

D-uppsats i Omvårdnad

Patienters upplevelse av överskottshud efter laparoskopisk Gastric Bypass

FÖRFATTARE	Christina Börserud
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad – självständigt arbete II VEA 010 VT 2007
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Monika Fagevik Olsén Hans Ragneskog Torsten Olbers
EXAMINATOR	Anna Forsberg

Titel:	Patienters upplevelse av överskottshud efter laparoskopisk Gastric Bypass.
Titel:	Patient's experience of surplus skin after laparoscopic Gastric Bypass.
Arbetets art:	Fördjupningsnivå II
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete II VEA 010
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	23
Författare:	Christina Biörserud
Handledare:	Monika Fagevik Olsén Hans Ragneskog Torsten Olbers
Examinator:	Anna Forsberg

Abstrakt

Bakgrund

Tidigare studier av patienter som har opererats för övervikt med Gastric Banding visar att många patienter får besvär med överskottshud efter operationen. Det finns däremot ingen studie som undersöker om och i så fall i vilken grad patienterna har besvär av överskottshud efter laparoskopisk Gastric Bypass som ger en förväntat stor viktnedgång.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka om personer som har opererats för övervikt enligt Gastric Bypass har problem med överskottshud och hur de i så fall upplever detta samt om det finns något samband mellan överskottshud och patientens ålder, viktnedgång och aktivitetsgrad.

Metod

Ett för denna studie konstruerat frågeformulär skickades ut till de personer som hade opererats med laparoskopisk Gastric Bypass på Sahlgrenska Universitetssjukhuset mellan år 2002 – 2004. Formuläret skickades till 148 personer och svarsfrekvensen var 76 %.

Resultat

Av de 112 personer som besvarade frågeformuläret uppgav 94 personer (84 %) att de hade besvär av överskottshud. Denna satt framför allt på magen, överarmarna och på insidan av låren och den gav bl.a. besvär med svamp och klåda, problem att hitta kläder, psykiska besvär och den försvårade fysisk aktivitet. Statistiskt fler kvinnor än män hade problem med överskottshud.

Konklusion

De medicinska riskerna med fetma minskar i och med viktnedgången efter en laparoskopisk Gastric Bypass men för många personer kvarstår psykosociala problem på grund av besvär med överskottshud.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND.....	1
Teoretiskt perspektiv.....	4
SYFTE	5
METOD	6
Etiska överväganden	8
Statistik	8
RESULTAT	9
Besvär av överskottshud	9
Vad de undviker eller avstår på grund av överskottshuden	10
Övrigt.....	11
DISKUSSION.....	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
REFERENSLITTERATUR.....	16
Bilaga 1	18

BAKGRUND

Under de senaste årtiondena har andelen människor med fetma ökat dramatiskt över hela världen. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (1) har antalet överviktiga personer i Sverige nästan fördubblats under de senaste 20 åren och omfattar nu omkring 8 – 10 % av befolkningen. Förekomsten av fetma ökar hos både män och kvinnor och den ökar i alla åldersgrupper. WHO (2) rapporterar att en ökning av övervikt inte enbart är begränsad till I-länderna utan man har även sett en snabb utveckling av övervikt och fetma i utvecklingsländerna.

Rapporter från SBU (1) och WHO (2) visar att det är många faktorer som är inblandade i utvecklingen av fetma. Ärftliga, sociala, beteendemässiga - och kulturella faktorer kan på olika sätt påverka varandra. WHO (2) anser bl.a. att den ökade tillgången på så kallad snabbmat tillsammans med trenden att vi går mot ett allt mindre fysiskt krävande arbete och fritid är några av orsakerna till att andelen överviktiga i världen blir allt fler. SBU (1) redovisar bl.a. det biologiska arvets starka roll i utvecklingen av övervikt. Enligt deras rapport har studier av tvillingar och adoptivbarn styrkt arvets betydelse.

Den definition av fetma som oftast tillämpas i forskningssammanhang bygger på Body Mass Index (BMI) (1). Måttet baseras på en kombination av kroppslängd och kroppsvikt (kg/m^2). WHO (2) har definierat övervikt som ett BMI på mellan 25 – 29,9 kg/m^2 och fetma som ett BMI på 30 kg/m^2 eller mer. Definitionen av fetma grundas på studier av riskerna för olika fetmarelaterade sjukdomar. Enligt SBU (1) ökar riskerna för allvarliga följsjukdomar markant vid ett BMI på runt 30 kg/m^2 .

Överviktiga personer har en klart ökad risk för olika följsjukdomar och en för tidig död. Riskerna ökar med stigande grad av fetma och de är allra störst vid bukfetma. De vanligaste följsjukdomarna är diabetes typ II, högt blodtryck, hjärtinfarkt, gallsten, sömnapné och ledbesvär (1-3). Fetma medför ofta negativ inverkan på livskvaliteten i både psykisk och fysisk mening. De allmänt förekommande fördomarna mot övervikt resulterar ofta i stort personligt lidande och skuldbeläggning (1). Enligt SBU (1) har överviktiga personer en klart sämre livskvalitet jämfört med den övriga befolkningen. I många fall har svårt överviktiga personer lägre livskvalitet än patienter med allvarliga sjukdomar som t.ex. metastaserande

cancer. Livskvaliteten förbättras dock vid viktnedgång och ju större viktnedgång desto bättre livskvalitet (1). Svensson (4) redovisar att patienternas hälsa ett år efter överviktsoperation enligt Gastric Bypass eller VBG hade förbättrats gällande alla de åtta hälsobegrepp som hon undersökte. Hälsobegreppen var fysisk funktion, rollfunktion - fysiska begränsningar, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, rollfunktion – social funktion och mental hälsa.

