Om Övervikt och Fetmaoperation

Omfattning, orsaker och fetmakirurgi

Förekomsten av övervikt, svår övervikt och extrem övervikt ökar i alla delar av världen, inklusive Sverige. Denna ökning, som tyvärr är mest uttalad för extrem fetma, utgör ett stort problem för individen eftersom det är orsaken till utvecklingen av svåra metabola sjukdomar (typ 2-diabetes, högt blodtryck, åderförkalkning, ischemisk hjärtsjukdom, stroke) och stress störningar i leder och muskler. Sammantaget ger fetma dålig livskvalitet och ökad risk att dö 8–10 år tidigare än normalviktiga. Samhällsekonomiskt är denna utveckling också ett problem, eftersom behandling av fetma svarar för uppskattningsvis 10–15 % av de totala utgifterna för sjukdomsbekämpning.

Orsakerna till utvecklingen av fetma hos individen är oförmågan att reglera kaloriintaget, vilket resulterar i att kaloriintaget är större än behovet. Kaloriintaget styrs av ett komplext hormonsystem, som aktivt försvarar fettdepåerna, samtidigt som systemet stimulerar en ökad fettlagring. Resultatet är att det generellt sett är betydligt svårare att gå ner i vikt än att gå upp i vikt. I takt med att tillgången på mat har blivit lättare och den fysiska aktivitetsnivån i samhället i stort har blivit lägre, och mat alltmer ingår som en betydande faktor i våra sociala relationer, är detta några av förklaringarna till den ökande förekomsten av fetma.

Individuellt är det stora skillnader i hur individen anpassar sig och hur de ärftliga faktorerna spelar in i denna balans. Vissa kan konsumera mycket kalorier utan att gå upp i vikt medan det för andra räcker bara att passera ett bageri för att gå upp några kilon, vilket är ett uttryck för stora variationer i kaloribehovet och inte en fråga om individens viljestyrka.

Alla gravt överviktiga har erfarenhet av att livskvaliteten förbättras avsevärt efter en större viktnedgång. Men tyvärr är problemet för många gravt överviktiga att uppnå en permanent viktminskning och därmed uppnå en varaktigt förbättrad livskvalitet och undvika att utveckla de farliga ämnesomsättningssjukdomarna.

Internationellt råder en bred enighet om att kirurgi är den enda dokumenterade effektiva behandlingen, som medför varig viktminskning, för extrem fetma och dess följdsjukdomar.

Klassifikation	Body mass index (BMI)	Risiko for følgesygdomme
Undervikt	<18,5	Ökad
Normalvikt	18,5 - 24,9	Ingen
Övervikt	25 - 29,9	Lätt förhöjd
Fetma	30 - 34,9	Förhöjd

Svår fetma	35 - 39,9	Måttligt förhöjd
Ekstrem fetma	>40	Kraftigt förhöjd

Räkna ut ditt BMI:
Exempel: Vikt = 130 kg., Längd = 1,75 130/1,75x1,75 = BMI 42,4

Testa ditt BMI

BMI testet finns i höger sida (eller längst ner på mobil) på hemsidan:
www.molholm.dk / Overvægt / fedmekirurgi

Svår övervikt och fördomar

Att förstå att svår fetma är en kronisk sjukdom där mekanismerna som styr kroppens energibalans och kroppens fettdepåer är i obalans är okända för de flesta. Svår fetma anses av de flesta vara ett självförvållat tillstånd och inte en sjukdom. Många sätter likhetstecken mellan övervikt och svår fetma och menar att en viktnedgång på några kilo måste vara samma mekanism som att gå ner 50 kg. Många betraktar svårt överviktiga som personer utan viljestyrka, människor som bara måste skärpa sig, bokstavligen ta skeden i andra handen och minska matintaget. Denna stigmatisering av den gravt överviktiga leder inte sällan till skuldkänslor över att inte ens kunna uppnå en permanent viktminskning och många upplever att valet av en fetmaoperation är en enkel lösning och ett nederlag.
Insikten om att svår fetma är en kronisk sjukdom som kräver kirurgisk behandling är en svår och utdragen process för de flesta som drabbas. Därför bör de stöttas och hjälpas.

