

EDTA NYT

17. årgang

Nr. 1 - Marts 2011

Udgivet af Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA





Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA

indkalder herved til ordinær generalforsamling

Torsdag den 31. marts 2011 kl. 13.15

på Kolding Bibliotek, Lille sal, Slotssøvejen 4, 6000 Kolding

Ved generalforsamlingen har alle medlemmer mulighed for at øve indflydelse på, hvad der skal ske i foreningen, **mød derfor frem.**

Det er kun medlemmer der har stemmeret. Ægtefælle/ledsager er naturligvis meget velkomne. Generalforsamling med følgende dagsorden i henhold til vedtægterne § 6.

Pkt. 1. Valg af dirigent:

Pkt. 2. Formandens beretning om foreningens virke siden sidste ordinære generalforsamling.

Pkt.3 Aflæggelse af regnskab for det forløbne år, samt forelæggelse af budget.
Uddrag af regnskabet er indsat i bladet.

Pkt. 4. Valg til bestyrelsen for 2 år.

Bente Svarre og Erik Bøndergaard er på valg. **De modtager ikke genvalg.**

Pkt. 5 Valg af 2 suppleanter for 1 år:

Inger Jørgensen og Knud Hansen er på valg. **De modtager genvalg.**
Bestyrelsen foreslår genvalg.

Pkt.6 Valg af intern revisor for 1 år:

Arne Enghøj modtager genvalg:
Bestyrelsen foreslår genvalg

Pkt. 7 Fastsættelse af medlemskontingent for året 2012:

Bestyrelsen foreslår uændret medlemskontingent.

Pkt. 8. Behandling af indkomne forslag:

Jfr. vedtægterne § 6 stk. 6.3. Forslag, som medlemmerne ønsker optaget på dagsordenen, skal indgives skriftligt til bestyrelsen v/ formand Willy Odgaard Christensen, Herman Bangs Vej 3, 8660 Skanderborg **senest mandag den 21. marts 2011.**

Pkt. 9. Evt.

Med venlig hilsen
Bestyrelsen

EDTA-NYT

Udgiver: Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA.

Ansvarshavende: Willy Odgaard Christensen.

Lay-out: Kennerh Svendsen.

Forsidefoto: Udsigt fra Gammelborg i Almindingen på Bornholm. Maj 2007.

Foto: Keld Kofoed Hansen.

Oplag: 1.500 eksemplarer - Tryk: Strandbygaard Grafisk, Skjern - Næste nr. udkommer juni 2011 - ISSN: 1600-3047

Offentligt møde om EDTA-behandling!

Torsdag den 31. marts 2011 kl. 15.00

i lille sal på Kolding Bibliotek,
Slotssøvejen 4, 6000 Kolding.

Foredragsholder:
Speciallæge i Alm. Medicin, **Knut Flytlie**, Vejle.

Der vil også være en patient der fortæller om sit sygdomsforløb
med EDTA behandling.

Alle er velkomne og der er gratis adgang.

Kandidater søges til EDTA-Patientforeningens bestyrelse

På patientforeningens ordinære
generalforsamling i foråret 2011
udtræder 2 medlemmer af bestyrelsen.
Derfor søger vi efter medlemmer der
vil være med til at føre
patientforeningen videre.

Det skal bemærkes at
bestyrelsesarbejdet er ulønnet.
Interesserede kan henvende sig til
formanden

Willy Odgaard Christensen
tlf. 85 52 19 19
eller næstfmd. Svend Aage Nielsen
tlf. henholdsvis 98 55 83 00
eller møde op til generalforsamlingen.

Bestyrelsen vil herved gerne sige tak
til alle de medlemmer der er med til
at uddele bladet EDTA-nyt samt
andet materiale om EDTA til
Apoteker, Biblioteker.
Helsekostbutikker, Matas butikker
m.fl. samt til venner og bekendte.

Skulle der blandt vore medlemmer
være flere der har lyst og mulighed
for at uddele foreningens materiale
om EDTA er de meget velkomne
til at kontakte foreningens kasserer
Kenneth Svendsen på tlf. 5572 0154,
hvorefter de vil få tilsendt det
relevante materiale.

