

Gastric Bypass

Viktoperationer

Viktoperationer finns i flera olika varianter;

- Gastric Banding
- Gastric Bypass
- Gastric Sleeve

Gastric Banding

Ett ihåligt slangliknande band fylls med saltlösning och läggs så att det stryker av en liten del av den översta delen av magsäcken till en liten ”påse”. Genom att öka eller minska mängden saltlösning i bandet via en slang, kan hålet som maten ska passera igenom till resten av magsäcken minskas eller ökas.



Trots att Gastric Banding operativt sett är ett lindrigare ingrepp än övriga typer av fetmaoperationer har metoden påtagliga komplikationer.

Speciella komplikationer för Gastric Banding:

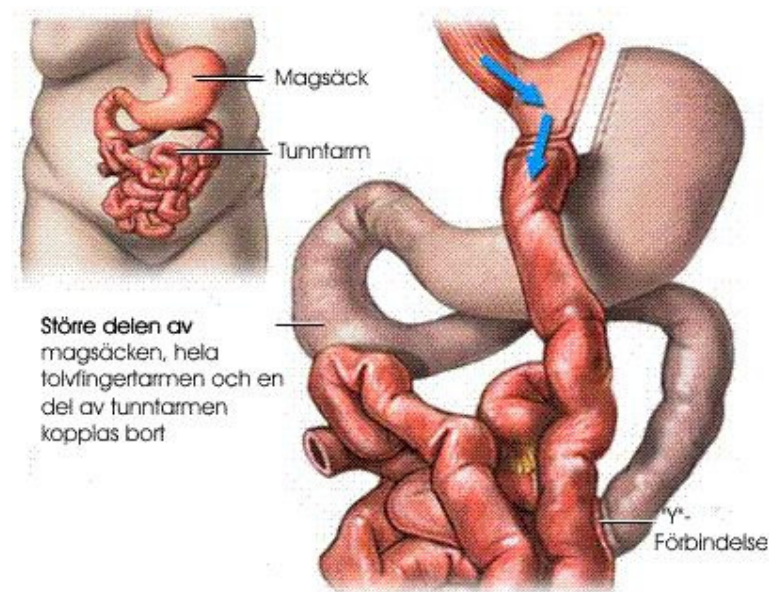
- Uppstötningar
- Slangen för reglering av saltmängd går av och det uppstår läckage som kräver operativt ingrepp
- Bandet glider och ändrar läge
- Bandet eroderar (förstörs)
- Påbyggnad av ärrvävnad som minskar öppningen till magsäcken
- Risk att bandet penetrerar (gör hål på) magsäcken
- Inflammationer
- Blödningar

Beroende på det faktum att *Gastric Banding* har visat sig ha dålig effekt på övervikten och samtidigt har dessa besvärande komplikationer, har metoden till en del övergivits för mer ”radikala” metoder.

Gastric Bypass

Till skillnad från Gastric Banding innebär Gastric Bypass att man kapar magsäck och tarmar och dessa kan därför aldrig återställas igen efter att operationen utförts.

Gastric Bypass innebär att magsäcken delas av nedanför övre magmunnen och tunntarmen kopplas om för att minska upptaget av näring. En form av påtvingad svält.



Större delen av magsäcken, tolvfingertarmen och ungefär en tredjedel av tunntarmen kopplas bort. Det innebär att bl.a. hormonerna insulin och glukagon från bukspottkörteln gallan från gallblåsan från levern kommer in först långt ner i tarmsystemet.

En liten del av översta delen av magsäcken kopplas ihop med den resterande delen av tunntarmen. Den bortkapade delen av tunntarmen fästes i en "Y"-föbindelse ihop med resten av tunntarmen.

Det finns också en variant av Gastric Bypass där den stor del av magsäcken som på bilden sitter kvar kopplad till tolvfingertarmen, helt enkelt skärs bort!

Gallan bildas i levern och innehåller bland annat gallsyror, hormoner, vatten, salter och gallfärgämnen. Den deltar i nedbrytningen av fett genom att emulgera (finfördela) fett i tarmen. Utan hjälp av gallan bildar fett större droppar i tarmen och blir inte lika åtkomligt för nedbrytning.

Efter en Gastric Bypass-operation har därför patienten svårt att tillgodogöra sig fett och alla de viktiga ämnen som följer med fetterna, t.ex. de fettlösliga vitaminerna.

Patienten blir hänvisad till att äta den mat som gjorde honom/henne överviktig, dvs. en mat baserad på i huvudsak kolhydrater. Detta gör att sötsuget underhålls och patienten drivs av detta till att efter hand öka portionsstorleken och töja ut den lilla kvarvarande delen av magsäcken.

Eftersom kolhydratmaten ställer in kroppen på fettlagring kommer de flesta patienterna efter den inledande kraftiga viktneidgången öka i vikt igen. De allra flesta återtar därför cirka 80 % av den förlorade vikten inom en tioårsperiod. De blir återigen feta med ett BMI över 30.

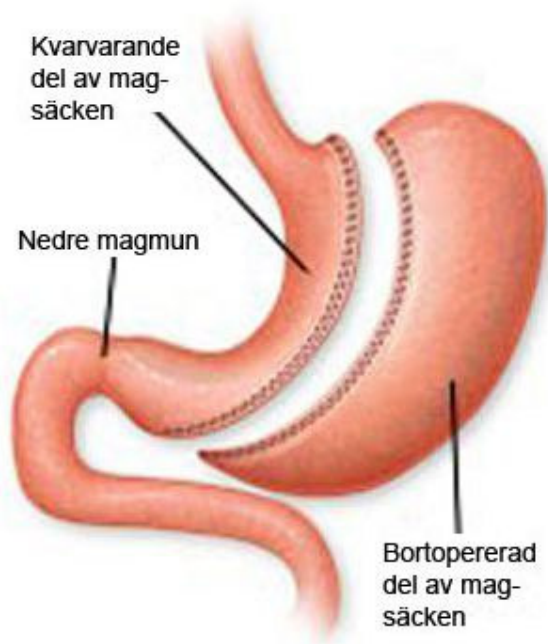
Livet som Gastric Bypass-opererad blir i många fall mycket besvärligt. Gastric Bypass är den fetmaoperation som ger flest komplikationer.

