

KJØP AV HELSETJENESTER I UTLANDET

En oppgave om pasientene henvist i 2001 fra Plastikk og håndkirurgisk avdeling ved Universitets sykehuset i Nord-Norge til Rikstrygdeverkets prosjekt.

5. ÅRSOPPGAVE I STADIUM IV
Embetsstudiet i medisin, Universitetet i Tromsø

av Beate Sørslett, Kull 97

Veileder: Odd Petter Elvenes

Tromsø 2002

INNHALDSFORTEGNELSE

• INNHOLDSFORTEGNELSE	s. 1
• RESYMÉ	s. 2
• INTRODUKSJON	s. 3
• BRYSTREDUKSJON OG BUKPLASTIKK	s. 5
- Kort om indikasjoner	s. 5
- Rikstrygdeverkets krav til pasientene	s. 5
- Avdelingens krav til pasientene	s. 6
• KORT LITTERATURGJENNOMGANG	s. 7
- Gir overvekt økt risiko for sårkomplikasjoner?	s. 7
- Røyking og plastikk kirurgiske operasjoner	s. 8
• KJØP AV HELSETJENESTER I UTLANDET	s.10
- Kort om prosjektet	s.10
- Den praktiske gjennomføringen ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling	s.11
• METODE	s.13
• RESULTATER	s.14
- Pasienter ikke operert via prosjekt ” Kjøp av helsetjenester i utlandet”	s.14
- Pasienter operert via prosjekt ”Kjøp av helsetjenester i utlandet”	s.15
- Pasienter på venteliste ved UNN for brystreduksjon og bukplastikk	s.17
• DISKUSJON	s.18
• Tabell 1	s.20
• Figur 1	s.21
• Figur 2 og figur 3	s.22
• Figur 4	s.23
• Figur 5 og figur 6	s.24
• LITTERATURHENVISNING	s.25
• Vedlegg	

RESYMÉ

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på hvordan Plastikk og håndkirurgisk avdeling ved Universitets sykehuset i Nord-Norge har benyttet ordningen ”Kjøp av helsetjenester i utlandet” for å redusere sine ventelister for bukplastikk og brystreduksjon. Oppgaven ser nærmere på pasientene tilskrevet fra disse ventelistene i 2001 med spørsmål om de ønsket operasjon i utlandet.

Formålet har vært å finne ut hvor mange av disse pasientene som har blitt operert i utlandet, i hvilken grad de er fornøyd og om bruk av ordningen har hjulpet til med å korte ventetiden. Pasientdataene er hentet fra lister over henviste pasienter, lister fra Rikstrygdeverket over opererte pasienter, pasientjournaler og sykehusets datasystemer for pasientregistrering.

Ved hjelp av telefonintervju har jeg registrert bl.a eventuelle komplikasjoner, om pasientene er fornøyd med resultatet, røykevaner og BMI (kg/m^2).

111 av 231 pasienter er operert i utlandet , 71% av disse er fornøyd med det postoperative resultatet.

Via flere artikler kan det virke som om røyking og overvekt gir økt risiko for komplikasjoner ved disse operasjonen, spesielt er det skrevet mye om sammenhengen mellom røyking og komplikasjoner ved bukplastikk. Det er ingen signifikant sammenheng mellom disse parametrene for pasientene i denne oppgaven. Derimot har 45,6% av pasienten operert med brystreduksjon i utlandet fått komplikasjoner, ett tall mye høyere enn studier i litteraturen.

Før ordningen kom i gang var det flere pasienter som hadde stått mellom 10 og 15 år på venteliste ved UNN for disse operasjonene. Det er pr 20. september 2002 totalt 179 pasienter på venteliste for disse operasjonene, hvorav 56 har ventet over 1 år, men kun 9 pasienter over 2 år. Ordningen har ført til kortere ventetid både for pasientene som har dratt til utlandet og for dem som ønsker operasjon ved UNN.

INTRODUKSJON

Stortinget bevilget 14.november 2000 1 milliard kroner til behandling av pasienter i utlandet (1). Pengene skulle brukes til utredning og behandling av pasienter som allerede hadde stått uakseptabelt lenge på venteliste ved norske sykehus. Ordningen ble ikke startet opp i 2000, og midlene ble derfor overført fra budsjettåret 2000 til budsjettåret 2001. Fra 15. januar 2001 har Rikstrygdeverket v/ prosjekt "Kjøp av helsetjenester i utlandet" forvaltet ordningen.

Ved Plastikk og Håndkirurgisk avdeling ved Universitets sykehuset i Nord-Norge (UNN) har det i mange år vært meget lange ventelister for spesielt 2 typer operasjoner; brystreduksjon og bukplastikk. Flere pasienter har stått over 10 år på venteliste for en av disse operasjonene, noen få opp mot 15 år.

Det ble derfor besluttet at Plastikk og håndkirurgisk avdeling ved UNN skulle spørre pasienter på venteliste for brystreduksjon og bukplastikk, om de var interessert i operasjon i utlandet. Dette var pasienter som var ferdig utredet og klar for operasjon.

I denne oppgaven har jeg sett på pasientene som i 2001 fikk tilbud om henvisning fra Plastikk og håndkirurgisk avdeling, UNN til Rikstrygdeverket, for vurdering om pasienten kunne opereres i utlandet via prosjektet "Kjøp av helsetjenester i utlandet". Ordningen har fortsatt i 2002, og noen av pasientene henvist i 2001 har blitt operert i 2002.

Ett av målene med oppgaven har vært å finne ut hvor mange som har fått tilbud om henvisning til rikstrygdeverket i 2001 og hvor mange av disse som har blitt operert i utlandet. Oppgaven skal beskrive gruppen som er operert i utlandet m.t.p alder, BMI (body mass index = kg/m^2), bostedsfylke, røykevaner, sykehus hvor de er operert, sykemeldingstid, liggedøgn postoperativt, komplikasjoner og om pasientene er fornøyd med det postoperative resultatet.

For gruppen som ikke er operert ønsker jeg å finne årsak til at de ikke er operert ved hjelp av prosjektet.

For plastikk kirurgiske operasjoner som bukplastikk og brystreduksjon har det lenge pågått en debatt om at pasientene bør være ikke røykende og normalvektige. I litteraturen kan det virke som om røyk og overvekt kan påvirke komplikasjonsrisikoen, om mulig ønsker jeg å se om det er en sammenheng mellom røyk, BMI og komplikasjoner i gruppen operert i utlandet.

VG har hatt 3 artikler(2,3,4) hvor kvinner som har fått gjort brystreduksjon gjennom prosjektet ”Kjøp av helsetjenester i utlandet” har stått fram med komplikasjoner. Dette har skapt en del negativ omtale av prosjektet og de utenlandske sykehusene aktuelle for pasientene fra UNN. I etterkant av disse artiklene har de i media vært diskusjon om pasientene er best tjent med ikke å henvises rikstrygdeverket for operasjon i utlandet.

