

6. Livskvalitet

Sammanfattning

Det mest omedelbara skälet för personer med fetma att försöka gå ner i vikt kan förmodas vara den negativa inverkan fetman har på livskvaliteten, dvs hur personen mår och fungerar i vardagen och vilka effekter vikt-reducerande behandling kan ha. Livskvalitetsforskningen vid fetma är en relativt ny företeelse men den kunskap som redan finns pekar på att livskvalitetsmätning tillför ny information av kliniskt värde.

Resultat

I den vetenskapliga litteraturen återfanns tio befolkningsundersökningar, som använt samma instrument för personer med fetma respektive normalviktiga, sex studier om livskvalitet hos personer som sökt sjukvård för fetma och fyra där livskvaliteten jämfördes med den vid andra sjukdomar. Effekten av viktnedgång med kirurgiskt ingrepp hade studerats i en mycket stor studie och med icke kirurgiska metoder i sex studier.

Vid fetma förelåg klart sämre livskvalitet än hos befolkningen i genomsnitt avseende fysisk funktion, allmänt hälsotillstånd och vitalitet (Evidensstyrka 1). Förhållandet var sämre för kvinnor än män, ju mer uttalad fetman var, vid annan samtidig sjuklighet och för personer som sökt sjukvård (Evidensstyrka 2). I många fall var livskvaliteten lägre vid svår fetma än för patienter med andra allvarliga kroniska sjukdomar (Evidensstyrka 3).

Livskvaliteten förbättrades vid viktnedgång. Ju mer uttalad viktnedgång desto bättre var livskvaliteten (Evidensstyrka 2). Vid kraftig nedgång, 20–25 procent, kom välbefinnande och psykosocial funktion i nivå med resten av befolkningen (Evidensstyrka 2). Så betydelsefulla förbättringar kunde enbart uppmätas efter kirurgiska ingrepp där kraftig och långvarig viktnedgång åstadkommits. Osäkra korttidseffekter på livskvaliteten under mindre än ett år har dokumenterats vid modest viktnedgång, men underlaget är inte tillräckligt för evidensgradering.

Slutsats

Personer med fetma har sänkt livskvalitet jämfört med normalviktiga. Vid kvarstående viktminskning, såsom efter kirurgiskt ingrepp hos personer med svår fetma, förbättras livskvaliteten alltmer ju större viktminskningen är.

Inledning

Termen livskvalitet är, liksom hälsa, mångtydig och kan inte ges en distinkt definition. Båda begreppen avspeglar olika aspekter av välbefinnande, men livskvalitet har ett avsevärt bredare innehåll. Hälsorelaterad livskvalitet innebär en pragmatisk avgränsning och avser främst funktion och välbefinnande vid ohälsa, sjukdom och behandling. Modellen för begrepp och mätning löper från sjukdomsspecifika till generella aspekter, från fysisk till psykisk hälsa och från funktionsinskränkning till välbefinnande (Figur 6.1).

Att mäta och värdera aspekter på livskvalitet vid fetma diskuterades inom forskarsamhället för första gången i slutet av 1980-talet [26]. Både fysiska, psykiska och psykosociala aspekter fanns med i diskussionen. Bland annat betonades problematiken med fördomar och diskriminering av personer med fetma. Man menade att forskning om livskvalitet skulle kunna bidra till att förändra de allmänna attityderna till fetma och till att gå från skuld-beläggning av patienten till krav på riktade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Den tidigare tämligen ensidiga fokuseringen på vikt eller BMI och olika risker med fetma är otillräcklig för att förstå hur människors livskvalitet påverkas och vilka vinster och begränsningar medicinska omhändertaganden medför i patienternas liv. Människor med fetma upplever att det mest angelägna är att slippa svåra symtom, sjukhusvård och tung medicinering; att överleva, må bra och kunna fungera i vardagen.

Under de senaste decennierna har tillförlitlig metodik för mätning av livskvalitet utvecklats och prövats i internationella samarbeten mellan läkare och metodexperter. Dagens standardiserade frågeformulär har god förmåga att mäta upplevelser och går att använda vid internationella jämförelser. Dessa formulär, som patienten själv kan hantera med kortfattad vägledning, omfattar väldefinierade nyckelområden som symptom-

börda, funktionsinskränkningar och välbefinnande, fysiskt, psykiskt och socialt. Metodiken har värderats så att riktlinjer för användning och tolkning kunnat anges. De vanligast förekommande generella livskvalitetsformulären har också anpassats och prövats för svenska förhållanden. Några viktiga motiv för att använda livskvalitet som effektmått vid bl a fetma är att begreppet:

- Bygger på patientbaserad information
- Är mångdimensionellt och hälsorelaterat
- Ger god förmåga att styrka förändringar i hur patienten mår och fungerar i vardagen.

Metod

Detta kapitel bygger på en systematisk litteraturgranskning av studier rörande såväl livskvalitet vid fetma, som livskvalitetsmässiga effekter av behandling av fetma hos vuxna. Samtliga gängse databaser, inklusive PsycInfo har använts för att identifiera relevanta studier. De sökord som tillämpats, var för sig och i kombination, har varit: "obesity and quality of life and questionnaire", "SF-36", "mental health" och "BMI and quality of life". (SF-36 är en etablerad metod för mätning av livskvalitet). Sista sökningen gjordes i december 2001. Endast studier som använt standardiserad metodik, specificerat tillvägagångssätt och adekvat dataredovisning, har valts ut för slutlig granskning.

Resultat

Livskvalitet hos personer med övervikt och fetma

I Tabell 6.1 återges de tio befolkningsstudier som finns tillgängliga på området. De är utförda i Europa, Australien och USA. Samma mätinstrument, SF-36 Hälsoenkät, har använts för att mäta funktion och välbefinnande (Figur 6.1). Även om det föreligger skillnader i uppläggning, material, bortfall m m ger dessa studier en översiktlig bild av situationen.

Personer med fetma rapporterar överlag sämre funktion och sämre välbefinnande, mer i fysisk än i psykisk bemärkelse än överviktiga och normalviktiga grupper. Livskvaliteten försämras med stigande vikt. Signifikanta skillnader föreligger genomgående i skalan "Fysisk funktion", vilket främst avspeglar nedsatt rörelse- och gångfunktion hos personer med fetma.

