

Vem är hälsohemsgästen?

Tomas Svensson

Bilden av hälsohemsgästen som en personlighetsmässig särpling får sig här en knäck. Hälsohemsgästerna vid Tallmogården har ingående studerats och utifrån hälsokonsekvenser och personlighet skiljer sig gruppen inte nämnvärt från en normalpopulation. Tomas Svensson är verksam som forskarassistent vid primärvårdens planerings- och utvecklingsenhet i Eskilstuna.

Hälsohem är ingen väl definierad alternativmedicinsk behandlingsform utan behandlingen varierar från hem till hem. Det finns nästan lika många behandlingsformer som det finns hälsohem. Vad de enskilda patienterna får vid en hälsohemsvistelse är ett helt "paket", vars innehåll varierar kraftigt. Några gemensamma faktorer finns i regel. Kost och miljöbehandling ingår som viktiga inslag i samtliga verksamheter. Undervisning, träning och motion är andra gemensamma drag. Många hälsohem kombinerar denna behandling med andra alternativa metoder som fysioterapi och naturmedel (1).

Vi har i Sverige idag ett tämligen rikt utbud av hälso- och sjukvård. Trots detta söker sig många människor till alternativa behandlingsformer. En intressant fråga är vilka människor det är som söker sig till dessa alternativ, exempelvis hälsohemsbehandling. En ofta framförd åsikt är att det är speciella kategorier av människor som attraheras av denna typ av verksamhet och att effekterna av alternativa behandlingsmetoder hänförs till psykologiska behov och placeboeffekt (2). Studier gjorda inom ramen för alternativmedicinkommittens utredning pekar även på att vissa psykosomatiska besvär som trötthet, sömnbesvär, ångslan och oro tycks vara vanligare hos naturläkemedelsanvändare och besökare hos alternativa behandlare, än i befolkningen i övrigt (3).

I föreliggande studie är syftet att belysa vem som söker sig till hälsohem och i viss mån hur vistelsen upplevs av besökaren.

Material

Materialet består av gäster som vistats på Tallmogårdens hälsohem i Sunnansjö. Tallmogården är ett privat hälsohem som drivs av en stiftelse. Man har sjukvårdsutbildad personal och hälsohemmet är godkänt som enskilt vårdhem av Riksförsäkringsverket. Man kan ta emot ett hundratal gäster samtidigt. En stor del av patienterna har läkarremiss. Bland de vanligaste sökorsakerna kan nämnas konvalescens efter olika sjukdomar, reumatiska sjukdomar, övervikt, högt blodtryck, astma och andra allergiska sjukdomar. Tallmogården arbetar utifrån en friskvårdsinriktad profil. Behandlingen består av framförallt kostterapi (laktovegetarisk kost och fasta), olika fysikaliska behandlingar, motion och undervisning. Viss behandling med naturmediciner förekommer. *Tabell 1* beskriver de individer som ingår i studien. Studien omfattar samtliga gäster (N=53) som under en vecka skrevs in vid Tallmogården. Bortfallet var 8 procent.

Tabell 1. Hälsohemsgäster i studien (n=53)

	män	kvinnor	totalt
Antal	13	40	53
Medelålder	60	53	55
Landstingsbidrag	5	10	15
vistelsetid			
1 vecka	4	19	23
2 veckor	5	14	19
> 3 veckor	4	7	11

Metod

Två självskattningsformulär har använts: Sickness Impact Profile (SIP) och Karolinska Scales of Perso-

nality (KSP). SIP är ett hälsoindex som mäter sjukdomskonsekvenser i fysiska, psykiska och sociala avseenden. KSP är ett personlighetsformulär utvecklad primärt för psykiatrisk forskning. Båda dessa inventarier är ofta använda och har en riklig dokumentation. Formulären distribuerades till gästerna innan vistelsens start. Ett urval av hälsohemsgäster i denna undersökningsgrupp har även intervjuats utifrån ett strukturerat intervjuformulär. Urvalet till intervjuerna bestod av de gäster som vistas tre veckor eller mer vid hälsohemmet, totalt 11 personer.

Sickness Impact Profile

Sickness Impact Profile (SIP) är ett allmänt hälsoindex som tagits fram i syfte att mäta ett brett spektrum av sjukdomskonsekvenser. Formuläret är konstruerat och utprovat i USA men har översatts till flera andra språk, däribland svenska (4,5).

