



Detta är ett svar från SBU:s Upplysningstjänst den 12 juni 2014. SBU:s Upplysningstjänst svarar på avgränsade medicinska frågor. Svaret bygger inte på en systematisk litteraturöversikt, varför resultaten av litteratursökningen kan vara ofullständiga. Kvaliteten på ingående studier har inte bedömts. Detta svar har tagits fram av SBU:s kansli och har inte granskats av SBU:s råd eller nämnd.

Psykosociala behandlingars effekt på livskvalitet efter viktreducerande kirurgi

Under de två senaste decennierna har övervikt och fetma blivit vanligare i befolkningen, med den största ökningen bland personer under 50 år. Fetma för med sig en ökad risk för att utveckla allvarliga eller livshotande sjukdomar såsom diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar samt vissa cancerformer.

Viktreducerande kirurgi är den mest effektiva metoden för gravt överviktiga personer att minska i vikt. Patienter som efterfrågar överviktsoperationer lider oftare av psykisk ohälsa än den allmänna befolkningen, och de har en betydligt lägre livskvalitet. Upplysningstjänsten har undersökt effekterna av psykosociala behandlingar efter viktreducerande kirurgi gällande livskvalitet och psykiska besvär.

Fråga:

Vad är effekten av uppföljande psykosociala behandlingar på upplevd livskvalitet, sjuklighet och psykisk ohälsa hos patienter som har behandlats med kirurgi pga fetma?

Sammanfattning

Upplysningstjänsten har identifierat nio artiklar där författarna har studerat sambandet mellan psykosocialt eller psykologiskt stöd efter viktreducerande kirurgi samt patientens upplevda livskvalitet, sjuklighet eller psykiska ohälsa.



Bakgrund

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) var år 2008 mer än 1,4 miljarder vuxna överviktiga och mer än en halv miljard feta [1]. Globalt dör minst 2,8 miljoner människor varje år till följd av övervikt eller fetma. Enligt den nationella folkhälsoenkäten om levnadsvanor år 2013, är 49 % av Sveriges befolkning överviktiga varav 14 % räknas som feta [2]. En fjärdedel av Sveriges befolkning rapporterar att de har besvär på grund av övervikt. Siffran kan jämföras med USA där cirka 68 % av befolkningen betraktas som överviktiga.

Den standardiserade definitionen av viktklassifikationer föreslogs av WHO 1989 och är baserad på BMI (så kallad kroppsmasseindex, dvs kroppsvikten i kg dividerad med kvadraten på kroppslängden uttryckt i meter).

Exempel BMI:

En person som väger 120 kg och är 180 cm lång har ett BMI på 37

$$\frac{120 \text{ kg}}{1,8 \text{ m} \times 1,8 \text{ m}} = 37 \text{ kg/m}^2$$

Gränserna mellan normalvikt, övervikt, och olika grader av fetma är konsensusbaserad (Tabell 1) och grundar sig på risken att utveckla följdsjukdomar [3]. Andra gränser gäller för barn.

Tabell 1. Internationellt accepterade definitioner av normalvikt, övervikt och olika grader av fetma.

BMI (kg/m ²)	
Normal vikt	18,5-<25
Övervikt	25-<30
Fetma grad 1	30-<35
Fetma grad 2	35-<40
Fetma grad 3	>40

Människor som lider av fetma (obesitas) löper en betydligt högre risk för att utveckla följdsjukdomar såsom diabetes eller kardiovaskulära sjukdomar, än en person med normalvikt. Ett samband finns även mellan fetma grad 2–3, och för tidig död.

Övervikt och fetma ökar även risken för många cancerformer som till exempel postmenopausal bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer. Genom att gå ner i



vikt kan dessa patienter inte bara minska risken för att utveckla allvarliga följsjukdomar, utan också påverka förloppet av redan utvecklade följsjukdomar [4,5].

Ikke-kirurgisk behandling av fetma kan omfatta kostomläggning, motion, förändring av beteende¹ och farmakologisk behandling. Med dessa åtgärder kan vikten ofta minskas, men omfattande och bestående viktreduktion på lång sikt uppnås sällan hos patienter med svår fetma [6-9]. Obesitaskirurgi ger större viktnedgång än icke-kirurgiska behandlingar för dessa människor [7].

