

Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 8/2004

APRIL
2004

Rapport fra Helsetilsynet 8/2004
Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge
April 2004

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Forord

Helsedepartementet ga i 2003 Statens helse-tilsyn i oppdrag å starte forberedelsene av et intensivert tilsyn med kosmetisk kirurgi. Departementet ønsket særlig kunnskap om omfanget av inngrep på personer under 18 år og om markedsføring av kosmetisk kirurgi.

Vi har her samlet Helsetilsynets tilbake-rapportering til departementet. Først en sammenfattende rapport (Rapport A) som viser hva Helsetilsynet har gjort og hva våre konklusjoner og tilrådninger er, deretter en rapport (Rapport B) fra kartlegging av omfanget av kosmetisk kirurgi, inklusive omfanget av inngrep på personer under 18 år, og til slutt en rapport om markedsføring av kosmetisk kirurgi (Rapport C).

Statens helsetilsyn takker de private klinik-kene og helseforetakene som har deltatt og lagt ned et betydelig arbeid i rapportering om omfang av utførte inngrep. Helsetilsynet takker også forskningsinstituttet NOVA som vi har hatt godt samarbeid med den. De påtok seg et vanskelig oppdrag med stramme tids-frister, og har gitt oss god bistand.

Innhold

Forord	3
RAPPORT A:	
Sammenfattende rapport om kosmetisk kirurgi i Norge	7
1 Innledning	8
1.1 Oppdraget og hvordan det ble forstått	8
1.2 Avgrensing og begrepsavklaring	8
1.3 Om innholdet i denne rapportent	9
2 Hva Helsetilsynet har gjort	10
3 Hvem kan utøve kosmetisk kirurgi i Norge?	11
4 Omfanget av inngrep, inklusive inngrep på personer under 18 år	12
5 I hvilken grad klages det på inngrep?	13
5.1 Saker i Helsetilsynet i fylkene og i Statens helsetilsyn	13
5.2 Saker hos pasientombudene	13
5.3 Saker hos forbrukermyndighetene	13
5.4 Sammenfatning om klager på kosmetisk kirurgiske inngrep	13
6 Markedsføring	14
7 Andre erfaringer	15
7.1 En form for kroppsteknikk som har forekommet i svært lang tid, og som går i bølger 15	
7.2 Kjønn og seksualitet	15
7.3 Uklare grenser mellom hva som anses kosmetisk og medisinsk indisert	15
7.4 Behov for avklaring av noen grunnleggende verdispørsmål	16
7.5 Om risiko	16
7.6 Samfunnsøkonomiske aspekter, prioritering	16
8 Konklusjoner og tilrådinger	18
8.1. Regulering av kosmetisk kirurgi antas å ha liten innvirkning på etterspørsel og tilbud; andre faktorer er bestemmende	18
8.2. Omfang av kosmetisk kirurgiske inngrep på personer under 18 år	18
8.3. Regulering av hvem som kan utføre kosmetisk kirurgi	18
8.4. Tilsynsmyndigheten har liten informasjon om pasienter som er misfornøyde etter kosmetisk kirurgiske inngrep	18
8.5. Markedsføring av kosmetisk kirurgi	18
Litteraturliste	20

Vedlegg I	
Brev til Helsetilsynet i fylkene av 2. juli 2003.....	21
Vedlegg II	
Svar på brev fra Statens helsetilsyn av 02. 07. 2003, fra Helsetilsynet i fylkene.....	23
Vedlegg III	
Sammendrag av nyere, norsk samfunnsvitenskapelig forskning om kosmetisk kirurgi.....	25
RAPPORT B:	
Omfang av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge	
DEL I – Helsetilsynets vurdering	27
Sammendrag	28
1 Innledning	29
2 Bakgrunn for kartleggingen.....	30
2.1 Hensikt med kartleggingen.....	30
3 Metode og materiale	31
3.1 Metodevalg	31
3.2 Metodiske betraktninger	31
3.2.1 Medisinske eller kosmetiske begrunnelser for inngrep – uklare definisjoner og grenser.	31
3.2.2 Begrensninger i materialet	32
4 Helsetilsynets vurdering av resultatene	34
4.1 Personer over 18 år – omfang og type inngrep.....	34
4.2 Personer under 18 år – omfang og type inngrep.....	35
4.3 Utviklingstendenser i årene 2000 - 2002	35
5 Oppsummering og konklusjon	36
Litteraturliste	38
RAPPORT B:	
Omfang av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge	
DEL II – Rapport fra NOVA.....	39
1 Innledning	40
2 Metode	41
2.1 Utvalgelse av informanter	41
2.2 Pilotintervjuer	41
2.3 Gjennomføring av undersøkelsen.....	42
2.4 Mulige svakheter ved metoden	42
3 Resultater	44
3.1 Inngrep på personer over 18 år etter kjønn og alder	44
3.2 Typer av inngrep på personer over 18 år etter kjønn	44
3.3 Inngrep på personer under 18 år	45
3.4 Utvikling over tid	47
4 Oppsummering og konklusjon	48
Vedlegg I	
Brev fra Helsedepartementet av 28. mars 2003 med beskrivelse av oppdrag	49
Vedlegg II	
Brev av 26. januar 2003 fra Helsetilsynet til klinikker som utfører kosmetisk plastikkirurgi	50
Vedlegg III	
Registrerings skjema med instruks om utfyllingen.....	52