Även skalorna "Allmän hälsa" och "Vitalitet", vilka båda innefattar fysiska och psykiska hälsoaspekter, är genomgående lägre hos personer med fetma. Dessutom visar smärtskalan att personer med fetma ofta har mer smärtpåverkan än övriga. Beräkning av effektstorlekar bekräftar att dessa aspekter av livskvaliteten är de mest nedsatta [6,19,20,28]. Vid extrem fetma (BMI ≥ 40) är både fysiska och psykiska parametrar kraftigt nedsatta med signifikanta skillnader i förhållande till alla övriga grupper. Vid jämförelse mellan personer med extrem fetma och normalviktiga erhålls störst effekt på "Fysisk funktion", 1,14 [6], 1,18 [19] samt 1,06 [22] (BMI ≥ 35). Andra skalor som "Rollfunktion/fysiska orsaker", "Smärta", "Allmän hälsa", "Vitalitet" och "Social funktion" visar stor till moderat effekt.

I en studie fann man den största försämringen i livskvalitet hos kvinnor med fetma i åldrarna 35–64 år [19]. Även annan sjuklighet och fysisk inaktivitet bidrog. Dessa faktorer var för sig hade signifikant betydelse för nedsatt livskvalitet, främst i relation till den fysiska hälsan sammantaget. Flera av studierna bekräftar denna bild, om än i olika omfattning beroende på val av analysmetoder och sätt att justera för olika inflytanden. Doll har dokumenterat betydelsen av annan sjuklighet för nedsatt livskvalitet i både fysisk och psykisk bemärkelse [6].

Burns redovisar andra faktorer av betydelse för nedsatt livskvalitet vid övervikt (BMI > 25) [4]. Upplevd övervikt hade mer negativ inverkan på delar av livskvaliteten än uppmätt BMI, korrigerat för ålder och utbildning. Skalorna "Allmän hälsa" och "Vitalitet" för båda könen, samt "Fysisk funktion" för kvinnor, var signifikant lägre för dem som ansåg sig ha fetma. Frekventa bantningsförsök under de senaste fem åren visade också samband med nedsatt livskvalitet. Bland män var skalorna "Fysisk funktion" och "Rollfunktion/emotionella orsaker" påverkade och för kvinnor dokumenterades en nedsättning i 6 av 8 skalor, bl a "Psykosocialt välbefinnande" och "Rollfunktion/emotionella orsaker". Medelålders kvinnor (40–50 år) med 10 procent eller mer i viktuppgång visade signifikant sämre värden för skalorna "Fysisk funktion", "Allmän hälsa" och "Vitalitet" än grupper med mindre viktuppgång eller viktnedgång. Fyndet avseende viktuppgång och försämrat hälsostatus är jämförbart med Fine's dokumentation från en stor kohort kvinnor i åldrarna 46–71 år, som följts prospektivt över fyra år [7]. Viktuppgång var signifikant kopplat till försämrad nivå för "Fysisk

funktion”, ”Vitalitet” och ”Smärta”. Viktnedgång över fyraårsperioden var däremot signifikant associerat till bättre nivåer i dessa tre skalor.

Skalan ”Psykiskt välbefinnande” visar förvånande lika värden mellan länder och grad av övervikt, med undantag för extrem fetma. Resultatet indikerar att psykisk stressnivå inte ökar linjärt med stigande vikt i den allmänna populationen upp till gränsen för svår fetma. De låga nivåerna avseende psykisk hälsostatus för gruppen med extrem fetma pekar dock på att det finns ett gränsvärde för BMI där det psykiska välbefinnandet försämras radikalt. Det är dock osäkert om skalan ”Psykiskt välbefinnande” (i SF-36) är känslig nog för att upptäcka störningar i stämningsläget som nedstämdhet och depression. I en av populationsstudierna användes utöver SF-36 ett studiespecifikt mått [20], vilket inte medförde någon förbättring i mätningen.

Studier av personer med fetma som sökt behandling

Ett fåtal studier har redovisat data för att belysa eventuella skillnader mellan personer med fetma som sökt behandling och populationsgrupper. De resultat som föreligger pekar i samma riktning. Fontaine redovisar data från en väl upplagd studie av 312 patienter som sökt behandling för olika grad av övervikt i jämförelse med en amerikansk normalpopulation (Tabell 6.2) [8]. Resultaten stämmer väl med det mönster som beskrivits för populationsstudierna, dvs ju mer fetma, desto sämre livskvalitet. Patienternas värden är dock betydligt lägre avseende de fysiska aspekterna av livskvaliteten än de som redovisas i motsvarande BMI-grupper i populationsstudierna. I analyserna kontrollerade man för sociodemografiska variabler och annan sjuklighet. Vid jämförelse mellan dem som sökt respektive inte sökt behandling för sin fetma hade de senare sämre värden vad gäller skalorna ”Smärta”, ”Vitalitet” och ”Allmän hälsa” [9]. Patienter med fetma som rapporterade smärtproblematik hade klart sämre livskvalitetsprofil också i de övriga sju skalorna än övriga patienter [1].

I den så kallade SOS-studien (se Kapitel 4.6 Kirurgi) har män med BMI >34 och kvinnor med BMI >38, i åldrarna 37–57 år undersökts med hjälp av ett omfattande batteri av generella och fetmaspecifika mätinstrument, som täcker alla viktiga aspekter av livskvaliteten (Figur 6.1). I jämförelse med en köns- och åldersmatchad populationsgrupp utan

fetma (58 procent normalvikt, 41,5 procent övervikt, 0,5 procent undervikt) visar de som sökt behandling inom ramen för SOS-studien (11 procent fetma, 43 procent svår fetma, 46 procent extrem fetma) klart sämre profil för livskvaliteten än den normalviktiga populationen. Detta gäller både för män och för kvinnor (Tabell 6.3). Kvinnor med fetma visade större skillnad i jämförelse med normalpopulationen avseende alla fysiska och psykiska aspekter, undantaget ”allmän hälsouppfattning” där skillnaden var lika stor för männen [14]. Fetmans generellt negativa inverkan på livskvaliteten bekräftar således tidigare jämförelser gjorda inom SOS-studien. Funktionell hälsa (enligt instrumentet Sickness Impact Profile, som mäter funktionsinskränkningar på 12 områden), befanns vara signifikant sämre avseende både fysiska och psykosociala aspekter jämfört med den normalviktiga populationen [28]. Kognitiv funktion, uppmärksamhet, minne och kommunikation, var dock inte sämre hos personer med fetma. Resultaten överensstämmer med tidigare data från de 1 743 först inkluderade SOS-patienterna [27].