Det finns ett flertal olika viktreducerande kirurgiska metoder [4]. De använder sig av två principer för att få ner kaloriintaget hos patienten: den restriktiva operationsmetoden som förminskar magsäcksvolymen och därmed förhindrar personen från att äta för stora matportioner, eller den malabsorptiva metoden som är en funktionell förkortning av tunntarmen i syfte att minska kaloriupptaget.

Det vanligaste kirurgiska ingreppet för viktminskning i Sverige är gastric bypass-kirurgi (GPB). Enligt [SOREg](#) (Scandinavian Obesity Surgery Register) utfördes cirka 7 900 operationer i Sverige år 2012, varav 97,5 procent var GPB, de flesta som laparoskopi eller ”tithåls-kirurgi” [10]. GPB är även i övriga världen den vanligaste operationsmetoden [4].

I Sverige rekommenderar Socialstyrelsen obesitaskirurgi för patienter med fetma grad 3 ($\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) eller med fetma grad 2 ($\geq 35 \text{ kg/m}^2$) vid samsjuklighet i form av exempelvis diabetes, hypertoni eller sömnapné [11-13]. För att uppnå ett optimalt resultat efter GPB rekommenderas livsstilsförändringar liknande de som görs vid icke-kirurgisk behandling av fetma [3].

De flesta som har fått viktreducerande kirurgi når maximal viktminskning inom två år, därefter börjar många gå upp något i vikt igen. Inom tio år har 10–20% av patienterna fått tillbaka så mycket av sin förlorade vikt att de har tappat de flesta av de hälso- eller livskvalitetsförbättringar de kan ha upplevt. Orsakerna till detta har systematiskt granskats av Karmali och medförfattare år 2013 [14]. Man fann att exempelvis psykisk ohälsa, fysisk inaktivitet och ohälsosamma kostvanor ledde till att patienterna återigen ökade i vikt.

Den hälsorelaterade livskvaliteten är lägre för människor som efterfrågar överviktsoperationer än för allmänheten [15]. Viktreducerande kirurgi kan leda till förbättringar i livskvalitet i samband med viktreduktion [5,16] men för att erhålla bestående livskvalitetsförbättringar över lång tid måste viktnedgången förutom att vara bestående också vara betydande, dvs minst 25 kg, vilket i många fall motsvarar ungefär halva övervikten [17].

Även psykisk ohälsa är betydligt vanligare hos personer som efterfrågar obesitaskirurgi jämfört med den allmänna befolkningen, eller jämfört med

¹ Till exempel stresshantering eller ätbeteende



överviktiga människor som inte söker kirurgi [15]. Obesitaskirurgi verkar utöva en gynnsam effekt på utvecklingen eller utfallet av vissa psykiatriska tillstånd [18,19].

I flera systematiska översikter presenterar forskarna hur psykosocialt eller psykologiskt stöd efter obesitaskirurgi gynnar viktminskningen och möjligheterna att behålla denna långsiktigt [20-22].

Avgränsningar

Vi har gjort sökningar (se avsnittet "Litteratursökning") i databaserna PubMed, PsychInfo, och Cochrane Library. Sökningarna rörde sig om effekten av psykosociala behandlingar efter viktreducerande kirurgi på patienternas livskvalitet eller psykiska hälsa. Vi har även inkluderat studier som redovisar livsstilsförändringar. Vi har inkluderat alla metoder inom obesitaskirurgi för att kunna inkludera fler studier.

De artiklar som inte ingår i svaret har exkluderats på grund av att de inte var relevanta för frågeställningen, oftast för att effekten av psykosociala interventioner endast mättes i viktnedgången. Även fallstudier har exkluderats [23-26].

Svaret inkluderar inga hälsoekonomiska studier på området.

Resultat av sökningen

Litteratursökningen identifierade 2 513 abstrakt. Av dessa har 134 artiklar bedömts kunna vara relevanta och har sedan lästs i fulltext. Nio artiklar ingår i svaret (Tabell 2 och 3). Ingen av studierna var blindad, däremot identifierades fyra randomiserade kontrollerade studier (RCT), tre kohortstudier och tre retrospektiva kohortstudier.

