

Antal komplikationer efter bröstförstoring som kräver offentlig vård

Estetiska ingrepp har under de senaste decennierna blivit allt vanligare och mer normaliserade i samhället [1, 2]. En studie av mammografiscreeningpopulationen i Göteborg visade exempelvis att 4 procent av kvinnorna hade bröstimplantat [3]. På motsvarande sätt rapporterade Konsumentverket 2018 att 4 procent av svenskarna hade betalat för ett estetiskt ingrepp under de senaste 4 åren [4]. Samtidigt uppger svenska offentliga kliniker en ökande belastning i form av komplikationer efter sådana ingrepp, både efter operationer som utförts i Sverige och efter så kallad »medicinsk turism« utomlands [5, 6]. Trots denna utveckling saknas fortfarande vetenskapliga studier som belyser problemets omfattning och vilka resurser som krävs inom den offentliga vården.

Frågan hur komplikationer efter privata ingrepp ska hanteras inom den offentliga vården väcker ofta starka känslor, både bland vårdpersonal och i den allmänna debatten [7, 8]. Att alla komplikationer skulle kunna tas om hand av de privata vårdgivarna är sällan möjligt. Dels finns patientrelaterade hinder, exempelvis när patienten opererats på annan ort eller utomlands, dels medicinska begränsningar. Vid allvarliga komplikationer krävs ofta övervakning, multidisciplinärt omhändertagande och tillgång till avancerade resurser som privata kliniker sällan förfogar över. Att helt eliminera behovet av offentlig vård för dessa patienter är därför orealistiskt.

Det finns i dagsläget inget stöd i svensk lagstiftning för att neka eller prioritera ned patienter vars vårdbehov uppkommit efter frivilliga estetiska ingrepp. Detta tydliggjorde Socialstyrelsen i sitt yttrande rörande Karolinska universitetssjukhusets beslut att inte operera patienter med komplikationer efter privat plastikkirurgi [9]. Enligt den nationella prioriteringsplattformen ska vård ges med utgångspunkt från behovets storlek, vilket omfattar både tillståndets allvarlighetsgrad och den nytta vården kan ge [10]. Eftersom vårdens resurser är begränsade [11] måste dock offentligt finansierad vård dra gränser för vilka

Emma Hansson, universitetssjukhusöverläkare, adj professor, VO plastikkirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs universitet
● emma.em.hansson@vgregion.se

Rojda Gümüscü, överläkare, med dr, hand- och plastikkirurgiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus

Lars Sandman, professor, hälso- och sjukvårdsetik, Prioriteringscentrum, institutionen för hälsa, medicin och vård, Linköpings universitet

Anna Paganini, verksamhetsutvecklare, översjuksköterska, docent i omvårdnad, VO plastikkirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs universitet

Anna Elander, universitetssjukhusöverläkare, gästprofessor, VO plastikkirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs universitet

plastikkirurgiska ingrepp som ska omfattas. Samhället kan därför inte förväntas finansiera behandling av lidande som enbart bottnar i estetiskt missnöje efter kosmetisk kirurgi. Sådana gränsdragningar bör göras av vårdens professioner, med hänsyn till tillgängliga resurser och med målet att besluten ska vara så jämlika som möjligt.

En återkommande fråga i detta sammanhang är vem som ska bära kostnaden när den offentliga vården behandlar komplikationer efter estetisk kirurgi [7, 8]. Enligt lagen (2021:363) om estetisk kirurgi måste varje vårdgivare ha en patientskadeförsäkring som ersätter patienten vid personskada. Dessa försäkringar täcker dock inte de kostnader som uppstår för den offentliga vården. Under lagens framtagande före-

»Det finns i dagsläget inget stöd i svensk lagstiftning för att neka eller prioritera ned patienter vars vårdbehov uppkommit efter frivilliga estetiska ingrepp.«

slog flera remissinstanser att privata aktörer borde ha försäkringar som även omfattar dessa kostnader, men regeringen avvisade förslaget. Motiveringen var att ett sådant system skulle strida mot principen om vård på lika villkor samt mot de etiska och socialpolitiska grunderna för det offentliga vårdssystemet (prop 2020/21:57, sidorna 60-1).

Mot bakgrund av den ökande förekomsten av estetiska ingrepp och den belastning som komplikationer medför för den offentliga vården finns ett tydligt behov av att kartlägga problemets omfattning. Sådan kunskap är nödvändig för att möjliggöra välgrundade beslut kring resursfördelning, vårdprioriteringar och framtida reglering.

