



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

OBESITASKIRURGI OCH PSYKISK HÄLSA

Lisa Magnusson

Sari Lukkarila

| | |
|-------------------------|-----------------------------------------|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp Sjuksköterskeprogrammet 180 hp |
| Program och/eller kurs: | OM5250 Examensarbete i omvårdnad |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2015 |
| Handledare: | Margareta Warrén Stomberg |
| Examinator: | Zahra Ebrahimi |

| | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Titel (Svensk): | Obesitaskirurgi och psykisk hälsa |
| Titel (Engelsk): | Obesity surgery and mental health |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet 180 hp OM5250 Examensarbete i omvårdnad |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht 2015 |
| Författare | Lisa Magnusson & Sari Lukkarila |
| Handledare: | Margareta Warrén Stomberg |
| Examinator: | Zahra Ebrahimi |

Sammanfattning:

Obesitas är ett av dagens största folkhälsoproblem och andelen människor med obesitas har i många länder tredubblats sedan 80-talet. Detta tillstånd ökar risken för ett antal följsjukdomar som till exempel diabetes och högt blodtryck. En behandlingsmetod som tillämpas för personer med mycket stor övervikt är obesitaskirurgi, där man genom att modifiera magsäcken minskar personens möjlighet till födointag vilket leder till stor viktneidgång. Personer som har obesitas är en utsatt grupp i samhället som diskrimineras på grund av sin vikt och många mår dåligt psykiskt av sin övervikt. Syftet med uppsatsen var belysa patientens psykiska hälsa över tid efter obesitaskirurgi. Metoden som valdes för detta var litteraturoversikt, eftersom författarna ville få en inblick i vad forskningen visar inom detta område. Analysen resulterade i en kategori *Psykisk hälsa över tid efter obesitaskirurgin* där den psykiska hälsan presenteras efter hur många år efter operationen uppföljningen skett. I resultatet framkom det att kvinnor varit överrepresenterade i alla studier och att medelåldern var 41,3 år. I den postoperativa perioden upptäcktes en skillnad i psykisk hälsa efter lång respektive kort uppföljningstid. I den initiala postoperativa fasen förbättrades de psykiska parametrarna för att efter ett år börja plana ut och vid nio till tio år vara jämförbara med eller på lägre nivå än vid basmätningen. Resultatet i de flesta studierna visade att många patienter hade psykisk problematik såväl innan operationen som i varierande grad postoperativt och att minskat BMI framför allt var relaterat med förbättrad fysisk- men inte psykisk funktion. Därför finns ett behov av vidare forskning om hur vården kan fånga upp och hjälpa dessa patienter på bästa sätt.

Nyckelord: Obesitas, obesitaskirurgi, psykisk hälsa, postoperativ uppföljning

Innehållsförteckning

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Hälsoeffekter | 2 |
| Fysiska | 2 |
| Psykiska | 2 |
| Hälsa och lidande | 3 |
| Behandling | 3 |
| Kirurgi..... | 4 |
| Omvårdnad | 4 |
| Sjuksköterskans roll | 4 |
| Preoperativ omvårdnad | 5 |
| Postoperativ omvårdnad..... | 5 |
| Rutiner gällande uppföljning | 6 |
| Problemformulering | 6 |
| Syfte | 6 |
| Metod | 7 |
| Litteratursökning | 7 |
| Informationskällor | 7 |
| Avgränsningar, val av sökord och metod | 7 |
| Kvalitetsgranskning | 8 |
| Etiskt ställningstagande | 8 |
| Analys | 8 |
| Resultat..... | 8 |
| Psykiska hälsan över tid efter obesitaskirurgi | 8 |
| Patientkaraktäristika..... | 8 |
| Psykisk hälsa det första postoperativa året | 9 |
| Psykisk hälsa ett till fyra år postoperativt | 10 |
| Psykisk hälsa efter fyra till tio år postoperativt | 10 |
| Diskussion | 11 |
| Metoddiskussion | 11 |
| Resultatdiskussion | 12 |
| Förändringar i psykisk hälsa över tid..... | 12 |
| Patientkaraktäristiska | 14 |
| Klinisk tillämpning..... | 15 |
| Slutsats | 15 |
| Referenslista | 16 |
| Bilaga 1 – Söktabell | |
| Bilaga 2 – Granskningsprotokoll | |
| Bilaga 3 - Artikelöversikt | |

Inledning

Obesitas är ett av de största folkhälsoproblemen idag i Europa och ökar epidemiartat: antalet människor med obesitas har i många länder tredubblats sedan 80-talet. Ju större övervikt en person har desto större risk åligger att personen utvecklar följsjukdomar såsom kardiovaskulära sjukdomar, diabetes och cancer. På grund av detta bör myndigheter arbeta mot att hindra denna epidemi genom öka tillgängligheten till hälsosam mat och möjligheten till fysisk aktivitet (WHOa, 2015).

En behandlingsmetod mot obesitas är att på kirurgisk väg minska möjligheten till födointag; obesitaskirurgi. Detta är en drastisk metod som räddar livet på patienter med grav problematik och minskar risken för kroniska följsjukdomar. Bland svenska kirurger finns både de som stödjer obesitaskirurgin och de som är kritiska mot behandlingen och anser det vara oetisk att på kirurgiskt sätt behandla en välfärdssjukdom och beteendestörning (Järhult, Offenbartl, & Wilhelmsson, 2006). Menzo, Szomstein & Rosenthal, (2015) sammanfattar att obesitaskirurgi är en effektiv behandling mot obesitas som under senaste tre decennier har ökat explosionsartat tack vare den nya tekniken som möjliggör laparoskopis operation. De förklarar också att kirurgisk behandling ger en signifikant viktning som är bestående.

Det som väckte intresse att skriva uppsats om obesitaskirurgi och psykiskt mående var att övervikt och obesitas är ett väl debatterat ämne i samhället idag. Svensk media skriver ofta om den galopperande ökningen av obesitas och detta folkhälsoproblem diskuteras ständigt. I livsstilsmagasin finns det sida vid sida artiklar med viktminskningstips och artiklar om att tycka om sin kropp som den är.

Båda författarna har tidigare arbetat som undersköterska och upplever att människor med obesitas blir utpekade och nedvärderade inom vården och samhället, enbart på grund av deras kroppsstorlek och funderar på om detta kan leda till ett psykiskt illabefinnande. Som blivande sjuksköterskor kommer båda författarna möta dessa patienter i arbetslivet. Därför anses detta arbete kunna belysa hur sjuksköterskan kan bidra till bättre välbefinnande hos dessa patienter genom att ha kunskap om hur operationen och den medförande viktning påverkar psykiska välbefinnandet.

Bakgrund

En mätmetod som är relevant i sammanhang med obesitas är BMI (Body Mass Index) vilken används för att mäta kroppsmasseindex. BMI räknas ut genom att ta kroppsvikten i kilo delat med längden i kvadrat. Ett BMI under 18,5 innebär undervikt, 18,5- 24,9 normalvikt, 25- 29,9 övervikt och 30 och uppåt obesitas (WHO, 2015). BMI är dock inte det enda sättet att klassificera övervikt. Det går också att se på etiologiska, anatomiska och funktionella faktorer. Etiologiska faktorer som påverkar kroppsvikten är till exempel personens miljö där hon/han befinner sig samt personens livsstil och arv. De anatomiska faktorerna är distributionen av fett på olika delar av kroppen, hur mycket fett finns det i kroppen procentuellt och vart i kroppen har det ansamlats mest. Funktionella faktorer är mätbara riskbedömningar, som BMI och midjemått (Zethelius & Hänni, 2009).

De begrepp som används i litteraturen för att beskriva en persons kroppsmassa är "övervikt", "fetma" och "obesitas". En person anses vara överviktig då BMI ligger mellan 25 och 29,9. Fetma och obesitas är synonymer till varandra och innebär ett BMI på över 30. I denna

uppsats valdes orden "övervikt" och "obesitas" ut för att beskriva en persons kroppssammansättning. Detta motiveras med att obesitas är en medicinsk beskrivning och upplevs av författarna som mindre laddad än ordet "fetma".

Hälsoeffekter

Fysiska

Obesitas är associerat med ökad risk för hypertoni, dyslipidemi, kardiovaskulära sjukdomar, typ två diabetes, stroke och för tidigt död (Brown & Kuk, 2014 & Goyal, Nimmakayala & Zonszein, 2014). Brown et al. (2014) problematiserar relationen mellan obesitas och somatiska sjukdomar. De beskriver att det idag råder ett paradigmsomskiften som menar på att obesitas utgör en risk för hälsan och att det går att återfå sin hälsa genom att gå ner i vikt. Dock har det under den senaste tiden gjorts studier som visat på att inte alla människor drabbas negativt av sin vikt och att viktneigung inte alltid främjar hälsa på ett önskvärdt sätt. I de studier Brown et al. (2014) och Goyal et al. (2014) granskat i sina översiktsartiklar framkommer det att patienter som har kardiovaskulära sjukdomar, diabetes typ två och obesitas har lägre mortalitet jämfört med normalviktiga människor med samma sjukdomar. Detta tyder på att även om obesitas är en stor riskfaktor för dessa sjukdomar så är överlevnadschanserna bättre för patienter med obesitas.