Randomiserade kontrollerade studier

Även om livskvalitetsindikatorer oftast följer viktminskningen efter obesitaskirurgi [17,27], är det ett begränsat antal studier där man tittar direkt på hur postoperativa psykosociala eller psykologiska stöd påverkar patientens livskvalitet eller psykiska välmående. Upplysningstjänsten har identifierat fyra RCT:er där man tittar direkt på effekten av psykosocialt eller psykologiskt stöd efter viktreducerande kirurgi på patientens livskvalitet eller psykisk hälsa. Generellt gäller att studierna inkluderar få patienter, sammanlagt 185 personer. Detta begränsar möjligheten att dra slutsatser från resultaten.

Sarwer och medarbetare publicerade 2012 en förstudie till en RCT som följde 84 patienter de första fyra månaderna efter viktreducerande kirurgi (Tabell 2) [28]. Man valde slumpmässigt ut 41 patienter som skulle få kostrådgivning personligen eller per telefon av en dietist varannan vecka. De andra 43 patienterna fick standardmässig postoperativ vård, utan formell kostrådgivning. I snitt deltog patienterna endast i 2,5 av 8 möten, och 13 patienter kom aldrig. Det är också oklart hur randomiseringen



gick till. Enligt författarna ger resultaten av denna förstudie visst stöd för att postoperativ kostrådgivning kan förbättra viktminskning och ätbeteende efter fetmakirurgi.

Under 2012 publicerades ytterligare en förstudie till en RCT, av en forskargrupp i Uppsala (Tabell 2) [29]. Studien följde 39 patienter i 4 till 38 månader efter att de hade fått [GBP](#)-kirurgi mot fetma. Kontrollgruppen bestod av 20 personer som fick behandling som vanligt, dvs uppföljningssamtal med kirurg, obesitassjuksköterska och en specialiserad dietist. De fick också kostråd och personligt stöd eller telefonstöd vid behov. De andra 19 patienterna erbjöds acceptans- och engagemangsterapi (acceptance and commitment therapy, ACT) med syftet att förändra emotionellt undvikande. Programmet bestod av två besök på mottagning, som följdes av sex 30 minuters telefonsamtal veckovis i sex veckor och därefter självhjälpmoduler veckovis via internet. Under hela perioden hade patienterna telefon- och internetstöd. Författarna anser att internetbaserad ACT på kort sikt kan ha effekter på bland annat ätstörningsbeteende och livskvalitet.

Upplysningstjänsten har också identifierat en RCT där författarna följde 30 kvinnor i tre år efter [VBG](#)-kirurgi (Tabell 2) [30]. Samtliga patienter hade ett BMI över 40 och de hade inga psykiatriska diagnoser. Patienterna delades slumpmässigt in i två grupper där den ena fick ett fyrtio minuters personligt samtal med en dietist, som använde sig av beteendeterapi för att hjälpa patienten att välja sundare mat- och motionsvanor. Båda grupperna fick tillgång till allmän information om hälsosam kost och livsstilsvanor i trettio gruppssessioner under tre år. Även den här studien var liten, och det saknas information om hur randomiseringen gjordes. Enligt författarna kan genomförandet av en livsstilsintervention leda till hälsosammare matvanor och ökad fysisk aktivitet samt förbättrad viktminskning över en längre tid.

Tucker och medförfattare publicerade 1991 en RCT där 32 personer följdes i två år efter [VBG](#)-viktreducerande kirurgi (Tabell 2) [31]. Före operationen fick alla patienter och deras familjer se en instruktionsvideo om kost och ätbeteende följt av ett prov för att förstärka budskapet. Efter kirurgin fick alla skriftliga material om livsstilsförändringar som också följdes av ett prov som skulle skickas in till forskarna varje månad i ett år samt telefonsamtal en gång i månaden i sex månader. Dessutom valdes sjutton patienter ut slumpmässigt för att få beteendeterapi av en klinisk psykolog en gång i månaden i sex månader, plus en session vardera vid 12 och 24 månader. Enligt författarna har dessa interventioner förbättrat postoperativ anpassning i beteende- och livsstilsområdena, men bidrog inte till den stora viktminskning som produceras av enbart kirurgi.

