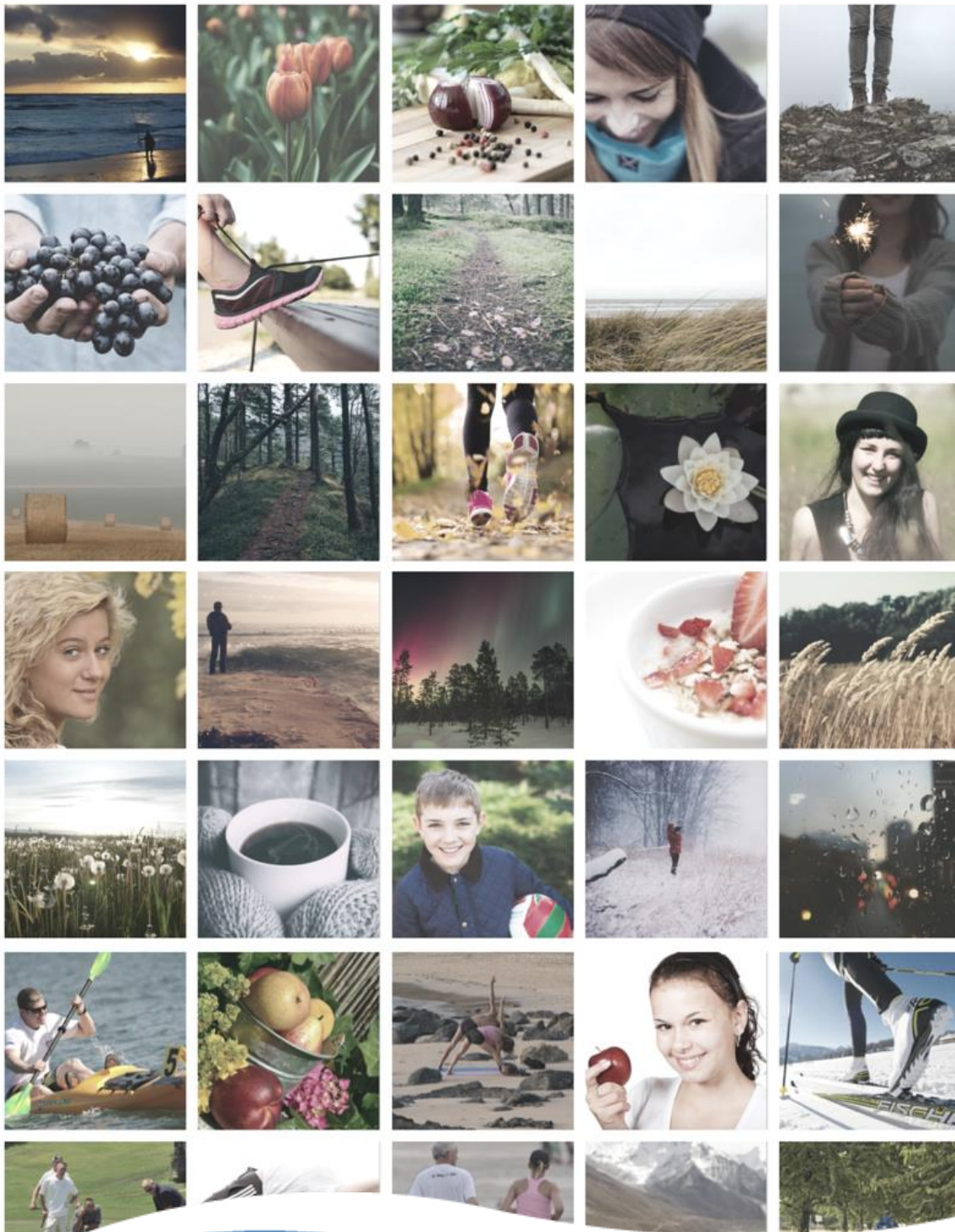


Umeå mars 2016



 VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING

Årsrapport 2015

Patientverksamhet

BETEENDEMEDICIN

Beteendemedicins årsrapport 2015
Webbplats: www.vll.se/beteendemedicin

Utgiven av Arbets- och beteendemedicinskt centrum
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

Ulla Hjalmarsson, verksamhetsutvecklare
ulla.hjalmarsson@vll.se, 090-785 3374

Evamarie Pesonen, kommunikatör
evamarie.pesonen@vll.se, 090-785 24 53

Anna Nordström, överläkare
anna.nordstrom@vll.se, 090-785 89 50

Benno Krachler, överläkare
benno.krachler@vll.se, 090-785 69 45

Sabina Sjölund, avdelningschef
sabina.sjolund@vll.se, 090-785 89 52

Jens Wahlström, tf verksamhetschef
jens.wahlstrom@vll.se, 090-785 37 76

Bild framsida: Matton
Umeå 2015-10-12

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	6
Fetma – ett växande folkhälsoproblem	6
Nya levnadsvanor bakom ökningen	6
Uppdrag och förutsättningar	7
Unik inriktning.....	7
Remiss eller egen vårdbegäran.....	7
Programmets utformning.....	7
Följer upp mål	8
Reflekterar kring mat.....	8
Rörelse i olika former	8
Beteende som minskar stress	8
Utvärdering	9
Lokalt register för bättre kvalitet.....	9
Utvärdering del 1 - trender senaste åren.....	10
Remissinflödet fortsatt högt.....	10
Primärvården – största remittenten.....	11
Patienter från hela länet.....	11
Bra samarbete med VHU	12
Väntetider till besök och behandling.....	12
Utvärdering del 2 - resultat 2015.....	14
Patienter som avslutat behandlingen under 2015.....	14
Skillnader efter behandling.....	14
De flesta går ner i vikt	14
Midjemåttet minskar	15
Lägre halt skadligt blodfett	16
De flesta har normalt fasteglukosvärde.....	16
Konditionen ökar	17
Patientens egen skattning	17
Mår bättre.....	18
Hälsorelaterade livskvaliteten ökar.....	18
Patienterna är nöjda	18
Samverkan och forskning	18
Samverkan över nivåer och i hela regionen eftersträvas.....	18
Klinisk inriktad forskning bedrivs i samverkan	19

Sammanfattning

Idag finns en halv miljon personer med fetma i Sverige och omkring 2,5 miljoner svenskar är överviktiga. Fetma är en sjukdom som ökar risken för följsjukdomar som diabetes, hjärt-kärlsjukdom, lever-gallsjukdom, cancer, sömnapné, artros och infertilitet. Vid bukfetma är risken för följsjukdomar störst. Fetma - i synnerhet svår fetma - medför också en starkt negativ påverkan på livskvaliteten. Att kunna förebygga och behandla fetma kommer att vara viktigt för vår framtida folkhälsa.

Fetma är en sjukdom som uppstår vid för stort energiintag eller för liten energiförbrukning eller en kombination av de båda. Orsakerna till att fetma utvecklas är endast delvis kända och troligen spelar arvet en stor roll. När denna ärftliga benägenhet för fetma finns, är livsstilsfaktorer (kost och motion) samt sociala, beteendemässiga, kulturella och samhällsliga faktorer avgörande för om fetma utvecklas eller inte.