LANDSFORENINGEN FOR MEDICINSK BEHANDLING AF ÅREFORKALKNING MED EDTA

UDDRAG AF ÅRSRAPPORT FOR 2010

Budget 2011 i 1.000 kr.	RESULTATOPGØRELSE FOR ÅRET 2010	2009kr.	
125	Kontingenter	131.822	125.100
60	Tips- og lottotilskud	56.074	56.241
8	Gaver og legater	0	0
-	Andre indtægter, incl. renter	9.295	8.955
193	INDTÆGTER I ALT	197.191	190.296
-7	Kontorartikler	-6.125	-9.979
-11	Porto	-4.001	-4.666
-40	EDTA Nyt, trykning	-37.970	-37.200
-25	EDTA Nyt, porto	-22.697	-20.810
-	Brochurer	0	-4.419
-2	Telefon og internet	-1.860	-5.698
-2	Repræsentation	-1.506	-1.570
-8	Bankomkostninger/betalingservice	-4.727	-4.749
-34	Annoncering	-27.905	-50.085
-18	Administration	-18.113	-15.139
-8	Kørsel, bestyrelsesmøder	-7.533	-13.006
-2	Mødeomkostninger, bestyrelsesmøder	-4.132	-2.907
-2	Kørsel, generalforsamling	-1.675	-2.058
-2	Mødeomkostninger, generalforsamling	-1.308	-1.098
-3	Kørsel, offentlige møder	-2.776	-7.669
-12	Annoncer, offentlige møder	-9.366	-8.765
-1	Mødeomkostninger, offentlige møder	-222	-871
-3	Lokaleleje, offentlige møder	-5.000	-4.040
-	Advokat	0	-5.625
-180	OMKOSTNINGER I ALT	-156.916	-200.354
13	ÅRETS RESULTAT	40.275	-10.058

Balance pr. 31. december 2010

AKTIVER

Indestående i bank	117.271	74.621
Kassebeholdning	0	0
AKTIVER I ALT	117.271	74.621

PASSIVER

Egenkapital:

Saldo pr. 1. januar 2010	60.896	70.954
Årets resultat	40.275	-10.058
EGENKAPITAL	101.171	60.896

Gældsforpligtelser:

Forudmodtaget kontingent for 2011	6.100	4.200
Kreditorer	10.000	9.525
GÆLDSFORPLIGTELSE	16.100	13.725

PASSIVER I ALT	117.271	74.621
-----------------------	----------------	---------------



Kætersk behandling af åreforkalkning

Fra bogen „Sundhedsvæsen eller Medicinindustri“
udgivet af Klitrosen

Kætere var traditionelt de, som udtalte sig imod kleresiets vedtagne verdensbillede.

Galileo sad i husarrest i Firenze, og Kopernikus fik sin lærebog forbudt af den katolske kirke, fordi de hævdede, at Jorden kredsedde om Solen.

Lidt mildere var man ved Fleming, som blot fik latterliggjort sit penicillin igennem 20 år og Semmelweis, som blev latterliggjort, fordi han hævdede, at man kunne nedsætte risikoen for barselsfeber, hvis fødselslægen vaskede hænder, eller Marshall og Warren, som i årevis blev latterliggjort efter at de i 1982 hævdede, at en bakterie kunne fremkalde mavesår. Da de fik Nobelprisen i 2005 stivnede mange smil.

Nye behandlingsmetoder har lige siden lægestandens fødsel været mødt med hård modstand grundet uvidenhed og frygt, og først efter årtier langsomt og tøvende accepteret, når de ikke har været til at komme uden om.

Sådan var det med f.eks. penicillin, og sådan er det i dag med EDTA-kelation.

En behandling vi har anvendt i de sidste 22 år med resultater, der hæver sig langt over det niveau, man kan opnå ved de ortodokse behandlingsmetoder.

Baggrund

En af de største dødsårsager i dag er hjertekarsygdomme. Sygdomme, som medfører en kronisk fremadskridende dødelig åreforkalkning. De sædvanlige behandlinger i dag er ofte store operative indgreb med risiko for alvorlige bivirkninger og kun en midlertidig effekt.

Et meget attraktivt alternativ til disse store indgreb er den såkaldte Magnesium-EDTA-Chelation-Behandling, kort omtalt som ”EDTA-behandling” eller ”Chelation-therapy” internationalt.

Hvad er det så: ”Chelation-therapy”?

Chelation kommer af det græske ord ”Chela” = læber eller klo. Man kan forestille sig en klo, som griber et giftigt metalmolekyle som en tang, og fastholder det, indtil det bliver udskilt via nyrene. Behandlingen er således en slags kemisk kirurgi, hvor man fjerner skadelige metaller fra kroppen.

Historie

Et af de mest kendte kelerende molekyler er EDTA (Etylen-Diamin-Tetra-Acetat), som er ganske ugiftigt og velegnet til at fjerne bl.a. bly fra mennesker, som har været udsat for blyforgiftning. I 50-erne skete et større udslip af blydampe på en fabrik i Michigan, som fremstillede bilbatterier. Et stort antal fabriksarbejdere blev blyforgiftet og måtte behandles med EDTA.

Det gik, som det skulle, blyet kom ud, men det interessante var, at et stort antal af disse arbejdere vendte tilbage efter et par måneder og fortalte deres læge, at behandlingen også havde hjulpet på deres hjertekrampe eller gangsmerte i benene.

De kunne altså berette om bedring i en sygdom, som de slet ikke troede, de blev behandlet for.

Man kunne således udelukke den såkaldte placebo-effekt.

Nogen fremsynede læger i USA blev interesserede, og disse begynde så at bruge EDTA til direkte behandling af Angina Pectoris (Hjertekrampe) og Claudicatio Intermittens (smerter i benene ved gang), som skyldes åreforkalkning i hjertets kransårer eller i benenes pulsårer.

