

# PLASTIKKIRURGIN OFFRAS?

Vrånghild påverkar prioritering

**I debatten om prioriteringar i sjukvården har plastikkirurgi nämnts som exempel på verksamheter som med fördel kan begränsas i händelse av minskade totala sjukvårdsresurser. Att denna uppfattning delvis bottenar i en okunskap om vad plastikkirurgi faktiskt innebär i dagens offentliga svenska sjukvård visar två undersökningar från IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.**

De senaste åren har prioriteringsfrågorna ägnats stort utrymme i svensk sjukvårdspolitik och flera undersökningar och utredningar har nyligen genomförts med prioriteringsproblem som tema. Den tyngsta inlagan utgörs tveklöst av den sk Einhornska utredningen »Vårdens svåra val» [1] (i fortsättningen kallad »utredningen») vars försök att skapa en gemensam etisk plattform för prioriteringar inom vården måste betraktas med beundran.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund har presenterat två undersökningar baserade på intervjuer respektive enkäter.

Efter intervjuer med 60 sjukvårdspolitiker i fyra sydsvenska sjukvårdsdistrikt [2] framkom att efter konstgjord befruktning, allmän mammografi, forskning i genteknik, operationer för närsynthet och hormonbehandling av kortväxta utgör »plastikkirurgisk teknologi» ett område där de intervjuade ansåg att minskad resurstilldelning var rimlig. Denna uppfattning var mera ut-

präglad hos de kvinnliga sjukvårdspolitikerna, vilket är en intressant observation eftersom en majoritet av dem som söker hjälp av plastikkirurgisk natur är kvinnor.

I en enkät, där 457 sjukvårdspolitiker, sjukvårdsadministratörer, läkare och sjuksköterskor i Bohuslandstinget besvarade ställda frågor [3], framgick att konstgjord befruktning, operation för närsynthet, vård för idrottsskador samt plastikkirurgi utgjorde de områden där minskad resurstilldelning ansågs mest relevant. Svarsfrekvensen i denna undersökning var betydligt lägre för politikerna än för administratörerna och för sjukvårdspersonalen.

I denna debattinlägg vill vi diskutera plastikkirurgi i offentlig sjukvård utifrån de omdömen och värderingar som kommit till uttryck i de två sistnämnda undersökningarna. Som underlag till debatten har vi registrerat faktiskt bedrivna vård på vår klinik under mars månad 1995.

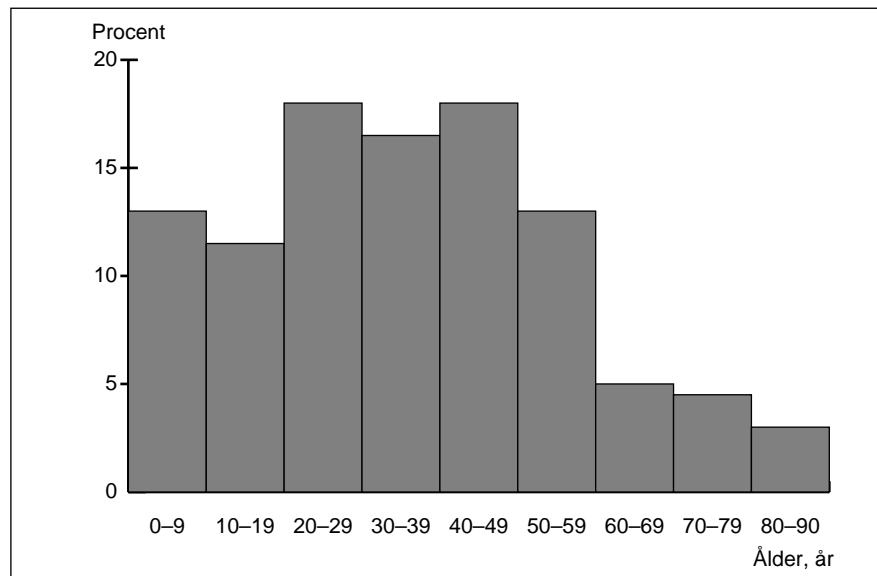
## MATERIAL

För alla plastikkirurgiska patienter som vårdades på plastik- och handkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, under mars månad 1995 registrerades specifikt indikation för kirurgisk åtgärd (misstanke om/känd malign tumör, sequelae efter tidigare kirurgisk åtgärd, övriga svårläkta eller andra sår, trauma inklusive brännskada, missbildningar eller utseende-/proportionsdefekter, kongenitala eller förvärvade). För gruppen utseende-/proportionsdefekter, som kan tänkas innehålla vissa patienter med en mindre prioriterad indikation för kirurgi än de övriga grupperna, har även specifikt noterats hur patientens livsföring påverkats av det tillstånd som föranledde kirurgiskt ingrepp.

