Om Overvægt og Fedmeoperation

Omfang, årsager og fedmeoperation

Forekomsten af overvægt, svær overvægt og ekstrem overvægt er stigende i alle dele af verden, også i Danmark. Denne stigning, som desværre er mest udtalt for ekstrem overvægt, udgør et stort problem for den enkelte, fordi det er årsag til udvikling af alvorlig metabolske sygdomme (type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, åreforkalkning, iskæmisk hjertesygdom, slagtilfælde) og belastningssygdomme i led og muskler. Tilsammen giver fedme dårlig livskvalitet og øget risiko for at dø 8-10 år tidligere end normalvægtige. Samfundsøkonomisk udgør denne udvikling også et problem, idet fedme behandling skønsmæssigt lægger beslag på 10-15 % af de samlede udgifterne til sygdomsbekæmpelse.

Årsagerne til udvikling af fedme hos den enkelte person er manglende evne til at regulere kalorieindtaget, resulterende i at kalorieindtaget bliver større end behovet. Kalorieindtaget styres af et komplekst hormonsystem, som aktivt forsvarer fedtdepoterne, samtidigt med at systemet stimulerer til en øget fedtdeponering. Resultatet er, at det generelt er betydeligt sværere at tabe sig end at tage på. Da tilgængeligheden af fødevarer er blevet lettere, og det fysiske aktivitetsniveau generelt i samfundet er blevet lavere, og mad i højere grad indgår som en væsentlig faktor i vore sociale relationer, er det nogle af forklaringerne på den stigende forekomst af fedme.

Individuelt er der store forskelle på, hvorledes den enkelte person tilpasser sig, og hvorledes de arvemæssige forhold spiller ind i denne balance. Nogle personer kan indtage mange kalorier uden at stige i vægt, mens andre blot skal passere en bagerbutik for at tage et par kilo på, hvilket er udtryk for store variationer i kaloriebehovet og ikke et spørgsmål om den enkelte persons viljestyrke.

Alle svært overvægtige har erfaring med at livskvaliteten bedres markant efter et større vægttab. Men desværre er problemet for mange svært overvægtige at opnå et *permanent* vægttab og dermed opnå en vedvarende bedret livskvalitet og undgå at udvikle de farlige metabolske sygdomme.

Internationalt er der bred enighed om, at operation er den eneste dokumenterede effektive behandling, der medfører et varigt vægttab, af ekstrem overvægt og følgesygdomme heraf.

Klassifikation	Body mass index (BMI)	Risiko for følgesygdomme
Undervægt	<18,5	Øget
Normal vægt	18,5 - 24,9	Ingen
Overvægt	25 - 29,9	Lidt forhøjet
Fedme	30 - 34,9	Forhøjet

Svær fedme	35 - 39,9	Moderat forhøjet
Ekstrem fedme	>40	Meget forhøjet

Beregn din BMI:
Eksempel: Vægt = 130 kg., Højde = 1,75 130/1,75x1,75 = BMI 42,4

Test dit BMI



BMI beregner findes i højre side (eller nederst på mobil) på hjemmesiden: **www.molholm.dk / Overvægt / fedmekirurgi**

Svær fedme og fordomme

Forståelse af at svær fedme er en kronisk sygdom, hvor de mekanismer som styrer kroppens energibalance og kroppens fedtdepoter er i ubalance, er ukendt for de fleste. Svær fedme betragtes af de fleste som en selvforskyldt tilstand og ikke en sygdom. Mange sætter lighedstegn mellem overvægt og svær fedme og tror, at et vægttab af nogle få kilo må være samme mekanisme som at tabe 50 kg. Mange betragter svært overvægtige, som personer uden viljestyrke, personer der blot skal tage sig sammen, bogstaveligt talt tage skeen i den anden hånd og mindske fødeindtagelsen. Denne stigmatisering af de svært overvægtige fører ikke sjældent til skyldfølelse over ikke at være i stand til selv at opnå et permanent vægttab og mange føler, at valget af en fedmeoperation som en let løsning og et nederlag. Erkendelsen af at svær fedme er en kronisk sygdom, som kræver kirurgisk behandling, er en svær og langvarig proces for de fleste der rammes. Derfor bør de støttes og hjælpes.