SBU (1) slår fast att kirurgisk behandling av fetma kan vara aktuell för människor med svår fetma men endast då andra behandlingsförsök har misslyckats. Bland 160 överviktiga patienter i en studie var det ingen, som före en framgångsrik överviktsoperation, trodde att de skulle ha klarat av att hålla den reducerade vikten utan operationen (5). Kirurgisk behandling ger en större viktnedgång än andra, utvärderade icke-kirurgiska metoder (1). Olbers m.fl. (6) redovisar att patienter som hade opererats för övervikt enligt Gastric Bypass hade en större viktnedgång efter två år än dem som hade opererats med Vertikal Banded Gastroplastik (VBG). Författarna fann också att patienter som hade opererats med Gastric Bypass hade en större viktreduktion av kroppsfettet runt och i bukhålan än de som hade opererats med VBG. Patienterna fick också ett mer gynnsamt ätmönster där de ”styrdes” bort från att äta fet mat efter operationen (6).

Gastric Bypass innebär att ventrikelns övre del (ca 20 ml) avskiljs från resten av magsäcken med hjälp av stapling. En ny förbindelse från den lilla magfickan skapas genom att tunntarmen delas efter ca 50 – 75 cm och den nedre delen av tarmen sys fast vid magfickan. Genom den nya passagen transporteras maten från ventrikeln till tarmen. Den övre ändan av tunntarmen sys fast 75-100 cm ned på den tarm som har kopplats till magfickan. På detta sätt förbinds magfickan med tarmen och de viktiga magsafterna blandas med maten i tarmen men längre ner än vid normal passage (3, 7).

Virji och Murr (3) och Grindel och Grindel (8) redovisar i litteraturoversikter att stor viktnedgång efter överviktsoperation kan leda till att huden inte hinner anpassa sig till den nya kroppsvolymen utan patienterna kan få besvär med överskottshud. Kinzl m.fl. (5) rapporterar att 90 % av patienterna var nöjda med sitt utseende efter en överviktsoperation men sjuttio procent uppgav dock att viktminskningen hade inneburit att de hade fått problem med överskottshud. De patienter som var mest nöjda med sitt utseende efter

överviktsoperation hade statistiskt sett mindre viktnedgång än de patienter som var mindre nöjda med sitt utseende (5). Det fanns däremot inte någon statistisk skillnad mellan de som var missnöjda med sitt utseende postoperativt och deras kön eller ålder. Heddens (9) rapporterar i en litteraturöversikt att personer som går ner mycket i vikt efter en överviktsoperation ofta blir negativt överraskade av överskottshud och att minst 25 % av de personer som lyckas gå ner mycket i vikt kommer att söka hjälp för att bli av med överskottshuden.

Heddens (9) redovisar att överskottshuden satt för såväl män som kvinnor på nedre delen av buken, låren, överarmarna och bröstet. Flera studier redovisar att överskottshuden gav estetiska problem men även att patienter med överskottshud fick problem med den personliga hygien, att huden gav utslag och klåda och att patienterna trots viktnedgången fortfarande hade svårt att hitta kläder som passade eftersom överskottshuden gjorde kroppen oproportionerlig (9-11). Det kunde även vara svårt för överviktiga personer att delta i fysiska aktiviteter efter en överviktsoperation eftersom överskottshuden hade gjort det omöjligt för dem att vara så fysiskt aktiva som de önskade (9). Smärta i t.ex. rygg och nacke var förknippad med överskottshud och överskottshuden kunde även ge patienten problem med kroppshållningen (8, 12).

Det kan vara mycket svårt att få bukt med överskottshuden på buken, flankerna och insidan av låren genom diet och/eller motion (10). Som ett inlägg i debatten menar Taylor och Shermak (11) att enbart en överviktsoperation utan följande hudplastik är som att operera en kvinna för bröstcancer utan att rekonstruera ett nytt bröst. Hudplastik angriper både de funktionella och estetiska problemen med överskottshud och det resulterar i en nöjd patient med ökat självförtroende (11, 12).

Hudplastik genomförs oftast 2 – 3 år efter överviktsoperationen (8). Kinzl m.fl. (5) betonar vikten av att patienterna är välinformerade om konsekvenserna av en överviktsoperation innan själva operationen. Det är viktigt att patienterna informeras om både möjligheterna och begränsningarna av plastikoperation för att förhindra och begränsa de höga och ofta orealistiska förväntningar som finns.

Teoretiskt perspektiv

Begreppet patient betyder ursprungligen den lidande, den som tåligt fördrar och uthärdar något. Att leva innebär bland annat att lida. Eriksson menar att lidandet är något alltigenom ont och att det inte har någon mening i sig självt, men att varje människa kan tillskriva lidandet en mening genom att gå igenom det (13).

