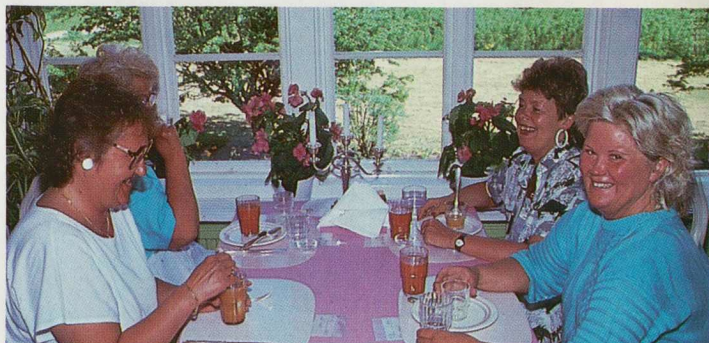




# Alternativ- medicin 2



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library  
of Sweden

# HälsaHem

*Rapport från en expertgrupp inom  
alternativmedicinkommittén*

SOU 1989:61

Alternativ-  
medicin 2



# Hälsohem

*Rapport från en expertgrupp inom  
alternativmedicinkommittén*

SOU 1989:6

Ref



Statens offentliga utredningar

1989:61

Socialdepartementet

*Alternativmedicin 2*

# Hälsohem

Rapport från en expertgrupp inom  
alternativmedicinkommittén

Alternativmedicinkommittén  
Stockholm 1989

Allmänna Förlaget har utgivit en bibliografi över SOU och Ds som omfattar åren 1981—1987. Den kan köpas från förlagets Kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM. Best. nr. 38-12078-X.

Beställare som är berättigade till remissexemplar eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor

SOU-förrådet

103 33 STOCKHOLM

Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8<sup>00</sup>—12<sup>00</sup> (externt och internt)

08/763 10 05 12<sup>00</sup>—16<sup>00</sup> (endast internt)

Produktion Allmänna Förlaget

Omslag ALLF/AD Hans Bergman

ISBN 91-38-10390-7

ISSN 0375-250X

Svenskt Tryck Stockholm 1989 933259

# Förord

För att bereda alternativmedicinkommitténs (S 1984:04) ställningstaganden i fråga om hälsohemmen beslöt kommittén i januari 1986 att tillsätta en expertgrupp där följande personer har ingått:

Stig Andersson – landstingsråd, ledamot i kommittén – ordförande

Karl-Otto Aly – leg. läkare

Marianne Boivie – sektionschef, landstingsförbundet, sakkunnig i kommittén

Åke Bruce – professor, livsmedelsverket

Åke Färnlöf – direktör, Hälsokostrådet, sakkunnig i kommittén

Ulf Nicolausson – leg. läkare, byråchef, socialstyrelsen. Avliden 1987 och ersatt av

Anna-Karin Furhoff – leg. läkare, byråchef, socialstyrelsen

Börje Olhagen – professor em., reumatologi

P-O Wester – professor, invärtesmedicin

Nils Östby – kommitténs sekreterare, sekreterare och sammankallande.

Expertgruppen överlämnar härmed sitt förslag till alternativmedicinkommittén. Gruppen är enig i sitt förslag.

2

Stockholm i augusti 1989

1

*Stig Andersson*

*Karl-Otto Aly*

*Marianne Boivie*

*Åke Bruce*

*Åke Färnlöf*

*Anna-Karin Furhoff*

*Börje Olhagen*

2

*P-O Wester*

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

*/Nils Östby*

# Förord

För att bereda allmänna förhållanden för en bättre arbetsmiljö i Sverige och för att förbättra arbetsmiljön i företag och arbetsställen har en arbetsmiljökommission utsetts. Kommissionen har utarbetat denna rapport som grund för utvärderingen av den svenska arbetsmiljölagstiftningen. Rapporten innehåller förslag till förändringar i lagstiftningen och i arbetsmiljöarbetet i företag och arbetsställen. Rapporten är utarbetad av en arbetsmiljökommission som har utsetts av Regeringen. Kommissionens ordförande är professorerna i arbetsvetenskap, Åke Palmblad och i arbetsvetenskap, Åke Palmblad. Kommissionens medlemmar är professorerna i arbetsvetenskap, Åke Palmblad och i arbetsvetenskap, Åke Palmblad. Rapporten är utarbetad av en arbetsmiljökommission som har utsetts av Regeringen. Kommissionens ordförande är professorerna i arbetsvetenskap, Åke Palmblad och i arbetsvetenskap, Åke Palmblad. Kommissionens medlemmar är professorerna i arbetsvetenskap, Åke Palmblad och i arbetsvetenskap, Åke Palmblad.

Stockholm i augusti 1983

Åke Palmblad

Karl-Olof Åberg

Åke Palmblad

P-O Wester

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	9
-----------------------	---

## I INLEDNING

Hälsohemmen och det vårdpolitiska perspektivet	13
Utredningsuppdraget	17
Arbete med hälsohemsfrågan	19

## DEL 1 – ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG

<b>1 Definition, begrepp, avgränsningar</b>	21
1.1 Definition	21
1.2 Avgränsningar	22
1.3 Överväganden och förslag	23
<b>2 Behandling vid hälsohem</b>	25
2.1 Allmänna synpunkter	25
2.2 Allmänna indikationer för hälsohemsbehandling	25
2.3 Sjukdomsbehandling där det föreligger viss vetenskaplig dokumentation	28
2.4 Behandling av specifika sjukdomar med goda resultat enligt hälsohemsrörelsens egna erfarenheter	32
2.5 Kontraindikationer	33
2.6 Alternativ behandling på hälsohem	34
2.7 Terapeuternas betydelse	35
2.8 En belysande karakteristik	36
2.9 Överväganden och förslag	38
<b>3 Personal vid hälsohem</b>	41
3.1 Generella regler för enskilt vårdhem	41
3.2 Rekrytering av personal	42
3.3 Utbildning av personal	43
3.4 Överväganden och förslag	43
<b>4 Hälsohemmen som ett led i vårdkedjan</b>	45
4.1 Landstingsremisser vanligt förekommande	45
4.2 Uttagning av patienter för hälsohemsvistelse	47
4.3 Förberedelse och uppföljning av hälsohemsvistelse	48



4.4	Överväganden och förslag	49
<b>5</b>	<b>Forskning, utveckling, utvärdering</b>	51
5.1	Ökande intresse för forskning på hälsohem	51
5.2	Genomförda, pågående och planerade forskningsinsatser	51
5.3	Är forskning nödvändig?	52
5.4	Forskningsbehovet	53
5.5	Vem skall ansvara för forskning och utvärdering?	54
5.6	Överväganden och förslag	54
<b>6</b>	<b>Ekonomi och ersättningsfrågor</b>	57
6.1	Allmän om vårdersättning	57
6.2	Sjukpenning	58
6.3	Förslag om ersättning vid förebyggande vård	58
6.4	Ersättning vid hälsohemsvistelse	58
6.5	Överväganden och förslag	59
<b>7</b>	<b>Tillsyn och kontroll</b>	61
7.1	Gällande bestämmelser	61
7.2	Tillsynen över hälsohemmen	62
7.3	Auktorisation av hälsohem	63
7.4	Överväganden och förslag	63
<b>8</b>	<b>Förslagets konsekvenser</b>	65
8.1	Konsekvenser för patienterna	65
8.2	Konsekvenser för hälsovårdshemmen	65
8.3	Konsekvenser för övriga hälsohem	66
8.4	Konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen	66
8.5	Konsekvenser för socialstyrelsen	66
8.6	Konsekvenser för enskilda läkare	66
8.7	Konsekvenser när det gäller forskningen	67

## DEL 2 - BAKGRUND

<b>9</b>	<b>Några grundläggande drag inom hälso- rörelsen och den biologiska medicinen</b>	69
9.1	Are Waerland	69
9.2	Den biologiska medicinen	71
9.3	Ytterligare strömningar inom hälsohemsrörelsen	73
<b>10</b>	<b>Hittills genomförda utredningar och undersök- ningar</b>	75
10.1	Socialstyrelsens utredning	75
10.2	Föllingeprojektet	77
10.3	Utvärdering av Österåsens hälsohem	78
10.4	Hälsocenterverksamhet i Västerbotten	80
10.5	Sandträsk hälso- och konvalescenthem 1984	85

10.6	Vem är hälsohemsgästen?	88
10.7	Varbergprojektet	90
10.8	Kostbehandlingsprogram vid Nyhyttan	92

<b>Ordlista</b>		95
-----------------	--	----

## BILAGOR

### 1-7 Expertrapporter

1	Bruce, Å: Effekter av hälsohemsvistelse	101
2	Järnerot, G: Tilläggsrapport till "Hälsohemmen och de inflammatoriska tarmsjukdomarna. Ett försök till en objektiv värdering"	109
3	Lindholm, Nalle: Hälsohem och astma/allergivård	113
4	Olhagen, B: Betr. reumatikervård vid de s.k. hälsohemmen	115
5	Szanto, E: Balneoterapi	121
6	Öckerman, P-A: Fastans fysiologiska och biokemiska effekter, indikationer och kontraindikationer	123
7	Östman, J: Behandling av hypertoni, obesitas och diabetes	127
<b>8</b>	<b>Inlaga från Hälsohemmens riksförbund</b>	<b>133</b>
<b>9</b>	<b>Hälsohemsliknande verksamhet i andra länder (Aly/Östby)</b>	<b>137</b>
<b>10</b>	<b>Förteckning över svenska hälsohem, kurorter m.m.</b>	<b>141</b>
<b>11</b>	<b>Alternativmedicinkommitténs förslag rörande hälsohem (Kap. 5 ur huvudbetänkandet)</b>	<b>149</b>

- 10.6 Vem är ansvarig?
- 10.7 Varför gör du det?
- 10.8 Kostnadsberäkning och värde.

Ordlista

BILAGOR

1-7 Experimenter

- 1 Bruce A. Ekstein av hälsominskning
- 2 Järmer, O: Järmerens tillstånd
- 3 de infektionssjukdomarna för olika typer av objekt
- 4 Lindholm, Nalle: Hälsa och sjukdom
- 5 Östberg, H: Den svenska sjukvården
- 6 Hälsominskning
- 7 Szanto, E: Hälsominskning
- 8 Österman, P-A: Hälsa och sjukdom
- 9 effekter, infektion och kostnadsberäkning
- 10 Österman, J: Hälsa och sjukdom
- 11 distans
- 12 Inlagan från Hälsominskning
- 13 Hälsominskning och hälsa
- 14 (AlvÖst)
- 15 Förtäckning över svenska hälsa
- 16 hälsa m.m.
- 17 Alternativa hälsominskning
- 18 rörelse hälsa (Kap 5 m)
- 19 huvudboken

# Sammanfattning

Expertgruppen för hälsohem har haft i uppdrag från alternativmedicinkommittén (S 1984:04) att föreslå åtgärder rörande hälsohemmens roll och plats inom hälso- och sjukvården. Bakgrunden är att hälsohemmen under senare år på olika sätt aktualiserats hos sjukvårdshuvudmännen. Vissa landsting har etablerat egna hälsohem, andra har en mycket restriktiv hållning till behandling på hälsohem medan återigen andra landsting remitterar patienter till privata hälsohem i mycket varierande omfattning. Ett antal landsting har genomfört eller genomför egna utredningar beträffande hälsohem. Om en patient skall komma i åtnjutande av landstingsfinansierad behandling på hälsohem beror således inte enbart på det faktiska medicinska behovet utan även på var i landet vederbörande är bosatt.

## En kontroversiell fråga

Expertgruppen konstaterar att det inom den medicinska världen råder delade uppfattningar om värdet av hälsohemsbehandling. En förändring i synsättet på hälsohemmen har dock i viss mån inträtt i och med att flera landsting startat egna hälsohem/hälsocentra.

Nästan alla experter förefaller vara överens om att hemmens friskvårdande inriktning med motion, vegetarisk kost och stressreducerande aktiviteter inte står i konflikt med vetenskapens nuvarande ståndpunkt även om inte alla inslag i hälsohemmens verksamhet på detta område är bekräftade genom vetenskapliga undersökningar.

När det gäller sjukdomsbehandling har expertgruppen gjort en genomgång av i dag tillgänglig forskning och utvecklingsverksamhet och kommit fram till en förteckning över vilka sjukdomstillstånd och riskfaktorer som påverkas gynnsamt av hälsohemsbehandling. Härutöver redovisas hälsohemmens egna behandlingserfarenheter.

I rapporten konstateras att resultat kan uppnås med hälsohemsbehandling när det gäller exempelvis högt blodtryck, viktninskning och höga blodfetter. En tid efter hemkomsten har dock värdena i allmänhet återgått till de ursprungliga eller näst intill. Det bör påpekas att samma goda resultat beträffande viktninskning, blodtryckssänkning och blodfettreduktion visat sig kunna ernås även vid hälsocenter (Vindeln) där en modifierad normalkost tillämpas. Även i dessa fall har dock effekten ej varit länge bestående efter hemkomsten. Föreliggande undersökningsrapporter visar således att det i vårt samhälle utan stark motivation och stöd från familj, arbetskamrater och vänner kan vara svårt för många människor att lägga om sin livsföring enligt de principer som företräds av hälsohemmen och hälsorörelsen.

Gruppen konstaterar dock att efterfrågan på vård vid hälsohemmen är tämligen omfattande och att patienterna ofta upplever sig ha fått stor hjälp av denna vårdform.

Under beteckningen hälsohem rymms i dag mycket skiftande institutioner som har det gemensamt att de serverar vegetarisk kost och i allmänhet bedriver fasteverksamhet. Ideologiskt bygger de flesta på idéer som lanserades i Sverige av Are Waerland på 1930-talet. Ett hälsohem kan vara en ur hälso- och sjukvårdssynpunkt välutrustad anläggning med kvalificerad personaluppsättning som ger en rad olika behandlingsformer och ha kapacitet för kanske 100-talet patienter/gäster. Ett hälsohem kan också vara ett gästhem för 10-15 gäster som drivs i familjeregi och som förutom ett vegetariskt bord även kan erbjuda stöd vid fasta.

## Sammanfattning av förslag och rekommendationer

För att skilja ut den grupp hälsohem som fyller kraven för enskilt vårdhem föreslår expertgruppen att en ny kategori inrättas, nämligen *hälsovårdhem* (1.3). De förslag och rekommendationer som ges nedan i sammanfattning gäller i huvudsak denna kategori.

- o Alla privata hälsohem med minst tre vårdplatser som ger medicinsk vård och behandling (hälsovårdhem) är enligt vårdhemsstadgan skyldiga att ansöka om tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem varigenom de automatiskt faller under samhällets tillsyn. (1.3)
- o Hälsovårdhemmen bör ses som ett resurstillskott till vad hälso- och sjukvården i övrigt har att erbjuda och deras kompetens bör tas till vara bättre än hittills både när det gäller allmänt hälsofrämjande behandling och specifik sjukdomsbehandling. Vid bedömningen av vård vid hälsovårdhem bör anläggas ett brett synsätt där även faktorer som personlig motivation samt sociala och humanitära aspekter vägs in. (2.9)
- o Gruppen rekommenderar att landstingen finansierar vård på hälsovårdhem. Medicinska ställningstaganden bör utgöra själva grunden för vårdbeslutet och därvid bör de indikationer och kontraindikationer som redovisats i främst avsnitt 2.3 och 2.5 tjäna som vägledning.
- o När det gäller personalsammansättningen vid hälsovårdhemmen fastläggs de formella förutsättningarna i vårdhemsstadgan. Gruppen gör två påpekanden. Dels bör tillgången på läkare vara minst en halvtidsbefattning, dels bör intresseorganisationer och personalansvariga arbeta för att uppmuntra en nära kontakt mellan personalen på hälsovårdhemmen och den konventionella vården. (3.4)
- o Gruppen vill särskilt understryka det angelägna i att hälsovårdhemsvistelsen placeras in i en behandlingsplan som omfattar inte bara tiden närmast före vistelsen på hälsovårdhem utan även tiden efter. Varje patient som vistas på hälsovårdhem bör således följas upp av behandlande läkare. Uppföljningen har flera syften. Förutom att fungera som stöd och hjälp åt patienten att efter hemkomsten bibehålla de eventuella positiva

- effekter som uppnåddes i samband med vistelsen på hälsovårdshemmet bör den även ligga till grund för en bedömning av behandlingsresultatet och därmed också utgöra en grund för landstingets framtida ställningstagande till vård vid de aktuella hälsovårdshemmen. (4.4)
- o Enligt vår mening finns det ofta en brist på kunskap om hälsohemmens arbete och inriktning inte bara bland läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal utan även bland sjukvårdspolitiker. Vi vill därför rekommendera en ökad kommunikation mellan företrädare för den offentliga vården och hälsovårdshemmen. Ansvar för att en sådan kontakt kommer till stånd anses ligga hos båda parter. (4.4)
  - o Utöver den tillsynsverksamhet som är fastställd för enskilda vårdhem föreslår expertgruppen att socialstyrelsen inrättar ett samordningsorgan för hälsohemsfrågor. (7.4) I detta organ föreslås ingå representanter för berörda myndigheter och intresseorganisationer samt fristående experter. Socialstyrelsen föreslås också företa en översyn, vad avser hälsohemsverksamhet, av föreskrifter och allmänna råd i anslutning till stadgan om enskilda vårdhem m.m. (4.4)
  - o Expertgruppen har angett exempel på områden där ytterligare forskning bör sättas in och föreslår att en samordning av den framtida forskningen handhas av Forskningsrådsnämnden, FRN. (5.6)
  - o Tänkbara konsekvenser av expertgruppens förslag beskrivs i kap. 8.



# INLEDNING

---

## Hälsohemmen och det hälsopolitiska perspektivet

I det internationella sammanhanget är de svenska hälsohemmen knappast unika. Liknande institutioner, ofta av hög standard och med god medicinsk renommé, återfinns främst i Mellaneuropa men även i England och USA m.fl. länder. I Sverige intar de dock en särställning i flera avseenden. De bedriver en omfattande sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande verksamhet och vissa hem behandlar sjuka personer. I motsats till exempelvis tidigare generationers, och även dagens, kurorter, som var väl etablerade inom det medicinska systemet, bygger hälsohemmen på idéer som är omdiskuterade eller betraktas som alternativ eller komplement till konventionell medicinsk behandling.

I motsats till t.ex. i Västtyskland och Schweiz, drar man i Sverige en skarp gräns mellan det som anses förenligt med "vetenskap och beprövad erfarenhet" (vilket fastställs av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och domstolarna) och övrig medicinsk verksamhet. Bl.a. till följd av denna gränsdragning har det förekommit problem i kontakten mellan hälsohemmen och hälso- och sjukvården. Dessa problem har inte endast haft med innehållet i terapierna att göra, utan även med det faktum att hälsohemmen i regel drivits av lekmän utan läkarmedverkan. På senare år har en förändring skett. I dag har således flera av de större hälsohemmen medicinskt ansvarig läkare och legitimerade sjuksköterskor förutom personal med olika specialutbildningar.

Intresset för hälsohemmens verksamhet, och för de bakomliggande idéerna, har, trots denna utsatta position, stadigt ökat bland allmänhet och politiker. Även bland läkarkåren förefaller intresset ha ökat vilket främst märks däri att, enligt samstämmiga uppgifter från de ledande hälsohemmen, ett allt större antal läkare remitterar allt fler patienter till hälsohemmen för behandling.

Uppmärksamheten kring hälsohemmen har bl.a. lett till att tre landsting (Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten) har startat egna hälsohem med samma eller liknande inriktning som de privata hälsohemmen.



Detta ökande intresse för hälsohem, vegetarisk kost och inortodoxa behandlingsmetoder som manifesterats under senare decennier bör ses i ett vidare perspektiv.

Under 1900-talet har, i de industrialiserade länderna, skett en fortgående och genomgripande utveckling på hälsoområdet uttryckt i termer som medellivslängd och sjukdomspanorama. Denna utveckling är knuten till den medicinska utvecklingen men hör även samman med sociala och ekonomiska framsteg. Ett exempel är reumatisk feber som är ett följdillstånd till en svalginfektion orsakad av streptokocker. Sjukdomen var tidigare mycket vanlig förekommande i Sverige men under 20- och 30-talen noterades en sjunkande frekvens, vilken satts i samband med den förbättrade sociala standarden under denna tid - bättre bostäder och förbättrad näringsstandard. En drastisk nedgång i frekvensen av reumatisk feber inträdde emellertid först efter introduktionen under 40-talet av penicillinbehandling mot svalginfektioner. Fortfarande är dock den reumatiska febern inte ovanlig i länder där befolkningen lever under sämre sociala villkor än i Sverige, framför allt i storstädernas slumdistrikt.

Men standardutvecklingen har inte bara löst vissa hälsoproblem och sociala problem, den har också skapat andra.

Under efterkrigstiden har skett en kraftig ökning av bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar och tumörer i vissa åldersgrupper. Dessa sjukdomar är i mycket stor utsträckning orsakade av våra levnadsvanor och av miljön. Speciellt viktiga orsaksfaktorer anses rökning och felaktiga kostvanor vara.

Även om hälsotillståndet som helhet bland befolkningen har förbättrats under det senaste decenniet så finns det fortfarande stora hälsoproblem kvar att lösa. Socialstyrelsens folkhälsorapport (Socialstyrelsen redovisar 1987:15) anger således att även om jämlikheten ökat när det gäller den materiella välfärden i stort "så har klasskillnaderna ökat vad gäller expositionen för vissa levnadsförhållanden som verkar negativt på hälsan". Som exempel anförs att rökning, arbetslöshet, jäktigt och monotont arbete, hög fettkonsumtion, övervikt och låg fysisk aktivitet på fritiden är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Man förutspår att vi kommer att få uppleva en ökning av de sociala skillnaderna i hälsa.

Under 1960-talet började nya idéer tränga fram inom den offentliga sektorn om hur denna ogynnsamma utveckling borde mötas. Den kanadensiske hälsovårdsministern Marc Lalonde presenterade i början av 70-talet ett program som påverkat den hälsopolitiska utvecklingen i de flesta industriländer. Han fastslog att hälsoarbetet i samhället borde indelas i fyra hälsoområden (Health Field Concepts) som borde tillmätas lika vikt. Dessa områden speglade också orsaken till den nya sjukligheten. Områdena var 1) biologiska faktorer, 2) miljön, 3) livsstilen och 4) hälso- och sjukvårdssystemet.

Med andra ord handlade det dels om faktorer som var oåtkomliga för den enskilda individen, dels om sådana som hon själv direkt eller indirekt kunde påverka. Underförstått: För att komma till rätta med de nya hälsoproblemen krävdes inte enbart medicinska insatser utan även förändring av miljön och den personliga livsstilen.

Samtidigt börjar även ett nytt synsätt på begreppet hälsa göra sig gällande. Historiskt hade "hälsa" varit ett neutralt begrepp, närmast frånvaro från

sjukdom. Enligt WHO:s definition från 1948 är hälsa inte enbart "frånvaro av sjukdom och skada" utan även ett tillstånd av (fullkomligt) välbefinnande, alltså något positivt, något som ansågs ha egenvärde och som skulle kunna förbättras genom åtgärder främst i miljön och av livsstilen. Det äldre begreppet att förebygga (specifika) sjukdomar (Disease Prevention), som lett fram till vaccinationsprogram, insatser för bättre hygien, mödra- och barnhälsovård etc., kompletterades med åtgärder för att främja hälsan (generellt) – Health Promotion. Häri innefattas bättre kost, fysisk aktivitet, åtgärder mot rökning, alkohol, droger etc. – "friskvård", men också insatser för att förbättra miljön, både den fysiska och psykiska, i naturen, på arbetsplatsen, i bostadsområdet, i hemmet.

Den här beskrivna utvecklingslinjen ligger till grund också för den hälsopolitiska utvecklingen i Sverige. Den tidigare sjukvårdslagen ersattes 1982 med en hälso- och sjukvårdslag (HSL) som är en ramlag med målbeskrivning som betonar förebyggande arbete och medbestämmande för patienter. Andra lagar inom exempelvis socialtjänst och hälsoskydd har samma perspektiv. Med ett gemensamt begrepp kan man tala om ett offensivt förhållningssätt till hälsoarbetet, som skall omfatta både det officiella samhället – stat, landsting och kommun - näringsliv, folkrörelser och frivilliga organisationer. Hälsa, har det fastslagits, är en angelägenhet för alla grupper i samhället och även ett ansvar för den enskilde individen. Detta arbete förutsätter också samverkan på bred bas inte minst med tanke på ett effektivare resursutnyttjande. Hälsoarbetet kan sägas ha genomgått en utveckling på senare decennier mot en helhetssyn, vilken omfattar såväl individ som samhälle, såväl fysiska som psykiska och sociala komponenter, såväl kropp som själ.

## Var finns då hälsohemmen i denna utveckling?

Å ena sidan kan fastslås att ett 20-tal institutioner med inriktning på behandling av sjuka och med sammanlagt mindre än 1 000 vårdplatser knappast utgör en väsentlig resurs i det totala behandlingsperspektivet. En resurs som dessutom, när det gäller behandlingsmetoder, är omdiskuterad och ifrågasatt av medicinsk expertis.

Det är å andra sidan ingen tvekan om att de bästa hälsohemmen redan från början haft ett helhetsperspektiv av den typ som här redogjorts för. Att se människan som en odelbar helhet och människans hälsa som en produkt av arv, livsföring och miljö framhålls speciellt av den biologiska medicinen och hälsohemsrörelsen. I detta avseende har man alltså legat långt framme i utvecklingen.

Även på ett annat område har hälsohemmen företrätt och företräder "moderna" idéer. Grunden för deras verksamhet är det förebyggande, livsstilspåverkande, arbetet. Detta är mera centralt – och föga kontroversiellt – än själva behandlingsarbetet, även om det senare kommit att stå mera i debattens focus.

En viktig, och med modern hälsopolitisk utveckling sammanfallande, punkt är betoningen av utbildning och information. Hälsohemmen är i hög grad livsstilsskolor, låt vara med en propagandistisk inriktning, i vilka patienterna får lära sig praktiskt att leva sunt, dvs. laga hälsosam mat, olika motionsför-

mer, avspänningstekniker etc.

Mot detta kan med viss rätt hävdas att hälsohemmen förespråkar en livsstil som inte alla människor kan eller vill tillämpa fullt ut av sociala eller personliga skäl. Detta får till följd att många människor i varje fall delvis återgår till sina gamla mönster kortare eller längre tid efter hälsohemsvistelsen, särskilt när det gäller kost- och alkoholvanor. Det goda resultat som i många fall uppnåddes på hälsohemmet försämras därigenom.

De få beteendevetenskapliga studier som gjorts på patienterna/gästerna vid hälsohemmen visar en stor tillfredsställelse med behandlingen och omvårdnaden. Ett sammanfattande intryck är att man mår bra på hälsohem och känner sig väl omhändertagen, att symtomen lindrats och ibland försvunnit. Hälsohemsvistelsen innebär ofta en start för ett hälsosammare liv, men omställningen från tidigare vanor kan vara så påtaglig att det kan uppstå svårigheter efter hemkomsten.

Trots de reservationer som kan finnas anledning att göra måste hälsohemmen betraktas som intressanta komplement till den konventionella vården. Särskilt gäller detta det förebyggande och hälsobefrämjande arbetet och den livsstilspåverkan som kan bli det bestående resultatet av vistelsen. Ett stort intresse för hälsohemsverksamhet har också visats från många landsting. Förutom de tre landsting som sedan några år tillbaka bedriver hälsohem eller hälsocentra har även ett tiotal andra landsting gjort utredningar eller på andra sätt manifesterat intresse för sådan verksamhet.

Huruvida detta verkligen kommer att leda till att ytterligare institutioner etableras beror på många faktorer. Det förefaller dock som om intresset för vissa av hälsorörelsens idéer, t.ex. den vegetariska kosten, ökar inom hälso- och sjukvården.

Den av alternativmedicinkommittén tillsatta expertgruppen för hälsohem vill med denna samling av synpunkter och förslag definiera begreppet hälsohem och avgränsa företeelsen från andra verksamheter samt även föreslå ramar och kriterier för hur denna verksamhet bäst skall kunna tillvaratas i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Alternativmedicinkommitténs förslag rörande hälsohem, som i allt väsentligt bygger på denna rapport, återfinns som kapitel 5 i kommitténs huvudbetänkande (SOU 1989:60) samt som bilaga i denna rapport.

# Utredningsuppdraget

Regeringen beslutade den 20 december 1984 att utreda frågor kring den s.k. alternativa medicinen. Utredningen, som antagit namnet alternativmedicinkommittén, började sitt arbete i februari 1985. Uppdraget är omfattande och kommitténs arbete bör, enligt direktiven, vara avslutat under år 1988.

Direktiven (1984:46) till alternativmedicinkommittén återges i sin helhet i kommitténs huvudbetänkande. Nedan redovisas en sammanfattning av utredningsuppdraget.

En kommitté bör tillsättas för att utreda frågor som rör den alternativa medicinens ställning i vårt samhälle. Utgångspunkten för kommittén bör vara att den enskilde så långt det är möjligt får frihet att själv välja erbjudna behandlingsformer och behandlingsmetoder. Samtidigt måste den vårdsoökandes behov och säkerhet beaktas. Krav på yrkesutövare och metoder inom den alternativa medicinen måste givetvis ställas för att garantera patienterna säkerhet i vård och behandling. Detta innebär bl.a. att garantier måste skapas dels för att rätt diagnos blir ställd, även om en person som drabbats av sjukdom väljer att låta sig behandlas med alternativa metoder och dels för att de använda metoderna i sig inte är hälsovådliga.

En kartläggning bör göras av vilka alternativa metoder för hälso- och sjukvård som förekommer i landet. Kommittén bör även få till uppgift att kartlägga upplevda behov och efterfrågan av alternativa metoder. Kommittén bör därvid även belysa kulturella och sociala skäl till att personer söker sig till yrkesutövare utanför den etablerade hälso- och sjukvården. Den utbildning av sådana verksamheter som bedrivs t.ex. vid privata skolor och institut bör också kartläggas. Efter en inledande kartläggning har kommittén rätt att som den finner lämpligt begränsa sitt uppdrag för en fördjupad analys. Kommittén bör inom de ramar kommittén beslutar försöka ange de hälsomässiga värdena av olika metoder såväl i ett förebyggande som behandlande och rehabiliterande perspektiv. Kommittén bör pröva vilka alternativa metoder som kan vara av värde inom den etablerade hälso- och sjukvården. Kommittén bör även överväga lämpliga former för att informera allmänheten och myndigheter om alternativa metoder. Kommittén bör ge en överblick över forsknings- och utvärderingsprojekt på området samt ha rätt att initiera eller föreslå nya sådana projekt. Kommittén bör försöka ta till vara internationella erfarenheter och rön på området.

Kommittén bör se över nuvarande kvacksalverilag och föreslå ny lagstiftning. Kommittén äger därvid förutsättningslöst pröva hur den framtida regleringen av begränsningarna i rätten att vara verksam inom hälso- och sjukvården bör vara utformad.

I kommitténs uppdrag bör även ingå att överväga definitioner och avgränsningar inom området för den alternativa medicinen.

Kommittén bör vidare analysera i vilken utsträckning ersättning skall kunna erbjudas patienter som får behandling med alternativa metoder inom ramen för nuvarande ersättningssystem.

Kommittén bör med förtur göra en utvärdering av lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion samt redovisa förslag till framtida reglering före den 1 oktober 1985.

Kommitténs arbete bör vara avslutat under år 1988.

För alternativmedicinkommitténs arbete gäller dessutom de allmänna tilläggsdirektiven, som utfärdats till samtliga kommittéer och särskilda utredare (Dir. 1984:5). Enligt dessa får kommitténs förslag inte öka de offentliga utgifterna eller minska statsinkomsterna. Vidare förutsätts att varje möjlighet



# Arbetet med hälsohemsfrågan

I kommittédirektiven sägs uttryckligen att "... den verksamhet som hälsohemmen bedriver bör uppmärksammas. Dessa förebyggande metoder syftar främst till att öka hälsomedvetandet och genom livsstilspåverkan främja hälsan." Hälsohemmen uppmärksammades redan i inledningen av alternativmedicinkommitténs arbete och det första studiebesöket gjordes på Österåsens hälsohem i oktober 1985. Kommitténs ledamöter hade då tillfälle att orientera sig om verksamheten vid hälsohemmen och den forskning som var knuten till denna verksamhet bl.a. vid Österåsen.

Efter att ha diskuterat frågan beslöt alternativmedicinkommittén i januari 1986 att tillsätta en särskild expertgrupp för hälsohemmen. Uppgiften för gruppen skulle vara att inhämta fakta rörande hälsohemmen och förbereda ett kommitténs ställningstagande i frågan om hälsohemmens plats och roll inom hälso- och sjukvården.

I expertgruppen har ingått följande personer:

Stig Andersson	landstingsråd, ledamot i kommittén, ordförande
Karl-Otto Aly	leg. läkare
Marianne Boivie	sektionschef, landstingsförbundet, sakkunnig i kommittén
Åke Bruce	professor, livsmedelsverket
Ulf Nicolausson	leg. läkare, byråchef, socialstyrelsen. Avliden 1987 och ersatt av
Anna-Karin Furhoff	leg. läkare, byråchef, socialstyrelsen
Åke Färnlöf	direktör, Hälsokostrådet, sakkunnig i kommittén
Börje Olhagen	professor em., reumatologi
P-O Wester	professor, invärtesmedicin
Nils Östby	kommitténs sekreterare, sekreterare och sammankallande.

Expertgruppen har haft 15 ordinarie sammanträden. Dessutom har gruppen haft en separat överläggning med representanter för de ledande hälsohemmen i samband med ett studiebesök på Tallmogården. Delar av gruppen har även besökt hälsohemmet Igelkotten i Knutby. I övrigt har expertgruppen inbjudit företrädare för hälsohemsrörelsen, för forskning m.fl. till de ordinarie sammanträdena.

I avsikt att få en belysning av främst det pågående projektet med laktovegetarisk kost i Varberg arrangerade gruppen tillsammans med Forskningsrådsnämnden i november 1987 ett seminarium kring hälsohemsforskning. Sekreteraren och medlemmar ur gruppen har även deltagit i de årliga s.k. Vindeln-konferenserna, som bl.a. diskuterat erfarenheter av hälsohemsbehandling.

På expertgruppens initiativ har socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet genomfört en undersökning av ett urval av hälsohems gästerna vid Tallmogården (10.6). Undersökningen finansierades till lika delar av Forskningsrådsnämnden och Hälsokostrådet.

I kommittédirektiven sägs uttryckligen att "... den verksamhet som hälsohemmen bedriver för uppgiftslösningen av dessa förnyingsbara metoder villkoras till att öka hälsohemsarbetet och genom livsstilsförändringar främja hälsan". Hälsohemmen uppgiftslösningen redovisades i slutrapporten av socialmedicinska kommitténs arbets och del första studiebesök gjordes på Österåkers hälsocenter i oktober 1988. Kommitténs ledamöter hade då tillfälle att orientera sig om verksamheten vid hälsocentret och den forskning som var knuten till denna verksamhet bl.a. vid Österåsen.

För att ha diskuterat frågan bestod socialmedicinska kommittén i januari 1988 ett tillfälle en särskild expertgrupp för hälsocentret. Uppgiften för gruppen skulle vara att inhämta fakta rörande hälsocentret och förbereda ett kommitténs beslutsunderlag i frågan om hälsohems plats och roll inom hälso- och sjukvården.

I expertgruppen har ingått följande personer:

Sög-Andersson	landstingsråd, ledamot i kommittén, ordförande
Karl-Otto Ahl	leg. läkare
Marianne Boivie	sektionschef, landstingsförbundet, sektions- / kommittén
Åke Bruc	professor, livsmedelsvetenskap
Ulf Nilsson	leg. läkare, psykiater, socialstyrelsen, Avdelning 1987 och ersatt av
Anna-Karin Fahlström	leg. läkare, psykiater, socialstyrelsen
Åke Färnlöv	direktör, Hälsohemsfrågan, sektions- / kommittén
Hörje Olsson	professor emer., reumatologi
P-O Wester	professor, invärtesmedicin
Mis Östby	kommitténs sekreterare, sektions- och samordningsenheten

Expertgruppen har haft 15 ordinarie sammankallanden. Dessutom har gruppen haft en separat överläggning med representanter för de tecknade hälsohemmen i samband med ett studiebesök på Tallmogården. Delar av gruppen har även besökt hälsocentret i Kaitvik i övrigt har expertgruppen inbjudit förändrings- och hälsocentret för forskning m.m. till de ordinarie sammankallandena.

I vänt på till en begynnning av främst det pågående projektet med livsstilsförändringar i Västerbotten har gruppen tillsammans med Forskningsrådsnämnden i november 1987 ett seminarium kring hälsocentret. Sekretären och medlemmar av gruppen har även deltagit i de tilläggs- / Vändeln-konferenserna, som bl.a. diskuteras erfarenheter av hälsohemsarbete.

# DEL 1 – ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG

---

## 1 Definition, begrepp, avgränsningar

### 1.1 Definition

**Hälsohem är en institution som i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte, och i vissa fall även för behandling och rehabilitering, bedriver verksamhet med framför allt vegetarisk kost, fasta, motion, spänningsreducerande aktiviteter och utbildning/information i livsföringsfrågor.**

Hälsohem är samlingsnamn på institutioner som i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte bedriver en verksamhet med tonvikt på vegetarisk kost, fasta, motion, avspänningsövningar och utbildning i livsstilsfrågor. Härutöver förekommer hos flera hälsohem även viss sjukvård och rehabilitering, oftast i enlighet med principer för s.k. biologisk medicin. Även andra icke-ortodoxa behandlingsprinciper kan vara företrädda vid hälsohemmen, exempelvis antroposofisk medicin och makrobiotik.

Verksamheten vid hälsohemmen kan variera kraftigt alltifrån okomplicerad verksamhet av typ vegetarisk kost, fasta och motion i hälsofrämjande syfte för friska gäster till behandling av sjuka patienter med alternativ, och i vissa fall även konventionell, medicinsk terapi. Den vanligaste patientkategorin är, enligt socialstyrelsens utredning (10.1), personer med medelsvåra besvär av typ övervikt, högt blodtryck, diabetes typ II, astma, allergi och vissa psykosomatiska tillstånd.

Diet- och fastebehandling samt fysisk aktivitet är basala behandlingsformer vid praktiskt taget alla hälsohem. Vid en del hem förekommer olika typer av bad och annan fysikalisk behandling.

En hälsohemsvistelse innebär ofta även tillfälle till samtal kring personliga problem och praktiskt taget alltid någon form av utbildnings- och informationsverksamhet i livsföringsfrågor. Somliga hälsohem bedriver även terapi med naturmedel och örter samt andra alternativa behandlingsformer såsom kiropraktik, naprapati, akupunktur, zonterapi m.m.



## 1.2 Avgränsningar

Förutom de privata hälsohemmen, som är i majoritet, finns även hem som har landsting till huvudman (Sorsole) eller stiftelse. Stiftelserna kan vara av två slag, antingen sådana i vilken en organisation är huvudintressent (Tallmogården, Nyhyttan) eller ett landsting (Österåsen).

En annan indelningsgrund är den medicinska inriktningen. Man kan här urskilja två huvudkategorier: sådana som bedriver medicinskt kurativ verksamhet och sådana som främst är inriktade på allmänt förebyggande och hälsofrämjande verksamhet med vegetarisk kost, fasta, motion och andra friskvårdsaktiviteter enligt följande indelning:

- a) Hälsohem med medicinsk inriktning och tillgång till läkare och annan vårdpersonal. Exempel är Alfta Rehab Center, Nyhyttan, Sorsole, Svanstein, Tallmogården och Österåsen
- b) Hälsohem med huvudsaklig inriktning på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter samt kursverksamhet. Exempel är Masesgårdens, Skebo Herrgård och Wermlandia hälsohotell
- c) S.k. fastehem. Exempel: Lenagården och Kungshamnsgården
- d) Vegetariska gästhem.

Kategorierna c) och d) omfattar i regel institutioner med högst 20 gästplatser och begränsade möjligheter till inomhusaktiviteter.

Hälsohemmens riksförbund spelar en aktiv roll för att få till stånd en kvalitetsförbättring i olika avseenden av hälsohemmen. Detta har skett genom ett auktorisationsförfarande (7.3). 1989 är 18 hälsohem auktoriserade. De representerar kategorierna a) – c) ovan.

En förteckning över svenska hälsohem finns i bilagedelen.

I denna indelning finns inte medtaget vårdinstitutioner av typ medicinska kurorter etc. då dessa knappast är intressanta ur alternativmedicinsk synvinkel (ett hälsohem, Nyhyttan, är medlem av kurortsföreningen). Gränsfall är Vindeln hälsocenter som drivs av Västerbottens läns landsting och som, när det gäller forskning, är knutet till Umeå universitet, samt Sandträsk hälso- och konvalescenthem. Dessa institutioner tillämpar inte vegetarisk kost respektive fasta men verkar efter liknande principer som hälsohemmen när det gäller det förebyggande arbetet. Vindeln kan sägas ha hämtat många idéer från hälsohemmen och hälsorörelsen utan att för den skull i någon högre grad avvika från det officiellt vedertagna. Sandträsk startade 1984 med att tillhandahålla enbart vegetarisk kost men övergick två år senare till en verksamhet liknande den som bedrivs vid Vindeln hälsocenter. Andra alternativa behandlingsmetoder förekommer inte vid dessa institutioner.

De hem som bedriver medicinsk verksamhet och de som inte gör det, omfattas av olika bestämmelser. De hälsohem som vårdar sjuka människor faller under vårdhemsstadgan om de är privata eller stiftelseägda. Enligt stadgan om enskilda vårdhem (1970:88 med ändring 1977:375, 1982:786 och 1986:270) avses med enskilt vårdhem "inrättning, som drivs av annan än staten, kommun eller landstingskommun och som har minst tre vårdplatser

för sjukvård eller annan personlig omvårdnad eller tillsyn". För vårdpersonal vid dessa hem gäller samma bestämmelser som för vårdpersonal inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Övriga hälsohem, som lägger tyngdpunkten på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet, har att iakttä vad som föreskrivs i lagen om hotell- och pensionatsrörelse (1966:742). Om det vid dessa hem ges medicinsk behandling gäller bestämmelserna i den s.k. kvacksalverilagen, dvs. lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

För närvarande har endast ett fåtal hälsohem sökt och erhållit tillstånd att driva sin verksamhet som enskilt vårdhem, närmare bestämt Alfta Rehab Centrum, Hälans Centrum i Svanstein, Nyhyttans Hälso- och rehabcenter, Tallmogården och Österåsen. Detta oaktat förekommer sjukvård vid ganska många hälsohem.

Delvis rör det sig här om en definitionsfråga. Vad är vård och vad är hälsofrämjande verksamhet? Inom hälsorörelsen förekommer inte den skarpa uppdelning mellan vård och icke-vård som lagsstiftarna förutsätter. Hälsohemmen bygger på den biologiska medicinen och på idéer som utformades av Are Waerland (9.1) på 1930-talet. Waerland i sin tur refererade ofta till den hippokratiska tesen att "dina födoämnen skall vara dina läkemedel och dina läkemedel dina födoämnen". Konsekvensen av detta synsätt blev att många sjuka människor lämnade den konventionella medicinen för att tillämpa Waerlands livsföringssystem med vegetarisk råkostdiet, ev. fasta och motion, dvs. rekommendationer som även riktades till friska människor i förebyggande syfte. När således hälsohemmen säger sig behandla sjuka så är det i allmänhet i den waerlandska meningen, dvs. en verksamhet som lika gärna kan kallas för hälsofrämjande eller preventiv. Bilden är något mera komplicerad i och med att även olika alternativa terapier tillämpas vid vissa hälsohem och i och med att den biologiska medicinen har förfinat behandlingsmetoderna. I ideologisk mening gäller dock vad som sagts ovan. Det är därför viktigt att det klart utsågs vad som menas med vård respektive hälsofrämjande verksamhet när det gäller hälsohemmen. Om en sjuk person söker sig till ett hälsohem för att få hjälp med att fasta eller för att få äta vegetarisk kost resp. att få mera kunskaper om en sådan så bör detta inte benämnas vård. Om, däremot, hälsohemmet erbjuder sig att med hjälp av sina medicinska resurser behandla patienten för en viss specifik åkomma, då är det vård och hemmet skall följaktligen söka tillstånd härför.

### 1.3 Överväganden och förslag

Hälsohemmen har, som framgår av definition (1.1), en relativt enhetlig ideologi som skiljer dem från merparten av konvalescenthem, kurorter och liknande. De bör även i fortsättningen ha beteckningen hälsohem som är väl inarbetad. De hälsohem som erbjuder sjukvård och som således antingen har landsting eller primärkommun som huvudman eller har tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem, *föreslås* få benämningen *hälsovårdhem*. Ett hälsovårdhem karakteriseras således av att det arbetar efter de principer för förebyggande och hälsofrämjande verksamhet som är kännetecknande för

hälsohemmen och dessutom erbjuder medicinsk behandling och sjukvård med metoder och vid indikationer som behandlas närmare i avsnitt 2.

De förslag och rekommendationer som ges i denna rapport avser, om ej annat anges, kategorin hälsovårdhem.

Som framgår av 1.2 erbjuder många hälsohem i dag medicinsk behandling av sjuka utan att vare sig ha tillstånd att driva verksamhet som enskilt vårdhem eller att ha tillgång till medicinsk personal enligt vårdhemsstadgans krav. *Vi vill understryka* att alla hem som ger medicinsk vård och behandling också skall ansöka om tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem. Om inte detta sker genom frivilliga insatser bör socialstyrelsen, i samarbete med Hälsohemmens riksförbund, vidta lämpliga åtgärder.

- c) S.k. färdhem. Exempelvis:
  - d) Vegetariska gästhem.

Kategorierna c) och d) och

Hälsohemmens riksförbund

En förteckning över

I denna indelning

kurorter etc. då dessa kn

Vindens hälsocenter som

det gäller forskning, d

konventioner erbjuder sig

patienter för en viss spec

förstärkning söka tillstånd

för förbyggande och hälso

### 1.3 Övertaganden och förslag

Hälsohemmen har som framgår av definitionen (1.1) en tydlig ideologi som skiljer dem från övriga hälso- och sjukvårdens verksamheter. De har även i förhållningen till patienterna en särskild inriktning. De hälsohem som erbjuder sjukvård och som söker tillstånd har landsting eller primärsköttsmyndighet som huvudsakligt ansvar för verksamheten som enskilt vårdhem. Förstås är förhållningen väsentligen densamma för hälsohem som erbjuder sjukvård eller de patienter som söker tillstånd för förbyggande och hälsoförbättrande verksamheter som är kännetecknande för hälsohemmen.

## 2 Behandling vid hälsohem

### 2.1 Allmänna synpunkter

Under utredningens gång har det framkommit att dokumentation av kliniska effekter av hälsohemsvistelse vid olika sjukdomar är synnerligen begränsad. Nyligen genomförda undersökningar vid Österåsens hälsohem (avrapporaterad våren 1988), i Varberg och vid Vindelns hälsocentrum ger dock en del information som i viss mån kompletterar den sparsamma kliniska litteraturen.

Det som skiljer hälsohemmen från mera konventionella konvalescenthem, kurorter m.m. är i första hand den vegetariska kosten samt fastan. Denna behandling erbjuds praktiskt taget alla patienter/gäster. Vidare förekommer i varierande omfattning motion och avspänningsövningar. På vissa hälsohem erbjuds bad och annan fysikalisk behandling, behandling med naturmedel och homeopatiska och antroposofiska medel samt även andra s.k. alternativa terapier såsom kiropraktik, akupunktur, zonerapi m.m. Den fysikaliska terapin och olika åtgärder för att öka den fysiska aktiviteten är dock inget unikt för hälsohemmen.

