
Oftalmologi og kosmetikk

REDAKSJONELT

ANNA MIDELFART

Anna Midelfart (f. 1947) er spesialist i øyesykdommer og professor i oftalmologi ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Øyeavdelingen

Regionsykehuset i Trondheim

7006 Trondheim

Diskusjonen omkring hva som er faglig medisinsk begrunnet og hva som kan betegnes som kosmetiske inngrep er også kommet inn i oftalmologien. Fra gammelt av er enkelte uttrykk så fast innarbeidet at man ikke lenger reflekterer over dem. For eksempel brukes uttrykket ”kosmetisk inngrep” som betegnelse for strabismeoperasjoner hvor man ønsker å rettstille øyne, selv om det ikke er mulig å forbedre den visuelle funksjon. En slik karakteristikk kan oppleves som negativ av pasientene. I dette nummer av Tidsskriftet peker Olav H. Haugen (1) på at pasientene kan ha både personlige, sosiale og økonomiske problemer med skjeling, og at en operasjon med rettstilling av øynene vil ha verdi utover det funksjonelle. I vår tid, hvor man legger mye vekt på øyekontakt og hvor ansiktsbildet brukes hyppig i ulike sammenhenger, er øynenes stilling viktig. En undersøkelse med presentasjon av ansiktsbilde viste at kvinner med en betydelig horisontal skjeling har dårligere sjanser for å få arbeid enn kvinner med rettstilte øyne (2). Det ble derfor anbefalt å skifte terminologi og legge mer vekt på den yrkesmessige og sosiale betydning av strabisme (2). Haugen anbefaler at ved strabismeoperasjoner bør uttrykket ”kosmetisk indisert” endres til ”psykososialt indisert” eller til ”operasjon for å få forbedret blikkontakt” (1).

I de senere år har diskusjonen omkring kosmetiske inngrep innen oftalmologien blusset opp i takt med innføring av medisinsk teknologi som åpner nye veier i behandlingen. Nye operasjonsteknikker med mikroskopisk kirurgi har ført til at øyeoperasjoner er blitt mindre traumatiske, slik at de nå ofte utføres poliklinisk med anvendelse av lokalanestesi. Synskvaliteten er blitt mye bedre etter slike operasjoner – for eksempel gir nåværende teknikk med implantasjon av kunstig linse ved grå stær-operasjoner en helt annen synsopplevelse enn tidligere, da man kun gjorde linseekstraksjon. Borte er de sterke og upraktiske stærbrillene som pasientene fikk etter operasjonen. Mens innleggelse i sykehus i en uke var vanlig for 15 – 20 år siden, opererer man i dag de

fleste pasienter poliklinisk. Indikasjonen for operasjon er blitt mer liberal, og kataraktoperasjoner er dermed blitt det hyppigste operative inngrep i den vestlige verden (3). Til tross for at antall operasjoner i Norge har økt vesentlig gjennom de siste 20 år, er det ventetid ved mange sykehusavdelinger. I det siste har imidlertid statlig tilskudd til kataraktoperasjoner i privat praksis resultert i en betydelig reduksjon av ventelistene. Dette har skapt bekymringer innenfor det offentlige helsevesen for at tilgangen på pasienter i fremtiden kan bli for liten (4).

Innføring av laser har gitt mange nye behandlingsmuligheter for øyesykdommer, og anvendelsesområdet utvides stadig. Initialt revolusjonerte fotokoagulasjon med laser terapi av diabetisk retinopati. I dag brukes laser også i behandlingen av glaukom, sekundær katarakt og ved forskjellige netthinnesykdommer. Dette gjøres både ved sykehusavdelingene og blant private spesialister. I fotorefraktiv kirurgi anvendes laser for å korrigere brytningsfeil, ved å endre hornhinnens form og krumning. Både nærsynthet, langsynthet og astigmatisme kan korrigeres, og teknikken forbedres hele tiden (5). Den initiale skepsis blant øyeleger mot denne behandlingen er blitt mindre, ikke minst takket være resultater fra evaluering av prøveprosjektet i USA før myndighetene godkjente denne prosedyren. I dag anslår man risikoen for ”katastrofale” følger, inkludert infeksjoner ved fotorefraktiv kirurgi, til å være mindre enn én av 3 000 (6). Det viktigste motargumentet mot slike inngrep er at vi mangler erfaringer med utviklingen av det opererte øyet over lengre tid, spesielt når de behandlede pasienter blir eldre og kan rammes av ulike øyesykdommer.

