



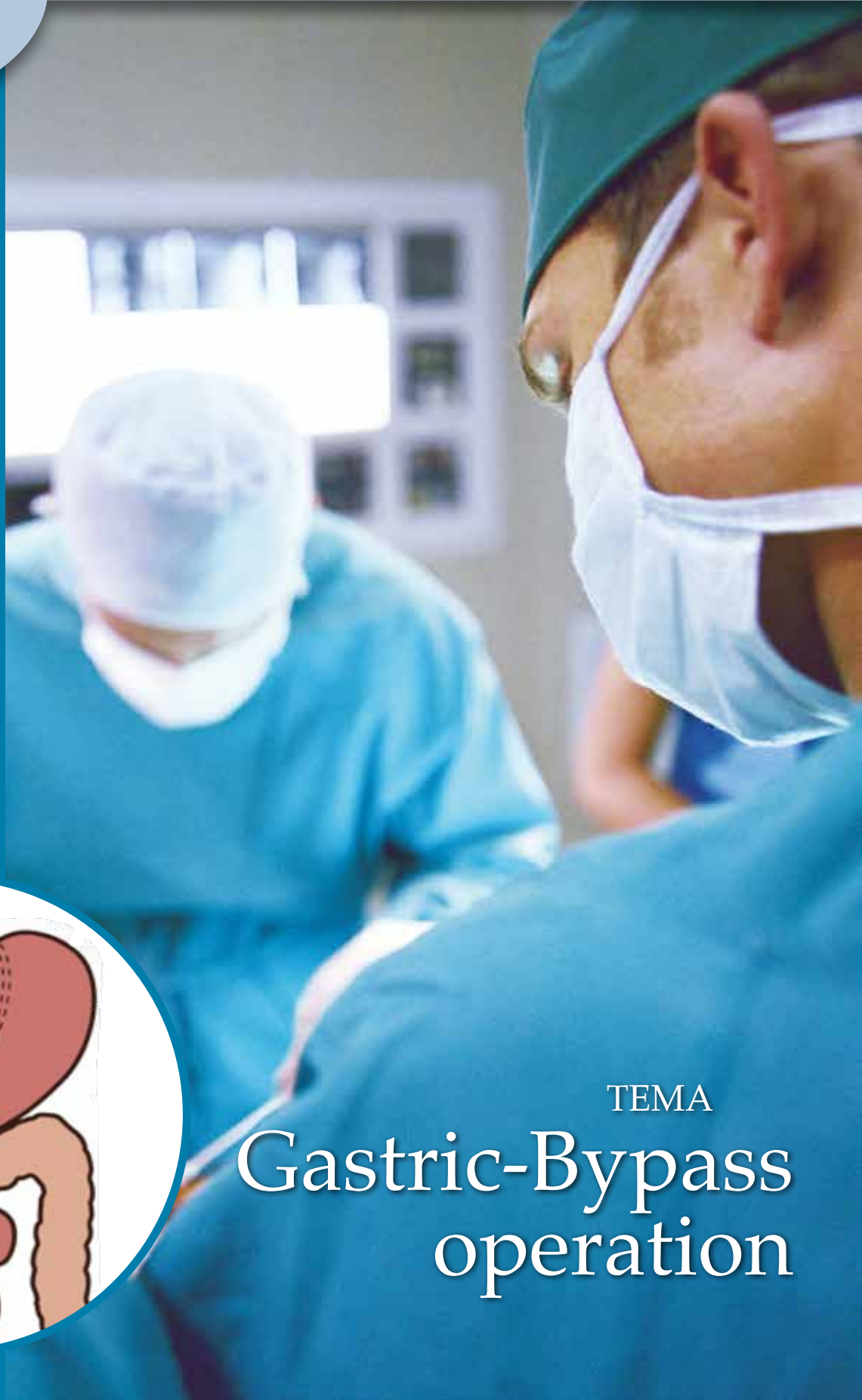
LANDSFORENINGEN FOR OVERVÆGTIGE

Adipositasforeningen

TEMABLAD

Forår 2015

- Refleksioner efter gastric-bypass operation
- Fedme og genetik – er der en sammenhæng?
- Kirurgiske og endoskopiske væggtabsmetoder
- Kost efter gastric-bypass
- Hvordan forholder opererede sig til motion?
- Medicin efter gastric-bypass
- Plastikkirurgi efter fedmekirurgiske operationer
- Interview med Kim Poulsen



TEMA

Gastric-Bypass operation

Af Birgitte Hansen,
Formand



Klumme!

Kære Læser

Antallet af overvægtige stiger i vores del af verden. Når overvægt bliver til svær overvægt og følgesygdommene dukker op, kalder det på behandling. Sundhedsvæsnet er udfordret. Det har vist sig at være svært at finde gode behandlingsmetoder, som kan afhjælpe svær overvægt. Når Sundhedsvæsnet vil sætte en ny medicinsk behandling i gang kræver det, at medicinalindustrien gennemfører et stort udviklingsarbejde. Det skal følges op at talrige forsøg i laboratoriet, på forsøgsdyr og siden på mennesker, inden behandlingen kan godkendes til almindeligt brug. For et halvt år siden hørte vi første gang om et lovende Novo Nordisk præparat Saxenda, med det har lange udsigter, før det kommer på markedet.

For Sygehusvæsnet er det tilsyneladende lettere at få nye kirurgiske metoder i spil. Derfor er den mest anvendte behandling af svær overvægt fedmeoperation. Der er forskellige varianter, men den mest populære er Gastric Bypass.

Vi har netop valgt i dette blad at sætte fokus på Gastric Bypass.

Gastric Bypass blev tilbudt som behandling i 2005, hvor 281 patienter blev opereret. Som følge af sundhedsvæsnets behandlingsgaranti steg antallet af operationer voldsomt og toppede i 2010 med 4255 operationer. Herefter

skærpedes kravene og antallet af operationer faldt til ca. 500 om året. Det er et stort operativt indgreb, hvor der kan være bivirkninger og samtidig medfører en Gastric Bypass store omvæltninger i livet for den svært overvægtige.

Gastric Bypass indgrebet virker ved, at den svært overvægtige oplever en naturlig grænse for, hvor meget mad man kan spise, fordi mavesækken formindskes, og det giver ubehag og evt. opkastninger at spise andet end små måltider. Samtidig begrænser GBP mængden af f.eks. sukker og fedt, som man kan tillade sig at spise, da det vil give mavesmerter og ubehag at spise de usunde fødevarer med meget sukker og fedt. Gastric Bypass indgrebet betyder dermed en kraftig reduktion i den overvægtiges kalorieoptag som konsekvens af, at mavesækken formindskes og tyndtarmen forkortes. Den fedmeopererede skal resten af livet dagligt spise betydelige mængder af kosttilskud, vitaminer, mineraler m.v.

På trods af alvorlige bivirkninger er mange fedmeopererede glade for operationen. Det viser, hvor belastende det er at leve et liv som svært overvægtige, og hvor påtrængende det er, at udvikle nye gode behandlingstilbud. Læs mere om det i dette blad.

God læselyst.

Samarbejde

Adipositasforeningen har indledt et samarbejde med FOF. I første omgang er det FOF i Aarhus, som på forårsprogrammet 2015 har et kursusforløb, som er skræddersyet til de af vore medlemmer, som ønsker en sundere livsstil med væggtab. Kurset indeholder motion, madlavning og psykologi.

Se mere på FOF hjemmeside. Adipositasforeningen har også et godt samarbejde med Folkeferie. Vi har planer om atter en rejse til Folkeferies feriecenter på Malta.

De Grønne Busser kører til Polen. Her kan man bo på et lækkert kurhotel, som tilbyder forskellig former for bespisning f.eks. saft-kur, forskellige former for behandling og træning. Se www.kurrejser.dk

Det er i Adipositasforeningens ånd at finde gode samarbejdspartnere, så vi sammen kan sætte noget i gang og støtte hinanden og vores frivillige, som trækker et stort læs.

Der kommer løbende opslag på vores facebook-side om arrangementer af forskellig art, som man kan deltage i. Deltagelse er oftest gratis. Vi håber at, mange vil støtte op om arrangementerne, som kan være gå-tur, eller det kan være fællestur til en sportskamp, besøg på Møns Klint, besøg i andelsbyen ved Holbæk o.s.v.

Se www.facebook.com/adipositasforeningen

**LANDSFORENINGEN FOR
OVERVÆGTIGE**
Adipositasforeningen



Temablad – Gastric Bypass

Info@adipositasforeningen.dk
www.adipositasforeningen.dk

Redaktionen:

Speciallæge, dr. med. Jette Ingerslev, jetteingerslev@dadlnet.dk
Formand Birgitte Hansen, info@adipositasforeningen.dk
Næstformand Cristina Villendrup Lyngge, cl@sundhedspsykologerne.dk

Henvendelse om indlæg og annoncer sendes til Redaktionen: info@adipositasforeningen.dk
eller til Adipositasforeningen, Ringgade 115, 7600 Struer.
tlf. 28 404 304

Deadline

Til næste nummer: 7. september 2015

Forsidefoto:

Colourbox

Sats og tryk:

Jannerup a/s, tlf. 58 52 52 22

ISSN-nr.: 1904-3791

Annoncer i bladet er ikke nødvendigvis et udtryk for Adipositasforeningens holdning.

Redaktion

Refleksioner efter gastric bypass operation

Interview med Gitte Haack Af Jette Ingerslev

Hvorledes var Din forhistorie?

Tja, det var en "almindelig" opvækst i en lille familie på fire. Jeg klarede mig ok i skolen og var meget aktiv med forskellige sportsgrene, fx fodbold, håndbold og bordtennis. Jeg spiste almindelig kost og var normalvægtig.

Tæt på min 17-års fødselsdag i 1985 blev jeg skadet under en fodboldkamp – mit korsbånd i højre knæ blev revet over – hvilket desværre blev slutningen på at dyrke så meget sport. Samme mængde mad kombineret med mindre motion og et par år senere slet ingen motion, betød, at jeg gradvis tog på i vægt.



BMI Brikken kan senere i år præsentere en række foredrag.

Gennem årene blev jeg opereret gentagne gange i mit højre knæ – sjette gang var i 1999. De mange operationer medførte ikke alene slidgigt i højre knæ, men også belastning i det venstre knæ. Derfor gennemgik jeg en operation i venstre knæ i 1999. To operationer i begge knæ medførte, at jeg sad i kørestol i en måned. Jeg havde ondt af mig selv og begyndte at spise for at trøste mig. Da den megen motion samtidigt var ophørt, gik det bare helt galt med vægten. Den steg og steg. Jeg prøvede mange slankekure, men uden vedvarende effekt.