SIP är ett beteendeinriktat index som mäter sjukdomsrelaterade förändringar i fysiska, psykiska och sociala avseenden. Undersökningsspersonen har att ta ställning till olika påståenden som avspeglar funktionsförmågan inom de olika delområdena. Profilen omfattar totalt 136 påståenden. Påståendena fördelas på tolv delskalor.

Varje instämmande svar i något av dessa påståenden ger en i förväg bestämd vikt, vilken anger den relativa graden av funktionsinskränkning. Ur dessa tolv delskalor kan man sedan räkna ut dels ett totalindex, dels två delindex. Delskalorna *gång*, *personlig skötsel* och *rörlighet* bildar ett fysiskt index. Delskalorna *psykisk balans*, *social interaktion*, *uppmärksamhet/koncentration* och *kommunikation* bildar ett psykosocialt index.

Av undersökningsgruppen hade 21 procent inte uppgivit någon som helst funktionsinskränkning. När det gäller delindexen är det fler som helt saknar fysiska funktionsinskränkningar (62 procent) än som saknar psykosociala inskränkningar (45 procent).

I tabell 2 jämförs hälsohemsgästerna med en normalgrupp. Värdena för normalgruppen är hämtade från en populationsstudie i Göteborg (6).

Det höga värdet på delskalan arbete hos hälsohemsgästerna beror på att flera av de undersökta hade förtidspension, vilket leder till hög poäng. Delskalan för arbete är den enda skala där det föreligger signifi-

Tabell 2. Medelvärde ($\pm$ kSd) på Sickness Impact Profile

	Hälsohemsgäster n=53	Normalmal-material n=112	p
SIP totalindex	5,8 (7.1)	5.2 (6.7)	
Fysiskt index	3.8 (7.6)	3.3 (7.0)	
Gång	6.5 (11.9)	4.7 (9.7)	
Personlig skötsel	3.1 (6.6)	2.8 (5.7)	
Rörlighet	2.7 (8.1)	2.5 (7.8)	
Psykosocialt index	5.1 (7.8)	5.1 (7.8)	
Psykisk balans	6.8 (12.3)	7.9 (13.3)	
Social interaktion	5.1 (8.5)	6.1 (9.4)	
Uppmärksamhet/ koncentration	6.6 (14.2)	5.0 (9.9)	
Kommunikation	2.3 (5.7)	1.4 (4.5)	
Arbete	17.6 (28.2)	2.6 (7.1)	<0.001
Sömn och vila	7.8 (10.0)	10.3 (14.7)	
Födointag	1.3 (3.1)	1.6 (3.5)	
Hushållsarbete	8.0 (16.5)	4.1 (11.6)	
Fritid och rekreation	15.3 (19.2)	13.8 (17.6)	

kant skillnad mellan undersökningsgruppen och kontrollerna. Man kan se en samvariation när det gäller vistelsetid vid hälsohemmet och poäng, så att de som stannar längre också har högre värden i alla skalor.

Karolinska Scales of Personality

För att kunna mäta personlighetsegenskaper finns en rad test konstruerade. Med Karolinska Scales of Personality mäts personligheten som karaktäristiska sätt att uppfatta, uppleva och förhålla sig till omvärlden, och karaktäristiska mönster av stämningslägen och aktivitetsvariationer. Formuläret består av 135 påståenden som grupperas under 15 subskalor.

Formuläret bygger på framförallt tre huvudtyper av variabler: de som relaterar till ångest, till impulsivitet-psykopati och till aggression. Ångest delas in i skalor för psykisk ångest, somatisk ångest och subjektiv muskelspänning. Närbesläktade med dessa är skalorna för psykasten (subvaliditet, låg energi) och aggressionshämning. Extraversionsrelaterade skalor är Impulsiveness (subsoliditet) och Detachment (superstabilitet). *Monotory avoidance* räknas också hit (7).

Instrumentet är en blandning av helt nykonstruerade skalor och skalor som bygger på tidigare formulär. KSP har en rik dokumentation, främst från psykia-

trin. Det föreligger dock studier från andra områden, exempelvis har man med hjälp av KSP visat att unga män med förhöjt blodtryck uppvisar högre ångest och högre aggressions-hämning (8). Praktiskt går testet till så att undersökningspersonen ställs inför olika påståenden med uppgiften att ta ställning till och avgöra i vilken grad de stämmer in på honom/henne. Tabell 3 visar svarsmönstret hos hälsohemsgästerna jämfört med ett normalmaterial. Normalmaterialet utgörs av ett slumpmässigt urval av personer ur Storstockholms befolkning (9). Signifikanta skillnader föreligger i fyra av skalorna *monotony avoidance*, *indirect aggression*, *verbal aggression* och *guilt*.