Formålet med oppgaven er å se på om pasientene henvist fra Plastikk og håndkirurgisk avdeling ved UNN har vært fornøyd med ordningen og operasjonen, samt om prosjektet har hjulpet på ventetiden for brystreduksjon og bukplastikk ved UNN.

BRYSTREDUKSJON OG BUKPLASTIKK

Kort om indikasjoner

Dette er to operasjoner som utføres både av private klinikker og ved offentlige sykehus. Det er i hovedsak tre ulike grunner for å få utført disse to operasjonene; fysiske plager, psykiske plager og kosmetisk indikasjon. Får å få operasjon innen det offentlige helsevesenet skal pasienten i hovedsak ha fysiske plager. Enkelte pasienter vil få utført operasjon på psykisk grunnlag. Operasjoner på rent kosmetisk grunnlag foretas ved private klinikker.

Den vanligste indikasjonen for å få utført brystreduksjon ved offentlig sykehus er at brystene er såpass store og/eller tunge at det fører til nakke og ryggplager. Den vanligste indikasjonen for bukplastikk er at huden på buken henger slik at hud møter hud, noe som kan gi problemer med sår og infeksjoner. En annen årsak til at det gjøres bukplastikk er at pasientene har ett eller flere skjemmende arr på buken, hvor hud og muskelfascie møter hverandre slik at magen får ett eller flere lange innsøkk.

Rikstrygdeverkets krav til pasientene

Det er spesielt de siste årene blitt mer fokus på at pasienter som blir operert med bukplastikk og brystreduksjon bør være røykfrie både før og etter operasjonen for å redusere muligheten for komplikasjoner. I følge Anne Marthe Russ (telefonsamtale 08.08.02) ved Rikstrygdeverkets prosjekt "Kjøp av helsetjenester i utlandet", er det et krav ved alle unntatt et (Nacka Sykehus, Sverige) av sykehusene de samarbeider at pasientene skal være røykfrie. I følge både pasientene intervjuet og Anne Marthe Russ ved Rikstrygdeverkets prosjekt får pasientene som røyker beskjed om å slutte noen uker før operasjonen. Rikstrygdeverket og deres samarbeidende sykehus har også satt som krav at pasientene som skal opereres i utlandet ikke skal være overvektige, og sier at i utgangspunktet er BMI opp til 27 akseptabelt.

Plastikk og håndkirurgisk avdeling sine krav til pasientene

For bukplastikk er det ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling et absolutt krav at pasienten skal være røykfri pre og postoperativt i minimum 3 uker. Ved brystreduksjon er ikke dette et absolutt krav, men absolutt å foretrekke. Pasientene får grundig informasjon om risikoene ved røyking, og pasienter som ikke samtykker i å være røykfri de første ukene postoperativt opereres sjelden. Pasientene får også tilbud om å utsette operasjonen til de er helt røykfrie.

Også ved UNN er det et krav om at pasienten skal være normalvektige for å få utført disse to operasjonene. BMI mellom 20 og 25 regnes som mest ideelt. Pasienter med BMI mellom 27-30 vurderes individuelt av avd.overlegen, mens pasienter med BMI over 30 avvises så lenge ikke særskilte grunner foreligger. Det gjøres unntak for enkelte postmenopausale kvinner med BMI over 30. Årsaken til at pasientene ikke skal være overvektige ved brystreduksjon er at dersom pasientene går ned i vekt postoperativt vil fasongen og størrelsen på brystene ofte endre seg, slik at mange pasienter vil da bli misfornøyd og angre på operasjonen

Det utføres ikke brystreduksjon eller bukplastikk på gravide kvinner. Plastikk og håndkirurgisk avdeling sine retningslinjer sier at det skal gå minimum 12 måneder fra en pasient er ferdig med å amme til hun kan opereres med brystreduksjon. Dette for at forandringene i forbindelse med graviditet/amming skal være helt ferdige.

KORT LITTERATURGJENNOMGANG

Gir overvekt økt risiko for sårkomplikasjoner?

Van Uchelen og medarbeidere(5) undersøkte via pasientjournaler retrospektivt 86 pasienter, 14 mannlige og 72 kvinnelige, som hadde fått utført bukplastikk i tidsrommet 1990-1997. De ønsket å undersøke om det var noen sammenheng mellom overvekt og komplikasjoner. Av kvinnene i studien hadde 37,5 % en BMI over 30. De fant ingen sammenheng mellom BMI og sårproblemer postoperativt hos kvinner. Uten å trekke noen konklusjon, på grunn av lite materiale, så de en sammenheng hos menn, hvor høyere BMI ga en høyere komplikasjonsrisiko.

Vastine et al. (6) har også gjort en retrospektiv undersøkelse av pasienter operert med bukplastikk for å undersøke om det er sammenheng mellom overvekt og sårkomplikasjoner. De fant at det er en stor sammenheng. Materialet deres bestod av 81 kvinner og 9 menn, og de skilte ikke menn og kvinner i to grupper. Dersom det er riktig som Van Uchelen et al. sin undersøkelse kan tyde på at overvektige menn har større sjanse for sårkomplikasjoner enn overvektige kvinner, vil Vastine et al sin undersøkelse bli påvirket av at menn og kvinner ikke var skilt i to ulike grupper.

Zubowski et al (7) undersøkte journalene til 395 brystreduksjons pasienter (både ensidig og tosidig) for å se om det var sammenheng mellom komplikasjoner og overvekt, grad av overvekt, eller mengde resektat fra brystene. De fant at komplikasjonsraten hadde sammenheng med størrelse på resektatet. For pasientene som hadde fått utført bilateral brystreduksjon fant de at overvektige hadde en signifikant høyere komplikasjonsrate (11,3% mot 7,2%, $p=0,01$), men de kunne ikke vise at økt grad av overvekt gav økende komplikasjonsrate.

Røyking og plastikk kirurgiske operasjoner

Når det gjelder røyking virker det i litteraturen å være enighet om at dette gir økt risiko for sår komplikasjoner, spesielt ved plastikk kirurgiske operasjoner. Ved disse operasjonene er det mye underminering av huden, hvor flere av hudens små blodkar skades. Dette gjør sårtilhelingen ved operasjoner som brystreduksjon og bukplastikk særlig utsatt i forhold til operasjoner hvor huden ikke undermineres.

Tobakksrøyk består av en mengde partikler, syrer og gasser, hvor flere av dem er farmakologisk aktive, toksiske, mutagene og karsinogene.

Tobakksrøyking gir vasokonstriksjon, mediert direkte og indirekte av nikotin. Nikotin stimulerer bl.a frigivelse av katekolaminer fra binyrene, sympatiske ganglier og nerveender. Kutane blodkar har svært mye sympatisk innervering og er derfor svært sensitive for tobakksrøyk. (8)

Endotel celler i små blodkar skades og kan løsne ved nærvær av substanser i / nedbrytningsprodukter fra tobakksrøyking.(9) Tap av endotel cellene fjerner den naturlige antikoagulative og antispasme funksjonen til små blodkar.(10) I tillegg vil blodet hos røykere koagulere lettere enn blodet til ikke-røykere på grunn av økt plateaggregering (11).