Permanent viktminskning = fetmaoperation

Fetma och extrem fetma kan behandlas med fetmakirurgi, som förändrar regleringen av energibalansen genom att påverka hormonerna som styr aptit och mättnad. Men en fetmaoperation kan inte stå ensam. I samband med den stora viktnedgången som sker inom det första året är det avgörande, för att uppnå största möjliga nytta av operationen, att:

- du inser att fetma är ett kroniskt tillstånd som kräver livslånga ansträngningar,
- du tar vitaminer och mineraler resten av ditt liv för att inte få bristsjukdomar,
- du följer kost- och träningsråd och
- du följer det planerade kontrollprogrammet.

Förutsättningar för operation

Kirurgisk behandling kommer först på tal när övervikten utvecklats till fetma, vilket är ett kroniskt tillstånd med ökad dödlighet. Fetmakirurgi utförs inte av kosmetiska skäl utan för att förebygga utvecklingen av allvarliga följdsjukdomar och förbättra livskvaliteten.

Kriterier för att bli bedömt till fetmakirurgi på Privathospitalet Mølholm

Vi följer de internationellt vedtagna kriterier:

- BMI> 35 för komorbiditeter som t.ex diabetes, högt blodtryck, ledvärk, dålig livskvalitet (I vissa fall kan gränsen sänkas, till exempel vid svår diabetes, eller kraftigt högt blodtryck).
- Ålder > 18 år.
- God förståelse för proceduren och nödvändiga livsstilsförändringar
- Flera tidigare meningslösa viktminskningsförsök

Viktminskning före operation är viktigt för att operationen ska vara möjlig och minska risken för komplikationer. Viktminskningen är en individuell bedömning. BMI-gränsen ska förstås som att det är det maximala BMI du har haft, och inte nödvändigtvis det BMI du har idag om du har gått ner i vikt.

Om du anser att du uppfyller kriterierna för operation är du välkommen att kontakta fetmateamet direkt på telefon +45 87 20 30 36.

Vill du prata med en sjuksköterska, med lång erfarenhet före och efter fetmaoperation, kan fetmateamets sjuksköterskor nås på telefon +45 23 45 76 27 – skicka eventuellt ett sms med namn, så ringer sjuksköterskan upp dig.

Önskar du en gratis individuell bedömning hos vår fetmakirurg är du välkommen att kontakta vår svensktalande patientrådgivare i fetmateamet direkt på telefon (+46) 010-585 33 40 och höra närmare om dina möjligheter att bli opererat för övervikt i Danmark. .
Alternativt kan du kontakta våra sekreterare på telefon 87 20 30 36, mail team3@molholm.dk.

Utredning innan operation

Vid den primära telefonkontakten med fetmateamet fyller sekreterarna i ett frågeformulär som skickas vidare till ansvarig fetmakirurg som bedömer om kriterierna för operation är uppfyllda. Om så är fallet och du vill opereras kommer du att bokas till en förundersökning. På undersökningsdagen får du information om de olika fetmaoperationerna, förloppet före och efter operationen, biverkningar och komplikationer. Din plan görs av den samordnande sjuksköterskan. Du kommer att få rådgivning om kost av en dietist, delta i patientutbildning om fetmakirurgi och undersökas av teamets kirurg. Det bestäms tillsammans med dig vilken fetmaoperation som är bäst för dig. Förundersökningen avslutas med planeringen av operationsdatum. Det är bra att ha med sig en ledsagare till förundersökningen. Du måste planera in ca. tre timmar för förundersökningen.

Förberedelse innan fetmaoperation

Innan du dyker upp på förundersökningen är det viktigt att du har läst på om de olika fetmaoperationerna.