Speciella komplikationer för Gastric Bypass:

- Blodproppar i djupt liggande vener i benen.
- Skador på närliggande organ.
- Läckage av maginnehåll från operationssnitten kan ge allvarliga infektioner.
- Förträngning av öppningen mellan den kvarvarande delen av magen och tunntarmen.
- ”Dumping”: Alltför snabb passage av maginnehåll genom tunntarmen orsakar kräkningar, diarré, svettningar och sura uppstötningar.
- Bråck
- Gallstenar
- Uttorkning
- Blödande magsår
- Intolerans mot viss föda, framför allt fett
- Många som tidigare varit sockerberoende, blir istället alkoholister.

Gastric Sleeve

Här delas magsäcken på längden, så att endast en bananliknande del blir kvar.



Detta är ett mindre ingrepp än Gastric Bypass och leder till mindre felnutrition eftersom patienten kan äta bättre kost. Eftersom ingen del av tunntarmen skärs bort, blir inte viktne-
dgången lika stor som vid Gastric Bypass och om patienten inte klarar att genast göra en Gastric
Bypass genomför man därför ibland en **tvåstegsoperation**. Den innebär att man först gör en
Gastric Sleeve och när viktne-
dgången upphör genomför man dessutom en Gastric Bypass.

När inte heller GBP-operation hjälper erbjuds inga fler alternativ. Dessa patienter har nu fått
betydligt sämre förutsättningar för att uppnå en god livskvalité, än de hade innan operation.

Speciella komplikationer för Gastric Sleeve:

- Blodproppar i djupt liggande vener i benen.
- Skador på närliggande organ.
- Läckage av maginnehåll från operationssnitten kan ge allvarliga infektioner.

Komplikationer gemensamma för alla operationsmetoderna.

Utöver de ovan för respektive metod listade speciella komplikationerna, finns dessutom för metoderna *gemensamma komplikationer*:

- Allergiska reaktioner mot den medicinering som metoden kräver.
- Blodförluster som kräver blodtransfusioner.
- Hjärtattack
- Stroke
- Njursvikt
- Urinvägsinfektioner
- Lunginflammation
- Förlamningar och förlust av känsel.
- Allvarliga medicinska komplikationer som kan kräva sjukhusvistelse och ibland vara livshotande (t.ex. inflammationer, läckage och tarmvred).

Källa: *IFSO - International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (se nedan)*

IFSO är den internationella fetmakirurgins organisation. Man får förmoda att de inte överdriver komplikationerna och biverkningarna.

Många kraftigt överviktiga lider också av ätstörningar och/eller av ett utvecklat sockerberoende. Det har visat sig att dessa problem kvarstår efter en magoperation, vilket kanske inte är konstigt eftersom beroendet sitter i hjärnan. Om detta tillstånd förblir obehandlat tenderar många att istället utveckla alkoholism eller finner andra vägar att tillfredställa sitt beroende på.

Vilket liv kan den som genomför en viktoperation förvänta sig?

Industrin kring viktoperationerna tar naturligtvis upp solskenshistorierna. Många patienter blir naturligtvis glada över den inledande snabba viktminskningen och tycker med rätta att de fått ett nytt liv. Uppskattningsvis lider 175 000 svenskar av livshotande fetma, med ett BMI över 35.

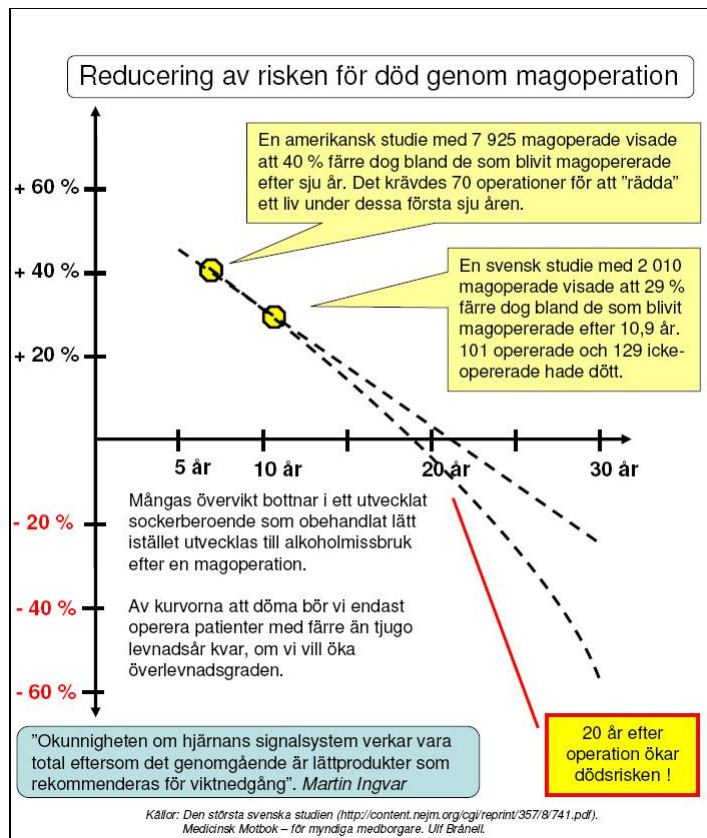
*Tyvärr är **det långsiktiga resultatet** vad gäller viktning och hälsa inte lika glädjande:*

Den största svenska studien visade att de som opererades med den "effektivaste" metoden (Gastric Bypass) i genomsnitt gick ned en tredjedel av sin vikt första året, från BMI c:a 41 till BMI c:a 27. Detta är naturligtvis imponerande, även om de flesta då fortfarande var överviktiga och säkert med mycket överbliven hud hängande efter viktraset.

Men sedan börjar de flesta gå upp igen. Redan efter åtta år är de uppe över BMI 31 i snitt. Majoriteten har blivit feta igen. De fortsätter att äta den mat som gjorde dem feta och töjer ut den lilla mage de har kvar och kan på så vis äta allt större portioner. Eftersom de fortsätter med sina tidigare matvanor, driver sötsuget dem att överäta och insulinet ställer in kroppen på fettinlagring.