I starten af 2010 gik jeg til min læge og bad om en henvisning til gastric

bypass operation. Lægen bad mig betænke mig, men jeg insisterede på at blive opereret. "Det skulle lægen i hvert fald IKKE bestemme!" Jeg havde truffet mit valg, og ligeledes sat mig ind i reglerne: Med slidgigt i begge knæ som følgesygdom kunne jeg blive godkendt med en BMI på 35. Så jeg vel nærmest 'forlangte' at få henvisningen – og fik den.

Hvordan gik operationen?

Den gik godt, og på 14 dage havde jeg tabt 1/3 af min overvægt. Men allerede efter få måneder fik jeg voldsomme smerter, og blev akut opereret for tarmslyng. Siden min gastric bypass operation for snart fem år siden, er jeg gentagne gange opereret for tarmslyng/brok, har fået fjernet galdeblære m.m. Jeg har været indlagt flere gange pga. voldsom forstoppelse, idet min tyktarm tilsyneladende ikke længere virker. Derfor har jeg nu fået indopereret en slags pacemaker, som stimulerer tyktarmen. Desuden har de mange operationer medført, at min tyndtarm formentlig har taget skade. Dette skal jeg til mere udredning omkring i den kommende tid.

Selvom jeg i dag er normalvægtig, så har prisen været høj. Jeg er i dag kronisk smertepatient og tilknyttet en smerteklinik.

Hvordan har familien reageret på Din situation?

Min mand har været enestående langmodig og forstående. Han har virkelig været en støtte. Og uden den støtte var det slet ikke gået. Det samme gælder naturligvis også resten af min familie.

Hvad giver Dit liv værdig nu?

Jeg har heldigvis en utrolig forstående chef, som giver mig lov til at arbejde på de tidspunkter, hvor jeg har færrest smerter, og dermed kan jeg bibeholde mit flexjob som

journalist. Der udover lægger jeg en indsats i arbejdet med BMI Brikken, der er en landsdækkende non-profit, almennyttig forening for overvægtige og tidligere overvægtige, deres pårørende samt andre personer, der sympatiserer med foreningens formål. Navnet brikken er et symbol på, at problemerne med overvægt er som brikkerne i et puslespil: De mange forskellige brikker skal føjes sammen for at give et godt resultat.

En af nutidens svøber er overvægt. Nemt at erhverve. Meget svært at slippe af med. BMI Brikken har sat sig for at hjælpe. Medlemmer har blandt meget andet bedt en lang række kendte danskere om at donere et maleri for derigennem at skaffe midler til kampen mod kiloene.

Triathlon for overvægtige og tidligere overvægtige er en anden aktivitet. Om de to aktiviteter siger Gitte Haack: "Forebyggelse af fedme burde stå højt på dagsordenen i Folketinget, idet det – på den lange bane – vil være langt billigere end at helbrede fedme. Og vores BMI Tri. 2014 blev så stor en succes, at vi håber, at kunne afholde det igen i år, men det kræver mange frivillige hænder og en økonomisk håndsrækning".

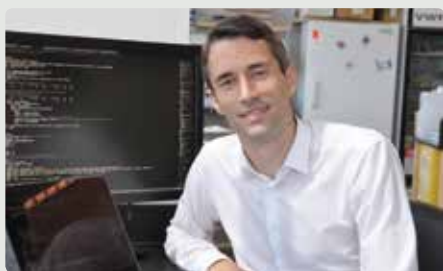
Har Du gode råd forud for en evt. gb-operation?

Ja. Trods min situation vil jeg gerne understrege, at det jo heldigvis også går godt for mange mennesker, som får denne operation, men mit budskab er, at det er vigtigt, at alle kender til de mange risici, som operationen kan medføre. Derfor er mit bedste råd forud for en evt. gb-operation: Undersøg ALT omkring operationen og lav en 'for' og 'imod' liste, men undersøg også alternative muligheder fx en gastric sleeve, som flere og flere hospitaler tilbyder.

Fedme og genetik

- er der en sammenhæng?

Interview af forsker Tune Pers, Broad Institute of Harvard University and Massachusetts Institute of Technology, Boston, USA.



Af Per Nielsen, bestyrelsesmedlem af Landsforeningen for overvægtige

Den 11. februar blev der i de danske medier skrevet om et nyt kæmpe studie med stor dansk indflydelse. I Studiet deltager nemlig den danske forsker Tune Pers med en central rolle. Tune er ph.d i systembiologi og forsker ved Broad Institute of Harvard University and Massachusetts Institute of Technology i Boston, USA. Landsforeningens bestyrelsesmedlem Per Nielsen har talt med Tune Pers om hans studie, som blev publiceret i det anerkendte tidsskrift Nature.

Historierne og tankegangen om fedme går tit på, at de overvægtige bare skal spise noget mindre og dyrke noget mere motion. Hvis de bare kunne tage sig sammen, og vil de det nok, vil de også tabe sig. Ja, disse ordvalg har vi hørt til hudløshed, og med en yderst minimal effekt. Dermed er et centralt spørgsmål, hvorvidt der er andre årsager og sammenhænge, som kan sættes i forbindelse med fedme. For eksempel, hvorfor er nogle individer mere tilbøjelige til at udvikle fedme end andre. Det er her studiet, som Tune Pers har haft en central rolle i, kommer ind i billedet.

Vi som mennesker og alle andre organismer er delvist et produkt af vores gener og DNA. Fig. 1. DNA er

lange molekyler, der bærer vores arvemateriale. Alle organismer har DNA i hver en celle. Men har gener og fedme nogen forbindelser med hinanden?

I studiet har man indsamlet oplysninger fra 340.000 individer, hvor man har sammenlignet individernes genetiske data, dvs. arveanlæggene, samt indsamlet vægtoplysninger på deltagerne. Dette er sket gennem et stort samarbejde mellem mange forskningsgrupper rundt om i verden. Det er til dato den største undersøgelse verden har set om DNA, genetik og deres rolle og sammenhæng, sat i forbindelse med fedme. De genetiske områder er regioner, der indeholder genetiske instrukser, som ifølge det publicerede arbejde (samt tidligere studier) synes at påvirke vores risiko for at udvikle fedme.

Tune Pers fortæller, at studiet tager udgangspunkt i det menneskelige arvemateriale også kaldt det menneskelige genom. Et genom kan beskrives som en kagebog, der kan fortælle os, hvordan vi f.eks. bager et brød. Genomet er ligesom bokstaverne i brødsopskriften, der fortæller os, hvordan dejen bliver til og brødet bliver bagt, hvis vi læser ingredienslisten korrekt. Men nu er vores krop ikke en brødsopskrift, så det menneskelige genoms sammensætning fortæller os, hvordan levende organismer bliver skabt og vedligeholdt. Dette sker bla., når kroppen skal bygge forskellige proteiner og danne molekyler, som vi har brug for til at vokse og leve.

De 4 bogstaver

Det menneskelige genom karakteriseres ved hjælp af 4 bogstaver: A, T, G og C. Disse 4 bogstaver kan sammensættes på mange forskellige måder. Der bliver forsket på højtryk

i, at forstå sammenhængen mellem disse 4 bogstaver, og hvordan en skade på ens genom, dvs. en genetisk ændring, kan medføre, at nogle individer er mere tilbøjelige til at udvikle fedme end andre. De genetiske ændringer, der forekommer hos for eksempel svært overvægtige personer, kan give os et fingerpeg omkring de genetiske regioner, der påvirker fedme, siger Tune Pers. Men der er stadig en hel del, vi endnu ikke forstår, for eksempel hvordan disse ændringer påvirker vores krop og i sidste instans vores vægt, forsætter han.

Det interessante er, at i det menneskelige genom, er der nu fundet 147 genetiske regioner, som kan have forbindelse til udviklingen af fedme. Nogle regioner kan have forbindelse til vores appetitregulering, mens andre regioner kan have en sammenhæng med, hvor fedtes fordeles på kroppen i forhold til personens body mass index.

Vi er i dag omgivet af alverdens fast-foodrestauranter, færdiglavet mad i køledisken, slik og sukkerholdige drikke. Når vi tager på i vægt, sker det grundet en positiv energibalance, hvilket vil sige, at der indtages mere energi, end der bliver forbrændt. Og som der blev beskrevet ovenfor, så har mange overvægtige en tendens til at spise meget. Men er der en sammenhæng mellem disse genetiske regioner og vores appetit? Tune Pers forklarer, at man umiddelbart skal spise mere som overvægtig, fordi man har mere af slæbe rundt på. Vi har dog fundet ca. 100 genetiske regioner, som kan øge personers risiko for at udvikle fedme, hvilket formentlig også indebærer en svagt øget appetit. Vi kan dog ikke sige noget om selve de biologiske meka-



Fig. 3. Motion er mange ting. Her er eksempel på den globale sport mod overvægt, depression og affaldsproblemer: Posegang.

nismen endnu, men der arbejdes på højtryk for, at blive klogere på forståelsen af, hvordan de genetiske regioner påvirker biologiske processer, der kan have indflydelse på vores appetit.

Det samme gælder, når vi taler om, hvordan energien bliver omsat i den menneskelige krop. Mange overvægtige føler, at motion er en kamp på slagmarken, hvor det gælder om, at skulle træne hårdt og forbrænde en masse kalorier. Ingen tvivl om, at motion er noget af det bedste, du kan gøre for dig selv, men det er svært at sige noget om betydningen af energiomsætningen, når vi bevæger os, og dens samspil med vores genetik. Vi ved at energiomsætningen falder, når man er på slankekur, hvilket gør det ekstremt svært at tabe sig i vægt. Det er en af grundene til, at vi skal blive bedre til at forebygge fedme. Det er super svært, at komme af med de ekstra kilo, så snart de har sat sig på kroppen. Vi finder regioner, der påvirker nogle processer, der kan have med energiomsætningen at gøre, men det er endnu svært at sige, hvordan dette rent faktisk foregår, siger Tune Pers.

Fedt på kroppen

Når vi taler om, hvor fedtet ophobes på kroppen, hører vi særligt om to steder, hvor fedtes sætter sig på kroppen, nemlig bugfedme, som vi mest kender som æbleform og pæreformen. Fig. 2. Æbleformen, dvs. bugfedme fedtdeponering, kan have skadelige konsekvenser, da fedtet samles omkring de indre organer og kan føre til livsstilssygdomme, såsom type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk. Den anden er type er pæreform,

hvor fedtet ophobes omkring bagen. Dette fedt har vist sig ikke at have de samme konsekvenser i forhold til udviklingen af livsstilssygdomme, som det farlige bugfedt. Hvor du og jeg lagrer vores fedt, kan være meget svært at sige noget om, men i studiet er der fundet 50 regioner, der påvirker, hvordan vores kroppe ser ud, inklusiv hvor fedtet ophobes henne på kroppen.