Det är bra att du också tänker på vilka förväntningar du har på operationen, vilket ger dig möjlighet att stämma av med fetmateamet när du kommer till förundersökningen. Om du är rökare bör du försöka sluta röka minst sex veckor före operationen, eftersom det förbättrar läkningen och därmed minskar risken för

komplikationer i förloppet efter operationen. Vi vet att rökavvänjning är svårt och kan leda till viktökning. Därför är det inte ett absolut krav, utan en rekommendation för ditt eget bästa. Har du typiskt ”äppleform”, alltså mycket bukfett, blir en viktnedgång innan operationen bra. Magfettet är fettdepån som försvinner först vid en viktnedgång. En reducerad fettdepå i buken underlättar utförandet av operationen och minskar risken för komplikationer under och efter fetmaoperationen. Men viktminskning är inte ett absolut krav och bedöms individuellt av fetmakirurgen. Teamets dietist och sjuksköterska kommer att vara behjälpliga med förberedelserna inför operationen.

Operationsmetoder

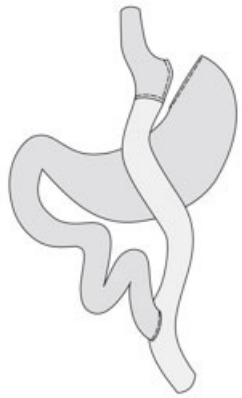
Privathospitalet Mølholm erbjuder:

- Laparoskopisk Gastric Bypass
- Laparoskopisk Gastric Sleeve

Operationsteknik

Alla operationer utförs med titthålskirurgi - laparoskopiskt. En teknik som introducerades 1996 i Danmark för att utföra fetmaoperationer av överviktskirurgen Jens Fromholt Larsen som började på Mølholm 2007. Anledningen till att använda laparoskopisk teknik är att minska det kirurgiska traumat, så att patienterna snabbt kan ta sig ur sängen och därmed förebygga smärta, illamående, lunginflammation, blodproppar i benen och större sårinfektioner. Strategin – fast track – har varit standard på Privathospitalet Mølholm sedan 2007. Teamet har hållit många föreläsningar internationellt för att sprida strategin vilket gynnar patienterna och den är nu standard i allmänhet på fetmakliniker i Danmark och många platser utomlands. I mycket sällsynta fall är det nödvändigt att utföra operationen med öppen teknik, där bukhålan öppnas. På Privathospitalet Mølholm har det bara varit nödvändigt för 2 av mer än 6000 opererade patienter.

LAPAROSKOPISK GASTRIC BYPASS



Teknik

Operationen utförs med titthålsteknik, där magsäcken delas upp i en liten ”magsäckspåse” som kopplas direkt till tunntarmen. Den stora magsäcken som maten nu rinner förbi (förbikopplat) är fortfarande kopplad till tolvfingertarmen. Den stora magsäcken producerar oförändrad magvätska, som rinner ut i tolvfingertarmen och blandas med bukspottkörtelvätska och galla. Denna fortsätter genom tolvfingertarmen, den övre delen av tunntarmen och leds via en sammankoppling in i tunntarmen 150 cm under tunnmagen. För att förhindra att tunntarmen fastnar och eventuellt kläms stängs de slitsar som tarmen kan glida in i. Under operationen tas ingenting bort från magen eller tunntarmen och tarmsystemet

kan återställas om behov uppstår. Det är dock ytterst få patienter som har fått tarmsystemet återställd på grund av biverkningar från operationen. Operationen tar cirka en timme att utföra.

Verkningsmekanism och effekt på viktminskning och fetmarelaterade sjukdomar genom gastric bypass
Bypass av stormagen och snabb passage av mat ner till nedre delen av tunntarmen orsakar en förändring av aptit- och mättnadshormonerna. Aptiten minskar och mättnaden ökar så att energibalansen blir negativ de första 6 till 12 månaderna, men mest uttalad de första månaderna. Detta resulterar i en viktminskning det första året på i genomsnitt 35 % av startvikten. En ny balans uppstår där energiintaget blir något större än förbrukningen vilket resulterar i en genomsnittlig viktökning med ca. 10 %. Efter 2 till 10 år kommer genomsnittet av opererade patienter att uppnå en balans mellan energiförbrukning och energiintag så att den genomsnittliga viktminskningen blir 25 % av startvikten.