Alla patienter som behandlades under undersökningsperioden har remitterats till kliniken från andra sjukvårdsin-

gärder (misstanke om/känd malign tumör, sequelae efter tidigare kirurgisk åtgärd, övriga svårläkta eller andra sår, trauma inklusive brännskada, missbildningar eller utseende-/proportionsdefekter, kongenitala eller förvärvade). För gruppen utseende-/proportionsdefekter, som kan tänkas innehålla vissa patienter med en mindre prioriterad indikation för kirurgi än de övriga grupperna, har även specifikt noterats hur patientens livsföring påverkats av det tillstånd som föranledde kirurgiskt ingrepp.

**Figur 1.** Åldersfördelning på de 107 plastikkirurgiska patienter som skrevs ut från plastik- och handkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, under mars månad 1995.



## Författare

BENGT GERDIN  
professor/överläkare

MAGNUS HOBER  
ST-läkare

VALDEMAR SKOOG  
docent/överläkare; samtliga vid plastik- och handkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

rättningar för att man bedömt att de behandlas bäst med »plastikkirurgisk teknik».

## RESULTAT

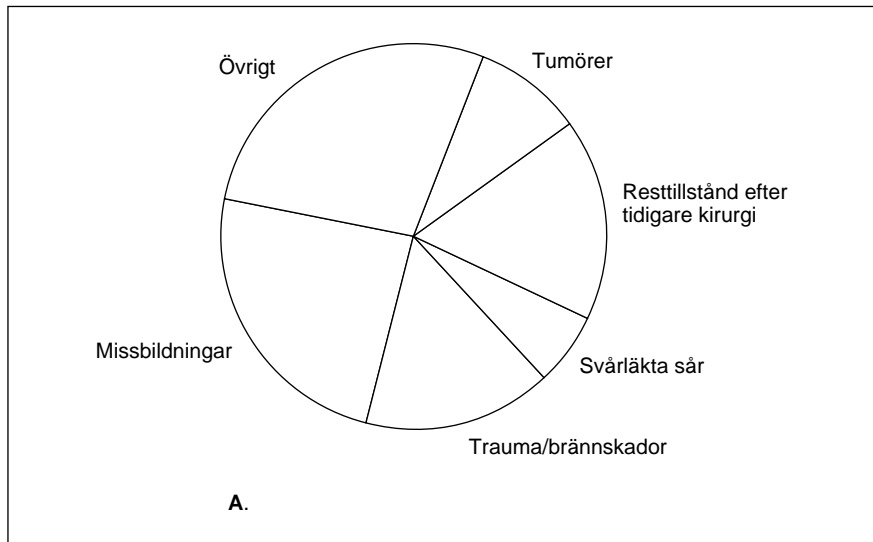
Under den aktuella tiden vårdades 107 patienter vid totalt 112 tillfällen. Medelvårdtiden var 5,1 dagar och 88 procent opererades. Figur 1 visar att huvuddelen av patienterna är i barnåldern eller i arbetsför ålder. Indikationen för operation anges i Figur 2. Ingen av patientkategorierna dominerade vården. Mer än 70 procent utgjordes tillsammans av malign tumör, rekonstruktion efter tidigare kirurgisk åtgärd, svårläkta sår, trauma inklusive brännskada och missbildningar. Kvarvarande patientgrupp, övrigt, utgjorde 28 procent och bestod till största delen av kvinnor med brösthyperplasi. I denna grupp var kraftigt nedsatt rörlighet, hämrad livsföring och/eller psykosocial begränsning de dominerande indikationerna för kirurgi. Många av kvinnorna med brösthyperplasi anförde en kombination av ovanstående besvär som orsak till att de önskade operation.

## DISKUSSION

Vår enkla undersökning visar att ca 70 procent av vårdperioderna ägnas lidanden som kan uppfattas vara mer högprioriterade än defekter i kroppens proportioner. Den kvarvarande gruppen »övrigt» domineras av reduktionsplastiker på grund av brösthyperplasi. De flesta av de patienterna har angivit – och på olika sätt styrkt – långvariga och påtagliga kroppsliga och psykosociala besvär. Dessa har behandlats kirurgiskt med mycket god prognos och hög kostnadseffektivitet [4-6].

