
Kosmetikk, plastikk og semantikk

INVITERT KOMMENTAR

KJERSTI AUSEN

kjerstiausen@gmail.com

Kjersti Ausen er ph.d., spesialist i plastikkirurgi og overlege i plastikkirurgi ved St. Olavs hospital. Hun har en forskerstilling ved Institutt for klinisk og molekylær medisin ved NTNU og er tidligere leder av Norsk plastikkirurgisk forening. Hun har et bierverv som privatpraktiserende plastikkirurg ved Aleris. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kosmetisk kirurgi har blitt vanligere. Det skyldes ikke bare samfunnsendringer. Prosedyrene har blitt tryggere, og behovet for inngrep på medisinsk indikasjon øker.

Kvalem og medforfattere publiserer i Tidsskriftet en større tverrsnittstudie om kosmetisk kirurgi blant kvinner i alderen 18–60 år (1). I tillegg til å gi en oppdatering om bruk av kosmetisk kirurgi, gir studien anledning til å analysere tidsånden og samspillet mellom helsetilbud og opplevde behov.

Et panelutvalg på over 3 000 kvinner ble intervjuet.

Sammenligningsgrunnlaget var en lignende spørreundersøkelse fra 2003, hvor 900 av 2 000 norske kvinner trukket fra Folkeregisteret svarte på om de «noen gang hadde tatt en kosmetisk operasjon», samt levekårsundersøkelsen fra 2008, hvor over 5 000 kvinner og menn svarte på spørsmål om de hadde gjennomgått «kosmetisk kirurgi som de hadde betalt for selv» (2, 3). I Kvalem og medarbeideres nye undersøkelse oppga 17 % å ha gjennomgått ett eller flere kosmetisk inngrep, mot 7–8 % i både 2003 og 2008.

Forfatterne peker i denne sammenhengen på fremveksten av sosiale medier som en av de største samfunnsendringene de siste to tiårene. De har interessante og relevante betraktninger rundt effekten sosiale medier har på forbruk og ønsket om utseendeforbedrende prosedyrer. Samtidig har det skjedd andre vesentlige samfunnsendringer. Den vestlige verden opplever en fedmeepidemi, slankeoperasjoner har blitt introdusert og forbedret, og de siste

årene har bruk av vektreduserende medikamenter eksplodert. Flere opplever derfor senfølger med overskuddshud og ledsagende fysiske plager, og kan ha medisinsk indikasjon for kosmetisk kirurgi.

«Den betydelige økningen i kosmetisk kirurgi som er observert, er trolig reell»

Kirurgi har blitt tryggere og mindre ressurskrevende. På 1970- og 80-tallet innebar brystreduksjon flere dagers innleggelse og blodtransfusjon i opptil 25–30 % av tilfellene (4). I dag er inngrepet som regel en dagkirurgisk prosedyre, og hematomraten i ferske publikasjoner er meget lav (5).

Den betydelige økningen i kosmetisk kirurgi som er observert, er trolig reell. Brystforstørrelse gjøres sjelden av medisinske grunner, og hyppigheten av inngrepet kan være et surrogatmål for økningen i bruk av kosmetisk kirurgi. I den aktuelle undersøkelsen hadde 4,5 % gjennomgått brystforstørrelse, mot 2 % i 2003, altså mer enn en fordobling.

Det siste tiåret har man også sett en betydelig fremvekst av kosmetiske injeksjonsbehandlinger og såkalte «mini-invasive» prosedyrer, med vesentlig vevspåvirkning og ledsagende bivirkningsrisiko. Slike behandlinger har i mindre grad vært regulert, og tilbyderne har varierende medisinsk kompetanse. Dersom denne «ytterligheten» av kosmetisk kirurgi hadde inngått i undersøkelsen, hadde nok økningen i utseendeendrende prosedyrer siden 2003 vært langt mer uttalt.