Alt dette kan ske på flere forskellige måder i den menneskelige krop, men det interessante er, at de genetiske regioner, der nu er fundet associeret med body mass index, er meget aktive forskellige steder i hjernen, og mindre aktive i vores fedtvæv, muskelceller og lever. Hvilket vil sige, at vores hjerne spiller en meget stor rolle i, hvordan vores krop reagerer på forskellige impulser.

Der bliver forsket meget i fedmens mysterier. Vi håber, at vi om 10 år er vi kommet meget længere i vores forskning. Jeg håber, vi er blevet bedre til, at screene børn for deres risiko for at udvikle fedme. Samt at vi er blevet bedre til udvælgelsen af de børn og familier, der kan have brug for hjælp til at undgå et liv med fedme, og de følgesygdomme, der er forbundet med fedme, fortæller Tune Pers.

Det bedste råd jeg kan give til personer, der lider af overvægt eller fedme er, at vi skal være fysisk aktive, vi skal gøre, hvad vi kan, for at spise sund og nærende mad, og så skal vi så vidt muligt, være glade for vores liv

og nyde tilværelsen, afslutter Tune Pers. Fig. 3.

Landforeningen for overvægtige/ Adipositas foreningen, vil gerne sige tak til Tune Pers for hans forskning og hans deltagelse i dette interview.

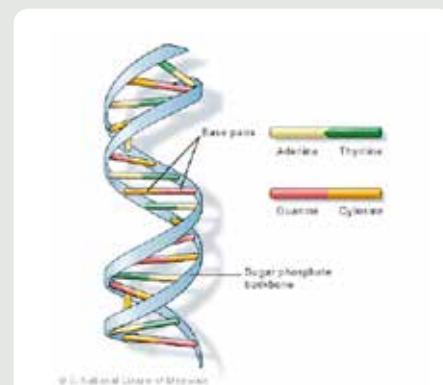


Fig. 1. DNA: Deoxyribonukleinsyre er en nukleinsyre, der indeholder de genetiske instruktioner, der benyttes i udviklingen og opretholdelsen af alle kendte levende organismer og nogle vira. (Wikipedia).



Fig. 2. Fordeling af fedt kan give æbleform eller pæreform.

Adipositasforeningens slanke-netværk

Adipositasforeningen er i gang med at etablere et landsdækkende slanke-netværk, hvor interesserede kan mødes og være med i et godt fællesskab. Det er tit lettere at komme ud ad døren for f.eks. at gå en tur, når man har en eller flere at gå sammen med.

Vi vil gerne have etableret gå-klubber og spise-klubber i forskellige byer rundt om i landet.

Gå-klub: er en event, hvor I mødes en gang om ugen og går en rask tur sammen.

Spise-klub: vi har startet spiseklubber op, hvor grupper på 4 - 6 personer mødes en gang om måneden og spiser et herligt måltid sammen. Det foregår hjemme hos deltagerne på skift. Menuen bestemmes af værten, som også foretager indkøb. Tilberedningen er man fælles om. Så spiser man sammen, snakker, udveksler ideer og endelig hjælpes man ad med opvask og oprydning.

Følg med på vores facebook: www.facebook.com/adipositasforeningen. Her kan du se, hvad der foregår, og her kan du få kontakt med andre, som også gerne vil være med i et fællesskab omkring vores gå-klubber og spise-klubber.

NB! Har du lyst til at være tovholder i en gå-klub eller en spise-klub, så send en mail til info@adipositasforeningen.dk

Kirurgiske og endoskopiske vægttabsmetoder

Af Lars Naver, overlæge, specialist i kirurgi og kirurgisk gastroenterologi

Fedme er en kronisk sygdom, men i sig selv er højt BMI ikke en sygdom. Kun hvis overvægten leder til følgesygdomme, er der tale om sygelig fedme. Behandlingsbehovet knytter sig derfor til de patienter, som har begyndende eller etableret komorbiditet. Internationalt har man derfor forladt BMI som væsentligste indikation for behandling, men i stedet fokuseres på komorbiditet.

Komorbiditet, samsygelighed, forekomst af to (eller flere) indbyrdes uafhængige lidelser på samme tid hos samme person

Hvis BMI er over 30 og der er betydende komorbiditet er der indikation for behandling.

Internationale guidelines fra Endocrine Society¹ har nu vendt behandlingsalgoritmen om, således at man ikke længere primært fokuserer på behandling af følgesygdomme som fx diabetes, hypertension, metabolisk syndrom og søvnapnoe og kun til sidst, når denne behandling svigter sætter ind med behandling af overvægten/fedmen. Nej – i stedet skal behandling af fedmen sætte ind tidligt og kan derved understøtte den øvrige behandling bedre. Dette er en stor landvinding for den faglige accept af fedme som en behandlingskrævende sygdom på baggrund af evidensbaserede guidelines udviklet efter GRADE systemet. Man kunne ønske sig at denne nye tilgang også kom de kirurgiske behandlingstilbud til gavn.

Hidtil har den eneste behandling af sygelig fedme med opnåelse af et varigt stort vægttab og bedring/helbredelse af forskellige følgesygdomme været kirurgisk behandling.

Hovedresultaterne fra det Svenske SOS studie er sammenfattet af Sjöström^{2,3}

Indikationer for kirurgisk behandling

De gældende indikationer for kirurgisk behandling er under pres, og er udvidet i flere af vore nabolande. Flere randomiserede kontrollerede studier har de senere år vist, at kirurgisk behandling giver bedre resultater end selv den bedste og mest intensive medicinske behandling af diabetes. Det er nu også vist for diabetes med BMI under 35 ved flere randomiserede undersøgelser og sammenfattet i et review af Maleckas et al.⁴

Økonomiske analyser viser, at der er en besparelse ved at tilbyde kirurgisk behandling, og modsvarende et signifikant tab ved at udskyde det kirurgiske behandlingstilbud, både i leveår, livskvalitet og penge⁵.

I Danmark er antallet af fedmeoperationer faldet drastisk de senere år efter indførelsen af stramme administrativt fastlagte operations kriterier.

I lyset af den noget negative tilgang til fedmekirurgisk behandling af sygelig fedme har det interesse at udforske alternativer til den invasive kirurgi. De metoder, som er mest i fokus, er nyere minimalt invasive og endoskopiske metoder såsom vagusstimulation, endoskopisk strømppe, gastrisk ballon og aspirations terapi. Alle metoder skal indgå i et multidisciplinært behandlingsforløb og kan ikke stå alene.

Gastric bypass

Gastric bypass (Fig. 1) er den hyppigste operation for fedme i Danmark. Operationen er velundersøgt og regnes som den gyldne standard. Der opnås et vægttab på 30 % af udgangsvægten, der ses bedre livskvalitet, længere overlevelse og for-

bedring eller helbredelse af et flertal af de fedmerelaterede følgesygdomme. Mortaliteten efter operationen er under 0,05%, og er relateret til risikoen for blødning, anastomose-lækage og lungeemboli. På lang sigt er risikoen fornyet vægtøgning, jernmangel, anæmi, mangel på sporstoffer og forskellige vitaminer. Tre til 4% får behov for en operation for internt hernie. Der er behov for varigt tilskud af B vitamin, jern, kalk + D vitamin og multivitamin tabletter. I enkelte tilfælde ses kroniske smerter, spiseforstyrrelser, underernæring og tilfælde med hypoglykæmi.

Gastric sleeve resektion

Gastric sleeve resektion (Fig. 2) er ved at blive den mest dominerende operation globalt set, og vinder også frem i Danmark. Operationen skaber ikke nye problemer postoperativt som gastric bypass gør det, idet der alene fjernes ca. 80% af ventriklen, som omdannes til et langt snævert rør. Virkningsmekanismerne bag det store vægttab er endnu uafklarede. Der er et stort element af restriktion, men tilsyneladende også neuro-humorale effekter. Virkningen på følgesygdomme er næsten på højde med gastric bypass, især hvis operationen tilbydes tidligt i sygdomsforløbet, og vægttabet er også næsten 30% af udgangsvægten. Ved operationen er der risiko for blødning, lækage og lungeemboli på omkring et par procent. På lang sigt er kom-

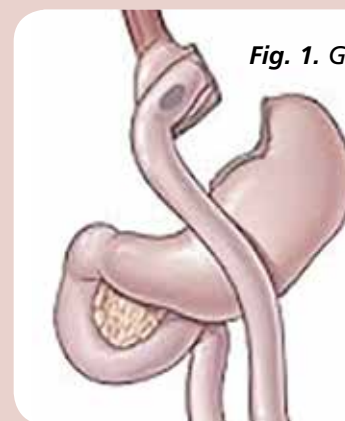


Fig. 1. Gastric bypass

plikationerne reflux og vægtøgning. Der er behov for tilskud af B vitamin og multivitamin tabletter.

Da de fleste patienter helst vil undgå operation, og operationskriterierne ydermere er skærpet, er der et behov for alternative metoder til opnåelse af vægttab, når konservativ behandling i gentagne tilfælde har slået fejl.

Vagusstimulation

Vagusstimulation ved indoperation af en neurostimulator giver beskedent, men sikkert vægttab og metoden er netop godkendt i USA til klinisk brug⁶. Klinisk erfaring savnes.

Endoskopisk strømpe

Endoskopisk strømpe er under videnskabelig afprøvning og er vist at kunne give signifikant vægttab og bedring af diabetes på kort sigt. Behandlingen er midlertidig. Der er stadig tekniske problemer og en del rapporterede alvorlige komplikationer, som gør at metoden fortsat er rent eksperimentel⁷.

Intragastrisk ballon

Intragastrisk ballon eller maveballon har været anvendt i snart tyve år. Hidtil med ringe resultater, men nu er fremkomsten af sikre væskefyldte balloner, som kan ligge i et helt år, tilsyneladende et stort fremskridt, som kan hjælpe patienterne til et vægttab på 20% af udgangsvægten. Op til 75% af patienterne bevarer et vægttab over 10 % af udgangsvægten efter tre år. Ved vægtstigning kan ballon behandlingen gentages, og derved kan en operation undgås⁸.