Beroende på vilken typ av obesitas personen har påverkas hälsan olika enligt Brown et al. (2014). Hos personer som utvecklat obesitas redan i barndomen, i vuxen ålder eller gått upp och ner i vikt i intervaller under sina liv (s.k. jojobantning) påvisades negativa konsekvenser för hälsan och högre mortalitet än hos de som blivit överviktiga vid äldre ålder eller varit vältränade. Att jojobanta ger negativa konsekvenser, men för att ta reda på om det är bättre för kroppen att ha kvar sin obesitas eller att banta krävs mer forskning. Brown et al. (2014) beskriver vidare att inte alla individer med obesitas drabbas av negativa fysiska hälsoeffekter, såsom äldre, metaboliskt friska och de som har bra kondition. Goyal et al. (2014) belyser att människor med obesitas är en heterogen grupp som enbart blivit kategoriserade med hjälp av BMI till icke-obesitas och obesitasgrupper utan att ta hänsyn till andra faktorer som typen av obesitas, metabolisk hälsa och graden på inflammation i kroppen, vilka alla spelar roll i patofysiologin vid insulinresistens.

Att obesitas inte är ett benigt tillstånd är forskarna eniga om i dag, men de vill lyfta upp ämnet att obesitas har en komplex patofysiologi som bör beforskas mer (Brown et al. 2014 & Goyal et al. 2014).

Psykiska

Lunner (2009a) skriver att man i flera studier sett ett samband mellan obesitas och depressiva symtom. Det är svårt att fastställa vad som föranleder vad, då depression utgör en risk att utveckla obesitas och obesitas en risk att utveckla depression. Man har däremot sett att depression hos människor med obesitas försvårar följsamhet och motivation vid försök till viktminskning. Vidare beskriver Lunner (2009a) att depression hos personer med obesitas har högre prevalens hos kvinnor och att detta kan vara av anledning att kvinnor har högre förväntningar på sig gällande kropps- och skönhetsideal.

Ghaderi (2009) förklarar att det idag råder ett smalhetsideal som leder till stigmatisering av överviktiga personer i vårt samhälle. Detta ideal gör att de kan känna sig nedvärderade i många sammanhang, men också att de nervärderar sig själva. Detta fenomen grundar sig i att alla är en del av och påverkas av den samhällskontext de befinner sig i. Personer som har en

dysfunktionell kroppsuppfattning tenderar att se ner på sig själv och ser sig själva som odugliga. Detta kan leda till att en person med denna typ av problematik börjar undvika vissa situationer och isolerar sig från sin omgivning eftersom kroppen blir ett hinder för att göra det man egentligen velat göra. Detta leder till ännu sämre psykiskt mående eftersom om man ser på sin kropp med ett negativt synsätt kan det få till följd att man ser hela sig själv på ett negativt sätt. På grund av detta bör viktminskning inte ses som en isolerad och enkel fråga där det bara handlar om födointag och fysisk aktivitet, utan som en komplex process som i mångt och mycket styrs av hur livet ser ut i övrigt.

Hälsa och lidande

Inom humanistiska perspektiv, utifrån vilket sjuksköterskan arbetar, är hela människan i fokus, människan ses som helhet med kropp, själ och ande. Hälsa ses som en process och inget som människan antingen har eller inte har. Det salutogena synsättet av hälsa med begreppet KASAM av Antonovsky är ett exempel på humanitärt perspektiv. KASAM betyder känslan av sammanhang i tillvaron och har tre delbegrepp begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Ohälsa kan ses som sänkt förmåga till KASAM (Willman, 2009). Gustin, 2014 sammanfattar att sjuksköterskan huvudområde i sitt arbete är att stärka, främja och bevara hälsa, vilka är centrala i det salutogena synsättet. Vidare skriver hon att hälsa är relaterad till lidande. Lidande är en faktor som hotar hälsan. Det finns olika typer av lidande; sjukdom-, livs- och vårdlidande. Människan lider av olika, personliga anledningar och lidandet ger olika uttryck hos människor. Gustin, 2014 problematiserar att eftersom människan har genom tiderna utvecklats från att ha sitt mål att enbart överleva till att dagens samhälle vara delaktig i social gemenskap ser lika viktigt som överlevnad, detta gör att lidandet kan vara kopplat även i situationer och tillstånd där människans delaktighet i olika sammanhang är hotat, när personen känner sig utanför och diskriminerat. Än idag är vissa sjukdomar och tillstånd stigmatiserade på grund av kulturella uppfattningar. Stigmatisering leder till försämrat delaktighet i gemenskap och därav till ohälsa hos den drabbade personen vilket kan ge uttryck i olika symtom både kroppsliga, som smärta eller som psykiska i form av ångest och depression. Lunner (2009b) förklarar att obesitas i det samhälle vi lever i är starkt stigmatiserat och att människor med obesitas i stor utsträckning diskrimineras. Det har framkommit att obesa individer i mindre omfattning får anställning än de som är normalviktiga, även om ingen skillnad finns i personernas kompetens. Man har också sett att det i samhället finns en fördom om att obesa människor är latare och mindre kompetenta och att sjukvårdspersonal har en uppfattning om att överviktiga har sämre compliance till olika behandlingar. Tomiyama (2014) skriver om viktrelaterad negativ stigmatisering som ett synligt fenomen men lite studerat. Stigmatisering på grund av vikt är mer acceptabelt än rasism, sexism och andra typer av fördomar och är allmänt mer förekommande. Forsberg (2012) betonar att sjukvårdspersonalen bör arbeta med sina egna attityder och fördomar kring obesitas, eftersom det förekommer patientbeskrivningar om dålig bemötande från vårdgivarens sida.

Behandling

Vid behandling av obesitas är det enligt Ericson & Ericson (2012) eftersträvansvärt att ha långsiktiga och realistiska mål. Patienten behöver göra en stor livsstilsförändring, vilket ofta gör att han/hon på vägen råkar ut för motgångar i form av viktuppgång. Sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa patienten med detta då det oftast är hon eller han som har hand om den

polikliniska kontakten och utför diverse kontroller. Eftersom sjuksköterskan är den som träffar patienten mest har den också en stor roll i att stötta och uppmuntra patienten på vägen. Vidare beskriver Ericson & Ericson (2012) att ett kirurgiskt ingrepp för att hindra födointag genom att operera magsäcken är en metod som bara används vid mycket stor övervikt, där risken för framtida komplikationer på grund av fettöverskottet överväger risken för operation. Vid mindre extrema fall ligger fokus på förändrade kostvanor, motion och i vissa fall läkemedelsbehandling. För att kunna förändra sina kostvanor kan patienten föra kostdagbok och med hjälp räkna ut kaloriinnehåll och få en bättre bild av sina ätmönster. De typer av kost som rekommenderas är att till exempel följa tallriksmodellen eller att räkna glykemiskt index. Regelbunden fysisk aktivitet (20-30 minuter om dagen) bidrar till minskning av kroppsvikten på grund av att det ökar energiförbrukningen. Medicinsk behandling av obesitaspatienter tillämpas inte speciellt ofta. Detta beror på att de biverkningar tidigare mediciner har gett är alldeles för stora. Det finns dock enstaka mediciner, men dessa kan inte användas långsiktigt på grund av biverkningar.

Kirurgi

Det första försöket till att förkorta den funktionella tarmkanalen i terapeutiskt syfte mot obesitas är rapporterad 1954 då studier gjordes på hundar (Smith, Pories & MacDonald, 2000). Operationer mot obesitas som utförts på människor finns dokumenterade sedan 1956. De första operationerna gick ut på att göra en intestinal bypass som innebär att det mesta av tunntarmen och en del av kolon bortkopplas från matsmältningskanalen. Patienterna gick ner i vikt dramatiskt men biverkningarna av operationen var allvarliga och vissa patienter avled till följd av dessa. Först 1966 introducerades gastric bypass av Mason & Ito (1969). Syftet med gastric bypass var att förhindra födointag istället för absorptionen av näring. Olika metoder för att utföra gastric bypass adapterades snabbt efter att studier konfirmerat att denna metod var tryggare, men lika effektiv som intestinal bypass (Smith et al., 2000).

Enligt Sundbom (2013) finns det i Sverige en längre tradition av obesitaskirurgi till än i andra skandinaviska länder där det tidigare bara utförts ett fåtal operationer. Den dominerande operationsmetoden inom obesitaskirurgi i Sverige är enligt SOReg (2014) gastric bypass. Under de senaste åren har dock en operationsmetod kallad gastric sleeve ökat mycket och var sjätte operation utförs med denna metod. Operationsmetoder, som gastric bandning har enligt årsrapporten nästan helt upphört. De operationsmetoder som utvecklats genom åren utförs enligt Smith et al. (2000) på olika sätt, men har alla samma syfte: att minska magsäcken och därmed begränsa matintaget.

Omvårdnad

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans roll i verksamheten är enligt den etiska koden för sjuksköterskor ICN (International Council of Nurses) att arbeta främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande (Vårdförbundet, 2015). För att kunna arbeta enligt etiska koden måste sjuksköterskan ha kunskap om vad hälsa är, vad som leder till ohälsa och lidande. Det finns lagar som styr sjuksköterskans arbete där Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763) är övergripande och ger juridiska ramar för sjuksköterskans arbete. Enligt HSL ska sjuksköterskans arbete ha hälsa som mål och behandla alla människor med lika värde. Vård ska baseras på beprövat erfarenhet och det är frivilligt för individen.

