



# Indikationer för plastikkirurgi i Region Östergötland

Behovsanalys 2015

Handläggare: Henning Elvtegen  
Verksamhet: Ledningsstaben, Hälsa- och sjukvårdsgruppen  
Datum: 2015-11-06  
Diarienummer: HSN 2015-728

# Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Sammanfattning och utvecklingsområden</b>                       | <b>4</b>  |
| <b>2 Uppdrag, syfte och genomförande</b>                             | <b>10</b> |
| 2.1 Uppdrag och syfte  | 10        |
| 2.2 Avgränsning av uppdraget   | 10        |
| 2.3 Genomförande   | 11        |
| 2.4 Brukardialogberedningens arbete                                  | 11        |
| 2.5 Disposition  | 12        |
| <b>3 Analys</b>  | <b>13</b> |
| 3.1 Begreppet plastikkirurgi   | 13        |
| 3.2 Vilka plastikkirurgiska ingrepp utförs i Östergötland?           | 13        |
| 3.3 Fokusingrepp   | 15        |
| 3.3.1 Vad förenar fokusingreppen?                                    | 15        |
| 3.3.2 Plastikkirurgi och patientnämnden                              | 15        |
| 3.3.3 Urval av fokusingrepp  | 16        |
| 3.3.4 Fokusingrepp 1 - Bröstreduktionsplastik                        | 17        |
| 3.3.4.1 Ingreppet  | 17        |
| 3.3.4.2 Nationell indikation   | 17        |
| 3.3.4.3 Indikation i Östergötland, Skåne och VGR                     | 18        |
| 3.3.4.4 Volym och tillgänglighet                                     | 19        |
| 3.3.4.5 Reflektioner bröstreduktion                                  | 21        |
| 3.3.5 Fokusingrepp 2 - Bröstrekonstruktion                           | 22        |
| 3.3.5.1 Ingreppet  | 22        |
| 3.3.5.2 Nationell indikation   | 23        |
| 3.3.5.3 Indikation i Östergötland, Skåne och VGR                     | 23        |
| 3.3.5.4 Fettransplantationer   | 24        |
| 3.3.5.5 Primära bröstrekonstruktioner och samverkan med Bröstenheten | 25        |
| 3.3.5.6 Volym och tillgänglighet                                     | 26        |
| 3.3.5.7 Reflektioner bröstrekonstruktion                             | 28        |
| 3.3.6 Fokusingrepp 3 – Bukplastiker                                  | 29        |
| 3.3.6.1 Ingreppet  | 29        |
| 3.3.6.2 Nationell indikation   | 29        |
| 3.3.6.3 Indikation i Östergötland, Skåne och VGR                     | 30        |
| 3.3.6.4 Skillnader i praxis finns                                    | 30        |
| 3.3.6.5 Volym och tillgänglighet                                     | 31        |
| 3.3.6.6 Övriga ingrepp efter massiv viktnedgång är ovanliga          | 33        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.3.6.7  | Reflektioner bukplastiker .....   | 33        |
| 3.4      | Övriga ingrepp .....  | 34        |
| 3.4.1    | LKG och hypospadi .....   | 34        |
| 3.4.2    | Gynekomasti och ärrplastiker .....  | 35        |
| 3.4.3    | Hudtumörer .....  | 36        |
| 3.4.3.1  | Hudtumörer utgör en stor del av HPK:s verksamhet .....                      | 37        |
| 3.4.3.2  | Antalet remisser och operationer som rör hudtumörer ökar .....              | 37        |
| 3.4.3.3  | Reflektioner hudtumörer .....   | 39        |
| 3.4.4    | Transsexualkirurgi (TS-kirurgi) .....                                       | 39        |
| 3.4.4.1  | Könsdysfori och transsexualism .....  | 40        |
| 3.4.4.2  | Indikationer för TS-kirurgi .....   | 41        |
| 3.4.4.3  | TS-kirurgi på HPK .....   | 42        |
| 3.4.4.4  | Reflektioner TS-kirurgi .....   | 43        |
| 3.4.5    | Trycksår och bensår .....   | 43        |
| 3.4.5.1  | Indikation och volymer .....  | 44        |
| 3.4.5.2  | Tillgänglighet .....  | 45        |
| 3.4.5.3  | Reflektioner trycksår och bensår .....                                      | 47        |
| 3.4.6    | Icke-göra – ingrepp som inte utförs .....                                   | 48        |
| 3.4.6.1  | Information till patienter och remitterter om icke-göra .....               | 49        |
| <b>4</b> | <b>Diskussion .....</b>   | <b>50</b> |
| 4.1      | Indikationer för plastikkirurgi i Östergötland .....                        | 50        |
| 4.1.1    | RÖ:s indikationer samt skillnader mellan RÖ och andra län .....             | 50        |
| 4.1.1.1  | Fokusingreppen .....  | 50        |
| 4.1.1.2  | Ingrepp där nationella indikationer efterfrågas .....                       | 51        |
| 4.1.1.3  | Kort om indikationer för övriga ingrepp som har medicinsk grund ..          | 52        |
| 4.1.2    | Plastikkirurgi som saknar medicinsk grund, samt åtgärder vid komplikationer | 52        |
| 4.1.3    | Skillnader i indikationer inom RÖ .....                                     | 53        |
| 4.2      | HPK har ett jämförelsevis brett uppdrag .....                               | 54        |
| <b>5</b> | <b>Källor .....</b>   | <b>56</b> |
| <b>6</b> | <b>Bilagor .....</b>  | <b>58</b> |

# 1 Sammanfattning och utvecklingsområden

I behovsanalysen finns, efter särskilt viktiga avsnitt, sammanfattande reflektioner i blå rutor med rubriken "Reflektion". Läsaren ombeds ta del av dessa såsom ett komplement till denna inledande sammanfattning.

Denna behovsanalys gäller indikationer för plastikkirurgi, det vill säga de kriterier på vilka plastikkirurgi utförs i Region Östergötland (RÖ). Behovsanalysen syftar inte till att kartlägga alla de processer i vilka plastikkirurgi används eller kvaliteten i dessa processer, utan inriktas istället på en del i processerna, nämligen indikationerna. Behovsanalysens huvudfrågor är:

A. Hur ser **dagens indikationer för plastikkirurgi ut i RÖ** med avseende på:

1. Ingrepp som har medicinsk grund (t ex bröstreduktioner)
2. Ingrepp som sker till följd av komplikationer efter operationer som utförts i privat regi (icke landstingsfinansierad verksamhet)
3. Ingrepp som kan sägas sakna medicinsk grund

B. Finns det **skillnader inom RÖ** när det gäller punkt A ovan?

C. Skiljer sig **RÖ från andra län** när det gäller punkt A ovan?

Behovsanalysen avgränsades till ingrepp som utförs av, eller beställs av Hand- och plastikkirurgiska kliniken på US (HPK), med undantag för vissa typer av bröstrekonstruktioner som utförs av Bröstenheten, Kirurgiska Kliniken US. Eftersom antalet plastikkirurgiska ingrepp är stort, valdes tre plastikkirurgiska ingrepp som bedömdes särskilt intressanta ut för en djupare analys. Dessa ingrepp, som genomgående kallas **fokusingrepp**, är bröstreduktioner, bröstrekonstruktioner och bukplastiker. För att kunna ge ett svar på fråga C, jämfördes indikationer i RÖ med indikationer i Region Skåne och Västra Götalandsregion (VGR). Detta gjordes med hjälp av intervjuer med företrädare för de plastikkirurgiska klinikerna på SUS Malmö och Sahlgrenska universitetssjukhuset samt viss statistik från dessa kliniker.

I behovsanalysen kommenteras också indikationer, utvecklingstendenser och statistik för andra plastikkirurgiska ingrepp än fokusingreppen. Analyserna bakom dessa kommentarer är mindre omfattande, men finns med för att det annars är svårt att bilda sig en uppfattning om hur den miljö där fokusingreppen utförs ser ut, samt hur de resurser som finns för fokusingreppen kan påverkas av andra ingrepp.

Behovsanalysen bygger på intervjuer med verksamhetsföreträdare, analys av PM och andra dokument, samt statistisk från vårdadministrativa system. **Svåra brännskador**, där HPK har ett uppdrag om rikssjukvård, har bedömts ligga utanför denna behovsanalys. Även kirurgi på transsexuella personer (**TS-kirurgi**) har bedömts ligga utanför huvuduppdraget, och området berörs endast i mindre omfattning.

**Brukardialogberedning 3** har under 2015 haft i uppdrag att föra en fördjupad dialog med patienter eller anhöriga som har erfarenheter av plastikkirurgi. Eftersom brukardialogberedningens fokus (upplevelsen av genomgången plastikkirurgi) är ett annat än behovsanalysens fokus (på vilka indikationer ingreppen utförs), redovisas brukardialogberedningens slutsatser i en separat rapport.

---

## Fokusingrepp

### Finns det skillnader inom RÖ när det gäller indikationer för plastikkirurgi?

I arbetet med behovsanalysen har inget framkommit som tyder på att systematiska skillnader i indikationer för plastikkirurgi, såsom exempelvis skillnader mellan olika länsdelar, förekommer inom RÖ. Det kan dock inte uteslutas att det förekommer mindre individuella skillnader i remittenters kunskaper om indikationerna vid HPK och därmed benägenheten till remiss, liksom i enskilda kirurgers tolkningar av indikationerna för operation. Indikationerna beror ofta av ett flertal faktorer varav bara vissa är objektivt mätbara (t ex storlek på hudöverskott och BMI). Risken för olika tolkningar minskar ju mer specifika instruktionerna i PM blir. Samtidigt måste varje PM lämna möjligheter till en individuell bedömning där faktorer som inte är objektivt

mätbara vägs in (såsom "besvär" av t ex ett hudöverskott), vilket är en svår balansgång. Det bästa sättet att minska risken för godtyckliga skillnader i bedömningar är förtydligande av indikationer och spridning av desamma på det sätt som beskrivs i stycket "Bröstreduktioner" nedan. Det är viktigt att påpeka att det i den information som funnits tillgänglig i arbetet med behovsanalysen inte finns något som pekar på att systematiska eller individuella skillnader i tolkningar av indikationer skulle vara större i RÖ än i andra län.

## Bröstreduktioner

En nationell indikation för ingreppet finns i form av ett gemensamt dokument framtaget på uppdrag av bland andra SKL. Dokumentet är från 2008. Inom HPK nämns ingreppet i flera PM. Uppgifterna i de olika PM:en stämmer inte riktigt överens med varandra avseende en aspekt av indikationen, nämligen gränsvärden för patientens BMI, och inte alla PM stämmer överens med den nationella indikationen. Det pågår för närvarande ett arbete med att uppdatera PM om bröstreduktion på HPK.

Varken intervjuer, PM eller analys av ingreppsvolymer ger stöd för att HPK skulle vara mindre generösa med att utföra ingreppet än de undersökta klinikerna i Region Skåne eller VGR. De ger heller inte något starkt stöd för att HPK skulle vara mer generöst än nämnda kliniker.

Den indikation som bröstreduktion utförs på i RÖ består, liksom den nationella indikationen, av ett flertal komponenter, bland annat bröststorlek, förekomst av olika typer av besvär samt gränsvärden för BMI. Det är därför inte alltid lätt för en allmänläkare, om denne inte har tillgång till en nedskrivna indikation i form av ett PM, att veta när en remiss ska skickas. Mot bakgrund av detta noteras att indikationen inte återfinns under rubriken "Remittentinformation" på HPK:s sida på intranätet LISA, och inte heller under "Remittentinformation" på "Vårdgivarwebben" på Region Östergötlands öppna hemsida.

Det är också svårt för potentiella patienter att få information om vilken indikation som gäller. Verksamhetsföreträdare har under arbetet med denna behovsanalys påpekat att det ibland finns ett glapp mellan potentiella patienters förväntningar på *vilka ingrepp som det offentliga omfattar*, samt ett glapp i förväntningar angående *resultatet av ingreppen*. Det enda sättet att överbrygga sådana förväntansglapp är att identifiera lämpliga informationskanaler till patienter och potentiella patienter, samt se till att relevant, uppdaterad information finns i dessa kanaler.

Hemsidan [www.1177.se](http://www.1177.se) blir allt viktigare som informationskanal eftersom allt mindre information till patienter ska gå via Region Östergötlands egna hemsidor. Det förefaller lämpligt att använda [www.1177.se](http://www.1177.se) för information om ingrepp där patienter kan känna en osäkerhet om ingreppet ingår i det offentliga åtagandet eller inte. Ett stort antal plastikkirurgiska ingrepp, däribland bröstreduktioner, faller inom denna kategori. Information på [www.1177.se](http://www.1177.se) ska vara lätt att förstå. Samtidigt kan en indikation inte förenklas alltför mycket. Då ökar risken för missuppfattningar. Det är därför viktigt att ett informationsarbete som syftar till att tillgängliggöra information om RÖ:s indikationer för plastikkirurgiska ingrepp görs i samarbete med de personer som ansvarar för Region Östergötlands information på [www.1177.se](http://www.1177.se).

### Utvecklingsområden, bröstreduktioner:

- Harmonisering av befintliga PM som innehåller uppgifter om indikationen till ett enda PM
- Tillgängliggöra indikationen för potentiella remitter under adekvata rubriker på intranät och Vårdgivarwebb
- Tillgängliggöra indikationen för potentiella patienter i adekvat kanal, exempelvis [www.1177.se](http://www.1177.se)

## Bröstrekonstruktioner

Bröstrekonstruktioner kan göras antingen omedelbart, i samband med att cancern tas bort (primär rekonstruktion) eller senare (sekundär rekonstruktion). De primära rekonstruktionerna görs av Bröstenheten på Kirurgiska Kliniken US, och de sekundära på HPK. Det finns ingen nationell indikation som samlar indikationerna för båda dessa typer av ingrepp. Det finns dock en nationell indikation som rör en viss typ av de sekundära ingreppen, nämligen de som utförs med kroppsegen vävnad (inte de som utförs med implantat). Det finns också, i det nationella vårdprogrammet för bröstcancer, en indikation för primär rekonstruktion med implantat. I RÖ finns PM för primära rekonstruktioner, och ett nytt PM håller på att tas fram vid HPK för sekundära rekonstruktioner. Enligt uppgift kommer detta PM att hamna mitt emellan VGR:s gränsvärde för BMI, vilket stämmer med den nationella indikationen, och Skånes, vilket är mindre generöst och kräver ett lägre BMI. Volymen genomförda bröstrekonstruktioner i RÖ i jämförelse med

antalen i VGR och Region Skåne (per capita) pekar dock inte mot att RÖ i praktiken skulle ha tillämpat en hårdare indikation än VGR.

Indikationerna för bröstrekonstruktioner är enligt verksamhetsföreträdare, trots frånvaro av en enda samlande nationell indikation för de olika typerna av ingrepp, mindre omdiskuterade än indikationen för bukplastik. Inom ett område finns dock diskussioner. Det rör användningen av ”**fettransplantationer**” vid vilket fett tas från en annan del av kroppen, renas, och sedan sprutas in i det rekonstruerade bröstet i syfte att göra det jämnare och mer estetiskt tilltalande. Ingreppet används främst vid sekundära rekonstruktioner, och har blivit vanligare på senare tid. Ingreppet tar viss tid i anspråk, och kan behöva upprepas för att ett optimalt resultat ska uppnås. Verksamhetsföreträdare vid HPK, SUS Malmö och Sahlgrenska har lyft fettransplantationer som ett område där någon form av nationell överenskommelse eller riktlinje skulle vara bra då praxis idag skiljer sig mellan olika kliniker och kirurger. I VGR har fastslagits att fettransplantationer helst ska göras inom ramen för studier, och en policy för antalet transplantationer per patient (1 styck) har på försök antagits. På HPK finns en medvetenhet om prioriteringsproblematiken, men ingen nedskrivna riktlinje.

Primära rekonstruktioner där cancers tas bort och plastikkirurgiska tekniker används väntas, enligt Nationellt Vårdprogram för Bröstcancer, få en allt större roll inom bröstcancerkirurgi. Idag utförs primära rekonstruktioner av bröstkirurger på kirurgkliniken. Operationer där kunskaper inom tumörkirurgi och plastikkirurgi kombineras i samma operation kallas för **onkoplastik**. Primära rekonstruktioner är ett, men inte det enda exemplet på onkoplastik. Det nationella vårdprogrammet för bröstcancer fastslår att ett utvecklat samarbete mellan bröst- och plastikkirurger är en förutsättning för god onkoplastik. I Region Skåne finns ett samarbete mellan bröstkirurger och plastikkirurger där de förra tar bort cancer och de senare sedan rekonstruerar bröstet omedelbart. På Sahlgrenska finns ett samarbete där plastikkirurger och bröstkirurger opererar patienten tillsammans. Samarbetet mellan HPK och Bröstenheten är i dagsläget inte så väl utvecklat, och gemensamma operationer är sällsynta. Bröstenheten har även uttryckt önskemål om att ha plastikkirurgisk kompetens på plats någon dag i veckan för gemensam diskussion av knepiga fall, eller om att ha plastikkirurgisk kompetens anställd på enheten.

#### Utvecklingsområden, bröstrekonstruktioner:

- Färdigställa framtagande av nytt PM för indikation vid sekundär rekonstruktion (HPK). Tillgängliggörande av indikationen till potentiella remitterter och potentiella patienter på det sätt som beskrivits ovan under rubrik ”Bröstreduktion”.
- Ta fram skriftlig information om olika alternativa metoder vid bröstrekonstruktion. I dagsläget finns muntlig information som används vid grupp föreläsningar för patienter som haft cancer eller som överväger att få ett eller båda brösten borttagna i förebyggande syfte på grund av ärftligt förhöjd risk för bröstcancer. Sprida informationen i adekvat informationskanal.
- Fastställa policy för fettransplantationer alternativt initiera en diskussion om, och invänta, en nationell riktlinje eller liknande överenskommelse.
- Förbättrat samarbete mellan Bröstenheten och HPK rörande primära rekonstruktioner.

## Bukplastiker

Det finns en nationell indikation för bukplastiker framtagen på uppdrag av SKL 2008. Indikationen är inte så tydlig när det gäller gränsvärden för BMI, då ett relativt stort spann accepteras (*”helst < 25 men högre BMI kan accepteras efter sammanvägning av patientens övriga symtom”*). Förutom BMI spelar en rad andra faktorer roll, bland annat besvär från hudöverskotten, samt hudöverskottets storlek (> 3 cm överhäng). Nästan alla bukplastiker görs efter massiv viktneidgång, ofta efter vikt reducerande kirurgi, men indikationen gör inte skillnad på om hudöverskottet uppkommit på grund av graviditet eller massiv viktneidgång.

Inom RÖ saknas ett PM som fastslår indikationen för bukplastik. Dock nämns i ett annat PM att ”den nationella indikationen” ska gälla. Den nationella indikationen är inte helt tydlig. Skåne har i ett PM förtydligat sin tolkning avseende BMI-gränser och fastslagit till vilken målvikt (och därmed BMI) en patient måste nå innan operation blir aktuell.

Företrädare för HPK uppger att de, liksom Skåne och VGR, tillämpar regeln om 3 cm överhäng. Företrädarna uppger också att de högst sannolikt tillämpar en striktare gräns för BMI än de andra klinikerna. Orsaken uppges vara brist på resurser. Ett nedskrivet absolut gränsvärde saknas (det finns inte heller i den nationella indikationen), men det uppges att patienter som opereras på HPK oftast har ett BMI omkring 25-26 och endast sällan upp mot 30. Volymjämförelser med andra kliniker har varit svåra att dra säkra slutsatser av då bukplastiker på vissa håll görs på vanliga kirurgkliniker.



Varken HPK, SUS Malmö eller Sahlgrenska utför ingrepp för att ta bort överskottshud från andra kroppsdelar än buken. De två sistnämnda har tydliggjort detta i sin remittentinformation. En ny avhandling har visat att sambandet mellan objektiva mått (hudöverskottets storlek) och patientens upplevelse av obehag och besvär inte är så starkt, vilket skulle kunna få konsekvenser för vilka kriterier en operationsindikation ska innehålla. Författaren till avhandlingen har av chefsöverläkarna vid landets plastikkirurgiska kliniker ombetts se över de nationella indikationerna för i första hand bukplastiker, men eventuellt också för annan överskottshud, i ljuset av avhandlingens fynd. Eventuella förändringsförslag väntas först under 2016.

Bukplastik är det av fokusingreppen där det inom professionen förekommer mest diskussioner kring vilken indikation det är som egentligen är mest lämplig.

#### Utvecklingsområden, bukplastiker:

- Ta fram en indikation för bukplastik i RÖ, alternativt tillgängliggöra den nationella indikationen på ett tydligare sätt. Den nationella indikationen är bred när det gäller BMI. BMI är samtidigt bara en del i indikationen. Om HPK regelmässigt tolkar det breda BMI-spannet i den nationella indikationen på något särskilt sätt bör detta framgå. Eventuella förtydliganden måste dock vara förenliga med att det ytterst handlar om en individuell bedömning där BMI endast är en av de faktorer som vägs in vid beslut om operation.
- Tillgängliggöra indikationen för potentiella remitterter och potentiella patienter på det sätt som beskrivits ovan under rubrik "Bröstreduktion".
- Tydliggöra indikationen för att ta bort hudöverskott på andra ställen än buken då information till remittent om detta i dagsläget saknas.
- Följa diskussionerna om eventuella förändringar i indikationerna för bukplastiker och liknande operationer, däribland operationer för att ta bort hudöverskott på andra ställen än på buken.

#### Komplikationer och ingrepp som saknar medicinsk grund

Patienter som genomgått ingrepp i privat regi drabbas ibland av komplikationer, och söker i vissa fall hjälp på HPK. Vissa söker endast i ett akut skede, andra tidigare. Principen för omhändertagande vid HPK är att akuta fall tas omhand, medan övriga hänvisas till den utförare som utförde ingreppet, vilket i de flesta fall fungerar bra. För den grupp där detta är vanligast, kvinnor med bröstförstoringar, finns inom HPK ett PM som beskriver hanteringen i en rad olika typer av fall. Även till Bröstenheten kommer vissa förfrågningar från personer med komplikationer. Det är viktigt att de båda enheternas sätt att hantera dessa patienter är likartade och att de PM som finns stämmer med varandra. Det totala antalet patienter med komplikationer som följer på privat kirurgi, är, utslaget på ett år, litet. Det förefaller inte hos verksamhetsföreträdare finnas oro för att sådana komplikationer i någon större grad tränger undan annan verksamhet. Representanter för SUS Malmö och Sahlgrenska ger en liknande bild av påverkan på deras verksamheter.

Någon nationell "icke-göra-lista" över ingrepp som inte utförs eftersom de bedöms sakna medicinsk grund finns inte. Inte heller inom RÖ finns någon samlad sådan lista. Dock finns två olika PM som behandlar prioriteringar av olika ingrepp. Dessa listar vissa ingrepp som icke-göra. Verksamhetsföreträdare vid HPK uppger att antalet remisser (både egenremisser och remisser från vården) som saknar medicinsk grund är relativt stort, och att sådana remisser tar tid i anspråk. Ett sätt att minska antalet sådana remisser, och samtidigt öka förståelsen hos potentiella patienter, är genom kommunikation av den typ som beskrivits under rubriken "Bröstreduktioner" ovan. Information riktad till patienter om ingrepp som inte utförs i regionens regi bör sannolikt innehålla lite mer information om ingreppet än informationen i de PM om prioriteringar som i dagsläget finns, såsom exempelvis tillståndets svenska namn, prevalens, orsak till tillståndet och anledningen till att åtgärden inte utförs i offentlig regi.

#### Utvecklingsområde

- Förtydliga kommunikationen med potentiella remitterter och potentiella patienter när det gäller de ingrepp som *inte* omfattas av det offentliga utbudet i RÖ/Sydöstra sjukvårdregionen.

#### Övriga områden

Läpp-käk och gomspalt (LKG), hypospadi (medfödd missbildning i urinröret hos pojkar), gynekomasti (manlig bröstförstoring) och operationer för att förbättra utseendet hos ärr (ärrplastiker) har i behovsanalysen endast kommenterats kortfattat. När det gäller **LKG** och **hypospadi** har inga svårigheter

rörande indikationen framkommit. Läget är något annorlunda för **gynekomasti** och **ärrplastiker**. Företrädare för de tre plastikkirurgiska klinikerna lyfter dessa områden, tillsammans med de ovan nämnda fettransplantationerna, som områden där vissa skillnader i indikation och praxis kan förekomma mellan klinikerna och där en nationell indikation skulle kunna leda till ökad likvärdighet i bedömningarna.

#### Utvecklingsområde

- Förfrågningar om ärrplastik är vanliga. Det ligger i sakens natur att det är svårt att i skrift beskriva vilka ärr som åtgärdas och vilka som inte gör det. Möjligheterna att från HPK:s sida utöka informationen till remittenter och patienter något, och till exempel exemplifiera vilka typer av funktioner som ärret ska nedsätta för att operation ska kunna vara aktuell, bör dock undersökas.

#### Hudtumörer

På grund av uppdragets avgränsningar har endast en grundare analys av hudtumörer gjorts.

Förutom på HPK och Hudkliniken Östergötland, tas hudtumörer också om hand hos privata hudläkare samt på ÖNH ViN och ÖNH US. Hantering av hudtumörer utgör en stor del av HPK:s arbete. Antalet remisser med förfrågan som rör hudförändringar har under de senaste åren ökat relativt kraftigt, både hos HPK och inom RÖ i stort. Även antalet operationer har ökat. Varken HPK, Hudkliniken eller ÖNH ViN/US uppger att gränssnitten mellan klinikerna är otydliga. Däremot framkommer önskemål från HPK om att gränssnitten, för att uppnå optimal resursanvändning på systemnivå, borde se något annorlunda ut. Företrädare för HPK anser att en relativt stor andel av de hudtumörer som kliniken hanterar inte kräver plastikkirurgisk kompetens, utan rent kompetensmässigt borde kunna hanteras av andra specialiteter. Det har bedömts ligga utanför denna behovsanalys ram att djupare analysera denna typ av förslag eller dess konsekvenser.

I sammanhanget bör även nämnas att *Hudtumörprocessen*, med syfte att förbättra omhändertagandet av patienter med misstänkta hudtumörer, pågår inom RÖ sedan ett flertal år tillbaka.

#### Tryck- och bensår

På grund av uppdragets avgränsningar har endast en grundare analys av tryck- och bensår gjorts. Hela kedjan för omhändertagande av patienterna har inte undersökts. Under 2016 kommer en behovsanalys om hudsjukdomar och hudsår, inklusive tryck- och bensår, att göras.

Tryck- och bensår behöver ibland opereras av plastikkirurger. Operation är dock en sista utväg när konservativ behandling misslyckas, och det är inte alltid lätt att avgöra när behovet av plastikkirurgi uppstår. Remittentinformation om detta, samt om ansvar för rensning av såret från död vävnad inför operation, eller hjälp med rensning av sår som led i konservativ behandling, finns inte på de ovan nämnda ställena för remittentinformation på intranät och vårdgivarwebb. Sådan information är tydligare i VGR och Region Skåne. En jämförelse av antalet tryck- och bensår som opereras vid HPK i jämförelse med SUS Malmö och Sahlgrenska ger dock inte anledning att misstänka att patientgruppen, när det gäller plastikkirurgiska ingrepp, skulle vara underbehandlad i RÖ.

För patienter med tryck- och bensår är väntetiderna för besök på Plastikmottagningen, där en bedömning om operation kan komma på fråga görs, ofta längre än överenskommet. I mer än hälften av fallen under 2014 och 2015 är väntetiden längre än de 28 dagar som fastslagits i överenskommelsen mellan HSN och Sinnescentrum. En anledning till detta är, enligt företrädare för HPK, ett stort inflöde av satellitpatienter. HPK hör till de kliniker på US som har flest satellitpatienter och inflödet har ökat kraftigt under 2015. Om inflödet av satellitpatienter är orsaken, förefaller det inte osannolikt att förbättrad planering av mottagandet av dessa skulle kunna leda till en bättre tillgänglighetssituation.

#### Utvecklingsområde

- Tillgängligheten för besök vid Plastikmottagningen vid tryck- och bensår.

#### TS-kirurgi

På grund av uppdragets avgränsningar har endast en grundare analys av TS-kirurgin gjorts.

HPK är en av tre kliniker i landet som utför könskorrigering kirurgi på transsexuella. HPK utför ungefär lika många ingrepp som Karolinska, medan Sahlgrenska utför ett mindre antal ingrepp. Både ingrepp i könsorganen, för vilka patienten måste ha tillstånd från Socialstyrelsens rättsliga råd, och feminiserande och



maskuliniserande ingrepp på övriga delar av kroppen, vilka inte kräver tillstånd, utförs vid HPK. Patienterna kommer till HPK från olika delar av landet. TS-kirurgi är inte rikssjukvård, och inga absoluta upptagningsområden finns. En diskussion om huruvida TS-kirurgi (och i så fall vilka delar av den) ska bli rikssjukvård pågår i Rikssjukvårdsnämnden under hösten 2015. Beslut har i skrivande stund inte fattats.

Det saknas tydliga nationella indikationer för sekundära ingrepp inom TS-kirurgi. Dock finns indikationer för det största könskorrigering ingreppet (ingreppet i könsorganen) eftersom en mycket omfattande utredning krävs inför detta. Socialstyrelsen har gett ut ett nationellt kunskapsstöd om behandling av personer med könsdysfori. I denna finns viss vägledning angående sekundära ingrepp, även om många formuleringar, kanske av nödvändighet, är vaga. Det kan exempelvis vara svårt att tolka hur mycket kirurgi som ska göras i syfte att uppnå en funktionsnivå som är så likvärdig som möjligt med cis-personers funktionsnivå. (En cis-person är en person där könsidentiteten stämmer överens med födelsekönet.) PM som visar indikationen för olika sekundära ingrepp finns inte på HPK:s hemsida på intranätet. En jämförelse mellan TS-kirurgin på HPK och TS-kirurgin på övriga kliniker har inte gjorts.

På senare år har antalet ansökningar om byte av juridiskt kön ökat, och ett stort antal utredningar pågår vid Socialstyrelsen. En del av de personer som utreds, men inte alla, kommer att vilja genomgå könskorrigering kirurgi. Det är oklart om ökningen är tillfällig eller ett nytt normalläge. Det finns också ett lagförslag om att utvidga möjligheterna till könskorrigering kirurgi till att omfatta personer i åldern 15-18 år, vilket, om det blev verklighet, sannolikt skulle öka volymen operationer totalt i landet. Den yngre gruppen skulle också sannolikt kräva mer mottagningstid per patient än vad som är fallet med dagens vuxna patienter. Samtidigt finns en osäkerhet i hur ovanstående påverkar HPK. Osäkerheten består dels i hur kliniken vid Sahlgrenska utvecklas (den har vuxit något på senare år), dels på Rikssjukvårdsnämndens agerande.

TS-kirurgi är avancerad verksamhet, och ingreppen leder ibland till långa vårdtider. Samma patient genomgår vanligen ett flertal ingrepp över tid. TS-kirurgin utgör en ganska stor del av HPK:s verksamhet. Mot bakgrund av de osäkerheter som finns rörande ökade volymer bör området TS- följas noggrant. Det är viktigt att en framtida eventuell ökning av TS-patienter uppmärksammas tidigt.

## **Tillgänglighet**

Det finns utmaningar på tillgänglighetsområdet när det gäller plastikkirurgi. I RÖ följs andelen patienter som väntar på behandling i slutet av varje månad, och månatliga väntetidsrapporter publiceras. En uppdelning görs mellan de som väntat mer respektive mindre än 60 dagar. Andelen av väntande patienter till bröstrekonstruktion, bröstreduktion och bukplastik som väntat mer än 60 dagar, har stigit under den senaste tvåårsperioden (aug 2013-juli 2015). Tillgängligheten har enligt detta sätt att mäta försämrats något. När det gäller de nämnda ingreppen har under jan-jul 2015 i genomsnitt cirka 45-50 % av de väntande patienterna, väntat i mer än 60 dagar.

En grupp som av verksamhetsföreträdare uppges ha extra långa väntetider är kvinnor som ska ta bort ett "friskt" bröst med anledning av arftligt förhöjd risk för bröstcancer, och i samband med borttagandet också ska göra en rekonstruktion av det borttagna bröstet. Många av dessa patienter får vänta flera månader på operation.

Tillgängligheten för besök vid Plastikmottagningen för bedömning av tryck- och bensår har redan nämnts.

## 2 Uppdrag, syfte och genomförande

### 2.1 Uppdrag och syfte

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ska utifrån ett medborgarperspektiv verka för en god hälsa hos befolkningen, att invånarna erbjuds en god vård på lika villkor samt att värden ges utifrån befolkningens behov.

Behovsanalysen är en strategiskt viktig utgångspunkt för en styrning utifrån behov. HSN väljer arligen ut ett antal sjukdomsgrupper eller behovsgrupper som bedöms angelägna att analysera. Behovsanalyserna syftar till att identifiera befolknings- och patientbehov som underlag för HSN:s vidare ställningstagande i uppdrag till vårdleverantörerna.