Vedlegg IV	
Mer om data og metode	55
Vedlegg V	
Liste over private og offentlige klinikker/enheter som utfører kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge.....	57
RAPPORT C:	
Markedsføring av kosmetisk kirurgi	59
1 Innledning	60
1.1 Kartleggingens formål	60
1.2 Helsetjenester i grenseland.....	60
1.3 Begrepsavklaring	61
2 Hva regulerer markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester?	62
2.1 Generelt om rettskildene på feltet.....	62
2.2 Litt om forholdet mellom helsepersonelloven § 13 og markedsføringsloven	62
2.3 Er kosmetisk kirurgi ”helsehjelp” i helsepersonellovens forstand?	62
2.4 Oversikt over rettskildene	63
2.4.1 Om markedsføringsloven	63
2.4.2 Om helsepersonelloven § 13	64
2.4.3 Om helsepersonelloven § 6	64
2.4.4 Om Rundskriv i-8/2003 fra Helsedepartementet: Kosmetisk kirurgi – fortolkning av relevant regelverk	64
2.4.5 Om Den norske lægeforenings etiske regler.....	65
2.4.6 Om Norsk plastikkirurgisk forenings etiske regler.....	66
2.4.7 Om pasientrettighetsloven § 4-1	66
2.4.8 Om forslag til EU-regler	66
3 Kartleggingen av markedsføring: materialet, metode og funn	68
3.1 Materiale	68
3.2 Metode	69
3.3 Funn	70
3.3.1 Funn ved gjennomgang av materiale fra nettsider	70
3.3.2 Funn ved gjennomgang av aviser i en uke i oktober 2003	73
3.3.3 Funn ved gjennomgang av blader/magasiner	73
4 Diskusjon	74
4.1 Drøfting av utvalget av markedsføringsmateriell	74
4.2 Vurdering av funnene opp mot gjeldende regelverk	74
4.2.1 Noen av funnene er i grenseland for det lovlige	74
4.2.2 Behov for informasjon, inklusive retten til å kjenne resultater	75
4.2.3 Kostnader og pasienters ressursbruk	75
4.2.4 Behov for avklaring	76
4.3 Funnene sett i relasjon til noen prinsipper i markedsføringsteori.....	76
4.3.1 Noen prinsipper om markedskommunikasjon	76
4.3.2 Funnene på nettet i forhold til prinsipper om markedskommunikasjon.....	77
4.3.3 Funnene i aviser og blader i forhold til prinsipper om markedskommunikasjon .	77
4.4 Noen problemstillinger knyttet til regulering	77
4.4.1 Antall saker behandlet av offentlige myndigheter	77
4.4.2 Flere tilsynsmyndigheter – er rollene klare nok?	77
4.4.3 Om annonsering på internett	78
5 Sammenfattende vurderinger	79
5.1 Om funnene i kartleggingen og behovet for klargjøring av myndighetenes krav ..	79
5.2 Spenningsforhold mellom intensjonen til markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester og intensjonene bak regulering av helsetjenester	79
5.3 Markedsføringen utgjør bare en liten del av påvirkningen på befolkningen	79
5.4 Behovet for informasjon, og forslag om forbud mot reklame	80
6 Helsetilsynets anbefalinger	81

RAPPORT A:

Sammenfattende rapport om kosmetisk kirurgi i Norge

1 Innledning

1.1 Oppdraget og hvordan det ble forstått

Helsetilsynets arbeid relatert til kosmetisk kirurgi er et oppdrag fra Helsedepartementet. Det er omtalt i tildelingsbrevet datert 19.03.03, og i et eget oppdragsbrev datert 28.03.03. Det siste finnes i sin helhet i vedlegg I til Rapport B, Del II. I tillegg har oppdraget blitt ytterligere presisert i møter og kontakter mellom Helsedepartementet og Helsetilsynet.

I tildelingsbrevet står det at det skal gjennomføres en ”kartlegging av omfanget av kosmetiske inngrep på personer under 18 år, herunder om foreldrene har gitt samtykke til slike operasjoner, og de medisinskfaglige vurderingene som har ligget til grunn for operasjonene”. Det anføres videre at Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet skal bistå og/eller gjennomføre kartleggingen. Oppdragsbrevet ber Helsetilsynet starte forberedelsen av et intensivt tilsyn med virksomheter og helsepersonell som tilbyr kosmetisk kirurgi. Videre bes Helsetilsynet om å vurdere på hvilken måte en kan foreta en kartlegging av omfanget av kosmetiske operasjoner på personer under 18 år. I vår kontakt med departementet ble det brakt på det rene at kartlegging av markedsføring var et prioritert område.

Etter Helsetilsynets oppfatning handler oppdraget, i tillegg til kartleggingen av inngrep på unge, om å skaffe en oversikt over feltet kosmetisk kirurgi i Norge, og å vurdere egnet tilsynsmessig oppfølging, herunder krav i relevant regelverk.

1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Oppdragsbrevet fra Helsedepartementet bruker uttrykket ”kosmetisk kirurgi”. Etter samråd med departementet har vi forstått det til å omfatte inngrep med bruk av kirurgisk kniv, der hvor indikasjonen er utelukkende, eller overveiende, kosmetisk. Vi har derfor ikke inkludert tilfeller der en injiserer stoffer under huden eller andre typer hudbehandling. Vi oppfatter det å ligge utenfor oppdraget.

Den norske lægeforening bruker betegnelsene ”kosmetisk kirurgi” og ”estetisk kirurgi” som synonymer. Legeforeningen har en spesialforening som heter Norsk plastikkirurgisk forening, og underavdelingen Norsk forening for estetisk plastikkirurgi. Plastikkirurgi er altså en spesialitet, kosmetisk kirurgi er det ikke.

Vi har oppfattet oppdraget å omfatte alle inngrep som utføres på kosmetisk indikasjon, uavhengig av hvilke spesialister de utføres av.

Avgrensning på grunnlag av indikasjon volder en del besvær. I mange tilfeller er det helt klart hva som anses medisinsk indisert og hva som er kosmetisk, men det vil være gråsoner og skjønnsmessige vurderinger. Samtidig er det praktisk og økonomisk viktig hvorvidt et inngrep vurderes å være kosmetisk eller medisinsk indisert, idet det får betydning for rettigheter som refusjon fra trygden og rett til sykmelding. Psykiske reaksjoner pga. utstående ører eller asymmetri i ansikt eller kropp vil for eksempel avhenge av grad av mobbing og psykisk robusthet. Variasjon i forhold til utøvelse av dette skjønnnet kan utgjøre et problem i forhold til likebehandling i landet.