Grunden för behandling av livsstilsrelaterade sjukdomar är att korrigera kost - och motionsvanor genom att förändra beteendet. Just beteendeförändringen är en nyckelfaktor för långsiktig framgång. Vissa individer klarar denna förändringsprocess på egen hand eller med lite stöd. Andra behöver ett långvarigt professionellt stöd för att klara en livsstilsförändring och på så sätt nå målvikt och befästa den förändrade livsstilen. De slutsatserna framhålls av nyligen framtagna internationella rekommendationer.¹

Beteendemedicin, med behandlingsenheter i Umeå och Sorsele, erbjuder intensiv livsstilsbehandling till patienter med fetma och/eller metabolt syndrom som är "högriskindivider" för diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Behandlingsprogrammet som är ettårigt med uppföljningar i fyra års tid, följer rekommenderade behandlingslinjer och får anses vara ett gott stöd till en långsiktigt hållbar beteendeförändring.

Denna utvärdering av beteendemedicins verksamhet visar att det finns ett ökat behov av beteendemedicinskt stöd för patienter i hela Västerbottens län. Från 2013 till 2015 ökade antal remisser till beteendemedicin med 47 procent. Hälsocentralerna i regionen stod för cirka 90 procent av remisserna som inkom under 2015. En viktig länk i vårdkedjan för att tidigt upptäcka och behandla individer som har fetma, metabol problematik och riskfaktorer för följsjukdomar är ett utvecklat samarbete med Västerbottens hälsoundersökning, VHU. Allt fler remisser kommer från VHU-sköterskor som under 2015 stod för 37 procent av remisserna till beteendemedicin.

En klar majoritet kvinnor (69 procent) remitterades till beteendemedicin och påbörjade behandling under 2015, trots att det inte är någon större könsskillnad i förekomst av fetma i samhället. Detta ska undersökas närmare i enhetens kommande kvalitetsarbete.

Väntetiden för behandlingsstart var under 2015 ca fyra månader från beslutdatum på remitterande enhet. Det var ca tre veckor längre väntetid än året innan. Över hälften av patienterna erbjöds att starta behandling tidigare än de själva valde att göra.

Arbete med att utveckla behandlingen pågår ständigt. I det ökade remissinflödet har ”nya” patientgrupper med särskilda behov identifieras. Ett exempel är patienter med kognitiva funktionsnedsättningar där särskilda krav på nya arbetsätt i samverkan med patient, andra

¹ Managing overweight and obesity in adults. Systematic evidence review from the obesity expert panel, 2013. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

vårdgivare och stödfunktioner på exempelvis skolan, arbetsplatsen eller boendet behöver vidareutvecklas. Ett viktigt underlag till förbättringsarbete och kvalitetssäkring är patientens aktiva deltagande i muntliga och skriftliga utvärderingar under olika faser av behandlingsprogrammet.

Behandlingsprogrammet är i linje med Socialstyrelsen rekommendationer i Nationella riktlinjer för diabetesvård och följer dessutom evidensbaserade riktlinjer framtagna av National Institutes of Health, NIH, 2013.² I årets rapport redovisas resultat för de 269 patienter som avslutade behandlingsprogrammet under 2015. Dessa minskade i vikt med i genomsnitt 4,2 procent och minskning av midjemått med i snitt fem och en halvcentimeter. Det är ett gott resultat som ligger i linje med internationella studier som rapporterar två till fem procents viktminskning vid deltagande i ett till fyra års multidisciplinärt behandlingsprogram. Studier har även visat att viktneidgång av denna omfattning genom multidisciplinärt behandlingsprogram minskar risken att utveckla typ 2-diabetes med 30 till 60 procent.³

Även patienternas skattningar av behandlingsresultat i relation till mående var klart positiva. Depressions- och ångestnivåer minskade signifikant samt stress i form av stressbeteende och reaktioner i vardagliga situationer förbättrades i genomsnitt till normala nivåer. Andelen patienter som hade över kliniskt gränsvärde för utmattning minskade från 48 procent till 35 procent. Hälsorelaterade livskvalitet förbättrades för 70 procent och för drygt hälften var förändringen mer än 0,04 poäng vilket indikerar en betydelsefull förbättring. De här subjektiva skattningarna är svåra att relatera till minskad risk för framtida sjukdom, men studier visar ändå ett klart samband mellan förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och minskad risk för framtida sjukdom och förtida död.⁴

Samtliga patienter var nöjda med bemötandet på beteendemedicin och väntetiden upplevdes som acceptabel av 93 procent.

Behandlingsprogrammet vid beteendemedicin följer evidensbaserade riktlinjer, och kan leverera behandlingsframgångar i paritet med vetenskapliga studier inom området, vilket får betraktas som ett mycket gott resultat.

Sammanfattningsvis har beteendemedicin i sin roll som kompetenscentrum gällande livsstilsbehandling en viktig uppgift att bedriva klinisk forskning i samverkan samt samordna behandlingsinsatser mellan olika aktörer inom fetmaområdet. Samverkan och samordning av behandlingsinsatser sker idag på flera nivåer men måste fördjupas och vidgas för att möta ett multifaktoriellt och växande problem med fetma och de följsjukdomar som detta kan medföra.

² Managing overweight and obesity in adults. Systematic evidence review from the obesity expert panel, 2013. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

³ Managing overweight and obesity in adults. Systematic evidence review from the obesity expert panel, 2013. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

⁴ Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Obes Rev.* 2001;2:219–229.

Inledning

Fetma – ett växande folkhälsoproblem

Övervikt och fetma är ett växande problem i Sverige liksom i övriga världen. World Health Organizations, WHO, varnade i en prognos 2015 för en kommande hälsokris av ofantliga proportioner. Sverige är ett av de länder där fetman ökar snabbast i hela Europa². Här är nästan hälften av invånarna överviktiga och antalet personer med fetma har ökat de sista tio åren³. Det är framför allt den vuxna arbetande befolkningen som är drabbad. Bland personer mellan 45 och 64 år har fetma och övervikt ökat från 55 till 62 procent. Totalt har andelen svenskar med fetma ökat från 11 till 14 procent och prognosen är dystur då data visar på en fortsatt ökning med en till två procent per år.

BMI enligt WHO

< 18.5	underviktig
18.5–24.9	normalvikt
25.0–29.9	övervikt
30.0–34.9	fetma grad 1
35.0–39.9	fetma grad 2
≥ 40.0	fetma grad 3

Fetma är en sjukdom som uppstår vid för stort energiintag eller för liten energiförbrukning eller en kombination av de båda. Orsakerna till att fetma utvecklas är endast delvis kända och troligen spelar arvet en stor roll. När denna ärftliga benägenhet för fetma finns, är livsstilsfaktorer (kost och motion) samt sociala, beteendemässiga, kulturella och samhällsliga faktorer avgörande för om fetma utvecklas eller inte.

För den enskilde individen medför fetma en rad hälsorisker där diabetes typ 2, högt blodtryck, hjärtinfarkt, vissa cancertyper, belastningsproblem, infertilitetsproblematik och graviditetsrelaterade besvär är de vanligaste. Vid bukfetma är risken för följsjukdomar allra störst. Utöver de hälsorisker som övervikt medför så finns det aspekter av hur man blir bemött som överviktig. Upprepade studier visar ett tydligt mönster av diskriminering och stigmatisering inom arbetsliv, utbildning och sjukvård av personer med övervikt och fetma. Att kunna förebygga och behandla fetma kommer att bli viktigt för vår framtida folkhälsa.