Ekman et al. (2011) presenterar ett paradigmskifte i form av personcentrerad vård. Personcentrerad vård innebär att patientens individuella berättelse om sin sjukdom bör ses som en lika viktig del av vården som standardiserade och evidensbaserade metoder. Personcentrerad vård har visat sig förbättra överensstämmelsen mellan sjuksköterska och patient gällande vårdplan, resultat och tillfredsställelse hos patienten. Ekman et al (2011) ger tre olika tillvägagångssätt hur en sjuksköterska kan tillämpa personcentrerad vård; Patientberättelse - beskriver vikten av att låta patienten berätta själv om hur hon eller han upplever sin sjukdom och vilka behov patienten har. På detta sätt förstår patienten att det hon/han säger har en betydelse för sjuksköterskan och annan vårdpersonalen. Gemensamt beslutstagande - belyser vikten av att ta beslut i samråd mellan patient och vårdgivare och diskutera vad som ska ske härnäst. Dokumentera patientberättelsen - Understryker att patientens berättelse om sin sjukdom ska betraktas som lika viktig del av dokumentationen som till exempel laboratoriska resultat och vitalparametrar.

Preoperativ omvårdnad

De personer som läggs in inför obesitaskirurgi får omvårdnadsdiagnosen *Malnutrition- mer än kroppsbehovet*. Gemensamt för dessa patienter är att deras BMI är över 35. Den vårdavdelning där patienterna vårdas inför och efter operationen ska vara anpassad för deras behov. Denna patientgrupp har en större kropp och behöver sängar, stolar och kläder anpassade efter dem. Personalen bör ha med sig kunskap om att dessa patienter ofta har erfarenhet av dåligt bemötande på grund av hur deras kropp ser ut, därför är en väl anpassad miljö och bra bemötande viktiga för att grunda en bra relation. Sjuksköterskans roll är att möta patientens behov och samordna möte med andra yrkesgrupper som fysioterapeut, dietist, anesthesiolog och kirurg som ska planera inför operationen. Sjuksköterskan informerar patienten om den preoperativa duschen och försäkrar att patienten klarar av att göra det själv eller att hon eller han får hjälp med detta (Forsberg, 2012).

Postoperativ omvårdnad

Forsberg (2012) skriver operationen nästan alltid utförs laparoskopis, vilket i sig betyder att risken för komplikationer är mindre än vid öppen kirurgi. Sjuksköterskans roll är att vara medveten om vilka komplikationer som kan inträffa och observera tidiga tecken på dessa. Denna patientgrupp har en större risk för vissa komplikationer på grund av sin övervikt, till exempel djup ventrombos eller lungemboli. Stor risk för trycksår efter operationen föreligger eftersom patienten har legat stilla på operationsbordet och har en stor kroppsvikt. Sjuksköterskan bör också observera patientens vitalparametrar, diures och hemoglobinvärde. Andra komplikationer som är möjliga vid laparoskopis gastric bypass är anastomtomsläckage, postoperativ blödning, inre herniering, gastrit-ulcus, gallsten samt metabola komplikationer. Basal omvårdnad, mobilisering och andningsträning postoperativt grundstenar i omvårdnadsarbetet, vilket tillräcklig smärtlindring möjliggör. Det ligger på sjuksköterskans ansvar tillsammans med ansvarig läkare att se till att patienten är tillräckligt smärtlindrad. Patienten bör ligga i hjärtläge de första dagarna efter operationen, för att underlätta andningen och får börja dricka vatten redan en dag efter operationen, men försiktigt och i små mängder. Vid hemgång ska han/hon kunna dricka 1,5 liter. Det är viktigt för sjuksköterskan att informera patienten att den kan uppleva fysiska symtom som hjärtklappning, kallsvett och matthet när han/hon börjar äta igen, detta kallas för dumping. Det är också vanligt att må dåligt av söt eller fet mat. Patienten ska få kostråd och instruktioner om matintag, vitaminer och mineraler av dietist.

Rutiner gällande uppföljning

SOReg (2015) sammanfattar hur den postoperativa uppföljningen ser ut i Sverige i sin årsrapport från 2014. Målet med uppföljningen är att övervaka fysiologiska faktorer, följa vikten samt utvecklingen av de möjliga sjukdomar patienten har sedan tidigare. Uppföljningen ska fungera som ett stöd i livsförändringar och professionellt stöd bör erbjudas.

Nästan alla av Sveriges kliniker som är med i registret hade en god uppföljning av det tidiga postoperativa skedet som är upp till sex veckor postoperativt där i snitt 94 % av patienter uppföljdes. Uppföljningsandelen sjönk till 85 % ett år postoperativt och till endast 63,7% vid tvåårsuppföljningen. Det finns stor spridning mellan hur klinikerna uppföljer patienter. Det anses vara rimligt att uppföljningen sköts av kliniker där obesitaskunnig personal finns till och med två år postoperativt. Att ha femårsuppföljning är ett mål som har förts in för att förbättra uppföljningen av patienter och att få mer kunskap om de långsiktiga effekterna av obesitaskirurgi. Detta är en utmaning för svensk obesitaskirurgi och registret har inte tillförlitliga siffror angående femårsuppföljning som ligger på ungefär 51,3% i riket bland patienter som har blivit opererade mellan 2007- 09.

Royse et al. (2010) introducerar i sin studie en skala som vården kan använda vid postoperativ uppföljning. Den tar upp sex domäner, fysiologiska, nocieptiva, emotionella, aktiviteter i det dagliga livet, kognitiv och allmänt patientperspektiv. Den emotionella domänen utvärderar ångest och depression hos patienten. Denna typ av skala är lätt för vårdpersonalen att använda, eftersom skalan är kort men ändå tillräckligt komplex för att mäta återhämtning och går att använda vid flera tillfällen under det postoperativa vårdförloppet.

Problemformulering

Ökad förekomst av obesitas i befolkningen, ökad obesitaskirurgi och korta vårdtider, då det mesta av återhämtningen sker i hemmet, gör det angeläget att undersöka hur patienter mår efter operationen. Patientens anatomi och fysiologi ändras permanent efter operationen och påverkar inte bara deras kroppsvikt utan även ätbeteendet och många gånger även levnadssättet.

Obesitaskirurgi ger signifikant och bestående viktnedgång, vilket gör att personerna mår fysiskt bättre efter operationen än innan på grund av att de vanligen blir förbättrade från fysiska sjukdomar som är associerade med obesitas. Litteraturen ofta beskriver enbart det somatiska konsekvenser som positiva som bidrar till ökat hälsa hos personen efter obesitas kirurgi men lika mycket vikt läggs inte på hur viktnedgången påverkar den psykiska hälsan. Sjuksköterska träffar dessa patienter ute i verksamheten vid olika tidpunkter och inte enbart direkt postoperativt, därför blev det intressant att undersöka hur obesitas kirurgin påverkar den psykiska hälsan över tid, från operationen till flera år efter.

Syfte

Att belysa patientens psykiska hälsa över tid efter obesitaskirurgi.

Metod

Den metod som valdes var litteraturöversikt. Enligt Friberg (2012) har en litteraturöversikt som syfte att ge en överblick och beskrivning över hur befintlig forskning ser ut inom ett visst område. I analysen användes en kvalitativ och flera kvantitativa artiklar som granskades och framställdes i översikten.

Litteratursökning

Östlundh (2012) beskriver processen vid en informationssökning som indelad i två faser: en inledande och en egentlig informationssökning. Den inledande informationssökningen är ett sätt att få en överblick inom huvudområdet obesitas kirurgi och psykisk hälsa vilket gjordes med hjälp av flera breda sökningar i olika databaser. Efter att ha fått denna överblick gjordes den egentliga informationssökningen som var inriktad mot syftet, *Att belysa patientens psykiska hälsa över tid efter obesitaskirurgi*. Denna sökning gjordes systematiskt och strukturerade där sökorden valdes ut för att finna artiklar som gav svar på syftet.

Informationskällor

Att kunna samla in forskning av bra kvalitet som är också relevant valdes databaser Cinahl och PubMed för att söka artiklar. Enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011) är PubMed en databas som innehåller material från tidskrifter inom omvårdnad, medicin, odontologi, hälso- och sjukvårdsadministration och veterinärmedicin. I databasen finns över 16 miljoner artiklar publicerade från över 5000 tidskrifter och innehåller nästan 95 % av all medicin- och omvårdnadslitteratur. Cinahl (Culminative Index to Nursing and Allied Health Literature) är en databas med störst inriktning mot omvårdnadsvetenskap (cirka 65 % av alla artiklar har denna inriktning) och innehåller 2,2 miljoner referenser från 3000 engelskspråkiga omvårdnadstidsskrifter. Dessa databaser valdes eftersom de innehåller en stor mängd artiklar inom området omvårdnad och medicin.

Avgränsningar, val av sökord och metod

De sökord som valdes ut var bariatric surgery, mental health och postoperative period, dessa ord fanns att finna i båda databasernas tesaurus. Den sök teknik som användes var boolesk sök teknik som brukas för att besluta vilken relation termerna i sökningen ska ha till varandra. Tekniken består av olika sökoperatörer där de vanligaste är AND, OR och NOT. Läggs ordet AND in mellan två termer ger det en sökträff där båda termerna ingår, OR ger sökträff på den ena eller den andra termen och NOT används för att exkludera en term (Östlundh, 2012). Den första exkluderingen av irrelevanta artiklar gjordes baserat på genomläsning av abstract. De artiklar som inte beskrev patienternas psykiska hälsa efter ingreppet exkluderades. Då abstracten av artiklar lästes igenom, gjordes manuellt urval för att utesluta studier där patienter var under 18 år samt studier som var mer än tio år gamla. De artiklar som hade ett relevant abstract lästes igenom i sin helhet där några av artiklarna visade sig vara översiktsartiklar och exkluderades därför. Artiklar som behövde beställas och kostade pengar uteslöts också, detta på grund av den korta tidsramen för arbetet. Sökförfarandet presenteras i Bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

För att granska de utvalda artiklarnas kvalitet användes protokoll för kvalitetsgranskning ur Willman et al. (2011) där punkterna i protokollet numrerats och getts en poängskala från 1-14 för kvalitativa artiklar och 1-16 eller 1-13 för kvantitativa artiklar. Anledningen till att två olika poängskalor valts för de kvantitativa artiklarna är att tre av punkterna i protokollet enbart berör artiklar som är av typen RCT (Randomised Controlled Study) eller de som jämfört olika grupper. Det gäller punkt 4, 5 och 6 i det kvantitativa granskningsprotokollet. Kvalitetsbedömningen för respektive artikel framgår i Bilaga 2.

