



Till dig som ska opereras för **obesitas**



Cario

S:t Görans Sjukhus

Vad är obesitas?

Din kroppsvikt regleras under livet som en balans mellan intag och utgifter av energi. Obesitas är ett kroniskt tillstånd där denna balans på något sätt störts under längre tid. Många olika hormonella och andra faktorer kan bidra till att störa balansen. Det enda sättet att på sikt reducera obesitas är att minska intaget av kalorier och öka förbrukningen. Detta kan göras i form av förändring av beteende, medicinsk eller kirurgisk behandling.

Behandling av obesitas

Medicinsk behandling handlar i första hand om att ta läkemedel som antingen minskar aptiten, ger en ökad mättnadskänsla eller minskar upptaget av näringsämnen i tarmen. Läkemedel tas samtidigt som man gör livsstilsförändringar såsom ökad motion och förbättrat matintag.

Reglermekanismerna för aptit och mättnad är komplexa och fortfarande inte helt kartlagda. Grovt sett kan sägas att det i magsäcken och första delen av tunntarmen finns olika faktorer som reglerar vårt födointag.

Flertalet obesa klarar att gå ned ett antal kilo i vikt via olika behandlingsmetoder. Dock är det svårt att hålla den nya vikten. Ofta återtar man den tidigare vikten eller till och med ökar vikten inom ett år efter att man avslutat behandlingen, en så kallad "jojo-bantning".

Obesitaskirurgi är en radikal åtgärd som ska användas endast i undantagsfall. Använd på rätt sätt är det dock en säker och i de flesta fall effektiv behandling för patienter med obesitas.

Vem kan komma i fråga för operation?

Då det alltid finns risker med kirurgi och att resultatet av behandlingen inte kan garanteras i varje enskilt fall, måste både patient och kirurg noga överväga lämpligheten att föreslå en operation.

Vår målsättning är att minska riskerna för följsjukdomar av obesitas, öka chanserna till arbete, att få ett mer normalt socialt liv och att få en bättre livskvalitet.

Det är viktigt att dina eventuella andra sjukdomar är stabila såsom till exempel diabetes, hjärtsjukdomar, psykiska besvär etc. Därför behöver vi ibland också utreda dig före operationen.

Vissa patienter kommer att utredas för eventuellt sömnapné syndrom. Sömnapné innebär nattliga andningsuppehåll. Det är viktigt att upptäcka sömnapné då

sjukdomen ibland kräver behandling (t.ex. med CPAP, en maskin som förbättrar andningen då man sover). Obehandlad sömnapné kan ge ökad risk för framförallt hjärtpåverkan.

Vissa former av obesitas kan beskrivas som en form av missbruksproblematik. Om du har problem med hetsätning bör du kontakta någon vårdinrättning med psykiatrisk kompetens innan operation övervägs. Vi kan inte heller behandla patienter med missbruk av alkohol eller andra droger.

Rökning

Rökning är en stark riskfaktor för sjukdom och för tidig död i världen. Alla som röker skadas av sin rökning och rökningen har effekt på i stort sett alla kroppens organsystem. Syftet med en eventuell obesitasoperation är ju att förbättra din hälsa och förebygga följsjukdomar och därför skall du sluta röka innan operation.

Vi vet också att rökning ökar risken för komplikationer under och efter operation. Vill du ha professionellt stöd med hjälp att sluta röka kan du få hjälp via vår kurator alternativt vända dig till "Sluta-röka-linjen" på www.slutarokalinjen.se eller telefonnummer 020-84 00 00.

BMI (Body Mass Index)

BMI är ett tal som beskriver kroppsvikten i förhållande till längden.

BMI räknas ut på följande vis:

$$\frac{\text{kroppsvikt i kg}}{\text{längd i meter} \times \text{längd i meter}} = \text{BMI}$$

Viktgränser för BMI:

Undervikt	Normalvikt	Övervikt	Obesitas
<19	19-25	26-30	>30

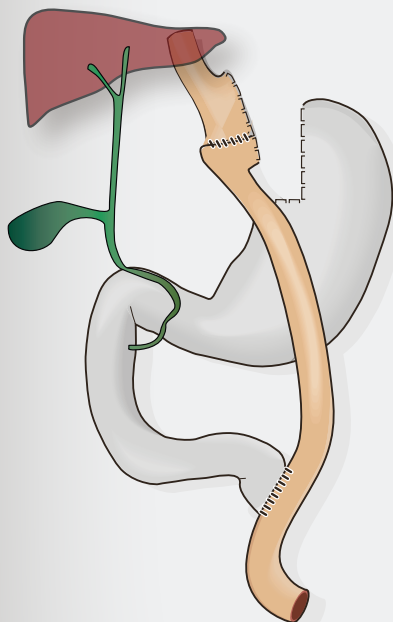
Obesitasoperation

Inför en obesitasbehandling är det viktigt att du som patient är motiverad, välinformerad och redo att genomföra de förändringar som operationen medför. På Capio S:t Görans Sjukhus utförs numera gastric bypass och gastric sleeve. De båda operationsmetoderna beskrivs nedan.

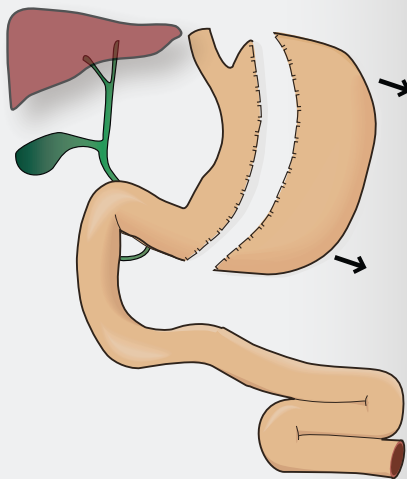
Indikationer för kirurgi:

- BMI över 35
- Ålder 18 - ca 60 år
- Dokumenterad viktreduktion tidigare i livet
- Väl införstådd med operationen och dess konsekvenser
- Avsaknad av uttalad ätstörning
- Psykisk stabilitet

Gastric bypass



Gastric sleeve



Gastric bypass

Operationen påbörjas med titthålsteknik, och vi använder fem ingångsöppningar via bukväggen. Vid enstaka tillfällen är de anatomiska förhållandena sådana att en titthålsoperation inte går att genomföra. Buken öppnas då via ett snitt från nedre delen av bröstbenet till naveln.

Magsäcken delas och en liten del av den övre delen av magsäcken kopplas direkt till tunntarmen. Den kvarvarande magsäcken kommer att ligga kvar i bukhålan och producera magsaft som vanligt. En del av tunntarmen kopplas ur magtarmkanalen så att ett normalt upptag av näringsämnen inte kan ske (se bild till höger).

Efter omkopplingen av tunntarmen bildas det två öppningar i bukhålan där tarm kan glida in och detta kan ibland ge upphov till tarmvred (s.k. inre bråck). Dessa öppningar syr vi ihop numera och hoppas på detta sätt minska risken för inre bråck. Det finns ändå en liten risk för detta efter denna operation.

Vid operationen minskas den tillgängliga ytan i mag-tarmkanalen som tar upp näringsämnen och energi, vilket leder till viktnedgång. Dessutom rymmer magfickan inte så mycket, vilket gör att du automatiskt kommer att äta mindre portioner. Det blir också en omställning i kroppen som gör att din hunger- och mättnadskänsla ändras.

Anatomiska följder av gastric bypass:

- Inget organ eller del av organ tas bort.
- Gastroskopi av den lilla magsäcksfickan och den första delen av tunntarmen är möjlig.
- Det är inte möjligt att gastroskopera den urkopplade magsäcken och tolvfingertarmen.
- Tarmarna kopplas om.
- Det är tekniskt möjligt att återställa anatomin.

Nackdelar med gastric bypass:

- Gastroskopi av den urkopplade magsäcken och tolvfingertarmen är möjlig men kräver operation.
- Tarmarna kopplas om och det finns en liten risk för tarmvred (inre bråck)
- Viss risk för tarmstopp då nedre magmunnen är urkopplad.
- Svårt att behandla gallgångstenar via gastroskopi.

Gastric sleeve

Operationen påbörjas med titthålsteknik, och vi använder fem ingångsöppningar via bukväggen. Ibland är de anatomiska förhållandena sådana att en titthålsoperation inte går att genomföra. Buken öppnas då via ett snitt från nedre delen av bröstbenet till naveln.

Magsäcken lösgöres från större delen av sin infästning. Magsäcken delas sedan på längden (se bild till höger) och ungefär 70 procent av magsäcken tas bort och volymen minskar således betydligt. Nedre magmunnen blir intakt. Den lösgjorda delen av magsäcken tas ut via en av öppningarna i bukväggen.

Det som tas bort av magsäcken är den del i vilken en stor del av ett hungerhormon, som heter ghrelin bildas. Minskad ghrelinnivå i blodet tror man bidrar till viktminskningen vid denna metod.

Gastric sleeve är en tekniskt något enklare operation än gastric bypass.

Anatomiska följder av gastric sleeve:

- Ca 70 procent av magsäcken tas bort från kroppen.
- Gastroskopi av kvarvarande magsäck och tolvfingertarm är möjlig.
- Viss risk för refluxbesvär (sura uppstötningar).
- Gallgångssten går att behandla via gastroskopi.
- Tunntarmarna kopplas inte om.
- Kan göras om till gastric bypass.
- Mindre risk för dumping (se sidan 18) då nedre magmunnen är intakt.
- Lämplig operation vid sammanväxningar i buken efter tidigare operationer.

Nackdelar med gastric bypass:

- Om eventuellt läckage skulle uppstå kan det vara svårläkt.
- Inte lämpligt vid reflux (sura uppstötningar)
- Sannolikt något mindre viktnedgång än vid gastric bypass.
- Anatomien går inte att återställa.

Hur farligt är det att opereras för obesitas?

En genomgång av operationer mot obesitas under den senaste femtonårsperioden i Sverige visar att dödligheten under de första månaderna efter en gastric bypass var 0,02 %, det vill säga två patienter av tiotusen har avlidit i samband med operation. När man diskuterar risker bör man dock hålla i minnet att obesitas i sig ökar risken för såväl diabetes och hjärt-kärlsjukdomar samt kan medföra tidig död. För att minska riskerna i samband med operation är det viktigt att du som patient gör allt du kan för att minska kroppsvikten och öka din fysiska aktivitet före operation.

Åtagande för dig som patient

1. Livsstilsförändringar: kost och motion
2. "Pulverdiet" (VLCD) två till fyra veckor innan operation
3. Livslång tablettbehandling: kalk och D-vitamin, B-vitamin, multivitamin-tablett, järntablett för menstruerande kvinnor
4. Fylla i hälsoenkäter före operation och vid återbesök
5. Infinna dig till alla återbesök
6. Blodprovstagning på Capio S:t Görans Sjukhus

Viktnedgång

Det går inte i det enskilda fallet att förutse hur mycket du kommer att gå ned i vikt. I genomsnitt blir det en viktreduktion på 30 procent av den ursprungliga kroppsvikten efter en obesitasoperation men det är väldigt stora individuella skillnader. Viktnedgången är störst de första månaderna efter operationen och går trappstegsformat ned med cirka 1- 2 kg i veckan. Det är förstås stora individuella skillnader beroende på utgångsvikt. Viktnedgången kan pågå upp till 18 månader efter operationen.

Operationen är ett hjälpmedel till livsstilsförändring. Viktreduktionen påverkas framför allt av om du håller dig till de regler om mathållning som finns och din förmåga att vara fysiskt aktiv.

Tidiga komplikationer

Det finns två allvarliga tidiga kirurgiska komplikationer efter obesitas-operation; läckage och blödning.

Läckage

Läckage av magsaft kan uppstå vid gastric bypass i kopplingen mellan magsäcksfickan och tunn-tarmen alternativt i kopplingen mellan tunntarm och tunntarm. Det vanligaste stället är mellan magsäcksfickan och tunntarmen. Vid gastric sleeve kan läckage förekomma från förslutningen av magsäcken.

Läckaget kan vara allt från så litet att man inte behöver göra något åt det till att man måste göra en omoperation. Det är viktigt att diagnostisera läckage tidigt för att undvika ytterligare komplikationer.

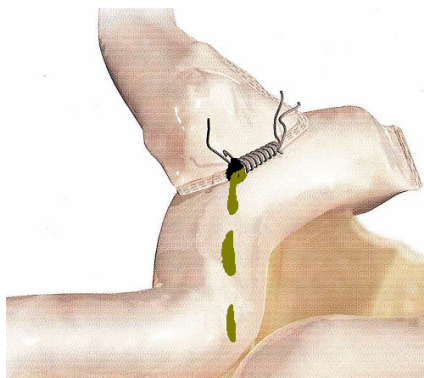
Läckaget kommer i de allra flesta fall inom de första dygnen efter operation. Symptom på läckage kan vara kraftiga buksmärter, hög feber eller allmän sjukdomskänsla.

I stora patientmaterial förekommer detta i cirka 1 procent av fallen.

Läckagetest

För att minska risken för ett läckage efter operationen gör vi under operationen ett så kallat läckagetest. Det innebär att blå färg sprutas ned via en sond i magen under högt tryck, samtidigt som vi hindrar möjligheten att vätskan går nedåt. På så sätt blir det som ett "cykelslangtest".

Skulle det vara så att det läcker något kan vi då åtgärda det direkt under operation. Ibland kan det bli lite spill av den blå vätskan i ansiktet eller i håret men det går bort. Urinen och/eller avföringen kan bli grönblå efter operationen, men det är helt ofarligt.

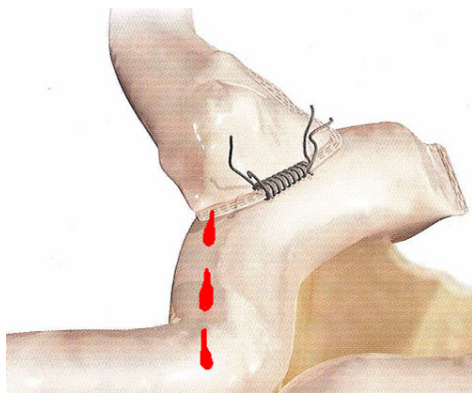


Blödning

Innan vi avslutar ingreppet ser vi till att det inte blöder någonstans, men i vissa fall kan det uppstå en blödning efter operationen (bild). Det kan blöda in i bukhålan alternativt in i tarmen.

Efter operationen kontrolleras blodtryck och puls ofta och vid ett par tillfällen även blodvärdet för att upptäcka denna komplikation.

Det vanligaste är att blödningen stannar av sig själv. I vissa fall krävs medicinering, ibland behövs blodtransfusion och i enstaka fall måste en omoperation utföras. Denna komplikation förekommer i cirka 1 procent av fallen och för att minska risken ska du avstå från vissa mediciner före operation.



Mindre allvarliga tidiga komplikationer

I samband med operation finns det också risk för blodproppsbildning, infektioner och lunginflammation. För att minska de riskerna är vi vid operationstillfället mycket bestämda med att du måste komma upp ur sängen och röra dig redan på själva operationsdagen. Du kommer även få förebyggande medicinsk behandling mot blodproppsbildning och förebyggande antibiotikabehandling.

Förberedelser inför operation

När det är bestämt att du ska opereras kommer du att få träffa sjuk-sköterskorna på vårdplaneringen. I samråd med dig planeras datum för din operation och då får du all praktisk information inför operationen. Har du frågor som gäller planeringen av din operation och förberedelserna inför denna kon-taktar du vårdplaneringen.

Helicobacter (vid gastric bypass)

Eftersom vi inte kan gastroskopera den kvarvarande magsäcken efter gastric bypassoperationen vill vi utsluta att du har magsårsmikroorganismen helicobacter. Har man denna bakterie finns det en ökad risk att få magsår i framtiden. För att kontrollera om du har den här bakterien tar vi ett blodprov. Visar blodprovet att du har bakterien hör vi av oss innan operationen (ibland efter operationen) och du får då behandling.

Denna behandling ges i förebyggande syfte för att minska risken för framtida magsår och behov av gastroskopi.

Dietist

Dietisten har en stor roll vid en obesitasoperation. Du kommer att få träffa dietisten före operation-en för att få information om pulverdieten som du skall följa ett visst antal veckor och information om hur du skall äta efter operationen.

Du kommer även att träffa dietisten på vårdavdelningen i samband med operationen och flera gånger efter operationen.

Pulverdiet (VLCD) inför operationen

Ett krav inför operationen är att du skall följa en pulverdiet, det vill säga Nutrilett eller liknande, i 2-4 veckor innan operationen. Kirurgen bestämmer i samråd med dietisten hur många veckor det blir. Syftet är att uppnå en snabb viktreduktion som minskar leverns fett-innehåll och därmed leverns storlek. Detta minskar risken att levern skadas under operationen, eftersom vi håller undan levern med en hake under operationen.

Fettinnehållet minskar även i bukhålan och gör operationen tekniskt sätt enklare. När du håller denna diet inför operationen ökar chanserna att det blir en titthålsoperation istället för öppen operation.

Vi accepterar inte dig till operation om du inte har gått ner i vikt före operationen. Du kommer att få hjälp och instruktioner om pulverdiet av dietisten.

Narkosbedömning

Du kommer att få träffa en narkosläkare/narkossjuksköterska en tid före operationen och han/hon fattar slutgiltigt beslut om operationen går att genomföra med tanke på ditt hälsotillstånd. Ni kommer tillsammans att gå igenom förloppet med avseende på sövning och uppvaknande. Om du har några läkemedel kommer narkosläkaren/narkossjuksköterskan att informera dig om vilka läkemedel du eventuellt inte ska ta före operation och vilka som du skall ta på operationsdagens morgon.

Sömnapné-CPAP

Om du lider av sömnapné (andningsuppehåll under sömn) och använder CPAP-maskin som förbättrar andningen när du sover, är det väldigt viktigt att du tar med CPAP-maskinen till sjukhuset inför operationen. Du behöver nämligen använda CPAP-maskinen även på sjukhuset.

Kurator

Stora livsstilsförändringar kan väcka frågor och funderingar som behöver bearbetas med hjälp av professionellt samtalsstöd. Vi har kuratorer som du kan få kontakt med både före och efter operationen.

På sjukhuset

Du anländer till sjukhuset samma dag som du ska opereras. Efter operationen kommer du att ligga på uppvakningsavdelningen under ett antal timmar och därefter kommer du till vårdavdelningen.

Som nyopererad har du mer eller mindre värk och smärta i övre delen av buken. Efter en titthålsoperation förekommer det också ibland värk från axelpartiet som beror på att buken har varit utspänd av gas. Mot värken får du smärtlindring i form av tabletter, stolpiller alternativt injektioner. På kvällen får du dricka klara vätskor i en begränsad mängd.

Förebyggande av blodpropp

För att minska risken för blodpropp i benen ska du använda stödstrumpor som du ska ta på dig på avdelningen på operationsdagens morgon och som du ska ha på dig under sjukhusvistelsen. På operationsdagens kväll och övriga kvällar på sjukhuset kommer du att få en injektion med förebyggande proppmedel i underhudsfettet på buken. Du ska sedan fortsätta själv hemma med denna medicine-ring i 10 dagar efter utskrivningen. Du får lära dig av sjuksköterskorna på avdelningen under vårdtiden att ge dig själv dessa injektioner.

Sjukgymnastik

Efter din operation är det viktigt att du kommer upp ur sängen så fort som möjligt för att motverka komplikationer så som blodproppar och lunginflammation. Redan på uppvakningsavdelningen får du hjälp med att sitta på sängkanten och gå på toaletten. Det är viktigt att du rör dig även när du ligger still i sängen. Sjukgymnasten kommer att kontrollera att du utför din andningsträning och har rätt teknik. Du ska blåsa 10 andetag varje timme i din andningstränare. Du kommer även att uppmuntras att röra dig på avdelningen.

Dag 1 efter operation

Under dag 1 efter operation kommer du att få dricka vätska upp till 1 liter enligt ett speciellt vätskeschema. Det är viktigt att du intar vätskan i mycket små mängder enligt instruktionerna. Det resterande vätskebehovet får du via dropp. Du får i regel lämna sjukhuset redan denna dag på eftermiddagen/kvällen.

Konvalescensen

Uppföljningen ser ut som så att du kommer på kontroller med regelbundna intervaller, initialt på Capio S:t Görans Sjukhus, men senare hos din husläkare eller motsvarande. Det är mycket viktigt att du kommer på dina kon-troller för att resultatet av operationen skall bli så bra som möjligt.

Kostråd

Efter en gastric-bypassoperation får du under den första veckan inta flytande kost det vill säga sop-por och drycker. Därefter får du äta purémat i en vecka för att sedan övergå successivt till att äta vanlig mat.

Efter en gastric-sleeveoperation får du under de två första veckorna inta flytande kost, det vill säga soppor och drycker. Därefter får du äta purémat i en vecka för att sedan övergå successivt till att äta vanlig mat

Efter en obesitasoperation måste du äta sex gånger varje dag: frukost, lunch, middag och tre små mellanmål. Du kommer att kunna äta det mesta men bara i liten mängd, max 3 dl till huvudmålen. Du kommer att bli känslig för fett, socker och alkohol. Mager mat med lite socker och mycket grön-saker samt knäck-ebröd är den mat du kommer att må bäst av. Mer information om kostråd och kost-hållning kommer du att få av dietisten.

Motion

Fysisk aktivitet är en viktig del av den livsstilförändring som en obesitasoperation innebär. Genom att motionera får du en jämnare och stadigare vikt-nedgång, det blir lättare att behålla vikten, du förebygger belastningsskador, du blir gladare och får mer energi. Den ökade muskelmassan ger i sin tur en ökad ämnesom-sättning.

Innan operationen kommer du att få träffa en sjukgymnast för att gå igenom dina motionsvanor. Efter operationen rekommenderar vi att du kommer igång med vardagsmotionen så snart som möj-ligt för att må bra. Detta kan bestå av promenader, cykling, trappgång, lätt trädgårdsarbete med mera. Efter cirka en månad kan du simma på badhus för då ska sårerna vara läkta och infektionsrisken borta. Om du skulle överanstränga dig brukar kroppen säga ifrån genom smärtsignaler. Vad gäller tyngre fysisk aktivitet bör du vänta cirka 4 veckor, starta försiktigt och sedan öka belastningen.

Du som bor i Stockholmsregionen kommer att erbjudas träning i Capio S:t Görans lokaler. Detta görs i samband med ditt motiverande samtal hos

sjukgymnast. Här får du träffa andra som har lik-nande erfarenheter som du samt lära dig att träna på rätt sätt.

Graviditet

Vi rekommenderar att du avstår från graviditet under det första året efter operationen då man genomgår en snabb viktning. Det är viktigt att komma ihåg att fertiliteten ökar efter obesitasoperation.

Om du planerar en graviditet bör du höra av dig till din husläkare eller motsvarande, för då rekommenderar vi extra vitamintillskott (folsyra). Tillskottet av folsyra skall helst tas dagligen fyra veckor innan planerad graviditet och därefter fortsätta under graviditetens första tolv veckor.

Om du blir gravid är det särskilt viktigt att du tar dina vitamin- och mineral-tabletter.

Alkohol

Det är inte förbjudet att dricka alkohol efter en obesitasoperation, men det är viktigt att veta att alkohol innehåller mycket kalorier. Många patienter upplever också att de tål mindre mängd alkohol än tidigare.

Livslång behandling med vitaminer och mineraler

Operationen leder till att en hel del näring inte tas upp i tarmen och det gäller även vitaminer och mineraler. Av det skälet är det viktigt att du livslångt tar de förskrivna vitaminerna och mineraltillskotten. För att underlätta att du tar dina tabletter rekommenderar vi att du skaffar en s.k. dosett på apoteket.

Håravfall

Att tappa mer hår än vanligt under de första 6-9 månaderna efter operationen är normalt, men det blir inget fläckvis håravfall. Håravfallet orsakas av den snabba viktning och kroppen "sparar" energi på "mindre viktiga" funktioner. När kroppsvikten stabiliseras normaliseras också hårväxten. Håravfall förekommer framför allt hos kvinnor.

Avföringsproblem

En del patienter får något lösare avföring efter operationen men det brukar inte vara något större problem. För mycket fett i maten kan leda till diarré. De patienter som tar järnmedicinering kan få problem med förstoppning och då går det att byta till ett annat typ av järntabletter för att undvika detta.

Dumping (gastric bypass)

Vid gastric bypass operationen kopplas den lilla magsäcksfickan direkt till tunntarmen. Det innebär att maten transporteras direkt från magsäcksfickan ner i tunntarmen då nedre magmunnen och tolv-fingertarmen är bortkopplade. Den snabba passagen av maten ner i tunntarmen får till följd att vissa drabbas av så kallad "dumping". Symptom på dumping kan vara t ex trötthet, buksmärta, hjärt-klappning och illamående/diarré. Oftast brukar symptomen gå över om man vilar en stund. Man förebygger dumping genom att äta långsamt, inte dricka till maten och minska på snabba kolhydrater samt fett i maten.

Sen dumping (gastric bypass)

Vissa patienter drabbas av en något allvarligare form av dumping som vi kallar "sen dumping". Sen dumping beror på blodsockersvängningar efter måltider. När maten snabbt kommer ner till tunntarmen kan olika hormoner i kroppen öka, vilket i sin tur ger låga blodsocker. Dessa låga blodsocker ger ungefär samma symptom som dumping, men är oftast kraftigare. En del patienter upplever dessutom svimningskänsla, svettningar och sockersug. Behandlingen är i första hand matråd hos dietisten, men en del patienter behöver dessutom ta blodsockerreglerande läkemedel.

Gallsten

Många obesitaspatienter är gallopererade (gallblåsan bortopererad) och det påverkar inte resultatet av en obesitasoperation. Snabb vikttnedgång kan öka risken för bildande av gallsten. Det är alltså en liten ökad risk för att du får gallstensbesvär efter obesitasoperationen. Detta kan i vissa fall föranleda att gallblåsan behöver opereras bort. Det går bra att göra denna operation med titthålsteknik.

Överskottshud

Vid en kraftig vikttnedgång kan det bli ett överskott av hud på ett flertal ställen på kroppen. Detta är väldigt individuellt och beror på hur du har ditt överskott fördelat över kroppen, men de vanligaste platserna för överskottshud är buken, bröstet, överarmarna och insidan av låren. För kvinnor gäller ovanstående i nämnd ordning och för män är det framförallt hängbuk som kan vara problem. Landstinget står endast för operationer av hängbuk och det är vissa kriterier som måste vara uppfyllda för att en operation skall utföras. Övriga hudöverskott ansvarar inte landstinget för förutom i mycket speciella fall.

Det är inte aktuellt att göra någon plastikoperation förrän det gått minst två år efter operationen. Plastikkirurgerna kräver att man är viktstabil i tolv månader och man måste sluta röka inför ingreppet. Ytterligare information om detta sker i samband med återbesöken på kirurgmottagningen.

Kvalitetsregister inom obesitaskirurgin

För att utveckla och säkra vårdens kvalitet rapporterar kirurgiska kliniker på uppdrag av Socialstyrelsen uppgifter om sina patienter till nationella kvalitetsregister. Du kan själv gå in på nätet och titta på resultat från detta och andra svenska kvalitetsregister på:
<http://www.ucr.uu.se/sv/>

Syftet med registren är att:

- Utveckla och övervaka den kirurgiska kvaliteten i omhändertagandet.
- Utveckla och övervaka effekterna på grundsjukdomen.
- Minska komplikationerna och ev. negativa bieffekter av behandling.
- Öka kunskapen om sjukdom och behandling.

För fetmakirurgi heter registret SOReg (<http://www.ucr.uu.se/soreg/>) och Kirurgkliniken på Capio S:t Görans Sjukhus deltar tillsammans med alla andra kliniker som opererar fetmakirurgi i detta register. Formellt "ägs" registret (central personuppgiftsansvarig myndighet) av Örebro Läns landsting, som ansvarar för hela Sverige.

Det är frivilligt att vara med i ett kvalitetsregister. Om du inte själv aktivt kräver något annat kommer kliniken att registrera medicinska data om dig i anslutning till operationen och vid uppföljningstillfällen efter operationen.

Så hanteras dina uppgifter

Uppgifter om dig samlas in från din patientjournal och från dig själv. För att kunna hålla ordning på data över tid används personnummer i registret. Informationen i registret används för att sammanställa statistik i tabeller och figurer. Ingen enskild person kan identifieras.

De data som inrapporteras är journaluppgifter såsom längd, vikt, blodvärden, förekomst av fetmarelaterad sjukdom, samt svaren på de enkäter du fyller i om livskvalitet. Vid operation registrerar vi teknik, vårdtid och ev. komplikationer.

Dina uppgifter i kvalitetsregistret får endast användas för att utveckla och säkra fetmakirurgins kvalitet samt för forskning inom hälso- och sjukvården. Om en uppgift får lämnas ut från registret kan det ske elektroniskt. När uppgifter ur registret blir föremål för forskningsstudier behövs ett godkännande av en etikprövningsnämnd (EPN).

Sekretess

Dina uppgifter omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen i Offentlighets- och sekretesslagen. Det innebär att uppgifter om dig endast får lämnas ut från registret om det står klart att varken du eller någon närstående till dig lider men eller skada om uppgiften lämnas ut.

Säkerhet

Dina uppgifter i registret skyddas mot obehöriga. Det finns särskilda krav på säkerhetsåtgärder som bl.a. innebär att bara den som har behov av dina uppgifter får ha tillgång till dem, att det ska kontrolleras att ingen obehörig tagit del av uppgifter, att dina uppgifter ska skyddas genom kryptering samt att inloggning för att ta del av uppgifter bara får ske på ett säkert sätt.

Åtkomst

Den vårdgivare som rapporterar till registret har direktåtkomst endast till de uppgifter som de lämnar. Ingen annan vårdgivare har direktåtkomst till dessa uppgifter. De som centralt hanterar registret kan och får ta del av dina uppgifter.

Om du inte accepterar att vi anmäler dig till registret ska du meddela oss. En sådan anmälan ska vara skriftlig, undertecknad av dig samt inskickad till:

Verksamhetschef Christian Kylander, Kirurgkliniken, Capio S:t Görans Sjukhus, 112 81 Stockholm.

Du har när som helst rätt att få uppgifter om dig själv utplånade ur registret. Du har också rätt att få information om vilken åtkomst som har skett till dina uppgifter (s.k. loggar) och du har rätt att en gång per år, kostnadsfritt, få veta vilka uppgifter som finns i registret om dig (registerutdrag). En sådan ansökan ska vara skriftlig, undertecknad av dig samt inskickad till registrets ansvarige registerhållare:

Överläkare Ingmar Näslund, SOReg, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, 701 85 Örebro.

Kontaktuppgifter

Kirurgmottagningen tel:

08-5870 1350

Vårdplaneringen tel:

08-5870 1049

Webbsida:

www.capiostgoran.se/obesitascentrum