Karbonmonoksid er et av nedbrytningsproduktene til tobakksrøyk. Ved røyking vil blodets evne til å transportere oksygen reduseres, fordi karbonmonoksid binder seg til hemoglobin og fortrenger oksygen. Kjemiske stoffer og nedbrytningsprodukter fra tobakksrøyk vil kunne føre til mikrovaskulær trombose som okkluderer karene, og dermed blir sirkulasjonen dårligere.

Alle disse faktorene som; vasokonstriksjon, økt koagulasjon og plateaggregering, karspasmer og nedsatt oksygentransport vil føre til redusert sårtilheling

Kroll (12) sammenliknet komplikasjonsinsidens mellom røykere og ikke-røykere hos pasienter som ble bryst-rekonstruert med TRAM (transverse rectus abdominis muscle)-lapp. Ved denne operasjonen flyttes en del av abdomens hud, sammen med en del av rectusmuskulaturen opp på thorax enten som stilket eller fri lapp for å rekonstruere et bryst. Pasientene har på abdomen ett arr og en sårtilhelingsproblematikk på grunn av underminering, som kan sammenliknes med den man finner ved bukplastikk. Han fant en insidens på 27,5 % hud nekrose på abdomen hos røykere sammenliknet med 5,9% hos ikke røykere.

Chang et al (13) har også undersøkt sammenhengen mellom røyking og komplikasjoner hos 718 pasienter brystrekonstruert med fri TRAM lapp. De fant at røykere hadde signifikant høyere andel nekrose på abdomen enn ikke røykere (4,4% mot 0,8%, $p=0,025$). De fant også at pasienter som hadde sluttet å røyke 4 uker før operasjonen, hadde en mye lavere insidens av komplikasjoner enn røykere, og det var ingen signifikant forskjell på komplikasjonsinsidens på dem som hadde sluttet å røyke 4 uker før operasjonen og på ikke-røykere.

Padubidri et al (14) har også sett på sammenhengen mellom røyking og komplikasjoner hos 748 pasienter som har blitt brystrekonstruert ved ulike metoder. De fant en signifikant forskjell ($p=0,002$) i komplikasjonsrate mellom røykere (39,4%) og ikke røykere (25%). De fant ingen signifikant forskjell i komplikasjonsraten mellom ikke-røykere og røykere som hadde sluttet å røyke 3 uker før operasjonen.

Ut fra litteraturen kan det virke som om høy BMI kan gi en noe høyere komplikasjonsrisiko uten at det er mange entydige resultater på dette. Dersom det stemmer slik Zubowski et al (7) fant at økt størrelse på resektatet gir økt komplikasjonsrisiko, kan dette muligens skyldes at disse pasientene har en større sårflate. Ofte vil overvektige ha større bryster enn normalvektige og ved brystreduksjon hos overvektige vil resektatene ofte være større, slik at indirekte kan overvektige ha større risiko for komplikasjoner ved brystreduksjon. Det virker derimot ganske klart at røyking i forbindelse med spesielt bukplastikk gir økt risiko for sårkomplikasjoner.

KJØP AV HELSETJENESTER I UTLANDET

Kort om prosjektet

Prosjektet kom i gang i 2001, og fordi en god del av midlene ikke var brukt ved utgangen av 2001 har prosjektet fortsatt i 2002. Formålet med ordningen er å øke den totale behandlingsskapiteten av pasienter. Det har vært diskusjoner om ikke disse pengene skulle vært brukt på private klinikker i Norge, eller settes inn i dugnadsvirksomhet ved norske sykehus. Dette er ikke diskutert i denne oppgaven.

Kjøp av helsetjenester i utlandet er en ordning som administreres av Rikstrygdeverket. Ordningen er et frivillig tilbud til pasienter som har ventet lenge på behandling eller utredning ved norske sykehus. For at pasienten skal kunne delta i ordningen kreves en vurdering av sykehuslege/ spesialist. De pasienter som ikke ønsker utredning/ behandling i utlandet beholder plassen på ventelisten ved det sykehuset hvor de allerede står på venteliste.

Dersom pasienten ønsker behandling i utlandet og sykehuslegen/spesialisten anser dette hensiktsmessig, sender henvisende sykehus en meldingsblankett til rikstrygdeverket (Vedlegg 1). Sammen med blanketten sendes den medisinske dokumentasjonen som er nødvendig for at sykehuset i utlandet skal kunne vurdere pasienten. Rikstrygdeverket tar deretter kontakt med sykehus i utlandet som de har avtale med slik at leger ved disse sykehusene kan vurdere om de anser pasienten egnet for behandling hos dem. Det utenlandske sykehuset er selv ansvarlig for å oversette dokumentasjonen.

Rikstrygdeverket tar kontakt med pasienten med dato på eventuelt utenlandsopphold, eventuelt med beskjed om avslag.

Etter behandling i utlandet følges pasienten opp av primærlegen/ privatpraktiserende spesialist, som ved behov henviser pasienten til sykehus. Pasienter som opereres utenfor Skandinavia testes for MRSA før utreise og etter at de er kommet tilbake. Pasientene som opereres i utlandet via prosjektet har de samme rettigheter som pasienter behandlet i Norge i henhold til Norsk Pasientskadeerstatning.

Den praktiske gjennomføringen ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling for henvisning av pasienter til Rikstrygdeverkets prosjekt

Oversykepleier ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling fikk ansvaret for å plukke ut de pasientene som hadde stått lenge på venteliste for operasjonene bukplastikk og brystreduksjon. Disse pasientene ble tilskrevet med spørsmål om de ønsket henvisning til prosjektet for å kunne opereres i utlandet. Pasientene fikk i brevet beskjed om at dersom de takket nei til tilbudet ville det ikke få konsekvenser for deres plass på ventelisten ved UNN. De pasientene som ønsket henvisning videre til rikstrygdeverket, måtte fylle ut ett ark med helseopplysninger (vedlegg 2) og de måtte ta bilder av operasjonsområdet.

Deretter ble alle henvisningene gjennomgått av lege ved avdelingen for å se om pasientene var egnet til å delta i ordningen. Pasienter med høy ASA klassifisering og meget gamle pasienter ble plukket ut og prioritert for operasjon ved UNN.

Som henvisning til rikstrygdeverket ble meldingsblanketten "Kjøp av helsetjenester i utlandet som følge av kapasitetsmangel" fulgt ut og sammen med poliklinisk vurdering, ark med helseopplysninger og bilder av pasienten ble dette oversendt rikstrygdeverket.

I slutten av mai 01 ble de første 120 henvisningene oversendt rikstrygdeverket for vurdering. Deretter er det regelmessig sendt henvisninger.