Eriksson (13) redovisar olika former av lidande i vården. Sjukdomslidande beskrivs som det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. En vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom är smärta. Kroppslig smärta är orsakad av sjukdom och behandling medan själsligt och andligt lidande orsakas av de upplevelser av förnedring, skam och/eller skuld som människan erfar i relation till sin sjukdom eller behandling. Dessa känslor kan uppstå på grund av fördömande attityder från vårdpersonalen eller orsakas av det sociala sammanhanget. Eriksson (13) hänvisar till Lazare som menar att skuld uppkommer ur känslan av att man överträtt vissa gränser och man upplever då ett illabefinnande. Denna känsla uppstår då man känner att man kanske själv förorsakat sjukdom och lidande genom att inte leva rätt (13). Fördomar mot t.ex. överviktiga är väl dokumenterat. Övervikt associeras bland allmänheten med misslyckande, dålig karaktär, lathet, lågt intellekt, dålig hygien och social dysfunktion. Dessa fördomar är bland de mest komplicerade fenomenen i vår tid och de är även de mest socialt accepterade (14).

Att uppleva att man har ett egenvärde som patient är av grundläggande betydelse för hälsoprocessen. Vårdarens uppgift är att ge patienten möjlighet att uppleva sin fulla värdighet och att förhindra alla former av kränkning. Att bekräfta människans värdighet i vården innebär att ge varje patient individuell vård. Förutsättningarna för att vi skall kunna lindra lidande är att vi skapar en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad (13). Blackwood (15) menar att en kvalitativ vård av den överviktiga patienten bland annat innebär att det finns kläder, blodtrycksmanschetter, stolar och sängar i rätt storlek.

Eriksson beskriver även ett vårdlidande. Vårdlidande är det lidande som upplevs i relation till själva vård situationen. Patienten kan känna sig värdelös på grund av skam och skuld och på grund av att vårdaren ser olika patienter på olika sätt och tillskriver dem olika värde (13).

Reto (14) hänvisar till en studie där sjuksköterskor uppgav att de tyckte att överviktiga patienter var mer aggressiva och latare än patienter i allmänhet.

I ett historiskt perspektiv har vårdandet och olika slag av vårdorganisationer uppkommit i syfte att lindra det mänskliga lidandet (13). Paradoxalt nog har utvecklingen många gånger lett till att vården idag istället skapar lidande för patienten. Eriksson anser att en av de största utmaningarna för vårdforskning och vårdvetenskapen är att finna vägar för att eliminera eller åtminstone påtagligt minska lidandet i vården. Enligt Sousa och Williamson (16) är hälsorelaterad livskvalitet känsligt för omvårdnadsåtgärder och ett fokus på hälsa är av största intresse för omvårdnadsforskning. Hälsa innebär bl.a. att lära sig leva med en kronisk sjukdom eller att stötta patienter som står inför stora förändringar i sitt liv (16).

Det saknas studier som utreder om personer som har opererats enligt laparoskopisk gastric bypass har problem med överskottshud och hur den i så fall upplevs. Det finns inte heller några studier som undersöker om det finns något samband mellan ålder, viktnedgång, aktivitetsgrad och överskottshud. För att förbättra vården och informationen i samband med kommande överviktsoperationer är det angeläget att få ökad kunskap inom detta område.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka om personer som har opererats för övervikt enligt Gastric Bypass har problem med överskottshud och hur de i så fall upplever detta samt om det finns något samband mellan överskottshud och patientens ålder, viktnedgång och aktivitetsgrad.

METOD

Studien bygger på ett frågeformulär (Bilaga 1) som skickades ut till samtliga personer som hade opererats för övervikt med laparoskopisk Gastric bypass vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset mellan år 2002 och 2004. Sammanlagt inkluderades 148 personer i studien varav 112 personer besvarade frågeformuläret. Det innebär en svarsfrekvens på 76 %. Av dem som inte svarade hade en avlidit, en var på långvarig semester och en person var inte nåbar.

Tabell 1: Deskriptiva data om de personer som svarade på frågeformuläret. Antal personer alternativt medelvärde \pm standardavvikelse.

	n = 112
Kön, män/kvinnor	35/77
Medelålder, år	45 \pm 11,7
Tid sedan operationen, mån	28 \pm 9
Vikt innan operationen, kg	135 \pm 25
Nuvarande vikt, kg	88 \pm 20
Längd, m	1,71 \pm 0,09
BMI innan operationen, kg/m ²	46,4 \pm 7,3
Nuvarande BMI, kg/m ²	30,0 \pm 5,7

Frågeformuläret var utformat för att undersöka om personerna hade besvär av överskottshud efter överviktsoperationen och hur de i så fall upplevde överskottshuden. Frågeformuläret utformades ur författarens egna vardagliga kliniska observationer och i samråd med handledarna. De första sex frågorna var av allmän karaktär där de fick fylla i ålder, kön, när

de hade opererats, nuvarande vikt, vikt innan operation och längd. Därefter fick de svara på om de hade besvär med överskottshud. De som inte hade några besvär fick hoppa över frågorna i formuläret som handlade om upplevelserna av överskottshud. De som uppgav besvär av överskottshud fick rita in på en figur var på kroppen överskottshuden satt. Männerna fick en bild på en man och kvinnorna en bild på en kvinnokropp (Bilaga 1). En av frågorna utgjordes av en 100 mm lång skattningsskala där personerna skulle sätta en markering för att skatta hur mycket besvär de hade av överskottshuden. En markering längst till vänster innebar obetydliga besvär och en markering längst till höger innebar maximalt besvär av överskottshuden.