Syftet med denna registerstudie är därför att undersöka hur stor andel av en grupp kvinnor som genomgått bröstförstoring i privat regi i Sverige som behandlats för komplikationer inom offentlig vård under de 3 första månaderna efter operationen. Bröstförstoring är i dagsläget det enda estetiska ingrepp som registreras i ett nationellt kvalitetsregister, Bröstimplantatregistret (BRIMP), och det är därför det enda ingrepp som är möjligt att studera genom register. Målet är inte att kartlägga den totala komplika-

HUVUDBUDSKAP

- Komplikationer av kosmetisk kirurgi behandlas ibland i offentligt finansierad sjukvård.
- Studien undersöker registerförekomsten av komplikationer behandlade i offentlig regi hos 3 512 kvinnor som genomgått bilateral bröstförstoring.
- Efter privat bröstförstoring behövde cirka 1,1 procent vård i offentlig specialvård inom 3 månader. Vanligast var sårproblem och blödning. Allvarliga systemiska komplikationer var mycket sällsynta.

tionsfrekvensen efter bröstförstoring, utan att belysa hur stor andel av patienterna som efter privat utförd bröstförstoring får komplikationer behandlade i offentlig vård.

METOD

Denna studie utgör en understudie inom ramen för Implant-based breast reconstruction in post-bariatric women - a registry-based national study (Clinicaltrials.gov, förregistreringsnummer NCT07059104) [12]. Studien har granskats och godkänts av Etikprövningsmyndigheten (ärendenummer 2024-01494-01). Denna typ av registerbaserad studie kräver inte att individuellt informerat samtycke inhämtas.

Huvudstudiens syfte är att jämföra olika aspekter av bröstrekonstruktion, både vid benigna och maligna tillstånd, hos kvinnor som genomgått respektive inte genomgått obesitaskirurgi. Den aktuella understudien analyserar enbart kontrollgruppen, det vill säga kvinnor som inte genomgått obesitaskirurgi och som genomfört en kosmetisk bröstförstoring. Urval och framtagning av denna kontrollgrupp beskrivs utförligt i huvudstudiens protokoll och i tidigare publikationer [12].

Studien baseras på data från två nationella register: Patientregistret (PAR) och Bröstimplantatregistret (BRIMP). PAR omfattar i princip all offentligt finansierad sjukvård i Sverige [13], men inkluderar inte uppgifter från primärvården. Diagnoser och vårdkontakter i registret är kodade enligt ICD-10. Från PAR extraherades uppgifter om vårdkontakter som indikerar att komplikationer efter bröstförstoring behandlats inom offentlig specialiserad vård. Följande ICD-10-koder inkluderades:

- T81.3 - Ruptur av operationssår
- T81.4 - Sårkomplikationer
- A41 - Sepsis
- I80.0-I80.9, I26, I81 - Djup ventrombos/lungemboli
- I21 - Akut hjärtinfarkt
- I61-I64 - Stroke
- T81.0 - Blödning efter kirurgi

Följande ICD-10-koder, som visserligen kan utgöra potentiella komplikationer men som inte begärts ut enligt protokollet, inkluderades inte i analysen:

- T81.2 - Accidentell punktion eller skada under operation
- T81.1 - Chock efter kirurgi
- T81.9 - Ospecificerad komplikation efter kirurgi
- T81.8 - Andra specificerade komplikationer efter kirurgi

Antalet komplikationer beräknades på individnivå. Kontinuerliga variabler redovisas som medelvärde ± standardavvikelse, och kategoriska variabler presenteras som frekvenser.

RESULTAT

Studien omfattar 3 512 kvinnor som genomgått bilateral kosmetisk bröstförstoring under perioden 2014-2024. Enligt BRIMP:s årsrapport primäropereras årligen cirka 2 000 patienter med bröstförstoring för godartade tillstånd [13], vilket innebär att den aktuella studiepopulationen antalsmässigt motsvarar ungefär 21 månaders primäroperationer i Sverige.

TABELL 1. Komplikationer behandlade i offentlig regi efter privat utförd bröstförstoring

| Patienter med bröstförstoring N = 3 512 (7 024 bröst) | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Ålder vid bröstoperation (år) Medel (SA) | 36 (9) | |
| BMI vid bröstoperationen (kg/m ²), medel (SA) | 24,2 (2,9) | |
| | Antal komplikationer (per patient) | Komplikationer som behandlats i öppenvård/slutenvård |
| Ruptur av operationssår (T81.3) | 22 | 16/6 |
| Sårkomplikationer (T81.4) | 1 | 1/0 |
| Sepsis (A41) | 0 | 0 |
| Djup ventrombos/lungemboli (I80.0-9, I26, I81) | 3 | 3/0 |
| Respiratorisk komplikation (J18.0-9, J69.0, J80, J98.1) | 2 | 2/1 |
| Akut hjärtinfarkt (I21) | 0 | 0 |
| Stroke (I61-64) | 0 | 0 |
| Blödning efter kirurgi (T81.0) | 10 | 3/7 |
| Totalt antal komplikationer | 38 (1,1 procent) | 25/13 |

Följande ICD-koder som utgör potentiella komplikationer har ej begärts ut: Accidentell punktion eller skada under operation (T81.2), Chock efter kirurgi (T81.1), Ospecificerad komplikation efter kirurgi (T81.9), Andra specificerade komplikationer (T81.8)

SA: standardavvikelse.