Tabell 3. Medelvärde ($\pm$ kSd) på Karolinska Scales of Personality

	Hälsohems- gäster n=53	Normal- material n=387	p
Somatic anxiety	18.7 (6.1)	18.0 (4.4)	
Psychic anxiety	23.3 (7.1)	22.7 (5.4)	
Muscular tension	17.8 (5.7)	18.8 (4.6)	
Impulsiveness	21.6 (5.1)	22.3 (4.2)	
Monotony avid.	22.3 (5.1)	20.3 (4.4)	<0.01
Detachment	21.2 (4.3)	21.7 (3.9)	
Psychastenia	23.1 (5.2)	22.5 (4.2)	
Socialization	66.1 (8.8)	67.8 (7.5)	
Indirect aggr.	10.1 (2.6)	11.0 (2.6)	<0.05
Verbal aggr.	10.7 (2.8)	11.6 (2.5)	<0.05
Irritability	10.6 (2.8)	11.1 (2.4)	
Suspicion	9.8 (2.2)	9.2 (2.0)	
Guilt	11.2 (2.5)	12.0 (1.9)	<0.05
Inhib. of aggr.	25.6 (5.0)	25.1 (4.2)	

Intervjustudien

Den intervjuade gruppen bestod av personer som vistades minst 3 veckor vid hälsohemmet. Skälet till detta urval var att försöka fånga de som kommit av medicinska orsaker. Personerna intervjuades på Tallmogården under den tredje behandlingsveckan. Intervjun berörde personernas bakgrund och levnadshistoria, den eventuella sjukhistorien och erfarenheter av alternativ behandling (10). Majoriteten av de intervjuade var överviktiga och flera hade även andra problem som ledvärk, diabetes och högt blodtryck. Kroniska magbesvär och astma var andra besvär. Samtliga besvär var mer eller mindre kroniska. Inter-

vjupersonerna hade en brokig och ibland ganska traumatisk bakgrund. Generellt uppvisade samtliga en tämligen realistisk syn på sina problem och sjukdomar, även om det ibland knöts väl stora förhoppningar till behandlingen. Ingen tyckte dock att något "revolutionerande" hade inträffat under behandlingens gång. Det fanns inget av veckopressens "jag blev botad efter hälsohemsvistelse". Så gott som alla hade regelbunden kontakt med sjukvården. De flesta hade själva tagit initiativ att åka till ett hälsohem och "ordnat remiss". Orsakerna till att man sökt sig till hälsohemsbehandling går att sammanfatta i tre grupper.

1. Pragmatiska skäl. Man ser hälsohemmet som en servicestation där man kan "rensa" sig, stressa av, leva sunt en period eller som det enklaste sättet att gå ned i vikt.

2. Misslyckande med tidigare sjukvårdsbehandlingar. Här rör det sig om personer med en ofta mycket lång sjukhistoria där man hittills inte tyckt sig fått hjälp.

3. Önskan om att leva ett sundare liv. Ett fåtal angav sådana mera principiella skäl, som att det är betydelsefullt för människan att leva sunt och naturligt.

Gemensamt i motiven är att få eller hoppas få något på Tallmogården som man inte får eller tror sig kunna få inom den ordinarie sjukvården.

Drygt hälften av de intervjuade hade tidigare provat något form av alternativ behandling. Fyra gäster hade varit på Tallmogården tidigare, en hade varit där årligen de senaste 14 åren.

Diskussion

Utifrån skalorna för hälsokonsekvenser och personlighet verkar inte hälsohemspatienten skilja sig nämnvärt från en normalpopulation. Enligt SIP-formuläret hade 21 procent inga sjukdomskonsekvenser. Om detta beror på att gästerna inte har besvär som ger funktionsinskränkningar eller om formuläret inte täcker in relevanta områden är svårt att veta. Många patienter har säkerligen inte speciellt stora hälsoproblem utan åker till hälsohem av andra skäl. Men det kan även vara så att formuläret inte är helt känsligt för de mera diffusa, men ibland besvärande sjukdomskonsekvenser som troligtvis finns hos hälsohemsgästerna.

