

Kandidatnummer: 10060

Lipødem:
fysioterapitilnærming før,
under og etter operasjon.

Lipoedema: physiotherapy approach before, during and after surgery.



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap

Sammendrag

Lipødem: fysioterapitilnærming før, under og etter operasjon.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne mer kunnskap om lipødem som er en sykdom som i hovedsak rammer kvinner. Oppgaven ser på hvilke tilnærminger og metoder som blir brukt av fysioterapeuter i behandling av lipødepasienter som skal eller har gjennomgått fettsuging (i det offentlige helsevesenet i Norge).

Metode

Det ble brukt data fra fire kvalitative intervju. Intervjuene ble skrevet ned underveis, og i etterkant transkribert og kodet til rådata. Disse dataene danner grunnlaget for oppgaven.

Resultat

Resultatene viser at fysioterapeutene stort sett tilbyr pasientene behandling i form av fysisk aktivitet, kompresjon og livsstilsendring både før og etter operasjonen. Studien viser at pasientene kan ha god nytte av oppfølging av fysioterapeut, og at oppfølgingen, i kombinasjon med kirurgi, kan gi smertelette og økt livskvalitet.

Konklusjon

Resultatet fra studiene viser at fysioterapibehandling vil kunne føre til smertelette og vektnedgang hos pasienter som gjennomgår fettsuging for lipødem. Fysioterapeuten er delaktig i å sette mål som er realistiske og bidrar til mestringsfølelse hos pasienten. Det er behov for videre forskning på området for grundigere kartlegging og bedre behandlingsmetoder for en tilstand som er en kvinnelidelse og som det frem til nå har vært lite oppmerksomhet rundt.

Abstract

Lipoedema: physiotherapy approach before, under and after surgery.

Purpose

The purpose of the assignment is to find more knowledge about lipoedema, a disease that mainly affects women. The assignment is looking at approaches and methods that physiotherapists use in treatment of lipoedema patients who is going to or have had liposuction (in the public health system in Norway).

Method

It has been used data from four qualitative interviews. The interviews were written down along the way, transcribed and coded into raw material afterwards. This data forms the foundation of the assignment.

Result

The result shows that the physiotherapists mostly offer treatment in form of physical activity, compression, and lifestyle changes both before and after surgery. The study shows that patients can have great use of follow-ups by a physiotherapist, and that the follow-up, in combination with surgery, can give pain relief and increase life quality.

Conclusion

The result of the study shows that physiotherapy treatment could result in pain relief and weight loss in patients who goes through liposuction for lipoedema. The physiotherapist takes part of setting realistic goals that contributes to a sense of achievement. It's need for further research in the area, for a more thorough mapping and better treatments for a condition that affects women and has, until now, had less attention.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	4
1.1 LIPØDEM.....	4
1.2 HENSIKT MED OPPGAVEN	5
2 TEORI.....	6
2.1 FYSIOTERAPEUTENS ROLLE.....	8
2.2 BEGREPSFORKLARING	8
2.2.1 Fettsuging	8
2.2.2 Trumescent fettsuging	8
2.2.3 Manuell lymfedrenasje	8
2.2.4 Kompresjonsbehandling	9
2.2.5 BMI	9
2.3 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET	10
3 METODE	11
3.1 METODOLOGI – KVALITATIV FORSKNINGSMETODE.....	11
3.2 INTERVJUGUIDE OG INTERVJU.....	11
3.2.1 Intervjuguide.....	11
3.3 UTVALG	12
3.4 ANALYSESTRATEGI.....	13
3.5 METODEREFLEKSJON	14
3.5.1 Etske hensyn	15
4 RESULTAT OG TOLKNING.....	16
4.1 INKLUSJONSKRITERIER FOR Å FÅ OPERASJON.....	16
4.2 TILTAK FØR OPERASJONEN	18
4.3 TILTAK ETTER OPERASJONEN	19
5 DISKUSJON	21
5.1 INKLUSJONSKRITERIENE	21
5.2 AKTIVE TILTAK	22
5.3 PASSIVE TILTAK	24
6 KONKLUSJON	26
7 REFERANSELISTE.....	27
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE.....	32
VEDLEGG TO: KODING AV RÅDATA.....	34

1 Innledning

1.1 Lipødem

Lipødem er en kronisk sykdom som består av en symmetrisk samling av smertefullt fettvev. Fleste lipødepasienter sliter også med overvekt. Pasientene har i hovedsak to typer fett, lipødemfett, og normalt fett i ekstremitetene. Sykdommen arter seg oftest i underekstremitetene, men kan også oppstå i overekstremitetene (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44). En litteraturstudie fra 2012 skriver at 31% av lipødepasientene også har forstørret overekstremitet (Forner-Cordero, et.al., 2012, s. 86-95). Sykdommen rammer som regel bare kvinner, og debuterer oftest rundt puberteten, men kan også debutere ved andre store hormonelle forandringer som graviditet eller menopause (Gohds, et al., 2020). Det har også blitt presentert menn med lipødem i litteraturen, men da også med andre tilstander som er assosiert med høyt østrogennivå eller lavt testosteronnivå (Chen, et al., 2004, s. 282-286).

De første til å beskrive denne sykdommen, var Allan og Hines i 1940. Den ble kategorisert som store bein grunnet subkutan avleiring av fett i setet og underekstremiteter og opphopning av væske i bena. Lipødem er per dags dato ikke blitt inkludert i den tiende versjonen av International Classification of Diseases (ICD), men har blitt en kode i ICD-11 (Paolacci, et al., 2019, s. 5581-5554). Sykdommen blir beskrevet slik:

«Lipoedema is characterized by non-pitting diffuse «fatty» swelling, usually confined to the legs, thighs, hips and upper arms. It may be confused with lymphoedema. Lipoedema may also occur in the scalp.» (World Health Organization, 2021).

Selv har jeg opplevd situasjoner der mennesker som står meg nær har blitt feildiagnostert, der jeg nå forstår og kjenner igjen symptomene på lipødem. Veien frem til diagnosen har vært fortvilende for vedkommende som ikke fikk den riktige diagnosen fra start. For pårørende kan det være frustrerende å måtte forholde seg til diagnoser man opplever som feil, men som er satt av fagpersoner.

Dette er en sykdom som ikke sjeldent blir feildiagnostisert, og de vanligste diagnosene er overvekt eller lymfødem. Diagnosekriteriene for lipødem er uklare, og pasientene gjennomgår ofte en variert og ikke-suksessfull behandlingsplan før de får den riktige diagnosen (Peled, 2012, s. 303-307). Grunnen til feildiagnostisering er ukjent, men kan tenkes seg å være på grunn av manglende kunnskap om sykdommen (Coppel et al., 2017, s. 23-27).

1.2 Hensikt med oppgaven

I mars 2021 ble det oppnevnt et utvalg fra regjeringen som skal se på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Dette betyr at kvinnehelse skal løftes frem blant annet i forskning (Hjukse, 2021). Det er viktig at fysioterapeuter deltar i forskning og kunnskapsutvikling innenfor dette området, også når det gjelder sykdommen lipødem som i hovedsak rammer kvinner. På bakgrunn av min tidligere erfaring og teorigrunnlag ble denne problemstillingen utarbeidet:

«Hvilke metoder og tilnærminger blir brukt av fysioterapeuter i behandling av lipødempasienter som skal eller har gjennomgått fettsuging (i det offentlige helsevesenet i Norge).»

2 Teori

Sykdommens navn, *lipødem* er misvisende, da ødem er beskrevet av Store Medisinske Leksikon som en sykkelig økning av mengde vevsvæske (Gravning, 2020). Av denne grunn kan det være mange som er forvirret over diagnosen. Det er ikke vevsvæske som har ført til en forstørring av beina, men den økte mengden fettvev kan, i alvorlige tilfeller, forårsake en overbelastning på lymfesystemet, og derfor forårsake et ødem i form av lymfevæske i beina eller armene (Forner-Cordero, et.al., 2012, s. 86-95). Allerede tidlig på 50-tallet ble det skrevet at det kan være noe hevelse på slutten av dagen, men ingenting tyder på at det trenger å være noe mer et vanlig ortostatisk ødem (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44).

Fettsamlingene knyttet til lipødem vil samle seg rundt hofter, lår, og ned til anklene. Ved anklene stopper fettsamlingen, og man vil tydelig kunne se et skille mellom oppsamlet fettvev og føtter. Det samme gjelder armene, der hendene vil ha en normal fasong, dette kalles også «cuff-sign» (figur 1) (Gohds, et al., 2020). Bildet illustrerer tre stadier av lipødem.



Grunnet en ukomplett forståelse for patofysiologien ved lipødem og de mange spørsmålene som ikke enda er besvart, er også diagnoseverktøyene lite utbredt, og mange pasienter vil gå med smerter og symptomer over lengere tid før de får en diagnose. De fleste pasienter vil umiddelbart føle på lettelse over å endelig få en diagnose, men

Figur 1: Tydelig cuff-sign ved stadium to og tre. Bildet hentet fra Dermatologic Therapy: disease progression and comorbidities in lipedema patients: a 10-year retrospective analysis.

mangelen på behandlingsmetoder eller måter å bli kvitt plagene på, gjør at mange pasienter igjen blir skuffet (Peled & Kappos, 2016, s. 389-395). Målene for behandling er i dag, å redusere symptomer og funksjonshemninger og å forhindre videre progresjon av sykdommen. Behandlingen vil også rette seg mot å redusere andre faktorer som kan bidra til å forverre symptomene, slik som fedme eller lymfødem (Coppel et al., 2017, s. 23-27).

Smertene som lipødepasientene har i vevet kan forklares ved at økning av fettvev kan lede til økning av pro-inflammatoriske hormoner og oksygenmangel i vevet. Oksygenmangelen kommer fra en raskere økning av fettceller enn blodårer, dette kan resultere i blodmangel til fettvevet, og deretter oksygenmangel (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44). En studie fra 2019 bekrefter dette, med funn av økt antall makrofager vevet hos lipødepasienter (AL-Ghadban et al., 2019).

For å kunne gi behandling til en pasient er man nødt til å kartlegge hva som er de virkelige plagene hos pasienten. Dette kan i noen tilfeller kan det være smerter, andre bevegelsesinnskrenkninger eller redusert mulighet til fysisk aktivitet. Pasientene kan også være preget av psykiske lidelser som øker smertefornemmelse, eller fortvilelse rundt sykdommen. I den nye Europeiske konsensusen nevnes blant annet bevegelsesterapi, kompresjonsterapi, vektkontroll og fettsuging som gode behandlingsmetoder (vd Veen, 2020)

Manuell lymfedrenasje (MLD) blir ikke omtalt som en behandlingsmetode for lipødem; kun i de sjeldne tilfellene som også har utviklet lymfødem. Dette er på grunn av at det ikke finnes noen evidens på at MLD har effekt på sykdommen. Det er et faktum at mange opplever smertelindring ved MLD, og MLD da må da foreskrives med utgangspunkt til dette (vd Veen, 2020). En studie som bruker MLD som behandlingsmetode for fibromyalgi viser til at berøring og MLD kan ha en positiv effekt på smertereduksjon i inflammatorisk vev (Algar-Ramírez et al, 2021, s. 349-359).