Risken för benbrott hos Gastric Bypass - opererade är två eller tredubblad, på grund av den orsakade vitamin- och mineralbristen. Eftersom de opererade inte längre tolererar eller kan uppta fett uppstår brist på de fettlösliga vitaminerna A, D, E och K. Bristen på D-vitamin försämrar upptaget av kalcium och detta ger benskörhet.

Den förminskade magslemhinnan reducerar också möjligheterna att ta upp vitamin B 12, vilket bland annat enligt senaste vetenskapliga undersökningar ökar sannolikheten att utveckla cancer.



En kort förklaring av diagrammet:

Bilden visar hur mycket risken för att dö minskar om man utför en viktoperation jämfört med om man inte opererar sig och fortsätter som tidigare. Det krävdes 70 operationer för att "rädda" ett liv.

Studie 1 visar att risken att dö fortfarande efter *sju år* var 40 % mindre för den som genomgått viktoperation.

Studie 2 visar att efter *knappt 11 år* hade fördelen minskat och att risken att dö nu var 29 % lägre för den som opererat sig.

Om man drar en linje mellan dessa värden och förlänger den, ser man att om risken att dö fortsätter att utvecklas i samma takt för den som opererat sig, kommer risken att vara lika som om man inte opererat sig, när den förlängda linjen skär nollnivån strax efter 20 år. Fortsätter vi att följa den förlängda linjen, ser vi att efter drygt 20 år har risken för att dö ökat för den som genomgått en fetmaoperation! Detta kan vara en bidragande orsak till att studier aldrig sträcker sig längre än upp till tolv år.

Sahlgrenskas "Center for Cardiovascular and Metabolic Research".

Antagandet om 20 års överlevnad efter en GBP-operation bekräftades under en öppen föreläsning den 2010-02-08 som anordnad av Sahlgrenskas "Center for Cardiovascular and Metabolic Research". **Överlevnaden efter en Gastric Bypass operation sades vara i medel 20 år och märkligt nog nämndes ingenting om följsjukdomar eller problem och biverkningar.** Under föreläsningen fick Ingrid Larsson (klinisk näringsfysiolog, med.dr.) följande oundvikliga fråga: "Vad tycker du om Annika Dahlqvist?"

Ingrid Larsson såg då väldigt bekymrad ut, tittade ner och dröjde lite med svaret. Men svaret föll ungefär så här: *När Socialstyrelsen godkände Annika Dahlqvists kostråd så visste de inte eller så förstod de inte, att det var en så liten del kolhydrater i Annika Dahlqvists kostråd. Man trodde alltså att det handlade om mycket större andel kolhydrater, menade Larsson.*

Slutsatsen måste då bli att Socialstyrelsen, enligt Ingrid Larsson, har godkänt Annika Dahlqvists LCHF-kostråd på felaktiga antaganden! **Är dessa ogrundade påståenden ursäkten för att medvetet bryta mot lagen?**

Not. SFS 1998:531 (uppdaterat t.o.m. SFS 2009:471) kan man läsa följande: "När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar".

LCHF (lågkolhydrat–högfettkost) uppfyller detta krav vid behandling obesitas (och diabetes)!

Ökad dödsrisk på 20 års sikt!

Den som genomgått en fetmaoperation tär på kroppens resurser, därför att tillförseln av näringsämnen blir sämre än tidigare, och därför kan man anta att minskningen av överlevnadsfördelarna för den opererade går snabbare, vilket antyds med den böjda linjen.

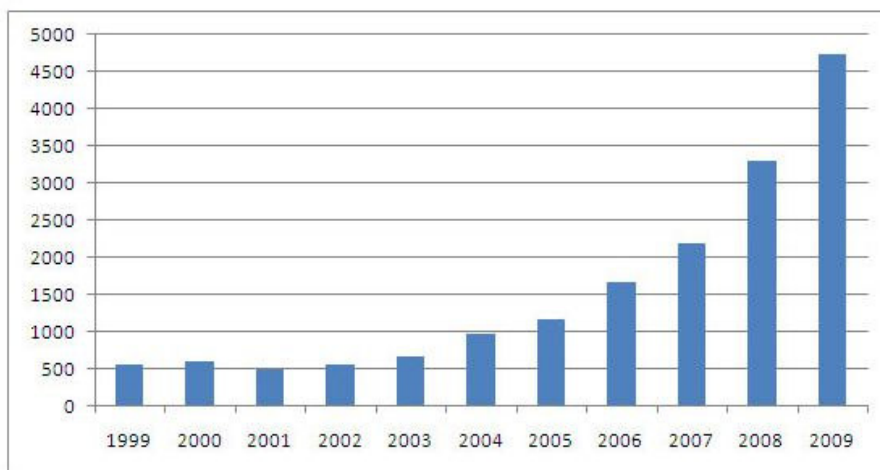
Efter knappt 20 år ökar sannolikt snabbt risken för att dö om man viktopererat sig, jämfört med om man avstått från operation. Det kan jämföras med tobaksrökning där allvarliga symptom också uppkommer efter cirka 20 år (många unga kvinnor börjar idag att röka för att det dämpar aptiten, det hjälper dem att hålla sig slanka). Denna insikt om ökad dödsrisk efter endast 20 år är synnerligen viktig när man nu planerar att GBP-operera även ungdomar.

Dessutom har man under tiden levt med alla de komplikationer som följer av operationen, dvs. tvingats till en lägre livskvalitet.

”Utvecklingen” av viktoperationer skenar.

År 2009 magstympades 4 750 svenskar till en kostnad på 570 miljoner kronor (exklusive kostnader för komplikationer) och de flesta opererade kan därefter inte leva ett normalt liv eftersom komplikationer är mer regel än undantag, med stora samhällskostnader som följd i form av eftervård, sjukskrivningar och förtidspensioneringar.

Totalt finns det i Sverige 175 000 medborgare med livshotande fetma (BMI > 35).



En av 400 avlider efter operation, 2-10 % får omopereras och 15 % får svåra komplikationer. Det innebär det i Sverige år 2009 dog 12 personer i samband med operationen och att mellan 95 - 475 patienter fick opereras om (för t.ex. tarmvred, läckage eller inflammationer).