Den første pasienten ble operert 07.08.2001 ved Axess Elisabeth Sjukhuset i Sverige. Etter at Plastikk og håndkirurgisk avdeling har mottatt epikrise fra sykehusene hvor pasientene er blitt operert, har pasientene blitt strøket fra ventelistene sine ved UNN.

En del pasienter har blitt avvist av Rikstrygdeverket, dette skyldes nesten utelukkende at pasientene hadde for høy vekt i forhold til de krav sykehusene i utlandet har satt for å utføre disse operasjonene. Mange av disse har fått tilbud om ny poliklinisk vurdering ved UNN, andre har blitt oppringt av oversykepleier ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling hvor hun på telefon har forklart om hvilken vekt pasienten bør være i for å få operasjon.

De pasientene som har vært langt unna vektkravet, og de som ikke har hatt ambisjon om å gå ned i vekt i nærmeste framtid har blitt strøket fra ventelisten. Disse pasientene fikk beskjed om at dersom de kom i det rette vektområdet og fortsatt ønsket operasjon, kunne de sende brev til oversykepleier ved avdelingen for så å bli satt venteliste.

METODE

Denne oppgaven har sett på de pasientene som ble tilskrevet fra Plastikk og håndkirurgisk avdeling UNN med tilbud om henvisning videre til Rikstrygdeverkets ordning "Kjøp av helsetjenester i utlandet."

Under arbeidet med oppgaven har jeg vært tilsatt ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling, og deltatt i avdelingens arbeids med henvisning og evt kontroll av disse pasientene.

Mye av forarbeidet til oppgaven har vært en del av kvalitets sikringsarbeidet ved avdelingen. I følge Ingunn Ytrehus, sekretær ved regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Nord-Norge, har det derfor heller ikke vært nødvendig å søke etisk komite for å gjøre denne oppgaven.

Fra kontorleder, oversykepleier og sekretær ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling har jeg fått lister over pasienter som har fått tilbud om henvisning til Rikstrygdeverket, samt lister fra rikstrygdeverket over behandlede pasienter, pasienter som har fått avslag på behandling og dem som selv har takket nei til behandling. Ved hjelp av disse listene, gjennomgang av permer med henvisninger til bukplastikk og brystreduksjon, PAS og pasientjournaler er det registrert hvilke pasienter som gjennom ordningen har blitt operert i utlandet. For de av pasientene som ikke har blitt operert i utlandet er det registrert om de fortsatt står på venteliste, samt årsak til at de ikke har kommet med i ordningen.

Ved hjelp av Nimes og PAS, som er to pasient registreringprogram ved UNN, er det tatt ut data på hvor mange pasienter som fortsatt står på venteliste for bukplastikk og brystreduksjon ved UNN, og hvor mange som er operert de siste årene.

Tilslutt har jeg gjort telefonintervju med de pasientene som har blitt operert i utlandet . De er spurt dem om røykevaner, høyde, vekt, fornøydhet, evt komplikasjoner, om de ville gjort det om igjen og liggetid. I tillegg er det registrert alder, fylkestilhørighet, operasjons sykehus og om de har fått utført bukplastikk eller brystreduksjon.

RESULTATER

Pasienter ikke operert via prosjekt "Kjøp av helsetjenester i utlandet"

Først er pasientene som har fått tilbud om henvisning til Rikstrygdeverket, men som av ulike årsaker ikke har blitt operert i utlandet skilt ut, uten å ta hensyn om de stod på venteliste for brystreduksjon eller bukplastikk.

Dette er 120 av totalt 231 pasienter (52%). For disse pasientene har jeg registrert årsak til at de ikke er blitt operert og om de fortsatt står på venteliste ved UNN. (Figur 1)

Det viser seg at over halvparten (52%) av pasientene som ble tilskrevet med spørsmål om de ønsket operasjon i utlandet ikke ble operert i utlandet via prosjektet. Tallet virker i utgangspunktet meget høyt, og det kan derfor virke som om det er en meget stor skepsis blant pasientene m.h.t å opereres i utlandet. Ved nærmere undersøkelse viser det seg at kun var ca 11% av pasientene tilskrevet som ikke ønsker operasjon i utlandet. De resterende 41% av pasientene er enten for overvektige til at de tilbys operasjon, de er gravide eller ammer, allerede operert eller har ombestemt seg m.h.t ønske om operasjon. Dette betyr at det har stått nesten 100 pasienter på venteliste for bukplastikk og brystreduksjon ved UNN som ikke var reelle operasjonspasienter.

Fem av pasientene som ikke ble operert i utlandet hadde tilbud om operasjon via prosjektet, men ønsket ikke å benytte seg av dette. To av disse er senere operert ved UNN, 2 står på venteliste for operasjon ved UNN. Den siste ønsker ikke lengre operasjon, hun forteller at hun ble skremt av avisoppslag (2,3,4) om komplikasjoner og dårlig resultat.

En av pasientene som nå er strøket av ventelisten på grunn av overvekt, kom til sykehuset i Danmark for operasjon, men hun ble deretter sendt hjem uten operasjon, på grunn av overvekt. Denne pasienten står på Rikstrygdeverkets lister over gjennomførte tilbud.

Ni av pasientene som er registrert som for overvektige for operasjon, står på venteliste hos rikstrygdeverket og vil få tilbud om operasjon i utlandet dersom de klarer å redusere vekten tilstrekkelig.

I gruppen av pasienter operert annet sted er både de som er operert ved private klinikker og ved offentlige sykehus. To av disse er operert ved private klinikker betalt av lokalt trygdekontor.

Totalt per 20. september 2002 er 80 av disse pasientene ikke lengre på venteliste ved Plastikk og håndkirurgisk avdeling.

Pasienter henvist rikstrygdeverket i 2001 og operert via prosjekt "Kjøp av helsetjenester i utlandet"

Det er operert 111 pasienter i utlandet, henvist fra Plastikk og håndkirurgisk avdeling UNN i 2001 til Rikstrygdeverket, herav 70 med brystreduksjon og 41 med bukplastikk. En av pasientene som skulle opereres med bukplastikk i Tyskland stod også på venteliste ved UNN for prolapsoperasjon i ryggen. Hun ble etter initiativ fra sykehuset i Tyskland først prolapsoperert, deretter etter kort rehabilitering operert med bukplastikk og tilslutt operert for inkontinens.

57 av pasientene operert med brystreduksjon og 31 av pasientene operert med bukplastikk er intervjuet pr telefon. Det er totalt 23 pasienter jeg ikke har klart å nå på telefon. For ti av disse har jeg telefonnummer, uten å ha klart å nå dem pr telefon.. Fem pasienter har galt telefon nummer i journalen og hadde ikke registrert telefonnummer hos Telenor. Tre av pasientene var langtidsbortreist og de resterende fem har jeg ikke klart å oppspore telefonnummer til.