Bevegelsesterapi er blant behandlingsmetodene som står høyt på listen over tiltak hos lipødepasienter. Med bevegelse får man økt blodsirkulasjon, som igjen bidrar til å senke betennelsesreaksjonen i vevet. Bassentrening foretrekkes gjerne da man kan kombinere fordelene av å bli lettere i vannet, og kompresjon av det hydrostatiske trykket som oppstår under vann (vd Veen, 2020).

Kompresjonsterapi hos lipødepasienter har tre mekanismer: Det første punktet viser til kompresjon som en støtte til vevet, som vil redusere smerter, verking og ubehag. Det andre viser til en støtte om ekstremitetene, og forming av ekstremitetene for å få skapt bedre mobilitet. Det siste punktet gjelder pasienter som også har utviklet lymfødem i tillegg til lipødemet. Her blir kompresjonsterapi brukt til å redusere overskuddsvæske og fremme venøs tilbakestrømming i ekstremitetene. Kompresjon kan også være forebyggende for lymfødem hos lipødepasienter (Coppel et al., 2017, s. 23-27).

Når det gjelder fettsuging, så blir dette betraktet som et potensielt alternativ til behandling. Dette er dog ikke er den første behandlingsmetoden man foreslår. Lipødepasienter som får godkjent en operasjon har tidligere vært gjennom den konservative behandlingen uten at dette har hatt god effekt på symptombildet. De sliter fortsatt med smerter eller bevegelsesinnskrenkninger (Halk & Damstra, 2017, s. 152-159).

2.1 Fysioterapeutens rolle

Fysioterapeuten er førstelinje behandler ved lipødem, og det er som regel til fysioterapeut de først blir henvist. Mange andre helseprofesjoner har lite kunnskap om denne diagnosen, og derfor er det viktig å kunne ha minst én helseprofesjon som har kunnskapen, og hjelpemidlene for å ta imot denne pasientgruppen på en god måte.

2.2 Begrepsforklaring

2.2.1 Fettsuging

Fettsuging er en remodelering av kroppsilhuetten, og det første forsøket på å gjennomføre en slik remodelering skjedde allerede i 1921. Da ble store deler av både hud og fett fjernet fra en dansers ankel og legg. Følgene av behandlingen var nekrose/gangren og amputasjon.

Fettsuging har blitt utviklet videre og blitt mer effektiv som behandlingsmetode med færre tragiske utfall. I 1975 kom det som vi nå kan kjenne igjen som fettsuging. Nå brukes en hul kanyle som er festet til en maskin med svak vakuumeffekt. Metoden utvikles stadig og nå utføres stort sett kun det som kalles trumescent fettsuging (Bellini et al., 2017, s. 53-60).

2.2.2 Trumescent fettsuging

Dette er den fettsugingsmetoden som brukes mest på verdensbasis. Det er en metode som går ut på å sprøyte en væske med adrenalin, sterilt vann og lokal anestesi inn i fettvevet før man begynner inngrepet. Denne metoden ble først introdusert på 80-tallet av en dermatolog, og den revolusjonerte prosedyren og eliminerte en del av risikoen som ved «dry» fettsuging (Boeni, 2011, s. 287-281). Væsken som sprøytes inn i vevet gjør at huden hovner opp, adrenalinet i væsken virker som en vasokonstriktor, det reduserer risikoen for blødninger og lokalbedøvelsen gjør at man ikke får bivirkningene av generell anestesi som kvalme og hodepine (Cherney, 2021).

2.2.3 Manuell lymfedrenasje

Manuell lymfedrenasje (MLD) er en mild behandlingsform der man masserer alt fra deler av kroppen til hele kroppen for å få lymfesystemet til å jobbe bedre. Lymfedrenasje kan se ut som normal massasjeform, men i motsetning til massasje, vil en lymfedrenasje ha til formål å føre overflødig væske fra en del av kroppen til fungerende lymfeårer/knuter. Dette skjer via anastomoser til områder som har god drenering. Behandlingen består av lette pulserende, og sirkulerende trykk med hendene. Lymfesystemet er et rolig og langsomt system, og derfor skal massasjen også være langsom med lengre drag (Bunkan & Schultz, 2013).

Denne formen for behandling blir brukt på mennesker som av en eller annen grunn har nedsatt funksjon i lymfesystemet. Dette kan være kreftpasienter som har fått fjernet lymfeknuter som følge av metastaser eller svært overvektige mennesker der lymfesystemet er overarbeidet (Moffatt et al, 2003, s. 731-738).

2.2.4 Kompresjonsbehandling

Kompresjonstøy er et spesiallaget tøy som skaper press på kroppen, eller spesifikk kroppsdeler. Det brukes hovedsakelig i medisinske tilfeller, sport eller ved forming av kroppen. Det meste av medisinsk kompresjon er tilpasset pasienten. Omkretsen av kompresjonstøyet vil være mindre enn pasientens omkrets. Når kompresjonstøyet er i bruk vil det strekkes og skape optimal kompresjon (Wang et al., 2011, s. 15-22). Det finnes to måter å lage kompresjonstøy på. Rundstrikket kompresjon er produsert ved fabrikkstrikking av en lang tube. Fordelen med denne type kompresjon er at den ikke har sy-søm på innsiden. Denne type kompresjon er tynnere og vil ved større sannsynlighet legge seg i folder og hudflikker. Flatstrikket kompresjon er fabrikkstikket til et flatt stykke som sys sammen med en longitudinal søm. Dette kompresjonstøyet er tykkere og strammere en rundstrikket og kompresjonstøyet er bedre når kroppen er ujevn og det er mer unormal form på kroppsdelen (Coppel et al., 2017, s. 23-27).

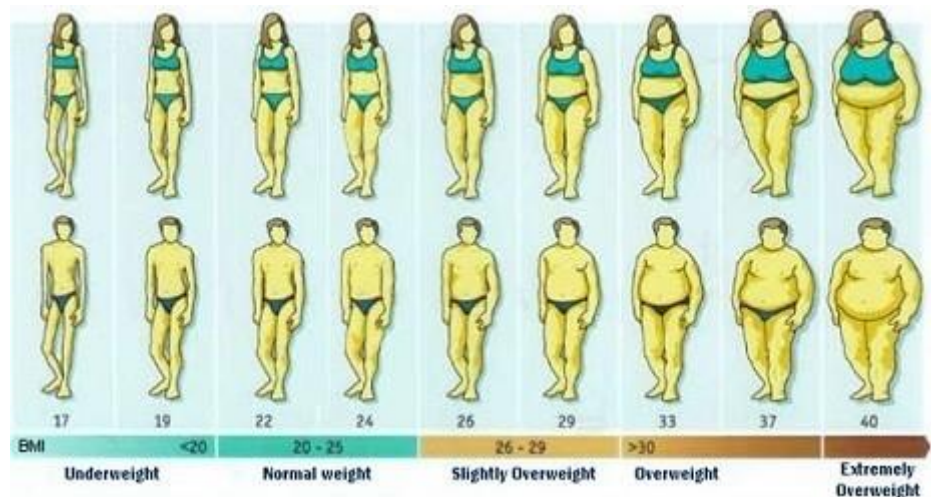
2.2.5 BMI

BMI er en forkortelse på «Body Mass Index», eller kroppsmasseindeks (KMI). Denne beskriver forholdet mellom høyde og vekt (figur 2).

Indeksen brukes til å gi en indikasjon på om man er undervektig,

normalvektig, overvektig eller har fedme. Denne brukes i hovedsak på menn og kvinner over 18

år, da det finnes andre målemetoder for barn (Folkehelseinstituttet, 2004).



Figur 2: BMI-skala, skiller mellom mann og kvinne. Bilde hentet fra [Trening.no](https://www.trening.no/helse/bmi-og-helse/)

Man bruker som regel ikke BMI verdiene på enkeltmennesker da det ikke alltid samsvarer med kroppsform, men det fungerer bra på populasjonsnivå (Oslo City Legesenter, u.d.).

$$BMI = \frac{Vekt(KG)}{Høyde(M)^2}$$

BMI har begrensninger på lipødempasienter, da noen kan være overvektige ifølge BMI skalaen, men fortsatt ha slank overkropp. Da vil midje mot høyde mål (waist to hight ratio) være mer hensiktsmessig, da denne gir en bedre indikasjon på distribusjonen av fett (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44).

2.3 Tidligere forskning på området

Lipødem ble, som tidligere nevnt, først oppdaget i 1940 av Allen og Hines, og ble beskrevet igjen i 1951 av de samme forskerne med flere (Wold et al., 1951). Etter dette ble det stille om diagnosen, og kun noen tilfeller ble skrevet om frem til nyere tid. På grunn av endringer i helsepolitikken og en økende dekning i media, har sykdommen nå økende oppmerksomhet (Gohds, et al., 2020). Mye av forskningen er ikke så bra som det skulle vært, og det er mange faktorer som ennå ikke er oppklart, slik som diagnosekriterier og patofysiologi (Halk & Damstra, 2017, s. 152-159). Forskningen blir sitert videre, noe som gjør at feilinformasjon og behandlingsmetoder som ikke er evidensbasert har blitt spredd rundt som fakta (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44).

Med sikkerhet kan det bekreftes at det er kvinner som i hovedsak blir rammet av sykdommen. Det har blitt forsket lite på epidemiologien, og det er derfor usikkert hvor mange som har sykdommen. Forskningen så langt har vært sprikende, fra Storbritannias en av 72000 til Tysklands 11%. Dette kan skyldes mild sykdom, eller feildiagnostisering (Coppel et al., 2017, s. 4).

3 Metode

3.1 Metodologi – kvalitativ forskningsmetode

Lipødem er lite forsket på, noe som gjør det vanskelig å finne artikler som samsvarer med min problemstilling. Det ble da nødvendig å samle informasjon fra personer som hadde mer erfaring om sykdommen og behandlingstilbudene. Derav ble kvalitativ forskningsmetode den korrekte løsningen for min oppgave. Feltet preges av nye perspektiver på områder som tidligere ikke har blitt forsket så mye på. I kvalitativ forskning vil det ofte være nær kontakt mellom forskeren og personer i felten, slik som ved intervjustudier. Kvalitative metoder egner seg godt til studier av temaer som man ikke vet så mye om fra før av. Dette gjør at det stilles store krav til åpenhet og fleksibilitet (Thagaard, 2018).