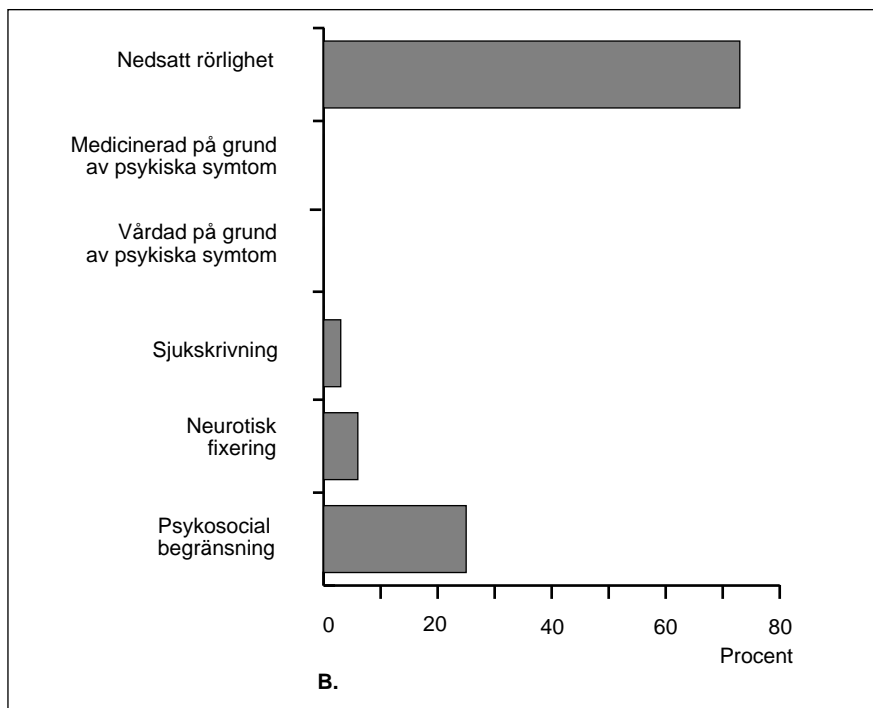
De samlade resultaten av undersökningen antyder sålunda att vården på vår och rimligen andra plastikkirurgiska kliniker präglas av seriösa indikationer där faktiskt bedriven kirurgi genomförs på patienter som utifrån en övergripande medicinsk värdering är rimliga att operera.

Vår undersökning belyser en viktig fråga, som distinkt klargörs i utredningen [1], nämligen att prioriteringar i vården primärt inte ställer specialiteter emot varandra. Den etiska platformen – människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen – liksom indelningen av patienter i prioriteringsgrupper kan inte överföras i termer av kliniska specialiteter. Därav följer att det inom varje specialitet finns patienter tillhörande olika prioriteringsgrupper. En total bedömning av vilken faktisk volym en specialitet behöver är snarare en konsekvens av hur de olika patient-



**Figur 2.**  
A. Operationsindikation för de 107 plastikkirurgiska patienter som vårdades på plastik- och handkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, under mars månad 1995.

B. Bakomliggande problem som föranledde operation av de 30 patienter som opererades i gruppen »övrigt».



grupperna, och alternativa åtgärderna skall prioriteras.

### Logiskt perspektiv

Prioriteringsgrupperna i utredningen utgör uppenbarligen ett försök att skapa en hierarki av mänskligt lidande. Inom varje prioriteringsgrupp föreslår utredningen att de åtgärder skall vidtas som är mest kostnadseffektiva. I detta logiska perspektiv kommer en enskild patients passage genom sjukvårdssystemet att kunna betyda att denna kan komma att tillhöra olika prioriteringsgrupper under olika skeden av sin sjukdom/sitt lidande.

Detta kan belysas i ett plastikkirurgiskt exempel: En patient med en malign mjukdelstumör hör rimligen till den högsta prioriteringsgruppen, grupp 1A (sjukdom som utan behandling leder till för tidig död). Denna individ kan i vårdapparaten omhändertas på två sätt. Det ena alternativet är att tumören exstirperas, men man gör inget försök till funktionell eller estetisk rekonstruktion, varför patienten kommer att få ett livslångt permanent handikapp. Detta är på kort sikt »billigast».