Etiskt ställningstagande

I litteraturöversikten hade författarna som avsikt att på ett objektivt sätt sammanställa resultaten av tio olika studier som tog upp olika aspekter av psykisk hälsa hos patienter som genomgått obesitaskirurgi. I översikten presenteras artiklarna inte i sin helhet, utan de delar som svarade till uppsatsens syfte valdes ut. Detta urval skedde under artikelgranskningen och har gjorts på ett varsamt sätt för att inte ändra på artiklarnas ursprungliga syfte och innebörd. Åtta av tio artiklar hade granskats av en etisk kommitté och samtliga artiklar hade genomgått peer review innan publicering.

Analys

Författarna läste enskilt igenom alla utvalda artiklar för att få en överblick i innehåll och resultat. Sedan lästes artiklarna igenom ett flertal gånger och det som framkommit i studierna diskuterades och sammanfattades i en artikelöversikt. Nio av tio artiklar var kvantitativa och hade analyserat deltagarnas hälsa vid olika tidpunkter. Därför delades artiklarna in efter uppföljningstid, hur många år postoperativt studierna hade följt patienter och jämfördes med varandra. Då syftet var att belysa patientens psykiska hälsa över tid efter obesitaskirurgi har tid aspekt valds medvetet för att kunna belysa den psykiska hälsan över tid efter operationen.

Inom varje tidsspann jämfördes resultatet i de artiklar som haft samma slags mätmetoder med varandra. Den kvalitativa artikeln som togs med i arbetet användes för att belysa deltagarnas egna tankar om situationen.

Resultat

Analysen av artiklar organiserades efter postoperativa tids aspekt; psykisk hälsa det första postoperativa året, psykisk hälsa ett till fyra år postoperativt och psykisk hälsa fyra till tio år postoperativt samt patientkaraktäristika lyftes upp.

Psykiska hälsan över tid efter obesitaskirurgi

Patientkaraktäristika

I majoriteten av de studier som granskats fanns fler kvinnor än män representerade, 67,1% - 87,6% av deltagarna kvinnor. I studierna av Sutton, Murphy & Raines (2009) och Thonney, Pataky, Badel, Bobbioni-Harsch, & Golay (2010) var alla deltagare kvinnor.

Åldersspannet i studierna hade ett medelvärde på 41,3 år. Två studier, Sutton et al. (2009) och Mamplekou, Komesidou, Bissias, Papakonstantinou & Melissas (2005) hade inte angett genomsnittsålder och SD, men deltagarna i båda studierna var över 18 år gamla.

BMI hos deltagarna var angett i alla studier förutom Sutton et al. (2009) och Burgmer, Legenbauer, Müller, de Zwaan, Fischer & Herpertz (2014). Burgmer et al. (2014) beskrev att BMI bland deltagarna var mer än 50. I genomsnitt hade deltagarna i de studier som analyserat BMI ett värde på $48,32 \pm$ snitt 7,3 (Lier, Biringer, Stubhaug, & Tangen, 2013, Canetti, Bachar, & Bonne, 2015, Herpertz, Muller, Burgmer, Crosby, de Zwaan & Legenbauer, 2015, Nadalini et al. 2014, Lier, Biringer, Hove, Stubhaug, & Tangen, 2011, Thonney, 2010, Wolfe & Terry, 2006 & Mamplekou et al. 2005)

Psykisk hälsa det första postoperativa året

I Burgmer et al. (2014) hade flera variabler av psykisk hälsa förbättrats med en peak under första året, deltagarna som gått ner mest i vikt mådde bättre och förbättringen i självkänsla under första året var signifikant. Detta stöds även av Sutton et al. (2009) där deltagarna beskrev den hastiga viktnedgång som skett utan att de hade behövt anstränga sig, som en positiv upplevelse.

Lier et al. (2013) studerade prevalensen av psykiska sjukdomar pre- och postoperativt samt om preoperativ skam kunde bidra till psykisk ohälsa ett år postoperativt. I studien framkom det att 48 % av deltagarna hade minst en psykisk störning som var relaterad till obesitas preoperativt. Social fobi, långvarig depression, ätstörningar och fobisk personlighetsstörning var vanligast förekommande, 17 % diagnostiserades med fobisk personlighetsstörning. Deltagarna utvärderades preoperativt och ett år postoperativt genom användning av instrument som bedömde psykiska symtom, skam, depression och ångest. Patienter som hade psykiska störningar både innan och efter operationen hade signifikant högre nivåer av skam i de preoperativa mätningarna. Både preoperativ psykisk störning och preoperativ skam var signifikanta prediktorer för att deltagarna skulle lida av psykisk störning ett år postoperativt.

I Burgmer et al. (2014) användes självskattningsskalan SF-36, som mäter fysiska och psykiska index för hälsorelaterad livskvalitet [eng. Health Related Quality Of Life]. Resultatet visade att deltagarnas livskvalitet hade förbättrats signifikant efter ett år inom det fysiska hälsoindexet, medan inga betydande förbättringar kunnat påvisas inom det psykiska hälsoindexet. I studien av Lier et al. (2011) som också använt sig av SF-36 hade alla deltagare en försämrad preoperativ livskvalitet jämfört med normalbefolkningen. Ett år postoperativt hade deltagarna som inte haft psykisk störning före operationen lika bra hälsorelaterad livskvalitet som normalbefolkningen medan de med kvarvarande psykisk störning fortfarande hade lägre hälsorelaterad livskvalitet.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) användes för att utvärdera depression och ångest ett år postoperativt i Burgmer et al. (2014) och Thonney et al. (2010). I jämförelse mellan pre- och postoperativa skattningar i Burgmer et al. (2014) visade det sig att indikationen för depression var signifikant lägre postoperativt än preoperativt, vilket indikerade minskade depressionsnivåer postoperativt. Ångest visade sig följa samma trend som depression. Resultatet i Thonney et al. (2010) pekade åt samma håll där resultatet på HADS visade på en minskad depressionsnivå som låg på 41 % vid preoperativa basmätningen

till 22 % ett år postoperativt och ångestnivån sjönk från basmätningens 56 % till 40 % ett år postoperativt.

Psykisk hälsa ett till fyra år postoperativt

Det första postoperativa årets hastiga viktnedgång började plana ut i början av det andra postoperativa året, 61 % av deltagarna i studien av Thonney et al. (2010) hade ytterligare viktnedgång, medan resten hade börjat gå upp i vikt $5,3 \pm 2,3$ kilo.

I en jämförelse mellan det postoperativa basvärdet och två till fyra år efter operationen i Nadalini et al. (2014) visade resultatet i SF-36 hälsoenkät, att det fanns signifikanta förbättringar i alla dimensioner inom hälsoindexet förutom allmän hälsa och psykiskt välbefinnande. Burgmer et al. (2014) använde sig av SF-36 vid flera olika tidpunkter i sin uppföljning. Under det första året förbättrades det fysiska hälsoindexet signifikant och ändringarna var kvarvarande fram till mätningen gjord fyra år postoperativt. Resultaten i de psykiska hälsoindexen försämrades signifikant mellan det första och andra postoperativa året men höll sig stabila under tiden mellan det andra och fjärde året. Jämfört med basvärdet hade det psykiska hälsoindexet nått en signifikant förbättring. Minskningen av BMI och förbättringar i fysiska hälsoindex korrelerade signifikant i uppföljningstillfällena ett, två, och fyra år postoperativt. Däremot hade förändringar av BMI inte någon korrelation med det psykiska hälsoindexet.

För att mäta depressions- och ångestnivåer två till fyra år efter operationen använde sig Thonney et al. (2010) och Burgmer et al. (2014) av självskattningsskalan HADS. I artikeln av Thonney et al. (2010) hade enbart 10 % mild eller svår depression efter två år jämfört med vid basmätningen innan operation då 41 % hade det. Gällande ångestnivåerna hade 56 % av deltagarna ångest vid basmätningen där antalet sjönk efter två år till 43 %. I studien påvisades att det fanns en positiv korrelation mellan högre förlust av övervikt och depressionsnivåer efter två år, medan samma samband inte kunde ses för ångestnivåerna. I Burgmer et al. (2014) där man använt HADS vid basmätningen visade det sig att efter ett, två och fyra år hade depressionsnivåerna sjunkit signifikant vid varje mättillfälle medan ångestnivåerna sjunkit fram till första året för att efter två och fyra år inte skilja sig signifikant från basvärdet. I likhet med Thonney et al. (2010) visade det sig att patienter som gått ner mer än 25 % av sin utgångsvikt hade en signifikant större förbättring i depressionsnivå än de som gått ner mindre än 25 % av sin vikt. Dessa skillnader återfanns inte i ångestnivåerna. I Wolfe et al. (2006) användes ett frågeformulär där deltagarna själva fick skatta bland annat depression och ångest. Depressionsnivåerna skattades lägre av patienterna vid uppföljningstillfället och hade sjunkit från att patienterna kände sig deprimerade ”ofta eller ibland” till ”ibland eller sällan”. Ångestnivåerna följde samma trend där patienterna innan operationen kände ångest ”ibland” till ”ibland eller sällan”. Mängden viktnedgång hade ingen signifikant korrelation med depressions- och ångestnivåer. I Mamplekou et al. (2005) där det undersöktes psykiskt och emotionellt mående samt livskvalitet två år efter operationen framkom att de kvinnliga deltagarna hade högre depressionsnivåer än de manliga preoperativt, men bättre generell hälsa. De visade sig också en större förbättring än männen gällande den generella mentala hälsan två år postoperativt.