När forskare beskriver viktminskning tillämpar de förändring (procent) av övervikt t.ex. 5 år efter operationen. Om hälften av de som opereras har tappat mer än 50 % av övervikten beskrivs operationen som en framgång. Den genomsnittliga viktminskningen på Mølholm är 72% efter 5 år, vilket dokumenteras i en nyligen publicerad artikel i en erkänd internationell tidskrift (Obesity Surgery) baserad på 1706 patienter opererade på Mølholm - ett mycket trevligt långsiktigt resultat som tål mätas med de bästa internationella resultaten. Förutom att hormonerna förändrar energibalansen har hormonerna en hämmande effekt på utvecklingen av de så kallade ämnesomsättningssjukdomarna, diabetes typ 2, högt blodtryck, utveckling av åderförkalkning och blodproppar i hjärta och hjärna, sjukdomar som är direkt relaterad till den ökade dödligheten i svår övervikt.

Nu vet man att fetma är den primära riskfaktorn för utveckling av många olika cancerformer, den risken försvinner med den viktnedgång en fetmaoperation innebär.
Läs mer: https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kraeft/aarsager-til-kraeft/overvaegt/

LAPAROSKOPISK GASTRIC SLEEVE

Teknik

Operationen utförs med titthålsteknik. Magsäcken omvandlas till ett rör genom att dela magsäcken på längden. Fettslöjan lösgörs från magsäcken och 3/4 av magsäcken tas bort - speciellt det område av magen (fundus) där ett aptitdämpande hormon, Ghrelin, bildas. Nerverna till magen och magmunnen bevaras och tunntarmen berörs inte. Eftersom huvuddelen av magsäcken tas bort kan operationen inte göras om utan kan ändras till gastric bypass. Operationen tar en timme.

Verkningsmekanism och effekt på viktminskning och fetmarelaterade sjukdomar i magsäcken
Den senaste forskningen visar att viktnedgången efter gastric sleeve fungerar genom att aptit- och mättnadshormonerna förändras vilket leder till minskat matintag. Förmodligen ett resultat av att man tagit bort en stor del av magsäcken där det produceras ett aptitfrämjande hormon samt snabb passage av mat till nedre delen av tunntarmen. Att döma av tre väl genomförda slumputvalda studier är viktminskning uppmätt tre och fem år efter operation likvärdig med gastric bypass, medan den gynnsamma effekten på de metabola sjukdomarna är något mindre än efter gastric bypass. Förbättring av livskvaliteten mätt tre år efter operationen är den samma, förutom att ca. 15-20 % av sleeveopererade patienter utvecklar sura uppstötningar. Patienter som har sura uppstötningar före fetmaoperation ska inte erbjudas gastric sleeve.

Mineraler, vitaminer och medicin efter fetmaoperationer

Efter fetmaoperation bör du dagligen ta ett tillskott av vitaminer och mineraler för att undvika att hamna i ett bristtillstånd. Eftersom det är ett livslångt tillskott är det viktigt att skapa en daglig rutin, precis som tandborstning.

Den klassiska dagliga rekommendationen är:

- Mitt val kvinna 2 per dag
- Calcichew D3 500 mg/400IE 2 per dag
- Niferex 100 mg (2-3 gånger i veckan)
- Behepan 1 mg 1 per dag
- Folacin 1 mg 1 per dag till kvinnor i barnafödande ålder

OBS - kalk och järn får inte tas samtidigt.
B12-injektion kan i vissa fall ges var 3:e månad, men tas i vanliga fall som tabletter dagligen.

Det finns nu ett preparat som innehåller alla vitaminer och mineraler så det ska bara tas en gång per dag - Baricol.
Om du väljer gastric sleeve rekommenderar vi att du tar magsårsmedicin - omeprazol - i två månader och börjar tre dagar innan operationen.

Säkerhet och komplikationer

Det kommer alltid att finnas en viss risk med att genomgå operation. Operation utan risker finns inte men det är avgörande att hålla denna risk så låg som möjligt. ”30-dagars dödlighet” är ett internationellt erkänt mått på säkerheten vid en operation. Fetmakirurgi är med detta mål 10 gånger säkrare än t.ex. en galloperation.