Siden er behandlingen stille og roligt blevet udviklet, og den metode, vi bruger i dag, er stort set uforandret fra 1987.

Trods modstand fra konkurrerende faggrupper, specielt naturligvis karkirurger, har EDTA-behandlingen kunnet klare denne modstand, fordi

den har visse fordele, som er vanskelige at negligere:

Egenskaber

1) EDTA-behandling er ufarlig, når den anvendes korrekt.

Behandlingen har et bivirkningsniveau som er mindre end en almindelig Albyl. Det kan man ikke just sige om f.eks. karkirurgi.

2) EDTA-behandling er effektiv.

Behandlingen bedrer tilstanden hos 85-90 % af patienter med hjertekrampe eller vindueskiggerben eller åreforkalkning i halspulsårerne.

Behandlingen kan overflødig gøre ca. 60 % af bypass operationer og redde ca. 90 % af ben, som er truet af amputation.

3) EDTA-behandling er billig.

Behandlingen koster en brøkdel af de store operative indgreb.

4) Den opnåede behandlingseffekt er varig.

5) EDTA-behandling er lavteknologi.

Behandlingen kan udføres i en almindelig lægeklinik. Det eneste der kræves er en specialuddannet læge og lidt ekstra udstyr.

6) EDTA-kelering fjerner desuden tungmetaller, som har mange andre skadelige effekter.

Virkningsteori

Da der er tale om kliniske observationer som grundlag for behandlingen, har man forsøgt at efterrationalisere en teori, som kunne forklare effekten.

Når man taler om medicinsk kelering, så må man også tale om frie radikaler.

Man kan nemlig ikke tale om, at åreforkalkningen fjernes ligesom kalken i en kaffemaskine.

Forkalkningen svinder godt nok, men mekanismen er en anden.

Frie radikaler dannes ud fra oxygen, og denne proces katalyseres af metaller. Det hyppigste er jern, men også kobber og tungmetaller kan optræde som katalysatorer. Det er påvist, at store depoter af netop jern udgør en betydelig risikofaktor for blodprop i hjertet. Ligeledes ved man, at metallerne antimon og kviksølv findes i stor mængde hos folk med blodprop i hjertet.

Ved EDTA-behandling fjerner man disse metaller i deres frie form. Så nedsættes evnen til at katalysere dannelsen af frie radikaler, og dermed nedsættes også skadevirkningen på væv, som resulterer i åreforkalkning og cancer.

EDTA har som keleringsmiddel den dobbelt-effekt, at den ikke blot mindsker åreforkalkningen, så der bliver bedre blodgennemstrømning i karrene, men den bremser også en af årsagerne til sygdommen, ved at fjerne tungmetaller og bremse dannelsen af de frie radikaler.

Dette er en vigtig forskel fra de store kirurgiske indgreb, som under selve operationen mangedobler den hastighed, hvormed vi danner åreforkalkning.

I de tilfælde, hvor karkirurgi er absolut nødvendig, vil det derfor være en fin kombination, at give EDTA-behandling før og efter operationen.

Den kliniske erfaring med metal-kelering med EDTA har været overordentlig interessant igennem de 22 år, jeg har arbejdet med denne metode. Det er nok den mest effektive medicin, jeg har haft mellem hænderne i mine 36 år som læge.

Vi har patienter, som for 22 år siden skulle have haft et ben amputeret, -og som ikke blot har kunnet bevare deres to ben, men også mangedoblet deres gangdistance ved denne behandling.

Ofte har vi set, at folk som før behandlingen kunne gå 30 meter, øgede deres gangdistance til 3 km, altså en forbedring på 10.000 %.

På samme vis har vi patienter, som er sparet for en planlagt hjerteoperation for 15-20 år siden.

Det er derfor et ganske interessant udgangspunkt, at vi her har en ufarlig medicinsk metode til behandling af en kronisk fremadskridende, invaliderende sygdom. Den medicinske litteratur har da også accepteret medicinsk kelation med EDTA, idet der findes et meget positivt og veldokumenteret afsnit "Magnesium-EDTA-chemotherapy" i et standard referenceværk inden for hjertemedicin: „Cardiovascular Drug Therapy“, Saunders, Second Edition, 1996.

Økonomi

Den daværende Amdtsrådsforening oplyste d.14. juli 2006, hvad det offentlige betalte til bypass-operationer, benamputationer samt til hjertepatienter i medicinsk behandling

En By-pass-operation kostede 120.000 Kr.

Det dækker udelukkende operationen og ikke forudgående konsultationer, undersøgelser og efterfølgende medicinsk behandling.

Der blev det i 2005 udført bypass-operationer for 221.000.000 Kr.

Ben-amputationer er lidt vanskeligere at opgøre. Det afhænger af, hvordan amputationen afgrænses. En amputation midt på låret er væsentligt dyrere end en underbens-amputation.

Der blev i 2005 foretaget amputationer for 100.000.000 Kr.