Syftet med behandlingen kan vara att åstadkomma specifika effekter på bestämda sjukdomar och symtom med hjälp av individuella terapier. I minst lika hög grad går dock vistelsen ut på att åstadkomma allmänna effekter på patienternas/gästernas hälsotillstånd i en positiv riktning med hjälp av förändrade kost- och alkoholvanor, rökavvänjning och motion, träning i avspänning och positivt tänkande m.m. Hälsohemmen har därför utvecklats till livsstilsskolor med den uttalade målsättningen att gästerna under sin vistelse vid hälsohemmet skall lära in tekniker för att leva sundare. Vistelsen blir i dessa fall att se som en startpunkt och en hjälp att bryta hälsoskadliga vanor.

Socialstyrelsen infortrade åren 1979–81 utlåtanden från en rad experter om effekten av hälsohemsbehandling (Hälsohem i Sverige, Socialstyrelsen PM 169/87). Dessa rapporter har sedan uppdaterats och kompletterats under 1987 och utgör, tillsammans med erfarenhetsmaterial från hälsohemmen, ett underlag för nedanstående bedömning av hälsohemsbehandling. Expert-rapporterna återfinns som bilagor. (Bil. 1–7)

### 2.2 Allmänna indikationer för hälsohemsbehandling

#### 2.2.1 Indikationer enligt hälsorörelsen

Enligt företrädare för hälsohemmen (se bilaga 8) är den typiska hälsohemsbehandling *multifaktoriell* och *specifik* och anses härigenom kunna utgöra ett värdefullt komplement till den etablerade medicinens specifika, sjukdomsinrik-

tade behandling. Behandlingen går ut på att *stärka* kropp och själ (exempelvis genom att förbättra cirkulation, näringsbalans, värmeregulation samt psykiska funktioner), att *aktivera* självläkningskraften och att *stärka* försvaret mot olika sjukdomar. Medel för detta är *diet* (olika vegetariska kosten), individuell *fastebehandling*, till individen anpassad och gradvis ökad *fysisk aktivitet*, *avspänning*, olika *fysikaliska terapier* såsom sjukgymnastik, massage, vattenbehandlingar (hydroterapi) samt naturmedel, örtmediciner m.m. Härtill kommer ofta möjligheter till samtalsterapi och i vissa fall även annan psykoterapi. Miljön är alltid rök- och spritfri och hälsohemmen är dessutom oftast belägna i naturskön omgivning som påtagligt kontrasterar mot den för många människor kravfyllda och stressande vardagen.

Denna terapi anses av hälsohemsföreträdare passa in både på en rad specifika sjukdomar och symtom och även på mera allmänna, opreciserade tillstånd. Exempel på de förra behandlas under avsnitten 2.3 och 2.4.

Till de senare hör exempelvis *psykosomatiska sjukdomar*, särskilt där konventionell terapi inte fungerat eller där patienten uttryckt önskan om alternativ behandling. Andra exempel är *preoperativ vård* för patienter med övervikt, högt blodtryck, förhöjda blodfetter, tobaksberoende etc. i avsikt att minska eventuella operationsrisker, och *konvalescens* inte minst av färdigbehandlade tumörpatienter utan känt recidiv. Efterbehandling av tumörpatienter anses vara speciellt värdefull då hälsohemmen praktiserar en livsstil som i vissa avseenden anses ha en cancermotverkande effekt (rökfrihet, fettfattig och fiberrik kost etc.).

Även när det gäller efterbehandling av andra sjukdomar och ren konvalescens, områden där vetenskapliga studier är svåra att genomföra, har hälsohemmen resurser att ge en individuell behandling och service för patienter som särskilt önskar komma i åtnjutande därav.

"*Semester från sjukdom*" är en term som ofta används i kursammanhang. Hälsohemmen kan, i likhet med kurorter och vissa andra vårdinstitutioner, erbjuda lugn och harmonisk miljö, positiva sociala kontakter och rådgivning samt även fastekurer, fysikalisk terapi etc. som kan lindra kroniska besvär och bygga upp självkänslan.

*Rökavvänjning* är ett annat exempel på behandling som anses ha goda utsikter att lyckas i hälsohemmens helt rökfria miljö, speciellt om verksamheten bedrivs i grupp med deltagande av psykolog. Erfarenheterna i fråga om andra *beroendeframkallande medel*, främst alkohol och narkotika, är dock inte särskilt uppmuntrande. Viss framgång har dock kunnat noteras i fråga om behandling av missbruk av lugnande farmaka.

## 2.2.2 Indikationer enligt medicinsk expertis

Bland de experter som tillfrågats om värdet av hälsohemsvistelse har endast få haft synpunkter på verksamhetens allmänna effekter på hälsan.

Docent *Jan Östman* anser således att man "inte kan bortse från möjligheten av att hos vissa personer den alldeles speciella uppläggningsen av fasta i kombination med vegetarisk kost och örter osv. skulle kunna medföra förändrat levnadssätt på lång sikt i större omfattning än konventionella metoder och därmed verka gynnsamt aterosklerosmotverkande".

Östman har också framfört åsikten att funktionen hos hälsohemmen skulle kunna förändras så att de i högre grad kunde ta emot och behandla patienter med svårare sjukdomssymtom, exempelvis insulinberoende diabetes mellitus, status post hjärtinfarkt, grav hypertoni osv., patienter som skulle må väl av kostomläggning, fysisk träning och rehabilitering ur såväl psykologisk som fysiologisk synvinkel.

Docent *Nalle Lindholm*, som speciellt bedömt behandlingen av astma och allergi, har utgått främst från behandlingen vid Föllingegården. Han menar, att även om man kanske aldrig kan bevisa att vegankosten har någon gynnsam effekt "så kan säkerligen vistelsen på ett väl drivet hälsohem påverka och positivt förändra vissa astmatikers livsstil och inställning till sin sjukdom. På detta sätt kan då hälsohemmet i vissa fall upplevas som en gynnsam miljö för vissa astmatiker".

Professor *P-O Wester*, som ingått i expertgruppen för hälsohem, menar att det finns två godtagbara huvudindikationer för hälsohemsbehandling, dels konvalescens och dels information och utbildning om kost, motion och andra livsföringsfrågor i syfte att påverka patienternas attityder och vanor för en hälsosammare livsstil.

### Expertsynpunkter på fasta

Fasta förekommer som behandling på i stort sett samtliga svenska hälsohem. Fasta är också vanligt förekommande bland vegetarianer och hälsokostare. Många fastar regelbundet en eller flera gånger årligen i syfte att "rena" kroppen, gå ner i vikt eller för att allmänt må bättre. En studie som alternativmedicinkommittén gjorde tillsammans med Statistiska Centralbyrån, SCB, 1985 visade att 7 % av den vuxna befolkningen det senaste året hade fastat mer än en dag.

Fastans fysiologiska och biokemiska effekter har studerats av professor *P-A Öckerman* som också lämnat en expertrapport till kommittén.

Fasta definieras som att under begränsad tid frivilligt avstå från fast föda, totalt eller så att energitillförseln blir lägre än ca 1,6 MJ/24 tim. Svält, däremot, är ett tillstånd som inträffar när människor ofrivilligt måste avstå ifrån föda eller näringsämnen.

Den i Sverige vanligast förekommande formen för fasta är saftfasta som vanligen består av avkok, saft och juice från frukter, rotfrukter och grönsaker samt örttéer, grönsaksbuljong och vatten. Ofta tillförs även speciella tillsatser såsom kaliumsalter och vitaminer.

På de svenska hälsohemmen används fasta vid en rad indikationer, exempelvis viktminskning och som inledning till förbättrad livsföring. Dessutom vid ledsjukdomar, hudsjukdomar – särskilt med allergisk komponent – astma, hörsnuva, kroniska infektioner av olika typer, hypertoni, rök- och spritavvänjning.

Öckermans kommentar är att "I den mån kontraindikationer saknas kan fasta på sådana breda indikationer förmodligen inte göra någon skada och gör sannolikt nytta genom att vara en del i en situation, där individen själv tar ett större ansvar för sitt liv".

Även om det föreligger ett visst intresse i vetenskapliga kretsar världen över för fastan som terapeutisk metod finns det endast ett fåtal studier gjorda.

## 2.3 Sjukdomsbehandling där det föreligger viss vetenskaplig dokumentation

I detta avsnitt sker en genomgång av expertrapporter rörande behandling av olika sjukdomar vid hälsohem. Materialet utgörs dels av rapporter som infördrats från olika medicinska experter och dels av ett erfarenhetsmaterial som ställts till kommitténs förfogande av Hälsohemmens riksförbund. Expertrapporterna återfinns som bilagor till utredningen. (Bil. 1-7)

### Fetma

Många kommer till hälsohemmen för att gå ner i vikt. Motiven kan skifta alltifrån att minska några kilo av kosmetiska skäl till att råda bot på svår fetma. Ofta kan fetma vara en av flera riskfaktorer för t.ex. hjärtsjukdom. Fetma kan vara primärindikation men kan också ha effekter på andra sjukdomar som blir bättre vid viktminskning. En bidragande orsak till de goda resultaten vid Föllingeprojektet (10.2) kan vara den viktminskning patienterna uppnådde (i genomsnitt 10 kg efter 4 månader, 7 kg efter 12 månader).

Behandlingen består vanligen av fasta, fiberrik och energifattig vegetarisk kost, motion, salt- och fettreduktion och alkoholabstinens.

Problemet för de flesta patienterna är inte att gå ner i vikt. Viktreduktionen kan bli avsevärd under en tvåveckorsperiod på ett hälsohem vilket till en del beror på vattenförlust. Svårigheten är att behålla den lägre vikten under längre tid. Härför krävs en hård och konsekvent uppföljning och en medvetenhet om, att en återgång till gamla livsmönster obönhörligen innebär en uppgång i vikt.

Docent *Jan Östman* har i sin expertrapport refererat en studie vid Tallmogården som företogs i samarbete med läkare vid kirurgiska och klinisk-kemiska institutionerna i Lund. För 9 av 32 undersökta patienter var viktminskningen efter tre års uppföljning tillfredsställande, dvs. > 5 % av utgångsvärdet. Positiva effekter såsom bättre kostvanor och kondition angavs hos ett fåtal patienter.

Även andra undersökningar pekar i samma riktning. Bl.a. redovisades i Föllingeprojektet, men också från verksamheten vid Österåsen och Vindeln, goda erfarenheter med viktminskning - i de två förra fallen av diet- och fasteterapi kombinerad med motion och i Vindeln enbart dietterapi plus motion.

Erfarenheterna av saftfasta bekräftas av experten professor *P-A Öckerman* som refererar en svensk studie som påvisat "viktminskning och förbättrad metabolisk kontroll trots minskad medikation", vilket leder till slutsatsen att fasta kan vara en utmärkt inledande terapi för överviktiga patienter. För att resultaten skall bli bestående krävs, vilket det torde råda full enighet om i vetenskapliga kretsar, en kombination av rätt anpassad kost och lagom avvägd motion.

## Högt blodtryck

Ikke-farmakologisk behandling av framför allt mild hypertoni (diastoliskt blodtryck mellan 90–105 mm Hg) har varit föremål för stort medicinskt intresse under senare år. Behandlingsmetoderna består i viktminskning, koständring, alkoholrestriktion, motion, stressreduktion och blodtrycksmätning. Epidemiologiska undersökningar pekar exempelvis på ett samband mellan hög saltkonsumtion och högt blodtryck. Mycket tyder på att effekten skiljer sig hos olika människor beroende på olika känslighet för koksalt. Långtidsstudier saknas på området men sambandet är klarlagt vid korttidsstudier. Enligt docent *Östman* har ikke-farmakologiska metoder fördelen att sakna biverkningar. Den blodtryckssänkande effekten är vanligtvis god vid mild hypertoni. Vid måttlig eller svår blodtrycksförhöjning krävs det hos flertalet patienter även farmakologisk behandling.

Det synes väl dokumenterat (*Österåsen, Föllinge, Vindeln*) att hälsohemsbehandling sänker blodtrycket under själva vistelsen vid hälsohemmet även om det inte är klarlagt vilka komponenter – exempelvis minskad konsumtion av alkohol, koffeinhaltiga drycker och tobak, högre fysisk aktivitet eller kostvanor – som har betydelse. Kontrollerade studier har visat att vegetarianer har lägre blodtryck i genomsnitt än ikke-vegetarianer.

*Östman* säger i sin sammanfattning, att "ikke-farmakologisk behandling har visats medföra sänkning av blodtryck, kroppsvikt och blodsockernivå. Dessa effekter kan förstärkas genom samtidigt insatt fysisk träning och minskad förbrukning av alkohol och tobak. Inget talar för att fasta och vegetarisk kost skulle vara överlägsna konventionella metoder – undersökningar saknas".

I likhet med vad som konstaterats för fetma sker ofta en återgång till högre värden efter en hälsohemsvistelse. Även för detta område krävs en noggran och välplanerad uppföljning.

## Blodfettshöjning

Det är numera klarlagt att det finns ett orsakssamband mellan kostens fetthinnehåll, serumkolesterolnivå och risk för insjuknande i ålderförkalknings-sjukdomar. Högt serumkolesterol anses således vara en stark riskfaktor för insjuknande i dessa sjukdomar. Mättade fetter i kosten (främst hårda animaliska fetter) höjer blodets halt av kolesterol medan fleromättade fetter (fiskfetter och de flesta vegetabiliska fetter) sänker densamma.

I den av statens livsmedelsverk 1983 utgivna Sjukhuskost rekommenderas till patienter med höga blodfettvärden, att mängden mättat fett i kosten bör begränsas genom att livsmedel som t.ex. feta mjölkprodukter, fett nöt- och griskött, feta blandade köttprodukter, feta efterrätter och bakverk undviks. I stället väljs mycket magra alternativ, margariner eller oljor med mycket hög halt av fleromättat fett. För att inte kosten skall innehålla för mycket kolesterol bör inälvsmat och äggula undvikas och köttmängden begränsas. Följande livsmedel kan användas: Alla sorter av grönsaker, rotfrukter, frukt och bär, magra mjölkprodukter, bröd och andra cerealieprodukter. Stor försiktighet tillråds speciellt med kött och ägg samt matfett.

Ett antal studier utförda på olika vegetariskt levande befolkningsgrupper (trappistmunkar, sjundedagsadventister, hinduer, veganer m.fl.) visar på



genomgående lägre värden av serumkolesterol än kontrollgrupperna. Även om den exakta orsaksmekanismen inte är känd står det dock utom tvivel att vegetarisk kost, som den serveras vid de svenska hälsohemmen, har en blodfettsänkande effekt. Detta bekräftas bl.a. av Österåsenundersökningen som redovisade en kraftig nedgång av blodfetter under behandlingsperioden, vilket dock följdes av en återgång vid hemkomsten. Efter drygt ett år var värdena dock ungefär desamma som före vistelsen vid hälsohemmet, med individuella variationer.

I den ännu ej (juli 1989) publicerade Varberg-studien konstateras höjda blodfettvärden ett år efter omläggning till laktovegetabilisk kost. Troligen hänger detta samman med en ökad konsumtion av mejeriprodukter (bl.a. ost och grädde) i initialskedet.

### Diabetes

I Sverige beräknas ca 2 % av befolkningen lida av diabetes. 85–90 % av diabetikerna har diabetes typ II eller åldersdiabetes. Typ I är s.k. juvenil diabetes. Vid båda diabetesformerna anses kosten vara en mycket viktig faktor vid behandlingen. Ungefär 10 % av personer över 70 år har diabetes.

Bland riskfaktorerna för typ II-diabetes räknas framför allt övervikt, även måttlig sådan. Diabetes är en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom.

Svenska diabetesförbundets kostråd har i en skrift (*Kost och Diabetes*, Svenska diabetesförbundet, LIC Förlag 1987) angett följande råd som vägledning vid behandling av diabetes:

- \* Vid diabetes bör mängden fett i kosten begränsas och hos de flesta motsvara högst 30 energiprocent.
- \* Mängden mättat fett i maten bör reduceras med en samtidig ökning av andelen fleromättat fett så att P/S-kvoten<sup>1</sup> överstiger 0.5 och gärna, framför allt vid samtidig blodfetsrubbnings, når upp till 1.0.
- \* Vid diabetes bör mängden sammansatta kolhydrater i kosten ökas så att den svarar för minst 55 energiprocent.
- \* Ökningen av kolhydrater bör i första hand ske genom en ökad mängd fiberrika livsmedel. Intaget av kostfibrer bör vara minst 30 gram per dag.
- \* Socker och sötade produkter mellan måltiderna, i mellanmål och som snacks, bör undvikas. En begränsad mängd tillsatt socker kan dock tillåtas i samband med måltid.
- \* Det är önskvärt med en ökad andel stärkelsrika livsmedel, eftersom de ger låga blodglukosökningar.
- \* Proteinintaget i diabeteskosten bör motsvara de svenska näringsrekommendationerna. Man bör sikta till ett proteinintag som i de flesta fall inte överstiger 15 energiprocent. Det gäller framför allt vid typ I-diabetes.
- \* Den fysiska aktiviteten bör inte försummas.

Hälsohemsbehandling omfattar flertalet av ovannämnda kriterier. *Jan Östman* anför i sitt expertutlåtande att "Med fasta kan viss viktminskning erhållas, och

---

<sup>1</sup> P/S-kvoten är ett mått på kostens fettkvalitet; förhållandet mellan mängden fleromättade (polyunsaturated) och mängden mättade (saturated) fettsyror i en kost.

om denna bibehålles kan således insulinkänsligheten förbättras. Det är fullt möjligt att genomföra vegetarisk kostbehandling för typ II-diabetiker".

### **Astma och allergi**

Enligt beräkningar gjorda av docent *Nalle Lindholm* är ungefär 2 000 av de uppskattningsvis 25 000 gäster som årligen vistas på svenska hälsohem astmatiker och allergiker.

I Föllingeundersökningen ingick även 24 patienter med astma bronchiale. 22 av dessa (92 %) uppgavs förbättrade efter ett år vilket av Lindholm bedöms som ett överraskande och imponerande gott resultat. Lindholm menar dock att resultatet är svårt att utvärdera. Han saknar uppföljning och anser att det är nära nog omöjligt att dra slutsatser om vilka faktorer som bidragit till förbättringen.

Vid undersökningar som utförts vid Karolinska institutet har man kunnat visa att vissa patienter med endogen astma eller migrän har en rubbad tryptofan-serotonin-omsättning och därför svarar positivt på en tryptofanfattig kost, dvs. en strikt vegankost.

### **Rörelseorganens sjukdomar, framför allt ledgångsreumatism**

Professor *Börje Olhagen* har i sin expertrapport gjort en genomgång av hittills genomförda studier rörande fasta resp. vegankost vid kronisk ledgångsreumatism. Enligt Olhagen har framför allt fasta, men ibland även vegankost, symtomatisk effekt, dvs. smärtlindring och minskad sjukdomskänsla. Fasta resp. vegankost botar däremot inte ledgångsreumatism. Patienter där orsaken till reumatism är en allergi har dock påtaglig hjälp av vegankost men måste ständigt undvika det utlösande allergenet.

Följande grupper reumatiker kan förmodas ha nytta av vistelse på hälsohem, enligt Olhagen:

Korpulenta individer med belastningsreumatism i nedre extremiteterna, alltså höft-, knä- och fotleder, patienter med artrit som förmodas bero på födoämnesallergi, reumatiker tillhörande den grupp där biverkningar av läkemedel försvårar adekvat smärtlindring, samt slutligen, artritpatienter med aversion mot tablettbehandling och/eller stark motivation att göra försök med fasta och vegetarisk kost.

Olhagen anser att artrosbesvär som inte har samband med övervikt liksom "reumatisk värk" utan närmare specifikation i allmänhet inte bör motivera hälsohemsvistelse.

### **Mag- och tarmsjukdomar**

Experten överläkare *Gunnar Järnerot* har i ett till hälsohemsbehandling kritiskt utlåtande konstaterat att det "förefaller troligt att moderna kostfaktorer bidrar till uppkomsten av inflammatorisk tarmsjukdom men vetenskapliga bevis saknas". Andra gastroenterologer, som expertgruppen varit i kontakt med, har också en övervägande negativ attityd till hälsohemsbehandling vid inflammatoriska tarmsjukdomar. Man konstaterar att vissa patienter blir symptomfria

men att påfallande många blir försämrade efter övergång till vegetarisk kost. Ca en patient på 400 uppges vara mjölkallergisk. I dessa fall anses att vegankost kan vara gynnsam.

När det gäller ulcerös kolit har en undersökning gjorts vid S:t Eriks sjukhus i Stockholm (Werner, Ahlberg, Barany). 76 patienter av 579 hade provat dietbehandling (vegetarisk, mjölkfri resp. glutenfri). 26 ansåg att dieten varit utan effekt, men 50 (65 %) uppgav positiva effekter. Vid en objektiv dokumentation kunde man konstatera att av 38 patienter med intermittent inflammation hade 4 blivit förbättrade och 5 blivit försämrade medan 21 var oförändrade. Av 33 patienter med kronisk inflammation förbättrades ingen; 5 försämrades, 2 av dem allvarligt och 25 förblev oförändrade. I några fall kunde man inte bedöma resultatet. Resultatet var i stort sett oberoende av dietens karaktär. (Se även under 2.4.)

### Hudsjukdomar

I den enda kliniska undersökning, som hittills har publicerats, studerades 20 patienter med olika hudsjukdomar (psoriasis 10 patienter, pustulosis palmaris et plantaris 4, atopiskt eksem 3 och acne rosacea 3 patienter) under två veckors fasta och därefter tre veckors vegankost. Samtliga patienter hade dessutom ledsjukdomar med artritsymtom. Studien genomfördes vid geriatriska kliniken, Uppsala universitet och patienterna var under denna tid inlagda på sjukhus.

Under fastan minskade ledsmärtorna hos många av patienterna och en förbättring av hudsjukdomar noterades, speciellt gällde detta pustulosis och acne. Under perioden med vegankost återkom emellertid symtom och besvär hos de flesta patienter, med undantag för några med psoriasis, som upplevde en klar förbättring. Symtomens omfattning och svårighetsgrad stod i direkt proportion till halten i blodet av vissa komponenter, som är relaterade till graden av inflammatorisk reaktion.

## 2.4 Behandling av specifika sjukdomar med goda resultat enligt hälsohemsrörelsens egna erfarenheter

Hälsohemmen behandlar även en rad andra sjukdomar och tillstånd där det endast föreligger erfarenheter och egna utsagor från hälsohemmen. I något fall, t.ex. när det gäller mag- och tarmsjukdomar, är resultaten omtvistade. Exempel på sjukdomar där behandlingserfarenheterna från hälsohemmen uppges vara speciellt positiva redovisas nedan.

Patienter med *hudsjukdomar*, inkl. psoriasis, atopiska eksem och allergiska hudsymtom anses må väl av hälsohemsbehandling, vilket anses kunna bero på kostens låga halt av allergener respektive på psykiska faktorer.

*Kroniska urinvägsinfektioner* och njursjukdom anses, enligt erfarenheter från Tallmogården och Föllingegården, svara väl på en fiberrik och protein- och koksaltfattig diet samt högt vätskeintag.

Ett flertal *sjukdomstillstånd i mag-tarm-kanalen* svarar enligt långvarig

erfarenhet från flera hälsohem väl på den vid hälsohemmen givna behandlingen. Dessa sjukdomar anses i hög grad vara psykosomatiska, och kombinationen av en skonsamt finfördelad vegetabilisk kost, utan ingredienser såsom skarpa kryddor, stekta fetter, kaffe, alkohol och tobak, en avstressande miljö, motion och samtalsbehandling plus en del milda antiinflammatoriska naturmedel (t.ex. kamomill) anses ha en allmänt läkande effekt på dessa sjukdomar. Det finns på flera hälsohem också en mångårig erfarenhet av framgångsrik behandling av s.k. inflammatoriska tarmsjukdomar (Morbus Crohn och ulcerös colit) som inte befinner sig i avancerade sjukdomsstadier (och där i stället intensiv medicinsk och kirurgisk terapi är indicerad). En del lyckade fall av botade inflammatoriska tarmsjukdomar redovisas i Tallmogårdens kasuistik och redovisas också från flera andra hälsohem, bl.a. Föllingegården. En mera systematisk uppföljning av Tallmogårdens tarmpatienter planeras.

*Rygg- och nackbesvär* är ofta psykosomatiskt betingade. Hälsohemsbehandling anses vara gynnsam särskilt om den kombineras med intensiv fysikalisk terapi och rökavvājning.

En C-vitaminrik kost tillsammans med andra immunitetsstimulerande åtgärder anses kunna minska *infektionsbenägenheten* hos patienter med recidiverande infektioner.

## 2.5 Kontraindikationer

Enligt socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan om enskilda vårdhem m.m. (SOSFS 1985:16) är hälsohemspatienter att hänföra till grupp IV Konvalescenter, som omfattar:

"I medicinskt hänseende utredda personer som för viss eftervård behöver aktivering och omvårdnad under begränsad tid (i regel högst 90 dagar).

Till denna grupp skall hänföras även personer med långvarig sjukdom eller funktionshinder, som behöver kortare tids miljöombyte och rekreation samtidigt som de får behandling, aktivering och träning."

Med tanke på att även andra kriterier kan föreligga vid intagning av patienter till hälsovårdhem diskuteras nedan dels generella kontraindikationer vid intagning och behandling, dels kontraindikationer för fasta.

### Generella kontraindikationer

Den viktigaste begränsningen när det gäller hälsohemmens behandling avser, enligt expertgruppens medicinska expertis, somatiska sjukdomar som kräver eller kan komma att kräva akut sjukhusvård. Motsvarande gäller för psykiska sjukdomar som kräver psykiatrisk behandling.

Även vid sjukdomstillstånd som ej kräver sjukhusvård är hälsohemsbehandling olämplig vid bl.a. följande tillstånd:

Svåra organsjukdomar såsom hjärtinsufficiens, lever- och njurinsufficiens och svår astma bronchiale; elektrolytrubbningar; kakexi (kraftig avmagring och försvagning); svåra infektioner; psykiska sjukdomar såsom psykoser, depressioner, anorexi och bulimi (självsvält resp. hetsätning), thyreotoxicos (Morbus Basedow); högradig malabsorption (oförmåga av kroppen att tillgodogöra sig

näring); svåra fall av ledgångsreumatism.

Olämpliga för hälsohemsbehandling anses vidare vara mycket gamla och "nedgångna" patienter, svåra kronikerfall samt barn utan att föräldrar följer med.

### Kontraindikationer för fasta

Några kontraindikationer har icke angivits för dietisk terapi eller för fysikalisk terapi. Dock bör uppmärksammas att vegankost bör kompletteras med kosttillskott innehållande vitamin B 12 och ev. vitamin D samt zink. När det gäller fasta har Öckerman beskrivit en rad tillfällen där fasta inte bör användas.<sup>2</sup>

*Gravida* och *ammande* bör inte fasta liksom patienter med *cerebro-* eller *kardiovaskulär sjukdom* om inte fastan kan bidra till att vinster uppnås genom viktminskning. En klar kontraindikation är nyligen genomgången *hjärtinfarkt* liksom tydliga ischemitecken eller arytmibenägenhet. Insulinberoende *diabetes typ I* är kontraindikation medan fetma + typ II-diabetes anses vara en indikation för fasta. *Barn* och *gamla* bör inte fasta, inte heller patienter med *maligna tumörer* eller med svåra *lever-* eller *njursjukdomar*. Patienter med *allvarliga infektionssjukdomar* bör inte fasta medan lindrigare akuta infektioner eller lågaktiva, kroniska infektioner ej utgör hinder för fasta. Personer med *akuta endokrina* och *metabola sjukdomar* bör inte fasta utan ordentlig läkarutredning, och personer med *anorexia nervosa* skall inte fasta.

Olhagen anser att fasta är olämplig från reumatologisk utgångspunkt i följande fall:

Vid högaktiva former av akut eller kronisk ledgångsreumatism, vid bindvävs-sjukdomen systemisk lupus erythematosus med njurengagemang eller annan svårare sjukdomsmanifestation från invärtes organ samt vid kronisk ledgångsreumatism hos växande individer och hos redan magra patienter.

## 2.6 Alternativ behandling på hälsohem

Expertgruppen har inte ansett sig ha vare sig underlag, kompetens eller uppgift att bedöma frågan om alternativa terapier inom hälsohemsverksamheten utöver vad som beskrivits i denna rapport. Det som anförs i detta avsnitt är i huvudsak en beskrivning av vilka alternativa terapier som förekommer och vilka regler som gäller för denna verksamhet. Frågan behandlas i alternativmedicinkommitténs huvudbetänkande (SOU 1989:60).

Socialstyrelsen tillställde år 1984 de svenska hälsohemmen en enkät. Den visade att förutom de vanliga terapierna – diet, fasta och fysikaliska terapier - förekommer en rad s.k. alternativa terapier. De vanligast förekommande var naturmedel, homeopatisk och antroposofisk medicin, zonterapi, kiropraktik/naprapati samt magnetterapi. Även akupunktur, akupressur och olika

<sup>2</sup> Öckerman, Färnlöf: Fakta om fastan. En genomgång av fastan i den vetenskapliga litteraturen. Fastans fysiologiska och kemiska effekter. Hälsokostrådet 1985.

massageformer, exempelvis bindvävsmassage, förekommer. På vissa hälsohem anordnas kurser i alternativa egenvårdsterapier.

Att alternativa terapier används vid hälsohemmen kan ha två orsaker:

1. Hälsohemmen är inriktade mot det alternativmedicinska hållet. Det ligger nära till hands, t.ex., att vegetarisk diet och fasta kopplas samman med olika örtmedel och behandlingsmetoder som bygger på örter i likhet med vad som är vanligt inom den tyska kulturkretsen. I den biologiska medicinen ingår också bl.a. naturmedel, akupunktur och manuella behandlingsmetoder.
2. Vissa patienter söker sig till hälsohemmen för att under kontrollerade former få del av alternativa behandlingsmetoder.

Enligt socialstyrelsens föreskrifter innefattar tillstånd att driva enskilt vårdhem endast godkännande av sådana behandlingsmetoder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Om föreskrifterna skall följas strikt innebär detta att vid hälsovårdhem endast sådana metoder får tillämpas som är allmänt accepterade inom hälso- och sjukvården. De basala hälsohemsterapierna utgör ett undantag. Även om vegetarisk diet och fasta inte är helt accepterade som behandlingsmetoder råder ett ökande intresse från sjukvårdens sida för dessa metoder. Även från forskningshåll har hälsohemsterapierna tilldragit sig visst intresse.

När det gäller övriga alternativa terapier förefaller behandling med örter och naturmedel vara allmänt förekommande. En del naturmedel har vunnit viss acceptans även i medicinska kretsar. Inom hälsohemmen finns en bred erfarenhet rörande dessa medels användning.

En annan betydelsefull gren av den alternativa medicinen är manipulationsbehandling som utövas av kiropraktorer och naprapater. Doctor's of Chiropractic med anglosaxisk akademisk utbildning kan, enligt riksdagsbeslut, få svensk legitimation inom hälso- och sjukvården fr.o.m. den 1 juli 1989. Underlag för detta beslut är ett delbetänkande från alternativmedicinkommittén (Legitimation för vissa kiropraktorer. SOU 1987:12). Naprapaterna har av alternativmedicinkommittén bedömts vara en seriöst arbetande och kompetent grupp med speciell kunnighet inom manipulation och idrottsmedicin.

Inom den biologiska medicinen förekommer även akupunktur både som smärtlindring och enligt TCM (Traditional Chinese Medicine).

Andra alternativa terapier förekommer i varierande omfattning.

## 2.7 Terapeuternas betydelse

Ett fåtal studier har närmare granskat behandlarnas roll inom den alternativa medicinen.

Enligt den gängse uppfattningen finns bland denna kategori många personer med stark personlighet och speciell förmåga att inge förtroende och trygghet. Några förefaller även ha en speciell fallenhet och förmåga att påverka hälsan i en positiv riktning. Icke så få av denna kategori driver hälsohem och det är en obesvarad fråga vad som betyder mest för ett gott behandlingsresultat:

terapi i sig eller den karismatiska botaren. Utan tvekan, och detta gäller såväl konventionell som alternativ behandling, spelar behandlaren stor roll för det faktiska och/eller upplevda resultatet av terapi, även om den exakta betydelsen är svår att fastställa.

## 2.8 En belysande karakteristik

Sett från konventionellt vårdperspektiv utgör hälsohemmen ett annorlunda och avvikande inslag. Socialstyrelsens experter *Marianne Johansson Sullivan* och *Lars Sullivan* har på styrelsens uppdrag skrivit ett yttrande (Ang. Vårdresultat vid de s.k. hälsohemmen – psykologiska aspekter. SN 1 – 38:541/79) som väl återspeglar ett hälsohems egenart.

"De fjorton (av 16 intervjuade) som hade negativ erfarenhet av sjukvården specificerade dessa i uttalanden som "prövat allt som stått till buds utan effekt", "fått besked att inget fanns att göra", "skadliga mediciner som cortison har bara gjort mig sjukare", "läkarna är okunniga och oförstående, har vägrat sjukskriva mig och skicka mig till hälsohem", "läkarna är pessimister, har lovat mig rullstol inom fem år".

Tron på förbättring och till och med bot var genomgående stark. Till skälen bakom dessa stora förväntningar hörde hemmets goda renommé och dess engagerade, kunniga och kompromisslösa ledning. Patientens kurativa förhoppningar var koncentrerade till kosten. Av översikten i vidstående tabell framgår att de intervjuade graderade kosten som mest betydelsefull för välbefinnandet, därnäst den individuella omsorgen om gästerna. Fysiska och psykiska miljön skattades också ha viss betydelse för välbefinnandet liksom gruppdanden.

*Tabell. Rangordning av faktorer med betydelse för välbefinnandet under hälsohemsvistelse (n = 16)*

Rangordning	Miljö	Kostregim	Personlig omvårdnad	Gruppdanden
1		15		1
2	4	1	9	2
3	7		5	4
4	5		2	9

Fastans individuella utformning med olika, olikfärgade drycker tycktes ha en suggestiv verkan som ytterligare förstärktes av personlig rådgivning angående dietlistor m.m. Detaljrikedomen av de invecklade procedurerna i förfaringsättet med örter och råvaror var påtaglig. Kontrasten till tidigare erfarenheter av konventionell sjukvård på den här punkten hade genomgående noterats. Compliance hade starkt drag av moralitet, var reservationslös. Auktoriteten hos hemmets ledning accepterades helt utan förbehåll. Hemmet bjöd en sorts "hörnstenar" för den psykiska balansen genom att svara för särskilt påpekat "nytt hopp" och "nytt livsmod".

Samtliga patienter markerade att den positiva effekten av vården inte hade att göra med psykologi, magi eller tro av något slag utan det handlade om konkreta kroppsliga förbättringar som härrörde från kostens sammansättning.

Det gemensamma intresset för kosten och den gemensamma tron på förbättring och bot gav intryck av en kollektiv förstärkning av den individuella upplevelsen. Den likaledes gemensamma negativa attityden till konventionell sjukvård och farmakologisk behandling tycktes växa i styrka genom grupp suggestion. Kravet på patientvald behandling med likvärdiga försäkringsmässiga förutsättningar som konventionell sjukvård var en enande tanke. Den låga status man tillskrev läkarkåren föreföll också genom grupptrösk kunna bli en än mer manifesterad attityd."

Ett viktigt skäl till att människor söker till hälsohem antyds vara missnöje med hälso- och sjukvården vilket hos många lett till aggressivitet och en negativ

attityd till konventionell vård och farmakologisk behandling. Det finns naturligtvis också ett positivt skäl till att man väljer hälsohem. I utlåtandet talas det om tron på förbättring och bot och om hemmets renommé samt kunnsighet och engagemang hos de ledande personligheterna.

Dessa iakttagelser stöds av den undersökning som alternativmedicinkommittén utfört på personer som anlitat alternativa behandlare. Ungefär hälften angav rekommendation av släkt eller vänner som viktigaste anledning till varför de valt att söka alternativ behandling. En lika stor grupp uppgav att de inte blivit hjälpta av eller inte var nöjda med behandlingen inom hälso- och sjukvården.

Om behandlingen sägs inte så mycket i utlåtandet annat än att kosten sätts i centrum. Även om den vegetariska kosten endast är en faktor är den otvivelaktigt den mest spektakulära. Varje hälsohem har sina egna specialiteter, sin egen profil, och man lägger i allmänhet ner mycket arbete på att göra den vegetariska maten både vacker och smaklig. Detta är viktigt då måltiderna även innehåller ett pedagogiskt moment. Det är meningen att de skall inspirera till en efterföljd efter hemkomsten. Enligt all erfarenhet utgör också måltiderna en rik källa till samtal och diskussion.

Den personliga omvårdnaden kommer på andra plats efter maten i rangordningen av faktorer med betydelse för välbefinnandet. Det talas också positivt om en engagerad, kunnig och kompromisslös ledning med stark auktoritet som accepterades utan förbehåll av gästerna. De som leder de mera framstående och omtalade hälsohemmen når ofta betydligt längre än till hälsohemmets gäster. Ofta förekommer reportage om dessa personer i massmedia och de är på det hela taget ganska kända för en stor del av allmänheten. De är engagerade och karismatiska och förmår att fånga människor, vilket föreläsningar med fullsatta hus tydligt visar. Det är ingalunda säkert att hälsohemmen står och faller med dessa personligheter, men att de har en stor betydelse för hemmens renommé råder nog inga delade meningar om.

Hälsohemmen ligger oftast mycket vackert och institutionerna bär sällan prägel av sjukhusmiljö. Man strävar snarare efter det motsatta och erbjuder ofta ett stort utbud av "friskvårdsaktiviteter" såsom omfattande motionsverksamhet, matlagningsskurer, samtal, diskussioner och kvällsprogram av allehanda slag. Dagarna är ofta så inrutade att den som önskar kan vara engagerad med olika aktiviteter hela dagen från tidig morgon till sen kväll. I regel handlar det om gruppaktiviteter, och makarna Sullivan nämner särskilt gruppandan och den kollektiva förstärkningen av den individuella upplevelsen som viktig för välbefinnandet.

Sammanfattat är alltså Marianne Johansson-Sullivans och Lars Sullivans uppfattning den, att en rad faktorer samspelar för att människor skall uppleva välbefinnande vid hälsohemmen. Den centrala faktor kring vilket allt kretsar är den vegetariska kosten resp. fastan. En förtroendeingivande och engagerad ledning och personal ingjuter hopp och tro på metodens förmåga att skapa hälsa, vilket understöds av en stark grupp känsla. Ett sammanhållande kitt är också den ofta gemensamma kritiken mot den etablerade medicinen.



## 2.9 Överväganden och förslag

I detta kapitel har vi ingående diskuterat effekten av hälsohemsbehandling vid olika sjukdomar utifrån ett traditionellt naturvetenskapligt perspektiv. I vissa fall kan vi redovisa sådana effekter, i andra ringa eller inga alls. Med de undersökningar som hittills har gjorts i Sverige som bas är det svårt att finna något medicinskt område där hälsohemmen kan uppvisa genomgående väsentliga förbättringar i förhållande till hälso- och sjukvården och det är rimligt att ställa frågan huruvida denna vårdform kan representera ett meritkott inom vårdssamhället värt att satsa samhällsmedel på.

Frågan kan vara berättigad om man anlägger ett snävt medicinskt synsätt. En jämförelse mellan den konventionella sjukvården och hälsohemmen visar på stora olikheter mellan vårdformerna. Enkelt uttryckt ställs den konventionella vårdens fokusering på sjukdomar och symtom mot hälsohemmens mera hälsoinriktade verksamhet. Hälso- och sjukvården upplevs med rätt eller orätt av många människor som kall, "klinisk" och smärtsam medan hälsohemmen ger en god omvårdnad, tro, hopp och redskap för patienten att själv bearbeta sin sjukdom eller ohälsa. Hälso- och sjukvårdens möjligheter och förmåga att i detta avseende aktivera patienten är mer begränsad.

Inom den alternativa medicinen anses förväntanseffekter spela större roll än inom den konventionella. Det brukar ibland anföras som ett argument mot hälsohemmen att många s.k. mirakulösa tillfrisknanden inte i första hand beror på de tillämpade terapierna utan är en effekt av en stark tro och förväntan. Även om det kan vara svårt att bevisa riktigheten i sådana påståenden kan det, enligt vår uppfattning, ligga något i grundtanken att hälsohemsbehandling appellerar mer till människors känslor än konventionell vård. Hälsohemmen försöker aktivt och medvetet engagera människor för att själva försöka påverka sjukdomsförloppet mot bättre hälsa, vilket sannolikt, hos vissa människor, kan mobilisera krafter och resurser som är gynnsamma för läkning och tillfrisknande. Vi ser detta som uteslutande positivt och menar att i detta avseende kan hälsohemmen dels utgöra ett värdefullt komplement till andra vårdformer och dels ge impulser till hälso- och sjukvården.

Hälsohemmen har ytterligare en viktig roll att spela, nämligen som ett alternativ för sådana patienter som av olika skäl inte fått hjälp eller funnit sig till rätta inom hälso- och sjukvården. Att döma av gjorda undersökningar är denna grupp förhållandevis stor eller ca 10 % av befolkningen i åldrarna 16-74 år. I reda tal utgör detta drygt en halv miljon människor i landet. En del av dessa kan förhoppningsvis få hjälp av vistelse på hälsohem.

Den allmänna inriktningen hos majoriteten av de svenska hälsohemmen ligger i linje med allmänt accepterade former för s.k. friskvård, dvs. en individinriktad, hälsofrämjande, preventiv verksamhet, som expertgruppen anser vara föga kontroversiell.

När det gäller behandling av specifika sjukdomar föreligger, som framgår av 2.3, viss vetenskaplig dokumentation beträffande övervikt, högt blodtryck, för höga halter av farliga blodfetter, åldersdiabetes samt astma och allergi. Vegankost har dessutom i vissa fall visat sig kunna ge smärtlindring och minskad sjukdomskänsla hos patienter med ledgångsreumatism. För en rad andra sjukdomar finns ingen vetenskaplig dokumentation men väl ett material

från Hälsohemmens riksförbund baserat på erfarenheter från en rad hälsohem. Dessa erfarenheter uppges i huvudsak vara positiva.

I utredningen har också redogjorts för kontraindikationer, generella resp. speciella sådana, framför allt för fastebehandling. Det bör i detta sammanhang påpekas att kontraindikationer för fasta inte automatiskt innebär att hälsohemsvistelse inte bör komma i fråga.

Hälsohemmen i Sverige har en egen inriktning och utformning av vården, som bör ses som ett resurstillskott till vad hälso- och sjukvården i övrigt har att erbjuda. *Vi anser* således att hälsohemmens kompetens bör tas till vara bättre än hittills både när det gäller ospecifik, allmänt hälsofrämjande behandling och specifik sjukdomsbehandling och i det sammanhanget är givetvis uttagningsprinciperna avgörande. Vid bedömningen av vilka patienter som skall remitteras till hälsovårdhem (se 1.3) bör ett brett synsätt anläggas, där inte längre enbart medicinska faktorer bör vara utslagsgivande. Medicinska ställningstaganden skall utgöra själva grunden för vårdbeslutet och i dessa frågor kan de av medicinsk expertis i avsnitt 2.3 och 2.5 redovisade indikationerna resp. kontraindikationerna för hälsohemsbehandling tjäna som vägledning. Patientens motivation att ändra sin livsföring, eventuella positiva erfarenheter av samma sorts behandling, behovet att få även tillfällig lindring eller av att avlasta anhöriga m.fl. humanitära/sociala skäl bör även vägas in i bedömningarna.

*Vi vill särskilt framhålla* att all erfarenhet talar för att de bästa resultaten av hälsohemsbehandling uppnås då patienten själv är väl införstådd med behandlingens inriktning och villig att seriöst, även på lång sikt, pröva de livsstilsförändringar som där rekommenderas.

De konkreta formerna kring uttagningen diskuteras närmare i avsnitt 4.

När det gäller alternativ behandling vid hälsohem har vi inte tagit ställning då denna fråga är av generell karaktär och behandlas i huvudbetänkandet (SOU 1989:60).



## 3 Personal vid hälsohem

Av socialstyrelsens rapport Hälsohem i Sverige (PM 169/87) framgår att av 20 hälsohem hade 13 ansvarig läkare på heltid och/eller deltid och lika många hade hel- och/eller deltidсанställd leg. sjuksköterska. Tillgång till legitimerad sjukgymnast på hel- och/eller deltid fanns på totalt 10 hem. 4 hälsohem hade fler än en läkare, 3 hade fler än en sjuksköterska och 2 hem hade fler än en sjukgymnast.

I övrigt förfogade hälsohemmen över administrativ personal, köks- och städpersonal och "övrig personal". Bland de senare återfanns dietist, friskvårdsassistent och psykolog. Fem hälsohem hade ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal över huvud taget.

Enligt socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1985:16) skall personalen vid enskilda vårdhem vara dimensionerad efter patienternas/gästernas antal och vårdbehov.

### 3.1 Generella regler för enskilt vårdhem

Enskilt vårdhem skall, enligt vårdhemsstadgan i fallet konvalescenthem, förestås av legitimerad sjuksköterska med lämplig utbildning och yrkeserfarenhet. Den vård som meddelas skall stå under tillsyn av en läkare med lämplig utbildning och erfarenhet.

I föreståndarens åligganden ingår att ansvara för personlig omvårdnad och tillsyn, följa utvecklingen inom vårdområdet, se till att möjligheter ges till behövlig aktivering och rehabilitering, se till att kosten är fullvärdig och näringsriktig, besluta om inskrivning efter samråd med vårdhemsläkaren, föra liggare över de personer som vårdas vid hemmet samt svara för och lämna årsberättelse till socialstyrelsen, länsstyrelsen och socialnämnden.

Vårdhemsläkaren åligger, enligt vårdhemsstadgan, att ansvara för den medicinska vården vid hemmet, se till att vid hemmet vårdas endast sådana personer för vilka det är godkänt och lämpligt, regelbundet besöka hemmet, ha tillsyn över hygien och utrustning, se till att journal förs. Vårdhemsläkaren skall omedelbart anmäla till socialstyrelsen om uppkommen skada eller risk i samband med behandling och till polismyndighet om det vid dödsfall kan föreligga behov av rättsmedicinsk undersökning.

Socialstyrelsen har i sina föreskrifter gjort tillägget att vårdhemsläkare för konvalescenthem skall göra rutinbesök vid hemmet minst en gång i veckan.

### 3.2 Rekrytering av personal

Ett problem för de medicinskt inriktade hälsohemmen är bristen på kvalificerade läkare. I landet finns för närvarande bara en handfull läkare med lämplig kompetens. I regel har dessa läkare en kompletterande utbildning i biologisk medicin utomlands, framför allt i Västtyskland. Under senare år har, enligt företrädare för hälsohemmen, ett ökande intresse kunnat märkas framför allt bland yngre läkare för att tjänstgöra vid hälsohem. Hittills har emellertid detta ej lett till att behoven blivit tillgodosedda. Ett aktuellt exempel är Österåsens hälsohem där chefsläkaren gick i pension 1987 och man därefter haft stora svårigheter att besätta vakansen. Däremot förefaller det inte råda någon speciell svårighet att rekrytera annan vårdpersonal.