Min oppgave baserer seg på intervju, og et intervju gir innsikt i personens opplevelser, synspunkter og selvforståelse. Dette betyr at den som blir intervjuet har mulighet til å snakke om egne erfaringer og hvordan de forstår virkningen av egne erfaringer (Thagaard, 2018).

3.2 Intervjuguide og intervju

Kvalitative intervju og ordinære samtaler har mye tilfelles. I en samtale vil spørsmål og svar følge hverandre i en logisk rekkefølge og man vil snakke etter tur. I en slik intervjusituasjon har man ikke festet spørsmålene, samtalen skal flyte fritt, og den som intervjuer stiller spørsmål ut fra hva intervjuobjektet har svart på det forrige spørsmålet. (Rubin & Rubin, 2005). Når vi bruker intervju som metode er målet omfattende kunnskap om hvordan disse menneskene opplever det å jobbe med denne pasientgruppen, de vil kunne bruke metoder og teorier som de har forankret i historier fra egen praksis (Thagaard, 2018).

3.2.1 Intervjuguide

Intervjuene ble gjennomført sammen med en annen gruppe som også skriver om temaet lipødem. Vi har forskjellige problemstillinger, noe som gjør at spørsmålene vi har fått rådataene våre fra, er noe ulike. Vi bestemte oss likevel for å skrive én intervjuguide som ble førende gjennom intervjuene (*vedlegg en: den uthevede delen er hovedspørsmålene mot min problemstilling*). Vi ønsket å gjøre intervjuene sammen, grunnet tidsbesparelse for intervjuobjektene og lite miljø. Dette gjorde at vi i begynnelsen tok kontakt med de samme informantene, og fikk en felles e-post tilbake.

Intervjuguiden er utarbeidet med spørsmål om hvordan fysioterapeuter generelt jobber med pasientgruppen, og hvordan fysioterapeuter jobber med pasienter som skal gjennomgå operativ behandling i form av fettsuging. I *systematikk og innlevelse* av Thagaard (2018)

beskrives dette som delvis strukturert intervju, og er den vanligste og mest brukte intervjuformen i kvalitativ metode. Dette vil si at temaene for samtalen er lagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene blir bestemt underveis. Samtidig vil man også kunne komme ut av temaene og inn på ting som man ikke hadde tenkt på i forkant av intervjuet (Thagaard, 2018).

Personvernopplysninger skal oppbevares med forsiktighet, og det skal ikke være mulig å identifisere de registrerte over lengre perioden enn nødvendig for formålet. Videre i artikkel seks viser de til at behandling av personopplysninger er kun lovlig ved nødvendighet for å utføre oppgaven (personopplysningslova). For å bevise rettslighetene om oppgaven kan man søke til NSD. Søkeprosessen kan være omfattende og tidskrevende, og derfor ikke gjennomførbart i tidsrammen for bacheloroppgaven. Det ble ikke tatt video- eller stemmeopptak av intervjuene. Verken navn eller andre personopplysninger ble skrevet ned eller oppbevart i oppgavens tidsramme. Ved å gjennomføre en test på NSD sine sider (NSD, u.d.) ble det ble det bekreftet at de gjennomførte intervjuene ikke var meldepliktige.

Siden vi var tre studenter som gjennomførte intervjuene sammen, hadde vi mulighet til å ha flere skrivere. Vi gjennomførte det slik at en intervjuet og to studenter som skrev under hele intervjuet. På denne måten fikk vi mulighet til å sammenligne notatene våre i etterkant, og om det var noe den ene ikke oppfattet, så gjorde kanskje den andre det. Da jeg også hadde egen intervjudel, fant vi, etter første intervju, ut at det var vanskelig å holde samtalen i gang og fortsatt skrive ned svarene til informanten, derfor gjennomførte vi det slik at det var bare en som skrev under deler av intervjuet. Vi hadde i tillegg til dette også tilgang på et dikteringsprogram på Word. Vi prøvde dette ut flere ganger i forkant av intervjuene. Dikteringsprogrammet gjorde at man fikk med nøling og gjentatte ord, men hadde ikke med punktum, komma eller andre spesialtegn, noe som gjorde at det ble alt for mye jobb å renskrive dette i etterkant. Dikteringsprogrammet ble brukt til enkelte setninger eller sammenhenger i teksten som skriverne ikke hadde fått med seg. Det ble brukt som et supplerende hjelpemiddel, men kunne ikke transkribes til tekst.

3.3 Utvalg

Utvelgelsen startet ved første veiledermøte da veileder gav navn som ble videre undersøkt. Veileder fortalte også om prosjektet på Haraldsplass Diakonale sykehus og om muligheten for å ta kontakt med noen i prosjektgruppen. Videre ble det undersøkt hvilke områder som tilbyr operasjonsbehandling for lipødempasienter. For å komme i kontakt med de mulige

informantene ringte vi først for å innhente informasjon om relevans for lipødem, og for å få e-post-adresse til informantene.

I utvelgelsen ble det sendt ut e-post til fem fysioterapeuter som jobber på tre forskjellige steder i landet der det er både opprettet fettsugingstilbud og der det planlegges oppstart av fettsuging. I e-postene var det informasjon om hvem intervjuerne er, hva som var hensikten med intervjuet, og spørsmål om de kunne tenke seg å være informanter til bacheloroppgaven. Intervjuobjektene er valgt ut på bakgrunn av deres kunnskap om denne pasientgruppen. Det ble undersøkt i forkant av intervjuene hvilke fysioterapeuter det kunne være hensiktsmessig å intervju. Utvelgelsen ble også gjort i samarbeid med de to andre studentene, noe som gjorde at en av informantene ble ekskludert fra min studie, grunnet lite erfaring med pasienter som har eller skal gjennomgå operasjon.

For å beholde informantenes anonymitet velger jeg å ikke beskrive hvor de jobber, grunnet lite og gjennomsløkt miljø (Thagaard, 2018). Samlet sett ble det fire intervjuer. Ett av intervjuene ble gjennomført fysisk sammen med informanten, og tre av intervjuene ble gjennomført over Teams eller Skype. Hvert intervju varte i ca. en time. Delen av intervjuet som var basert på min problemstilling tok alt mellom 10 og 35 minutter, avhengig av erfaringen til informanten.

Informant 1: Master, kurs i lymfødembehandling. Jobbet med lipødepasienter ca. to år. Har ikke operasjonspasienter jevnlig.

Informant 2: Spesialkompetanse innen lymfologi. Jobbet med lipødepasienter siden 2014, har hatt operasjonspasienter i det private siden 2019. Deltar nå som prosjektarbeider i oppstart av fettsuging i offentlig helsevesen.

Informant 3: Utdanning i annet land i Europa i 2017, har jobbet med lipødepasienter siden dette. Har operasjonspasienter daglig.

Informant 4: Kurs i Norge innen lipødebepandling. Jobbet med kun lipødepasienter siden 2016. Har operasjonspasienter daglig.

3.4 Analysestrategi

Som tidligere beskrevet, ble svarene notert mens intervjuene ble gjennomført. I ettertid ble alle intervjuetranskripsjonene renskrevet. Dette har resultert i at det ikke var mulig å skrive ned toneleie, og at det ikke var tid til å skrive ned gestikuleringer, eller kroppsholdning gjennom

intervjuet. Ironi og andre alminnelige, men likevel viktige talemåter går tapt i transkripsjon (Rubin & Rubin, 2005).

«å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen» (Kvale & Svend, 2009).

For å finne svar på min problemstilling analyserte og systematiserte jeg rådataene.

Første steg besto av å lage et sammendrag av intervjuene. Dette innebærer å skrive tid og sted for intervjuene, grunnlag for utvalg, hvor lange intervjuene var, og til slutt så skulle det være en oppsummering av hovedpunktene i intervjuet (Rubin & Rubin, 2005). Her valgte jeg å summere hovedpunktene som hadde betydning for min problemstilling.

Steg to besto av å lage koder. Kodene er basert på hvilke emner intervjuobjektet snakket om gjennom intervjuet slik at man lettere kan sammenfatte og sammenligne de forskjellige intervjuene til slutt for å se hva som gikk igjen (Rubin & Rubin, 2005). Jeg valgte å farge koordinere kodene mine på papir, fordi det ga bedre oversikt over notatene.

Steg tre besto av å føre kodingene over i et dokument på datamaskinen (*vedlegg to*). Jeg brukte tabellfunksjon på Word for å legge inn alle kodene og sitatene/informasjonen i et systematisk oppsett. Dette gir en helhetlig oversikt over informantenes utsagn, og man kan lettere sammenfatte og se etter likheter i svarene til informantene (Rubin & Rubin, 2005). Utsagnene er delt opp i 3 intervjuer, slik som de ble holdt.

3.5 Metoderefleksjon

Det finnes lite forskning om den fysioterapeutiske tilnærmingen pre- og postoperativt hos pasienter med lipødem da dette er en relativt ny behandlingsmetode for pasientgruppen. Min tilnærming til oppgaven åpner for erfaringsbasert kunnskap hos informantene, dette for å undersøke hvilke tiltak informantene mener har god effekt. Kvalitativ forskningsmetode er, som tidligere nevnt, et godt valg for en slik studie, da det finnes lite kunnskap om behandlingen og funnene baseres på informantenes erfaringer og meninger.

Jeg har ikke gjennomført intervju tidligere. Jeg benyttet meg heller ikke av muligheten til å gjennomføre testintervju for å undersøke om spørsmålene mine gav svar på det jeg lurte på. I Kvale og Brinkmans bok «InterView» (InterView, 2009) skriver de om intervjuernes kvalifikasjoner. Selv om det ble lest en del bøker om hvordan man skal sette opp intervjuguide og hvordan man skal gjennomføre intervju, er det krevende i praksis. Jeg har godt språk, og er glad i å snakke med mennesker, men under et intervju er det viktig at man

klarer å ta beslutninger på stedet, og vite hvilke tråder man skal trekke videre. Dette er noe som ble bedre og bedre for hvert intervju. I ettertid ser jeg at det hadde vært interessant å gå mer i dybden på enkelte tema. Det hadde vært hensiktsmessig å undersøke mer om kompresjon, blant annet hvordan de kom frem til mengde kompresjon, og tidsperspektivet de ønsker at pasientene bruker kompresjon postoperativt.

Det kan tenkes at 4 informanter ikke vil være tilstrekkelig for å samle nok datamateriale om problemstillingen. Jeg føler likevel jeg har fått nok rådata til å gjennomføre oppgaven. Det er viktigere at informantene bidrar med relevante opplysninger, og at meningene til informantene kommer godt frem, enn høyt antall informanter.