Sex frågor kunde besvaras med JA eller NEJ och det fanns utrymme under två av frågorna för fri text. Frågorna syftade till att undersöka om personerna var nöjda med att de hade opererats för övervikt även om de hade besvär med överskottshud, om de hade haft funderingar på överskottshud innan operationen och om dessa funderingar i så fall stämde överens med hur det blev, om de hade några andra besvär efter operationen och om de stod på kö för plastikkirurgi. Vidare handlade två öppna frågor om vilka besvär personerna hade av överskottshuden och om det fanns något de avstod från att göra på grund av överskottshuden. Två frågor undersökte personernas aktivitetsgrad och de fick svara på hur ofta de var fysiskt aktiva med t.ex. promenader och hur ofta de tränade så hårt att de blev andfådda per dag och vecka. De fick ringa in det alternativ som stämde in på deras aktivitetsgrad och alternativen var från inte alls till 7 dagar per vecka.

Innan frågeformuläret skickades ut testades det på åtta personer som arbetar på den avdelningen där patienter vårdas efter överviktsoperation och även på två personer som inte har någon anknytning till sjukvården. Därefter omformulerades några av frågorna för att göra dem så tydliga som möjligt och för att undvika missförstånd. När det hade gått fyra veckor sedan frågeformuläret skickades ut sändes en påminnelse till dem som ännu inte hade besvarat och återsänt frågeformuläret.

Etiska överväganden

Denna studie faller inte inom ramen för de krav på granskning som Lagen om etikprövning (17) ställer. Studien innebär inte ett fysiskt ingrepp på en forskningsperson och frågorna är inte heller av den karaktär så att de kan påverka forskningspersonen fysiskt eller psykiskt. Eftersom studien syftar till kvalitetsutveckling av vården har ingen ansökan gjorts till etikprövningsnämnden. Studien uppfyller Etiska riktlinjer för god omvårdnadsforskning i Norden (17). Patientinformationen är utformad enligt rådande praxis. Respondenterna fick saklig och tydlig information om syftet med frågeformuläret, vem som kunde kontaktas om de hade frågor och/eller funderingar samt att deltagandet var frivilligt. Om de valde att inte besvara frågeformuläret stod det klar och tydligt att detta inte medförde några konsekvenser för framtida vård eller behandling. Kraven på konfidentialitet uppfylldes eftersom frågeformuläret var kodat så att ingen person kunde identifieras.

Enligt ICN har en sjuksköterska fyra grundläggande ansvarsområden (18). Man skall främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande och man är skyldig att använda och förbättra sin kunskap, vara observant på nya möjligheter och att utveckla ny kunskap.

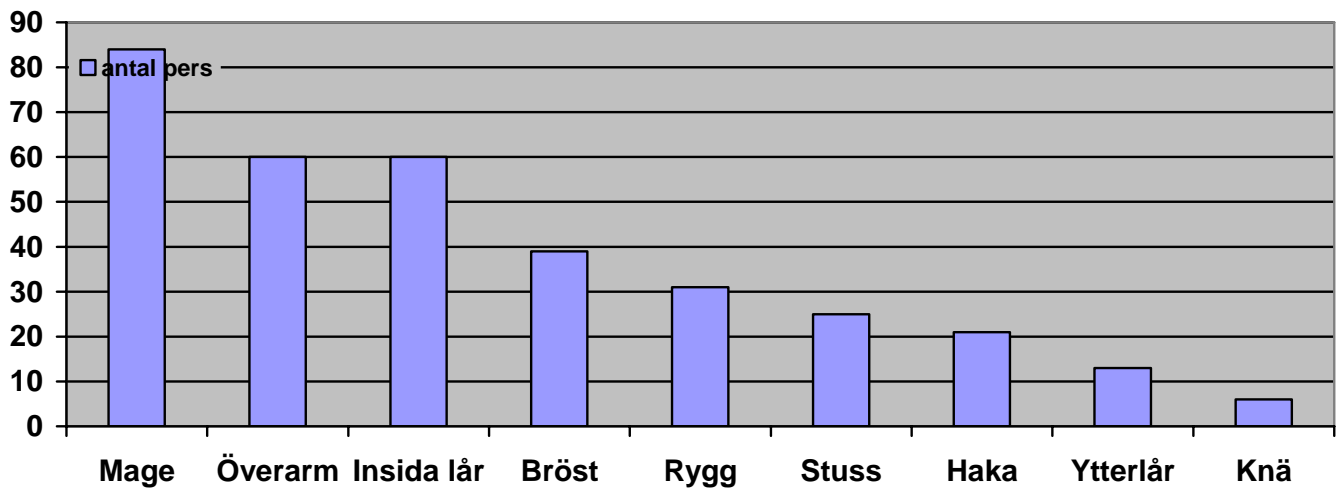
Statistik

För analys användes statistikprogrammet SPSS version 11.0. För test av skillnader mellan män och kvinnor användes Mann-Whitneys Test. För skillnader i proportioner användes Chi-2-test. För testning av samband användes Spearmans korrelationskoefficient. Ett p-värde < 0,05 definieras som signifikant. De öppna svarsfrågorna kategoriserades och redovisas som olika teman.

RESULTAT

94 personer, d.v.s. 84 %, uppgav att de hade besvär med överskottshud efter operationen.

Fördelningen var personerna hade besvär framgår av Figur 1.



Figur 1 illustrerar var på kroppen de personer som svarade på frågeformuläret ansåg att de hade överskottshud.