Gastrisk aspiration

Gastrisk aspiration er en endoskopisk metode eller maveknep, hvor en PEG sonde placeres i lokal anæstesi ved en ambulant procedure. Understøttet af psykolog bistand og diætist vejledning kan spisevaner og kostva-

ner reguleres. Efter hovedmåltiderne aspireres restføden fra ventriklen efter tyve minutter. Derved fjernes 30% af kalorieindtaget, og mætheden bevares efter udskylningen. Metoden leder til et stort vægttab på samme niveau som gastric bypass efter to år. Vægttabet kan endog fortsætte herefter så længe patienterne aspirerer tre gange om dagen. Når normalvægten er opnået, kan antallet af aspirationer reduceres og til sidst kan PEG sonden eventuelt fjernes igen. Men da fedme er en kronisk sygdom, kan der være behov for at bevare PEG sonden. Der sker ingen anatomiske forandringer i mave-tarm systemet, metoden er fuldt reversibel, der er ikke behov for medicintilskud af nogen art, og der er endnu ikke beskrevet nogen alvorlige komplikationer i de tre år metoden har været i klinisk brug. Metoden forhindrer ikke senere bariatrisk kirurgi eller gastroskopi og ERCP. Metoden har indtil nu kun været anvendt hos voksne, men synes at være et behandlingstilbud, der også kunne finde indpas i behandlingen af svært overvægtige under 18 år; en gruppe hvor man er og bør være meget tilbageholdende med fedmekirurgiske irreversible indgreb. Aspiremetoden har potentialet til at blive et sikkert alternativ til bariatrisk kirurgi og forskning pågår med henblik på sammenligning med gastric bypass^{9,10}.

Konklusion

Fedme med følgesygdomme skal vurderes individuelt og primært behandles med konservative metoder i form af et multidisciplinært behandlingsforløb, der ofte indbefatter kirurgiske eller endoskopiske vægttabsmetoder.

Referencer:

1. Apovian CM(1), Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH,

Pagotto U, Ryan DH, Still CD. *Pharmacological management of obesity: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Feb;100(2):342-62. doi: 10.1210/jc.2014-3415. Epub 2015 Jan 15. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2014-3415>

2. Sjöström L. *Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. J Intern Med.* 2013 Mar;273(3):219-34. doi: 10.1111/joim.12012. Epub 2013 Feb 8.

3. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, et al. *Association of Bariatric Surgery With Long-term Remission of Type 2 Diabetes and With Microvascular and Macrovascular Complications. JAMA.* 2014;311(22):2297-2304. doi:10.1001/jama.2014.5988.

4. Maleckas, A. et al., 2015. *Surgery in the treatment of type 2 diabetes mellitus. Scandinavian Journal of Surgery, 104(1), pp.40–47.*

5. Borisenko O(1), Adam D, Funch-Jensen P, Ahmed AR, Zhang R, Colpan Z, Hedenbro J. *Bariatric Surgery can Lead to Net Cost Savings to Health Care Systems: Results from a Comprehensive European Decision Analytic Model. Obes Surg.* 2015 Feb 2. [Epub ahead of print]

6. McClelland, J. et al., 2013. *A Systematic Review of the Effects of Neuromodulation on Eating and Body Weight: Evidence from Human and Animal Studies U. Schmidt, ed. European Eating Disorders Review, 21(6), pp.436–455.*

7. Sandler, B.J. et al., 2015. *One-year human experience with a novel endoluminal, endoscopic gastric bypass sleeve for morbid obesity. Surgical Endoscopy. DOI 10.1007/s00464-015-4081-5*

8 Brooks, J., Srivastava, E.D. & Mathus-Vliegen, E.M.H., 2014. *One-year Adjustable Intragastric Balloons: Results in 73 Consecutive Patients in the UK. Obesity Surgery, 24(5), pp.813–819.*

9. Forssell H(1), Norén E(1). *A novel endoscopic weight loss therapy using gastric aspiration: results after 6 months. Endoscopy.* 2015 Jan;47(1):68-71. doi: 10.1055/s-0034-1378097. Epub 2014 Sep 30.

10. Sullivan S(1), Stein R, Jonnalagadda S, Mullady D, Edmundowicz S. *Aspiration therapy leads to weight loss in obese subjects: a pilot study. Gastroenterology.* 2013 Dec;145(6):1245-52.e1-5. doi: 10.1053/j.gastro.2013.08.056. Epub 2013 Sep 6.

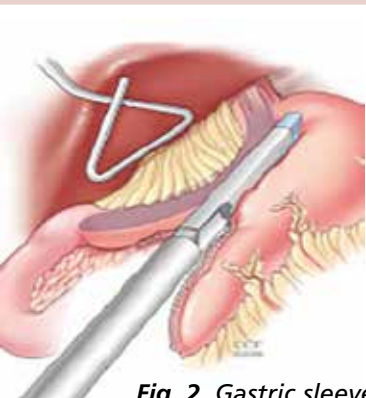


Fig. 2. Gastric sleeve



Fig. 4. Maveknep



Fig. 3. Maveballon

Kost efter gastric bypass

Af Stine Junge Albrechtsen

Når kost og behov for vitamin- og mineraltilskud skal planlægges efter bariatrisk kirurgi, findes der desværre på nuværende tidspunkt ingen danske, kliniske retningslinjer. Dette giver en udfordring for patienter og behandlere, idet de forskellige operationssteder ikke giver helt enslydende anbefalinger, hvad angår kostens sammensætning samt anbefalinger for tilskud af vitaminer og mineraler efter operationen.

Kosten de første 4 uger efter operation

Der tilrådes mad af flydende konsistens de to første uger efter operationen. De første uger efter operationen er det vigtigt, at holde mængden af mad per måltid til max 1 dl, for ikke at belaste mavesæk og tarm. Der skal derfor indtages mange måltider over dagen, og der skal gerne gå 20-30 minutter mellem hver dl mad. For at sikre kroppens minimumsbehov for væske, skal der indtages minimum 1500 ml flydende kost. Flydende kost defineres som væske med konsistens som yoghurt eller tyndere og kan eksempelvis være:

- Proteindrik fra apoteket med 300 kcal og 20 g protein pr 200 ml
- Syrnede mælkeprodukter som yoghurt naturel, skyr, fromage frais, A-38 og ylette
- Mælk
- Drikkeyoghurt
- Kakaomælk uden tilsat sukker
- Proteinpulver
- Proteinberigede, blendede supper

De næste 14 dage anbefales mad af blød konsistens med gradvis overgang til mad af almindelig konsistens.

Patienten skal spise meget langsomt og tygge maden grundigt. Maden skæres ud i små stykker og tygges 15 - 20 gange.

Mavesækken er en muskel, der normalt bearbejder maden til en fin konsistens. Denne funktion er nu borte. For store mundfulde, der ikke er tygget ordentligt, kan sætte sig fast i passagen mellem maven og tarmen. Det kan medføre ubehag som kvalme og opkastning.

Patienten bør stoppe med at spise, så snart det mærkes, at maven er fyldt. Der tages udgangspunkt i en energireduceret diæt på ca. 6 MJ/1200 kcal og 85g protein fordelt på 6-8 måltider om dagen. Følelsen af sult er ændret efter operationen, og det er meget almindeligt at spise for lidt. Træthed og manglende overskud er ofte tegn herpå.

Energi- og proteinindholdet tilpasses den enkelte patient, og er den enkelte meget aktiv eller har hårdt fysisk arbejde, skal kalorieindtaget ligge højere end det nævnte minimum på 1200 kcal/dag. Ofte kan de ekstra kalorier være i form af drikkevarer som mælk, drikkeyoghurt eller light kakaomælk.

Drikkevarer

Der bør ikke drikkes og spises til samme måltid. Et glas vand kan med fordel drikkes 10 - 15 minutter før hvert måltid, men der bør ikke drikkes umiddelbart efter et måltid, da dette øger risikoen for ubehag. Der skal gerne holdes en pause på ca. 30 minutter, inden der indtages væske.

Flydende kalorier i form af almindelige sodavand, sød saft, juice, iste, cider, milkshake, kakaomælk eller smoothies bør undgås, da det dels kan hindre vægttab, og dels give dumpingsyndrom.

Mælk og mælkeprodukter bør begrænses til 1/2 liter om dagen, med mindre andet er aftalt.

Danskvand, sodavand og cider drikkes med en vis forsigtighed for at

undgå overtryk i den lille ventrikel og bør altid være light.

Øl, vin og spiritus giver mange kalorier og virker for nogen meget voldsomt efter operationen, da det optages hurtigt. Alkohol bør derfor kun nydes i mindre mængder.

Maden resten af livet

Når den første måned er gået, kan patienten spise almindelig mad, men der bør være fokus på altid at tygge maden grundigt samt at spise fedt- og sukkerfattigt, da dette kan udløse dumping eller diarre.

Mange små daglige måltider er nødvendige for at sikre tilførslen af næringsstoffer.

Hovedmåltiderne er blevet meget mindre, og det øger risikoen for mangel på næringsstoffer, hvis ikke der spise 6-8 daglige måltider. Desuden er det nemt at blive fejlnæret, hvis mellemmåltiderne ikke er sunde.

Almindelige officielle kostråd er kort sagt stadig gældende, men med fokus på lidt øget proteinindtagelse på eksempelvis 1 g pr kg kropsvægt. Det kan være vanskeligt at indtage tilstrækkeligt af de betydningsfulde proteiner. Protein er kroppens byggesten til opbygning og vedligeholdelse af muskler, hjerte- og lungevæv. Et for lavt indtag af protein nedbryder kroppens livsvigtige væv. Proteinoptagelsen kan være nedsat postoperativt grundet nedsat mavesyreproduktion. Desuden fylder proteiner godt i den nye mave. Mange fravælger kød og kylling efter operationen, fordi det kan være besværligt at tygge fint. Hakket kød tolereres ofte bedre end hele bøffer eller steg. Hos nogle mistes dog helt lysten til rødt kød, og derfor er det vigtigt at fremhæve andre proteinkilder som fisk, æg eller magre mejeriprodukter. En god hovedregel til alle måltider

efter operationen kan derfor være, at et måltid (både hoved- og mellemmåltid) skal indeholde min. 200 kcal og 10 - 20 g protein.

De ydre rammer omkring et måltid skal også have opmærksomhed: Hyggelige omgivelser og et vel-dækket bord, gerne sammen med andre mennesker.

Er der noget man ikke tåler?