Det er ved hjelp av SPSS[®]10.0 kjørt deskriptiv statistikk av disse pasientene, samt χ^2 -test for å se om det er sammenheng mellom røyk og komplikasjoner eller BMI og komplikasjoner i hos pasientene jeg har intervjuet. (Se tabell 1, figur 2 og figur 3)

Ved registrering av komplikasjoner er det anført sårinfeksjon hos de som har vært hos egen lege og fått dette bekreftet, nesten alle disse har fått antibiotika hos egen lege på grunn av sårinfeksjon. Finner fem pasienter som ifølge dem selv er operert ved lokal sykehus med drenasje av puss etter hjemkomst. En pasient fikk etter eget utsagt gjenglemt åtte kompresser i buken, oppdaget tilfeldig ved revisjon på lokalsykehuset på

grunn av langvarig sårinfeksjon, denne pasienten fikk også infeksjon med MRSA (meticillin resistente stafylococcus aureus).(Se figur 4)

Pasientene er spurt om de er fornøyd med resultatet etter operasjonen, og om de ville ha latt seg operere dersom de på forhånd hadde vist det de vet i dag med tanke på komplikasjoner og utbytte av operasjonen.

De fleste som var misfornøyd med resultatet syntes at arrene var blitt mye bredere enn forventet. En pasient som hadde fått redusert brystene syntes at brystene var blitt for små, mens en annen syntes de hadde fjernet for lite av brystene. Flere av pasientene operert med brystreduksjon som var noe misfornøyd med det kosmetiske resultatet på grunn av brede arr og hundører, presiserte likevel at de var fornøyd på grunn av at deres fysiske plager med nakke og ryggmerter hadde lettet betraktelig eller forsvunnet helt.

Bruker χ^2 -test både for pasientene operert med bukplastikk og for pasientene operert med brystreduksjon for å se om det er noen sammenheng mellom BMI og komplikasjonsrate eller røyking og komplikasjonsrate. Med hensyn til BMI er pasientene delt i to grupper, over eller under BMI på 27 m/kg².

Det er ingen signifikant forskjell på forekomsten av komplikasjoner mellom røykere og ikke røykere, eller mellom pasienter med BMI over 27 og BMI under 27, verken hos pasientene operert med brystreduksjon eller dem som er operert med bukplastikk.

Gruppen operert med bukplastikk er for liten til å kunne kjøre χ^2 -test.

Pasienter på venteliste ved UNN for brystreduksjon og bukplastikk

Det står per 20.09.02 120 pasienter på venteliste for brystreduksjon og 59 pasienter på venteliste for bukplastikk ved UNN, hvorav respektivt 36 og 20 pasienter har ventet over 1 år. Dette betyr at i løpet av det siste året har det kommet minimum 84 nye pasienter til ventelisten for brystreduksjon og 39 nye til ventelisten for bukplastikk.

Det ble ved UNN operert 7 bukplastikker i 2000, 13 i 2001 og 8 t.o.m august 2002. De tilsvarende tallene for brystreduksjon er 29 i 2000, 46 i 2001 og 25 t.o.m august 2002. Tallene er hentet ut v.h.a Nimes. Dette gir et gjennomsnitt på ca 12 bukplastikker og ca 40 brystreduksjoner pr år ved UNN. Med dette som utgangspunkt ville det tatt 1,75 år å operere alle brystreduksjonene henvist i 2001 som er operert i utlandet, tilsvarende nesten 3,5 år for bukplastikkene.

Det er i løpet av det siste året satt over dobbelt så mange pasienter på venteliste for brystreduksjon og bukplastikk ved UNN, enn hva som er operert ved UNN, slik at ventelisten er i utgangspunktet økende.

DISKUSJON

I denne oppgaven har jeg ikke sett nærmere på det økonomiske aspektet med å sende pasienter til utlandet; om pasientene som gruppe hadde vært bedre tjent med at pengene til prosjektet ble brukt ved offentlige sykehus eller private klinikker i Norge.

Det er tatt utgangspunkt i situasjonen slik den var, hvor pasientene hadde et tilbud om operasjon i utlandet

Resultatene i oppgaven er i hovedsak basert på opplysninger fra pasienter gitt pr telefon. Disse opplysningene er ikke kontrollert på noen måte, men jeg tror ingen av pasientene har hatt til ønske eller hensikt å gi uriktige opplysninger. Både ved brystreduksjon og bukplastikk finnes det ulike operasjonsteknikker, men det er ikke skilt mellom dem.

Et av resultatene som virker noe overraskende er den høye komplikasjons frekvensen til pasientene operert i utlandet, spesielt brystreduksjons pasientene. 45,6% av pasientene operert med brystreduksjon som er intervjuet har fått komplikasjoner, de fleste sårinfeksjon. Dette tallet ville vært lavere dersom andelen av pasienter som ikke er intervjuet har lite komplikasjoner, men vil ikke kunne være lavere enn 37,1%.

Hawtof et.al (15) finner ved gjennomgang av 268 pasienter en komplikasjonsrate ved brystreduksjon på 12%.

En feilkilde i denne oppgaven kan selvsagt være at størsteparten av disse pasientene er kontrollert av sin primærlege, som kan ha lite erfaring med denne operasjonen. Legen kan derfor ha skrevet ut antibiotika og diagnostisert sårinfeksjon, mens det i virkeligheten har foreligget en liten fettvevsnekrose.

Det er ikke noen klar sammenheng mellom vekt, røyking og komplikasjoner, verken for gruppen operert med bukplastikk eller for pasientene operert med brystreduksjon. I litteraturen virker det å være skrevet mest om sammenheng mellom komplikasjoner og røyking hos bukplastikk-pasienter. Dette var hos meg den minste gruppen, og muligens ville jeg fått ett annet resultat dersom pasientgrunnlaget var større.

Plastikk og håndkirurgisk avdeling, spesielt oversykepleier og kontorpersonalet, har nedlagt mye arbeid i å administrere henvisningene og kontakte pasienter som har fått avslag. Selv om kun 48% av pasientene tilskrevet med spørsmål om de ønsket operasjon i utlandet er operert, har det administrative arbeidet med pasientene hatt en annen effekt; avdelingen har fått ryddet opp i sine ventelister slik at det nå står pasienter klar for operasjon på ventelistene.

