deltagit under projektperioden samt under den period detta har varit en upphandlad rehabiliteringsform. Styrkan i materialet är att vi har tillgång till en relativt stor population som fått interventionen. Vidare har vi en bred repertoar av utfallsmått, som i huvudsak är baserade på valida och reliabla mätmetoder. Patientrelaterade mått som till exempel självskattad hälsa framstår som allt viktigare i uppföljningar av vården.

En av målsättningarna med programmet var att föra deltagarna närmare arbetsmarknaden. Huruvida så skett, är svårt att besvara med stöd av det material vi har tillgång till. Vi har kunnat se att man skattar sin arbetsförmåga som bättre på gruppnivå och en minskad andel av de som besvarat uppföljningsformulären uppger att de inte är sjukskrivna. För att med säkerhet kunna uttala oss, skulle vi behöva tillgång till registerdata från försäkringskassan.

Vi har inte haft tillgång till någon kontroll- eller referenspopulation. Inledningsvis var det planerat att patienter till kontrollgruppen skulle identifieras på olika vårdcentraler i Region Skåne, parallellt med att projektet löpte. Trots stora ansträngningar, lyckades inte detta. Denna metodologiska brist innebär att det inte går att uttala sig om effekter av interventionen, utan endast om förändringar över tid. Vi kan inte utesluta att de förbättringar som skett kan beror på spontan förbättring och självläkning. Även om det inte går att beskriva ett naturlförlopp för patientgruppen (Karlsson et al, 2007; Stressrehabilitering, 2014), så har tidigare studier visat att återhämtningsfasen för patienter med utmattningssyndrom ofta är en långvarig process som kan ta månader och även år (Glise et al., 2014; Perski, 2004; Åsberg et al., 2013).

Vi saknar också information om vilka som erbjudits *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*. Kring de patienter på vårdcentralerna som aldrig fått erbjudandet eller tackat nej till att delta, har vi ingen information. Vi vet alltså inte om den grupp som i praktiken erbjudits interventionen avviker från andra individer med samma symtom eller diagnoser. För att säkerställa detta skulle ett randomiserat förfarande ha tillämpats, det vill säga att individerna slumpmässigt fördelats till en kontroll- eller interventionsgrupp. Det är inte heller säkerställt om det skett en indikationsglidning, det vill säga att remitterande läkare har remitterat svårare sjuka patienter eller patienter med andra diagnoser. För att säkerställa detta behöver vi studera registerdata på vårdbesök före och efter interventionen.

Materialet som denna rapport baseras på är också behäftat med ett stort bortfall vid uppföljningarna. Detta innebär att vi saknar information om omkring hälften av dem som deltagit i interventionen, vilket kan ha påverkat resultatet. Vi vet inte bevekelsegrunden till att dessa personer valt att inte besvara uppföljningarna och kan därför inte svara på om de har förbättrats, försämrats eller är oförändrade. I analysen har vi tillämpat principen *observed cases* som innebär att vi använder tillgänglig information och inte skattar den information som saknas.

Det insamlade materialet var behäftat med brister, då vissa frågeformulär inte var kompletta vilket omöjliggjorde att räkna ut totalscore för dessa. Flera av de formulär som hade denna

problematik hade varit synnerligen relevanta utfallsmått kopplat till *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*. Den patientgrupp som interventionen riktar sig till har vanligen problem med sömn, kognitiva funktioner och aktiviteter och inte primärt fysiska funktioner. De generiska formulär som vi presenterat resultat på har dock stor relevans, då ett av syftena med interventionen var att föra individer närmare arbetslivet.

Interventionen *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* är mångfacetterad till sin art och det är därför svårt att uttala sig om vilka de verksamma komponenterna är. Detta är ett vanligt dilemma i många typer av rehabiliteringsstudier. Trots dessa svårigheter är det viktigt att följa upp även komplexa interventioner. Vi saknar också information om *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* varit den enda pågående interventionen eller om andra medicinska insatser pågått samtidigt, till exempel samtalsterapi och medicinering.