Permanent vægttab = fedmeoperation

Fedme og ekstrem fedme kan behandles med fedmekirurgi, som ændrer reguleringen af energibalancen ved at påvirke de hormoner, som styre appetit og mæthed. Men en fedmeoperation kan ikke stå alene. I forbindelse med det store vægttab som indtræder indenfor det første år, er det afgørende, for at opnå den største udbytte af operationen at:

- du erkender at fedme er en kronisk tilstand, som kræver en livslang egen indsats,
- du indtager vitaminer og mineraler resten af livet for ikke at få mangelsygdomme,
- du følger kost- og motionsråd og
- du følger det planlagte kontrolprogram.

Forudsætninger for operation

Kirurgisk behandling kommer først på tale, når overvægten har udviklet sig til fedme, som er en kronisk tilstand med øget dødelighed. Fedmekirurgi foretages ikke af kosmetiske grunde, men for at forhindre udvikling af alvorlige følgesygdomme og forbedre livskvaliteten.

Kriterier for at blive vurderet til fedmekirurgi på Privathospitalet Mølholm

Vi følger de internationalt vedtagne kriterier der sidst er opdateret 2022:

- BMI ≥ 30 ved følgesygdomme som fx diabetes, forhøjet blodtryk, ledsmerter.
- Alder >18
- BMI ≥ 35
- God forståelse for indgrebet og nødvendige livsstilsændringer
- Flere tidligere forgæves vægttabsforsøg

Reference: American Society for Metabolic and Bariatric surgery

Det er vigtigt med vægttab før operationen, for at gøre operationen mulig og mindske risikoen for komplikationer. Vægttabet af tales individuelt. BMI grænsen skal forstås således, at det er den maksimale BMI du har haft, og ikke nødvendigvis den BMI du har i dag, hvis du har tabt dig.

Hvis du mener, at du opfylder kriterierne for operation, er du velkommen til at kontakte fedmeteamet direkte på tlf. nr. +45 87 20 30 36.

Ønsker du at tale med en sygeplejerske, med stor erfaring før og efter fedmeoperation, træffes fedmeteamets sygeplejersker på mail gastric@molholm.dk - send evt. en mail med navn og telefonnummer, så ringer sygeplejersken dig op.

Ønsker du en gratis individuel vurdering ved fedmekirurg er du velkommen til at kontakte fedmeteamet direkte på tlf. nr. +45 87 20 30 36 eller mail team3@molholm.dk

Udredning inden operation

Ved den primære telefoniske kontakt med fedmeteamet udfylder sekretærerne et spørgeskema, som sendes videre til den ansvarlige fedme kirurg, som vurderer om kriterierne for operation er opfyldt. Er dette tilfældet, og du ønsker at blive opereret, bliver du indstillet til en forundersøgelse. På undersøgelsesdagen får du information om de forskellige fedmeoperationer, forløbet før og efter operationen, bivirkninger og komplikationer. Dit forløb planlægges af den koordinerende sygeplejerske. Du får kostvejledning af diætist, deltager i patientundervisning om fedmeoperationer og undersøges af teamets kirurg. I samarbejde med dig besluttes, hvilken fedmeoperation der er den bedste for dig. Forundersøgelsen afsluttes med planlægning af operationsdatoen. Det er en god idé, at du har en ledsager med ved forundersøgelsen. Du skal afsætte ca. tre timer til forundersøgelsen.

Forberedelse inden fedmeoperation

Inden du møder op til forundersøgelsen er det vigtigt, at du har læst om de forskellige fedmeoperationer.

Det er en god ting, at du også gør dig tanker om hvilke forventninger, du har til operationen, hvilket du får mulighed for at afstemme med fedmeteamet, når du kommer til forundersøgelsen. Er du ryger, bør du forsøge at ophøre med at ryge minimum seks uger inden operationen, fordi det bedrer helingen og dermed mindsker risici for komplikationer i forløbet efter operationen. Vi ved, at rygeophør er svært og kan medføre vægtstigning. Derfor er det ikke et absolut krav, men en henstilling for dit eget bedste. Har du typisk "æble form" altså meget bugfedt, vil et vægttab inden operationen være godt. Bugfedtet er det fedtdepot, som forsvinder først under et vægttab. Et mindsket fedtdepot i bughulen letter udførelsen af

operationen og mindsker risiko for, at der opstår komplikationer under og efter fedmeoperationen. Men vægttab er ikke et absolut krav og vurderes individuelt af fedmekirurgen. Teamets diætist og sygeplejerske vil være behjælpelige med forberedelserne til operationen.