Kostnaderna för samhället är stora för fetma och dess komplikationer (som diabetes och hjärt-kärlsjukdom) på grund av ökat antal vård dagar, produktionsbortfall, försäkringskostnader och läkemedel. Beräkningar visar att övervikten och dess komplikationer kostar ungefär tre miljarder kronor per år i form av sjukhusvård i Sverige. Till detta kommer sedan indirekta kostnader som är minst lika höga, till exempel minskad produktion på grund av sjukfrånvaro och förtidspensioner⁴.

Nya levnadsvanor bakom ökningen

Viktökningen och dess huvudorsaker – förändrade levnadsvanor med minskad fysisk aktivitet och för högt energiintag i kosten – ökar risken för insjuknande i livsstilsrelaterade sjukdomar som diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Dessa sjukdomar går att förebygga. Våra matvanor och graden av daglig fysisk aktivitet har stor betydelse för dessa sjukdomar, men ofta krävs multimodala insatser för att nå goda hållbara livsstilsförändringar och resultat. Fetma bör ses som en kronisk sjukdom, framhåller WHO, vilket har betydelse för hur be-

² Statistik från Folkhälsomyndigheten (2014 <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/februari/fler-har-fetma-och-overvikt/>)

³ Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2014 Folkhälsomyndigheten

⁴ <http://www.1177.se/Norrboten/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/>

handlingen bör läggas upp. Enligt WHO behövs långsiktiga strategier för att vidmakthålla viktnedgång och förhindra viktuppgång.

Uppdrag och förutsättningar

Unik inriktning

I Västerbottens läns landsting finns sedan 1990-talet en beteendemedicinsk enhet som är inriktad på primär och sekundär prevention av hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Beteendemedicin utgör en del av Arbets- och beteendemedicinskt centrum, som arbetar med att förebygga och behandla ohälsa relaterad till arbete, miljö och livsstil. Forskning och utvecklingsarbete inom berörda områden är en del av verksamheten.

Vi vänder oss till personer som...

- ...har övervikt (BMI 28 eller högre) i kombination med bukfetma, förhöjda blodfetter, högt blodtryck, förhöjd fastglukos/neysatt glukostolerans (metabolt syndrom) eller diabetes
- ...har fetma (BMI 30 eller högre)
- ...klarar av att delta i lättare fysisk aktivitet
- ...klarar av att delta i gruppbehandling

Beteendemedicin bedriver klinisk öppenvårdsverksamhet i Sorsele och Umeå, och erbjuder intensiv livsstilsbehandling till patienter med fetma och/eller metabolt syndrom som är "högriskindivider" för diabetes och hjärt-kärlsjukdom (se i faktaruta intill). En livsstilsförändring kan förhindra att diabetes och hjärt-kärlsjukdom utvecklas eller hindra en försämring i dessa sjukdomar. Målet är att individen själva kunna påverka sin hälsa och livs-

kvalitet i positiv riktning och skapa stabila hälsobefrämjande levnadsvanor med hjälp av kost, motion och stresshantering.

Beteendemedicin har en ledande roll i landstinget när det handlar om livsstilsförändringar, och är i fronten för kunskapsinhämtning och forskning inom området. Samarbete sker med bland annat hjärtcentrum, primärvård, psykiatrisk klinik, medicinskt centrum, kirurgisk klinik samt VHU. Syftet med samverkan är bästa möjliga omhändertagande av patienten, förebyggande av livsstilssjukdomar och kunskapsspridning.

Remiss eller egen vårdbegäran

För att få komma till beteendemedicin önskas remiss från läkare, VHU-sjuksköterska eller dietist. Patienten kan även söka själv med egen vårdbegäran. Remisser och vårdbegäran bedöms löpande av medicinskt ansvarig läkare. Om remissvillkoren uppfylls erbjuds patienten ett bedömningssamtal vid beteendemedicin i Umeå, eller vid remiss ställd till Sorsele görs en bedömning i Skellefteå, Umeå eller Sorsele utifrån patientens önskemål. När remissen kommer från en annan yrkeskategori än läkare görs alltid en läkarbedömning.

Ifall behandlingen bedöms adekvat för patienten erbjuds hen att delta i beteendemedicins multimodala behandlingsprogram, som i huvudsak bedrivs i grupp, men även individuellt vid behov.

Programmets utformning

Behandlingsprogrammet är i linje med Socialstyrelsen rekommendationer i Nationella riktlinjer för diabetesvård. Det inkluderar strukturerade program för intensiv påverkan på ohälsosamma levnadsvanor för personer som har ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes samt för

personer med diabetes för att undvika att utveckla komplikationer⁵. Behandlingsprogrammet följer även de evidensbaserade riktlinjer som är framtagna av National Institutes of Health, NIH, 2013.⁶ Riktlinjerna rekommenderar en kombination av kost med reducerat energiinnehåll, ökad fysisk aktivitet och multimodal beteendemedicinsk strategi. Behandlingsprogrammet som bedrivs på beteendemedicin kan sammanfattas i begreppet ”intensiv livsstilsbehandling.”

Behandlingsprogrammet i Sorsele bedrivs i internatform och inleds med två veckors intensiv livsstilsbehandling. Därefter sker uppföljande behandlingsträffar efter fyra och åtta månader. I Umeå sker behandlingen i dagvårdsform under ett års tid. Där startar programmet med en introduktionsträff och en efterföljande behandlingsvecka. Sedan sker regelbundna halvdags-träffar - de flesta under det första halvåret.

Följer upp mål

I fokus för programmet står beteendeförändringar inom såväl kost som fysisk aktivitet och stresshantering. Under programmet pågår ett målsättningsarbete där patienten sätter upp individuella långsiktiga och kortsiktiga mål samt skapar en plan för att nå dessa. Delmålen följs regelbundet upp under gruppträffarna och planen revideras vid behov. Gruppsamtalen förs utifrån ett kognitivt förhållningssätt och med motiverande samtalsteknik (Motivational Interviewing, MI).

Reflekterar kring mat

Den kost som rekommenderas bygger på Nordiska Näringsrekommendationer och Livsmedelsverkets kostråd men diskussioner förs även kring Medelhavskost. I praktiken handlar det om att äta ”riktig” mat planerat och regelbundet som innehåller bra fett, mer frukt, grönsaker och fibrer, mindre utrymmesmat och begränsade portioner. Det handlar om att kunna skilja på sällan- och oftaätande, och att träna på att förändra mat- och ätvanor i hem- och arbetsmiljö. Matreflektion är en viktig del av behandlingen med diskussion om samband mellan tankar, känslor och beteenden, och hur annat än hunger kan styra ätandet.

Rörelse i olika former

Fysisk aktivitet bedrivs i olika former. Under behandlingen ingår gymnastik, vattengymnastik och stavgång utöver regelbundna rörelsepåsar och dagliga promenader. Målet är att patienten själv ska hitta en regelbunden fysisk aktivitet i sin vardag. Stegräknare används rutinemässigt som hjälpmedel i behandlingen liksom förskrivning av fysisk aktivitet på recept. Submaximalt konditionstest görs vid starten, mitten och slutet av behandlingen.