6 Sammanfattande slutsatser och implikationer för framtiden

Denna rapport beskriver gruppen individer som deltagit i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* under perioden 2012-2013 men också ett urval av dem som deltagit i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* (2014-2016) efter att detta upphandlats av Region Skåne. Rapporten baserar sig på självrapporterad data från deltagarna vid start och slut av interventionen samt vid sex respektive 12-månaders uppföljning för dem som deltog under projekttiden. Datamaterialet som är underlag för denna rapport medger endast att uttala sig om förändringar över tid. För att kunna uttala sig med större säkerhet krävs att man har tillgång till en samtida kontrollgrupp eller, om inte detta går, en referenspopulation.

Resultaten visar att 28 % av deltagarna i projektet *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*, förbättrades med en kliniskt relevant förbättring avseende den hälsorelaterade livskvaliteten och/eller självskattad arbetsförmåga. På gruppnivå ser vi också statistiskt säkerställda förbättringar avseende en rad parametrar som hälsorelaterad livskvalitet, arbetsförmåga, ångest och depression samt sömn. I studiepopulationen som baserar sig på de upphandlade gårdarna, bekräftas dessa fynd. Dock har vi inte tillgång till uppföljande data vid sex respektive 12 månader.

Huruvida dessa förbättringar kan kopplas till *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden*, är inte möjligt att besvara med det underlag som finns tillgängligt.

Vi rekommenderar att gå vidare med registeruppföljningar baserat på studiepopulationen i denna rapport, och följa upp sjukskrivning, vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion. En ny studie, möjligen med kortare uppföljning, med en samtidig kontrollgrupp vore det bästa alternativet om vi vill undersöka effekter av interventionen.

7 Referenser

- Ahlström L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health- a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(5):404-412.
- Annerstedt M & Währborg P. Nature-assisted therapy: systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011; 39:371-388.
- Antonovsky A. 2005. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur; 2005.
- Bengtsson A. From experiences of the outdoors to the design of healthcare environments. Akademisk avhandling. Sveriges Lantbruksuniversitet; 2015.
- Bowler DE, Buyung-Ali LM, Knight TM, Pullin AS. A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. *BMC Public Health* 2011; 10:456
- British Medical Journal. Too Much Medicine. Citerad: 2016-03-23.
- Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policies* 2001; 55:51-69.
- Burström K, Johannesson M, Rehnberg C. Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: Results from repeated population surveys using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2007;16:1547-53.
- Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M, Boden L, Norlund A, Jensen I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del 1. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
- Dolan P. Modeling Valuations for EuroQol Health States. *Med Care* 1997;35(11):1095-1108.
- Ekberg K, Wåhlin C, Persson J, Bernfort L, Öberg B. Early and late return to work after sick leave. *J Occup Rehabil* 2015;25:627-637.
- Eklund M, Erlandsson L-K, Persson D, Hagell P. Rasch analysis of an instrument for measuring occupational value: Implications for theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2009;16:118-128.
- El Fassi ME, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Mairiaux P. Work ability assessment in a worker population: a comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health* 2013;13:305.

Engström M, Ödegård SS, Sand T, Stovner LJ, Zwart J-A, Hagen K. The reliability of a new sleep screening questionnaire for large population-based studies. *The Open Sleep Journal* 2011;4:14-19.

Euroqol. EQ-5D. Citerad: 2016-03-31.

FHV-metodik. Svenska WAI nätverket. Citerad: 2016-03-31.

Frosch J. A Note on Reality Constancy I: Loewenstein RM, Newman LM, Schur M, Solnit AJM (redaktörer). *Psychoanalysis — A General Psychology* e. New York: International Universities Press.; 1966,pp. 349-376.

Försäkringskassan. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1. Socialförsäkringsrapport 2015:6. Citerad: 2016-04-20.

Försäkringskassan. Statistik och analys. Sjuk- och rehabiliteringspenning. Pågående sjukfall. Citerad: 2016-04-19.

Glise K. Exhaustion disorder – identification, characterization and course of illness. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet/Sahlgrenska akademien; 2014.

Grahn P, Pálsdóttir A.M, Kyrö Wissler S, Nilsson K. Förstudie om grön rehabilitering på landsbygden. Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi, Sveriges Lantbruksuniversitet: SLU Alnarp; 2015.