HSN har beslutat att under 2015 uppdra åt Ledningsstaben att genomföra en behovsanalys inom området plastikkirurgi. Beslutet motiveras i HSN:s verksamhetsplan för 2015:

*”Trycket på att regionen ska ta hand om nya åkommor eller åkommor ökar ständigt inom plastikkirurgin. Orsaker till detta kan vara helt medicinska, exempelvis på grund av att allt fler överlever sin cancer idag och har behov av återskapande åtgärder, eller att fetmaoperationerna ökar med efterföljande behov av plastikkirurgiska ingrepp.*

*Plastikkirurgin möter också allt fler patienter i behov av korrigerande operationer och vård som följd av komplikationer som härstammar från den privata kosmetiska plastikkirurgin. Det finns även önskemål om plastikkirurgiska ingrepp som saknar medicinsk grund. Eftersom regionens resurser för plastikkirurgi är begränsade sätter detta stort tryck på prioritering. Vad ska ingå i den landstingsfinansierade plastikkirurgin? Är rätt behovsgrupper prioriterade i dagsläget?”*

Beredningen för behovsstyrning har ansvarat för den politiska samordningen av behovsanalysen.

### 2.2 Avgränsning av uppdraget

Ovanstående motivering talar om att en ökad efterfrågan skapar ett tryck på prioritering, och avslutas med en normativ fråga om dagens prioritering är ”rätt”. Vilken prioritering som är rätt bedöms delvis vara en politisk fråga, och behovsanalysen har därför fokuserat på att beskriva dagens läge för att ge en grund att stå på inför framtida prioriteringar, snarare än att besvara frågan om dagens prioritering är ”rätt”.

Av HSN:s verksamhetsplan 2015 framgår följande: *”behovsanalysen kan ha olika omfattning beroende på utgångsläge och ambitionsnivå. I bland kan behovsanalysen begränsas/fokuseras på särskilda insatsområden (t.ex. endast rehabiliteringsaspekten).”* Så har, efter dialog med beredningen för behovsstyrning, skett i detta fall. Behovsanalysen har avgränsats till att fokusera på de indikationer på vilka plastikkirurgiska ingrepp görs i dagsläget.

Detta fokus innebär att behovsanalysen inte avser att kartlägga alla de processer i vilka plastikkirurgi används eller kvaliteten i dessa processer, utan istället inriktas på en del i processerna, nämligen indikationerna.

Efter dialog med beredningen för behovsstyrningen avgränsades uppdraget till följande frågor:

A. Hur ser **dagens indikationer för plastikkirurgi ut i RÖ** med avseende på:

1. Ingrepp som har medicinsk grund (t ex bröstreduktioner)
2. Ingrepp som sker till följd av komplikationer efter operationer som utförts i privat regi (icke landstingsfinansierad verksamhet)
3. Ingrepp som kan sägas sakna medicinsk grund. (Hur hanteras sådana förfrågningar?)

B. Finns det **skillnader inom RÖ** när det gäller punkt A ovan?

### C. Skiljer sig **RÖ från andra län** när det gäller punkt A ovan?

Svaret på ovanstående frågor ger en gemensam grund för en fortsatt diskussion om huruvida rätt behovsgrupper är prioriterade inom dagens regionfinansierade plastikkirurgi.

Ovanstående avgränsning specificerades ytterligare genom följande punkter:

1. Endast ingrepp som görs på Hand- och plastikkirurgiska kliniken på US (**HPK**), eller på direkt uppdrag av HPK, har tagits med i behovsanalysen. Bakgrunden är att HPK hanterar nästan all plastikkirurgi i RÖ, och i synnerhet den typ av plastikkirurgi som gränsar mot estetisk plastikkirurgi. HPK är därmed den enhet som oftast har att hantera de utmaningar rörande ökad efterfrågan som HSN tagit upp i motiveringen till uppdraget.
2. HPK bedriver, efter beslut av Rikssjukvårdsnämnden, rikssjukvård inom området **svåra brännskador**. Dessa skador kräver ibland plastikkirurgisk kompetens. Sådan vård sker dock ofta i ett annat spår (på BRIVA - brännskadeintensiven) än den planerade plastikkirurgiska verksamhet som HSN:s motivering till uppdraget förefaller avse. Av denna anledning står inte plastikkirurgiska ingrepp vid behandling av svåra brännskador i fokus i denna behovsanalys.
3. HPK utför sedan flera år tillbaka kirurgi i könskorrigering syfte för transsexuella personer, så kallad **TS-kirurgi**. HPK är för närvarande en av tre kliniker i landet som utför TS-kirurgi, och kliniken tar emot patienter från i stort sett alla delar av landet. Vården är ännu inte rikssjukvård, men diskuteras under hösten 2015 i Rikssjukvårdsnämndens som ett område där beslut om rikssjukvård kan komma att bli aktuellt. TS-kirurgi är komplex och samma person opereras vanligen ett flertal gånger. TS-kirurgi sker i samma lokaler som annan plastikkirurgi. Men, mot bakgrund av att flertalet patienter som behandlas med TS-kirurgi vid HPK inte kommer från RÖ, utan från andra delar av landet, är inte TS-kirurgi primärt fokus i denna behovsanalys. TS-kirurgi diskuteras dock i kortare ordalag då utvecklingen inom området kan komma att påverka övrig verksamhet inom HPK.

## 2.3 Genomförande

Behovsanalysen har tagits fram genom intervjuer med representanter från en rad olika verksamheter, bland annat HPK, Hudkliniken Östergötland, Kirurgiska kliniken US (Bröstenheten) och ÖNH-klinikerna på US och ViN. Vidare har RÖ:s PM för ett antal diagnoser studerats. Statistik har hämtats ur olika källor, inte minst ur journalsystemet via rapporter från Cosmic Intelligence, men också från RÖ:s [väntetidsuppföljningar](#). Flera kliniker har också på förfrågan delat med sig av sin egen statistik. Anmälningar till Patientnämnden har gått igenom. Syftet har varit att kontrollera om några mönster finns i anmälningarna.

Utanför RÖ har intervjuer med verksamhetschefer och statistikansvariga för de plastikkirurgiska klinikerna vid SUS Malmö, och Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, genomförts. Syftet har varit att skapa en ökad förståelse för RÖ:s plastikkirurgi genom att undersöka eventuella skillnader i indikationer mellan HPK och de nyss nämnda klinikerna. Se även kapitel 5 ("Källor") för mer information om vilket material som använts.

## 2.4 Brukardialogberedningens arbete

HSN har fem brukardialogberedningar. Dessa har till uppgift att genom dialog med medborgare/brukare bidra med underlag till behovsanalys. Varje beredning består av sju politiker och ett processtödd. HSN har beslutat att under 2015 ge brukardialogberedning 3 i uppdrag att föra en fördjupad dialog med patienter eller anhöriga som har erfarenheter av plastikkirurgi. Beredningen har under april-september genomfört 14 intervjuer med patienter som genomgått ingrepp eller fått avslag på att genomgå ingrepp som exempelvis bröstreduktion, bröstrekonstruktion, hudtumor i ansikte och bukplastik. Några av intervjuerna var gruppintervjuer, och totalt hördes 18 personer.

Eftersom brukardialogberedningens fokus (upplevelsen av genomgången plastikkirurgi) är ett annat än behovsanalysens fokus (på vilka indikationer ingreppen utförs), redovisas brukardialogberedningens slutsatser i en separat rapport.

## 2.5 Disposition

Rapporten inleds med en sammanfattning samt en redogörelse för utvecklingsområden (kap 1). I rapportens andra kapitel redogörs för syfte och avgränsningar (kap 2). Större delen av rapporten utgörs av ett analyskapitel (kap 3). Analyskapitlet inleds med att tre ingrepp som bedöms vara av särskild betydelse att titta närmare på väljs ut. Dessa kallas fokusingrepp (bröstreduktioner, bröstrekonstruktioner och bukplastiker) och analyseras sedan i tur och ordning. Efter detta följer en något kortare analys av områden som bedöms ligga i utkanten av uppdraget, men som trots detta kommenteras då utvecklingen inom dem påverkar HPK i stort (hudtumörer och kirurgi på transsexuella personer). Även indikationerna för ett mindre vanligt ingrepp (manlig bröstförstoring) och ett ingrepp där ganska stor efterfrågan finns (ärrplastiker) diskuteras. Avslutningsvis kommenteras indikationen för tryck- och bensår, samt vilka ingreppstyper det är som HPK *inte* utför. I rapportens avslutande kapitel förs en kortare diskussion kring det som framkommit i analysen (kap 4).

# 3 Analys

## 3.1 Begreppet plastikkirurgi

En kortfattad, allmänt accepterad definition av begreppet plastikkirurgi förefaller inte finnas. Begreppet finns inte med i Socialstyrelsens termbank. I juni 2008 meddelade dock Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2008:17). I definitionen för kompetensområdet plastikkirurgi återfanns bland annat följande:

*”Specialiteten plastikkirurgi omfattar utredning, diagnostik, icke-kirurgisk och kirurgisk behandling samt uppföljning av yttre medfödda missbildningar samt förvärvade yttre defekter och funktionsinskränkningar orsakade av tumörer, skador eller andra förändringar i hud, slemhinnor och stödjevävnad. (...) Av central betydelse är också förståelse av fundamentala principer och begrepp samt välutvecklade praktiska färdigheter i fråga om flertalet undersökningsformer och operationsmetoder som ger möjlighet att planera och utföra specifika operationer.”<sup>1</sup>*

Definitionen av specialistområdet är således mycket bred, och begreppet plastikkirurgi är därmed svårt att knyta till enskilda diagnoser eller grupper av diagnoser. Definitionens betoning av praktiska färdigheter pekar mot att det som utmärker begreppet plastikkirurgi snarare är en uppsättning tekniska och praktiska färdigheter, vilket även ett flertal personer som intervjuats inom ramen för behovsanalysen bekräftat.

Det är inte ovanligt att skilja på *rekonstruktiv* respektive *estetisk* (kosmetisk) plastikkirurgi där den senare i allmänhet inte finansieras av den offentliga sjukvården. Det kan dock ibland vara svårt att hålla isär dessa då samma tekniker används vid ingrepp i båda kategorierna. Företrädare för HPK har uttryckt uppdelningen på detta sätt:

**”Rekonstruktiv plastikkirurgi – offentlig vård:** Åtgärddar medfödda och på grund av sjukdom eller trauma förvärvade defekter och funktionsnedsättningar

**Estetisk plastikkirurgi – privat vård:** Åtgärddar önskemål om att förändra utseendet eller motverka effekter av det naturliga åldrandet. Viss överlappning mot den rekonstruktiva plastikkirurgin kan förekomma.”<sup>2</sup>

Begreppet plastikkirurgi innefattar således en rad olika ingrepp, vilka förenas av att särskilda tekniker används. Den absoluta majoriteten av dessa ingrepp inom RÖ sker vid HPK, och utförs av plastikkirurg. Alla ingrepp som utförs av plastikkirurg behöver dock inte kategoriseras som ”plastikkirurgi”. Det tydligaste exemplet är att HPK utför ett stort antal hudtumöroperationer, och att plastikkirurgerna själva menar att en del av dessa är av sådan enkel art att de inte bör kallas plastikkirurgi. Vissa rekonstruktiva ingrepp utförs utanför plastikkirurgiska kliniker. Ett exempel är de så kallade *primära bröstrekonstruktionerna*, som på vissa ställen i Sverige, däribland US, utförs av bröstkirurg omedelbart i samband med att cancer avlägsnas ur bröstet.

För en diskussion om de ingrepp som visserligen faller under en bred definition av ”plastikkirurgi”, men som HPK inte utför då de bedöms ligga utanför det offentliga åtagandet, se avsnitt 3.4.6.

## 3.2 Vilka plastikkirurgiska ingrepp utförs i Östergötland?

Huvuddelen av de plastikkirurgiska ingrepp som RÖ finansierar utförs vid HPK. En mindre del av de ingreppen utförs på uppdrag av HPK av andra utförare, i första hand om HPK har svårt att hinna med ingreppen inom ramen för vårdgarantin. Så har exempelvis vissa *bröstreduktioner* utförts av Östersjökliniken i Algutsrum på Öland. Rörande *bukplastiker* finns ett samarbete med Aleris Motala, som på uppdrag av HPK under de senaste åren genomfört 35-45% av de offentligfinansierade bukplastikerna i RÖ [se tabell 3.4].

<sup>1</sup> Socialstyrelsen, (2008), *Föreskrifter och allmänna råd. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2008*, SOSFS 208:17, s. 67

<sup>2</sup> Johan Zdolsek, ”Plastikkirurgi. En orientering.” föreläsning för brukardialogberedning 3, 150203

Av tabell 3.1 framgår volymer för de vanligaste plastikkirurgiska ingreppen som utfördes vid HPK under 2014. I tabellen finns också siffror för de plastikkirurgiska klinikerna på SUS Malmö och Sahlgrenska med som jämförelsematerial. Hela tabellen förklaras inte i detta avsnitt då tabellen kommenteras löpande genom hela behovsanalysen. Det finns vissa osäkerheter i siffrorna, och de ska tolkas med försiktighet. Se kommentar i grönt fält längst ned i tabellen.

Tabell 3.1: Plastikkirurgiska ingrepp vid HPK, SUS Malmö och Sahlgrenska 2014 (Källa: respektive klinik samt Christina Hedin, Bröstenheten, Kirurgiska Kliniken US)<sup>3</sup>

| <b>Jämförelse mellan tre plastikkirurgiska verksamheter 2014</b>   |                                      |   |  |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <b>Bakgrund</b>  | <b>HPK US Linköping 2014</b>         | <b>SUS Malmö 2014</b>                     | <b>Sahlgrenska 2014</b>                                  |
| <b>Upptagningsområde</b>   | RÖ, LKL, RJL                         | Skåne, Blekinge, Kronoberg, Sö Halland    | Västra Götalandsregionen, Norra Halland                  |
| <b>Folkmängd i upptagningsområdet</b>  | ca 1020 000                          | ca 1800 000                               | ca 1800 000  |
| <b>Antal specialtläkare (antal heltidstjänster)</b>  | <b>9 (8)</b>                         | <b>15 (-)</b>                             | <b>14</b>  |
| <b>Antal ST-läkare</b>   | <b>3</b>                             | <b>4</b>                                  | <b>5</b>   |
| <b>Rikssjukvård</b>  | Svåra brännskador (559 ingrepp)      | Nej                                       | Viss kraniofacial kirurgi, främst på barn (141 ingrepp)  |
| <b>Handkirurgin inom samma klinik/budget?</b>  | <b>Ja</b>                            | <b>Nej</b>                                | <b>Nej</b>   |
| <b>Operationer</b>   |                                      |   |  |
| <b>Hudtumöroperationer (totalt)</b>  | <b>950</b>                           | <b>?</b>                                  | <b>763</b>   |
| varav polikliniska op  | 907                                  | 525                                       | 513  |
| varav slutenvård   | 43                                   | 55  | 250 (slutenvård + dagkirurgi)                            |
| <b>Läpp-käk-gomspalt (antal nya barn/år)</b>   | <b>24</b>                            | <b>40</b>                                 | <b>40</b>  |
| <b>Bröstreduktioner</b>  | <b>71 (+6 inköpta)</b>               | <b>15 (+80 inköpta)</b>                   | <b>161</b>   |
| <b>Bröstrekonstruktioner utförda av plastikkirurg (totalt)</b>   | <b>129</b>                           | <b>120</b>                                | <b>ca 220</b>  |
| varav primära  | 15 st primära BRCA-patienter på HPK. | 20  | 40   |
| varav sekundära  | 114                                  | 60  | ca 180 (inkl. ingrepp tillsammans med bröstkirurgerna)   |
| antal av de sekundära rekonstruktionerna som utförts med kroppsegen vävnad   | 88                                   | 40  | 55   |
| <b>Bröstrekonstruktioner i bröstkirurgisk verksamhet (primära rekonstruktioner med implantat)</b>  | <b>29</b>                            | <b>?</b>                                  | <b>0. (Allt görs tillsammans med plastikkirurgerna.)</b> |
| <b>Hypospadier</b>   | <b>40</b>                            | <b>40 (+ okänt antal på barnkirurgin)</b> | <b>0 (utförs av barnkirurgin)</b>                        |
| <b>Bukplastiker (totalt utförda på kliniken)</b>   | <b>19</b>                            | <b>15</b>                                 | <b>91</b>  |
| varav efter massiv viktnedgång   | 19                                   | 15  | nästan alla  |
| varav efter graviditet   | 0                                    | 0   | < 5  |
| antal bukplastiker som finansieras av landstinget med som utförs/köps av annan klinik än er klinik   | 14                                   | ca 100                                    | 0 (men 30 år 2013)                                       |
| <b>Transsexualkirurgi (Samma patient genomgår vanligen flera ingrepp. Här visas totalt antal ingrepp inom TS-kirurgi, inte antal patienter)</b>  | <b>91</b>                            | <b>0</b>                                  | <b>67</b>  |
| <b>Konsultoperationer som kliniken plastikkirurger utför åt andra enheter på sjukhuset (ca)</b>  | <b>111</b>                           | <b>120</b>                                | <b>&gt; 100</b>  |
| <i>*Siffrorna har levererats av respektive klinik. Då dessa har olika vårdadministrativa system, samt möjligen i vissa fall kan ha olika registreringsrutiner, ska siffrorna tolkas med försiktighet. I synnerhet rörande bröstrekonstruktioner finns en mängd olika kodningar och siffrorna är därmed behäftade med viss osäkerhet.</i> |                                      |   |  |

<sup>3</sup> BRCA-patienter, som nämns på rad 15 i tabell 3.1 är patienter som har förändringar i BRCA-genen som leder till ökad risk för bröstcancer. En del personer som har sådana förändringar väljer att ta bort ett eller båda bröstet i förebyggande syfte (profylaktisk mastektomi).



Av tabell 3.1 framgår att *hudtumöroperation* är det vanligaste ingreppet på HPK. Huvuddelen av dessa ingrepp sker polikliniskt, d.v.s. utan att patienten behöver läggas in. Uppdelningen mellan vilka hudtumöroperationer som utförs av plastikkirurger respektive hud- eller allmänkirurger ser inte likadan ut i hela landet. Som framgår av tabellen utför HPK ett mycket stort antal ingrepp med anledning av hudtumörer i jämförelse med de plastikkirurgiska klinikerna på SUS Malmö och Sahlgrenska. Detta diskuteras vidare i avsnitt 3.4.3.

Av tabell 3.1 framgår vidare att *konsultoperationer* som HPK:s kirurger utför åt andra kliniker på sjukhuset och transsexualkirurgi också är jämförelsevis vanligt förekommande ingrepp. Något färre till antalet är antalet *bröstrekonstruktioner*, *bukplastiker* och *bröstreduktioner*. I synnerhet bröstrekonstruktioner och bukplastiker är relativt omfattande ingrepp. Förutom de bröstrekonstruktioner som görs på HPK görs även ett mindre antal rekonstruktioner av bröstkirurg på Bröstenheten på Kirurgiska Kliniken US, i samband med att cancer avlägsnas ur bröstet. Sådana rekonstruktioner kallas för *omedelbara bröstrekonstruktioner* eller *primära bröstrekonstruktioner* medan rekonstruktioner som görs i ett senare skede kallas för *sekundära bröstrekonstruktioner* eller *senare bröstrekonstruktioner*.

En annan del av plastikkirurgin rör missbildningar hos barn. De vanligaste som åtgärdas på HPK är *läpp-käk-gomspalt (LKG)* och *hypospadi* (en missbildning i urinröret hos små pojkar). LKG fodrar i regel 3-4 ingrepp per barn över tid och kontroller under flera år, och ungefär 25 barn om året påbörjar varje år sin behandling på HPK. Hypospadi, som är mindre komplicerat att åtgärda, var orsak till 40 ingrepp under 2014. Kliniken tar emot patienter från hela Sydöstra sjukvårdsregionen för båda dessa diagnoser.

### 3.3 Fokusingrepp

#### 3.3.1 Vad förenar fokusingreppen?

Inom ramen för behovsanalysen har ett antal *fokusingrepp* valts ut. När det rör dessa ingrepp har RÖ:s indikationer på ett djupare sätt genomlysts och jämförts med Region Skånes, Västra Götalandsregionens och eventuella nationella indikationer. De ingrepp som valts som fokusingrepp förenas av följande kriterier:

1. de rör ingrepp på relativt många individer (stor volym)
2. de innehåller element som gör att det kan vara svårt att dra gränsen mellan rekonstruktiva och estetiska ingrepp
3. de rör ingrepp där diskussioner om lämpliga indikationer relativt ofta dyker upp inom professionen
4. det finns en efterfrågan på åtgärden/delar av åtgärden som är så stor att inte alla som vill ha den i dagsläget får den (d.v.s. någon form av ransonering förekommer)

Förutom ovanstående kriterier har också ytterligare en aspekt vägts in i urvalet, nämligen förekomsten av klagomål riktade till RÖ:s Patientnämnd rörande den aktuella åtgärden, vilket beskrivs i nästa avsnitt.

#### 3.3.2 Plastikkirurgi och patientnämnden

De ärenden som anmälts till Patientnämnden är över tid för få för att skapa ett statistiskt hållbart material för att uttala sig om kvalitet i verksamheten. Ärendena är mycket få i förhållande till antalet behandlade patienter. Dock kan förekomsten av flera likartade ärenden ge en bild av hur vissa patienter *upplever* den vård som ges. I detta sammanhang är inte syftet att uttala sig om HPK:s kvalitet, utan endast att komplettera bilden inför urvalet av fokusingrepp.

Under 2013 och 2014 förekom 43 kontakter med Patientnämnden som kunde hänföras till HPK. Av dessa kunde 24 klassificeras som plastikrelaterade, medan 17 primärt rörde handkirurgi och 2 rörde övriga frågor. En klassificering av de 24 plastikrelaterade kontakterna efter primär kontaktsak återfinns i tabell 3.2.

Tabell 3.2: Orsaker till kontakt med Patientnämnden 2013-2014 (plastikrelaterade kontakter)

| Primär orsak till kontakt med Patientnämnden ang. HPK<br>Plastikrelaterade kontakter 2013-2014 (ej handkirurgen) |           |             |
|--|-----------|-------------|
| missnöje med resultat:   | 11        | 46%         |
| missnöje med utbud:  | 9         | 38%         |
| missnöje med kommunikation:  | 3         | 13%         |
| missnöje med bemötande:  | 1         | 4%          |
|  | <b>24</b> | <b>100%</b> |

Av tabellen framgår att knappt hälften av kontakterna rörde själva resultatet av en behandling. Nästan lika stor andel av kontakterna rörde ett missnöje med utbudet. Vanligen handlade kontakterna om att patienterna inte fick det ingrepp de ansåg sig vara i behov av, exempelvis en bukplastik eller en ärrplastik.

Majoriteten av kontakterna omnämnde på något sätt missnöje med kommunikationen från HPK, men endast drygt en tiondel av kontakterna kan sägas haft bristande kommunikation som huvudtema. Under arbetet med behovsanalysen har verksamhetsföreträdare uppgivit att det hos delar av allmänheten finns ett visst glapp mellan förväntningarna på såväl resultat som utbud inom den offentligt finansierade plastikkirurgin. Det faktum att en relativt stor andel av kontakterna med Patientnämnden rör missnöje med utbudet ger visst stöd åt det senare.

Tabell 3.3: Ingreppstyper vid kontakt med Patientnämnden 2013-2014

| Ingreppstyp som föranlett kontakt med Patientnämnden<br>Plastikrelaterade (ej handkirurgen) kontakter vid HPK,<br>2013-2014 |           |             |
|---|-----------|-------------|
| Bukplastik  | 5         | 21%         |
| Bröstreduktion  | 3         | 13%         |
| TS-kirurgi  | 3         | 13%         |
| Ärrplastik  | 3         | 13%         |
| Bröstrekonstruktion   | 2         | 8%          |
| Näsplastik  | 2         | 8%          |
| Hudtumör  | 2         | 8%          |
| Asymmetriska bröst  | 1         | 4%          |
| Hudplastik Rosacea  | 1         | 4%          |
| Övrigt  | 2         | 8%          |
|   | <b>24</b> | <b>100%</b> |

Av tabell 3.3 framgår att bukplastik var den ingreppstyp som föranlett flest kontakter med Patientnämnden. Detta trots att antalet ingrepp, omkring 30-40 per år inklusive de som görs av Aleris, är mycket litet i förhållande till de omkring 900 operationerna för hudtumörer som görs årligen. Ärendena som rörde bukplastik handlade, liksom ärendena om bröstreduktion, i vissa fall om missnöje med resultatet (ärr), i andra fall om missnöje med utbudet (för hård ransonering). Fallen som rörde ärrplastik handlade i samtliga fall om ett missnöje över att man blivit nekad ingrepp.

### 3.3.3 Urval av fokusingrepp

I tabell 3.1 framgick volymerna för olika ingreppstyper vid US. Ingrepp med relativt stora volymer (kriterium 1), samt som uppfyller de övriga tre kriterierna i avsnitt 3.3.1 är bröstreduktioner, bröstrekonstruktioner och bukplastiker. Gällande såväl bröstreduktioner som bröstrekonstruktioner uppstår ibland önskemål av estetisk karaktär som rör önskemål om storlek och form på det rekonstruerade eller reducerade bröstet (kriterium 2), vilka har lett till diskussioner i professionen (kriterium 3). Detsamma gäller gränsdragningarna inför en bukplastik, inte minst rörande vilka gränser för BMI som ska tillämpas. Alla tre

ingreppstyperna ransoneras också, vilket innebär att inte alla som önskar ett ingrepp får det (kriterium 4). Samtliga dessa ärendetyper återfinns också i ärenden i Patientnämnden. **Bröstreduktioner, bröstrekonstruktioner och bukplastiker görs av denna anledning till fokusingrepp i denna behovsanalys.**

Hudtumöroperationer, som är det volymmässigt största ingreppet, grundar sig i en bekräftad eller misstänkt tumör och skiljer sig därför från ovanstående ingrepp. Ingreppen ransoneras inte och svårigheterna att skilja estetiskt motiverade ingrepp från rekonstruktiva ingrepp är mindre än vid exempelvis en bukplastik. Hudtumöroperationer görs därför inte till fokusingrepp, men diskuteras, om än i mindre omfattning, i avsnitt 3.4.3.

Hypospadier och LKG rör ett mindre antal individer än ovanstående ingrepp. Indikationen för ingrepp är relativt tydlig och ingreppen rör små barn med livet framför sig. Sannolikt är det inte en ökad efterfrågan på dessa typer av ingrepp som HSN avsett i motiveringen till denna behovsanalys. Ingreppen görs därför inte till fokusingrepp, men kommenteras kortfattat i avsnitt 3.4.1.

Kirurgi på transsexuella, TS-kirurgi, ska på grund av orsaker som diskuteras i avsnitt 2.2 inte vara huvudfokus för denna behovsanalys. Ingreppen görs därför inte till fokusingrepp, men kommenteras i avsnitt 3.4.4.

I de följande avsnitten redogörs för RÖ:s indikationer för fokusingreppen bröstreduktion, bröstrekonstruktion och bukplastik.

### 3.3.4 Fokusingrepp 1 - Bröstreduktionsplastik

#### 3.3.4.1 Ingreppet

Syftet med en bröstreduktionsplastik är att ge en patient med stor byst symptomlindring så att hon kan fungera socialt och yrkesmässigt opåverkad av bysten. Målgruppen för ingreppet är kvinnor med stor och tung byst som orsakar kroppsliga och/eller psykosociala symptom som påverkar deras liv och livskvalitet negativt.

Vid en bröstreduktionsplastik minskas bröstkörtelns storlek, vanligen genom att en kil av bröstvävnaden opereras bort. Bröstvärtan flyttas sedan till önskvärt läge. Operationen utförs i narkos. Huruvida patienten stannar över natt varierar, och beror bland annat på hur stor reduktion det varit fråga om. Sjukskrivningstiden varierar beroende på arbete, i vissa fall under två veckor i andra fall 3-4 veckor. I RÖ utförs ingreppet oftast på HPK, men i vissa fall köps ingreppet av Östersjökliniken på Öland i syfte att klara vårdgarantin.

#### 3.3.4.2 Nationell indikation

Inom ramen för ett utvecklingsprojekt som från 2005 drevs av SKL, Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet, togs ett flertal rapporter som beskrev så kallade *Nationella Medicinska Indikationer* fram. Syftet med rapporterna var att på nationell nivå ta fram en samlad professionellt grundad ståndpunkt för indikationer och förutsättningar för specifika medicinska åtgärder för att minska variationerna i landet. En av dessa rapporter kom 2008 och hette *Nationella Medicinska Indikationer: Bröstreduktionsplastik – bröstförminskande kirurgi vid stor byst*. Rapporten togs fram av en expertgrupp av plastikkirurger från ett flertal större sjukhus. Rapporten, som fortfarande är aktuell, rörde endast bröstplastiker på kvinnor. Rapporten beskriver följande indikationer och kontraindikationer:

##### Indikationer:

- Indikationen består av en sammanvägning av flera faktorer där bröstets volym är den viktigaste enskilda faktorn.
- Bröstets volym ska vara > **800 ml** hos en kvinna med normalvikt men kan vara mindre än 800 ml på en kvinna med "mycket liten kroppsbyggnad".
- Faktorer som "avståndet mellan halsgrop och bröstvärta, asymmetri, belastningssymtom från axlar och rygg, tyngdkänsla och sociala faktorer såsom yrke, klädproblem och inskränkta fritidsaktiviteter vägs in i den totala bedömningen."
- Olika stora bröst, inte minst en så kallad volymasymmetri, vid vilket det ena bröstet är  $\geq 200$  ml eller minst 25 % större än det andra lyfts också fram som en faktor att väga in.

### Kontraindikationer:

- **BMI > 25** hos kvinnor under 50 år
- **BMI > 27** hos kvinnor över 50 år

Den övervägande kontraindikationen är övervikt då bröstplastiker inte syftar till att förminska en stor byst som orsakats av övervikt, samt då överviktiga har ökad risk för postoperativa komplikationer. Av rapporten framgår att vikt-kriterierna ska vara uppfyllda under minst 6 månader innan operation övervägs.

### 3.3.4.3 Indikation i Östergötland, Skåne och VGR

Under arbetet med behovsanalysen ombads HPK redogöra för samtliga PM om plastikkirurgi som skulle kunna tänkas innehålla indikationsgränser. Dessutom undersöktes samtliga PM som rör plastikkirurgi på HPK:s sida på RÖ:s intranät LISA.<sup>4</sup> Följande framkom angående bröstreduktioner:

- I PM:et "*Hyperplasia mammae*" (onormalt stor byst) anges mycket kortfattat följande indikation: "*Stora tunga bröst som ger belastning och smärtproblematik i nacke, axlar och rygg. Inför operationen ska patienten vara 'normalviktig'. d.v.s. BMI < 26*".
- I ett häfte med mycket kortfattade powerpoint-bilder med patientinformation från 2013, som enligt uppgift används vid föreläsningar för potentiella patienter, tas villkoret om volym på > 800 ml upp, och ett BMI-krav om < 26 nämns.
- I PM:et "*Plastikkirurgi – Ingrepp i offentlig sjukvård*" där en rad ingrepp och diagnoser räknas upp, hänvisas, under rubriken "Villkor för operation" till de nationella riktlinjer som redogjorts för ovan.
- Det pågår för närvarande ett arbete vid HPK med uppdatering av PM för bröstreduktion. PM:et är ännu inte klart. Enligt uppgift från HPK kommer BMI-gränserna att vara < 26 hos kvinnor under 50 år och < 27 hos kvinnor över 50 år. Efter massiv vikt-nedgång kan, om patienten är viktstabil, även patienter med BMI < 30 tas upp för en diskussion, men generell restriktivitet råder<sup>5</sup>.

I intervjuer med verksamhetsföreträdare för HPK refererar dessa till de nationella indikationerna från 2008. De berättar också att skålar med en viss volym används för att mäta bröstens volym innan beslut om operation tas. Även verksamhetsföreträdare för SUS Malmö och Sahlgrenska hänvisar till den nationella indikationen från 2008. På Sahlgrenska finns ett PM riktat till remittenter som sammanfattar vad remittenten bör tänka på vid en rad olika diagnoser<sup>6</sup>. I detta beskrivs de BMI-gränser som finns i de nationella indikationerna från 2008<sup>7</sup>. På Region Skånes hemsida finns en särskild sida där remittentinformation för en rad ingrepp listas<sup>8</sup>. Den information som finns där stämmer väl överens med de nationella indikationerna från 2008. Ett undantag är dock att "*vid mycket signifikant vikt-reduktion, t.ex. efter gastric by-pass accepteras en BMI-gräns på 27*" vilket skulle kunna tyda på en något generösare attityd till vissa patienter än vad som är fallet i de nationella indikationerna. Verksamhetsföreträdare från SUS Malmö uppger också att de under en tid sannolikt varit ganska ensamma om att erbjuda operation för personer med "stora hängbröst" efter massiv vikt-nedgång, men att dessa operationer erbjuds i mindre utsträckning idag än för ett par år sedan.