Landstinget i Västernorrland anhöll 1986 hos socialstyrelsen att läkare under FV-tjänst<sup>1</sup> skulle få tillgodoräkna viss tjänstgöring vid Österåsen som del av sin tjänstgöring för specialistkompetens i allmänmedicin. Socialstyrelsen gav ett sådant tillstånd, vilket bör ses som vägledande även för andra landsting. Ännu (juli 1989) har man dock inte lyckats få någon läkare att förlägga sin FV-utbildning till Österåsen trots att möjligheten står öppen för läkare från hela landet. Problemet kommer sannolikt att accentueras om systemet med hälsovårdhem införs och ett större antal hälsohem kommer att bedriva medicinsk behandlingsverksamhet vilket kräver att varje hälsovårdhem disponerar över en vårdhemsläkare.

Enligt förslaget "Kompetensutvecklingen efter läkarexamen" (SOU 1987:54) skall en detaljstyrning av specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar ersättas av målbeskrivningar för resp. specialitet. Målbeskrivningen skall ange de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som läkaren skall ha tillgodogjort sig när han anses ha uppnått specialistkompetens. Den praktiska tjänstgöringen för att uppnå specialistkompetens föreslås läkaren fullgöra på en anställning där han bedömer att han kan få den kompetensen. Läkaren skall under sin specialiseringstjänstgöring (ST) ges möjlighet att växla mellan arbetsplatsens funktioner på ett lämpligt sätt och att delta i fortbildning. Om, sågs det i utredningen, den kompetens som anges i målbeskrivningen under en tid fordrar tjänstgöring även på annan arbetsplats, skall läkaren beredas möjlighet till detta.

Något principiellt hinder för läkare, som så önskar, att förlägga del av sin ST till hälsovårdhem kommer knappast att föreligga om förslaget går igenom.

En annan kanske mera realistisk möjlighet är efterutbildningen av läkare i form av NLV-kurser och på andra sätt.

Vid Alfta Rehab Center anordnas t.ex. årligen NLV-kurser inom området ortopedisk medicin. Kurserna har tillkommit därför att den ansvarige läkaren för Alfta Rehab Center har stor erfarenhet av och kompetens i ryggsjukdomarnas behandling, bl.a. manipulationsbehandling. Kurserna är mycket eftersökta, med ibland över hundra sökande till ett trettiotal platser. Vid samma institution anordnas även kurser för sjukgymnaster. Även Tallmogården

<sup>1</sup> FV (fortsatt vidareutbildning) = tjänstgöring för specialistutbildning.

bedriver utbildningsverksamhet, främst med inriktning på det egna landstingets behov, och vissa landsting har anordnat efterutbildningsdagar som knyter an till kostfrågor, hälsohem och alternativ medicin.

### 3.3 Utbildning av personal

På sikt torde det vara nödvändigt med en mera systematisk utbildningsverksamhet om behovet av kompetent personal vid hälsovårdshemmen skall kunna tillgodoses. Denna fråga är föremål för diskussion inom hälsohemsrörelsen och under 1988 har Hälsohemmens riksförbund introducerat en fortbildning för ansvarig personal vid de av riksförbundet auktoriserade hälsohemmen. En sådan kurs har genomförts i början av 1988 omfattande fyra dagar. Intentionen uppges vara att deltagande i fortbildningen för ansvariga skall bli obligatorisk och vara en förutsättning för förlängd auktorisation. Vid den första kursen deltog personal från 11 av 16 auktoriserade hälsohem.

Detta initiativ torde dock inte täcka det verkliga behovet av utbildad personal från olika nivåer. Österåsens hälsohem har därför i samarbete med Högskolan Härnösand/Sundsvall, Sollefteå kommun, Hälsokostrådet och Hälsohemmens riksförbund utarbetat ett förslag till grundutbildning för hälsohemspersonal omfattande 20 poäng. Kursen är tänkt att ordnas som en distanskurs med fyra centrala sammandragningar förlagda till Österåsen. Undervisningen planeras bestå i föreläsningar, litteraturstudier, gruppövningar samt praktik. Varje elev skall utföra ett specialarbete. Då det förutsätts att de flesta kursdeltagarna innehar anställning vid bl.a. hälsohem skall undervisningen genomföras under 1-2 terminer. Enligt förslaget kommer kursen att innehålla följande huvudämnen: Helhetssyn i hälsohemsbehandling (5 p), Vegetarisk kostkunskap (5 p), Fysikaliska terapier (5 p) och Forskning och utveckling (5 p). Varje moment är fristående och skall kunna läsas separat.

Kursen kommer att starta hösten 1989.

### 3.4 Överväganden och förslag

När det gäller personalomsättningen vid *hälsovårdhem* (1.3) bör denna överensstämma med vad som fastslagits av socialstyrelsen (SOSFS 1985:16) för enskilda vårdhem.

Föreståndare för enskilt vårdhem skall således ha legitimation som sjuksköterska med lämplig utbildning och yrkeserfarenhet.

Den vård som meddelas vid enskilt vårdhem skall stå under tillsyn av läkare (vårdhemsläkare). Denne skall vara legitimerad samt ha den utbildning och erfarenhet som behövs för sjukvården vid hemmet.

*Enligt expertgruppens uppfattning bör hälsovårdhem ha tillgång till minst en halvtidsanställd läkare beroende på hemmets storlek och vårdbehovet hos patienterna. Utöver de allmänna åligganden som fastställts i vårdhemsstadgan och socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är det önskvärt att läkaren även skall kunna handleda personalen vid hälsovårdshemmet.*

Ett problem är uppenbarligen att få välutbildad och kompetent personal till hälsohemmen. Med detta syfte har Hälsohemmens riksförbund påbörjat en

årligen återkommande fortbildning av redan anställd personal vid de av riksförbundet auktoriserade hälsohemmen. Fortbildningen, som kommer att omfatta merparten av den anställda personalen, uppges vara förutsättning för att hemmen skall få förnyad auktorisation.

För att tillgodose behovet av grundutbildning för personal på olika nivåer inom hälsohemmen planeras fr.o.m. 1989 en högskolekurs omfattande 20 poäng vid högskolan i Härnösand/Sundsvall.

*Vi finner* detta initiativ mycket lovvärt men vi vill samtidigt *framhålla* att den planerade grundutbildningen nödvändigtvis måste bli av hög kvalitet, vilket förutsätter att kvalificerade handledare anlitas i utbildningen. De för utbildningen ansvariga bör ålägga sig att garantera att den planerade grundutbildningen får en standard som motsvarar dess formella status som högskoleutbildning.

*Vi anser* det utomordentligt viktigt att vården av gäster och patienter vid hälsovårdhem och även övriga hälsohem handhas av kompetent personal som är väl förtrogen med hälsohemsrörelsens vårdfilosofi och som även har god förankring inom hälso- och sjukvården. Det är därför en fördel om den personal som rekryteras till en stor eller övervägande del också har en konventionell vårdutbildning och erfarenhet inom hälso- och sjukvården.

*Vi vill också framhålla* att även annan medicinsk fortbildning kan vara av värde för personalen. Det är viktigt att den vårdpersonal som tjänstgör vid hälsohemmen inte avskärmar sig från hälso- och sjukvården utan att ansvariga inom hälsovårdhemmen och deras huvudmän uppmuntrar till nära kontakt med kollegor inom hälso- och sjukvården.

Beroende på hälsovårdhemmets storlek, inriktning etc. behövs kompetent personal även inom andra områden, exempelvis dietetik, fysiologi, psykologi, kommunikationsmetodik etc. Det är angeläget att även dessa personalkategorier håller nära kontakt med den vetenskapliga utvecklingen inom resp. ämnesområde och att de tillämpar moderna rön i sin verksamhet.

När det gäller rekryteringen av speciellt läkare är det *expertgruppens uppfattning* att en sådan underlättas om landstingen, Hälsohemmens riksförbund, Svenska läkares förening för biologisk medicin och andra tar initiativ till efterutbildningskurser/-dagar för läkare och annan kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal, och även aktivt förmedlar kontakter för efterutbildning i andra länder.

## 4 Hälsohemmen som ett led i vårdkedjan

### 4.1 Landstingsremisser vanligt förekommande

Som framgått tidigare (1.2) finns i dag olika former av huvudmannaskap för hälsohemmen: landsting, stiftelse, aktiebolag och privat huvudmannaskap. De flesta hemmen är privata, fyra hem har landsting som huvudman (här har medräknats även Vindeln, Sorsele och Sandträsk som betecknar sig som hälsocentra), fem hem drivs av stiftelse och två hem av aktiebolag. Österåsens hälsohem drivs av en stiftelse, men här har hemmet räknats som landstingsinstitution då landstinget i Västernorrlands län i realiteten är huvudman.

I vissa landsting, som inte har eget hälsohem, förekommer ett formaliserat samarbete mellan landstinget och privata eller stiftelseägda hem.

Nedan ges några exempel på samarbete mellan landsting och hälsohem, nämligen Nyhyttans Hälso- och Rehabcenter och Tallmogården. Nyhyttan har träffat ett samarbetsavtal med Örebro läns landsting medan Tallmogården har utvecklat en annan form av samarbete med sitt vårdlandsting, Kopparberg. Vi beskriver också hur ett landsting, Blekinge, har valt att gå till väga i fråga om remisser till hälsohem. Praxis kan variera kraftigt mellan olika landsting beroende på olika utgångspunkter, olika tradition och olika synsätt. Blekinge har valts då man fortlöpande för en diskussion i den här frågan.

#### Exempel Nyhyttan

Örebro läns landsting har ingått ett samarbetsavtal med Nyhyttans Hälso- och rehabcenter, som är auktoriserat av Hälsohemmens riksförbund och dessutom godkänt som enskilt vårdhem av länsstyrelsen.

Avtalet innebär att av hälsohemmets totala 27 000 vård dagar (1987), fördelade på 80 sängar, garanterar landstinget utnyttjandet av 7 500 (28 %). Vård dagskostnaden är 695 kronor och innefattar helpension och en läkarordinerad behandling per dag 6 dagar i veckan (1987: 1,3 behandlingar/dag), vanligen sjukgymnastik, massage, kostterapi, badbehandling eller liknande. Andra landsting får samma villkor som Örebro-landstinget och totalt räknar Nyhyttan med (1988) att landstingen bekostar ca 15 500 vård dagar, eller 57 %, medan återstoden, ca 11 600 vård dagar, nyttjas av självbetalande gäster.

Ett tiotal landsting sänder regelbundet patienter till Nyhyttan, ett fåtal i mera betydande omfattning. Förutom Örebro-landstinget bekostade således Stockholms läns landsting 1987 ca 3 600 vård dagar vid Nyhyttan, Värmlands läns landsting ca 2 500, Kopparbergs läns landsting ca 900, Sörmlands läns landsting ca 600, Västmanlands läns landsting ca 500 och Östergötlands landsting ca 200 vård dagar under 1987.

#### Exempel Tallmogården

Mellan Kopparbergs läns landsting och Tallmogården finns en annan form av samarbete. Vårdavtal saknas men landstinget bestämmer för varje år hur många



patienter som får tas in på Tallmogården med bidrag från landstinget. År 1987 beslutade således landstinget om behandling av högst 75 patienter. Antalet som vårdades blev dock endast 46 patienter. Dessa patienter vistas i regel tre veckor på hälsohemmet och diagnoserna uppvisar stor variation.

Landstinget har accepterat att adjungera två ledamöter till Tallmogårdens styrelse och den nära kontakten mellan landstinget och hälsohemmet understryks vidare förhållandet att landstinget bidragit till en år 1987 avslutad utbyggnad och att det i övrigt förekommer ett nära samarbete för fortbildning av läkare och annan sjukvårdspersonal, främst inom primärvården. Bl.a. arrangeras utbildningsdagar för hela personalen vid landstingets vårdcentraler samt i ökande omfattning kurser i vegetarisk matställning för landstingsanställd ekonomipersonal. Denna verksamhet har utökats kraftigt fr.o.m. hösten 1988.

Tallmogården får ungefär 50 procent av sina patienter via landstingen med landstingsbidrag eller på läkarremiss. Under 1987 vistades således 562 patienter på Tallmogården (ca 12 000 vård dagar) remitterade från följande landsting (siffran inom parentes avser 1986):

Södermanland	61 (72)
Jönköping	12 (12)
Kronoberg	29 (26)
Kalmar	20 (22)
Gotlands sjukvårdsförvaltning	30 (25)
Blekinge	67 (61)
Kristianstad	32 (31)
Malmöhus län	27 (30)
Halland	13 (25)
Bohus	48 (40)
Goteborgs sjukvårdsförvaltning	9 (2)
Älvsborg	10 (-)
Skaraborg	41 (45)
Värmland	17 (31)
Västmanland	47 (76)
Kopparberg	46 (74)
Västernorrland	9 (3)
Jämtland	21 (13)
Västerbotten	12 (19)
Norrbottn	11 (8)

Stockholms, Uppsala, Östergötlands, Örebro och Gävleborgs landsting samt Malmö kommun har inte sänt patienter till Tallmogården. Örebro och Gävleborgs landsting remitterar patienter till hälsohem inom egna länet, medan andra, främst Östergötlands landsting, företräder en restriktiv hållning i avvaktan på statsmakernas principiella ställningstagande till hälsohemsverksamheten. Stockholms läns landsting har under 1988 fattat beslut om att sända ett ökat antal patienter till hälsohem. Då kommer också Tallmogården med i bilden.

## Exempel Blekinge

Blekinge läns landsting sände år 1987 72 patienter till hälsohem, varav 67 till Tallmogården, motsvarande totalt 1 436 vård dagar. Övriga utomlansremisser (till konvalescenthem, rehabiliteringsanstalter etc.) var 53 eller 1 333 vård dagar. Efterfrågan på hälsohemsbehandling har vuxit de senaste åren vilket framgår av en jämförelse med 1985 då 48 vårdtillfällen avsåg hälsohem.

Remisserna kommer från ett stort antal läkare inom primärvård, sjukhusvård och företagshälsövård. De viktigaste indikationerna uppges vara fetma samt led- och ryggbesvär. Även patienter med mag-tarm-sjukdomar förekommer, och ofta är det fråga om ett komplex av besvär, också psykiska sådana. Urvalet av patienter uppges styras av patienternas egna önskemål. I princip får den patient som så önskar remiss till hälsohem under förutsättning att det föreligger en godtagbar medicinsk indikation. Till följd av den stora efterfrågan på hälsohemsvård har praxis när det gäller uttagning skärpts de senaste åren. Man anser att den nuvarande nivån på ca 70 remitterade patienter årligen knappast kommer att överskridas väsentligt de närmaste åren.

Det stora intresset för hälsohemsbehandling har stimulerat en diskussion inom landstinget. Många anser att man får ut för litet i dagsläget av de pengar man satsar på sådan behandling. Det har också anförts kritik mot bristande uppföljning och efterkontroll. Landstinget har därför tillsatt en utredning som skall komma med förslag bl.a.

rörande vilket alternativ som bedöms vara det fördelaktigaste på sikt: att etablera eget hälsohem eller att skapa en fast relation till något hälsohem utom länet. En annan fråga gäller uttagningsansvaret. I dag gör landstingets uttagningsläkare en medicinsk bedömning, men i framtiden kan man tänka sig att ansvaret decentraliseras till primärvårdsområden, som får en budgetram inom vilken denna typ av remisser får konkurrera med andra vårdformer utom länet.

En viktig fråga anses vara uppföljningen som hittills varit så gott som obefintlig. Preliminärt har diskuterats att i remissen lägga in en automatisk uppföljningsvecka vid hälsohemmet ett antal månader efter primärbesöket kombinerat med ett mera uttalat ansvar för patienterna från primärvårdens sida.

Av socialstyrelsens rapport framgår att av 20 hälsohem var det bara tre som inte hade fått patienter på läkarremiss. 12 av hemmen (inkl. landstingshemmen) kunde redovisa patienter som fått landstingsbidrag till sin vistelse. Patienter remitterades, således, vid tiden för socialstyrelsens undersökning (1984) även till sådana hälsohem som inte var enskilda vårdhem. Rapporten redovisar dock inte omfattning eller frekvens varför det i vissa fall kan röra sig om enstaka patienter.

## 4.2 Uttagning av patienter för hälsohemsvistelse

Förhållandet att patienter i viss omfattning remitteras till hälsohemmen från enskilda läkare och från landsting innebär fördelar både för hälsohemmen och för patienterna. Hälsohemmen får härigenom viktiga kontakter med hälso- och sjukvården, vilket kan komma patienterna till del i form av uppföljning på hemorten. En annan viktig fördel för patienterna är att en läkarremiss oftast innebär att vistelsen blir helt eller delvis bekostad av landstinget.

Efter kontakter med ett femtontal landsting kan vi konstatera, att varje remiss föregås av någon form av utredning. Den medicinska utredningen görs självfallet av den remitterande läkaren och i vissa landsting är denna åtgärd tillfyllest för att patienten skall få åka till hälsohem på landstingets bekostnad. I de flesta av de tillfrågade landstingen sker emellertid en bedömning och prioritering av inkomna remisser. I vissa fall görs detta av en speciellt tillsatt uttagningsläkare som kan vara sjukhusläkare eller distriktsläkare, centralt verksam eller verkande inom primärvårdsområde, block eller motsvarande. Uttagningsläkaren kan fungera som konsult åt en central beslutsfunktion eller ha delegation att själv besluta. Oftast är hälsohemsärendena sammankopplade med andra vårdärenden, t.ex. utlandsvård, annan konvalescensvård, rehabiliteringsärenden etc. I vissa fall görs vissa kompletterande utredningsinsatser och sammanställningar på landstingskansliet, ibland har uttagningsläkaren ensam ansvaret för den slutliga uttagningen.

Uttagningen kan också ske i en särskild, politiskt tillsatt, nämnd, som i sin tur kan delegera vissa ärenden, exempelvis hälsohemsfrågor, till en högre tjänsteman inom landstinget. Ett landsting, Norrbotten, sänder alla hälsohemsansökningar till den ansvarige läkaren för Sandträskis hälso- och konvalescenshem som dels gör en medicinsk bedömning, dels fördelar patienterna mellan Sandträskhemmet och andra hälsohem inom och utom länet.

Bedömningen av hälsohemsärenden skiftar mellan olika landsting. På vissa håll kan det vara mycket svårt att få komma i åtnjutande av hälsohemsvistelse på landstingets bekostnad. Oavsett hevekelsegrunderna för bedöm-

ningarna kan konstateras att stora olikheter förekommer mellan landstingen. I vissa landsting har man således tagit beslut att inte medge bidrag till hälsohemsvistelse generellt; i andra, återigen, har man en mer generös hållning och de ansökningar som kan motiveras medicinskt blir beviljade.

En viktig fråga i detta sammanhang är på vilka indikationer patienter uttas till hälsohem. Rundfrågan ger vid handen att även i detta avseende skiljer sig praxis från landsting till landsting. Allt från en enda indikation, t.ex. fetma eller rörelseorganens sjukdomar, till ett brett spektrum utan i förväg fastställda begränsningar. I något fall har man uppgivit att man även försöker väga in psykosociala aspekter, t.ex. att patienten har en stark personlig önskan att komma till hälsohem, besvärliga hemförhållanden, behov av vila och avkoppling etc., dock under förutsättning att i grunden legat en ovettydig medicinsk indikation.

En restriktiv bedömningslinje leder med nödvändighet till att de som får avslag kan bli missnöjda. Det har därför i kontakten med landstingen varit naturligt att även ställa frågan om någon form av överprövning medges. I flera landsting söker man tillmötesgå patientens önskemål och gör en ny utredning som kan bestå i att exempelvis den ansvarige tjänstemannen eller uttagningsläkaren tar förnyad kontakt med remitterande läkare. I tveksamma fall brukar man medge att patienten får åka. I några landsting hänvisas den klagande patienten till ordföranden i den nämnd som har ansvaret för uttagningen. I en del landsting används förtroendenämnden för dessa frågor, men det förefaller som om förtroendenämnderna är ganska lite nyttjade för just denna typ av ärenden.

### 4.3 Förberedelse för och uppföljning av hälsohemsvistelsen

Tidigare har diskuterats svårigheten för många hälsohemspatienter/gäster att efter hemkomsten fullfölja sina intentioner att tillämpa de råd och lärdomar de tillägnat sig under tiden på hälsohemmet och som anses vara en förutsättning för att det medicinska resultatet skall bli bestående. De undersökningar som genomförts vid Österåsen, Vindeln och Sorsele illustrerar detta förhållande genom den påvisade s.k. "hängmatteeffekten", som innebär att patienterna under vistelsen vid institutionen förbättrar exempelvis vikt och blodtryck; efter ett år har värdena för en stor del av gruppen återgått till det ursprungliga eller i närheten därav.

Förklaringen till "hängmatteeffekten" uppges främst vara social eller psykologisk – det kan vara svårt att i längden klara en avvikande livsföring i familjekretsen, på arbetsplatsen och tillsammans med vänner och bekanta, och det kan vara enformigt, inte minst vintertid, att leva huvudsakligen på vegetarisk kost. Svårigheterna kan också ha geografiska orsaker – det är svårare att leva på en fullvärdig vegetarisk kost i norra Sverige än i södra.

De privata hälsohemmen har i regel inte resurser för uppföljning och efterkontroll av patienterna. Detta gäller även de landstingsägda hemmen, men man är där i allmänhet starkt medveten om problemet och försöker få till stånd en fungerande efterkontrollverksamhet. I Vindeln (hälsocenter) sker

detta genom uppföljningskurser och genom kontakt med primärvården. I Österåsen pågår uppbyggnaden av ett nät med primärvården som knutpunkter så att patienterna skall kunna få stöd efter hemkomsten. Detta kräver en fortlöpande utbildning av primärvårdspersonal, framför allt distriktssköterskor, vilket också pågår sedan några år vid Österåsen. Även Tallmogården har, som framgår av 4.1, inlett en utbildningsverksamhet i samarbete med Kopparbergs läns landsting med ett liknande syfte.

#### 4.4 Överväganden och förslag

I och med att några landsting själva startat hälsohem eller institutioner liknande de privata hälsohemmen har under senare år hälsohemsterapierna och hälsohemstanken fått en ökad aktualitet inom landstingsvärlden. Ett tiotal landsting har gjort eller påbörjat egna utredningar om etablerandet av hälsohem och flertalet sjukvårdshuvudmän bekostar vistelse vid hälsohem för vissa patienter. Även om denna verksamhet inte är särskilt omfattande förefaller den vara i tilltagande om man ser utvecklingen över en något längre period. Allt talar för att kontakten mellan de medicinskt inriktade hälsohemmen och vårdssamhället i övrigt har förstärkts under 1980-talet. Detta trots att många sjukvårdshuvudmän uppenbarligen förhåller sig avvaktande i väntan på ställningstaganden från statsmakternas sida när det gäller hälsohemsbehandling.

I annat sammanhang har expertgruppen diskuterat indikationer och kontraindikationer för vistelse på hälsovårdhem (kap. 2) och *vi anser generellt*, att om de villkor som diskuterats i avsnitt 2 är uppfyllda bör inga principiella hinder föreligga för att remittera patienter till hälsovårdhem. *Enligt vår bedömning* har hälsohemsbehandling bäst utsikt att lyckas om patienten är positiv till behandlingen. Den inremitterande läkaren bör därför i möjligaste mån även bedöma patientens motivation och förutsättning att även på längre sikt tillämpa de kost- och hälsovanor som hälso(vård)hemmet rekommenderar.

Den rundfråga som vi gjort till ungefär hälften av landets landsting visar att bedömningen av remisser ofta är mycket restriktiv och sker på strikt medicinska grunder. *Vi anser* att detta är en riktig utgångspunkt men finner det samtidigt angeläget att både den remitterande läkaren och landstingens uttagningsfunktion i sin bedömning även väger in psykosociala faktorer såsom personlig motivation, behov av nedvarvning och rekreation, "semester från sjukdom" (kan t.ex. gälla patienter med kronisk ledgångsreumatism som vill fasta), avlastning för anhöriga etc.

*Vi har konstaterat* att i de flesta landsting finns möjlighet för en patient som fått avslag på sin framställning om hälsohemsvistelse att få till stånd en förnyad prövning av sitt fall. Detta är i linje med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som stadgar att vården skall utformas så långt möjligt i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vi vill därför inte hävda nödvändigheten av att det inrättas någon speciell institution för detta ändamål men vill ändå *framhålla* att det kan vara lämpligt att i vissa fall koppla in exempelvis kurator eller psykolog om det föreligger någon oklarhet. Det förefaller också som om de obligatoriska förtroendenäm-

derna i högre grad än vad som är fallet i dag, i enlighet med sin instruktion, skulle kunna främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och förmedla den hjälp till patienterna som förhållandena påkallar (prop. 1985/86:136). I sådant fall är det dock viktigt att patienterna informeras om denna möjlighet.

*Vi har även konstaterat* att en hälsohemsvistelse ofta förlorar sin effekt ganska snart då många patienter efter hemkomsten har svårt att följa hälsohemmens program i sin livsföring. *Vi anser* det därför nödvändigt att patienterna i större utsträckning än vad som är fallet i dag får hjälp och stöd när de kommit hem. Detta kan ske genom att hälso- och sjukvården får ett svar för patienter som återkommer efter en landstingsfinansierad vistelse, exempelvis genom att patienten snarast efter hemkomsten får återbesöksdagar hos behandlande läkare och med denne kommer överens om någon form av uppföljningsplan, i vilken distriktssköterska eller annan vårdpersonal kan involveras. Vid samma återbesök kan en preliminär utvärdering ske av behandlingsresultatet vid hälsohemmet. Landstingen bör uppmuntras att ge anvisningar för hur en sådan utvärdering kan ligga till grund för en framtida policy.

*Vi är angelägna att framhålla*, att det kan ta tid att bygga upp en fungerande uppföljningsverksamhet och att en sådan förutsätter dels en nära kontakt med de aktuella hälsohemmen, dels också fortbildning av den berörda personalen i bl.a. de terapier och det tänkesätt som förekommer vid hälsohemmen. *Vi vill rekommendera* att den personal som har kontakt med hälsovårdhem företar studiebesök vid sådana hem.

Hälsohemsverksamheten i landet kan förmodas öka i omfattning i framtiden och särskilt då kategorin hälsovårdhem. En ökad efterfrågan på platser, bl.a. betingat av intresset hos allt flera landsting att bekosta vård vid hälsohemmen, talar för detta. I flera landsting förs diskussioner om hur hälsohemsvistelsen skall kunna tas till vara på ett bättre sätt genom mer kvalificerade insatser i samband med remiss och uppföljning. Enligt *vår bedömning* föreligger behov av klarare anvisningar i denna fråga. *Vi föreslår* därför att socialstyrelsen får i uppdrag att göra sådana tillägg och förändringar i stadgan om enskilda vårdhem samt i föreskrifter och allmänna råd som kan anses motiverat.

## 5 Forskning, utveckling, utvärdering

### 5.1 Ökande intresse för forskning på hälsohem

Genomgående är alternativmedicinen ett föga utvecklat område när det gäller forskning, utvecklingsarbete och utvärdering av verksamheten. Hälsohemmen utgör intet undantag även om man på senare år har kunnat observera ett ökande intresse för forsknings- och utvärderingsverksamhet. Bland annat har tillkomsten av de landstingsägda hälsohemmen drivit på utvecklingen. Vid samtliga dessa förekommer någon form av utvärdering av terapier.

De utvärderingar som gjorts vid Österåsen, Vindeln och Sandträsk visar entydigt när det gäller undersökta sjukdomar (framför allt högt blodtryck, förhöjda blodfetter, fetma, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes), att själva hälsohemsvistelsen i genomsnitt för hela gruppen leder till vikt- och blodtrycksminskning och att blodfetsammansättningen blir bättre men att dessa förändringar inte är dramatiska. Undersökningarna visar också att det i allmänhet sker en försämring av dessa värden efter en tids vistelse i hemmiljö. Det kan alltså konstateras att hälsohemsterapierna, i likhet med många andra terapier, är effektiva så länge de följs och att hälsohemslivsföringen är svår att tillämpa i vardagslivet på grund av bristande motivation, socialt tryck, traditioner osv. De på annan plats redovisade undersökningarna (kap. 10) utesluter dock inte en klart gynnsam effekt i många enskilda fall, vilket också intervjuer från bl.a. Vindeln-studierna visat. Det finns vidare gott om berättelser om människor som blivit friska från sjukdomar efter genomgången behandling på hälsohem och efter tillämpning av hälsohemsidéer under en längre period.

### 5.2 Genomförda, pågående och planerade forskningsinsatser

Det första utvärderingsprojekt som genomförts på hälsohem var det s.k. Föllinge-projektet (10.2) som pågick åren 1977-1978. Föllinge-projektet genomfördes med hjälp av bidrag från Delegationen för social forskning, DSF. Ansvarig för projektet, som genomfördes i hälsörörelsens egen regi, var professor Olov Lindahl. Mera omfattande och långsiktiga studier har också gjorts på patienter vid Österåsens hälsohem samt Vindelns hälsocentrum. Viss utvärderingsverksamhet har även förekommit vid Sorsele och Sandträsk, båda landstingsägda hälsocentra. Vid Nyhyttan pågår sedan något år tillbaka försök med fettfattig vegetarisk kost på små patientgrupper med hjärt- och

kärlsjukdom. Resultat från projektet har ännu ej publicerats men väl redovisats under hand till expertgruppen (10.8).

Socialmedicinska institutionen i Umeå påbörjade 1987 en kontrollerad prospektiv studie av patienter vid Vindelns hälsocentrum. Studien syftar till att undersöka effekten av en riskfaktorintervention för bekämpning av hjärnblödning och hjärtinfarkt. Någon sådan kontrollerad studie har tidigare inte gjorts. Studien görs i samarbete med samtliga vårdcentraler i länet. Forsöksgruppen omfattar 90 personer, kontrollgruppen något färre. Studien beräknas vara avslutad 1991.

I Varberg startade 1984 en två-årig studie med syftet att följa en grupp människors reaktioner medicinskt, näringsfysiologiskt, psykologiskt och sociologiskt i samband med omläggning till laktovegetarisk kost. Ansvarig för projektet är professor P-A Öckerman. Samarbete förekommer med bl.a. näringsfysiologiska institutionen vid Karolinska institutet, med Sahlgrenska sjukhuset och med Lunds universitet. En sociologisk studie har publicerats (Ann-Marie Sellerberg, Vägen till hälsa, 1987). Projektet har huvudsakligen finansierats med medel från Forskningsrådsnämnden, FRN.

Som framgår av kapitel 2 har vissa studier gjorts av sambandet mellan vegetarisk kost och/eller fasta och sjukdomar, exempelvis fasta och kronisk ledgångsreumatism. Dessa studier har dock i allmänhet inte haft till syfte att studera hälsohemsverksamhet speciellt.

Av planerade studier har expertgruppen kännedom om endast en. Socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet har ansökt om medel för en uppföljning av de patienter som vistades på Tallmogården åren 1975–1988. Arbetet med detta material beräknas pågå i tre år.

### 5.3 Är forskning nödvändig?

Fram till mitten av 1970-talet var intresset för forskning inom hälsorörelsen begränsat, bl.a. beroende på brist på medel och kompetenta forskare. I och med att kontakterna mellan hälsohemmen och den etablerade medicinen ökade växte också kraven på hälsorörelsen att vetenskapligt dokumentera metodernas effekter. Detta ledde fram till Föllinge-projektet och accentuerades ytterligare i och med tillkomsten av Österåsen som följdes av Vindelns hälsocentrum, Sorsele hälsocentrum och Sandträsk hälso- och konvalescensthem, samtliga landstingsägda. Speciellt när det gäller Österåsen var det ett krav från beslutsfattare och medicinare att ett utvärderingsprojekt sattes igång snarast efter starten. Detta projekt har avrapporterats under 1988 (10.3). Vindeln och Sorsele i Västerbotten fick redan från början en forskningsanknytning till Umeå universitet. Redan från tillkomsten har patienterna vid dessa institutioner följts upp och resultaten redovisats vid konferenser och i olika publikationer. Viss utvärderingsverksamhet har också skett vid Sandträsk i Norrbotten (10.5).

Hittills har studier gjorts på ett begränsat antal av de sjukdomar som behandlas vid hälsohemmen. Bl.a. för att landstingen skall få vägledning vid remitteringen av patienter är det nödvändigt att de kliniska erfarenheter som

hälsohemmen förfogar över blir föremål för regelrätta vetenskapliga studier. Speciellt som behandlingen av vissa sjukdomar är kontroversiell; bl.a. gäller detta inflammatoriska tarmsjukdomar. Ytterligare ett skäl för forskning är att eventuellt verksamma terapier bör komma till hälso- och sjukvårdens kännedom, så att sådana terapier kan komma att tillämpas mera allmänt inom vården. *Expertgruppen anser* således att det finns skäl att svara ja på frågan om forskning är nödvändig när det gäller hälsohemsverksamhet.

## 5.4 Forskningsbehovet

Resultaten av de hittills genomförda forskningsinsatserna är delvis motsägelsefulla. Från Österåsen, Sorsele och Vindeln redovisas således vissa effekter under själva hälsohemsvistelsen. Vid en kontroll efter ett år har dock de flesta medicinska värden återgått till vad de var vid tiden före intagningen vid hälsohemmet/hälsocentrat. Föllinge-studien däremot visar på dramatiska effekter och också på bättre långtidsresultat. Å andra sidan har Föllinge-studien kritiserats framför allt på grund av bristfällig diagnostisering och resultatredovisning. Då det föreligger en avsevärd diskrepans mellan olika studier är det ett starkt önskemål att ytterligare långtidsstudier görs både av hälsohemsverksamhetens allmänna effekter och dess verkan på specifika sjukdomar. Sådana studier bör vara prospektiva och utföras vid hälsohem med olika inriktning. De bör omfatta ett tillräckligt stort antal försökspersoner så att man kan dra säkra slutsatser. I övrigt bör de vara så utplagda att man inte av metodologiska skäl skall behöva ifrågasätta eller underkänna desamma. Bland de sjukdomar som särskilt bör bli föremål för mera ingående studier är mag- och tarmsjukdomar, allergier samt hjärt- och kärlsjukdomar.

Fastan är en central terapi vid praktiskt taget alla hälsohem. Det är omvittnat att vissa personer mår mycket bra både under och efter fastan medan andra inte gör det. Fastan har under senare år blivit mycket populär i vissa grupper, särskilt bland kvinnor. Enligt en av alternativmedicinkommittén och SCB genomförd undersökning 1985 på ett representativt urval av befolkningen, hade 7 % i åldrarna 16-74 år fastat mer än en dag det senaste året.

Vissa studier har genomförts på fastande, men fortfarande saknas väl genomförda kliniska studier för att fastställa fastans plats i den medicinska terapin och i det förebyggande arbetet. Bl.a. är det av intresse att utröna huruvida effekterna främst är betingade av psykologiska eller medicinska faktorer.

Behandlingen vid hälsohem kan närmast karakteriseras som holistisk. Patienterna behandlas med en rad olika terapier vars enskilda verkningar hittills varit svåra att fastställa. Terapierna kan spänna över vida områden från olika psykoterapier till terapier med örter, vitaminer etc. För framtiden kan det vara rimligt och önskvärt att de hälsohem, som i huvudsak kommer att få patienter på läkarremiss och där vården finansieras av sjukvårdshuvudmännen (hälsovårdhem), strävar till en optimering av metoder och insatser. Detta kan innebära att hälsovårdhemmen i högre grad än vad som nu är fallet specialiserar sig på vissa vårdgrupper och renodlar terapin för dessa. Som en



konsekvens av sådana önskemål krävs forskning, i samarbete med forskningsinstitutioner, med sikte på att få fram effektivast möjliga terapier.

Hälsohemmen är inte bara institutioner som tillhandahåller vissa medicinska terapier. En stor andel av verksamheten består av information, undervisning och påverkan i syfte att åstadkomma livsstilsförändringar. Det är känt att vissa hälsohem lyckats bättre i detta avseende än andra. Det är av stort intresse att undersöka sambandet mellan arten av påverkan och effekten på lite längre sikt. Vad fungerar med andra ord bäst när det gäller att förändra vanor, den karismatiska personligheten hos behandlaren eller pedagogiskt sofistikerade metoder?

I Föllingeundersökningen antyds att sjukskrivningsfrekvensen var väsentligt lägre efter behandlingsperioden än före. Några säkra slutsatser kan dock inte dras av detta material. Skulle emellertid så vara fallet kan inte uteslutas att hälsohemsbehandling kan leda till samhällsekonomiska vinster. En brett upplagd forskningsinsats omfattande olika typer av hälsohem borde vara av stort intresse.

## 5.5 Vem skall ansvara för forskning och utvärdering?

Denna fråga har ett generellt intresse när det gäller alternativmedicinen, och expertgruppen vill hänvisa till den analys som gjorts i huvudbetänkandet beträffande samordningen av forskning på det alternativmedicinska området. Hittills har Delegationen för social forskning, DSF, och Forskningsrådsnämnden, FRN, bidragit med resurser till vissa forskningsprojekt på hälsohem. Framför allt har från FRN uttalats ett intresse för en mera omfattande bevakning och kunskapsutveckling inom området. Det står dock helt klart att för att en sådan kontinuerlig verksamhet skall kunna ske krävs ekonomiska resurser som möjliggör långsiktiga forskningsinsatser. Det krävs också att den alternativmedicinska forskningen, och inte minst då den del som rör hälsohemmen, får en akademisk förankring. Då frågan är av tvärvetenskaplig karaktär bör både medicinska och beteendevetenskapliga institutioner delta i detta arbete. Hela denna fråga är föremål för alternativmedicinkommitténs uppmärksamhet.

## 5.6 Överväganden och förslag

*Expertgruppen konstaterar* att det förekommer och planeras viss forskning inom hälsohemsområdet, men att behovet samtidigt är synnerligen stort av ytterligare forskningsinsatser för att en rad frågor kring hälsohemmens verksamhet skall kunna besvaras och för att landstingen skall få ytterligare vägledning när det gäller att remittera patienter till dessa institutioner. *Vi anser* att prospektiva studier rörande sambandet mellan hälsohemsbehandling och vissa sjukdomar bör prioriteras liksom studier med beteendevetenskaplig inriktning för att utröna mekanismerna vid påverkan och återfall, frågor med generell räckvidd. Sådana studier bör utföras vid hälsohem med olika inriktning, inte bara vid de landstingsägda hemmen utan även vid de privata,

exempelvis Tallmogården, då bl.a. patientkategorierna kan skifta mellan olika hälsohem och olika kategorier av hem. Medicinska och beteendevetenskapliga institutioner bör stimuleras att intressera sig för denna verksamhet, vilket bäst kan ske genom en förstärkning av lämplig institution med tjänster och anslag. Det är dessutom viktigt att området följs kontinuerligt av en central institution, förslagsvis Forskningsrådsnämnden, som uttalat ett intresse för att samordna och utveckla forskningen inom det alternativmedicinska området och som har en expertgrupp med kompetens att hantera dessa frågor. Det är angeläget att den forskning som görs får en tvärvetenskaplig karaktär.

## 0.1

I enlighet

huvudsakligen

psykiatri

ringen för

offentliga

ordförande

inlednings

även ers

Ersättning

utveckling

en särskild

avsedd m

insatser

statliga

inordnings

Den sista

procent

sjukskriv

vertikalt

kultur- och

efteråt, i

rationella

prins

fortfarande

på riksd

sjukfrån

dessutom

all kon

dag. I när

ke. + 198

Ersät

I förord

qualite

förstär

som på



## 6 Ekonomi och ersättningsfrågor

### 6.1 Allmänt om vårdersättning

I enlighet med propositionen 1983/84:190 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. omvandlades det allmänna statsbidraget till den psykiatriska vården samt de tidigare prestationsersättningarna från sjukförsäkringen för läkarvård m.m. inom öppen vård till en samlad ersättning till de offentliga sjukvårdshuvudmännen (DAGMAR-överenskommelsen). Det nya ersättningssystemet domineras av en *allmän sjukvårdersättning*. Den avsåg inledningsvis primärvård och annan öppen vård, men fr.o.m. år 1987 ingår även ersättning för slutenvård i den allmänna sjukvårdersättningen. Ersättningen grundas på ett belopp per invånare och år. För att underlätta utvecklingen av *förebyggande åtgärder* inom hälso- och sjukvårdsområdet utges en särskild ersättning med 48 kr. per invånare och år. Denna ersättning är avsedd att stimulera såväl individinriktade som samhällsinriktade förebyggande insatser.

Statsbidrag enligt DAGMAR-överenskommelsen utgör ca 12 procent av landstingens externa inkomster som 1985 beräknades till 78,7 miljarder kronor. Den största inkomstposten är landstingsskatten som samma år utgjorde 62 procent. Inom ramen för sin budget bedriver landstinget förutom allmän sjukvård i form av läns- och regionsjukvård och primärvård även viss social verksamhet, omsorg om psykiskt utvecklingsstörda samt utbildnings- och kulturverksamhet m.m. Det statliga bidraget till sjukvårdshuvudmännen har således, i och med DAGMAR-överenskommelsen, förändrats från prestationsersättningar till ersättning räknat i kronor per invånare. När det gäller privata vårdgivare, t.ex. läkare och sjukgymnaster, är dock ersättningen fortfarande prestationsrelaterad. Under förutsättning att hemmet är upptaget på riks-försäkringsverkets, RFV, lista över godkända konvalescenthem, betalar sjukförsäkringen en vårdavgift på 45 kr. för vistelse på hälsohem. Man betalar dessutom reskostnader enligt sjukreselförordningen för patienten från hemorten till konvalescenthemmet och åter minus 40 kr. Patientavgiften är 55 kr. per dag. I normalfallet betalar således landstinget vårdavgiften minus 100 kr. (45 kr. + 55 kr.) per dag.

Ersättning till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen finns reglerad i förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen, vilken är en följdörfattning till lagen (1962:381) om allmän försäkring. Sådan ersättning lämnas i princip till all öppen och slutenvård som ges till personer som har rätt till sjukvårdsförmåner.

## 6.2 Sjukpenning

Det grundläggande syftet med sjukpenningen är att kompensera det inkomstbortfall som uppstår på grund av sjukdom. De grundläggande kraven på rätt till sjukpenning är sjukdom och nedsättning av arbetsförmåga. Till förebyggande åtgärder lämnas i princip ingen ersättning. Vissa undantag finns dock, nämligen om den försäkrade är föremål för en åtgärd som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva en nedsättning av arbetsförmågan och om man på grund av dessa åtgärder är förhindrad att förvärvsarbeta; då kan man få ersättning från försäkringskassa.

I samband med vistelse på hälsohem gör försäkringskassorna en prövning av rätten till sjukpenning, dvs. den försäkrade skall ha en sjukdom och hälsohemsvistelsen skall vara en åtgärd som bedöms kunna förebygga eller häva en nedsättning av arbetsförmågan (2 kap. 11 § lagen om allmän försäkring) och som omöjliggör förvärvsarbete.

## 6.3 Förslag om ersättning vid förebyggande vård

I dag finns således ingen lagreglerad rätt till ersättning för inkomstbortfall som uppkommer när försäkrad utan att vara sjuk deltar i en förebyggande åtgärd.

Rehabiliteringsberedningen har i sitt slutbetänkande (Tidig och samordnad rehabilitering. SOU 1988:41) tagit ställning till sjukersättning i förebyggande syfte. Grundprincipen är att nedbringa eller undanröja riskfaktorer hos den enskilde i form av sjukdomsanlag eller riskbeteende. Ersättningen för inkomstbortfall vid förebyggande åtgärder föreslås få samma former som vid sjukdom, dvs. med hel eller partiell sjukpenning.

Eftersom kunskaperna om viktiga riskfaktorer och om metoder att åtgärda dem är under utveckling, sägs det i förslaget, kan man inte nu i ett lagförslag binda rättigheten till ersättning till vissa avgränsade nu kända riskfaktorer eller riskbeteenden. Av detta skäl föreslås att en av förtroendeläkarna i varje kassa utses att vid behov biträda kassorna med sådana bedömningar som berör förebyggande åtgärder. Utredningen räknar med att kostnaderna för sjukpenningförsäkringen bör bli marginella eftersom inkomstbortfallet i regel kommer att omfatta enstaka dagar eller delar av dagar och att effekten på några års sikt kommer att bli en minskning av de totala sjukpenningkostnaderna.

## 6.4 Ersättning vid hälsohemsvistelse

För närvarande kan ersättning utgå till patienter för hälsohemsvistelse efter (individuell) remiss utfärdad av läkare hos offentlig sjukvårdshuvudman. Viss ersättning kan, också efter individuell prövning, utgå från försäkringskassan, nämligen om hemmet är uppfört på RIFV:s lista över godkända konvalescensthem. Är patienten sjukskriven utgår också sjukpenning oberoende av var patienten vistas.

Rehabiliteringsberedningen föreslår att vistelsen vid hälsohem i förebyggande syfte skall bli ersättningsberättigad om följande villkor är uppfyllda:

- \* Den försäkrade skall ha en konstaterad förhöjd risk för sjukdom som, om den uppkommer, förväntas orsaka en nedsättning i arbetsförmågan. Bedömningen skall göras av läkare på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet.
- \* Innehållet i behandlingen måste vara sådant att det enligt vetenskap och beprövad erfarenhet har effekter i primärpreventivt eller sekundärpreventivt syfte beträffande den ökade sjukdomsrisk som den behandlade har.
- \* Förutom godkända hälsovårdhem bör också en förteckning över godkända hälsohem med förebyggande aktiviteter upprättas och kontinuerligt föras, lämpligen i samarbete mellan SoS och RFV.
- \* Om dessa förutsättningar föreligger bör sjukpenning alternativt rehabiliteringspenning kunna utgå. Sjukpenningrätten måste vila på en individuell förhöjd riskbedömning hos den enskilde som söker sig till hälsohem, och vistelsen skall vara inlemmad i en behandlingsplan.

## 6.5 Överväganden och förslag

Gällande ersättningsregler medger att patienter under vissa förutsättningar kan få ersättning för kostnader vid vård på hälsohem. I fråga om sjukpenning gäller dessa regler generellt under förutsättning att patienten är sjukskriven och hälsohemmet är godkänt av RFV. I fråga om landstingsbidrag till vårdkostnad gäller att landstinget i varje enskilt fall kan fatta beslut att sådant skall utgå.

Enligt förslag från rehabiliteringsberedningen föreslås därjämte att sjukpenning skall kunna beviljas för vistelse på hälsohem i förebyggande syfte.

*Vi anser* att hälsovårdhemmen är en resurs inom hälso- och sjukvården och att patienter – då det föreligger indikationer enligt vad som diskuterats under 2.9, och då dessa patienter är väl motiverade för en sådan vistelse – skall ha möjlighet att få sådan vistelse bekostad av samhället.

De möjligheter att erhålla sjukpenning som föreligger resp. föreslås, tillgodoser enligt vår mening väl de krav och önskemål som framförts. Detta gäller även sjukvårdshuvudmännens principer för ersättning. Vad som skiljer är former och principer för uttagning av patienter till hälsovårdhemmen. Denna problematik behandlas i kapitel 4.



## 7 Tillsyn och kontroll

### 7.1 Gällande bestämmelser

Tillsyn och kontroll av enskilda vårdhem regleras i vårdhemsstadgan (1970:88 med ändring 1982:786 och 1986:240) samt i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1985:16) om tillämpning av denna stadga. Enligt § 3 i stadgan har socialstyrelsen den högsta tillsynen över enskilda vårdhem, medan länsstyrelserna utövar tillsyn inom länet. Socialnämnden har uppgiften att utöva en löpande tillsyn i socialt hänsende över de enskilda vårdhem som ligger inom kommunen. I de fall undervisning bedrivs vid ett enskilt vårdhem, motsvarande undervisningen vid förskola, grundskola eller yrkesskola, står denna under tillsyn av skolöverstyrelsen.