Beteende som minskar stress

Stressbehandlingen sker i form av basal kroppskännedom, avspänning samt reflektion och diskussion kring stress och patientens egna stressbeteende. För att beteendeförändringarna ska befastas i vardagen tränar patienterna på de nya färdigheterna i hem- och arbetsmiljö, vilket sedan följs upp på gruppträffarna.

⁵ Nationella riktlinjer för diabetesvård – stöd för styrning och ledning, ISBN: 978-91-7555-274-3 Publiceringsår: 2015

⁶ Managing overweight and obesity in adults. Systematic evidence review from the obesity expert panel, 2013. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

Behandlingens innehåll

- **Sociala färdigheter:** Förmåga att sätta gränser och kunna säga nej
- **Kognitiv omprogrammering:** Ersätta oönskade tankemönster (t.ex. negativa monologer)
- **Stimuluskontroll:** Eliminera eller förebygga stimuli som kan leda till återfall, genom att öva in nya beteendetekniker och planera och strukturera sin livssituation
- **Återfallsprevention:** Skapa handfasta strategier som bygger på individens tidigare erfarenheter av risksituationer. Kartlägga och gradera risksituationer, och hur man undviker eller åtgärdar dem genom att förändra sin beteendekedja.
- **Ätbeteendeförändringar:** Praktiska övningar för att öva in ett mer lämpligt beteende. Det sker via matregistrering, beteendetekniker i samband med ätande och mat samt hunger- och sugregistrering.
- **Positiv förstärkning:** Upprätthålla och stödja det modifierade beteendet, t.ex. genom motivationsövningar, att fira förändringar som man klarat av, planera in situationer och aktiviteter som ger glädje och tillfredsställelse.
- **Dietetik:** Samband mat-hälsa-sjukdom. Grundläggande kunskap om energiomsättning och näringslära.
- **Fysisk aktivitet:** Kartlägga och registrera nuvarande fysisk aktivitet och öka motivationen - inom realistiska ramar - för att vara mera fysiskt aktiv.
- **Fysiologi:** Kunskap om hur kroppen fungerar, metabolism, aptitreglering och riskfaktorer.
- **Basal kroppskännedom:** För att upptäcka, förstå och stärka egna inneboende resurser.

Utvärdering

Lokalt register för bättre kvalitet

Behandlingsprogrammets effekt har visats i randomiserade kontrollerade studier.^{7,8,9,10} Genom åren har också flera rapporter sammanställts och publicerats som visar på effektiviteten och behovet av genomförd vård.^{11, 12}

Idag finns inget nationellt kvalitetsregister för livsstilsbehandling, varför utfallsmått sammanställs i ett lokalt kvalitetsregister på beteendemedicin för att möjliggöra långsiktiga kvalitetsutvärderingar. Uppgifterna till den här årsrapporten har hämtats från det lokala kvalitetsregistret.

⁷ Lindahl, B., et al., *Improved fibrinolysis by intense lifestyle intervention. A randomized trial in subjects with impaired glucose tolerance.* J Intern Med, 1999. **246**(1): p. 105-12.

⁸ Lindahl, B., et al., *A randomized lifestyle intervention with 5-year follow-up in subjects with impaired glucose tolerance: pronounced short-term impact but long-term adherence problems.* Scand J Public Health, 2009. **37**(4): p. 434-42.

⁹ Lindahl, B., et al., *Intense nonpharmacological intervention in subjects with multiple cardiovascular risk factors: decreased fasting insulin levels but only a minor effect on plasma plasminogen activator inhibitor activity.* Metabolism, 1998. **47**(4): p. 384-90.

¹⁰ Ljung, S., et al., *Patient experiences of a theory-based lifestyle-focused group treatment in the prevention of cardiovascular diseases and type 2 diabetes.* Int J Behav Med, 2013. **20**(3): p. 378-84.

¹¹ Lindahl, B Rapport om Sorselegården, Västerbottens Läns Landstings behandlingsinternat i Sorsele.

¹² Lindahl, B Rapport om beteendemedicin 2008. Beteendemedicin, Västerbottens läns landsting.

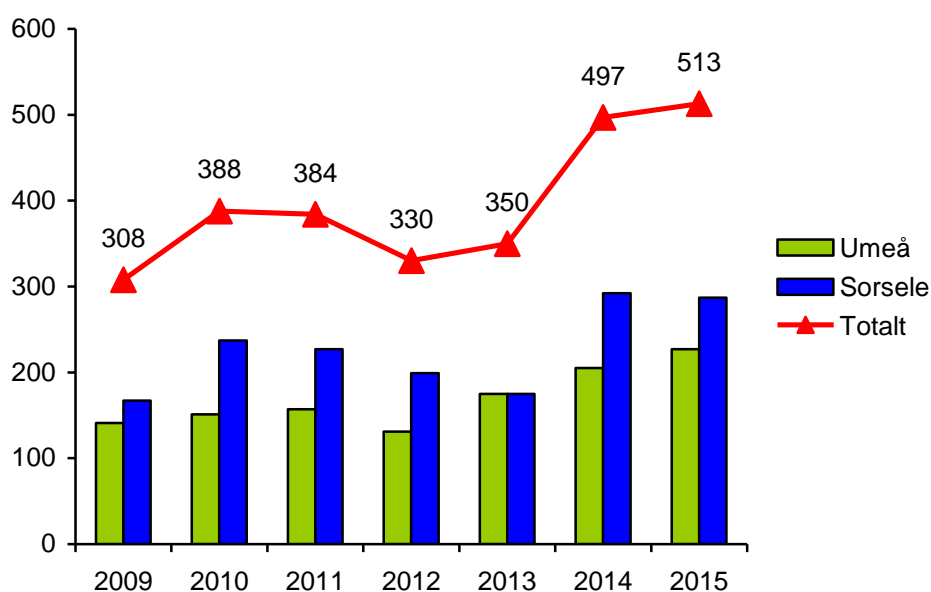
Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (SOSFS 2005:12) utvärderas behandlingsprogrammet både på individ- och gruppnivå i en kontinuerlig strävan att erbjuda evidensbaserad vård. Uppföljning sker i dels mitten av behandlingsåret, dels i samband med att behandlingen avslutas. Därefter sker uppföljningar årligen i tre års tid efter avslutat behandlingsprogram. I samband med dessa undersöks vikt, blodtryck, blodprover, midjemått och frågeformulär samlas in. I Umeå kallas patienter till mottagningen och i Sorsele sker uppföljningen genom provtagning på hälsocentral och inskickade frågeformulär. Frågorna handlar om kost- och motionsvanor och psykisk hälsa som utmattning, ångest/depression och stressbeteende. Även hälsorelaterad livskvalitet efterfrågas.

Utvärdering del 1 - trender senaste åren

Första delen av den utvärdering som följer visar trender under de senaste två till sju åren bland annat när det handlar om remissinflöde och väntetider. Utvärderingens andra del, [Del 2 resultat 2015](#) (sidan 14), informerar om hur det har gått för de patienter som under 2015 avslutade sitt ett-åriga behandlingsprogram i Sorsele eller Umeå.