Psykisk hälsa efter fyra till tio år postoperativt

I studien av Canetti et al. (2015) undersöktes det hur den psykiska hälsan varit hos patienter med obesitas som genomgått obesitaskirurgi jämfört med en kontrollgrupp, där mätningar gjorts preoperativt, efter ett år och efter tio år. Deltagarna skattade sin hälsorelaterade

livskvalitet med hjälp av SF-36 självskattningsskala. Kirurgigruppen hade fortsatt signifikanta förbättringar i det fysiska hälsoindexet och en kvarvarande viktminskning på 28,82%. Det psykiska hälsoindexet visade att den allmänna mentala hälsan hade försämrats till en lägre nivå än preoperativt. Detta till skillnad från kontrollgruppen som inte hade nått några signifikanta förbättringar eller försämringar inom det fysiska hälsoindexet mellan basmätning och efter tio år där de psykiska hälsoindexen höll sig stabila under tio års tid.

I artikeln av Herpertz et al. (2014) gjordes en jämförelse mellan deltagare som genomgått gastric bypass och två olika kontrollgrupper. Studien var en del av en långtidsstudie där mätningar gjordes preoperativt, och följdes upp efter ett, två, fyra och nio år. Resultatet i denna studie jämförde skillnader mellan fyra och nio års uppföljning. I likhet med studien av Canetti et al. (2015) där samma hälsoenkät, SF-36, använts för att mäta hälsorelaterad livskvalitet visade de fysiska hälsoindexen en klar förbättring efter 9 år medan de psykiska hälsoindexen försämrats i jämförelse med fyraårsmätningen och låg på ungefär samma nivå som vid den preoperativa självskattningen. Förändringar i BMI korrelerade signifikant med de fysiska hälsoindexen i SF-36 hos både kirurgi- och kontrollgrupperna.

I Herpertz et al. (2014) fick deltagarna skatta sin depression och ångest med hjälp av HADS. Vid mätningen efter nio år jämfört med den efter fyra år hade de personer som genomgått obesitaskirurgi en större försämring i depressionsnivå än båda kontrollgrupperna och större försämring i ångestnivå än den randomiserade kontrollgruppen och låg i skattningen av depression och ångest på ett värde som motsvarade basvärdet. Bland de deltagare som varit med på både fyraårs- och nioårsmätningen hade 18 % av kirurgigruppen kliniskt signifikanta depressionsnivåer efter 9 år vilka var högre än i båda kontrollgrupperna. Gällande kliniskt signifikant ångest fanns detta efter 9 år hos 20-25% av kirurgigruppen och hade högre prevalens än en av kontrollgrupperna. Förändringar i BMI korrelerade signifikant med depressionsdelen av HADS-skalan för både kirurgi- och kontrollgrupperna. Självkänslan hos kirurgigruppen hade blivit signifikant sämre mellan fyraårsmätningen och nioårsmätningen och skiljde sig signifikant åt från kontrollgrupperna. Den procentuella viktnedgången var högre hos kirurgigruppen vid alla mätningar jämfört med kontrollgrupperna och BMI hade minskat från i genomsnitt 50,7 till 39,4.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa patientens psykiska hälsa över tid efter obesitaskirurgi. Denna metod ansågs relevant för att kunna få en internationell bild av patienter och hur deras psykiska mående förändrades under den postoperativa tidsperioden. En litteraturstudie med kvantitativa artiklar gjorde det möjligt att undersöka en större population där de flesta använde sig av självskattningsskalor som till exempel SF-36 och HADS vilket gjorde det möjligt att jämföra resultat från olika artiklar med samma mätinstrument. Några av artiklarna använde andra självskattningsskalor som var relevanta i syftet att undersöka psykisk mående. BMI var ett mätinstrument som alla utom den kvalitativa artikeln av Sutton et al. (2009) använde sig av för att kunna se om det fanns något samband mellan förändringar i vikt och psykiska måendet, därför togs också en viss del av de fysiska förändringarna deltagarna gått igenom med i resultatet. De flesta artiklarna undersökte främst depression och ångest medan en del av dem även undersökte skam och självkänsla, vilket också betraktas kunna påverka psykisk hälsa. De artiklar som använts valdes ut efter

noggrann genomläsning av alla sökträffar och de flesta av dem var kvantitativa medan en var kvalitativ. Genom de kvantitativa artiklarna har det varit möjligt att jämföra mätbara likheter och skillnader mellan deltagarna och likheter och skillnader över tid. Den kvalitativa artikeln gav inblick i patienternas egen upplevelse om den postoperativa tiden, vilket fördjupar förståelsen för hur de postoperativa förändringarna upplevs. Det går att diskutera om litteraturstudien hade kunnat bli annorlunda om fler kvalitativa artiklar hade sökts och tagits med i studien. Sökorden som valts hade möjligen kunnat ändras för att finna fler artiklar ur patienternas perspektiv, till exempel om sökorden hade en inriktning mot patientupplevelse istället för psykisk hälsa. Å andra sidan hade då syftet med litteraturstudien blivit ett annat.

Artiklarna söktes genom att använda sökorden *bariatric surgery* för att få med alla operationsmetoder som har använts i syftet att minska matsäcken och begränsa födointaget hos patienten, vilket förväntades ge ett bredare underlag till denna studies syfte. Andra sökord var *mental health* och *postoperative period* eftersom det ansågs att ge svar till syftet. Resterande begränsningar gjordes manuellt för att minska risken att utelämnas studier som kunde svara på syftet. Artiklar som kostade pengar och behövde beställas exkluderades också av praktiska skäl. Dessa artiklar hade kunnat ge värdefull information och kunnat stödja eller motsäga resultatet i de andra artiklarna. De artiklar som valdes ansågs vara relevanta, de belyste den psykiska hälsan över tid från ett till tio år postoperativt och hade tillräckligt bra kvalitet efter granskningen som gjordes med hjälp av granskningsprotokoll. Eftersom granskningsprotokollet inte gick att utföra på samma sätt för alla studier modifierades det och trots modifieringen ansågs protokollet vara användbart och pålitligt. Två av artiklarna uppgav inte att de haft godkännande av en etisk kommitté eller etiskt resonemang, däremot var dessa artiklar granskade av oberoende forskare genom peer review- processen och använde sig av samma eller liknande metoder som flera av de andra kvantitativa artiklarna och ansågs därför vara godkända att ha med i denna litteratur översikt.

Två av artiklarna hade enbart kvinnor som deltagare. Det ansågs inte påverka kvalitén eller resultatet på studien eftersom de åtta andra artiklarna visade att kvinnor var vanligt förekommande i samband med obesitaskirurgi. Det hade varit intressant att ha funnit studier där enbart män var deltagare för att se hur denna patientgrupp påverkas och om det är signifikanta skillnader mellan könen. Syftet med arbetet var att belysa patientens psykiska hälsa över tid efter obesitaskirurgi och därför lades inte fokus på denna skillnad.

Författarna anser att den valda metoden har gett svar på studiens syfte. En klinisk studie med exempelvis intervjuer av patienter som genomgått obesitaskirurgi hade kunnat ge en djupare förståelse för patientens hälsa och välbefinnande postoperativt över tiden samtidigt som det internationella perspektivet då haft mindre fokus.

Resultatdiskussion

Förändringar i psykisk hälsa över tid

Resultatet visar att det psykiska måendet varierar över tid postoperativt. SF 36 och HADS var vanliga mätinstrument i de studier som gett underlag till denna uppsats (se bilaga 3). I de kvantitativa studierna gjordes även en preoperativ mätning som sedan låg som referens till kommande postoperativa uppföljningar.

Ett år postoperativt sågs en klar förbättring av psykisk och fysisk hälsa i flera av studierna (Sutton et al., 2009, Lier et al., 2013, Canetti et al., 2015, Burgmer et al., 2014, Lier et al., 2011 & Thonney et al., 2010). HADS-skattningen i Burgmer et al. (2014) och Thonney et al.