Sammenlignet med andre land har Norge god regulering av kosmetisk kirurgi gjennom Forskrift om tillatelse til å utføre kosmetiske kirurgiske inngrep fra 2001 og Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep fra 2005 (6). Forskriftene har imidlertid i liten grad blitt håndhevet i forbindelse med de nevnte nye, potente kosmetiske behandlingene, og Norsk plastikkirurgisk forening påpekte i 2019 et behov for å revidere disse for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2021 Forslag til lov- og forskriftsendringer for å motvirke kroppspress (21/296) på høring, men ingen endringer er hittil gjennomført.

Myndighetene innførte imidlertid moms på kosmetisk kirurgi i 2021, ut fra et argument om å redusere kroppspress. Som en bivirkning har usikkerhet rundt når et inngrep defineres som *kosmetisk*, ført til at pasienter med plager som ikke er tilstrekkelig uttalt til å kvalifisere for gratis offentlig behandling, nå risikerer å måtte betale moms unødige når de oppsøker privat plastikkirurgi.

«Huden er vårt mest synlige organ, men korreksjon av plager fra hud bør ikke likestilles med kosmetikk»

Forfatterne definerer kosmetisk kirurgi som «kirurgiske prosedyrer som utføres for å endre og forbedre en pasients fysiske utseende», men legger til at «[p]lastikkirurgiske inngrep med en medisinsk begrunnelse også kan ha en kosmetisk komponent». Dette illustrerer at selve nomenklaturen er problematisk ved kartlegging av kosmetisk kirurgi. Ut fra forfatternes definisjon ville operasjon av ikke-symptomgivende åreknuter være kosmetisk

kirurgi, mens i dagligtale vil de fleste bruke begrepene plastikkirurgi og kosmetisk kirurgi synonymt om «kirurgisk inngrep på hud, utført av plastikkirurg». Huden er vårt mest synlige organ, men korreksjon av plager fra hud bør ikke likestilles med kosmetikk. Kvalem og medforfattere spurte ikke om pasientene betalte det kosmetiske inngrepet selv, eller om det ble utført av offentlig eller privat tilbyder. Dermed kan det skjule seg en andel korreksjoner av hudplager på medisinsk grunnlag blant de «kosmetiske» inngrepene i studien.

Hudoverskudd etter svangerskap, vektnedgang eller ved aldring kan gi problemer med bekledding, hindre fysisk aktivitet og gi sårhet og fuktplager. Det er likevel kun ved betydelig hudoverskudd at man kvalifiserer for offentlig gratis kirurgisk korreksjon. Terskelen har blitt høyere som svar på det økende antallet pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi. Når denne gruppen søker kirurgisk hjelp hos private tilbydere i markedet, vil de sannsynlig svare «ja» på at de har gjennomgått kosmetisk kirurgi, også når det var på grunn av en objektiv fysisk plage.

En mer funksjonell definisjon av kosmetisk kirurgi er «endring av normalitet», mens «tilbakeføring til normalitet» peker på en medisinsk indikasjon og er ikke kosmetikk. Bevisstgjøring rundt en slik inndeling er viktig for flere medisinske fagfelt. I Norge har plastikkirurgene utarbeidet egne etiske regler for utøvelse av estetisk plastikkirurgi, og vi er glade for myndighetenes pågående prosess for å bedre regulere og trygge markedet for «endring av normalitet».

REFERENCES

1. Kvalem I, von Soest T, Sundgot-Borgen C et al. Kosmetisk kirurgi blant kvinner – en tverrsnittsstudie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0218. [CrossRef]
2. von Soest T, Kvalem IL, Roald HE et al. Kosmetisk kirurgi blant norske kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1776–8. [PubMed]
3. Ramm J, von Soest T. Kosmetisk kirurgi: 5% har lagt seg under kniven. *Samfunnsspeilet* 2011: 37–42.
4. Brantner JN, Peterson HD. The role of vasoconstrictors in control of blood loss in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 339–41. [PubMed][CrossRef]
5. Yao A, Wang F, Benacquista T et al. Topical Tranexamic Acid Does Not Reduce Hematoma in Reduction Mammoplasty: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *Plast Reconstr Surg* 2024; 154: 30–7. [PubMed]
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk kirurgiske inngrep. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1387> Lest 17.12.2024.

Publisert: 9. januar 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0647