Detta i bästa fall! Nu lobbas för att tredubbla operationskapaciteten. En lönsam industri där en timmas jobb för ett operationsteam inbringar runt 120 000 kr (med "runt hörnet garanti").

Viktopperationer blir lönsam storindustri



År 1995 startade i Stockholm en organisation, **IFSO**, som skulle bli den internationella samlingspunkten för dem som förespråkar metabol stympling som ett medel att möta den galopperande fetmaepidemin.

Som affärsidé är metoden utan tvekan lysande, samtidigt som den är oerhört provocerande i sin omänskliga cynism.

Först inför man kostråd som startar och underhåller fetmaepidemin och ohälsan. På vägen ger detta oerhörda vinster till läkemedelsindustrin och livsmedelsindustrin. I slutändan upprättar man nu alltså på så många sjukhus som möjligt centra för att genomföra fetmaoperationer.

Kostråden garanterar att kundtillströmningen inte bara underhålls utan växer lavinartat.

Ingen vetenskap behövs. Inblandningen av stora ekonomiska intressen garanterar att "försöksverksamhet" utan protester kan startas för att sedan permanentas.

Naturligtvis blir övrig sjukvård lidande, men strunt i det! Kirurgerna och de som har intressen i att kirurgavdelningen på det egna sjukhuset får ökade anslag inser att här gäller det att vässa skalpellerna om man ska få del av kakan!

Och det bästa av allt: Alla får vi vara med och betala dårskapen via skattsedeln!

"Mer än tre procent av den vuxna befolkningen 18 – 65 år har en kroppsvikt som gör dem till kandidater för obesitaskirurgi. För Stockholms läns landsting skulle det innebära att runt 38 000 medborgare skulle vara aktuella för obesitasoperation till en kostnad av drygt två miljarder kronor".

I Sverige liksom i andra länder (40 länder är officiellt anslutna till IFSO) skär företag guld med täljkniv genom att åka runt och "hjälpa" sjukhusen att sätta upp speciella avdelningar för denna verksamhet.



Johnson & Johnson
Nordic

är ett sådant företag.

"Bariatric Edge hjälper kliniker att sätta upp, utveckla och underhålla ett väl fungerande obesitascenter ...".

Och det ger resultat:

”Inom Stockholms läns landsting utförs obesitasoperationer på följande akutsjukhus; Capio S:t Görans sjukhus, Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrtälje sjukhus, Södersjukhuset samt Södertälje sjukhus. Även Ersta sjukhus utför obesitasoperationer på landstingets uppdrag. Norrtälje sjukhus utför obesitasoperationer på uppdrag av Tiohundra-nämnden.”

Idag är [Johnson & Johnson](#) ett världsomspännande företag med ca 120 000 medarbetare i 78 länder

Opplysta landstingspolitiker sitter i ett skruvstäd mellan ekonomiska krav från dessa sår-intressen och en krackelerande ekonomi inom landstingen. Vårdpersonal avskedas och vården industrialiseras. Människor stympas och skattemedel rinner in i de bottenlösa fickorna hos dessa företag med synbarligen omätliga vinstintressen. Komplikationerna dränerar också samhällets begränsade resurser (nu diskuteras t.ex. möjligheten att kvotera dyrbar MS-medicin).

Budskapet trummas in: Viktoperationer är det enda verksamma medlet mot fetman och de metabola sjukdomarna. Baserat på gammalt inaktuellt underlag.

Men detta budskap är grovt felaktigt. Det finns ett verksamt och humant alternativ, som fungerar utan att man skär sönder människor! Som är godkänt av Socialstyrelsen!

Alternativet till viktoperationer

Att äta en för människan mer naturlig föda, istället för den för oss artfrämmande kolhydratrika och fettsnåla kost som Livsmedelsverket föreslår, är det enda på sikt verksamma sättet att komma till rätta med fetman och ohälsan. Och det kostar nästan inget.

Detta alternativ har heller inga biverkningar, utan ger istället kraftiga hälsoförbättringar, både fysiskt och psykiskt och ger patienterna möjlighet att äntligen få uppleva ett friskt och fullvärdigt liv, där man orkar med både arbete och privatliv.

Det ger också stora samhällsliga vinster, där sjukvårdskostnaderna drastiskt minskar och landstingen får råd att ha en personaltäthet, som tillåter en vård där man har tid med patienterna, utan att vårdköerna växer. Makthavarnas arbetsuppgifter förenklas avsevärt när resurserna räcker till.

Vårt alternativ är också i grunden synnerligen enkelt och medger att ett stort antal av patienterna kan uppnå häpnadsväckande resultat med relativt enkel och kostnadseffektiv vägledning.

För patienter som är sockerberoende och har ett spektrum av metabola sjukdomar, krävs naturligtvis mer omfattande personlig hjälp, men den är ändå mycket billigare än fetmaoperationer och framför allt mänskligare och värdigare. En magoperation åtgärdar inte heller ett sockerberoende eller en ätstörning, som bland annat hjärnforskaren Martin Ingvar tar upp i sin bok ”Hjärnkoll på vikten”.

”Hjärnkoll på vikten” – Martin Ingvars och Gunilla Eldh (Natur & Kultur 2010).

Hjärnforskaren Martin Ingvar skriver ”Okunnigheten om hjärnans signalsystem verkar vara total eftersom det genomgående är lättprodukter som rekommenderas för viktnedgång”.

Kan man skära bort viktproblemet?

Margareta som ordnade sin viktnedgång genom en kostförändring säger att fettkirurgi aldrig varit något alternativ. ”Vi vet inte tillräckligt om vad som händer på lång sikt och jag vill inte äventyra min ålderdom”.

:

Tron på kaloriminskning som metod tar sig drastiska uttryck i västvärlden idag. Magsäcksoperationer mot fetma blir allt vanligare. Socialstyrelsen expertgrupp bedömer att 10 000 patienter i Sverige skulle behöva opereras.