Operationsmetoder

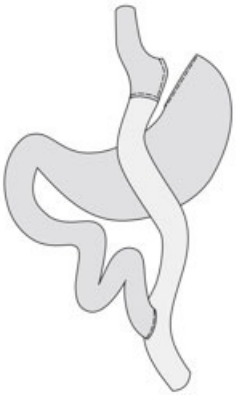
Privathospitalet Mølholm tilbyder:

- **Laparoskopisk Gastric Bypass**
- **Laparoskopisk Gastric Sleeve**

Operationsteknik

Alle operationer udføres med kikkertteknik - laparoskopisk. En teknik som blev indført i 1996 i Danmark til udførelse af fedmeoperationer af Fedmekirurg Jens Fromholt Larsen der begyndte på Mølholm i 2007. Begrundelsen for at bruge laparoskopisk teknik er at mindske det kirurgiske traume, således at patienterne hurtigt kan komme ud af sengen og dermed forebygge, smerter, kvalme, lungebetændelse, blodpropper i benene og store sårinfektioner. Strategien - fast track - har været standart på Privathospitalet Mølholm siden 2007. Teamet har holdt mange foredrag internationalt for at udbrede strategien, som er til gavn for patienterne og den er nu standard generelt på fedmeklinikkerne i Danmark og mange steder i udlandet. I meget sjældne tilfælde er det nødvendigt at lave operationen med åben teknik, hvor bughulen åbnes. På Privathospitalet Mølholm har det kun været nødvendigt for 2 ud af mere end 6000 opererede patienter.

LAPAROSKOPISK GASTRIC BYPASS



Teknik

Operationen udføres med kikkertteknik, hvor mavesækken deles i en lille mavesæk "pouch", som forbindes direkte med tyndtarmen. Den store mavesæk, som maden nu kører uden om (bypasses) er stadig forbundet med tolvfingertarmen. Den store mavesæk producerer uændret mavevæske, som løber ud i tolvfingertarme og blandes med bugspytkirtelsaft og galde. Dette fortsætter gennem tolvfingertarmen, den øverste del af tyndtarmen og ledes via en sammensyning ind i tyndtarmen 150 cm nedenfor den lille mavesæk. For at forebygge at tyndtarmen fanges og eventuelt klemmes af, lukkes de slidser, som tarmen kan glide ind i. Ved operationen fjernes der ikke noget af mavesæk eller tyndtarm, og tarmsystemet kan genskabes, hvis der senere skulle vise sig behov for det. Imidlertid er det ganske få patienter, som har fået tilbagelagt tarmsystemet pga. bivirkninger til operationen. Operationen tager under én time at udføre.

Virkningsmekanisme og effekt på vægttab og fedmerelaterede sygdomme ved gastric bypass
Omkørslen af den store mavesæk og hurtig passage af føden ned til nederste del af tyndtarmen medfører en ændring i appetit- og mæthedshormonerne. Appetitten mindskes og mætheden øges, således at energibalancen bliver negativ de første 6 til 12 måneder, men mest udtalt de første måneder. Herved kommer der et vægttab det første år på gennemsnitlig 35 % af udgangsvægten. Der opstår en ny balance, hvor energiindtaget bliver lidt større end forbruget resulterende i en gennemsnitlig øgning af vægten med ca. 10 %. Efter 2 til10 år vil gennemsnittet af opererede patienter opnå en ligevægtsbalance mellem energiforbrug og energiindtag, således at det gennemsnitlige vægttab bliver 25 % af udgangsvægten. Når forskere beskriver vægttab anvender de ændring (procent) af **over**vægten f.eks. 5 år efter operationen. Hvis halvdelen af de som opereres har tabt mere end 50% af overvægten betegnes operationen som en succes. Det gennemsnitlige vægttab på Mølholm er 72 % efter 5 år, hvilket er dokumenteret i en nyligt publiceret artikel i et anderkendt internationalt tidsskrift (**Obesity Surgery**) baseret på 1706 patienter opereret på Mølholm - et meget flot langtidsresultat, som måler sig med de bedste internationale resultater. Ud over at hormonerne ændre energibalancen, har hormonerne en hæmmende effekt på udvikling af de såkaldte *metabolske sygdomme*, diabetes type 2, forhøjet blodtryk, udvikling af åreforkalkning og blodpropper i hjerte og hjerne, sygdomme der er direkte sammenhængende med den øgede dødelighed ved at være svært overvægtig.