För att öka likvärdigheten används i Skåne ett särskilt prioriteringsprogram (datorprogrammet RMI) vari såväl subjektiva besvär som objektiva mått (t ex bröststorlek) först in. Måtten räknas av programmet samman och personer vars värde överstiger ett visst gränsvärde erbjuds operation. Verksamhetsföreträdare för SUS Malmö uppger att programmet minskar risken för godtycke i bedömningarna.

Verksamhetsföreträdare från både Sahlgrenska, SUS Malmö och HPK uppger att det är mindre diskussioner inom professionen kring indikationerna för bröstreduktioner än för flera andra plastikkirurgiska ingrepp. Den nationella riktlinje som finns upplevs som adekvat och alla tre kliniker refererar till den och säger sig försöka följa den.

<sup>4</sup> <http://lisa.lio.se/Startsida/PM-medicinska-o-vardadm/PM-dokument/Hand--och-plastikkirurgiska-kliniken---aven-externt/>

<sup>5</sup> Personligt meddelande, Johann Zdolsek, HPK, 2015-10-15

<sup>6</sup> [https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgmottagning/remissunderlag\\_plastikkirurgi.pdf](https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgmottagning/remissunderlag_plastikkirurgi.pdf)

<sup>7</sup> [https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgmottagning/remissunderlag\\_plastikkirurgi.pdf](https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgmottagning/remissunderlag_plastikkirurgi.pdf)

<sup>8</sup> <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Plastikkirurgiska-kliniken/Forvardgivare/Remissinformation/>

Det är inte bara HPK som utför bröstreduktioner i RÖ. Även Bröstenheten på Kirurgiska Kliniken i Linköping (US) utför bröstreduktioner. De gör detta på patienter som genomgått mastektomi och har ett kvarvarande stort och tungt bröst. Orsakerna till ingreppet är att det ger bättre kroppsuppfattning, minskad psykosocial sjuklighet och ökad livskvalitet genom minskad snedbelastning och minskade funktionella besvär. Dessutom minskar reduktionen den totala mängden bröstvävnad i vilken patienten kan drabbas av en ny bröstcancer. Ett mindre bröst på den "friska sidan" gör också att patienten kan ha en mindre storlek och därmed mindre tung extern protes på den sida av kroppen där bröstet tagits bort. Bröstreduktioner på Bröstenheten görs polikliniskt, d.v.s. patienten kan gå hem samma dag som ingreppet sker.

#### 3.3.4.4 Volym och tillgänglighet

Förutom att granska PM och intervjua verksamhetsföreträdare, finns två andra sätt undersöka indikationer. Det ena sättet är mycket direkt, och innebär journalgranskning av ett stort antal journaler. Det har inte funnits möjlighet att göra en sådan granskning inom ramen för behovsanalysen. Det andra sättet är indirekt, och fångar endast stora skillnader i indikationer. Det utgörs av en jämförelse av operationsvolymerna vid olika kliniker justerat för folkmängd. Om sjukdomspanoramata kan antas var ungefär likartat, bör antalet operationer vara ungefär lika många om indikationerna som tillämpas är desamma.

Av tabell 3.1 framgick följande volymer bröstreduktionsplastiker för 2014: 71 (HPK), 95 (SUS Malmö) och 161 (Sahlgrenska). Detta motsvarar i ungefärliga tal 70, 53 respektive 89 ingrepp per miljon invånare om man utgår från att klinikerna utför samtliga reduktioner i sina respektive upptagningsområden. Detta stämmer dock inte alltid. HPK utför inte alla bröstreduktioner som görs i Sydöstra sjukvårdsregionen. Vissa bröstreduktioner utförs av kirurgkliniker i landstinget i Kalmar län respektive Region Jönköpings län. Dessutom utför Bröstenheten på Kirurgiska Kliniken i Linköping ett mindre antal reduktioner, vilket nämnts ovan. Dessa är inte med i tabell 3.1 eller tabell 3.4. Även om SUS Malmö och Sahlgrenska är de enda sjukhusen med plastikkirurgiskt uppdrag inom sina respektive upptagningsområden går det inte att utesluta att en del reduktioner också i dessa områden görs på kirurgklinik. Detta gäller sannolikt särskilt SUS Malmö vars upptagningsområde precis som HPK:s har kirurgkliniker i andra landsting (Blekinge, Kronoberg, Södra Halland). Förutom skillnader i arbetsfördelning gentemot kirurgkliniker skulle siffrorna kanske i viss mån förklaras av att man har köer som man inte klarat av inom kalenderåret. Den höga siffran för Sahlgrenska kan ha att göra med att man under 2014 gått in och jobbat lördagar för att minska köerna.

På grund av ovanstående är det svårt att ta en jämförelse av antalet utförda reduktioner vid respektive klinik som intäkt för om man har en generös eller restriktiv indikation alternativt följsamhet till indikationen. Siffrorna visar dock hur vanligt ingreppet är på varje klinik och hur vanligt ingreppet är jämfört med övriga ingrepp på kliniken.

Förutom jämförelser med andra kliniker, är en undersökning av operationsvolymerna vid HPK *över tid* intressant. Tabell 3.4 visar volymerna för de vanligaste plastikkirurgiska ingreppen som utförts vid HPK, eller beställts av HPK, under 2012-2014.



Tabell 3.4: Antalet utförda ingrepp av de mest centrala plastikkirurgiska ingreppen på HPK/ på uppdrag av HPK under 2012-2014 (Källa: Karin Ydreborg, HPK, Christina Hedin, Bröstenheten, Kirurgiska kliniken US)

| Utveckling av plastikkirurgiska ingrepp på HPK 2012-2014   |                                     |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Bakgrund   | HPK US 2012                         | HPK US 2013                         | HPK US Linköping 2014                |
| Upptagningsområde  | RÖ, LKL, R JL                       | RÖ, LKL, R JL                       | RÖ, LKL, R JL                        |
| Folkmängd i upptagningsområdet   | ca 1020 000                         | ca 1020 000                         | ca 1020 000                          |
| Antal specialistläkare (antal heltidstjänster)   | 8 (7)                               | 7 (6)                               | 9 (8)                                |
| Antal ST-läkare  | 5                                   | 5                                   | 3                                    |
| Rikssjukvård (antal operationer gjorda på central-op)  | Svåra brännskador (692 ingrepp)     | Svåra brännskador (560 ingrepp)     | Svåra brännskador (559 ingrepp)      |
| Handkirurgin inom samma klinik/budget?   | Ja                                  | Ja                                  | Ja                                   |
| <b>Operationer</b>   |                                     |                                     |                                      |
| Hudtumöroperationer (totalt)   | 896                                 | 944                                 | 950                                  |
| varav polikliniska op  | 745                                 | 778                                 | 907                                  |
| varav slutenvård   | 151                                 | 166                                 | 43                                   |
| Läpp-käk-gomspalt (antal nya barn/år)  | 33                                  | 20                                  | 24                                   |
| Bröstreduktioner   | 54 (? Köpta)                        | 61 (? Köpta)                        | 71 (+ 6 köpta)                       |
| Bröstrekonstruktioner utförda av plastikkirurg på HPK (totalt)   | 104                                 | 122                                 | 129                                  |
| varav primära  | 10 st primära BRCA-patienter på HPK | 10 st primära BRCA-patienter på HPK | 15 st primära BRCA-patienter på HPK. |
| varav sekundära  | 94                                  | 112**                               | 114                                  |
| antal av de sekundära rekonstruktionerna som utförts med kroppsegen vävnad   | 91                                  | 112**                               | 88                                   |
| Hypospadier  | 40                                  | 44                                  | 40                                   |
| Bukplastiker (totalt utförda på kliniken)  | 18                                  | 17                                  | 19                                   |
| varav efter massiv viktneidgång  | 18                                  | 17                                  | 19                                   |
| varav efter graviditet   | 0                                   | 0                                   | 0                                    |
| antal bukplastiker som finansieras av landstinget med som utförs/köps av annan klinik än er klinik                                       | 11                                  | 14                                  | 14                                   |
| Transsexualkirurgi (Samma patient genomgår vanligen flera ingrepp. Här visas totalt antal ingrepp inom TS-kirurgi, inte antal patienter) | 82                                  | 112                                 | 91                                   |
| Konsultoperationer som klinikkens plastikkirurger utför åt andra enheter på sjukhuset (ca)   | 110                                 | 116                                 | 111                                  |
| Bröstrekonstruktioner i bröstkirurgisk verksamhet (primära rekonstruktioner med implantat)   | 13                                  | 27                                  | 29                                   |

*\*Siffrorna har levererats av HPK. I synnerhet rörande bröstrekonstruktioner finns en mängd olika kodningar och siffrorna är därmed behäftade med viss osäkerhet och ska tolkas med försiktighet. \*\* Att samtliga sekundära rekonstruktioner skulle ha gjorts med kroppsegen vävnad år 2013 är inte sannolikt. Sannolikt rör det sig om registreringsfel. Det pågår ett arbete på HPK med att förbättra registreringsrutinerna för dessa och andra ingrepp.*

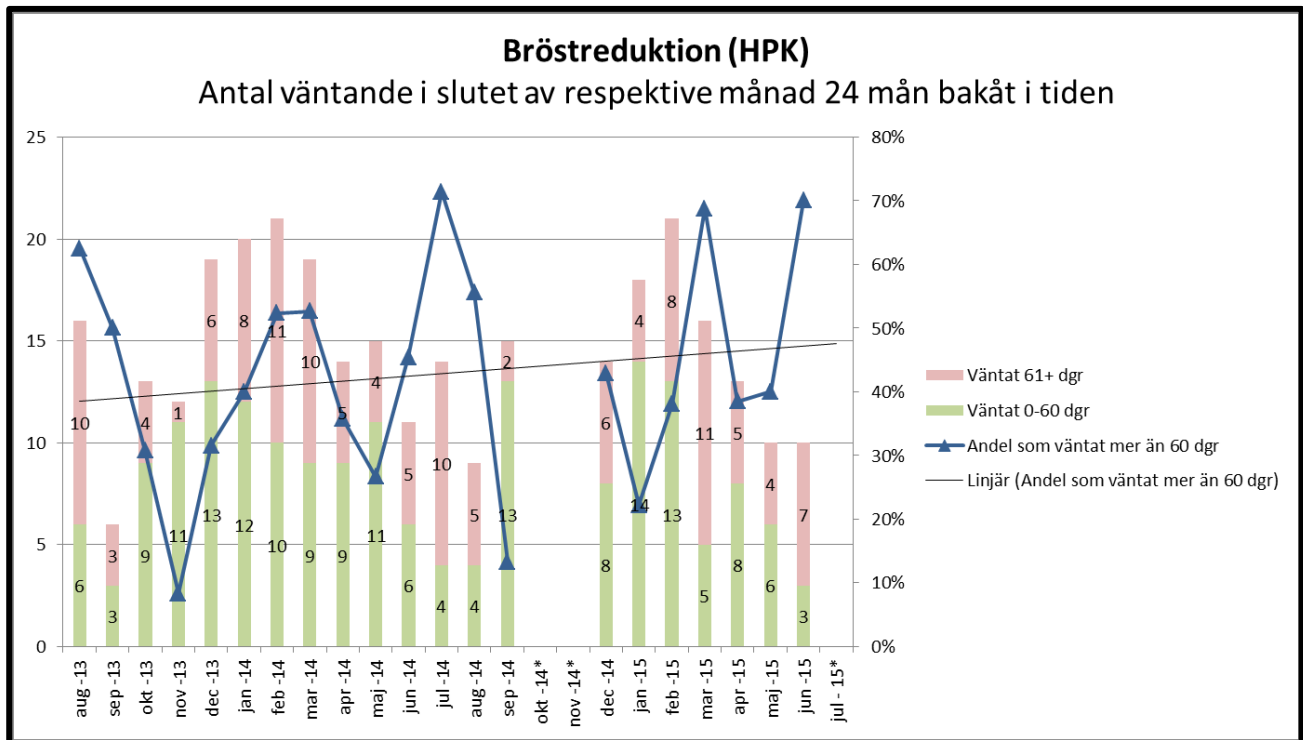
Tabellen visar att antalet bröstreduktioner som utförts på HPK de senaste åren ökat något. Det totala antalet utförda bröstreduktioner inklusive de inköpta har sannolikt också ökat. Det saknas dock uppgifter om hur många bröstreduktioner som köptes under 2012 och 2013, varför ökningstakten är osäker. Under 2015 har, till och med september månad, totalt 65 reduktioner utförts. Av dessa köptes 21 (32 %) av extern aktör, vilket är en väsentligt större andel än under 2014 (8 %)<sup>9</sup>. Antalet reduktioner under jan-sep (65) motsvarar 87 ingrepp per helår, d.v.s. något fler än de 77 som utfördes 2014.

<sup>9</sup> Personligt meddelande, Karin Ydreborg, produktionsplanerare HPK, 2015-10-12



I Östergötland följs antalet patienter som väntar på behandling genom månatliga väntetidsuppföljningar. Uppföljningarna görs av Ledningsstaben. I slutet av varje månad publiceras väntetidsrapporter över hur stor andel av patienterna som väntar på behandling som har väntat mer respektive mindre än 60 dagar. I diagram 3.1 redogörs för antalet och andelen patienter som väntat på bröstreduktion mer än 60 dagar vid månadskiiftena två år bakåt i tiden.

Diagram 3.1: Tillgänglighet till bröstreduktion vid HPK 2013-2015. (Källa: Regionens månatliga väntetidsuppföljningar: "[Patienter väntande till behandling](#)". Data för ok-nov 2014 saknas.)



Av diagrammet framgår att andelen som väntat mer än 60 dagar på behandling varierar mellan olika månader, men att andelen ökat något under de senaste två åren. Tillgängligheten till bröstreduktioner, mätt på detta sätt, har således försämrats. Under 2015 har i genomsnitt ungefär 45 % av de patienter som varje månad väntar på behandling väntat i mer än 60 dagar.

### 3.3.4.5 Reflektioner bröstreduktion

- En nationell indikation från 2008 finns. Såväl HPK som jämförelseklirikerna vid SUS Malmö och Sahlgrenska uppger att de håller sig till den nationella indikationen. Det finns inga PM inom RÖ som direkt motsäger den nationella indikationen. Ett PM refererar till den nationella indikationen medan ett annat PM anger en något annorlunda BMI-gräns än den nationella indikationen, vilket även ett kommande PM har. De olika PM:en inom RÖ behöver harmoniseras. Det är positivt att det pågår ett arbete med att uppdatera PM:en.
- Företrädare för klinikerna uppger att den nationella indikationen är förhållandevis rimlig och inte har lett till lika mycket diskussioner som indikationerna för bröstrekonstruktion och bukplastik.
- Intervjuer, PM eller volymen ingrepp ger inte stöd för att RÖ skulle vara mindre generös med att genomföra bröstreduktioner än Region Skåne eller VGR (Västra Götalandsregionen). De ger inte heller något starkt stöd för att RÖ skulle vara mer generös än nämnda regioner.
- Antalet ingrepp inom RÖ har under de tre senaste åren ökat, och tillgängligheten vid HPK för bröstreduktioner, mätt som andelen personer som väntat mer än 60 dagar på behandling, har försämrats något.

### 3.3.5 Fokusingrepp 2 - Bröstrekonstruktion

#### 3.3.5.1 Ingreppet

För kvinnor som får bröstcancer är idag bröstbevarande kirurgi i kombination med strålbehandling den dominerande behandlingsmetoden. Det är inte denna behandling som avses här. I 40-50 % av all operabel bröstcancer måste istället kvinnans bröst tas bort (så kallad mastektomi). Det är rekonstruktionen efter sådana mastektomier, eller efter *profylaktiska mastektomier* som undersöks i detta avsnitt. Profylaktiska mastektomier erbjuds vissa kvinnor med ärftligt ökad risk för bröstcancer, och innebär borttagande av ett friskt bröst i förebyggande syfte. Rekonstruktioner efter mastektomier har sedan 1970-talet blivit allt vanligare. Rekonstruktionerna kan vara antingen omedelbara (primära) eller sena (sekundära), vilket förklarats i avsnitt 3.2. Båda typerna leder till minskad psykosocial sjuklighet och förhöjd livskvalitet.<sup>10</sup>

Vid rekonstruktion återskapas bröstets volym och form med implantat, kroppsegen vävnad eller bådadera:

- Om **implantat** används, vilket är helt dominerande vid primära rekonstruktioner, kan antingen permanenta eller expanderbara implantat användas. De senare fylls successivt på vid återbesök under 1-2 månaders tid tills ökad storlek är nådd, medan de förstnämnda har en fast storlek som inte går att ändra. Operationen sker i narkos och vårdtiden varierar. Alla kvinnor som rekonstrueras primärt med implantat på Bröstenheten på Kirurgiska kliniken i Linköping, opereras polikliniskt och kan gå hem samma dag som ingreppet sker. Bröstvärtan kan återskapas efter 4-6 månader och vårtgårdar kan tatueras efter 6-8 månader.
- Att använda **egen vävnad** för att rekonstruera bröstet kräver plastikkirurgisk kompetens och görs i RÖ av HPK. Tekniken används huvudsakligen vid sekundära rekonstruktioner. För patienter som tidigare genomgått strålbehandling, som har vävnadsbrist efter canceroperation, eller där postoperativ strålbehandling är planerad, bör rekonstruktion med implantat utföras med försiktighet<sup>11</sup>. Till dessa patienter förordas i första hand rekonstruktion med kroppsegen vävnad. Vid rekonstruktion med egen vävnad kan olika operationsmetoder användas. För vissa metoder krävs mikrokirurgi, vid vilken kirurgen med hjälp av ett mikroskop syr fast vävnad som flyttats från andra delar av kroppen (t ex buken eller ryggen) för att rekonstruera bröstet. En rekonstruktion med egen vävnad är alltid mer omfattande än proteskirurgi, och vissa av ingreppen ger upphov till 3-6 dagars vårdtid. Rekonstruktion med egen vävnad ger visserligen upphov till nya år, men ger samtidigt ett mer följsamt bröst med en naturlig och bestående form.
- Under de senaste tio åren har **fettransplantation av kroppseget fett**, i syfte att plana ut ojämnheter och förbättra kosmetiken efter bröstrekonstruktioner, successivt ökat. Tekniken går ut på att ta fett genom fettsugning på ett ställe på kroppen, rena det, och sedan spruta in det på det nya stället (lipofilling). Endast i undantagsfall används tekniken för att rekonstruera ett helt bröst.

#### Primär eller sekundär rekonstruktion?

Primära rekonstruktioner blir allt vanligare. Skillnaderna mellan olika landsting är dock stora. Andelen av samtliga kvinnor med bröstcancer som genomgår primär rekonstruktion varierar i olika landsting från 2-3% upp till över 20%.<sup>12</sup> Den traditionella ståndpunkten att invänta den största risken för lokalt återfall (tidigare 2 respektive 3 år beroende på vilket ingrepp man tänkte göra) innan man rekonstruerar bröstet ifrågasätts enligt det nationella vårdprogrammet för bröstcancer, allt mer<sup>13</sup>. I samma vårdprogram anges "patientens egen önskan" som huvudsaklig indikation för att göra en sekundär rekonstruktion, vilket öppnar upp för många primära rekonstruktioner. Samtidigt bör noteras att det vid primära rekonstruktioner, i alla fall hittills, mestadels används implantat, inte egen vävnad, och att det senare för vissa kvinnor är lämpligare.

I *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröst-, prostata- och tjock- och ändtarmscancervård* från 2014 prioriteras dock primära rekonstruktioner högre än sekundära (6 jämfört med 8 på en tiogradig skala) och följande kommentar ges: "Primärrekonstruktion innebär en lägre kostnad än sen rekonstruktion vid bröstcancer, ductal cancer in situ (DCIS) eller invasiv, där mastektomi är genomförd och ger likvärdiga medicinska resultat." I bedömningen har även hänsyn tagits till det man vet om livskvalitetsförändringar vid de olika metoderna. Följande bedömning görs: "Kostnaden för sen rekonstruktion är högre än omedelbar

<sup>10</sup> Regionala Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Bröstcancer – Nationellt Vårdprogram*, s. 74f

<sup>11</sup> Regionala Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Bröstcancer – Nationellt Vårdprogram*, s. 82

<sup>12</sup> Regionala Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Bröstcancer – Nationellt Vårdprogram*, s. 76. Siffrorna avser år 2012.

<sup>13</sup> Ibid s. 80

och kostnaden för rekonstruktion med lambå är klart högre än med implantat. Huruvida dessa högre kostnader kan uppvägas av ett bättre resultat i termer av ökad livskvalitet är för närvarande oklart.”<sup>14</sup>

### 3.3.5.2 Nationell indikation

Inget nationellt dokument som fastslår och samlar indikationerna för olika typer av bröstrekonstruktioner finns. Dock finns ett dokument med nationella indikationer för **rekonstruktion med kroppsegen vävnad**. Dokumentet, som är från 2011, heter *Nationella medicinska indikatorer. Indikation för bröstrekonstruktion med kroppsegen vävnad med fri lambå*, och togs fram inom ramen för samma nationella projekt om medicinska indikatorer som nämnts ovan. Dokumentet resonerar mycket utförligt kring indikationer, och anger sammanfattningsvis att det är ”relevant” att erbjuda rekonstruktion med kroppsegen vävnad om:

1. bröstet/bröstkorgsväggen har påverkats av strålbehandling eller komplikationer så att det saknas förutsättningar för en tillfredsställande rekonstruktion med implantat, eller
2. situationen är enligt ovan för det ena bröstet och rekonstruktion av båda brösten planeras på grund av genetiskt förhöjd cancerrisk
3. patientens har ett BMI  $\leq 30$
4. patienten är villig till rökstopp minst 4 veckor innan respektive efter ingreppet
5. möjligheten att använda implantat har övervägts men sannolikheten för ett tillfredsställande resultat har bedömts som liten

Förutom ovanstående betonas att patienten ska ha fått muntlig och skriftlig information om ingreppets estetiska resultat och komplikationsrisker.

I Nationellt Vårdprogram Bröstcancer förs resonemang om på vilken indikation **primära rekonstruktioner med implantat** ska göras. Detta kan sägas utgöra en nationell indikation. Resonemangen är jämförelsevis kortfattade. Bland annat anges följande:

*”Kontraindikationer för omedelbar rekonstruktion är lokalt avancerad sjukdom och psykisk instabilitet. Relativa kontraindikationer är fetma (BMI > 30), rökning och tidigare given strålbehandling. Indikationer för sen rekonstruktion är patientens egen önskan, och kontraindikationer och relativa kontraindikationer skiljer sig inte från dem vid omedelbar rekonstruktion.”<sup>15</sup>*

### 3.3.5.3 Indikation i Östergötland, Skåne och VGR

Bröstrekonstruktioner omnämns vid HPK i två olika dokument. Det gäller då **sekundära** rekonstruktioner eftersom inga primära rekonstruktioner utförs vid HPK. För det första omnämns rekonstruktioner i PM:et ”Bröstrekonstruktion” på HPK:s hemsida<sup>16</sup>. Detta innehåller dock ingen information om indikationer förutom att inga ingrepp görs utan att kvinnan har en stark önskan om rekonstruktion. För det andra omnämns rekonstruktioner i ett häfte med patientinformation från 2013<sup>17</sup>. Häftet har enligt uppgift använts vid de informationsföreläsningar som sedan januari 2014 genomförs regelbundet av personal vid HPK. Föreläsningarna riktar sig till patienter som, om de vill, kan komma att bli aktuella för bröstrekonstruktion. Informationen ges i grupper om 4-6 personer, där även släkting/vän till respektive patient kan delta. Vid dessa tillfällen går en läkare igenom alla rekonstruktionsalternativ inklusive risk för komplikationer. Grupperna får även information av bröstsjuksköterska och sjukgymnast. Häftet säger följande om indikationer:

- Rökstopp minst 4 veckor före och efter operationen
- BMI < 27

<sup>14</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerforbrostprostatatjocktarmsochandtarmscancervard/sokiriktlinjerna/brustcancer-ductalcancerinsitu> En lambå är ett plastikkirurgiskt ingrepp som innebär att man tar hudvävnad från omkringliggande område, eller ett annat ställe på kroppen, och lägger det över ett sår område.

<sup>15</sup> Regionala Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Bröstcancer – Nationellt Vårdprogram*, s. 80

<sup>16</sup> <http://lisa.ljo.se/Startsida/PM-medicinska-o-vardadm/PM-dokument/Hand-och-plastikkirurgiska-kliniken---aven-externt/Plastik/Brustrekonstruktion/>

<sup>17</sup> HPK, (2013), *Diagnoser bröst och bröstkorg samt introduktion till varje diagnos*, powerpointbilder som används för patientinformation.

Det pågår för närvarande ett arbete med att uppdatera PM:et för bröstrekonstruktioner vid HPK. PM:et är ännu inte klart. Enligt uppgift från HPK kommer PM:et ange att patienten helst ska ha BMI < 28 för att bli aktuell för operation, men att en individuell bedömning ändå kan sluta i rekonstruktion så länge BMI < 30.

**Primära** bröstrekonstruktioner görs i RÖ av Bröstenheten på Kirurgiska kliniken i Linköping. (Enheten utför även annan rekonstruktiv kirurgi med onkoplastiska tekniker – d.v.s. tekniker som både involverar borttagande av cancer och plastiktekniker. Enligt bedömning av Bröstenheten kommer ungefär 60-80 sådana ingrepp, av varierande svårighetsgrad, att utföras per år den närmaste framtiden. Några av ingreppen utgörs av bröstreduktioner av det slag som beskrivits i avsnitt 3.3.4.3. ) Bröstenheten har utfärdat PM:et "Primär rekonstruktion med implantat vid mastektomi". Under rubrikerna för indikationer och kontraindikationer framgår endast att det skall röra sig om patienter som tidigare haft cancer, samt att vissa cancerformer och lokalisationer av cancer gör en primär rekonstruktion olämplig. Under "Riskfaktorer att beakta" listas bland annat rökning och övervikt (BMI >25). Det slås också fast att "övre BMI-gräns för implantat [är] 30".

Ingen av de ovanstående dokumenten hänvisar till någon nationell indikation. Inget av dokumenten tar heller upp att möjligheten att använda implantat ska övervägas först, innan rekonstruktion med kroppsegen vävnad övervägs. De östgötska dokumentens skrivningar om rökning stämmer överens med den nationella indikationen. Det gör dock inte skrivningen om BMI i patientinformation eller i det kommande PM:et som nämnts ovan. Östergötlands BMI-gräns för sekundära rekonstruktioner förefaller vara något hårdare än den nationella indikationen.

I Västra Götalandsregionen finns ett omfattande *Regionalt medicinskt vårdprogram – Bröstrekonstruktion*<sup>18</sup>. Programmet gäller såväl primära som sekundära rekonstruktioner. Angående BMI-gräns (< 30 som "relativ kontraindikator") och rökning stämmer programmet väl med de nationella indikationerna. Rekonstruktionerna ska göras "med den metod som bedöms mest lämplig beroende på medicinska förutsättningar och patientens önskemål". Inte heller i detta vårdprogram betonas vikten av att överväga implantat i första hand lika starkt som det betonas i den nationella indikationen.

Något vårdprogram för bröstrekonstruktioner inom Region Skåne har inte påträffats. Verksamhetsföreträdare uppger att man vid kliniken känner till den nationella indikationen. Samtidigt finns i informationen till remittenter på regionens hemsida information som delvis motsäger denna indikation. Av remittentinformation på Region Skånes hemsida framgår att det för rekonstruktion inom mjukdelarna generellt sett "förutsätts normalvikt (BMI < 25)" men att man av "olika medicinska skäl" av och till kan "kompromissa till exempel till BMI 27". Vid en viss typ av rekonstruktionsteknik med kroppsegen vävnad kan BMI 27-29 också vara tänkbart.

Sammantaget förefaller den nationella indikationen, på ett starkare sätt än RÖ och VGR:s PM, betona att kunskapsläget om vilka metoder som är bäst är bristfälligt, och att detta gör att det mindre ingreppet (implantat) om möjligt bör övervägas i första hand. Vidare är RÖ:s, men framförallt Skånes, BMI-gränser hårdare satta än VGR:s gräns, vilken sammanfaller med den nationella indikationen. Intervjuer med verksamhetsföreträdare ger intrycket av att indikationen för bröstrekonstruktioner är mindre omdiskuterad (i professionen och bland patienterna) än vad indikationen för bukplastik är. Ingen verksamhetsföreträdare lyfter att grundbultarna i indikationen behöver förändras. Däremot uttrycker samtliga ett önskemål om att nationella riktlinjer eller liknande bör tas fram kring en särskild aspekt av bröstrekonstruktionerna, nämligen de ovan nämnda **fettransplantationerna**. Detta analyseras närmare i nästa stycke.

#### 3.3.5.4 Fettransplantationer

Verksamhetsföreträdare från såväl HPK, SUS Malmö som Sahlgrenska nämner att fettransplantationer ger möjlighet till förbättrat estetiskt resultat, men att det är en utmaning hur dessa ingrepp ska prioriteras i jämförelse med andra ingrepp på klinikerna. Ingreppen har på senare tid blivit alltmer populära. I VGR:s vårdprogram för bröstrekonstruktion fastslås att metoden fortfarande är under utveckling och att den endast bör användas inom ramen för kontrollerade studier för att möjliggöra uppföljning ur ett cancerperspektiv ska ges. Detta stämmer med nationellt vårdprogram för bröstcancer som anger att fettransplantationer hos bröstcancerpatienter bör "ske med noggrann uppföljning och helst inom ramen för studier på grund av viss osäkerhet om risken för lokala återfall med denna teknik". I RÖ eller Region Skåne har inga PM som nämner fettransplantationer påträffats.

<sup>18</sup> <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/vast/brostrekonstruktion.pdf>

En särskild utmaning ur prioriteringssynpunkt är att fettransplantationer ofta behöver upprepas 2-3 gånger för att uppnå det som i nationellt vårdprogram för bröstcancer kallas för "optimal effekt"<sup>19</sup>. Huruvida en sådan optimal effekt är nödvändig att uppnå för att transplantationer alls ska vara aktuella ger inte vårdprogrammet någon vägledning i. Programmet förklarar tekniken och konstaterar att antalet transplantationer ökat men lämnar ingen vägledning i hur många gånger, eller på vilken indikation, åtgärden ska utföras.

Det saknas i övrigt svenska eller nordiska riktlinjer för på vilken indikation fettransplantation ska göras samt hur många transplantationer det offentliga åtagandet ska omfatta. Plastikkirurger vill, precis som andra yrkesgrupper, göra ett så bra jobb som möjligt, och inte lämna sådant som skulle kunna göras bättre ogjort. Det kan också, i fallet med fettransplantationer, vara svårt att avgöra vad som egentligen är ett optimalt resultat, då åtgärden syftar till att göra det estetiska intrycket av bröstet bättre. Patienters efterfrågan på rekonstruktion med egen vävnad, där fettransplantation kan vara ett led, har åtminstone i RÖ, ökat. Antalet fettransplantationer som utförts på HPK har under de senaste åren varit 10 (2012), 7 (2013) och 29 (2014)<sup>20</sup>. Siffran för 2014 är möjligen i underkant. I intervjuer med verksamhetsföreträdare vid HPK pratas det om ett 50-tal ingrepp per år numera. Siffror för SUS Malmö och Sahlgrenska saknas.

När verksamhetschefer på de ovan nämnda tre klinikerna har ombetts kommentera områden där behov av riktlinjer finns, nämns fettransplantationer som ett område där sådana vore önskvärda eftersom olika praxis idag förekommer. På Sahlgrenska togs nyligen beslut av klinikledning att begränsa antalet transplantationer till en per patient, och att ingreppet får ta max 60 minuters "knivtid". Även vid SUS Malmö har en åtstramning av antalet justerande ingrepp efter rekonstruktion, inklusive fettransplantationer, skett under senare tid.

På HPK finns en medvetenhet om prioriteringsproblematiken, men inga nedskrivna riktlinjer. Problemet beskrivs av en del som att det alltid går att göra fler och bättre transplantationer, och att detta i kombination med att ingreppet syftar till att återställa en viss estetik snarare än en viss funktion, gör ingreppet till en utmaning att prioritera, även om *en* fettransplantation för en del patienter framstår som rimligt. Andra framhåller att det är naturligt att erbjuda en metod som erbjuds vid andra kliniker i Sverige samt att en inte oväsentlig del i vad kvinnan lägger i "funktionen" av det nya bröstet är utseendet på detsamma. Vid de informationstillfällen till potentiella rekonstruktionspatienter som nämnts ovan, ges muntlig information om möjlighet till fettransplantation, men ingen skriftlig information med specificering av antalet ingrepp ges.

### 3.3.5.5 Primära bröstrekonstruktioner och samverkan med Bröstenheten

Som nämnts ovan blir primära bröstrekonstruktioner, som görs samtidigt som cancer tas bort, allt vanligare i Sverige. Som framgår av tabell 3.4 ovan har de blivit vanligare även inom RÖ med 13, 27 och 29 ingrepp under åren 2012-2014. Detta utgjorde omkring 9 %, 15 % respektive 14 % av det totala antalet mastektomerade under de aktuella åren. Under 2015 har andelen primära rekonstruktioner hittills varit något lägre. Bröstenheten skall, enligt överenskommelse om ett tilläggsuppdrag mellan Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård (CKOC) och HSN, erbjuda samtliga patienter, som är lämpliga, en primär bröstrekonstruktion med samtidig cancerkirurgi<sup>21</sup>.