1.3 Om innholdet i denne rapporten

Helsetilsynets arbeid med kosmetisk kirurgi har tatt utgangspunkt i kjerneoppgaver for tilsynsmyndigheten. Vi har derfor beskrevet klagesaker og andre, egne erfaringer knyttet til dette området.

For å svare på oppdraget fra Helsedepartementet, har vi satt tilsynserfaringene inn i en noe bredere sammenheng. Dette var også nødvendig for å gi bakgrunn for forslag til endring av regelverket for at myndighetenes forventninger kan tydeliggjøres.

Områdeovervåking som en del av overordnet faglig tilsyn er en sentral oppgave for Helsetilsynet, og for dette trengs det kunnskap. Det fins lite kunnskap om kosmetisk kirurgi i Norge. To kartlegginger ble gjort i forbindelse med oppdraget, én om omfang av inngrep og én om markedsføring. Vi har også samlet noe kunnskap om hvem utøvere av kosmetisk kirurgi er. Vi har videre valgt å referere til samfunnsvitenskaplig forskning vedrørende brukeres perspektiv på kosmetisk kirurgi, og forskernes tolkninger av kosmetisk kirurgi som samfunnsfenomen. Denne forskningen kan være med på å belyse den kjønnsforskjellen som omfangsundersøkelsen viser, og også gi andre perspektiver på kosmetisk kirurgi som kjønnet fenomen.

Risiko ved ulike tjenester og inngrep er viktig bakgrunnskunnskap for områdeovervåking, og vi har inkludert et avsnitt om dette. Videre nevner vi noen viktige samfunnsøkonomiske aspekter som kan ha betydning for kapasitet og tilgjengelighet innen feltet plastikkirurgi, hvor storparten av kirurger som utøver kosmetisk kirurgi er rekruttert fra. Under diskusjonen i Stortinget våren 2003 ble det uttrykt bekymring for at en stor del av kapasiteten innen plastikkirurgi går til kosmetisk kirurgi. En tapping av kapasiteten i helseforetakene kan føre til at "sørge-for"-plikten ikke oppfylles.

2 Hva Helsetilsynet har gjort

Vi har søkt å skaffe oss kunnskap om feltet gjennom kontakt med ulike fagmiljøer som Legeforeningen og Norsk forening for estetisk plastikkirurgi bl.a. for å få oversikt over leger som praktiserer kosmetisk kirurgi, og med universitetene i Bergen og Tromsø der det drives samfunnsvitenskapelig forskning om kosmetisk kirurgi.

Fra Helsetilsynet i fylkene er det innhentet opplysninger om klagesaker relatert til kosmetisk kirurgi i løpet av de tre siste årene, antall dispensasjoner for å utføre kosmetisk kirurgi av de som ikke er spesialister i plastikkirurgi, kjennskap til inngrep på personer under 18 år, og evt. annen relevant informasjon. Brev til Helsetilsynet i fylkene og sammendrag av deres svar finnes i vedlegg I og II. Samtidig har vi gjennomgått klagesaker på området som er oversendt Statens helsetilsyn de siste tre årene. I tillegg ble det kartlagt hva som fins av klager på kosmetisk kirurgiske inngrep hos pasientombud og forbrukerråd.

I samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet ble det skissert en kartlegging av omfanget kosmetiske inngrep, inklusive inngrep på personer under 18 år, og det ble bestemt at Helsetilsynet skulle stå for gjennomføringen av den. Av kapasitetsmessige hensyn ble kartleggingen utført i samarbeid med Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Den er beskrevet i Rapport B. For å få et mer utfyllende bilde av omfanget av inngrep på personer under 18 år, sonderte Sosial- og helsedirektoratet muligheten av å få foretatt en spørreundersøkelse blant ungdommer, men en kom til at det ville bli svært kostbart i forhold til hva en kunne forvente å få ut av det.

Helsetilsynet har videre gjennomført en kartlegging av markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester, vurdert opp mot eksisterende regelverk. Resultatet finnes i Rapport C.

3 Hvem kan utøve kosmetisk kirurgi i Norge?

Det finnes ikke oversikt over hvor mange leger som praktiserer kosmetisk kirurgi, på heltid eller deltid, i Norge. Men det kan gjøres noen anslag ut fra hva vi vet om de ulike gruppene som har tillatelse til å drive slik kirurgi, nemlig plastikkirurgene og noen andre spesialister.

Totalt er ca. 112 personer godkjente spesialister i plastisk kirurgi i Norge. Ikke alle disse er praktiserende; noen bor i utlandet, andre er pensjonerte eller har andre grunner for ikke å praktisere. Norsk plastikkirurgisk forening (NPF), som er en spesialforening under Den norske lægeforening, har 78 medlemmer. Det er anslått at det er ca. 70 praktiserende plastikkirurger i landet, og at halvparten av disse er heltidsbeskjeftiget i klinikker som driver kosmetisk kirurgi (1). I tillegg arbeider en del av plastikkirurgene deltid i klinikker ved siden av sine ordinære stillinger.

Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1387 om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgi sier at "Leger som er godkjente spesialister i generell kirurgi kan utføre kosmetisk kirurgiske inngrep med unntak av "ansiktsløfting", kompliserte arrkorreksjoner i ansiktet, og større brystoperasjoner som brystforstørrelsesoperasjon og reduksjonsplastikker." Videre sier forskriften at fylkesmannen kan gi tillatelse til at slike spesialister kan utføre de nevnte typene brystkirurgi på kvinner over fruktbar alder, på vilkår av at legen har videreutdanning og kan godtgjøre å ha de nødvendige ferdigheter.

Forskriften omhandler videre noen spesialister som kan utføre kosmetiske inngrep "som naturlig hører inn under spesialitetens arbeidsområde, og som inngår som en naturlig del av utdanningen i spesialiteten". Det gjelder spesialister i øre-nese-hals, øye-

sykdommer og spesialister i kjevekirurgi og munnhulesykdommer.