Man ved i dag at fedme er den primære risikofaktor for udvikling af mange forskellige cancer sygdomme, den risiko forsvinder med det vægttab en fedmeoperation medfører.
Læs mere: https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kraeft/aarsager-til-kraeft/overvaegt/

LAPAROSKOPISK GASTRIC SLEEVE



Teknik
Operationen udføres med kikkertteknik. Mavesækken omdannes til et rør ved at mavesækken deles på langs. Fedtsløret løsnes fra mavesækken og 85-75 % procent af mavesækken fjernes - specielt det område af mavesækken (fundus), hvor der dannes et appetitøgende hormon, Ghrelin. Nerverne til mavesækken og mavemunden bevares og tyndtarmen røres ikke. Da størstedelen af mavesækken fjernes, kan operationen ikke gøres om, men kan ændres til en gastric bypass. Operationen tager én time.

Virkningsmekanisme og effekt på vægttab og fedmerelaterede sygdomme ved gastric sleeve
Den nyeste forskning viser at vægttabet efter gastric sleeve virker ved en ændring af appetit- og mæthedshormonerne, som medfører nedsat fødeindtagelse. Formentlig et resultat af, at der fjernes en stor del af mavesækken, hvor der produceres et appetitfremmende hormon samt hurtig passage af føden til

den nederste del af tyndtarmen. Vurderet ud fra tre velgennemførte lodtrækningsundersøgelser er vægttabet målt tre og fem år efter operationen ligeværdig med gatric bypass, mens den gunstige effekt på de metabolske sygdomme lidt mindre end efter gastrisk bypass. Forbedring af livskvaliteten målt tre år efter operationen er den samme, bortset fra at ca. 20 % af de sleeve opererede patienter udvikler syreopløb. Patienter som har syreopløb før fedmeoperationen bør ikke tilbydes gastrisk sleeve.

Mineraler, vitaminer og medicin efter fedmeoperationer

Efter fedmeoperationer skal du dagligt indtage et supplement af vitaminer og mineraler for at undgå at komme i en mangeltilstand. Da det er livslangt tilskud, er det vigtigt at der indbygges en daglig rutine, ligesom tandbørstning.

Den klassiske daglige anbefaling er:
1 Multivitamin 50 +
2 Unikalk Forte
1 Ferroduretter (jern)
OBS - Unikalk og jern må ikke indtages samtidig.
Desuden B12 injektion hver 3. måned, kan også indtages dagligt som tabletter.

Der findes nu et præparat, som indeholder alle de vitaminer og mineraler, så det kun skal tages én gang om dagen - Baricol.
Hvis du vælger *gastric sleeve* anbefaler vi, at du tager mavesårsmedicin – fx Omeprazol – i 2 måneder efter operationen. Lægen laver en recept til dig under indlæggelsen.

Sikkerhed og komplikationer

Der vil altid være en vis risiko ved at gennemgå en operation. Kirurgi uden risici findes ikke, men det er afgørende at holde denne risiko så lav som muligt. "30 dages dødelighed" et internationalt anerkendt mål for en operations sikkerhed. Fedmeoperationer er med dette mål 10 gange mere sikker end f.eks. en galdeoperation.
Her er det vigtigt at vide, at du nedsætter din dødelighed med 30% ved permanent at tabe 25% af vægten efter en fedmeoperation, sammenlignet med at fortsætte med at være overvægtig.

Komplikationer inddeles i tidlige og sene

Tidlige komplikationer er:

- **Utæthed** kan i sjældne tilfælde (1/2 -1 %) optræde indenfor de første to uger efter gastric bypass aldrig senere, men op til måneder efter gastric sleeve. Sker det, kræver det en ny operation med indlæggelse af dræn. Behandling af utæthed efter gastric sleeve som hovedregel mere kompliceret end ved gastric bypass. Symptomerne er mavesmerter, sygdomsfornemmelse og/eller høj puls. Ved disse symptomer skal Privathospitalet Mølholm straks kontaktes.