Många patienter går visserligen ner ordentligt i vikt, men långtidseffekterna och osäkerheten är fortfarande inte helt klarlagda (Colquitt et al., 2005). Av hundra magsäckopererade får i genom tio svåra komplikationer (Rosenthal et al., 2006). I vissa studier drabbas upp till hälften av patienterna av komplikationer eller ganska svåra besvär (Mittermair et al., 2009). Biverkningar som illamående, svullnad, smärtor och så kallad dumpning är inte ovanliga. Dumpning innebär att man kräks och får diarré. Det är tarmens sätt att säga ifrån när den inte klarar att ersätta den reducerade eller bortkopplade magsäcken. Patienten kan bara äta ett par deciliter mat vid varje måltid och ätandet kan vara så obehagligt att det ger ätstörningar.

Den här typen av operation kräver noggrann uppföljning och ofta livslång behandling med t.ex. B-vitamininjektioner. Dessutom behöver patientgruppen psykologiskt stöd, men det fungerar inte alltid. Effekterna på livskvaliteten är ganska begränsade (Mango & Frishman, 2006). Undantaget är de patienter som blir av med sin diabetes typ 2 (Pories, 2008).

Att magsäckskirurgi är den enda metod som ger varaktig viktnedgång hos personer med fetma betyder inte heller att alla blir hjälpa av den. I USA har man upptäckt att många opererade patienter dricker sig till lika mycket kalorier som när de kunde äta som vanligt. Att smälta chokladkakan i mikron är bara ett av många knep!

Nu har aktörer inom sjukvården börjat propagera för att inte bara personer med fetma, utan även de som är överviktiga ska kunna bli aktuella för kirurgi (Centrum för Tithålskirurgi, 2009). Faran är att patienter som inte borde opereras ser ingreppet som en snabb och enkel väg till ett lättare liv. Alla är inte medvetna om risker och nackdelar med en magsäcksoperation. En annan hake är att den som tjänar på att göra ingreppet är samma person som ger patienten rådet att genomgå operation (Pannala et al., 2006). Det här är alltså en utveckling som kräver vaksamhet (Guth & Livingstone, 2008).

:

Om du söker för hjälp för övervikt måste du vara beredd på att fettfobin fortfarande präglar rådgivningen inom sjukvården. Om du funderar på magsäcksoperation – se till att ta reda på så mycket som möjligt om hur det kan komma att påverka ditt liv. Och framför allt: *Ge modellen med blodsockerkontroll och samtidiga livsstilsförändringar en rejäl chans – innan du lägger dig på operationsbordet.*

Strategier

En dålig strategi är att snåla på fett, inte äta sig mätt – och kompensera det med korta kolhydrater. Att byta ut fett mot lightprodukter har bara gjort människor fetare.

Våra paketlösningar – som kan anpassas efter överenskommelse

Vi är den enda aktör som erbjuder ett fullvärdigt och heltäckande LCHF-alternativ till viktoperationer. Konceptet innehåller fem nivåer och vilken nivå som skall väljas, bedöms efter en inledande konsultation och intervju av patienten.

En Gastric Bypass operation kostar idag cirka 100 000 kronor plus cirka 100 000 kr för hudplastikoperation, dvs. cirka 200 000 kr exklusive kostnaderna för re-operationer och för biverkningar, som kan uppskattas till ytterligare minst 100 000 kr. Totalt 300 000 kr lågt räknat. Om man adderar till psykiatrisk vård, alkoholism, benbrott, sjukskrivningar, bråd död, ätstörningar etc. så ökar kostnaderna dramatiskt. Resultatet är därtill uruselt.

Våra paketförslag (som sannolikt kommer att konkurrera ut GBP-operation);

- Guldpaketet*** som löper under tre år. Inkluderar en personlig kursverksamhet, provtagning, coaching, våg och intensivkurs gällande sockeravvänjning (med helpension).
- Silverpaket*** (liknande som guldpaketet, med ett enklare sockeravvänjningsprogram).
- Bronspaketet***, tre år. Utbildning och coaching via webb och email.
- Vanligt medlemskap*** under 12 - 36 månader. Ett lågkostnadsalternativ.

Kostnaden för paketen under en treårsperiod varierar mellan 5 000 och 60 000 kronor (exklusive moms), där många klarar sig med ett enklare paket. Inga kända negativa biverkningar, tvärtom erhålls hälsofördelar som brukar värderas minst lika högt som en viktminskning.

Vårt dyraste alternativ till GBP kostar en femtedel så mycket totalt och framför allt fungerar konceptet utan biverkningar och resultatet blir hela människor som upplever livskvalité.

En sammanställning av innehållet och villkoren i de olika paketen erhålles i samband med upphandling av vårt koncept. Totalkostnaden för fetma behandling kan enkelt reduceras till en femtedel, framför allt levererar vi bra resultat. Vi vill återigen erinra om, att sedan Socialstyrelsen prövade anmälan mot Dr. Annika Dahlqvist om hennes rekommendationer om lågkolhydratkost för behandling av övervikt och diabetes typ 2 och fann dessa vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, är sjukvårdande myndighet skyldiga att erbjuda detta alternativ och patienten måste ges möjlighet att överväga vårt alternativ före en eventuell operation.

I Socialstyrelsens yttrande 2008-01-16 kan man läsa följande:

"Socialstyrelsen ansluter sig till professor Bernes yttrande och bedömer att dr. Dahlqvists rekommendationer av "lågkolhydratkost" till patienter med övervikt och patienter med diabetes typ 2 idag kan anses vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet".

Underlåtenhet att låta patienten ta del av vårt alternativ kan enligt lag medföra att sjukvårdande myndighet blir skadeståndsansvarig gentemot patienten. Vad är ett förlorat eller förstört liv värt?

"När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar". (SFS 1998:531 uppdaterat till SFS 2009:471)

Vårt alternativ i praktiken

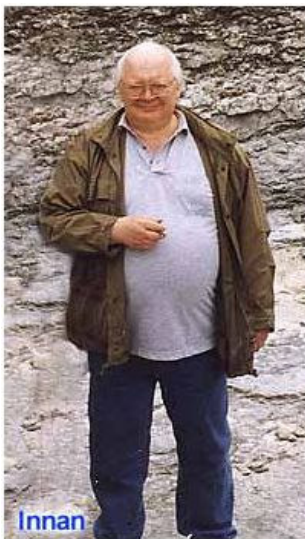
Den snabba ökningen av personer som tillämpar LCHF-kost har gjort att exempel på personer som gjort anmärkningsvärda viktnedgångar och som kraftigt förbättrat sin hälsa nu är mycket vanliga och viktnedgångar på 50 kg får numera knappast någon att höja på ögonbrynen.