(2010) indikerade minskade depressions- och ångestnivåer och självkänslan hade blivit bättre i Burgmer et al. (2014). Deltagarna beskrev den snabba viktnedgången som en positiv upplevelse i Sutton et al. (2009). Prevalensen av psykiska störningar jämfört pre- och postoperativt visade att preoperativ skam hade ett samband med kvarvarande psykisk störning postoperativt (Canetti et al., 2015). Förbättringen i fysisk hälsa var inte alltid korrelerad med förbättring i psykisk hälsa. Burgmer et al. (2014) och Lier et al. (2011) använde sig av samma mätinstrument där Burgmer et al. (2014) kunde påvisa en signifikant förbättring i de fysiska hälsoindexen, men inte i de psykiska. I Lier et al. (2011) visades förbättring i båda indexen hos de patienter som inte haft psykisk störning innan operationen utan låg på en hälsorelaterad livskvalitet i nivå med normalbefolkningen i landet, medan de med kvarvarande psykisk störning postoperativt hade fortsatt sämre postoperativt mående. I denna jämförelse med normalbefolkningen är det intressant att fråga sig vad resultatet beskriver. Eftersom det i normalbefolkningen finns människor med psykiska störningar kan det vara problematiskt att jämföra en helt psykiskt frisk grupp med normalbefolkningen som naturligt har sina variationer.

Efter två till fyra år postoperativt hade viktnedgången hos patienterna planat ut och depressions- och ångestnivåerna fortsatte sjunka i Thonney et al. (2010), medan enbart depressionsnivåerna sjunkit i Lier et al. (2011). I båda dessa artiklar korrelerade minskat BMI med minskad depression men inte med ångest. Detta kan ha sin förklaring i att depression kan ha ett samband med viktrelaterat stigma, ökat kroppsmisnöje, nedsatt självkänsla eller känslan av att ha misslyckats i sitt försök till viktnedgång, medan ångest inte är lika påverkat utan skulle kunna ha en annan förklaringsmekanism. Lidandet, som kan ge sitt uttryck i form av ångest och depression, även om patienten har nått stora förbättringar fysiskt finns det en del kvar i de andra aspekter av människan som sjuksköterskan borde känneteckna och ge stöd till personen att kunna bibehålla och förbättra sin psykiska hälsa.

Det visade sig också i Nadalini et al. (2014) att deltagarna uppnått en signifikant förbättring inom de fysiska indexen i SF-36, men inte i de psykiska, vilka hade försämrats mellan ett och två år postoperativt. Minskat BMI hade korrelation med fysiska-, men inte psykiska hälsoindex. Detta tyder på att kirurgin i sig är en effektiv behandling mot fetma och somatiska besvär men inte psykiska. Detta bekräftar att personer som har opererat sig behöver ses som helhet och för att nå psykisk hälsa behöver patienterna mer insatser från vården än enbart operation.

Efter fyra till tio år sågs en fortsatt fysisk förbättring och kvarvarande viktnedgång i kirurgigruppen till skillnad från i kontrollgrupperna i både Canetti et al. (2015) och Herpertz et al. (2014). Däremot låg den psykiska uppföljningen på en nivå som var lägre eller lika hög som vid basmätningen. I Canetti et al. (2015) hade kontrollgruppen inte någon förbättring i de fysiska hälsoindexen, men låg stabilt i de psykiska, till skillnad från kirurgigruppen som låg på en sämre nivå än vid basmätningen. I Herpertz et al. (2014) gjordes en uppföljning med HADS där prevalensen av depression och ångest och låg på samma nivå som vid basmätningen och var högre hos kirurgigruppen än kontrollgrupperna. Förändringar i BMI hade signifikant korrelation med depressionsnivåer men inte med ångestnivåerna. Samma trend kunde ses redan under andra postoperativa året.

I jämförelsen med kontrollgrupperna är det intressant att diskutera varför kirurgigrupperna haft en så svängande mental hälsa genom uppföljningstiden medan kontrollgrupperna legat på en stabil nivå. Möjligen kan det förklaras med att de höga förväntningarna i ett tidigt skede av

den postoperativa tiden besvarades med en snabb viktnedgång, som kan ses som en lyckad konsekvens av operationen. Efter tid mattats upplevelsen av då personen vant sig vid sin nya vikt och andra problem i livet påverkar dem.

Genom de olika tidsaspekterna som undersökts i resultatet framkom det att BMI och fysiska hälsoindex förbättras och bibehålls under alla mättillfällen, detta styrker den information som nämns i bakgrunden av denna litteraturöversikt: att obesitaskirurgi är en effektiv behandling som förbättrar patientens fysiska parametrar (Menzo et al., 2015). Syftet med uppsatsen var dock att belysa patientens psykiska hälsa över tid efter obesitaskirurgi eftersom det synsätt som präglar sjuksköterskeyrket är ett salutogent sätt att se på människan som helhet med den psykiska hälsan som minst lika viktig som den fysiska hälsan. Litteratur översiktens resultat anses att öka förståelsen att kirurgisk behandling mot obesitas inte är helt adekvat behandling för den psykiska ohälsan som den obesa människan möjligtvis lider av och sjuksköterskan bör ha kunskap om detta samt som att obesitas på verkar inte enbart den fysiska hälsan.

En intressant aspekt som framkom i litteraturöversikten var att förändringar i BMI i de flesta fall inte hade någon korrelation med psykisk hälsa, förutom gällande depression. Detta går att relatera till det Lunner (2009a) beskrivit i bakgrunden till denna uppsats, att obesitas och depression har ett samband med varandra och att en deprimerad person kan ha svårt att motivera sig till viktminskning. Därför kan viktnedgången efter denna kirurgi ses som en påverkande faktor till att sänka depressionsnivån hos dessa patienter. Gällande de övriga psykiska faktorerna är det intressant att diskutera varför personer med obesitas ofta har höga ångestnivåer och försämrad psykisk funktion. Kan detta vara av anledning att obesa människor stigmatiseras och ses ner på i samhället eller har patofysiologin i sig en inverkan på det psykiska måendet hos dessa personer?

Resultatet i denna litteraturöversikt påvisar att det finns många positiva aspekter med obesitaskirurgi, såsom förbättrad fysisk funktion och förbättring i depressionsnivåer, men att kirurgin i sig inte kan ses som en helhetsbehandling som löser både somatiska och psykiska problem. Den information som sökts upp för att beskriva uppföljning efter obesitaskirurgi i bakgrunden hade ett stort fokus på fysiska biverkningar och komplikationer och inte speciellt mycket på psykiska aspekter. Därför tycker författarna till denna litteraturstudie att det är viktigt att lyfta fram dessa aspekter i vården av denna patientgrupp. Personcentrerad vård behöver tillämpas i arbetet med dessa patienter där relation med patienten skapas genom att ha fokus på patientberättelsen och se han eller hon som helhet. För att lyckas fånga upp alla dimensioner av hälsa kan olika hjälpmetoder användas. Dessa hjälpmedel kan förslagsvis vara mätinstrument som tar upp både fysiska och psykiska aspekter av hälsa såsom SF-36 och HADS som använts i studierna, eller skalan av Royse et al. (2010) som beskrivs i bakgrunden och är lätt för vårdpersonal att använda vid olika uppföljningstillfällen.

Patientkaraktäristiska

Intressant och tydlig patientkaraktäristiska kom fram då litteratur översikten framställdes. Patientkaraktäristiska som uppkom i denna litteratur översikt överensstämmer med årsrapporten från SOReg (2015). Det framkom att personer som genomgår obesitaskirurgi oftast är kvinnor i fyrtioårsåldern med BMI runt 48. Enligt statistiken från SOReg, (2015) under året 2014 opererades 6618 personer i Sverige, varav 24 % var män. Åldern på de patienter som opererade sig var i snitt 40,8 år och de hade ett BMI på i snitt 41,4. Årsrapporten visar samma trend genom åren 2007-2014. Det var intressant att finna att kvinnor haft högre depressionsnivåer än män preoperativt vilket beskrevs i Mamplekou et al.

(2005). Detta stödjer det Lunner (2009a) beskriver om att kvinnor upplever övervikten mer negativt och påverkas mer mentalt av den jämfört men män. Detta kan vara en möjlig förklaring till varför kvinnor är överrepresenterade inom obesitaskirurgin och det karaktäristiska hos denna patientgrupp är intressant att diskutera, till exempel varför det är större andel kvinnor som gör denna operation. Om det är kvinnor som drabbats hårdast av stigmatisering av övervikt i samhället eller kan det vara att kvinnor drabbas mer av somatiska sjukdomar orsakade av obesitas, vilket mer ligger till grund för beslut att opereras.

Klinisk tillämpning

Personer med obesitas är en heterogen grupp av människor, varför personcentrerad vård och ett professionellt förhållningssätt behövs för att kunna erbjuda vård av bra kvalitet till dessa människor. Sjuksköterskor träffar dessa patienter inom vården i många olika sammanhang och kunskaper och fördomar om förekomsten av psykisk ohälsa och lidande samt stigmatisering av dessa personer är viktigt att ha med i mötet av människan. Det är också viktigt att ha en förståelse i att obesitaskirurgi är en effektiv behandling mot obesitas men inte täcker upp alla aspekter som det innebär att ha detta tillstånd.

Slutsats

Minskningen av BMI efter operationen har inte alltid en gynnsam korrelation med psykisk hälsa. Psykiska välbefinnandet förbättrades med ett peak under första postoperativa året. Under två till fyra år började förbättringen plana ut och sedan mellan fyra till tio år efter operationen försämrades psykiska hälsa till preoperativa nivå eller till även lägre. Depressionen korrelerade med minskat BMI men samma trend kunde inte ses med ångest nivåer som höll sig sin stabila efter har förbättrats lite under första postoperativa året. Obesitas är ett komplext tillstånd och det behövs insatser från vården för att kunna fånga upp dessa personer som lider av psykisk ohälsa både innan och efter operationen. Därför behövs också fortsatt forskning om tillämpning av personcentrerad vård för denna komplexa patientgrupp för att förebygga eller fånga upp de med psykisk ohälsa.