Igen er konsultationer og udgifter til proteser m.v. ikke medregnet.

Udgiften til hjertepatienter i medicinsk behandling omhandler ambulante besøg, indlæggelser incl. medicin udleveret i sygehusregi.

Der blev i 2005 brugt 330.000.000 Kr.

Heri er ikke medregnet det offentlige tilskud samt patienternes udgift til medicin, som de køber på recept resten af deres liv.

De ambulante kontroller takseredes til 1.400 Kr. såvel før som efter operation.

En undersøgelse af hjertets blodforsyning kostede 10.000 Kr.

En EDTA-grundbehandling (30 behandlinger inklusive forundersøgelse, blodprøver, konsultationer og kontroller) koster ca. 30.000 Kr.

Det er det samme som prisen på blot 3 dages indlæggelse på et sygehus, og er mindre end blot indkøbsprisen på en benprotese.

Et tilbud fra min klinik til det daværende Københavns Amt om at behandle ti amputationstruede patienter med garanti for effekt, blev venligt afslået, selv om det var en win-win situation for Amtet, som kun skulle betale, hvis vi kunne redde benet fra amputation. Men man takkede nej.

Cost – benefit

Det koster 1.000.000 kr. at amputere et ben, men 30.000 kr. at redde det.

Så meget om økonomien.

Den største gevinst ved EDTA-behandling er naturligvis, at man bevarer sin livskvalitet.

Den menneskelige lidelse ved at få amputeret et ben er betydelig, og 90 % af patienterne undgår amputation, hvis de får EDTA-behandling.

Man undgår desuden den risiko, der er forbundet med operationer, og langtidsresultaterne er bedre, fordi den opnåede virkning af EDTA-behandling kan vedligeholdes resten af livet.

Hvis man kunne nøjes med at operere de, der ikke har tilstrækkelig effekt af EDTA-kelation, ville der kunne frigøres betydelige midler i sygehussektoren, som så kunne bruges til at hjælpe befolkningen med operation af hofter, knæ, åreknuder, hæmorider, brok og stær.

Det giver desværre ikke lægestanden den samme helteglorie, som de højteknologiske prestigeoperationer, - men det giver befolkningen livskvalitet; - og dermed liv.

Modstand

Det kan undre, at en så fremragende behandling stadig møder så stor en træghed og modstand i lægekredse, men kender man lægestanden indefra, er det nu ikke så mærkeligt.

En af søjlerne i vort prestigefyldte tempel for moderne lægevidenskab er den udbredte illusion, at der er en glat og velsmurt hurtigrute mellem forskningens resultater og den praktiske brug i behandling af vore patienter.

Som nævnt, er det desværre en illusion.

Hvis teorien bag en ny behandlingsmetode ikke passer ind i den etablerede forskningsteori, og således ikke kan absorberes i denne uden at man skal ændre på præmisserne for det, der allerede er skolemedicin, så skabes utryghed og forvirring, og det nemmeste er at negligere den nye information.

Vi kan tale om en form for mental blokering eller „cognitiv dissonans“.

Det er for besværligt og måske lidt utrygt at sætte sig grundigt ind i den nye information, fordi det indebærer en risiko for, at man tvinges til at ændre det videnskabelige grundlag, der danner basis for ens egen viden og position.

Hvis en ny behandling som EDTA-behandling samtidigt føles som en trussel mod en faggruppe, og denne ligefrem har en interesse i at modarbejde den ny behandling, så vil denne gruppe kunne udlægge et tågeslør af negativ misinformation, som er uigennemskueligt for den, der ikke har sat sig ind i emnet.

Og det er lige præcis, hvad danske karkirurger gjorde lige fra de opdagede, at EDTA-behandling eksisterede. Ledende karkirurger udtalte, at EDTA-lægerne ”provokerer med solstrålehistorier”. En interessant udtalelse, som afslører, at man føler sig provokeret til modstand og ikke inspireret til samarbejde. I 1988 ville danske karkirurger så lave

et forsøg med EDTA-behandling. Man startede med at invitere en jysk praktiserende læge med i forsøgsgruppen, fordi han var formand for den lokale afdeling af Hjerteforeningen i Vejle og var af denne forening sendt på kursus i USA, for at se, hvad det var for en behandling. Hurtigt gik det op for ham, at karkirurgernes planlagte forsøgsprotokol var forkert, men da han gjorde opmærksom på dette forhold, blev han diskret fjernet fra forsøget. Man ønskede med al tydelighed ikke at udføre denne behandling korrekt. Vor indsigelse i Ugeskrift for Læger lidt senere imod den anvendte fremgangsmåde prellede ligeledes af på karkirurgerne, som blot fortsatte med fuld fart fremad med deres egen hjemmelavede behandling, som ikke blev anvendt noget andet sted i verden.