Primära rekonstruktioner sker nästan alltid med implantat som läggs under bröstmuskeln. Det går inte att åstadkomma de allra största bröststorlekarna med denna metod då utrymmet under bröstmuskeln är begränsat. På grund av detta erbjuds kvinnor med större bröst att förminska det andra bröstet för att uppnå symmetri samt för att minska risken för asymmetrisk belastning på rygg och axlar. I dessa fall tillämpas inte gränsen på 800 ml som nämnts ovan.

Patienterna som kommer till Bröstenheten är till övervägande del från Östergötland. Några fall kommer dock från sjukvårdsregionen. Kompetensen för att utföra primära bröstrekonstruktioner är inte lika väl utbyggd i de övriga landstingen i sjukvårdsregionen.

Förutom de primära rekonstruktionerna på "sjuka bröst" (bröst med cancer), utför Bröstenheten också ett litet antal rekonstruktioner av "friska bröst". Dessa görs på kvinnor som haft cancer i ena bröstet och fått detta rekonstruerat på Bröstenheten, och som efter genetisk testning visar sig ha förhöjd risk för bröstcancer

<sup>19</sup> Regionala Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Bröstcancer – Nationellt Vårdprogram*, s. 79

<sup>20</sup> Personligt meddelande, Karin Ydreborg, produktionsplanerare HPK, 2015-09-15

<sup>21</sup> Överenskommelse om tilläggsuppdrag 2014 och 2015 primär bröstrekonstruktion mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård (LiÖ 2014-1197)



och därför rekommenderas riskreducerande kirurgi på *det andra bröstet*, och önskar att rekonstruktionen av även detta bröst utförs av Bröstenheten. En sådan rekonstruktion görs i så fall med implantat. Det rör sig om färre än 8 patienter om året. Även HPK utför mastektomi och rekonstruktioner av "friska bröst", men främst då på kvinnor som ännu inte fått cancer, men som efter gentester vid Klinisk Genetik fått bekräftat att de har en genupsättning som ökar risken för bröstcancer. Dessa patienter kallas ofta BRCA-patienter eftersom det oftast är förändringar i BRCA-genen som leder till ökad risk för bröstcancer (se tabell 3.5 och 3.6).

I nationellt vårdprogram för bröstcancer framhålls vid upprepade tillfällen vikten av att den bröstkirurgiska kompetensen innefattar förtrogenhet med både plastikkirurgi och tumörkirurgi, samt att onkoplastikkirurgi (när cancerkirurgin sker samtidigt som den rekonstruktiva kirurgin vid bröstbevarande kirurgi) *"förutsätter ett nära samarbete mellan bröst- och plastikkirurg och det multidisciplinära teamet"*<sup>22</sup>.

I Region Skåne finns ett samarbete mellan bröstkirurger och plastikkirurger där de förra tar bort cancer och de senare sedan rekonstruerar bröstet omedelbart. På Sahlgrenska har man till relativt nyligen inte alls gjort primära rekonstruktioner. På senare tid har dock arbetet accelererat, och samarbetet mellan bröstkirurger och plastikkirurger har blivit allt tätare. Plastikkirurg och bröstkirurg opererar patienterna tillsammans, och bröstkirurgerna bygger inte upp bröstet ensam. Samarbetet uppges fungera väl även om det ibland funnits olika uppfattningar om vilken klinik som ska stå för operationstiden när två åtgärder utförs i samma seans.

Samarbetet mellan HPK och Bröstenheten är i dagsläget inte så väl utvecklat. Gemensamma operationer är sällsynta. Detta innebär dock inte att kvinnor i RÖ i mindre utsträckning än i andra län erbjuds primära rekonstruktioner. Tvärtom är andelen mastektomerade som genomgår primär rekonstruktion hög (strax under 15 % se ovan) i jämförelse med exempelvis Jönköping (< 5 %), Kalmar (< 5 %) och VGR. Det beror på bröstkirurger på Bröstenheten tillämpar den plastikkirurgiska kompetens de på olika sätt tillägnat sig och utför de primära rekonstruktioner. Det beror alltså inte på ett välutvecklat samarbete kring dessa ingrepp mellan plastikkirurgerna på HPK och Bröstenheten. Bröstenheten har uttryckt önskemål om att ha personer med plastikkirurgisk kompetens inom bröstingrepp på plats vid enheten, exempelvis för diskussion av knepiga fall. Bröstenheten har nyligen anställt en person med hög kompetens inom olika plastikkirurgiska ingrepp på bröstsidan. En anledning till detta är att Bröstenheten vill öka kompetensen inom onkoplastik för att fler kvinnor ska kunna få välja att få behålla sin egen bröstvävnad istället för att få den helt bortopererad och rekonstruerad med implantat. Vid införande av standardiserade vårdförlopp under 2016 ökar tidspressen på inom vilken tid kirurgisk behandling ska ske, vilket av Bröstenheten används som argument för att kompetens inom plastikkirurgiska bröstingrepp bör finnas tillgänglig vid Bröstenheten på daglig basis. På sikt kommer sannolikt onkoplastikens betydelse att öka, och det upplevs vid Bröstenheten som naturligt att vidga kompetensen inom området för att kunna erbjuda en modern bröstcancervård. Det ligger i sakens natur att andelen sekundära rekonstruktioner kommer att minska om andelen primära rekonstruktioner ökar.

### 3.3.5.6 Volym och tillgänglighet

HPK utför i princip alla sekundära bröstrekonstruktioner i den Sydöstra sjukvårdsregionen, och befolkningsunderlaget kan därmed i princip sägas vara hela sjukvårdsregionens befolkning.

Siffror över antalet bröstrekonstruktioner har lämnats in av respektive klinik. Det finns en viss osäkerhet i siffrorna då klinikerna har olika vårdadministrativa system och olika registreringsrutiner. Siffrorna ska därför tolkas med försiktighet. Av tabell 3.5 framgår att Sahlgrenska gör fler rekonstruktioner än SUS Malmö, trots att befolkningen är ungefär lika stor. Skånes siffror ska dock tolkas försiktigt då det inte står helt klart om de onkoplastikingrepp som utförs tillsammans med bröstkirurger, ingår i de 120 ingrepp som listas i tabellen. Sahlgrenska och HPK gör ungefär lika många rekonstruktioner per miljon invånare. Om de primära bröstrekonstruktioner som görs på Bröstenheten tas in i beräkningen görs i RÖ något fler rekonstruktioner per miljon invånare än vad som görs i VGR.

Jämförelsetal från Skåne för de primära bröstrekonstruktionerna saknas tyvärr. Även från VGR saknas exakta siffror men i vårdprogrammet nämns siffran "25 per år" vilket per capita är en lägre siffra än i RÖ som de senaste åren legat på knappt 30 fall trots en väsentligt lägre befolkning.

<sup>22</sup> Regionala Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Bröstcancer – Nationellt Vårdprogram*, s. 82



Tabell 3.5 Bröstrekonstruktioner vid HPK, SUS Malmö och Sahlgrenska 2014 (Källa: respektive klinik)

| Jämförelse mellan tre plastikkirurgiska verksamheter 2014  |                                      |                |  |
|--|--------------------------------------|----------------|--|
| Operation  | HPK US Linköping 2014                | SUS Malmö 2014 | Sahlgrenska 2014                                       |
| <b>Bröstrekonstruktioner utförda av plastikkirurg (totalt)</b>                                       | 129                                  | 120            | ca 220   |
| varav primära  | 15 st primära BRCA-patienter på HPK. | 20             | 40   |
| varav sekundära  | 114                                  | 60             | ca 180 (inkl. ingrepp tillsammans med bröstkirurgerna) |
| antal av de sekundära rekonstruktionerna som utförts med kroppsegen vävnad                           | 88                                   | 40             | 55   |
| <b>Bröstrekonstruktioner i bröstkirurgisk verksamhet</b><br>(primära rekonstruktioner med implantat) | 29                                   | ?              | 0. (Allt görs tillsammans med plastikkirurgerna.)      |

*\*Siffrorna har levererats av respektive klinik. Då dessa har olika vårdadministrativa system, samt möjligen i vissa fall kan ha olika registreringsrutiner, ska siffrorna tolkas med försiktighet. I synnerhet rörande bröstrekonstruktioner finns en mängd olika kodningar och siffrorna är därmed behäftade med viss osäkerhet.*

Antalet utförda bröstrekonstruktioner på HPK har, som framgår av tabell 3.6, ökat över tid, medan antalet primära rekonstruktioner på Bröstenheten de senaste åren varit ganska konstant. Det finns en viss osäkerhet i siffrorna över hur stor andel av de sekundära rekonstruktionerna det är som genomförs med kroppsegen vävnad (2013 års siffra är sannolikt fel) och det är därför svårt att uttala sig om hur mycket den ökat. Verksamhetsföreträdarens uppfattning är dock att efterfrågan på rekonstruktion med kroppsegen vävnad ökar.

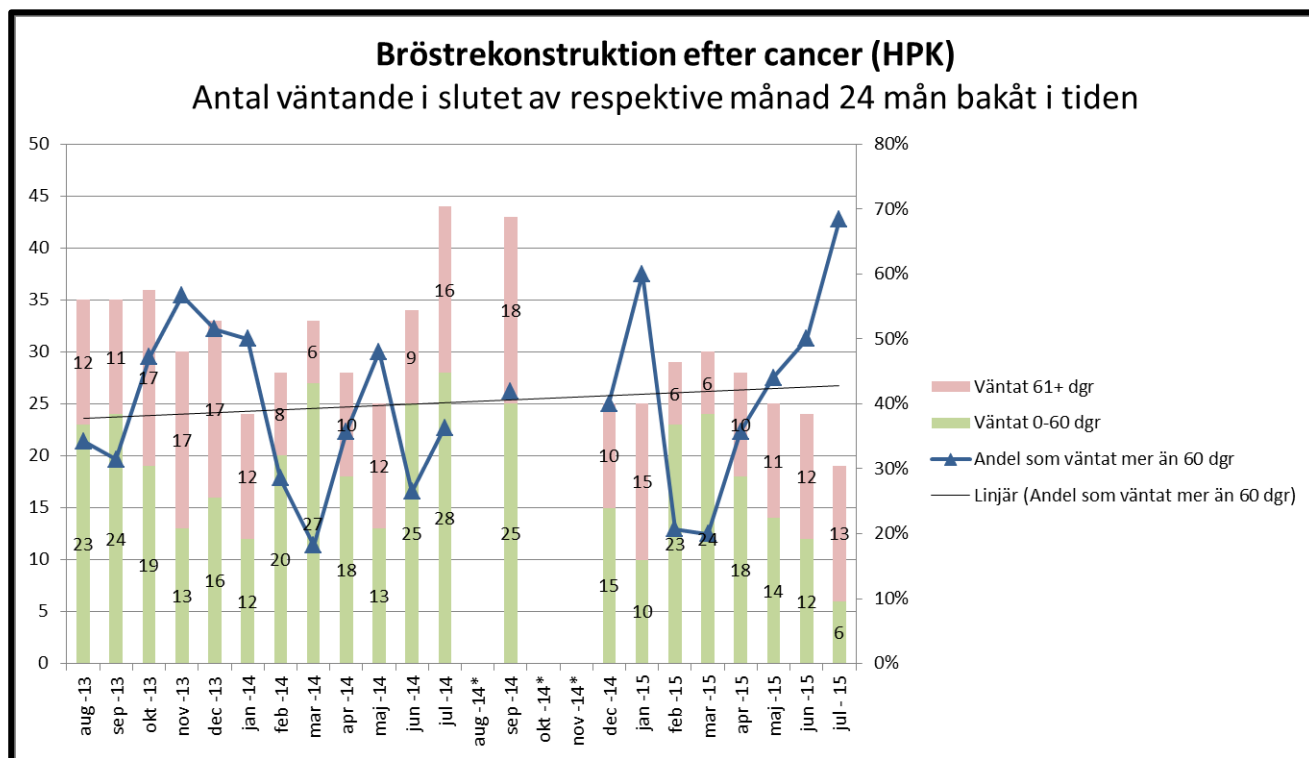
Tabell 3.6 Bröstrekonstruktioner vid 2012-2014 (Källa: Karin Ydreborg, HPK, Christina Hedin, Bröstenheten)

| Utveckling av plastikkirurgiska ingrepp på HPK 2012-2014   |                                     |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Operation  | HPK US 2012                         | HPK US 2013                         | HPK US Linköping 2014                |
| <b>Bröstrekonstruktioner utförda av plastikkirurg på HPK (totalt)</b>                                | 104                                 | 122                                 | 129                                  |
| varav primära  | 10 st primära BRCA-patienter på HPK | 10 st primära BRCA-patienter på HPK | 15 st primära BRCA-patienter på HPK. |
| varav sekundära  | 94                                  | 112**                               | 114                                  |
| antal av de sekundära rekonstruktionerna som utförts med kroppsegen vävnad                           | 91                                  | 112**                               | 88                                   |
| <b>Bröstrekonstruktioner i bröstkirurgisk verksamhet</b><br>(primära rekonstruktioner med implantat) | 13                                  | 27                                  | 29                                   |

*\*Siffrorna har levererats av HPK. I synnerhet rörande bröstrekonstruktioner finns en mängd olika kodningar och siffrorna är därmed behäftade med viss osäkerhet och ska tolkas med försiktighet. \*\* Att samtliga sekundära rekonstruktioner skulle ha gjorts med kroppsegen vävnad år 2013 är inte sannolikt. Sannolikt rör det sig om registreringsfel. Det pågår ett arbete på HPK med att förbättra registreringsrutinerna för dessa och andra ingrepp.*

I region Östergötlands tillgänglighetsstatistik finns en post för bröstrekonstruktion efter cancer. Resultatet för de två senaste åren framgår av diagram 3.2. I diagrammet ingår endast de patienter som i slutet av varje månad väntar på operation vid HPK. Patienter som väntar vid Bröstenheten ingår inte.

Diagram 3.2: Tillgänglighet vid bröstrekonstruktion efter cancer HPK, 2013-2015 (Källa: se diagram 3.1)



En relativt stor andel av de väntande patienterna har väntat mer än 60 dagar på behandling. Trendlinjen visar att utvecklingen under de senaste två åren har varit svagt negativ.

Patienter som *ännu inte har haft bröstcancer* men som har förhöjd risk och som väntar på operation ingår inte i diagrammet ovan (så kallade BRCA-patienter). Under 2014 inkom remisser om 26 sådana patienter, och i mitten av september 2015 hade 18 remisser inkommit, vilket på helårsbasis skulle motsvara 23-25 patienter. Denna patientgrupp får dock vänta länge på operation. Av de 44 (26+18) patienter vars remisser inkommit under 2014 och fram till mitten av september 2015, kommer 23 stycken inte att få tid för operation förrän under 2016. Några personer med remiss från 2014 kommer således inte kunna opereras förrän 2016<sup>23</sup>.

### 3.3.5.7 Reflektioner bröstrekonstruktion

- En *samlad* nationell riktlinje inklusive indikation för de olika typerna av bröstrekonstruktion saknas. En nationell indikation för primära rekonstruktioner med implantat finns i Nationellt Vårdprogram Bröstcancer. För rekonstruktion med kroppsegen vävnad finns en riktlinje i form av en nationell medicinsk indikation.
- Inom HPK finns ett PM om sekundär bröstrekonstruktion, men detta håller just nu på att uppdateras. RÖ förefaller ha en något striktare hållning när det gäller patientens BMI än nyss nämnda nationella indikation. VGR:s gränser avseende BMI sammanfaller med den nationella indikationen medan Skånes förefaller striktare än RÖ:s. Volymen genomförda bröstrekonstruktioner ger dock inte stöd åt att RÖ:s indikation skulle ha fått genomslag i form av färre bröstrekonstruktioner per capita.
- Indikationen för bröstrekonstruktion är mindre kontroversiell inom professionen än indikationen för bukplastik.
- Tillgängligheten till bröstrekonstruktioner vid HPK har under senare år försämrats något. I synnerhet patienter med ärftligt förhöjd risk för bröstcancer får vänta länge på operation. En del patienter väntar i mer än ett år.

<sup>23</sup> Personligt meddelande, Karin Ydreborg, vårdplanerare HPK

- Verksamhetschefer ser ett behov av en nationell riktlinje eller överenskommelse när det gäller fettransplantationer. Antalet transplantationer har i RÖ ökat under senare år.
- Nationellt vårdprogram för bröstcancer lyfter fram onkoplastik och primära rekonstruktioner som en viktig del av modern bröstcancervård. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård lyfter fram primära rekonstruktioner. För god onkoplastik krävs samarbete mellan plastik- och bröstkirurg.
- Andelen kvinnor som erbjuds primär rekonstruktion vid mastektomi är högre i RÖ än i många andra landsting, vilket mot bakgrund av det nationella vårdprogrammet för bröstcancer får sägas vara positivt. Trots detta bör samarbetet mellan Bröstenheten och HPK öka. Samarbetet är mer utvecklat på SUS Malmö och på Sahlgrenska än vad det är inom RÖ, även om det ännu inte i VGR lett till att regionen gör lika hög andel primära rekonstruktioner som görs i RÖ.

### 3.3.6 Fokusingrepp 3 – Bukplastiker

#### 3.3.6.1 Ingreppet

En bukplastik syftar till att ge patienten symtomlindring, så att han eller hon kan fungera socialt och yrkesmässigt opåverkad av ett funktionsstörande vävnadsöverskott. Bukplastiker utförs oftast på personer som har genomgått en massiv viktneidgång, oftast, men inte alltid, på grund av en gastric-bypass eller liknande operation med viktminskning som syfte. Även kvinnor som efter graviditet fått ett massivt hudöverskott på buken erbjuds ibland bukplastik i offentligt finansierad sjukvård. Den senare typen av ingrepp är dock ovanliga då få kvinnor uppfyller kriterierna för en bukplastik efter graviditet.

En bukplastik är ett relativt omfattande ingrepp. Ingreppet utförs i narkos. Vård- och sjukskrivningstid varierar beroende på ingreppsmetod, som i sin tur bland annat beror på hudöverskottets storlek. Det är i Sverige inte ovanligt att bukplastiker genomförs i privat sjukvård på patienter som av olika anledningar inte uppfyller den offentliga sjukvårdens krav på indikation.

#### 3.3.6.2 Nationell indikation

En nationell indikation från samma SKL-ledda projekt som ovan beskrivits, finns även för bukplastiker. Dokumentet, som är från 2008, heter *Nationella medicinska indikationer. Bukplastik och liknande operationer*, och innehåller följande indikation för bukplastik<sup>24</sup>:

*"Hängbuk med ett konstant hudveck (≥ 3cm) som orsakar ett eller flera av nedanstående*

- *Besvär med underlivshygien*
- *Sår/eksem i hudveck*
- *Besvär med vattenkastning*
- *Psykosociala besvär*
- *Sexuella problem*
- *Stora svårigheter att hitta passande kläder*
- *Låg livskvalitet*
- *Smärtor från ländryggen*
- *Påverkad rörelseförmåga*
- *Bukmuskelpproblem*
- *Utseendehandikapp*
- *Sjukskrivning*

*Stabilt BMI, helst < 25 men högre BMI kan accepteras efter sammanvägning av patientens övriga symtom."*

Som absolut kontraindikation tas bland annat BMI > 35 upp. Vidare finns, i avsnittet om kontraindikationer följande skrivning: *"De bästa kandidaterna för omfattande kirurgisk åtgärd mot vävnadsöverskott är patienter med BMI < 30, men BMI < 25 bör alltid eftersträvas."*<sup>25</sup> Avseende BMI-gräns är således den nationella indikationen inte helt tydlig, då spannet från "helst < 25" upp till den absoluta kontraindikationen på BMI > 35 är brett.

<sup>24</sup> SKL (2008b), s. 17

<sup>25</sup> SKL (2008b), s. 19

### 3.3.6.3 Indikation i Östergötland, Skåne och VGR

På HPK:s hemsida finns inget PM som specifikt rör bukplastik. I PM:et "Plastikkirurgi – ingrepp inom offentlig sjukvård", skrivs dock följande om bukplastiker:

*"En måttlig hängbuk är inte ett tillstånd som föranleder åtgärd i landstingets regi. Stora hängbukar som uppkommit efter t ex kraftig bantning, gastric bypass-operation (eller liknande) samt efter graviditet kan komma i fråga för bukplastik. Fettsugning av bullig buk eller kraftig lår är inte en operation som bör göras i offentlig regi. (Undantag, Morbus Dercum.)<sup>26</sup>*

*Villkor: Se nationella riktlinjer för bukplastik."*

De nationella riktlinjer som avses är förmodligen den nationella indikation som refererats i föregående stycke.

I ett generellt PM med remittentinformation från Plastikkirurgiska kliniken på Sahlgrenska, anges att kliniken opererar bort vävnadsöverskott på buken om överhänget är minst 3 cm. Det finns även en länk till en instruktionsvideo om hur överhänget ska mätas så att remittenten kan göra detta på rätt sätt. Övriga krav för att remissen ska tas emot är BMI < 30 samt "uppnådd målvikt", vilket är något som patient och läkare bör ha kommit överens om, viktstabilitet, samt absolut rökfrihet under minst 6 mån. På Sahlgrenskas hemsida med patientinformation står att komplikationsrisken vid bukplastik ökar med stigande BMI, och att ett BMI under 25 därför "alltid ska eftersträvas"<sup>27</sup>.

I Region Skåne finns ett särskilt PM om kirurgi efter viktnedgång ("*Riktlinjer för korrigerande plastikkirurgi efter viktnedgång*"<sup>28</sup>) som utfärdats av hälso- och sjukvårdsdirektören i samverkan med plastikkirurgiska kliniken på SUS Malmö. I PM:et ställs ett övergripande krav angående viktnedgången för att överhuvudtaget några plastikkirurgiska operationer efter viktreduktion ska komma på fråga. Istället för en specifik BMI-gräns specificeras att "*Patienten ska uppvisa signifikant och dokumenterad viktreduktion motsvarande cirka 80 % av den före viktnedgången beräknade övervikten (excess weight loss) och ha uppnått viktstabilitet under en period av minst 6 månader*". En person med ett BMI på 35 innan viktnedgången påbörjades ska således uppnå ett BMI på 27, en person med BMI på 50 ska uppnå ett BMI på 30 o.s.v. En tabell för beräkning medföljer. Av tabellen framgår att ett BMI < 25 inte är en absolut förutsättning för operation, samt att det kan förekomma att patienter med BMI > 30 opereras om dessa uppnått sitt BMI-mål. Förutom krav på BMI ska patientens buköverhäng "*överstiga 3 cm för ett överhäng eller 5 cm för två överhäng*" när dessa läggs ihop. Patienten ska också vara rökfri 6 veckor innan och efter operation.

### 3.3.6.4 Skillnader i praxis finns

Av de tre fokusingreppen, bröstreduktion, bröstrekonstruktion och bukplastik, är det indikationerna för den sistnämnda som varit föremål för mest diskussion inom professionen. Verksamhetsföreträdare för såväl HPK, Sahlgrenska som SUS Malmö lyfter att det finns vissa skillnader i praxis i Sverige idag, trots att det sedan 2008 finns en nationell indikation. Som framgår av ovan är dock den nationella indikationen inte helt tydlig. Detta gäller i synnerhet skrivningen om BMI där högre BMI än 25 kan accepteras efter sammanvägning av patientens övriga symtom. Den här otydligheten gör att både Skånes och Sahlgrenskas PM kan sägas i huvudsak fall innanför ramen på den nationella indikationen, även om Skåne har en kortare tid för rökfrihet och ett annorlunda sätt att sätta målvärden för patientens BMI.

Verksamhetsföreträdare för plastikkirurgen på SUS Malmö uppger att kliniken håller hårt på kravet om 3 cm överhäng, samt på kravet om att det också måste finnas besvär från överhänget. Vidare följer man strikt det som PM:et säger om BMI. Verksamhetsföreträdare för Sahlgrenska uppger att deras praxis i stort stämmer överens med den nationella indikationen. Samtidigt finns i remittentinformationen en gräns på BMI < 30 för att acceptera remiss. Detta är dock något som det ibland görs avsteg ifrån, och det förekommer i vissa fall att patienter med BMI > 30 opereras. Antalet personer med BMI > 30 som opererats har på senare tid ökat

<sup>26</sup> Morbus Dercum är en mycket ovanlig sjukdom, och indikationen för dessa patienter undersöks inte i denna behovsanalys.

<sup>27</sup> <https://www.sahlgrenska.se/w/b/bukplastik/>

<sup>28</sup> <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/Vardgivarwebben/Vard-och-Riktlinjer/Endokrina%20organ/Scanned%20from%20a%20Xerox%20multifunction%20device001.pdf>

något. Detta beror delvis på en doktorsavhandling som nyligen lades fram av en doktorand på kliniken, Trude Staalesen. Avhandlingen fann inte något starkt samband mellan mängden överskottshud innan bukplastiken och hur mycket patienters livskvalitet förbättrades efter densamma (personer med mer överskottshud förbättrade inte alltid sin livskvalitet mer än personer med mindre överskottshud), och pläderade därför för ett mer holistiskt synsätt på hur beslut om operation tas.<sup>29</sup>

Verksamhetsföreträdare vid HPK upplever att kliniken har en mer restriktiv hållning till bukplastiker än andra kliniker. Man uppger att detta beror på att man inte har resurser att klara av fler bukplastiker än de som en korrekt, men restriktiv ur BMI-hänseende, tolkning av den nationella indikationen medger. Mätning av hudveck görs noggrant och indikationen som gäller är > 3 cm. Det finns vid HPK en uppfattning om att andra kliniker möjligen glider på denna indikation ibland. Ingen exakt siffra nämns angående BMI (och inget skrivet PM finns som tar upp detta), men man uppger att patienter som opereras oftast ligger omkring BMI 25-26 och sällan upp mot BMI 30. Som nämnts tidigare är inte den nationella indikationen tydlig när det gäller BMI.

### Bukplastik efter graviditet

I den nationella indikationen för "Bukplastiker och liknande operationer" som nämnts ovan görs ingen direkt skillnad mellan om det är en massiv viktnedgång eller en graviditet som orsakat buköverhänget. Samma indikation för operation förefaller gälla oavsett orsak till överhänget.

Inga PM som specifikt rör bukplastik efter graviditet har påträffats i RÖ. Verksamhetsföreträdare vid HPK uppger dock att hudöverskott efter graviditet prövas enligt samma indikationer som hudöverskott efter viktnedgång. I remittentinformationen på Sahlgrenska hemsida finns inte heller någon särskild information om hudöverskott efter graviditet. I remittentinformationen på Region Skånes hemsida finns en remissmall för bukplastik efter graviditet. I denna anges BMI < 28 som gräns, vilket också återges på hemsidan för den klinik som enligt avtal med Region Skåne utför bukplastiker åt regionen (Akademikliniken Öresund). Även denna gräns faller således inom ramen för den nationella indikationen där det som nämnts stod "Stabilt BMI, helst < 25 men högre BMI kan accepteras efter sammanvägning av patientens övriga symtom."

### 3.3.6.5 Volym och tillgänglighet

Precis som fallet var med bröstreduktionerna, kan det finnas kirurgkliniker i respektive kliniks upptagningsområde som utför en del av bukplastikerna. Så är åtminstone fallet i Sydöstra sjukvårdsregionen. Av samma skäl som utvecklats i avsnitt 3.3.4.4 är det svårt att ta olikheter i volymen utförda ingrepp per capita som intäkt för att olika indikationer de facto används. Volymerna ger dock en bild av hur stor del av klinikkens ingrepp som utgörs av bukplastiker, och kan av denna anledning vara intressant.

Tabell 3.7 Bukplastiker vid HPK, SUS Malmö och Sahlgrenska 2014 (Källa: respektive klinik)

| Jämförelse mellan tre plastikkirurgiska verksamheter 2014  |                       |                |                    |
|--|-----------------------|----------------|--------------------|
| Operation  | HPK US Linköping 2014 | SUS Malmö 2014 | Sahlgrenska 2014   |
| <b>Bukplastiker (totalt utförda på kliniken)</b>   | 19                    | 15             | 91                 |
| varav efter massiv viktnedgång   | 19                    | 15             | nästan alla        |
| varav efter graviditet   | 0                     | 0              | < 5                |
| antal bukplastiker som finansieras av landstinget med som utförs/köps av annan klinik än er klinik | 14                    | ca 100         | 0 (men 30 år 2013) |

HPK och SUS Malmö utför ungefär lika många ingrepp på kliniken. Båda köper ingrepp av extern leverantör. I Skåne är den externa leverantören huvudspåret och kliniken på SUS Malmö undantaget. I RÖ är det tvärtom. Sahlgrenska använder sig inte av externa leverantörer för bukplastiker.

Bukplastiker efter graviditet förefaller ovanliga. Som framgår av tabell 3.7 har såväl HPK som SUS Malmö inte utfört några bukplastiker på grund av graviditet vid den egna kliniken. Det går dock inte att utesluta att

<sup>29</sup> Staalesen, Trude (2014), Assessment of excess skin and outcome of body contouring surgery in post bariatric patients <http://hdl.handle.net/2077/36740>



några av de köpta ingreppen kan ha haft graviditet som orsak. Vid Sahlgrenska, som inte använder externa leverantörer, är antalet ingrepp som gjorts efter graviditet litet.

Även om det är svårt att dra slutsatser av volymerna, kan ändå sägas att volymerna inte direkt motsäger verksamhetsföreträdarnas uppfattning om att HPK tillämpar BMI-kravet mer restriktivt än exempelvis Sahlgrenska.

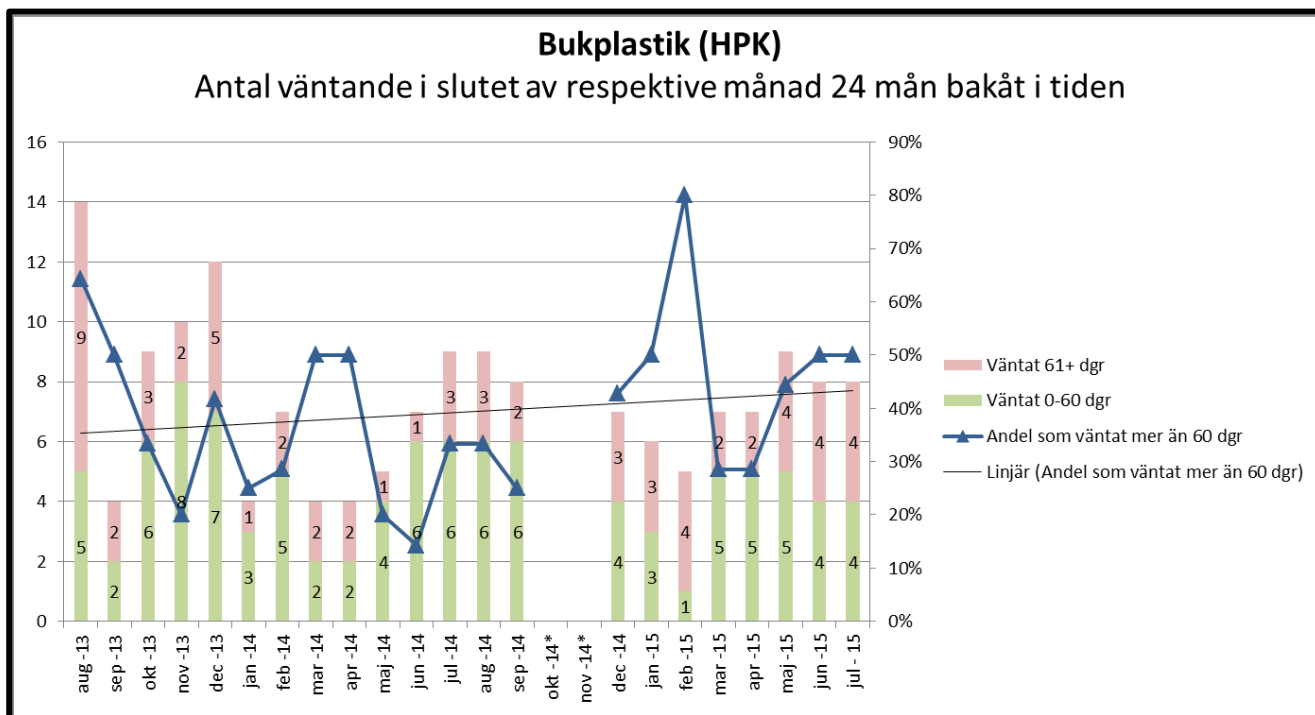
Utvecklingen över tid på HPK framgår av tabell 3.8. Antalet ingrepp har under de senaste åren ökat, dock i blygsam omfattning (29, 31 respektive 33 fall). Andelen som köps av extern leverantör har under de tre åren pendlat mellan 38 och 45 %.