Hansson E, Hansson T, Jonsson R. Predictors of work ability and disability in men and women with low-back or neck problems. *Eur Spine J* 2006; 15:780-93.

Hägglund P, Johansson P, Laun L. Insatser inom rehabiliteringsgarantin och deras effekter på hälsa och sjukfrånvaro. IFAU- Institutet för Arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. Rapport 2014:12. Citerad: 2016-04-21.

Jang EJ, Han GW, Hong JW, Yoon SE, Pak CH. Meta-analysis of research papers on horticultural therapy program effect. *Korean J Horticul Sci Technol* 2010; 28: 701–707.

Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, Park H, Okuizimi H, Honda T, Okada S, Park S-J, Kitayuguchi J, Abe T, Handa S, Mutoh Y. Effectiveness of horticultural therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine* 2014; 22:930-943.

Karlson B, Pålsson B, Åbjörnsson G. Arbetsplatsbedömning. Nödvändig vid sjukskrivning för utmattningssyndrom. Centrum för Yrkes- och miljömedicin, Lund / Malmö, Bulletin 2007;4-2007:1.

Kielhofner G. A model of human occupation 5^e upplagan. Ed. Baltimore, Lippincott: Williams & Wilkins; 2008.

Kotozaki, Y. The Psychological Changes of Horticultural Therapy Intervention for Elderly Women of Earthquake-Related Areas. *Journal of Trauma & Treatment* 2013;3:184.

Kyrö Wissler S, Pálsdóttir A.M, Hallgärde U, Stigmar K, Petersson IF, Grahn, P. Nature - Based rehabilitation in primary Health care - theoretical and practical model, descriptions and considerations. Scientific knowledge and good Practice in Insurance Medicine and Social Security. 20Th EUMASS Congress Abstract Book 2014; 163-164.

Lidwall U. Long-Term Sickness Absence. Aspects of Society, Work and Family. Akademisk avhandling. Institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, Stockholm, 2010.

Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain* 1998; 14(3):209-215.

Linton SJ, Nicholas M, MacDonald S. Development of a short form of the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine* 2011;36(2):1891-1895.

Mitchell R, Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities. *The Lancet* 2008; 372:1655-1660.

Mitchell R. Is physical activity in natural environments better for mental health than physical activity in other environments? *Social Science & Medicine* 2013; 91:130-134.

Neuberger K. Some therapeutical aspects of gardening in psychiatry. *Acta Horticulturae* 2008; 790:83-90.

Nordin M, Åkerstedt T, Nordin S. Psychometric evaluation and normative data for the Karolinska Sleep Questionnaire. *Sleep and Biological Rhythms* 2013; 11:216-226.

Nygren Å, Wiklander M, Åsberg M. Rehabiliteringsrådet föreslår kvalitetsregister och kunskapscenter. *Läkartidningen* 2011;36: 2011-09-06.

Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The hospital anxiety and depression rating scale: a cross sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry* 2005; 5:46.

Palmer E. Sjukskrivningen i Sverige: Inledande översikt. I: Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T (redaktörer). *Den höga sjukfrånvaron: Sanning och*

konsekvens. Statens Folkhälsoinstitut, 2004. Citerad: 2016-04-20.

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

Sahlin E, Ahlborg Jr G, Tenenbaum A, Grahn P. Using Nature-Based Rehabilitation to Restart a Stalled Process of Rehabilitation in Individuals with Stress-Related Mental Illness. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(2): 1928–1951.

Searles, H. *The Nonhuman Environment. In Normal Development and in Schizophrenia.* Madison, CT: International Universities Press; 1960.

Nyberg A, Grahn B, Stigmar K, Strid C, Hallgårde U, Petersson IF. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Region Skåne, 2011.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Dnr. 2005/2453.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Citerad: 2016-03-21.

Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU. Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke. Effekter av fysisk träning, manuell behandling och beteendepåverkande åtgärder, 2016, kap 5. Citerad: 2016-04-20.

Stigsdotter U & Grahn P. What Makes a Garden a Healing Garden? *Journal of Therapeutic Horticulture* 2002; 13:60-69.