Referenslista

- Brown, R. E., & Kuk, J. L. (2014). Consequences of obesity and weight loss: A devil's advocate position. *Obesity Reviews*, 16(1), 77-87. doi:10.1111/obr.12232
- Burgmer, R., Legenbauer, T., Muller, A., de Zwaan, M., Fischer, C., & Herpertz, S. (2014). Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg*, 24(10), 1670-1678. doi: 10.1007/s11695-014-1226-x
- Canetti, L., Bachar, E., & Bonne, O. (2015). Deterioration of mental health in bariatric surgery after 10 years despite successful weight loss. *Eur J Clin Nutr*. doi: 10.1038/ejcn.2015.112
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E.. . Department of Business Administration. (2011). Person-centered care - ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad, behandling* (4., rev. och utök. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, A (2012) Omvårdnad av patienter vid symtom från övre delen av magen. I L. Lindwall (Red.). *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar*. (s.57-74). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Ghaderi, A. (2009). Fetma och kroppsuppfattning. I K. Edlund & B. Zethelius (Red.), *Fetma: Medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi / del 1* (1. uppl. ed.). (s. 139-150) Lund: Studentlitteratur.
- Goyal, A., Nimmakayala, K. R., & Zonszein, J. (2014). Is There a Paradox in Obesity? *Cardiology in Review*, 22(4), 163–170.
<http://doi.org/10.1097/CRD.0000000000000004>
- Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 269-296). Lund: Studentlitteratur.
- Herpertz, S., Muller, A., Burgmer, R., Crosby, R. D., de Zwaan, M., & Legenbauer, T. (2015). Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surg Obes Relat Dis*. doi: 10.1016/j.soard.2015.04.008
- Järhult, J., Offenbartl, K., & Wilhelmsson, J. (2006). *Kirurgiboken: Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar* (4., rev. och uppdaterade uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- Lier, H. O., Biringer, E., Hove, O., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2011). Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year

follow-up study of bariatric surgery patients. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 79. doi: 10.1186/1477-7525-9-79

- Lier, H. Ø., Biringer, E., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2013). Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: The role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(2), 89-96. doi: 10.3109/08039488.2012.684703
- Lo Menzo, E., Szomstein, S., & Rosenthal, R. J. (2015). Changing trends in bariatric surgery. *Scandinavian Journal of Surgery*, 104(1), 18-23. doi:10.1177/1457496914552344
- Lunner, K. (2009a). Fetma och depression. I K. Edlund & B. Zethelius (Red.), *Fetma: Medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi / del 1* (1. uppl. ed.). (s. 111-124) Lund: Studentlitteratur.
- Lunner, K. (2009b) Fetma och psykosociala problem. I K. Edlund & B. Zethelius (Red.), *Fetma: Medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi / del 1* (1. uppl. ed.). (s. 151- 158) Lund: Studentlitteratur.
- Mamplekou, E., Komesidou, V., Bissias, C., Papakonstantinou, A., & Melissas, J. (2005). Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg*, 15(8), 1177-1184. doi: 10.1381/0960892055002356
- Mason, E. E., & Ito, C. (1969). Gastric bypass. *Annals of Surgery*, 170(3), 329–339.)
- Nadalini, L., Zenti, M. G., Masotto, L., Indelicato, L., Fainelli, G., Bonora, F., . . . Bonora, E. (2014). Improved quality of life after bariatric surgery in morbidly obese patients. Interdisciplinary group of bariatric surgery of Verona (G.I.C.O.V.). *G Chir*, 35(7-8), 161-164.
- Royse, C., Newman, S., Chung, F., Stygall, J., McKay, R., Boldt, J.,... Wilkinson, D. (2010). Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: The post-operative quality recovery scale. *Anesthesiology*, 113(4), 892-905. doi:10.1097/ALN.0b013e3181d960a9
- Scandinavian obesity surgery register, SOReg. (2015). *Årsrapport 2014*. Hämtad: 2015-10-08, <http://www.ucr.uu.se/soreg/index.php/arsrapporter>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Smith, D.M., Pories, W.J., MacDonald K.G. (2000). The surgical Treatment of Morbid Obesity. I P. Björntorp, D.H. Lockwood, & T.G. Heffner (Red.), *Handbook of experimental pharmacology: Vol. 149, obesity: Pathology and therapy*. (s. 261-291). New York;Berlin;: Springer.
- Sundbom, M. (2013) Obesitas. I B. Hamberger, U. Haglund (Red.) *Kirurgi* (s. 355-360). Stockholm: Liber.

- Sutton, D. H., Murphy, N., & Raines, D. A. (2009). Transformation: The "life-changing" experience of women who undergo a surgical weight loss intervention. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 4(4), 299-306. doi: 10.1089/bar.2009.9948
- Svensk sjuksköterskeförening. (u.å.). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2015-12-15, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
- Thonney, B., Pataky, Z., Badel, S., Bobbioni-Harsch, E., & Golay, A. (2010). The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. *Am J Surg*, 199(2), 183-188. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.12.028
- Tomiyama, A. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the cyclic Obesity/Weight-based stigma model. *Appetite*, 82, 8-15. doi:10.1016/j.appet.2014.06.108
- Ulrichsweb. (2015). *Ulrichsweb*. Hämtad: 2015-11-10, från <http://ulrichsweb.serialssolutions.com.ezproxy.ub.gu.se/>
- WHO (2015a). *Obesity*. Hämtad 2015-10-13, från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>
- WHO (2015b). *Body Mass Index - BMI*. Hämtad 2015-10.13, från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A. Edberg, H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 27-44). Lund: Studentlitteratur
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3., [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Wolfe, B. L., & Terry, M. L. (2006). Expectations and outcomes with gastric bypass surgery. *Obes Surg*, 16(12), 1622-1629. doi: 10.1381/096089206779319473
- Zethelius, B., Hänni, A. (2009) Läkemedelsbehandling av fetma. I K. Edlund & B. Zethelius (Red.), *Fetma - medicinsk och kognitiv beteendeterapi*. (s. 193-214) Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1- Söktabell

| Datum/ Databas | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Relevant a abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------|
| Cinahl 2015-10-26 | bariatric surgery AND postoperative period | Peer Reviewed | 77 | 6 | 3 | 1 |
| PubMed 2015-10-26 | bariatric surgery AND mental health AND postoperative period | | 28 | 6 | 3 | 1 |
| Cinahl 15-10-28 | bariatric surgery AND mental health | Peer Reviewed | 28 | 5 | 0 | 0 |
| PubMed 2015-10-29 | “bariatric surgery” AND “mental health” | | 136 | 29 | 13 | 8 |

Bilaga 2 – Granskningsprotokoll

Kvalitativ metod

1. Har artikeln en tydlig avgränsning eller problemformulering?(1p)
2. Presenteras kontexten?(1p)
3. Finns ett etiskt resonemang?(1p)
4. Är urvalet relevant och strategiskt? (2p)
5. Är sättet man valt ut deltagarna tydligt beskrivet? (1p)
6. Är tillvägagångssättet för datainsamling beskrivet? (1p)
7. Är analysen tydligt beskriven? (1p)
8. Är resultatet lätt att förstå och logiskt? (1p)
9. Är datamättnad uppnådd? (1p)
10. Är analysmättnad uppnådd? (1p)
11. Finns det ett resultat redovisat på ett tydligt och kalr sätt? (1p)
12. Har artikeln resultat redovisat i förhållande till en teoretisk referensram? (1p)
13. Har någon teori genererats? (1p)

Kvantitativ metod

1. Är exklusionskriterierna adekvata? (1p)
2. Är sättet man valt ut deltagarna tydligt beskrivet? (1p)
3. Är de deltagare som valts ut representativa? (1p)
4. Har tillvägagångssättet för randomisering beskrivits? (1p)
5. Var grupperna likvärdiga vid start? (1p)
6. Analyserades deltagarna i den grupp de blivit randomiserade till? (1p)
7. Var deltagarna blindade? (1p)
8. Var vårdare blindade? (1p)
9. Var forskarna blindade? (1p)
10. Har bortfallsanalysen beskrivits? (1p)
11. Har bortfallsstorleken beskrivits? (1p)
12. Har adekvata statistiska metoder använts? (1p)
13. Har ett etiskt resonemang förts angående studien? (1p)
14. Är de instrumenten valda i resultatet valida och reliabla? (2p)
15. Kan studien generalisera utifrån resultatet? (1p)