Tabell 3.8 Bukplastiker på HPK 2012-2104

| Utveckling av plastikkirurgiska ingrepp på HPK 2012-2014   |             |             |                       |
|--|-------------|-------------|-----------------------|
| Operation  | HPK US 2012 | HPK US 2013 | HPK US Linköping 2014 |
| <b>Bukplastiker (totalt utförda på kliniken)</b>   | 18          | 17          | 19                    |
| varav efter massiv viktnedgång   | 18          | 17          | 19                    |
| varav efter graviditet   | 0           | 0           | 0                     |
| antal bukplastiker som finansieras av landstinget med som utförs/köps av annan klinik än er klinik | 11          | 14          | 14                    |

Tillgängligheten till bukplastik följs månadsvis på samma sätt som för bröstrekonstruktioner och bröstreduktioner. Antalet väntande patienter i slutet av månaderna två år tillbaka i tiden, samt om de väntat mer eller mindre än 60 dagar, återges i diagram 3.3.

Diagram 3.3: Tillgänglighet till bukplastik 2013-2015 (Källa: se diagram 3.1)



Av diagrammets trendlinje framgår att andelen som väntat mer än 60 dagar ökat under den senaste tvåårsperioden, och att det under det senaste året varit vanligt att 30-50% av de väntande i slutet av en månad väntat mer än 60 dagar på behandling. Utvecklingen av tillgängligheten liknar utvecklingen inom bröstreduktioner och bröstrekonstruktioner.

### 3.3.6.6 Övriga ingrepp efter massiv viktnedgång är ovanliga

Enligt internationell litteratur efterfrågar mellan 73 och 85 % av de som genomgår viktreducerande kirurgi någon form av kirurgisk åtgärd för att ta bort hudöverskott. Det vanligaste är att efterfråga operation av hudöverskott på buken, följt av lår, bröst och armar. Andelen som de facto genomgår operation för att ta bort hudöverskott är mycket lägre. Internationellt sett genomgår 14-47 % en eller flera sådana operationer, och bukplastik är den klart vanligaste operationen. Det finns inga siffror som beskriver sambandet mellan efterfrågade och utförda operationer för att ta bort hudöverskott i Sverige.<sup>30</sup>

Det står dock klart att bukplastik är den vanligaste vävnadsreducerande operationen efter viktnedgång i den offentligt finansierade svenska sjukvården. I den nationella indikationen för bukplastiker från 2008 uppskattades att ungefär 30 % av patienterna som genomgick viktreducerande kirurgi skulle vara i behov av bukplastik, och att behovet av kirurgiska ingrepp för att ta bort hudöverskott på andra delar av kroppen utgjorde ungefär 10 % av behovet av bukplastiker. Det beräknades således behövas 10 gånger så många bukplastiker som övriga vävnadsreducerande operationer efter viktnedgång.<sup>31</sup>

I den tidigare nämnda *Nationella medicinska indikationer. Bukplastik och liknande operationer* saknas tydliga indikationer för andra operationer än bukplastik. Dock uttalas följande:

*"I väntan på bättre vetenskapligt underlag är det rimligt att indikationen för kirurgi vid annat vävnadsöverskott bedöms efter samma kriterier som vid hängbuk. Det innebär att hudveckat ska förorsaka påtaglig ohälsa och kirurgin ska förväntas förbättra hälsotillståndet (...) Ingreppen är aktuella endast i enstaka fall om det föreligger synnerliga fysiska besvär eller extrema avvikelser från ett normalt åldersrelaterat utseende."*<sup>32</sup>

I ljuset av ovanstående är det värt att notera att såväl HPK, SUS Malmö som Sahlgrenska endast utför bukplastiker, inte andra vävnadsreducerande ingrepp efter viktnedgång. Av tidigare beskrivet PM som undertecknats av Skånes hälso- och sjukvårdsdirektör framgår att överarmsplastik, innerlärsplastik, ansiktsplastik eller andra former av ingrepp inte utförs inom ramen för offentlig finansiering. Endast bröst- och bukplastiker utförs. I remittentinformationen inom VGR anges: *"Operation av vävnadsöverskott på hals, bröst, rygg, skinkor, armar och lårs utförs inte."* I de PM inom RÖ som undersökts inom ramen för behovsanalysen nämns inte operationer av hudöverskott på andra ställen än på buken. Verksamhetsföreträdare uppger dock att endast bukplastiker görs.

Den i avsnitt 3.3.6.4 nämnda avhandlingen av Staalesen har visat att korrelationen mellan känslor av obehag och begränsningar (som uppmätts på skalor relaterade till livskvalitet) å ena sidan, och objektiva mått på överskottshud å andra sidan, är moderat eller låg. Vidare framhålls i avhandlingen att rimligheten i den stora skillnaden i antalet utförda bukplastiker kontra vävnadsreducerande operationer på andra kroppsdelar bör diskuteras. Författaren argumenterar för en mer holistisk syn där symtomen relaterat till överskottshuden från olika kroppsdelar vägs samman, i kombination med ett något minskat fokus på det objektiva måttet på hudöverskottet på en enskild kroppsdel, såsom t ex buken. Av olika anledningar, där nyss nämnda avhandling är en, har en diskussion om en eventuell revidering av de nationella indikationerna för bukplastik och liknande operationer från 2008 startat bland chefsöverläkarna för landets plastikkirurgiska kliniker. Chefsöverläkarna, som har en arbetsgrupp med regelbundet återkommande möten, har gett Staalesen i uppdrag att se över de nationella indikationerna i ljuset av sin avhandling och återkomma med förslag på förändringar. Sådana förslag väntas i första hand röra bukplastik, men kan även komma att röra andra vävnadsreducerande ingrepp. Förslagen väntas först under 2016.

En utmaning är att det inte finns så många studier om vilken effekt på livskvaliteten vävnadsreducerande operationer har. Detta gäller i synnerhet reducering av hudöverskott på andra kroppsdelar än buken.

### 3.3.6.7 Reflektioner bukplastiker

- Det finns en nationell indikation för bukplastik. Indikationen är inte så tydlig när det gäller BMI. Indikationen gör inte skillnad på om hudöverskottet uppkommit till följd av graviditet eller massiv

<sup>30</sup> Staalesen, T (2014), s. 6

<sup>31</sup> Ibid s. 10

<sup>32</sup> SKL, (2008b), s. 17 och s. 21

viktnedgång. Den nationella indikationen är från 2008 och ett arbete har initierats för att eventuellt uppdatera vissa delar av indikationen.

- Region Skåne har en tydlig indikation för bukplastik. Även Västra Götalandsregionen har satt vitala delar av indikationen på pränt, om än mindre tydligt avseende BMI-gräns. Båda förefaller ligga inom ramen för den i fråga om BMI otydliga nationella indikationen.
- HPK bör ta fram en tydligare indikation för bukplastik, alternativt lyfta fram den nationella indikationen på ett tydligare sätt. Idag finns endast en hänvisning till "den nationella indikationen", men ingen information om vilken indikation det rör sig om eller hur denna kan hittas. Den nationella indikationen är bred när det gäller BMI. Om HPK mer regelmässigt tolkar det breda spannet på något särskilt sätt bör detta framgå. Dock endast om HPK bedömer det som möjligt med hänsyn till att det ytterst handlar om en individuell bedömning där BMI endast är en av de faktorer som vägs in.
- HPK uppger att de tillämpar en striktare indikation avseende BMI än de flesta andra kliniker. Orsaken som anges är bristande resurser att ta sig an en ökad volym patienter.
- Volymjämförelser mellan HPK och andra kliniker har varit svåra på grund av en osäkerhet av andelen bukplastiker som utförs på kirurgkliniker. De jämförelser som kan göras motsäger inte verksamhetsföreträdarens uppfattning om att HPK skulle vara mer restriktiv med att utföra bukplastiker än andra kliniker.
- *Antalet* bukplastiker som utförs av HPK eller köps av Aleris Motala har endast i liten utsträckning ökat under de senaste tre åren. *Andelen* som köps av Aleris har varit i princip oförändrad.
- Tillgängligheten till bukplastiker har försämrats under de senaste två åren och under första halvåret 2015 hade 30-50% av de väntande patienterna väntat mer än 60 dagar från det att beslut om behandling togs.
- Den nationella indikationen för bukplastiker innehåller även indikationer för ingrepp i andra kroppsdelar som har hudöverskott. Indikationerna är dock inte så tydliga. Det står dock klart att ett visst behov av sådana ingrepp bedöms finnas.
- Varken HPK, SUS Malmö eller Sahlgrenska utför ingrepp för att ta bort överskottshud från andra kroppsdelar än buken. (Skånes tar dock i vissa fall bort överskottshud på bröstet.)
- En nyligen utkommen avhandling har visat att sambandet mellan objektiva mått (hudöverskottets storlek) och patientens upplevelse av obehag och besvär inte är så starkt. Författaren till avhandlingen har av chefsöverläkarna vid landets plastikkirurgiska kliniker ombetts se över de nationella indikationerna för bukplastik och liknande operationer i ljuset av avhandlingens fynd. Eventuella förändringsförslag väntas först under 2016.

### 3.4 Övriga ingrepp

Förutom de ovan nämnda fokusingreppen görs andra plastikkirurgiska ingrepp på HPK, såsom exempelvis ingrepp på grund av LKG, hypospadi och gynekomasti (manlig bröstförstoring). Även TS-kirurgi, och kirurgi på grund av trycksår, utförs. Dessutom utförs ett stort antal ingrepp på grund av hudtumörer. Orsakerna till att dessa ingrepp inte har valts ut som fokusingrepp framgår av avsnitt 3.3.3. Ingreppen beskrivs istället mer kortfattat nedan.

#### 3.4.1 LKG och hypospadi

##### **LKG**

Innebörden av LKG (läpp-käk-gomspalt) och hypospadi har förklarats i avsnitt 3.3.3. Det föds omkring 150-200 barn med LKG i Sverige årligen<sup>33</sup>. Under 2012-2104 har HPK, som är remissinstans för hela Sydöstra sjukvårdsregionen för LKG, tagit emot 33, 20 respektive 24 barn som under respektive år genomgått sitt första ingrepp för LKG (se tabell 3.4 ovan). Det totala antalet ingrepp p.g.a. LKG vid HPK per år är högre eftersom LKG åtgärdas genom en serie ingrepp. Eftersom Sydöstra sjukvårdsregionen har omkring 10 % av rikets befolkning borde omkring 20 nya fall per år konstateras, dock med viss variation p.g.a. slumpinverkan. Siffrorna vid HPK ligger på omkring 20 per år, och det förefaller således inte vara tal om underbehandling. I behovsanalysen har heller ingenting framkommit som tyder på att indikationen för ingrepp vid LKG är otydlig.

<sup>33</sup> <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2875>

## Hypospadi

Hypospadi drabbar omkring 1 av 300 nyfödda pojkar i Skandinavien<sup>34</sup>. I Sydöstra sjukvårdsregionen föddes under 2014 knapp 12 000 barn, varav omkring 6000 var pojkar. Således bör cirka 20 pojkar per år födas med hypospadi i sjukvårdsregionen. Hypospadi åtgärdas i olika åldrar, bland annat beroende på vilken typ av hypospadi det rör sig om. Vissa typer av hypospadi åtgärdas genom två kirurgiska ingrepp, andra genom ett ingrepp. Under 2012-2014 har HPK, som är remissinstans i Sydöstra sjukvårdsregionen, genomfört 40, 44 respektive 40 ingrepp för hypospadi. Siffrorna pekar således inte på att tillståndet skulle vara underbehandlat. I behovsanalysen har heller ingenting framkommit som tyder på att indikationen för ingrepp vid hypospadi skulle vara otydlig.

### 3.4.2 Gynekomasti och ärrplastiker

#### Gynekomasti

Gynekomasti innebär att en pojke eller man utvecklar bröstkörtelvävnad. Bröstet blir då förstorat. Ibland benämns gynekomasti som "manlig bröstförstoring". Det finns olika typer av gynekomasti, och olika typer av behandling. Vissa typer av gynekomasti försvinner spontant. Ett sätt att behandla gynekomasti är att utföra en bröstreduktionsplastik. Enligt PM respektive remittentinformation i Region Skåne respektive VGR finns det dock kirurgiska åtgärder inom gynekomasti som inte behöver utföras av plastikkirurg, utan som kan utföras av allmänkirurg. I Skåne tas ungdomar (upp till 20 år) med pubertetsgynekomasti om hand på plastikkirurgiska kliniken i Malmö, medan övriga bör bedömas och eventuellt opereras, dock med stor restriktivitet, inom den allmänna kirurgin. Orsaken till detta är att det ofta rör sig om vuxna män med en kvinnlig form på bröstet snarare än en "äkta" gynekomasti. I såväl Skånes som VGR:s PM betonas en BMI-gräns på 25 (normalvikt). En orsak till detta är att stora eller hängande bröst på grund av övervikt inte är samma sak som gynekomasti.

I RÖ finns inget PM som specifikt rör gynekomasti. I det häfte med patientinformation som enligt uppgift ibland används vid föreläsningar, anges dock normalvikt som ett krav (där beskrivet som BMI < 26) samt att en tydlig fåra under bröstet ska föreligga. Vidare ska patienten vara över 19 år. Det faktum att inga PM finns på HPK:s hemsida gör att både arbetsfördelningen mellan HPK och övriga kirurgiska kliniker och indikationen för kirurgiskt ingrepp kan framstå som otydlig för patienter och remitterter.

Verksamhetsföreträdare vid såväl HPK som SUS Malmö och Sahlgrenska lyfter gynekomasti som ett område där praxis skiljer sig åt och att någon form av nationella riktlinjer eller överenskommelse om gemensam praxis skulle behövas. Även Bröstenheten har ett inflöde av remisser som rör gynekomasti, och för diskussioner med Endokrinmedicin i Linköping (Hjärt- och Medicincentrum) och Kvinnokliniken US om lämpligt remissflöde för utredning. Även Bröstenheten ser ett behov av nationella riktlinjer eller en gemensam överenskommelse om praxis.

#### Ärrplastiker

Verksamhetsföreträdare för HPK, SUS Malmö och Sahlgrenska uppger att remisser angående ärrplastiker är ganska vanliga. Ibland efterfrågas till och med "borttagning av ärr" vilket inte är möjligt då alla operationer leder till att någon form av ny ärrvävnad bildas.

Remittentinformationen på Region Skånes hemsida andas restriktivitet, men uttrycker inte tydligt vilka ärr som tas omhand av plastikkirurgiska kliniken. Dock nämns att kirurgi ibland kan vara ett alternativ när ärrvävnad stramar över leder. I remittentinformationen "*Eстетiska operationer och sådant vi inte gör*" tas ärrformationer på armarna efter självdestruktivt beteende upp som ett exempel på tillstånd där kirurgisk åtgärd "inte [är] möjlig"<sup>35</sup>.

Remittentinformationen i VGR fastslår att ärrplastiker endast görs "undantagsvis" och att de fall som är aktuella är de då "*ärret är av funktionshämmande eller symptomgivande karaktär*". Samtidigt skrivs dock att: "*svårare keloider<sup>36</sup> och ärrhypertrofi inom huvud-halsregionen åtgärdas. Vi kan även ta hand om kosmetiskt störande ärr som är lokaliserade till ansiktet*"

<sup>34</sup> <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=4970>

<sup>35</sup> <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Plastikkirurgiska-kliniken/Forvardgivare/Remissinformation/Eстетiska-operationer-och-sadant-vi-inte-gor/>

<sup>36</sup> **Keloider** är en typ av tjocka, oregelbundna ärrbildningar som breder ut sig utanför särområdet och som kan uppkomma flera månader efter skadan. **Hypertrofa ärr**/ärrhypertrofi är ärr som förtjockas. De bildas vanligen några veckor efter skadan.

På HPK:s hemsida finns inget specifikt PM eller remittentinformation om ärrplastiker. I PM:et "Plastikkirurgi – ingrepp inom offentlig sjukvård" står dock följande angående ärrbildningar: "Är dessa allvarligt störande funktionellt för patienten bör plastikkirurg hjälpa till med ärrkorrigering".

Verksamhetsföreträdare vid HPK upplever att ganska många remisser angående ärr där medicinsk grund för ingrepp saknas kommer till kliniken. Antalet egenremisser med förfrågningar om åtgärd uppges också ha ökat. En del är bra, men andra innehåller för lite information. Egenremisserna anses medföra merarbete, och önskemål om remisskrav har framförts. Samtidigt bör mängden remisser ses i relation till den information potentiella remitterter och egenremitterter har möjlighet att få innan de bestämmer sig för att författa remiss. Det går inte utesluta att en förtydligad information från HPK:s sida, kanske med ett antal exempel, skulle kunna bidra till att minska remissflödet.

Verksamhetsföreträdare vid HPK uppger att färre ärr åtgärdas idag än tidigare, och att endast ärr som inskränker funktionen åtgärdas i dagsläget. Klinikföreträdare uppger att HPK "förmodligen är ganska stränga" i jämförelse med en del andra kliniker när det gäller ärrplastiker. Exakt hur det förhåller sig är svårt att klarlägga då detta skulle kräva omfattande journalgranskningar samt studier av de foton av ärr som vanligen ligger till grund för bedömning. Även Bröstenheten genomför vissa ärrkorrektioner, i första hand hos patienter som genomgått bröstbevarande kirurgi eller mastektomi vid enheten.

Verksamhetsföreträdare vid såväl HPK som SUS Malmö och Sahlgrenska lyfter ärrplastiker som ett område där praxis skiljer sig åt i vissa delar och att någon form av nationella riktlinjer eller överenskommelse om gemensam praxis skulle behövas. Samtidigt ligger det i sakens natur att gemensamma riktlinjer för ärr är svåra att ta fram då objektiva mått på vad som kan anses vara "funktionshämmande" eller "allvarligt störande funktionellt" inte är helt lätta att konstruera.

### 3.4.3 Hudtumörer

Hudtumöroperationer, som är det volymmässigt största ingreppet på HPK, grundar sig i en bekräftad eller misstänkt tumör och skiljer sig därför från ingrepp som bukplastik, bröstreduktion eller bröstrekonstruktion, vilka ju inte syftar till att ta bort en malignitet. Hudtumöroperationer ligger således längre ifrån det som de flesta intuitivt uppfattar som plastikkirurgi. Hudtumöroperationer ransoneras inte och svårigheterna att skilja estetiskt motiverade ingrepp från medicinskt motiverade ingrepp är mindre än vid exempelvis bröst- och bukplastiker. Hudtumöroperationer har därför inte gjorts till fokusingrepp i denna behovsanalys. Dock utgör hudtumörerna en så stor del av HPK:s produktion att de kan påverka klinikens möjligheter att utföra exempelvis bröst- och bukplastiker. Det är med denna utgångspunkt hudtumöroperationer ändå diskuteras, om än i mindre omfattning, i denna behovsanalys.

Hudförändringar som av allmänläkare bedöms som maligna, tas inom RÖ om hand av Hudkliniken Östergötland, ÖNH US, ÖNH ViN, Kirurgkliniken ViN eller HPK. Vissa kliniker köper också hudtumöroperationer av Aleris i Motala. Det finns även ett antal privata hudläkare i länet som tar bort hudtumörer. Hudkliniken Östergötland respektive HPK hanterar flest hudtumörer i RÖ. ÖNH ViN är dock också en stor aktör. Kliniken tar årligen hand om ungefär 800 diagnostiserade hudtumörer från östra länsdelen. Samarbeten mellan ÖNH ViN och Hudkliniken Östergötlands verksamhet på ViN pågår. Syftet är att den senare verksamheten ska kunna ta sig an fler tumörer. Samarbetet har dock ännu inte visat så stora resultat.

Inom RÖ har operationer av hudtumörer sedan länge organiserats på ett sådant sätt att allmänskirurger på Kirurgkliniken US *inte* opererar hudtumörer. Däremot opererar allmänskirurger på Kirurgkliniken ViN vissa hudtumörer som Hudkliniken verksamhet på ViN remitterar dit. I en del andra landsting är vården organiserad så att allmänskirurger har ett större ansvar för hudtumörer än vad de har i RÖ.

Något förenklat kan sägas att HPK tar hand om hudtumörer som sitter i ansiktet eller om särskilt god teknik krävs för att tillsluta såret. De viktigaste gränssnitten mellan HPK och andra kliniker berörs i mer detalj nedan.

I RÖ pågår sedan några år tillbaka ett utvecklingsarbete som kallas Hudtumörprocessen. Denna behovsanalys avser inte att undersöka de processer som ligger inom ramen för det förbättringsarbetet. Den avser inte heller att djupdyka i frågan om huruvida dagens arbetsfördelning rörande hudtumörer i RÖ är optimal. Dock står det klart att antalet remisser rörande hudförändringar ökar hos såväl Hudkliniken som



HPK (se nedan). Ökningen har inte planat ut än, vilket ställer ökade krav på både planering, prioritering och samverkan inom både HPK och Hudkliniken.

### 3.4.3.1 Hudtumörer utgör en stor del av HPK:s verksamhet

Som tidigare framgått av tabell 3.1 utfördes under 2014 950 hudtumöroperationer på HPK. De flesta av dessa, 907 stycken, utfördes polikliniskt, medan 43 gav upphov till slutenvård. I jämförelse med antalet utförda bröstrekonstruktioner, bukplastiker och bröstreduktioner är antalet hudtumöroperationer mycket stort. Det är också ett större antal operationer än vad som utförs på de plastikkirurgiska klinikerna på SUS Malmö respektive Sahlgrenska, trots att dessa kliniker bemanningsmässigt är klart större. Detta beror inte på att prevalensen skulle skilja sig i någon större utsträckning mellan Skåne, VGR och Östergötland, utan på hur arbetet delas upp mellan plastikkirurgisk klinik och övriga kliniker. I Skåne finns t ex ett Hudtumörcentrum på SUS Malmö som opererar många tumörer. Plastikkirurgerna har gemensam konferens med detta centrum en gång i veckan och ett i övrigt väl utvecklat samarbete. Det finns också ett ÖNH-team i Lund som tar hand om en del större tumörer lokaliserade till ansiktet.

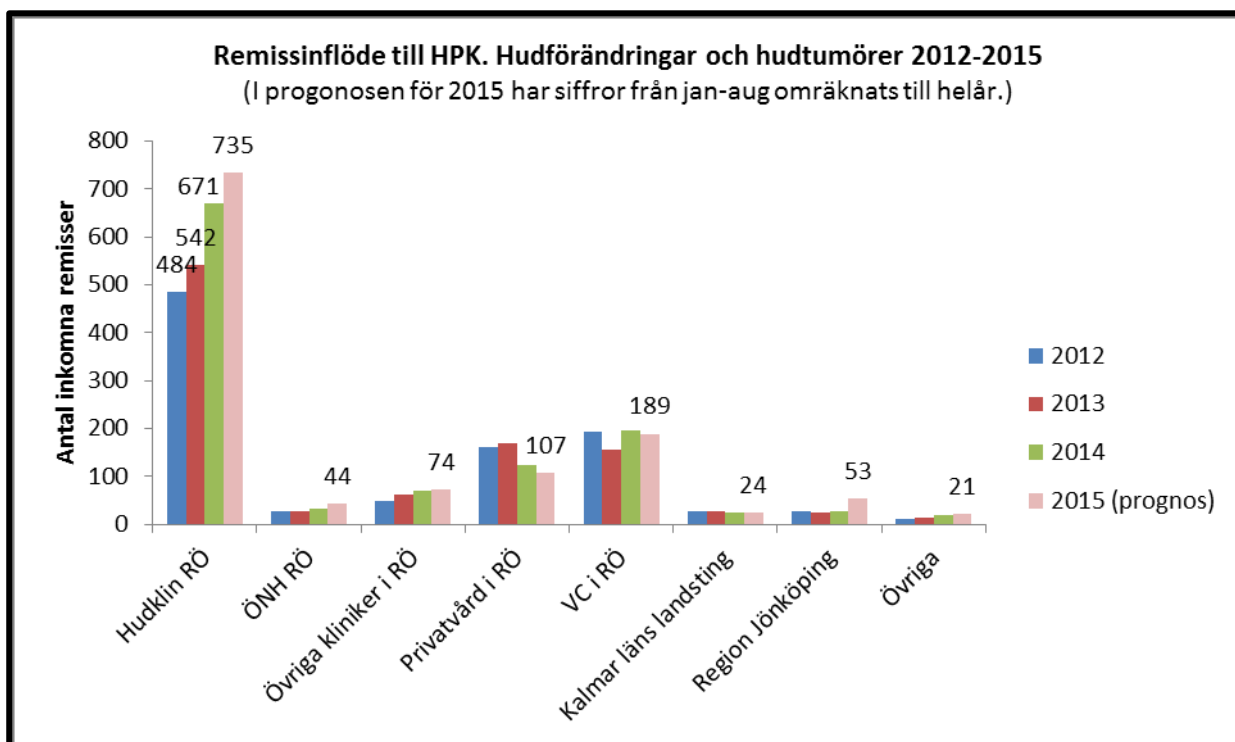
### 3.4.3.2 Antalet remisser och operationer som rör hudtumörer ökar

Remissinflödet till HPK med frågeställningar om hudförändringar och hudtumörer har de senaste åren ökat enligt följande (procentuell ökning från föregående år inom parentes):

| 2012 | 2013       | 2014        | 2015 [prognos baserad på jan-aug] |
|------|------------|-------------|-----------------------------------|
| 977  | 1022 (+5%) | 1162 (+14%) | 1245 (+7%)                        |

I diagram 3.4 nedan har dessa siffror brutits ned. Av diagrammet framgår att HPK får den största andelen av sina remisser från Hudkliniken, samt att det också är denna klinik som har stått för de största ökningarna under de senaste åren.

Diagram 3.4: Remissinflöde till HPK 2012-2015 (Källa: Karin Ydreborg, HPK)



### Gränssnittet mellan HPK och Hudkliniken Östergötland

Gränssnittet beskrivs under rubriken "Information till inremitterande läkare" på HPK:s hemsida på

intranätet LISA<sup>37</sup>. (Det är för övrigt den enda information som finns under denna rubrik. Ingen information angående några andra ingrepp finns på detta ställe.) Av skrivningarna, som tagits fram av HPK och Hudkliniken gemensamt, framgår att:

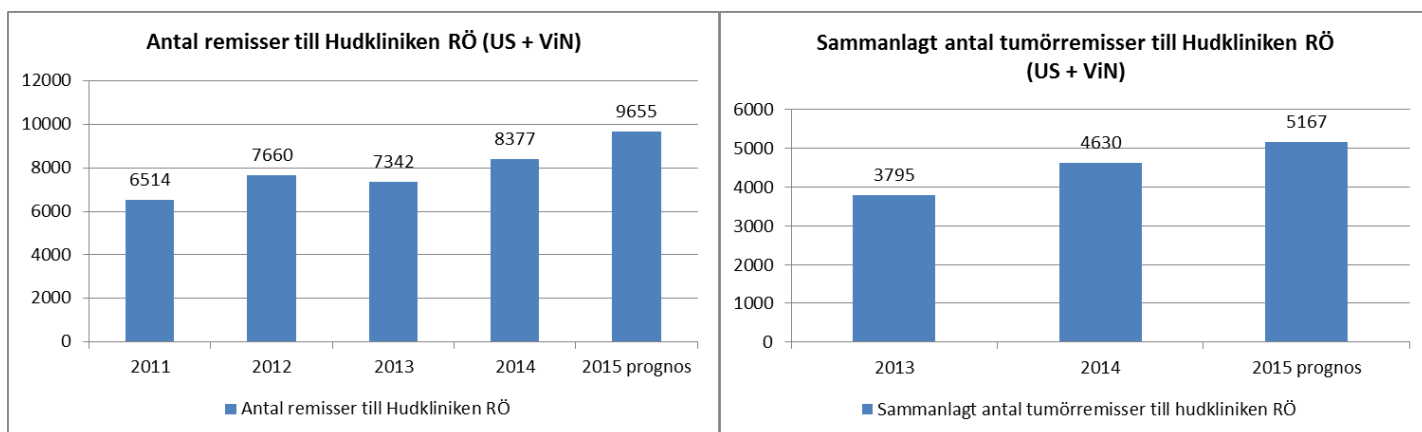
- 1) Samtliga hudförändringar i **ansiktet** som **bedöms som maligna** (malignt melanom, skivepitelcancer, basaliom eller andra maligna hudförändringar) skall **vid behov** remitteras till HPK för extirpation.
- 2) **Benigna hudförändringar i ansiktet** som är **synnerligen kosmetiskt störande** och större än **10 mm i diameter** skickas till HPK för ställningstagande om operation.
- 3) Förändringar, där **diagnosen är oklar** eller där tveksamhet råder huruvida förändringen måste tas bort av medicinska skäl kan remissen ställas till Hudkliniken, US för bedömning.
- 4) När det gäller **maligna förändringar på kroppen** gäller som tidigare att remissen ställs till HPK kliniken om ni (som potentiell remittent) inte själva väljer att ta bort förändringen.
- 5) **Vid tveksamhet angående diagnoser** gällande förändringar på **kroppen** är det även här lämpligt att remissen ställs till Hudkliniken, US för bedömning.

Företrädare för Hudkliniken uppger att de opererar de flesta hudtumörer under klavikeln (nyckelbenet) förutom undantagen i punkt 4 ovan. Företrädare för Hudkliniken uppger även att gränssnittet gentemot HPK fungerar bra, och att samarbeten kring utbildning av hudläkare i kirurgiska tekniker finns. Läkare vid Hudkliniken har enligt företrädare för kliniken under senare år börjat operera i större utsträckning än de gjort tidigare. Samtidigt har dock antalet tumörremisser (misstänkt tumör) till Hudkliniken ökat så mycket under senare år (se diagram 3.6) att det faktum att läkare vid Hudkliniken opererar mer, inte gjort att antalet fall som Hudkliniken remitterar vidare till HPK har minskat. Uppfattningen inom Hudkliniken är att det ökade antalet remisser till HPK beror på en ökad total volym av remisser rörande hudförändringar i RÖ, inte på att Hudkliniken idag skickar "enklare fall" än vad man gjort tidigare till HPK.

I diagram 3.5 framgår antalet remisser som under de senaste åren inkommit till Hudkliniken RÖ (siffrorna för 2015 är en prognos). Mellan 2013 och prognosen för 2015 är ökningen 32 %. Motsvarande ökning av remisserna från Hudkliniken till HPK (diagram 3.4), från 542 remisser år 2013 till en prognos om 735 remisser för 2015, är 36 %. Skillnaden är inte så stor, och remisstatistiken under 2013-2015 ger således visst stöd åt Hudkliniken uppfattning. Samtidigt gör inte statistiken för 2012-2013 det. Då ökade remisserna till HPK (diagram 3.4) trots att antalet remisser in till Hudkliniken minskade (diagram 3.5).

Diagram 3.5 Remissflödet till Hudkliniken RÖ, alla remisser (Källa: Hudkliniken RÖ)

Diagram 3.6 Remissflödet till Hudkliniken RÖ, tumörremisser (Källa: Hudkliniken RÖ)



Företrädare för Hudkliniken uppger att det är brist på hudläkare, och att en stor del av deras tid går åt att bedöma hudförändringar snarare än att operera, då detta måste göras innan beslut om operation tas. Ökningen av antalet remisser till Hudkliniken har lett till ökade väntetider. I synnerhet patienter som har andra problem än hudtumörer

<sup>37</sup> <http://lisa.lio.se/Startsida/Verksamheter/SC/Hand--och-plastikkirurgiska-kliniken/Information-till-inremitterande-lakare/Plastikkirurgi/>

kan få vänta mycket länge. Ökningen har också lett till att Hudkliniken tvingats köpa fler operationer från Aleris. Under 2012, 2013, 2014 skickades 125, 228 respektive 333 remisser till Aleris. Prognosen för 2015 är 650 remisser.

### **Gränssnittet mellan HPK och ÖNH US och ÖNH ViN**

Verksamhetsföreträdare för ÖNH uppger är att gränssnittet är relativt tydligt, och att ÖNH enligt detta har ansvar för att ta hand om mindre tumörer på huvud-hals-området.

Vidare uppger att ÖNH ViN har en överenskommelse med HPK om att ta hand om upp till 200 hudtumörpatienter per år åt HPK. Det har dock inte blivit så stora volymer: 49 (2012), 75 (2013) 28 (2014) och 11 (t.o.m. juli 2015). Anledningen till detta är enligt ÖNH ViN att många patienter inte vill åka till ViN och enligt HPK att det kan vara svårt att hitta patienter som passar samt att en del inte vill åka till ViN.

Verksamhetsföreträdare vid ÖNH uppger också att samverkan kring multidisciplinära konferenser (MDK) kunde fungera bättre. ÖNH-personal från hela Sydöstra sjukvårdsregionen har MDK en gång i veckan, men det är inte alltid som HPK har möjlighet att vara med. På motsvarande sätt anordnas en MDK rörande maligna melanom inom RÖ, som personal från ÖNH sällan har möjlighet att närvara på.

### **HPK anser att ökningen av antalet hudtumöroperationer är problematisk**

Vid HPK har olika åtgärders prioritet fastslagits i ett PM med titeln "*Plastikkirurgi – Prioriteringar i Sydöstra sjukvårdsregionen*". I PM:et har olika diagnoser delats in i grupper utifrån den så kallade Prioriteringsutredningens fem prioriteringsgrupper vid klinisk verksamhet (Vårdens svåra val, SOU 1995:5). Såsom tillhörande prioriteringsgrupp 1 A, ("Livshotande sjukdomar som utan behandling leder till invaliditet och för tidig död") har HPK identifierat exempelvis maligna tumörer, LKG och hypospadi, och inom 1 B ("Vård i livets slutskede, svåra kroniska sjukdomar, nedsatt autonomi") återfinns liggsår. Först i grupp 3 ("Mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar") återfinns bröstrekonstruktioner och bröstreduktioner. Av PM:et följer således att det vore naturligt för HPK satt prioritera omhändertagandet av hudtumörer.