Transkriberingen ble gjort samtidig med intervjuerne av to individuelle skrivere. Vi hadde sett positivt på denne oppgaven, og hadde testet ut tidligere om vi klarte å skrive mens andre snakket, dette gikk, men testpersonen som snakket var klar over at vi skulle skrive og kunne ha tatt flere pauser eller snakket saktere slik at vi skulle få tid til å skrive. Dette ble da ikke tatt hensyn til av informantene, og det ble vanskelig å skrive i tempoet som informanten snakket i. For å huske sammenhenger og noe av kroppsspråk og toneleie hos informantene, ble renskrivningen gjort kort tid i etterkant av intervjuene.

3.5.1 Ethiske hensyn

Ingen personopplysninger ble tatt vare på gjennom oppgavens varighet. Informantene ble anonymisert. Det ble gjennomført en test i form av et spørreskjema på NSD.no, dette viste at det ikke var grunn til å søke om tillatelse for å gjennomføre intervjuene.

I studien deltok personer som kan være lett gjenkjennbare på grunn av lite og gjennomsiktig miljø, av denne grunn blir krav om konfidensiell og anonym behandling av opplysninger prioritert fremfor kravet om å legge til rette for etterprøvbarehet (Thagaard, 2018).

Informantene fikk informasjon om anonymisering og taushetsplikten. De har også en taushetsplikt å overholde ovenfor sine pasienter, og kan derfor ikke komme med personspesifikke opplysninger, men samlede erfaringer.

4 Resultat og tolkning

Det ble gjort intervjuer med fire fysioterapeuter, hvor det ble stilt spørsmål ut fra problemstillingen for oppgaven. I dette kapitlet kommer jeg til å presentere funn fra datainnsamlingen. Informasjonen vil være gyldig for mine informanter og vil ikke nødvendigvis være gjeldende for hele populasjonen av fysioterapeuter som jobber med lipødempasienter i landet.

4.1 Inklusjonskriterier for å få operasjon.

Kunnskapen min om kriteriene for å bli akseptert for kirurgi er basert på prosjektprotokollen til Haraldsplass diakonale Sykehus. Da en av informantene jobber både i det offentlige og i det private, har jeg fått svar fra begge sidene. Jeg ønsker å fokusere på det offentlige helsevesenet, og kommer derfor ikke til å skrive om hvilke inklusjonskriterier som finnes i det private helsevesenet.

For å kunne få en operasjon i det offentlige, må man oppfylle et sett med kriterier. Disse kriteriene er blant annet BMI $>28\text{kg/m}^2$ og evne til livsstilsendring minst seks måneder, men helst lengre.

På spørsmål om hvorfor akkurat disse kriteriene er satt sier alle informantene, at dette handler om risiko for komplikasjoner og at det vil, spesielt i ny oppstartet prosjekt, være viktig at man ikke utfordrer risikoen for å kunne fortsette med prosjektet. Mulig risiko er infeksjon, nekrose, serom, og dårlige resultat. En av informantene poengterte at inklusjonskriteriene var strenge, og at de opererte mennesker med BMI langt høyere enn 28 i generell kirurgi. Dog forstår hen at det finnes større risiko ved å operere på mennesker med høy BMI.

Kroppssammensetningen hos lipødempasienter Skrive mer om hvordan BMI hos lipødempasienter kan se annerledes ut

Da kroppssammensetningen gjerne kan se litt annerledes ut på mennesker med lipødem (store bein og liten overkropp) henviser hen til en privatkirurg som har fortalt at det da handler om fettvolumet og fordelingen av fett i beina.

Informantene som har operasjonspasienter jevnlig forteller mer om hvorfor det er enklere å operere mennesker med BMI $>28\text{kg/m}^2$. De forteller at det vil være en enklere oppgave for kirurgen, slik at hen vet at fett som blir fjernet, er lipødemfett. Grunnlaget for dette er at en person med en lavere BMI vil ha mindre normalt fett, og man kan da være mer sikker på at det man tar ut er lipødemfett. Her sier de at det er vanskelig å vite forskjellen på lipødemfett og normalt fett under en operasjon, og man vil sikre seg at man tar ut mest mulig lipødemfett

under operasjonen, slik vil man minke sjansene for at man må gjennom en ny operasjon får å fjerne resterende lipødemfett.

Flere av fysioterapeutene argumenterer også for livsstilsendring, dette gjelder ikke bare de pasientene som skal gjennom fettsuging, men også pasienter som er under konservativ behandling. Denne livsstilsendringen innebærer en mer aktiv livsstil, røykeslutt, sunnere kosthold og vektkontroll/vektnedgang. For operasjonspasienter er det viktig at de gjennomfører en langvarig, seks måneder eller mer, livsstilsendring i forkant av operasjonen. På denne måten vil det være større sannsynlighet for at pasientene klarer å opprettholde livsstilsendringen i etterkant av operasjonen. Det finnes ingen garanti for at kirurgen klarer å ta ut alt lipødemfettet selv om man er innenfor BMI kravet, og man er da nødt til å fortsette livsstilsendringen i etterkant for å slippe tilbakefall av symptomer. Da livsstilsendringen innebærer å gå ned i vekt, er det også noen pasienter som opplever smertelette etter vektnedgangen, og velger da å ikke gjennomføre operasjonen som tenkt.

Læring- og mestringskurs (LMS) er et tiltak som alle informantene forteller om, dog er det bare en av informantene som forteller at dette er etablert for lipødepasienter. LMS-kurset består av foredrag fra helsepersonell og brukerrepresentant(er). Hos informantene som har operasjonspasienter jevnlig er LMS-kurs i enda ikke etablert, men de mener at dette kan ha god effekt hos pasientgruppen og ønsker å etablere kurset i nærmeste fremtid.

Fra informantene som jobber med operasjonspasienter daglig ble det også fortalt; om pasientene mestrer å gå ned i vekt på normalt vis før operasjonen, ser man at huden trekker seg sammen lettere, og man kan unngå hudfjerning i ettertid. Informantene forteller om myter og usannheter som florerer på både media og i forskning som tilsier at denne pasientgruppen ikke kan gå ned i vekt, noe informantene som har operasjonspasienter jevnlig avkrefter, og forteller om mulighetene for vektreduksjon. Det oppleves at lipødepasientene må gjøre alt «litt mer» enn andre for å mestre vektnedgang. Slik som å ha enda større kaloriunderskudd, eller trene litt mer. Dette er på grunn av at lipødemfettet vil være flere ganger mer mottakelig for å bli større, og de blir også større enn normale fettceller. Her vil motivasjon og målsetting for pasientene være viktig. Noen pasienter blir motiverte av muligheten til å få operasjon, og andre har mål som går på symptomlindring eller estetikk.

Informantene ønsker å komme i kontakt med de som har lipødem så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Kommer de i gang tidlig med behandling, vil dette kunne være med å spille

inn på forløpet. De sier også at barn har ikke like sterke vaner som må endres, noe som gjør det lettere å styre dem inn mot en hensiktsmessig livsstil tidligere.

4.2 Tiltak før operasjonen

I forhold til FA, er alle informantene enige om at det er viktig at denne pasientgruppen holder seg fysisk aktiv, og at de ikke passiviseres verken som pasient, og i behandlingen. Her anbefales det blant annet bassengtrening. Pasientene føler seg lettere i bassenget og det er mindre smertefullt å bevege seg. Dette er på grunn av oppdriften og at fett flyter, og at vannet vil være med på å skape kompresjon. En av informantene utdyper at hen ikke ville satt en operasjonspasient rett i bassengtrening i etterkant av operasjonen med tanke på infeksjonsrisiko, men at det kan være godt for pasienten i senere rehabilitering, samt i forkant av operasjonen.

Fysioterapeutene som ikke jobber med operasjonspasienter jevnlig sier at det ikke er hens rolle å gjøre de pasientene som ønsker operasjon bevisst på inklusjonskriteriene, men at de får den samme behandlingen som andre i pasientgruppen. Mens de fysioterapeutene som jobber med operasjonspasienter jevnlig bruker tiden på å prøve å få alle pasientene som har symptomgivende lipødem og smerter innenfor inklusjonskriteriene, og de som mestrer dette, vil enten føle på symptomlette og ikke gjennomgå operasjon, eller fortsatt ha en del plager, for så å gjennomføre operasjonen som planlagt. I det ny oppstartede prosjektet i Bergen, blir det brukt randomisering i utvelgelsen. Der har de kun konsultasjoner med pasienter med BMI $>28\text{kg/m}^2$, og disse får da behandling som er rettet mot livsstilsendringene de skal gjennomgå, og de som etter seks måneder faller innenfor kriteriene og fortsatt har smerteproblematikk, vil få tilbud om en operasjon. Det er ingen av informantene som ønsker at pasientene skal gjennomgå en operasjon, da dette er en stor påkjenning på kroppen, og de gjør sitt for at pasienten skal bli bedre med konservative tiltak. Det er de som ikke blir bedre av de konservative tiltakene som får tilbudet.

Noe som går igjen er at det er for lite tid til pasientgruppen, og at det ikke finnes nok stillingsprosenter i det offentlige helsevesenet. Dette gjør oppfølging både før og etter operasjonen vanskelig. Pasientene blir henvist til fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, og her sies det at det kan være forskjellig kompetanse på pasientgruppen. I oppfølgingsperioden har ikke informantene kontroll på hvordan denne oppfølgingen i forhold til livsstilsendring og annen behandling går, og de kan ikke være sikker på at pasientene gjennomfører. Ansvarer blir lagt over på pasientene og fysioterapeuter i kommunen.

Alle pasienter som har lipødem og som er til konsultasjon hos informantene, får tatt mål til kompresjonsplagg de skal bruke. I forkant av operasjonen, forteller informantene som har operasjonspasienter jevnlig, at de ønsker at pasientene skal gå med dobbel kompresjon 6 uker før operasjonen, og om pasienten har en lymfatisk komponent, ønsker de at det blir gjennomført intensiv manuell lymfedrenasje to uker før operasjonen, slik at meste av overflødig væske er drenert før operasjonen. Foruten hos pasientgruppen med både lipødem og lymfødem sier informantene at MLD ikke vil ha noen effekt på vevet.

Pulsatorbehandling er et vanlig tiltak hos denne pasientgruppen. Dette er en maskin som fører luft inn i strømper og som skal stimulere lymfedrenasje. Informantene forteller at de gjerne lærer opp pasientene i bruk av pulsator før operasjonen, og at noen bruker dette i forkant av operasjonen for å løse på bindevevet. Noen pasienter kommer til fysioterapeuten og ønsker MLD som behandling. Dette er noe som er tidkrevende og gjør pasienten avhengig av fysioterapeuten, informantene ønsker at pasientene kan bruke pulsator som alternativ for å kunne være mer selvstendig.