Remissinflödet fortsatt högt

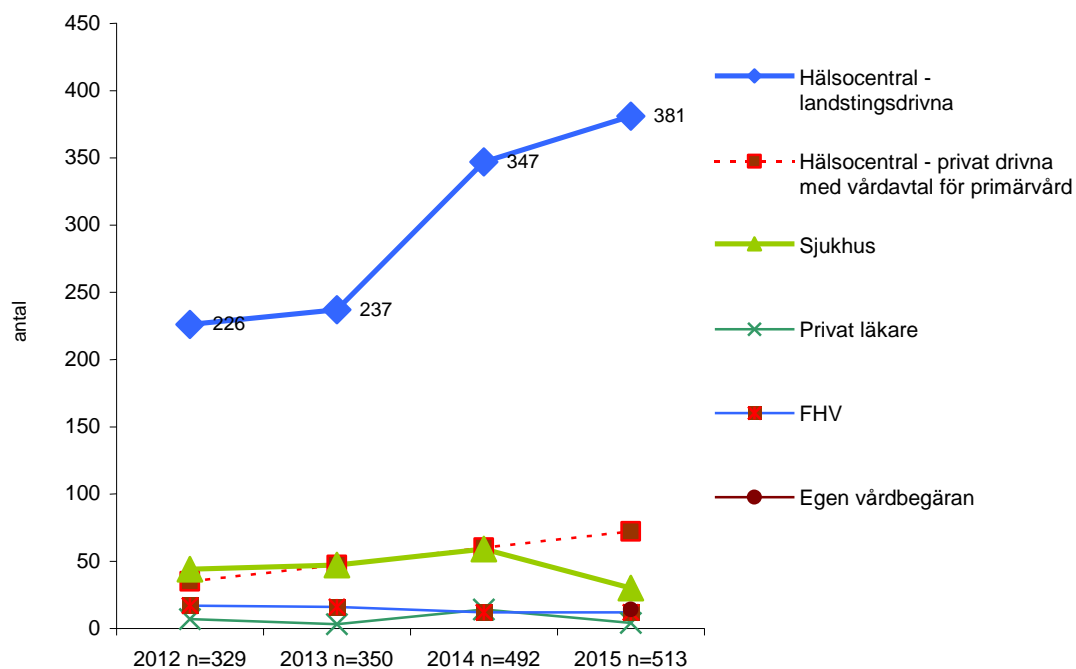
Under 2015 inkom totalt 513 remisser (figur 1) till beteendemedicin vilket är ungefär som under 2014, men en ökning med 47 procent från 2013. Sextiofyra procent av dem som remitterades var kvinnor och resten män med en medelålder på 51 år (20-75 år)



Figur 1. Antal inkommande remisser till beteendemedicin per år i Umeå, Sorsele och totalt.

Primärvården – största remittenten

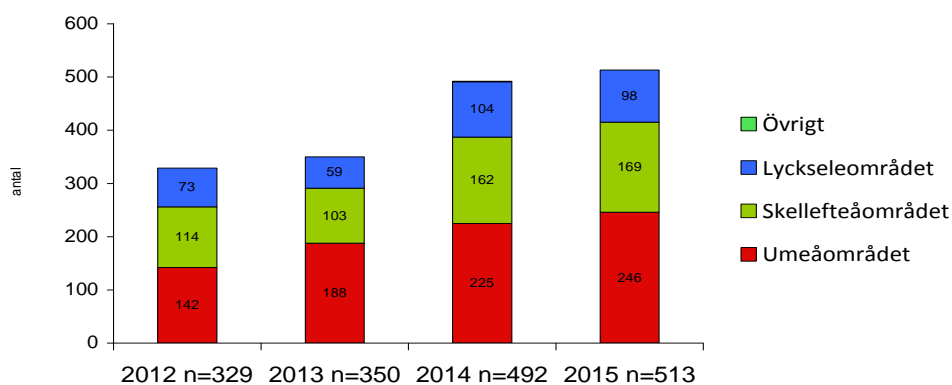
Närmare 90 procent av remisserna till beteendemedicin kommer från hälsocentraler i länet. Det är framför allt de landstingsdrivna hälsocentralerna som stått för ett ökat remissinflöde från år 2013. Fjorton patienter sökte med egen vårdbegäran 2015 (figur 2)



Figur 2. Antal inkommande remisser per år fördelat på olika remissinstanser.

Patienter från hela länet

Remisser till beteendemedicin kommer från hela länet (figur 3)



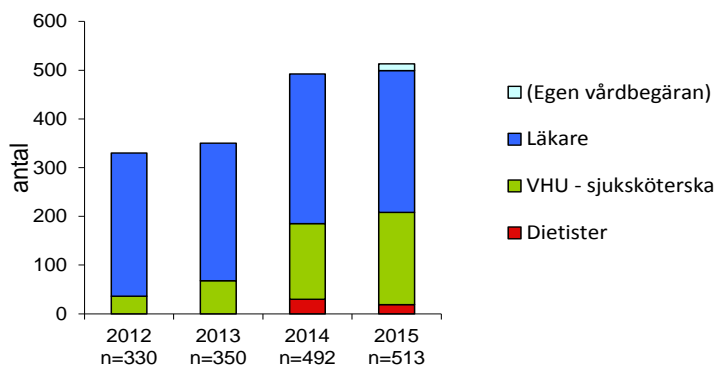
Figur 3. Antal inkommande remisser per år och område.

Bra samarbete med VHU

Rutiner etablerades 2010 som innebär att sjuksköterskor som jobbar med patienter inom Västerbottens hälsoundersökning, VHU, får remittera patienter med metabol problematik till beteendemedicin. Under 2014 utökades möjligheterna för dietister att skriva remiss till beteendemedicin för att möjliggöra och underlätta för fler patienter att få god vård. Allt fler remisser kommer från VHU-sjuksköterskor och utgjorde 2015 37 % (n=189) av remisserna. Fyra procent (n=19) kom från dietister (figur 4).

Västerbottens hälsoundersökning...

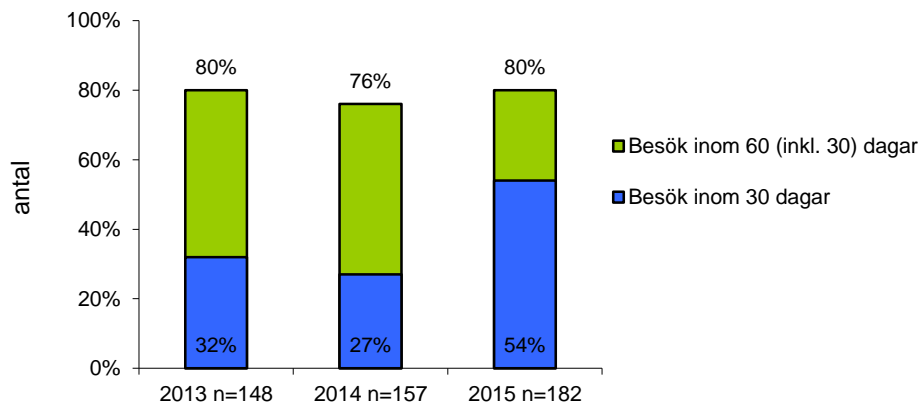
...är en modell utvecklad av Västerbottens läns landsting för att minska hjärt-kärlsjukdomar. Projektet startade 1984 med syfte att stödja mer hälsosamma vardagsvanor, påverka viktiga riskfaktorer och förebygga hjärtinfarkt, stroke och diabetes. Varje år erbjuds länets 40-, 50- och 60-åringar en hälsoundersökning på sin hälsocentral. Personer som visar sig ha behov av behandling för exempelvis högt blodtryck eller diabetes, slussas vidare till behandling inom primärvården eller beteendemedicin.



