

# Livsbelastninger hos pasienter med sykkelig overvekt

## – betydning ved valg av fedmekirurg?



**Av Tone Gretland Valderhaug,**  
overlege, ph.d.,  
Endokrinologisk avdeling,  
Akershus universitetssykehus



**Reidun Rønningen,**  
spesialsykepleier,  
Endokrinologisk avdeling,  
Akershus universitetssykehus

**Fedme er en alvorlig tilstand** og øker risiko for sykdom og død, inklusive type 2 diabetes, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom og kreft.<sup>1</sup> Det foreligger i dag god evidens for helsegevinst etter fedmekirurgi ved sykkelig overvekt. I tillegg til økende BMI, så er type 2 diabetes og nedsatt funksjonsnivå som følge av leddsmerter kjente prediktorer for kirurgisk behandling av fedme.<sup>2,3</sup>

Biopsykososiale mekanismer gjør det vanskelig å opprettholde vekt tap over tid og kan redusere effekter av evidensbasert behandling.<sup>4</sup> Forstyrrelser i spiseadferd, depresjon og psykisk stress er dessuten vanligere hos pasienter med fedme enn hos individer med normal vekt.<sup>5-7</sup>

Forekomst av livsbelastende hendelser varierer fra 5-25 % i ulike populasjoner.<sup>8-11</sup> En stor befolkningsstudie har vist at risiko for å utvikle fedme i voksen alder var økt med 20-50 % ved tilstedeværelse av flere livsbelastende hendelser i barndommen.<sup>10</sup>

I Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT) rapporterte over halvparten av pasientene med fedme (BMI over 30 kg/m<sup>2</sup>) å ha hatt en dårlig (28 %) eller veldig dårlig barndom (35 %).<sup>12</sup> Til sammenlikning viste samme studie at under 5 % av personer i den generelle populasjonen rapporterte å ha hatt en dårlig eller veldig dårlig barndom.<sup>12</sup>

En mulig sammenheng mellom fedme og oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold og belast-

ninger er beskrevet i gjeldende retningslinjer for utredning og behandling av sykkelig overvekt hos voksne.<sup>13</sup> Det foreligger imidlertid ingen konsensus på hvordan psykososial utredning av fedme bør integreres i tverrfaglig utredning av fedme i indremedisinske avdelinger i norske sykehus.

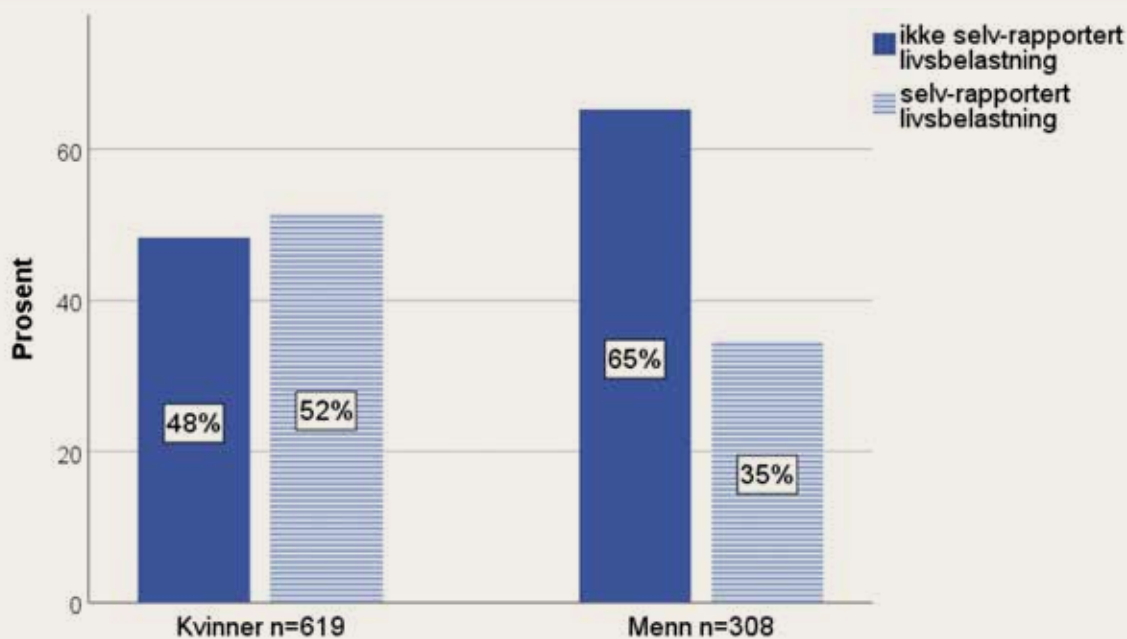
Psykososial fungering er vanskelig å vurdere, men likevel nødvendig for å bedre muligheter for langtids effekter av fedmebehandling. Det er derfor et stort behov for kartlegging av psykososial belastning hos pasienter med sykkelig overvekt og i hvilken grad dette påvirker videre behandling av fedme.