For å få oversikt over hvor mange spesialister i generell kirurgi som har spesiell tillatelse til å gjøre inngrepene som forskriften spesifiserer, inkluderte Statens helsetilsyn dette spørsmålet i henvendelsen til Helsetilsynet i fylkene. Bare to fylker svarte at slik tillatelse var gitt. Det var til sammen fire leger som hadde fått denne typen dispensasjon; tre i Oslo og en i Nordland. Fra Hordaland ble det svart at de hadde hatt en søknad i 2001, men den ble avslått. Helsetilsynet i alle de andre fylkene svarte negativt på spørsmålet om slik dispensasjon var gitt.

Forskriften gir altså spesialister i generell kirurgi tillatelse til å utføre kosmetiske inngrep som ikke faller inn under de spesifiserte unntakene. Vi antar at unntakene er valgt ut fordi de regnes for å forutsette spesiell kompetanse. Helsetilsynet vil bemerke at en slik liste over spesifikke unntak gir spesialister i generell kirurgi et ganske stort spillerom i forhold til hva de kan gjøre av kosmetiske inngrep, forutsatt at de er kvalifiserte til å utføre inngrepene på forsvarlig måte. Det gjelder for eksempel inngrep som fettstuging, mageplastikk og visse typer implantater (med unntak av brystimplantater). Sett i lys av den raske utviklingen på området, inklusive introduksjon av nye operasjonsteknikker som ikke vil være omfattet av unntaksbestemmelsen i forskriften, mener Helsetilsynet at det kan være grunn til å reise spørsmål om gjeldende forskrift er en hensiktsmessig regulering av feltet.

4 Omfanget av inngrep, inklusive inngrep på personer under 18 år

Selv om det altså er flere kategorier leger som kan utføre kosmetisk kirurgi i Norge, antas det at langt det største volumet utføres av plastikkirurger, og i tillegg et lite antall andre spesialister som reklamerer. Til grunn for den vurderingen legger vi det som framkom i kartleggingsundersøkelsen av omfanget av kosmetisk kirurgi som ble utført som en del av dette oppdraget, der utøverne selv mener at det neppe er noen som driver kosmetisk kirurgi i omfattende grad uten å annonsere sine tjenester. Vi viser for øvrig til Rapport B for nærmere presentasjon av materiale, metode og resultater.

I omfangsundersøkelsen anslås det at mellom 8000 og 9000 mennesker gjennomgikk kosmetisk plastikkirurgiske operasjoner i Norge i 2003. De vanligste var brystproteser, fulgt av øyelokksplastikk, fettsuging og fjerning av føflekker.

Når det gjaldt kjønns- og aldersfordeling, viste kartleggingen at ca. 90 % av inngrepene ble utført på kvinner og 10 % på menn. Denne kjønnsforskjellen er tilsvarende det en finner i internasjonale undersøkelser (2). Aldersfordelingen viste at 28 % var mellom 18 og 30 år, nesten halvparten mellom 30 og 50 år, og knapt en fjerdedel over 50 år. Blant kvinner var det relativt flere yngre og færre eldre enn blant menn.

En forsøkte å se på trenden ved å sammenlikne tall på inngrep for de tre siste årene. Tallene er usikre, og kan tyde på en økning på 5 % årlig.

Det spesifikke oppdraget fra Helsedepartementet var å kartlegge omfanget av inngrep på personer under 18 år, og klinikkene ble bedt om å gi detaljerte opplysninger om hvert enkelt tilfelle de hadde hatt i denne alders-

gruppen. Det ble ikke rapportert om noen inngrep som var utført på rent kosmetisk grunnlag; de 38 inngrepene som det ble rapportert om i denne aldersgruppen faller alle inn under det som regnes som i hovedsak medisinsk indisert.

Oppdragsbrevet fokuserer særlig på foreldresamtykke og de medisinskfaglige vurderingene som ligger til grunn for operasjonene. De 38 inngrepene som det ble rapportert om i denne aldersgruppen var i hovedsak medisinsk indiserte. De fleste inngrepene gjaldt korrigering av utstående ører og fjerning av føflekker. I 7 tilfeller var det ikke innhentet samtykke fra foreldre. I all hovedsak dreide dette seg om fjerning av hudforandringer, og samtlige personer var i alderen 14-18 år.

5 I hvilken grad klages det på inngrep?

Vi foretok en kartlegging av hvilke klager som foreligger på kosmetisk kirurgi hos de klageinstansene som er til rådighet for misfornøyde pasienter. Fordi kosmetisk kirurgiske inngrep både kan ses på som helse-tjeneste og som vare, er det ulike kanaler for klager.

5.1 Saker i Helsetilsynet i fylkene og i Statens helsetilsyn

I alt ble det meldt om 15 klagesaker til Helsetilsynet i fylkene innen dette feltet årene 2000 - 2003. Noen gjaldt offentlige sykehus og noen private klinikker. Én klage ble trukket etter økonomisk oppgjør. Et fåtall ble videre-sendt Statens helsetilsyn for behandling med hensyn på reaksjon. Av disse igjen ble det gitt administrativ reaksjon for uforsvarlig virksomhet fra Statens helsetilsyn i ett tilfelle. I dette tilfelle ble det gitt advarsel til kirurgen og systemkritikk til klinikken etter fettsuging av en anorektisk kvinnelig pasient.

Helsetilsynet i Oslo opplyste at de kjente til at det i to av de klagesakene de hadde forelå krav om å få pengene returnert etter utført inngrep, og at i ett tilfelle var et inkassobyrå brukt.