Før en operasjon er det viktig at alle pasientene får grundig informasjon om diagnosen, om hvordan operasjonen er, og hva de kan forvente i etterkant av operasjonen.

«All informasjon er gull verdt, overinformerte pasienter og fysioterapeuter er bedre»

Pasientene har vanskeligheter med å forstå hvor krevende en slik operasjon er, og der er derfor viktig at man gir dem så mye informasjon som mulig, spesielt i forkant av operasjonen, slik at det ikke blir et sjokk når de våkner etter operasjonen.

4.3 Tiltak etter operasjonen

Under dette delkapitlet presenterer jeg i hovedsak uttalelser fra informantene som jobber med operasjonspasienter jevnlig, på grunn av den tidlige oppfølgingen rett etter operasjon, da pasientene kun ligger på sykehuset noen få dager etter operasjonen.

Det er viktig at pasientene blir mobilisert så tidlig som mulig som med vanlig postoperativ behandling. Dette innebærer å få pasienten opp å stå, og sirkulasjonsøvelser for underekstremitetene. Dette er i hovedsak for å få venepumpen til å jobbe for å unngå dyp vene trombose.

Kompresjon er ekstra viktig i den postoperative fasen, og behandlingen begynner allerede på operasjonsbordet. Fysioterapeuten tar på pasienten kompresjonsstrømpebusker mens pasienten er sedert, grunnet store smerter. Pasientene har så mye smerter i ettertid, at det er

sjeldent det er mulig å ta på kompresjonsstrømper i våken tilstand, sier informantene. Tidligere ble det brukt bandasjering på pasienter som ble operert, denne ble tatt på etter oppvåkning, men denne metoden blir ikke brukt lengre da kompresjonen må nå helt opp til midjen for best mulig drenasje.

Kompresjonen er viktig helt fra begynnelsen for å kunne hjelpe til med sirkulasjon i vevet når de skal mobiliseres. Pasientene opplever ofte blodtrykksfall når de skal reise seg første gang, og kan synkopere. Videre i forløpet er kompresjon med på å forme beina. Under operasjonen dannes det kanaler under huden, disse skal falle sammen, og da er adekvat kompresjon med på å gi jevnt trykk og jevnt sammenfall. I disse lommene kan det samle seg væske, da er kompresjon og MLD/pulsator behandling beste tiltak. Postoperativt ønskes det at pasientene bruker dobbelt kompresjon, altså en flatstrikket grad 2-3, og en standard kompresjons strømpe. Kompresjonskravene spriker fra land til land. Informantene forteller lattermildt at de har vært nødt til å eksperimentere med kompresjonen og deres erfaring er at dette er det beste for pasienten og tilhelningen.

Informantene som har jobbet med operasjonspasienter jevnlig har en opplevelse av at pasientene ikke mestrer å sette seg inn i hvor voldsom en slik operasjon er. Man legger mye press på vevet, og dette kan gi store smerter. Noen kan også få nervesmerter i etterkant av operasjonen. Selv om dette er mulige utfall, sier informantene at de fleste har en god effekt av operasjonen.

5 Diskusjon

Jeg har samlet informasjon fra fysioterapeuter i Norge, om hvilke tilnærminger og metoder som blir brukt i behandlingen av lipødempasienter som skal eller har gjennomgått en fettsuging. Dataene har blitt analysert og diskuteres videre i dette kapitlet.

5.1 Inklusjonskriteriene

Informantene viser til krav om livsstilsendring hos pasienter som ønsker å gjennomgå operasjon i det offentlige. Med dette snakker de om en endring i aktivitetsnivå, spisevaner og vektkontroll og eventuelt vektnedgang. Det er ønskelig at pasientene skal ha opprettholdt denne livsstilsendringen i minst seks måneder (helst lengre) for å kunne øke sjansene for etterlevelse også etter operasjonen. Ifølge Lally et al. (2009) tar det ca. 66 dager å forme en vane. En vane blir definert som en automatisk handling. Det vises til at det også tar lengre tid å gjennomføre mer kompliserte vaner. Det tar for eksempel i gjennomsnitt 91 dager å automatisere en aktivitetsvane (Lally et al., 2009, s. 998-1009). Det kan tenkes at lipødempasienter vil måtte gjennomføre endringer i store deler av hverdagen sin, noe som både kan gjøre det lettere og vanskeligere å automatisere endringen. Det kan bli lettere da hver handling vil bli en påminnelse på den neste handlingen (Lally & Gardner, 2011, s. 137-158).

Informanten som ikke jobber med operasjonspasienter jevnlig, forteller om tilbudet LMS. Her får alle pasientene forelesninger fra flere helseprofesjoner. Kurset får pasientene i startfasen av behandlingen, pasientene får tidlig kunnskap som de kan bruke til å forme ny livsstil. St. Olavs hospital skriver på sine hjemmesider (St. Olavs Hospital, 2021) at målet for et slikt kurs er at pasientene skal få kunnskap om sykdommen og se muligheter for mestring i hverdagen. På kurset vil man også komme i kontakt med andre som har lipødem, og mulighetene for å finne noen å gjøre livsstilsendringen sammen med vil være stor. Informantene som har operasjonspasienter jevnlig har ennå ikke etablert LMS, men sier det er ønskelig. Noe som kan bety at de har sett en virkning av dette fra andre steder som har tilbudet, eller fra andre kroniske sykdommer som også bruker LMS som tiltak (Ousekspertsykehuset, 2017).

En livsstilsendring vil være en komplisert oppgave, det blir kanskje også nødvendig å dele noen av oppgavene inn i to perioder, slik at det ikke blir mye å tenke på samtidig, da vil man kunne starte med å endre spisevanene, så gå videre med aktivitet etter hvert. Om man igjen ser på resultatene fra Lally et al. (2009) kan man kunne legge sammen to perioder på kompliserte oppgaver, og her vil man komme frem at det vil kunne ta minst ta 6 måneder å

automatisere en slik livsstilsendring, noe som stemmer overens med funnene. I gjennomgått studie sier de ingenting om hvilket aktivitetsnivå/interessenivå deltagerne var på. Som vi vet, har mange lipødempasienter et lavere aktivitetsnivå og lavere fysisk kapasitet (Bertsch et al., 2020, s. 31-50), muligens kan dette si noe om hvor lang tid pasientgruppen bruker på å endre vanene sine.

Det kan tenkes at mine informanter ønsker en lengre periode med endring for best mulig automatisering og at det skal være mulig å ha et opphold på noen dager postoperativt. Har man en etablert vane, vil det være lettere å vende tilbake til vanen etter et lite opphold.

For alle pasientgrupper vil målet for handlingen være en motivasjonskilde. Kunsten å ikke sette seg for høye mål er viktig. Om man blir fornøyd med resultatet som handlingen gir, vil det være med på å øke motivasjon, og etterlevelse (Lally & Gardner, 2011, s. 137-158). Som informantene sier, er disse pasientene nødt til å gjøre alt «litt mer», noe som tilsvarer at de må nøye seg med å sette lavere mål, legge inn en større innsats, eller bruke lengre tid på større mål enn andre uten lipødem.

En studie fra 2000, som omhandler langvarig vekttap viser til at barn har bedre langsiktige resultater enn voksne (Jeffrey et al., 2000, s. 5-16). Her sier også informantene at de ønsker å vite om lipødem så tidlig som mulig, altså dersom for eksempel en mor har lipødem, og ytrer bekymringer over symptombildet til sin datter, ønsker de at datteren kommer til konsultasjon. Videre forteller de at det vil være lettere å styre yngre pasienter inn mot en mer hensiktsmessig livsstil, og at man kan hindre forverring av sykdommen.

5.2 Aktive tiltak

Det ser ut til at det er stor enighet om at bassentrening er gunstig for pasientgruppen, både blant informantene og i den Europeiske konsensusrapporten (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44). Det er også blitt beskrevet av et rehabiliteringssenter i Canada. De skriver om hvordan bassentrening er med til å unngå unødvendig stress på leddene, og at vannet vil gjøre at musklene slapper bedre av (Therapy achievements, 2021). Gjennomgående mener både informantene, konsensusrapporten og rehabiliteringssenteret er at vannet vil, samtidig med treningen, fungere som kompresjon. På grunn av det hydrostatiske trykket vil det både presse rundt områdene av kroppen som er i vann, og lage motstand mot bevegelse som gjør treningen tyngre. Pasientene vil også ha en fordel ved at de blir lettere i vannet og at de slipper unødig stress på leddene.

En studie fra 2009 så på effekten av bassengtrening på lymfødem hos brystkreftpasienter. Resultatene av denne studien var at ingen av ekstremitetene hadde verken blitt mindre eller større gjennom perioden med trening i vann (Tidhar & Katz-Leurer, 2009, s. 383-392). Noe som kan tilsi at trykket som er i vannet ved armene, ikke vil være tilstrekkelig for å benytte dette som en dreneringsform. For de fleste lipødempasienter vil ikke dette ha stor relevans, da det er fåtallet som i tillegg har lymfødem (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44). Det kan da tenkes at bassengtrening ikke bør være en erstatning for lymfedrenasje hos lipødempasienter med lymfødem, eller operasjonspasienter som trenger drenering av væske fra vevet. Studien valgte også å se på livskvaliteten til kvinnene som deltok i studien. Resultatene viste at det var en økning i livskvalitet hos kvinnene som hadde vært med på bassengtreningen mot kontrollgruppen som hadde trent hjemme. Dette vil ikke ha korrelasjon til endring i størrelse på ekstremitetene, da resultatene tilsvarte at omkretsen var lik, men kan dreie seg om muligheten til å være sammen med en gruppe mennesker som har lik problemstilling som en selv. Ved bassengtrening vil man også kunne skape en god stemning med musikk, latter og øvelser (Tidhar & Katz-Leurer, 2009, s. 383-392).

Bassengtrening for pasienter med lipødem kan være gunstig da det vil være lettere for pasienten å bevege seg i vannet, det gir naturlig motstand i treningen, vannet vil fungere som en støtte rundt ekstremitetene og man vil unngå stort press på leddene (Therapy achievements, 2021). Det vil også kunne være med å øke livskvalitet da pasientene får kommet sammen i et fellesskap (Tidhar & Katz-Leurer, 2009, s. 383-392). Bassengtrening vil ikke være gunstig for nyopererte pasienter med sår, da man vil få bakterier i operasjonssårene som kan resultere i infeksjoner.