Personlighetsbedömningen med hjälp av KSP påvi-

.....
*Hälsohemmen kan vara en möjlighet att köpa
sig en period god omvårdnad*
.....

sade relativt små avvikelser från normalmaterialet. Hälsohemsgruppen låg något högre i skalan monotoni undvikande. Påståendena i denna skala handlar bl a om viljan att prova på nya saker och behov av omväxling. Hälsohem är för de flesta en ny och annorlunda vårdform som innebär att man får åka bort en tid, och pröva på något nytt. I skalorna för verbal och indirekt aggressivitet samt skuld, ligger hälsohemsgästerna något lägre än normalmaterialet.

Antagandet att de som söker sig till hälsohemsbehandling skulle vara starkt personlighetsmässigt avvikande, får inget stöd i denna undersökning. Ej heller uppvisar gruppen fler psykosociala besvär än ett normalmaterial. Det finns däremot en positiv korrelation mellan funktionsinskränkning och ångestvariablerna i KSP, vilket kan tala för att mera markerade personlighetsavvikelser skulle framkommit om en grupp gäster med uttalade hälsoproblem hade studerats. Det är också tänkbart att man skulle få ett resultat i den riktningen om gäster på andra mindre hälsohem med en mer ideologisk, och mindre medicinsk, inriktning studerats personlighetsmässigt.

Resultaten går samman med svaren från intervjustudien. Där framkommer dessutom ofta brokiga levnadsöden och orsakerna till hälsohemsvistelsen framstår som varierande — ibland rör det sig om besvikelse över den ordinarie sjukvården eller att man efterfrågar ett utbud som inte finns inom den offentliga vården.

Utbudet av vård på hälsohem har expanderat under den senaste 20-årsperioden (2). Mycket tyder på att verksamheten svarar mot behov som finns hos flera patientgrupper. När man diskuterar vilka behov hälsohemmen kan fylla kan det vara intressant att belysa andra aktörer vid sidan av patienten. För den enskilde doktorn/behandlaren blir hälsohemmet en möjlig remissinstans. Hälsohemspatienterna har oftast kroniska tillstånd där kurativ behandling ofta saknas. Hälsohemsvistelse blir en möjlig behandling som man kan ta till, oftast påhejad av patienten. På samhällsnivå finns en tendens till avinstitutionalisering, och

satsningar på öppnare vårdformer och förebyggande insatser. Hälsohemmen går delvis stick i stäv mot denna princip. Anläggningarna ligger ofta långt från hemorten, man vistas där, ofta flera veckor, och omhändertas på ett sätt som skiljer sig från den traditionella sjukvården. Hälsohemmen kan på så sätt fylla den funktion som konvalescenshem och liknande institutioner tidigare hade. Man kan här, med egna pengar eller med hjälp av landstingsbidrag, köpa sig en period god omvårdnad. Hälsohemsbehandling är inte bara en alternativ vårdform, utan fungerar också som en spegel av vår nuvarande offentliga hälso- och sjukvård.

Acknowledgement

Studien har genomförts med hjälp av bidrag från Forskningsrådsnämnden och Hälsokostrådet.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen PM 169/87. Hälsohem i Sverige — rapport från socialstyrelsens utredning om hälsohem.
2. Johansson-Sullivan M, Sullivan L: Ang. vårdresultat vid de sk hälsohemmen — psykologiska aspekter. Socialstyrelsen expertuppdrag SN 1-38:541/79.
3. Fakta och röster om alternativmedicin. En delrapport från alternativmedicinkommittén, Socialdepartementet 1987.
4. Bergner M, Robbitt R A, Carter W B, Bilson B S: The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Emasure. Medical Care 1981;99:787—305.
- 5.. Sullivan M: Sickness Impact Profile: Introduktion av en svensk version för mätning av sjukdomskonsekvenser. Läkartidningen. 1985;20:1861—1862.
6. Augustinsson L E, Sullivan L, Sullivan M: Physical, Psychologic, and Social Function on Chronic Pain Patients After Epidural Spinal Electrical Stimulation. Spine, 1986;11:111—119.
7. Schalling D: Psykobiologisk sårbarhet — Personlighet och biologiska markörer för psykopatologi. Karolinska institutet, Institutionen för psykiatri och psykologi, aug. 1987.
8. Schalling D, Svensson J: Blood Pressure and Personality. Personality and Individual Differences. 1984;5:41—51.
9. Bergman H, Bergman I, Englbretson K, Holm L, Johansson K, Lindberg S: Psykologhandboken, Stockholm: Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, 1982.
10. Svensson T: Vem är hälsohemsgästen? Socialmedicinska institutionen, rapport nr 74, Umeå 1987.