Tabell 2. RCT:er om effekten av psykosociala behandlingar på psykisk hälsa och välbefinnande hos patienter som har undergått fetmareducerande kirurgi.

Population	Psykosocial behandling /kontroll
Sarwer, 2012 (USA) RCT – ej blindad, förstudie [28]	



Population	Psykosocial behandling /kontroll	
N= 84 63 % kvinnor Medel BMI preoperativ=51,6 kg/m ² Först 4 månader efter RYGB eller laparoskopisk AGB	Intervention: 15 min kostrådgivning varannan vecka Kontroll: standard postoperativ vård	Utfallsmått: vikt; matbeteende; kost; fysiska symtom
Författarens slutsatser: “The results of this pilot study provide some support for the efficacy of postoperative dietary counseling to improve weight loss and eating behavior after bariatric surgery.”		
Weineland, 2012 (Sverige) RCT – icke blindad, förstudie [29]		
N=39 (19 med intervention) 90 % kvinnor Medel BMI 37,1 kg/m ² preoperativ 4–38 månader efter GBP	Intervention: som kontroll + 2 ggr acceptans och engagemangsterapi + 30 min telefonsupport veckovis i 6 veckor + 6 veckosjälvhjälpsmoduler via Internet + kontinuerligt telefonstöd Kontroll: uppföljning med kirurg, bariatrisk sjuksköterska, och dietist; kostråd, besöks- eller telefonstöd vid behov.	Utfallsmått: problematiskt ätbeteende (EDE-Q); subjektiv hetsätning (SBEQ); psykopatologi angående kroppsuppfattning (BSQ); livskvalité (WHOQOL-BREF); acceptans av viktrelaterade tankar och känslor (AAQ-W)
Författarens slutsatser: “The results show that this short-term, internet based acceptance and commitment therapy intervention has significant effects on disordered eating behavior, self-perceived body dissatisfaction, quality of life and acceptance of previously avoided thoughts and feelings related to weight.”		
Papalazarou, 2010 (Grekland) RCT – icke blindad [30]		
N=30 100 % kvinnor utan psykiatriska diagnoser BMI>40 kg/m ² preoperativ 3 år efter VGB	Intervention: som kontroll + 40 min beteendeterapi med dietist i samband med vanliga besök Kontroll: allmän information om sundare kost och fysiska vanor, regelbundna besök i 3 år (totalt 30 sessioner)	Utfallsmått: vikt; BMI; kost; fysisk aktivitet (HPA); ätbeteende (DEBQ)
Författarens slutsatser:		



Population	Psykosocial behandling /kontroll	
“The results suggest that the implementation of a lifestyle intervention can potentially result in greater decreases in both external and restraint eating patterns, increased physical activity and healthier dietary patterns at 3 years postoperatively. The ultimate outcome is improved weight loss and maintenance.”		
Tucker, 1991 (USA) RCT – ej blindad [31]		
N=32 (17 fick intervention) 65,6% kvinnor Medel BMI=48,3 kg/m ² preoperativ 2 år efter VGB	Intervention: som kontroll + 8 ggr beteendeterapi med en klinisk psykolog Kontroll: instruktionsvideo innan kirurgin, skriftligt livsstilsmodifieringsmaterial varje månad samt telefonsamtal var sjätte månad	Utfallsmått: vikt; BMI; psykosociala funktioner; fysisk aktivitet; ätbeteende (kostjournal); fysiska symtom; allmän hälsa
Författarens slutsatser: “Behavioral interventions enhance postoperative adjustment in behavioral and lifestyle variables, but do not add to the substantial weight losses produced by surgery alone.”		