Mye av den tidligere forskningen og det som gjerne kommer ut til pasientene er at det er ikke mulig å slanke bort lipødemfettet, og at om man slanker seg så vil dette bare gi en større asymmetri mellom overkropp og underekstremitetene (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44). Dette er en myte som har blitt ført videre over lengre tid som pasientene tror på, og skriver om i facebook-gruppene sine. Dette går imot det som ble skrevet i allerede i de første artiklene om lipødem; «In cases of generalized obesity, sharp reduction of weight may help. In cases of obesity affecting only the region below the waist, reduction of weight may cause but little reduction of the localized obesity» (Wold et al., 1951). Det går også mot det informantene forteller om at det er mulig å slanke bort lipødemfett. Det bare tar litt lengre tid, og krever ekstra innsats hos pasientene. Informantene sier også det vil være hensiktsmessig for pasientene å gå ned i vekt i forkant av operasjon, da huden lettere trekker seg sammen.

5.3 Passive tiltak

«En pasient som har lipødem, men ikke har ødem, trenger ingen manuell lymfedrenasje» ser Kristin Ruder i en videokonferanse for NLLF. Noe som også informantene er enige i. Samtidig sier informantene at det er forståelig at det vil være godt å bli tatt på. I en studie omhandlende smertepersepsjon hos pasienter med fibromyalgi har de sett på MLD som behandlingsform (Algar-Ramírez et al, 2021, s. 349-359). Tidligere studier om fibromyalgi har vist at det finnes en inflammatorisk komponent i vevet (Liptan, 2010, s. 3-12), noe som det også er antatt å være i lipødem (Bertsch & Erbacher, 2020, s. 5-44). Denne inflammatoriske komponenten gjør nociceptorene mer sensitive, og gir raskere reaksjon på nociceptive stimuli.

I ekstremitetene finnes berøringssensorer, disse er også sensitive for trykk på huden. Impulsene går til sentralnervesystemet, der er det inhibitoriske celler som kobler berøringscellen til en nociceptor. Gjennom lymfedrenasjen vil det sendes ut endorfiner, og endorfinene stimulerer de inhibitoriske cellene til å hindre smertepersepsjon (Algar-Ramírez et al, 2021, s. 349-359). Store Medisinske Leksikon skriver at endorfiner er som morfin, og at både endorfiner og morfin binder seg til de samme reseptorene i kroppen. (Nordeng, 2020). Også i Tidsskriftet fysioterapeuten blir berøring eller massasje beskrevet som hjelp for pasienter, i dette tilfellet en pasient med palliativ kreftsykdom, med lymfødem i begge underekstremitetene. «Berøring påvirker fysiologiske prosesser som virker gunstig ...» (Carlsen, 2010, s. 20-24).

Her kan man se at MLD vil kunne ha til funksjon å endre eller fjerne smertefornemmelser. I tilfellene der lymfødem ikke er til stede, er det grunn til å tro at klassisk massasje også vil kunne påvirke de samme fysiologiske prosessene. Det samsvarer med informantenes utsagn om at «det er alltid godt å bli tatt på», og «det er behagelig å kjenne at noen bryr seg». Det samme sier Wilma van der Veen, og i samme setning sier hun at MLD kan forskrives med et annet utgangspunkt enn drenasje (Veen, 2020).

Kompresjon er også noe som brukes til drenasje av væske i ekstremitetene. Hos lipødepasienter blir kompresjon i hovedsak brukt til å hindre ortostatisk ødem (som er vanlig hos alle), redusere smerter og for å gi støtte vevet på en slik måte at mobilitet blir lettere (Coppel et al., 2017, s. 23-27). Etter operasjon er kompresjon viktigste behandlingsformen. Kompresjonen skal være stram, noe som gir problemer når kompresjonen skal tas på. Informantene som har operasjonspasienter jevnlig forteller at de må ta på kompresjonen mens pasientene er sedert, på grunn av smertene. Under en fettsuging blir det

dannet hulrom i vevet som faller sammen, og kompresjonen skal bidra til at disse hulrommene ikke fylles med væske, og at de faller sammen fint. Informantene sier at de har vært nødt til å prøve seg frem til hvilken type og hvor mye kompresjon pasientene skal bruke. De har kommet frem til at en flatstrikket strømpe med kompresjonsgrad 2-3 med en standard kompresjonsstrømpe utenpå, har best effekt..

I litteraturen om lipødem kommer det ikke tydelig fram hvilken kompresjon som vil være mest hensiktsmessig for pasientene med tanke på press og ubehag på ekstremitetene. I en Tysk studie om kompresjon etter fettsuging på lipødempasienter virker det å være delvis enighet med mine informanter om en klasse toflatstrikket kompresjon. I studien brukes kompresjon døgnet rundt, og pasientene benytter rundstrikket kompresjon på natt (Witte et al., 2020, s. 1637-1644). Den rundstrikkede kompresjonen på natt kan forklares med at en liggende stilling vil gjøre at man ikke trenger like stramt kompresjonstøy. Ortostatisk betyr stillestående, og i medisinsk sammenheng bruker man ortostatisk hypotensjon. Dette betyr at man har lavere blodtrykk i stående stilling enn liggende (Hem, 2020). Væsken i kroppen pumpes lettere mot hjertet i liggende stilling. I USA brukes også kompresjon etter fettsuging, og her velger de ikke å si noe om type kompresjon, men kompresjonen skal være stram og at den skal brukes over lengre tid (6-8uker) for å fungere best mulig (Mendez et al., 2018, s. 66-82). Forskerne fra Tyskland ønsker også kompresjon i minst seks uker (Witte et al., 2020, s. 1637-1644). Informantene i min studie har ikke sagt noe om hvor lenge de ønsker kompresjonen skal være på. Ifølge Storbritannia's «Best Practice Guidelines» er det viktig at klinikere individuelt tilpasser kompresjon til pasienten, da dette gir bedre passform og det blir større sannsynlighet for at pasientene bruker kompresjonstøyet når de skal. Her sier de også at det kan være nødvendig å prøve seg frem før man finner det beste alternativet (Coppel et al., 2017, s. 23-27).

Kompresjonstøy er en av de viktigste behandlingstiltakene i postoperativ behandling, ikke bare i forhold til komplikasjoner som lymfødem eller serom. Det er viktig for estetikken og hvordan vevet faller sammen. Det er enighet om at kompresjonen skal være stram, men ingen god forklaring på hvilken grad eller type kompresjon pasientene skal bruke, og det blir opp til enhver kliniker å tilpasse kompresjon individuelt til pasientene.

6 Konklusjon

Denne studien hadde til hensikt å sammenfatte fysioterapeuters erfaringer rundt behandling av lipødempasienter som skal eller har fått gjennomført fettsuging, for å kunne se på hvilke tiltak en fysioterapeut kan gjennomføre for å gi lipødempasienter best mulig behandling.

Resultatene viser at operasjon ikke er førstevalget i et behandlingsforløp hos lipødempasienter. Alle pasientene er nødt til å gjennomgå konservativ behandling før de eventuelt kan få tilbudet om fettsuging. I noen tilfeller vil den konservative behandlingen føre til symptomlette. I den konservative behandlingen er langtids livsstilsendring viktig. Livsstilsendringen er ønsket i seks måneder eller lengre.

Fysioterapeuten vil kunne være med å sette målene for å sikre mestringsfølelse og god selvfølelse. Her vil aktivitetsregulering og trygging være en viktig oppgave slik at pasientene setter oppnåelige mål. Lipødempasientene bør gå ned i vekt, og vil kunne ha nytte av dette i form av symptomlette, men vektreduksjon vil være vanskeligere for lipødempasienter da lipødemfettet vil være mer mottakelig for å vokse, samt bli større enn normale fettceller.

Fettsuging er per dags dato den eneste behandlingen der man reduserer antallet symptomgivende fettceller. Sykdommen er ennå under utforskning, og behandlingstilbudene kan endres i fremtiden. Operasjon vil ikke ha helbredende effekt, og det er nødvendig å fortsette med livsstilsendringen i ettertid, for å unngå tilbakefall av symptomene. Etter operasjon er kompresjon viktig for å unngå komplikasjoner. Klinikere må selv vurdere hvilken kompresjonstype og grad som vil være mest hensiktsmessig for sin pasient.

Det er viktig å fortsette med god forskning på dette området da det er en del kvinner som sliter med denne sykdommen, og som ikke får nødvendig behandling for å kunne leve normalt. Sykdommen bærer med seg både kroppslige og psykiske symptomer som senker livskvaliteten.

7 Referanseliste

- Algar-Ramírez, M., Úbeda-D'Ocasar, E., & Hervás-Pérez, J. P. (2021). Efficacy og manual lymph drainage and myofascial therapy in patients with fibromyalgia: A systematic review. *Schmerz*, 35(5), ss. 349-359. doi:10.1007/s00482-020-00520-7
- AL-Ghadban, S., Cromer, W., Allen, M., Ussery, C., Badowski, M., Harris, D., & Herbst, K. L. (2019, mars 3). Dilated Blood and Lymphatic Microvessels, Angiogenesis, Increased Macrophages, and Adipocyte Hypertrophy in Lipedema Thigh Skin and Fat Tissue. *Journal of Obesity*, 2019. doi:10.1155/2019/8747461
- Bellini, E., Grieco, M. P., & Raposio, E. (2017, november 6). A journey through liposuction and liposculpture: review. *Annals of Medicine and Surgery*, 6(24), ss. 53-60. doi:10.1016/j.amsu.2017.10.024
- Bertsch, T., & Erbacher, G. (2020, November). Lipedema: A paradigm shift and consensus. *International Consensus Document*, 29(11), ss. 5-44.
- Bertsch, T., Erbacher, G., Damastra, D., Duinen, K., Elwell, R., Esch-Smeenge, J., . . . Zähringer, T. (2020). European Best Practice of Lipoedema - Summary of the European Lipoedema Forum consensus. *Phlebologie*, 49(01), ss. 31-50. doi:10.1055/a-1012-7670
- Boeni, R. (2011). Safety of Tumescent Liposuction under Local Anesthesia in a Series of 4,380 Patients. *Dermatologu*, 2011(222), ss. 287-281. doi:10.1159/000327375
- Bunkan, B. H., & Schultz, C. M. (2009). *Medisinsk massasje (3. utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Carlsen, B. (2010, juni 4). Viktig fysioterapi i en palliativ fase. *Fysioterapeuten* 2010(6), ss. 20-24. Hentet fra <https://www.fysioterapeuten.no/viktig-fysioterapi-i-en-palliativ-fase/123831>
- Chen, S.-G., Hsu, S.-D., Chen, T.-M., & Wang, H.-J. (2004, April). Painful fat syndrome in a male patient. *British journal of plastic surgery* 57(3), ss. 282-286. doi:10.1016/j.bjps.2003.12.020
- Cherney, K. (2021, august 3.). *Healthline*. Hentet fra What is tumescent Liposuction: <https://www.healthline.com/health/cosmetic-surgery/tumescent-liposuction>