Generelt må alt spises 4 uger efter operationen, men der findes nogle fødevarer, som kan være svære at tolerere, og derfor må man prøve sig frem med disse. Undgå dog altid fødevarer med højt sukkerindhold eller højt fedtindhold (risiko for fedtdiarré).

Dernæst drejer det sig om trævlede og klistrende fødevarer (f.eks. asparges, citrusfrugter, stok af broccoli, pølseskind og hvidt brød), der kan sætte sig fast i mavemunden, og dermed medføre en risiko for at forårsage smerter og opkastninger. Nogle patienter tåler alt, og andre har mange fødevarer, der ikke tåles. Det er derfor nødvendigt at finde sin egen tolerancetærskel over for de forskellige fødevarer og generelt huske at tygge maden grundigt.

Kosttilskud

Det er nødvendigt med livslangt tilskud af vitaminer og mineraler efter operationen. Optagelsen af kalk, jern og B12 er i høj grad berørt af operationen, idet fødens vej gennem fordøjelsessystemet er ændret. Endvidere spises der meget mindre mad, og derfor får patienten generelt færre næringsstoffer end tidligere. Der er lidt variation i, hvad de forskellige operationssteder anbefaler, og derfor skal man følge anbefalinger derfra. Generelt anbefales der 1 kalktablet indeholdende 400 mg calcium, 2 x 50+ vitamin- og mineral tabletter samt 100 mg jern plus injektion med B-12 vitamin ca. hver 3. måned. Blodprøver anbefales løbende fx 3 mdr., 6 mdr. og 1 år postoperativt og herefter årligt for at sikre sufficient tilførsel af mikronæringsstoffer. De fleste patienter følges de første to år efter operationen af deres operationssted og efterfølgende ved egen læge. Det er vigtigt, at patienten tager imod tilbud om opfølgning for at fastholde de nye diætprincipper og tilskud af vitaminer og mineraler.

Motion

Motion er en rigtig vigtig del af et sundt liv efter operationen, og derfor tilrådes motion - som minimum efter kostrådene - svarende til 30 minutter dagligdags bevægelse plus 2-3 timers motion af moderat intensitet. Den bedste motion er den, der rent faktisk kan gennemføres. Om det er stavgang, zumba, cykling, svømning eller loop, er underordnet. Det vigtigste er, at der startes stille op, og at både muskel- og konditionstræning indgår. Det kan være svært at dyrke hård motion med en lille mavesæk, og derfor skal spisning før og efter træning prioriteres højt. Desuden kan væske i form af energidrik eller elektrolytblanding være nødvendigt fx ved højintensitet cykling eller lange løbedistancer.

Gastric Bypass opererede og deres forhold til motion

Cand.scient.soc. Marianne Egedal

I 2011-2012 blev der foretaget en analyse af 17 tilfældigt udvalgte elektroniske dagbøger, skrevet af medlemmer af gb-foreningen.

Dette indlæg her tager udgangspunkt i, hvad dagbøgerne fortæller om de gb-opereredes forhold til motion. I materialet er der indgået 10 kvinders og 7 mænds dagbøger med i alt 1.412 sider dagbøger. Nogle korte, andre lange. Der fremgår det, at kvinderne og mændene forholder sig forskelligt til motion. Alle har fået en plan for motion efter operationen.

Kvinderne

Umiddelbart efter operationen følger alle kvinderne disse forskrifter, og mange af dem fortsætter i en periode med at gå ture. Senere stopper de fleste kvinder med at dyrke motion. Nogle kvinder nævner ikke ordet motion i deres dagbog. Et par af kvinderne dyrker ikke motion på grund af de gener, som de har fået efter de mange år med overvægt, f.eks. dårlig ryg og knæ.

Andre kvinder skriver meget om den motion, de skal dyrke, men de kommer sjældent i gang. Nogle kvinder kommer i gang med motion, hvis de har nogen at følges med. Det er ganske få af kvinderne, der får lagt motion ind som en naturlig del af deres liv. Meget få kvinder får motion ind som en naturlig del af deres hverdag som bg-opereret.

Mændene

Modsat kvinderne får mændene lagt motion ind som en naturlig del af deres liv som GBY opereret. En af mændene kan ikke gå ture på grund af svær slidgigt i knæene og afprøver ikke andre former for motion. En anden nævner kun motion i en linje. Nogle af mændene bruger motion som vægtregulerende ved at motionere mere, når de har spist mere. For flere af mændene betyder vægttabet, at de kan vende tilbage til tidligere motions- og sportsvaner.

Hovedparten af mændene får lagt motion ind som en naturlig del af deres hverdag som GBY opereret. Indtager de for meget mad, motionere de mere. Det fremgår også at hovedparten af mændene, før de blev overvægtige, har dyrket motion og finder glæde ved igen at kunne genoptage sport / motion.

Konklusion

På baggrund af undersøgelsen vil jeg konkludere, at de gode motionsvaner skal "lægges" i barndommen, således at de kan genaktiveres i voksenlivet efter eventuelt nogle års fraværelse. Det behøver ikke alene skyldes overvægt, men kan også have sin årsag i etablering på arbejdsmarkedet, familiedannelse mm.

Skal motion ind som en fast del af livet som gb-opereret, vil det nok være nødvendig med en personlig træner, der sikrer, at motion er blevet en ny vane. Nye vaner tager lang tid at få, men er ikke umulig at få. For især kvinderne viser dagbøgerne, at det er vanskeligt alene at få motion ind som en ny god vane.

Medicin efter gastric bypass

Af Stig Ejdrup Andersen, overlæge, ph.d., Klinisk Farmakologisk Enhed, Roskilde

En gastric bypass ændrer ikke blot tarmsystemets anatomi, men også miljøet i mavetarmkanalen og tarmfunktionen. Ved en af de meste brugte operationsmetoder (Roux-en-Y gastric bypass) laves lidt af mavesækken om til en meget lille mavelomme, og et stykke af tyndtarmen kobles af, så føden ledes uden om det meste af mavesækken, tolvfingertarmen og øverste del af tyndtarmen. Resten af mavesækken, tolvfingertarmen og det afkoblede stykke tyndtarm sættes sammen med tyndtarmen ca. halvanden meter.

En gastric bypass ændrer ikke blot tarmsystemets anatomi, men også miljøet i mavetarmkanalen og tarmfunktionen. Ved en af de meste brugte operationsmetoder (Roux-en-Y gastric bypass) laves lidt af mavesækken om til en meget lille mavelomme, og et stykke af tyndtarmen kobles af, så føden ledes uden om det meste af mavesækken, tolvfingertarmen og øverste del af tyndtarmen. Resten af mavesækken, tolvfingertarmen og det afkoblede stykke tyndtarm sættes sammen med tyndtarmen ca. halvanden meter længere nede, hvorved fordøjelsvæsker fra den tiloversblevne del af mavesækken samt fra bugspytkirtlen og galdeblæren kan blandes med føden.

Mavelommen udskiller meget mindre mavesyre end den normale mavesæk, den afkoblede del af tyndtarmen kan ikke længere optage føde, tarmpassagen bliver hurtigere, og fordøjelsvæsker får meget kortere tid til at nedbryde føden. Derfor optages føden dårligere end før, og en del vil slet ikke blive optaget, men forsvinder ud med afføringen. Nogle gange rammes også optagelsen af vigtige vitaminer og mineraler samt

medicin, som indtages gennem munden.

Medicin er et avanceret stykke teknologi

Måske syner en lille hvid tablet eller tofarvet kapsel ikke af meget, men der er tale om et stykke avanceret teknologi, udviklet og designet, så medicinen kan håndteres, indtages og komme til at virke det rigtige sted i kroppen. En tablet består ikke kun af det aktive stof, hvis navn står fremhævet på pakningen, men også af hjælpestoffer så som majsstivelse, sukkerarter og fedtsyrer. Man kan pakke det aktive stof ind, så medicinen får særlige egenskaber. Noget medicin får et glat overtræk, der beskytter mod grim smag, gør tabletten let at sluge, eller beskytter det aktive stof i medicinen mod at blive ødelagt af mavesyre. Anden medicin pakkes, så det aktive stof frigives over lang tid, frigives særligt hurtigt eller føres til bestemt afsnit af tarmen. Man taler om, at medicinen formuleres. Principielt kan samme aktive stof formuleres som både almindelig tablet, depottablet, creme og øredråber, lidt afhængig af, hvor det skal virke og hvad, det skal virke imod.

Når tabletten er slugt, starter en proces, hvor tabletten går i opløsning, det aktive stof siver ud og vandrer gennem tarmvæggen og over i blodet for at blive ført frem til det sted, hvor det skal virke. Mange tabletter opløses i mavesækken, tolvfingertarmen eller i den øverste del af tyndtarmen. Andre typer medicin opløses ikke. Det kan f.eks. være medicin, som er formuleret som et tablethylster, der skal passere gennem mavesækken og tarmen, mens det aktive stof langsomt siver ud og vandrer over i blodet.

Blodtryksmedicin skal føres med blodet ud til de små blodkar og få de små

muskler til at slappe af, mens vanddrivende medicin skal ind i nyrerne og få nyrecellerne til at udskille mere salt og vand. Nogle aktive stoffer er så fedtopløselige, at de kan selv kan bevæge sig igennem tarmvæggen og over i blodet. Andre aktive stoffer må have hjælp af særlige transportproteiner eller medicinpumper, som især findes i bestemte afsnit af tyndtarmen.

Husk vitaminer og mineraler

Selv om man har fået lavet en gastric bypass og kun har en lille mavelomme, kan man godt tage tabletter og kapsler, men medicinen vil komme ned i et anderledes miljø i mavelommen, ledes rundt i tarmsystemet og møde fordøjelsvæskerne på en måde, som ingen medicinudvikler har taget højde for. De ændrede forhold og især den ændrede tarmpassage kan komme til at påvirke medicinoptagelsen hos enkelte patienter. Mange vil kunne tage deres medicin helt som før operationen, mens andre vil optage ét eller få af deres præparater dårligere.

Gastric bypass nedsætter optagelsen af visse vigtige vitaminer og mineraler og øger risikoen for at udvikle mangeltilstande. Alle patienterne bør resten af livet have taget regelmæssige blodprøver for at kontrolle-

Gastric bypass ændrer på mavesækkens og tyndtarmens anatomi og funktion. Evnen til at optage vigtige vitaminer og mineraler forringes, og hos nogle går det også ud over evnen til at optage medicin, som indtages gennem munden. Desværre er der ikke forsket ret meget i dette emne. Derfor er det vigtigt at sætte sig ind i sin egen medicin og selv være opmærksom på medicinsvigt og bivirkninger.

re vitamin- og mineralstatus, og alle bør tage et tilskud af multivitaminer, jern, kalk med D-vitamin og B12-vitamin. Det er vigtigt at få nogle gode medicinvaner, så medicinen huskes, også selv om det er længe siden, man blev opereret.