5.2 Saker hos pasientombudene

Vi tok videre kontakt med koordinator for landets pasientombud. På et møte med dem 13/10-03 ble det opplyst at Helsetilsynet var i gang med en kartlegging av kosmetisk kirurgi, og det ble bedt om at de som hadde noen erfaring med klager på slike tjenester tok kontakt. To pasientombud tok telefonisk kontakt på bakgrunn av dette, og informerte om tilfeller de kjente til. Begge hadde vært

pasientombud i lang tid (7-9 år), og syntes at det var påfallende få saker fra dette feltet, og at det virker som om de få som klaget syntes det var flaut å gjøre det. Av det fåtall saker de hadde kjennskap til, dreide det seg stort sett operasjoner utført på offentlige sykehus. Én var operert på en privat klinikk, og hun fikk avslag i prisen fordi hun var misfornøyd med resultatet. Pasientombudene hevdet for øvrig at det var et problem at pasienter som var behandlet på private klinikker ikke kunne søke erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning. Et av ombudene bemerket at pasienter som er operert privat har generelt få klagemuligheter.

5.3 Saker hos forbrukermyndighetene

Forbrukerrådene behandler klager på kjøp av varer og tjenester. Fra presserådgiver i Forbrukerrådet fikk vi opplyst at kun en eneste sak om kosmetisk kirurgi hadde versert i deres system, og den ble til slutt avvist.

5.4 Sammenfatning om klager på kosmetisk kirurgiske inngrep

Vår gjennomgang viser generelt at det er få klagesaker på kosmetisk kirurgi hos de instansene som håndterer klager. Vi har fått informasjon om at en del saker gjøres opp mellom utøveren av tjenestene og kunden, idet misfornøyde får avslag i prisen. Vi har imidlertid ikke oversikt over omfanget av slike oppgjør. Informasjonen fra pasientombudene og forbrukermyndighetene gir inntrykk av at det er mange barrierer for å klage på inngrep.

6 Markedsføring

Det ble gjennomført en kartlegging av hvordan kosmetisk kirurgi markedsføres i Norge. Det vises til Rapport C. Der ble markedsføringsmateriale på internett, i aviser og i blader/magasiner vurdert opp mot relevant regelverk, for å få en generell idé om i hvilken grad markedsføringen er i tråd med regelverket.

Vi fant at klinikkene legger ut til dels mye stoff på internett. Dette stoffet viste seg å være en blanding av saklig informasjon og ren reklame uten at forskjellen alltid kom klart fram. Funnene indikerer at en god del av denne markedsføringen beveger seg i grenselandet for det lovlige.

Det ble funnet svært få annonser for kosmetisk kirurgi i blader og aviser. Gjennomgangen av magasiner og blader viste imidlertid en massiv fokusering på kropp, ungdom og skjønnhet. Slikt stoff bereder grunnen for markedsføringen av kosmetisk kirurgi, slik at selve markedsføringen kan begrenses til veivisning for å få fylt de behovene som er skapt. Redaksjonell policy kan ikke reguleres gjennom tilsyn av markedsføring.

Kartleggingen viste videre at Helsetilsynet og Forbrukerombudet, som er rette instanser for klagesaker vedrørende markedsføring av kosmetisk kirurgi, har minimal erfaring med slike saker. Helsetilsynet antar at det skyldes at enkeltpersoner ikke ser noen hensikt i å klage på markedsføring.

7 Andre erfaringer

I vår utredning av saken har vi fått beskrevet en del utfordringer og refleksjoner vi finner det riktig å formidle. Lovgivning og annen regulering om kosmetisk kirurgi vil bare være en av mange faktorer som påvirker markedet for kosmetisk kirurgi. Det kan derfor være aktuelt å se nærmere på hvilke faktorer som påvirker holdning til og omfang av kosmetisk kirurgi.

7.1 En form for kroppsteknikk som har forekommet i svært lang tid, og som går i bølger

Kosmetisk kirurgi kan ses på som en type kroppsteknikk. Slike inngrep er beskrevet å ha forekommet i flere tusen år, i ulike varianter. Forekomsten har gått i bølger, og det ser ut til at vi nå er inne i et oppsving når det gjelder forekomst både i Norge og i mange andre land. En ser videre tegn til et globalt marked, idet tjenester tilbys over landegrensene. Dette betyr at dersom feltet skulle reguleres slik at etterspurte tjenester ikke blir tilgjengelige nasjonalt, for eksempel fordi de i utgangspunktet ikke anses forsvarlige eller fordi det besluttes politisk at de ikke skal tillates, kan potensielle kunder reise til andre land for å få dem utført. Dette er et eksempel på at kosmetisk kirurgi i Norge ikke kan ses helt uavhengig av verden omkring, og det vil ha konsekvenser for policy og for regulering av slike inngrep.

7.2 Kjønn og seksualitet

I tillegg til kroppsidealer, vil bla. a. kjønn og seksualitet være faktorer som påvirker omfang av kosmetisk kirurgi. Omtrent 9 av 10 som får utført slik kirurgi er kvinner, og mange undersøkelser viser at kvinner har et

dårligere forhold til kroppen sin enn menn har, slik at de i større grad etterspør plastikkirurgi eller responderer på markedsføringsframstøt. Hva skal den samfunnsmessige reaksjonen på denne kjønnsforskjellen være?

Samfunnsvitenskapelige forskere i Norge (se vedlegg III) og internasjonalt har pekt på sammenhengen mellom seksualitetens kår og etterspørsel etter kosmetisk kirurgi. Seksualiteten får betydelig oppmerksomhet i samfunnet, og mange føler seg utilstrekkelige, både i en relasjon og for sin egen kjønnsidentitet. Både for kvinner og menn er inngrep knyttet til seksualitet; dette gjelder særlig for kvinner, idet brystinnlegg er et av de vanligste kosmetiske inngrepene. Det er tankevekkende at de som velger slike inngrep ofte har et ønske om å bli ”normale”, altså ikke bli ”supersexy”, men de vil rette på en oppfatning av å ikke være ”nok kvinne”. Mange av inngrepene har videre til hensikt å bevare et ungt utseende, og fremming av slike inngrep kan støtte seg på idealer om å se ung ut, eller sagt på en annen måte, at levd liv ikke skal synes. Det er en stor utfordring å påvirke disse idealene.