- Coppel, T., Cunneen, J., Fetzer, S., Gordon, K., Hardy, D., Jones, K., . . . Williams, A. (2017, mars). Best Practice Guidelines: The management of Lipoedema. *Wounds UK*, ss. 4-27.
- Folkehelseinstituttet. (2004, februar 03). *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*. Hentet fra FHI.no: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2015, desember 1). *Fhi.no*. Hentet fra folkehelseinstituttet: smittespredning gjennom badevann: <https://www.fhi.no/ml/badevann/smittespredning-gjennom-badevan/>
- Forner-Cordero, I., Szolnoky, G., Forner-Cordero, A., & Kemeny, L. (2012, mars 3). Lipedema: an overview of its clinical manifestations, diagnosis and treatment of the disproportional fatty deposition syndrome – systematic review. *Clinical Obesity* 2(3-4), ss. 86-95. doi:10.1111/j.1758-8111.2012.00045.x
- Gohds, H., Georgiou, I., Schmidt, J., & Kruppa, P. (2020, november 13). Disease progression and comorbidities in lipedema patients: A 10-year retrospective analysis. *Dermatologic Therapy*, 33(6), doi:10.1111/dth.14534
- Gravning, J. (2020, Januar 14). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra SML: <https://sml.snø.no/%C3%B8dem>
- Halk, A. B., & Damstra, R. J. (2017). First Dutch guidelines on lipedema using the international classification of functioning, disability and health. *Phlebology*, 32(3), ss. 152-159. doi:10.1177/0268355516639421
- Hem, E. (2020, juli 29). *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra Sml.no: <https://sml.snø.no/ortostatisk>
- Hjukse, A. K. (2021). *Offisielt fra statsrådet 5. mars 2021*. Oslo: regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/offisielt-fra-statsradet-5.-mars-2021/id2837021/>
- Jeffrey, R., Drewnowski, A., Epstein, L., Stunkard, A., Wilson, G. T., & Wing, R. (2000). Long-Term Maintenance of Weight Loss: Current Status. *Health Psychology*, 19(1S), ss. 5-16. doi:10.1037/0278-6133.19.suppl1.5
- Kvale, S., & Svend, B. (2009). *InterView*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Lally, P., & Gardner, B. (2011, Oktober 11). Promoting habit formation. *Health Psychology Review*, 2013(7), ss. 137-158. doi:10.1080/17437199.2011.603640
- Lally, P., Van Jaarsveld, C., Potts, H., & Wardle, J. (2009, juli 19). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), ss. 998-1009. doi:10.1002/ejsp.674
- Liptan, G. L. (2010, januar). Fascia: a missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia. *Journal of bodywork and movement therapies*, 14(1), ss. 3-12. doi:10.1016/j.jbmt.2009.08.003
- Mendez, B. M., Coleman, J. E., & Kenkel, J. M. (2018, juni 27). Optimizing Patient Outcomes and Safety With Liposuction. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(1), ss. 66-82. doi:10.1093/asj/sjy151
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., Doherty, D. C., Williams, A. F., Badger, C., Jeffs, E., . . . Mortimer, P. S. (2003, oktober 1). Lymphoedema: an underestimated health problem. *QJM: An International Journal of Medicine*, 96(10), ss. 731-738. doi:10.1093/qjmed/hcg126
- Nordeng, H. (2020, mars 7). *SML.no*. Hentet fra Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/endorfin>
- NSD. (u.d.). *Meldesjema for behandling av personvernopplysninger*. Hentet november 20, 2021 fra <https://meldeskjema.nsd.no/test/>
- Oslo City Legesenter. (u.d.). Hentet desember 12, 2021 fra Oslo City Legesenter: <https://www.oslocitylegesenter.no/hva-er-bmi-og-hvordan-maler-du-det/>
- Ousekspertsykehuset. (2017, september 18). *Hvorfor er det viktig med lærings- og mestringsstilbud*. Hentet fra Ekspertsykehusetblog.wordpress.com: <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2017/09/18/hvorfor-er-det-viktig-med-laerings-og-mestringsstilbud/>
- Paolacci, S., Precone, V., Acquaviva, F., Chiurazzi, P., Fulcheri, E., Pinelli, M., . . . Bertelli, M. (2019). Genetics of lipedema: new perspectives on genetic research and molecular diagnosis. *European Review and Pharmacological Sciences*, 2019(23), ss. 5581-5554.
- Peled, A. W. (2012, Mars). Long term outcome after surgical treatment of lipedema. *Annals of Plastic Surgery*, 68(3), ss. 303-307. doi:10.1097/SAP.0b013e318215791e

- Peled, A. W., & Kappos, E. A. (2016, August 11). Lipedema: diagnostic and management challenges. *Dovepress, 2016*(8), ss. 389-395. doi:10.2147/IJWH.S106227
- personopplysningslova. (2015) Lov om behandling av personopplysninger. Kapittel II, artikkel 6. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38/gdpr/a6>
- personopplysningsloven. (2015). Lov om behandling av personopplysninger. Kapittel II, artikkel 5. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38/gdpr/a5>
- Rubin, H., & Rubin, I. (2005). *Qualitative interviewing; the art of hearing data* (2. utgave). London: SAGE publications.
- St.Olavs Hospital. (u.d.). *St. Olavs hospital, universitetssykehuset i Trondheim*. Hentet Desember 9, 2021 fra <https://stolav.no/behandlinger/kurs-og-opplering-for-pasient-og-parorende/lipodem-lerings-og-mestringskurs>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse* (5. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Therapy achievements. (u.d.). *Water Exercise for Lipedema and Lymphedema*. Hentet desember 12, 2021 fra Therapy Achievements: <https://therapy-a.com/water-exercise-for-lipedema-and-lymphedema/>
- Tidhar, D., & Katz-Leurer, M. (2009, Juni 03). Aqua lymphatic therapy in women who suffer from breast cancer treatment-related lymphedema: a randomized controlled study. *Supportive Care in Cancer, 2010*(18), ss. 383-392.
- Veen, W. v. (2020, Mars). *Norsk lymfødem- og lipødemforbund*. Hentet fra NLLF: <https://www.nllf.no/lipodem/>
- Wang, L., Felder, M., & Cai, J. Y. (2011). Study of Properties of Medical Compression Fabrics. *Journal of Fiber Bioengineering & Informatics, 2011*(4), ss. 15-22. doi:10.3993/jfbi04201102
- Witte, T., Dadras, M., Heck, F.-C., Heck, M., Habermalz, B., Welss, S., . . . Behr, B. (2020, September). Water-jet-assisted liposuction for the treatment of lipedema: Standardized treatment protocol and results of 63 patients. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 73*(9), ss. 1637-1644. doi:10.1016/j.bjps.2020.03.002
- Wold, L. E., Hines, E. A., & Allen, E. V. (1951). Lipedema of the legs: a syndrome characterized by fat legs and edema.

World Health Organization . (2021, Mai). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* .

Hentet fra ICD-11: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1172950828>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Generelle spørsmål

- a. Hvor jobber du?
- b. Hvilken utdanning/spesialitet jobber du innenfor?
- c. Hvor lenge har du jobbet med lipødempasienter?

Teorigrunnlag og myter og fakta.

- a. Er det dette dere anser til å være gjeldende for lipødem? (Europeiske konsensus og artikkelserie «lipedema: myths and facts»)
- b. Jobber dere ut fra disse artiklene? Hvis nei utdyp
- c. Er det noe i disse artiklene dere er uenig i? hva?
- d. Er det noen andre litterære kilder dere bruker mer?
- e. Hva er innenfor normalen i forhold til fordeling av fett? Hva er uproporsjonalt?

Kan du fortelle om hvilken rolle du har som fysioterapeut har ovenfor disse pasientene?

- a. Hvilke tiltak og metoder bruker du gjennom en behandlingsprosess? Hva begynner dere disse metodene med?
- b. Er det noe de ikke nevner kan man spørre om de spesifikke tingene – motiverende intervju, psykososialt?
- c. Tverrfaglige samarbeid – hvem samarbeider dere med for å behandle denne pasientgruppen.
- d. Hvilke tiltak mener du at fungerer best, evt. Er det noen tiltak som fungerer bedre enn andre?

Har dere ulike tilnæringsmåter for pasienter som skal gjennom en operasjon?

- a. Hvilke inkluderingskriterier må man innenfor for å kunne få gjennomført en operasjon?
- b. Hva er disse kriteriene basert på?
- c. Hva skjer med de som ikke havner innenfor inklusjonskriteriene? Får de noen oppfølging for å komme seg innenfor kriteriene?

Når, i behandlingsforløpet mot en operasjon er det fysioterapeutene kommer inn?

- a. Hva gjør fysioterapeutene i forkant av et inngrep?

- b. Har fysioterapeutene noe å si i bestemmelsen av hvem som er innenfor inklusjonskriteriene?**
- c. Hva gjør fysioterapeuten i etterkant av et inngrep?**
- d. Er det noen komplikasjoner vi som fysioterapeuter må være obs på.**
- e. Hvor lang oppfølging får pasientene etter et inngrep? Er det noen lovsatte krav?**
- f. Hva er effekten av inngrepet – fysisk/psykisk? Er det noen pasienter som opplever en større bedring enn andre? er det noen som ikke blir bedre – spesielt psykisk?**

Hvordan opplever du møtene med pasientene? Både de som skal opereres og de som ikke skal?

- a. Merker man noen forskjell i motivasjonen hos pasientgruppen?
- b. Hva opplever du som utfordrende i jobben din?

Hvilke forventninger kommer pasientene med?

- a. Hvilken forforståelse har pasienten ved første møte?
- b. Hvilke mål er det vanlig at pasienten setter selv?
- c. Hva opplever fysioterapeuten at pasientgruppen forventer av dem.
- d. Hvordan opplever du at pasientene har det? Psyke, og kroppsilde?
- e. Hvordan opplever samarbeidet med pasientgruppen?

Avsluttende spørsmål?

- a. Hva tror du kan bedre behandlingsforløpet til lipødempasienter?
- b. Har du noen tips til kommende fysioterapeuter?
- c. Har du noe mer å legge til?
- d. Er det i orden for deg å eventuelt bruke disse opplysningene anonymisert videre dersom dette skulle bli publisert?
- e. Kan vi komme tilbake til deg i etterkant av intervjuet dersom vi har noen spørsmål etter fortolkningene?
- f. TUSEN TAKK FOR AT DU ØNSKET Å DELTA PÅ DETTE INTERVJUET, det setter vi utrolig stor pris på!