Det andra alternativet är att göra en rekonstruktion i samma eller i en senare seans. Om man handlar som i det

**ANNONS**

## SJUKVÅRDENS UPPGIFTER

enligt IHE [3]

Rädda för tidigt födda  
Vård psykiskt sjuka  
Rehabinsatser  
Njurdialys  
Konstgjord befruktning  
Transplantationskirurgi  
Kranskärlsoperationer  
Information till riskgrupper  
Höftledsoperationer  
Gynekologisk hälsokontroll  
Starroperationer  
Plastikkirurgi  
Hormonbehandling av kortväxta  
Fosterdiagnostik  
Allmän mammografi  
Operation för närsynthet  
Hälsoupplýsning till allmänheten  
Idrottsskador  
Vård av åldersdementa  
Akutsjukvård  
Prevention i samverkan  
Primärvård  
Mödrhälsövård  
Barnhälsövård

första fallet har sjukvården faktiskt genererat en patient i den näst högsta prioriteringsgruppen, grupp 1B (vård av svåra kroniska sjukdomar), grupp II (behov av rehabilitering), eller i bästa fall bara i grupp III (vård av mindre svåra kroniska sjukdomar) till följd av det lyte eller handikapp som det kirurgiska ingreppet lett till. Om man å andra sidan handlar i enlighet med det andra alternativet minskar rekonstruktionen patientens risk att få ett större lyte och utveckla ett funktionellt handikapp, något som rimligen torde vara både etiskt mer tilltalande och på sikt billigare för samhället än alternativ ett.

### Mycken kunskap saknas

Den stora frågan i detta hypotetiska exempel är naturligtvis inte om »plastikkirurgisk teknologi» (eller annan teknologi) skall prioriteras eller inte i behandlingen av denna patient, utan snarare om det mer avancerade alternativet faktiskt leder till målet, och om det i konkurrens med enklare alternativ är kostnadseffektivt. Här måste erkännas att mycken kunskap saknas för plastikkirurgiska, liksom för andra kirurgiska ingrepp. Det torde dock vara helt klart att kunskapsfattigdomen här inte är mindre än för andra mycket tunga delar av modern västerländsk sjukvård. Endast en omfattande samhällsengagemang på forskningsprojekt med inriktning på sjukvårdsekonomiska konsekvenser av olika typer av vård eller ingrepp kan bota denna kunskapsbrist.

Utformningen av prioriteringsgrupperna andas även en omtanke om den enskilde individens autonomi. Hjälptill

patienter med tillstånd som på olika sätt är invalidiserande prioriteras därför högt. Det anses uppenbart för de flesta att denna värdering ger argument för att sjukvården på alla sätt skall försöka ge exempelvis en muskulärt handikappad individ möjlighet att minska sin isolering med hjälp av olika medicinska, kirurgiska och sociala stödåtgärder. Kunskapen är inte stor att det finns individer som till följd av en defekt i sitt utseende lever lika isolerat som den som inte har fysiska möjligheter att lämna sin lägenhet. För dessa kan ibland plastikkirurgiska åtgärder utgöra en viktig bas för en faktiskt ökad grad av autonomi och ett mer utåtriktat liv med högre livskvalitet.

### Hur skall man tolka IHEs undersökningar?

Det är lätt att ha förståelse för respondenternas svar i de båda undersökningarna. De områden som de prioriterade lägre än andra kan förefalla vara av något mindre betydelse för folkhälsan än andra, betydligt mera närliggande områden i sjukvården. Det finns dock flera skäl att ifrågasätta om undersökningarna kan fylla en annan funktion än att ge en beskrivande bild av de svarandes förstahandsfunderingar.

För det första har de ställda frågealternativen formats så att stora delar av den tunga, och därmed kostnadskrävande sjukvården samlats under ett fåtal frågealternativ, exempelvis »primärvård» och »vård av psykiskt sjuka», medan i pressen ofta diskuterade, men i det totala perspektivet mycket små delar av sjukvården beskrivs i ett stort antal alternativ. Sålunda gäller 8 av 24 alternativ, dvs 33 procent, olika typer av kirurgisk vård, dvs vård som totalt sett tar mindre än 10 procent av de totala vårdkostnaderna. Till följd av skevheten i frågealternativen kan den som besvarar frågorna lätt uppleva sig som mycket kostnadsmedveten och prioriteringsbenägen efter att ha önskat neddragning inom ett stort antal små sjukvårdssektorer, och endast önskat ökning inom en eller två redan tidigare dominerande sjukvårdsområden.