Undgå helst acetylsalicylsyre eller gigtmicin

Noget medicin er så surt, at det kan irritere slimhinden og måske ætse et sår i mavelommen. Derfor kan et dagligt forbrug af gigtmicin eller medicin, som indeholder acetylsalicylsyre, ikke anbefales efter en gastric bypass. Patienter, som har brug for hjertemagnyl, kan godt fortsætte med tage dette, men bør tale med lægen, hvis de får symptomer på bivirkninger, f.eks. halsbrand eller øvre mavesmerter.

Gigtmidler har mange navne, og en del smertestillende medicin indeholder acetylsalicylsyre. Nogle fås kun på recept, men i håndkøb kan man også finde denne salgs medicin, bl.a. i supermarkeder, som ikke kan tilbyde samme faglige rådgivning, som apoteket kan. Som patient må man se sig for. Listen nedenfor giver en oversigt over håndkøbsmedicin, man helst skal undgå at tage på daglig basis, når man har fået lavet gastric bypass. Ved hovedpine, muskel- eller ledsmerter er paracetamol derimod et sikkert og virksomt alternativ. Paracetamol optages fint efter gastric bypass og sælges under handelsnavne som Pamol, Pinex eller Panodil.

For lidt konkret viden om medicin efter gastric bypass

Hvis lægerne havde håndfast viden om, hvad gastric bypass gør ved alle tænkelige præparater, kunne patienterne få den bedst tænkelige rådgivning. Men lægerne kommer ofte lidt til kort, fordi der desværre ikke er ret mange videnskabelige undersøgelser at trække på, heller ikke når det gælder hyppigt brugt medicin. Af de mere end 1000 slags medicin, man kan få i Danmark, har forskerne set på mindre end 50. Ydermere er mange af undersøgelserne svære at bruge, fordi de ofte er meget små, den videnskabelige kvalitet er mindre god, resultaterne er modstridende, eller også er undersøgelserne så gamle, at de handler om operationsmetoder, som kirurgerne for længst er holdt op med at bruge.

Skal man sige noget generelt, så viser forskningen, at gastric bypass forringer medicinoptagelsen for de fleste undersøgte medikintypers vedkommende. Det betyder, at det ikke så meget er bivirkninger, men ringere virkning og medicinsvigt, man skal være opmærksom på. Der er dog noget medicin, som slet ikke påvirkes af gastric bypass, og der er meget stor forskel fra patient til patient og fra lægemiddel til lægemiddel. Endelig er det usikkert, om de målte ændringer i medicinoptagelsen rent faktisk betyder noget for medicinens virkning. Selv om man måske optager lidt mindre medicin end før operationen, kan det faktisk være fuldt tilstrækkeligt til, at medicinen virker, som den plejer.

Medicin med indhold af acetylsalicylsyre

- Aspirin
- Kodimagnyl
- Treo brusetablet
- Treo Citrus

Gigtmedicin

- Ibumax
- Ibumetin
- Ibuprofen
- Ipren

Almindelig medicin, som ser ud til at blive optaget dårligere efter gastric bypass er ampicillin (en slags penicillin), phenytoin (epilepsimedicin), hydrochlorothiazid (vanddrivende medicin) og digoxin (hjertermedicin). Også optagelsen af p-piller kan blive så uforudsigelig, at man må anbefale andre præventionsformer. Endelig tyder resultaterne på, at visse typer lykkepiller (depressionsmedicin) optages dårligere. I en af undersøgelserne blev optagelsen dog normal igen hos en del af patienterne i løbet af det første år efter operationen. Men får man lykkepiller eller anden depressionsmedicin, bør man være opmærksom på forværring af depressionssymptomer og aftale lidt hyppigere lægekontroller.

Hyppige lægekontroller

Som gastric bypass-opereret må man i det hele taget indstille sig på hyppige lægekontroller, især i det første år efter operationen. Når kiloene begynder at rasle af sidebenene bliver der altid behov for at se på medicinen, men følges man i en bariatrisk

klinik på et sygehus, vil medicinjustering være et naturligt emne ved konsultationerne der. Mange patienter har brugt medicin før operationen, og efter operationen vil vægttabet i sig selv forbedre helbredstilstanden og måske gøre medicinbehovet mindre. Som hovedregel kan man ikke helt slippe for at tage medicin, men mange kan i en periode klare sig med mindre medicin mod f.eks. forhøjet blodtryk, sukkersyge eller forhøjet kolesterol. Medicin mod andre sygdomme skal måske også tilpasses kroppens nye tilstand og funktion.

Det er også vigtigt at få set på, om man har fået udskrevet de mest hensigtsmæssige medicinformuleringer. For at virke effektivt, skal nogle medicinformuleringer være i tarmen i mange timer, men efter operationen kan opholdstiden i tyndtarmen imidlertid blive så kort, at f.eks. depottabletter ikke kan nå at frigive det aktive stof, før de udskilles med afføringen.

Lægen har mange muligheder for at kontrollere, at medicinen virker korrekt og at doseringen altid er den mest optimale. Nogle gange kan man blot følge symptomerne, andre gange må man måle eller tage blodprøver. Virkningen af blodtryksmedicin kan følges med målinger af blodtrykket, mens effekten af sukkersygemedicin kan følges med løbende måling af blodsukkeret. Endelig kan man for nogle typer medicins vedkommende direkte måle medicinindholdet i blodet og på den måde afgøre, om der optages medicin nok fra tarmen. Det gælder f.eks. noget epilepsimedicin. Enkelte gange må der en specialisthenvisning til, for at man kan komme frem til det helt rigtige medicineringsforløb.

Lær medicinen at kende

Patienter kan læse om deres medicin på indlægssedlerne i medicinpakkerne eller på hjemmesiden min.medicin.dk (<http://min.medicin.dk/>). Det er vigtigt at komme til de anbefalede kontroller, og man bør tale med lægen, hvis man er bekymret for medicinsvigt eller bivirkninger. Hvis man tager al sin medicin med ved lægebesøgene, også håndkøbsmedicin, kosttilskud og naturmedicin, får lægen det bedst mulige grundlag for at rådgive og tilrettelægge en virkningsfuld og sikker behandling til den enkelte gastric bypass-opererede patient.

Plastikkirurgi efter fedmekirurgiske operationer

Af Andreas Printzlau, speciallæge i plastikkirurgi, Bodylift Center

Massivt vægttab defineres som vægttab på ≥ 15 BMI enheder (Dansk Selskab for Plastik og Rekonstruktiv kirurgi, årsmøde 2009). Uanset vægttabsmetode vil et sådant vægttab medføre overskydende hud svarende til de områder af kroppen, hvor volumentabet har været størst. Typisk på mave, brystparti, lår og overarme, men også i ansigt, på hals, ryg og balder. Desuden kan der ses rest-fedtdepoter og mandlig brystkirteludvikling, der ikke svinder som følge af vægttabet.

Årsagerne til at søge plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab fordeler sig fra fysiske gener over psykosociale gener til rent kosmetisk indikation. De fysiske gener fordeler sig imellem hudproblemer grundet fugt eller slitage og smerter, som følge af manglende fiksation af huden. De psykosociale gener knytter sig til problemer i seksuallivet, sport og fritidsaktiviteter samt problemer med at finde tøj, der kan tilpasses de mange hudfolder.

Stigende behov for plastikkirurgi efter fedmeoperationer

Behovet for plastikkirurgisk korrektion er meget individuelt. Forskellige patienter kan have meget forskellig tolerance overfor psykosociale og kosmetiske problemstillinger. Faktorer som relativt vægttab, køn, alder, genetiske forhold og rygning har stor indflydelse på problemernes individuelle omfang. Disse forhold betinger at behovet for plastikkirurgi efter fedmekirurgi er vanskeligt at afdække. I Danmark er der set en stor stigning i antallet af plastikkirurgiske operationer efter massivt vægttab, primært hos den store gruppe af patienter, der blev tilbudt fedmekirurgiske indgreb i slutningen af 00'erne.

Hvornår tilbydes plastikkirurgi efter massivt vægttab?

Dansk Selskab for Plastik og Rekonstruktiv kirurgi (DSPR) har taget initiativ til udarbejdelse af nationale retningslinjer for plastikkirurgi efter massivt vægttab. Det primære formål er at skabe konsensus omkring de offentligt finansierede behandlingstilbud til denne patientgruppe. Samtidigt er BMI kravet opblødt, således at patienter med $BMI \leq 30$, også kan tilbydes operation. Den hidtidige grænse på $BMI \leq 25$ er uopnåelig for en stor del af de fedmeopererede, fordi de stadig vejer for meget grundet overskydende hud og evt. rest fedtdepoter. Desuden åbnes mulighed for operation på psykosocial indikation efter individuel vurdering. DSPR anbefaler desuden at plastikkirurgiske korrektioner udskydes til 18 mdr. efter fedmekirurgisk indgreb og mindst 6 måneders vægtstabilitet, således at metaboliske forskydninger som følge af det fedmekirurgiske indgreb, er udlignet eller stabiliseret. Det anbefales, at plastikkirurgiske indgreb hos fedmeopererede forudgås af relevante blodprøver og intern medicinsk vurdering.

Typiske plastikkirurgiske korrektioner

- Udvidet abdominalplastik, en kombination af opstramning af maven og skambjerget.
- Belt Lipektomi, som er en cirkulær procedure med opstramning af mave og lænd.
- Nedre Kropsløft (Lower Body Lift), som er opstramning af mave, yderlår og balder.
- Udvidet Brystplastik (Mastopexi) med eller uden anvendelse af eget væv til støtte.
- Øvre Kropsløft (Upper Body Lift), en kombination af opstramning af brystpartiet og ryg.
- Overarmsplastik (Brachioplastik) og Inderlårsplastik.
- Ansigtssløft. Kosmetisk operation, tilbydes kun privat.

Komplikationer

De store kombinationsindgreb er forbundet med betydelig risiko for postoperative komplikationer. Der er beskrevet komplikationer med dødelig udgang som følge af blodprop i lungerne. Omkring 10% forventes at få alvorlige komplikationer, der kræver re-operation, typisk som følge af blødning eller infektion. Yderligere 30% kan få komplikationer, som kan behandles ambulant, typisk helingsproblemer og væskeansamlinger.