Socialstyrelsens tillsyn innebär bl.a. att styrelsen skall verka för att vård och behandling blir av godtagbar standard och följer den allmänna medicinska och sociala utvecklingen i samhället samt att gällande bestämmelser följs bl.a. i fråga om patienternas/gästernas rättigheter och säkerhet i vården.

Socialstyrelsen utövar sin tillsyn genom

- utfärdande av föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan
- information, rådgivning till myndighet och enskilda samt genom
- inspektionsverksamhet i fall av principiell räckvidd eller när det eljest är angeläget.

Socialstyrelsen är också besvärinstans i vissa ärenden, bl.a. när det gäller länsstyrelses beslut om flyttning av en person från enskilt vårdhem och när det gäller återkallande av tillstånd att driva enskilt vårdhem.

På länsplanet utövas tillsyn av länsstyrelsen som meddelar tillstånd att driva enskilt vårdhem. Om ett vårdhem inte sköts tillfredsställande kan länsstyrelsen återkalla beviljat tillstånd. Tidigare har den medicinska tillsynen över vårdhemmen skett genom länsläkarna, men sedan den 1 juli 1981, när denna verksamhet upphörde, har länsstyrelsen ansvar också för tillsyn av den medicinska verksamheten vid vårdhemmet. Då länsstyrelsen i allmänhet inte förfogar över egen medicinsk expertis har det i lagstiftningen förutsatts att länsstyrelsen skall kunna träffa avtal med hälso- och sjukvårdshuvudmannen om läkarmedverkan vid tillsynen. Även när det gäller att få tillgång till särskild expertis, t.ex. läkare med specialistkompetens, kan avtal träffas med hälso- och sjukvårdshuvudmannen.

I socialstyrelsens allmänna råd sägs att länsstyrelsen minst en gång årligen bör inspektera de enskilda vårdhemmen inom länet. Inspektionen bör föranmälans. Vid sådan inspektion bör särskild uppmärksamhet ägnas allt som är av betydelse för att god omvårdnad i trivsamt och ändamålsenligt miljö skall



kunna ges vid vårdhemmet. Dit hör t.ex. personalens sammansättning och utbildning, den allmänna miljön, lokal och utrustning samt möjligheterna till meningsfull sysselsättning för dem som vistas på vårdhemmet. När det gäller den medicinska tillsynen betonar man att vårdens kvalitet och innehåll skall beaktas. Varje inspektion bör, enligt allmänna råden, dokumenteras skriftligt och därefter insändas till socialstyrelsen.

Socialnämnden bör genom besök minst två gånger om året bilda sig en uppfattning om vård och boendeförhållanden vid de enskilda vårdhemmen. Nämnden skall därvid hjälpa hemmets ledning med råd rörande sociala frågor och förmedla kontakt med organisationer och andra föreningar samt informera om socialtjänstens möjligheter till aktivering och meningsfull sysselsättning för patienter och gäster.

Utöver den tillsyn som är föreskriven i vårdhemsstadgan utövas tillsyn även av miljö- och hälsoskyddsnämnden enligt hälsoskyddslagen (1982:1080) och av brandskyddsmyndighet. Miljö- och hälsoskyddsnämnden skall i sin tillsynsverksamhet ägna särskild uppmärksamhet åt bl.a. lokaler för undervisning, vård eller annat omhändertagande (§ 16).

## 7.2 Tillsynen över hälsohemmen

Generellt sett omfattas inte hälsohemmen av vårdhemsstadgan; endast fem hem hade 1988 tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem. Tillsyn har dock i viss utsträckning skett genom socialstyrelsens utredning m.m.

I samband med socialstyrelsens utredning (Hälsohem i Sverige, PM 169/87) gjordes besök vid vissa hälsohem. Vid ett tillfälle har en behandlingsmetod kritiserats ifrån socialstyrelsens sida. I övrigt har intresset från styrelsens sida för hälsohemmen varit ganska begränsat, bl.a. av resurs- och tidsskäl. Delvis kan detta bero på att några anmälningar riktade mot hälsohem inte inkommit de senaste åren. Socialstyrelsen har, enligt sin instruktion, ett tillsynsansvar över hälso- och sjukvården och socialvården i riket. Enligt instruktionen skall styrelsen också engagera sig i förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter. Som en särskild markering av detta förhållande tillskapades vid omorganisationen 1981 en ny avdelning, FAP-avdelningen (Förebyggande Arbete och Planering).

Hälsohemmen är genomgående inriktade mot en förebyggande och hälsofrämjande verksamhet. Inom socialstyrelsen har visats ett intresse inte minst för denna senare inriktning. Bl.a. har diskuterats en utvärdering av verksamheten.

När det gäller länsstyrelsernas kontroll av hälsohemmen förekommer sådan uppenbarligen i varierande omfattning. Vissa länsstyrelser har rapporterats följa vårdhemsstadgans krav mycket noggrant medan andra tydligen gör det i mindre utsträckning. I vissa fall, t.ex. Tallmogården, är kontakterna mellan hälsohemmet och sjukvårdshuvudmannen betydligt tätare än mellan hälsohemmet och länsstyrelsen.

Den lokala tillsynen förefaller, när det gäller hälsohemmen, endast ha en marginell betydelse.

### 7.3 Auktorisation av hälsohem

En intern auktorisation av hälsohem utfärdas av Hälsohemmens riksförbund i samverkan med Hälsofrämjandet och Hälsokostrådet. För att ett hälsohem skall bli auktoriserat måste vissa krav uppfyllas: att miljön är tobaks- och alkoholfri, att kosten är vegetarisk med huvudsaklig tonvikt på biodynamiskt/biologiskt odlade produkter, att fasteterapi erbjuds, att hemmet har leg. sjuksköterska anställd eller att man har kontakt med leg. sjuksköterska, att den ledande personalen lever enligt laktovegetarisk eller vegannorm och deltar i en årlig internutbildning, att man ger information om kost, motion och fasta varje vecka, att man organiserar samtal enskilt och/eller i grupp. En förutsättning är också att hälsohemmets verksamhet skall ha pågått under längre tid än ett år.

Auktorisation föregås, enligt uppgift, alltid av inspektion av en intern expertgrupp och följs upp med regelbundna kontrollbesök ungefär vartannat år. Skulle ett hälsohem bryta mot de uppsatta reglerna kan auktorisationen återkallas och hemmet uteslutas från riksförbundet, vilket också har skett i något fall.

Den första auktorisationen genomfördes 1978 och elva år senare är 19 hem auktoriserade.

### 7.4 Överväganden och förslag

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. har socialstyrelsen tillsyn över landstingskommunernas hälso- och sjukvård resp. all personal inom hälso- och sjukvården. Styrelsen skall därvid "följa och stödja verksamheten" och har rätt att företa inspektioner. Socialstyrelsen har också den centrala tillsynen över de enskilda vårdhemmen under det att länsstyrelserna, socialnämnderna och skolöverstyrelsen har avgränsade uppgifter.

Frågan om kontroll och tillsyn kan ses i olika perspektiv. Ett vanligt sådant är att kontrollera efterlevnaden av olika bestämmelser, t.ex. i medicinskt, hygieniskt eller annat avseende. Detta kan ske genom inspektioner, granskning av årsberättelser eller på annat sätt. Tillsyn kan också ha en mera konstruktiv och framåtblickande innebörd. Den kan bygga på erfarenhetsförmedling, idéutveckling, på diskussion – mera i syfte att utveckla och förbättra än att åtgärda missgrepp.

Detta senare perspektiv har fått allt större betydelse i kontakter mellan exempelvis socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens olika grenar.

#### På central nivå

I socialstyrelsens hälsohemsutredning diskuteras en uppstramning av tillsynsfrågorna på central nivå. Man konstaterar att det behövs en kontinuitet i arbetet med hälsohems- och alternativmedicinska frågor. En idé är att man inrättar ett forum för dessa frågor med socialstyrelsen som koordinator. I ett sådant borde kunna göras dels överväganden av vårdpolitisk art, dels

bedömningar av säkerhet och tillsynsfrågor, dels också effektivitetsanalyser. Vi föreslår att ett sådant centralt forum inrättas, lämpligen vid socialstyrelsen, med uppgifter av den art som förts fram i socialstyrelsens utredning. Om det anses ändamålsenligt att detta forum även ges andra uppgifter inom det alternativmedicinska området bör alternativmedicinkommittén ta ställning därtill. I det föreslagna centrala organet bör förutom berörda myndigheter hälsohemsrörelsen vara representerad samt fristående experter ingå. Socialstyrelsen skulle härigenom få tillgång till aktuell information om hälsohemmen och även aktivt kunna medverka till en från samhällets synpunkt angelägen utveckling av sektorn.

### På länsnivå

Tillsynen över enskilda vårdhem utövas av länsstyrelsen. Stadgan om enskilda vårdhem anger vilka områden som särskilt bör uppmärksammas vid inspektion. Bl.a. skall vårdens kvalitet och innehåll samt olika miljöaspekter beaktas liksom personalens sammansättning och utbildning samt även sociala förhållanden vid hemmet.

När det gäller hälsohemmen omfattar stadgan den grupp som vi har föreslagit skall kallas hälsovårdhem (1.3). För att dessa skall fungera optimalt bör, utöver de förutsättningar som vi angett i kapitel 1, en god samverkan upparbetas med övrig hälso- och sjukvård inom landstinget – bl.a. gäller detta laboratorieresurser. Lokalerna bör dessutom, så långt det är möjligt, vara handikappanpassade.

Övriga hälsohem, vilka således inte får erbjuda medicinsk behandling, faller enligt gällande bestämmelser inte under länsstyrelsernas kontroll.

### På lokal nivå

Den nuvarande ordningen, enligt vilken socialnämnden har tillsyn över enskilda vårdhem framför allt ur sociala aspekter, och hälso- och miljöskydds-nämnden har tillsyn över sådana förhållanden som regleras i hälsoskyddslagen, finns enligt expertgruppen ingen anledning att förändra.

## 8 Konsekvenser

Den av alternativmedicinkommittén tillsatta expertgruppen för hälsohem föreslår i denna rapport, att de hälsohem som bedriver medicinsk behandling skall benämnas "hälsovårdhem" för att kunna skiljas från andra hem med huvudsaklig inriktning på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet. Hälsovårdhemmen erbjuder vegetarisk kost och vanligen även fasta. Detta innebär en avgränsning mot s.k. hälsocentra, vilka i många avseenden bedriver en liknande verksamhet, i allmänhet dock inte fasta. Hälsovårdhemmens kompetens och erfarenhet när det gäller behandling, förebyggande/hälsofrämjande arbete och livsstilspåverkan bör, enligt vår uppfattning, tillvaratas inom hälso- och sjukvården, och vården vid dessa hem bör göras tillgänglig för patienter med diagnoser och på indikationer som diskuteras i denna rapport.

De förslag som i denna rapport läggs fram för alternativmedicinkommittén kan komma att innebära vissa konsekvenser för de olika berörda myndigheterna och grupperna.

### 8.1 Konsekvenser för patienterna

Sjukvårdshuvudmännen rekommenderas att bekosta vistelse vid hälsovårdhem då vissa, i rapporten angivna, indikationer föreligger. Detta innebär att vissa patientkategorier bör få större möjlighet till vistelse på hälsovårdhem än vad som hittills varit fallet oberoende av var patienten är bosatt. I rapporten föreslås också att en uppföljning skall ske efter hemkomsten bl.a. för att ge stöd åt patienten att lösa praktiska och psykologiska problem i samband med omställningen till ett nytt sätt att leva. Om patienten får avslag på sin begäran att få vistelsen på hälsovårdhem bekostad av sjukvårdshuvudmannen, bör han/hon delges information om möjligheter till en förnyad prövning t.ex. genom förtroendenämndens försorg.

### 8.2 Konsekvenser för hälsovårdhemmen

De hälsohem som erbjuder sjukvård föreslås bli klassificerade som "hälsovårdhem". Dessa hem skall, i den mån det inte redan har skett, hos länsstyrelsen i det län hälsohemmet är beläget ansöka om tillstånd att bedriva sin verksamhet som enskilt vårdhem. Tillsyn och kontroll av dessa hem är reglerad i stadgan om enskilda vårdhem m.m. samt i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan. Enligt vår bedömning bör varje hälsovårdhem ha tillgång till minst en halvtidsanställd läkare.

Förslaget kan innebära att ett ökat antal patienter remitteras av läkare och får sin vård bekostad av landsting.

### 8.3 Konsekvenser för övriga hälsohem

Rapporten omfattar i huvudsak de hälsohem som erbjuder sjukvård, vilka föreslås få benämningen "hälsovårdhem". Övriga hälsohem, med inriktning på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet, omfattas inte av förslagen i denna rapport. I realiteten kan dock ökade krav komma att ställas på hälsohemmen. De hem som i dag bedriver vård och behandling har i så fall endera att begära tillstånd hos länsstyrelsen att få driva verksamheten som enskilt vårdhem eller förändra densamma.

### 8.4 Konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen

Förslagen kan medföra ett visst merarbete för huvudmännen i samband med inremittering av patienter till hälsovårdhem och även vid uppföljning och efterkontroll. Då det för närvarande rör sig om ett begränsat antal patienter torde dock den administrativa extrainsatsen bli marginell, särskilt då rutiner ganska snart kan upparbetas. Utredningen har inte kostnadsberäknat sina förslag. Vissa undersökningar (Föllinge, Österåsen och i viss mån Vindeln) antyder att en tids vistelse på hälsohem kan medföra kostnadsbesparingar i fråga om minskat vårdbehov och lägre sjukskrivningsfrekvens bland vissa patientkategorier åren närmast efter vistelsen. Det krävs dock mera forskning för att få dessa uppgifter ytterligare belysta då resultaten inte är entydiga.

### 8.5 Konsekvenser för socialstyrelsen

Socialstyrelsen föreslås göra en översyn av sina föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av den enskilda vårdhemsstadgan mot bakgrund av de rekommendationer denna rapport innehåller. Styrelsen bör, inom ramen för sitt myndighetsansvar, också få uppgiften att organisera och administrera ett centralt kontaktorgan för myndigheter, intresseorgan och frivilliga organisationer inom hälsohemsområdet. För den händelse beslut kommer att fattas om en rådgivande nämnd för alternativmedicin, förlagd till socialstyrelsen, kan lämpligen dessa organ samordnas.

### 8.6 Konsekvenser för enskilda läkare

I de fall där läkare bedömer att en remiss till hälsovårdhem kan vara av värde för en patient, och patienten bedöms kunna tillgodogöra sig en sådan behandling, bör läkaren genom kontakt med hälsovårdhemmet förvissa sig om hemmets möjligheter att behandla patienten. I behandlingsplanen för patienten bör även ingå en tid för återbesök snarast efter hemkomsten från hälsovårdhemmet. Vid detta tillfälle bör den behandlande läkaren bilda sig en uppfattning om hur vistelsen vid hälsovårdhemmet har påverkat patienten och

även om vilka åtgärder som bör rekommenderas för att patienten lättare skall kunna lösa praktiska och personliga problem som kan komma att uppstå i samband med tillämpningen av exempelvis nya kostvanor.

De läkare som mera regelbundet har att ta ställning till behandling vid hälsovårdshem bör, om möjligt, besöka sådant hem för att närmare informera sig om dess terapier, resurser och arbetssätt.

## 8.7 Konsekvenser när det gäller forskningen

Vi har i vår rapport även diskuterat behovet av forskning inom detta område. Det är uppenbart att de undersökningar som de senaste åren gjorts inom hälsohemsområdet ännu lämnar många frågor obesvarade. Det är därför angeläget att möjlighet ges för ytterligare forskningsinsatser bl.a. för att det mera i detalj skall kunna utrönas hur hälsohemsterapierna verkar. Vi har antytt behov av medel för detta men inte preciserat några belopp. Vi anser att Forskningsrådsnämnden är rätt instans att penetrera dessa frågor ytterligare och även att bedöma adekvata forskningsinsatser resp. kostnaderna härför. Nämnden har visat ett positivt intresse för att ta ansvaret för dessa frågor under förutsättning att medel anvisas. Även denna fråga bör bedömas i det vidare sammanhang beträffande forskningsinsatser inom området alternativ medicin.



## DEL 2 – BAKGRUND

---

### 9 Några grundläggande drag inom hälsorörelsen och den biologiska medicinen

De svenska hälsohemmen bygger medicinskt och ideologiskt till övervägande del på principer som introducerades och utvecklades i Sverige av Are Waerland under en 20-årsperiod från mitten av 1930-talet. Dessa principer har, under inflytande från främst Mellanuropa, sedan vidareutvecklats till det som brukar kallas för "biologisk medicin".

#### 9.1 Are Waerland

Den finlandssvenske författaren och folkbildaren Are Waerland (Paul Fager) kom till Sverige 1937 närmast från Italien och England där han under några decennier hade sysslat med studier över sambandet mellan livsföring och hälsa. Han hade tagit starka intryck av främst engelska läkare (bl.a. Arbutnot Lane och Arthur Keith), vilka bl.a. hävdade nödvändigheten av en väl fungerande tjocktarm som en förutsättning för hälsan. Waerland hade själv varit svårt sjuk och blev frisk efter att ha iakttagit enkla regler i fråga om mat, frisk luft och motion. Utifrån egna erfarenheter och sina omfattande studier skrev han det inom hälsorörelsen klassiska verket "I sjukdomarnas häxkittel" (In the Cauldron of Disease).

Waerland verkade i Sverige först en kort tid inom frisksportrörelsen, varefter han i slutet av 1930-talet bildade en egen organisation, Förbundet Allnordisk Frisksport, som senare blev Förbundet Allnordisk Folkhälsa och som i dag heter Hälsofrämjandet. Denna organisation har, i motsats till frisksportrörelsen, en konsekvent lakto-vegetarisk inriktning. Allt som allt gav Waerland ut ett 40-tal böcker och småskrifter, varav de flesta behandlade olika aspekter av hälsoproblemet. I hans produktion finns även böcker i filosofiska ämnen och livsåskådningsfrågor. Han startade också en tidskrift, Solvikingen, senare döpt till Waerlands Månadsmagasin som efter några år fick namnet Tidskrift för Hälsa. Under de år Waerland vistades i Sverige höll han även ett stort antal föreläsningar över hela landet. Som ett mått på hans talarförmåga brukar man peka på det faktum att han vid flera tillfällen fyllde stora salen i



Stockholms Konserthus och andra liknande stora lokaler utan annat program än föreläsning om hur vi bör leva för att bli friska och må bra.

Waerlands huvudtes var att orsaken till de flesta sjukdomar är människors felaktiga sätt att leva. Han angrep i sina böcker, artiklar och från talartribunen konsumtionen av tobak, kaffe och alkohol men framför allt det vita sockret, koksaltet och en vardagskost fattig på grönsaker och grovt bröd. Hans recept var enkelt men samtidigt omvälvande. Huvudmålet borde bestå av råa grönsaker av olika slag, inte minst lök, tillsammans med oskaldad eller bakad potatis. Målet kunde kompletteras med någon vegetarisk varmrätt och kanske en fullkornssmörgås. Maten skulle ge tillräckligt med vitaminer och mineralämnen och även grovämnen (fibrer) för tarmfunktionen samt hålla en gynnsam syra-bas-balans. Till att få igång förstoppade magar bidrog även den maträtt som Waerland är mest känd för, nämligen kruskan. Kruska (lat. kli) är en grovgröt som i sin ursprungliga form bestod av krossade havregryn och vetekli som kokades tillsammans med fikon eller russin och äts med mjölk. Uppenbarligen var den i kraftigaste laget för många svenska magar; benämningen "kruskakatar" var välkänd inom sjukvården på den tiden.

Waerland representerade på många sätt något nytt. Forskningen på hälsans område var rudimentär, och även om det fanns en viss propaganda mot exempelvis rökning och för bättre kostvanor så byggde man knappast på något vetenskapligt material. Som exempel kan nämnas att i Sverige anordnades på 1920-talet en "världskonferens" mot rökning omfattande ett fåtal europeiska länder. De argument som fördes fram var, i brist på medicinsk forskning, huvudsakligen av etisk, moralisk, religiös natur. Den dominerande hälsofrågan var för övrigt denna tid alkoholen. Konsekvenserna var här mera påtagliga och dessutom fanns sedan slutet på 1800-talet en livaktig nykterhetsrörelse.

Som en reaktion mot en ohälsosam livsstil växte frisksportrörelsen fram i slutet av 1920-talet, och det var inom denna rörelse som Waerland fann en grogrund för sina idéer. Det har inte gjorts några uppskattningar av hur många människor som under Waerlands tid för kortare eller längre period prövade waerlandssystemet, men det handlade sannolikt om ett betydande antal.

I slutet av 1930-talet inleddes, på Waerlands initiativ, det s.k. solvikingexperimentet som gick ut på att ett antal människor under en period av tre år skulle leva enligt Waerlands modell. Experimentet slutfördes aldrig varför några vetenskapliga data om effekterna av waerlandismen således inte finns. Under årens lopp har dock publicerats mängder av fallbeskrivningar i böcker och tidskrifter. Få av dessa torde emellertid vara medicinskt verifierade eller uppföljda.

Waerland knöt delvis an till en folklig tradition inom medicinen men även till den humanistiska medicinen som under 1800-talet hade sin främste företrädare i Israel Hwasser<sup>1</sup>. Genom sina filosofiska, kulturella, historiska och antropologiska anknytningar representerade han också något nytt. Han kom

---

<sup>1</sup> Israel Hwasser (1790–1860) professor i Uppsala och företrädare för en naturfilosofisk riktning inom medicinen som under hans tid tävlade med den rent naturvetenskapliga medicinen.

ganska snart i konflikt med läkarkåren, vilket troligen berodde både på hans personliga hållning till den etablerade medicinen och dess utövare och på det, enligt många läkares uppfattning "befängda", budskap han förde fram. Waerland ansåg således att individen har det avgörande ansvaret för sin hälsa och att denna endast kan uppnås genom en förändring av livsföring och tankeinnehåll. Tron att "piller" skulle kunna hjälpa människor till hälsa ansåg Waerland vara ren vidskepelse. Läkarna i gemen bidrog också till, menade han, att minska intresset för förebyggande åtgärder med påföljd att människorna "förblindade av vetenskapstro och förgiftade av civilisationens förkonstlade livsmönster vandrar rakt in i ett växande sjukdomselände" (Ahlzén, R. Are Waerland och hälsorörelsen. Socialmedicinsk tidskrift nr 7-8 1988).

Under åren efter andra världskriget fick waerlandrörelsen stora svårigheter att brottas med liksom de flesta ideella rörelser i Sverige, och 1950-talet innebar överlevnad på sparlåga för både frisksportrörelsen och waerlandrörelsen. På 1960- och 70-talen fick emellertid dessa idéer ny aktualitet bl.a. på grund av miljödebatten och ett ökande intresse för behovet av förebyggande och hälsofrämjande verksamhet. Även om det i dag knappast är Waerland (som dog 1955) och frisksportrörelsen som står i fokus så har det stora intresset för hälsofrågor, friskvård etc. sin historiska förankring i dessa strömningar från tiden kring andra världskriget.

## 9.2 Den biologiska medicinen

Den biologiska medicinen, som den tillämpas i Sverige, har mottagit starka impulser från Waerland och andra skolor (Bircher-Benner, Kneipp, Kollath, Buchinger m.fl.) men också från folkmedicinen och från medicinska traditioner i andra länder, främst Tyskland och Schweiz. Den biologiska medicinen utövas i Sverige både av legitimerade läkare och alternativa behandlare. Viktiga karakteristika hos den biologiska medicinen som den tillämpas vid de svenska hälsohemmen är, enligt företrädare för denna medicinska riktning, följande:

- o Hälsan är det yttersta målet för den biologiska medicinen, ej att bekämpa sjukdomar. Man lägger större vikt vid förebyggande insatser än botande.
- o Erfarenhet och intuition tillmäts minst lika stor betydelse i den medicinska vardagen som vetenskapliga experiment.
- o De medicinska insatserna är framför allt ospecifika med målet att främja läkning av organismen som helhet och med syfte att verka på längre sikt. Insatserna är i allmänhet "mjuka" i avsikten att fungera som hjälp till självhjälp, dvs. aktivera och skapa bästa möjliga betingelser för kroppens egna läkande mekanismer.
- o Behandlingen skall vara stärkande, regenererande och stimulerande. I denna avsikt rekommenderas hälsosam kost, fysisk träning, frisk luft, vatten, naturmedel, kiropraktik, akupunktur m.m.

- o Kosten/dieten är central inom den biologiska medicinen. Den är laktovegetabilisk eller rent vegetarisk (vegan) och innehåller mycket fibrer. Helst skall maten vara "naturligt" odlad, övervägande obehandlad (råkost) och fri från kemiska tillsatser av olika slag.
- o Fastan spelar en viktig roll både vid behandling av sjuka och som en allmänt profylaktisk åtgärd.
- o Information och undervisning liksom psykoterapi ingår som stöd för patienterna att förstå och klara av att tillämpa en ny livsstil.

I grundsyn och allmänna mål skiljer sig den biologiska medicinen knappast från den konventionella medicinen i någon högre grad, särskilt när det gäller betoningen av det förebyggande, vikten av att stärka kroppens organ etc. Skillnaderna ligger i den praktiska tillämpningen och vetenskapssynen. Den konventionella medicinen bygger sin verksamhet på vetenskap och beprövad erfarenhet, begrepp som ges innehåll av ansvarsämnd och domstolar. De biologiska läkarna, som naturligtvis är underkastade samma formella regelsystem som andra läkare, lägger större vikt vid de erfarenheter som vuxit fram inom deras tradition och som endast i begränsad utsträckning blivit föremål för vetenskaplig prövning. Här ligger det kontroversiella. För den biologiske läkaren kan det vara naturligt att använda örtmedel, dietinslag och andra alternativa terapier som inte har någon förankring inom den etablerade medicinen eller av denna betraktas som rent kvacksalveri. På motsvarande sätt förkastar den biologiske läkaren en rad av de terapier som används inom den etablerade medicinen med motiv att de är för riskfyllda eller att biverkningarna kan vara svårare än de positiva verkningarna. Den biologiske läkaren hävdar att i vissa lägen bör milda medel prövas innan tyngre terapier sätts in, medan den konventionella medicinaren kan hävda motsatsen, att det ofta är för riskfullt för patienten att laborera med osäkra och troligen överksamma medel. Den biologiska medicinen lägger ett större ansvar för hälsan och tillfrisknandet på den enskilde patienten och kräver i regel större aktiv medverkan från patienten i tillfrisknandeprocessen.

Ett närmande mellan de båda medicinska riktningarna synes dock vara på väg. I många andra länder, exempelvis Västtyskland, finns inte de skarpa motsättningar som existerar i Sverige. Vid vissa sjukhus, bl.a. i München, finns kliniker som tillämpar biologisk terapi och där det också till synes sker ett friktionsfritt utbyte av erfarenheter och patienter mellan klinikerna. I Sverige förefaller intresset öka, främst bland yngre läkare, för den biologiska medicinen och verksamheten på hälsohem. Utövarna av biologisk medicin, å andra sidan, har i allt större utsträckning strävat efter att med hjälp av konventionella forskningsinsatser få vetenskaplig bekräftelse för sina metoder. Detta beskrivs närmare på annan plats i denna rapport.

### 9.3 Ytterligare strömningar inom hälsohemsrörelsen

Även om den biologiska medicinen är den dominerande riktningen hos de svenska hälsohemmen så förekommer även andra medicinska system. Således tillämpar några hem antroposofisk läkekonst som i sin praktiska utformning i vissa avseenden (bl.a. när det gäller läkemedel) skiljer sig från den biologiska medicinen.

Några hälsohem har makrobiotisk inriktning som kraftigt avviker från den biologiska medicinen. Makrobiotiken härstammar från Japan och förespråkar en diet som bygger på den österländska yinyang-läran. Yin och yang är, enligt den kinesiska traditionen, tillvarons motpoler som tillsammans representerar en totalitet. Makrobiotiken går ut på att analysera den sjuka människans kosthållning och därefter vidta korrigeringar enligt yinyang-principen så att man uppnår en balans. Den som ätit en mat som är för mycket yang, exempelvis mycket kött, måste således kompenseras med yin-rik föda (grönsaker, frukt) och vice versa. Makrobiotiken är mera utbredd i andra länder, t.ex. USA, England och Belgien, än i Sverige.

Ett hälsohem bygger helt på Ann Wigmores system med ren råkostdiet inkluderande groddar och vegeträs, s.k. "levande föda".

Några hälsohem, slutligen, kan sägas vara "icke-konfessionella", dvs. de bekänner sig inte till någon speciell inriktning men tillämpar en vegetarisk kostregim och följer vad som ligger i tiden på det alternativmedicinska området.



## 10 Hittills genomförda utredningar och undersökningar

Det är först under den senaste tioårsperioden som försök har gjorts att studera och utvärdera hälsohemsverksamheten. Forskningsinsatserna inleddes 1978 med Föllingeprojektet, vilket genomfördes med hjälp av medel från Delegationen för social forskning (DSF). Tillkomsten av de landstingsägda hälsohemmen/hälsocentra Österåsen, Vindeln, Sorsele och Sandträsk har också inneburit att verksamheten vid dessa institutioner kontinuerligt har studerats, och under senare år har även forskningsprojekt genomförts vid Tallmogården, Nyhyttan och Varberg. Härutöver har socialstyrelsen avlämnat en utredning, vari man beskriver verksamheten vid svenska hälsohem och även lägger fram vissa förslag.

### 10.1 Socialstyrelsens utredning

Socialstyrelsen tillsatte år 1978 en intern arbetsgrupp för att ta fram kunskapsunderlag beträffande "friskvård" och hälsohemmens verksamhet. Underlaget skulle ligga till grund för styrelsens policy i dessa frågor. Socialstyrelsen avlämnade sin rapport 1987 (Hälsohem i Sverige, PM 169/87).

Arbetsgruppen, som administrerades av socialstyrelsens primärvårdsbyrå (HS 1) under ledning av byråchefen Ulf Nicolausson, genomförde 1981 en enkät till 20 hälsohem med uppföljning 1984 och en annan enkät 1981 till sjukvårdshuvudmännen avseende deras policy vid utnyttjande av hälsohemmens resurser etc. Den senare enkäten uppdaterades 1985. Arbetsgruppen anlätade också ett tiotal medicinska experter för bedömning av värdet av hälsohemsbehandling generellt och med avseende på vissa specifika sjukdomar. Man gjorde också studiebesök vid ett antal representativa hälsohem.

Arbetsgruppen önskade pröva ett antal hypoteser, nämligen att:

- \* Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder leder till bättre livskvalitet för många människor och kan sannolikt på sikt nedbringa eller dämpa sjukvårdskostnadens expansion.
- \* Hälsohemmen bör kunna komplettera hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser och den erfarenhet och kunskap som finns inom hälsohemsrörelsen när det gäller förebyggande metoder bör tas till vara.
- \* Samhällets tillsyn över verksamheten vid hälsohemmen behövs för att tillgodose kravet på patientsäkerhet så snart det rör sig om behandling av sjukdomstillstånd.

Efter avslutad utredning ansåg socialstyrelsen att en del av den ursprungliga arbetsgruppens hypoteser kunde bekräftas. En del frågor ansågs inte vara

fullständigt besvarade men väl ytterligare belysta. I en del avseenden ger utredningen upphov till nya frågor.

Man konstaterar således att:

- \* Begreppet "hälsohem" är tämligen oanvändbart och inadekvat om man avser att beskriva verksamheten generellt.
- \* En översyn av regelsystemet för hälsohemsverksamheten är angelägen. Som en komplettering av den striktare regleringen bör man ge allmänna råd till huvudmännen och information till allmänheten av typ "konsumentupplysning".
- \* Delar av hälsohemsverksamheten kan fungera som delresurs i den offentliga hälso- och sjukvården, både när det gäller behandlande och förebyggande insatser.
- \* Huvudmännen och hälsohemmen kan samverka och samutnyttja resurser. Flera av de hälsohem som i dag finns kan utgöra ett komplement snarare än ett alternativ till hälso- och sjukvården.
- \* Klara definitioner för olika typer av hälsohem bör utarbetas.
- \* Hälso- och sjukvården bör, när det gäller hälsohemsverksamheten, på ett mer genomtänkt, medvetet och effektivt sätt planera i samverkan med folkrörelserna, handikapporganisationerna och den seriösa hälsorörelsen.
- \* Utredningen ger inte några direkta bekräftelser på att objektiva förbättringar erhållits. Däremot tyder gästenkäten på att man gärna återkommer till en ny hälsohemsperiod.
- \* En del behandlingsmetoder kan, utan förlust för patienter/gäster, utmönstras, medan andra kan behöva beskrivas mer utförligt i termer av risker/förtjänster.
- \* Utredningen ger inte något entydigt svar på frågan om hälsohemmen ger den mest effektiva hjälpen åt dem som är i störst behov av förebyggande åtgärder, reaktivering och rehabilitering.
- \* Tecken tyder på att verksamheten i vissa fall fungerar som substitut för hemortens bristande rehabiliteringsresurser.
- \* Frågan om hälsohemmen kan erbjuda adekvat behandling är obesvarad.

Socialstyrelsen anser vidare att:

- \* Man behöver penetrera för- och nackdelar med att lägga vissa av de rehabiliterande åtgärderna på anläggningar typ hälsohem.
- \* En grupp av hälsohemmens gäster/patienter verkar ha psykosomatiska besvär, vilket bör uppmärksammas då de flesta hem saknar psykologisk eller psykiatrisk expertis.
- \* Utredningen ger inte svar på frågan om de s.k. livsstilsförändrande insatserna har bestående effekt när de sätts in i en främmande miljö. Det vore av värde att följa upp de studier som bl.a. görs i Vindeln.
- \* De beteendevetenskapliga aspekterna på hälsohemsbehandling är komplicerade men centrala och bör därför ägnas uppmärksamhet.

Mot bakgrund av utredningen anser socialstyrelsen att vissa slutsatser kan dras. Anläggningar som vänder sig till personer med behov av behandling, rehabilitering och konvalescentvård etc. bör uppfylla vissa krav.

Riktlinjer för framtiden skulle vad beträffar hälsohemmen kunna uppställas enligt följande:

- \* resurser bör finnas för vetenskapligt underbyggd hälsouppllysning och patientutbildning
- \* resurser bör finnas för konvalescentvård
- \* möjlighet till fasta under sakkunnig ledning bör finnas

- \* vegetarisk kost bör erbjudas de gäster/patienter som så önskar
- \* miljön bör vara fri från tobak, alkohol och andra droger
- \* möjlighet till motion och fysisk träning bör finnas
- \* svårt sjuka patienter bör ej vårdas på hälsohem
- \* personalen vid hälsohem bör ha erforderlig medicinsk kompetens
- \* nya eller vetenskapligt oprövade behandlingsmetoder bör ej användas annat än i samband med klinisk prövning av metoden i fråga
- \* tillgång till laboratorieresurser bör finnas - minst motsvarande dem som finns vid en vårdcentral
- \* journaler måste föras över sjuka och konvalescenter
- \* samverkan med övrig hälso- och sjukvård inom landstinget, framför allt på primärvårdsnivå, bör eftersträvas
- \* lokalerna bör vara handikappanpassade
- \* enskilt drivna hälsohem, som tar emot sjuka och konvalescenter faller under stadgan om enskilda vårdhem. De bör därför godkännas av länsstyrelsen. Samarbetsavtal med landstinget rekommenderas
- \* landstingsbidrag för vården vid enskilda hälsohem bör endast utgå till vård vid hälsohem som godkänts som enskilt vårdhem av länsstyrelsen. Ett strukturerat urval som bygger på medicinsk granskning av läkarremisser rekommenderas i dessa fall
- \* vid landstingsdrivna hälsohem bör resurser finnas för forskning, utveckling (FoU) och för utvärdering. Dessa aktiviteter hänger nära samman med utbildning. Samarbete bör därför etableras med universitet och högskolor.

## 10.2 Föllingeprojektet

I Föllinge, sex mil norr om Östersund, finns sedan mitten av 70-talet ett hälsohem, vars behandlingsresultat väckt uppmärksamhet i massmedierna. För att om möjligt verifiera och vetenskapligt påvisa att man förbättrat eller botat vissa patienter med hjälp av fasta och speciell vegetarisk kost genomfördes med ekonomiskt stöd av bl.a. Delegationen för social forskning, DSF, ett projekt i slutet av 1970-talet. I första hand följdes patienter med följande diagnoser: högt blodtryck (29 st.), astma (35 st.) och urinvägsinfektion (5 st.).

Sammanlagt deltog 64 patienter (27 män och 37 kvinnor) med en genomsnittsålder av 49 år. Besvärstiden var i genomsnitt 11 år före behandlingen. Efter ett år följde 83 % och efter tre och ett halvt år 61 % av patienterna de givna kostråden.

Fyra månader resp. ett år efter vistelsen vid hälsohemmet tillfrågades de medverkande om sin egen bedömning av symtom, besvär m.m. 91 % ansåg sig ha blivit helt bra eller förbättrade efter fyra månaders behandling och 94 % efter ett år. Uppföljningen har således dels bestått av patienternas egen beskrivning av sin upplevelse av sjukdomen och dels av ett antal objektiva undersökningar. Resultatet av Föllingeundersökningen har ej rapporterats i vetenskapliga publikationer.

Av speciellt intresse är redovisningen av sjukvårdskostnaderna före och efter behandlingen. Från att i genomsnitt ha kostat sjukvården ca 18 000 kr. per patient och år tiden närmast före Föllinge-vistelsen minskade sjukvårdskonsumtionen så att man uppskattar att hela gruppen under tre år inbesparat 3,2 milj. kr. Det har dock visat sig svårt att göra en mera ingående vetenskap-



lig analys av dessa uppgifter.

Bland de resultat som rapporterats finns bl.a. data om viktminskning, blodtrycksförändring samt en rad klinisk-kemiska analysdata. Man fann en genomsnittlig viktminskning på 10 kg efter fyra månader, vilket av utomstående bedömare anses delvis kunna förklara flera av de goda resultaten, i första hand på blodtryck men förmodligen också på andra symtom.

Experten professor Åke Bruce har gjort följande kommentar till Föllinge-projektet:

Föllingeundersökningen har frambringat en rad hypoteser som behöver testas. Eftersom behandlingen har omfattat flera olika moment är det svårt att avgöra om det har varit fastan eller vissa inslag i kostomläggningen som spelat en väsentlig roll. Det har inte heller varit möjligt att fortsätta i Föllinge med sedvanlig vetenskaplig metodik och i samarbete med specialister på de studerade sjukdomarna. I stället har inom ramen för Forskningsrådsnämndens projekt "Kost och hälsa" ett likartat projekt startat vid ett annat hälsohem i södra Sverige (se 10.6 Varberg-undersökningen). Här kommer man att mera intensivt följa patienterna och med traditionell och accepterad vetenskaplig metodik klarlägga samband mellan hälsokost och eventuella positiva effekter på olika sjukdomssymtom.

Jag anser således att det i forskningssammanhang är tveksamt att hävda att både vegetarisk kost och fasta skall studeras tillsammans. Vissa tillstånd kan svara gynnsamt på en fastebehandling, då ju tarmkanalen i stort sett befrias från främmande ämnen. Resultaten efter fastebehandlingen brukar dock inte kvarstå någon längre tid. Andra resultat kan uppnås av en vegetarisk kost. Det är inte osannolikt att mycket ensidiga kosten i det här sammanhanget kan vara speciellt intressanta. Men då måste man samtidigt vara medveten om de näringsmässiga konsekvenserna och se till att patienten får ett tillskott av framför allt vissa vitaminer.

Fortfarande är det i huvudsak anekdotiska uppgifter rörande effekten av vegetarisk kost och/eller fasta på olika sjukdomstillstånd som florerar. Studier är dock på gång som förhoppningsvis så småningom kan klarlägga eventuella indikationer för kostomläggning eller fastebehandling och som också kan ge en god förklaring till eventuella positiva behandlingseffekter.

### 10.3 Utvärdering av Österåsens hälsohem

Landstinget i Västernorrland inrättade 1982 ett hälsohem där patienter med t.ex. övervikt, hypertoni och reumatoid artrit skulle behandlas med fasta, vegetarisk kost och fysisk aktivitet. Målet var att uppnå förbättringar genom påverkan på levnadsvanor och med hjälp av medicinsk behandling. Hälsohemets patienter 1984 följdes under ett år efter hemkomsten. Syftet med utvärderingen var att se om behandlingen ledde till att patienterna ändrade sina levnadsvanor och om deras hälsa blev långsiktigt bättre.

Efterfrågan på behandling var när utvärderingen skulle starta inte stor nog för att ur väntekön kunna få ett tillräckligt antal kontroller. Det bedömdes vidare alltför svårt att söka kontroller bland andra sjukhuspatienter. Studien lades därför upp som en longitudinell studie där patienterna är sina egna kontroller. Jämförelse skedde således mellan året före vistelsen och året därefter.

Uppgifterna för jämförelsen av hälsoförändringen är vikt, blodtryck, blodfetter, sjukvårdskonsumtion och självs kattade besvär. Levnadsförändringen värderades i frågor om fysisk aktivitet, kost, stress samt alkohol- och tobaksbruk.

Totalt har sex mätpunkter använts: före ankomst, vid ankomst, vid hemfärd, sex veckor senare, ytterligare tre månader senare och slutligen ett år efter hemkomsten.

Av totalt 981 remitterade patienter uppfyllde 478 st. kraven på att fullfölja vistelsen, vara inomlänspatient och vara på hälsohemmet under undersökningsåret. Det frivilliga bortfallet blev 35 patienter.

De patienter som utvärderingen följde var kraftigt överviktiga, hade högt blodtryck och mycket besvär. Flertalet hade dessutom sådana levnadsvanor som anses förvärra problemen. Tre av fyra var kvinnor och medelåldern var 52 år.

Under vistelsen gick vikten, blodtrycket och blodfetthalten kraftigt ner och besvären minskade. Levnadsförbättringen kvarstod i stort sett under hela året efter, medan hälsovariablerna återgick mot de värden de hade vid ankomsten till hemmet. Kostvanorna har ändrats så att man äter mindre fett och salt och betydligt mera fiberrik mat. Motionen ökade och då speciellt gymnastiserandet.

När det gäller alkoholkonsumtion ger enkäten inget stöd för väsentligt ändrade vanor. Vad gäller rökning uppger sig hälften av rökarna ha slutat röka. Koloxidhemoglobinbestämningar ger emellertid stöd för att endast 1/3 av rökarna lyckats sluta.

Enligt enkät ett år efter vistelsen ansåg sig cirka 3/4 ha förbättrats av behandlingen. Särskilt patienter med kronisk ledgångsreumatism uppgav sig fortfarande ett år efter vistelsen ha mindre besvär av stelhet och värk.

Sjukfrånvaron är för dem som inte blivit förtidspensionerade under utvärderingen 19 % lägre för behandlingsdiagnosen året efter vistelsen jämfört med året före.

Vistelsen på hälsohemmet medförde för de överviktiga en kraftig viktning som endast delvis kvarstod ett år efter vistelsen. Ännu efter ett år var vikten omkring 3 kg lägre för gruppen överviktiga.

Vad gäller blodfetterna förblev de initiala förändringarna inte bestående. För de yngre männen konstaterades en kvarstående stegring av HDL ("det goda kolesterolet").

Hos hypertoniker erhöles en sänkning av det diastoliska blodtrycket som kvarstod ett år efter vistelsen på hälsohemmet och som var mest påtaglig för den grupp hypertoniker som tidigare ej erhållit hypertoni-läkemedel.

Enkätsvaren har visat att patienterna känt sig mycket väl omhändertagna vid hälsohemmet och de är mycket positiva till sin vistelse där.

Resultatet visar att Österåsens hälsohem kan förändra levnadsvanor och ge mätbara effekter på behandlade sjukdomar. Hälsohemmet har dock med nuvarande organisation svårt att få effekterna att kvarstå långsiktigt.

(Ur sammanfattning till "Att slita med hälsan". Utvärdering av Österåsens hälsohem. Ulla Segerbrand, James Winoy 1988-04-18.)

Vid Österåsens hälsohem har även genomförts en prospektiv studie av 20 patienter med reumatoid artrit som fastat och därefter under fyra månader levt på vegankost. Studien, som utförts av överläkaren vid medicinska kliniken, Sundsvalls sjukhus, Lars Sköldstam, är refererad i Olhagens expertrapport (bil. 4).

## 10.4 Hälsocenterverksamhet i Västerbotten

Västerbottens läns landsting driver två hälsocentra, i Sorsele<sup>1</sup> och i Vindeln med sammanlagt 50 platser. Dessa ingår i landstingets preventiva hälso- och sjukvård. I både Sorsele och Vindeln bedrivs en verksamhet som riktar sig mot lindriga sjukdomar som i sin förlängning ökar risken för allvarliga, dödliga eller svårt invalidiserande tillstånd. Det gäller t.ex. högt blodtryck för att minska risken för hjärnblödning.

En förutsättning för ett lyckat resultat är inriktningen på sjukdomar där man forskningsmässigt kunnat påvisa ett samband mellan hälsobeteende/levnadsvanor och sjukdomens förlopp. Utgångspunkterna för innehållet i verksamheten är den samlade kunskap och erfarenhet som finns om sambandet mellan olika riskfaktorer och ohälsa. Metoderna är framför allt pedagogiska. I hälsocentras målsättning ingår även att till övriga grenar av hälso- och sjukvården och till kommunerna erbjuda information, utbildning och stöd för preventiva insatser.

Patienterna kommer på remiss främst från öppen men också sluten vård och vistas först 4 veckor på institutionerna. Därefter återremitteras de för att återkomma för en fyra dagars uppföljning efter ett år. Ytterligare återbesök görs efter 5 år och 10 år.

Verksamhetens innehåll består av undervisning, praktiska övningar, olika gruppaktiviteter och träning. Innehållet i dessa aktiviteter rör främst kost och motion. Tobak och alkohol tas upp i gruppundervisning. Patienterna undervisas också i sjukdomslära. Det psykologiska innehållet i verksamheten består av kroppskännedom och avspänningsövningar samt dagliga diskussioner i smågrupper. Andra praktiska övningar gäller motion och matlagning. I Sorsele serveras enbart vegetarisk kost. I Vindeln serveras en kost enligt socialstyrelsens rekommendationer.

Personalen består bl.a. av följande kategorier: läkare, sjuksköterskor, dietist, sjukgymnast och friskvårdsassistent.

Överläkare för hälsocenterverksamheten är professorn i socialmedicin vid Umeå universitet.

Institutionen bedriver forskning vid Vindelns hälsocentrum.

### 10.4.1 Kriterier för att antas som patienter

Verksamhetens inriktning är att på ett tidigt stadium bekämpa dödliga eller allvarligt invalidiserande sjukdomar. År 1987 var kriterierna för att antas som patient på hälsocentrum följande:

- Sjukdomens naturliga förlopp skall kunna påverkas genom att patienten ändrar sitt hälsobeteende.
- Patienten bör vara motiverad att ändra hälsobeteendet och klara av att följa de schemabundna aktiviteterna mellan kl. 7.30 och 19.00 vid institutionerna.
- Patienten får inte antas ta skada av vistelsen.

---

<sup>1</sup> Sorsele är enligt definition ett hälsohem då där serveras enbart vegetarisk kost.

- Patienter med följande sjukdomar har prioriterats: hypertoni, diabetes, hjärtinfarkt, ledsjukdom och obesitas (enbart Sorselegården).