7.3 Uklare grenser mellom hva som anses kosmetisk og medisinsk indisert

Både Helsetilsynets arbeid med kosmetisk kirurgi og utenlandske undersøkelser illustrerer at skillet mellom kirurgiske inngrep som er estetisk indisert og de som defineres å ha medisinsk indikasjon, er uklart. Sammenlikning over tid og mellom forskjellige land illustrerer at normene er kulturelle variabler. I Norge anser vi i dag utstående ører og skjev tannstilling å være ”verdige” grunner til å få korrigerende inngrep som dekkes av det

offentlige, men både for disse og andre inngrep vil det være rom for skjønnsmessige vurderinger. Hvis et trekk ved utseendet oppleves som så belastende at det gir psykiske problemer, gir det grunn til å vurdere om det er medisinsk indikasjon for å utføre inngrep som vanligvis regnes som kosmetiske. Det har både praktiske og økonomiske implikasjoner om inngrep anses kosmetisk eller medisinsk indisert.

Det er store geografiske skilnader på tilgjengelighet av private helsetjenester i Norge. Det kan også virke inn på utøvelse av skjønnnet av hva som anses kosmetisk eller medisinsk begrunnet. Vi har fått anekdotiske meldinger om at helseforetakene kan være mer velvillig til å karakterisere en indikasjon som medisinsk der det er langt til private klinikker.

Alt i alt peker dette mot at vi kan ha et likhetsproblem i landet.

7.4 Behov for avklaring av noen grunnleggende verdispørsmål

Bakgrunnen for regulering bør i prinsippet være en avklaring av grunnleggende verdispørsmål. Er det ønskelig med så få inngrep som mulig? Slike inngrep er fortsatt tabubelagte. Hvordan skal en unngå å angripe verdigheten til de som velger å få utført inngrep, og samtidig få en ansvarlig samfunnsdebatt om dette fenomenet? Mye av folkehelsearbeidet går ut på å legge forholdene til rette slik at individer kan ta ansvar for egen kropp og helse, men hva om en slik øket bevissthet også fører til økt bestemmelse om å få utført kirurgiske endringer av kroppen? Hva er ”riktig” kroppsopptatthet?

7.5 Om risiko

Kosmetiske inngrep er ikke uten risiko. Ønsket om å få utført inngrep må veies mot sjansen for kontraindikasjoner, bivirkninger og komplikasjoner.

Kunnskapsgrunnlaget om dette er i stadig endring. Det er for eksempel kjent at inngrep er kontraindisert ved spiseforstyrrelser. Men det fins kontraindikasjoner som er dårligere kjent, slik som dysmorfofobi. Det er en sykelig oppfatning av å være stygg, og den kan medføre etterspørsel etter en lang rekke inngrep, mens det er annen behandling som trengs (3). Mange utøvere av kosmetisk kirurgi bruker ”psykisk lidelse” som kontra-

indikasjon, men det kan være behov for bedre kunnskap hos utøvere og hos myndigheter om spesifikke psykiske lidelser med særlig relevans til feltet.

Det er ikke mulig å si noe generelt om risiko ved kosmetisk kirurgi, fordi det dreier seg om et stort register av inngrep. En skal imidlertid aldri undervurdere at ethvert inngrep innebærer en risiko. Rapporten om markedsføring av kosmetisk kirurgi peker på publikums behov for uhildet informasjon. Risiko er en viktig del av denne informasjonen, men det er komplisert fordi det dreier seg om vitenskapelig materiale som kan være vanskelig å tolke og å omsette slik at det blir allment forståelig.

For helsemyndighetene kan kunnskap om risiko være en viktig bakgrunnskunnskap for regulering av feltet. Spørsmål knyttet til komplikasjoner av silikoninnlegg i brystene har i USA ført til restriksjoner i bruk av dette, og i EU er det et regelverk på trappene. Dette er beskrevet i den vedlagte rapporten om markedsføring. Begrunnelsen for restriksjonene rundt silikoninnlegg i andre land har sin begrunnelse i lange diskusjoner i fagpressen og rettsapparatet om mulig årsakssammenheng mellom silikoninnlegg og en rekke lidelser. Vi ønsker ved denne anledning å gjøre Helsedepartementet oppmerksom på at nyere undersøkelser indikerer en sammenheng mellom silikoninnlegg i brystene og økt selvmordsrisiko (4). En samvariasjon indikerer ikke nødvendigvis en årsakssammenheng, og det er en pågående diskusjon om dette i fagpressen. Dersom det skulle vise seg at silikoninnlegg faktisk fører til økt selvmordforekomst, er det en så alvorlig komplikasjon at det bør ha betydning for avgjørelsesprosessen om å få innlagt slik brystprotese.

7.6 Samfunnsøkonomiske aspekter, prioritering

Økonomi utgjør sentrale drivkrefter i det markedet som kosmetisk kirurgi utgjør. Helsetilsynet har i liten grad sett på disse økonomiske kreftene, men ønsker her å peke på at nærmere forståelse av disse kan være av betydning som grunnlag for regulering.

Regulering av hvem som kan utøve kosmetisk kirurgi er et virkemiddel til å påvirke feltet. Utøvernes inntjeningsmulighet vil innvirke på valg arbeidsområde og yrkeskarriere. Dette virker i sin tur inn på kapasitet i de offentlige tjenestene. Det er kjent fra

fagpressen at mange kirurger arbeider både i helseforetakene og i private klinikker (1). Dersom mye av deres kapasitet vris fra det offentlige over i det private, vil det få betydning for ventetid for plastikkirurgiske inngrep som anses medisinsk indisert. Lang ventetid i det offentlige kan i sin tur føre til inngrep som ligger i grenseland mellom kosmetiske indiserte og medisinsk indiserte gjøres i private klinikker, mot at pasienten selv betaler. Dette kan igjen styrke det private marked på bekostning av tjenester i det offentlige.