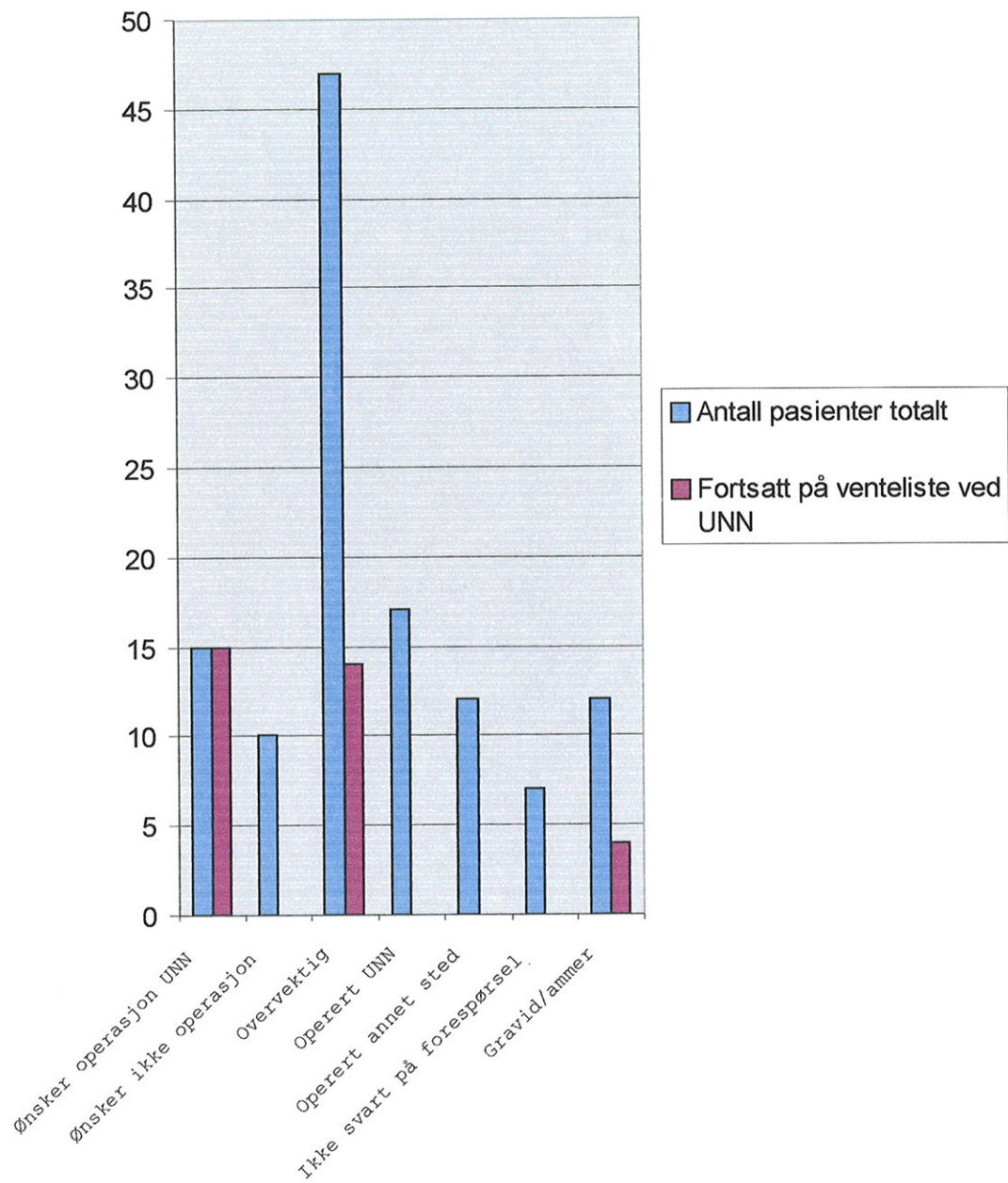
Ordningen har ikke bare vært et tilbud til de som har ventet lenge på operasjon, men er også med på å korte ventetiden betraktelig for de som ønsker operasjon ved UNN. Når det er såpass lang ventetid for disse operasjonene, og 85% av pasientene ville ønsket samme mulighet på ny om de ikke allerede var operert, bør pasientene orienteres om muligheten for å få dekt operasjon i utlandet.

Tabell 1

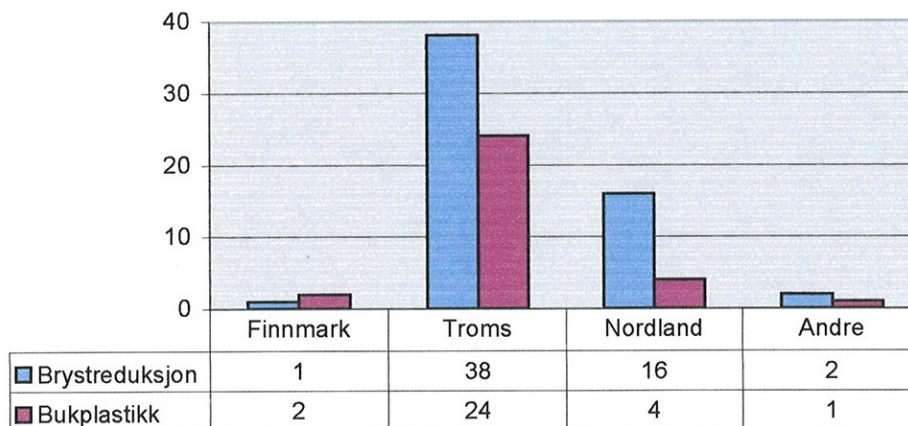
	Bukplastikk	Brystreduksjon
Alder ved operasjon (år)	40,4 ± 10,9	40,0 ± 10,2
BMI (kg/m ²)	26,7 ± 3,5	26,2 ± 2,8
Liggedøgn postoperativt (dager)	2,3 ± 1,7	5,7 ± 5,0
Lenge sykemeldt (uker)	6,8 ± 5,5	8,4 ± 8,9
Antall røykere ved tilbud om operasjon	7 (54,8 %)	25 (43,9 %)
Antall røykere ved operasjon	15 (48,8 %)	20 (35,1 %)
Fornøyd med resultatet	22 (71,0 %)	41 (71,9 %)
Delvis fornøyd med resultatet	2 (6,5 %)	2 (3,5 %)
Misfornøyd med resultatet	7 (22,5 %)	14 (24,6 %)

Svarfordeling hos pasientene intervjuet etter operasjon i utlandet fordelt mellom bukplastikk (n=31) og brystreduksjon (n=57). De fire første radene angir gjennomsnitt ± standardavvik. 15 av pasientene operert med brystreduksjon og 5 av pasientene operert med bukplastikk hadde ikke hatt noen sykemelding. Dette skyldes enten at de var uføretrygdet, på attføring, student eller selvstendig næringsdrivende.