Fr.o.m. verksamhetens början 1984 t.o.m. 1987 har Vindeln haft 915 patienter och Sorsele som startade 1982 har haft 1 021 patienter.

Trots en strävan att motivera patienterna blir det ett relativt stort bortfall vid återbesöken. Störst är bortfallen vid artonmånaderskontrollen. En rad åtgärder har satts in för att kompensera bortfallet. Om patienten ej har möjlighet att komma till centret uppmanas de att via distriktssköterska ta prover. De patienter som ej kommit till artonmånaderskontrollen har även erbjudits att få komma vid ett senare tillfälle. Detta har praktiskt kunnat ordnas så att de kommit för endast en dag under lugnare perioder då en fyraveckorsgrupp varit inne.

Ser man till befolkningen som helhet bör behovet av behandling av de aktuella diagnoserna vara större hos män än hos kvinnor. Trots detta dominerar kvinnor (Vindeln 57 %, Sorsele 74 %). Detta är dock inget specifikt för hälsocentra utan genomgående i hela hälso- och sjukvården.

Majoriteten av patienterna är under 54 år. I jämförelse med tidigare år har andelen yngre patienter ökat. Det är framför allt gruppen under 34 år som blivit större.

## 10.4.2 Undersökningar

De patienter som kommer till hälsocentrum uppvisar stora variationer i fråga om kost resp. kostbeteende. Frukosten är t.ex. i allmänhet undermålig ur näringssynpunkt.

Varje patient får hemma besvara ett kostformulär som består av 42 frågor. Ett nytt kostformulär besvaras inför varje nytt återbesök. Patienternas svar på kostformuläret ligger till grund för en samlad kostbedömning.

Under 1987 har 10 grupper återkommit på 18-månadersbesök.

Studierna av dessa patienter visar att man är starkt motiverad till förbättrade kostvanor efter sex månader, men att en del återfaller efter ytterligare ett år hemma. När det gäller frukostordningen så åt 73 patienter en bra frukost vid ankomsten. Efter sex månader åt mer än dubbelt så många en bra frukost. Efter ytterligare ett år åt 142 patienter en bra frukost.

De flesta patienter som återkommit under året för 18-månadersuppföljning har i allmänhet ändrat sitt val av matfett. Många har vant sig vid en lägre salthalt och har ökat fiberintaget. Man är också mer målmedveten när det gäller matinköp.

Detta antyder, enligt undersökningsrapporten, att kostundervisning på sikt ger ett gott resultat.

En av de viktigaste riskfaktorerna vid hjärt- och kärlsjukdom är rökningen. För diabetespatienter är det särskilt viktigt att inte addera denna risk till övriga riskfaktorer. De patienter som röker uppmanas vid kallelsen att sluta röka i samband med intagningen. De samlas sedan tre gånger/vecka under en halvtimme för gruppsamtal. Gruppen som sådan verkar motiverande och stöttande. Resultaten är relativt goda. Vid återbesöket efter 18 månader har i genomsnitt 25 % slutat röka. De som slutat under första vistelsen är rökfria

också senare. Erfarenheten visar dock att snusning är en ovana som det är svårare att upphöra med. Ingen snusare har slutat snusa.

Motionen är en viktig del i verksamheten. Patienterna känner sig friskare och får bättre ork. För att motivera patienterna att motionera och därigenom förbättra sin ork och motivation är det betydelsefullt att syreupptagningsförmågan höjs. Patienterna testas fyra gånger, vid in- och utskrivning, samt vid återbesöken efter sex resp. arton månader.

Efter 18 månader hade det genomsnittliga testvärdet ökat från 29.1 till 34.9 eller 20 %. Samtidigt redovisade gruppen personliga upplevelser och erfarenheter, exempelvis "har fått bättre ork", "motionerar helst ute", "är mer fysiskt aktiv", "har påverkat familjens syn på motion" och "deltar i organiserad motionsverksamhet".

Samtliga patienter bedöms enligt ett statusformulär som omfattar 34 fysiska funktioner. Bedömningarna har skett vid fyra tillfällen: vid inskrivningen, vid utskrivningen efter fyra veckor, vid uppföljningen efter sex månader och vid uppföljningen efter 18 månader. Bedömningen omfattar muskeltest, koordinationstest, rörelsetest, kroppshållning, andning, balans samt stabilitet i stående ställning.

Efter 4 veckor uppvisade 97 % av patienterna förbättring i muskelstyrka, koordination etc., efter 6 månader 94 % och efter 18 månader 88 %.

Det uppföljningsmaterial som för närvarande finns från Vindelnns hälsocentrum och Sorselegården är av enkel follow up-typ. Det vill säga egentliga kontrollgrupp saknas. Det finns kliniska data från de behandlade patienterna från olika tidpunkter så att förändringar över tid kan studeras. Detta är ett problem som är gemensamt för de flesta kliniska uppföljningar av patientmaterial. Vad som är problematiskt för hälsocentras del är att patienterna så ofta själva begär att få remiss och på så sätt blir mindre representativa i förhållande till den grupp som verksamheten riktar sig till. Man kan misstänka att dessa patienter till viss del redan innan hälsocentrumvistelsen bestämt sig för att ändra sitt hälsobeteende. Patienter som remitterats har trots allt varit medvetna om, och accepterat att remiss skickas till centret. Erfarenheten visar att motivationsgraden vid första kontakten varierar mycket; vissa är glada att äntligen få komma, medan andra kommer på grund av rekommendation av läkare.

För närvarande har en större kontrollerad studie påbörjats vid Vindelnns hälsocentrum. Bland inkomna remisser kommer en grupp att slumpvis tas ut till behandling och en grupp till kontrollpatienter. Dessa kommer sedan att följas prospektivt.

## Vikt

Fetma är en riskfaktor som man alltmer intresserat sig för på senare tid. Bland de sjukdomar eller störningar som har ett samband med övervikt märks bl.a. högt blodtryck, diabetes typ II, förhöjda blodfetter och ledförslitning. Alla patienter som kommer till hälsocentret vägs och mäts regelbundet. Patientgruppen är som helhet överviktig. Genomsnittligt kroppsmassindex (vikt/längd) ligger över 30, vilket brukar utgöra gränsen för vad som

räknas till medicinskt signifikant fetma. Övervikt är också en vanlig orsak till remittering och ett stort problem för patienterna själva.

### Medelvärde BMI

	0	4 v.	6 mån.	18 mån.
Sorselegården	31.7	30.0	29.2	29.9
Vindelns hälsocentrum	30.8	29.2	28.3	29.4
N = 213				

Patienterna vid både Sorselegården och Vindelns hälsocentrum går ned i vikt till och med sexmånadersuppföljningen. Vid arton månader har det skett en viss tillbakagång som ligger ganska nära utskrivningsvärdet.

### Blodfetter

Förhöjda blodfetter är en annan stor riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom. Tidigare försök att farmakologiskt behandla förhöjda blodfetter har ibland lett till svåra biverkningar. Därför råder det i dag enighet om att det primära behandlingsalternativet är kostbehandling. Läkemedel sätts numera i princip in endast då kostbehandling ej visat sig räcka till. Med en lämplig diet kan blodfettnivån påverkas. Utöver att registrering av blodfetter visat på förändringar i riskfaktormönstret så är det även en indikator på hur kosthållet ser ut i behandlingsgruppen. totalkolesterol, triglycerider och HDL (det "goda" kolesterolet) mäts regelbundet vid centra.

### Medelvärde blodfetter, mmol/l

	0	4 v.	6 mån.	18 mån.
S-kolesterol	6.4	4.9	6.3	6.4
S-triglycerider	1.8	1.7	2.1	2.0
HDL %	20.5	21.4	22.7	21.6
<i>Vindelns hälsocentrum</i>				
(N = 254)				
S-kolesterol	6.7	5.4	6.5	6.5
S-triglycerider	2.3	1.8	2.0	2.1
HDL %	19.0	22.0	21.6	20.7

Under behandlingsperioden då patienterna äter den kost som serveras vid centra samt motionerar regelbundet sjunker kolesterol och triglyceridvärdena

och HDL-värdet stiger. De genomsnittliga blodfetterna ligger för Sor-selepatienterna efter arton månader tämligen lika med ursprungsvärdet. Vindelnpatienterna ligger något under inskrivningsvärdet.

Data tyder på att det går att effektivt sänka blodfetterna med en icke-farmakologisk behandling. Däremot är det svårare att bibehålla resultatet efter vistelsen.

### Blodtryck

Högt blodtryck är den allvarligaste riskfaktorn för uppkomst av slaganfall. Tillsammans med rökning och höga blodfetter är högt blodtryck den tyngsta riskfaktorn för uppkomst av hjärtinfarkt och andra åderförkalkningssjukdomar som angina pectoris och claudicatio intermittens. Den överväldigande majoriteten av patienterna vid Vindelns hälsocentrum har hypertoni. Under 1987 har 187 hypertoni-patienter vid Vindelns hälsocentrum kunnat observeras till och med artonmånadersuppföljningen. Blodtrycket har mätts regelbundet under standardiserande förhållanden med en automatisk blodtrycksmätare.

#### Medelvärde blodtryck, mm Hg (N = 187)

	0	4 v.	6 mån.	18 mån.
diastoliskt bltr	90.6	83.7	84.8	88.8
systoliskt bltr	152.8	138.4	141.3	149.8

Det sker en sänkning av det diastoliska trycket fram till sex månader med i genomsnitt 6 mm Hg, för att öka något vid 18 månader och ligger då något under blodtrycket vid inskrivningen. En liknande tendens återfinns även när det gäller det systoliska trycket.

Patienterna som kommer till centret har varierande behandlingstid, och vissa har även andra diagnoser förutom hypertoni, exempelvis diabetes, angina pectoris och hjärtinfarkt. Den tidigare behandlingen har därför varierat. Majoriteten har farmakologisk behandling, 15 procent hade inga mediciner när de kom till centret. För att bättre kunna bedöma blodtrycksförändringen över tid har medicinförbrukningen registrerats. Inga aktiva seponeringsförsök<sup>2</sup> förekommer, utan i de fall sådana sker är det till följd av att de övriga åtgärderna sänkt trycket så att en minskning är motiverad. Huvudansvaret för behandlingen ligger hos patienternas ordinarie läkare. För att kunna jämföra medicinkonsumtionen har intaget omräknats i dagliga dygnsdoser, enligt Apoteksbolagets beräkningar. Dessa är i sin tur indelade i tre grupper; betablockerare, diuretika och övrig blodtrycksmedicin. Nedanstående tabell visar dagliga dygnsdoser (DDD) vid de olika observationstillfällena.

<sup>2</sup> Seponera (1. Seponére, lägga åt sidan) utsätta, upphöra med (tidigare given) medicin.

**Dagliga dygnsdoser blodtryckssänkande läkemedel (N = 187)**

	0	4 v.	6 mån.	18 mån.
Betablockerare	0.5	0.3	0.3	0.3
Diuretika	0.5	0.4	0.4	0.3
Övriga	0.2	0.2	0.2	0.2
Totalt	1.2	0.9	0.9	0.8

Medicinkonsumtionen mätt i dagliga dygnsdoser går ner hela tiden fram till arton månader. Den sammanlagda dygnsdosen minskas under denna period med en tredjedel. Ser man på gruppen som helhet och jämför dosen vid inskrivningen med dosen vid arton månader, så slutar eller minskar 50 procent av patienterna sin medicinerings (medicinen seponeras hos 18 %). Endast 8 procent ökar sin konsumtion av farmaka. Bland dessa patienter hade 15 procent aldrig haft några mediciner under undersökningsperioden. Resterande ligger på samma dygnsdos som tidigare. Patienterna har med andra ord minskat sin medicinerings samtidigt som blodtrycket sjunkit.

Som en allmän kommentar till undersökningarna vid Vindelns och i Sorsele konstateras att under vistelsen på hälsocentrum/hälsocentrum sänks flertalet patienters blodfetthalter, deras kroppsvikt minskar, deras kondition förbättras, tobakskonsumtionen minskar, hypertonierna får lägre blodtryck och deras blodtrycksmedicinering minskas.

Vid uppföljning visar några centrala riskfaktorvariabler på god temporär effekt vid halvårskontrollen. Bilden efter ett och ett halvt år är mindre entydig som helhet.

Bland de patienter som vistats på hälsocentrum finns många dramatiskt förbättrade fall. Människor som genom vistelsen fått ett nytt perspektiv på sina liv.

**Källor**

Landstingets hälsocenterverksamhet 1987. Rapport. Västerbottens läns landsting.

Svensson, Tomas: Bland de sjuka på Vindelns hälsocentrum, Socialmedicinska institutionen, Umeå universitet. Rapport nr 64.

Svensson, Tomas: Värdering av Vindelns hälsocentrum – en arton månaders uppföljning. Socialmedicinska institutionen, Umeå universitet. Rapport nr 66.

**10.5 Sandträsk hälso- och konvalescenthem 1984**

Sandträsk hälso- och konvalescenthem i Norrbotten startade i januari 1984 med 50 patientplatser. Verksamheten fick redan från början en inriktning med begränsad sjukvårdande behandling, sjukgymnastik/konditionsträning, arbetsterapi/arbetsträning, utbildnings- och informationsverksamhet samt laktovegetarisk, näringsriktig diet. Bl.a. med motivet att nå flera patientkategorier har man sedermera (1987) ändrat kosthållningen, som numera följer



socialstyrelsens och livsmedelsverkets rekommendationer. Vegetarisk kost tillhandahålls dock fortfarande för de patienter som så önskar.

Någon forskning eller utvärdering i likhet med vad som gjorts vid Vindeln och Österåsen har inte genomförts i Sandträsk. Efter första verksamhetsåret redovisades emellertid en ganska ingående rapport, i vilken bedömdes erfarenheterna från första årets verksamhet. På behandlingssidan liknar erfarenheterna de data som kommit fram vid övriga undersökta hälsohem/hälsocentra. Således konstaterar man en nedgång under behandlingsperioden om 8 dagar när det gäller vikt, blodfetter och blodtryck. Vid en uppföljning sex månader senare konstaterar man en viss försämring i förhållande till utskrivningen. Man noterar genomgående bättre resultat för yngre patienter än för äldre.

I rapporten konstateras att en värdering av behandlingseffekter är svår att göra på ett patientmaterial som uppvisar stora olikheter såväl när det gäller bakgrund och åldersfördelning som problem och diagnoser. En allmänbedömning har dock gjorts med hänsynstagande till status, laboratoriedata samt patienternas egen uppfattning om sitt hälsotillstånd.

En uppskattning av behandlingsresultaten sammantaget för olika sjukdomsgrupper ger vid handen att efter en 18-dagarsperiod har männen utmärkt eller bra resultat i 3/4 av fallen men att andelen sjunkit till hälften vid uppföljningen efter 6 månader. Motsvarande siffror för kvinnorna var 82 % resp. 57 %. För männen klassades var fjärde i gruppen "inget resultat" direkt efter vistelsen och 29 % vid uppföljningen. Kvinnorna utvisade 17 % resp. 27 % utan resultat.

Motsvarande skattning i åldersgrupper (båda könen) gav nedanstående fördelning:

	- 49 år (n=75)	50-69 år (n=46)	70 år - (n=56)
	%	%	%
Utmärkt	24 (16)	16 (12)	11 ( 7)
Bra	56 (43)	65 (44)	62 (41)
Inget	15 (21)	18 (32)	27 (25)

Siffran inom parentes avser uppföljningstillfället efter sex månader.

I övrigt finns skäl att notera följande synpunkter och erfarenheter ur rapporten:

- \* Könsfördelningen är "sedvanligt" sned med en stor övervikt för kvinnor.
- \* Behovet av denna behandlingsform var uppenbarligen mycket stort. Vid första årets slut var väntetiden ca 3 år. Sedermera har man ändrat intagningsprinciper så att väntetiden har kunnat elimineras till mera rimliga proportioner.
- \* Behandlingstidens längd bedöms, beroende på sjukdom, tillstånd etc., vara 2, 3 eller 4 veckor. Genom att frångå fasta intagningstillfällen har man uppnått större flexibilitet och kan ta emot flera patienter per år.
- \* Den laktovegetariska kosten bedöms vara "en faktor som påverkar behandlingsresultaten i positiv riktning".
- \* Få av patienterna blev vegetarianer under vistelsen. Ett stort antal förbättrade dock sina kostvanor – mer vegetabilier, mindre socker, fett och salt.
- \* Ingen sjuksgrupp hade påverkats mer positivt än någon annan (man redovisar 14 olika diagnoser samt en grupp "övrigt").
- \* Man betonar vikten av att utveckla samarbete med näraliggande vårdcentraler och man föreslår ett system med "auskultation" vid hemmet. Härigenom tror man sig på sikt kunna lösa problemet med vikarier bl.a.
- \* Det bör utvecklas en gemensam syn vid patientremittering och man önskar att samarbetet med inremitterande läkare utvecklas. Målet bör vara att varje remiss till Sandträsk är en medveten åtgärd i en utarbetad behandlingsplan för varje enskild patient.
- \* Man anser det vara motiverat och önskvärt med en fortlöpande uppföljning av patienterna på hemorten inom främst primärvårdens ram.

## 10.6 Vem är hälsohemsgästen?

På expertgruppens initiativ i samarbete med Forskningsrådsnämnden och Hälsokostrådet, genomförde socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet i maj 1987 en studie av hälsohemsgäster vid Tallmogården, Sunnansjö. Ett av syftena var att se om gruppen gäster i något väsentligt avseende skilde sig från genomsnittsbefolkningen.

Undersökningen omfattade dels en enkät, dels intervjuer. Till enkäten användes två s.k. självskattningsformulär: *Sickness Impact profile* (SIP), som mäter sjukdomskonsekvenser i fysiskt, psykiskt och socialt avseende samt *Karolinska Scales of Personality* (KSP). Det senare är ett personlighetsformulär som utvecklats inom den psykiatriska forskningen. Båda dessa instrument är ofta använda och har en omfattande dokumentation.

Enkäten sändes ut i förväg till ett representativt urval av gäster omfattande två intagningstillfällen. På grund av ett stort bortfall i den ena gruppen (20 %) användes endast svaren från ett intagningstillfälle. Antalet personer i denna grupp var 53, varav 40 kvinnor (75 %) med en medelålder av 60 år. Vistelsetiden var för de flesta (43 %) en vecka. 36 % stannade två veckor och 21 % tre veckor. 28 % av gruppen (5 män och 10 kvinnor) uppbar landstingsbidrag.

Andelen som fick landstingsbidrag var lägre än normalt. Vid Tallmogården uppskattas att ca 50 % av gästerna får bidrag från landsting.

Intervjudelen omfattade 11 personer, 7 kvinnor och 4 män.

Enkäten utvisade mycket få skillnader i förhållande till kontrollgrupper. Högre värden än genomsnittligt beträffande funktionsrubbnings (man frågade efter förmåga att röra sig, personlig skötsel, uppmärksamhet/koncentration, förmåga att klara hushållsarbete m.m.) konstaterades hos den grupp som stannade längst och hos dem som fått landstingsbidrag. De som stannade bara en vecka hade lägst värden; ofta kom de till hälsohemmet för rekreation, viktminskning e.d.

Personlighetstesten visade en signifikant avvikelse från normalbefolkningen på ett enda område. Hälsohemsgästerna hade större behov av omväxling och en högre önskan att pröva nya saker än normalgruppen. Något stöd för att gruppen hälsohemsgäster i något väsentligt avseende skulle utgöras av avvikande individer ansågs således inte föreligga. I varje fall inte vad gäller Tallmogården, som får anses vara representativ för den grupp privata hälsohem som erbjuder medicinsk behandling.

Av intervjuundersökningen, som gjordes på personer som vistades på hälsohemmet tre veckor och som kan sägas vara en fördjupning av enkätundersökningen, kan noteras följande:

- \* Ingen av de intervjuade tillhörde gruppen "fanatiker", snarare betecknades de som "ganska vanliga människor".
- \* Endast en person hade genomgått en påtaglig förbättring under vistelsen, som omfattade tre veckor.

- \* Sjukdom var den viktigaste anledningen till vistelsen. Häri innefattades överviktsproblem och "mer eller mindre kroniska tillstånd där regelrätt botande behandling saknas".
- \* För flera var motivet till vistelsen att "komma bort från vardagen" allt. att "komma hit och göra sig ren".
- \* Sju gäster hade landstingsbidrag (= 64 %): Alla hade regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården och de flesta hade själva tagit initiativet till vistelsen och ordnat med remiss. Läkarna var i regel positiva till sådan, men i något fall hade patienten vandrat runt till några läkare innan hon fick sin remiss.
- \* Fyra personer hade varit på Tallmogården tidigare, 2 gäster fem gånger eller mer, 2 personer hade varit på andra hälsohem tidigare.
- \* Orsakerna till vistelsen var följande:  
Misslyckande med tidigare konventionell medicinsk behandling (4 personer),  
önskan att leva ett sundare liv (2 personer) och  
pragmatiska skäl, bl.a. att gå ner i vikt, eller som en allmän service-/rundsmörjning (5 personer).
- \* Fem personer (gruppen pragmatiker) hade inga planer på att förändra sin livsstil när de kom hem medan 4 önskade fortsätta att leva vegetariskt efter hemkomsten. En hade ambitionen att fortsätta sin viktminskning och en att ta itu med sina psykosociala problem, vilket hon fått inspiration till efter kontakt med Tallmogårdens psykoterapeut. En person var så missnöjd med vistelsen att hon inte kunde tänka sig att komma tillbaka. (Denna person uppgavs paradoxalt vara den som uppnått en dramatisk förbättring under vistelsen.)
- \* Samtliga tillfrågade var mycket positiva till personalen som uppgavs ha gott om tid för gästerna och alltid stod till förfogande.

Till undersökningen fogar undersökaren några personliga kommentarer.

Hälsohemmen fungerar utifrån gästens perspektiv. Till hälsohem söker man sig själv och för att få remiss måste man i allmänhet själv ta initiativ. De flesta som så önskar har också möjlighet att komma till hälsohem i händelse av att lämpliga indikationer föreligger. När man väl har kommit till hemmet har patienten oftast en upplevelse av att hennes besvär tas på allvar. Ingen lämnas utan behandling. På hälsohemmet möter man en stor optimism både hos gäster och personal, även hos de gäster som inte uppnår någon framgång med behandlingen. Den enskilde har en betydligt högre status på hälsohemmet än vad som är vanligt inom den konventionella sjukvården.

Som en slutsats anför undersökaren, att de intervjuade gästerna hade olika skäl för att söka till hälsohem. Det gemensamma är att de får eller hoppas få något på Tallmogården som de inte kan förvänta sig inom den ordinarie sjukvården.

## Källor

Svensson, Tomas: Personlighetsaspekter och sjukdomskonsekvenser hos en grupp hälsohemsgäster. Socialmedicinska institutionen, Umeå universitet, Umeå 1987.

Svensson, Tomas: Vem är hälsohemsgästen. Socialmedicinska institutionen, Umeå universitet, Umeå 1987.

## 10.7 Varbergprojektet

I Varbergprojektet studerades praktiska aspekter och biologiska variabler vid övergång till laktovegetarisk kost. Förutom medicinska har även psykologiska och sociologiska variabler studerats. Tillämpningen av det laktovegetariska kostsystemet varierades på ett sätt, som kan väntas likna det som förekommer i praktiken.

### Metodik

Nittio vuxna individer under 60 år boende i Varberg med omgivning var utvaldes efter detaljerad granskning och indelades i tre grupper med ca 30 i varje:

VP I (Varbergprojektet grupp I): Individer utan kraftig övervikt, icke-rökare utan allvarig sjukdom.

VP II: Samma urval som i grupp I, men i VP II utfördes en mer detaljerad genomgång av kosten före och under försöket.

VP III: Individer med övervikt och högt blodtryck.

Övergång till laktovegetarisk kost började våren 1984. VP I och VP II följde det vegetariska systemet under ett år och VP III under två år. Därefter lämnades deltagarna fria att leva som de önskade. En uppföljning ägde rum våren 1988 efter 4 år.

Studerade variabler var vikt, viktindex (BMI), blodtryck, puls, kondition (testvärde på ergometercykel), höft- och bukomfång, urinsyra- och blodfettnivåer, natrium- och kaliumutsöndring i urinen, fettsyramönster i plasmalecithin, halten av vissa mineraler och spårelement i blod och hår.

Anknutna forskargrupper studerade kostintag, salivfunktion, mutagenutsöndring i avföring, socialmedicinska och psykologiska faktorer.

Deltagarna genomgick en praktisk kurs i vegetarisk matlagning och senare en fortsättningskurs. De fick fortlöpande information individuellt och i grupp under hela försöket.

Efter noggrann utvärdering valdes att ej studera någon kontrollgrupp, framför allt då det bedömdes som ogenomförbart att uppnå full jämförbarhet.

Av de nittio ursprungliga kandidaterna föll flera bort så snart de verkligen insåg vilka krav som skulle komma att ställas på dem. Ytterligare ett fåtal slutade under pågående försök, så att till slut 68 individer kvarstod under hela försöket. Åldersfördelningen dominerades av åldrarna 35–60 år. Tre fjärdedelar var kvinnor.

## Resultat

**Vikt.** Vikt och BMI minskade först i alla grupperna signifikant med ca 2 kg i VP I-II och med 4 kg i VP III. Senare skedde viss, men ej full, återgång till utgångsvärdet. Höftomfånget minskade mer än bukomfånget, särskilt i obesitasgruppen (VP III).

**Blodtryck.** Diastoliskt blodtryck sjönk signifikant och var lägre under hela försöket. Sänkning var i VP II från 80 mm Hg till 75 mm och i VP III från 99 mm Hg till 91 mm.

**Lipider.** Triglyceriderna visade inga klara förändringar. Kolesterolvärdena sjönk från 5.4 mmol/l till 4.6 mmol/l i VP I-II och i VP III från 6.2 mmol/l till som lägst 5.3 mmol/l (efter 12 månader), men steg i VP III under andra året åter till något högre nivå än utgångsvärdet. Kolesterolförändringarna orsakades framför allt av motsvarande förändring i LDL-fraktionen. HDL-fraktionen varierade inte systematiskt.

**Fettsyror.** Tydliga förändringar noterades för flera fettsyror i plasma-lecithinfraktionen. Dessa kan enklast beskrivas som en höjning av linolsyra (18:2 n-6) och dess metabolit dihomogammalinolensyra (20:3 n-6). Sänkning sågs för arachidonsyra (20:4 n-6), eikosapentaensyra (20:5 n-3) och dodekahexaensyra (22:6 n-3).

**Övriga variabler.** Dessa beskrivs separat eller är ännu ej färdigbearbetade.

## Synpunkter på studien lämnade av professor P-A Öckerman och chefsläkare Börje Källgård

Sedan Varbergprojektet startade våren 1984 har kunskaperna om effekter av vegetarisk kost utvecklats. Den första internationella kongressen om vegetarisk kost, vars proceedings nu är i tryck (1), visade tydligt, att kunskaperna om näringsinnehåll i olika vegetariska kost är mycket goda. Detta gäller även de två vanligaste formerna i Sverige, laktovegetarisk och vegankost (2, 3). Även långtidseffekter i form av sänkt sjuklighet och dödlighet har påvisats i flera mycket stora studier (1). Man skulle kanske förenklat uttryckt säga, att stöd nu finns i litteraturen för att den kostform, som vi studerat i Varbergprojektet, ur näringsynpunkt är utmärkt och kan förväntas ge lägre sjuklighet och dödlighet än den som hittills har praktiserats av den samlade befolkningen. Detta betyder inte att laktovegetarisk kost är bättre eller sämre än andra tänkbara kostformer, t.ex. en blandad kost i enlighet med gällande rekommendationer, som på nuvarande kunskapsstadium kan förmodas vara hälsosammare än dagens svenska faktiskt tillämpade kost. Effekter av övergång till laktovegetarisk kost har samtidigt med Varbergprojektet studerats på ett landstingsdrivet hälsohem. Resultaten har sammanställts (4), men ej publicerats i slutlig form. De skall ej närmare kommenteras här.

**Lipider.** Enligt ett flertal tidigare undersökningar (1, 3) kan en laktovegetarisk kost ge något högre andel fett än den nivå under 30 energiprocent, som ofta anges som gräns för att tydliga effekter på blodfetter skall uppstå (1). Trots detta sågs signifikanta sänkningar för kolesterol i vår studie. Den något ökade nivån som sågs efter två år i VP III, kan indikera svårigheter för denna speciella grupp att under längre tid klara den regim som avsågs.

**Vikt.** Samma tendens kunde ses för vikt, men ej för blodtryck. Detta stämmer väl med vad alla vet, som har studerat överviktiga: problemen kommer efter något år och mycket kraftiga insatser krävs för att hålla kvar den inledda regimen och undvika viktuppgång.

**Blodtryck.** Den blodtryckssänkning, som sågs i alla tre grupperna och som kvarstod utan tendens till återgång mot slutet av försöket, var också helt i enlighet med vad som kunde förväntas. Att blodtrycket inte tenderade att återgå i slutet av försöket stämmer med egna, huvudsakligen publicerade, erfarenheter att det är lättare att påverka blodtryck än vikt eller kolesterolnivå med vegetarisk kost.

**Fettsyror.** Ökningen av fettsyror i serien n-6 (linolsyraserien) var väntad och avspeglar troligen ökad tillförsel av linolsyra från vegetabilisk källa. Dessutom kan konkluderas,

att metaboliseringen har fungerat normalt. Detta kan innebära tänkbar påverkan på prostaglandinbildningen, kanske med positiv innebörd för balansen mellan olika prostaglandinfraktioner (5). Resultaten stöder också åsikten att arachidonsyra (20:4 n-6) inte bildas i större utsträckning från linolsyra hos människa. Även detta kan ha inverkan på balansen mellan olika biologiskt aktiva derivat av omättade fettsyror. Den sänkta nivån av fettsyror i n-3 serien (alfa-linolensyraserien) kan ses som ett uttryck för konkurrens från den ökade metabolismen av n-6 fettsyror. (De två serierna utnyttjar samma enzymssystem.) Det kan också ha orsakats av minskad tillförsel av n-3 fettsyror från t.ex. fisk. Minskningen bör också kunna ha påverkat balansen i bildningen av biologiskt aktiva komponenter. Om de sammanlagda förändringarna innebär någon positiv eller negativ påverkan kan inte bedömas utgående från denna studie.

*Publicering.* Varbergprojektet innebär en mycket stor samlad insats, som hittills i huvudsak är opublicerad. Enligt vår samlade planering skall projektet publiceras i form av 20-25 separata arbeten. Tre doktorander har arbetat inom projektet som sin huvuduppgift.

## Referenser

1. First International Congress on Vegetarian Nutrition. Am J Clin Nutr 1988; Suppl Vol 48:707-927.
2. Abdullah M, Andersson J, Asp N-G et al. Nutrient intake and health status of vegans. Chemical analyses of diets using the duplicate portion sampling technique. Am J Clin Nutr 1981; 34:2464-2477.
3. Abdullah M, Aly K-O, Andersson J et al. Nutrient intake and health status of lactovegetarians: Chemical analyses of diets using the duplicate portion sampling technique. Am J Clin Nutr 1984; 40:325-338.
4. Segerbrand U, Winoy J. Att slita med hälsan. Utvärdering av Österåsens hälsohem. Västernorrlands läns landsting 1988.
5. Horrobin D F. The role of essential fatty acids and prostaglandins in the premenstrual syndrome. J Report Med 1983; 28:465.

## 10.8 Kostbehandlingsprogram vid Nyhyttan

På Nyhyttans hälso- och rehabiliteringscenter pågår sedan mars 1987 ett försök med lågfettkost i avsikt att påverka kolesterolnivån hos patienter i riskzonen för eller med debuterad hjärt- och kärlsjukdom.

Hittills (januari 1989) har nio treveckorskurser med totalt något över 100 patienter genomförts. De flesta av dem har haft en eller flera hjärtinfarkter med angina pectoris i efterförloppet. En del har endast angina pectoris (kärlkramp), eller claudicatio (fönstertittarsjukan). Några har haft stroke och enstaka patienter kommer i förebyggande syfte. Somliga kommer för att få hjälp mot högt blodtryck. Kurserna innehåller teori och information om hjärtsjukdomarna och om förebyggande metoder, bl.a. kost, motion och avspänning. Kosten är till 100 % kolesterolfri och fetthinnehållet är 10 % (vilket motsvarar 25-30 % av fetthinnehållet i normalkost). P/S-kvoten är 3-4, ibland högre. Kosthålllet är helt vegetariskt med inslag av både råkost och lagade rätter, sallader och bröd.

Något regelrätt motions-/träningsprogram har inte pågått på grund av brist på kvalificerad övervakning. Patienterna har allmänt sett uppmuntrats att anstränga sig som de är "vana vid hemifrån". Det har funnit lätta gymnastikprogram under ledning av sjukgymnast samt en del promenader.

Det subjektiva välbefinnandet ökar under kursens gång och S-kolesterolet går ned i genomsnitt 25 %. HDL-kolesterolet sjunker också något under

samma tid, men förhållandet mellan totalkolesterolet och HDL blir mer gynnsamt. Efter hemkomsten stiger totalkolesterolet något, men är fortfarande ett år efter kursen ca 9 % lägre än initialvärdet.

Blodfetter är inte den enda riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar som påverkas. Vikten går ned med ca 3 kg under de tre veckorna på Nyhyttan och nästan alla behåller sin lägre vikt åtminstone till 1-årskontrollen. Blodtrycket går ned kraftigt, ibland t.o.m. så mycket att det kan vålla problem i det fall där man inte kan sätta ut, eller minska, de hjärtmediciner som även har blodtrycks-sänkande effekt. I genomsnitt går det systoliska trycket ned 15 mm Hg och det diastoliska 11 mm Hg.

Deltagare med diabetes har fått bra kontroll på sockervärdena på lågfett-dieten. Insulinbehovet har i bästa fall minskat med 50 %.



summa id, men förlämlar med en kost som innehåller en stor del av energin från socker och fett. Detta är inte bra för hälsan eftersom socker och fett är näringsämnen som bidrar till överskott av energi och därmed till övervikt. Förutom det kan socker och fett även bidra till andra hälsoproblem som diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Därför är det viktigt att välja matlagning som innehåller mycket grönsaker, frukt, fisk, korn och mager protein som fjäderägg, kyckling, kalkon, nötkött, korv och skinka. Detta är bra för hälsan eftersom dessa matlagningar innehåller mycket fibrer, vitaminer och mineraler som bidrar till god hälsa. Dessutom är det viktigt att välja matlagningar som innehåller mycket vatten, eftersom vatten är viktigt för kroppens vätskebalans och för att undvika dehydrering. Detta är bra för hälsan eftersom dehydrering kan leda till olika hälsoproblem som huvudvärk, trötthet och koncentrationssvårigheter.

**Abstrakt:** Syftet med denna studie var att undersöka kostvanor och hälsoutgångar hos patienter med övervikt som deltog i ett kostprogram. Studien genomfördes på en sjukhusklinik i Stockholm. Resultatet visar att patienterna hade en hög konsumtion av socker och fett, vilket kan bidra till övervikt och andra hälsoproblem. Kostprogrammet fokuserade på att minska konsumtionen av dessa näringsämnen och öka konsumtionen av fibrer, vitaminer och mineraler. Efter några veckor i kostprogrammet hade patienterna fått en betydande viktminskning och en förbättring av blodsocker och blodlipidprofilen. Detta tyder på att ett kostprogram som fokuserar på att minska konsumtionen av socker och fett kan vara effektivt för att minska övervikt och förbättra hälsan hos patienter med övervikt.

## Referenser

1. First International Congress on Vegetarian Nutrition. Am J Clin Nutr 1991; Suppl Vol 54:107-227.
2. Abdalla M, Anderson J, Abd K-O et al. Nutrient intake and health status of vegetarians. Chemical analysis of diets using the duplicate portion method. Am J Clin Nutr 1981; 34:264-277.
3. Abdalla M, Ah K-O, Anderson J et al. Nutrient intake and health status of vegetarian vegetarians. Chemical analysis of diets using the duplicate portion method. technique. Am J Clin Nutr 1984; 40:327-338.
4. Sjogren U, Winqvist J. Matlagning och hälsa. Utgåvning av Godelius-Eriksson, Västermanska bokhandelning 1996.
5. Hammar D. The role of essential fatty acids and polyunsaturates in the prevention of disease. J Reprod Med 1983; 28:445.

## 10.8 Kostbehandlingsprogram vid Njalyttan

På Njalyttan baks- och rehabiliteringscenter pågår sedan några år ett kostprogram som syftar till att påverka kostvanorna hos patienter som söker för eller med debuterad hjärt- och kärlsjukdom.

Initiell (januari 1999) var näringsintaget hos 199 patienter genomgått. De flesta av dem har haft en eller flera hjärt- och kärlsjukdomar med engelska pectora i eftersträpset. De flesta har varit utomhusarbetare (vårdrömp) eller landbruksarbetare (skogsarbetare). Någon har varit sjuk och andra patienter kommer i eftersträpset. Sjuttio patienter har fått hjälp med högt blodtryck. Koronari sjukdom har varit utomhusarbetare och hjärt- och kärlsjukdomarna och om förväggsande metoder, bl.a. diet, motion och avspjädning. Kosten är till 100 % vegetarisk och innehåller till 75 % fisk och grönsaker 25-30 % av totalenergin i kosten. Fiskprocenten är 5-8. Färdig högt. Kostföretaget är helt vegetariskt med inslag av rått kött och färdig rätter, sallader och smörgåsar.

Något regelbundet motions- och träningprogram har inte pågått på grund av begränsad kvalificerad övervakning. Patienterna har alltså varit utomhusarbetare som de är. När de har varit hemma har de varit utomhusarbetare. Detta har varit ett kostprogram under ledning av sjukgymnasterna som de har varit utomhusarbetare.

Det subjektiva välbefinnandet ökar under kostens gång och det är viktigt att understryka att det behövs en kostprogram som innehåller fisk och grönsaker till 75 %.

# Ordlista

**Akupunktur** (latin: acus = punkt; pungere = sticka). Västerländsk benämning på kinesisk nålbehandling som varit känd i 5 000–6 000 år. Tunna nålar sticks in på bestämda ställen (akupunkturpunkter, som ligger längs med s.k. meridianer) i avsikt att åstadkomma smärtlindring och/eller bot. Akupunktur är en i Sverige accepterad behandlingsform inom medicinen när det gäller smärtlindring.

**Antroposofi** (latin: antropos = människan; sozi = vishet). Antroposofin utformades i början av 1900-talet av den österrikiske författaren Rudolf Steiner. I antroposofins världsbild ingår inte enbart en kemisk-fysikalisk verklighet utan även en översinnlig, andlig sådan. Antroposofin är mycket handlingsinriktad, vilket har manifesterats i t.ex. waldorfpedagogik och biodynamisk odling, inom arkitekturen och vid behandling av utvecklingsstörda (s.k. läkepedagogik). Även inom medicinen är antroposoferna engagerade. Antroposofiska läkemedel har tidvis varit mycket omdebatterade, exempelvis mistelpreparatet Iscador, som används i form av injektioner mot cancer. I Järna utanför Södertälje har antroposoferna skapat ett kollektiv med waldorfskolor, lärarseminarium, biodynamiska odlingar, spannmålskvarn, förädling av livsmedel m.m. Hösten 1985 invigdes i Järna det antroposofiska sjukhuset Vidarkliniken, som när det är färdigställt kommer att förfoga över 74 platser.

**Alternativ medicin** (okonventionell, komplementär, inortodox medicin etc.). Kännetecknas dels av tekniker/metoder för diagnos, behandling, rehabilitering samt prevention som inte används eller erkänns av den etablerade medicinen, dels av andra föreställningar om verkligheten. Vad som är alternativt eller inte kan skifta från land till land och från tid till annan. Vissa terapier utövas huvudsakligen av läkare, exempelvis den antroposofiska läkekonsten resp. den ayurvediska (indisk traditionell medicinsk riktning). Kännetecknande för den alternativa medicinen är vidare att den främst utövas av terapeuter som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Tidigare benämning på alternativ medicin var "kvacksalveri".

**Biologisk medicin** innebär, enligt dess företrädare, att med naturliga medel och metoder aktivera och skapa bästa möjliga betingelser för kroppens egen läkande förmåga. Man framhåller att det inte finns någon annan läkning av organismen än självläkning, och att den biologiska medicinens mål är att finna de bästa medlen att stimulera organismen till självläkning. Vanliga metoder som används inom den biologiska medicinen är fasta, olika former

av vegetarisk kost, naturmedel, kosttillskott, fysikalisk terapi, motion, avspänning och psykoterapi. Se vidare avsnitt om biologisk medicin (kap. 9).

*Confounding factor* (confounding = störande faktor, störning). Term för en sådan felkälla som gör att man missbedömer ett orsakssamband. Ett exempel: om vegetarianer är friskare än andra människor drar man lätt slutsatsen att vegetarisk kost är hälsosammare än annan mat. I själva verket kan det vara andra för gruppen gemensamma och typiska faktorer som är orsak eller delorsak, som att vegetarianer lever annorlunda än andra också i andra avseenden: röker inte, dricker inte alkohol, motionerar mer. Då är rökningen en faktor som stör (confounding factor) bedömningen av kostens betydelse för vegetarianernas hälsa.

*Egenvård*. Den vård en person ger sig själv utan hjälp av sjukvårdspersonal. Egenvården kan omfatta förebyggande, diagnostiska och behandlande åtgärder. Jämför Friskvård.

*Fasta*. Att för en begränsad tid frivilligt avstå från fast föda. Den i vårt land vanligaste formen av fasta är kopplad till vegetarisk livsstil. Den som fastar dricker i allmänhet safter, téer och grönsaksavkok för att tillföra kroppen vätska och viktiga vitaminer och mineralämnen. En fasta brukar pågå från någon vecka upp till tre–fyra veckor. Fasta tillämpas som standardterapi på hälsohemmen och många fastar även på egen hand.

*Friskvård*. Samlingsbegrepp för åtgärder som stimulerar en person till egna aktiva hälsobefrämjande insatser som viktigt komplement till samhällets insatser för bättre hälso-, sjuk- och miljövård.

*Fysikalisk behandling* (latin: physicus = som rör fysiken). Samlingsnamn för behandlingsmetoder med bad, ljus, värme, elektricitet, gymnastik, massage etc.

*Fytoterapi* (grekiska: phyton = planta, växt). Örtmedicin. Sjukdomsbehandling med örter och örtmedicin.

*Holistisk medicin* (grekiska: holos = hel). Medicinsk riktning som utgår från en helhetssyn på människan med motivet att helheten är förmer än summan av delarna.

*Homeopati* (grekiska: homoios = lik, liknande; pathos = lidande). En av Christian F Samuel Hahneman (1755–1843) år 1810 införd behandlingsmetod som bygger på två principer: lika botar lika (similia similibus curantur) och potensiering, dvs. utspädning under skakning, av den aktiva substansen, i vissa fall miljoner eller miljarder gånger. Detta kan innebära att den homeopatiska medicinen (ibland i form av sockerpiller) inte innehåller något mätbart spår av det ursprungliga ämnet. Tanken bakom potensieringen är att kraften hos ett ämne inte ligger i själva substansen utan i dess mönster, och ju mindre av ämnet som ingår desto större är mönstrets kraft. *Homeopater* arbetar vanligtvis inte enbart med homeopatisk medicin utan ofta även med kostrådgivning och andra behandlingsmetoder. Som diagnoshjälpmiddel används

ofta ögondiagnostik, vars grundidé är att olika sjukdomstillstånd kan avläsas i regnbågshinnan, iris.

*Hydroterapi* (grekiska: hydor = vatten). Läran om vattnets sjukdomsbotande verkan, vattenläkekonst, t.ex. i form av bad (vattenbad, örtbad, tångbad, etc.) och brunnstrickning.

*Hälsohem*. Institutioner, ofta naturskönt belägna, som i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte, och i vissa fall även för behandling och rehabilitering, bedriver verksamhet framför allt med vegetarisk kost, fasta, motion, spänningsreducerande aktiviteter och utbildning/information i livsstilsfrågor. De svenska hälsohemmen grundar sig till övervägande del på Are Waerlands idéer om en sund livsföring, som har sin organisatoriska grund i Hälsofrämjandet och hos de s.k. biologiska läkarna.

*Hälsorörelsen*. En grupp organisationer som propagerar för en sund livsföring. Till den svenska hälsorörelsen brukar i första hand räknas Hälsofrämjandet, Svenska Frisksportförbundet och Svenska Vegetariska Föreningen.

*Hälsovårdhem*. En i denna rapport föreslagen benämning på sådana hälsohem som bedriver medicinsk behandlingsverksamhet och som av länsstyrelse är godkända som enskilda vårdhem alternativt har landsting som huvudman.

*Kiropraktik* (grekiska: cheiro = hand) eller chiropraktik. Utövas av kiropraktorer, som kan ha fått en längre högskoleutbildning i USA, Kanada eller England och då benämns Doctors of Chiropractic. Kiropraktorer behandlar huvudsakligen människor med ryggbesvär genom tryck och vridningar av ryggraden (manipulation). Genom sin behandling söker man bl.a. frigöra låsningar och blockeringar i ryggraden. Närliggande tekniker är osteopatin och naprapatin. Liknande metodik används även inom den etablerade medicinen av vissa läkare och sjukgymnaster. Jämför Manipulationsbehandling.

Dr's of Chiropractic kan enligt riksdagens beslut fr.o.m. den 1 juli 1989 under vissa förutsättningar erhålla legitimation inom hälso- och sjukvården.

*Konvalescens* (latin: convalescere = tillfriskna). Perioden av tillfrisknande eller kraftåterhämtning efter en sjukdom.

*Kvacksalveri* (från lågtyska Quacksalber, en som fuskar med salvor). Ursprungligen beteckning på charlatan inom läkekonsten, person som utan lagligt tillstånd och utan lagstadgad medicinsk examen utövar läkaryrket. Beteckningen lever kvar bl.a. i den s.k. kvacksalverilagen, dvs. lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

*Makrobiotik* (grekiska: makros = stor; bios = liv). Livsfilosofi som bygger på kinesiska och japanska traditioner. Makrobiotik kan sägas vara konsten att leva i harmoni med det "stora livet", dvs. den universella ordningen, genom att följa praktiska levnadsregler. Speciellt viktigt, enligt makrobiotiken, är att äta en balanserad föda, vilket är möjligt om man tar hänsyn till födoämnenas placering på yinyang-skalan (den österländska principen för polariteten i tillvaron). Makrobiotiken har kraftig utbredning i USA och även i Västeuropa. Också i Sverige förekommer makrobiotiska aktiviteter.

**Manipulationsbehandling** (latin: manipulatio = hantering, handhavande). Metod att med hjälp av speciella handgrepp lindra smärtor i rörelseorganen, speciellt i ryggen. Utövas av kiropraktorer, naprapater och osteopater men även av vissa läkare och sjukgymnaster.

**Meditation** (latin: meditari = fundera, föras mot centrum) innefattar en rad olika tekniker och skolor, exempelvis transcendental meditation (TM) och zenmeditation, som vanligtvis syftar till djup avspänning, ökat medvetande och närvarokänsla. Meditation förekommer inom praktiskt taget alla religioner och kulturkretsar, även hos oss där det gamla bruket att "kura skymning" var en vanligt förekommande meditationsform.

**Naprapati** (tjeckiska: napravit = att korrigera; grekiska: pathos = lidande, "att korrigera lidande"). Närbesläktad med kiropraktiken. Naprapaten behandlar även mjukdelar med hjälp av massage, sjukgymnastik och s.k. artikulering. Naprapater utbildas i Sverige.