- **Blødning** ind i tarmen eller ud i bughulen. Oftest er blødningen forbigående, men nogle gange vil det være nødvendigt med en ny operation. Symptomerne er mavesmerter, utilpashed, kvalme, svimmelhed og/eller hjertebanken.

- **Lungebetændelse**. Sjældent forekommende og forebygges ved at du hurtigt efter operationen kommer ud af sengen. Symptomerne er feber, hoste og opspyt.

Sene komplikationer er:

- **Tarmslyng**, hvor tarmpassagen stoppes, fordi tyndtarmen klemmes af. Afklemningen kan ske hos patienter, som ikke har fået slidserne lukket i forbindelse med gastic bypass operationen. Symptomerne er pludseligt indtrædende kolikagtige mavesmerter. Og en ny kikkertoperation vil ofte være nødvendig. Siden marts 2012 har Mølholm altid lukket slidserne, hvilket har bragt hyppigheden af tarmslyng ned til under 1/2 %.

- **Mavesår** lige under den lille mavesæk. Symptomerne er smerter ved brystbenet i forbindelse med fødeindtagelse og eventuelt synkeproblemer. Tilstanden behandles med mavesårsmedicin.

- **Vitamin- og mineralmangel**. Efter bypass og sleeve operation optages vitaminer og mineraler ikke på samme måde som før operationen. Det er derfor meget vigtigt, at der gives et tilskud af vitaminer og mineraler. Den anvisning skal følges nøje hele livet, også selv om du ikke føler behov for det. Problemet er, at du langsomt og umærkeligt kan komme i underskud, som senere kan være vanskeligt at rette op på. Det er derfor vigtigt, at du løbende får kontrolleret blodprøver, som kan afsløre mangeltilstande.

- **Lav blodprocent**. Udvikling af lav blodprocent er en kendt komplikation efter fedmeoperationer især gastric bypass men også efter gastric sleeve. Årsagen er jern og B12 vitamin mangel. Især kvinder i den fødedygtige alder løber en risiko for at udvikle lav blodprocent pga. blodtab i forbindelse med menstruationer.

Bivirkninger

- **Luftgener**. Det første døgn efter operationen vil mange opleve trykkende smerter i skulderåget og øverste del af brystkassen. Symptomerne skyldes, at der under tryk pustes kultveilte ind i bughulen for at få plads til udføre operationen med kikkertteknik. Symptomerne svinder spontant i løbet af de første døgn.

- **Smerter i øvre del af maven**. For at udføre operationen er det nødvendigt at føre små porte ind i bughulen, hvilket giver moderate smerter i bugvæggen de første par døgn. Hvis kirurgen lukker ét af hullerne med en tråd i bugvæggen f.eks. pga. blødning, kan dette give større og længerevarende smerter indtil tråden opløses.

- **Tarmfunktion**. De fleste vil umiddelbart efter operationen føle sig oppustet og nogle udvikle forstoppelse. Det skyldes det lave kostindtag af kostfibre og relativ begrænset væskeindtagelse. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på væskeindtaget og nogle får behov for at indtage magnesia.

- **Tarmluft**. Maven vil ofte rumle mere end du er vant til og mange har øget tarmluft, for nogle en forbigående tilstand for andre en tilstand de må lære at leve med.

- **Utilpashed og træthed** optræder ofte efter et operativt indgreb. Jo hurtigere at du er oppe at gå,

indtager væske, supper, proteintilskud, yoghurt m.m. jo hurtigere bliver tarmfunktionen normaliseret og dit velbefindende bedre. *Sengen er det farligste sted at opholde sig efter en operation.*

- **Hårtab**. En del patienter oplever hårtab 4-8 mdr. efter fedmeoperationen. Hårtabet skyldes den negative kaloriebalance og for nogle utilstrækkelig indtag af proteiner. Tilstanden er forbigående og fører aldrig til skaldethed. Når din kropsvægt stabiliseres vender hårvæksten tilbage til det normale.