Ett välkänt exempel på en sådan vikt- och hälsoresa är Sten Sture Skaldeman.

Sten Sture Skaldeman var döende. Han vägde 145 kg och vid provtagning hos läkare visade han sig ha ett mycket högt blodtryck. Han deltog i en bantningstävling med sin kompis men slutade när han trots ett så litet intag som c:a 1000 kcal per dygn inte gick ned i vikt. Han erbjöds fetmaoperation, men avstod då han efter viss efterforskning fann att många patienter dog redan på operationsbordet. Två av hans goda vänner överlevde inte heller operationen. Han beslöt då, att om han ändå skulle dö, skulle han i alla fall äta gott och dö mätt! Det blev bacon och ägg till frukost, fläskkotletter till lunch, osv.

Plötsligt mådde han bättre och övervikten började rinna av honom. Han började då forska i orsaken till detta och fann som nu så många andra kommit på, att människan måste äta sin art-egna föda för att hålla sig slank och frisk. Sedan dess har han skrivit många böcker om detta, hållit föredrag och hjälpt en stor mängd människor med liknande problem.

Från 145 kg till 80 kg!



Sten Sture Skaldeman ... <http://www.skaldeman.se/>

Som kuriosa kan nämnas att innan Sten Sture fann LCHF fick han pusta ett tag innan han gick tillbaka in i huset från brevlådan. Efter ett halvår med LCHF-kost cyklade han runt samhället, ca 3,4 mil. Han tyckte det gick för lätt, så han prövade att gå runt istället. Det tog en hel dag, och förutom ömmande hälar var det inget problem. Under en föreläsning beskrev han sig själv som en amatör som botar en allvarlig sjukdom (diabetes) på en vecka. Han sade också att alla som har diabetes typ 2 har det i onödan, det finns ju en enkel bot i form av god naturlig mat. Han har gjort hundratals typ 2 diabetiker symptomfria, på en vecka!

Sett ur ett samhällsperspektiv.

Med stöd av vår medicinskt skolade och beroendutbildade personal och vår ledande expertis inom LCHF, är det naturligtvis möjligt för de allra flesta överviktiga, diabetiker och metabolt sjuka att relativt ”enkelt” komma tillrätta med dessa problem eller kraftigt förbättra sin hälsa och livssituation. Och detta utan att genomgå den oåterkalleliga ödeläggelse av matspjälkningsapparaten som en viktoperation innebär. Därtill på ett kostnadseffektivt sätt.

Svårigheten ligger snarare att byta ut etablerade (o)vanor. Här krävs kontinuerlig support och framför allt kunskap om hur vi människor fungerar. Denna utbildning och daglig support erbjuder vi via vår webbplats så länge det behövs, till en låg årlig kostnad.

Det tar normalt sett tre veckor att byta ut en vana, tre månader att konsolidera den och tre år innan den helt har internaliserats. Våra paket som löper under tre år är anpassade till detta.

Allteftersom information och kunskap om vårt GBP-alternativ når ut, kommer det också att gynnsamt påverka folkhälsan och medföra att antalet överviktiga och metabolt sjuka minskar, till gagn naturligtvis för individerna, men också för samhällsekonomin och vår välfärd i stort.

Utan en radikal omläggning av hanteringen av de metabola sjukdomarna, så att de i första hand förebyggs och därefter behandlas genom en kostomläggning till LCHF, kommer våra välfärds-system att krackelera under tyngden av de enorma kostnaderna för den växande ohälsan. Därtill kommer den demografiska effekten, att vi snart har ytterligare en halv miljon ålderspensionärer som kräver vård och omsorg. Hälsa- och sjukvården och dess makthavare står inför en gigantisk utmaning, där vi kan bidra med en effektiv och relativt billig lösning, som garanterat fungerar.

Även de flesta diabetiker typ 2 kan relativt enkelt bli både insulin och symptomfria, och då pratar vi om 350 000 patienter (och sannolikt lika många prediabetiker som ännu inte fått sin diagnos fastställd). Även diabetiker typ 1 (50 000 diabetiker) gör stora hälsovinster genom att gå över till LCHF. Ofta kan de klara sig med enbart långtidsverkande insulin morgon och kväll, de slipper således måltidsinsulinet som är svår doserat. De får en mer stabil blodsockerkurva och således färre och lindrigare biverkningar. Diabetes beräknas idag kosta det svenska samhället 14 miljarder kronor per år.

Läs mer om övervikt ... <http://www.kostdoktor.se/viktnedgang>

Läs mer om diabetes ... <http://www.kostdoktor.se/diabetes>

Hjärtkärlsjukdom – goda och dåliga nyheter

Måndagen den 11 oktober 2010 var det en föreläsning med rubriken ”Hjärt-kärlsjukdom i befolkningen – goda och dåliga nyheter” som hölls av Annika Rosengren, professor, avd för akut och kardiovaskulär medicin, Sahlgrenska akademien.

År 2007 drabbades 152 678 svenskar av sjukdom p.g.a. problem med blodcirkulationen, varav 25 192 hjärtinfarkter och 30 648 som berörde hjärnans kärl. Av dessa dog 10 748 i hjärtinfarkt, dvs. 30 per dag. Vårt att notera är att detta är moderna sjukdomar som tidigare inte fanns.

Staffan Lindeberg, docent i allmänmedicin, har i sin doktorsavhandling studerat folket på Kitava, Trobrianderna, Papua Nya Guinea och resultaten visade att hjärt-kärlsjukdom, diabetes och övervikt helt saknades där. Även tandhälsan var mycket god.

De som däremot flyttade därifrån och började äta västerländsk kost insjuknade snabbt i våra moderna sjukdomar, som även inrymmer sjukdomen cancer.