**Naturmedel.** Enligt läkemedelsförordningen definieras naturmedel som: "...medel som enligt betryggande erfarenhet vid normalt bruk ej medför hälso-risker för människa eller djur och i vilket den verksamma beståndsdelan är en växt- eller djurdel, ett mineral eller i naturen förekommande bakteriekultur, salt eller saltlösning". Beteckningen används vanligtvis endast för sådana medel som anmälts till socialstyrelsen och som undantagits från den vanliga läkemedelskontrollen och därför får säljas fritt. Sådana naturmedel skall vara märkta med texten "Har ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll".

**Placebo** (latin: jag vill behaga). Den effekt som uppstår när en patient utsätts för en verksam eller överksam medicinsk behandling och som inte är betingad av behandlingens realeffekt utan hänger samman med patientens förväntan. Vid läkemedelsprövningar används ibland placebotabletter i jämförelsesyfte, för att man skall kunna ta reda på realeffekterna hos läkemedel.

**Reaktivering** (latin: re = åter, activus = verksam, handlingskraftig). Åter göra verksam eller effektiv.

**Rehabilitering** (latin: rehabilitatio, av re = åter och habilis = duglig). En (i vid bemärkelse) handikappad persons återanpassning till bästa möjliga fysiska, psykiska, sociala och yrkestekniska situation.

**Rekonditionering.** Återställande av den fysiska och psykiska konditionen (allmäntillståndet).

**Vegetarisk diet** (latin: vegetare = uppliva). Vedertagen benämning på en kost som utesluter kött, fisk och oftast ägg. Vanligen består vegetarisk diet huvudsakligen av grönsaker, frukt och spannmålsprodukter. Ofta används benämningen *vegetabilisk* (från växtriket). I denna rapport förekommer båda begreppen synonymt. I Sverige är den laktovegetariska kosten (med mjölkprodukter) den vanligast förekommande vegetariska kosten men även helvegetarisk kost (utan mjölkprodukter), dvs. vegankost, har många anhängare. Motivet att äta vegetarisk kost är främst god hälsa men även

etiska och religiösa m.fl. värderingar förekommer. *Vegetarian* är en person som äter uteslutande vegetarisk kost.

**Zonterapi** (här fotzonterapi). Gammal metod som bygger på en holografisk princip, vilket innebär att kroppens organ återspeglas i kontaktzoner under fotsulorna. Om någon organförändring uppstår påverkas dessa zoner. Genom att massera dessa ofta ömma områden, skall man kunna påverka sjukdomen/skadan. Metoden, som är vitt spridd i Sverige, anses ha indianskt ursprung.

Av Åke Bruce, professor, Statens Transmissionsverk

Under utredningens gång har det framkommit att den objektiva kliniska dokumentationen av eventuella effekter av påverkan avseende på olika sjukdomar är synnerligen begränsad. Medicinerna vid Örebro, Varberg samt i Värdås ger dock en del information som visar att framförallt den spanska kliniska litteraturen.

I första hand är det den västsvenska kliniken under ledning som följer hälsokommissionen från medel- och högt utbildade läkare, sjuksköterskor m.m. Denna behandling erbjöds på ett stort antal sjukhus, vilka förekommer i varierande omfattning och med olika typer av utrustningar, som inte kommenteras här. Den svenska litteraturen om detta ämne är till största delen utgiven av den individuella friska skriftligheten är också utgående hälsokommissionen.

Trots att liknande termer används i andra länder, särskilt i Nederländerna och Västtyskland, är det värt att nämna att de svenska läkarna är som regel utbildade i Sverige och använder sig av några till flera litterära engagemang. Vid de stora konferenserna i Ryssland finns det ett stort utbud av utrustning och ofta diskuteras utgående till exempel om behandling.

## Prevention – terapi

Det är viktigt att vid utvärdering av vegetarisk kost som hjälp vid prevention och terapi beakta de olika aspekterna på hälsa och sjukdom. Detta gäller primärprevention avseende på blodtryck och hypertoni. Dessa aspekter ligger i primärpreventionens kärna. Utvärdering avseende de eventuella sambanden mellan vegetarisk kost och cancer samt diabetes.

Det finns dock anledning att beakta den preventiva effekten på individer med ökad risk för framtida sjukdomar som till exempel högt blodtryck. Det kan röra sig om personer med högt blodtryck som inte har någon sjukdom eller som vid en hälsokontroll påvisats en ökning av blodtrycket eller tecken till ett högt blodtryck som inte har nått kliniska nivåer. Här kan eventuella övergångar till vegetarisk kost vara av betydelse för hälsopåverkan. Fasta termer vid dessa effekter utvärderas inte på någon effekt i det långa löp.

Einige der folgenden sind in der Natur vorkommend, andere sind künstlich hergestellt.

Die folgenden sind in der Natur vorkommend, andere sind künstlich hergestellt.

## Bilaga 1

# Effekter av hälsohemsvistelse. Några vetenskapliga kommentarer

Av Åke Bruce, professor, Statens livsmedelsverk

Under utredningens gång har det framkommit att den objektiva kliniska dokumentationen av eventuella effekter av hälsohemsvistelse på olika sjukdomar är synnerligen begränsad. Undersökningarna vid Österåsen, Varberg samt i Vindeln ger dock en del information som i viss mån kompletterar den sparsamma kliniska litteraturen.

I första hand är det den vegetariska kosten samt fastan som skiljer hälsohemmen från mera konventionella konvalescenthem, kurorter m.m. Denna behandling erbjuds praktiskt taget alla patienter/gäster. Vidare förekommer i varierande omfattning en rad alternativa behandlingsformer, som inte kommenteras här. Den fysikaliska terapin och olika åtgärder för att öka individens fysiska aktivitet är dock inget unikt för hälsohemmen.

Trots att likartad terapi erbjuds i andra länder, framför allt i Norden och Västtyskland, är det svårt att finna helt relevanta undersökningar. De svenska hälsohemmen är som regel små och har i bästa fall en (eller i några fall flera) läkare engagerad. Vid de stora kurorterna i Tyskland finns en hel stab av läkare som ofta dessutom erbjuder bl.a. biologisk-medicinsk behandling.

### Prevention – terapi

Det är viktigt att vid bedömning av vegetarisk kost etc. skilja mellan prevention och terapi. Mycket av den aktuella vetenskapliga litteraturen inom området gäller primärpreventiva effekter på blodlipider och hypertoni. Dessa aspekter ligger i princip utanför denna utredning liksom de eventuella sambanden mellan vegetarisk kost och cancer resp. osteoporos.

Det finns dock anledning att beakta den preventiva effekten på individer med ökad risk för förhöjda serumkolesterolvärden eller blodtrycksförhöjning. Det kan röra sig om personer med ärftlig risk för dessa sjukdomar eller som vid en hälsokontroll påvisats ha en måttlig serumkolesterolhöjning eller tendens till för högt blodtryck utan andra komplicerande riskfaktorer. Här kan sannolikt övergång till vegetarisk kost vara meningsfull för lämpade individer. Fasta torde vid dessa tillstånd däremot inte ha någon effekt i det långa loppet.



I fortsättningen diskuterar jag således hälsohemsvistelsen enbart från klinisk synpunkt, antingen som sekundärprevention, terapi eller i samband med konvalescens.

## Några problem vid bedömning av vetenskapliga arbeten rörande vegetarisk kost

I samband med litteraturgenomgången av ett stort antal arbeten, som behandlat olika effekter av vegetarisk kost, har jag identifierat några problem, som det är angeläget att beakta vid bedömning av olika undersökningsresultat. Det rör sig bl.a. om karakterisering av kosterna (livsmedelsval; innehåll av näringsämne, speciellt vad gäller kostfiber; innehåll av andra komponenter); övervakning av de undersökta deltagarna beträffande i vilken omfattning de följer den beskrivna kosten (compliance); karakteriseringen av kontrollgruppen med avseende på jämförbarhet m.m. samt analys av confounders.<sup>1</sup>

I många undersökningar beskrivs den vegetariska kosten mycket summariskt. Ibland har man inte ens klargjort om det rör sig om en ren vegankost eller om exempelvis ägg och/eller mejeriprodukter ingått. Ofta refererar man till andra undersökningar där kosten i den undersökta gruppen eller jämförbara grupper har beskrivits eller studerats. Dock bör man vara medveten om att den vegetariska kosten i likhet med många andra kost genomgår förändringar. Exempelvis är dagens makrobiotiska kost vanligtvis inte lika ensidig som den makrobiotiska kost som ägnades en hel del vetenskapligt intresse för 15–20 år sedan. I den makrobiotiska kosten ingår vidare en hel del livsmedel och råvaror av orientaliskt ursprung som vi vet ganska lite om och som kan ha farmakologiska effekter.

Vid en kostomläggning eller vid en jämförelse mellan olika kost är det vanligtvis många faktorer som skiljer. Om man exempelvis byter ut animaliskt protein (kött, mjölkprodukter) mot motsvarande mängd vegetabiliska proteiner, är det inte bara proteinets kvalitet som förändras. Man påverkar också fettsyrasammansättningen, en rad mineralämnen (exempelvis kalcium och fosfor), vitamininnehållet och inte minst sammansättningen av kostfiber. Det är mycket vanligt att man i rubriker eller i sammanfattningar hävdar att kosterna bara har skilt i ett avseende, när det i själva verket har varit en rad skillnader som kan ha förelegat.

Hur strikt följer vegetarianerna de givna kostrekommendationerna? Och i vilken omfattning har kontrollgrupperna en hög animaliekonsumtion? Mina egna erfarenheter pekar på att en del vegetarianer inte sällan äter exempelvis fisk ett par gånger i veckan (vilket i och för sig säkert är förtjänstfullt) trots att de uppfattar sig själva som rena vegetarianer. Tillfälliga "försyndelser" spelar säkerligen en mycket liten roll, men om man studerar möjliga överkänslighetsreaktioner kanske detta inte kan nonchaleras.

Det har många gånger påpekats, och förtjänar att upprepas, att vegetarianerna vanligen skiljer sig från kontrollgrupperna i andra avseenden än enbart

---

<sup>1</sup> Definition, se ordlistan.

kosten. Rökning, alkoholvanor, fysisk aktivitet är alla livsstilsfaktorer som vanligtvis är gynnsammare hos vegetarianer än kontroller. Ofta finner man även en skillnad i Body Mass Index. I studierna av adventister och andra religiösa grupper liksom av makrobiotiker föreligger sannolikt även sociologiska skillnader som troligen inte är oväsentliga.

Vid tolkning av resultat från forskningen av vegetarisk kost är det således angeläget att undersökningarna bedöms med avseende på ovanstående faktorer. Jag har dock bara funnit några få studier som någorlunda väl behandlar dessa aspekter.

## Allmänt om hälsohemsvistelsen

De pågående undersökningarna liksom muntliga rapporter och otaliga artiklar i veckopress m.m. pekar på att för många patienter är hälsohemsvistelsen mycket mer än enbart en fasteperiod och en kortare eller längre tids övergång till vegetarisk kost. Det kan därför finnas anledning att var för sig diskutera

- miljöombyte
- livsstilsförändring
- psykosomatiska effekter
- fysikalisk terapi
- vegetarisk kost och fasta
- alternativa behandlingsformer

Det unika med hälsohemmen är den vegetariska kosten och fastan, och i viss mån kanske den psykiska miljön och i vissa fall de alternativa behandlingsformerna. De andra faktorerna tillämpas med varierande intensitet och framgång även inom den traditionella sjukvården, vid rehabiliteringskliniker och konvalescenthem.

## Miljöombyte

Miljöombyte har i alla tider varit en viktig form av behandling eller konvalescens. Forna tiders brunnsdrickande var säkert inte bara socialt umgänge. För många innebär därför hälsohemsvistelsen en dramatisk förändring vid jämförelse med deras hemmiljö. Denna "kurortseffekt" har huvudsakligen behandlats beteendevetenskapligt men borde bli föremål för en mera omfattande analys.

Det finns en ganska omfattande litteratur som beskriver den goda effekten av klimatförändringar för astmatiker. Såväl vistelse på höga höjder som vid kusten ger en god men inte alltid bestående effekt. Dokumentationen beträffande eventuella varaktiga effekter är emellertid dålig. En positiv faktor kan vara att patienten inte utsätts för aktuella allergener. Dessa återkommer emellertid när patienten kommer hem.

Även för en patient med reumatiska ledbesvär kan en hälsohemsvistelse och miljöombyte upplevas som positiv med mindre värk och stelhet, bättre rörelsekondition och psykisk stimulering. Positivt är även en reduktion av läkemedelsintaget och avhållsamhet från tidigare tobaks- och alkoholkonsum-

tion. Den tillfälliga förbättring, som ernås, kan betecknas som "semester från sjukdom" och är därmed jämförlig med klimatterapi i form av en resa till varmare områden.

## Livsstilsförändring

Under vistelsen vid ett hälsohem förväntas gäster avstå från tobak och alkohol och han/hon uppmanas även i framtiden att låta bli att röka och att vara återhållsam med alkohol. Det är möjligt att man här lyckats bättre än den traditionella sjukvården och detta bör vara värt en separat analys.

Man uppmantrar också gästen/patienten till ökad fysisk aktivitet i form av promenader och gymnastik m.m. Vid vissa hälsohem är gästen engagerad under i stort sett hela den vakna tiden, vid andra kan den fysiska aktiviteten vara mindre väl organiserad.

När det gäller livsstil och hypertoni kan det vara en rad skillnader i livsmönster (minskad konsumtion av alkohol, koffeinhaltiga drycker och tobak) samt högre fysisk aktivitet som kan bidra till eller helt förklara den blodtryckssänkning man finner vid hälsohemsvistelse.

Även vid behandling av inflammatoriska tarmsjukdomar är det psykiska omhändertagandet av patienten väsentligt. Psykisk stimulans i natursköna omgivningar med tillfällen till konditionsstärkande promenader eller löpning spelar även en positiv roll för de flesta sjukdomstillstånd.

*Rökning.* Tobaksrökning är naturligtvis olämplig för patienter med astma eller andra allergiska besvär. Man har även funnit att tobaksrökning är vanlig hos patienter med svår hypertoni och dess betydelse som riskfaktor för olika hjärt-kärlsjukdomar har påvisats i många undersökningar. När det gäller rökning och kroniska tarmsjukdomar har det visat sig att cigaretrökning fördubblar risken att få Crohn's sjukdom.

*Alkohol.* Betydelsen av sambandet mellan alkoholkonsumtion och hypertoni har tilldragit sig ett stort intresse under senare år. Det är nu väl känt att hög alkoholkonsumtion medför blodtrycksstegring och att hypertoniker med hög alkoholkonsumtion svarar otillfredsställande på behandling med traditionella läkemedel.

*Fysisk aktivitet.* Fysisk träning i form av jogging eller promenad en halvtimme dagligen medför en minskning av blodtrycket hos medelålders och äldre män med mild blodtrycksförhöjning. Denna förändring tycks inte vara relaterad till en minskad kroppsvikt. En rad gynnsamma effekter uppnås, inte enbart när det gäller blodtrycksreglering och metabolism utan även psykologiskt. Det exakta värdet av fysisk träning på etablerad blodtrycksförhöjning är dock inte helt klarlagt. Fysisk träning är även indicerad vid diabetes genom att insulin-känsligheten förbättras.

## Psykosomatiska effekter

En hälsohemsgäst, som från att tidigare med rätt eller orätt ha betraktats som en besvärlig patient inom sjukvården, ägnas nu stor uppmärksamhet och omsorg. Man tror på gästens beskrivning av sina krämpor och dessa blir

föremål för ett stort intresse, både från personal och andra gäster.

Inte sällan möter patienten en föreståndare eller personal som utlovar mycket mer än vad den konventionella sjukvården vågar påstå. Man lovar att patienten ska bli bättre, bara han eller hon följer de ibland dogmatiska råd som ges. Samvaron med andra patienter visar att man inte är ensam om sina krämpor och man har ofta likartade erfarenheter av sjukvården etc.

Undersökningar vid Vindeln har visat att patienterna ofta somatiserar, dvs. att psykiska och sociala problem uttrycks genom kroppen. Därtill har man ofta en generell attityd att förtränga eller förneka sociala och psykologiska problem. Det är därför möjligt att hos därför lämpade personer kan exempelvis upplevelsen av fasta i kombination med vegetarisk kost, örtté m.m. leda till långt större förändringar i levnadssätt än vad man skulle kunna åstadkomma med konventionella metoder.

Undersökningar på såväl människa som djur har visat att blodtrycksförhöjning kan induceras av stressmiljö. Den blodtryckssänkning som man finner vid all form av hospitalisering sammanhänger med en för patienterna mer stressfri miljö. Olika behandlingsmetoder, såsom relaxation och "biofeedback" har prövats och för korta perioder kan blodtrycket sänkas.

Att psykologiska faktorer kan spela en roll vid reumatiska ledbesvär illustreras av en undersökning<sup>2</sup> av Lindberg och Lindberg, som påvisade ett psykosomatiskt reaktionsmönster hos flera patienter. Konflikterna kunde medvetandegöras och i några fall avbetingas, varvid ledsymtomen avtog och patienterna var kraftigt förbättrade även på lång sikt.

En intressant iakttagelse är att patienter med reumatiska ledbesvär i samband med vegetarisk kost och fasta har en subjektiv upplevelse av minskad värk och känsla av allmän förbättring, som ej motsvaras av objektiva mätresultat. Samtidigt har en röntgenologisk försämring av lederna kunnat registreras. Vissa data kan tala för att patienterna genom sitt engagemang för vegankosten suggererar sig till att känna sig friskare.

## Fysikalisk terapi

Vissa hälsohem har en avancerad fysikalisk terapi med välutbildade sjukgymnaster och moderna hjälpmedel. Genom att patienten är motiverad och har möjlighet att intensivt delta i behandlingen uppnås ofta goda resultat på kort tid.

Vid reumatiska ledsjukdomar och liknande tillstånd har hälsohemmen en uppgift att fylla genom fysikalisk rehabilitering och rekonditionering om diagnosen är klarlagd och aktivitetsdämpande åtgärder mot sjukdom vidtagits. Den fysikaliska terapi, som praktiseras vid några hälsohem, bidrar med stor sannolikhet till patienternas rehabilitering.

---

<sup>2</sup> Lindberg, E och Lindberg N: Behandling av kronisk ledgångsreumatism med fasta, laktovegetabilisk kost och psykoterapi. En 20-årsuppföljning. Rapport till alternativmedicinkommittén 860919. Dnr 82/86.

## Vegetarisk kost

Det speciella med de svenska hälsohemmen i behandlingshänseende är deras vegetariska kost, ofta vegankost, samt att de vanligen även låter patienten fasta under 1-2 veckor. De kliniska effekterna av dessa behandlingsformer diskuteras separat.

Allergiska sjukdomar och astma kan i vissa fall utlösas av födoämnesallergier, och en vegetarisk eliminationskost kan därigenom vara berättigad. Men sjukdomen är i sig själv utomordentligt svår att utvärdera vad gäller olika behandlingsformer inkl. långtidsbehandling med läkemedel.

Vegetarisk kost kan ha en gynnsam effekt på hypertoni men det är knappast frånvaron av fisk och kött som här spelar någon roll. Även effekten på blodlipiderna kan minska risken för uppkomst av hjärt-kärlsjukdomar.

Kontrollen av typ II-diabetes kan ofta förbättras med en kost innehårande framför allt energireduktion samt ett högt fiber- och adekvat kolhydratintag. Både laktovegetarisk och vegankost uppfyller lätt dessa krav, men den rena vegetariska kosten innebär risk för brist på vissa vitaminer och mineralämnen.

När det gäller olika kostfaktorer och inflammatoriska tarmsjukdomar har en hel rad epidemiologiska studier försökt klarlägga sambandet med intag av raffinerat socker, matfett (margarin/smör; innehåll av fleromättade fettsyror), mjölkprotein, mjölksocker, kostfiber, corn flakes, livsmedelstillsetser (speciellt karragenaner) m.m. Fortfarande saknas säkra data rörande betydelsen av dessa kostkomponenter när det gäller etiologin (etiologi: grek. aitia, orsak och logos, lära. Läran om sjukdomars orsak) framför allt för Crohn's sjukdom. Behandlingseffekterna genom elimination av dessa komponenter eller livsmedel är likaledes svåra att bedöma.

Ett flertal undersökningar har nu visat att vegetarisk kost varken tycks förebygga uppkomsten av reumatiska ledbesvär eller förmå hindra utvecklingen av kronisk artrit. Vegankosten tycks endast ha symtomatisk effekt, dvs. smärtlindring och minskad sjukdomskänsla, medan den inte har någon botande effekt. Ett fåtal patienter som har symtom med uppenbar allergisk orsak kan dock ha hjälp av en vegankost men måste då ständigt undvika det utlösande allergenet.

Det har hittills varit svårt att genom kontrollerade undersökningar visa att enbart fasta och ren vegetarisk kost på lång sikt skulle spela någon väsentlig roll i jämförelse med övriga effekter av en livsstilsförändring. De stora hälsomässiga vinsterna görs sannolikt genom minskad rökning och alkoholkonsumtion och genom ökad fysisk aktivitet och en allmän sanering av kosten. Den specifika effekten av vegetarisk kost är troligen marginell och eventuella långtidseffekter av fasta är fortfarande i stort sett obevisade.

## Fasta

I omfattande rapporter om olika effekter av fasta fastslår Öckerman att den svenska saft-fastan kan innebära en rad fysiologiska förhållanden som bör vara av värde för olika patientgrupper. Förhållanden i mag-tarm-kanalen kan påverkas på grund av en drastiskt minskad tillgång på olika komponenter i livsmedel. Detta resulterar i förändrade fysiologiska förhållanden i magsäck

och tarmkanal, vilket kan uppfattas som en avlastning. Detta kan nog diskuteras, eftersom produktionen av magsaft, pancreassaft m.m. fortgår, om än i minskad omfattning.

Tarmfloran påverkas sannolikt radikalt av det minskade inflödet av näringsämnen m.m. Konsekvenserna av detta förhållande har knappast blivit föremål för några studier. Frånvaron av komponenter som ger upphov till olika former av livsmedelsöverkänslighet, inkl. allergier, är säkerligen gynnsamt för vissa patientkategorier. Allt detta leder till radikalt ändrade förhållanden i tarmkanalen, vilket under fasteperioden sannolikt kan ha en gynnsam effekt på vissa tarmsjukdomar. Tyvärr saknas dock kontrollerade studier, medan en rad anekdotiska rapporter hävdar att patienter med inflammatoriska tarmsjukdomar oftast förbättras snabbt under själva fastan.

Kroppens metabola omställning vid fasta och svält är väldokumenterad. Det finns nu en hel del studier som visar hur exempelvis hormonbalansen förändras. Anmärkningsvärt nog tycks dock inte cortisolnivån nämnvärt öka, ett förhållande som annars gynnsamt skulle kunna påverka vissa inflammatoriska tillstånd. Men man kan inte utesluta andra endokrinologiska förhållanden, som möjligen kan förklara en del av fastans hävdade gynnsamma effekt på vissa kollagenoser och andra diffusa, inflammatoriska sjukdomar.

Fasta och viktminskning är ett omdebatterat problem. Under själva fasteperioden går naturligtvis individen ner i vikt, i början huvudsakligen på grund av vätskeförluster i samband med glykogenedbrytningen. Den verkliga viktminskningen på grund av fettnedbrytning motsvarar 1–1,5 kilo i veckan. Men den viktnedgång som uppnåtts under fastan är mycket sällan bestående. Utan en sträng, långvarig uppföljning är patienten snart uppe i sin ursprungliga vikt och inte sällan har hon dessutom lagt på sig ett eller ett par kilo. Här kan möjligen en vegetarisk kost vara försvarlig, eftersom den med sitt höga fiberinnehåll m.m. sannolikt gör det lättare för patienten att begränsa energiintaget.

Eljest har jag svårt att se några klara positiva långtidseffekter av en 10-dagars fasteperiod. Men man skall nog inte bortse ifrån mera psykosomatiskt betingade aspekter. En kort tids "semster från sjukdom" kanske kan ge en trött och deprimerad patient nytt livsmod. I det här sammanhanget vore det värt att närmare studera vilken effekt bildningen av ketonkroppar kan ha. Vissa regelbundet fastande personer uppger att de under fastan blir påtagligt aktiva och lätt euforiska. Denna upplevelse kanske är betydelsefull för att få patienter att ändra livsstil. Kontrollerade studier efterlyses.

## Viktminskning

I bl.a. Föllingeundersökningen påvisas en i vissa fall stor viktminskning. Detta faktum blev dock knappast föremål för någon separat analys. Detta illustrerar svårigheten att renodla en faktor, vegankost eller fasta, från exempelvis effekten av viktminskning, som säkerligen påverkat även andra kemiska och kliniska parametrar som man följt. Vid hypertoni medför viktminskning en sänkning av blodtrycket och denna sänkning är vanligtvis väl korrelerad till

graden av viktminskning. Viktminskning är likaledes en viktig behandling av typ II-diabetiker.

## Tidsaspekter

Otaliga undersökningar har visat att på kort sikt kan många typer av terapi ha en positiv effekt. De flesta av veckopressens bantningsråd har exempelvis effekt under de första veckorna och under en fasteperiod är det många symtom som lindras. Problemen uppkommer när det gäller att visa att behandlingen har effekt under en längre tid.

Medan de kortvariga effekterna i viss mån är beskrivna, är undersökningarna av medellånga effekter blygsamma och när det gäller långvariga effekter av vegetarisk kost och fasta har knappast några relevanta studier genomförts varken i Sverige eller annorstädes.

## Alternativa behandlingsmetoder

Jag har här i första hand diskuterat hälsohemmens betydelse med avseende på livsstilsförändring inkl. behandling med vegetarisk kost och fasta. Men många hälsohem erbjuder en rad alternativa behandlingsmetoder, framför allt olika biologiska behandlingsformer med traditionella örtpreparat; olika former av manipulatorisk behandling, zonerapi, badbehandling m.m. Dessa metoder diskuteras på annat håll av utredningen och det är här svårt att avgöra om de kan ha någon fysiologisk eller psykologisk betydelse.

## Positiva sidoeffekter

Många hälsohem understryker i sin ideologi att patientens sjukdom måste ses i ett helhetsperspektiv. Förutom kost, fysisk aktivitet m.m. påpekar man en rad olika psykologiska förhållanden, rekommenderar avslappning etc. Även om patienten således kommit till hemmet för att behandla en eller ett par sjukdomar, så kan vistelsen i vissa fall innebära en generell livsstilsförändring, och man reser hem, beredd att både mentalt och fysiskt ändra sin livsföring, öka den fysiska aktiviteten, dra ner på rökning och alkoholkonsumtion etc. Det är sannolikt att hälsohemmen här lyckas bättre än andra vårdformer. Troligen lyckas man i varje fall bättre än vad en slentrianmässig, konventionell sjukvård klarar av. Dessa allmänna, positiva effekter har i viss mån studerats men de behöver klarläggas ytterligare.

## Bilaga 2

### Tilläggsrapport till "Hälsohemmen och de inflammatoriska tarmsjukdomarna. Ett försök till en objektiv värdering".

Av Gunnar Järnerot, docent, överläkare, Sektionen för medicinsk gastroenterologi, Medicinska kliniken, Regionsjukhuset i Örebro

Föregående redogörelse för kost och inflammatorisk tarmsjukdom (kronisk sårbildande tjocktarmskatarr = ulcerös colit resp. Crohn's sjukdom) inlämnades till socialstyrelsen den 5.3.1981. På socialdepartementets begäran har denna rapport uppdaterats. Jag har därvid läst in all publicerad medicinsk litteratur avseende detta område som jag funnit vid litteratursökningar. Resultatet blev förhållandevis magert, men vissa nya fakta har framkommit. Dessa redovisas nedan tillsammans med en uppdaterad kommentar till kostbehandling vid dessa tarmsjukdomar.

*Raffinerat socker:* Ytterligare en studie har publicerats från vår egen grupp i Örebro (1). Även denna undersökning visar att patienter med Crohn's sjukdom konsumerar betydligt större mängder raffinerat socker än kontrollgrupperna, bland vilka patienter med ulcerös kolit utgjorde en.

I motsats till alla andra studier fann emellertid vi att denna höga sockerkonsumtion föreföll vara en följd av och icke en orsak till sjukdom. Det bör emellertid poängteras att våra resultat går stick i stäv med andra gruppers och att frågan således inte kan betraktas som definitivt avgjord.

Heaton o a (ref. 62 i ursprungsrapporten) hävdade att behandling av patienter med en kost innehållande endast små mängder raffinerat socker men fiberrik, medförde minskad sjuklighet hos patienter med Crohn's sjukdom och att på detta sätt kostbehandlade patienter krävde färre sjukhusvistelser och operationer. Den studien var dock inte kontrollerad på ett vetenskapligt acceptabelt sätt. Emellertid föreföll en mycket liten men kontrollerad undersökning av 20 patienter (2), som lottats till 2 olika kostbehandlingsgrupper, att kunna ge stöd åt Heaton och hans grupp. Antalet patienter i denna undersökning var dock alltför litet för att ge statistiskt säkra resultat. Det var därför med tillfredsställelse man mottog en stor kontrollerad engelsk undersökning på 352 patienter, som lottats antingen till "Heatons kost" eller normal kost (3). Inga som helst skillnader beträffande sjukdomens förlopp registrerades mellan de två behandlingsgrupperna, trots att kostbehandlingen



pågick i 2 år. Således saknas i dag vetenskapliga belägg för att en kost fattig på raffinerat socker men rik på kostfibrer gynnsamt skulle påverka förloppet av en etablerad Crohn's sjukdom.

## Matfett

En intressant hypotes om orsaken till Crohn's sjukdom framlades 1982 av Guthy (4). Denne konstaterade att det finns stora geografiska incidensvariationer av denna sjukdom även inom de s.k. i-länderna. Han ville relatera detta till den varierande förbrukningen av olika sorters matfett och konstaterade bland annat att man i Sydeuropa där sjukdomen är mindre frekvent än i Nordeuropa huvudsakligen använder smör och olivolja i matlagningen, medan i Nordeuropa margarinet dominerar i stor utsträckning. Genom att ställa upp en margarin:smörkvot för olika länder belyste han i hur olika grad dessa två matfetter användes i olika länder och att denna kvot synes samvariera med incidensen av Crohn's sjukdom. Incidensen var hög i länder med hög kvot, dvs. stor margarin och låg smörkonsumtion, och låg i länder med låg kvot.

Hellers o a (5) belyste denna hypotes ytterligare för svenskt vidkommande genom att beräkna margarin-smörkvoten i Sverige under tiden 1950–1980. De fann då att variationen av denna kvot mycket nära följde incidensförändringarna av både Crohn's sjukdom och ulcerös colit under dessa år.

Denna hypotes bedömer jag som intressantare än sockerhypotesen eftersom det är känt att de essentiella fettsyrorerna såsom linolsyra och linolensyra men även eicosapentaensyra och docosahexaensyra ingriper på ett fundamentalt sätt i flera biologiska processer. Därtill bör beaktas att det fabriktillverkade matfettet är tillsatt olika kemiska ämnen och konsistensgivare.

Trots den bestickande följsamheten mellan margarin-smörkvoten och incidensen av inflammatorisk tarmsjukdom kan sambandet inte på något sätt anses bevisat. Liknande relationer skulle förmodligen kunna uppställas mellan sjukdomarnas incidens sedan andra världskriget och t.ex. importen av amerikanska bilar eller olja.

## Födoämnesintolerans

Från Cambridge har hävdats att en betydande andel patienter med Crohn's sjukdom kan hållas i inaktivt skede genom s.k. eliminationsdiet (6). En sådan innebär att man ur kosten utesluter alla födoämnen, som åstadkommer försämring av sjukdomen. En liten kontrollerad studie av 20 patienter skulle kunna ge stöd för denna hypotes. Undersökningen har emellertid starkt kritiserats, och bl.a. har man påpekat att t.ex. 30 % av patienterna inte tålde vattenledningsvatten och att 50 % av patienterna behövde utesluta mer än 10 födoämnen för att förbli symtomfria.

Födoämnesintolerans som orsak till sjukdomen synes mig mindre sannolik. Om eliminationsdiet är av betydelse för sjukdomsförloppet behöver verifieras i betydligt större patientmaterial än det hittills undersökta.

Sammanfattningsvis kan endast konstateras att det förefaller troligt att moderna kostfaktorer bidrar till uppkomsten av inflammatorisk tarmsjukdom men vetenskapliga bevis saknas. I tidskriften "Hälsa" nr 3, 1980 publicerades en artikel under rubriken: Vetenskaplig sensation. Crohn's obotliga tarmsjukdom förorsakas av fabriksmat botas av vegetarisk mat. Denna artikel var författad av en professor i ett medicinskt ämne. Det är den typen av tidskriftsartiklar, som väcker så mycket av oftast falskt hopp hos patienterna, får dem att tvivla på den s.k. skolmedicinen och åstadkommer så mycket besvikelse när det visade sig att det icke skolmedicinska alternativet inte heller hjälpte.

Att moderna kost- och miljöfaktorer har betydelse för den avsevärda incidensökningen av dessa tarmsjukdomar efter andra världskriget förefaller troligt. En sådan faktor är paradoxal, men säkerställd av vår grupp i Örebro. Cigarettrökning fördubblar risken att få Crohn's sjukdom men minskar risken att få ulcerös colit; hos en storrökare till minst hälften. Om den tarmfriske storrökaren slutar röka mer än fyrdubblas risken att få ulcerös colit. Självfallet kan inte detta uppfattas som ett råd att börja röka, men belyser i viss mån hur komplicerade dessa orsaksförhållanden är.

### Avslutande kommentarer

- 1 Någon speciell kostkomponent, som bidrar till uppkomsten av inflammatorisk tarmsjukdom finns ej påvisad.
- 2 Den s.k. hälsokostens välgörande inverkan hänför sig till anekdotiska och ovetenskapliga rapporter i veckopressen, som sannolikt orsakar mer tvivel, falskt hopp och ångest än om de inte hade publicerats.
- 3 För att röja upp i denna djungel av alternativa metoder, som i icke obetydlig grad styrs av ekonomiska intressen, krävs att dessa metoder vetenskapligt prövas, en efter en, och antingen avfärdas eller införlivas i behandlingsarsenalen när de visar sig vara av värde.
- 4 Att sanktionera olika alternativa metoder i riksdagen innebär för många människor att det måste betyda att de också är prövade och befunda medicinskt värdefulla.
- 5 Vad gäller de inflammatoriska tarmsjukdomarna är de av de statliga forskningsråden icke prioriterade områden. Det gäller ju sjukdomar, som endast har obetydligt förhöjd dödlighet. Att de drabbar unga människor, inte sällan är socialt handikappande och mycket ofta leder till betydande kirurgiska ingrepp, ibland resulterande i s.k. påse på magen, har inte medfört omprioriteringar. Min uppfattning är att inom 5-10 år har ett avgörande genombrott gjorts beträffande orsaken till dessa sjukdomar om bara forskningen förses med erforderliga ekonomiska medel.

- 6 När man känner orsaken till en sjukdom kan ofta en specifik och effektiv behandling utprövas.

### Referenser

- 1 Järnerot G, Järnmark I, Nilsson K. Consumption of refined sugar by patients with Crohn's disease, ulcerative colitis, or irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 1983;18:999-1002
- 2 Brandes JW, Körst HA, Littman KP. Zuckerfreie Diät als Langzeit - bzw. Intervallbehandlung in der Remissionsphase des Morbus Crohn - eine prospektive Studie. *Leber Magen Darm* 1982;12:225-228
- 3 Ritchie JK, Wadsworth J, Lennard-Jones JE, Rogers E. Controlled multicentric therapeutic trial of an unrefined carbohydrate, fibre rich diet in "Crohn's disease" (abstract) *Gut* 1986;27:A1278
- 4 Guthy E. Morbus Crohn und Nahrungsfette. Hypothese zur Ätiologie der Enteritis regionalis. *Dtsch Med Wochenschr* 1982;107:71-73
- 5 Nordenvall B, Broström O, Heller G. Samband mellan matfettskonsumtion och inflammatoriska tarmsjukdomar? *Läkartidningen* 1982;79:2843
- 6 Alun Jones V, Workman E, Freeman AH, Dickinson RJ, Wilson AJ, Hunter JO. Crohn's disease: Maintenance of remission by diet. *Lancet* 1985;2:177-180

## Bilaga 3

# Ang. expertrapport om hälsohem och astma/allergivård

Av Nalle Lindholm, docent, överläkare, Astma- och allergisektionen vid Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

Uppdraget gällde att gå igenom litteraturen i ovanstående ämnesområde 1981 till 1986. Perioden dessförinnan hade jag täckt med en tidigare litteratursökning, som finns redovisad i förra expertutlåtandet om hälsohem. Det nu aktuella uppdraget kom att omfatta 246 artiklar med nyckelorden astma/allergi i samband med s.k. alternativ medicin.

Den nu aktuella sökningen visade sig i stor utsträckning beröra andra behandlingsmetoder än hälsohem. Vidare förekom sjukdomar bland de rapporterade studierna, som knappast kan hänföras till gruppen astma/allergi. Till slut fanns ett ganska stort antal rapporter på ett språk, som inte kunnat översättas inom rimlig tid. Jag har därför uteslutit vissa erfarenheter från öststaterna, inkl. Sovjet.

Kvar står en enda undersökning, som skall refereras utförligt. Det gäller vegankost vid astma bronchiale, dvs. delar av det s.k. Föllingeprojektet, som nu finns publicerat i form av 2 artiklar. Den ena är på engelska i en för mig okänd tidskrift (*Journal of Asthma*), som uppges vara en officiell tidskrift för *The Association for the Care of Asthma*, ett samfund som jag personligen ej heller tidigare hört talas om. Exakt samma studie och resultat finns redovisat på svenska i *Swed J Biol Med* 1/86. Författare är O Lindhal, L Lindwall, A Spångberg, Å Stenram och P A Öckerman. Artiklarna publicerades 1985 resp. 1986 och är, såvitt jag kan utläsa, identiska. Redan i tidigare utlåtande från undertecknad, har jag efterlyst denna dokumentation.

Nedanstående referat tas direkt ur *the Journal of Asthma* och utgör alltså "the summary":

1. 35 patients who had suffered from bronchial asthma for an average of 12 years, all receiving long term medication, 20 including cortison, were subject to therapy with veganfood for 1 year. In almost all cases, medication was withdrawn or drastically reduced. There was a significant decrease in asthmasymtoms.
2. 24 patients (69 %) fulfilled the treatment. Of these, 71 % reported improvement at 4 months and 92 % at 1 year.
3. There was a significant improvement in a number of clinical variables; for example, vital capacity, forced expiratory volume at 1 second and physical working capacity, as well as a significant change in various biochemical indices as haptoglobin, IgM, IgE, cholesterol and triglycerides in blood.

4. Selected patients, with a fear of side-effects of medication, who are interested in alternative healthcare, might get well and replace conventional medication with this regimen.

Föllingeprojektet har utsatts för mycken kritik. Till stor del anser jag att den varit berättigad. Vid noggrann analys av ovanstående originalartikel, resultaten, diskussionen och de slutsatser man drar, anser jag att författarna anslagit en relativt ödmjuk ton. Man har varit väl medveten om skeptikernas inställning och garderar sig på ett flertal ställen i artikeln. Man känner och diskuterar den starka selektionen av patienterna. Man erkänner bristen på kontrollgrupp. Sanningen är väl den att en ur vetenskaplig synpunkt invändningsfri sådan studie aldrig kommer att bli verklighet.

Det som talar i denna riktning är också den uppseendeväckande bristen på referenser. Författarna anger endast 2 referenser, varav 1 handlar om "Vetenskap och beprövad erfarenhet" (Lindahl O, och Lindwall L, Natur och Kultur, Stockholm, 1978). Den totala frånvaron av liknande studier, redovisade i litteraturen, inger oro. Hälsohem med olika kostregimer har funnits såväl i Sverige som utomlands i många, många år. Varför har inga tidigare ansatser till vetenskap publicerats?

Jag ifrågasätter självfallet inte resultaten av denna studie. Tvärtom, jag upprepar att tron, livsstilsändringen och omhändertagandet med säkerhet påverkat astmatikerna i gynnsam riktning. En faktor som man inte alls kommenterar i detta sammanhang är patienternas drastiska viktminskning. De 10 männen och 14 kvinnorna minskar i genomsnitt från 73,5 till 61,5 kg, dvs. 12,0 kg på 4 månader! Efter 12 månader har genomsnittet ökat med 4 kg till 65,2 kg, vilket fortfarande måste anses snarare en undervikt än övervikt med tanke på könsfördelningen. Fyndet illustrerar bl.a. svårigheten att renodla en faktor, vegankosten, från en annan, nämligen effekten av viktminskningen, som säkerligen påverkat även andra kemiska och objektiva parametrar som följts longitudinellt.

92 % av astmatikerna var besvärslösa eller klart förbättrade efter 12 månader. Det är ett överraskande och imponerande gott resultat. Trovärdigheten skulle dock ökas, om man avrapporterade deras öden under längre tidsperiod. Trovärdigheten skulle ytterligare ökas om skolmedicinare fick selektera patienterna. Trots detta kvarstår svårigheten med att objektivt utvärdera effekter av olika behandlingsformer hos astmatiker. Sjukdomen i sig själv är utomordentligt svårutvärderad vad gäller olika behandlingsformer, inkl. långtidsbehandling med läkemedel. Detta bottenar i sin tur i sjukdomens multifaktoriella etiologi.

Sammanfattningsvis har sedan 1981 endast en studie redovisats i litteraturen, nämligen behandlingen av astmatiker med vegankost (Föllingeprojektet). Studien är långt ifrån invändningsfri och några liknande studier som kan stärka trovärdigheten saknas fortfarande. En uppföljning av de 24 rapporterade astmatikerna är mycket önskvärd. Även om vegankosten som sådan aldrig kan bevisas ha någon gynnsam effekt, så kan säkerligen vistelsen på ett väl drivet hälsohem påverka och positivt förändra vissa astmatikers livsstil och inställning till sin sjukdom. På detta sätt kan då hälsohemmet i vissa fall upplevas som en gynnsam miljö för vissa astmatiker.

## Bilaga 4

# Beträffande reumatikervård vid de s.k häsohemmen

Av Börje Olhagen, prof. emer.

De i min rapport refererade undersökningarna rörande effekten av fasta resp. vegetarisk kost vid kronisk ledgångsreumatism, som framfördes vid Medicinska Riksstämman år 1978, har publicerats på olika håll (1, 2, 3, 4, 5), liksom även huvudparten av mitt utlåtande (6).

Ett flertal svenska forskare har intresserat sig för verkningsmekanismen bakom den ofta remarkabla dämpningen av den reumatiska sjukdomsaktiviteten vid fasta. Forskningsrönen har presenterats vid ett symposium i Stockholm den 11 november 1982 och redovisas i *Läkartidningen* samma år (5).

Av största intresse är här iakttagelser av Tagesson och medarb. (7, 8) vid reumatoid artrit (RA). När den reumatiska sjukdomsaktiviteten under fasta reduceras, minskar tarmslemhinnans genomsläppighet för molekyler av viss storlek - under den efterföljande laktovegetariska kosten återgår genomsläppligheten till det tillstånd som rådde före fastan, dvs. under normalkosten. Olhagen och Gullberg (5) har visat att den starkt rubbade anaeroba tarmbakteriefloran vid RA förändras signifikant både kvantitativt och kvalitativt vid fasta: såväl en minskning av antalet mikrober (*Clostridium perfringens*) som av deras abnormt höga enzymaktivitet.

Även en doktorsavhandling över fastans effekter vid RA har framlagts. I Linköping har Lars Sköldstam (9) studerat hur immunförsvaret påverkas, närmare bestämt beteendet hos vissa vita blodkroppar, s.k. suppressorceller, och deras samspel med prostaglandinernas aktivitet. Fastan hade ett normaliserande inflytande. I Stockholm har Udén och medarb. visat att andra vita blodkroppars, de s.k. granulocyternas bakteriedödande förmåga ökar under fasta (10). I Uppsala har Lithell et al. studerat granulocytaktiviteten i andra system, bl.a. vid kronisk artrit, och funnit en signifikant hämning under fasta men ej under vegankost (11).

Svenska undersökare har sålunda som de första givit vetenskapliga belägg för den gamla tron att fasta har otvetydiga effekter vid ledgångsreumatism. De laboratoriemässiga förändringarna inskränker sig dock till fasteperioden, den vegetariska kosten skiljer sig härvidlag inte signifikant från normalkosten.

Som redan framhållits i mitt utlåtande till socialstyrelsen är emellertid fasta ingen realistisk behandlingsmetod vid kronisk ledgångsreumatism eftersom den inte utan negativa sidoeffekter (nedbrytning av muskelmassan) kan

bedrivs mer än 1–2 veckor. Den tillfälliga förbättring som ernås kan betecknas som "semester från sjukdom" och är i så måtto jämförlig med klimatterapi eller för den delen även effekten av vissa antireumatiska läkemedel, t.ex. cortison.

De flesta hälsohem använder fasta som inledning till dietomläggning från normalkost till (lakto)vegetarisk kost. Egna och andras erfarenheter (1, 5) visar att ledsymtomen relativt snabbt kommer tillbaka när fastan bryts, såväl med normalkost som med laktovegetarisk diet. Det har då hävdats av vissa företrädare för hälsokostidéerna att endast mycket strikt vegetarisk diet, s.k. vegankost, har effekt vid RA (4); man stöder sig därvid på det tidigare refererade en-månadersförsöket på Alfta kurhem (4). Den retrospektiva långtidsstudie med vegankost (19 patienter) som refererats i min rapport till socialstyrelsen resp. i Läkartidningen (5) talar emellertid definitivt emot att sjukdomen som sådan skulle påverkas även om en subjektiv förbättring upplevdes av patienterna.

Alldeles nyligen har publicerats en studie av L. Sköldstam (12, 13), där 20 patienter under 4 månader behandlats med vegankost efter inledande 7–10-dagars traditionell saftfasta. De första 4 veckorna vistades patienterna på Österåsens hälsohem varunder de erhöll undervisning i praktisk vegetarisk matlagning som de sedan genomförde under 3 månader i hemmet. Den tidigare antireumatiska medicineringen bibehölls oförändrad; samtliga använde dagligen något smärtstillande läkemedel.

17 patienter höll vegandieten de överenskomna 4 månaderna. Två slutade efter 3 månader för att de var plågade av sin ledgångsreumatism och behövde annan behandling, en slutade på grund av utlandsresa.

Patienternas och undersökarens allmänna uppfattning var att försöksdeltagarna mätte bättre vid vegankostperiodens slut. Medelvärdena för patienternas smärtangivelser minskade signifikant när de åt vegankost till skillnad mot när de åt vanlig kost, då ingen förändring sågs. Varannan patient uppgav att morgonstelheten hade minskat och att ADL-funktionsförmågan (ADL = Activities of Daily Life) var förbättrad. I kontrast härtill visade de av läkaren gjorda mätningarna, dvs. gripstyrka, antal ömma leder och ledömhetsindex inga förbättringar vare sig under perioden med vegankost eller den med vanlig diet (2–5 månader). Ej heller laboratorieprov såsom SR och akutfasprotein (CRP) påverkades. Blodvärdet (Hb) sjönk under vegankostperioden.

Resultaten stämmer väl överens med Olhagen och Domeijs tidigare refererade studier, nämligen att patienternas subjektiva upplevelse av minskad värk och känsla av allmän förbättring ej motsvarades av objektiva mätresultat och att i själva verket en röntgenologisk försämring av lederna kunde registreras (5).