Vid tidpunkten för bröstförstoringen var kvinnorna i genomsnitt 36 år gamla och hade ett BMI på 24. Av de totalt 3 512 individerna behandlades 38 (1,1 procent) i offentlig specialiserad vård för komplikationer under de första 3 månaderna efter operationen (Tabell 1). Cirka två tredjedelar av dessa fall (25 av 38; 66 procent) handlades helt inom den specialiserade öppenvården. De vanligaste komplikationerna var ruptur av operationssår eller sår-läkningsproblem (23 av 38; 61 procent) samt postoperativ blödning (10 av 38; 26 procent). Förekomsten av allvarliga systemiska komplikationer som krävde specialiserad vård i offentlig regi var låg, 5 fall (0,14 procent) i hela studiepopulationen.

DISKUSSION

Huvudfynd

Detta är den första svenska registerbaserade studien som undersöker hur ofta komplikationer efter estetisk kirurgi behandlas inom den offentliga specialiserade vården. Resultaten visar att 1,1 procent av kvinnorna (38 av 3 512) som genomgått bilateral bröstförstoring behandlades för en komplikation i offentlig regi inom 3 månader efter ingreppet.

Till skillnad från de flesta tidigare studier [14, 15] inkluderar denna analys även diagnoskoder som inte nödvändigtvis leder till reoperation, vilket försvårar direkta jämförelser med tidigare forskning. I större internationella serier av kosmetisk bröstförstoring har en 30-dagarsfrekvens av reoperationer på cirka 3-4 procent rapporterats [14, 15]. Våra resultat indikerar därmed att endast en mindre andel av komplikationerna efter bröstförstoring kräver behandling inom den offentliga vården.

»Våra resultat indikerar därmed att endast en mindre andel av komplikationerna efter bröstförstoring kräver behandling inom den offentliga vården.«

Studiens styrkor och svagheter

Studien har flera styrkor men även potentiella felkällor och begränsningar. En viktig svaghet är att Bröstimplantatregistrets täckningsgrad ännu inte är fullständig [13]. Det saknas studier som undersöker varför vissa verksamheter eller enskilda kirurger väljer att inte registrera sina ingrepp, och om dessa aktörer skiljer sig från dem som gör det. Sådana skillnader skulle i teorin kunna påverka resultaten, till exempel om registrerade kliniker i större utsträckning hanterar sina komplikationer internt.

BRIMP har inte heller validerats avseende datakvalitet och fullständighet, vilket ytterligare kan påverka resultatens tillförlitlighet. Därtill redovisas BRIMP-data inte på verksamhetsnivå, vilket innebär att enstaka patienter i vår studie kan ha primäropererats inom offentlig vård. Antalet bröstförstoringar som utförs offentligt på grund av benigna bröstavvikelse är dock mycket lågt och huvudsakligen koncentrerat till yngre kvinnor, varför detta sannolikt inte påverkar resultaten i någon större utsträckning.

Patientregistret fångar komplikationer som hanteras inom specialiserad vård, oavsett sjukhus eller medicinsk specialitet. En tydlig begränsning är dock att registret inte omfattar primärvården, där en del komplikationer och eftervård sannolikt hanteras. Komplikationer efter estetisk kirurgi som utförs utomlands kan heller inte identifieras i PAR, eftersom dessa patienter inte särskiljs i registret.

Ytterligare en svaghet är att inte alla relevanta ICD-10-koder för komplikationer efter bröstförstoring inkluderats i analysen. Exempelvis har koderna T81.9 (Specificerad komplikation efter kirurgi) och T81.8

(Andra specificerade komplikationer efter kirurgi) utelämnats. Det innebär att det faktiska antalet komplikationer som behandlas inom offentlig vård sannolikt är något underskattat.

Framtida behov

För att mer heltäckande kunna beskriva hur vanligt det är att komplikationer efter privatfinansierad estetisk kirurgi behandlas inom offentlig sjukvård krävs ett utökat rapporteringsansvar för privata vårdgivare. Ett möjligt tillvägagångssätt vore att dessa aktörer åläggs att rapportera ingrepp till Patientregistret. Dessutom skulle införandet av särskilda nationella fördjupningskoder kunna förbättra möjligheten att följa upp eftervård vid estetisk kirurgi. Exempelvis skulle två nya underkoder till Z42 »Plastikkirurgisk eftervård« kunna införas: en för estetisk kirurgi utförd i Sverige och en för estetisk kirurgi utförd utomlands. En sådan struktur skulle möjliggöra mer exakt registrering och framtida jämförande studier.