8 Konklusjoner og tilrådinger

8.1. Regulering av kosmetisk kirurgi antas å ha liten innvirkning på etterspørsel og tilbud; andre faktorer er bestemmende

Helsetilsynet anbefaler at fenomenet kosmetisk kirurgi ses i et videre perspektiv enn bare i forhold til regulering. Kroppsidealer og forhold til egen kropp, seksualitetens kår, og ønsker om å handle selvstendig, er stikkord når det gjelder etterspørsel. Når det gjelder tilbudssiden, er det uklare grenser mellom hvilke inngrep som gjøres i det offentlige og hvilke som gjøres i det private. Når markeds-kreftene møter de prinsippene som tradisjonelt ligger til grunn for helsetjenester, kan det føre til vridninger av tilbud og tilgjengelighet.

8.2. Omfang av kosmetisk kirurgiske inngrep på personer under 18 år

Helsetilsynet har i samarbeid med NOVA foretatt en kartlegging av omfanget av kosmetisk kirurgi hos et utvalg av utøvere. I denne undersøkelsen ble det ikke registrert noen inngrep på kosmetisk indikasjon på personer under 18 år. Selv om det er noen metodiske spørsmål knyttet til undersøkelsen, er det ikke grunn til å tro at kosmetisk begrunnede inngrep er utbredt i gruppen under 18 år.

8.3. Regulering av hvem som kan utføre kosmetisk kirurgi

Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1387 om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgi regulerer hvem som kan utføre kosmetisk kirurgiske inngrep, inklusive spesialister i generell kirurgi med dispensasjon for å utføre bestemte inngrep. Stortinget har drøftet om adgangen til å få dispensasjon bør inn-

skrenkes. Helsetilsynets kartlegging har imidlertid avdekket at det er svært få som har slik dispensasjon. Vi kan ikke på det nåværende tidspunkt se at det er behov for å innskrenke denne muligheten. Det kan imidlertid være grunn til å følge utviklingen.

Vi vil anbefale at Helsedepartementet vurderer om forskriften bør revideres. Det er mulig at det er lite hensiktsmessig så spesifikt å definere unntakene fra retten som spesialister i generell kirurgi har til å foreta kosmetiske inngrep.

8.4. Tilsynsmyndigheten har liten informasjon om pasienter som er misfornøyde etter kosmetisk kirurgiske inngrep

Klager er en av tilsynsmyndighetens informasjonskilder om grad av forsvarligheten i tjenesteutøvelse. Men det er få slike klager både hos Helsetilsynet og andre relevante myndigheter. At det er få klager kan synes å henge sammen med at det er knyttet tabuer til slike inngrep. Siden Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ikke gir erstatning etter inngrep som er utført privat, får heller ikke de klager. Det er videre klart at det foregår økonomiske oppgjør mellom kirurger og misfornøyde kunder; dette innebærer at informasjon om misnøyen ikke bringes videre.

Dette fører til sammen til at tilsynsmyndigheten har liten kunnskap om graden av misnøye med inngrep, og det er en bekymring.

8.5. Markedsføring av kosmetisk kirurgi

Helsetilsynet har foretatt en kartlegging av markedsføring på internett og i trykte media.

Basert på funn fra denne undersøkelsen, foreslås det at hjemmel til å utarbeide forskrift om markedsføring som fins i helsepersonelloven § 13, benyttes. Vi foreslår videre at de etiske reglene til Legeforeningen brukes som et utgangspunkt. Disse er restriktive, idet de gir en kort liste av hva annonsering kan inneholde, og gir lite rom for skjønn. Videre bør det presiseres for bransjen at annonsering på internett omfattes av regelverket.

Helsetilsynet anbefaler også at Helsedepartementet vurderer hvordan publikums behov om uhildet informasjon om kosmetisk kirurgi best kan dekkes.

Litteraturliste

1. Åbyholm FE. Plastikkirurgi i et kosmetisk marked. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2554
2. Gilman SL. Making the Body Beautiful. A Cultural History of Aesthetic Surgery. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 1999
3. Mack K, Grøholt B. Dysmorfofobi – nytt lys på gammel sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 779-81
4. Koot VCM et al. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. BMJ 2003;326:527-8



Helsetilsynet i fylkene

DERES REF. / YOUR REF:

VÅR REF. / OUR REF:

DATO: / DATE:

2003/332 II ABG/-

2. juli 2003

TILSYN MED VIRKSOMHETER OG HELSEPERSONELL SOM UTFØRER KOSMETISK KIRURGI

Helsedepartementet har i brev av 28. mars d.å. gitt Statens helsetilsyn i oppdrag å starte forberedelsene av et intensivt tilsyn med virksomheter og helsepersonell som tilbyr kosmetisk kirurgi. Det fremgår bl a følgende av brevet:

”Departementet vil også be Helsetilsynet vurdere på hvilken måte man kan foreta en kartlegging av omfanget av kosmetiske operasjoner på personer under 18 år, om operasjonene er medisinsk begrunnede, om det foreligger henvisning fra annen lege, om foreldrene har samtykket til operasjonene med mer.”

I Helsedepartementet tildelingsbrev datert 19. mars d.å. fremgår at en slik kartlegging skal skje i et samarbeid mellom Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet. Det vises også til Helsetilsynets oppdragsbrev av 15. april d.å. til Helsetilsynet i fylkene der denne kartleggingen er omtalt under pkt 3.1.

Det har vært avholdt møter med både departementet og Sosial- og helsedirektoratet i sakens anledning. Før det bestemmes hvordan kartleggingen skal skje, trenger Helsetilsynet relevant informasjon fra Helsetilsynene i fylkene.