Med unntak av enkelte spesielle tilstander betraktes refraksjonskirurgi i dag som et kosmetisk inngrep. Det utføres kun i privat regi, foruten ved Haukeland Sykehus. Betegnelse ”kosmetisk” begrunnes med at det dreier seg om inngrep på friske hornhinner og at brytningsfeil, i alle fall i lavere grad, ikke er noen sykdom. Mange som lar seg behandle, vil være uenige i en slik karakteristikk, og begrunner det med ulemper ved å bruke briller (7).

I det siste er øyelegene også blitt involvert i moderne plastisk kirurgi i ansiktet. Forsiktig start med plastiske operasjoner av overflødig hud i øyelokkene har utviklet seg til kompliserte teknikker med laserbehandling av rynker rundt øynene og dyptgripende ansiktsløftninger for å gi pasienten et ”forynget” utseende. Denne type kirurgi får ofte betegnelsen ”estetisk” og er blitt en del av utviklingen innen oftalmoplastisk kirurgi (8).

På flere områder har oftalmologien begynt å bevege seg mot grenser hvor man må veie forskjellige hensyn mot hverandre, ikke bare de faglige. Begrepsopprydding med oppklaring av hva som kan betraktes som kosmetikk, hva som er estetiske inngrep, hva som er medisinsk-faglig begrunnet og hva som krever etisk vurdering hjelper lite dersom man ikke tar hensyn til hvor det er best å utføre behandlingen og hvordan den skal finansieres. Ett moment blir ofte borte i denne debatten, og det er den faglige utviklingen av oftalmologien som helhet, inkludert opplæringen av spesialister. Dersom enkelte inngrep defineres som kosmetiske og man krever full betaling fra pasientene, er det kun det private helsevesen som foreløpig kan stå for disse. Dette innebærer at man ikke får tilstrekkelig erfaring med slike prosedyrer innenfor det offentlige, noe som må være en forutsetning for å kunne takle eventuelle komplikasjoner, gi råd og veiledning til pasientene og utvikle faget videre. På den annen side vil knapphet på ressurser tilsi at det er bedre å prioritere tilstander som gir synsforbedring enn kosmetiske inngrep. Avveiningene vil derfor være mange, og det synes å være nødvendig med en grundig

faglig debatt. Først og fremst for at det ikke skal bli altfor stor avstand mellom det man anser som faglig ønskelig, og det som er økonomisk mulig innenfor det offentlige helsevesen (9), dernest for å fordele oppgaver mellom det offentlige og private så fornuftig at man ivaretar alle aspekter, ikke bare de økonomiske.

LITTERATUR

1. Haugen OH. Strabismeoperasjon – ”på kosmetisk indikasjon”? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2038 – 40.
2. Coats DK, Paysse EA, Towler AJ, Dipboye RL. Impact of large angle horizontal strabismus on ability to obtain employment. *Ophthalmology* 2000; 107: 402 – 5.
3. Delcourt C, Cristol J-P, Léger CL, Descomps B, Papoz L, the POLA Study Group. Associations of antioxidant enzymes with cataract and age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 1999; 106: 215 – 22.
4. Brev fra styret i Norsk Oftalmologisk forening av 4.10.1999. Oslo: Norsk Oftalmologisk forening ved Den norske lægeforening, 1999.
5. Tasman W, Jaeger EA. *Duane's clinical ophthalmology*. Bd. 6. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.
6. Pop M, Payette Y. Results of bilateral photorefractive keratectomy. *Ophthalmology* 2000; 107: 472 – 9.
7. Midelfart A. Brille – over og ut? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 112 – 4.
8. Baylis HI, Goldberg RA, Shorr N. The deep plane facelift. *Ophthalmology* 2000; 107: 490 – 5.
9. Aarseth HP. Hvem har krav på legens lojalitet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1119.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.