SLUTSATS

Sammanfattningsvis visar denna studie att 1,1 procent av 3512 kvinnor som genomgått bilateral kosmetisk bröstförstoring under perioden 2014–2024 behandlades inom offentlig specialiserad sjukvård för någon form av komplikation under de första 3 månaderna efter operationen. Jämfört med tidigare rapporterade komplikationsfrekvenser tyder detta på att endast en minoritet av komplikationerna efter kosmetisk bröstförstoring hanteras i offentlig regi. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Emma Hansson har varit verksam inom privatfinansierad plastikkirurgi t o m 2021 och var 2018–2022 ordförande för Svensk plastikkirurgisk förening (SPKF). Rojda Gümüşü är verksam inom privatfinansierad plastikkirurgi och ordförande för Svensk förening för estetisk plastikkirurgi (SFEP). Anna Elander har tidigare (1990-talet) varit verksam inom privatfinansierad plastikkirurgi och är ledamot i Nationellt programområde för kirurgi och plastikkirurgi, ordförande för SPKF samt f d verksamhetschef för VO plastikkirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Citera som: *Läkartidningen. 2025;122:25126*

REFERENSER

- Heidekrueger PI, Juran S, Ehrli D, et al. Global aesthetic surgery statistics: a closer look. *J Plast Surg Hand Surg.* 2017;51(4):270-4.
- Montemurro P, Porcnik A, Hedén P, et al. The influence of social media and easily accessible online information on the aesthetic plastic surgery practice: literature review and our own experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2015;39(2):270-7.
- Hansson E, Zaya S, Meyer S, et al. Prevalence of women with breast implants in Sweden: a study based on the population-based mammography screening programme. *J Plast Surg Hand Surg.* 2023;58:96-100.
- Konsumentrapporten 2018. Karlstad: Konsumentverket; 2018. Rapport 2018:1.
- Gavelin M. Särskild mottagning fick öppna i Västerås. *Sjukhusläkaren.* 11 apr 2023.
- Gavelin M. Verksamhetschefer vittnar: Misslyckade kosmetiska ingrepp tränger undan annan viktig vård. *Sjukhusläkaren.* 11 apr 2023.
- Refoi M. Låt kliniken betala när skönhetssyftet går fel. *Aftonbladet.* 1 nov 2024.
- Alkurdi T. Skönhetslyft som går fel drabbar andra sjuka. *Aftonbladet.* 13 maj 2023.
- Lennen Merckx J, Grill M. Karolinska stoppar hjälp till skönhetsopererade. *SVT Nyheter.* 16 aug 2017 [uppdaterat 28 aug 2017].
- Gustavsson E. Characterising needs in health care priority setting [avhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2017.
- Sandman L, Hansson E. An ethics analysis of the rationale for publicly funded plastic surgery. *BMC Med Ethics.* 2020;21(1):94.
- Paganini A, Ottosson J, Halle M, et al. Frequency, demographics, and comorbidity of women with post-bariatric breast implants: a Swedish population-based controlled study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2025;111:145-55.
- Bröstimplantatregistret (BRIMP). Årsrapport 2023.
- Zhang L, Zheng J, Mu J, et al. Risk factors for postoperative complications following aesthetic breast surgery: a retrospective cohort study of 4973 patients in China. *Aesthetic Plast Surg.* 2022;46(6):2629-39.
- Hemmingsen MN, Larsen A, Ørholt M, et al. Hematoma and deep surgical site infection following primary breast augmentation: a retrospective review of 1128 patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2022;75(3):1197-203.

SUMMARY

Public specialised care for postoperative complications after cosmetic breast augmentation

Aesthetic surgery has become increasingly common in Sweden, and complications from privately performed procedures sometimes require treatment in the public healthcare system. This national register-based study investigated the proportion of women undergoing cosmetic breast augmentation who received public specialised care for postoperative complications within three months. Data from 3512 women registered in the Swedish Breast Implant Registry (BRIMP, 2014–2024) were analysed using ICD-10 codes from the National Patient Register. In total, 38 women (1.1%) were treated in the public system for complications, most commonly wound rupture (61%) and bleeding (26%); severe systemic complications were rare (0.14%). The findings suggest that only a minority of complications after cosmetic breast augmentation are managed within the public healthcare system. However, the study has methodological flaws, and improved national reporting is necessary to inform future healthcare planning and policy.