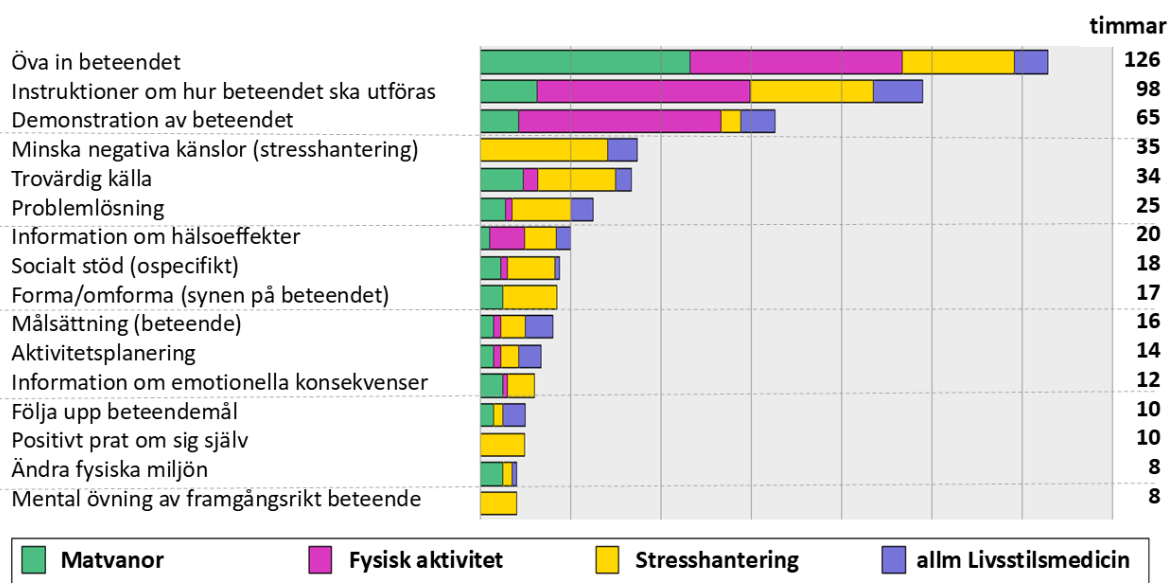


Evidens för behandlingarna på Livsstilsmedicin Österåsen

För modern, offentligt finansierad sjukvård har det blivit självklart att behandlingar som erbjuds ska ske i **enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet**. Behandlande enheter har krav på sig att ständigt uppdatera sig och anpassa utbudet utifrån det bästa tillgängliga vetenskapliga underlaget = **evidensbaserad medicin**. Avseende läkemedel och operativa ingrepp är risken för oväntade skadliga effekter både på kort och lång sikt så pass stort att det i regel krävs randomiserade kontrollerade studier (RCT) med lång uppföljningstid innan breddinförandet. **Följsamheten till bl. a läkemedels-behandling** inom sjukvården skiljer sig i regel avsevärd från de studier som låg till grund för att en behandling accepterats som effektiv [1]. Detta påverkar såväl kostnadseffektivitet som biverkningsprofil – något som man i praktiken ofta bortser ifrån. Vad gäller levnadsvanor finns det mycket goda kunskaper om hur hälsosamma levnadsvanor minskar risken för en lång rad åkommor. Levnadsvane-behandlingar riktar sig mot orsaken till dessa åkommor och sannolikheten för oväntade negativa effekter är mycket låg – tvärtom i regel är en förändring som anses hälsosam i ett avseende även gynnsam avseende flertalet andra åkommor. Till exempel förväntas en optimering av kosthållningen som minskar risken för hjärtinfarkt även ha gynnsam effekt avseende diabetes eller psoriasis. Att **förändra levnadsvanorna ställer däremot avsevärt högre krav på patienten** än att tacka ja till läkemedels-behandling eller operation varför det finns stort fokus på följsamhet. Med tanke på att kombinerade levnadsvanebehandlingar behöver anpassas till lokala, kulturella förutsättningar [2] är det givetvis omöjligt att genomföra randomiserade studier för varje specifika upplägg, däremot är det viktigt att följa de principer som visats optimera förutsättningarna för hållbara beteende-förändringar över tid .