Figur 4. Antal inkommande remisser per år utifrån remittentens yrke.

Väntetider till besök och behandling

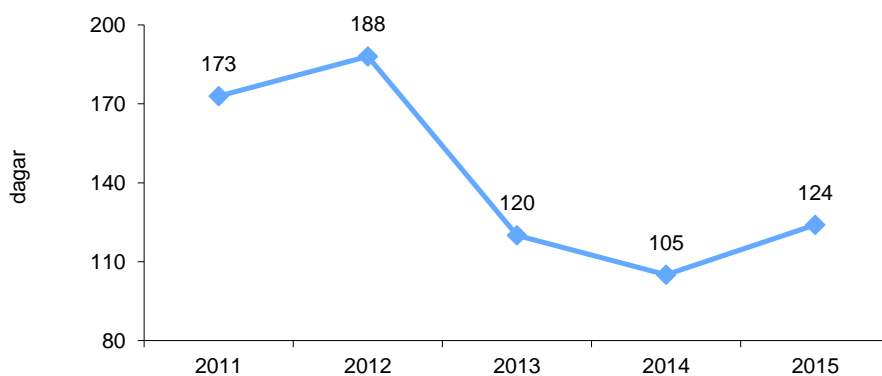
Åttio procent av de 182 patienter som bedömdes på beteendemedicin i Umeå under 2015 fick första läkar- eller teambesöket inom 60 dagar från remissdatumet. I medeltal väntade patienten 45 dagar på ett första besök till beteendemedicin i Umeå under 2015.



Figur 5. Andel patienter per år som har besökt beteendemedicin Umeå inom 60 dagar respektive 30 dagar från remissdatumet.

På Beteendemedicin är patienten delaktig i behandlingen och kan exempelvis själv påverka när hen vill påbörja behandlingen. Av dem som påbörjade behandling i Sorsele 2015 erbjöds hälften (51 procent) att starta tidigare än vad de själva valde att göra. I Umeå önskade nästan en fjärdedel (23 procent) att senarelägga sin programstart.

Sett ur ett längre tidsperspektiv, från 2011 och 2012, så har tiden från remissen skrevs till behandlingen började minskat rejält (figur 6). De som påbörjade behandling 2015 väntade drygt fyra månader i medianvärde, från det datum remissen skrevs tills behandlingen började.



Figur 6. Väntetid i dagar, medianvärde, från remissdatum till behandlingsstart för patienter som startat behandling respektive år.

Utvärdering del 2 - resultat 2015

Patienter som avslutat behandlingen under 2015

År 2015 avslutade 269 patienter sitt behandlingsprogram med så kallad ett-årsuppföljning på behandlingsenheten i Umeå eller Sorsele. Tabell 1 visar demografisk beskrivning av patientgruppen.

Nitton patienter som under behandlingsåret meddelade att de avbrutit behandlingen har exkluderats från analysen. Behandlingsresultat i de olika variablerna redovisas där patienten har registrerade värden både inför behandlingsstart och när behandlingen avslutades efter ett år. Bortfallet per variabel varierar mellan 14 till 23 procent

Resultaten redovisas som deskriptiv statistik, det vill säga som medel- och medianvärden, andel och antal. Paired sampled t-test har använts för att beräkna om skattning före och efter behandling är signifikant. När materialet inte har uppfyllt krav på normalfördelning och/eller kvotskala har Wilcoxon ranksummetest nyttjats. Signifikansnivån är satt till $p < 0,05$.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av patienterna innan behandlingsstart vid beteendemedicin (n=269). De 19 patienter som meddelade att de avslutade behandlingen är exkluderade

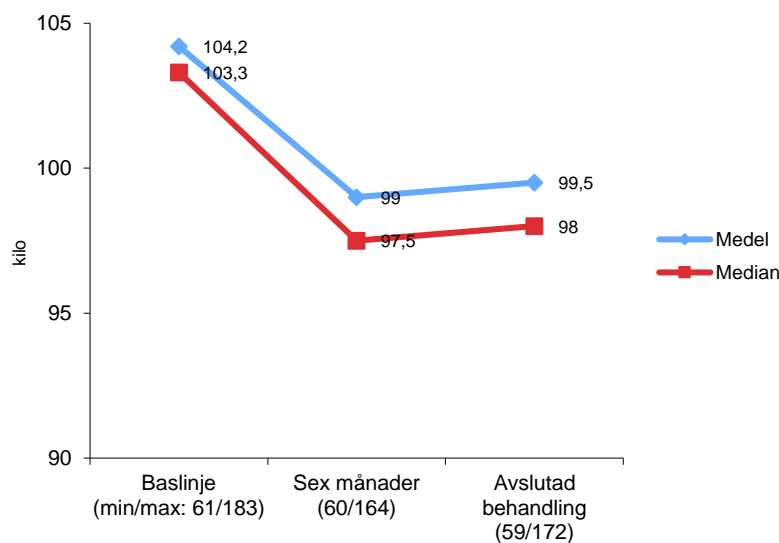
Medelålder (yngst-äldst) Äldre än 65 år Yngre än 30 år	51 år (17-73 år) 14 personer 11 personer
Kön	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % kvinnor (188 st) • 30 % män (81 st)
Avslutade studier (n=221) <ul style="list-style-type: none"> • Grundskola • Gymnasieskola • Eftergymnasial skola • Högskola eller universitet 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 % (27 st) • 38 % (83 st) • 21 % (47 st) • 29 % (64 st)
Typ av anställning (n=220) <ul style="list-style-type: none"> • Tillsvidareanställning • Tidsbegränsad anställning • Egen företagare • Ej anställd 	<ul style="list-style-type: none"> • 66 % (145 st) • 6 % (14 st) • 8 % (18 st) • 20 % (43 st)
Delar bostad med... (n=221) <ul style="list-style-type: none"> • ingen, bor själv • annan vuxen • barn • annan vuxen och med barn 	<ul style="list-style-type: none"> • 22 % (49 st) • 38 % (83 st) • 21 % (47 st) • 28 % (61 st)
Sjukskriven <ul style="list-style-type: none"> • av någon omfattning • heltid 	<ul style="list-style-type: none"> • 16 % (44 st) • 8% (22 st)

Skillnader efter behandling

De flesta går ner i vikt

Samtliga patienter hade övervikt eller fetma innan behandlingsstart och över hälften av patienterna (56 %) har fetma grad 2 eller 3. I medeltal var viktnedskningen under första året 4,2 procent vilket är en statistiskt signifikant minskning. Resultatet varierar från 25 procent viktminskning till 14 procent viktökning. Tre fjärdedelar hade minskat sin vikt vid avslutat behandlingsprogram. Andel som hade minskat sin vikt mer eller lika med fem procent var 37 procent. Ett intressant mönster framträder när man undersöker viktförändringarna över året:

Patienterna minskar i vikt framför allt under behandlingens första halvår varefter vikten stabiliseras och bibehålls under andra halvåret (figur 7). Detta mönster stämmer väldigt väl in på vad som framkommit i internationella översikter.^{14, 15}



Figur 7. Patienternas medel – och medianvikt vid behandlingsstart, efter halva behandlingstiden och vid avslutad behandling (n=207).