Jämförelser med personer med andra kroniska sjukdomar och handikapp

Inom SOS-studien gjordes jämförelser även med andra grupper i vården för att bättre beskriva typ och omfattning av problematiken vid fetma. Det psykiska välbefinnandet var sämre bland patienter som sökt behandling för svår fetma än i flertalet andra patientgrupper med kroniska tillstånd, t ex reumatoid artrit, cancersjukdom (2–3 år efter diagnos) eller förlamning efter ryggmärgsskada [27]. Stämningsläget var sämre vid fetma än hos personer som haft men överlevt en cancersjukdom och ungefär likvärdigt med patienter som fått recidiv i sin cancersjukdom [28]. Personer med fetma hade samma grad av psykisk påverkan som personer med ryggmärgsskada i tidigt skede (<2 år efter skadan). Även jämförelser av psykisk ohälsa vid fetma och annan kronisk sjukdom understöder slutsatsen att personer som söker behandling för fetma har markant nedsatt psykiskt välbefinnande [27].

SOS-studiens tidigaste patienter jämfördes med avseende på funktionsförmågan med den grupp som överlevt sin cancersjukdom [28]. Funktionell hälsa befanns vara signifikant sämre med avseende på både fysiska

och psykosociala aspekter hos personer med fetma. Ytterligare analys visade att funktionsprofilen vid fetma var jämförbar med den hos undergruppen med ett eller flera återfall av cancer, med undantag för bättre rörlighet hos patienter med fetma. Funktionen var också bättre än hos patienter med permanenta rörelsehandikapp, t ex reumatoid artrit, och ryggmärgsskada efter läkning.

Två andra studier med likartad frågeställning har publicerats. Fontaine jämförde smärtpåverkan hos personer med fetma, med tidigare publicerade data från amerikanska studier av depression, hjärtsvikt, symtomatisk HIV och migrän [8]. Personer med fetma rapporterade signifikant mer smärta än övriga patientgrupper förutom patienter med migrän, där värdena var lika. Detta trots att forskarna justerat för annan sjuklighet som kunnat förklara smärtproblematiken. Dessa resultat har dock ej upprepats/verifierats.

Katz redovisar tvärsnittsdata avseende inverkan av övervikt och fetma på livskvaliteten hos patienter med olika kroniska sjukdomar [15]. Resultaten kommer från SF-36 som tillämpades i den stora amerikanska primärvårdsstudien ”Medical Outcomes Study”. Av 2 931 patienter var en dryg tredjedel icke-överviktiga (BMI <25), lika många var överviktiga, medan 18 procent hade fetma och 12 procent svår fetma (BMI ≥35). Som referensgrupp i analyserna användes en subgrupp icke-överviktiga patienter med lätt förhöjt blodtryck. Även en grupp patienter med hjärtsvikt användes i jämförande syfte. I analyserna kontrollerades för en rad demografiska och livsstilsvariabler samt annan sjuklighet av både psykiatrisk och somatisk karaktär. Man fann att både överviktiga och personer med fetma hade signifikant lägre värden på de fysiska skalorna i SF-36 jämfört med referensgruppen, främst nedsatt fysisk funktion men också reducerad rollfunktion av fysiska skäl och förhöjda värden på smärtskalan. Patienter med fetma hade också signifikant sämre allmän hälsa och vitalitet. Vid svår fetma förelåg även nedsatt rollfunktion av emotionella skäl. Inga skillnader kunde dokumenteras för social funktion eller psykiskt välbefinnande. Personer med svår fetma närmade sig nivåerna hos patienter med hjärtsvikt avseende fysisk funktion och vitalitet, men hade högre smärtvärden. Kvinnorna i samtliga överviktsgrupper hade i jämförelse med männen sämre värden på flertalet skalor.

Specifika psykosociala problem hos patienter med fetma

Det är vanligt att personer med fetma möts av fördomsfulla attityder i den västerländska kulturen, även inom vården. Diskriminering av personer med fetma i arbetslivet och i en rad andra sociala sammanhang har dokumenterats [29]. Denna problematik har tidigare inte uppmärksammats tillräckligt och inte mätts med standardiserade mätmetoder.

Inom SOS-studien har psykosocial funktion integrerats i mätningen av livskvalitet (Figur 6.2). Fetmarelaterade psykosociala problem är olika mycket relaterade till grad av övervikt för män och kvinnor [28]. Kvinnor rapporterar mer besvär på alla områden oavsett grad av fetma, medan män anger mer besvär med tilltagande fetma. Oavsett kön gäller att sociala aktiviteter på allmänna platser såsom att prova och köpa kläder, bada m m, besväras mest. Även deltagande i gruppverksamheter och uteliv upplevs besvärande av många med fetma. Bakgrundsvariabler som befanns ha oberoende samband med mätskalan var i fallande ordning efter betydelse: tidigare psykiatrisk symtomatologi, kvinnligt kön, upplevd fetma, ledbesvär, många bantningsförsök, fysisk inaktivitet och kärlekskramp. Dessa variabler i kombination förklarade 28 procent av variansen i OP-skalan [13,27]. Se vidare Kapitel 4.6 om kirurgisk behandling.

Effekter på livskvalitet av kirurgisk behandling

I studien om livskvalitet från SOS interventionsstudie uppvisades dramatiska förbättringar av livskvaliteten efter sex månader i den kirurgiskt behandlade gruppen, medan kontrollgruppen förbättrades i ringa grad [13]. De positiva resultaten avsåg såväl fetmaspecifika psykosociala problem och ätbeteende som funktion, allmän hälsouppfattning och psykiskt välbefinnande. Den tidiga förbättringen avtar dock till viss del efter ett respektive två år efter kirurgi, men långtidsförbättringen hos de kirurgiskt behandlade är ändå markant med statistiskt signifikant skillnad i förhållande till utgångsläget och till kontrollgruppens värden. Tydligast framträder inverkan på fetmaspecifika problem och ätbeteende, därefter på allmän hälsa och depressivitet. Effekterna på den hälsorelaterade livskvaliteten tycks vara klart relaterade till graden av viktreduktion, dvs större viktredgång ger mer positiv effekt på livskvaliteten, i lika omfattning för män och kvinnor.

Sullivan har rapporterat livskvalitetsdata upp till fyra år efter kirurgisk behandling [28]. De positiva effekterna uppvisade samma mönster som vid tvåårsuppföljningen. Stor bibehållen effekt på livskvaliteten förutsätter en stor bibehållen viktnedgång (20–25 procent, Figur 6.3) men även måttlig viktnedgång, mindre än 10 procent, medförde inte tillbakagång till utgångsläget för de starkt fetmaspecifika skalorna (t ex OP, Figur 6.4). Resultaten gäller i lika grad för män och kvinnor. Fortsatt oförändrade värden på livskvaliteten noterades för kontrollgruppen. Förbättringarna i psykosocial funktion och välbefinnande var av sådan omfattning, för patienter med stor viktnedgång, att nivån närmade sig den för normalviktiga. Även den höga förekomsten av misstänkt depression före behandling var näst intill normaliserad i gruppen med mycket stor (20–25 procent) viktnedgång.

Effekter på livskvalitet av icke-kirurgisk behandling

I en tvåårsuppföljning av 60 måttligt överviktiga kvinnor som behandlades med antingen vegetarisk eller icke-vegetarisk kost uppnåddes en viktminskning om 3,9 kg i genomsnitt bland dem som fullföljde programmet med vegetarisk kost [12]. De övriga ökade sin vikt med 1,8 kg. I studien dokumenterades hälsorelaterad livskvalitet och ätbeteende före studien och efter 3, 8 och 24 månader (75 procent uppföljningsfrekvens vid två år). Studien visar att överviktiga kvinnor som gått ned i vikt generellt upplever ökat självförtroende och välbefinnande under viktnedgången, men att stämningläget efter hand återgår eller till och med försämras i förhållande till utgångsläget pga svårigheter att följa dieten och bibehålla den lägre vikten. Även funktionsstatus förbättrades i samband med viktreduktionen och de kvinnor som fullföljde studien rapporterade en signifikant förbättring av den fysiska funktionsförmågan efter två år. Självskattat ätbeteende före behandling hade samband med senare viktuppgång. Denna studie visar på betydelsen av långsiktig uppföljning av effekterna av konventionell kostbehandling på hälsorelaterad livskvalitet.

Två stora randomiserade multicenterstudier har inkluderat mätning av livskvalitet. Den ena avser kostbehandling (jämförande studie under ett år, inga kontroller [21]). Den andra avser farmakologisk behandling (placebokontrollerad dubbelblind orlistatstudie under två år) [23].

Båda studierna redovisar signifikanta effekter på livskvaliteten dock utan klar dataredovisning. Livskvalitet är i båda fallen mätta med generella och nutritions- respektive fetmarelaterade mått, sannolikt studiespecifika men inte kända utanför dessa studier. I orlistatstudien inskränker sig livskvalitets-effekten till skillnad i tillfredsställelse med behandlingsförsöket, vikt-nedgången, medicineringen och det totala bantningsprogrammet mellan placebo- och hög- respektive lågdosgrupper av läkemedelsbehandlade. Dessa bedömningar utgör en viktig del i paraplybegreppet Patient Reported Outcome, PRO, men tillhör inte begreppsmodellen för livskvalitetsmätning [5]. Den andra studien rapporterar p-värden för effekter i samtliga testade skalor i sjukdomsgrupperna högt blodtryck/dyslipidemi respektive typ 2-diabetes. Studien inkluderar både överviktiga och personer med fetma. Metodavsnittet beskriver en procedur för effektstorleksberäkning och en vald tröskel vid 0,3 poäng för minsta meningsfulla kliniska förändring utan resultatredovisning. Båda dessa studier kan inte värderas enligt kriterierna för bedömning av livskvalitet.

I en randomiserad jämförande studie undersöktes inverkan av viktreduktion på astma hos 38 patienter med fetma och astma [25]. Experimentgruppen genomförde ett behandlingsprogram i grupp, inklusive VLCD (lågenergikost), medan kontrollgruppen genomförde ett diskussionsprogram i grupp under samma tid. Bland primära resultatmått användes ett inom lungmedicinen väletablerat hälso/livskvalitetsmått, som mäter sjukdomspåverkan inom områdena symtom, aktiviteter och sociala/psykologiska konsekvenser [11]. Efter ett år hade behandlingsgruppen förbättrats med avseende på samtliga aspekter jämfört med kontrollgruppen. Viktnedgången var i medeltal 11 procent i behandlingsgruppen mot 2 procent viktuppgång i kontrollgruppen.

I flera mindre studier har man använt det fetmaspecifika IWQOL, utvecklat i USA efter intervjuer av personer med fetma [16]. Psykometrisk och klinisk utvärdering samt inklusion av instrumentet i läkemedelsprövningar har resulterat i en kortform, IWQOL-Lite, med förbättrade psykometriska egenskaper [17,18].

Två studier bör särskilt uppmärksammas. Den första gäller livskvalitets-effekter av måttlig viktnedgång från fyra randomiserade, dubbelblinda, kontrollerade multicenterprövningar av sibutramin versus placebo [24]. Studien var fokuserad på responsiviteten hos livskvalitetsmättet, dvs om det följer ett dos-respons-mönster efter 8–12 veckor, 24–28 veckor och ett år. Främst vid 24–28 veckor erhöles signifikanta effekter i flera variabler som fysisk funktion, allmän hälsa och vitalitet. För ett totalt livskvalitetsindex rapporterades en liten effekt för patienter med viktnedgång på 5–10 procent. Vid ett år var dos-respons-mönstret betydligt svagare. Studien har dock ett kort tidsperspektiv, den avslutades vid ett år.

Den andra studien är en deskriptiv ettårsuppföljning av 141 kvinnor och 20 män i ett kombinerat kost- och läkemedelsprogram (kombinationen phentermine–fenfluramine) för att bestämma effekter på fysisk funktion, självkänsla, sexliv, offentligt obehag ("public distress") och arbete [17,18]. Signifikanta samband förelåg mellan viktnedgångens storlek (cirka 18 procent) och förbättring i livskvaliteten. Omkring 14 procent av ettårsförändringen i totalpoängen förklarades av viktförändringen. Tröskelvärdet enligt kriteriet för meningsfull förändring var cirka tio poängs skillnad. Ju mer viktnedgång, desto större andel av patienterna passerade denna tröskel. I gruppen med minst viktnedgång (<10 procent) nådde 44 procent över gränsvärdet och i gruppen med störst viktnedgång (20 procent) var andelen 76 procent. Detta mönster var signifikant för fysisk funktion, sexliv och självkänsla, men inte för arbete och "public distress". Studien behöver upprepas i kontrollerade studier över längre tid, i större grupper och med större andel män. Alternativa metoder för minsta kliniskt meningsfull skillnad bör också prövas.

Tabell 6.1 Hälsorelaterad livskvalitet och fetma i befolkningsstudier (SF-36 Hälsoenkät).

Författare År Referens	Land	Antal, svars- frekvens	Ålders- intervall, medelålder	Andel kvinnor
Brown WJ et al 1998 [2]	Australien	13 431 54%	45–49 år u s	100%
Brown WJ et al 2000 [3]	Australien	14 779 43%	18–23 år 20 år	100%
Burns CM et al 2001 [4]	Nederländerna	4 601 44%	20–59 år 42 år	53%
Doll HA et al 2000 [6]	Storbritannien	8 889 64%	18–64 år 41 år	56%
Fine JT et al 1999 [7]	USA	40 098 69%	46–71 år 58 år	100%
Han TS et al 1998 [10]	Nederländerna	4 041 50%	20–59 år 42 år	53%
Larsson U et al 2002 [19]	Sverige	5 633 72%	16–64 år u s	51%
Le Pen C et al 1998 [20]	Frankrike	853 85%	18+ u s	45%
Richards MM et al 2000 [22]	USA	290 u s	43 år u s	65%
Sullivan M et al 2001 [28]	Sverige	1 694 68%	18+	51%

u s = uppgift saknas; HRQL = Health-Related Quality of Life

¹ PF: Fysisk funktion; RP: Rollfunktion – fysisk; BP: Smärtindex; GH: Allmän hälsa;

VT: Vitalitet; SF: Social funktion; RE: Rollfunktion – emotionell; MH: Psykiskt välbefinnande;

(-) = signifikant sämre livskvalitet; (+) = signifikant bättre livskvalitet

Resultat Test av skillnader i SF-36¹ mellan viktgrupper	Bevisvärde Kommentar
<u>Jmf: BMI <20 mot 30<BMI ≤40</u> PF, RP, BP, GH, VT (-)	Medelhögt bevisvärde. Del i Australian Longitudinal Study on Women's Health
<u>Jmf: 20 ≤BMI <25 mot BMI 25+</u> PF, GH, VT (-)	Medelhögt bevisvärde. Del i Australian Longitudinal Study on Women's Health
<u>Jmf: BMI <25 mot BMI 25+</u> Män: ingen skillnad Kvinnor: PF, RP, BP, GH, SF (-)	Medelhögt bevisvärde. BMI justerat för ålder, utbildning samt upplevd viktstatus. Sämre HRQL för överviktiga som upplever sig för feta
<u>Jmf: 18,5 ≤BMI <25 mot 30 ≤BMI <40</u> PF, RP, BP, GH, VT (-)	Högt bevisvärde. Sämre HRQL för feta med annan kronisk sjuklighet
<u>Prospektiv kohortstudie över 4 år</u> Viktuppgång: PF, BP, VT (-) Viktnebgång: PF, BP, VT (+)	Högt bevisvärde. Nurses' Health Study
<u>Jmf: tertiler av BMI (T1 mot T3)</u> Män: PF, BP (-) Kvinnor: PF, BP, GH (-)	Medelhögt bevisvärde. Del i MORGEN (Monitoring Risk Factors and Health in the Netherlands)
<u>Jmf: 18,5 ≤BMI <25 mot 30 ≤BMI <40</u> Åldersgrupp: 16–34 år Män: PF, RP, GH, VT, SF (-)/Kvinnor: PF, BP, GH (-) Åldersgrupp: 35–64 år Män: PF (-)/Kvinnor: PF, RP, BP, GH, VT, SF, MH (-)	Högt bevisvärde
<u>Jmf: BMI <27 mot BMI 30+</u> PF, RP, BP, GH, VT (-)	Medelhögt bevisvärde
<u>Jmf: BMI <27 mot BMI 35+</u> PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH (-)	Medelhögt bevisvärde. Jämförelse mellan vuxna syskonpar som växt upp i samma familj där en är normalviktig och en svårt fet
<u>Jmf: ålders- och könsmatchad befolkningsnorm</u> <u>mot BMI 30+</u> PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH (-)	Medelhögt bevisvärde. Bygger på svensk normpopulation för SF-36, n=8 930

Tabell 6.2 Hälsorelaterad livskvalitet och fetma.
Skillnader i SF-36 skalorna uttrycks i effektstorlekar:
trivial (0 till <0,2), liten (0,2 till <0,5),
moderat (0,5 till <0,8) och stor (0,8+).

	Effektstorlekar		
	Överviktiga och patienter med fetma n=312 mot US normal-population n=2 474	Patienter med extrem fetma n=80 mot US normal-population n=2 474	Överviktiga och patienter med fetma n=312 mot Överviktiga och personer med fetma som ej sökt behandling n=89
SF-36			
Fysisk funktion (PF)	Moderat	Stor	Liten
Rollfunktion – fysisk (RP)	Liten	Stor	Liten
Smärtindex (BP)	Stor	Stor	Moderat
Allmän hälsa (GH)	Liten	Stor	Liten
Vitalitet (VT)	Stor	Stor	Moderat
Social funktion (SF)	Liten	Moderat	Trivial
Rollfunktion – emotionell (RE)	Trivial	Liten	Trivial
Psykiskt välbefinnande (MH)	Liten	Moderat	Trivial

Tabell 6.3 Hälsorelaterad livskvalitet och fetma.
 Jämförelse mellan patienter med fetma (SOS) och normalviktiga personer
 i befolkningen. Skillnader uttrycks i effektstorlekar:
 trivial (0 till <0,2), liten (0,2 till <0,5),
 moderat (0,5 till <0,8) och stor (0,8+).

Område	Effektstorlekar Fetma kontra icke-fetma ¹	
	Män ²	Kvinnor ²
Ätbeteende		
Återhållsamt ätande	Trivial	Trivial
Okontrollerat ätande	Stor	Stor
Hungerkänslor	Stor	Stor
Psykosocial funktion		
Psykosociala problem	Stor	Stor
Funktion		
Funktionsstatus totalt	Stor	Stor
Gång	Moderat	Stor
Hem- och hushållsarbete	Moderat	Moderat
Förvärvsarbete	Moderat	Moderat
Fritid/rekreation	Stor	Stor
Social interaktion	Moderat	Moderat
Allmän hälsoupfattning		
Nuvarande hälsa	Stor	Stor
Psykiskt välbefinnande		
Stämningsläge totalt	Moderat	Stor
Ångest	Moderat	Moderat
Depression	Moderat	Stor
Självuppskattning	Liten	Stor
Livskvalitet totalt		
Globalskattning	Moderat	Stor

¹ Alla test av skillnader mellan fetma och icke-fetma är signifikanta ($p < 0,0001$), utom test för "Återhållsamt ätande" avseende män (icke-signifikant)

² Fetma: män=2 601, kvinnor=4 262
 Icke-fetma: män=468, kvinnor=549

Begrepp: Sjukdomsrelaterade/ generella	Instrument: Fetmarelaterade/ generella		
<i>Tillståndsspecifika</i>			
Symtom/besvär/ konsekvenser	TFEQ – Återhållsamt ätande – Okontrollerat ätande – Hunger	OP – Fetmaspecifika psykosociala problem	OD ¹ – Intrusion – Hjälpplöshet
<i>Generella</i>			
Fysiska/rörlighets- orienterade konsekvenser	SIP – Gång – Hushållsarbete – Förvärsarbete – Fritid–rekreation	SF-36 ² – Fysisk funktion – Rollfunktion – fysisk – Smärta	
Hälsa i allmänhet	GHRI – Nuvarande hälsa	SF-36 – Allmän hälsa – Vitalitet	
Sociala/emotionella konsekvenser	SIP – Social interaktion	SF-36 – Social funktion – Rollfunktion – emotionell	
Psykisk hälsa/ohälsa	HAD – Depression – Ångest MACL – Stämningssläge totalt – Positiv/Negativ grundstämning – Psykisk aktivering/Passivitet – Avslappning/Spänning SE – Självuppskattning	SF-36 – Psykiskt välbefinnande	
Livskvalitet totalt sett	Globalskattning		

TFEQ: Three-Factor Eating Questionnaire; OP: Obesity-related Problem scale;
 OD: Obesity mental Distress scale; SIP: Sickness Impact Profile (5/12 kategorier);
 SF-36: Short-Form Health Survey; GHRI: General Health Rating Index;
 HAD: Hospital Anxiety and Depression scale; MACL: Mood Adjective Check List;
 SE: Self-Esteem scale

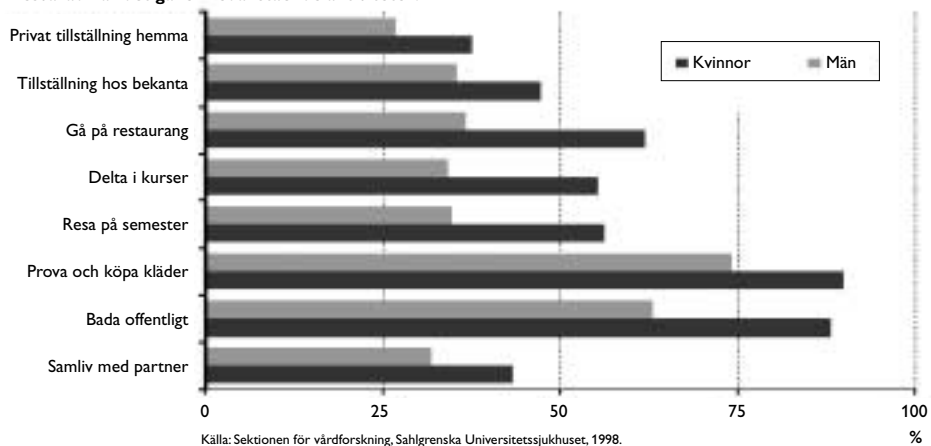
¹ OD inkluderad vid 0, 2 och 10 år

² SF-36 inkluderad vid 10 år

Figur 6.1 Hälsorelaterad livskvalitet – begrepp och instrument
 i SOS Quality of Life Survey. (Modifierat från Sullivan och medarbetare, 2001)

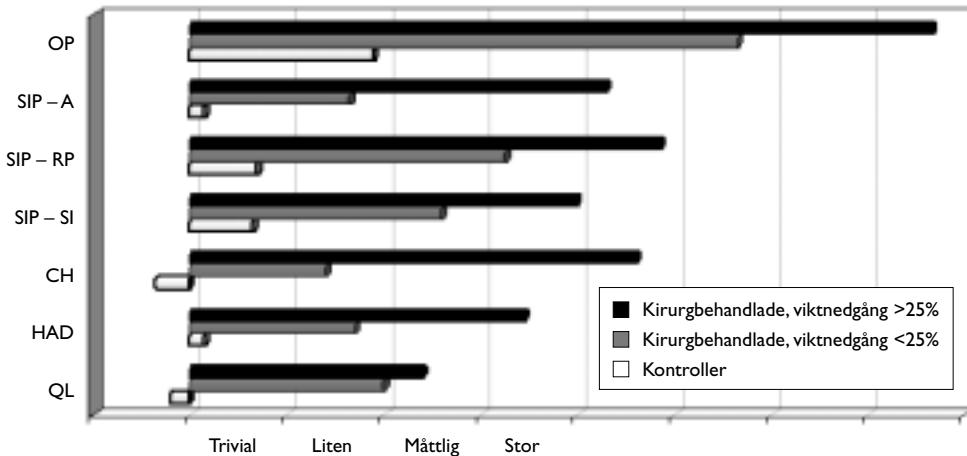
Fetmarelaterade psykosociala problem – OP

Besvärade när det gäller nedanstående aktiviteter:



Figur 6.2 Fetmarelaterade psykosociala problem hos män och kvinnor i SOS-studien (n=5 187). Andelen besvärade (mycket eller något besvärade) anges för vart och ett av OP-skalans ”items”.

Behandlingseffekter efter 4 år



Källa: Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 1998.

Figur 6.3 Hälsorelaterad livskvalitet och fetma. Behandlingseffekter efter fyra år i SOS-studiens två grupper (n=1 088): kirurgiskt respektive konventionellt behandlade (kontroller).

De kirurgiskt behandlade har grupperats efter viktnedgångens storlek vid fyra år. Effekterna har uttryckts i ”standardized response mean” (SRM) beräknad som förändring i medeltal från baslinje till fyra år dividerat med standardavvikelsen för förändringen:

- trivial (0 till <0,2)
- liten (0,2 till <0,5)
- moderat (0,5 till <0,8)
- stor (0,8+).

Fetmarelaterade psykosociala problem (OP)

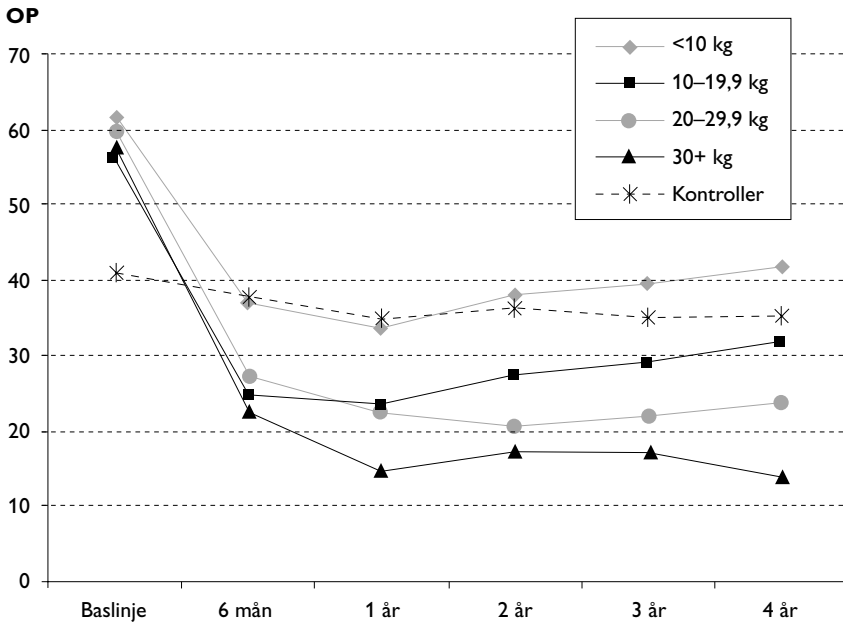
Funktion: gång, fritid–rekreation, social interaktion (SIP-A; SIP-RP; SIP-SI)

Nuvarande hälsa (CH)

Depression (HAD)

Livskvalitet, globalskattning (QL)

Fetmarelaterade psykosociala problem – OP



Källa: Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 1998.

Figur 6.4 Fetmarelaterade psykosociala problem (OP-skalan). Behandlingseffekter över tid i SOS-studiens två grupper (n=1 088): kirurgiskt respektive konventionellt behandlade (kontroller). Effekten hos de kirurgiskt behandlade visas i förhållande till viktningens storlek vid fyra år.

Referenser

1. Barofsky I, Fontaine KR, Cheskin LJ. Pain in the obese: impact on health-related quality of life. *Ann Behav Med* 1997;19:408-10.
2. Brown WJ, Dobson AJ, Mishra G. What is a healthy weight for middle aged women? *Int J Obesity* 1998;22:520-8.
3. Brown WJ, Mishra G, Kenardy J, Dobson A. Relationships between body mass index and well-being in young Australian women. *Int J Obesity* 2000;24:1360-8.
4. Burns CM, Tijhuis MAR, Seidell JC. The relationship between quality of life and perceived body weight and dieting history in Dutch men and women. *Int J Obesity* 2001;25:1386-92.
5. Chassany O, Sagnier P, Marquis P, Fullerton S, Aaronson NK, for the European Regulatory Issues on Health-Related Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. Patient-reported outcomes and regulatory issues: the example of health-related quality of life. *DIA Journal* 2002;36:209-38.
6. Doll HA, Petersen SEK, Stewart-Brown SL. Obesity and physical and emotional well-being: Associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research* 2000;8:160-70.
7. Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, Moseley G, Manson JAE, Willett WC, et al. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *JAMA* 1999;282:2136-42.
8. Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract* 1996;43:265-70.
9. Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *Int J Eat Disord* 2000;27:101-5.
10. Han TS, Tijhuis MAR, Lean MEJ, Seidell JC. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *Am J Public Health* 1998;88:1814-20.
11. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St George's Respiratory Questionnaire. *Respir Med* 1991;85:25-35.
12. Karlsson J, Hallgren P, Kral J, Lindroos AK, Sjöström L, Sullivan M. Predictors and effects of long-term dieting on mental well-being and weight loss in obese women. *Appetite* 1994;23:15-26.
13. Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obesity* 1998;22:113-26.
14. Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Quality of life (HRQL) in obese seeking treatment compared to non-obese reference subjects. *Qual Life Res* 2001;10:273.
15. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Gen Intern Med* 2000;15:789-96.

16. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse C J. Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res* 1995;3:49-56.
17. Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res* 2001;9:102-11.
18. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S. The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obesity Research* 2001;9:564-71.
19. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life – a Swedish population study. *Int J Obesity* 2002;26:417-24.
20. Le Pen C, Levy E, Loos F, Banzet MN, Basdevant A. "Specific" scale compared with "generic" scale: a double measurement of the quality of life in a French community sample of obese subjects. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:445-50.
21. Metz JA, Stern JS, Kris-Etherton P, Reusser ME, Morris CD, Hatton DC, et al. A randomized trial of improved weight loss with a prepared meal plan in overweight and obese patients. Impact on cardiovascular risk reduction. *Arch Intern Med* 2000;160:2150-8.
22. Richards MM, Adams TD, Hunt SC. Functional status and emotional well-being, dietary intake, and physical activity of severely obese subjects. *J Am Diet Assoc* 2000;100:67-75.
23. Rössner S, Sjöström L, Noack R, Meinders E, Nosedal G on behalf of the European Orlistat Obesity Study Group. Weight loss, weight maintenance, and improved cardiovascular risk factors after 2 years treatment with orlistat for obesity. *Obes Res* 2000;8:49-61.
24. Samsa GP, Kolotkin RL, Williams GR, Nguyen MH, Mendel CM. Effect of moderate weight loss on health-related quality of life: an analysis of combined data from 4 randomized trials of sibutramine vs placebo. *Am J Manag Care* 2001;7:875-83.
25. Stenius-Aarniala B, Poussa T, Kvarnström J, Grönlund EL, Ylikahri M, Mustajoki P. Immediate and long term effects of weight reduction in obese people with asthma: randomised controlled study. *BMJ* 2000;320:827-32.
26. Sullivan M, Sullivan L, Kral J. Quality of life assessment in obesity: physical, psychological, and social function. *Gastroenterol Clin North Am* 1987;16:433-42.
27. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C, et al. Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obesity* 1993;17:503-12.
28. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Taft C. Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with obesity. In: P Björntorp (ed). *International textbook of obesity*. Chichester: Wiley, 2001;485-510.
29. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001;81:1001-24.

Livskvalitet¹ vid fetma: befolkningsstudier

Personer med fetma skiljer sig från överviktiga och normalviktiga personer i befolkningen. De rapporterar sämre funktion och välbefinnande, mer i fysisk än psykisk bemärkelse. Störst skillnader föreligger i fysisk funktion, allmän hälsa och vitalitet.

Generellt gäller att ju mer fetma, desto sämre livskvalitet, främst avseende fysiska aspekter. Överviktiga däremot skiljer sig endast marginellt från normalviktiga.

Hos personer med extrem fetma är både fysiska och psykiska aspekter kraftigt nedsatta, främst fysisk funktion, rollfunktion – fysiska orsaker, smärta, allmän hälsa, vitalitet och social funktion.

Ju mer annan sjuklighet, desto sämre livskvalitet.

Viktförändring (uppgång negativt respektive nedgång positivt) påverkar fysisk hälsa mer än psykisk hälsa hos kvinnor.

Livskvalitet vid fetma: kliniska studier

Personer med fetma skiljer sig från överviktiga och normalviktiga personer i befolkningen med större marginaler än vid motsvarande jämförelser i befolkningsurval.

Psykiskt välbefinnande hos patienter med svår fetma är sämre än befolkningens. Framför allt är affektiva störningar vanliga.

Psykosociala problem pga fetma är frekvent. Kvinnor är mer besvärade än män.

Patienter med fetma, särskilt svår fetma, rapporterar såväl sämre funktion som välbefinnande jämfört med flera grupper av kroniskt sjuka.

¹ "Livskvalitet" som mått inom medicinens område är synonymt med begreppet "Hälsorelaterad Livskvalitet"

Livskvalitet efter kirurgisk behandling vid svår fetma

Kirurgisk behandling utgör den enda långsiktigt effektiva metoden för stor och bibehållen viktnedgång och dito livskvalitetseffekter. Förbättringar i livskvalitet kan värderas och relateras till viktnedgång. Ju mer viktnedgång, desto större livskvalitetseffekt för både män och kvinnor.

Psykosocial funktion och välbefinnande är näst intill återställd, dvs i nivå med befolkningens, om viktnedgången är mycket stor (20–25 procent).

Höga prevalenssiffror för misstänkt depression är också näst intill normaliserade vid mycket stor viktnedgång (20–25 procent).

Livskvalitet efter icke-kirurgisk behandling vid fetma

Korttidseffekter på livskvaliteten (mindre än 1 år) har dokumenterats vid modest viktnedgång.

Forskningsbehov

Fortsatt forskning bör dokumentera följande otillräckligt belysta områden:

Personer med fetma i befolkningen och patienter med fetma som är fysiskt inaktiva rapporterar sämre livskvalitet. Orsaksförhållandet är dock oklart. Livsstilsfaktorers inverkan på livskvaliteten vid fetma bör studeras mer ingående.

”Jojo-bantning”, dvs många bantningsförsök, tycks ha en negativ inverkan på livskvaliteten vid övervikt/fetma hos både män och kvinnor. ”Jojo-bantningens” betydelse för livskvaliteten är dock otillräckligt utvärderad.

Ett par studier har visat lovande livskvalitetsresultat efter viktnedgång hos personer med fetma med specifik annan kronisk diagnos, t ex astma, typ 2-diabetes och hypertoni. Fortsatt forskning med avseende på livskvalitetsvinster hos personer med fetma som också har annan sjuklighet är angelägen. Här krävs användning/utveckling av diagnosspecifika livskvalitetsinstrument (t ex SGRQ vid respiratoriska tillstånd) för täckning av sjukdomspecifika funktionsinskränkningar och symtom/besvär.