Udover oplæring af plastikkirurger i anvendelse af de optimale teknikker for de enkelte patienter, kræver denne type af plastikkirurgi et passende setup med tekniske faciliteter til at forebygge underafkøling under de langvarige kombinationsprocedurer, præoperativ tværfaglig støtte fra intern mediciner og diætist samt postoperativ tværfaglig støtte fra anæstesiolog og fysioterapeut.

Den særlige skandinaviske organisation af sundhedsområdet giver betydelige udfordringer ved udvikling og implementeringen af disse nye plastikkirurgiske behandlinger. Det er vanskeligt at sætte en grænse for hvilke behandlinger, der falder indenfor det offentligt finansierede behandlingstilbud. Således vil de større kombinationsindgreb i form af øvre og nedre kropsløft, ofte have elementer af både medicinsk, psykosocial og kosmetisk indikation. Sundhedsstyrelsen har fornuftigvis udnævnt det plastikkirurgiske specialitetsområde til et udviklingsområde på linje med fedmekirurgien, således at der fremadrettet sikres et godt samarbejde mellem private og offentlige behandlingssudbydere omkring registrering, uddannelse og forskning.

Interview med Kim Poulsen

Ved Jette Ingerslev

Hvordan var Din opvækst?

De første fire år af mit liv boede jeg hos min mormor og morfar i Nordsjælland. Mine forældre var gået fra hinanden, inden jeg blev født, og før min mor havde gjort sin uddannelse til slagter færdig.

Min mor blev gift i 1965 med en ny mand, der var smed i Helsingør. Jeg flyttede op til dem og begyndte at gå i skole. Jeg klarede mig fint og havde ikke problemer med hverken skole eller kammerater. I fritiden dyrkede jeg meget idræt, håndbold, golf, dans og løb.

Vi havde et godt familieliv. Jeg fik en halvsøster. Min biologiske far hørte jeg intet til.

Efter 10. klasse begyndte jeg at uddanne mig til kok. En svær maveinfektion med *Campyobacter* gjorde mig svært og langvarigt syg, så jeg måtte opgive min uddannelse.

Hvordan kom Du så videre?

Så begyndte jeg at arbejde i en børnehave og gik videre med pædagoguddannelse fra 1983 og blev færdig i 86. Herefter arbejdede jeg videre som institutionsleder både med børn og senere med problemfyldte unge og voksne. Først i Brøndby og siden 1993 på Lolland.

Samtidigt med problemfyldt arbejde med misbrugere, kom der trusler på livet og notoriske angreb med beskydning. Det gav svær angst og frygt. Dertil kom verbal og non-verbal mobning. For at dulme disse symptomer begyndte jeg at drikke i en periode. Det kunne ikke blive ved at gå. Alkohol blev derpå erstattet af mad.

Hvad betød det så for Dig?

Ja, vægten begyndte at stige fra 100 kg og op til 227 kg i 2011. Vægten gjorde det umuligt at dyrke sport eller anden fysisk aktivitet. Vægten gjorde det også vanskeligt

med mange funktioner i dagligdagen, såsom påklædning og toiletbesøg. Det var ikke muligt at købe tøj udover T-shirts og jogging-bukser. Jeg blev afskåret fra meget af det sociale liv. Det var for eksempel ikke muligt at gå en tur i biografen, for sæderne var for små til min store krop.

Jeg kunne ikke være fysisk aktiv og kastede mig over andre opgaver omkring teater og bestyrelsesarbejde.

Jeg talte med min læge om eventuel gastric by-pass operation og kom til forundersøgelse. Jeg skulle tabe 8 – 10 % i vægt før en eventuel operation. Det var næsten uoverskueligt.

Kommunen havde fyringsrunder, og jeg fik min afsked med løn i nogle måneder.

Hvad kom det til at betyde?

Afskedigelsen gjorde, at jeg kunne tage på et 17 ugers livsstilsophold i Struer. Det blev mit livs store chance. Specielt var samtalerne med psykologen forløsende. Den tidligere massive angst kunne bearbejdes. Og det støttede mig meget, så jeg "kunne give den én på frakken". Jeg befandt jeg mig godt med mine ændrede livsvaner. Mit vægttab holdt sig stabilt omkring 190 kg. Min mor døde i februar 2012, og så tog vægten til igen. Kommunen gav tilskud til et nyt ophold på livsstilscentret i Struer. Det styrkede mig igen. Men vægten var stadig for høj.

Jeg talte med min praktiserende læge, der informerede mig nøjternt om fordele og ulemper ved at blive gastric by-pass opereret. Da jeg – trods alt – allerede havde tabt de tilrådede kilo blev jeg skrevet op til operation. Jeg blev opereret i december 2012 på Privathospital Hamlet. Jeg fik ualmindeligt positive oplevelser på Hamlet med gode informationer før og efter operationen. Ja, de var rigtig gode, også ved opfølgningen.

Under hele forløbet har jeg fået god støtte fra venner og bekendte.

Hvad skete der så efter operationen?

Kiloene raslede af mig. Jeg tabte 60 kg og fik altså et helt nyt liv. Jeg kan nu købe tøj i en almindelig herreekvipering. Det er en stor glæde at være velklædt! Men, min hud på maven er alt for stor. Måske skal der en kosmetisk operation til.

Fysisk har jeg det godt, blot jeg holder mig fra krydret og fed mad. Men, nu kan jeg gå omkring uden mobning og for mange nedstirrende blikke og kedelige bemærkninger.

Hvordan er Din dagligdag nu?

Nu har jeg arbejde i en lille børnehave på Amager, men bor stadig på Lolland. Der er langt til arbejde, men jeg vil blive i Maribo. Jeg forventer at kunne få 10 gode år på denne måde. Desværre har jeg haft to tilfælde, hvor jeg er faldet omkuld. Den første gang var ved en festival foran tusinde børn. Jeg blev akut indlagt og hjernescannet. Efter det andet tilfælde fik jeg at vide, at der var tale om stress, så jeg har måttet skære flere aktiviteter fra, også nogle foredrag og mit bestyrelsesarbejde i Adipositasforeningen.

Har Du "gode råd" forud for gastric by-pass operation?

- Mentalt skal man være klar til vægttab og operation.
- I princippet har jeg ikke nogen mening om andres beslutninger.
- Mit forløb har været en succes.

MEN:

- En overvægtig bør have prøvet "alt" før en eventuel operation
- Et ophold på et livsstilscenter med psykolog kan overvejes
- Før og efter en eventuel operation skal kosten være tilpasset og diætistens anvisninger følges

LANDSFORENINGEN FOR OVERVÆGTIGE

Adipositasforeningen



Blev stiftet i 1999 med det mål, at inddrage den overvægtige, som den vigtige part i debatten omkring de indsatsinitiativer, der iværksættes omkring bekæmpelsen og forebyggelsen af den alarmerende stigning af overvægtige i Danmark.

Hvem er vi?

Adipositasforeningen er en frivillig interesseorganisation/patientforening, der repræsenterer 1,3 millioner (40%) overvægtige mennesker i Danmark, hvoraf de 400.000 (13%) er svært overvægtige. De 100.000 af de svært overvægtige har direkte fysiske helbreds komplikationer. Adipositasforeningen består af en gruppe mennesker der frivilligt stiller sin tid til rådighed for foreningens formål og bestyrelsen rummer mange fagområder og interesser. Vi er alle involveret i overvægtsproblematikken gennem vore pårørende, arbejde og eller eget overvægtsproblem.

Eksterne samarbejdspartnere

Adipositasforeningens eksterne samarbejdspartnere spænder vidt, da overvægtsproblematikken er infiltreret i mange faggrupper, patientforeninger og organisationer.

Foreningens formål

Adipositasforeningen søger ved at inddrage det hele menneske fysisk, psykisk og socialt at:

- hjælpe overvægtige og andre med forebyggelse initiativer på vej til et sundere og bedre liv.
- tale de overvægtiges sag over for det private, fællesskaberne og offentlige regi.
- bryde de overvægtiges isolation og nedbryde tabuer og fordomme.
- fjerne diskrimination og mobning i skolerne og på arbejdspladser.
- arbejde for at forbedre livsvilkårene for overvægtige i Danmark.
- arbejde for at fremme forskning i og oplysning om overvægt.
- formidle viden om overvægtsproblematikken for politikere, fagfolk og enkelte personer.
- deltage i den offentlige debat og søge indflydelse i stat, amt og kommune.
- samarbejde med andre instanser og foreninger der arbejder for og om overvægtige.
- støtte initiativer for og om overvægtige lokalt som på landsplan.
- arbejde for at skabe behandlingssteder og rådgivningscentre for og om overvægtige.
- hjælpe med oprettelsen af lokalforeninger og derved give mulighed for at møde ligesindet og hente inspiration og støtte til sundere livsstilsvaner.

- Samt at udbrede kendskabet til foreningens formål og ved at deltage i den offentlig debat, påvirke lokalsamfundet både i det private (familien), i fællesskaberne (Skoler, institutioner og idrætsforeninger) og det offentlige (Kommunen og regioner).

Det laver vi i Adipositasforeningen

Adipositasforeningen samarbejder om-kring mange forskellige opgaver inden for forskning og undersøgelser. Foreningen bliver ligeledes inviteret til at deltage i mange forskellige offentlige og private aktiviteter hvor man finder Adipositasforeningen som en væsentlig samarbejdspartner. Mange skoleelever, universitets- og seminarier studerende samt PHD studerende benytter sig af vores ekspertise og vejledninger i deres opgave og projektarbejde.

Projekt BigKids

Projekt BigKids – Livsstilsændringer for overvægtige børn og deres familier. BigKids er en del af Adipositasforeningens indsatsområder og der bliver søgt midler hos forskellige puljer, fonde og private virksomheder, sådan at projektet kan blive et mere permanent tilbud for børn, om børn og af børn. www.bigkids.dk

Formidlings- og informationsvirksomhed

Adipositasforeningen kan tilbyde mange forskellige formidlingsaktiviteter til offentlige og private virksomheder. Adipositasforeningen er en naturlig samarbejdspartner omkring virksomhedernes sociale ansvar og i forhold til kommunernes "Sundhedsaftaler" med regionerne. Adipositasforeningen har en række foredragsholdere, undervisere og sundhedsformidlere der tilbyder deres ekspertise inden for kost, motion, psyke og coaching. Mere information på info@adipositasforeningen.dk

"Den Nationale handlingsplan mod svær overvægt" – en håndbog med løsninger og perspektiver.