Midjemåttet minskar

Bukfettet kan orsaka större hälsoproblem än det fett som samlas på andra ställen på kroppen. Studier har visat att bukfetma kan sammankopplas med både hjärt-kärlsjukdom, demens, diabetes, cancer, högt blodtryck och benskörhet såväl som för tidig död.¹⁶

Bukfetma definieras som ett midjemått över 88 cm hos kvinnor. För män går gränsen vid 102 cm. För kvinnor kan redan ett midjemått på 80-88 cm innebära en ökad risk för framförallt hjärt-kärlsjukdom. För män anses ett midjemått på 94-102 cm innebära en ökad hälsorisk.

	Midjemått (cm)	
	Kvinnor	Män
Utmärkt (under...)	80	94
Gränsfall	80-88	94-102
För stort (över...)88102

Vid behandlingsstart hade de flesta (98 procent) ett för stort midjemått, men det minskade signifikant, med i genomsnitt fem och en halv centimeter, till ettårsuppföljningen.

¹⁴ Ebbert JO, Elrashidi MY, Jensen MD. Managing overweight and obesity in adults to reduce cardiovascular disease risk. *Curr Atheroscler Rep* 2014;16:445

¹⁵ Managing overweight and obesity in adults. Systematic evidence review from the obesity expert panel, 2013. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

¹⁶ Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health* 2009;9:88

Lägre halt skadligt blodfett

Det finns tre olika sorters blodfetter: LDL-kolesterol, HDL-kolesterol och triglycerider. Blodfetterna kan vara nyttiga eller skadliga, och för höga halter av de skadliga blodfetterna kan medverka till sjukdomar i kärl och hjärta.

LDL brukar kallas det farliga kolesterolet och kan enkelt sägas öka risken för åderförfattning. HDL å andra sidan brukar kallas för det goda kolesterolet som transporterar överflödigt kolesterol från kroppen till levern där det bryts ned och därigenom minskar risken för åderförfattning. Triglycerider är fett som lagras in i fettväven, och även i blodkärlen vid höga halter i blodet.

Under behandlingsprogrammet förbättrades HDL och triglycerider signifikant från behandlingsstart till avslutad behandling. För totalkolesterol och LDL sågs ingen signifikant förbättring av värdena vid programslut på gruppnivå (tabell 2).

Gränsvärden blodfetter (millimol per liter)

Totalkolesterol: Gränsen för en önskvärd halt är **5,0** och vid mycket hög risk för hjärt- och kärlsjukdomar **4,5**.

1. **HDL:** Skyddande effekt, bör inte vara lägre än **1,0**.
2. **LDL:** Bör vara **högst 3,0** och vid hög risk **2,5**.
3. **Triglycerider:** Tillverkas inte i kroppen som kolesterol, utan kommer från maten vi äter. Önskvärd nivå är **under 1,7**.

Tabell 2. Blodfettstyper och medelvärden n=232

	Bas	Avslut
Totalkolesterol	5,2	5,2
HDL	1,15	1,30*
LDL (n=219)	3,17	3,13
Triglycerider	1,95	1,65*

*Förändringen från basvärdet är signifikant.

De flesta har normalt fasteglukosvärde

Fasteglukos mäts för att diagnosticera och följa insulinresistens och diabetes. De flesta friska personer har ett fasteglukosvärde under 6,0 millimol per liter (mmol/l). Värden mellan 6,1 och 6,9 mmol/l anses förhöjda och kan innebära en ökad risk för diabetes. Värden ≥ 7 innebär att diagnosen diabetes kan ställas. Inför behandlingsstart uppgav 20 procent att de hade diabetes, så för dem redovisas inte fasteglukosvärdena eftersom de till stor del styrs av diabetesläkemedel (insulin och tabletter).

Bland dem som uppgav att de **inte hade diabetes** uppvisade de flesta (82 procent) normala fasteglukosvärden innan behandlingsstart och en femtedel förhöjda (tolv procent) eller sjukliga värden (sju procent). Vid avslutad behandling kunde ingen signifikant förbättring påvisas på gruppnivå när det gäller fasteglukosvärden men av de 22 patienter som hade förhöjda värden vid start uppvisade nio av dessa normala värden och för tretton patienter kvarstod ett för högt värde då behandlingen avslutades. Sett till hela gruppen förbättrade 41 procent sina fasteglukosvärden.

HbA1c, så kallat långtidssockerprov, är ett blodprov som ger ett mått på hur blodsockerhalten har legat de senaste två till tre månaderna innan provtagningen. Värdet bedöms förhöjt när det är mer än 41 mmol/mol för individer som är 50 år eller yngre och mer än 45 mmol/mol för de som är äldre än 50 år. Av de 47 patienter med förhöjt HbA1c vid baslinjen förbättrade 32 patienter (70 procent) värdet vid mätningen vid avslutad behandling.

Konditionen ökar

Fysisk aktivitet är bra för hälsan på många sätt och ett av de tre ben (förutom kost och stress) som behandlingsprogrammet står på. Tillräcklig kondition och kapacitet behövs för att klara av ett arbete och upprätthålla en god livskvalitet. På beteendemedicin används Åstrandstestet för att mäta förmåga att ta upp syre. Ett arbetsprov utförs på ergometercykel och testvärdet definieras som maximal syreupptagning i liter per minut delat med kroppsvikten. Ju högre testvärde desto bättre. Är värdet under 35 finns en ökad risk för ohälsa och för tidig död.

Ohälsorisk utifrån Åstrandstest

- 35 eller högre - ingen ökad risk för ohälsa
- 28-34 - ökad risk att utveckla eller förvärra diabetes, metabolt syndrom, tjocktarmscancer
- 23-27 - kraftigt ökad hälsorisk
- 20-22 - mycket kraftigt ökad hälsorisk

Kvinnorna hade i medeltal testvärde 23,3 inför behandlingsstart och männen 21,2. För männen förbättrades testvärdet med i snitt 23 procent och för kvinnor ungefär 9 procent. Andel patienter som hade testvärde under 28 poäng, det vill säga ”kraftigt ökad risk för ohälsa”, minskade från 82 procent till 67 procent.

Patientens egen skattning

Patienten skattade sitt eget mående före behandlingsstart och vid avslutad behandling genom frågeformulär (se följande faktaruta). Resultaten redovisas i tabell 4.

Depression och ångest mäts med Hospital Anxiety and Depression scale, HAD, (5). Delskalorna ångest och depression innehåller sju frågor var vilka skattas på en fyrgradig skala från noll till tre som sedan summeras till en totalpoäng på noll till 21 poäng. Resultatet indikerar var patienten befinner sig i sjukdomsförloppet. Enligt skalan för depression och ångest motsvarar upp till sju poäng normaltillstånd, 8-10 poäng mildt tillstånd, 11-14 poäng måttligt och från 15 poäng svårt tillstånd.