Der foregik andre skumle ting omkring dette forsøg, så som at afsløre, hvem der fik placebo, og hvem der fik EDTA længe inden resultatopgørelsen. Der var usædvanligt mange, der droppede ud af forsøget, og specielt de, som havde god effekt af EDTA-behandling, fordi de f.eks. stoppede på gangtesten af ”andre grunde” end smerter i benene, nemlig udmattelse, fordi de nu kunne gå så langt. Forsøget blev af udenlandske eksperter betegnet som fusk, og i USA blev det brugt som skoleeksempel på ”scientific maprac-tise”.

I dag er det vanskeligt at sige, om det var fusk, eller om forsøget overhovedet har fundet sted, for alle forsøgsdata blev skyndsomt destrueret allerede medens der var debat om forsøget.

En sådan handling er strafbar i andre lande, og specielt når forsøget delvist er udført for offentlige midler. Her må vi blot gætte på grunden til karkirurgernes iver efter at destruere deres eget forsøgs råmateriale.

Resultatet blev som ventet, at EDTA-gruppen kun klarede sig marginalt bedre end placebogrupperne, og dette først kunne måles ved 3-måneders kontrollen.

Karkirurgerne var ikke sene til at udnytte dette forsøg til at nedgøre deres værste konkurrent.

Men deres gode pressekontakter, busede de ud med det glade budskab på verdens bedste sendetid, nemlig i TV-avisen i halvlegen i den første fodboldkamp i Europamesterskaberne.

Budskabet blev udbasuneret længe inden forsøget havde udmøntet sig i en videnskabelig artikel, som

var blevet offentliggjort og dermed udsat for kollegers kritik.

En sådan publikation så først dagens lys senere i et ret ukendt videnskabeligt tidsskrift (efter at være afvist fra Lancet), men dette banede så vej for en senere publikation af den samme artikel i Ugeskrift for Læger, som i forvejen var negativt stemt over for EDTA-behandling.

En tidligere redaktør udtalte, at så længe han var redaktør, ville der ikke komme til at stå ét positivt ord om EDTA-behandling i Ugeskriftet.

Men en ting var, at lave et vildledende forsøg med en forkert metode. Det kunne vi jo bare trække på skulderen af.

Noget helt andet var, at karkirurgerne offentligt udtalte, at de havde ”brugt præcis samme opskrift som EDTA-lægerne”. Det var ikke sandt.

Dette usande udsagn gjorde imidlertid, at karkirurgernes hjemmelavede behandling pludselig blev relateret til den behandling, som vi andre brugte, og som anvendes over hele verden.

Så blev det pludselig alvorligt, og så måtte vi naturligvis protestere.

Det første, vi gjorde var, at indklage karkirurgerne til Udvalget Vedrørende Videnskabelig Uredelighed (UVVU), hvis primære formål syntes at være at dække over fusk i forskning.

De afviste først at behandle sagen, og da vi insisterede, frifandt de naturligvis karkirurgerne. Ovennævnte redaktør for Ugeskriftet sad i øvrigt også i UVVU på det tidspunkt.

Senere persevererede forsøgsgruppen ved at få en yngre læge, som deltog, til at lave en PhD-afhandling over det forsøg, som de i sin tid havde lavet. Vejleder var formanden for karkirurgisk selskab og blandt opponenterne var der ikke én, der havde forstand på EDTA-behandling.

Da den blev publiceret fandt vi 75 fejl og flere lodrette usandheder i den, men indsigelsen prellede naturligvis af, som vand på en gås.

Da den nyslåede PhD så ville drage på turné i Danmark med en foredragsrække, som var sponsoreret af lægemiddelfirmaet Astra (som laver hjerte-kar-medicin), om EDTA-behandling, så syntes vi, det var på tide at se, om det juridiske system kunne yde behandlingen retfærdighed, når de lægelige systemer ikke kunne.

Vi stævnedes den yngre læge og den daværende formand for Karkirurgisk selskab i en ”mortifikationssag”, hvis formål det er at blotlægge usandheder.

Vi blev hurtigt skuffede, idet Østre Landsret lagde ud med at afvise sagen. Det ankede vi, og Højesteret sendte sagen tilbage til den modvillige Østre Landsret. Så der var vi allerede bagud på point.

Som sagen skred frem, måtte Østre landsret nok erkende, at man var nødt til at dømme de indstævnedes til at trække deres usande påstande tilbage, hvis ikke man gjorde noget, så i sidste time af rettens gang, inddrog man pludselig UVVU's negative udsagn, desuagtet at dette intet havde med sagen at gøre. Men retsformanden lagde stor vægt på de tunge personer, som sad i UVVU, og ville tydeligvis følge dem.

Denne turnaround aflæses klart i dommen fra Østre Landsret, hvor præmisserne tydeligvis giver os ret, men hvor både formulering og logik vender 180 grader på sidste side, hvor retsformanden skriver dommen.

Oversat til nudansk står der, at man godt kan se, at de indstævnedes har brugt en anden behandling end vores, og man kan også godt se, at de har udtalt, at de har brugt samme behandling som vores, men i en offentlig debat må der være plads til unøjagtigheder.