Sköldstam diskuterar möjligheten att patienten genom sitt engagemang för vegankosten suggererar sig till att känna sig friskare. För en sådan tolkning talar enligt honom en undersökning där Panush et al. (14) i USA testat den s.k. Dong-dieten som är en bland amerikanska reumatiker populär hälsokost. Den är i huvudsak vegetarisk men den tillåter fisk och fågelkött i smärre kvantiteter. Den testades mot en vanlig amerikansk diet som emellertid manipulerats så att patienter och undersökare ej kände till vem som åt den

ena eller andra kosten. Vid undersökningens slut fann man ingen skillnad mellan dem som hade ätit Dong-kost och dem som ätit vanlig mat. När varken patient eller läkare visste vem som åt den speciella dieten fick man inte heller någon smärtlindrande effekt. Det är tankeväckande att en 10-veckors dubbelblind, placebokontrollerad studie raserade dr Dongs 37-åriga troslära som grundats på empiriska data, dvs. subjektiva värderingar.

Sköldstam påpekar emellertid att vegankost är extremt rik på linolsyra (en omättad fettsyra) som är ett nödvändigt näringsämne bl.a. för produktion av prostaglandiner och leukotriener – fysiologiska ämnen som reglerar immunreaktioner och inflammation. Att genom omläggning till vegankost drastiskt öka tillgången på linolsyra kan teoretiskt medföra både bromsande och stimulerande effekter på en sjukdomsprocess som reumatoid artrit. Han menar att denna hypotes som förklaring till förbättringen får experimentell stöd från en amerikansk undersökning av Kremet et al (15). Även här lät man reumatiker äta två olika kosten. Både patienterna och deras läkare var ovetande om vilken som var den speciella kosten och vilken som motsvarande ordinär vardagsmat. Skillnaden mellan dieterna låg i fettinnehållet. Undersökningens resultat blev att de patienter som åt den speciella dieten som var berikad med fleromättat fett (som vegankost) var mindre morgonstela och att antalet ömma leder minskade.

Enligt Sköldstam är den smärtlindring och förbättring som patienter med RA erfar efter omläggning till vegankost blygsam. Han påpekar att det är vanligt att reumatiker själva slutar att vara vegetarianer trots att de känner att de mår bra av kosten. En nyligen genomförd epidemiologisk studie av Allebeck och Larsson (16) visar att reumatiker äter i stort sett samma mat som svensken i övrigt. Endast 2 av de 20 i Sköldstams undersökning har fortsatt med konsekvent vegetariskt kosthåll. Dessa siffror överensstämmer väl med Gullberg och Olhagens erfarenheter (5) där 4 av 42 patienter efter 2-3 år fortfarande åt vegetarisk kost. En forskargrupp i Uppsala (17) fann att 2 av 24 RA-patienter hade god effekt av vegankost. Bägge visade sig vara allergiska mot mjölk. Det är känt sedan länge (18, 19) att födoämnesallergi i ett fåtal fall kan utlösa ledinflammation, vilket visats både vid expositions försök och uteslutning av allergener i kosten. Framför allt är det fråga om mjölk och mjölkprodukter, men även kött och fisk. Också icke-animaliska substanser såsom vete, majs, nötter, bönor, tomater, bananer m.m. uppges kunna utlösa akut värk och ledsvullnad (18, 20). Sådana födoämnesallergier synes dock vara sällsynta.

Sammanfattningsvis kan sålunda ånyo konstateras att vegankost endast har symtomatisk effekt, dvs. smärtlindring och minskad sjukdomskänsla; den botar (läker) inte kronisk ledgångsreumatism. Ett fåtal patienter med uppenbar allergisk orsak till artriten har dock påtaglig hjälp av vegankost men måste då ständigt undvika det utlösande allergenet. Nu finns det läkemedel, s.k. remissionsinducerande medikamenter (klorokin, penicillamin, guld, salazopyrin m.fl.) som inte har någon omedelbar smärtlindringseffekt men som genom att dämpa eller upphäva sjukdomens aktivitet bromsar förstöringen av brosk och ben i den angripna leden. Det ligger nära till hands att kombinera sådana läkemedel med fasta och vegankost hos därför motiverade patienter med RA av viss svårighetsgrad. Det gäller ju ändå att försöka minska risken för



rullstolsinvaliditet. Tyvärr har det visat sig vara en svår didaktisk uppgift att få de renlärliga hälsokostanhängarna att acceptera denna kombination.

## Vilka reumatiker kan förmodas ha nytta av vistelse å hälsöhem?

1. I första hand korpulenta individer med belastningsreumatism (artros) i de stora lederna i nedre extremiteterna, alltså höft-, knä- och fotleder. Här gäller det att utnyttja avmagringseffekten av fastan.

2. Patienter med artrit som förmodas bero på födoämnesallergi. I dessa fall är ren vegankost à priori att föredraga.

3. Reumatiker tillhörande den icke alldeles sällsynta patientgrupp där biverkningar av den medikamentella terapin försvårar adekvat smärtlindring. Det gäller här framför allt intoleranssymtom från mage och tarm mot *alla* s.k. icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel, såsom salicylsyrapreparat, naproxen (Naprosyn-R), indometacin (Indomee-R, Confortid-R), piroxicam (Felden-R).

4. Patienter med RA eller annan kronisk artrit med aversion mot tablet-  
tbehandling och stark motivation för försök med fasta och vegetarisk kost bör beredas möjlighet att få pröva hälsohemsvistelse.

Jag har i ovanstående sammanställning angett väldefinierade situationer där antingen viktreduktion eller den dokumenterade smärtlindringseffekten av fasta och vegetarisk diet vid artrit kan utgöra skäl för kostförsök på hälsöhem. Artrosbesvär som ej har samband med övervikt liksom "reumatisk värk" utan närmare specifikation synes mig däremot ej motivera landstingsfinansierad hälsohemsvistelse.

De allmänmedicinska kontraindikationerna mot fasta har utförligt refererats i "Fakta om fasta" av P-A Öckerman och Å Färnlöf. Från reumatologisk synpunkt synes mig fasta vara olämplig i följande fall:

1. Högaktiva former av akut eller kronisk ledgångsreumatism.
2. Bindvävssjukdomen systemisk lupus erythematosus (SLE) med njurengagemang eller annan svårare sjukdomsmanifestation från invärtes organ.
3. Artrit hos växande individer (juvenil artrit).
4. Artrit hos redan magra patienter.

## Referenser

1. Andersson J, Andersson S, Eriksson R et al: Behandling av reumatoid artrit med fasta och laktovegetarisk kost. *Läkartidningen* 76:3425-27 (1979).
2. Sköldstam L, Larsson L & Lindström F: Effects of fasting and lactovegetarian diet in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 8:249-56 (1979).
3. Trang L, Lövgren O, Bendz R & Mjös O: The effects of fasting on plasma cyclic adenosine 3'-5'-monophosphate in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 9:229-35 (1980).

4. Hamberg J, Lindahl O, Lindwall L & Öckerman P-A: Fasta och hälsokost vid reumatoid artrit – en kontrollerad undersökning. *Scand J Biol Med* 4:8–12 (1981).
5. Olhagen B: Fasta och vegetarisk kost vid reumatoid artrit – nya rön kan förklara kortvarig förbättring? *Läkartidningen* 80:972–74 (1983).
6. Olhagen B: Reumatikervård vid hälsohem. *Läkartidningen* 78:4719–81 (1981).
7. Tagesson C, Magnusson KE & Sundqvist T: Intestinal permeability studies and human disease. *Monogr Allergy* 17:250–272 (1981).
8. Sundqvist T, Lindström F, Magnusson K et al: Influence of fasting on intestinal permeability and disease activity in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 11:33 (1982).
9. Sköldstam L: Studies on rheumatoid arthritis with reference to fasting suppressor-cell function. Linköping University. Medical Diss No 141 (1982).
10. Udén A-M, Trang L, Venizelos N & Palmbländ J: Neutrophil functions and clinical performance after total fasting in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 42:45–51 (1983).
11. Lithell H, Bruce Å, Gustavsson J-B et al: A fasting and vegetarian diet treatment trial on chronic inflammatory disorders. *Acta Dermat Venereol* 63:397–403 (1983).
12. Sköldstam L: Fasta och vegankost som komplement till konventionell terapi vid reumatoid artrit. *Läkartidningen* 83:3095–96 (1986).
13. Sköldstam L: Fasting and vegan diet in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 15:219–21 (1986).
14. Panush RS, Carter LL, Katz P et al: Diet therapy for rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 16:462–73 (1983).
15. Kremer JM, Michalek AV, Lininger L et al: Effects of manipulation of dietary fatty acids on clinical manifestations of rheumatoid arthritis. *Lancet* 1:184–87 (1985).
16. Allebeck P & Larsson Å: Lever reumatiker "bättre"? *Socialmedicinsk Tidskrift* 62:341–44 (1985).
17. Svensson K et al: Forskningsrapport till Riksförbundet mot Reumatism (1985).
18. Zeller M: Rheumatoid arthritis – food allergy as a factor. *Ann Allergy* 1949:200–205.
19. Parke AL & Hughes GRV: Rheumatoid arthritis and food: a case study. *Brit Med J* 282:2027–29 (1981).
20. Kroker GF: Environmental factors in arthritis. Convention reporter (Parke-Davis) 10:1,4 (1980).

4. Hinder, J. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 1-10.
5. Olgun, B. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 11-20.
6. Olgun, B. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 21-30.
7. Jansen, C. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 31-40.
8. Sander, T. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 41-50.
9. Sander, T. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 51-60.
10. Uder, A.-M., Tamm, L., Vesterlund, E. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 61-70.
11. Tittel, H., Bruns, A., Godehard, P. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 71-80.
12. Sander, T. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 81-90.
13. Sander, T. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 91-100.
14. Pannas, H., Cohn, J., Kahl, W. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 101-110.
15. Kruger, J.M., Munk, A., Sander, T. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 111-120.
16. Albeck, P., Jansen, C. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 121-130.
17. Swanson, H. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 131-140.
18. Zoller, M., Rother, H., Sander, T. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 141-150.
19. Pahn, A., Hinder, J. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 151-160.
20. Koster, G. *Handb. d. Zahnheilkunde*, 1979, 1, 161-170.

## Bilaga 5

# Sammanfattning av litteratur om balneoterapi från 1981-86

Av Erika Szanto, bitr. överläkare, Reumatologiska klin., Danderyds sjukhus

Vid genomgång av litteraturen som behandlar balneoterapi (termala kurer) kommer publikationer från följande länder: Det är framför allt Centraleuropa, Tjeckoslovakien, Polen och Sovjetunionen, men även Tyskland, England, Frankrike, Italien och Japan.

Bedömningen av värdet, indikationer och kontraindikationer överensstämmer med artikeln "Fysikalisk terapi vid artrit med tonvikt på balneoterapi" publicerad i Läkartidningen 1981.

Royal Society of Health Journal 82: The over-all value of spas and spa treatment, William AR Thomson:

I denna översiktsartikel framhäver författaren att sedan mänsklighetens tidigaste dagar har vattnets lindrande och läkande egenskaper värdesatts och använts. Alla stora civilisationer i världen har använt sig av vattnets läkande krafter och i dagens Europa spelar kurorter med hälsokällor en viktig roll i medicinsk behandling. I England har man åtta kurorter: Bath, Buxton, Droitwich, Harrogate, Leamington, Llandrindod Wells, Strathpeffer and Woodhall Spa. Alla utom Leamington är dock stängda i motsats till Europa, där de här kurorterna blomstrar. Det är svårt att tro att kontinentala regeringar i Tyskland, Frankrike och Österrike skulle ge ut miljoner som stöd för dessa anläggningar om de inte vore övertygade om att den där givna behandlingen är välgörande.

En opartisk genomgång av befintlig dokumentation indicerar eller åtminstone kraftigt tyder på att balneoterapi är av värde framför allt vid behandlingen av reumatiska åkommor. Å andra sidan har man inte genomfört en kontrollerad studie för att bevisa balneoterapins effektivitet. Med avseende på de övertygande kliniska resultaten från kontinenten, och på grund av frånvaron av andra alternativa välgörande behandlingar uppmanar författaren brittiska reumatologer att genomföra omsorgsfullt kontrollerade kliniska studier för bedömning och utvärdering av den traditionella formen av behandling. I avvaktan på resultatet av en sådan undersökning som naturligtvis kommer att ta en påtagligt lång tid och som helst borde utföras på en internationell bas borde de åtta användbara kurorterna i England öppnas. Det är inte rättvist

mot de 100 000-tals offer för varierande former av reumatiska åkommor att bli fräntagna den påfallande nyttan av dessa läkande vatten.

JA Cosh, the Rheumatologist and the Spa, A personal view, säger att det finns tusentals människor i England med otillfredsställande behandlade reumatiska åkommor, från mindre besvär till allvarliga och invalidiserande former av artrit.

Det utbredda allmänna intresset för alternativa behandlingsmetoder (andra än farmakologiska) tyder på att termalvattenbehandling borde återupplivas. Det skulle kunna vara lika framgångsrikt i England som på andra ställen och ge lindring av smärta och invaliditet och främja hälsa.

Termalbadens roll i behandlingen av reumatiska sjukdomar beskrivs, och författaren pläderar för återgång till dessa metoder i patienternas intresse.

Återupplivning av termalmedicin, "Revival of Thermal Medicine", The Lancet January 3, 1981.

Nära Venedig i Jesolo höll man i september 1980 den första kongressen om "Thermalism". I denna deltog bl.a. Italien, Västtyskland, Polen, Ungern, Sovjetunionen, Holland och Portugal.

Evenemanget markerade det ökade intresset för termalmedicin. Termalmedicinen hävdar att mineralvattnets goda egenskaper inte kan reproduceras genom att man tillsätter samma salter och mineraler till destillerat vatten i laboratorier. Detta påstående orsakade tvekan och ointresse hos 1900-talsläkare som drog sig från att rekommendera vistelse på kurort för sina patienter.

Nu har intresset vänt till förmån för termalbehandling. Den italienska nationella försäkringskassan har gått med på att betala för termalbehandling upp till 15 dagar på kurorterna varje år, om man anser att patienterna är i behov av sådan behandling. Patienter som man tror kan dra fördel av minerala bad och lerbehandling, av att dricka mineralvatten eller andas in minerala aerosoler finns i stort antal.

"Indication à la cure thermale en rheumatologie" av J-A Pfister, Rev Méd Suisse Romande 106:189-192, 1986. Den terapeutiska helhet som den moderna termalmedicinen representerar baseras på seklers erfarenhet. Genom att använda beprövade principer från modern fysikalisk terapi erbjuder denna behandlingsform verksamma behandlingsmöjligheter och enligt författaren behåller termalmedicinen sin givna plats bland moderna terapeutiska metoder. I artikeln behandlar man indikationer och kontraindikationer för denna terapi.

## Bilaga 6

# Fastans fysiologiska och biokemiska effekter, indikationer och kontraindikationer

Av Per Arne Öckerman, professor, överläkare,  
Institutionen för klinisk kemi, Lunds universitet

Under femårsperioden sedan en översikt med ovanstående titel ingavs till socialstyrelsen har fastans användbarhet ytterligare bekräftats genom nya studier. Av dessa skall några omnämnas, därför att de ger kompletterande ny kunskap eller påvisar vidgad användning i Sverige.

Flera nya grupper i Sverige har studerat fastans effekter.

1. En grupp på Huddinge Sjukhus (1) har studerat saftfastans biokemi och bekräftat många tidigare fynd. Man kunde inte finna någon ökad produktion av beta-endorfiner. Man hade tänkt sig att en sådan ökning skulle kunna förklara att en del fastare känner sig "höga".
2. Fastans inverkan på hormonernas omsättning har intresserat många. Sven Røjdmark har nyligen visat (2) att ändringar i glukosmetabolism, T<sub>3</sub>-produktion och dopaminaktivitet påverkar hypofyscellernas förmåga att svara adekvat på exogen stimulering under korttidsfasta (56 tim.). Då små mängder glukos normaliserar hypofysreaktionen anser Røjdmark att fasta för viktreduktion inte bör ske på enbart vatten.
3. Vessby och medarbetare (3) genomförde 4 veckors saftfasta med protiensupplementering på 20 överviktiga patienter med diabetes typ II. Resultaten var uppmuntrande med viktreduktion och förbättrad metabolisk kontroll trots minskad medikation. Försöken bekräftar tidigare studier på området och visar att fasta kan vara en utmärkt terapi på överviktiga diabetiker typ II, som inte klarar av en viktnedgång med gängse kostanpassning. Gruppen studerade också lipoproteinmetabolism (4), glukosmetabolism (5) och effekter på kroniskt inflammatoriska tillstånd (6).
4. En variant av proteinpulver för fasta, den s.k. Cambridge-dieten, ursprungligen lanserad av A N Howard (7) har använts av bl.a. Krotkiewski (8) i Göteborg och Quaade (9) i Köpenhamn.

5. Effekten på reumatoid artrit av fasta i kombination med vegankost (10) eller vegetarisk kost och psykoterapi (11) har också behandlats i nya svenska studier. Något entydigt resultat erhöles inte.
6. Metaboliska studier av fastans påverkan på adipocyter (12), omsättningen av prealbumin (13) och ferritin (14) utgör ytterligare exempel på ökande intresse för fasta i vårt land.

Givetvis har ett stort antal arbeten publicerats internationellt under den gångna femårsperioden. De flesta bekräftar eller fördjupar tidigare kunskap. Här skall nämnas endast en översikt av Kerndt et al (15) samt ett arbete (16), som visar att tidigare påvisade serum-kreatininstegring och sänkning av clearance för kreatinin är en artefakt förorsakad av interferens i analysmetoden. Fyndet har bekräftats i egna studier (17).

Egna studier om fastan har fortsatt och bl.a. gett följande resultat:

1. En mer detaljerad presentation av omsättningen av DDE och PCB har publicerats (18).
2. S.k. halvfasta har länge använts på hälsohemmen. Den innebär saftfasta med tillägg av någon form av energisnål fast föda en eller eventuellt flera gånger dagligen. En studie (19) av en typ av halvfasta med tillägg av ett vetepreparat visade att denna form kan vara särskilt lämplig för nybörjare.
3. Ett nytt fastepreparat innehållande sojaprotein, sojalecitin, vitaminer, mineraler, pollen och en rad olika örter visade sig (17) ge en mycket bra viktneđgång, trots att energitillförseln var högre än vanligt, 600 kcal (2,5 MJ). Med denna form av proteinsupplemerad saftfasta fann vi också att clearance för kreatinin och urat inte ändrades. I andra publikationer har man alltid vunnit sänkt clearance för båda dessa substanser. Det var också påfallande att patienterna hade mindre besvär av hungerkänslor än vid vanlig saftfasta.

Då min egen grupp nu har resultat från alla vanliga former av fasta – vattenfasta, saftfasta, halvfasta och proteinsupplemerad fasta – kan vi göra direkta jämförelser mellan olika fasteformer. Detta har tidigare inte varit möjligt, då olika studier i litteraturen än använt en fasteform, än en annan. Omnämnda skillnader rörande hungerkänslor och uratclearance och tidigare känd risk för kaliumbrist, kan indikera att det inte är likgiltigt vilken form som används. Man måste kanske också justera den övre energigränsen för vad som skall kallas fasta något, från tidigare 400 kcal upp till kanske 600 kcal.

Det har länge varit tydligt att fasta används av många individer i Sverige. Siffror har dock saknats hittills. I en studie om inställningen till alternativ medicin, som alternativmedicinkommittén nyligen publicerat (20), fann man att inte mindre än 7 % av en grupp svenskar i åldern 16-74 år hade fastat mer än en dag under år 1985. Bland personer yrkesverksamma inom vårdsektorn var andelen som hade fastat ännu högre: 12 %.

## Referenser

1. Lindsog P, Pousette Å: Metabolism under fasta. Medicinska Riksstämman. Sektionen för Näringslära. Stockholm 1982.
2. Röjdmärk S: Läkartidningen 81, 1518, 1984.
3. Vessby B et al: Acta Med Scand 216, 67, 1984.
4. Lithell H et al: Upsala J Med Sci 90, 73, 1985.
5. Lithell H et al: Upsala J Med Sci 88, 109, 1983.
6. Lithell H et al: Acta Derm Venereol (Stockholm) 63, 397, 1983.
7. Howard A N et al: Int J Obesity 2, 321, 1978.
8. Krotkiewski M et al: Int J Obesity 5, 287, 1981.
9. Quaade F et al: Int J Obesity 5, 257, 1981.
10. Sköldstam L: Läkartidningen 83, 3095, 1986.
11. Lindberg E, Lindberg N: Biol Medicin 1/1987, 9.
12. Östman J et al: Eur J Clin Invest 14, 383, 1984.
13. Felding P, Fex G: Acta Physiol Scand 117, 377, 1983.
14. Lundberg P A et al: Clin Chem 30, 161, 1984.
15. Kerndt P R et al: West J Med 137, 379-399, 1982.
16. Mascioli S R et al: Arch Intern Med 144, 1575, 1984.
17. Poovaiah B P, Rassner S, Öckerman P A: Manuskript 1987.
18. Rassner S, Öckerman P A: Biol Medicin 1/1987, 19.
19. Öckerman P A, Rassner S: Veteberikad saftfasta – ett skonsamt fastealternativ. Biol Medicin 1/1984, 28.
20. Davidsson G, Eriksson C-G, Östby N: Läkartidningen 83, 2474, 1986.





## Bilaga 7

# Yttrande angående hälsohem avseende behandling av hypertoni, obesitas och diabetes mellitus

Av Jan Östman, docent, överläkare, Medicinkliniken, Huddinge sjukhus

Undertecknad avger, efter 1) litteratursökning, 2) genomgång av uppsatser i medicinska, huvudsakligen internationella facktidskrifter samt 3) genomgång av olika rapporter från hälsohemmen – Föllinge och Vindeln – följande utlåtande.

## I. Generella synpunkter på några former av icke-farmakologisk behandling av hypertension, obesitas och diabetes mellitus som tillämpas på hälsohem

### A. Hypertoni

*Vegetarisk kost:* i ett betydande antal epidemiologiska studier (se review Rouse & Beilin, 1984) har hos personer med vegetariska kostvanor, (vanligen lakto-ovo-vegetarisk) påvisats lägre blodtryck än hos icke-vegetarianer. Detta förefaller endast delvis sammanhänga med lägre koksaltintag och endast i någon grad med lägre body mass-index (kroppsfettmassa). Det är inte möjligt att fastställa i vad mån andra skillnader i livsmönster (minskad konsumtion av alkohol, koffeinhaltiga drycker och tobak, samt högre fysisk aktivitet) bidrar eller t.o.m. helt förklarar det lägre blodtrycket.

Även kontrollerade, men metodologiskt inte helt invändningsfria, studier på friska försökspersoner talar för att vegetarisk kost medför blodtryckssänkning, med i medeltal 7/3 mm Hg. Nyligen har från Australien (Margetts et al, 1986) rapporterats att laktovegetarisk kost under 2-6 veckor även hos personer med *hypertoni*, av mild typ, resulterar i systolisk (5 mm Hg) – men inte diastolisk – blodtryckssänkning. Den systoliska blodtryckssänkningen förefaller vara varken relaterad till förändring av kroppsvikt eller av natrium/kaliumutsöndring. I en svensk undersökning, s.k. Föllingeprojektet, (Lindahl et al, 1984) påvisades likaledes en gynnsam effekt vid hypertoni (se vidare punkt II).

Vegetarisk kost uppvisar jämfört med icke-vegetarisk: ökad halt av fullkornscerealier, fleromättat fett, frukt, grönsaker, vegetariska proteiner, kalium, magnesium, vitamin C och E. Mängden kolesterol, icke-vegetabiliska protein

och mättat fett är lägre än i normalkosten. Det är inte känt vilken eller vilka av de nutritionella komponenterna i vegetarisk kost som skulle kunna ha betydelse för blodtryckssänkningen.

*Övriga icke-farmakologiska behandlingsmetoder:* viktminskning som uppnås genom kalorireduktion medför sänkning av blodtrycket på alla nivåer och denna är väl korrelerad till grad av viktminskning. Epidemiologiska undersökningar pekar på positivt samband mellan intag av koksalt samt av hypertoni; dessa studier uppvisar inte sällan metodologiska svagheter (se Non-pharmacological approaches to the control of high blood pressure). I korttidsstudier har koksaltreduktionen visats resultera i en ringa men klar sänkning av blodtrycket; uppenbarligen sjunker blodtryck mer påtagligt hos vissa s.k. koksaltkänsliga personer. Även om långtidsstudier saknas, rekommenderas hos patienter med lätt blodtrycksstegring minskning av saltintaget (Arbetsgruppen tillsatt av Svenska Nationalföreningen för Hjärt- och Lungsjukdomar).

Betydelsen av intag av kalium och magnesium på blodtryck samt effekt av ändrat intag av dessa elektrolyter har diskuterats. Bevis för att tillägg av dessa elektrolyter skulle medföra signifikant blodtryckssänkning saknas.

Det är väl känt att hög alkoholkonsumtion medför blodtrycksstegring och att hypertoniker med hög alkoholkonsumtion svarar otillfredsställande på behandling med antihypertensiva. I en 4-årig undersökning från Chicago och Minnesota har effekt av tre terapeutiska åtgärder (viktreduktion, minskat saltintag och minskat alkoholintag) studerats hos patienter med säkerställd och farmakologiskt behandlad hypertoni. Läkemedlen utsattes så länge blodtrycket understeg 90 mm Hg. Efter 5 år var i kontrollgruppen – med ingen vidtagen terapeutisk åtgärd – endast 5 % medicinfrja, i behandlingsgruppen var 40 % medicinfrja.

Fysisk träning har visats medföra sänkning av blodtrycket. En rad gynnsamma effekter uppnås inte enbart hemodynamiskt och metaboliskt utan även psykologiskt; livsstilen förändras i positiv riktning. Fysisk träning kan därför rekommenderas. Det exakta värdet av fysisk träning på manifest hypertoni är dock inte helt klarlagt.

Sammanfattningsvis finns redovisat viss blodtryckssänkande effekt med en rad icke-farmakologiska metoder. Dessa har fördelen att sakna biverkningar, men den blodtryckssänkande effekten är vanligen ringa, och i vad mån bestående effekt kan erhållas i icke-selekterad population är ännu okänt. Sannolikt krävs hos flertalet patienter med högt blodtryck även farmakologisk behandling. Det bör påpekas att den arbetsgrupp som tillsattes av Svenska Nationalföreningen för Hjärt- och Lungsjukdomar gjorde följande rekommendation: om diastoliskt blodtryck överstiger 100 mm Hg och inget av följande tillstånd föreligger: genomgången hjärtinfarkt eller stroke, angina pectoris, hjärtkompensation, claudicatio intermittens, njursjukdom, diabetes mellitus, hypertensiv organpåverkan eller annan kardiovaskulär riskfaktor (rökning, hyperkolesterolemi och/eller nedsatt glukostolerans) bör icke-farmakologisk behandling enligt principer ovan insättas. Först om diastoliskt blodtryck inte understiger 90 mm Hg adderas efter 6 månader farmakologisk behandling.

## B. Obesitas

Inledningsvis kan konstateras att nya svenska undersökningar pekar på att viss form av obesitas, med s.k. androgen distribution av subkutan fettväv, dvs. med abdominell anhopning i högre grad än annan fetma är associerad med hypertoni, nedsatt glukostolerans och förhöjda triglyceridnivåer och att denna form av fetma därför i högre grad än annan motiverar behandling.

Vid behandling av måttlig fetma har många konservativa metoder försökts.

Helsvält under strikt kontroll, kalorireducerad kost med eller utan beteendeterapi, vistelse på hälsohem samt användning av aptitdämpande mediciner är exempel på icke-kirurgiska metoder som tillämpats inom svensk sjukvård. Ett stort antal kostdesigner har framtagits under årens lopp, inte minst spridda genom s.k. damtidningar. Den omedelbara behandlingseffekten tycks vara beroende på behandlingens aggressivitet men varierar starkt i olika undersökningar. Recidivfrekvensen är mycket hög redan under ett par års uppföljning. Vetenskapligt utförd jämförelse mellan långtidseffekten av de olika metoderna saknas.

## C. Diabetes mellitus

Den diabetesform, typ II-diabetes, som i väsentlig utsträckning kan behandlas icke-farmakologiskt (kost och motion) debuterar vanligen efter 40 års ålder och är oftast, i cirka 80 %, hos personer med övervikt. Med typ II-diabetes föreligger ökad risk för insjuknande i kardio- och cerebrovasculära sjukdomar samt i perifer kärlsjukdom av aterosclerostyp, detta gäller speciellt för kvinnor. Diabetes är en riskfaktor för ateroscleros av lägre dignitet än exempelvis vissa blodlipidrubningar, rökning och hypertoni. Inte sällan föreligger kombination av obesitas, diabetes, hypertoni, rökning och hyperlipoproteinemi innebärande en accentuerad risk för ateroscleros.

Förbättrad diabeteskontroll, t.o.m. normoglykemi, kan ofta erhållas med kost innebärande framför allt kalorireduktion samt högt fiber- och adekvat kolhydratintag. Med kostomläggning följer ökad insulinkänslighet i perifera vävnader och som följd härav förbättrad sockerbalans. Fysisk träning kan även förbättra insulinkänsligheten. När varken kost eller motion medför tillfredsställande metabol kontroll insättes orala antidiabetika, sulfonureider, i kombination – någon gång med biguanider. I stor utsträckning kan denna farmakologiska behandling, sulfonureider eller/och biguanider utsättas eller dosen sänkas om adekvat kostregim kan åstadkommas. Med fasta kan viss viktminskning erhållas, och om denna bibehålles kan således insulinkänsligheten förbättras. Det är fullt möjligt att genomföra vegetarisk kostbehandling för typ II-diabetiker.

## II. Erfarenheter från svenska hälsohem

Vid studiebesök på Tallmogården 1981 framgick av tillgängliga journalhandlingar omfattande drygt 100-talet patienter blodtryckssänkning under vistelsen. Redovisningen var knapphändig och huruvida blodtrycksmätningen skett under kontrollerade former framgick inte. Schablonmässigt reducerades blodtryck-

smedicineringen med 50 % hos patienter som behandlades med fasta. Blodtryckssänkningen angavs vara av övergående natur och tidigare behandling måste därför återinsättas i oförändrad dosering. Redovisningen var alltför summarisk för att tillåta någon som helst form av värdering.

Vid samma besök på Tallmogården angavs som rutinbehandling vid obesitas fastebehandling under 7–11 dagar, varunder endast små mängder av näringshaltiga drycker, motsvarande 1 megaJ/dag intogs. I samarbete med läkare vid kirurgiska och klinisk-kemiska institutionerna i Lund visades att hos 9 av 32 undersökta patienter var viktminskningen efter 3 års uppföljning tillfredsställande, dvs. > 5 % av utgångsvärdet. Positiva effekter såsom bättre kostvanor och kondition angavs hos ett fåtal patienter.

Effekt av strängt vegetarisk kost på patienter (N = 29) med farmakologiskt behandlad hypertoni har rapporterats från Föllingeprojektet. Av 23 patienter som fullföljde undersökningen var efter ett år 20 patienter medicin fria medan övriga hade minskat dosen av antihypertensiva. Hos 4 patienter var blodtrycket oförändrat, hos 4 högre och hos inte mindre än 18 lägre än initialt. Medelblodtrycket sjönk från 155/88 till 152/83 mm Hg, kroppsvikten från 78,2 till 70,4 kg.

Föllingeprojektet redovisar vidare att för totalt 64 patienter var vårdtiden på sjukhus totalt 553 dagar året före hälsohemsvistelsen, och 153 dagar året efter hälsohemsvistelse. Det framgår av tillgängliga handlingar inte vilka orsakerna till sjukhusvistelserna var och inte heller om sjukhusvården året innan hälsohemsvistelsen per se innebar minskat behov av sjukhusvård.

På det nystartade, landstingsdrivna hälsohemmet Vindeln, med 30 platser, har under de första åren 240 patienter årligen omhändertagits. Avsikten är att uppföljning sker med jämna mellanrum många år efter vistelsen. En speciell medicinsk, socialmedicinsk och psykiatrisk ledningsgrupp följer utvecklingsarbetet. Vid stabiliserad verksamhet beräknas 225 nya fall årligen kunna omhändertas. Under det redovisade året (1985) var diagnosen hypertoni 65 %, diabetes mellitus 18 %, obesitas 6 % och status post hjärtinfarkt 6 %. Medelåldern var omkring 60 år men översteg 65 år för endast ett fåtal. Goda resultat uppnåddes både under och upp till 18 månader efter vistelsen vad avser kroppsvikt samt diastoliskt blodtryck. Hos patienter med förhöjda kolesterol- och triglyceridnivåer kunde bestående sänkning ses upptill 18 månader efter vistelsen. I uppföljningen återkom inte 10 % av patienterna, och av dem som återkom hade drygt 30 % icke kunnat anamma de rekommenderade kost- och levnadsvanorna.

I en separat studie har Asp undersökt vissa psykologiska karakteristika hos patienter vid Vindeln i avsikt att förklara varför drygt hälften av patienterna inte förändrat levnadsvanor som påverkar höga blodfetter, högt blodtryck, fysisk inaktivitet osv. En rad psykologiska testningar och skattningar utfördes. I undersökningen studerades bl.a. symboliseringsförmåga och objektrelationsutveckling. Man fann att undersökningsgruppens generella attityd var att förtränga bort eller att förneka sociala psykologiska problem. Vidare fann man att samtliga patientgrupper i undersökningen somatiserar, dvs. psykiska och sociala problem uttrycks genom kroppen. Sammantaget fann Asp att man

måste för vissa patientgrupper se pessimistiskt på möjligheten att förändra patienternas hälsobeteende varaktigt.

### III. Sammanfattning

I det föregående har framför allt redovisats icke-farmakologiska behandlingsmetoder vid hypertoni. Anledningen till att framför allt hypertoni skjutits fram är dess höga dignitet som riskfaktor för ateroskleros jämfört med obesitas och diabetes samt att icke-farmakologisk behandling har undersökts framför allt vid hypertoni. Vidare har undersökningar från Föllinge och Vindeln avsett hypertoni. Slutligen är prevalensen (*prevalens*: det relativa antalet sjuka i en viss sjukdom inom en viss befolkning vid en given tidpunkt) av hypertoni hög. I en nyligen framtagen avhandling (Cederholm) – en populationsstudie omfattande 800 kvinnor och män (47–54-årsålder) från Uppland – var prevalensen av hypertoni 11,2 % (definition obehandlat blodtryck > 170/105 mm Hg), obesitas 34,0 %, nedsatt glukosintolerans 6,2 %, manifest diabetes mellitus 1,5 %. Det kan betonas att den använda blodtrycksgränsen var högre än vad som senare rekommenderats och att icke-farmakologisk behandling kan vara motiverad hos omkring 20–30 % av män och kvinnor runt 50-årsåldern. Prevalensen av diabetes är hög, enligt ovan omkring 35 % runt 50-årsåldern, men exakta siffror saknas.

Icke-farmakologisk behandling har visats medföra sänkning av blodtryck, kroppsvikt och blodsockernivå. Dessa effekter kan förstärkas genom samtidigt insatt fysisk träning och minskad förbrukning av alkohol och tobak. Inget talar för att fasta och vegetarisk kost per se skulle vara överlägsna konventionella metoder – undersökningar saknas. Man kan inte bortse från möjligheten av att hos vissa personer med den alldeles speciella upplägningen av fasta i kombination med vegetarisk kost och örtté osv. skulle kunna medföra förändrat levnadssätt på lång sikt i större omfattning än konventionella metoder och därmed verka gynnsamt aterosklerosmotverkande. Med farmakologiska metoder har visats övertygande att blodtryckssänkande medicin reducerar förekomsten av hjärninfarkt och hjärtinsufficiens och kan delvis motverka uppkomst av koronarkärslsjukdom. Det är inte känt i vad mån insulin resp. sulfonureider med eller utan samtidig biguanidbehandling kan förhindra eller fördröja uppkomst av ateroskleros. Långtidseffekt med sulfonureider resp. insulin på uppkomst av ateroskleros har inte givit entydiga resultat.

I flertalet fall uppgår hälsohemsvistelserna till högst 2 veckor, vilket får anses vara en alltför kort tid för att ändra beteendemönstret. I Vindelprojektet har den första vistelsen utsträckt till 4 veckor, och detta ökar självfallet möjligheterna att förändra kostvanor och levnadsmönster samt attityd till sjukdom osv. Även om erfarenheterna – ur synpunkt behandlingsresultat – är goda för de patienter som icke utgått ur Vindelprojektet har många patienter inte återkommit på fortsatt kontroll. Många av dem som återkommit har inte anammat rekommenderade kost- och/eller levnadsvanor. Dessa relativt sett negativa resultat måste ställas i relation till kostnader för ett hälsohem med en total genomströmning på 225 patienter årligen med ett platsantal av 30. I Sverige finns omkring 160 platser på landstingsdriva hälsohem. Även om samtliga dessa platser belades med patienter med hypertoni är det endast en

minoritet, i storleksordningen 100 av 1 000-tals hypertoniker som kan omhändertas. Som ett alternativ borde dessa personer/patienter i betydande utsträckning erhålla information genom socialstyrelsens insatser, via massmedia, samt informeras och omhändertas av företagshälsovård och utbyggd primärvård. För närvarande omhändertar hälsohem personer med relativt beskedliga sjukdomar, det kan därför ifrågasättas om inte funktionen hos hälsohemmen kan förändras och att de i väsentlig omfattning skulle kunna reserveras för patienter med svårare sjukdomstillstånd, exempelvis insulinberoende diabetes mellitus, status post hjärtinfarkt, grav hypertoni osv., med höga krav på information, kostomläggning, fysisk träning samt rehabilitering ur såväl psykologisk som fysiologisk synvinkel.

## Referenser

1. Cederholm J: A Population Study of Glucose Intolerance – with Aspects Concerning Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus and Hypertension. Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN 91-554-1767-1.
2. Kaplan N M: Non-Drug Treatment of Hypertension. *Annals of Internal Medicine*. 1985; 102:359.
3. Lindahl O, Lindwall L, Spångberg A, Stenram Å, Öckerman P A: A vegan regimen with reduced medication in the treatment of hypertension. *Brit J Nutrition* 1984; 52:11.
4. Margetts B M, Beilin L J, Vandongen R, Armstrong B K: Vegetarian diet in mild hypertension: a randomised controlled trial. *Brit Med J* 1986; 293:1468.
5. National Committee on Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: Non-pharmacological Approaches to the Control of High Blood Pressure. *Hypertension* 1984; 2:231.
6. Rouse I L & Beilin L J: Vegetarian Diet and Blood Pressure. *Journal of Hypertension* 1984; 2:231.
7. Stamler R et al: Nutritional Therapy for High Blood Pressure. Final Report of a Four-Year Randomized Controlled Trial – The Hypertension Control Program. *J American Med Ass* 1987; 257:1484.
8. Asp R: Psykologiska karaktärstiska hos en grupp patienter vid Vindelns Hälso-centrum. Manuskript.
9. Lindahl O: Föllingeprojektet, att bota "obotligt" sjuka – stora striden om hälsokosten – hur vi löser sjukvårdskrisen. Tryck: Liber Grafiska AB 1985.
10. Svensson T: Forskningsrapport: Bland de sjuka på Vindelns Hälso centrum. Socialmedicinska Institutionen ISSN 039-3237 nr 64.
11. Svensson T: Forskningsrapport. Hälso centra som Preventiv Teknologi. Socialmedicinska Institutionen, ISSN 039-3237, nr 65.
12. Svensson T. Forskningsrapport. Värdering av Vindelns Hälso centrum – en arton månaders uppföljning. Socialmedicinska Institutionen, ISSN 039-3237, nr 66.

## Bilaga 8

# Inläga från Hälsohemmens Riksförbund

Av Karl-Otto Aly, dr., och Åke Färnlöf, direktör

I huvudrapporten (kap. 2.4) redovisas hälsohemmens egna uppfattningar om uppnådda goda resultat och erfarenheter av behandling på olika sjukdomar. Denna rapport behandlar i huvudsak de s.k. hälsovårdshemmen. I den här skrivelsen vill vi framföra några mera allmänna synpunkter om hälsohemmens filosofi och även ge en liten inblick i den praktiska, vardagliga verksamheten på ett hälsohem.

### Forskningen är kostnadskrävande

Vi är givetvis medvetna om att det inte finns särskilt många vetenskapliga studier, som bekräftar våra erfarenhetsmässigt goda resultat. Detta beror huvudsakligen på att dylika studier är mycket svåra att genomföra, eftersom hälsohemmen arbetar med en multifaktoriell terapi där enskilda faktorer som skulle kunna studeras separat är svåra att bryta ut. Vidare är sådana studier mycket kostnadskrävande och det krävs kompetenta forskare för att genomföra dem. Hälsohemmen har inga egna resurser att genomföra sådan forskning. Flertalet hälsohem arbetar med små ekonomiska marginaler samtidigt som man strävar efter att hålla gästernas kostnader så låga som möjligt.

Att det enbart finns få vetenskapliga studier på hälsohemsverksamhet genomförda beror även på att de statliga forskningsinstitutionerna ännu inte i någon större utsträckning intresserat sig för att studera hälsohemmens verksamhet och principer. Vi tror dock att intresset för hälsohemsforskning ökar och från vår sida kommer vi att på olika sätt stödja sådan forskning.

### Bästa möjliga vård

Hälsohemmens ambition är att ge bästa möjliga vård åt gästerna, som många gånger är allmänt nedgångna och i fysiskt och psykiskt dåligt skick och som kan lida av många olika åkommor av varierande svårighetsgrad.

Den omsorg som erbjuds gästerna på hälsohemmen är i regel högt uppskattad av gästerna, vilket också flertalet enkätundersökningar visar.



Hälsohemmens personal ställer i regel helhjärtat upp för gästernas välbefinnande.

Hälsohemmens mera totala omhändertagande är speciellt viktigt för alla patienter med psykosomatiska sjukdomar, en grupp som tenderar att öka och som finns rikligt representerad på hälsohemmen.

## Livsstilsbildare

Förutom den sjukdomsbehandling som förekommer vid flera hälsohem bedriver hälsohemmen också en speciell informationsverksamhet som syftar till att lära människor att leva sundare för att om möjligt bibehålla eller rentav förbättra det uppnådda hälsotillståndet. Hälsohemmens betydelse som livsstilsbildare har säkerligen medfört att samhället sparat betydande vårdkostnader. Det är alltid billigare och lättare att förebygga sjukdomar än att bota dem.

## Verkliga eldsjälar

En stor tillgång i människovården är att såväl föreståndare som personal på hälsohemmen oftast är entusiaster och verkliga eldsjälar som tror på sin sak. Många gånger har hälsohemspersonalen själv botat sina sjukdomar bl.a. genom kostomläggning och de är därför oftast ärligt övertygade om idéernas riktighet. Det är dock ett viktigt krav från Hälsohemmens Riksförbund att personalen på hälsohemmen utöver sin övertygelse och entusiasm också skall ha gedigna kunskaper om människovård och speciellt hälsohemsvård. Därför har det också ställts som krav (från Hälsohemmens Riksförbund) för att auktorisation skall behållas måste ledande personal från hälsohemmen delta i HRF:s årliga utbildningsdagar.

## Ospecifika läkningsprocesser

All hälsohemsverksamhet syftar ytterst till att ospecifikt – utan tanke på någon speciell sjukdom – förbättra förutsättningarna för mänsklig hälsa och tillfrisknande. Man försöker därför bl.a. att förbättra cellernas och organens näringsförsörjning (nutrition) genom en vitamin- och mineralrik, fiberrik och fettfattig laktovegetabilisk eller vegankost. För att vi skall tillgodogöra oss de positiva näringsfaktorerna behövs bl.a. en god tarmfunktion, perfekt cirkulation och en till behoven anpassad vegetativ nervregulation och styrning. Toxiska belastningar undviks och utsöndringen av ämnesomsättningsprodukter stimuleras på olika sätt. Alla sådana regulationstränande hälsohemsaktiviteter i väl avvägda doser gynnar – ospecifikt – kroppens läkningsprocess.

## Ett fungerande alternativ

Hälsohemmen är i dag ett väl fungerande alternativ och komplement till den konventionella hälso- och sjukvården. Många av våra idéer har tagits upp av sjukvården men det finns ännu mycket idémässigt för den vanliga vården att

hämta från den alternativa rörelsen. Många patienter är besvikna på omhändertagandet i den konventionella sjukvården. Även om hälsohemmen inte alltid kan erbjuda sjukdomsbotande terapier så bidrar erbjudna alternativa terapier och ett vänligt omhändertagande till att öka patientens livsmod och livsvilja. Det läggs ett stort ansvar för den egna hälsan på hälsohemmens gäster, vilket aktivt torde gynna läkningsprocessen.

### Låg totalbelastning

Hälsohemmen är en institution där man så långt det är praktiskt och ekonomiskt möjligt försöker att hålla den totala belastningen på hälsan så låg som möjligt. Det innebär bl.a. tillgång till giftfritt odlad mat utan onödiga tillsatser, rent vatten, frisk luft, möjlighet till motion, personliga samtal samt olika hälsoaktiviteter. Ett problem är att det tar tid att uppnå resultat. Man kan inte under en enstaka vecka bromsa upp en långvarig sjukdomsprocess. Ofta skulle det behövas längre hälsohemsvistelser och mera långsiktiga uppföljningar.

Vi hoppas att samhället i framtiden betydligt mera än hittills tar till vara den resurs som hälsohemmen utgör och bl.a. stöder seriös hälsohemsverksamhet med ökade forskningsanslag och generösare bidragsregler än hittills.

hålls från den alternativa lösningen. Många avser att utvärdera de olika lösningarna och sedan välja den som bäst passar för den situationen. Detta innebär att man inte bara ser på de tekniska aspekterna utan också på de ekonomiska och sociala konsekvenserna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika intressena som är berörda av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika värdena som är förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna.

### Lösningens innehåll

#### I så lösningsinnehåll

En lösning innebär att man identifierar och definierar de olika problemen som uppstår och sedan söker efter de olika möjligheterna att lösa dessa problem. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna.

#### Värde och kvalitet

En lösning innebär att man identifierar och definierar de olika problemen som uppstår och sedan söker efter de olika möjligheterna att lösa dessa problem. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna.

### Operativa lösningsprocesser

Alla lösningar innebär att man identifierar och definierar de olika problemen som uppstår och sedan söker efter de olika möjligheterna att lösa dessa problem. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna.

### Ett fungerande alternativ

Hälsöprogrammet är ett fungerande alternativ till de traditionella läkemedlen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika möjligheterna som finns för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika resurserna som finns tillgängliga för att lösa problemen. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika riskerna som finns förknippade med de olika lösningarna. Detta innebär att man måste ta hänsyn till de olika konsekvenserna som följer av de olika lösningarna.

## Bilaga 9

# Hälsohemsliknande verksamhet i andra länder

Av Karl-Otto Aly, dr., och Nils Östby, byråchef

Motsvarigheter till de svenska hälsohemmen och närbesläktade, mera alternativmedicinskt inriktade, institutioner förekommer i många andra länder. Särskilt utbredd är denna verksamhet i Mellaneuropa. Man kan i de tysktalande länderna således finna institutioner som baserar sin verksamhet på biologisk medicin, på antroposofisk eller homeopatisk medicin eller en blandning av dessa olika riktningar. I mellersta Europa finns även ett stort antal bad- och kurorter med olika inriktning. En del av dessa är klassiska som Karlsbad (Karlovy Vary) och Marienbad (Marinske Lazne) i Tjeckoslovakien, Baden-Baden och Wiesbaden i Västtyskland m.fl. De svenska hälsohemmen och även den antroposofiska Vidarkliniken torde ha tagit emot viktiga impulser från denna centraleuropeiska verksamhet.