Poliklinikk for sykkelig overvekt ved Akershus universitetssykehus har kartlagt forekomst av livsbelastende hendelser hos pasienter som henvises til tverrfaglig utredning av sykkelig overvekt.

I dialog med pasienten er det registrert en høy forekomst av selvrapporterte livsbelastninger som i varierende grad er bearbeidet. Eksempler på livsbelastninger inkluderer mobbing i barneår, omsorgssvikt (for eksempel alkohol- eller rusmisbruk hos foreldre, alvorlig psykisk sykdom hos foreldre), fysisk eller psykisk traumatisering, seksuelle krenkelses, marginalisering eller kjent posttraumatisk stress-syndrom (tidligere eller aktiv sykdom).

I denne tverrsnittstudien ønsket vi å undersøke hvilke variabler som påvirket valg av fedmebehandling etter tverrfaglig utredning ved lokalsykehus.

Figur 1 - Fedmeregisteret, Ahus 2019



Figuren viser forekomst av livsbelastninger hos kvinner og menn hos pasienter som utredes for sykkelig overvekt i en lokal overvektspoliklinikk. Selvrapportert livsbelastning er vanlig hos pasienter med sykkelig overvekt, spesielt hos kvinner.

Spesielt ønsket vi å undersøke om selvrapportert livsbelastning har betydning for pasientenes ønske om fedmekirurgi.

Totalt 924 pasienter henvist fra primærhelsetjenesten i perioden januar 2014 til desember 2017 ble inkludert i studien. Av disse rapporterte totalt 46 % av pasientene livsbelastende hendelser. Forekomsten av livsbelastninger var signifikant høyere hos kvinner sammenliknet med hos menn (henholdsvis 51 % og 35 %,  $p < 0,001$ , figur 1).

Gjennomsnittlig BMI i studien var 45 kg/m<sup>2</sup> og det var ingen forskjell i BMI mellom pasienter som ønsket kirurgisk behandling og pasienter som ikke ønsket kirurgisk behandling av fedme. Det var flere pasienter i kirurgi-gruppen som hadde type 2 dia-

betes og flere rapporterte leddsmerter sammenliknet med pasienter som ikke ønsket fedmekirurgi.

Pasienter med selvrapportert livsbelastning hadde 37 % lavere odds for å velge fedmekirurgi sammenliknet med pasienter uten selvrapportert livsbelastning. Stratifisering for kjønn viste at funnet var spesielt fremtredende hos kvinner (HR 0,61 [95 % KI: 0,44-0,87]), men det var ikke signifikant hos menn (HR 0,74 [95 % KI: 0,44-1,26]).