Selv påstande, hvor der er tale om lodrette usandheder er blevet afvist.

Sagsøgte har faktisk fået dom for at:

EDTA + Vand + NaCl = EDTA + Vand + Vitamin-C + Bikarbonat + Magnesium.

Interessant.

Specielt da selv karkirurgernes eget ekspertvidne fra Sundhedsstyrelsens Institut for Rationel Farmakoterapi samt Landsrettens sagkyndige vidne klart fastslog, at man ikke kunne sammenligne effekten af de to forskellige behandlinger.

Dermed negligeredes de to eneste uafhængige eksperter. Ingen af disse har nogensinde haft noget med EDTA-behandling at gøre, eller været involveret i konkurrerende virksomhed.

Begge disse udtaler, at man ikke kan drage konklusioner fra den ene behandling til den anden.

Hvorfor tæller disses udsagn ikke?

De to indstævnedes kun ikke nævne én eneste klinik i Skandinavien eller resten af verden, som anvendte den behandling, de havde anvendt i deres forsøg. Dette til trods fremgår det af dommen, at forskellene er ubetydelige. –Præcis som UVVU skrev.

Hvordan kunne de vide det? De vidste den gang ikke noget om magnesiums og C-vitaminets hjerte-kar-gavnligt effekt eller f.eks. homocy-

stein's afhængighed af vitaminerne B6, B12 og folinsyre.

Det mest rystende er måske, at dommen fuldstændigt negligerer den rystende oplysning fra de indstævnedes, at de havde destrueret råmaterialet fra deres eget forsøg. Dette blev afsløret, da vi insisterede på at se forsøgets rådata.

Dommen følger jo i virkeligheden Landsrettens første afvisning, hvor man skrev, at det ikke var noget, som skulle afgøres af det juridiske system, men i lægeverdenen.

Dette udsagn har Landsretten og senere Højesteret så fulgt nøje, idet de har fulgt netop den gamle UVVU-afgørelse, som var baseret på en fejlagtig, sjusket og hildet sagsbehandling.

Dommen er således blot en videreførelse og accept af traditionen for den sædvanlige lægelige selvbedømmelse.

Som det fremgår af ovenstående, så kræver det en ikke ubetydelig viljestyrke at kæmpe imod klere-siet. Men en ting er kampen, noget andet er blot at læse om den, at sætte sig ind i den.

Meget få læger har orket blot at sætte sig ind i denne sag, men har bare noteret sig, at karkirurgerne blev frifundet for at have talt usandt. Og den journalistiske tolkning af dette er naturligvis, at EDTA ikke virker.

Når hverken læger, jurister eller journalister har tid og lyst til at sætte sig ordentligt ind i sagerne, så må man forstå, hvorfor en ny behandling har så vanskelig en gang på jord.

Alle de, der ikke orker at sætte sig ind i den ny information, vil derefter vælge den nemmeste vej, nemlig at negligere det nye.

Lægestanden består af tusindvis af samvittighedsfulde enkeltpersoner, der gør deres bedste i en presset hverdag, og den enkelte læge har ikke en jordisk chance for at sætte sig kritisk ind i den massive informationsmængde, der vælter ind hver dag.

Derfor må man stole på information fra de kolleger, som har specialviden inden for det givne felt. Denne nødvendige uddelegering af informationsansvar er en væsentlig årsag til at lægestanden på et givet felt kan vildføres af en enkelt eller nogle få konkurrerende kolleger, som her karkirurger.

Dette spil ser patienterne, journalisterne og politikerne imidlertid ikke, og befolkningen får det indtryk, at hele standen har denne gruppes mening. Derfor bliver megen ny information aktivt ignoreret, og derfor er vejen så lang og trang fra

pionerstadiet til udbredt brug af selv så effektiv en behandling som EDTA-kelation.

Desuden vil den farmaceutiske industri og dermed lægestanden automatisk have modvilje imod en behandling, som er effektiv, billig, lavteknologisk og bivirkningsfri.

Det er ganske enkelt for godt til at være sandt, og kan kort opsummeres i følgende 13 punkter:

- 1) **Der er ikke patent på EDTA.**
(Dermed er det så billigt, at der ikke er økonomi til forskning.)
- 2) **Det er for effektivt.**
(Det kan ganske enkelt ikke passe. Ingen medicin kan hjælpe 90%.)
- 3) **Det er for ufarligt.**
(En kronisk, fremadskridende, dødelig sygdom kan umuligt bedres ved en ufarlig behandling.)
- 4) **Der er for få bivirkninger.**
(Umuligt. Ny medicin har altid bivirkninger.)
- 5) **Metoden er for billig.**
(Vælter hele sundhedssystemets budgetter. En kur på 30 behandlinger koster det samme som 3 dages sygehusindlæggelse.)
- 6) **Metoden er for lavteknologisk.**
(Ikke i tidens trend. Ikke „fint“.)
- 7) **Behandlingen kan gives decentralt.**
(Uinteressant for hospitalsvæsenet, som jo er toneangivende i sundhedsvæsenet.)
- 8) **Behandlingen kan frigøre karkirurgisk kapacitet.**
(Uinteressant for karkirurger.)
- 9) **Behandlingen kan fjerne ventelister.**
(Uinteressant for bevillingshungrende afdelinger.)
- 10) **Metoden har hjulpet mange patienter efter mislykkede operationer.**
(Helt uacceptabelt.
Det er aldrig velset, hvis en læge kommer til at helbrede en kollegas patient. Specielt ikke efter dennes mislykkede operation.)
- 11) **Metoden er opfundet af praktiserende læger.**
(Ny viden skal helst komme „oppefra“.)
- 12) **Metoden er aktivt modarbejdet af det ortodokse „establishment“.**
(Der er sagt og skrevet for meget, som det vil blive svært at trække tilbage. Et generationsskifte er nødvendigt.)

13) **Behandlingen er først beskrevet i „lav-prestige“ tidsskrifter.**

(Ikke godt for de estimerede „anerkendte“ tidsskrifter, som derfor à priori vil tage afstand fra artikler om metoden.)

Der ville være betydeligt større velvilje over for EDTA-behandling, hvis den var rasende dyr, havde mange bivirkninger og kun havde effekt på 20 %.

Visioner

Danske borgere, som lider af åreforkalkning, skal først og fremmest have kendskab til EDTA-behandlingens eksistens. Uden dette kendskab har de ingen chance for at træffe et valg.

Mg-EDTA-behandling er til dato den bedste behandling til åreforkalkningspatienter, og den eneste hvormed man kan fjerne åreforkalkning med medicin.

Til trods for, at behandlingen har været brugt i Danmark i mere end tyve år, og at tusinder af patienter har fået et bedre liv via denne behandling, er det kun en brøkdel af befolkningen, som nogen sinde har hørt om den.

Hvis patienter spørger deres egen læge eller en sygehuslæge, om der findes noget, de kan gøre for at undgå en bypass-operation eller en benamputation, får de benægtende svar.

Dette til trods for, at 2/3 af de, som står foran en ByPass-operation, kan undgå denne, og næsten alle kan undgå en amputation, hvis de kommer i tide.

Igennem de 22 år, vi har brugt EDTA i behandling af patienter med åreforkalkning, har vi reddet ca. 90 % af de amputationstruede ben, vi har set i klinikken. Og nogen er endda kommet meget sent i forløbet.

Det værste er, når en patient kommer til os for at redde et ben, EFTER at det andet er amputeret. Når patienten erfarer, at det tilbageværende ben stille og roligt genvinder sin farve, funktion og blodforsyning, så dæmrrer bevidstheden om, at det andet ben kunne være reddet, hvis blot han eller hun i tide havde kendt til behandlingens eksistens. Uden kendskab til behandlingens eksistens, har patienten ikke engang mulighed for at vælge.

Det er derfor afgørende, at kendskabet til denne behandling bliver spredt, så ingen skal lide den tort at blive opereret, -uden i det mindste at have haft en chance for at træffe et andet valg.

Mg-EDTA-behandling, givet efter godkendt protokol, bør oppebære tilskud fra Den Offentlige Sygesikring. Det er ikke rimeligt, at der er mennesker, som ikke har råd til at redde deres ben fra en amputation.

EDTA-behandling bør kunne tilbydes borgere i alle regioner i Danmark. Mange af vore patienter rejser meget langt for at få behandling, som foregår 1-2 gange pr. uge i 15-30 uger som startbehandling. Rejsen f.eks. fra Bornholm betyder en 3-dobling af behandlings-udgiften for patienten.

Da behandlingen kan udføres af enhver læge, der er uddannet til det, kan den etableres uden avanceret sygehusudstyr og dermed i enhver egn af Landet.

Om ti år vil kirurgisk behandling af åreforkalkning være forældet.

„Gas- og Vandmester“-teknikken vil være erstattet af biologiske metoder, som kan genskabe et fysiologisk cellemiljø i kredsløbet og dermed fjerne selve årsagen til sygdommen.

EDTA-behandling er et godt bud på fremtidens biologiske behandling af hjerte-kar sygdomme.

Ref:

Chappell LT and Stahl JP: The correlation between EDTA chelation therapy and improvement in cardiovascular function: A meta-analysis. J Adv Med 1993;6(3):139.

Cappell LT, Hancke C et al. Cardiac Events in Vascular Patients Treated with EDTA. Evid Based Integrative Med 2005;2(1):27-35.

Godfrey ME: EDTA chelation as a treatment of arteriosclerosis. N Z Med J 1990;93:199.

Hancke C, Flytlie K. Benefits of EDTA Chelation Therapy in Arteriosclerosis: A Retrospective Study of 470 Patients. Journal of Advancement in Medicine 1993; 6/3:161-171.