- **Opkastninger**. Mange fedmeopererede har svært ved at slippe dårlige vaner med at spise for hurtigt og drikke til måltidet. Det kan medføre smerter bag brystbenet og nogle gange opkastninger. Lyt til kroppen og undgå at drikke samtidig med fødeindtagelsen. Hvis opkastningerne fortsætter, kan det være et tegn på en forsnævring, som skal udredes nærmere.

- **Fastsiddende fødeemner**. Kan ske hvis du spiser for hurtigt og ikke tygger maden grundigt. Vær tålmodig idet maden som hovedregel vil passere når den opløses.

- **Maveinfektioner**. Da den nye mavesæk producerer mindre syre som bl.a. nedbryder fremmede bakterier, er det meget vigtigt at have en god madhygiejne.

- **Dumping**. Patienter der har fået en gastric bypass kan udvikle dumping, som udløses af sukkerholdige fødeemner eller væsker. Symptomerne er mathed, hjertebanken, koldsved, mavesmerter hvilket kommer i forbindelse med indtagelse af sukkerholdige fødeemner eller væsker. Dumping kan forebygges ved ikke at drikke og spise samtidigt, undgå at spise eller drikke søde produkter, spise langsomt og i små portioner.

- **Syreopløb/reflux**. Efter gastric sleeve udvikler nogle patienter svær syreopløb også kaldet reflux, som kan være så invaliderende at det kræver en ny operation som regel konvertering til gastrisk bypass. Lettere former for syreopløb kan med held behandles med syrehæmmende medicin.

Valg af operation

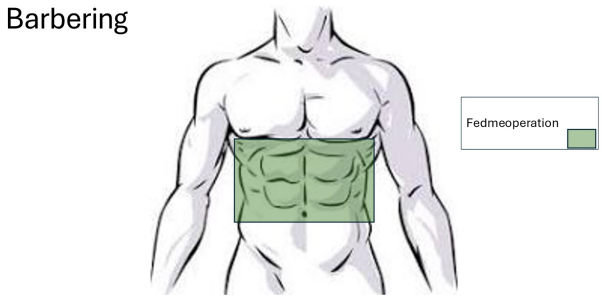
Beslutning om operationstype sker på baggrund af dine ønsker og vejledning fra fedmeteamet.

Det er vigtigt at søge viden om de forskellige operationstyper. Gennem de seneste 50 år er udviklet et utal af fedmekirurgiske metoder. Gastric bypass er den metode, som har den længste historie, og som havde 50 års jubilæum i 2017. Laparoskopisk gastric bypass er gold standart mod hvilken nye metoder sammenlignes, da denne metode er udført længst, på flest patienter og har vist sin bæredygtighed. Gastric sleeve har i de seneste år vundet tiltagende popularitet og er nu den mest udførte operation. Sammenligning af nye metoder bør ske med den bedste videnskabelige metode, helst i form af lodtrækningsundersøgelse (Randomized Controlled Trial, RCT) med lang observationstid helst 10 år og udført på mange patienter. Det er store krav, som endnu ikke helt kan opfyldes. Men der foreligger nu flere lodtrækningsundersøgelser (RCT), hvor gastric bypass sammenlignes med gastric sleeve med observationstid op til fem år. Vægttabet, kontrol med de fedmerelaterede metabolske sygdomme og livskvalitet er ligeværdigt dog med en lille fordel til gastric bypass. Sikkerheden ved udførelse af operationerne er også ligeværdige.

Derfor må valget af metode afhænge af andre ting. Patienter med dagligt syreopløb/reflux til spiserøret bør tilbydes gastric bypass. Ligesom patienter med en "sød tand" bør vælge gastric bypass.
Hvis patienten lider af visse tarmsygdomme som kronisk betændelse i tarmen, sammenvoksninger pga. mange operationer i bughulen bør gastric sleeve foretrækkes.

Praktiske forhold

Barbering inden fedmeoperation



Fasteregler og bedøvelse

Operationen foretages i fuld bedøvelse. På operationsdagen møder du fastende på sengeafdelingen, hvor en sygeplejerske tager i mod dig.
Faste betyder, at du ikke må spise 6 timer før operationen. Du må gerne drikke vandigt flydende op til 2 timer før operationen. Det er en god ting at drikke et glas almindelig juice to timer før operationen for ikke at gå "sukkerkold". Hvis du er vant til tager morgen medicin, skal du som hovedregel tage den senest to timer før operationen, dog undtagen medicin som påvirker blodpladerne (hjertemagnyl, visse former for gigt og smertestillende medicin). Fastereglerne vil fremgå af de papirer som tilsendes inden operationen.