Bilaga 3 - Artikelöversikt

| Författare, År, Land | Studieupplägg | Studiegrupper | BMI | SF-36 | HADS | Resultat | Kvalitet/ Kommentarer |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|-------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Sutton et al. 2009. Transformation: the 'life-changing' experience of women who undergo a surgical weight loss intervention. USA | Att öka förståelsen av den postoperativa upplevelsen hos kvinnor som har genomgått obesitas kirurgi. Kvalitativ studie med intervju med öppna frågor som metod. | 14 Kvinnor | Nej | Nej | Nej | Personerna började sin snabba förändring direkt efter operationen. Hastig viktneđgång och nya matvanor var styrande teman under det första året. | Hög 11/13 |
| Lier et al. 2013. Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: The role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. Norge. | Undersöka om nivån av skam preoperativt kan vara en bidragande faktor för psykisk ohälsa postoperativt. Psykisk utvärdering av patienter preoperativt samt ett år postoperativt med hjälp av en strukturerad klinisk intervju och självskattningsskalor som skattade depression och ångest och skam. | 127 personer. Kvinnor 94. Män 33. Bortfall 40. | Ja | Nej | Nej | Bland patienter fanns inför obesitaskirurgin hög prevalens av samsjukliga psykiska störningar, 48 % hade minst en psykisk störning. Ett år efter operationen hade 18 % patienter psykisk störning. Det visade sig att nivåerna av depression och skam sjönk efter operationen medan ångest inte ändrade sig signifikant jämfört med den preoperativa nivån till postoperativ nivå. Preoperativ skam var kopplad med fortsatta psykiska problem ett år efter operationen. Patienter som hade postoperativ psykisk störning hade signifikant högre nivåer av skam i den preoperativa mätningen samt mer depression och ångest preoperativt jämfört med patienter som hade preoperativ men inte postoperative psykisk störning. | Hög 10/13 |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <p>Canetti et al. 2015. Deterioration of mental health in bariatric surgery after 10 years despite successful weight loss. Israel.</p> | <p>Jämföra psykisk hälsa mellan personer som genomgått obesitaskirurgi och personer som deltog i ett dietprogram. Detta skedde med hjälp av självskattningsskalor som utvärderade psykisk hälsa, neuroticism, kontrollbehov och rädsla av intimitet. Jämförelse vid tre tidpunkter: Preoperativt, ett år postoperativt och tio år postoperativt.</p> | <p>51 personer i båda grupper vid basmätning. Bortfall vid tio års uppföljning: 15 i obesitaskirurgi patienter och 17 i dietprogrammet. 86,1 % kvinnor i obesitaskirurgigrupp och 64,7 % i dietprogramgrupp.</p> | <p>Ja</p> | <p>Ja</p> | <p>Nej</p> | <p>Personer som opererades gick ner i vikt som förväntat, men de mådde psykiskt sämre än deltagarna i dietprogram. Deltagarna i dietprogram hade stabil psykisk hälsa under hela studietiden. Patientgruppen som opererades hade bättre psykiskt välmående efter ett år jämfört med den preoperativa statusen men mådde psykiskt sämre tio år efter operationen än vad de gjorde preoperativt. Kirurgisk behandling är effektiv mot obesitas, men inte för psykisk hälsa. Resultatet indikerar att människornas välmående inte endast är relaterat till vikt och vikttnedgång.</p> | <p>Hög 12/16</p> |
| <p>Herpertz et al. 2014. Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. Schweiz, Tyskland, Österrike.</p> | <p>Prospektiv longitudinell studie. Tre grupper som jämfördes med varandra. En grupp som hade blivit opererad, en som följde dietprogram och en kontrollgrupp med obesitas som ej fick behandling. Alla deltagarna blev utvärderade vid fem olika tidpunkter, vid basmätning och efter ett, två, fyra och nio år efter operationen. Resultatet jämförde fyra och nioårsuppföljningen. Uppföljning skedde med hjälp av självskattningsskalor och intervju.</p> | <p>152 Obesitaskirurgi (102 kvinnor och 50 män), 249 Dietprogram (181 kvinnor, 68 män), 128 Kontrollgrupp (92 kvinnor, 36 män). Bortfall vid nio års uppföljning 68 Obesitaskirurgi, 123 Dietprogram, 45 Kontrollgrupp</p> | <p>Ja</p> | <p>Ja</p> | <p>Ja</p> | <p>Obesitaskirurgi är en effektiv behandling för vikttnedgång och ger permanenta resultat. Fysiska aspekter i livskvalitet förbättrades medan den psykiska hälsan först gick upp postoperativt men sedan ner igen genom uppföljningarna. BMI var signifikant associerat med förändringar i HADS depression och SF-36 fysiska hälsoindex i alla tre grupper. Även om obesitaskirurgigruppen initialt hade förbättringar i psykisk hälsa så försämrades det mellan fyra till nio år efter operationen till samma nivå eller sämre än preoperativ psykisk hälsa. Förändringarna i BMI från 4 års till 9 års mättillfällen var inte relaterade till förändringar i psykosociala mätresultatet över samma period.</p> | <p>Hög 12/16</p> |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Nadalini et al. 2014. Improved quality of life after bariatric surgery in morbidly obese patients. Italien. | Kvantitativ studie. Utvärdera förändring i livskvalitet preoperativt till 36+- 13 månader efter operationen med hjälp av självskattningsskalor. | 110 Personer. 79 kvinnor, 31 män. Inget bortfall | Ja | Ja | Nej | Signifikant förbättring av livskvalitet i alla dimensioner av SF-36skalan förutom allmän hälsa. Fysisk funktion var den enda signifikanta prediktorn för hur mycket patienterna skulle gå ner i vikt efter operationen. Obesitaskirurgin har goda effekter på livskvalité. | Medel 9/13 |
| Burgmer et al. 2014. Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. Tyskland, Österrike. | Kvantitativ studie. Utvärdera relationen mellan utvecklingen av viktnedgång och psykiska variabler såsom depression, ångest, livskvalitet och självkänsla med hjälp av självskattningsskalor. Detta skedde under de första fyra postoperativa åren. Deltagarna kontaktades vid basmätning, ett, två, tre och fyra år efter operationen. | 148 Personer 101 kvinnor, 47 män. Bortfall vid fyra års uppföljning 52 | Ja | Ja | Ja | Alla variabler inom psykisk hälsa förbättrades med en peak efter första året. De flesta började gå upp i vikt mellan det tredje och det fjärde året efter operationen. Inga signifikanta skillnader i ångest i jämförelse med baslinje och uppföljningen tre år postoperativt. Förändringar i självkänsla var inte signifikanta. Korrelationen mellan BMI och depressiva symtom var signifikanta vid alla uppföljningstillfällen. Av de patienter som gick ner i vikt minst 25 % av den initiala vikten blev 44,7% friska från sin depression. Av de patienterna som gick ner vikt mindre än 25 % av den initiala vikten fick 18,5 % depressiva symtom av klinisk relevans. | Hög 10/13 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p>Lier 2011. Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: Associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. Norge.</p> | <p>Kvantitativ studie. Undersöka om psykiska störningar preoperativt hade inverkan på hälsorelaterad livskvalitet i det postoperativa skedet. Patienterna utvärderades av psykiatriker preoperativt samt fyllde i självskattningsskalor. Ett år efter följdes de upp via telefon eller möte med psykiatriker.</p> | <p>127 personer. 94 kvinnor, 33 män. Bortfall 87.</p> | <p>Ja</p> | <p>Ja</p> | <p>Nej</p> | <p>Efter ett år hade patienterna utan preoperativ psykisk störning samt de som haft psykisk störning preoperativt men inte postoperativt skattat sin hälsorelaterade livskvalitet på samma nivå som normalbefolkningen. De som haft en störning preoperativt som kvarvarade hade lägre hälsorelaterad livskvalitet än normalbefolkningen. Inget samband mellan viktnedgång och förbättring i hälsorelaterad livskvalitet syntes. De personer i studien där psykiska störningar försvunnit indikerar att obesitasoperationen kan förbättra det psykiska tillståndet hos dessa patienter. På grund av att det fanns patienter som fortfarande hade psykiska störningar postoperativt anser forskarna att man bör ha god uppföljning gällande de psykiska variablerna postoperativt för att kunna hjälpa dessa patienter</p> | <p>Hög 10/13</p> |
| <p>Thonney, B. (2010). The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. Schweiz.</p> | <p>Kvantitativ studie. Utvärdera förhållandet mellan mental hälsa, ätstörningar och viktnedgång hos kraftigt överviktiga patienter 2 år efter gastric bypass med hjälp av självskattningsskalor.</p> | <p>43 Kvinnor. Inget bortfall angett.</p> | <p>Ja</p> | <p>Nej</p> | <p>Ja</p> | <p>Både depressions- och ångestnivåerna hade minskat två år efter operationen. Större viktnedgång och lägre BMI var associerat med förbättring i depression och ångest två år efter operationen.</p> | <p>Medel 7/13</p> |

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p>Wolfe et al. 2006. Expectations and outcomes with gastric bypass surgery. USA.</p> | <p>Kvantitativ studie. Undersöka patienters förväntningar innan och faktiska upplevelser efter obesitaskirurgi. Deltagarna fyllde i formulär som undersökte deras förväntningar och upplevelser av operationen och vilka psykiska och psykosociala förändringar som framkom postoperativt.</p> | <p>212 Personer. Kvinnor 170, Män 24. Bortfall 119.</p> | <p>Ja</p> | <p>Nej</p> | <p>Nej</p> | <p>Signifikant förbättring i psykisk hälsa och emotionell status hos alla patienter oavsett om de haft preoperativa psykiska problem eller inte. Detta var oberoende av mängden vikt personerna gått ner. Depression och ångest skattades lägre vid uppföljningstillfället än vid undersökningen preoperativt.</p> | <p>Hög 9/13</p> |
| <p>Mamplekou et al. 2005. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. Grekland.</p> | <p>Kvantitativ studie. Studera psykiskt och emotionellt mående samt livskvalitet hos patienter som genomgått gastric banding under de första två postoperativa åren. Detta skedde med hjälp av frågeformulär före och två år efter operationen.</p> | <p>59 Personer. 45 Kvinnor, 14 Män. Bortfall 1.</p> | <p>Ja</p> | <p>Nej</p> | <p>Nej</p> | <p>BMI hade minskat markant hos alla patienter. Högre prevalens av depression hos kvinnor än män före ingreppet och större emotionell förbättring än män efter 2 år. Den generella mentala hälsan var bättre hos kvinnor än hos män.</p> | <p>Medel 6/13</p> |