Även i andra länder finns en liknande verksamhet som oftast dock bygger på andra ideologiska/medicinska grundvalar och system, t.ex. makrobiotik, olika religiösa riktningar, olika dietläror, holistisk medicin, eller en blandning av olika alternativmedicinska behandlingsformer. Särskilt i USA finns en mångfald av Health Centers, Health Farms, Health Ranches, Health Institutes etc. Gruppen har dock inte haft tillfälle att närmare studera den utomeuropeiska förekomsten av dessa institutioner.

Nedan beskrivs förhållandet i de övriga nordiska länderna och i Mellaneuropa, som expertgruppen bedömt vara de från svensk synpunkt mest intressanta områdena samt görs ett försök till jämförelse mellan de svenska och mellaneuropeiska hälsohemmen.

### De nordiska länderna

De flesta hälsohem i de övriga nordiska länderna är av typen vegetariska gästhem som i vissa fall erbjuder alternativa behandlingar såsom homeopati, akupunktur, vattenbehandling och olika typer av massage vid sidan om vegetarisk diet och fasta. Vid de flesta av de mindre hälsohemmen finns inga fast anställda läkare.

Adventistsamfundet driver hälso- och kurhem i Danmark (Skodsborgs badsanatorium nära Köpenhamn), Norge (Nordnorges kurort i Bodö) och Finland (Hopeaniemi badsanatorium).

Vid dessa kurorter, som påminner om Hultafors sanatorium i Sverige, serveras vegetarisk kost och erbjuds massage och badbehandlingar.

I Island finns ett hälsohem, Hverigårði nära Reykjavik, som närmast är att jämföra med svenska hälsohem av typ Österåsen eller Tallmogården. Kosten där är laktovegetabilisk med tillskott av fisk. Det finns flera läkare fast knutna till verksamheten.

I Danmark finns, förutom Skodsborg, även Humlegården i Humlebäck nära Köpenhamn, som förestås av fast anställd läkare. Där erbjuds vegetarisk kost och alternativa behandlingar bl.a. mot cancer. Därutöver finns ett fåtal vegetariska gästhem. I Norge är Winge Helehem i Tretten ett av de större och mera välskötta hälsohemmen.

## Övriga Europa

I Västtyskland finns minst ett 50-tal hälsohemsliknande institutioner, allt från enklare vegetariska gästhem till s.k. biologiska sjukhus som det i München-Harlachingen (Krankenhaus für Naturheilverfahren) och dr. Brukers Krankenhaus, Lahnhöhe, Oberlahnstein. Det finns ett flertal privatkliniker och "Privat-Sanatorien" som Klinik Dr Buchinger i Bad Pyrmont och Klinik dr. von Weckbecker i Bad Brückenau. Dessa kliniker, av vilka alternativmedicinkommittén besökt en del vid en resa till Västtyskland och Schweiz år 1986, är välutrustade och av hög standard. I regel har de ett flertal fast anställda läkare.

I Schweiz finns bl.a. Privat-Klinik Dr. Bircher-Benner och Volksanatorium Bircher-Benner, båda i Zürich. Det finns också ett flertal antroposofiska sjukhus både i Västtyskland (Filderklinik i Stuttgart och Krankenhaus Herdecke i Herdecke/Ruhr) och i Schweiz: Lukas-Klinik (specialsjukhus för tumörsjukdomar) och Ita Wegeman-Klinik i Arlesheim nära Basel. I båda dessa länder, liksom också i Österrike, finns dessutom ett stort antal vegetariska pensionat, kurhem och hotell med en verksamhet liknande den som förekommer vid svenska hälsohem.

Mycket utbredd, i synnerhet i Västtyskland och Österrike, är de s.k. "Kneipp-Sanatorien" med tonvikt på badbehandlingar enligt den berömde prästen Sebastian Kneipp (1821-97). Kosten på Kneipp-sanatorierna är "reformkost", dvs. övervägande vegetarisk men inte uteslutande. Man använder där företrädesvis naturmediciner/medicinalväxter och i någon mån homeopati. Det finns också rent homeopatiska sjukhus i Västtyskland liksom för övrigt också i England (London). De har i regel blandkost och inte den friskvårdsinriktning som kännetecknar de svenska hälsohemmen.

I Österrike finns ett större Diät- & Kneipp-Sanatorium Dr Felbermeyer i Gaschurn och några kurhem där man arbetar alternativt, bl.a. Dr F.X. Mayr-Kurhaus i Pörschach. Även i Österrike finns ett antal mindre vegetariska gästhem.

I Spanien finns en fasteklinik av tysk modell, Clinika Dr Buchinger, i Marbella och på Kanarieöarna finns några vegetariska gästhem och ett hotell, Reformhotel Los Realejos på Teneriffa.

Frankrike, England och Benelux-länderna har inga biologiska kliniker och privatsanatorier av centraleuropeisk typ. Vegetariska gästhem med olika

inriktning finns i alla dessa länder. Det finns även ett antroposofiskt sjukhus i Holland.

I Östeuropa finns, såvitt vi vet, inga institutioner av hälsohemstyp. Intresse har dock visats från Ungern att bygga upp ett hälsovårdshem med Tallmogården som förebild. Institutionen är tänkt ingå i en planerad större s.k. ekoby nära Budapest.

I övrigt finns i hela Europa, speciellt Tyskland, Ungern, Tjeckoslovakien, Rumänien och Italien den traditionella badkurortsverksamheten i städer som Bad Pyrmont, Wiesbaden, Baden-Baden, Karlsbad m.fl. Där finns beröringspunkter med svenska hälsohem och där erbjuds – förutom vattenbehandlingar och brunnsvatten – också ett stort antal alternativa terapier men mera sällan vegetarisk kost.

## Försök till jämförelse

Vi har försökt bilda oss en uppfattning om de svenska hälsohemmens kvalitet i förhållande till de utländska, som delvis är förebilder. Alternativmedicinkommittén genomförde våren 1986 en studieresa till Västtyskland och Schweiz (1) och besökte därvid institutioner som är jämförbara med de mest kvalificerade hälsohemmen i Sverige. Vissa av dessa hem är betydligt större än de svenska och har en mera utpräglad sjukhuskaraktär med tillgång till en välutbildad personalstab. Några institutioner var av ren lyxkaraktär som inte har sin motsvarighet i Sverige. Det allmänna intrycket från resan var att dessa institutioner var mer integrerade i det medicinska systemet än vad de svenska hälsohemmen, även de landstingsägda, är.

Myndigheterna i de länder som kommittén besökte bejakade uppenbarligen denna verksamhet och framförde inte till kommittén några synpunkter eller antydningar som kunde tyda på en kritisk inställning. Över huvud taget har dessa länder en annan medicinsk tradition som är mera tillåtande till de riktningar som i Sverige betraktas som alternativa, t.ex. homeopatin. Det är också vanligt att främst allmänläkare använder örtmediciner och homeopatiska preparat till och från i sin praktik. 50 % av allmänläkarkåren uppgavs göra detta.

Materiellt sett ligger många av de centraleuropeiska institutionerna långt före de svenska. När det gäller behandlingsmetoder erbjuder de europeiska ett större utbud. När det gäller medicinsk erfarenhet och allmän kompetens är det svårt att göra jämförelser. Troligen finns det flera svenska hälsohem som är i nivå med främst de tyska då även svensk hälsohemspersonal har tät kontakt med de tyska och schweiziska hälsohemmen och även deltar i fortbildning som arrangeras i dessa länder.

## Referenser

1. Alternativ medicin i Västtyskland och Schweiz. Rapport från en resa 1986. Stencil, Alternativmedicinkommittén, Socialdepartementet 1986.

inledning från i alla dessa länder. Innehållslistan är tillgänglig för alla som vill ha den. I Holland, England och Sverige har det varit möjligt att få en utgåva av denna publikation för ett mycket lågt pris.

I Östern finns ett stort antal länder som fortfarande inte har gått med i den europeiska gemenskapen. Detta innebär att de inte har tillgång till den europeiska gemenskapens tekniska dokumentation. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen.

I övrigt finns i detta nummer ett stort antal tekniska dokument som är tillgängliga för medlemmarna i den europeiska gemenskapen. Dessa tekniska dokument är tillgängliga för medlemmarna i den europeiska gemenskapen. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen.

### Övrigt

#### Förök till jämförelse

Den här rapporten innehåller en jämförelse mellan de tekniska dokumentationssystemen i de olika länderna. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen.

Myndigheterna i de olika länderna har ansvar för att de tekniska dokumentationssystemen är tillgängliga för medlemmarna i den europeiska gemenskapen. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen.

Myndigheterna i de olika länderna har ansvar för att de tekniska dokumentationssystemen är tillgängliga för medlemmarna i den europeiska gemenskapen. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen.

#### Referenser

1. Auteurs des documents de l'Union européenne, 1988. Paris, France. 2. Auteurs des documents de l'Union européenne, 1988. Paris, France. 3. Auteurs des documents de l'Union européenne, 1988. Paris, France.

Den här rapporten innehåller en jämförelse mellan de tekniska dokumentationssystemen i de olika länderna. Detta innebär att de inte kan få tillgång till den tekniska dokumentationen som är tillgänglig för medlemmarna i den europeiska gemenskapen.

## Bilaga 10

Förteckning över svenska hälsohem,  
kurorter m.m.

Nedanstående förteckning är ett försök att visa omfattningen av hälsohemmen i Sverige i början av år 1989. Den är också ett försök att klassificera efter inriktning. Underlag kommer från institutionerna själva, från tidigare utredningar, från annonser resp. personlig kännedom. Institutioner kan ha glömts bort och inplaceringen i kategori kan vara fel. Vi reserverar oss således för ofullständighet och felbedömning.



Institution	Län	Enskilt vårdhem	Ägande- förhåll- lande	Antal gäst- plats	Ansvar. leg. läk.	Leg. sjuk- sköt.	Leg. sjuk- gymn.	Psyko- log	Övrig infor- mation
<u>HÄLSOHEM MED MEDICINSK INRIKTNING</u>									
A.									
Auktoriserade av Hälsohemmens Riksförbund									
ALPROSEN, Skillingfors	S		Privat	16					Vegan
FÖLLINGEGÅRDEN	Z		AB <sup>1</sup>	50	+	+	+		Vegan
HÄLSANS CENTRUM, Svanstein	BD	+	AB	45	+	+	+		
MISTELGÅRDEN, Ängelholm	L		Privat	16					
NYHYTTAN HÄLSO- OCH REHABCENTER, Nora	T	+	Stift.	100	+	+	+		Adven- tist- samf.
TALLMOGÅRDEN	W	+	Stift.	93	+	+	+		
ÄLVÅS HÄLSOCENTER	E		Privat	20					
ÖSTERÅSENS HÄLSO- HEM, Sollefteå	Y	+	Stift.	55	+	+	+		Ägs av Väster- norrlands läns landst.

<sup>1</sup> Hälsoinvest AB (Folksam 51 % Z-länet 49 %)

Institution	Län	Enskild vårdhem	Ägande- förhål- lande	Antal gäst- plats	Ansvar. leg. läk.	Leg. sjuk- sköt.	Psyko- log gymn.	Övrig infor- mation
<b>B. Övriga</b>								
ALFTA REHAB CENTER	X	+	Stift.	55	+	+	+	Ryggrehabiliter., kurser
BRANDALS HÄLSO- HEM, Södertälje	AB		Privat	20	+	+		Vegan
SORSELECÅRDEN, Sorsele	AC		Landst.	20	+	+	+	
VARBERGS KURORT	N		Stift.	49	+	+	+	Del av kur- ortsverks.

Institution	Län	Ägandeför- hållande	Antal gästpl.	Övrig information
<b>HÄLSOHEM MED HUVUDSAKLIG INRIKTNING PÅ HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖRE- BYGGANDE AKTIVITETER SAMT KURSVERKSAMHET</b>				
A. Auktoriserade av Hälsohemmens Riksförbund				
BACKSIPPAN, Påskallavik	H	Privat	23	
BJURVIKS HÄLSO- HEM	F	Privat	16	
HÄLSOHEMMET RA, Bohus Björkö	O	Privat	20	
LEONARDOS, MOTIONS- OCH ÄVENTYRSCENTER, Siljansnäs	W	Privat	50	Kursverksamhet, utlandsresor
MASESGÅRDEN, Leksand	W	Privat	50	Kursverksamhet, hälsoresor
SKEBO HERRGÅRD	C	Privat	45	
STRANDGÅRDEN, Falun	W	Privat	35	Vegan, faste- veckor
WERMLANDIA, Ekshärad	S	Privat	150	

Institution	Län	Ägandeför- hållande	Antal gästpl.	Övrig information
B. Övriga				
BILLINGEHUS STRESS OFF CENTER	R	Privat	15-20	Fasteveckor
BRUNNSGÅRDEN, Sunhultsbrunn	F	Privat	40	
FURUSJÖNS KURSGÅRD	S	Privat	11	Kurser för cancerpatienter
IGELKOTTEN, Knutby	C	Privat	30	Makrobiot. kost, hälsoskola
INSTITUT FÖR LEVANDE FÖDA, SF Åland	SF	Privat	20	"Levande föda" kursgård
MULLSJÖ FRILUFTSGÅRD, Mullsjö	P	Stift.	85	Hälsoveckor del av året
SILJANS HÄLSOCENTER, Furudal	W	Privat	105	
SOLBACKEN Skånes Fagerhult	L	Privat	17	
SOLLJUSET HÄLSO- & FRISKVÅRDCENTRA Dals Rostock	S	Privat	18	Vegan, kurser
SOLSÖKEHEM, Sunnansjö	W	Privat	8	Kursgård
SVÄRDSJÖGÅRDEN	W	Privat	25	

Institution	Län	Ägandeför- hållande	Antal gästpl.	Övrig information
<u>FASTEHEM</u>				
A. Auktoriserade av Hälsohemmens Riksförbund				
KUNGSHAMNSGÅRDEN Kungshamn	O	Privat	12	Ryggskola
LENAGÅRDEN, Östadkulle	P	Privat	15	
B. Övriga				
GRÅNÄSGÅRDEN, Dala Järna	W	Privat	7	
SELESJÖ HERRGÅRD,	E	Privat	8	
<u>VEGETARISKA GÄSTHEM</u>				
A. Auktoriserade av Hälsohemmens Riksförbund				
SOLROSEN, Uddebo	P	Privat	12	

Institution	Län	Ägandeförhållande	Antal gästpl.	Övrig information			
B. Övriga							
FALU HÄLSOHEM	W	Privat					
HOTELL TRE MORÖTTER, Mellerud	P	Privat	13				
KARLSBORG, Södertälje	AB	Privat	15	Hälsoveckor Kurser			
NORBERGS VEG. GÄSTHEM	U	Privat					
SOLLIDEN, Kolmården	E	Privat	20	Ledinter.			
SOLGÅRDENS PENSIONAT	C	Privat	15				
VILLA TUNA, Åkersberga	C	Privat	12				
Institution	Län	Ägandeförhållande	Antal gäst- plats	Ansvar. leg. läk.	Leg. sjuk- sköt.	Psyko- log gymn.	Övrig infor- mation
<u>HÄLSOCENTRA</u>							
SANDTRÄCK HÄLSO- OCH KONVALESCENT- HEM, Boden	BD	Landsting	26	+	+		Veg. och blandad kost
VINDELNS HÄLSO- CENTRUM, Vindeln	AC	Landsting	30	+	+		Blandad kost

Institution	Län	Antal gästpl.	Övrig information
<b>KURORTER (MEDLEMMAR I FÖRENINGEN SVENSKA KURORTER)</b>			
HULTAFORS, Bollebygd	P	165	Friksvård, simhall
LOKA BRUNN, Grythyttan	T	180 juni-aug. 35 hela året	Rehab-ryggklinik
LUNDSBRUNN, Götene	R	50	Medicinska bad
MEDEVI, Motala	E		Turism
MÖSSEBERG, Falköping	R	100	Aktiv ryggträning
NYHYTTAN, Nora	T	100	Hjärtrehab, hälsohem
SÄTRA HÄLSOBRUNN	C	378 maj-sept.	Arbetsterapi, rygg/nackskola
TRANÅS BADHOTELL	F	70	RFV:s sjukhus
VARBERGS KURORT	N	43	Inomhusbassäng med saltvatten, hälsohem

# Bilaga 11

## Kapitel 5 – Hälsohem

(ur Slutbetänkande från alternativmedicinkommittén, SOU 1989:60)

### Sammanfattning

I detta kapitel behandlas frågor kring hälsohem. Avsnittet är i huvudsak baserat på en rapport från en expertgrupp tillsatt av alternativmedicinkommittén. Kommittén föreslår – mot bakgrund av ett omfattande undersökningsmaterial, redovisat i rapporten och refererat i detta kapital – att hälsohem indelas i två huvudgrupper. Den ena gruppen med huvudsaklig inriktning mot hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter berörs endast marginellt av denna utredning. Den andra gruppen består av hälsohem som erbjuder medicinsk behandling och sjukvård. Kommittén föreslår att denna senare grupp benämns hälsovårdhem. Kommittén uttalar sig för att sjukvårdshuvudmännen bekostar vistelse vid hälsovårdhem för patienter med vissa angivna sjukdomar och med iakttagande av sociala och humanitära aspekter. Kommittén finner det vidare angeläget att samarbetet kring patienterna ökar mellan hälsovårdhemmen och hälso- och sjukvården. De patienter som erhåller stöd från landstingen bör omfattas av en behandlingsplan med krav på uppföljningsinsatser för stöd och värdering av verksamheten. Kommittén fastslår vidare, att ett stort behov av forskningsinsatser föreligger inom området och föreslår att Forskningsrådsnämnden, FRN, får ansvaret att samordna sådan forskning. Denna fråga utvecklas närmare i kapitel 7.

För samordning av hälsohemsfrågor på central nivå föreslår kommittén att socialstyrelsen, inom ramen för sitt myndighetsansvar, inrättar ett särskilt organ med företrädare för berörda myndigheter, hälsohemsrörelsen m.fl. Slutligen diskuterar kommittén förutsättningarna för tillämpning av alternativa behandlingsmetoder vid hälsovårdhemmen.

### 5.1 Inledning

Enligt kommittédirektiven bör den förebyggande verksamheten inom den alternativa medicinen uppmärksammas. Hit hör bl.a. den verksamhet som hälsohemmen bedriver. Mot denna bakgrund uppdrog kommittén åt en särskild expertgrupp i början av år 1986 att närmare utreda och föreslå åtgärder beträffande hälsohemmens plats inom hälso- och sjukvården. Expertgruppen har bearbetat ett omfattande material och framlägger samtidigt en rapport (SOU 1989:63) på vilken detta kapitel i huvudsak bygger.

I avsnitt 2 görs en sammanfattning av huvudpunkterna i expertgruppens



rapport och i avsnitt 3 redovisas socialstyrelsens utredning från 1987 om hälsohemsverksamhet. Den alternativa medicinens omfattning och tillämpning inom hälsohemmen diskuteras i avsnitt 4. Denna fråga berörs mycket perifert i expertrapporten. Kapitlet avslutas med kommitténs överväganden och förslag som till stora delar överensstämmer med de förslag expertgruppen presenterar i sin rapport.

## 5.2 Sammanfattning av expertgruppens rapport

"Hälsohem är en institution som i sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande syfte, och i vissa fall även för behandling och rehabilitering, bedriver verksamhet med framför allt vegetarisk kost, fasta, motion, spänningsreducerande aktiviteter och utbildning/information i livsstilsfrågor."

Under beteckningen hälsohem rymms i dag mycket skiftande institutioner som har det gemensamt att de serverar vegetarisk kost och i allmänhet bedriver fasteverksamhet. Ideologiskt bygger de flesta hälsom på idéer som lanserades i Sverige av Are Waerland på 1930-talet. Ett hälsohem kan vara en ur hälso- och sjukvårdssynpunkt välutrustad anläggning med kvalificerad personaluppställning som ger en rad olika behandlingsformer och har kapacitet för kanske 100-talet patienter/gäster. Ett hälsohem kan också vara ett gästhem med vegetarisk inriktning för 10–15 personer som drivs i familjeregi och som förutom ett vegetariskt bord även kan erbjuda stöd vid fasta.

I landet finns ett femtiotal institutioner som rymms inom definitionen för hälsohem och som kallar sig hälsohem eller något liknande. Av dessa är år 1989 19 auktoriserade av Hälsohemmens riksförbund. Auktorisationen innebär att vissa krav i fråga om behandling, personalomsättning, inriktning, fortllöpande utbildning m.m. skall vara uppfyllda.

### 5.2.1 Behandlingsverksamheten

Inom medicinska kretsar i Sverige råder delade meningar om värdet av hälsohemsbehandling. En förändring i synsättet på hälsohemmen har dock i viss mån inträtt på senare år bl.a. beroende på att flera landsting har startat egna hälsohem/hälso centra.

Enighet tycks råda om att ett förändrat levnadssätt i den riktning hälsohemmen förespråkar på lång sikt förebygger hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, astma m.m. Som särskilt viktiga områden för hälsohemmen framhålls konvalescentvård och den informations- och utbildningsverksamhet om kost, motion och andra livsföringsfrågor som nära nog samtliga hälsohem bedriver. Hälsohemmens friskvårdande verksamhet med motion, vegetarisk kost, fysikaliska terapier och stressreducerande aktiviteter ligger väl i linje med vetenskapens nuvarande ståndpunkt, även om inte alla inslag i hälsohemmens verksamhet är bekräftade genom vetenskapliga undersökningar.

På grundval av expertrapporter och vetenskapliga undersökningar har expertgruppen lämnat synpunkter på hälsohemsbehandling vid följande sjukdomar: Fetma, högt blodtryck, blodfettsförhöjning, diabetes, astma och allergi, rörelseorganens sjukdomar – framför allt ledgångsreumatism – hudsjukdomar, kroniska urinvägsinfektioner samt mag- och tarmsjukdomar.

Från hälsohemsrörelsen redovisas också behandlingserfarenheter.

Genomförda studier vid bl.a. svenska hälsohem/hälsocentra visar på initiala effekter av fasta och/eller kostförändring m.m. vid bl.a. fetma, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Resultaten pekar dock på en återgång till ursprungsvårderna eller däromkring efter något eller några år sedan patienten lämnat hälsohemmet. Denna effekt förklaras av att människor efter hemkomsten av sociala eller andra skäl ofta har svårt att leva på det sätt som förespråkas vid hälsohemmen. Efterfrågan på vård vid hälsohemmen är trots detta tämligen omfattande och patienterna upplever ofta att de har fått stor hjälp av denna vårdform.

## 5.2.2 Hälsovårdhem

De hälsohem som erbjuder sjukvård, och som således antingen har landsting eller primärkommun som huvudman eller är privata och har tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem, kallas i det följande *hälsovårdhem* i enlighet med expertgruppens förslag. Då många hälsohem i dag erbjuder medicinsk behandling av sjuka utan att ha tillstånd att driva verksamheten som enskilt vårdhem eller att ha tillgång till medicinsk personal understryker expertgruppen vårdhemsstadgans krav att alla institutioner som ger medicinsk vård och behandling har skyldighet att ansöka om tillstånd att bedriva sådan verksamhet.

## 5.2.3 Patientens motivation bör vara den primära förutsättningen för hälsohemsbehandling

Hälsohemmen i Sverige bör, enligt expertgruppen, ses som ett resurstillskott till hälso- och sjukvården. Hälsohemmens kompetens bör således bättre än hittills tas till vara både när det gäller ospecifika allmänt hälsofrämjande metoder och specifik sjukdomsbehandling. Vid bedömningen av vilka patienter som skall remitteras till hälsovårdhem måste dock anläggas ett brett synsätt där inte enbart medicinska faktorer bör vara utslagsgivande. Medicinska ställningstaganden skall utgöra själva grunden för vårdbeslutet och i dessa frågor kan de redovisade indikationerna resp. kontraindikationerna för hälsohemsbehandling tjäna som vägledning. Patientens motivation att ändra sin livsföring, eventuella tidigare positiva erfarenheter av samma sorts behandling, behovet att få även tillfällig lindring eller av att avlasta anhöriga m.fl. bör vägas in i bedömningarna.

Vägledande vid remittering till hälsovårdhem bör vara att patienten själv är väl införstådd med behandlingens inriktning och önskar att seriöst, även på längre sikt, pröva de livsstilsförändringar som rekommenderas.

## 5.2.4 Personal vid hälsovårdhem

De bestämmelser om personal som fastställts i vårdhemsstadgan och av socialstyrelsen täcker väl de krav och behov som bör sättas i samband med behandling vid hälsovårdhem. Härutöver bör dock hälsovårdhem ha tillgång

till minst en halvtidsanställd läkare beroende på hemmets storlek och vårdbehovet hos patienterna. Det är önskvärt att vårdhems-läkaren skall kunna handleda personalen vid hälsovårdshemmet. Det är också viktigt att de ansvariga inom hälsovårdshemmen och deras organisationer uppmuntrar till nära kontakt med kollegor inom hälso- och sjukvården.

### 5.2.5 Landstingsremisser

Landstingen bör finansiera vård på hälsovårdhem om vissa förutsättningar när det gäller indikationer resp. kontraindikationer är uppfyllda.

Det är angeläget att både den remitterande läkaren och landstingets uttagningsfunktion i sin bedömning väger in även psykosociala faktorer såsom motivation, behov av nedvarvning och rekreation, "semester från sjukdom", avlastning för anhöriga etc. När det gäller patienter som fått avslag på sin ansökan att komma till hälsohem kan det i vissa fall vara lämpligt att koppla in exempelvis kurator eller psykolog om det föreligger någon oklarhet. Det är också viktigt att patienterna informeras om vilka möjligheter de har att få till stånd en överprövning av fattade beslut, exempelvis hos förtroendekommittén.

Patienterna måste i större utsträckning än vad som är fallet i dag få hjälp och stöd när de har kommit hem igen. Detta kan ske genom att hälso- och sjukvården, i realiteten den behandlande läkaren, får ett ansvar för patienter som återkommer efter landstingsfinansierad hälsovårdhemsvistelse. Snarast efter hemkomsten bör således patienten få tid för återbesök hos behandlande läkare för att tillsammans med denne komma överens om någon form av uppföljningsplan. Detta återbesök kan även ha ett annat syfte nämligen att värdera behandlingsresultatet vid hälsovårdshemmet. En fungerande uppföljningsverksamhet förutsätter också nära kontakt med de aktuella hälsovårdshemmen och även viss fortbildning av berörd personal i de terapier och de tänkesätt som förekommer vid hälsohemmen. Den personal som har kontakt med hälsovårdhem bör därför företa studiebesök vid sådana hem.

Det finns ett behov av klarare anvisningar när det gäller hälsovårdshemmets verksamhet och expertgruppen föreslår att socialstyrelsen får i uppdrag att göra sådana tillägg och förändringar i stadgan om enskilda vårdhem resp. föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan som kan anses motiverat.

### 5.2.6 Forskning, utveckling, utvärdering

Det förekommer i dag viss forskning inom hälsohemmen och behovet av ytterligare forskningsinsatser bedöms vara stort bl.a. för att landstingen skall kunna få ytterligare vägledning vid remittering av patienter. Studier rörande sambandet mellan hälsohemsterapier och vissa sjukdomar bör därför prioriteras liksom studier med beteendevetenskaplig inriktning för att utröna mekanismerna vid påverkan och återfall. Medicinska och beteendevetenskapliga institutioner bör stimuleras att intressera sig för denna verksamhet. Det är angeläget att den forskning som görs får en tvärvetenskaplig karaktär.

Expertgruppen föreslår att Forskningsrådsnämnden, FRN, får uppdraget att ansvara för initiativ och samordning på detta område.

### 5.2.7 Ekonomi, ersättningsfrågor

Möjligheterna för patienter att i dag få ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudman för vistelse på hälsohem är förhållandevis goda men uttagningsprincipen skiljer sig från landsting till landsting. Rehabiliteringsberedningens förslag att sjukpenning skall kunna utgå även för viss förebyggande behandling bl.a. på hälsohem tillstyrks.

### 5.2.8 Kontroll och tillsyn

Kontroll- och tillsynsverksamhet visavis hälsovårdshemmen bör ha en konstruktiv och framåtblickande innebörd som kan innefatta erfarenhetsförmedling och idéutveckling i avsikt att förbättra och utveckla verksamheten.

Expertgruppen föreslår, i likhet med socialstyrelsens hälsohemsutredning, att det inom ramen för socialstyrelsens myndighetsutövning inrättas ett samordningsorgan för hälsohemsfrågor. I detta organ föreslås ingå representanter för berörda myndigheter och intresseorganisationer samt fristående experter.

Följande faktorer bör uppmärksammas vid länsstyrelsens årliga inspektionsverksamhet av hälsovårdshemmen: 1) Tillgång till laboratorieresurser bör finnas minst motsvarande de som finns vid vårdcentral, alternativt att hälsovårdshemmet har etablerat ett nära samarbete med externt laboratorium, 2) Samverkan med övrig hälso- och sjukvård inom landstinget framför allt på primärvårdsnivå bör eftersträvas och 3) Lokalerna bör så långt det är möjligt vara handikappanpassade.

## 5.3 Socialstyrelsens hälsohemsutredning

Socialstyrelsen tillsatte år 1978 en arbetsgrupp för att utvärdera verksamheten vid hälsohem. År 1979 genomfördes en enkät till hälsohemmen och deras gäster och styrelsen lät också ett antal vetenskapliga experter utarbeta promemorior rörande behandling och behandlingsresultat vid vissa sjukdomstillstånd. Expertrapporterna har redovisats i Läkartidningen nr 52/981. År 1987 presenterade socialstyrelsen sin rapport Hälsohem i Sverige (PM 169/87). Socialstyrelsen har i sin utredning avstått från att lägga fram direkta förslag med hänvisning till alternativmedicinkommitténs arbete. Man har i stället på basis av sin enkätundersökning, egna studiebesök och experternas utlåtanden diskuterat hälsohemmens plats inom hälso- och sjukvårdssystemet och även dragit vissa slutsatser.

Socialstyrelsen anser att delar av hälsohemsverksamheten kan fungera som delresurs inom den offentliga hälso- och sjukvården både när det gäller behandling och förebyggande insatser. Man anser således att flera av hälsohemmen kan utgöra ett komplement snarare än ett alternativ till hälso- och sjukvården. När det gäller behandlingsresultaten anser man dock att några direkta bekräftelser på att objektiva förbättringar generellt erhålls inte

kan utläsas i utredningen. Däremot har man erfarit att patienter gärna återkommer till en ny hälsohemsperiod. Man anser heller inte att utredningen ger svar på frågan om hälsohemmen ger den mest effektiva hjälpen åt dem som är i störst behov av förebyggande åtgärder, aktivering och rehabilitering.

Socialstyrelsen anser att utredningsmaterialet dock ger flera uppslag till fortsatt arbete som kan vara av värde att beakta:

- \* Några av experterna föreslår att man inrättar ett forum för hithörande frågor med socialstyrelsen som koordinator. Klart är att det behövs kontinuitet i arbetet med hälsohems- och alternativmedicinska frågor. Såväl överväganden av vårdpolitisk art som bedömning av säkerhets- och tillsynsfrågor samt effektivitetsanalyser måste göras.
- \* Uttalanden från flera landsting och enskilda personer tyder på att det finns behov av en "varudeklaration" såväl av anläggningar som av deras utbud. I ett sådant arbete skulle ingå att klassificera utbudet och strama upp begreppen så att det blir begripligt och entydigt vad som avses med "aktivering", "konvalescent", "rekreation", "rehabilitering" osv.
- \* Till de vårdpolitiska frågor som behöver penetreras hör för- och nackdelar med att lägga vissa av de rehabiliterande åtgärderna på anläggningar av typ hälsohem.
- \* En grupp av hälsohemmens gäster/patienter verkar ha psykosomatiska besvär. De flesta hem saknar tillgång till psykologisk eller psykiatrisk kompetens. Detta bör uppmärksammas.
- \* Utredningen ger inte svar på frågan om de s.k. livsstilsförändrande insatserna har bestående effekt när de sätts in i en främmande miljö. Det vore av värde att följa upp de studier som görs bl.a. vid Vindeln.

Avslutningsvis anförs i utredningen, att det finns anledning att uppmuntra en ökad samverkan mellan hälsorörelsen och hälso- och sjukvården. Å ena sidan sägs det att man skall undvika att medikalisera hälsorörelsen, å andra sidan har rörelsen sannolikt vinster att göra med vetenskaplig förankrad teoretisk grund. Hälso- och sjukvården bör därför finna vägar att använda hälsorörelsen på ett mera genomtänkt medvetet och effektivt sätt än vad som sker i dag.

## 5.4 Alternativa terapier vid hälsohemmen

De alternativa terapierna vid hälsohemmen har till och från varit föremål för uppmärksamhet. Med alternativ terapi menas i detta sammanhang annan terapi än de som hälsohemmen genomgående använder, dvs. dietterapi, fasta och badterapi.

De senaste årens utveckling, bl.a. tillkomsten av landstingsägda hälsohem, och en ökande benägenhet hos landstingen att bekosta hälsohemsbehandling för vissa patientkategorier, har medfört att vegetarisk diet, fasta, badbehandling, spänningsreglerande tekniker, kiropraktisk och motsvarande behandling,

vissa naturmedel m.m. blivit väl accepterade som komplement till konventionell sjukdomsbehandling. Detta innebär inte att all behandling vid hälsohemmen accepteras. Landstingen betonar, tvärtom, ofta att betalningsåtagandet för en patient inte innefattar behandling med s.k. alternativa terapier typ magnetterapi, fotzonterapi, homeopati etc. Om patienten önskar sådan behandling får han/hon bekosta den själv.

Alternativa terapier förekommer således vid de flesta hälsohem. Omfattningen varierar från enbart naturmedel/örtmediciner till en betydligt mera omfattande verksamhet som bedrivs antingen vid själva hemmet eller i dess nära anslutning av fristående terapeuter. Traditionellt hör viss alternativ behandling klart samman med hälsohemsbehandling men under senare år har vid vissa hem antalet alternativa terapiformer ökat, vilket motsvarar utvecklingen i samhället i övrigt.

När det gäller enskilda vårdhem anför socialstyrelsen i sina föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av stadgan om enskilda vårdhem m.m. (SOSFS 1985:16) "att tillstånd att driva enskilt vårdhem innefattar ett godkännande av sådan behandlingsmetod som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet". Enligt socialstyrelsens bestämmelser är det således inte tillåtet att vid de enskilda vårdhemmen meddela behandling med s.k. alternativa terapier. Hälsohem som inte är godkända som enskilda vårdhem faller under kvacksalverilagens bestämmelser.

I kapitel 2 diskuteras förutsättningarna för alternativ behandling inom hälso- och sjukvården. Det konstateras att rättsläget är oklart då det finns få prejudicerande rättsfall. Mot bakgrund av ansvarsnämndens ställningstaganden under senare år pekas ändå ut några vägledande principer:

- alternativbehandlingen får inte vara ett förstahandsval utan måste föregås av och/eller ges parallellt med konventionell terapi.
- den alternativa metoden skall inte ha kända skadeverkningar.

I kommitténs överväganden konstateras att tillsynslagen och andra föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen inte kan tolkas som något generellt förbud att använda alternativmedicinska metoder. De restriktioner som gäller syftar till att tillförsäkra patienterna säkerhet i vård och behandling och hälso- och sjukvården har här ett särskilt ansvar som garant för medicinsk kompetens.

## 5.5 Överväganden och förslag

Gruppen hälsohem rymmer inom sig institutioner som förfogar över goda medicinska och tekniska resurser men även hem för ett fåtal patienter/gäster som drivs under ganska enkla förhållanden. Vissa hälsohem har en högt utbildad behandlarstab, andra hem förfogar inte över någon formell kompetens i medicinskt avseende. Vid en del hem bedrivs en strikt kontrollerad medicinsk verksamhet medan andra återigen främst tillämpar alternativa behandlingsformer. En grupp är inriktad mot behandling och vård, en annan erbjuder främst friskvård. Hälsohemsverksamhet är i dag följaktligen inte ett entydigt

begrepp. Detta är ett problem för de sjukvårdshuvudmän som önskar tillmötesgå patienters önskemål om behandling på hälsohem.

Med anledning härav *föreslår* kommittén att de hälsohem som bedriver vård och behandling, och i och med detta har skyldighet att ansöka om tillstånd hos länsstyrelsen att driva verksamheten som enskilt vårdhem, skall benämnas *hälsovårdhem*. Ett hälsovårdhem är således en institution som arbetar efter de principer för förebyggande och hälsofrämjande verksamhet som är kännetecknande för hälsohemmen och som dessutom erbjuder medicinsk behandling och sjukvård vanligtvis enligt principer för biologisk medicin.

För att officiellt fastslå denna förändring *föreslår* kommittén att begreppet hälsovårdhem förs in i enskilda vårdhemsstadgan och i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd vad avser stadgan.

I likhet med expertgruppen anser kommittén att hälsovårdhem bör ha tillgång till minst en halvtidsanställd läkare, som förutom sina medicinska uppgifter även skall kunna handleda personalen.

Det är en fördel om den personal som rekryteras också har en konventionell vårdutbildning och erfarenhet inom hälso- och sjukvården samt att en nära kontakt upprätthålls mellan personalen vid hälsovårdhemmen och deras kollegor inom hälso- och sjukvården. En sådan kontakt bör omfattas av all kompetent personal inom hälsovårdhemmen, således även de som sysslar med dietfrågor, motion/fysiologi, psykologi, upplysning/utbildning etc., personalkategorier vilka bedöms fylla viktiga funktioner inom hälsovårdhemmen.

Expertgruppen har lagt ner ett omfattande arbete på att gå igenom tillgängliga vetenskapliga data om hälsohemsbehandling, t.ex. den vegetariska dietens roll vid vissa sjukdomar. Den vetenskapliga dokumentationen inom detta område är förhållandevis begränsad men ett antal vetenskapliga studier gjorda i Sverige och utomlands stöder hälsohemsbehandling vid vissa indikationer.

Kommittén uttalar sig för att sjukvårdshuvudmännen bekostar vistelse vid hälsovårdhem i fall där godtagen medicinsk indikation föreligger. Sociala och humanitära aspekter liksom patientens motivation för kost- och livsstilsförändring bör tillmätas vikt vid uttagningen.

Kommittén vill också understryka vikten av att patienter som remitteras till hälsovårdhem placeras in i en behandlingsplan som omfattar såväl tiden före vårdhemsbehandlingen som tiden efter. Patienter som återvänder från ett hälsovårdhem bör ges allt tänkbart stöd för att bättre kunna klara de påfrestningar som kan uppstå vid återkomsten till den gamla miljön. En hälsohemsvistelse kan aldrig bli effektiv om inte lärdomarna kan omsättas i vardagslivet.

Alternativmedicinkommittén konstaterar att det finns behov av forskningsinsatser vad avser hälsohemmen både inom det medicinska och beteendevetenskapliga fältet.

Kommittén *föreslår* att Forskningsrådsnämnden får i uppdrag att samordna forskningen inom detta område och hänvisar i övrigt till kapitel 7.

Enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för tillämpningen av stadgan om enskilda vårdhem m.m. (SOSFS 1985:16) skall föreståndaren för enskilda vårdhem vara legitimerad sjuksköterska och vårdhemsläkaren legitimerad läkare med sådan utbildning och erfarenhet som krävs för att

kunna svara för sjukvården vid hemmet. I förhållande till övriga enskilda vådhem intar hälsovårdshemmen en särställning så till vida att dessa tillämpar behandlingsmetoder som inte är allmänt förekommande inom hälso- och sjukvården. I vissa fall kan här uppstå en konflikt. De regler och bestämmelser för behandling som gäller för hälso- och sjukvård är tillämpliga också för hälsovårdshemmen. Förutsättningarna för behandling med alternativ terapi inom hälso- och sjukvården behandlas i kapitel 2.



# Statens offentliga utredningar 1989

## Kronologisk förteckning

---

1. Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. C.
  2. Beskattningsav fåmansföretag. Fi.
  3. Integriteten vid statistikproduktion. C.
  4. Fasta Öresundsförbindelser. K.
  5. Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. C.
  6. Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. C.
  7. Vidgad etableringsfrihet för nya medier. U.
  8. UD:s presstjänst. UD.
  9. Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. Fi.
  10. Två nya treåriga linjer. U.
  11. Hushållssparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. Fi.
  12. Den regionala problembilden. A.
  13. Mångfald mot enfald. Del 1. A.
  14. Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. A.
  15. Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. K.
  16. Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. Fi.
  17. Risker och skydd för befolkningen. Fö.
  18. SÄPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. C.
  19. Regionalpolitikens förutsättningar. A.
  20. Tullregisterlag m.m. Fi.
  21. Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. ME.
  22. Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. U.
  23. Parkeringsköp. Bo.
  24. Statligt finansiellt stöd? I.
  25. Rapporter till finansieringsutredningen. I.
  26. Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. Fi.
  27. Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. U.
  28. Utbildningar för framtidens tandvård. U.
  29. Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. U.
  30. Professorstillsättning. En översyn av proceduren vid tillsättning av professorstjänster. U.
  31. Statens mät- och provstyrelse. I.
  32. Miljöprojekt Göteborg - för ett renare Hisingen. ME.
  33. Reformerad inkomstbeskattnings  
- Skattereformens huvudlinjer. Del 1.  
- Inkomst av kapital. Del 2.  
- Inkomst av tjänst, lagtext och kommentarer. Del 3.  
- Bilagor, expertrapporter. Del 4. Fi.
  34. Reformerad företagsbeskattnings  
- Motiv och lagförslag. Del 1.  
- Expertrapporter. Del 2. Fi.
  35. Reformerad mervärdeskatt m.m.  
- Motiv. Del 1.  
- Lagtext och bilagor. Del 2. Fi.
  36. Inflationskorrigerad inkomstbeskattnings. Fi.
  37. Utländska förvärv av Svenska företag - en studie av utvecklingen. I.
  38. Det nya skatteförslaget - sammanfattning av skatteutredningarnas betänkanden. Fi.
  39. Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning. S.
  40. Datorisering av tullrutinerna - slutrapport. Fi.
  41. Samerätt och sameting. Ju.
  42. Det civila försvaret. Del 1.  
Det civila försvaret. Del 2. Författningstext. Fö.
  43. Storstadstrafik 3 - Bilavgifter. K.
  44. Översyn av vapenlagstiftningen. Ju.
  45. Standardiseringens roll i EFTA/EG - samarbetet. I.
  46. Arméns utveckling och försvarets planeringssystem. Fö.
  47. Hjälpmedelsverksamhetens utveckling - Bilagor. S.
  48. Energiforskning för framtiden. ME.
  49. Energiforskning för framtiden. Bilagor. ME.
  50. Stiftelser för samverkan. U.
  51. Den gravida kvinnan och fostret - två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter. Ju.
  52. Det statliga energiforskningsprogrammet - aktörer inom energisektorn. ME.
  53. Arbetstid och välfärd.  
Arbetstid och välfärd. Bilagedel A.  
Arbetstid och välfärd. Bilagedel B. A.
  54. Rätt till gymnasieutbildning för svårt rörelsehindrade ungdomar. S.
  55. Fungerande regioner i samspel. A.
  56. Fiskprisregleringen och fiskeriadministrationen. JO.
  57. DO och Nämnden mot etnisk diskriminering — de tre första åren.
  58. Undantagandepensionärernas ekonomi. S.
  59. Nominering av redovisningskonsulter. C.
  60. Huvudbetänkande från  
alternativmedicinkommittén. S.
  61. Hälsohem. S.
-

# Statens offentliga utredningar 1989

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

Samerätt och sameting. [41]  
Översyn av vapenlagstiftningen. [44]  
Den gravida kvinnan och fostret - två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter. [51]

### Utrikesdepartementet

UD:s presstjänst. [8]

### Försvarsdepartementet

Risker och skydd för befolkningen. [17]  
Det civila försvaret. Del 1. [42]  
Det civila försvaret. Del 2. Författningstext. [42]  
Arméns utveckling och försvarets planeringssystem. [46]

### Socialdepartementet

Hjälpmedelverksamhetens utveckling - kartläggning och bedömning. [39]  
Hjälpmedelverksamhetens utveckling - Bilagor. [47]  
Rätt till gymnasieutbildning för svårt rörelsehindrade ungdomar. [54]  
Undantagandepensionärernas ekonomi. [58]  
Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. [60]  
Hälsohem. [61]  
Alternativa terapier i Sverige. [62]  
Värdering av alternativmedicinska teknologier. [63]

### Kommunikationsdepartementet

Fasta Öresundsförbindelser. [4]  
Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. [15]  
Storstadstrafik 3 - Bilavgifter. [43]

### Finansdepartementet

Beskattnings av fåmansföretag. [3]  
Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. [9]  
Hushållsparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. [11]  
Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. [16]  
Tullregisterlag m.m. [20]  
Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. [26]

Reformerad inkomstbeskattnings  
- Skattereformens huvudlinjer. Del 1. [33]  
- Inkomst av kapital. Del 2. [33]  
- Inkomst av tjänst, lagtext och kommentarer. Del 3. [33]  
- Bilagor, expertrapporter. Del 4. [33]  
Reformerad företagsbeskattnings  
- Motiv och lagförslag. Del 1. [34]  
- Expertrapporter. Del 2. [34]  
Reformerad mervärdesskatt m.m.  
- Motiv. Del 1. [35]  
- Lagtext och bilagor. Del 2. [35]  
Inflationskorrigerad inkomstbeskattnings. [36]  
Det nya skatteförslaget - sammanfattning av skatteutredningarnas betänkanden. [38]  
Datorisering av tullrutinerna - slutrapport. [40]

### Utbildningsdepartementet

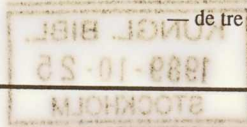
Vidgad etableringsfrihet för nya medier. [7]  
Två nya treåriga linjer. [10]  
Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. [22]  
Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. [27]  
Utbildningar för framtidens tandvård. [28]  
Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. [29]  
Professorstillsättning. En översyn av proceduren vid tillsättning av professorstjänst. [30]  
Stiftelser för samverkan. [50]

### Jordbruksdepartementet

Fiskprisregleringen och fiskeriadministrationen. [56]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Den regionala problembilden. [12]  
Mångfald mot enfald. Del 1. [13]  
Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. [14]  
Regionalpolitikens förutsättningar. [19]  
Arbetstid och välfärd.  
Arbetstid och välfärd. Bilagedel A.  
Arbetstid och välfärd. Bilagedel B. [53]  
Fungerande regioner i samspel. [55]  
DO och Nämnden mot etnisk diskriminering  
de tre första åren. [57]



# Statens offentliga utredningar 1989

## Systematisk förteckning

---

### Industridepartementet

- Statligt finansiellt stöd. [24]
- Rapporter till finansieringsutredningen. [25]
- Statens mät- och provstyrelse. [31]
- Utländska förvärv av svenska företag - en studie av utvecklingen. [37]
- Standardiseringens roll i EFTA/EG - samarbetet. [45]

### Civildepartementet

- Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. [1]
- Integriteten vid statistikproduktion. [3]
- Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. [5]
- Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. [6]
- SÅPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. [18]
- Nominering av redovisningskonsulter. [59]

### Bostadsdepartementet

- Parkeringsköp. [23]

### Miljö- och energidepartementet

- Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. [21]
- Miljöprojekt Göteborg - för ett renare Hisingen. [32]
- Energiforskning för framtiden. [48]
- Energiforskning för framtiden. Bilagor. [49]
- Det statliga energiforskningsprogrammet - aktörer inom energisektorn. [52]