Stigmar KG, Petersson IF, Jöud A, Grahn BE. Promoting work ability in a structured national rehabilitation program in patients with musculoskeletal disorders: outcomes and predictors in a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disord* 2013 Feb 6; 14:57.

Stressmottagningen. Utmattningssyndrom. Citerad: 2016-04-21.

Stressrehabilitering 2014. Hälsoekonomisk utvärdering av klinisk verksamhet vid Stressrehabilitering. Stressrehabilitering, arbets- och beteendemedicinskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; 2014.

Sullivan P W, Lawrence WF, Ghushchyan V. A national catalog of preference-based scores for chronic conditions in the United States. *Medical Care* 2005;43:736-749.

Sveriges Kommuner och Landsting SKL. Överenskommelse rehabiliteringsgarantin 2008. Citerad: 2016-03-23.

Sveriges Regering. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Prop 2007/08:136. Sveriges Regering, Socialdepartementet. Citerad: 2016-03-24.

Sveriges Riksdag. Socialförsäkringsbalken SFS 2010: 110. Citerad: 2016-03-23.

Söderström M, Ekstedt, M, Åkerstedt T, Nilsson J, Axelsson J. Sleep and sleepiness in young individuals with high burnout scores. *Sleep* 2004; 27:1369-1377.

Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Perski A, Åkerstedt T. Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of occupational health psychology* 2012;17: 175-183.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. AFM-indexet- En metod att mäta arbetsförmågan. Helsingfors: Institutet för Arbetshygien; 1998.

Zigmond AS, Snaith R P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Act Psychiatri Scand* 1983;67:361-370.

Walters SJ & Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utilities measures: EQ-5D and SF-6D. *Quality of Life Research* 2005; 14:1523-1532.

Ward Thompson C, Aspinall P, Roe J. Access to Green Space in Disadvantaged Urban Communities: Evidence of salutogenic effects based on biomarker and self-report measures of wellbeing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;153:10-22.

Währborg P, Petersson IF, Grahn, P. 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* 2014;46: 271–276.

Åsberg M, Wahlberg K, Wiklander M, Nygren Å. 2011. Psykiskt sjuk av stress - diagnostik, patofysiologi och rehabilitering. *Läkartidningen* 2011; 36: 2011-09-06.

Åsberg M, Nygren, Å, Nager A. Att skilja mellan depression och utmattningssyndrom *Läkartidningen* 2013; 9: 2013-02-26.

Appendix

Beskrivning av frågeformulär

Arbetsförmåga och arbetsförmåga i relation till fysiska och psykiska krav i arbetet samt prognos av den egna arbetsförmågan

Work ability index är ett självskattningsformulär som är väletablerat inom forskning och företagshälsovård, vad gäller uppföljning av anställdas arbetsförmåga (Tuomi et al, 1998). Formuläret används ofta i sin helhet och består då av sju frågor som summeras och ger en totalpoäng. Det är också vanligt att man använder ett urval av frågor från frågeformuläret och då framför allt den allra första frågan, där individen får bedöma den egna arbetsförmågan i relation till när den var som bäst på en 10-gradig skala. Denna fråga kallas *Work Ability Score* och har visat sig kunna användas istället för hela formuläret (El Fassi et al, 2013; Ahlström et al, 2010).

Ofta kompletterar man också med att välja ytterligare några frågor där man skattar den egna arbetsförmågan i relation till arbetets fysiska respektive psykiska krav. Eftersom den grupp som deltagit i *Naturunderstödd rehabilitering på landsbygden* har svårigheter avseende psykisk funktion och psykiska krav, är det den del vi kommenterar, då vi förväntar oss förändringar där.