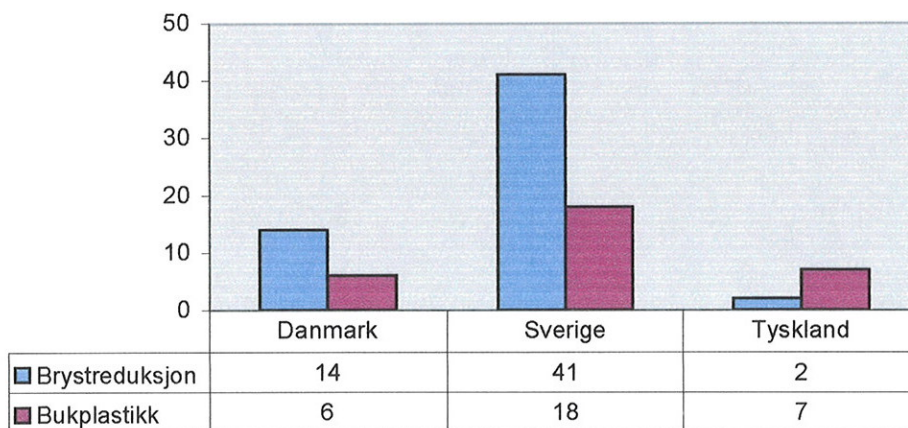
Figur 1



120 av pasientene som i 2001 ble tilskrevet fra Plastikk og håndkirurgisk avdeling UNN med spørsmål om de ønsker henvisning til Rikstrygdeverket for operasjon i utlandet ble ikke operert i utlandet via prosjektet. Figuren viser fordeling av årsak til at disse ikke ble operert i utlandet og hvor mange av disse som fortsatt står på venteliste.

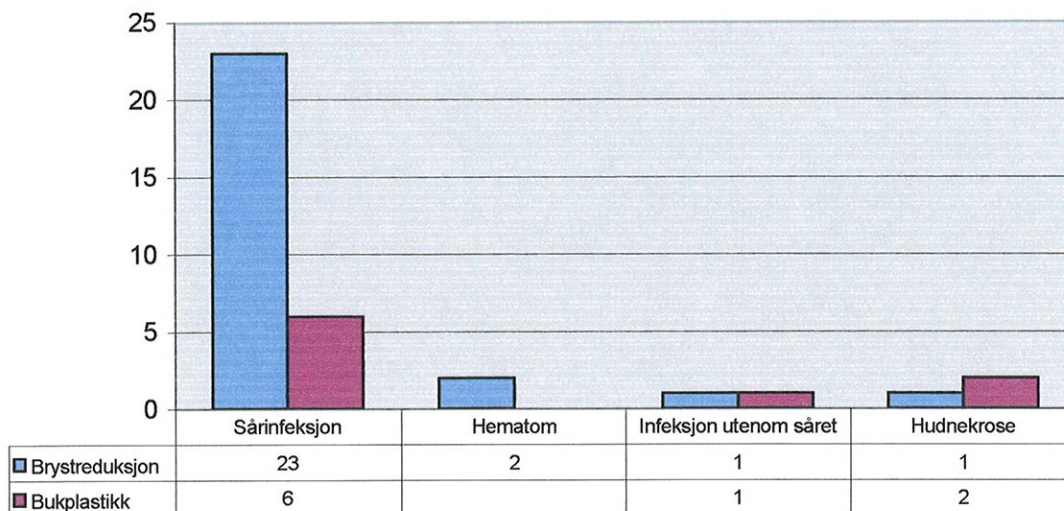
Figur 2

Fordeling av bostedsfylke for pasientene operert i utlandet som jeg har intervjuet.

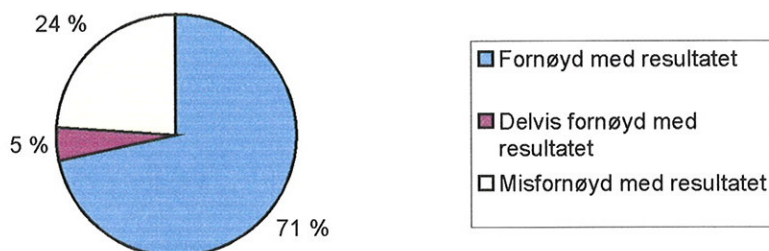
Figur 3

Fordeling mellom landene hvor pasientene jeg har intervjuet er operert.

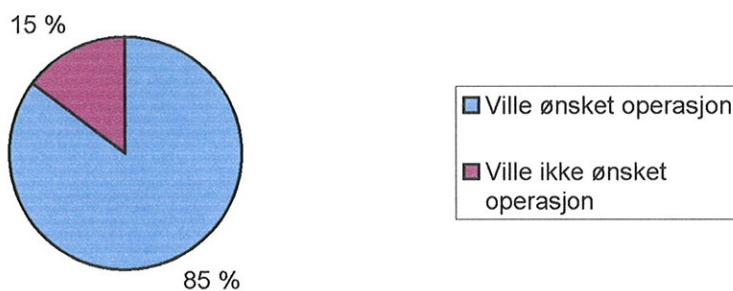
Figur 4



Antall pasienter med komplikasjoner av pasientene henvist Rikstrygdeverket i 2001 og operert i utlandet via prosjektet. Hos de jeg har intervjuet har 45,6% av brystreduksjonspasientene og 29,0% av bukplastikk pasientene fått komplikasjoner. Dersom jeg rent hypotetisk tenker at alle pasienter jeg ikke fikk tak i unngikk komplikasjoner, ville det si at 37,1% av pasienter operert med brystreduksjon og 22,0% av pasienter operert med bukplastikk i utlandet fikk komplikasjoner.

Figur 5**Pasientenes mening om det postoperative resultatet**

Fordeling av pasientenes mening om resultatet etter operasjonen. Her er pasientene operert for både brystreduksjon og bukplastikk slått sammen.

Figur 6**Hvor mange ville idag ønsket operasjon om de ikke var operert**

Pasientene ble ved telefonintervju bedt om å tenke seg at de ikke var operert, men likevel hadde den kunnskapen de nå satt inne med ang operasjonen, resultat og eventuelle komplikasjoner. Deretter skulle de svare om de da ville ønsket operasjon eller ikke.

LITTERATURHENVISNING:

1. S.innst. nr 24 (2000-2001) om forslag fra stortingsrepresentant Carl I. Hagen om endringer i statsbudsjettet for 2000.
2. Ertesvåg F, Gregers A-M. Brystoperert fikk koldbrann. 22.01.02
3. Ertesvåg F, Prebensen N. Brystene mine er ødelagt. VG 18.02.02.
4. Ertesvåg F. Skadet etter mislykket brystreduksjon. VG 15.04.02.
5. van Uchelen JH, Werker PM, Kon M. Complications of Abdominoplasty in 86 Patients. *Plast Reconstr Surg* 2001 Jun; 107(7): 1869-73.
6. Vastine V L, Morgan R F, Williams G S, et al. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg* 1999; 42:34.
7. Zubowski R, Zins JE, Foray-Kaplon A, Yetman RJ, Lucas AR, Papay FA, Heil D, Hutton D. Relationship of obesity and specimen weight to complications in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2000 Oct; 106(5); 998-1003.
8. Krupski W C. The peripheral consequences of smoking. *Ann Vasc Surg* 1991; 5:291.
9. Davis J W, Shelton L, Eigenberg D A og Hignite C E. Lack of effect of aspirin on cigarette smoke-induced increase in circulating endothelial cells. *Haemostasis* 1987; 17:66.
10. Gy Y D, Zhang G M, Zhang L Y, Li F G og Jiang J F. Clinical and experimental studies of cigarette smoking in microvascular tissue transfers. *Microsurgery* 1993; 14:391.
11. Benowitz N L. Cical pharmacology of nicotine. *Annu Rev Med* 1986; 37:21.
12. Kroll S S. Necrosis og abdominoplasty and other secondary flaps after TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconst Surg* 1994; 94:637
13. Chang D W, Reece G P, Wang B et al. Effect of smoking on complications in patients undergoing free TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105:2374
14. Padubidri AN, Yetman R, Browne E, Lucas A, Papay F, Larive B, Zins J. Complications of postmastectomy breast reconstructions in smokers, ex-smokers and nonsmokers. *Plast Reconstr Surg* 2001 Feb; 107(2):342-349.
15. Hawtof D B, Levine M, Kapetansky D I og Pieper D. Complications of reduction mammoplasty: Comparison of nipple-areolar graft and pedicle. *Ann Plast Surg* 1993; 35:337.