Hancke C. The Long-term Effect of Chelation Therapy: A 6- to 12-year Follow up of a 1993 EDTA Study. Clin Pract Alt Med spring 2000;1(3):158-163.

Lonsdale D: EDTA chelation therapy. Am J Surg 1993;166:316.

Messerli. Cardiovascular drug therapy. Second Edition. Philadelphia, Pennsylvania: W.B.Saunders, 1996: 1613-7.

Claus Hancke

Speciallæge i almen medicin

Institut for Orthomolekylær Medicin

Lyngby Hovedgade 37

2800-Kgs.Lyngby

Rabatordning til EDTA-Patientforeningens medlemmer

Der er indgået aftale med nedennævnte lægeklinikker, at de giver rabat til patienter der modtager EDTA-behandling og som er medlem af EDTA-Patientforeningen

Claus Hancke Speciallæge i Alm. Medicin

Irene Hage Praktiserende læge

Ole Købke Praktiserende læge

Lyngby Hovedgade 37, 2800 Kgs. Lyngby

Tlf. 45 88 09 00

Aa. Winther Nielsen

Speciallæge i Alm. Medicin

Hovedgaden 41, 01 - 2970 Hørsholm

Tlf. 70 25 12 05

Bruce Phillip Kyle Praktiserende læge

Stautrupvej 7A, 8260 Viby J. • Tlf. 86 28 96 88

Knut Flytlie Speciallæge i Alm. Medicin

Gludsmindevej 39, 7100 Vejle

Tlf. 75 72 60 90

Villy Lade Aps Speciallæge i Alm. Medicin

Nørregade 18 E, 9800 Hjørring

Tlf. 98 92 84 64

Intravenøs-behandlingerne foregår tirsdage og fredage

Bestyrelse:

Formand: **Willy Odgaard**, Herman Bangs Vej 3,
8660 Skanderborg - Tlf. 86 52 19 19
Mobil: 22 76 43 05 - e-mail: woc@vip.cybercity.dk

Næstformand: **Svend Aage Nielsen**
Rømersvej 2, Kielstrup, 9500 Hobro.
Tlf. 98 55 83 00.
E-mail: kielstrup@kielstrup.dk

Bent Jørgensen

Nørrevej 9, 2690 Karlslunde - Tlf. 46 15 00 18
e-mail: ingerbent@hotmail.com

Bente Svarre

Bødgersmindevej 7, Thorning, 8620 Kjellerup
Tlf. 86 88 03 04. e-mail: niels-svarre@mail.dk

Erik Bøndergaard

Solbakkevej 1, 7480 Vildbjerg - Tlf. 97 13 21 04
email: erikogbente@mail.tele.dk

Suppleant: Inger Jørgensen

Nørrevej 9, 2690 Karlslunde
Tlf. 46 15 00 18
e-mail: ingerbent@hotmail.com

Knud Hansen

Rytterkær 8, Herringløse, 4000 Roskilde
Tlf. 46 76 93 50
E-mail: knud.hansen@dlgnet.dk

**Personer, der er tilknyttet Patientforeningen,
med særlige opgaver:**

Kasserer: Kenneth Svendsen

Odensevej 154, 4700 Næstved - Tlf. 55 72 01 54
e-mail: ks4142@stofanet.dk

Erik Højstrup Christensen

Konsulent i særlige anliggender
Bakkevej 36, Dommerby, 7840 Højslev
Tlf. 97535428
e-mail: erikhc@jyde.dk



EDTA-Patientforeningen

Herman Bangs Vej 3, 8660 Skanderborg
Tlf. 86 52 19 19 - Mobil: 22 76 43 05
e-mail: woc@vip.cybercity.dk
Hjemmeside: www.edta-patientforeningen.dk
Patienttelefon: 70 27 36 98

**Patientforeningens repræsentanter
i regionerne:**

Region Hovedstaden

1. Bent Jørgensen (bestyrelsesmedlem)
Nørrevej 9, 2690 Karlslunde - Tlf. 46 15 00 18

2. Ruth Banks
Solrød Byvej 58, 2680 Solrød Strand
Tlf. 56 14 46 66

Region Sjælland:

1. Inger Jørgensen (suppleant)
Nørrevej 9, 2690 Karlslunde - Tlf. 46 15 00 18

2. Elsebeth Kaae
Odensevej 154, 4700 Næstved - Tlf. 55 72 01 54

Region Syddanmark:

1. Willy Odgaard (bestyrelsesmedlem)
Herman Bangs Vej 3, - 8660 Skanderborg
Tlf. 86 52 19 19

2. Henning Grube Andersen
Fåborgvej 37 - 5762 V. Skerninge - Tlf. 62 24 18 90

Region Midtjylland:

1. Erik Bøndergaard (bestyrelsesmedlem)
Solbakkevej 1, 7480 Vildbjerg - Tlf. 97 13 21 04

Region Nordjylland:

1. Bente Svarre (bestyrelsesmedlem)
Bødgersmindevej 7, Thorning - 8620 Kjellerup
Tlf. 86 88 03 04