Hälsorelaterad livskvalitet

EQ-5D (Euroqol, 2016) är ett frågeformulär som mäter självskattad hälsorelaterad livskvalitet. Instrumentet är väl beprövat och använt brett över hela världen och är vanligt vid hälsoekonomiska beräkningar (Euroqol, 2016). Det består av endast fem frågor, där individen på en tregradig skala får bedöma sin förmåga till rörlighet, sköta sin hygien, huvudsaklig aktivitet samt om individen har smärtor/besvär och slutligen rädsla/nedstämdhet. Svartalternativen graderas från 1-3 och en sifferkombination med fem siffror erhålls, till exempel 11222. Utifrån en manual läser man sedan ut ett värde med två decimaler som anger den självskattade hälsorelaterade livskvaliteten, som kan anta värden från -0,59 till 1.0 (Dolan, 1997). Bästa tänkbara hälsa motsvaras av 1.0. I en svensk normalpopulation har man det genomsnittliga värdet 0.84 (Burström et al, 2001; Burström et al, 2007). Det finns indikationer på att ett värde på 0.60 krävs för att man ska ha arbetsförmåga (Hansson et al, 2006). Om svar på någon av de fem frågorna saknats, har inget totalvärde räknats ut. En förändring på 0,1 brukar betraktas som en kliniskt relevant förändring (Burström et al, 2007) och i uppföljningar av den svenska rehabiliteringsgarantin har man funnit ett samband mellan en sådan förändring och minskad sjukfrånvaro (Busch et al, 2011).

Sömn

Allt fler studier påvisar samband mellan sömnstörningar och stressrelaterad mental ohälsa såsom depression, ångest och utmattning (Söderström et al 2012) *Karolinska sömnformulär* är

ett svenskt validerat formulär som består av 18 frågor om sömn och som besvaras på en skala med sex svarsalternativ, från aldrig till alltid. Resultaten sammanräknas sedan i fyra delskalor. Tre av dessa används i vetenskapliga sammanhang för att undersöka hälsostatus avseende bland annat stressrelaterad mental ohälsa: sömnkvalitet, uppvaknande och trötthet. Karolinska sömnformulär har visat sig vara ett tillförlitligt instrument, med god reliabilitet och validitet (Nordin et al 2013; Engström et al 2011; Söderström et al 2004). Av dessa tre delskalor är sömnkvalitet (Karolinska Sleep Quality Index) mest korrelerat till utmattning och depression (Ekberg et al 2015). I denna rapport har vi valt att presentera resultaten från dessa tre skalor. Några validerade cut-offs eller kliniskt relevanta förändringar finns inte rapporterade.

Ångest och depression

Hospital Anxiety and Depression Scale- HAD är ett screeninginstrument som är vanligt förekommande i vården, inte minst i primärvården (Zigmond & Snaith, 1983). Individen får ta ställning till 14 påstående som sedan räknas om till två total score före depression respektive ångest. Som högst kan man få 21 poäng på respektive skala. Har man 0-7 poäng föreligger inte ångest eller depression, 8-10 poäng finns misstanke om ångest eller depression och 11 poäng och över indikerar en trolig depression. HAD används flitigt i forskning avseende stressrelaterad mental ohälsa, och testet är väl validerat (Olsson et al 2005).

Det är viktigt att påpeka att detta inte är ett diagnostiskt test, utan endast ett screening formulär. För att fastställa att depression eller ångestproblematik föreligger krävs ytterligare undersökningar.

Fysisk aktivitet

Levnadsvanor är ett vitt begrepp, men i Socialstyrelsens riktlinjer från 2011 fokuserar man kost, tobak, alkohol och fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2011). Att ha mer än en ohälsosam levnadsvana samtidigt, ökar risken för ohälsa. I denna rapport har vi fokuserat fysisk aktivitet före och efter interventionen. När det gäller fysisk aktivitet rekommenderar Socialstyrelsen att man ska vara aktiv minst 150 minuter i veckan (måttlig intensitet) alternativt 75 minuter på hög intensitet.

Långvarig smärta

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire har utvecklats för att kartlägga psykosociala riskfaktorer för långvarig smärtproblematik (Linton & Hallden, 1998). Det finns i en full version och i en kortare version, varav den senare har använts i denna uppföljning (Linton et al, 2011). Formuläret består av tio frågor om smärta, aktivitet, stress, egen uppfattning om förmåga och framtid. Totalt kan man få 100 poäng, och vid poäng över 50 bedöms man ha en ökad risk för att utveckla långvariga besvär. Om något värde saknats i den ifyllda enkäten, har detta ersatts med ett medelvärde baserat på svaren från de övriga nio frågorna.