Annika Rosengren presenterade sina kopplingar till industrin (på vår begäran) och gjorde sedan genererat reklam för kolesterol-sänkande medicin, som uppskattningvis 98 % av patienterna blir

sämre av. Världens i särklass mest lönsamma produkt är kolesterolsänkande medicin, enbart Lipitor som säljs av Pfizer, omsätter hundra miljarder kronor per år, en fjärdedel av omsättningen hos världens största läkemedelföretag. Biverkningarna skapar sedan en marknad för ytterligare läkemedel. Läs mer om kolesterol ... <http://www.ravnskov.nu/svcholesterol.htm>.
En lönsam myt som saknar vetenskaplig grund.

Nedan följer ett referat från en öppen föreläsning som närmast kan liknas vid ett reklamslag för Gastric Bypass-operationer.

”Domedagen är nära”

*Ett referat från en öppen föreläsning den 2010-02-08 anordnad av Sahlgrenskas
”Center for Cardiovascular and Metabolic Research”*

”Domedagen är nära” böjde sig någon fram bakom mig och viskade i mitt öra när jag lämnade en föreläsning i går. ”Om vi skall följa de här råden” fortsatte han. Det var inte någon religiös fundamentalist, utan någon som blivit lika upprörd som jag av vad vi just lyssnat till.

Carl-Johan Behre överläkare på Obesitas mottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset talade över ämnet ”Riskerna med fetma och hur gör man för att minska dem”.

Ingrid Larsson, klinisk näringsfysiolog, med.dr., vid samma mottagning talade över ämnet ”Bra och hälsosam mat - vad säger vetenskapen och hur undviker man att gå vilse i kostrådsdjungeln”.

Behre började med att berätta att WHO klassat fetma som en sjukdom. Han underströk också vilket stark kraft hungern utgör och hur svår den är att bemästra.

Därefter kom en redovisning av fetmans ökning och utbredning i USA och i Sverige. Alla de sjukdomar och komplikationer som fetman orsakar beskrevs. I det sammanhanget nämndes också den skrämmande ökningen i USA av icke-alkoholrelaterad fettlever.

Sedan gick han direkt på behandlingen av fetma. Han förkastade i princip följande behandlingsalternativ som långsiktigt ohållbara; livsstilsförändring, diet, pulverdiet, kognitiv beteendebehandling, farmaka med visst undantag av Xenical. Den enda behandling som betecknades som hållbar i längden och som upplevdes som positiv för patienten var Gastric Bypass operation - amputation av delar av matsmältningskanalen. Gastric Bypass var alltså huvudalternativet för överviktiga patienter med olika fetmarelaterade sjukdomar.

Hur de skulle göra som bara ville gå ner i vikt och inte var sjuka var oklart. Operationsmetoden demonstrerades i bilder och det var ingen tvekan om att detta var vad föreläsaren såg som den bästa lösningen. Han menade att det var ett sätt att förkorta patienternas lidande och ge en bestående förbättring. Han menade att om han själv varit i vissa av sina patienters situation hade han inte tvekat att genomgå operationen. Inte en antydning om att först pröva en lågkolhydrat-högfettkost.

Under år 2009 Gastric Bypass opererades 4750 patienter, 1500 fler än året innan. **Överlevnaden efter en Gastric Bypass operation sades vara i medel 20 år och risken att dö var 1-4/1000. Ingenting nämndes om följsjukdomar eller problem och biverkningar.**

Många olika faktorer var inblandade i fetman, bland annat ett antal både gamla och nyupptäckta hormoner. Insulin nämndes inte. Behre beskrev fettvävnaden som en körtel med sin funktion och sina hormoner. Energibalansen poängterades, dvs. kalorier in och kalorier ut. Mer ut än in, om man skall gå ner i vikt. Vill man hålla vikten så är det ”mededelhavskost” som gäller, utan

närmare definition (Grekland där 57 % är överviktiga, jämfört med Sveriges 44 %, är ju inget bra exempel). Fritt för var och en att göra sin egen föreställning. Medelhavskost låter ju bra!

I nästa del av föreläsningen fick vi se många fina staplar om motionens betydelse för överlevnad. Sammanfattning av budskapet är att du lever längre om du motionerar och att det är bättre att vara överviktig och motionera än att vara smal och inte motionera. Man behöver inte heller överdriva motionen för att det skall ha gynnsamma effekter på överlevnad. Jag skulle vilja tillägga att det är varken roligt eller ofarligt att motionera när man är kraftigt överviktig.

Sammanfattningen av Behres budskap var att övervikt och fetma med dess följsjukdomar ökar epidemiskt och att den enda lösningen på lång sikt tycks vara Gastric Bypass operation. Lagom motion och ”medelhavskost” är bra och ät inte mer än vad du gör av med.

Så fick Ingrid Larsson ordet. Hon började med att tala om för oss att hon har full förståelse för att vi var vilse i kostdjungeln. Men nu skulle hon leda oss rätt. Jag vet ungefär var Ingrid Larsson och hennes kolleger står i kostdiskussionen, så jag hade inte stora förväntningar. Men var jag lite nyfiken på om att hon tagit till sig lite av kostdebatten och som en god forskare ifrågasatt några av sina egna dogmer.

Men icke, här hamrades det trosvisst och kompromisslöst in alla gamla mantran, staplade på varandra; magert, fibrer, 500g ”frukt och grönt”, margarin, oljor, regelbundna måltider, grov gröt till frukost, fullkornbröd, magra pålägg, osv. Allt det vi numera vet inte fungerar.

En sak som nutritionister har en förkärlek för, är att visa bild efter bild på karameller, godis och choklad och tala om för oss hur många kalorier de innehåller. Det är det här ni äter i stället för att lyda våra kostråd tolkar jag det. Vi som går på en föreläsning om kost och hälsa är redan medvetna och vill ha lite högre intellektuell nivå på en föreläsning och inte bli behandlade som dagisbarn.

Bilder på hur bakverk med tiden ökat i storlek, illustrerades. Det var det ökande fettinnehållet som kommenterades - inte ett ord om socker, inte ett ord om härdade fetter, inte ett ord om kolhydrater.

På en försynt fråga från publiken om Larsson kunde förklara varför vi blivit så sjuka under de senaste 30-40 åren svarade hon att det berodde på många faktorer som bilismen industrialismen och välståndet!