BMI = body mass index; RYGB = Roux-en-Y-gastric bypass; AGB = adjustable gastric banding; GBP = gastric bypass; VGB = vertical banded gastroplasty; EDE-Q = eating disorders examination questionnaire; SBEQ = subjective binge eating questionnaire for bariatric surgery patients; BSQ = body shape questionnaire short version; WHOQOL-BREF = World Health Organization quality of life; AAQ-W = acceptance and action questionnaire for weight; HPAQ = Harokopio Physical Activity Questionnaire; DEBQ = Dutch eating behavior questionnaire

Observationsstudier

En observationsstudie från 2013 följde 41 personer i två år efter [GBP](#), laparoskopisk GBP, eller [SG](#)-kirurgi (Tabell 3) [32]. Samtliga 41 patienter erbjöds ostrukturerade postoperativa gruppmöten för att uppmuntra till livsstilsändringar avseende mat-och motionsvanor, samt ett gruppforum för att diskutera utmaningar och framgångar med andra i samma situation. Kontrollgruppen bestod av de 15 patienter som valde att inte delta i de postoperativa gruppmötena. Det går inte att utesluta att de personer som ingår i kontrollgruppen systematiskt skiljer sig från personerna som deltog i de postoperativa mötena. Författarna drar ändå slutsatsen att gruppterapi kan hjälpa patienterna att gå ner mer i vikt och uppnå en högre livskvalitet.

I en fall-kontrollstudie från 2012 använde Freire och medförfattare ett självskattningsformulär för att undersöka för vilka faktorer man kunde se ett samband med att patienter hade fått tillbaka en del av den vikt de tappat ett till sju år efter kirurgin. Man inkluderade 100 patienter där 56 fick tillbaka minst 5 % av sin förlorade vikt och där andelen som fick tillbaka vikten samt mängden vikt ökade med



tiden efter operationen (Tabell 3) [33]. De faktorer man identifierade var, förutom dåliga matvanor, stillasittande livsstil och brist på uppföljande kostrådgivning.

Keren och medförfattare publicerade 2011 en retrospektiv journalstudie där man har undersökt förändringar i vikt och livskvalitet hos 119 patienter från före laparoskopisk SG-kirurgi och upp till 30 månader efter (Tabell 3) [34]. Alla patienter fick vid utskrivning detaljerade medicinska och näringsmässiga instruktioner, och hade tillgång till kontinuerligt stöd i 30 månader via ett webbforum, telefon och e-post, samt erbjöds flera läkarbesök utan vidare beskrivning. Studien jämförde resultaten från de 83 patienter som valde att delta aktivt i interventionsprogrammet med de 36 patienter som valde att inte delta i programmet. Genom att jämföra två grupper som skiljer sig åt genom deras vilja att delta i programmet, löper studien en stor risk för att resultaten har påverkats av förväxlingsfaktorer. Författarna drog slutsatsen att människor som fick kontinuerlig medicinskt samt näringsstöd fick mer glädje av att äta, mådde bättre och fick mest nytta av operationen.

Steffen och medförfattare publicerade 2009 en kohortstudie som följde 404 patienter i sju år efter att de undergått laparoskopisk [AGB](#)-kirurgi mot fetma grad 2 eller 3 (Tabell 3) [27]. Samtliga patienter fick träffa en läkare specialiserad på fetma efter behov (i genomsnitt 8,7 gånger första året till 4,2 träffar per år efter sju år). Patienterna fick också delta i ett intensivt livsstilsförändringsprogram i grupp. Programmet fokuserade på hälsosam kost, motion, liksom de livsstilsförändringar som intresserade patienterna i grupperna. Det är värt att notera att 96 % av patienterna deltog i programmet i hela sju år. Studien saknar en kontrollgrupp. Enligt författarna tappar dessa patienter mer i vikt och behåller viktminskningen längre än i de flesta andra stora studier, inklusive den svenska SOS-studien [5]. Man har också mätt livskvalitet. Författarna drar slutsatsen att viktminskning hade samband med antalet konsultationer per patient, att livskvalitetsförbättringar korrelerade med viktminskning, och att med tillräckligt stöd kan viktminskning och dess åtföljande förbättringar upprätthållas längre än förväntat.