För det andra har de intervjuade/svarande ställts inför ett antal frågealternativ som inte är begreppsmässigt jämförbara (se ruta Sjukvårdens uppgifter). Vissa alternativ gäller definierade kirurgiska ingrepp, andra gäller omfattande vårdssystem och till sist presenteras tre hela discipliners verksamhet som separata alternativ: transplantationskirurgi, primärvård, och plastikkirurgi/plastikkirurgisk teknologi.

### Missvisande reportage

För det tredje påverkas svaren förstås av svararnas kunskap/okunskap om

det faktiska innehållet i de olika alternativerna. Det är exempelvis rimligt att tro att svararnas uppfattning om vad som ingår i begreppen plastikkirurgi och »plastikkirurgisk teknologi» haft stor betydelse för svaren. Vår erfarenhet är att det finns en mycket brett förankrad uppfattning utanför läkarkåren, att plastikkirurgi i stort sett är liktydigt med estetisk kirurgi. Med tanke på det sätt på vilket ämnet plastikkirurgi faktiskt beskrivs i medierna och där framförallt i den kolorerade veckopressen, är en sådan uppfattning minst av allt förvånansvärd. Några typiska exempel, se ruta!

Visserligen skrivs då och då i pressen även om de sjukdomstillstånd som utgör största volymen av den offentliga plastikkirurgiska verksamheten. Det är bland annat missbildningar, defekter och restillstånd efter andra kirurgiska ingrepp som leder till svårt handikapp, liksom en av de snabbast växande tumörformerna, malignt melanom. Men det faktum att plastikkirurgisk teknologi utgör stommen i behandlingen av dessa patienter framgår sällan klart i sådana reportage.

### Opreciserad minskning

De refererade undersökningarna från IHE om olika lekmannagruppernas uppfattning om vilka delar av sjukvården som skall erhålla ökade respektive minskade resurser kan på sin höjd anses

## De köpte sig nytt utseende

”Så här vill jag att mina nya bröst ska se ut”

”Jag har alltid haft komplex för mina små bröst”

Här berättar de hur plastikoperationen förändrade deras liv – 14 sidor unikt reportage

Exempel på texter om privatfinansierad estetisk plastikkirurgi.

ge ett underlag för en fortsatt diskussion om attityder hos olika beslutsfattare i vårdapparaten. Resultaten visar endast hur många av de tillfrågade som anser att ökade respektive minskade resurser är önskvärda inom varje frågeområde, och inte hur stor denna ökning/minskning skall vara. Uppenbarligen anser 33 procent av de tillfrågade att plastikkirurgins resurser kunde minska, men undersökningen ger ingen fingervisning om hur stor minskning panelen önskar.

### Det finns en »annan» plastikkirurgi

Den plastikkirurgiska verksamhet som kommer den veckopress- och kvällstidningsläsande allmänheten till del är inte den som beskrivits i denna rapport. Där dominerar den relativt lilla privata verksamheten med inriktning i huvudsak på estetisk kirurgi. Estetisk kirurgi kan anses vara en plastikkirurgisk deldisciplin som ägnar sig åt korrektion av tillstånd uppkomna genom normala åldersförändringar eller orsakade av en önskan om förändring av utseendet. Socialstyrelsen har nyligen genomfört ett projekt som syftade till att utvärdera omfattningen av denna kirurgi i landet. Utredningen genomfördes i Stockholm–Gotlands sjukvårdsregion eftersom huvuddelen av den estetiska kirurgin bedrivs där och visade att kostnaderna för estetisk kirurgi var i storleksordningen 60 miljoner kronor, varav endast en mycket liten del finansierades av samhället. Denna verksamhet marknadsförs effektivt i form av reportage i den lätta pressen.

Plastikkirurgiska kliniker finns på alla regionsjukhus. Kostnaderna för att driva dessa är, relaterat till klinikernas upptagningsområden, relativt lika i olika delar av landet. Man kan därför utifrån kostnaderna för vår klinik skatta den totala kostnaden för den plastikkirurgi som bedrivs på dessa kliniker till cirka 200 miljoner kronor, inkluderande den högspecialiserade brännskadevården. Eftersom samhällets totala sjukvårdskostnader är ca 100 miljarder kronor innebär det att plastikkirurgin tar ca 2 promille av dessa.