Du møder bedøvelægen, som orienterer dig om bedøvelsen. Herefter følger bedøvesygeplejersken dig til operationsstuen, hvor du møder operationssygeplejerskerne. De tjekker dit navn og cpr. nr. og hvilken operation, der er planlagt. Du lejres på operationslejet, og der anlægges en nål i hånden. Når du er klar, indsprøjtes sovemedicin, som virker umiddelbart. Du mærker herefter intet før du vågner efter operationen. Opvågningsfasen sker umiddelbart efter at sovemedicinen stoppes, og du er herefter selv i stand til at flytte dig over i sengen.

Efter operationen kan du opleve smerter i mave- og i skulderregionen. For at du hurtigt kan komme ud af sengen og gå omkring, giver vi dig effektive smerte og kvalmestillende midler. Det forebygge lungebetændelse, blodpropper i benene og træthed. Du opfordres til hurtigt at indtage vanddige væsker, suppe, proteindrik. Det fremmer tarmfunktionen og stimulerer immunforsvaret og dermed forebygger infektioner. Dette princip - fast track - er udviklet for at hjælpe dig til et ukompliceret forløb, hvor du hurtigt kan genoptage dine normale aktiviteter. Ved at bruge disse principper, kan du udskrives allerede dagen efter operationen, genoptage dine normale fysiske aktiviteter og dermed forebygge komplikationer og genindlæggelser.

Efter udskrivelsen

Fysisk aktivitet skal du være så aktiv som kroppen tillader. Det betyder, at der ikke er begrænsninger for dine fysiske udfoldelser, men lyt til kroppens signaler. Gør det ondt, kan det være en advarsel om, at du tager lidt for hårdt fat. Sæt derfor aktivitetsniveauet lidt ned.

Nogle gange kan der komme blålig misfarvning omkring sårene, som udtryk for blødning i underhuden. Som hovedregel svinder misfarvningerne i løbet af et par uger. Rødlig misfarvning ømhed og sekretion kan være tegn på infektion, hvor du bør rådspørge dig med teamet eller din egen læge.

- Mavegymnastik, fitness træning bør udskydes til 4 uger efter operationen.
- Vi anbefaler, man ikke bliver gravid det første år efter operationen.
- Vi anbefaler, man anvender kondom og ikke P-piller da optagelse kan være ændret (efter Gastric Bypass operation).

Sygemelding

Der anbefales en sygemelding i to uger efter operationen.
Husk at en fedmeoperation er en livsinvestering, hvorfor det er fornuftigt at investere tid til bla. at lære at spise hensigtsmæssigt, de første to uger for at få et godt forløb.

Bilkørsel

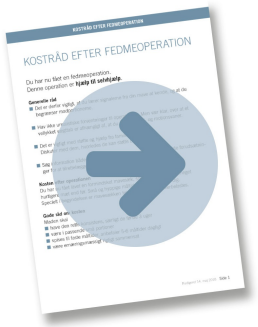
Afhænger af din fysiske tilstand. Hvis du har ondt og er nødt til at indtage smertestillende medicin, bør du ikke køre bil. Men som hovedregel kan bilkørsel genoptages efter nogle dage.

Kontrol

På Privathospitalet Mølholm følges du af teamet i to år. Vi glæder os til at se dig til kontrol efter 4, 12 og 24 måneder efter operationen.
Du skal selv skal ringe i god tid til teamets sekretærer og bestille tid på tlf. nr. 87 20 30 36, hverdage mellem kl. 9 og 15.

Kostråd efter fedmeoperation

Du har nu fået en LAPAROSKOPISK GASTRIC BYPASS/LAPAROSKOPISK GASTRIC SLEEVE.
Denne operation er hjælp til selvhjælp.


KOSTRÅD EFTER FEDMEOPERATION

HENT PDF MED KOSTRÅD EFTER FEDMEOPERATION