Kombinerade levnadsvanebehandlingar har visats minska risken för insjuknande i typ 2 diabetes [3, 4], men även leda till förbättring vid bestående diabetessjukdom [5] och kranskärslsjukdom [6]. För patienter med komplex problematik avseende stressrelaterad ohälsa och långvarig smärta är kombinerade levnadsvanebehandlingar i multiprofessionella team en vedertagen behandlingsmodell [7, 8]. Upplägg med **gruppbehandling** har fördelar jämfört med enskilda möten till exempel avseende metabol kontroll vid diabetes och andra kroniska åkommor [9-11]. Ett **coachande arbetssätt** (dvs

Beteendeförändringstekniker på Livsstilsmedicin Österåsen med största exponeringen:

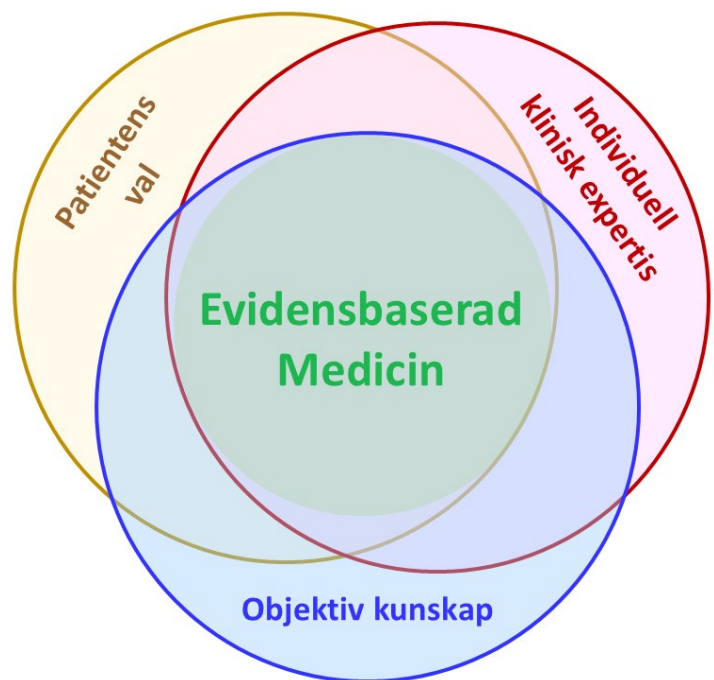


hjälp till självhjälp) vid levnadsvanebehandlingar har en rad fördelar jämfört med den traditionella modellen med ordination / rekommendation [12, 13].

Behandling i internatform har visats gå med mindre risk för förtida avhopp från behandlingen hos kvinnor [14]. Behandlingar mot stressrelaterad ohälsa med långtidseffekt har skett på internat [7]. I tidigare utredningar av Livsstilsmedicin Österåsen har extern expertis intygat hög medicinsk kvalitet för patienter med komplex problematik, bestående effekt på gruppnivå under åtminstone 2 år och kostnadseffektivitet [15] samt att det inte finns några hållpunkter för att regionen skulle kunna få mer hälsa för pengarna om nuvarande upplägg med behandlingar i internatform förändrades till ett mer "decentralt arbetssätt" som t ex att sprida ut kompetensen från Österåsen till olika mottagningar [16].

Kombinerade levnadsvanebehandlingar på Livsstilsmedicin Österåsen följer en behandlingsmodell som i en svensk kontext visats förbättra patientens förutsättningar för att ta ett ökat ansvar för sina levnadsvanor [17]. I en randomiserad kontrollerad studie visade samma modell god effekt vid prediabetes på upp till 5 år [18]. Uppföljningsträffar, i syfte att förlänga effekten ytterligare har införts. En studie från 2024 visade att kombinerade levnadsvanebehandlingar på Livsstilsmedicin Österåsen exponerar patienterna för ett stort antal **beteendeförändringstekniker**, däribland 19 av de 22 som anses mest effektiva på att åstadkomma hållbara beteendeförändringar [19, 20]. Forskning pågår, om hur behandlingen ytterligare kan förbättras genom att individanpassa de tekniker som kommer till användning. **Mindfulness - tekniker** har visats vara effektiva vid stressrelaterad ohälsa [21], långvarig smärta [22] och emotionellt ätande vid obesitas [23]. **ASSIP** (Attempted Suicide Short Intervention Program), som tilläggsbehandling till ordinarie psykiatrisk vård efter en suicidal kris har visats minska risken för en ny sådan med 80% [24] och betydelsen av patientens personliga berättelse vid behandling av suicidala kriser lyfts fram även i ett svenskt perspektiv [25].