Här är det viktigt att veta att du minskar din dödlighet med 30 % genom att permanent gå ner 25 % av vikten efter en fetmaoperation, jämfört med att fortsätta vara överviktig.

Komplikationer delas in i tidiga och sena

Tidiga komplikationer är:

- I sällsynta fall (1/2 -1 %) kan läckage uppstå inom de första två veckorna efter gastric bypass, aldrig senare,. Om detta händer kräver det en ny operation med införande av dränage. Behandling av gastric sleeve läckage är i allmänhet mer komplicerad än gastric bypass. Symtomen är buksmärtor, sjukdomskänsla och/eller hög puls. Vid dessa symtom ska Privathospitalet Mølholm kontaktas

omedelbart.

- Blödning i tarmen eller i bukhålan. Oftast är blödningen övergående, men ibland är en ny operation nödvändig. Symtomen är buksmärtor, illamående, illamående, yrsel och/eller hjärtklappning.

- Lunginflammation. Förekommer sällan och förhindras genom att gå upp ur sängen strax efter operationen. Symtomen är feber, hosta och kräkningar.

Sena komplikationer är:

- Tarmvred, där tarmpassagen stoppas för att tunntarmen kläms ihop. Tarmvred kan uppstå hos patienter som inte fått slitsarna stängda i samband med gastric bypass-operationen. Symtomen är plötsligt inkommande kolikliknande buksmärtor. Och en ny titthålsoperation blir ofta nödvändig. Sedan mars 2012 har Mølholm alltid stängt slitsarna vilket har minskat frekvensen av tarmvred till mindre än 4 %.

- Magsår strax under den lilla magen. Symtomen är smärta i bröstbenet i samband med matintag och eventuella sväljproblem. Tillståndet behandlas med magsårsmedicin.

- Vitamin- och mineralbrist. Efter bypass- och sleevekirurgi absorberas inte vitaminer och mineraler på samma sätt som före operationen. Det är därför mycket viktigt att ett tillskott av vitaminer och mineraler ges. Den instruktionen måste följas noggrant under hela livet, även om du inte känner behov av det. Problemet är att man sakta och obemärkt kan hamna i underskott som senare kan vara svåra att rätta till. Det är därför viktigt att du regelbundet tar blodprover som kan avslöja bristtillstånd.

- Låg blodprocent. Utveckling av låg blodprocent är en känd komplikation efter fetmakirurgi, speciellt gastric bypass men även efter gastric sleeve. Orsaken är järn- och vitamin B12-brist. Särskilt kvinnor i fertil ålder riskerar att utveckla låg blodprocent på grund av blodförlust under menstruation.

Bieffekter

- Gasproblem. De första 24 timmarna efter operationen kommer många att uppleva tryckande smärta runt axlarna och övre delen av bröstkorgen. Symtomen beror på att det under tryck blåses in koldioxid i bukhålan för att ge plats för att utföra operationen med titthålsteknik. Symtomen försvinner spontant under de första 24 timmarna.

- Smärta i övre delen av buken. För att utföra operationen är det nödvändigt att föra in små portar i bukhålan, vilket orsakar måttlig smärta i bukväggen under de första dagarna. Om kirurgen stänger ett av hålen med en tråd i bukväggen t.ex. på grund av blödning kan detta ge större och långvarig smärta tills tråden löses upp.

- Tarmfunktion. De flesta kommer att känna sig uppblåsta direkt efter operationen och en del kommer att utveckla förstoppning. Detta beror på det låga intaget av kostfiber och relativt begränsat vätskeintag. Därför är det viktigt att vara medveten om vätskeintaget och vissa kommer att behöva få i sig magnesium.

- Gaser. Magen kommer ofta att mullra mer än man är van vid och många har ökade gaser, för vissa ett

övergående tillstånd för andra ett tillstånd de måste lära sig att leva med.

- Obehag och trötthet uppstår ofta efter en operation. Ju snabbare du är igång, konsumerar vätska, soppor, proteintillskott, yoghurt etc. desto snabbare normaliseras tarmfunktionen och ditt välbefinnande bättras. Sängen är den farligaste platsen att vistas på efter en operation.

