

---

## Fedmekirurgi i Norge – fritt fram?

---

LEDER

RUNE SANDBU

rune.sandbu@siv.no

Rune Sandbu er dr.med. og sjef for Kreft- og kirurgiavdelingen og seniorrådgiver ved Senter for sykkelig overvekt, Sykehuset i Vestfold. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIUS SVANEVIK

Marius Svanevik er spesialist i gastroenterologisk kirurgi og fagansvarlig for fedmekirurgi ved Senter for sykkelig overvekt, Sykehuset i Vestfold. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

### God klinisk praksis bør være kunnskapsbasert og er avhengig av store offentlige aktører.

Omkring årtusenskiftet ble det sjelden utført fedmekirurgi i Norge. Under 50 pasienter i året fikk tilbud om operasjon. I studien som nå publiseres i Tidsskriftet, redegjør Salte og medarbeidere for erfaringer fra oppbyggingsfasen og de første ti årene for Senter for sykkelig overvekt ved Oslo universitetssykehus, Aker [\(1\)](#). Aker sykehus utmerket seg fra starten av ved å opprette et behandlingsregister med godkjenning fra Datatilsynet. Dette registeret har man siden brukt for å belyse ulike problemstillinger ved fedmekirurgi.

Antallet fedmeoperasjoner økte raskt både ved Aker sykehus og i alle helseregionene. Årlig gjøres nå om lag 3 000 inngrep på landsbasis, og fedmekirurgi har blitt en av de vanligste operasjonene ved mange gastrokirurgiske seksjoner. Det er flere forhold som forklarer den raske fremveksten av dette behandlingstilbudet. Først og fremst er sykkelig overvekt blitt vanlig. Data fra Folkehelseinstituttet viser at forekomsten av fedme grad 2 og 3 (BMI  $\geq$  35) er på 6,7 % blant kvinner og 5,4 % blant menn [\(2\)](#). Overgangen fra åpen operasjon ved fedmekirurgi til laparoskopi var betydningsfull, fordi inngrepene da kunne gjennomføres på en mer skånsom måte. Sist, men ikke

minst, er den gunstige helsegevinsten av fedmekirurgi på lang sikt godt dokumentert. Langtidseffekten på følgesykdommer som type 2-diabetes, hypertensjon, metabolsk syndrom og søvnapné er signifikant bedre etter kirurgi sammenlignet med andre behandlingsalternativ (3, 4).

Av 2 127 inngrep ved Aker sykehus i perioden 2004–14 måtte bare fire operasjoner konverteres til åpen kirurgi. For pasientene er det en fordel med laparoskopisk fordi risikoen for infeksjon og arrbrokk reduseres. Salte og medarbeidere dokumenterer en lav forekomst av alvorlige, behandlingskrevende komplikasjoner (3,9 %).

Man observerte at operasjonstid og liggedøgn gikk ned, og samtidig sank komplikasjonsrate og mortalitet. Aker har, som flere andre store fedmekirurgiske sentra, vist at man kan gjøre 5–6 inngrep på samme operasjonsstue i løpet av én dag innenfor normal arbeidstid. En slik grad av standardisering og effektiv bruk av ressurser har man ikke klart å oppnå ved noen andre typer større bukkirurgi.

Endringen i bruk av operasjonsmetoder ved Aker sykehus går parallelt med utviklingen i Sverige, viser tall fra det svenske fedmekirurgiske registeret (SOREg) (5). I begynnelsen var gastrisk bypass dominerende, og malabsorptive metoder som duodenal omkobling ble lite anvendt. Mot slutten av perioden ble langsgående ventrikkelseksjon vanligere, og duodenal omkobling gjøres knapt lenger. Salte og medarbeidere skriver at det ikke forelå etablerte kriterier for valg av operasjonsmetode og at etterspørsel fra pasienter kan ha vært medvirkende til utviklingen. I dette ligger mye av utfordringen for det fedmekirurgiske fagmiljøet. Siden gastrisk bypass ble introdusert i 1966, har det stadig kommet nye fedmekirurgiske operasjonsmetoder, og enkelte metoder har fått stor internasjonal utbredelse før det har foreligget dokumentasjon om sikkerhet eller langtidsresultater. Så sent som i 1990-årene førte komplikasjoner og bivirkninger etter gastrisk innsnøring (banding) og tynntarmsbypass til at fedmekirurgi kom i sterk vanry i Norge (6).

***«Det kan ikke være slik at det er opptil hvert enkelt senter eller kirurg å avgjøre hvilke metoder som tilbys»***

Også i dag tilbys nye fedmekirurgiske behandlingsmetoder uten tilstrekkelig dokumentasjon. Pasientene har ikke forutsetninger for å vurdere nytteverdien av de enkelte metodene og kan være lette å påvirke. Til sist er det likevel pasienten som må betale prisen hvis behandlingen ikke holder mål eller gir utilsiktede problemer på sikt. Fedmekirurgi gjør at pasientene går ned i vekt, men den endrer ikke grunnleggende forhold som at sykkelig overvekt er en kronisk sykdom og at pasientene skal leve flere tiår etter at de er blitt operert. Derfor er det vesentlig at man gjennomfører gode kontrollerte studier med lang oppfølging for å vurdere sikkerhet og resultat av behandlingsmetodene før de blir etablert som rutinebehandling (7).

Et unikt aspekt ved fedmekirurgi er at samme sykdom kan behandles med svært ulike operasjonsmetoder. Innen kirurgien er det sjelden at forutsetningene ligger så godt til rette for å gjennomføre gode kontrollerte studier som det gjør ved fedmekirurgi. I Norge behandles et stort antall

pasienter, vi har fått et nasjonalt fedmekirurgisk register og flere av de regionale sentra har gode forskningsnettverk. Vi har således alle muligheter til å sikre god behandlingskvalitet og fagutvikling.

Fedmekirurgi er god behandling for den enkelte pasient, og for samfunnet er det fornuftig utnyttelse av begrensede operasjonsressurser. Men det kan ikke være slik at det er opptil hvert enkelt senter eller kirurg å avgjøre hvilke metoder som tilbys, eller at pasienter skal kunne velge en metode de har lest om på sosiale medier. God klinisk praksis bør være kunnskapsbasert, og man er avhengig av store offentlige aktører for å etablere slik praksis.

---

## LITTERATUR

1. Salte OB, Søvik TT, Risstad H et al. Fedmekirurgi ved Oslo universitetssykehus 2004-14. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0495. [CrossRef]
2. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten. Overvekt og fedme i Noreg. <https://www.fhi.no/artikler/?id=110553> Lest 29.5.2019.
3. Puzziferri N, Roshek TB, Mayo HG et al. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. JAMA 2014; 312: 934–42. [PubMed] [CrossRef]
4. Jakobsen GS, Småstuen MC, Sandbu R et al. Association of bariatric surgery vs medical obesity treatment with long-term medical complications and obesity-related comorbidities. JAMA 2018; 319: 291–301. [PubMed] [CrossRef]
5. Scandinavian Obesity Surgery Registry. <https://www.ucr.uu.se/soreg/component/edocman/arsrapport-2017> Lest 29.5.2019.
6. Våge V, Solhaug JH, Berstad A et al. Jejunoileal bypass in the treatment of morbid obesity: a 25-year follow-up study of 36 patients. Obes Surg 2002; 12: 312–8. [PubMed][CrossRef]
7. Arterburn D, Gupta A. Comparing the outcomes of sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass for severe obesity. JAMA 2018; 319: 235–7. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 18. juni 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0346  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. juni 2026.