Vedlegg to: Koding av rådata

<p>Derfor er inklusjonskriteriene satt opp.</p>	<p>«det handler mye om risiko. Men man gjør generell kirurgi på mennesker med langt høyere BMI enn 28, så det er jo ikke så strenge krev egentlig»</p> <p>«... en stor risiko for infeksjoner og jeg har sett pasienter med en BMI på 21 som har fått nekrotiske sår og hatt masse problemer knyttet til dette, så det er en reell risiko»</p> <p>«jeg tror ikke alltid kirurger er så åpne for å bruke skjønn i den retningen. Pasientene som ser slik ut (tynn midje, tykke bein), har ikke den samme helserisikoen selv om BMI'en er høy»</p> <hr/> <p>«Der er 28 i BMI fordi over 35 BMI gir en mye høyere risiko i forhold til operasjon. ... Man er redd for at BMI er for høy, og man får mange komplikasjoner så vil de stoppe prosjektet.»</p> <p>«... men er ikke livsstilsendringen i gang før operasjoner, vil det ofte ikke skje i etterkant heller.»</p>
---	--

	<p>«utfordringene med en høy BMI er at man ikke ser forskjell på områdene med fett. Da kan man ende opp med å suge ut mye normalt fett, og minimalt (sykt) lipødemfett. Dette er enklere med pasienter med lavere BMi, da de har mindre normalt fett.»</p> <p>«prøve konservativ behandling i minimum 6mnd i forkant.»</p> <p>«BMI mindre enn 28»</p> <p>«minimum 6 mnd med livsstilsendring, men gjerne enda lengre»</p> <p>«mange av de som går gjennom livsstilsendringen, trenger kanskje ikke operasjon etterpå.»</p> <p>«uten livsstilsendringen vil man etter en operasjon bli fort dårlig igjen. For det er ingen garanti for at man fjerner alle fettcellene.»</p> <p>«om man klarer å gå ned i vekt før operasjonen, ser man at huden krymper og man slipper hudfjerning i ettertid.»</p>
Fysisk aktivitet som tiltak	<p>«de klarer ikke å gå ordentlig etterpå, fordi det er så vondt og sprengt og hovent.»</p> <p>«pasientene får den samme behandlingen om de skal ha operasjon eller ikke»</p> <p>«bassentrening, da noen pasienter har lettere for å bevege seg i vann, kan være aktuelt i senere rehabilitering»</p>

	<p>«Livsstilsendring er et bevisst valg, da de ønsker en pasientgruppe som er aktive»</p> <p>«etter operasjon kommer de til meg for å komme i gang igjen med FA og trening»</p> <p>«det er viktig å ikke passivisere pasienten»</p>
	<p>«anbefaler jevnlig FA, gjerne i basseng. Fettet flyter, blir kompresjon, lettere å trene her, føler seg mindre tung og det er mindre smerter.» «generell styrke er også bra»</p> <p>«Å klare å gå ned i vekt krever mye av pasienten selv.»</p> <p>«Etter operasjonen så er det viktig å få i gang sirkulasjonen med vanlig postoperativ behandling»</p>
<p>Manuelle metoder</p>	<p>«fysioterapeuten har oppfølging med kompresjonstøy»</p> <p>«På St.olavs er det laget et system som gjør at pasientene kan låne pulsator ...»</p>

	<p>«det har gått løs på egne verdier ved å måtte gjort behandlinger som man ikke kan stå inne med. Nå gjør jeg ikke MLD lengre, men har oppfølginger med kompresjon.»</p> <p>«Jeg bestiller inn komresjonsstrømper i forkant, og hjelper dem i utprøving av pulsator, da de ikke får prøve dette alene første gang.»</p> <p>«noen uker etter kommer de tilbake for kompresjonstilpassing da dette blir laget stort første gang på grunn av hevelser.»</p> <p>«Kompresjonskravene i norge er en kompresjonsstrømpebukse med ett lag i tillegg til vanlig standard strømpebukse»</p> <p>«Det gjøres MLD over en lav sko her i Norge»</p>
	<p>«kompresjon, Anbefaler strømpebukser (gjerne klasse 3) flatstrikket»</p> <p>«om de har en lymfatisk komponent så trenger de intensiv MLD i tillegg ca 2 uker»</p> <p>«pulsator» «god effekt av bindevevsbehandling, men det er smertefullt»</p> <p>«bandasjering»</p> <p>«adekvat kompresjon er med på å forme beina»</p>

	<p>«etter operasjon ønskes det at det brukes dobbel kompresjon, dette må tas på mens de enda ligger på operasjonsbordet på grunn av smerter»</p> <p>«med kun bandasje, som ble brukt tidligere, fikk man det ikke godt nok på setet, viktig å få det helt opp til livet»</p> <p>«oppfordrer pasientene til å bruke dobbelt opp med kompresjon i 6 uker før operasjonen også.»</p> <p>«Ved mobilisering i etterkant av operasjonen er det viktig at de har god nok kompresjon, da de lett kan oppleve blodtrykksfall»</p>
Mentale tiltak	<p>«Nav er bidragsyter til at mange er nødt til å operere seg for å få ufør/AAP ol.»</p> <p>«i konsultasjoner med pasienter som skal være med på prosjektet, har vi en god prat om diagnose.»</p> <p>«en god prat om diagnose så de er innforstått med hva de skal gjennom»</p> <p>«ekstremt mange private gjør det på grunna v kosmetikk, usikkert hvor mye smerte disse da har hatt i forkant. Forståelig at det kosmetiske har betydning, men hva har det effekt på?»</p>

	<p>«tror det er penger som har ført til at det er blitt som det er blitt, oppdragsrelatert, penger som motivasjon»</p> <p>«Mange pasienter som tror de har lipødem men som ikke har det, pasienten har kanskje et ønske om å henge livsstil på en diagnose, pasienten må ta ansvar for eget liv og helse, ikke sykeliggjøre seg selv. Dette betyr også at jeg som terapeut ikke må sykeliggjøre de»</p> <p>«så lenge man kan gi de en god forklaring og kunnskap er det en grei pasientgruppe å jobbe med.»</p> <hr/> <p>«skal starte opp med LMS, og håper dette kan gi god effekt for denne pasientgruppen»</p> <p>«Klarer de å gå ned i vekt og holde vekten er sjansen større for at de kan opprettholde en god livskvalitet»</p> <p>«Noen pasienter blir svært sinte på inklusjonskriteriene»</p> <p>«pasientene klarer som regel ikke å sette seg inn i hvor vanskelig og heftig en slik operasjon er, uansett hvor mye man forteller dem i forkant.</p>
--	--

<p>Utfall etter operasjonen</p>	<p>«jeg har ikke lest noen forskning på at pulsator skal være effektivt, men det har blitt slik da det er mange pasienter som kommer og ønsker MLD etter operasjon»</p>
	<p>«Etter operasjonen er det hulrom i vevet, som kan fylles opp med lymfevæske»</p> <p>«pasienter som ikke gjennomgår en livsstilsendring har større sjans for å få komplikasjoner i etterkant.»</p> <p>«etter en operasjon ser jeg pasientene en uke etterpå for å se at huden har helet fint, og at det ikke er noen infeksjoner i vevet.» «etter enda noen uker kommer de tilbake for kompresjonstilpassing.»</p> <p>«det er en fjerning av smertefullt vev, så de vil oppleve en smertelette, nesten alltid.»</p>
	<p>«Har de gått ned i vekt er det lettere å ta ut de syke fettcellene og ikke bare fettvev, da vil man unngå flere operasjoner.»</p> <p>«Man driver og herjer mye inni vevet, dette gir store smerter i etterkant.» «det blir lommer når man herjer, disse skal man få til å klappe sammen på en god måte med bruk av kompresjon.»</p>

	<p>«Noen har fått en del smerter i etterkant, nervesmerter. Ved første operasjon så er det ikke sikkert at man klarer å fjerne alle de syke fettcellene, og da vil man kunne få like vondt som før operasjon igjen.»</p> <p>«de aller fleste har god effekt av operasjonen.»</p>
<p>Komplikasjoner.</p>	<p>«infeksjoner, noen besvimer av smertene. Flere som får serom, og at vevet ikke klapper sammen på en god måte. Noen ganger er dette fordi de ikke har hatt tilstrekkelig med kompresjon i ettertid, og det kan være på grunn av dårlig oppfølging, eller at de ikke klarer å gå med kompresjon på grunn av smerter»</p> <p>«Man må passe på at huden er uten sår, dette kan føre til infeksjoner, da er det roseninfeksjoner som ligger i øvre hudlag, og cellulitt infeksjoner som ligger dypere. Man kan også få nekrotiske sår. Den vanligste komplikasjonen i etterkant er DVT.»</p>

<p>Dette mener de ikke er bra nok i det norske helsevesen.</p>	<p>«det har blitt gjort mange operasjoner i det private, der de ikke har samme kravene til pasientregister og dokumentasjon. Dette gjør at man ikke har god nok oversikt over komplikasjoner og ettervirkninger av operasjon»</p> <p>«så kan man jo egentlig stille seg spørsmål om det er riktig at pasienter går til det private og får en operasjon for så å komme til det offentlige for oppfølgingen. Det private burde se etter at de har all kompetansen for å gjennomføre hele prosessen selv»</p>
	<p>«den forskningen om har blitt gjort på effekt av operasjon, har ikke tatt høyde for placeboeffekten»</p> <p>«pasientene sier ofte selv at «om de bare får den operasjonen så skal de bli mer aktive»».</p> <p>«Pasientene reiser ofte hjem samme dag/dagen etter en operasjon i det private, dette kan føre til infeksjoner og dårlig oppfølging.»</p> <p>«i det private så er det forskjellig syn på hva som er riktig og ikke» «det er vanskelig å si hva som er riktig og ikke når man ikke har helt klart årsaken»</p> <p>«Mange myter og rykter som florerer på nett som gjør at mange kan tro at de har lipødem. Mange kommer til fysioterapeut fordi de tror de har det, også har de det ikke. De ønsker å bruke diagnosen som en unnskyldning»</p>

«det mest utfordrende er at det er så mange forskjellige behandlingstiltak, det er mange fysioterapeuter som ikke henger med på den nyeste forskningen, og tenker at det enkle er ofte det beste»

«flere pasienter blir sendt til ernæringsfysiolog, men der spriker kunnskapen mye, og det er ikke mange som er oppdatert på kunnskap om lipødem og kosthold.»

«Pasientene skal ha en livsstilsendring i minimum 6 mnd, skulle gjerne fulgt opp pasientene i denne perioden, men blir nødt til å sende de videre og håpe på at de finner noen med god kunnskap»

«pasientene er på sykehuset lengre enn man skulle ønsket (1-2 uker), vi ønsker å ha de inne ca 3 dager, men på grunn av dårlig tilbud og at det ikke er noen plass for videre oppfølging, blir de liggende på sykehus.» «det er uforsvarlig å sende noen hjem uten god nok oppfølging i kommunen»