- Håravfall. Vissa patienter upplever håravfall 4–8 månader efter fetmaoperationen. Håravfall beror på den negativa kaloribalansen och för en del otillräckligt proteinintag. Tillståndet är övergående och leder aldrig till skallighet. När din kroppsvikt stabiliseras återgår hårväxten till det normala.

- Kräkningar. Många överviktiga patienter har svårt att bli av med dåliga vanor att äta för snabbt och dricka till måltiden. Det kan orsaka smärta bakom bröstbenet och ibland kräkningar. Lyssna på din kropp och undvik att dricka samtidigt som du äter. Om kräkningarna fortsätter kan det vara tecken på en förträngning som behöver utredas vidare.
- Fastnat mat. Kan hända om du äter för snabbt och inte tuggar din mat ordentligt. Ha tålamod eftersom maten i regel kommer passera genom systemet när den bryts ner.

- Maginfektioner. Då den nya magen producerar mindre syra som t.ex bryter ner främmande bakterier är det mycket viktigt med god mathygien.

- Dumpning. Patienter som har fått en gastric bypass kan utveckla dumpning som utlöses av sockerhaltiga livsmedel eller vätskor. Symtomen är slöhet, hjärtklappning, kallsvettning, buksmärtor som kommer i samband med intag av sockerrik mat eller vätska. Dumpning kan förebyggas genom att inte dricka och äta samtidigt, undvika att äta eller dricka söta produkter, äta långsamt och i små portioner.

- Syraproduktion/reflux. Efter gastric sleeve utvecklar vissa patienter svåra sura uppstötningar även kallade reflux, vilket kan vara så invalidiserande att det kräver en ny operation vanligtvis övergång till gastric bypass. Mildare former av syrauppbyggnad kan framgångsrikt behandlas med antacida.

Val av operation

Beslut om typ av operation tas utifrån dina önskemål och vägledning från fetmateamet.

Det är viktigt att söka kunskap om de olika typerna av operationer. Under de senaste 50 åren har en myriad av kirurgiska metoder för fetma utvecklats. Gastric bypass är den metod som har längst historia och hade 50-årsjubileum 2017. Laparoskopisk gastric bypass är guldstandarden mot vilken nya metoder jämförs, då denna metod har utförts längst, på de flesta patienter och visat sin hållbarhet. Gastric sleeve har vunnit ökande popularitet de senaste åren och är nu den mest utförda operationen. Jämförelse av nya metoder bör göras med den bästa vetenskapliga metoden, gärna i form av en randomiserad studie (Randomized Controlled Trial, RCT) med lång observationstid, gärna 10 år och utförd på många patienter. Det är stora krav som ännu inte kan uppfyllas fullt ut. Det finns dock nu flera slumpmässigt utvalda studier (RCT) där gastric bypass jämförs med gastric sleeve med observationstid upp till fem år. Viktminskningen, kontrollen av de fetmarelaterade ämnesomsättningssjukdomarna och livskvaliteten är dock likvärdiga med en liten fördel till gastric bypass. Säkerheten för att utföra operationerna är också lika.

Därför måste valet av metod bero på andra saker. Patienter med dagliga sura uppstötningar/esofagusuppstötningar bör erbjudas gastric bypass. Precis som patienter med ”sötsug” bör välja gastric bypass.
Om patienten lider av vissa tarmsjukdomar såsom kronisk inflammation i tarmen, sammanväxningar på grund av många operationer i bukhålan, bör gastric sleeve föredras.

Vid gastrisk sleeve involveras inte tunntarmen och man har normal anatomi efter operationen vilket kan kännas viktigt för yngre patienter. Därför är en gastrisk sleeve också en lite enklare operation än en gastrisk bypass.

Det praktiska

Fasteregler og bedövning

Operationen utförs under narkos. På operationsdagen möter du fastande på avdelningen där en sjuksköterska tar emot dig.
Fasta innebär att du inte får äta 6 timmar före operationen. Du får gärna dricka vattenhaltig vätska upp till 2 timmar före operationen. Det är bra att dricka ett glas vanlig juice två timmar innan operationen för att inte blodsockret sjunker för mycket. Om du är van vid att ta morgonmedicin bör du i allmänhet ta det senast två timmar före operationen, förutom mediciner som påverkar blodplättarna (hjärtmagnyl, vissa typer av artrit och smärtstillande). Fastereglerna kommer att framgå av den informationen som skickas innan operationen.