Besvär av överskottshud

På en skala där 0 var minsta möjliga besvär av överskottshud och 100 var maximalt besvär låg medianen på 70,5. Det lägsta rapporterade värdet var 13 och det var tre personer som rapporterade maximalt besvär. Signifikant fler kvinnor än män hade besvär av överskottshud ($p < 0,05$). Det fanns däremot ingen korrelation mellan hur personerna skattade besvären på skalan och:

- deras ålder ($r_s -0,211$)
- hur länge sedan de hade opererats ($r_s -0,116$)
- nuvarande vikt ($r_s -0,078$)
- vikt innan operationen ($r_s 0,150$)
- viktnedgång i kilo ($r_s 0,333$)
- nuvarande BMI ($r_s 0,277$)
- BMI innan operationen ($r_s -0,066$)

- fysisk aktivitet (r_s 0,057)
- fysisk träning (r_s 0,188).

De besvär som respondenterna hade av överskottshuden kan kategoriseras in i tre större grupper, hud, psykosocialt och aktivitet.

Av de öppna frågorna framkom att 43 personer upplevde att överskottshuden gav problem med svamp, eksem och sår under t.ex. magen, bröstet och/eller i ljumskarna. Några personer beskrev att detta i sin tur gav upphov till klåda, dålig lukt, svett och problem med den personliga hygien.

Det var 30 personer som beskrev att de efter operationen fortfarande hade svårt att hitta kläder som passade eftersom överskottshuden var ivägen. Om det inte hade varit för huden hade de kunnat köpa kläder som var flera storlekar mindre. Byxorna behövde t.ex. vara stora runt midjan för att få plats med överskottshuden medan benen hade blivit smalare. Flera kvinnor beskrev hur de fick ”rulla” ner bröstet i Bh: n och försöka få till en bra form på dem. Tjugoåtta personer tyckte att överskottshuden var ful, oattraktiv och ett stort kosmetiskt problem för dem.

Överskottshuden upplevdes som ett psykiskt problem för 29 personer. En person kände sig fullständigt oattraktiv på grund av överskottshuden. Flera personer kände sig äcklade av huden, de skämdes, de kände sig generade och hade komplex för huden. En person beskrev att överskottshuden gjorde att det kändes som att ligga på skrynkliga lakan när han låg.

Sju personer rapporterade att överskottshuden gav obehag vid motion. Flera beskrev bl.a. hur magen hängde ner på låren och att den dallrade och klatschade när de sprang. Sju personer uppgav att överskottshuden var tung och att den ledde till smärta i bl.a. axlarna.

Vad de undviker eller avstår på grund av överskottshuden

Av de öppna frågorna framkom att 64 personer undvek att bada offentligt på t.ex. badstränder och/eller i badhus. De solade inte på allmänna platser och de ville inte visa sig i

bikini, baddräkt eller i bar överkropp. De undvek platser och aktiviteter där de behövde visa sig nakna inför andra t.ex. vid bastubad. En del ville helst inte visa sig nakna inför den egna familjen eller partnern.

Det var 29 personer som undvek att använda vissa plagg. Kortärmade tröjor, linnen, shorts, tajta kläder och urringade tröjor var några av de plagg som undveks. Nitton personer uppgav att överskottshuden på olika sätt gjorde att de inte tränade. En del tyckte att det var obehagligt med alla som tittade på dem och en del hindrades av själva överskottshuden. Nio personer menade att besvären med överskottshud gjorde att de inte vågade inleda något förhållande med det motsatta könet eftersom de skämdes för hur de såg ut.

Övrigt

På frågan om hur fysiskt aktiva respondenterna var i form av promenader, cykling eller kraftigt hushållsarbete i mer än 30 minuter per dag låg medianen på fyra dagar per vecka (min 0 max 7). Medianen för hårdare fysisk aktivitet, dvs. träning i 45 minuter som ledde till andfåddhet, var 1 dag per vecka (min 0 max 7).

Av de 94 personer som svarade att de hade problem med överskottshud efter operationen var det 2 personer som ångrade att de hade opererats för övervikt. Sjuttio personer uppgav att de hade haft funderingar på överskottshud innan operationen och 49 av dessa tyckte att funderingarna stämde med hur det verkligen hade blivit medan 21 personer inte tyckte att de stämde.

Av dem som hade problem med överskottshud stod 37 personer i kö för plastikoperation. De som stod i kö var signifikant yngre ($p < 0,01$) än de som inte var uppsatta på kö och de hade haft en signifikant större viktminskning såväl i kilo ($p < 0,004$) som i procent ($p < 0,001$). Det var däremot ingen signifikant skillnad i hur många månader som gått sedan de hade opererats för övervikt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka om personer som hade opererats för övervikt enligt laparoskopisk Gastric Bypass hade besvär av överskottshud. Syftet var också att belysa hur de i så fall upplevde detta samt om det fanns något samband mellan överskottshud och personernas ålder, viktnedgång och aktivitetsgrad. Att använda ett frågeformulär för att få svar på detta syfte visade sig vara en bra metod. Enkäten har en relativt hög svarsfrekvens, 76 % efter en påminnelse. Det var många som skrev egna kommentarer i slutet av frågeformuläret vilket också har berikat denna studie. Av dem som svarade på frågeformuläret var det 84 % som uppgav att de hade besvär av överskottshud och det har tolkats som att frågeställningen var relevant och av stor betydelse.

Vid sammanställning av frågeformulären visade det sig att fråga 9 och fråga 14 hade missuppfattats av några personer och deras svar analyserades därför inte. På fråga 9 skulle de eventuella besvären av överskottshud markeras med ett kryss på en VAS-skala. Några personer hade inte markerat med kryss utan de hade t.ex. dragit ett sträck längst med hela skalan eller beskrivit besvären med ord. Fråga 14 var sammankopplad till fråga 13 och syftade till att ta reda på om personerna hade haft några funderingar på eventuell överskottshud innan de opererades och om dessa funderingar i så fall stämde överens med hur det blev efteråt. De som hade missuppfattat frågan hade t.ex. svarat generellt på hur det blev efter operationen och inte i relation till eventuella funderingar på överskottshud som var meningen.

Det är viktigt att beakta att 34 personer inte svarade på frågeformuläret och man kan bara spekulera om varför dessa personer inte svarade. Kanske har de inget problem med överskottshud och tyckte därför inte att frågan var relevant för dem. Det kan även vara så att de har väldiga besvär av överskottshud men att ämnet är så känsligt för dem att de därför inte har svarat på frågeformuläret. En mer ingående innehållsanalys är inte gjord och det finns en risk att bortfallet hade påverkat resultatet i denna studie.

Resultatdiskussion

Även resultat från litteraturgenomgången markerar att det är vanligt med överskottshud efter en överviktsoperation men att det var hela 94 av 112 personer (84 %) som uppgav att de hade besvär av överskottshud var överraskande. I studien framkommer att mest överskottshud sitter på buken, överarmarna, insidan av låren och på bröstet hos både män och kvinnor och detta är samma resultat som både Kintzl m.fl. (5) och Heddens m.fl. (9) redovisar. I den här studien framkommer även att några personer har besvär av överskottshud på ryggen, stussen, hakan, ytterlåren och hängande ner över knäna. Sjuttio personer uppgav att de hade haft funderingar på överskottshud innan operationen. Några av dem blev positivt överraskade efter operationen eftersom de inte hade fått så mycket överskottshud som de hade befarat. Andra däremot hade fått mer överskottshud än de i sin vildaste fantasi trots var möjligt.

Anmärkningsvärt är att de flesta personer undvek i stort sett samma saker efter överviktsoperationen som de hade undvikit före operationen. Innan operationen var det många som undvek att visa sig på badstränder eller i badhus, i träningslokaler eller i vissa kläder och detta undvek de efter operationen också. Efter operationen var det överskottshuden som hindrade dem och inte övervikten. De upplevde fortfarande att folk runt omkring dem tittade och pekade och det var flera som uppgav att det var jobbigare och pinsammare med överskottshuden än vad det hade varit med övervikten. Problemet hade förskjutits från fetman till överskottshuden. Resultatet av denna studie stödjer Taylor och Shermak (11) som menar att enbart göra en överviktsoperation utan efterföljande plastikoperation är det samma som att operera en kvinna för bröstcancer utan att rekonstruera ett nytt bröst. De medicinska riskerna med fetman minskar i och med viktnedgången men de psykosociala problemen kvarstår på grund av överskottshuden.

Även de fynd som redovisas av Heddens (9) om att många som har opererats för övervikt efter operationen inte kan vara så fysiskt aktiva som de önskar överrensstämmer med resultaten i denna studie. Flera personer uppgav att de hade sett fram emot att träna och simma igen efter viktnedgången men att överskottshuden hindrade dem. Dels ville de inte visa sig lättklädda eller byta om tillsammans med andra människor och dels hindrades de av att huden klatschade när de rörde sig.

Ett av syftena med denna studie var att undersöka om det fanns något samband mellan besvär av överskottshud och aktivitetsgrad. Vi fann inte något sådant samband och det går därför inte att råda patienter att motionera efter operationen för att minska risken för att få överskottshud eller för att reducera redan befintlig överskottshud. Detta stämmer väl överens med de slutsatser som Ellabban och Hart (10) redovisar d.v.s. att det nästan är omöjligt att få bukt med överskottshud genom diet och/eller motion. Denna studie syftade även till att undersöka om det fanns något samband mellan överskottshud och personernas ålder eller viktnedgång. Vi fann inte något sådant samband vilket delvis stämmer överens med vad Kinzl m.fl. (5) redovisar. De fann att de personer som hade gått ner minst i vikt var mest nöjda med sitt utseende men att det inte fanns några skillnader mellan de som var mindre nöjda med sitt utseende postoperativt och åldern (5).

En överviktsoperation syftar till att förbättra både den medicinska och den psykiska livskvaliteten för den överviktiga personen. Enligt SBU (1) förbättras livskvaliteten och risken för följsjukdomar minskar vid viktnedgång. I den här studien framkommer att 110 av 112 personer var nöjda att de hade opererats för sin övervikt och många förtydligade att de var mycket nöjda efter operationen. Trots detta fina resultat är medianen för besvären av överskott skattade till 70,5 på en skala där max var 100. Det var hela tre personer som skattade 100 på VAS-skalan d.v.s. de upplevde maximalt besvär av överskottshuden.