Ingrid Larsson sade uttryckligen att vi måste öka på kolhydraterna och minska på fett.

När en dam frågade om man fick äta lite smör för hon hade hört att det skulle vara bra. Hon fick svaret: *”Är det A-vitaminerna du är ute efter så går det bra med morötter”*.

Kaloribegreppet återkom gång på gång. Ingrid Larsson hade en intressant teori om att man bör hålla ett bestämt medelintag av kalorier i veckan. Blir det lite för mycket vid fredagsmyset, så kan man äta lite mindre nästa dag, så jämnar det ut sig. Men man bör inte äta resterna av den feta söndagsmiddagen på måndag, för då höjer man kalorinivån den dagen. Huvudsaken är medelintaget.

Båda föreläsarna återkom gång på gång om energibalansen. Man måste förbruka mer kalorier än man tillför för att gå ner i vikt.

I framställningen inflikades då och då en hänvisning till vetenskapliga undersökningar.

När det gäller olika dieters framgång för att gå ner i vikt så hävdade Larsson att det inte var någon skillnad. Alla dieter fungerade, bara man var uthållig. Problemet var att människor inte orkade hålla ut i längden. Föreläsningen avslutades med en hänvisning till Livsmedelsverket och en bekräftelse av att det fortfarande är deras råd och anvisningar som gäller.

Ur SBU rapporten "Fetma-problem och åtgärder" citerade Larsson följande text:

"All behandling som ger negativ energibalans, dvs. att förbrukningen av energi (kalorier) överstiger tillförseln via maten, leder till viktning. Om förbrukningen är lika stor som intaget förblir kroppsvikten konstant. Detta är absoluta naturvetenskapligt grundade sanningar som inte behöver bevisas ytterligare. Det man studerar i kostbehandlingsundersökningar är istället metoder för att åstadkomma denna negativa energibalans".

Så fick Larsson följande oundvikliga fråga: "Vad tycker du om Annika Dahlqvist?"

Ingrid Larsson såg då väldigt bekymrad ut, tittade ner och dröjde lite med svaret. Men svaret föll ungefär så här: *När Socialstyrelsen godkände Annika Dahlqvists kostråd så visste de inte eller så förstod de inte, att det var en så liten del kolhydrater i Annika Dahlqvists kostråd. Man trodde alltså att det handlade om mycket större andel kolhydrater, menade Larsson. Uppfattade 30-40? Mot 5-10? Garanterar inte att siffrorna är korrekta. Men skillnaden var stor.*

Slutsatsen måste då bli att Socialstyrelsen, enligt Ingrid Larsson, har godkänt Annika Dahlqvists kostråd på felaktiga antaganden! Är detta ursäkten för att bryta mot lagen?

SFS 1998:531 (uppdaterat t.o.m. SFS 2009:471) kan man läsa följande: "När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar".

LCHF (lågkolhydrat-högfettkost) uppfyller detta krav vid behandling obesitas (och diabetes)!

Jag har respekt för svårigheten att föreläsa om ett så stort och ämne på en och en halv timma. Det måste med nödvändighet bli ytligt och hårddraget. Man kan heller inte släppa in frågor på Glutamat och E-nummer utan måste ge snabba "ickesvar" - vilket skedde. Men man hade en tydlig agenda och budskapet var tydligt. Budskapet följer den officiella linjen, någonting annat var inte att vänta.

Jag tycker att det är föredömligt med öppna föreläsningar. Bra att vi medborgare får tillfälle att höra budskapet, även om det är starkt ifrågasatt. Men man får inte underskatta sin publik på detta sätt.

Jag är inte heller så dogmatisk så att jag inte tror att det finns människor som kan följa Ingrid Larssons kostråd och hålla sig både slanka och friska. Ingrid Larsson själv bär syn för sägen. Men problemet handlar om alla dem som inte klarar det, de som blir överviktiga och sjuka. Jag kan också tänka mig att det kan finnas överviktiga personer där inget annat än en Gastric Bypass operation hjälper. Men det borde aldrig vara en generell metod eller ett kommersiellt intresse.

Nu är det sagt.

Om övrigt kan sägas att salen var överfull med uppskattningsvis 250-300 personer.

Större delen av åhörarna var i övre medelåldern och pensionärer, men också många i studerandeåldern som antecknade frenetiskt (dietister och läkarstuderande?).

Föreläsarna utgjorde ett tandempar i den meningen att Ingrid Larsson med sina kostråd försåg Carl-Johan Behre med patienter, som han kan skicka vidare för amputation av frisk vävnad, delar av matsmältningskanalen, ett irreversibelt ingrepp.

Två föreläsare med prestigefyllda titlar och ställningar, som uppenbarligen för våra skattepengar företräder något annat än oss medborgare och folkhälsan. Det skrämmande att tänka på de resurser och plattformar de har till sitt förfogande.

Man kan välja att inte bry sig om deras råd, men man kommer ändå inte undan, eftersom det är detta budskap som har inflytande på vad som serveras både i skolan och på sjukhus.

Jag tycker att det är skrämmande att fetma är förklarad som sjukdom (även om det i vissa fall kan röra sig om det). Det öppnar ju ytterligare en jättemarknad för läkemedelsindustrin att experimentera med, ger människor falskt hopp och vår inlärd tro på piller förstärks.

Refererande till återkommande påståenden om energi ut och energi in så kan man konstatera att båda föreläsarna behärskar termodynamikens första lag, men de behöver upplysas om termodynamikens andra lag.

Sedan undrar jag hur damen gjorde, som frågade om hon fick äta lite smör när hon kom hem? Lagade hon sig en härlig medelhavsmåltid? Kastade hon sitt smör och åt en morot istället? Gjorde hon beräkning av hur många kalorier hon åt i dag för att kunna justera dagen efter?

Göteborg 2010-02-10

Margareta Lundström

Pensionerad sjuksköterska

PS. Före föreläsningen fick vi kaffe och massproducerad muffins som av utseendet att döma var av lägsta kvalitet. Men de kanske var fettfria? Skall man skratta eller gråta? Eller göra något åt det? DS.