'... evidensbaserad medicin är inte "kokboksmedicin". Eftersom den kräver en individcentrerad-strategi som integrerar det bästa tillgängliga objektiva kunskapsunderlaget med individuell klinisk expertis utifrån patientens val ...' [26].



1. Cohen, A.T., et al., *Why do we need observational studies of everyday patients in the real-life setting?* European Heart Journal Supplements, 2015. Vol. 17(suppl_D): pp. D2-D8.
2. Barrera, M., Jr., et al., *Cultural adaptations of behavioral health interventions: a progress report.* J Consult Clin Psychol, 2013. Vol. 81(2): pp. 196-205.
3. Tuomilehto, J., et al., *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.* N Engl J Med, 2001. Vol. 344(18): pp. 1343-50.
4. Knowler, W.C., et al., *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin.* N Engl J Med, 2002. Vol. 346(6): pp. 393-403.
5. Lean, M.E., et al., *Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial.* Lancet, 2018. Vol. 391(10120): pp. 541-551.

6. Ornish, D., *Avoiding revascularization with lifestyle changes: The Multicenter Lifestyle Demonstration Project*. Am J Cardiol, 1998. Vol. 82(10B): pp. 72T-76T.
7. Nygren, A., et al., *Internatbehandling hjälper lärare med utmattningssyndrom tillbaka i arbete - en kontrollerad studie av rehabilitering i internatform*. Lakartidningen, 2019. Vol. 116.
8. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta, SBU rapport nr 341*. 2021.
9. Trento, M., et al., *Group Visits Improve Metabolic Control in Type 2 Diabetes: A 2-year follow-up*. Diabetes Care, 2001. Vol. 24(6): pp. 995-1000.
10. Patel Saxena, S., *Leveraging Time With Lifestyle-Based Group Visits*. Am J Lifestyle Med, 2016. Vol. 10(5): pp. 330-337.
11. Parikh, M., et al., *Characteristics and Components of Medical Group Visits for Chronic Health Conditions: A Systematic Scoping Review*. J Altern Complement Med, 2019. Vol. 25(7): pp. 683-698.
12. Frates, E.P., et al., *The Art and Science of Group Visits in Lifestyle Medicine*. Am J Lifestyle Med, 2017. Vol. 11(5): pp. 408-413.
13. Matthews, J.A., et al., *Supporting Sustainable Health Behavior Change: The Whole is Greater Than the Sum of Its Parts*. Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes, 2024. Vol. 8(3): pp. 263-275.
14. Krachler, B., et al., *Intensive lifestyle intervention for cardiometabolic prevention implemented in healthcare: Higher risk predicts premature dropout*. Am J Lifestyle Med, 2024. Vol.
15. Anger, G. and P.A. Flordal, *Österåsens Hälsohem - Verksamhet och konkurrensneutralitet*. 2014. p. 46.
16. Regionledningsförvaltningen Region Västernorrland, *Förstudie Livsstilsmedicin, Dnr 20RS8336*. 2021. p. 31.
17. 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. Vol. 20(3): pp. 378-84.
18. 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. Vol. 37(4): pp. 434-42.
19. Englund, A., J.N. Sommar, and B. Krachler, *The behaviour change technique: Profile of a multimodal lifestyle intervention*. Lifestyle Medicine, 2024. Vol. 5(1): pp. e97.
20. Michie, S., et al., *Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data)*. Health Technol Assess, 2015. Vol. 19(99): pp. 1-188.
21. Niazi, A.K. and S.K. Niazi, *Mindfulness-based stress reduction: a non-pharmacological approach for chronic illnesses*. N Am J Med Sci, 2011. Vol. 3(1): pp. 20-3.
22. Hilton, L., et al., *Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis*. Ann Behav Med, 2017. Vol. 51(2): pp. 199-213.
23. Dunn, C., et al., *Mindfulness Approaches and Weight Loss, Weight Maintenance, and Weight Regain*. Curr Obes Rep, 2018. Vol. 7(1): pp. 37-49.
24. Gysin-Maillart, A., et al., *A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)*. PLoS Med, 2016. Vol. 13(3): pp. e1001968.
25. Nyberg, U., *Suicidprevention – prognosen är god om hjälpen erbjuds i tid*. Lakartidningen, 2025. Vol. 121(44-45).
26. Sackett, D.L., et al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ, 1996. Vol. 312(7023): pp. 71-2.