Hildebrandt och medförfattare publicerade 1998 en retrospektiv studie baserad på en enkät som skickades via ett nyhetsbrev till fler än 1 000 personer som hade fått RYGB kirurgi (Tabell 3) [35]. I enkäten ställdes frågor om patienternas deltagande i stödgrupper samt deras psykiska välmående. Bara 102 personer svarade på enkäten (dvs mindre än 10 %). Eftersom effektmåttet är symtombaserat och bortfallsbias är stort, är det sannolikt att de som har svarat inte är representativa för hela patientgruppen och att slutsatserna inte blir tillförlitliga.

Tabell 3. Observationsstudier om effekten av psykosociala behandlingar på psykisk hälsa och välbefinnande hos patienter som har undergått fetmareducerande kirurgi.

Population	Psykosocial behandling /kontroll	
Niazi, 2013 (Iran) kohortstudie [32]		
N=41 (26 med intervention)	Intervention: gruppmöten, gruppforum	Utfallsmått: vikt; BMI; livskvalité (IWQOL-Lite);



Population	Psykosocial behandling /kontroll	
Preoperativ BMI mellan 35,3-62,4 kg/m ² 2 år efter GBP eller SG	Kontroll: de som valde att inte delta i postoperativa gruppmöten	komplikationer; fysiska symtom
Författarens slutsatser: "Post operative group meetings for psychotherapy and behavioral modification helped patients to achieve better results (measured in excess weight loss & quality of life)"		
Freire, 2012 (Brazil) Fall-kontrollstudie, retrospektiv [33]		
N=100 84 % kvinnor BMI 39,1-78,7 kg/m ² preoperativ Mellan 5 månader och 5 år efter kirurgi	Intervention: karakterisering av viktökningsfaktorer med avseende på tiden efter kirurgi	Utfallsmått: vikt; BMI; ätbeteende; kost; samsjuklighet; fysisk aktivitet; frekvensen av kostrådgivning uppföljning Datakällan: patientjournaler och enkät med 100 % svarsfrekvens
Författarens slutsatser: "Major factors that influenced this failure to maintain weight loss, besides poor diet quality, were sedentary lifestyle and lack of follow-up nutritional counseling. The return of comorbidities correlated with weight regain."		
Keren, 2011 (Israel) fall-kontrollstudie [34]		
N=119 (83 med intervention) 63 % kvinnor Medel BMI 44 kg/m ² preoperativ 30 månader efter laparoskopisk SG	Intervention: som kontroll + 9 uppföljningsbesök (innehåll oklart) Kontroll: fick detaljerade medicinska och näringsmässiga instruktioner, kontinuerligt stöd via ett webbforum och internetgrupper samt telefon och e-post stöd.	Utfallsmått: BMI; livskvalité (BAROS, M-A QoLQ); mat tolerans (FTS); samsjuklighet; fysiska symtom Datakälla: patientjournaler Intervention: som kontroll
Författarens slutsatser: "People who received constant medical-nutritional support were more able to enjoy eating, felt better and benefited the most from the operation and weight loss."		
Steffen, 2009 (Schweiz) kohortstudie [27]		
N=404 77 % kvinnor BMI 35-55 kg/m ² preoperativ	Intervention: personligt besök efter behov + intensivt program i grupp som fokuserade på hälsosam	Utfallsmått: dödlighet; BMI; samsjuklighet; livskvalité (BAROS)



Population	Psykosocial behandling /kontroll	
7 år efter laproskopisk VGB	kost, motion, och rökavvänjning Kontroll: ingen, andra studier nämns (t.ex. SOS studien)	
Författarens slutsatser: “Average individual weight loss correlated linearly with the number of consultations per patient. All components of the quality-of-life subscore increased with increasing weight loss.”		
Hildebrandt, 1998 (USA) Fall-kontrollstudie [35]		
N=102, (69 deltog i gruppmöten) 88 % kvinnor BMI rapporterades inte I snitt 15,2 månader efter RYGB kirurgi	Intervention: gruppterapi (innehåll oklart) Kontroll: de som valde att inte delta i terapin	Utfallsmått: vikt; stödgrupp närvaro; humör; psykosocialt och känslotillstånd Datakälla: enkät med 10% svarsfrekvens
Författarens slutsatser: “Group meeting attendance whether before or after surgery did not affect mood either immediately after surgery or at the time of the follow-up.”		