Du träffar narkosläkaren som informerar dig om narkosen. Anestesisköterskan följer sedan med dig till operationssalen där du träffar operationssköterskorna. De kollar ditt namn och personnummer och vilken operation som planeras. Du läggs på operationsbädden och en nål sätts i handen. När du är redo injiceras sömnmedicin som fungerar direkt. Du känner då ingenting förrän du vaknar efter operationen. Uppvaknandefasen sker direkt efter att sömnmedicinen stoppats och du kan sedan själv gå till sängen.

Efter operationen kan du uppleva smärta i buken och i axelregionen. För att du snabbt ska ta dig ur sängen och gå runt ger vi dig effektiva smärtstillande och medicin mot illamående. Det förebygger lunginflammation, blodproppar i benen och trötthet. Du uppmuntras att snabbt konsumera vattenhaltiga vätskor, soppa, proteindryck. Det främjar tarmens funktion och stimulerar immunförsvaret och förhindrar därmed infektioner. Denna princip - fast track - är utvecklad för att hjälpa dig till en okomplicerad process där du snabbt kan återuppta dina normala aktiviteter. Genom att använda dessa principer kan du skrivas ut dagen efter operationen, återuppta dina normala fysiska aktiviteter och på så sätt förebygga komplikationer och återinläggningar.

Efter utskrivning

Fysisk aktivitet bör vara så aktiv som din kropp tillåter. Det betyder att det inte finns några gränser för dina fysiska aktiviteter, utan lyssna på kroppens signaler. Om det gör ont kan det vara en varning om att man tar i lite för hårt. Sänk därför aktivitetsnivån något.

Ibland kan blåaktig missfärgning uppstå runt såren, som ett uttryck för blödning i underhuden. Som huvudregel försvinner missfärgningen inom några veckor. Rödaktig missfärgning, ömhet och sekret kan

vara tecken på infektion där du bör rådfråga ditt team eller din egen läkare.

Maggymnastik, konditionsträning bör skjutas upp till 4 veckor efter operationen.

- Vi rekommenderar att du inte blir gravid det första året efter operationen.
- Vi rekommenderar att du använder kondom och inte p-piller eftersom upptaget kan ha förändrats (efter Gastric Bypass-operation).

Sjukskrivning

Vi rekommenderar sjukskrivning i två veckor efter operation. Kom ihåg att en fetmaoperation är en livsinvestering, därför är det vettigt att investera de första två veckorna på att skapa en bra struktur.

Bilkörning

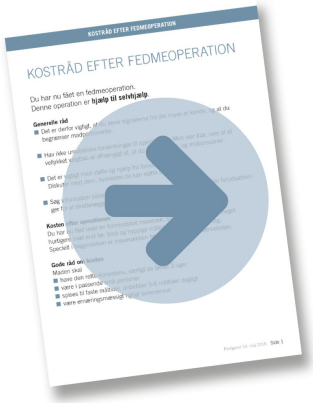
Beror på din fysiska kondition. Om du har ont och behöver ta smärtstillande läkemedel ska du inte köra bil. Men som huvudregel kan bilkörning återupptas efter några dagar.

Kontrollbesök

På Privathospitalet Mølholm följs du av teamet i två år. Vi ser fram emot att se dig för kontroll 4, 12 och 24 månader efter operationen.
Du ska ringa teamsekreterarna i god tid och boka tid på telefonnr +45 87 20 30 36, vardagar mellan kl. 9 och 15.

Kostråd efter fetmaoperation

Du har nu fått en LAPAROSKOPISK GASTRIC BYPASS/LAPAROSKOPISK GASTRIC SLEEVE.
Denna operation är hjälp att hjälpa dig själv.



HENT PDF MED KOSTRÅD EFTER FEDMEOPERATION