Studien har flere svakheter, inkludert fravær av preformulerte spørsmål om tidligere traumer. Forekomsten av selvrapporterte livsbelastninger har imidlertid vært stabil gjennom hele studieperioden og klinisk erfaring bekrefter mistanke om høy forekomst av opplevde livsbelastninger hos pasienter →

med sykkelig overvekt. Studien inkluderer videre kun førstegangshenvisninger til tverrfaglig utredning av sykkelig overvekt, og gir ikke informasjon om behandlingsvalg ved eventuell rehenvisning på et senere tidspunkt. For noen pasienter vil bevisst-

gjøring av livsbelastninger styrke forståelse av sammenhenger i eget liv, og dette kan ha medvirket til utsatt ønske om intensiv fedmebehandling (som for eksempel fedmekirurgi). ■

## KONKLUSJON

Resultatene fra denne studien samsvarer med andre studier som har vist at tilstedeværelse av type 2 diabetes og leddsmarter øker sannsynligheten for valg av fedmekirurgi som behandling av sykkelig overvekt.

I tillegg viste denne studien at pasienter med selvrapportert livsbelastning hadde mindre sannsynlighet for å velge fedmekirurgi sammenliknet med pasienter uten selvrapportert livsbelastning.

Resultatene fra denne studien støtter behov for systematisk psykologisk evaluering av pasienter med sykkelig overvekt.

### Interessekonflikter

TGV har vært medlem av rådgivningsforum for diabetes for Eli Lilly, Novo Nordisk og AstraZeneca. Hun har mottatt honorar for rådgivning og foredrag fra Diabetesforbundet, Den norske legeförening, Eli Lilly, Novo Nordisk, AstraZeneca og Sanofi Aventis, samt reise- støtte til faglige møter fra flere legemiddelfirmaer. Ingen interessekonflikter relatert til dette arbeidet.

### Referanse til originalartikkel

Ronningen R, Wammer ACP, Grabner NH, Valderhaug TG. Associations between Lifetime Adversity and Obesity Treatment in Patients with Morbid Obesity. *Obes Facts* 2019 Jan 17;12(1):1-13. <https://www.karger.com/Article/FullText/494333>

### Referanser

1. Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, et al. Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio with the risk of cardiovascular disease among middle-aged Finnish men and women. *Eur Heart J* 2004 Dec;25(24):2212-2219. 2. Bray GA, Heisel WE, Afshin A, et al. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev* 2018 Apr;39(2):79-132. 3. Valderhaug TG, Aasheim ET, Sandbu R, et al. The association between severity of King's Obesity Staging Criteria scores and treatment choice in patients with morbid obesity: a retrospective cohort study. *BMC Obes* 2016;3:51. 4. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev* 2017 Jul;18(7):715-23. 5. Pull CB. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Curr Opin Psychiatry* 2010 Jan;23(1):30-6. 6. Stunkard AJ. Eating disorders and obesity. *Psychiatr Clin North Am* 2011 Dec;34(4):765-71. 7. Abiles V, Rodriguez-Ruiz S, Abiles J, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2010 Feb;20(2):161-7. 8. Church C, Andreassen OA, Lorentzen S, et al. Childhood Trauma and Minimization/Denial in People with and without a Severe Mental Disorder. *Front Psychol* 2017;8:1276. 9. Andenaes R, Helseth S, Misvaer N, et al. Psychosocial factors are strongly associated with insomnia in users and nonusers of prescribed sleep medication: evidence from the HUNT3 study. *J Multidiscip Healthc* 2016;9:547-55. 10. Thomas C, Hypponen E, Power C. Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics* 2008 May;121(5):e1240-e1249. 11. Rutters F, Pilz S, Koopman AD, et al. Stressful life events and incident metabolic syndrome: the Hoorn study. *Stress* 2015;18(5):507-13. 12. Tomasdottir MO, Sigurdsson JA, Petursson H, et al. Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS One* 2015;10(6):e0130591. 13. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. 2011. Accessed Oct 2019. [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf).