

# «Kan slankeoperasjon være noe for deg?»

## En studie av hvordan private klinikker informerer om fedmekirurgi



**Karen Synne Groven,** postdoc, Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo. Førsteamanuensis, Institutt for Fysioterapi, Høgskolen i Oslo og Akershus. (k.s.groven@medisin.uio.no)

**Bjørn Hofmann,** professor, Seksjon for helse, teknologi og samfunn, Høgskolen i Gjøvik og Senter for medisinsk etikk, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 29.01.2015. Ingen interessekonflikter er oppgitt.

Publisert først på nett.  
ISBN: 978-82-93256-11-3

### Sammendrag

- **Bakgrunn:** Beslutninger om behandling tas ofte på grunnlag av informasjon på internett. I denne studien har vi undersøkt hvordan privatklinikker informerer om fedmekirurgi på sine nettsider.
- **Metode:** Vi har benyttet en kvalitativ tilnærming for å undersøke informasjonen på nettsidene til fem private klinikker rettet mot det norske markedet og foretatt en tematisk analyse av materialet.
- **Resultater:** Resultatene presenteres gjennom fire hovedtema: Ingen annen behandling virker bedre; Du vinner mer enn du taper; Det er opp til deg; Kan slankeoperasjon være noe for deg? Samlet sett får resultatene frem at det er påfallende kontraster mellom de ladede og overtalende pasienthistoriene og den mer saklig orienterte informasjonen på klinikkenes nettsider.
- **Konklusjon:** Diskrepansen mellom de «vellykkede» pasienthistoriene og den mer saklig orienterte informasjonen på klinikkenes nettsider kan skape forvirring og i verste fall urealistiske forventinger til de utfordringer som fedmekirurgi medfører.
- **Nøkkelord:** Fedmekirurgi, private klinikker, markedsføring, informert valg, informert samtykke, kvalitativ studie.

### Bakgrunn

Overskriften i denne artikkelen er et spørsmål hentet fra nettsidene til en norsk privatklinik. Den henvender seg til personer som vurderer kirurgisk hjelp til å gå ned i vekt. Fedmekirurgi – eller såkalte slankeoperasjoner – har etter hvert etablert seg som en metode i eksplosiv vekst. I Norge er det først og fremst personer med sykelig overvekt som kan tilbys denne behandlingen når konser-

vative tiltak har vært uten effekt. Sykelig overvekt betyr at BMI er over 35 med minst en følgesykdom, eller eventuelt at BMI er over 40 (1)<sup>1</sup>.

Det mest vanlige inngrepet er gastric bypass kirurgi der ca. 90 av magesekken kobles vekk og 2/3 av tynntarmen kobles om. Samlet innebærer dette at både matinntak og næringsopptak reduseres betydelig, noe som i tråd med intensjonene reduserer vekten (2). I tillegg er fedmekirurgi assosiert med bedring i fedmerelaterte sykdommer som diabetes 2, kreft, og hjerte-karlidelser, særlig de første to årene etter inngrepet (3-4). Fedmekirurgi innebærer imidlertid også risiko

for bivirkninger og alvorlige komplikasjoner (5,6). Eksempelvis vil anslagsvis 100-200 av de 3.000 pasientene som gjennomgår slik kirurgi i Norge årlig kunne utvikle tarmslyng (7). Fedmeopererte pasienter risikerer også å utvikle vitamin-, jern- og kalsiummangel (8). Studier viser også at personer som gjennomgår fedmekirurgi kan gå opp igjen i vekt dersom de ikke endrer livsstil (1,9). I rehabiliteringen etter fedmekirurgi vektlegges derfor varige endringer i mat- og treningsvaner gjennom tverrfaglig oppfølging (9). Fysioterapeuter har her en sentral rolle med sin ekspertkunnskap om bevegelse og fysisk aktivitet. I tillegg er fysioterapeuter

<sup>1</sup> BMI regnes ut ved at kroppsvekten i antall kg deles på kroppshøyde ganger høyde (i meter). I tråd med Verdens Helseorganisasjons (WHO) klassifikasjonstabell, forstås en BMI fra 25 til 30 som overvekt, mens en BMI over 30 defineres som fedme.



Klinikkene benytter betegnelser som «verktøy» og «hjelpemiddel» for å understreke at egeninnsats er avgjørende for et vellykket resultat.



involvert i forebyggende- og behandlende tiltak der hensikten er å hjelpe pasientene til å gå ned i vekt uten kirurgisk behandling. Fysioterapeuter må dessuten være forberedt på å forholde seg både til de pasientene som strever med bivirkninger og komplikasjoner etter fedmekirurgi, og de som vurderer å gjennomgå kirurgisk behandling som en siste mulighet til å gå ned i vekt.

Ifølge et vedtak fattet av Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten i januar 2014, er det viktig at pasienter får nyansert og forskningsbasert informasjon før de vurderer fedmekirurgi, slik at de har et best mulig grunnlag for det valget de tar. Rådet er særlig opptatt av at pasientene informeres om risiko ved slike inngrep, samt usikkerheten knyttet til langtidsvirkninger<sup>2</sup>. Videre understrekes betydningen av å gi den enkelte pasient «adekvat

tid» slik at vedkommende kan ta en informert beslutning:

*Rådet understreker betydningen av at både private og offentlige aktører tilbyr pasientene god informasjon og veiledning om risiko ved kirurgisk behandling ved fedme og usikkerheten om langtidseffektene. Videre er det vesentlig at pasientene får adekvat tid til å ta en informert avgjørelse.<sup>2</sup>*

En sentral forutsetning for et informert valg og et informert samtykke er at personen

<sup>2</sup> <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/kirurgisk-behandling-ved-overvekt>

<sup>3</sup> Priser fremgår av klinikkens egne nettsider.

<sup>4</sup> Eksempelvis hadde en norsk privatklinik i 2011 «kampanjepris» der man kunne få både operasjon og tverrfaglig oppfølging for kroner 115 000 kroner dersom man tok kontakt før utgangen av 2011 ([www.overvektskirurgi.no](http://www.overvektskirurgi.no), oktober 2011).

er gitt relevant og balansert informasjon på en tilpasset måte, og at vedkommende har forstått hva inngrepet innebærer og hvilken nytte og risiko som er knyttet til det (10).

I dag søker mange informasjon om fedmekirurgi på internett, men informasjonen er av variabel kvalitet. Beslutninger baseres ofte på informasjon fra nettet (11-14), og selve samtykket blir lett bare en formell prosedyre (15).

Ifølge Salant og Santry er dette problematisk sett i lys av de private klinikkens tendens til å fokusere på de positive virkningene av fedmekirurgi. Gjennom studier av over 100 amerikanske nettsider fant de at informasjon om bivirkninger og komplikasjoner var tonet ned, eller ikke nevnt i det hele tatt (16). I likhet med USA, kan man også i Norge kjøpe operasjonen selv gjennom private helseklinikker. En slik operasjon er imidlertid kostbar, prisen ligger på mellom 80.000 til 200.000 kroner, avhengig av operasjonstype og oppfølging i etterkant av inngrepet.<sup>3</sup> Det hender imidlertid at klinikkene tilbyr rabatt på sine fedmeoperasjoner.<sup>4</sup> Til sammenligning er det gratis å gjennomgå fedmekirurgi ved offentlige sykehus. Ventetid har imidlertid bidratt til at pasienter med midler til å betale selv har søkt seg til det private helsevesenet. De som ønsker operasjon kan selv ta direkte kontakt med klinikken, mens man må ha henvisning fra lege for å få behandling ved offentlige syke-

### Kort sagt

Implikasjoner for praksis:

- Private klinikker henvender seg direkte og delvis påvirkende til potensielle pasienter.
- Det er stor variasjon i informasjonsinnholdet mellom de ladede og overtalende pasienthistoriene og den mer saklig orienterte faktainformasjonen.
- Informasjonen støtter i liten grad informerte valg og et gyldig samtykke.
- Ved bruk av pasienthistorier, bør også mindre positive opplevelser komme frem.

hus. Privatklinikkene er imidlertid regulert av helsepersonelloven, paragraf 13, der det understrekes at markedsføring av helse- og omsorgstjenester skal være «forsvarlig, nøktern og saklig». I lys av dette mener vi det er betimelig å undersøke følgende problemstilling:

*Hvordan informeres det om fedmekirurgi på nettsidene til private klinikker som tilbyr slike tjenester til nordmenn?*

## Metode

Denne studien er forankret i en kvalitativ tilnærming for å utvikle en dypere forståelse for det fenomenet som studeres (17-19). Vi foretok et strategisk utvalg av klinikker der inklusjonskriteriene var at de skulle være private, hadde tilbudt fedmeoperasjoner i mer enn ett år, at de var rettet mot norske forbrukere, og at de hadde etablert egne nettsider der de informerte om sine fedmeoperasjoner. Videre ble det lagt vekt på at klinikkens nettsider både inneholdt faktainformasjon og annen saksbasert informasjon, samt informasjon om pasienters egne erfaringer i form av pasienthistorier og lignende. Dette ga et utvalg bestående av fem klinikker.

Ettersom søkelyset er på informasjonstilgangen som utgangspunkt for beslutninger om fedmekirurgi og samtykke, har vi konsentrert oss om informasjonen som fremkommer på klinikkens egne nettsider. Materiale ble samlet inn i perioden 15. mai-15. august 2014 og består av tekst, bilder og videosnutter av ulik varighet.

Vi vektla en tematisk analyseprosess som startet med en gjennomgang av hele materialet for å danne oss et helhetsinntrykk (18-19). Deretter systematiserte vi materialet i hoved- og undertema fra hver av klinikkens nettsider. I neste runde sammenlignet vi disse temaene på tvers, på leting etter fellestema. Da hensikten var å vise trender og variasjoner og ikke sette søkelyset på enkeltklinikker, er klinikkene anonymisert gjennom en inndeling i bokstaver: Klinikkk A, B, C, D og E.

Innenfor kvalitativ forskning er det viktig at forskeren tydeliggjør egen for forståelse for å få frem hvordan materialet er analysert. En kritisk vurdering av egen for forståelse styrker studiens troverdighet (17-18). Relatert til vår studie, hadde vi god kjennskap til den medisinske litteraturen på feltet, inkludert virkninger og bivirkninger av fedmekirurgi. Vår inngang til feltet var imidler-

tid ulik. Førsteforfatter hadde tidligere dybdeintervjuet pasienter etter fedmekirurgi, mens andreforfatter hadde interessert seg for de etiske og moralske aspektene ved fedmekirurgi. I vår første gjennomlesning av materialet var vi derfor opptatt av å studere informasjonen hver for oss, for deretter å analysere oss frem til felles tematikker. Dette bidro til at vi etter hvert også kunne utvikle en distanse til materialet. Gjennom å trekke inn sitater og eksempler fra klinikkene har vi samtidig prøvd å ivareta en nærhet til materialet, noe vi mener bidrar til å styrke artikkelens troverdighet.

## Resultater

### Ingen annen behandling virker bedre

Ett av klinikkens hovedbudskap er at kirurgisk behandling virker bedre enn annen behandling. Kirurgi fremstilles som den mest effektive behandling både når det gjelder vektreduksjon og behandling av fedmerelaterte sykdommer. Eksempelvis argumenterer klinikk A og D for at kirurgi kan «helbrede» underliggende sykdommer. En av disse klinikkene nyanserer imidlertid dette budskapet til å gjelde 80 prosent av pasientene som før operasjonen hadde diabetes 2. De andre klinikkene formidler lignende budskap. Eksempelvis argumenterer klinikk B for at de fleste av de medisinske problemene vil «forbedres» eller «forsvinne» etter operasjonen.

For å understreke at kirurgi virker bedre enn annen behandling, viser klinikkene også til «dårlige» og «lite vellykkede» resultater av tradisjonell behandling. Som klinikk D uttrykker det: «Dessverre pleier pasienter med alvorlig fedme å reagere dårlig på tradisjonelle dietter og treningsregimer, og resultatene er lite vellykket.» Videre understrekes det at sjansen for å lykkes uten kirurgisk behandling er minimal. Som klinikk E formulerer det: «Færre enn fem prosent av deltakerne i et ikke-kirurgisk vektredusjonsprogram oppnår betydelig, varig vektredusjon.»

Budskapet om at kirurgi virker bedre enn annen behandling får også et erfaringspreg gjennom personlige pasienthistorier – vanligvis skrevet i jeg-form av navngitte personer. En av disse er skrevet av Annette som, etter å ha strevd med fedmerelaterte plager tross gjentatte vektredusjonsforsøk store deler av voksenlivet, nå er «svært fornøyd og glad» for at hun valgte operasjon. Takket være operasjonen er hun kvitt alle plagene

hun hadde før inngrepet, og hun gleder seg både over vektreduksjonen og helsegevinsten. Mona forteller om lignende erfaringer. Mens hun tidligere strevde med høyt blodtrykk og insulinresistens, har hun etter å ha blitt operert gått ned 40 kilo og føler seg «sprekere og friskere» enn hun «noensinne har vært». Språket i disse pasienthistoriene er emosjonelt og positivt ladet gjennom uttalt bruk av adjektiver og metaforer. Vi får vite at Heidi er i «lykkerus» over at kiloene renner av. Oddny forteller at «hver dag er et mirakel». Torill understreker at livet nå er «helt topp»; og Anlaug forteller at «dette vil jeg anbefale på det sterkeste til alle der ute som sliter med overvekt og sykdommer». Før og etter bildene i disse historiene bidrar til å understreke de gode virkningene av operasjonen. Mens kvinnene før operasjonen er avbildet i vide t-skjorter og vide skjørt, så poserer de smilende i trange drakter, lårkorte skjørt og solbrune i bikini etter inngrepet.

### Du vinner mer enn du taper

Når klinikkene informerer om de problematiske aspektene ved fedmekirurgi er det først og fremst risikoen for komplikasjoner som tematiseres. Risikoen for å rammes av alvorlige komplikasjoner tallfestes, samtidig som klinikkene argumenterer for at deres erfarne kirurger bidrar til å redusere risikoen for komplikasjoner. I en videosnutt på klinikk Bs nettsider forteller eksempelvis en av kirurgene at de mer enn 100 pasientene han har fedmeoperert er «veldig fornøyde». I samme video forteller Anita, en tidligere pasient, at hun «ikke har hatt noen problemer i det hele tatt» etter operasjonen. En annen klinikk (A) argumenterer for at de har betydelig lavere komplikasjonsrisiko sammenlignet med andre klinikker. Det understrekes at deres kirurger har utviklet en metode som forebygger tarmslyng, noe som har redusert risikoen betydelig.

Når klinikkene informerer om risikoen for postoperative komplikasjoner, veies imidlertid denne opp mot risikoen ved å være sykkelig fet. Risikoen for alvorlig sykdom og tidlig død for personer med sykkelig fedme er så stor, hevdes det, at den «overskygger» risikoen for komplikasjoner etter fedmekirurgi. Budskapet synes å være at man ved å gjennomgå kirurgisk behandling vinner mer enn man taper. Dette budskapet artikuleres eksplisitt i pasienthistoriene. Som Anita uttrykker det: «Ja, dørstokken



## Samlet sett spiller tilbyderne både på håp og fortvilelse i sin informasjon.

var nok snart krysset og jeg ville være ei veldig syk jente (...) takk for at dere ga meg livet tilbake». For noen var det å være stor og tykk så problematisk at de ikke ønsket å vente i kø for operasjon i det offentlige:

*Jeg ble deprimeret, og følte at nettet snørte seg sammen rundt meg. Selvforakten var påtrengende. Jeg vurderte faktisk å ta mitt eget liv i denne perioden. Noe måtte gjøres.*

Til sammenligning, er det kun én av pasienthistoriene som omtaler postoperative komplikasjoner. Dette berøres imidlertid kun i en setning der Annlaug på nettsidene til klinikk D skriver at det «oppstod komplikasjoner etter operasjonen» uten at hun forteller hva slags komplikasjon dette var, og heller ikke hvor alvorlig det var.

### Det er opp til deg

Klinikkene benytter betegnelser som «verktøy» og «hjelpemiddel» for å understreke at egeninnsats er avgjørende for et vellykket resultat. Eksempelvis understreker klinikk A at et «varig godt resultat» forutsetter at pasientene klarer de «nødvendige» livsstilsendringene. For å lykkes, anbefales det at man deltar på klinikkens egne oppfølgingsprogram:

*Vi anbefaler deg at du følger vårt tverrfaglige behandlingsprogram videre. B. tilbyr ett års oppfølging i grupper, med fokus på endring av tankesett og kosthold samt fysisk aktivitet. Målet med gruppene er å dele erfaringer og gi hverandre gode råd, slik at du kan takle hverdagen bedre.*

Betydningen av egeninnsats og deltakelse i livsstilsprogram er også en gjenganger i pasienthistoriene. Mona forteller at noe av det viktigste er å følge rådene hun har fått på klinikken til «punkt og prikke». Ifølge Mona, vil det å spise for mye, for fort eller feil mat resultere i det hun betegner som «selvpåførte bivirkninger». Utfordringer relatert til det å skulle endre mat- og treningsvaner utypes imidlertid ikke i disse historiene. Det er de positive erfaringene som presenteres og fremheves. Fire år etter operasjonen har trening og mosjonsløp blitt en sentral del av hverdagen til Are:

*Og det ballet på seg. Birken, Holmenkol-*

*len, skimaraton. Nå står fjellet for tur. Jeg var på Glittertind forrige sommer, og Galdhøpiggen står for tur. Jeg skal gå alle de topturene jeg drømte om å gå for (...).*

Også bildene formidler at Are har lyktes etter operasjonen. Begge bildene er tatt etter operasjonen og viser en smilende, slank og veltrent person på sykkel med startnummer på brystet.

### Er slankeoperasjon noe for deg?

Begrepet slankeoperasjon er en gjenganger på klinikkens nettsider. På klinikk A sine nettsider er det eksempelvis lenker der man kan «bestille gratis og uforpliktende rådgiving om slankeoperasjoner». Denne lenken finnes på flere av nettsidene til klinikken, inkludert pasienthistoriene som avsluttes med spørsmålet «Er du en kandidat for slankeoperasjon?» At klinikkene henvender seg direkte til potensielle pasienter betyr imidlertid ikke at alle som tar kontakt kan opereres. Klinikk B understreker at de benytter de samme kriterier som offentlige sykehus. Videre understreker de at det finnes kontraindikasjoner som gjør at man ikke kan operere:

*Det kan være sykdommer som kan gi høy risiko ved operasjon eller tilstander som gjør det vanskelig å etterleve livsstilsendringene som må gjøres for å lykkes på lang sikt.*

Samme klinikk presiserer at operasjoner ikke kan gjennomføres på personer med «et pågående rusproblem/misbruk av alkohol eller narkotiske midler; samt alvorlig og ustabil psykisk lidelse». På lignende måte presiserer klinikk A at pasienter som har alkohol- eller medikamentmisbruk, eller som er i mental ubalanse, er dårlig egnet for slankeoperasjon. De formidler med andre ord at noen personer er dårligere egnet for kirurgi enn andre, men presiserer ikke hvilke av disse som diskvalifiserer til kirurgi, slik klinikk B gjør. De øvrige klinikkene er mer vage når det gjelder hvilke forhold som diskvalifiserer til kirurgi. Eksempelvis presiserer klinikk E at avgjørelsen om hvorvidt kirurgi er aktuelt ligger hos deres «erfarne kirurger» som er «spesialister på slankeoperasjon». Kontraindikasjoner nevnes heller ikke eksplisitt av

klinikk D og C. Klinikk D har imidlertid et avsnitt som omhandler kriterier for operasjon. Her understrekes det at pasientene bør ha «god psykologisk tilstand» uten at dette utypes nærmere.

### Diskusjon

Våre resultater viser at informasjonen fra privatklinikken varierer, men at de gjennomgående fremhever de positive virkningene av fedmekirurgi. Gjennom å henvende seg direkte til potensielle pasienter, fremstiller de operasjon som den mest effektive behandlingen både for deres helse, endring av livsstil og for vektreduksjon. Dette samsvarer med det kunnskapsgrunnlaget som finnes når det gjelder korttidsvirkninger, men ved å unnlate å informere om mangelen på og begrensningene i kunnskap om langtidsvirkninger skapes et inntrykk av at de gode resultatene er en varig god løsning (1). Ved å kontrastere de positive og vellykkede virkningene av fedmekirurgi med de mangelfulle og mislykkede virkningene av konservativ behandling levnes det liten tvil om hvilket alternativ som bør velges.

Den kontrasterende argumentasjonen er også tydelig i klinikkens informasjon om komplikasjoner. Risikoen for å få komplikasjoner som følge av inngrepet veies opp mot risikoen ved å være sykkelig overvektig. I dette gis det inntrykk av at personer med sykkelig overvekt egentlig ikke har noe annet alternativ enn kirurgi. I valget mellom kirurgisk og konservativ behandling, kan altså pasientene bli ledet til å velge den dokumentert mest effektive behandlingen for så å risikere å måtte leve med plagsomme bivirkninger og komplikasjoner (1). Mens klinikkene fremstiller komplikasjoner som noe som kan ramme tilfeldig, slik det gjør ved alle operasjoner, fremstilles bivirkningene etter inngrepet som mer eller mindre selvforskyldte. Pasienter som ikke følger rådene de får når det gjelder endring av kosthold, risikerer å plages med mage-/tarmproblematikk og vitaminmangel. De som klarer å følge rådene derimot, har gode utsikter både når det gjelder helse og varig vektreduksjon.

Den kontrasterende argumentasjonen er også tydelig i pasienthistoriene. Gjennom en før-og-etter-vinkling, sammenlignes de positive virkningene etter inngrepet med den problematiske livssituasjonen før inngrepet. Man får dermed vite lite om hvordan tidligere pasienter forholder seg til komplikasjoner og bivirkninger etter inngrepet. Gjennom

den medisinske og helsefaglige forskningen på feltet vet vi at en stor andel av de som har gjennomgått fedmekirurgi vil streve med bivirkninger etter inngrepet (5-8). Kunnskapssenterets gjennomgang av forskningslitteraturen på feltet viser at de mest problematiske bivirkningene og komplikasjonene som pasientene rapporterer om de første årene etter fedmekirurgi er løs hud, halsbrann, kvalme, mage-/tarmsmerter, hypoglykemi (lavt blodsukker), samt indrebrotk, magesår og tarmslyng (1). Når bivirkninger og komplikasjoner tones ned i pasienthistoriene, kan dette bidra til å skape urealistiske forventninger hos personer som enda ikke har bestemt seg for behandlingsmetode. Et ensidig, overveiende positivt fokus gir et inntrykk av at virkningene er gode og at risikoen for å få komplikasjoner ved nettopp denne klinikken er liten. Skjevheten mellom virkning og risiko, som beskrives i litteraturen gjenkjennes med andre ord også på de norske nettsidene (16). Det kan selvfølgelig tenkes at personene som står frem med sine vellykkede historier på disse nettsidene ikke har opplevd komplikasjoner og plagsomme bivirkninger. I lys av den allmenne kunnskap om virkninger og bivirkninger må det i så fall være en selektert gruppe av vellykkede pasienter som klinikkene presenterer. Utfordringen er at den som klikker seg inn på disse nettsidene ikke er kjent med seleksjonen. Videre opplyses det ikke om hvordan klinikkene eventuelt har redigert historiene. Det opplyses heller ikke om hvorvidt pasientene har fått rabatt på sine operasjoner, eller fått betalt for å stå frem med sine historier. Alle disse aspektene gjør at man kan stille spørsmål ved om informasjonen som gis er tilstrekkelig for et informert valg (10, 20). Det er særlig uklart om de er godt nok informert om risikoen (21). Måten informasjon om utbytte og risiko presenteres på er svært viktig for hvordan dette forstås (15, 22, 23).

Et fellestrekk i klinikkens informasjon er at de appellerer til personers lengsler, håp, og ønsker, noe som særlig kommer til uttrykk gjennom pasientfortellingene. Fortellingenes før- og ettervinkling, samt ladede språk, har en mer overtalende form enn faktainformasjonen som fremkommer på klinikkens øvrige sider. Gjennom en retrospektiv vinkling skapes det et inntrykk av at vedkommende ikke hadde noe annet valg enn kirurgi. Og i valget mellom å dø i offentlig operasjonskø, eller betale seg ut av denne

køen, kommer det private helsevesenet pasientene til unnsetning, noe som også understrekes eksplisitt gjennom superlativer og takknemlighetsytringer til klinikken. Slik skapes det en kontrast mellom det private og det offentlige helsevesenet. Det bidrar også til å tone ned relevansen av ventetiden i forberedelsene frem mot operasjonen. Dette er påfallende, da det er godt kjent at ventetiden har vist seg å være viktig for de livsstilsendringene som inngrepet fordrer (1, 9). Ifølge Hjelmæsæth og Sandbu, kan kort ventetid gå på bekostning av det å fatte en informert avgjørelse:

*Sykkelig overvekt er en kronisk sykdom som krever helhetlig, grundig utredning, gjerne av et tverrfaglig team; god tid til refleksjon om behandlingsvalg; god tid til forberedelser (...). Det er en viktig avgjørelse som er vanskelig å gjøre om, og som i verste fall kan medføre alvorlig helseskade.<sup>5</sup>*

Et annet poeng er at ikke alle personer med sykkelig overvekt er egnet for kirurgi. Psykisk sykdom, alvorlige spiseproblemer og andre forhold som kan forhindre et vellykket resultat, trekkes frem som mulige kontraindikasjoner (9, 24). For å sikre en grundig utredning, anbefales en forberedelsesfase der pasientene tilbys tverrfaglig støtte og hjelp til å forberede seg på de endringene som operasjonen medfører (9). Dette gjør at det kan synes påfallende at de private klinikkene gjennomgående bruker «kort ventetid» som et argument i sin informasjon til potensielle pasienter.

Samlet sett spiller tilbyderne både på håp og fortvilelse i sin informasjon. Her er det imidlertid forskjeller i den mer saklig orienterte informasjonen og i pasienthistoriene. Pasienthistoriene har en klart mer overtalende form enn faktainformasjonen som fremkommer på klinikkens øvrige sider. I enkelte tilfeller er imidlertid også saksinformatjonen overtalende, eksempelvis der den gis i bekreftende ordelag: «Etter slankeoperasjonen og vekttap blir du (...)». Dette reiser spørsmål om hvorvidt helsepersonellens paragraf 13 om «forsvarlig, nøktern og saklig» markedsføring av helsetjenester er tilfredsstillende. Informasjonen som gis synes forsvarlig ut fra eksisterende kunnskap, men den virker ikke balansert og nøktern, og de overtalende fortellingene gjør at det kan reises spørsmål om informasjonen er saklig. En

<sup>5</sup> [http://www.nrk.no/ytring/helseskadelig-med-kort-ventetid\\_-1.11611121](http://www.nrk.no/ytring/helseskadelig-med-kort-ventetid_-1.11611121)

av følgene av våre funn er at forutsetningene for et informert valg og et gyldig samtykke neppe er tilfredsstillende dersom de baserer seg på informasjonen presentert og formidlet via internett alene. De ulike klinikkene kan selvsagt gi muntlig og skriftlig tilleggsinformasjon som er langt mer utfyllende og balansert enn det som informeres på internett. Samtidig vet vi at beslutningene ofte fattes på bakgrunn av informasjon på internett, og at når beslutningen er fattet, så godtas påfølgende forutsetninger (eksempelvis samtykke) uten videre refleksjon (15).

Betegnelsene som tilbyderne bruker er ladete, eksempelvis henspiller «slankeoperasjon» på en kirurgisk metode for å oppnå et mål, som mottageren kjenner seg igjen i og deler: å bli slank. Heller ikke vi er fri for bruk av verdiladete termer i denne artikkelen, eksempelvis bruker vi «fedmeoperasjon». Selv om bariatrisk kirurgi trolig er en mer korrekt term, har vi valgt å bruke fedmeoperasjon for å kunne gjøre innholdet lettfattelig og forståelig for en større leserguppe.

### Avslutning

Våre resultater viser at private klinikker henvender seg direkte og delvis påvirkende til potensielle pasienter når de informerer om sine fedmeoperasjoner. Det er stor variasjon i informasjonsinnholdet mellom de ladete og overtalende pasienthistoriene og den mer saklig orienterte faktainformasjonen, noe som kan skape forvirring og urealistiske forventninger til de virkninger, bivirkninger og komplikasjoner som fedmekirurgi kan medføre både på kortere og lengre sikt. Informasjonen støtter i liten grad informerte valg og et gyldig samtykke.

### Takk

Vi ønsker å takke Kristin Heggen, professor, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo for kritisk lesing og konstruktive innspill i forbindelse med skrivingen av artikkelen. Takk også til fagfeller for konstruktive innspill.

### Referanser

1. Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten. Langtidseffekter av fedmekirurgi. 2014.
2. Hofsø D, Aasheim E. T., Søvik T. T. et al. Oversiktsartikkel: oppfølging etter fedmekirurgi. Tidsskr Nor Legeforen 2011;19 (131): 1887-92.
3. Aasheim E. T, Mala T., Søvik T. T. et al. Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. 2007; Tidsskr Nor Legeforen 127 (1): 38-42.

**Title: «Is weight loss surgery an option for you?» A study of how private providers inform about bariatric surgery**

**Abstract**

- **Background:** To a considerable extent, potential candidates for weight loss surgery base their decision on information they find online. In this study we looked at the information that private clinics provide on their internet sites.
- **Methods:** We examined the information on the internet sites of five private clinics targeting the Norwegian market using a qualitative approach, analyzing the material thematically.
- **Results:** Our analysis identified four main themes: No other treatment works better; you win more than you lose; it is up to you; is weight loss surgery for you? The information provided by the five clinics varied considerably. However, the contrast between the factual statements and the positive case histories was typical for all sites.
- **Concluding remarks:** The distinctive discrepancy between factual statements and the «successful» patient stories can cause confusion and even unrealistic expectations regarding the challenges that weight-loss surgery entails.
- **Keywords:** Weight loss surgery, private clinics, marketing, informed choice, informed consent, qualitative study.

4. Adams T. D, Davidson L. E, Litwin S. E., et al. Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. *JAMA* 2012; 308 (11): 1122-31.
5. Hadam K, Somers S, Chand M. Review. Management of late postoperative complications of bariatric surgery. *Br J Surg* 2011; 98:1345-558.
6. Mala, T., Hewitt S., Høgestøl I.K.D., et al. Dumpingsyndrom etter kirurgi på magesekken. *Tidsskr Nor Legeforening* 2015; (135): 137-41.
7. Mala, T. & Kristinsson J. Akutt innklemming av tarm etter gastric bypass for sykkelig fedme. *Tidsskr Nor Legeforening* 2013; 6 (133): 640-644.
8. Aasheim, E. T, Björkman, S., Søvik T. et al. Vitamin status after bariatric surgery: a randomized study of gastric bypass and duodenal switch. *Am J Clin Nutr* 2009; 90(4):15-22.
9. Interregional arbeidsgruppe. Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten. [www.helsenord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20sykkelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf](http://www.helsenord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20sykkelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf).
10. Faden R, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press, 1986.
11. Madan, A. K., Tichansky, D. S., Speck, K. E., & Turman, K. A. Internet use in the bariatric surgery patient population. *Obes Surg*, 2005, 15(8): 1144-1147.
12. Sillence, E., Briggs, P., Harris, P. R., & Fishwick, L. How do patients evaluate and make use of online health information? *Soc Sci Med*, 64 (9), 1853-1862.
13. Makar, B., Quilliot, D., Zarnegar, R., Levan, T., et al. What is the quality of information about bariatric surgery on the internet? *Obes Surg*, 2008, 18 (11): 1455-1459.
14. Sillence, E., Briggs, P., Harris, P. R., & Fishwick, L. How do patients evaluate and make use of online health information? *Soc Sci Med*, 2007, 64(9), 1853-1862.
15. Plough, T., Holm S. Informed consent and routinisation. *J Med Ethics* 2012 Ape 239 (4): 214-218.
16. Salant T, Santry H. P. Internet marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2445-57.
17. Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utg. Universitetsforlaget, 2011.
18. Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). Interviews: Learning the craft of research interviewing. Los Angeles, CA: Sage.
19. Graneheim U. H. & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004, 24: 105-112.
20. Schneider CE, M. Farrell, Information, Decisions, and the Limits of Informed Consent. New York: Oxford University Press, 2000.
21. Lloyd AJ. The extent of patients' understanding of the risk of treatments. *Qual Health Care* 2001; 10 (1): 114-8.
22. Edwards A, Elwyn G, Covey J et al. Presenting risk information - a review of the effects of «framing» and other manipulations on patient outcomes. *J Health Commun* 2001; 6: 61-82.
23. Bowling A, Ebrahim S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Qual Health Care* 2001; 10 (1): 2-8.
24. Wood, K.V. & Ogden J. Explaining the role of binge eating behavior in weight loss post bariatric surgery. *Appetite* 2012; 59: 177-180.