Adipositasforeningen var med i Sundhedsstyrelsens eksterne gruppe, der udmønter sig i en rapport til politikkerne, med forslag til forebyggelse af overvægt i fremtiden. Adipositasfor-

eningen betragter rapporten som en håndbog og opslagsværk som alle relevante parter bør bruge i bestræbelserne på at afhjælpe og forbygge overvægts problemerne i Danmark.

NUMO – National Udviklingscenter Mod Overvægt.

Adipositasforeningen er en del af NUMO der har konceptudviklet og er ansvarlige for sundhedsstyrelsens Vægtstoprådgiveruddannelse, en uddannelse som tilbydes landets kommuners sundhedspersonaler og på sigt vil Adipositasforeningen udbyde uddannelsen til andre aktører.

Det mener Adipositasforeningen:

Adipositasforeningen mener, at der skal være meget mere fokus på de psykologiske sider at overvægtsproblematikken. Dette kunne gøres ved mere tværfaglig tilgang til løsninger, bl.a. ved at etablere livsstilscentre med kost, motion og psykologi i behandlingstilbuddet.

Slankekur og slankemidler kontra livsstilsændringer

Adipositasforeningens holdninger til ikke dokumenteret slankekur og slankemidler kan siges meget kort. Vi mener ikke at nogen slankekur og eller slankemidler kan stå alene. Vi går ind for sunde livsstilsændringer.

Diætist / psykolog på recept

Adipositasforeningens mener at, der ud over motion på recept også skal tilbydes den overvægtige en "recept" til diætist og psykolog.

Respektere forskelligheder – Stop mobning.

Adipositasforeningen mener, at vi skal se og opfatte hinanden som ligeværdige mennesker, tyk som tynd, og respektere at vi er forskellige. Ved en større accept af hinanden, har vi mulighed for at hjælpe hinanden til en sundere livsstil.

Opfordring til Politikkerne

Adipositasforeningen mener at vores politikere skal give klare valg. Vores samfund må sætte standarder for hvilket slags tilværelse vi skal gå efter. Adipositasforeningen anbefaler at man forbyder reklamer for de meget usunde produkter.

Bliv medlem – gør en forskel!

Bliver du medlem af Adipositasforeningens enten som privat person, forening, faggruppe eller organisation, så giver du foreningen bedre økonomisk mulighed for få indflydelse. Vi har følgende kontingentsatser: Og har du tid og lyst til at give Adipositasforeningen en frivillig hjælpende hånd, vil du gøre foreningen stærkere.

Studerende/pensionister/ efterlønnere	kr. 100
Personligt medlemskab	kr. 200
Grupper/foreninger/ institutioner	kr. 400

Præsentation af bestyrelsen



Landsformand Birgitte Hansen
Tlf. 28 404 304
info@adipositasforeningen.dk

Bor i Struer. Har en baggrund som højskolelærer og forstander. Leder og ejer af Adipositas Center Limfjorden. Foredragsholder. Konceptudvikler. Arbejder i Adipositasforeningen med udadvendte aktiviteter som foredrag, konferencer og kontakt til pressen.



Næstformand Christina Villendrup Lyngé
Tlf. 31 73 02 80
cl@sundhedspsykologerne.dk

Bor i Allerød. Cand. psyk. fra Københavns Universitet: Klinisk psykologi, arbejds- & organisationspsykologi, speciale i psykologiske problematikker i forbindelse med overvægt og madmisbrug. HD. Tidl. leder og underviser i SAS. Hun er privat praktiserende psykolog i Nordsjælland, hvor hun modtager klienter med psykiske problemstillinger såsom fx angst, depression, stress, sorg, krise, madmisbrug/ overspising, tvangsadfærd, parproblemer. Behandlingen er primært kognitiv, adfærdsterapeutisk med supplement fra det systemiske/narrative og mindfulness metoder. Medlem af: Dansk Psykolog Forening, Dansk Sundhedspsykologisk Selskab og Dansk Psykoterapeutisk Selskab. Psykologbogen.dk. Netværket: www.gomentor.com/da/christinalyngé



Medlem og talskvinde Jette Ingerslev
Tlf. 40 72 38 72
jetteingerslev@dadlnet.dk

Speciallæge, dr. med., tidl. overlæge og klinikchef på sygehus i mere end 30 år. Bor i København. Forskningsaktiv siden 1979. Publiceret mange bøger og bogkapitler samt skrevet over 200 artikler. Har holdt over 1.000 foredrag. Gennem mange år været optaget af geriatri, hypertension og bariatric (svær overvægtig). Deltaget i mange arbejdsgrupper, blandt andet om overgreb mod ældre, overmedicinering, genoptræning, hypertension og forebyggelse af blodpropper. Var leder af og en del af drivkræfterne bag landets første Bariatriske Center, etableret på Fakse Sygehus. Et center for udredning, behandling, forskning og udvikling for svær overvægtige patienter.



Bestyrelsesmedlem Pia Christensen
piach@nexs.ku.dk

Kandidat i klinisk ernæring, Ph.d. Arbejder som fedmeforsker ved Institut for Idræt og Ernæring på Københavns Universitet. Forsøgsleder og projektkoordinator af det europæiske multicenter interventionsforsøg PREVIEW med 2500 børn og voksne. www.previewstudy.com. Den store forskningsinteresse: Vægttabsinterventioner, kropssammensætning under vægttab, status på mikronæringsstoffer hos overvægtige og ændringer i biomarkører i forbindelse med hjerte-kar-sygdom. Kostinterventionen i flere kliniske studier med artrose patienter med fokus på ikke-farmakologisk og ikke-kirurgisk behandling med det formål at forbedre funktion og reducere smerter. Medlem af den europæiske arbejdsgruppe EULAR (European League Against Rheumatism). Medforfatter til de seneste europæiske retningslinjer for ikke-farmakologisk behandling af knæ- og hofteartrose.



Bestyrelsesmedlem Kim Poulsen
Tlf. 60 71 38 74
kim.poulsen.60713874@gmail.com

Bor i Maribo. Institutionsleder. Har personlige erfaringer med overvægtsproblematikken. Arbejder i bestyrelsen med rejsetilbud og andre medlemstilbud. Tovholder for foreningens frivillige og igangsætter for forskellige aktiviteter ude i event-grupperne.



Bestyrelsesmedlem Per Nielsen
Tlf. 26 28 61 70
info@pernielsen.com, www.pernielsen.com

Bor i Helsingør. Per Nielsen (35 år) ejer firmaet pernielsen.com, hvis fokusområde og interesse ligger i at hjælpe personer med overvægtsvær overvægts problemer. Mit indsatsområde og fokus til livstilsændring er fysisk træning, kostvejledning og mental coaching. Derudover arbejder jeg som assisterende håndboldtræner, med hovedansvar for planlægning af den fysiske træning i håndboldklubben Nordsjælland håndbold. Jeg er også ansat på Nordsjællands grundskole og gymnasium, hvor jeg underviser i idræt. Derudover skriver jeg som sundhedsskribent i 2 aviser, og har et ugentligt radio indslag om træning i radio Nova FM. Jeg er uddannet kostvejleder og fysisk træner.



Bestyrelsesmedlem Sanne Larsen
Tlf. 22 57 73 15
sanne1975@hotmail.com

Bor i København. Uddannet cand. merc. i afsætning, kostvejleder, helbredsconsulent, instruktør i hula-hop-træning med en stor passion for kost og motion. Jeg arbejder med HR i en stor dansk virksomhed, og jeg mener at virksomhederne i høj grad har et ansvar, når vi taler om de livstilsudfordringer vi står overfor. Sideløbende driver jeg sitet www.sundworkshop.dk, hvor jeg underviser i træning med hulahopring og har udgivet en trænings-dvd.



Bestyrelsesmedlem Charlotte Lorentzen
Tlf. 53 46 69 72
charlottelorentzen1@live.dk

Bor i København. Uddannet social- og sundhedsassistent. Har siden 1986 arbejdet i plejesektoren. Har voksenpædagogik grundkursus og coaching. Nu studerende på diplomuddannelsen i pædagogisk videnskab og sundhed. Er aktiv i bestyrelsen i eventgrupperne.

LANDSFORENINGEN FOR OVERVÆGTIGE

Adipositasforeningen



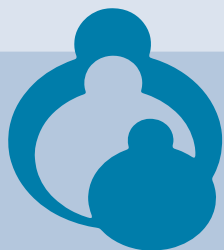
Adipositasforeningens kontor

Adipositasforeningen, Ringgade 115, 7600 Struer
Tlf. 28 404 304, info@adipositasforeningen.dk

BigKids

Tlf. 30 22 78 48, Tlf. 61 69 03 70
info@bigkids.dk, www.bigkids.dk

Tema for næste nummer: **Blandede emner**
Deadline: **07.09.15**



Hvad får du ud af et medlemskab i Landsforeningen for overvægtige, Adipositasforeningen?

- Aktivt at være talerør for de overvægtige i kampen mod den globale fedme epidemi
- Hjemmeside med aktuelle informationer
- Økonomisk støtte til bl.a. transport, så medlemmerne af hovedbestyrelsen, lokal foreninger og andre undergrupper får mulighed for at arbejde aktivt for Adipositasforeningens formål.
- Lobbyaktivitet overfor myndigheder og indflydelsesrige faggrupper, f.eks. forskere og læger.
- At indgå i relevante samarbejdsrelationer, lokalt såvel som på landsplan, i forbindelse med forskellige konkrete initiativer, bl.a. forskning og udviklingsprojekter.
- Modtager temablade og anden relevant informations flere gange om året.

Landsforeningen for overvægtige, Adipositasforeningen som sparringspartner

Landsforeningen for overvægtige, Adipositasforeningen er et rigtig godt udgangspunkt for et tværfagligt samarbejde mellem behandlere, myndigheder og den enkelte borger imod den alvorlige og globale overvægtsepidemi.

Vore gode samarbejdsrelationer viser sig bl.a. ved at vi via Sundhedsministeriet har fået forskningsmidler til en målrettet, tværfaglig efteruddannelse af behandlere (f.eks. læger, diætister og psykologer) med direkte kontakt til den overvægtige.

Derfor bruger vi mange kræfter på at styrke interessen for at bruge foreningen til at få iværksat ny forskning, behandlingsmetoder og andre aktiviteter, også på lokalt plan.

Læs mere på:
www.adipositasforeningen.dk



Returadresse:

Landsforeningen
for overvægtige,
Adipositasforeningen
Ringgade 115
7600 Struer

Eftersendes ikke ved vedvarende
adresseændring men tilbagesendes
med oplysning om den nye adresse.