En ökning av en högprioriterad grupp patienter som patienter med hudtumörer kan dock få konsekvenser. Verksamhetsföreträdare för HPK uppger att ökningen av remisser från andra kliniker, och inte minst Hudkliniken, är bekymmersam. Dels då ökningen gör det allt svårare att uppnå god tillgänglighet när det rör icke-maligna plastikkirurgiska ingrepp. Dels då det kan bli ett bekymmer ur utbildningssynpunkt om ett stort antal för plastikkirurger relativt enkla ingrepp (många av hudtumörerna) gör att ingrepp av mellansvår karaktär, såsom bröstreduktion och bukplastiker, i ökad utsträckning behöver köpas in från externa utförare för att de inte hinns med inom vårdgarantin. Detta diskuteras vidare i kapitel 4.

Det finns hos företrädare för HPK en upplevelse av att en relativt stor andel av tumörremisserna som inkommer till HPK rör ingrepp där plastikkirurgisk kompetens egentligen inte skulle behövas. Dessa ingrepp skulle andra specialiteter, främst allmänkirurger vid US och ÖNH-specialister vid US, klara av rent kompetensmässigt, hävdar man, i synnerhet som dessa specialiteter på ViN hanterar liknande ingrepp.

#### 3.4.3.3 Reflektioner hudtumörer

- Hantering av remisser som rör hudtumörer utgör en stor del av HPK:s arbete. HPK förefaller hantera fler hudtumöroperationer än andra, större, plastikkirurgiska kliniker.
- Antalet *operationer* som HPK utför på grund av hudtumörer har de senaste åren ökat.
- Antalet *remisser* som inkommer till HPK rörande hudtumörer har de senaste åren ökat relativt kraftigt. Även Hudkliniken RÖ har haft en relativt stor ökning av antalet inkommande remisser. Det är sannolikt den ökade totala volymen remisser i RÖ, inte ändrade rutiner hos Hudkliniken, som ligger bakom det ökade antalet remisser till HPK.
- Varken HPK, Hudkliniken eller ÖNH ViN/US uppger att gränssnitten mellan klinikerna är otydliga. Däremot framkommer önskemål från HPK om att gränssnitten vore annorlunda. Företrädare för HPK anser att en relativt stor andel av de hudtumörer som kliniken hanterar inte kräver plastikkirurgisk kompetens, utan rent kompetensmässigt borde kunna hanteras av andra specialiteter.
- Samarbetet mellan HPK och ÖNH ViN kring de 200 operationer/år som den senare kliniken sagt sig vara beredd att ta hand om kan sannolikt förbättras.

#### 3.4.4 Transsexualkirurgi (TS-kirurgi)

HPK utför sedan flera år tillbaka kirurgi i könskorrigering syfte på transsexuella personer, så kallad **TS-kirurgi**. I avsnitt 2.2 och 3.3.3 ovan motiveras varför TS-kirurgi inte står i fokus i denna behovsanalys.

Utvecklingen inom TS-kirurgi kan dock komma att påverka HPK framöver, varför området ändå beskrivs nedan.

#### 3.4.4.1 Könsdysfori och transsexualism

Alla människor har en *könsidentitet*, vilket är en individuell känsla av att vara kvinna eller tjej, man eller kille, eller av att tillhöra inget eller något annat kön. För de flesta stämmer könsidentiteten överens med det kön man rent juridiskt tilldelats när man föds (födelsekön eller juridiskt kön). Detta är dock inte fallet för alla. När könsidentiteten inte stämmer med födelsekönet, och detta resulterar i obehag, har man *könsdysfori*. Könsdysfori kan beskrivas som *"en stark och ihållande känsla av att vara född i fel kön"*. Ofta är denna känsla förknippad med ett psykiskt lidande som kan medföra nedsatt förmåga att fungera i vardagen. Könsdysfori ska inte förknippas med sexuell läggning. Personer med könsdysfori kan ha olika sexuella läggningar.<sup>38</sup>

Könsdysfori kan variera och ta sig olika uttryck för olika personer. Om lidandet vid könsdysfori är stort, och personen upplever ett behov av att förändra kroppen helt eller delvis med exempelvis kirurgi eller hormonbehandling, kan den formella diagnosen *transsexualism* sättas<sup>39</sup>.

För personer med könsdysfori eller transsexualism finns idag olika typer av behandlingar, exempelvis samtalsstöd, hormonell behandling och kirurgisk behandling. Multidisciplinära specialistteam som utreder personer med könsdysfori finns på universitetssjukhusen. Teamen består vanligen av psykiater, psykolog, socionom och endokrinolog, men även annan kompetens träffar vid behov patienten, exempelvis logoped och plastikkirurg. Utredningen av personer med könsdysfori tar vanligen 1-2 år. Hur lång tid utredningen tar beror bland annat på om personen lever i enlighet med sin könsidentitet vid utredningens början eller om detta är något som personen successivt börjar pröva under utredningens gång. Det är inte ovanligt att vissa insatser, t ex hormonbehandlingar, sätts in redan under utredningens gång. Könskorrigering kirurgi (se nedan) kan endast bli aktuellt efter det att utredningen är helt slutförd.

Personer som har fyllt 18 år kan ansöka om att byta juridiskt kön, vilket innebär nytt personnummer och ändrad folkbokföring i enlighet med den egna könsidentiteten. Ansökan görs hos *Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor* (även kallat "Socialstyrelsens rättsliga råd") och prövas enligt könstillhörighetslagen. Byte av juridiskt kön kan ske under förutsättning att personen:

1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet
2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden
4. har fyllt arton år

I samband med att någon ansöker om att ändra sin könstillhörighet kan Socialstyrelsens rättsliga råd även ge personen tillstånd att genomföra *könskorrigering underlivskirurgi* och att ta bort könskörtlarna (äggstockar respektive testiklar). Det finns dock inget uttalat krav på att en person som ansöker om att byta juridiskt kön ska vilja genomgå ingrepp i könsorganen. Ingen ska behöva genomgå kirurgiska ingrepp för att få sin juridiska könstillhörighet ändrad.<sup>40</sup>

Förutom kirurgiska ingrepp i könsorganen och könskörtlarna, som alltså kräver Socialstyrelsens tillstånd, kan andra kirurgiska ingrepp göras. Dessa kräver inte tillstånd från Socialstyrelsen, och görs efter individuell bedömning. Exempel på sådana femininiserande ingrepp är 1-3 nedan, och exempel på maskuliniserande ingrepp är 4-5 nedan:

1. att minska storleken på struphuvudet
2. bröstimplantat
3. ansiktskirurgiska ingrepp
4. att avlägsna bröstkörtelvävnad och skapa en mer maskulin bröstkorg
5. att ta bort fett på höfterna

<sup>38</sup> Socialstyrelsens, (2015) *Till dig med könsdysfori*

<sup>39</sup> <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3422> Artikel: "Transsexualism, könsdysfori"

<sup>40</sup> Socialstyrelsen, (2015), *God vård av vuxna med könsdysfori – Nationellt Kunskapsstöd*

### 3.4.4.2 Indikationer för TS-kirurgi

Eftersom könskorrigering kirurgi i *könsorganen* endast kan bli aktuellt efter det att utredningen av de multidisciplinära specialistteamen är klar, samt efter att tillstånd fått av Socialstyrelsens rättsliga råd, får indikationen för just den typen av kirurgi sägas vara tydlig. Indikationen för sekundära ingrepp (för att justera könskorrigeringen eller för andra ingrepp, inte nödvändigtvis i underlivet) är mindre tydliga.

Det saknas nationella riktlinjer för vård av personer med könsdysfori. Socialstyrelsen har dock gett ut skriften *God vård av vuxna med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd* samt en likadan skrift avseende vård av ungdomar med könsdysfori. I kunskapsstödet angående vuxna står följande som generella krav vid kirurgi:

- Ihållande väldokumenterad könsidentitetsproblematik
- Om det finns betydande medicinska eller psykiska problem behöver de ha utretts och behandlats i möjligaste mån

Vilka ingrepp som ska göras är dock inte alltid lätt att bedöma. Av kunskapsstödet framgår<sup>41</sup>:

*"Då skalor och andra instrument saknas för att objektivt differentiera mellan dessa patienter är bedömningar om behov av rekonstruktiva operationer med nödvändighet till viss del subjektiva och vilar på beprövad erfarenhet."*

*"Även om kroppen alltså inte är sjuk i fysisk bemärkelse, syftar behandlingen till att anpassa kroppen så att personen uppnår ett normaltillstånd fritt från det psykiska lidande som könsdysforin innebär. Kirurgiska ingrepp bör alltså, enskilt eller tillsammans med andra behandlingar, betraktas som medicinska åtgärder som hjälper individen att uppnå en funktionsnivå som är så likvärdig som möjligt med cis-personers." (understrykning tillagd)*

Målet är således att uppnå en funktionsnivå som *"är så likvärdig som möjligt med cis-personers"*. (En cis-person är en person vars könsidentitet, könsuttryck och födelsekön alltid stämt överens med varandra.) Med grund i detta har Socialstyrelsen rekommenderat att hälso- och sjukvården, under förutsättning att de generella förutsättningarna som nämnts ovan är uppfyllda, *"bör erbjuda personer med könsdysfori"* följande:

- *reduktion av struphuvudet* för personer med manligt födelsekön
- *mastektomi*
- *permanent hårborttagning i genitala hudområden* för personer med manligt födelsekön
- *insättning av bröstimplantat* i proportionerlig storlek
- *könskorrigering kirurgi i bröst och underliv*

För ingrepp i bröst och underliv finns en rad olika tekniker. Teknikerna är olika komplexa, ger olika estetiska resultat och kräver olika mycket tid av kirurgen. Socialstyrelsen rekommenderar inte vilka tekniker som ska användas.

Socialstyrelsen skriver också att två ingrepp *"kan i undantagsfall erbjudas"* personer med könsdysfori, dock under förutsättning att personerna lider mycket av sin könsdysfori och beslutet är ett multidisciplinärt ställningstagande. Det rör ingreppen:

- *feminiserande ansiktskirurgi* hos personer med manligt födelsekön
- *maskuliniserande fettsugning av höftpartiet* hos personer med kvinnligt födelsekön<sup>42</sup>

Trots Socialstyrelsens rekommendationer kan det vara svårt att bedöma när kirurgisk behandling av en transsexuell person är färdig. Hur många sekundära ingrepp ska t ex göras? Vad är förenligt med *"en funktionsnivå så likvärdig som möjligt med cis-personers"*? Företrädare för HPK uppger att det ligger i sakens natur att man som plastikkirurg vill justera och göra rekonstruktioner så tilltalande som möjligt. Detta är inte begränsat till TS-kirurgin. En del verksamhetsföreträdare uppger dock att det är vanligare med justeringar som är av kosmetisk natur inom denna gren av plastikkirurgin än inom andra.

<sup>41</sup> Ibid, s. 49-50

<sup>42</sup> Socialstyrelsen, (2015), *God vård av vuxna med könsdysfori – Nationellt Kunskapsstöd*, s. 49-63



### 3.4.4.3 TS-kirurgi på HPK

#### **HPK är en av tre kliniker i Sverige som utför TS-kirurgi**

HPK är för närvarande en av tre kliniker i landet som utför kirurgiska ingrepp på transsexuella personer (TS-kirurgi). Både operationer i könsorganen och på övriga kroppen utförs. HPK tar emot patienter från olika delar av landet. De andra klinikerna som utför TS-kirurgi är plastikkirurgiska kliniker vid Sahlgrenska universitetssjukhuset respektive Karolinska universitetssjukhuset. TS-kirurgi är inte rikssjukvård, och fasta, centralt fastställda upptagningsområden för de tre olika klinikerna finns inte. Under hösten 2015 kommer dock Rikssjukvårdsnämnden att diskutera om TS-kirurgi är ett område som ska göras till rikssjukvård. Ett möte med experter från bland annat Region Östergötland hölls i slutet av oktober månad. Det är för tidigt att i nuläget uttala sig om Rikssjukvårdsnämndens beslut i frågan.

HPK har utfört TS-kirurgi under lång tid, och utför med få undantag alla typer av ingrepp som utförs på transsexuella i Sverige. Kliniken på Karolinska har också utfört ingrepp under lång tid. Enligt företrädare för HPK finns visst samarbete mellan de båda klinikerna, bland annat i syfte att den ena kliniken inte ska ha långa köer medan den andra inte har några köer alls. Detta gäller de patienter som inte har särskilda önskemål om kirurg/ort. Sådana önskemål är inte ovanliga. De båda klinikerna utför ungefär samma typer av ingrepp, även om en viss metod för uppbyggnad av en penis hittills endast utförs i Linköping. Kliniken på Sahlgrenska började med TS-kirurgi först 2011. Denna klinik har i första hand patienter från VGR även om ett mindre antal patienter från andra landsting också tas om hand där. Såväl HPK som kliniken på Karolinska har patienter från ett stort antal olika landsting. Av 14 patienter som i januari 2015 stod på väntelista för nybesök på TS-mottagningen i Linköping var endast två från Östergötland.

#### **Volymer**

TS-kirurgi är komplex och samma person opereras vanligen ett flertal gånger i samband med själva könskorrigeringen. Dessutom kan andra kirurgiska ingrepp, vilka beskrivits ovan, tillkomma. Som framgått i tabell 3.4 har under de senaste tre åren 82 (2012), 112 (2013) respektive 91 (2014) ingrepp inom TS-kirurgi gjorts vid HPK. Detta inkluderar både primära könskorrigeringar och övriga ingrepp. Inom ramen för behovsanalysen har kliniken vid Sahlgrenska tillfrågats om volymer. Under 2014 genomfördes vid denna klinik 67 ingrepp. Siffror från kliniken på Karolinska saknas.

Antalet ingrepp inom TS-kirurgin vid HPK har således inte ökat så kraftigt under senare år. En anledning till detta kan vara att kliniken på Sahlgrenska, som ju ganska nyligen började med TS-kirurgi, har tagit en del av de patienter som annars skulle ha vänt sig till HPK. Det kan dock komma att bli öknings i framtiden.

#### **Framtiden**

Enligt Socialstyrelsens patientregister har antalet personer med diagnoskoder som relaterar till könsidentitet ökat de senaste åren, från 464 år 2007 till 1365 år 2013. Antalet personer under 18 år med sådana koder hade ökat från 14 till 78 under samma period. De vanligaste diagnoskoderna är *transsexualism* (85 % av de vuxna 2013) och *ospecificerad könsidentitetsstörning*. Bland barn och ungdomar stod de båda diagnoserna ungefär för 50 % av fallen var under 2015. Även internationellt ses en ökning av antalet vård sökande barn, ungdomar och vuxna. En möjlig förklaring till det ökade antalet vård sökande i Sverige kan vara att tvekan minskat sedan steriliseringskravet för att ändra juridisk könstillhörighet togs bort i juli 2013.<sup>43</sup>

Även antalet ansökningar om att ändra juridiskt kön har ökat. Fram till 2012 var det 50-70 ansökningar per år, men under 2013 och 2014 har en kraftig ökning till 170 respektive 194 ansökningar skett.<sup>44</sup> Eftersom det tar 1-2 år innan en utredning av könsdysfori är färdig, har de plastikkirurgiska klinikerna ännu inte sett effekten av det höjda antalet ansökningar till Socialstyrelsen. Exakt vilka effekter det blir är svårt att säga. En anledning är den ovan nämnda osäkerheten kring hur mycket av ingreppen som kliniken på Sahlgrenska kommer att locka till sig.

En annan osäkerhet rör patienternas önskemål om ingrepp. Att den starka ökningen av antalet ansökningar kom under just 2013 och 2014 skulle kunna bero på att personer som lider något mindre av sin könsdysfori, och som så länge steriliseringskravet fanns kvar inte ansökte om byte av juridiskt kön, nu har ansökt. Dessa personer kanske inte känner ett lika starkt behov av könskorrigeringar som de personer som ansökte om byte av juridiskt kön före 2013, och volymen könskorrigeringar kanske därför inte kommer att

<sup>43</sup> Socialstyrelsen, (2015), *God vård av vuxna med könsdysfori – Nationellt Kunskapsstöd*, s. 15

<sup>44</sup> Ibid

öka lika mycket som ansökningarna om byte av juridiskt kön gjort. Det är dock för tidigt att dra säkra slutsatser om detta.

Under sommaren 2015 gick statens offentliga utredning *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91) på remiss. I utredningen föreslås bland annat att ungdomar mellan 15-18 år ska få ansöka om könskorrigering kirurgi under förutsättning att detta görs med vårdnadshavarens godkännande. Att den sökande har fyllt 15 år är emellertid inte detsamma som att tillstånd kommer att beviljas av Socialstyrelsen. Andra förutsättningar för tillstånd är att det är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, och att ungdomen har tillräckligt mognad att själv samtycka till ingreppet.<sup>45</sup>

Om lagförslagen i utredningen blir verklighet skulle konsekvensen kunna bli en ökad volym TS-kirurgi på HPK. Förutom ökad kirurgisk volym skulle också behovet av mottagningsresurser öka. Företrädare för HPK uppger att utredningen av ungdomar i åldern 15-18 år skulle bli mer resurskrävande än dagens utredningar. Detta i synnerhet som bedömningen av ungdomens mognadsgrad är svår, och det inte heller av utredningen tydligt framgår vem som ansvarar för denna bedömning.

Sammantaget kan sägas att (1) det ökade antalet ansökningar om byte av juridiskt kön, (2) det framlagda lagförslaget om kirurgi i åldern 15-18 år, (3) hur stor del av en ökning kliniken vid Sahlgrenska tar, samt (4) Rikssjukvårdsnämndens agerande, alla påverkar de framtida volymerna av TS-kirurgi vid HPK, men på ett sätt som i dagsläget är svårt att förutse.

### Utvecklingen inom TS-kirurgin bör följas noggrant

TS-kirurgi är avancerad verksamhet, och ingreppen leder ibland till långa vårdtiden. Samma patient genomgår vanligen ett flertal ingrepp över tid. TS-kirurgin utgör en ganska stor del av HPK:s verksamhet och tar enligt företrädare för kliniken mycket "energi och kraft" samtidigt som den ger intäkter och goodwill samt hjälper en viktig patientgrupp. TS-kirurgi förefaller ha relativt hög prioritet vid kliniken. Många patienter har rest långt och att operationer stryks med kort varsel till förmån för andra operationer är inte särskilt vanligt.

Det kan konstateras att HPK har stora volymer avancerad plastikkirurgi i form av svåra brännskador (rikssjukvård) och en stor volym TS-patienter å ena sidan, och stora volymer relativt enkelt plastikkirurgi i form av ett stort och ökande antal hudtumörer, å andra sidan. Samtidigt kan konstateras att en inte obetydlig del av den plastikkirurgi som kan karakteriseras som ett mellanskikt, såsom bröstreduktioner och bukplastiker, köps av externa leverantörer. Som diskuteras i kapitel 4 kan det finnas nackdelar med detta ur ett kompetensförsörjningsperspektiv. I ljuset av detta är det viktigt att i framtiden noggrant följa utvecklingen inom TS-kirurgin och vara beredd på en eventuell ökning av volymerna mot bakgrund av ovanstående. Det är viktigt att en sådan eventuell ökning inte tränger undan annan plastikkirurgisk vård vid HPK.

#### 3.4.4.4 Reflektioner TS-kirurgi

- Indikationerna för olika ingrepp inom TS-kirurgi kan upplevas som otydliga. Detta gäller främst sekundära ingrepp. Socialstyrelsens kunskapsstöd ger dock viss vägledning.
- HPK är en av tre kliniker i Sverige som bedriver TS-kirurgi. TS-kirurgi kan inom kort komma att bli föremål för diskussioner om rikssjukvård.
- En rad faktorer gör att det är svårt att uttala sig om utvecklingen av de framtida volymerna av TS-kirurgi på HPK. En viss ökning ter sig dock inte som osannolik. Det är viktigt att en eventuell ökning inom TS-kirurgin inte tränger undan annan plastikkirurgisk vård vid HPK.
- Utvecklingen av tekniker och volymer inom TS-kirurgin bör följas noggrant.

#### 3.4.5 Trycksår och bensår

Åtgärder vid tryck- och bensår är sannolikt inte vad de flesta människor intuitivt förknippar med plastikkirurgi. Ibland krävs dock plastikkirurgisk kompetens vid behandling av dessa åkommor. Både tryck- och bensår orsakar stort lidande hos de drabbade. Vidare drabbar åkommorna ofta grupper som har en svag röst i vården, såsom exempelvis multisjuka patienter och patienter med nedsatt rörelseförmåga. Patienter med stora trycksår där plastikkirurgi kan bli aktuellt har både nedsatt rörelseförmåga och nedsatt känsel i

<sup>45</sup> SOU 2014:91, (2014), *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering*, s. 24

särområdet, t ex på grund av ryggmärgsskador. Bensår drabbar oftast äldre kvinnor. Vårdtiderna i samband med plastikkirurgiska åtgärder vid ben- och trycksår är långa. Mot denna bakgrund, samt mot bakgrund av den ökande belastningen från hudtumörremitter vid HPK, är det motiverat att titta närmare på patientgruppen. Under 2016 ska dock en separat behovsanalys inriktad på "Hudsjukdomar inklusive hudsår" (där tryck- och bensår ingår) genomföras, varför endast några kortare resonemang förs i föreliggande behovsanalys.

**Trycksår** orsakas av att cirkulationen i ett område har försämrats på grund av ett tryck mot huden. Trycksår har tidigare, i vissa sammanhang, kallats liggsår. Trycksår är vanligast på hälar, sittknölnarna och utsidan av låren, men även exempelvis armbågar kan vara utsatta. Stora trycksår är vanligast på sittknölnarna, korsryggen och låren. Trycksår behandlas i första hand inte kirurgiskt, utan genom avlastning, antibiotika, sårrevision (borttagning av död vävnad) och omläggning. Ofta sker detta inom primärvården. Även mycket stora trycksår kan självläka genom ovan nämnda behandling, och kirurgi är ett sistahandsalternativ. I en minoritet av fallen, där annan behandling inte ger avsedd effekt, kan plastikkirurgiska ingrepp bli aktuella. Hud flyttas då från en annan del av kroppen till såret, och ofta mejslas även de ben som trycker på hudens insida ned för att minska belastningen på huden. Innan plastikkirurgiska ingrepp kan göras behöver dock sårrevision göras. En sårrevision innebär att såret renas från död vävnad. Plastikkirurgisk kompetens är vanligtvis inte nödvändig vid sårrevisioner.

**Bensår** är sår på foten eller underbenet som inte läker inom 6 veckor. Den vanligaste orsaken är att blodcirkulationen inte fungerar som den ska. Ibland är olika former av kärlkirurgi aktuell. I en minoritet av fallen, där annan behandling inte ger avsedd effekt, kan plastikkirurgiska ingrepp bli aktuella.

Det ingår i HPK:s uppdrag att utföra ingrepp vid trycksår och bensår på östgötska patienter om behov av plastikkirurgiska åtgärder föreligger. I vissa fall tas också patienter från andra län i Sydöstra sjukvårdsregionen emot. I PM:et "*Plastikkirurgi – prioriteringar i Sydöstra sjukvårdsregionen*" återfinns trycksår (uttrycks där som "liggsår") i prioriteringsgrupp 1B – det vill säga som lägre prioriterade än maligna tumörer (1 A) men högre prioriterade än bröstreduktioner, bröstrekonstruktioner, bukplastik m.m., vilka återfinns i grupp 3. Bensår återfinns i prioriteringsgrupp 3.

### 3.4.5.1 Indikation och volymer

#### Indikation

Det faktum att tryck- och bensår ger upphov till stort lidande (vilket ger ett tryck på att så snabbt som möjligt göra vad man kan), samtidigt som långvarig konservativ behandling kan ge effekt även på stora sår (vilket ger ett tryck på att vänta), gör att avvägningen av när ett behov av plastikkirurgi har uppstått är svår. På HPK:s hemsida finns ett PM om bensår, där det under "indikation" anges "*långvariga sår, under knänivå, med sparsam eller utebliven läkning*". Det finns också ett PM om trycksår, men det innehåller inte någon information om på vilken indikation operationer av trycksår ska ske.

Hållningen till plastikkirurgiska ingrepp vid trycksår är vanligen restriktiv. I remittentinformation från plastikkirurgiska kliniken på Sahlgrenska anges: "*Företrädesvis opereras ryggmärgsskadade patienter som normalt vistas i hemmet och/ eller är yrkesverksamma. Äldre patienter som är sjukhemsvårdade (sängliggande, senildementa) opereras som regel inte men operation kan övervägas om konservativ sårvård är mycket smärtsam.*"<sup>46</sup> I remittentinformation från plastikkirurgiska kliniken på SUS Malmö anges restriktivitet på grund av risken för återinsjuknande: "*Sängliggande, senildementa pat med decubitalsår kan vi endast operera i undantagsfall eftersom op-resultaten på dessa pat är mkt dåliga. Op kan övervägas om konservativ skötsel är smärtsam och mkt vårdkrävande.*"<sup>47</sup> I båda remittentinformationerna nämns också att det är viktigt att patienten är väl motiverad och har förutsättningar att klara av den post-operativa vården, som kan vara krävande och ofta är långvarig.

#### Volymer

För patienter med tryck- och bensår börjar vårdkedjan vid HPK med ett besök vid klinikens Plastikmottagning. Enligt en rapport som tagits fram i Cosmic (Cosmic Intelligence-rapport) genomfördes

<sup>46</sup> [https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgmottagning/remissunderlag\\_plastikkirurgi.pdf](https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgmottagning/remissunderlag_plastikkirurgi.pdf)

<sup>47</sup> <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Plastikkirurgiska-kliniken/Forvardgivare/Remissinformation/Trycksar/>

under 2014 37 nybesök (unika individer) vid Plastikmottagningen med anledning av ben- eller trycksår. Samma år genomfördes 25 förstabehandlingar (unika individer) med anledning av tryck- eller bensår vid HPK:s avdelning 53 plastikkirurgi. Det handlade exempelvis om operationer, excisioner, rekonstruktioner och sårrevisioner. 10 av de 25 förstabehandlingarna rörde trycksår.

Plastikkirurgiska kliniken på Sahlgrenska anger att de gör cirka 10-12 operationer med anledning av trycksår om året, men att behovet sannolikt är högre än så – kanske borde omkring 25 om året göras. Samtidigt anges att processen inom VGR för patientgruppen kan förbättras. Hur stort behovet är av plastikkirurgiska insatser är beror ju i viss mån på hur processen för att behandla såren konservativt ser ut. Plastikkirurgiska kliniken vid Sahlgrenska har inte ansvar för bensår annat än i undantagsfall. Dessa sköts annars av Hudkliniken.

Verksamhetsföreträdare för SUS Malmö anger att det i allmänhet är geriatriker som ansvarar för trycksår, och att trycksåren endast undantagsvis kommer till plastikkirurgerna. Kriterierna har på senare tid stramats upp så att ingen opereras om inte prognosen att lyckas är mycket god. Enligt verksamhetsföreträdarens uppskattning opereras färre än 10 trycksår per år vid kliniken.

I Stockholms läns landsting görs "10-15 större trycksårsoperationer per år." Det rör sig då oftast om patienter med ryggmärgsskador. Operationerna är omfattande och vårdtiden är en vecka på plastiken och 4 veckor på rehabavdelning. De som opereras ska vara välmotiverade för programmet och ha sår som inte bedöms kunna läka på minst ett halvår framåt trots bra avlastning och sårvård<sup>48</sup>.

I fråga om antalet behandlade trycksår förefaller inte HPK sticka ut i jämförelse med de plastikkirurgiska klinikerna i Malmö, Göteborg och Stockholm. Det går inte att, med ledning av jämförelsen, dra slutsatsen att patienter med trycksår skulle underbehandlas vid HPK. Bensåren är svårare att jämföra då siffror från andra kliniker än HPK:s egna saknas.

Enligt de sårvårdskunniga som intervjuats inom ramen för behovsanalysen<sup>49</sup> är trycksår till allra största delen en fråga om omvårdnad (eller brist på omvårdnad). Alla kliniker med ineliggande patienter, liksom primärvård och kommunal sjukvård bör arbeta preventivt avseende trycksår. Sårvården har förbättrats mycket under de senaste tjugo åren och kirurgiska insatser är och skall vara sällsynta. När kirurgiska insatser väl behövs, är det dock viktigt att möjlighet finns att sätta in dessa inom rimlig tid.

### 3.4.5.2 Tillgänglighet

Avvägningen om när det föreligger behov av plastikkirurgi vid tryck- eller bensår, kan som nämnts ovan vara svår. Som också nämnts finns inte någon skrivning om denna avvägning i HPK:s PM om trycksår. För att en avvägning ska kunna göras, måste en första bedömning av patientens besvär komma till stånd. Sedan relativt lång tid tillbaka anger HSN:s överenskommelse med Sinnescentrum (och därmed HPK) att Sinnescentrum "skall för patienter i behov av plastikkirurgisk åtgärd av hudkomplikationer vid trycksår och bensår ha högst fyra veckors väntetid till besök/bedömning."<sup>50</sup>

Enligt den Cosmic Intelligence-rapport som nämnts ovan, genomfördes under 2014 37 nybesök (unika individer) vid Plastikmottagningen med anledning av ben- eller trycksår. Motsvarande siffra under januari till och med september 2015 var 35 besök. Väntetiderna till besöket för dessa patienter framgår av tabell 3.9. De tre fall i vilka "medicinskt orsakad väntan" eller "patientvald väntan" noterats i Cosmic, har rensats bort. Ungefär 60 % av patienterna har väntat mer än de 28 dagar som HSN:s överenskommelse med Sinnescentrum anger som gräns, och resultatet har endast förbättrats i mindre utsträckning under 2015. Medianväntetiden var 34 dagar under 2014 och 33 dagar under 2015.

<sup>48</sup> Jacob Lagergren, överläkare, Kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi, Karolinska sjukhuset (2015-06-01), angivet i mejl till Eva Törnvall, FoU-enheten för Närsjukvården, RÖ.

<sup>49</sup> Eva Törnvall, Närsjukvårdens FoU-enhet, 2015-08-13

Anna Carlsson, distriktssköterska Boxholms VC, 2015-08-25

Eva Bågenholm, distriktssköterska VC Cityhälsan Centrum och fd. chef inom hemsjukvård, 2015-08-25

<sup>50</sup> Region Östergötland, (2015), *Överenskommelse av uppdrag 2015 mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Sinnescentrum*, s. 15

Tabell 3.9: Nybesök vid Plastikmottagningen, HPK, 2014-2015

| Nybesök vid Plastikmottagningen, HPK, 2014-2015<br>(orsak till besök: trycksår, bensår) |      |                |
|---|------|----------------|
|   | 2014 | 2015 (jan-sep) |
| Totalt antal nybesök  | 37   | 35             |
| Medicinskt orsakad väntan   | 1    | 1              |
| Patientvald väntan  | 1    | 0              |
| Totalt  | 35   | 34             |
|   |      |                |
| Antal som väntat > 28 dgr   | 22   | 20             |
| Andel som väntat > 28 dgr   | 63%  | 59%            |

Företrädare för HPK uppger att en anledning till att det varit svårt att hinna med besök inom 28 dagar, och att behandlingen för tryck- och bensår därmed förskjuts, är att patienterna har förhållandevis lång vårdtid och att det kan vara svårt att planera in dem på avdelningen, eftersom avdelningen dels har ett inflöde av akuta skador (handkirurgi), dels har ett inflöde av utlokaliserade patienter/satellitpatienter<sup>51</sup> från exempelvis medicin- och kirurgavdelningarna, och att medicinsk prioritet måste gå först. Samtidigt kan konstateras att trycksår ju *också* ska ha hög prioritet enligt det prioriterings-PM som finns vid HPK, vilket nämnts i avsnitt 3.4.5.