Detta förhållande förstärker ytterligare den tidigare diskuterade skevheten i de undersökningar som IHE gjort, där plastikkirurgi utgjorde ett av 24 definierade vårdområden i sjukvården. Om dessa av IHE definierade vårdområden var jämförbara i storlek skulle plastikkirurgin ta ungefär 2 procent av sjukvårdens resurser. Nu är alltså siffran 10 gånger mindre.

Det bör dock sägas att den angivna siffran, 200 miljoner, är mindre relevant av flera skäl. Dels bedrivs en betydande del plastikkirurgi inom länssjukvården,

vars omfattning inte är helt lätt att överblicka, men som torde vara mindre än den som bedrivs på regionklinikerna, dels är gränsen för vad som innefattas i plastikkirurgi mycket oklar. Innebär till exempel varje större excision eller varje delhudstransplantation plastikkirurgi? Skall ansiktstraumatologin anses utgöra plastikkirurgi eller öron-, näs- och halskirurgi? Oavsett svaret på denna fråga antyder den jämförbara storleken av den på de olika regionsjukhusen bedrivna plastikkirurgin att resultatet av vår lilla utvärdering torde vara relativt allmängiltigt.

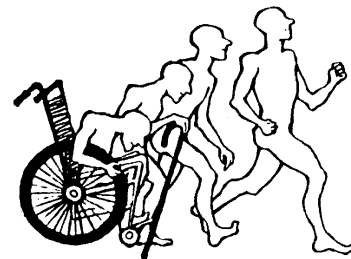
### Ett pedagogiskt problem

Uppenbarligen har plastikkirurgin ett pedagogiskt problem i att innehållet i verksamheten ej är helt känt för människor utanför specialiteten. Plastikkirurgins önskan att framhäva de rent kosmetiska effekterna av sin kirurgi kan naturligtvis lätt betyda att andra livskvalitetspåverkande effekter får en alltför undanskymd plats.

I intervjuerna med de 60 sydsvenska sjukvårdspolitikerna framgår dessutom att dessa lågprioriterade resurstilldelning till »plastikkirurgisk teknologi». Vår hypotes är att de vid besvarandet inte insåg att »plastikkirurgisk teknologi» i princip används av de flesta kirurgiska specialiteter. »Plastikkirurgisk teknologi» samlar all kunskap om hur kirurgi kan bedrivas på människokroppen på ett sådant sätt att kroppens – och vävnadens – reaktion blir så liten som möjligt. Sett i detta perspektiv är plastikkirurgisk teknologi i själva verket, och har alltid varit, den kirurgiska teknologin som kommer att användas i morgon inom andra kirurgiska discipliner. I detta perspektiv är det tecken på historielöshet och utvecklingsnihilism att hävda att plastikkirurgisk teknologi skall lågprioriteras.

### Referenser

1. Vårdens svåra val. Stockholm. Allmänna Förlaget, 1995. SOU 1995: 5.
2. Björk S, Rosén P. Prioriteringar i sjukvården. En empirisk studie av sjukvårdspolitikens syn på resurstilldelningen. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1993. IHE Arbetsrapport 1993: 1.
3. Björk S, Rosén P. Perspektiv på sjukvård i förändring. Etik och resursfördelning i Bohuslandstinget. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1994. IHE Arbetsrapport 1994: 6.
4. Gonzalez F, Walton RL, Shafer B, Matory WE Jr, Borah GL. Reduction mammoplasty improves symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91: 1270-6.
5. Miller AP, Zacher JB, Berggren RB, Falcone RE, Monk J. Breast reduction for symptomatic macromastia: can objective predictors for operative success be identified? *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 77-83.
6. Raispis T, Zehring RD, Downey DL. Long-term functional results after reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1995; 34: 113-6.



## REHABILITERING

Särtryck av en serie i  
*Läkartidningen* 1993–94

Rehabilitering betyder i vanligt språkbruk återanpassning till ett normalt liv. Ofta används dock begreppet i den snävare betydelsen återanpassning till yrkeslivet.

Det finns ingen skarp gräns mellan att behandla och rehabilitera. Allt kliniskt arbete syftar ytterst till att främja ett normalt och självständigt liv.

En rad olika aspekter på rehabilitering i vid bemärkelse redovisades i *Läkartidningen* under 1993–1994. De 27 artiklarna har nu samlats i ett 96-sidigt häfte med färgomslag. Det kan beställas med kuponen nedan.

Pris 85 kronor. Vid 11–50 ex 77 kronor, vid högre upplagor 73 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Rehabilitering

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till *Läkartidningen*,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Beställning per fax:  
08-20 76 19