BMI = body mass index; GBP = gastric bypass; SG = Sleeve gastrectomy; VGB = vertical banded gastroplasty; RYGB = Roux-en-Y-gastric bypass; IWQOL-Lite = impact of weight on quality of life – lite; BAROS = bariatric reporting and outcome system; M-A QoLQ = Moorhead-Ardelt quality of life questionnaire; FTS = food tolerance score

Pågående studier

Vi har också hittat en pågående studie från Storbritannien, där man planerar att följa 290 överviktiga patienter som ska få viktreducerande kirurgi år 2014 [36]. Syftet med studien är att undersöka effekterna av att samtala med en hälsopsykolog vid flera tillfällen innan och efter operationen angående vikt, livskvalitet, humör, coping, och ätbeteende. Studien kommer att omfatta kostnadsanalys.

Projektgrupp

Detta svar är sammanställt av Rebecca A. Silverstein, Jessica Dagerhamn, Jan Liliemark och Madelene Lusth Sjöberg

Litteratursökning

PubMed via NLM 3 mars 2014		
Bariatric surgery and social support		
	Search terms	Items found



PubMed via NLM 3 mars 2014		
Bariatric surgery and social support		
Population: Patienter med BMI över 35 som ordinterats viktreduktion		
1.	"Bariatric Surgery" [Mesh]	13731
2.	"bariatric surgery" [Title/Abstract] OR "gastric bypass" [Title/Abstract]	10152
3.	#1 OR #2	16908
Intervention: Psykosocial behandling		
4.	psychology, social[MeSH Terms] OR psychology[MeSH Terms] OR psych*[Title/Abstract] OR behavioral[Title/Abstract] OR support[Title/Abstract] OR psychotherapy[MeSH Terms] OR therapy[Title/Abstract] OR self-help groups[MeSH Terms]	2771170
Combined sets		
5.	#3 AND #4	2475
Final		2475

PsycINFO 20 februari 2014		
Bariatric surgery and social support		
	Search terms	Items found
Population: Patienter med BMI över 35 som ordinterats viktreduktion		
1.	TX gastric bypass OR TX bariatric surgery OR TX obesity surgery	805
Intervention: Psykosocial behandling		
2.	TX support services OR TX supportive psychotherapy OR TX group counseling OR TX group therapy OR TX cognitive behavior therapy OR TX lifestyle intervention OR TX lifestyle modification OR TX psychological treatment OR TX psychological management OR TX psychological intervention OR TX psychological support OR TX psychosocial management OR TX psychosocial support OR TX behavioral management OR TX behavioral intervention OR TX behavior control OR TX behavior therapy OR TX behavior modification OR TX intervention OR TX psychological OR TX psychosocial OR TX cognitive OR TX behavioral	1 645 637
Combined sets		
3.	#1 AND #2	494
Final		494

Referenser

1. World Health Organization. Health Topics. Obesity.<http://www.who.int/topics/obesity/en/>, hämtad 2014-04-25.
2. Statens folkhälsoinstitut S. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. In, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Folkhalsan-i-Sverige-Arsrapport-2013/>, hämtad 14-04-25; 2013.