Som angetts i bakgrunden beskriver Eriksson (13) olika dimensioner av lidande. Både Eriksson och ICN (18) menar att en av vårdvetenskapens och sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att finna vägar att lindra patienternas lidande. En patient som genomgår överviktsoperation går ner i vikt, får minskad risk för följsjukdomar och får en ökad livskvalitet. Man kan anta att det kroppsliga lidandet i form av smärta relaterat till övervikten minskar och att det själsliga lidandet i form av omgivningens fördömande attityd och den egna känslan av skam och/eller skuld avtar. Däremot visar den här studien att ett nytt lidande uppstår för de personer som besvärar av överskottshud efter operationen. Lidandet tar sig kroppsliga uttryck när det innebär svamp, klåda och illasittande kläder och det innebär även ett själsligt lidande när en person inte vågar visa sig naken inför den egna partnern utan skäms och känner avsmak för hur han/hon ser ut. Resultatet från den här studien leder osökt till frågan om sjukvården kan vara nöjd med att enbart operera en person för övervikt utan efterföljande hudplastik?

Litteratursökning via databaserna Cinahl och Pubmed visar att det finns oerhört många studier som handlar om obesitas, Gastric Bypass och livskvalitet för dessa personer. Det är ett ämne som är mycket aktuellt. Däremot fanns det väldigt få studier som handlade om överskottshud och de flesta av dessa var publicerade i medicinska tidskrifter. Det känns därför angeläget att redovisa att personer som har opererats för övervikt med laparoskopisk Gastric Bypass har stora besvär med överskottshud och att det inte enbart är medicinska komplikationer utan att överskottshuden även ger psykologiska besvär. Dessa data kan hjälpa till att belysa problematiken för att på sikt skapa ett bättre helhetsomhändertagande av denna patientgrupp.

Resultaten från den här studien beskriver bl.a. var på kroppen överskottshuden sitter, hur besvärande den är, på vilket sätt den är besvärande samt vad personerna undviker att göra p.g.a. överskottshuden. I framtiden behövs ytterligare forskning inom området. Det skulle t.ex. vara intressant att undersöka om personer som genomgår plastikoperation för överskottshud på magen blir nöjda med sin kropp efter operationen eller om de kommer att se överskottshuden på resten av kroppen än tydligare? Andra intressanta frågeställningar är hur/om deras upplevelse av överskottshud förändras över tid efter operationen, hur besvären av överskottshud står i relation till besvären de hade av själva övervikten och om olika operationsmetoder för övervikt ger olika mycket besvär av överskottshud?

Som avslutning vill jag nämna att trots stora besvär av överskottshud var respondenterna tacksamma för att de hade fått en ny chans i och med överviktsoperationen, de upplevde att de hade fått livet tillbaka.

REFERENSLITTERATUR

1. SBU Statens Beredning för medicinsk utvärdering. Fetma – problem och åtgärder. SBU-rapport 160. 2002, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.
2. WHO <http://www.who.int/en/> Tillgänglig 2006-11-06
3. Virji A, Murr M. Caring for patients after bariatric surgery. Am Fam Physician. 2006; 73(8):1403-1408.
4. Svensson M. Gastric bypass eller Vertikal bandad gastroplastik som operation vid sjuklig fetma – en jämförelse utifrån hälsorelaterad livskvalitet. Magisteruppsats vid Sahlgrenska akademin, Göteborgs Universitet. 2006. Göteborg.
5. Kinzl J F, Traweger C, Trefalt E, Biebl W. Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. Obes Surg. 2003; 13(1):105-10.
6. Olbers T, Björkman S, Lindroos AK, Maleckas A, Lönn L, Sjöström L, Lönroth H. Body composition, dietary intake, and energy expenditure after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass and laparoscopic vertical banded gastroplasty: A randomized clinical trial. Ann Surg. 2006; 244(5):715-722.
7. Olbers T, Lönroth H, Fagevik-Olsén M, Lundell L. Laparoscopic gastric bypass: development of technique, respiratory function, and long-term outcome. Obes Surg. 2003; 13(3):364-70.
8. Grindel M, Grindel C G. Nursing care of the person having bariatric surgery. Medsurg Nurs. 2006; 15(3):129-146.
9. Heddens C.J. Body contouring after massive weight loss. Plast Surg Nurs. 2004; 24(3):107–15.
10. Ellabban M.G, Hart N.B. Body contouring by combined abdominoplasty and medial vertical thigh reduction: experience of 14 cases. Br J Plast Surg. 2004; 57(3):222–27.

11. Taylor J, Shermak M. Body contouring following massive weight loss. *Obes Surg.* 2004; 14(8):1080-85.
12. Datta G, Cravero L, Margara A, Boriani F, Bocchiotti M A, Kefalas N. The Plastic Surgeon in the treatment of obesity. *Obes Surg.* 2006; 16(1):5-11.
13. Eriksson K. *Den lidande människan.* 1994, Liber; Stockholm.
14. Reto C. Psychological aspects of delivering nursing care to the bariatric patient. *Crit Care Nurs Q.* 2003; 26(2):139-149.
15. 15. Blackwood H. Obesity a rapidly expanding challenge. *Nurs Manage* 2004; 35(5):27-36.
16. Sousa K, Williamson A. Symptom status and health-related quality of life: clinical relevance. *J Adv Nurs.* 2003; 42(6):571-577.
17. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i nordn.
<http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/yrkesetik.html#> Tillgänglig 2007-04-18
18. ICN, <http://www.icn.ch> Tillgänglig 2007-04-18

Bilaga 1

Kodnr:

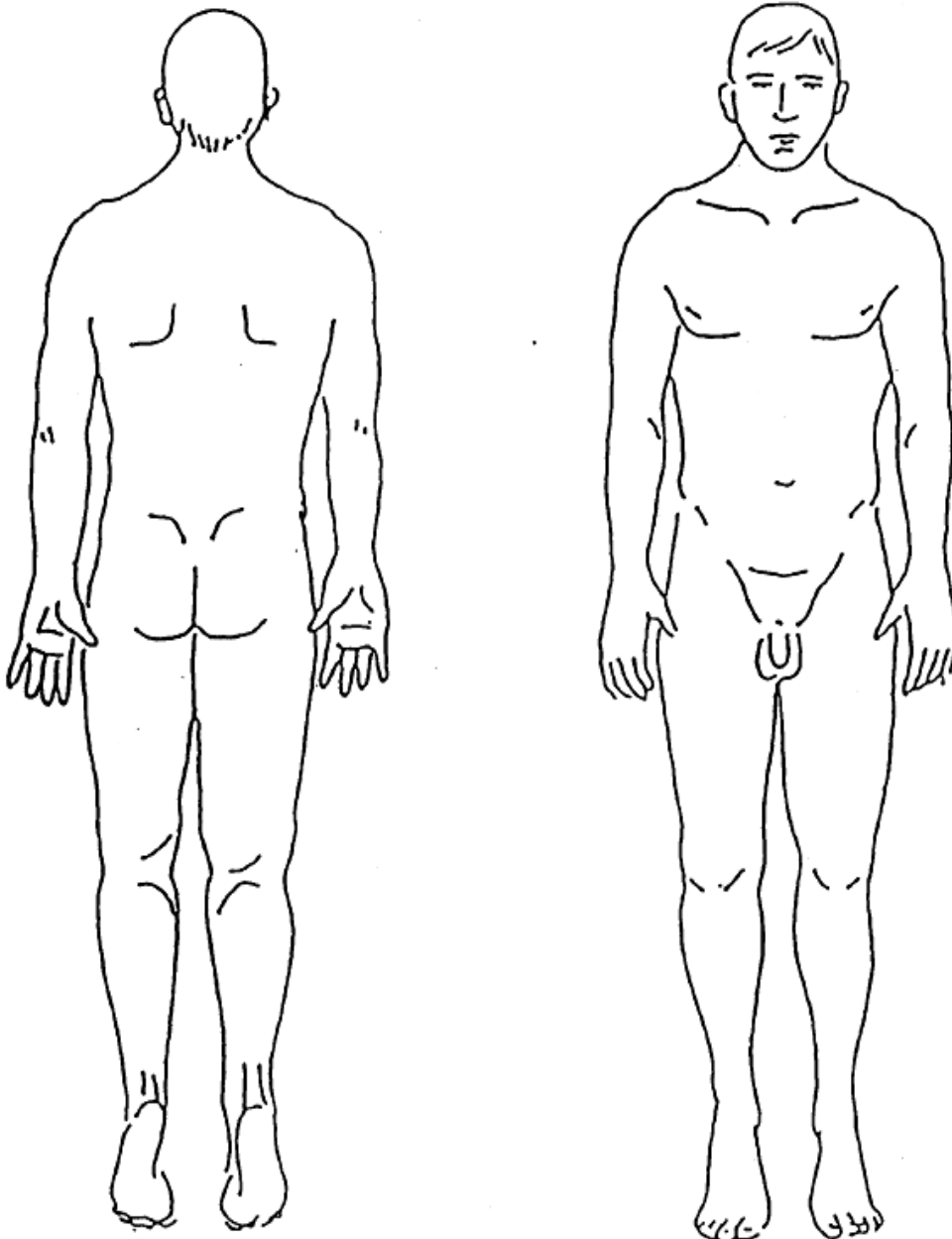
Frågeformulär:

1. Hur gammal är Du? _____ 2. Man / Kvinna 3. När opererades Du? _____

4. Nuvarande vikt? _____ 5. Vikt innan operationen? _____ 6. Längd? _____

7. Har Du besvär av överskottshud efter operationen? JA NEJ om nej gå till fråga 13.

8. Om JA – var sitter överskottshuden? Rita in på figuren nedan!



9. Ange på nedanstående skala hur omfattande Dina besvär med överskottshuden är genom att markera med ett kryss på linjen.

Obetydliga besvär _____ Maximala besvär

10. Vilka besvär har Du av överskottshuden?

11. Är Du nöjd att Du valde operation även om Du har besvär med överskottshud?

JA NEJ

12. Finns det något Du avstår från att göra på grund av överskottshud?

13. Hade Du funderingar på eventuell överskottshud innan Du opererades? JA NEJ

14. Stämmer Dina funderingar då överens med hur det blev efteråt? JA NEJ

Om NEJ varför inte?

15. Hur många dagar/vecka är Du fysiskt aktiv mer än 30 min per dag med ex. promenader, cykling eller kraftigare hushållsarbete? Ringa in det alternativ som passar bäst.

inte alls	4 dagar per vecka
1 dag per vecka	5 dagar per vecka
2 dagar per vecka	6 dagar per vecka
3 dagar per vecka	7 dagar per vecka

16. Hur många dagar/vecka tränar Du så hårt att du blir andfådd (över 45 minuter)?

inte alls	4 dagar per vecka
1 dag per vecka	5 dagar per vecka
2 dagar per vecka	6 dagar per vecka
3 dagar per vecka	7 dagar per vecka

17. Har Du några andra besvär efter operationen? JA NEJ

Om JA - vilka besvär har Du?

18. Står Du på kö för hudplastikoperation? JA NEJ

Tack för Din medverkan!