Trygdeetatens

Meldingsblankett

**Kjøp av helsetjenester i utlandet
som følge av kapasitetsmangel**

Fylles ut av henvisende spesialist

Rikstrygdeverket
Prosjekt - Kjøp av helsetjenester i utlandet
N-0241 Oslo

1. Personlige opplysninger om pasienten	
Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
Bostedsadresse	Bostedskommune
Telefonnummer privat	Dato for søknad
Telefonnummer arbeid	Dato, utgangspunkt for ventetid
Pasientens nærmeste pårørende (navn, adresse, telefon)	
2. Utredning/behandling	
Diagnose	
Pasienten ønskes utredet og eventuelt behandlet i utlandet <input type="checkbox"/>	Pasienten ønskes behandlet i utlandet <input type="checkbox"/>
Diagnosekode (ICD-10 kode)	Prosedyrekode/operasjonskode (NCSP)
Pasientstatus etter ASA-klassifisering	
Angi ønsket utredning/behandling/prosedyre og eventuell ønsket implantat/annet materiell	
3. Ledsager/transport	
Er det nødvendig med ledsager av medisinske årsaker? Ved utreise Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Er det nødvendig med spesialtransport av medisinske årsaker? Ved utreise Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvilken?
Ved hjemreise Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ved hjemreise Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvilken?
4. Oppfølging/kontroll	
Er det nødvendig med oppfølging/kontroll hos primærlege/privatpraktiserende spesialist etter behandlingen i utlandet?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Oppgi navnet på primærlege/privatpraktiserende spesialist som er ansvarlig for pasienten etter behandlingen i utlandet	
Sted	Dato
Henvisende spesialist	

Helseopplysninger

Alle punkter må besvares/fylles ut

Navn: _____
Fødsel- og personnummer: _____
Adresse: _____
Telefon Privat: _____ Mobil: _____ Jobb: _____
Fastlege: _____
Høyde: _____ Vekt: _____

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer (sett ring rundt svaret):

Hjerteinfarkt	Ja	Nei	Nyresykdom	Ja	Nei
Hjertekrampe/angina	Ja	Nei	Stoffskiftesykdom	Ja	Nei
Ujevn hjerterytme	Ja	Nei	Sukkersyke	Ja	Nei
Hjerteklaffefeil	Ja	Nei	Lever sykdom	Ja	Nei
Bilyd på hjertet	Ja	Nei	Epilepsi	Ja	Nei
Høyt blodtrykk	Ja	Nei	Hjerneslag/drypp	Ja	Nei
Astma	Ja	Nei	Lammelser	Ja	Nei

Bruker du noen legemidler fast eller i perioder (inkl. P-piller, vitaminer og lignende)?
I så fall hva?

Navn på legemiddel	Styrke (mg)	Dosering (antall per døgn)

Røyker du daglig? Ja Nei
Hvis ja, antall sigaretter per dag: _____

Har du noen kjent allergi? Ja Nei
Hvis ja, hvilke? _____

Er du eller har du vært gravid? Ja Nei
Hvis ja, når var siste barnefødsel? _____ Ev. når har du termin? _____

Ammer du? Ja Nei

Har du ammet siste år? Ja Nei
Hvis ja, når sluttet du å amme? _____

Sted Dato Underskrift

Til
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Plastikk- og håndkirurgisk avdeling
Postboks 66
9038 Tromsø

Jeg har fått tilbud om å bli henvist til behandling i utlandet, og svarer hermed:
(vennligst sett kryss i en av rutene)

- JA TAKK
 NEI TAKK

til dette.

Jeg har vedlagt: Utfylt helseskjema
 Bilde av området som skal opereres
(Bilder kan ev. mailes til marianne.johansen@unn.no)

Dato

Navn

Fødselsnummer



Tilbud om behandling i utlandet

Du har i lengre tid stått på venteliste til behandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Plastikk- og håndkirurgisk avdeling.

Vi har dessverre fortsatt lang ventetid hos oss, opptil flere år for noen lidelser.

Stortinget bevilget en milliard kroner til behandling i utlandet i år 2001. Dette ble videreført i 2002, og vi tilbyr nå å henvise deg til dette tilbudet. Du vil da få behandling ved et sykehus i Skandinavia eller et annet land i Europa i løpet av få måneder.

Du vil få dekket alle reiseutgifter bortsett fra en egenandel på kr. 400,-.

Alle praktiske forhold vil bli ordnet, og du vil få billetter hjem i posten til deg.

Vi vet ikke i dag hvilket sykehus du vil bli behandlet på, eller nøyaktig når det vil skje.

Dette blir organisert via Rikstrygdeverket. De inngår avtaler med aktuelle sykehus i utlandet, under svært strenge krav til kvalitet på behandlingstilbudet. De sørger videre for å organisere alt det praktiske i forbindelse med din behandlingsreise.

Dersom du ønsker å bli henvist til behandling i utlandet, må du gjøre følgende:

1. Bekrefte på vedlagte skjema at du ønsker en slik henvisning
2. Fylle ut vedlagte helseskjema
3. Sende med et bilde av området som er aktuelt for behandling
4. Oppgi navn på fast lege, som skal ha ansvar for oppfølging når du kommer tilbake.

Dersom du ønsker å ta imot dette tilbudet, er det viktig at du svarer oss så fort som mulig og senest innen _____ (Benytt vedlagt svarkonvolutt)

Dersom du ikke ønsker operasjon i utlandet, må du likevel fylle ut vedlagte skjema for helseopplysninger og returnere til oss (benytt vedlagt svarkonvolutt). Dette for at vi skal ha de opplysningene vi trenger for at du fortsatt skal stå på venteliste hos oss.

Dersom det er noe du lurer på kan du ta kontakt på telefon eller e-mail (se nederst på arket).

Vennlig hilsen

Plastikk- og håndkirurgisk avdeling
Nora Christensen
Kst. Oversykepleier

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Plastikk- og håndkirurgisk avdeling
Boks 66
9038 Tromsø

Telefon: 77 62 66 11
Telefax: 77 62 73 94
E-post: nora.christensen@unn.no