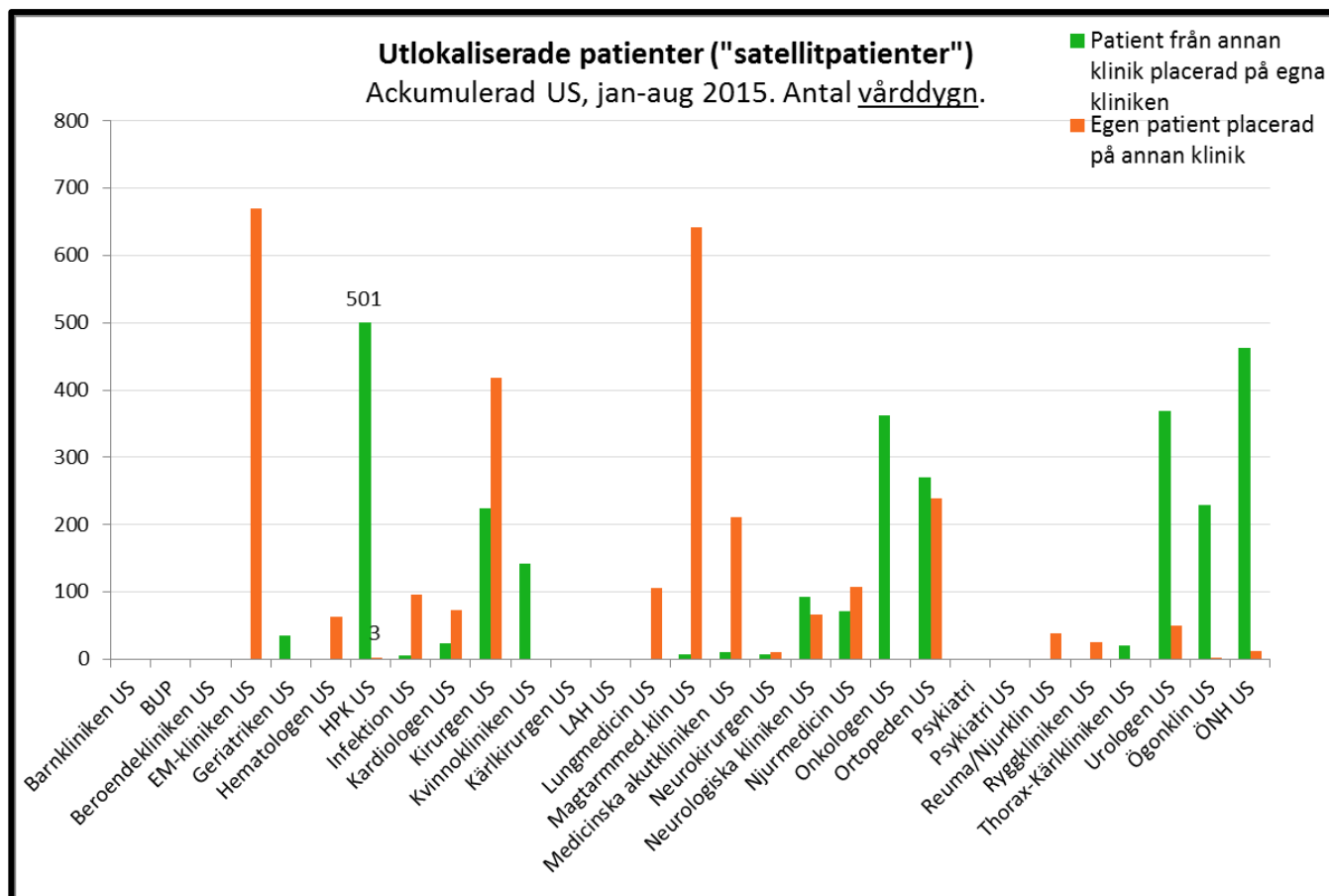
Hur ser det då ut med utlokaliserade patienter/satellitpatienter vid HPK? HPK är en av de kliniker på US med lägst genomsnittlig belägningsgrad (antalet patienter i förhållande till antalet öppna vårdplaster). Under jan-aug 2014 var belägningsgraden 91,2% och under jan-aug 2015 var den 90,8%. Det finns dock variationer i belägningsgraden, och i såväl mars som juli och augusti 2015 var belägningsgraden över 100 %.

HPK är också en av de kliniker på US där satellitpatienter är vanligast. Under jan-nov 2014 vårdade HPK satellitpatienter under 215 värddygn, medan man under endast 28 värddygn hade egna patienter på andra kliniker. Under perioden jan-aug 2015 (se diagram 3.7) vårdade HPK satellitpatienter under 501 värddygn medan man under endast 3 värddygn hade egna patienter på annan klinik. Antalet värddygn med satellitpatienter på HPK har alltså ökat mycket kraftigt under 2015. Under bara 8 månader har mer än dubbelt så många dygn med satellitpatienter noterats som under 11 månader 2014.

<sup>51</sup> Utlokaliserad patient = satellitpatient = inskriven patient som vårdas på annan värdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten (Socialstyrelsens termbank)



Diagram 3.7 Satellitpatienter vid US 2015 (jan-aug, antal vårddygn)



En av orsakerna till att HPK så ofta tar emot satellitpatienter är enligt vårdplatskoordinator vid US att kliniken oftare än andra har outnyttjade platser<sup>52</sup>. Detta förefaller särskilt ha gällt på sommaren, då 200 av de 501 vårddygnen med satellitpatienter låg i juni och juli.

Det faktum att HPK har möjlighet att ta emot patienter från andra kliniker när dessa har en pressad situation, är naturligtvis inte negativt i sig. Men, om satellitpatienter bidrar till att tillgängligheten för tryck- och bensårspatienter försämras, vilket företrädare uppgivit (se ovan), men som är svårt att verifiera annat än att det kan konstateras att antalet satellitpatienter är stort, är det bekymmersamt med en stor ökning av antalet satellitpatienter. Mottagande av satellitpatienter är inte obligatoriskt och mottagande av ett så stort antal satellitpatienter kräver sannolikt också viss planering. Det förefaller inte osannolikt att en sådan planering skulle kunna effektiviseras så att tillgängligheten för tryck- och bensårspatienter kan förbättras.

### 3.4.5.3 Reflektioner trycksår och bensår

- Trycksår och bensår behöver i vissa fall åtgärdas av plastikkirurgisk kompetens. Det är inte alltid lätt att avgöra när behovet av plastikkirurgi uppstår. De PM som finns vid HPK är mindre tydliga än PM från VGR och Region Skåne om på vilken indikation plastikkirurgiska ingrepp görs.
- En jämförelse av antalet trycksår som opererats vid plastikkirurgisk klinik ger ingen anledning att misstänka att patientgruppen skulle vara underbehandlad i RÖ.
- Mer än hälften av patienterna som under 2014 och 2015 besökte Plastikmottagningen för ett nybesök rörande ben- eller trycksår fick vänta längre än de 28 dagar som överenskommelsen mellan HSN och Sinnescentrum stipulerar. Lång väntan på bedömning innebär att den totala väntetiden från remiss till HPK till utförd åtgärd, förlängs.

<sup>52</sup> Intervju, Elisabeth Carlgren, vårdplatskoordinator, US

- Ett stort inflöde av satellitpatienter anges av företrädare för HPK som en anledning till att väntetiden för tryck- och bensårspatienter är lång. Inflödet av satellitpatienter till HPK har kraftigt ökat under 2015.
- Det förefaller inte osannolikt att en effektiviserad planering av mottagandet av satellitpatienter kan bidra till att tillgängligheten för tryck- och bensårspatienter kan förbättras.
- Det är angeläget att riktlinjer och överenskommelser kring vilken aktör det är som ska utföra sårrevisioner inför plastikkirurgiska ingrepp är tydliga och accepterade av samtliga aktörer.
- Under 2016 kommer en behovsanalys om hudsjukdomar och hudsår, inklusive tryck- och bensår, att göras.

### 3.4.6 Icke-göra – ingrepp som inte utförs

#### HPK

Det finns en rad ingrepp som inte utförs på HPK, trots att efterfrågan på ingreppen ibland förekommer. Anledningen är att HPK har bedömt att en prioritering har behövts göras då resurserna är begränsade, och vissa ingrepp, som anses vara av mer estetisk karaktär, har då valts ut.

Under rubriken *"Information till remitterande läkare"* på HPK:s hemsida på intranätet finns, liksom under samma rubrik på Vårdgivarwebben på regionens externa hemsida, endast en skrivning av vilka misstänkta hudtumörer som ska remitteras till HPK respektive Hudkliniken. Denna har kommenterats i avsnitt 3.4.2 ovan. Annan information som kan hjälpa potentiella remittenter att få veta vad HPK gör, och på vilken indikation, finns inte på dessa ställen. Det finns inte heller någon information om vad HPK *inte* utför för ingrepp på nämnda ställen.

För att hitta sådan information behöver potentiella remittenter istället söka bland de tiotal PM som HPK publicerat på sin hemsida på intranätet. Inget PM har titeln "remittentinformation" eller "icke-göra" eller liknande. Dock finns två PM som innehåller information om vad HPK inte utför för ingrepp. PM:en, som har nämnts tidigare i behovsanalysen heter *"Plastikkirurgi – Ingrepp i offentlig sjukvård"* och *"Plastikkirurgi – Prioriteringar i Sydöstra sjukvårdsregionen"*. Det sistnämnda listar följande ingrepp som "problem av kosmetisk karaktär" som det i idag "inte finns utrymme att behandla":

- Ptosis mammae (hängbröst)
- Hyperplasia mammae av lindrig karaktär (lindrigt förstorad byst)
- Frivilligt gjorda tatueringar
- Hudslapphet i ansiktet
- Näsavvikelser inklusive etniska särdrag
- Utstående öron hos vuxna
- Skallighet (hårtransplantationer)
- Xantelasma (gulaktiga fläckar i huden, vanligen runt ögonen)
- Benigna hudförändringar oavsett storlek
- Ögonlocksproblem som inte påverkar synen [I PM:et "Ögonlocksplastik – Indikation för offentlig sjukvård" specificeras att (1) överskottshuden ska vila mot ögonfransarna och (2) huden ska hänga ut åt sidorna så att synfältet blockeras, skall vara uppfyllt för att operation ska bli aktuell.]

I det förstnämnda PM:et diskuteras en rad ingrepp, bland annat flera av de ovanstående. Dessutom nämns följande som sådant som inte görs i offentlig regi i RÖ:

- Hypoplasia mammae (små bröst). Endast total hypoplasia mammae (aplasi – avsaknad av bröst) utgör indikation för operation.
- Fettsugning av bullig buk eller kraftiga lår

Förutom ovanstående har, vilket ovan nämnts, vid intervjuer av verksamhetsföreträdare framkommit att hudöverskott efter massiv viktnedgång endast opereras på buken – inte på armar eller lår. Denna begränsning finns inte nedskrivna i något av de PM som undersökts i samband med behovsanalysen, men som redan beskrivits är inte HPK ensamma om att inte utföra sådana ingrepp (varken SUS Malmö eller Sahlgrenska gör det). Men, av de ovanstående ingreppen som faller under "icke-göra" förefaller det vara just ingrepp på andra ställen än buken efter massiv viktnedgång som är föremål för mest diskussion (se avsnitt 3.3.6.6) i professionen. En ändring av riktlinjerna kring sådana ingrepp skulle få stora konsekvenser för operationsvolymerna.

## Region Skåne och VGR

I Region Skåne finns, i remittentinformation på plastikkirurgiska kliniken hemsida, ett PM med titeln *"Estetiska operationer och sådant vi inte gör"*. PM:et innehåller i många stycken samma information som PM:en i Östergötland. PM:et specificerar dock några saker som inte listas i HPK:s PM, såsom exempelvis arm- och lårplastik, face-lift (endast vid ansiktsförslamning), inverterade bröstvärtor, påsar under ögonen, slipning av acneärr och hyperhidros (extensiv svettning, modern behandling med botox finns, varför kirurgi inte är aktuellt). Det faktum att dessa saker inte räknas upp i HPK:s PM innebär inte att de utförs där. Det är sannolikt en fråga om hur noggrann uppräkningsarna i de respektive PM:en är.

I VGR finns PM:et *"Remittering till Plastikkirurgiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset"*. I detta tas främst följande ingrepp upp som icke-göra: tillstånd som har med det naturliga åldrandet att göra (hudöverskott, slapp byst), tatueringar, "etniska" näsor, förminskad byst såvida det inte rör sig om aplasi och operation av vävnadsöverskott på hals, bröst, rygg, skinkor, armar och lår. Benigna tumörer i huden opereras endast i undantagsfall, nämligen då funktionell begränsning i form av hindrande av synfält, födointag, eller andning föreligger. Det kan inte uteslutas att det inom VGR finns mer detaljerade PM om vilka ingrepp som inte omfattas av det offentliga åtagandet.

De PM från de tre olika klinikerna som undersökts ger en relativt likartad bild av vad som inte utförs. Det saknas nationellt förankrade icke-göra listor även om olika knepiga frågeställningar ibland diskuteras vid chefsöverläkarmöten vid vilka universitetssjukhusens representanter deltar.

### 3.4.6.1 Information till patienter och remittenter om icke-göra

I avsnitt 3.4.2 framgår att verksamhetsföreträdare för HPK upplever sig få ganska många remisser till kliniken där medicinsk grund för åtgärd saknas. Detta gäller ibland ärr, ibland andra tillstånd. Remisserna kommer dels från remittenter, dels i form av egenremisser som patienter skriver själva.

Som framgår av föregående avsnitt finns det vid HPK olika PM som innehåller information om vad som inte utförs på HPK, nämligen *"Plastikkirurgi – ingrepp inom offentlig sjukvård"* och *"Plastikkirurgi – Prioriteringar i Sydöstra sjukvårdsregionen"*. Ett sätt att minska antalet remisser där medicinsk grund saknas, oavsett avsändare, vore sannolikt att ytterligare förtydliga denna information. Detta kan t ex göras genom att de båda PM:en läggs mer tillgängligt på HPK:s hemsida på intranätet LISA, under rubriken "Information till remitterande läkare" där de idag *inte* ligger. Det skulle sannolikt bli ändå tydligare om ingreppen samlas i ett enda PM och lades under nyss nämnda rubrik.

De båda PM:en, eller en samling av innehållet i ett enda uppdaterat PM, bör också läggas på "Vårdgivarwebben" på RÖ:s öppna hemsida, [www.regionostergotland.se](http://www.regionostergotland.se), som är riktad till alla potentiella vårdgivare. HPK har ju remittenter utanför RÖ. Dessa har inte tillgång till intranätet LISA. På Vårdgivarwebben finns en särskild plats för information till remittenter. I dagsläget ligger (precis som på intranätet) endast ett enda PM där, och det rör ansvarsuppdelningen mellan HPK och Hudkliniken, vilken tidigare beskrivits i avsnitt 3.4.3.2.

När det gäller information till potentiella patienter om vad som omfattas av det offentliga utbudet respektive vad som inte omfattas (icke-göra), samt vilka indikationer som gäller för de ingrepp som omfattas av utbudet, skulle sannolikt hemsidan [www.1177.se](http://www.1177.se) kunna användas. Som verksamhetsföreträdare påpekat finns ibland ett glapp mellan potentiella patienters förväntningar på vilka ingrepp som det offentliga omfattar, samt ett glapp i förväntningar angående resultatet av ingreppen. Det enda sättet att överbrygga sådana förväntansglapp är att arbeta med informationen ut till patienter och potentiella patienter. Det är viktigt att ett sådant informationsarbete görs i samarbete med de personer som ansvarar för Region Östergötlands information på [www.1177.se](http://www.1177.se). Hemsidan [www.1177.se](http://www.1177.se) blir allt viktigare som informationskanal eftersom allt mindre information till patient ska gå via Region Östergötlands egna hemsidor. Länkar från de sistnämnda till [www.1177.se](http://www.1177.se) bör dock finnas för de potentiella patienter som i första hand söker sig till regionens egna hemsidor.

# 4 Diskussion

## 4.1 Indikationer för plastikkirurgi i Östergötland

I behovsanalysens inledning (avsnitt 2.2) ställdes tre frågor om indikationer för plastikkirurgi i Östergötland:

A. Hur ser **dagens indikationer för plastikkirurgi ut i RÖ** med avseende på:

1. Ingrepp som har medicinsk grund (t ex bröstreduktioner)
2. Ingrepp som sker till följd av komplikationer efter operationer som utförts i privat regi (icke landstingsfinansierad verksamhet)
3. Ingrepp som kan sägas sakna medicinsk grund.

B. Finns det **skillnader inom RÖ** när det gäller punkt A ovan?

C. Skiljer sig **RÖ från andra län** när det gäller punkt A ovan?

Flertalet av frågorna har berörts i detalj i kapitel 3. Det viktigaste som framkommit diskuteras på ett mer övergripande plan i de kommande avsnitten. Det första avsnittet diskuterar fråga A1 och fråga C. Sedan följer ett avsnitt om fråga A2 och A3, och sist ett avsnitt om fråga B.

### 4.1.1 RÖ:s indikationer samt skillnader mellan RÖ och andra län

I behovsanalysen har jämförelser gjorts med PM i två andra län, VGR och Region Skåne, och verksamhetsföreträdare för plastikkirurgiska klinikerna vid SUS Malmö och Sahlgrenska universitetssjukhuset har intervjuats. Tre ingrepp har stått i fokus, bröstreduktioner, bröstrekonstruktioner och bukplastiker.

#### 4.1.1.1 Fokusingreppen

##### **Fokusingrepp 1, bröstreduktion**

Se även avsnitt 3.3.4.5 "Reflektioner bröstreduktion". En nationell indikation finns. Inget PM som detaljerat anger indikation finns i dagsläget i RÖ, däremot finns PM med hänvisningar till den nationella indikationen. Det pågår för närvarande ett arbete vid HPK med uppdatering av PM för bröstreduktion. PM:et är ännu inte klart. De gränser för BMI som HPK uppger kommer finnas i det nya PM:et, förefaller vara något mer restriktiva än motsvarande siffror i den nationella indikationen. BMI är dock bara en faktor som vägs in i bedömningen.

Intervjuer med verksamhetsföreträdare, PM och undersökning av operationsvolymer vid HPK, Sahlgrenska och SUS Malmö ger inte entydigt stöd för att HPK i sin praxis skulle vara vare sig mer eller mindre generöst med ingreppet bröstreduktion än vad Sahlgrenska och SUS Malmö är. Indikationen för bröstreduktion är inte lika omdiskuterad i professionen som indikationen för bukplastik.

##### **Fokusingrepp 2, bröstrekonstruktioner**

Se även avsnitt 3.3.5.7 "Reflektioner bröstrekonstruktion". En samlad nationell indikation för de olika typerna av bröstrekonstruktion (primär, sekundär, implantat, kroppsegen vävnad) saknas. För sekundär rekonstruktion med kroppsegen vävnad finns en riktlinje i form av en nationell medicinsk indikation, och en indikation för primär rekonstruktion med implantat finns i det nationella vårdprogrammet för bröstcancer. Inom RÖ finns PM för såväl primär rekonstruktion med implantat (Bröstenheten, Kirurgkliniken US) som sekundär bröstrekonstruktion (HPK). Det är avseende BMI som den nationella och de regionala PM:en skiljer sig åt. I jämförelse med den nationella indikationen för sekundär rekonstruktion med kroppsegen vävnad har RÖ en något mer restriktiv gräns för BMI, medan Skånes gräns är ännu mer restriktiv. VGR:s gräns stämmer överens med den nationella indikationen. Vid HPK pågår för närvarande ett arbete med att uppdatera PM:et om sekundär bröstrekonstruktion. Det nya PM:et är ännu inte klart.

Volymer genomförda bröstrekonstruktioner vid de olika klinikerna, ger inte stöd för att RÖ:s indikation skulle ha lett till att färre bröstrekonstruktioner per capita genomförs i RÖ än i de andra undersökta länen. Indikationen för bröstrekonstruktioner är inte lika omdiskuterad i professionen som indikationen för

bukplastik. När det gäller indikation för primär respektive sekundär rekonstruktion och behovet av förbättrat samarbete mellan HPK och Bröstenheten, se avsnitt 3.3.5.5.

### **Fokusingrepp 3, bukplastiker**

Se även avsnitt 3.3.6.7 "Reflektioner bukplastiker". En nationell indikation för bukplastik finns, men indikationen är inte så tydlig när det gäller BMI, och i praktiken kan ett ganska stort BMI-spann accepteras i den nationella indikationen. Indikationen gör inte skillnad på om hudöverskottet uppkommit till följd av graviditet eller massiv viktneidgång. Den nationella indikationen är från 2008 och ett arbete har initierats för att eventuellt uppdatera vissa delar av indikationen. Det har till exempel förekommit åsikter om ett alltför ensidigt fokus på objektiva mått såsom storleken på hudöverskottet på buken, istället för en mer holistisk syn på patientens besvär.

I RÖ finns inget PM om bukplastik som innehåller information om på vilken indikation ingreppet görs. I ett övergripande PM vid kliniken hänvisas dock till "nationell riktlinje". I kontrast till RÖ har Region Skåne ett tydligt PM med redogörelse för hur mycket personer med olika BMI bör gå ned för att komma i fråga för plastik. Även VGR har inför sina remitterer satt de viktigaste grundkraven för remiss på pränt, om än något mindre tydligt än Skåne. De indikationer som anges av verksamhetsföreträdare vid HPK är desamma som den nationella indikationen avseende hudöverskottets storlek och övriga symtom, men striktare när det gäller BMI-gräns. Företrädare för HPK upplever också att de tillämpar en striktare indikation avseende BMI än de flesta andra kliniker. Orsaken som anges är bristande resurser att ta sig an en ökad volym patienter. Samtidigt ska sägas att de siffror angående BMI som nämns av företrädare för HPK (patienterna som opereras har ofta BMI 25-26 och det är sällsynt med BMI nära 30) faller inom ramen för det breda spannet som den nationella indikationen uppger.

På grund av en osäkerhet av andelen bukplastiker som utförs på kirurgkliniker snarare än på plastikkirurgiska kliniker i de tre jämförda länen, är det svårt att använda operationsvolymerna för att uttala sig om huruvida HPK är mer eller mindre generösa i jämförelse med de andra klinikerna. En försiktig tolkning av siffrorna motsäger i alla fall inte verksamhetsföreträdarens uppfattning om att HPK skulle vara mer restriktiv med att utföra bukplastiker än andra kliniker.

Varken HPK, SUS Malmö eller Sahlgrenska utför ingrepp där hudöverskott på andra ställen än buken (i Skånes fall även bröstet) tas bort. Arm- och lårplastiker utförs således inte. En nyligen utkommen avhandling har förnyat diskussionen kring om sådana ingrepp i vissa fall ändå skulle kunna vara nödvändiga. Redan i den nationella indikationen för bukplastiker från 2008 fördes för övrigt en sådan diskussion. Det finns dock fortfarande få studier gjorda på dessa typer av ingrepp, och det är därför svårt att visa hur stora effekterna på livskvaliteten skulle bli. Författaren till avhandlingen har av chefsöverläkarna vid landets plastikkirurgiska kliniker ombetts se över de nationella indikationerna för bukplastik och liknande operationer i ljuset av avhandlingens fynd. Översynen väntas bli klar först under 2016.

Av de tre fokusingreppens indikationer är det indikationen för bukplastik som väcker mest diskussioner inom professionen, och det förefaller också vara för detta ingrepp som RÖ i störst utsträckning utskiljer sig i restriktiv riktning i jämförelse med de övriga två undersökta regionerna.

#### 4.1.1.2 Ingrepp där nationella indikationer efterfrågas

Förutom vid bukplastiker, där verksamhetsföreträdare från alla tre hörda kliniker uppger att skillnader i praxis finns, och tycker det är önskvärt att den nationella indikationen ses över, finns andra områden där det (1) är svårt att ta fram en exakt indikation eller där (2) skillnader i idag nedskrivna indikationer finns eller (3) skillnader i praxis finns. För sådana ingrepp skulle en nationell indikation, eller någon form av överenskommelse öka likvärdigheten. En gemensam överenskommelse eller nationell indikation gör det enklare för verksamhetschefer att gentemot patienter och andra intressenter försvara och förklara varför ett visst beslut tas. De ingreppstyper som återkommer i samtalen med verksamhetschefer som områden där en nationell överenskommelse eller riktlinje skulle underlätta är:

- **Gynekomasti** (manlig bröstförstoring, se 3.4.2)
- **Ärrplastiker** (se 3.4.2)
- **Fettransplantationer** (lipofilling, se 3.3.5.4)

Vissa efterfrågar också en mer enhetlig bedömning av åtgärder vid **utstående öron hos barn**.



#### 4.1.1.3 Kort om indikationer för övriga ingrepp som har medicinsk grund

Förutom de ovan tre nämnda fokusingreppen, har några andra ingreppstyper undersökts, om än mindre noggrant. Vissa försiktiga slutsaster kan dock dras.

När det gäller **LKG** och **hypospadi** har i behovsanalysen inga tecken funnits på att indikationen skulle vara oklar eller att dessa tillstånd skulle underbehandlas i RÖ.

Rörande **hudtumörer** finns utmaningar rörande en på senare år snabbt ökande volym i hela RÖ. Även om gränssnitten mellan HPK och övriga kliniker inte direkt uppfattas som otydliga, väcker den ökade volymen frågor om hur hudtumörer bör tas om hand på effektivast möjliga sätt ur ett systemperspektiv. Det har i behovsanalysen inte framkommit något som tyder på att indikationen för hudtumörer skulle vara otydlig på ett sådant sätt att detta skulle leda till underbehandling.

När det gäller plastikkirurgiska ingrepp vid **tryck- och bensår** finns vissa utmaningar rörande tillgängligheten vid HPK. Även om de PM som finns vid HPK är mindre tydliga än PM från VGR och Region Skåne om på vilken indikation plastikkirurgiska ingrepp görs, är det svårt att dra slutsatsen att patientgruppen, i fråga om plastikkirurgiska ingrepp, skulle vara underbehandlad inom RÖ. Även i VGR, Region Skåne och Stockholms läns landsting är plastikkirurgiska ingrepp vid tryck- och bensår ovanliga.

Det saknas tydliga nationella indikationer för sekundära ingrepp inom **TS-kirurgi**. Dock finns indikationer för det första könskorrigering ingreppet. Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd ger dock viss vägledning angående sekundära ingrepp, även om många formuleringar, kanske av nödvändighet, är vaga. Det kan dock vara svårt att tolka hur mycket kirurgi som ska göras i syfte att uppnå en funktionsnivå som är så likvärdig som möjligt med cis-personers. PM som visar indikationen för olika sekundära ingrepp ligger inte ute på HPK:s hemsida på intranätet. En jämförelse mellan TS-kirurgin på HPK och TS-kirurgin på övriga kliniker har inte gjorts.

#### 4.1.2 Plastikkirurgi som saknar medicinsk grund, samt åtgärder vid komplikationer

##### Åtgärder vid komplikationer efter privat kirurgi

Företrädare för HPK uppger att de allra flesta läkare som opererar i privat regi tar hand om de komplikationer som deras operationer förorsakar. I enstaka fall kan det hända att patienterna inte får tag i sin läkare eller att de har gjort en operation utomlands och en komplikation uppstår. När sådana patienter vänder sig till HPK är principen att, om det inte är akut, försöka få patienten att vända sig till den läkare som utförde ingreppet. Om det är akut hjälper dock HPK patienten. Det kan röra sig om sårkomplikationer eller om infektioner, ibland efter injektioner.

För handläggning av komplikationer relaterade till bröstimplantat finns ett särskilt PM vid HPK.<sup>53</sup> I detta specificeras en rad tänkbara komplikationer samt om den aktuella åtgärden ska genomföras av HPK, annan enhet inom regionen eller av den privata mottagning som lade in implantatet. Patienter som vill ta ut implantat och patienter där implantatet har spruckit eller misstänks ha spruckit hänvisas till den privata vårdgivare som lagt in implantatet. Patienter med implantat som upptäcker knölar i bröstet handläggs, precis som andra patienter med knölar, vid vårdcentral och Bröstenheten. Patienter som upptäcker andra förändringar, t ex att veck bildas, hänvisas till ursprunglig privat vårdgivare. Det gör även patienter med implantat som får en lågradig protesinfektion. Vid blodförgiftning till följd av implantatinfektion tas implantatet bort av HPK, men inget nytt implantat sätts in. Det finns således en tydlig struktur för omhändertagande av komplikationer för den största gruppen patienter där ingrepp görs i privat regi – patienter med bröstförstoringar.

Det förekommer också att patienter vänder sig till Bröstenheten med ovanstående problem, exempelvis med önskemål om att operera bort ett implantat. Bröstenheten ser ett behov av att samtliga kliniker vid US som får dessa typer av förfrågningar har en gemensam policy och en gemensam information till patienter på [www.1177.se](http://www.1177.se) och en gemensam information till remitterter.

Det totala antalet patienter med komplikationer som följer på privat kirurgi, är, utslaget på ett år, litet. Det förefaller inte hos verksamhetsföreträdare finnas någon oro för att sådana komplikationer i någon större grad

<sup>53</sup> Region Östergötland, *Handläggning av komplikationer relaterade till bröstimplantat*

tränger undan annan verksamhet. Representanter för SUS Malmö och Sahlgrenska ger en liknande bild av påverkan på deras verksamheter.

### **Förfrågningar om plastikkirurgi som saknar medicinsk grund**

Som nämnts i avsnitt 3.4.6 finns det en rad plastikkirurgiska ingrepp som *kan* göras rent tekniskt, men som ändå inte utförs på HPK. Anledningen till detta är att ingreppen har prioriterats så att ingrepp som bedöms ha starkare medicinsk grund utförs istället. Verksamhetsföreträdare vid HPK uppger att antalet remisser (både från vårdgivare och för egenremisser) som saknar medicinsk grund är relativt stort, och att sådana remisser tar tid i anspråk. För att minska antalet remisser som saknar medicinsk grund bör informationen om vad HPK gör och inte gör kommuniceras bättre. Exempel på hur detta kan göras finns i avsnitt 3.4.6.1.

Någon nationell "icke-göra-lista" finns inte, och inte heller VGR eller RÖ förefaller ha en sammanhållen sådan lista som remitterter och patienter på ett enkelt sätt kan hitta och förstå. I Region Skåne finns en sådan lista riktad till remitterter. Det är i samtliga fall något oklart om listorna är uttömmande eller om det finns fler tveksamma ingrepp där beslut fattats om att ingreppen inte ska göras. Det hör till sakens natur att det är svårare att jämföra det som inte görs vid tre olika kliniker än det som görs. De PM som undersökts och de intervjuer som gjorts med företrädare för SUS Malmö, Sahlgrenska och HPK ger dock den sammantagna bilden att skillnaderna mellan vad som på de olika klinikerna klassas som *icke-göra* inte är så stora.

Som tidigare nämnts kan det ju dock finnas skillnader i indikationer för ingrepp som alla klinikerna visserligen gör på en del patienter, men i lite varierande utsträckning. Bukplastiker har nämnts som ett sådant exempel. Även för ärrplastiker, gynecomasti, fettransplantationer och utstående öron hos barn kan vissa skillnader förekomma, vilket berördes i avsnitt 4.1.1.2 ovan.

### 4.1.3 Skillnader i indikationer inom RÖ

Det har under behovsanalysens gång inte framkommit något som pekar mot att *systematiska* skillnader i indikationer för plastikkirurgi skulle förekomma inom RÖ, såsom t ex mellan olika länsdelar. För det första utförs nästan all plastikkirurgi vid samma klinik, HPK, och de som arbetar där följer samma PM i den mån PM finns. För det andra har potentiella remitterter, oavsett länsdel, tillgång till HPK:s PM på intranätet LISA (om än i en något krånglig sökstruktur, vilket tidigare nämnts). För det tredje finns för vissa ingrepp (främst på bröstsidan för patienter med ökad ärftlig risk för bröstcancer) multidisciplinära konferenser där plastikkirurg, onkolog, bröstkirurg, onkogenetiker och onkogenetisk vägledare m fl träffas och stämmer av att de gör samma bedömning inför operation. Syftet är att få till en mer likartad bedömning, och arbetet med detta har intensifierats under senare år.

Å andra sidan ökar risken för systematiska skillnader ju mindre tydliga PM:en är, och ju svårare de är att få tag i för en potentiell remittent. För att minska risken för skillnader, samt för att minska det förväntansglapp som kan finnas hos patienter (se avsnitt 3.4.6.1) bör information till remitterter förtydligas och läggas samlat på HPK:s hemsida på intranätet och samt på extern sida till potentiella remitterter i Sydöstra sjukvårdsregionen eftersom de inte kommer åt LISA (Vårdgivarwebben på regionens hemsida t ex). Vidare bör informationen till potentiella patienter om indikationer och om icke-göra (d.v.s. var gränsen för det offentliga åtagandet går) förbättras, förslagsvis genom användning av [www.1177.se](http://www.1177.se) (se avsnitt 3.4.6.1).

Samtidigt hör det till sakens natur att skillnader i indikationer är svåra att upptäcka utan omfattande journalgranskningar, vilket det inte funnits utrymme för i denna behovsanalys. Verksamhetsföreträdare som intervjuats tillstår dock att vissa *individuella skillnader* i hur enskilda kirurger tolkar de indikationer som skrivits ned i PM kan förekomma. Vid plastikkirurgiska operationer, liksom vid annan vård, är gränsen mellan åtgärd/ej åtgärd inte knivskarp. Ofta ska flera faktorer vägas in, varav inte alla är objektivt mätbara på det sätt som exempelvis BMI är, vilket ibland kan leda till att objektivt mätbara gränsvärden får mycket stor betydelse. Att samtliga medarbetare tolkar ett och samma patientfall exakt likadant är svårt att uppnå. Risken för olika tolkningar minskar dock ju mer specifika instruktionerna i PM blir. Samtidigt måste varje PM lämna möjligheter till en individuell bedömning, vilket är en svår balansgång. Bland de undersökta fokusingreppen sticker bukplastikerna ut något. Det är för bukplastikerna som det framstår som mest angeläget att förtydliga RÖ:s indikation. Ett eget PM för RÖ finns i nuläget inte, och den nationella indikation som andra PM vid HPK hänvisar till är bred.