3. Mat vid fetma. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 218. ISBN 978-91-85413-59-1.
4. registry Sos. Årsrapport SOReg 2012 - Del 3 - Viktförändringar, samsjuklighet och långsiktiga komplikationer. 2013.
5. Sjostrom L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. J Intern Med 2013;273:219-34.
6. SBU. Fetma - problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002. SBU-rapport nr 160. ISBN 91-87890-78-X.
7. Colquitt Jill L, Picot J, Loveman E, Clegg Andrew J. Surgery for obesity. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
8. Klarenbach S, Padwal R, Wiebe N, Hazel M, Birch D, Manns B, et al. Bariatric surgery for severe obesity: systematic review and economic evaluation (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2010.
9. Picot J, Jones J, Colquitt JL, Gospodarevskaya E, Loveman E, Baxter L, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2009;13:1-190, 215-357, iii-iv.
10. registry Sos. Årsrapport SOReg 2012 - Del 1 – operationsstatistik, case mix. 2013.
11. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden/centralarekommendationer/overviktfetma>, hämtad 14-04-25.
12. Lars Boman EL, Fredrik Norström, Erik Näslund, Ingmar Näslund, Ola Samuelsson. Nationella medicinska indikationer för primär fetmakirurgi och kvalitetskrav på producenter av primär fetmakirurgi. In: sjukvårdsdirektörnätverket H-o, editor., <http://www.sfoak.se/wp-content/fetmakirurgi-nationella-medicinska-indikationer.pdf>, hämtad 14-04-25; 2011.
13. Nationella inikationer för obesitaskirurgi
In: Socialstyrelsen, Landsting SKo, Läkarsällskapet S, editors., http://www.sfoak.se/wp-content/niok_2009.pdf, hämtad 14-04-25; 2007.
14. Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, de Gara C, Birch DW. Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. Obes Surg 2013;23:1922-33.
15. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: A review of studies using structured diagnostic interviews. Compr Psychiatry 2014;55:248-59.
16. registry Sos. Årsrapport SOReg 2012 - Del 4 - Livskvalitet, Mortalitet, Täckningsgrad. 2013.
17. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjostrom L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. Int J Obes (Lond) 2007;31:1248-61.
18. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. Int J Obes Relat Metab Disord 2003;27:1300-14.



19. Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes* 2013;2013:837989.
20. Beck NN, Johannsen M, Stoving RK, Mehlsen M, Zachariae R. Do postoperative psychotherapeutic interventions and support groups influence weight loss following bariatric surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials (Structured abstract). In: *Database of Abstracts of Reviews of Effects*; 2012. p 1790-1797.
21. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obes Rev* 2011;12:142-8.
22. Rudolph A, Hilbert A. Post-operative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2013;14:292-302.
23. Cassin SE, Sockalingam S, Wnuk S, Strimas R, Royal S, Hawa R, et al. Cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Preliminary evidence for feasibility, acceptability, and effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice* 2013;20:529-543.
24. Kalarchian MA, Beagle NN, Courcoulas AP. Behavioral weight control following bariatric surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2007;2:189-192.
25. Leahey TM, Crowther JH, Irwin SR. A Cognitive-Behavioral Mindfulness Group Therapy Intervention for the Treatment of Binge Eating in Bariatric Surgery Patients. *Cognitive and Behavioral Practice* 2008;15:364-375.
26. Saunders R. Compulsive eating and gastric bypass surgery: what does hunger have to do with it? *Obes Surg* 2001;11:757-61.
27. Steffen R, Potoczna N, Bieri N, Horber FF. Successful multi-intervention treatment of severe obesity: a 7-year prospective study with 96% follow-up. *Obes Surg* 2009;19:3-12.
28. Sarwer DB, Moore RH, Spitzer JC, Wadden TA, Raper SE, Williams NN. A pilot study investigating the efficacy of postoperative dietary counseling to improve outcomes after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2012;8:561-8.
29. Weineland S, Arvidsson D, Kakoulidis TP, Dahl J. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obes Res Clin Pract* 2012;6:e1-e90.
30. Papalazarou A, Yannakoulia M, Kavouras SA, Komesidou V, Dimitriadis G, Papakonstantinou A, et al. Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18:1348-53.
31. Tucker JA, Samo JA, Rand CSW, Woodward ER. Behavioral interventions to promote adaptive eating behavior and lifestyle changes following surgery for obesity: Results of a Two-year outcome evaluation. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10:689-698.
32. Niazi M, Maleki AR, Talebpour M. Short-term outcomes of laparoscopic gastric plication in morbidly obese patients: importance of postoperative follow-up. *Obes Surg* 2013;23:87-92.



33. Freire RH, Borges MC, Alvarez-Leite JI, Toulson Davisson Correia MI. Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition* 2012;28:53-8.
34. Keren D, Matter I, Rainis T, Lavy A. Getting the most from the sleeve: the importance of post-operative follow-up. *Obes Surg* 2011;21:1887-93.
35. Hildebrandt SE. Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 1998;8:535-42.
36. Hollywood A, Ogden J, Pring C. The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment--study protocol. *BMC Public Health* 2012;12:275.