Stressbeteende mäts med Vardagslivets stress. Frågeformuläret består av 20 påståenden där patienten får ta ställning till hur hen reagerar eller hur det känns i vissa vardagssituationer. Skattningen görs på en fyrgradig skala från noll till tre poäng från ”Nästan aldrig” till ”Nästan alltid” som summeras från noll till 60 poäng. Ett högt värde indikerar ett mera uttalat stressbeteende. Skattning som innebär mer än 23 poäng för kvinnor och mer än 20 poäng för män brukar anges som gränsvärde för ett ohälsosamt beteende.

Utmattningsgrad mäts med Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, SMBQ. SMBQ mäter upplevd utmattningsgrad och innehåller 22 påståenden som besvaras på en sjugradig skala där ett betyder ”Nästan aldrig” och sju ”Nästan alltid”. Medelvärde för den sammanlagda summan är ett mått på utmattningsgraden. Ett högre medelvärde motsvarar en högre grad av utmattningsgrad. Referensvärdet som är mer än eller lika med fyra poäng används ofta kliniskt som en gräns för utmattningsgrad.

Mår bättre

Generellt förbättrades det allmänna måendet signifikant för patienter som deltagit i behandlingsprogrammet. Ängest- och depressionsnivåer förbättrades under behandlingstiden. Även stress i form av stressbeteende och reaktioner i vardagliga situationer förbättrades. Risk för utmattning eller utbrändhet minskade under behandlingstiden och andelen patienter som hade över kliniskt gränsvärde för utmattning, det vill säga mer än fyra poäng på skalan, minskade från 48 procent till 35 procent (tabell 3).

Tabell 3. Medelvärden för skattning före behandlingsstart och vid avslutad behandling (n=228). Grönt är normalvärde medan rött kan innebära risk för ohälsa. Gult är just över gränsvärdet.

	"Gränsvärde"	Bas (medel)	Avslutad behandling (medel)
Depression (HAD)	<=7 p	5,7 ●	4,1*●
Ängest (HAD)	<=7 p	7,2 ●	6,3*●
Stressbeteende (Vardagslivets stress)	<=22 p	20,0 ●	17,5*●
Utmattning (SMBQ)	<=3,9 p	4,0 ●	3,5*●

*Förändringen från basvärdet är signifikant.

Hälsorelaterade livskvaliteten ökar

Efter ett år förbättrades hälsoindex för 71 procent (154 av 216) av patienterna framräknat från hälsoenkät SF-36 i förhållande till behandlingsstartvärdet, och för drygt hälften (54 procent) av patienterna var förändringen mer än eller lika med 0,04. I medeltal förbättrades hälsoindex med nio procent för hela gruppen. Det indikerar en betydelsefull förbättring av gruppens hälsorelaterade livskvalitet.

Patienterna är nöjda

Uppföljning av patientnöjdhet på beteendemedicin sker genom ett formulär som innehåller frågor där patienten får ange i vilken grad hen instämmer med påståendena. Skalan är femgradig där ett betyder *instämmer inte alls* och fem är detsamma som *instämmer helt*. Vid behandlingseenheten i Umeå får patienten svara på frågorna efter bedömningsamtalen och i Sorsele i samband med att grundbehandlingens två veckor avslutas.

Samtliga patienter utom en skattade toppresultatet fyra eller fem när det gäller bemötande. Väntetiden upplevdes som acceptabel av 93 procent.

Samverkan och forskning

Samverkan över nivåer och i hela regionen eftersträvas

Beteendemedicins har en roll som kompetenscentrum inom landstinget gällande livsstilbehandling en viktig uppgift att bedriva klinisk forskning i samverkan samt vara en samordningsfunktion, en länk, för behandlingsinsatser inom fetmaområdet. Idag sker samverkan

Hälsoindex

Noll motsvarar död och ett betyder perfekt hälsa. Om hälsoindex ökar med mer än eller lika med 0,04 poäng anses det påvisa en betydelsefull förbättring av personens fysiska och psykiska hälsorelaterade livskvalitet. Det i sin tur kan minska risken för framtida sjukdom och för tidig död.

med hjärtcentrum, primärvård, psykiatrisk klinik (ätstörningsenheter och vuxenpsykiatri), medicinskt centrum, barn- och ungdomscentrum samt kirurgkliniken i Lycksele (fetmakirurgin). Ett välfungerande samarbete finns även med primärvårdens sköterskor genom Västerbottens hälsoundersökning (VHU) som remitterar patienter som har behov av intensiv livsstilsbehandling. Utbildningsinsatser genomförs regelbundet inom VHU och på sikt eftersträvar beteendemedicin ett samarbete med primärvården kring stöd, behandling och uppföljning av patienter som genomgått behandlingsprogrammet.

Samarbetet inom Norra Regionen bör fördjupas och ett tänkbart långsiktigt mål kan vara ett regionalt centrum för beteendemedicin/livsstilsmedicin. I dagsläget har endast Västernorrland ett livsstilsmedicinskt centrum medan Norrbotten och Jämtland står utan behandlingsresurser för intensiv livsstilsintervention.

Samverkan och samordning av behandlingsinsatser på flera nivåer måste fördjupas och vidgas för att möta ett multifaktoriellt och växande problem med fetma och de följsjukdomar som detta kan medföra. Hur sjukvården ska arbeta och samordna insatser för behandling och sjukdomsförebyggande åtgärder samt ge stöd åt hälsofrämjande folkhälsoarbete på bästa sätt är frågor som behöver lyftas och diskuteras vidare. Samverkan syftar till bästa möjliga omhändertagande av patienten, förebyggande av livsstilssjukdomar och kunskapsspridning.

Klinisk inriktad forskning bedrivs i samverkan

Beteendemedicin bedriver kliniskt inriktad forskning i samverkansprojekt inom fetmaområdet gällande prevention, behandling och utbildning. I dagsläget arbetar beteendemedicin med följande projekt:

- *Kraft - Kompetensutveckling och rådgivning för aktivitet, funktion och träning* är ett samarbetsprojekt med landstingets folkhälsoenhet och informatikenhet, Idrottshögskolan, Umeå universitet, Umeå kommun och Företagarna Umeå. Projektet syftar till att bygga upp en utbildning för vård, omsorg och aktörer inom den växande hälsosektorn för att främja kunskap kring fysisk aktivitet och hälsa genom arbetsmetodiken Fysisk aktivitet på recept, FaR.
- *VIPVIZA-studien* är ett samarbetsprojekt med hjärtcentrum, strokenheten och epidemiologen. Personer som genomgått hälsoundersökning inom ramen för VHU erbjuds en ultraljudsundersökning av halskärlen. Studien förväntas ge ny kunskap om hur man skall kunna effektivisera det förebyggande arbetet av hjärtkärlsjukdom.
- *PREMIUM* är ett samarbetsprojekt med hjärtcentrum och den psykiatriska kliniken. Kartläggning av riskfaktorer sker nu rutinmässigt inom psykiatrin och ett samarbete mellan landstinget och Umeå kommun (Socialpsykiatrin) pågår. Behandling av ett 50-tal personer med allvarligt psykisk sjukdom och med boendestöd har påbörjats. PREMIUM har även gett ringar på vattnet till andra landsting.
- *KNOTA - Stenålderskoststudien* är ett samarbetsprojekt med endokrinologsektionen vid medicinkliniken och kostvetenskap vid Umeå universitet där stenålderskost jämförts med nordiska näringsrekommendationer och hur risken för utveckling av fetma, diabetes, leverförfettning och hjärtkärlsjukdom påverkas.