Av de fakta som funnits tillgängliga i arbetet med behovsanalysen finns det inget som pekar på att systematiska eller individuella skillnader i tolkningar av indikationer skulle vara större i RÖ än i andra län.

## 4.2 HPK har ett jämförelsevis brett uppdrag

Denna behovsanalys har fokuserat på indikationer vid plastikkirurgiska ingrepp. I möjligaste mån har indikationerna för vissa centrala ingrepp jämförts med indikationerna i andra län, där VGR och Region Skåne stått i fokus. Syftet med behovsanalysen har inte varit verksamhetsrevision – d.v.s. att se över HPK:s uppdrag, eller dess produktionsvolym, tillgänglighet, kvalitet och resurser i relation till uppdraget. För detta krävs en djupare analys, mer resultat och produktionsdata, inte minst från andra kliniker för en jämförelse och därmed ett helt annat uppdrag och mandat. Med detta sagt syftar detta avsnitt endast till att referera några framförda åsikter om bredden i HPK:s nuvarande uppdrag.

HSN sluter vanligen inte överenskommelser med enskilda kliniker, utan med produktionscentrum. I HSN:s överenskommelse med Sinnescentrum år 2015, står följande om plastikkirurgi respektive brännskadevård:

*”Leverantören **skall** ansvara för utredning och behandling inom specialiserad plastikkirurgi. Huvudområdena är medfödda missbildningar, tumörsjukdomar och rekonstruktion av defekter efter kirurgi, skador eller kroniska sår, transexuell kirurgi samt hudtumörkirurgi som kräver plastikkirurgisk kompetens. Leverantören **skall** ansvara för patienter med ärftlig risk för bröstcancer som är i behov av mastektomi och bröstrekonstruktion.”*

*”Leverantören **skall** bedriva avancerad brännskadevård för invånarna i regionen och för landet som en rikssjukvårdenhet inom brännskadevård enligt de riktlinjer som är fastställda av Socialstyrelsen.”*

Dessutom ska HPK bedriva handkirurgisk verksamhet.

Rent kompetensmässigt får HPK därmed sägas ha ett brett uppdrag. Under samma verksamhetschef, och inom samma budget, ska såväl handkirurgi, brännskadevård inklusive rikssjukvård, vanlig plastikkirurgi samt specialfallet TS-kirurgi (inte rikssjukvård men intag av patienter från stora delar av landet), hanteras. Motsvarande bredd – med såväl brännskadevård som TS-kirurgi, finns inte hos andra plastikkirurgiska kliniker i Sverige. Andra kliniker, såsom t ex de vid SUS Malmö och Sahlgrenska, har fler plastikkirurgiska specialister och fler ST-läkare i plastikkirurgi, och visserligen ett större befolkningsunderlag, men inte ett bredare uppdrag i fråga om mångfalden av ingrepp som ska hanteras (se tabell 3.1). Vid de två nyss nämnda klinikerna ligger inte heller handkirurgin inom samma klinik som plastikkirurgin.

En stor bredd kan vara en styrka. Samtidigt ställer det högre krav på klinikledning att kunna prioritera resurser om något verksamhetsområde drabbas av ett ökat inflöde.

Som noterats i avsnitt 3.4.3 har inflödet av hudtumörer på senare år ökat vid såväl HPK som RÖ i stort. Det ökade inflödet utgör en utmaning för HPK, som i jämförelse med exempelvis plastikkirurgiska klinikerna på SUS Malmö och Sahlgrenska förefaller hantera fler hudtumörer. Detta beror sannolikt på att ansvaret för hudtumörer har delats på olika sätt mellan hudklinik, allmänkirurgi, ÖNH och plastikkirurgi i de olika länen.

Bredden i HPK:s uppdrag är viktig att ha i åtanke då kliniken står inför en rad utmaningar framöver. Inte alla utmaningar är kopplade till denna behovsanalys huvudområde, indikationerna, men de förtjänar likväl att nämnas:

- Ökande volymer inom **hudtumörer**. Ökningen förefaller inte ha avstannat.
- Eventuellt ökande volymer inom **TS-kirurgi** mot bakgrund av ökat antal ansökningar vid Socialstyrelsen. En eventuell ökning beror dock av ett flertal faktorer, bland annat på eventuella beslut om Rikssjukvård, och är något osäker.
- Arbete för **förbättrad tillgänglighet**. Som visats ovan har tillgängligheten för fokusingreppen bröstreduktion, bröstrekonstruktion och bukplastik försämrats över tid. I de månatliga väntetidsuppföljningarna över patienter som i slutet av varje månad väntar på behandling finns även kategorin ”Plastikkirurgi totalt” som innehåller fler plastikkirurgiska ingrepp (dock inte de hudtumörer som opereras vid HPK). Även för denna totalkategori har tillgängligheten, mätt som andel som väntat över 60 dagar, försämrats något under de senaste två åren (se diagram 1, bilaga 1).
- Successivt **prioriteringsarbete** då den allmänna utvecklingen inom plastikkirurgi är att alltfler ingrepp *kan* göras rent tekniskt och alltfler åkommer därmed *kan* åtgärdas.
- Ökat samarbete med **bröstkirurger** då primära bröstrekonstruktioner sannolikt kommer att bli allt vanligare.
- Planering av mottagande av satellitpatienter utan att dessa patienter påverkar möjligheten att hålla tillgänglighetsmål om 28 dagar för **tryck- och bensårspatienter**.

- Förbättrad **information** kring indikationer och icke-göra till remitterter och patienter
- **Förtydligande av indikationer** för vissa typer av plastikkirurgiska ingrepp, inte minst bukplastik.

Ytterligare en utmaning utgörs, enligt verksamhetsföreträdare vid HPK, av att hitta arbetssätt och arbetsfördelning som på bästa sätt möjliggör en god **kompetensförsörjning** vid kliniken. Som nämnts finns vid HPK en uppfattning om att det breda uppdraget med mycket avancerad kirurgi (t ex TS-kirurgi) i kombination med högt tryck inom enklare kirurgi (t ex hudtumörer), gör att tillgänglighetsmål för viss kirurgi som rent svårighetsmässigt ligger i mellanskiktet, såsom bröstreduktioner och bukplastiker, ibland är svåra att hålla. Konsekvensen uppges bli att dessa mellansvåra ingrepp, i högre grad än andra ingrepp, köps av andra utförare. Om dessa ingrepp i allt högre utsträckning inte utförs av exempelvis ST-läkare vid HPK, eller andra läkare i behov av upplärning eller ajourhållande av kompetens för ingreppen, uppges detta kunna påverka kompetensförsörjningen på sikt.

Omfattningen av den beskrivna problematiken rörande mellanskiktet plastikkirurgi, liksom möjligheten att från klinikledningens sida påverka densamma inom ramen för befintlig organisation, har inte undersökts i denna rapport då detta inte bedömts ligga inom ramen för uppdraget. Som nämnts ovan är en behovsanalys inte en verksamhetsrevision. Någon kartläggning av eventuella lösningar, såsom exempelvis att *andra* ingrepp läggs utanför HPK för att ge ökat utrymme för bukplastiker och bukreduktioner, antingen via köp av externa utförare genom utnyttjande av befintliga eller nya avtal, eller genom ändrade uppdrag inom regionen, har inte heller gjorts. Frågeställningar om kompetensförsörjning, som på kort sikt rör ledning och organisation snarare än behov, bör dock följas på sikt.

# 5 Källor

## Skriftliga källor

Regionala Cancercentrum i Samverkan, (2014) *Bröstcancer – Nationellt Vårdprogram*

Region Östergötland, (2015), *Överenskommelse av uppdrag 2015 mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Sinnescentrum*

Region Östergötland, (2015) *Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2015*

Region Östergötland (2014) *Överenskommelse om tilläggsuppdrag 2014 och 2015 primär bröstrekonstruktion mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård (LiÖ 2014-1197)*

Socialstyrelsen, (2015), *God vård av vuxna med könsdysfori – Nationellt Kunskapsstöd*

Socialstyrelsens, (2015), *Till dig med könsdysfori*

Socialstyrelsen, (2014), *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata- och tjock- och ändtarmscancervård*

SKL, (2008a), *Nationella medicinska indikationer: Bröstreduktionsplastik – bröstförminskande kirurgi vid stor byst. Rapport från expertgruppen för plastikkirurgi.*

SKL, (2008b), *Nationella medicinska indikationer: Bukplastik och liknande operationer. Rapport från expertgruppen för plastikkirurgi.*

Socialstyrelsen, (2008) Föreskrifter och allmänna råd. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2008. (SOSFS 208:17) <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-2>

SOU 2014:91, (2014), *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering*

Staalesen, Trude (2014), *Assessment of excess skin and outcome of body contouring surgery in post bariatric patients (doktorsavhandling, Göteborgs Universitet), <http://hdl.handle.net/2077/36740>*

## Föreläsningar

Johan Zdolsek, "Plastikkirurgi. En orientering." föreläsning för brukardialogberedning 3, 150203

## PM och vårdprogram (utöver de som sammanställts i bilaga 1)

HPK, (2013), *Diagnoser bröst och bröstkörg samt introduktion till varje diagnos*, powerpointbilder som används för patientinformation.

Västra Götalandsregionen, Regionalt medicinskt vårdprogram bröstrekonstruktion (giltigt till juni 2016) <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/vast/brostrekonstruktion.pdf>

Västra Götalandsregionen, Remittering till plastikkirurgiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset [https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgi\\_mottagning/remissunderlag\\_plastikkirurgi.pdf](https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%205/Verksamheter/Plastikkirurgi/Plastikkirurgi_mottagning/remissunderlag_plastikkirurgi.pdf)



### **Personer som intervjuats inom RÖ**

Thomas Hansson, verksamhetschef HPK

Zilla Everbrand, biträdande verksamhetschef HPK

Patricia Bergman, vårdenhetschef, HPK

Johann Zdolsek, plastikkirurg, bl a bröstplastiker, HPK

Gunnar Kratz, plastikkirurg, bl a TS-kirurgi, HPK

Eva Ljunggren, verksamhetschef Hudkliniken Östergötland

Elina Mäki-Torkko, verksamhetschef ÖNH US, tf verksamhetschef ÖNH ViN

Christina Hedin, Bröstenheten Kirurgkliniken US, ackrediterad bröstkirurg, medicinskt ansvarig för Bröstenheten, Regional processledare bröstcancer

Elisabeth Carlgren, vårdplatskoordinator, US

Eva Törnvall, FoU-enheten för Närsjukvården, RÖ (angående tryck-, bensår och sårvård)

Anna Carlsson, distriktssköterska Boxholms VC (angående tryck-, bensår och sårvård)

Eva Bågenholm, distriktssköterska VC Cityhälsan Centrum (angående tryck-, bensår och sårvård)

Gunvor Rundkvist, avtalsansvarig specialistsjukvård, Ledningsstaben, Region Östergötland

### **Personer som intervjuats utanför RÖ**

Anna Elander, verksamhetschef område Plastikkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Åsa Jalhed Sahlin, utvecklingssjuksköterska, område Plastikkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Carolin Freccero, sektionschef Plastikkirurgi, SUS Malmö

Trude Staalesen, M.D, tidigare doktorand vid område Plastikkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Daniel Brattström, Socialstyrelsen, kontaktperson i frågor om Rikssjukvård

### **Personer som bistått med statistik**

Karin Ydreborg, HPK

Inga-Lill Larneby, Plastikmottagningen SUS Malmö

Controllerenheten, Ledningsstaben

# 6 Bilagor

## Bilaga 1

PM från SKL, Region Östergötland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen

| Utgivare | Ingrepp   | Titel   | Indikation  |
|----------|---|---|---|
| SKL      | Bukplastik  | Nationella medicinska indikationer: Bukplastik och liknande op (2008)                                       | <p><b>Hängbuk:</b> "cirka" 3 cm och nedsatt livskvalitet (t ex sår eksem, psyko-soc besvär, svårt hitta kläder mm), BMI <math>\leq</math> 25 och stabilt BMI i 6 mån. Men också: "Efter tidigare massiv övervikt kan ett högre BMI accepteras, då bukplastik och liknande ingrepp utgör del i obesitasbehandlingen."</p> <p><b>Plastik på andra lokalisationer med överskottshud:</b> "om det föreligger synnerliga fysiska besvär eller extrema avvikelser från ett normalt åldersrelaterat utseende" (s. 21) "Indikationen för kirurgi vid annat vävnadsöverskott bedöms efter samma kriterier som vid hängbuk. Det innebär att hudveckat ska förorsaka påtaglig ohälsa och kirurgin ska förväntas förbättra hälsotillståndet." (s. 17)</p>   |
| SKL      | Bröstreduktioner  | Nationella medicinska indikationer: Bröstreduktionsplastik - bröstförminskande kirurgi vid stor byst (2008) | <p><b>Bröstreduktion pga storlek:</b> &gt; 800 ml hos normalviktiga, hos kvinnor under 50 år gäller BMI <math>\leq</math> 25, hos kvinnor över 50 år gäller BMI <math>\leq</math> 27. Stabil BMI 6 mån innan op. Dessutom ska patienten ha besvär: "Det enskilda bröstets volym är den viktigaste parametern. Volymen bör vara över 800 ml hos en kvinna med normalvikt för att operation ska övervägas. <u>Den kan dock vara mindre än 800 ml på kvinna med mycket liten kroppsbyggnad.</u> Faktorer som jugulummamillavstånd, asymmetri, belastningssymtom från axlar och rygg, tyngdkänsla och sociala faktorer såsom yrke, klädproblem och inskränkta fritidsaktiviteter vägs in i den <b>totala bedömningen.</b>"</p> <p><b>Bröstreduktion pga. asymmetri:</b> betonas mindre i dokumentet, men på ett ställe står att skillnad på <math>\geq</math> 200 ml eller minst 25 % "kan användas" som indikation för kirurgi (s. 18)</p> |
| SKL m fl | Bröstrekonstruktion med kroppsegen vävnad med fri lambå | Nationella medicinska indikationer: Bröstrekonstruktion med <u>kroppsegen vävnad</u> med fri lambå (2011)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genomgången mastektomi, strålbehandling eller annan kompl gör att förutsättningarna för tillfredsställande resultat genom rekonstruktion med implantat saknas. (Gäller även för motstående friskt bröst om genetiskt förhöjd cancerrisk föreligger).</li> <li>• BMI <math>\leq</math> 30</li> <li>• Rökfri 4 v före och efter op</li> <li>• Pat ska ha fått skriftlig och muntlig info om förväntat estetiskt resultat och komplikationsrisker</li> </ul> <p>Ingenting sägs om hur många "justeringar" av resultatet genom transplantation av kroppseget fett man bör begränsa sig till, eller på vilken indikation</p>  |

|                 |   |   |  |
|-----------------|---|---|--|
|                 |   |   | sådana indikationer ska ske.   |
| RCC i samverkan | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bröstrekonstruktioner, såväl med egen vävnad som med implantat.</li> <li>• Fettransplantation</li> </ul> | Bröstcancer, <u>nationellt vårdprogram</u>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Restriktivitet" vid BMI &gt; 30 och vid rökning.</li> <li>• Dokumentet innehåller inget tydligt avsnitt om indikationer, men resonerar om när omedelbar respektive sen rekonstruktion bör väljas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Justering av kontralateralt bröst kan ske vid "behov"</li> <li>2) OPB (onkoplastikkirurgi vid bröstcancer) ger möjlighet till bättre kirurgiskt resultat</li> <li>3) Fokus bör vara på omedelbar rekonstruktion, om patient inte genomgått strålbehandling eller sådan är planerad "Omedelbar rekonstruktion med implantat kan rekommenderas i de flesta fall och ökar varken risken för eller försvårar upptäckten av lokala återfall"</li> <li>4) Sen rekonstruktion, med antingen implantat/expander i kombination med lambåteknik eller endast autolog rekonstruktion, är att föredra vid strålbehandling.</li> <li>5) Onkoplastikkirurgi förutsätter ett nära samarbete mellan bröst- och plastikkirurg och det multidisciplinära teamet, och har numera en given plats i modern bröstcancerbehandling.</li> </ol> </li> <li>• Inget sägs som motsäger nationella medicinska indikationerna från 2011 om rekonstruktion med kroppsegen vävnad.</li> <li>• Angående fettransplantation sägs följande:<br/><i>Transplantation av kroppseget fett har successivt ökat de senaste 10 åren för att förbättra kosmetiken efter bröstcanceroperationer. Fettransplantation har visats sig förbättra vävnadskvaliteten i strålbehandlad vävnad, vilken då blir mer elastisk.<br/>Metoden behöver oftast upprepas 2–3 gånger för att få optimal effekt och används i första hand för att plana ut ojämnheter efter bröstbevarande kirurgi och bröstrekonstruktioner. Att återskapa ett helt bröst med fettransplantation är möjligt men betydligt mer komplicerat.</i></li> </ul> <p>Fettransplantation hos bröstcancerpatienter bör ske med noggrann uppföljning och helst inom ramen för studier på grund av viss osäkerhet om risken för lokala återfall med denna teknik (269).</p> <p><i>OBS! Ingenting sägs om hur många "justeringar" av resultatet genom transplantation av kroppseget fett man bör begränsa sig till, eller på vilken indikation sådana indikationer ska ske.</i></p> |
| VGR             | Hudförändringar   | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska | <p>Tydliga indikationsgränser saknas. Däremot klargörs vad kliniken tar emot:<br/><i>"Alla hudtumörer belägna i ansiktet i anslutning till ögon, näsa och mun samt alla stora tumörer på kroppen som fordrar lokal rekonstruktion (hudtransplantat, lambå), handlägges på plastikkirurgiska kliniken"</i></p>  |

|       |                                  |   |   |
|-------|----------------------------------|---|---|
| VGR   | Trycksår                         | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska   | Kroniska <u>bensår</u> ska till bensårsmottagningen på Hudkliniken. Man förefaller <u>restriktiv</u> när det gäller att ta emot trycksår i dok står det: "Företrädesvis opereras ryggmärgsskadade patienter som normalt vistas i hemmet och/ eller är yrkesverksamma. Äldre patienter som är sjukhemsvårdade (sängliggande, senildementa) opereras som regel inte men operation kan övervägas om konservativ sårvård är mycket smärtsam." |
| VGR   | Ansikte och näsa                 | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska   | Endast uttalade posttraumatiska och medfödda deformiteter åtgärdas. Inget estetiskt. Inga "etniska" näsor. Hängande ögonlock som innebär synfältsinskränkning bedöms.   |
| VGR   | Bröstreduktioner                 | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska   | Stämmer med SKL:s dok från 2008.  |
| VGR   | Gynekomasti                      | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska   | Röntgenverifierad diameter $\geq 4$ cm, BMI $< 25$ , ålder 20-40 år gäller, endokrinologisk utredning gjord.  |
| VGR   | Bukplastik                       | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska   | $> 3$ cm överhäng, BMI $< 30$ , viktstabil 6 mån, rökfrihet (BMI $< 30$ förefaller något generösare än nationella riktlinjen)   |
| VGR   | Op av övriga hudöverskott        | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska   | "Operation av vävnadsöverskott på hals, bröst, rygg, skinkor, armar och lår <u>utförs inte.</u> "   |
| VGR   | Ärrplastik                       | Remittering till Plastikkir klin, Sahlgrenska   | Endast undantagsvis, och endast då ärret är av " <i>funktionshämmande eller symtomgivande karaktär</i> "  |
| VGR   | Diverse                          | Patientinfo på nya hemsidan   | Innehåller inga detaljerade uppg om indikationer förutom för bukplastik, vilka överensstämmer med andra PM inom VGR.  |
| VGR   | Bröstrekonstruktioner            | "Patientinformation: Bröstrekonstruktion" (Två snarlika pdf:er finns, en för patienter som strålbehandlats och en för de som inte strålbehandlats.) | BMI $< 30$ , rökfri. För DIEP (nedre delen av buken blir det nya bröstet) gäller också att man måste vara $< 60$ år.  |
| Skåne | Bukplastik                       | Riktlinjer för korrigerande plastikkirurgi efter viktnedgång  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Överhäng <math>&gt; 3</math> cm (om flera överhäng finns gäller att summan av de två största ska vara <math>&gt; 5</math> cm). Viktstabil 6 mån, rökfri 6 v före op.</li> <li>• Måste uppvisa viktreduktion motsvarande 80 % av den före viktnedgången beräknade övervikten. En absolut högsta gräns för BMI verkar därför saknas.</li> </ul>  |
| Skåne | Bröstplastik efter viktminskning | Riktlinjer för korrigerande plastikkirurgi  | Besvär med "tomma bröst" efter viktnedgång kan åtgärdas. Det finns en särskild poängskala med en rad parametrar för detta som körs in i ett datorprogram.   |

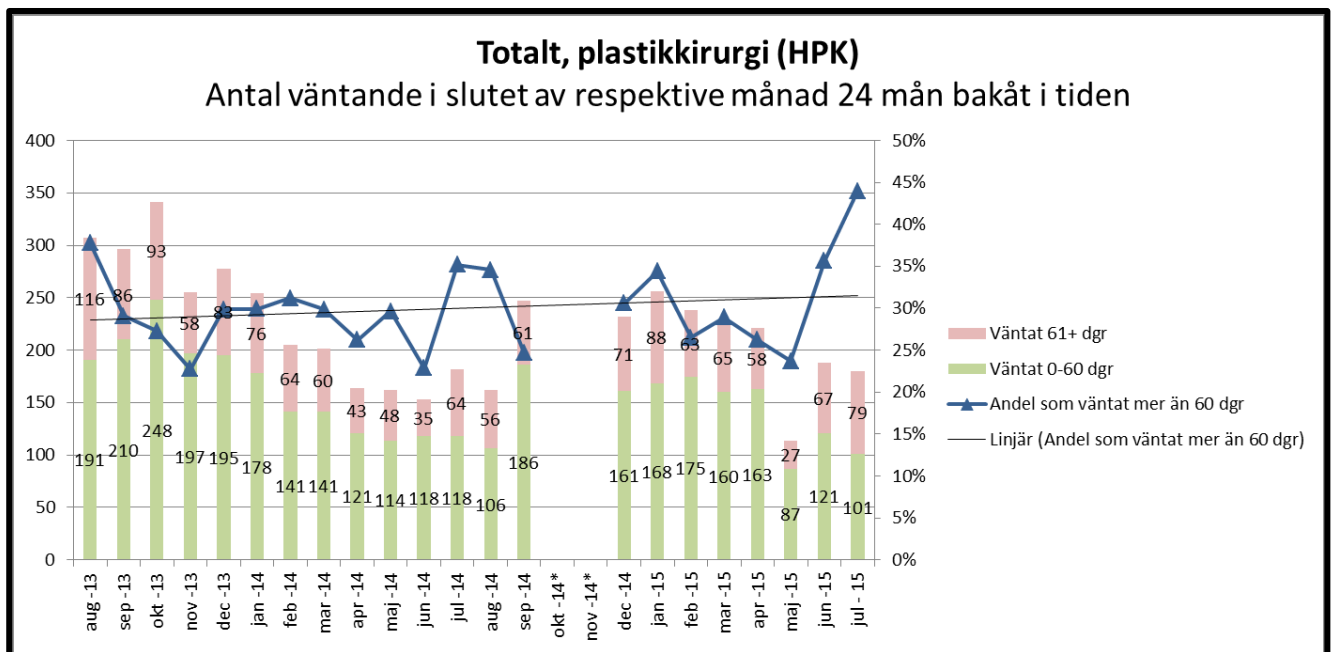
|       |                                     |   |  |
|-------|-------------------------------------|---|--|
|       | ng                                  | efter viktnedgång   | Förefaller vara samma datorprogram som Skåne använder för alla sina bröstreduktioner.  |
| Skåne | Op av övriga hudöverskott           | Riktlinjer för korrigerande plastikkirurgi efter viktnedgång            | Nej. Enbart korrigerande ingrepp avseende buk och bröst finansieras - inte överarm, innanlår, ansikte eller annat.   |
| Skåne | Protesproblem efter bröstförstoring | Protesproblem efter bröstförstoring (info till remittenter på hemsidan) | Skall hanteras av primära vårdgivaren. I undantagsfall kan protes tas ut på strikt medicinsk indikation men ingen ny sätts in.   |
| Skåne | Trycksår                            | Trycksår (info till remittenter på hemsidan)                            | Restriktivitet. Stor recidivrisk. <i>"Sängliggande, senildementa pat med decubitalsår kan vi endast operera i undantagsfall eftersom op-resultaten på dessa pat är mkt dåliga. Op kan övervägas om konservativ skötsel är smärtsam och mkt vårdkrävande."</i>  |
| Skåne | Bröstrekonstruktioner               | Bröstrekonstruktion efter cancer (info till remittenter på hemsidan)    | Generellt förutsätt BMI < 25, men ibland finns anledning att kompromissa t ex till BMI < 27, men "endast undantagsvis upp till BMI 28-29". (D.v.s. något hårdare än i VGR och i nationella VP Bröstcancer.)  |
| Skåne | Gynekomasti                         | Riktlinjer för kirurgisk behandling av gynekomasti (20100601)           | Pubertetsgynekomasti bör opereras innan 20 års ålder och på Plastikkirurgen. Övriga patienter bör endast opereras med stor restriktivitet, och det nämns att BMI < 25 är viktigt att ha i åtanke. Bröstptos hos män provas genom Skåne datorprogram, och utfallet blir nästan alltid att de inte kvalificerar sig för operation.   |
| RÖ    | Hudförändringar                     | Information till inremitterande   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtliga hudförändringar i ansiktet som bedöms som maligna (malignt melanom, skivepitelcancer och basaliom) remitteras till HPK. Detta gäller även maligna förändringar på kroppen, om ni inte själva väljer att ta bort den.</li> <li>• Benigna förändringar i ansiktet som är "synnerligen kosmetiskt störande och större än 10 mm" skickas till HPK för ställningstagande om op (ej givet)</li> </ul> <p>Vid hudförändringar där diagnosen är tveksam, såväl i ansiktet som på kroppen, eller där tveksamhet råder om huruvida hudförändringen måste tas bort av medicinska skäl, ställs remissen till Hudkliniken US.</p> |
| RÖ    | Protesproblem efter bröstförstoring | Handläggning av komplikationer relaterade till bröstimplantat           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• HPK utför inte kosmetiska bröstförstoringar.</li> <li>• Uttagning: HPK tar endast ut implantat som lagts in av offentlig vårdgivare. Undantaget är sepsis till följd av implantatinfektion.</li> <li>• Ruptur: uttag sker endast om de lagts in på HPK. Byte till nya erbjuds då också.</li> <li>• Knöl i bröstet: utreds på bröst enhet</li> </ul>   |
| RÖ    | Bröstrekonstruktion                 | Häfte med patientinfo från 2013-10 inskickat av Zilla Everbrand         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI &lt; 27, rökfrihet minst 4 v före och efter</li> <li>• Minst 25 % storleksskillnad på bröst,</li> </ul>   |



|    |                                 |   |   |
|----|---------------------------------|---|---|
| RÖ | Bröstreduktioner                | Häfte med patientinfo från 2013-10 inskickat av Zilla Everbrand resp. "Plastikkirurgi - ingrepp i offentlig sjukvård" | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bröstvolym &gt; 800 ml, BMI &lt; 26 (här står inget om besvär, heller inget om olika BMI-gränser för olika åldrar som VGR och nationella indikationerna från 2008 har.) I övrigt likt. Möjligen är man inte så uttömmande angående att man också måste ha besvär eftersom dokumentet är en patientinformation, ej till remittent.</li> <li>• I PM:et Plastikkirurgi - ingrepp i offentlig sjukvård betonas att RÖ håller sig till de nationella riktlinjerna vid reduktioner samt asymmetrioperationer.</li> </ul> |
| RÖ | Gynekomasti                     | Häfte med patientinfo från 2013-10 inskickat av Zilla Everbrand   | BMI < 26 ("normalvikt"), ålder över 19 år, endokrinologisk utredning ska ha gjorts. Tydlig submammafära ska finnas.   |
| RÖ | Bröst: Aplasi/uttalad hypoplasi | Häfte med patientinfo från 2013-10 inskickat av Zilla Everbrand   | Normalvikt (BMI 18-25), ålder över 17 år. Avsaknad av eller obefintlig bröstvävnad.   |
| RÖ | Bröst: Asymmetri                | Häfte med patientinfo från 2013-10 inskickat av Zilla Everbrand   | Storleksskillnad på > 25 % och minst 200 ml storleksskillnad.   |
| RÖ | Bensår                          | Vårdprogram bensår (PM på hemsida)  | Långvariga sår, under knänivå med sparsam eller utebliven läkning.  |
| RÖ | Trycksår                        | Decubitalsår (PM på hemsida)  | Under "indikation" i PM:et står det endast: <i>"Decubitalsår (trycksår) är sår som uppkommit när kroppsytan har varit utsatt för långvarigt tryck, vilket har medfört att blodcirkulationen inte har kunnat upprätthållas på det aktuella området. Vanliga områden för trycksår är över sittbensknölnarna, svanskotan och på utsidan av låret. Patienter som drabbas har starkt nedsatt rörelseförmåga och saknar också oftast känsel i området (t ex paraplegiker, tetraplegiker)."</i>  |
| RÖ | Medfödda födelsemärken          | Kongenital naevus (PM på hemsida)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydlig indikation i fråga om storlek eller liknande saknas i PM:et. Jag vet inte om andra LT har tydligare indikationer eller hur stor artikel det är.</li> <li>• Förtydligande finns dock i PM:et "Plastikkirurgi - ingrepp inom offentlig sjukvård". Naevi som växer, blöder eller ändras tas bort. Om klar malignitetsmisstanke finns och förändringen sitter på bålen kan VC eller Kirurgklin ta bort den.</li> </ul>  |
| RÖ | Ögonlocksplastik                | Indikation för ögonlocksplastik i offentlig sjukvård (PM på hemsida)  | Överskottshuden skall vila mot ögonfransarna <u>och</u> hänga ut åt sidorna så att syfältet blockeras – skygglapps problem  |
| RÖ | Örontillbakasettning            | Örontillbakasettning vid utstående  | Endast på barn och först efter 6 års ålder då öronen växt färdigt. I övrigt gäller: <i>"Mät avstånd från</i>  |

|    |                    |  |  |
|----|--------------------|--|--|
|    | vid utstående öron | öron (PM på hemsida)   | <i>mastoidkomplexet till ytterörats bakre kant. Mått över 25 mm anses patologiskt. Hos barn med "små" men utstående ytteröron kan som alternativ den "cephloauriculara" vinkel mätas. Den anses hos ett normalt öra inte överstiga 35°. Denna värdering är tänkt som ett hjälpmedel vid bedömning av patienter med typiska utstående öron - avplanade antihelixveck eller hypertrofa cavum conchae. Det måste självklart finnas utrymme att även åtgärda patienter med öronmissbildningar av annan typ samt vid påtaglig asymmetri."</i> |
| RÖ | Ärrbildningar      | Plastikkirurgi -<br>Ingrepp inom offentlig sjukvård (PM på hemsidan) | "Är dessa allvarligt störande funktionellt för patienten bör plastikkirurg hjälpa till med ärrkorrigering."  |
| RÖ | Lipom              | Plastikkirurgi -<br>Ingrepp inom offentlig sjukvård (PM på hemsidan) | I ansiktet åtgärdas detta av plastikkirurg, annars behövs inte plastikkirurgisk kompetens.   |
| RÖ | Xantelasma         | Plastikkirurgi -<br>Ingrepp inom offentlig sjukvård (PM på hemsidan) | Godartad förändring vid ögat, som ger kosmetiska besvär. Tas ej bort i landstingets regi.  |
| RÖ | Bukplastik         | Plastikkirurgi -<br>Ingrepp inom offentlig sjukvård (PM på hemsidan) | Det finns inget östgöta-PM om detta på hemsidan. Det enda som finns är en hänvisning i PM:et "Plastikkirurgi - ingrepp inom offentlig sjukvård" där det står att de villkor som ska användas är de som finns i de nationella riktlinjerna.   |
| RÖ | Prioriteringar     | Plastikkirurgi -<br>prioriteringar i sydöstra sjukvårdsregionen      | Prioriteringen utgår från de 5 klasser som fanns i SOU 1995:5. Ingrepp inom plastikkirurgi har placerats in i klasserna 1-5. I grupp 1 (viktigast) återfanns bland annat brännskador, maligna tumörer t ex melanom, ansiktstrauma, LKG, hypospadi och liggsår. I grupp 3 återfanns bland annat öronmissbildningar, bröstrekonstruktioner, rekonstruktioner efter cancer, bröstreduktioner, gynekomasti, bensår och bukplastik. I grupp 2 och 4-5 återfanns inga plastikkirurgiska ingrepp.   |

## Bilaga 2



Källa: Bearbetning av RÖ:s väntetidsrapporter "Väntande patienter på behandling", vilka återfinns här: <http://lisa.lio.se/Startsida/Patientinformation/Tillganglighet/Vantetider-inom-den-specialiserade-varden-i-Ostergotland/Vantande-patienter-pa-behandling/>