Helsetilsynet trenger informasjon om følgende:

1. Under henvisning til forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep datert 21. desember 2000, bes om oversikt over personer som har fått spesiell tillatelse til å utføre slike inngrep, jf § 1. Det ønskes opplyst navn, arbeidssted, når tillatelsen ble gitt og for hvilket tidsrom den gjelder for.
2. Hvor mange klagesaker innen kosmetisk kirurgi man har hatt i løpet av de siste 3 år – og stikkordsmessig hva klagen omfatter. Det ønskes spesielt kommentert hvorvidt klagen gjelder inngrep på personer under 18 år og/eller hvorvidt det foreligger psykisk lidelse (f eks spiseforstyrrelser) hos pasienten.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health

Pb 8128 Dep,
NO-0032 OSLO
Norway

Tel.: (+47) 22 24 88 88
Faks: (+47) 22 24 95 90
E-post/e-mail:
postmottak@helsetilsynet.dep.no
www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/Street address:
Calmeyersgate 1

Org. nr.: 974 761 394

3. Andre relevante opplysninger i forhold til hvorvidt man er kjent med at det foretas kosmetiske inngrep på personer under 18 år eller der det foreligger psykisk lidelse (f eks spiseforstyrrelser) hos pasienten og hvor eventuelt dette skjer.
4. Er Helsetilsynet i fylket kjent med om det foreligger klager/økonomisk oppgjør mellom utøver og andre klageinstanser (f eks forbrukerrådet) hva gjelder kosmetisk kirurgi.
5. Annen informasjon som anses som relevant.

Helsetilsynet tør be om at svar på henvendelsen *foreligger innen 15. august* – og vil på forhånd takke for hjelp til å fremskaffe disse opplysningene.

Vedlagt følger Helsedepartementets rundskriv I-8/2003 Kosmetisk kirurgi – fortolkning av relevant regelverk.

Med hilsen

Anne Wyller Shetelig e.f.
avdelingsdirektør

Anne Berit Gunbjørud
Seniorrådgiver

Vedlegg

Kopi:
Sosial- og helsedirektoratet
Helsedepartementet

Saksbehandler: Anne Berit Gunbjørud, tlf.: 22 24 90 30, mailto: abg@helsetilsynet.no

**Svar på brev fra Statens helsetilsyn av 02. 07. 2003,
fra Helsetilsynet i fylkene**

<i>Fylke</i>	<i>Spes. tillatelse, antall</i>	<i>Antall klagesaker, inkl. under 18 år, siste 3 år</i>	<i>Annet under 18 år, psyk. lidelse</i>	<i>Klager/øk. oppgjør, andre klageinstanser</i>	<i>Annen info</i>
Østfold	Ingen	1 ferdigbeh., 2 pågående	Kjenner ikke til at det skjer	Kjenner ikke til at det skjer	
Akershus	Ingen	1, trukket etter øk. oppgjør	”Seriose kir, er varsomme”	Kjenner ikke til at det skjer	Har et par saker utført av allmennleger, til dels med alvorlige følger for pas.
Oslo	4, alle gitt før 1992, en opphørte i 1992.	F.o.m. 1999: 7 saker, spesifisert	Ikke grunnlag for å hevde at det skjer. Ett tilfelle av spiseforstyrrelse, klinikken skjerpet kravene til preop. vurd.	Foreligger øk. krav i 2 av sakene. Inkassobyrå brukt 1 gang.	Opplisting av 16 klinikker fra Gule Sider. Stort marked, vanskelig å holde seg oppdatert. Det offentlige tappes for plastikkir.
Hedmark	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Antas lite omfang i fylket
Oppland	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Buskerud	Ingen	1 siste 3 år, gjaldt journal	Ikke de siste årene		Nevner to private klinikker
Vestfold	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Telemark	Ingen	Ikke svart spesifikt	Ikke svart spesifikt	Ikke svart spesifikt	Oppgitt 3 steder som antas å drive KK, inkl. sykehuset.
Aust-Agder	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Vest-Agder	Ingen	3 saker, alle fra Mandal sykehus. Slik virksomhet opphørt ved sykehuset.			To klinikker driver KK, 20 års aldersgrense på bryst, unntaksvis 18 år.
Rogaland	Ingen	1, etter ansiktsløfting. Klager fikk ikke medhold.	Ingen	Ingen	Ingen
Hordaland	Ingen. En søknad avslått, 2001	5, 1 ikke ferdigbehandlet. Alder 44-58 år, 4 kvinner, 1 mann. I 4 saker: ikke pliktbrudd.	Ingen	Av og til saker hos forbrukerrådet.	Anbefaler -kartlegging etter rundskriv I8/2003. -se om behovet for plastikkirurgi er dekket
Sogn og fjordane	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen

Vedlegg II
Svar på brev fra Statens helsetilsyn av 02.07.2003, fra Helsetilsynet i fylkene (forts.)

Møre og Romsdal	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Nevner hvem som driver plastisk kirurgi
Sør-Trøndelag	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Anfører at det drives kosmetisk kirurgi på St. Olavs hosp., Klinikk Stokkan og Spesialistlegesenteret.
Nord-Trøndelag	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Nordland	En kirurg har fått disp, og, driver privat spesialist praksis, i Klinikk Aune	”Husker en sak”, gjelder kosmetisk resultat av brystkirurgi.	Ingen	Ingen	Ingen
Troms	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Finnmark	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen

Sammendrag av nyere, norsk samfunnsvitenskapelig forskning om kosmetisk kirurgi

Det har de siste årene vært utført tre norske undersøkelser om kosmetisk kirurgi sett fra brukernes synsvinkel. Det er to hovedoppgaver, i henholdsvis antropologi og sosiologi, og en sosiologisk undersøkelse.

I) Ida Lundberg Samuelson tok i 2001 hovedfag i sosialantropologi ved Universitetet i Bergen med oppgaven *Selv, skalpell og skjønnhet: en studie av estetisk kirurgi som kroppspraksis i Paris*. Det ble benyttet deltakende observasjon i 156 konsultasjoner hos tre kirurger, dybdeintervju av 29 kvinnelige pasienter, tilstedeværelse på to operasjoner, og intervjuer og samtaler med en del annet personell, pasienter og pårørende.

Samuelson peker på en rekke paradokser ved estetisk kirurgi, og hevder at slik praksis utfordrer en rekke grunnleggende oppfatninger. Ved estetisk kirurgi skjæres det i friske personer; de blir pasienter, men kan en da si at de er friske? Legen skal balansere mellom å ta ”pasienten” på alvor og ikke gjøre ”unødige” inngrep. Hun beskriver videre hvordan konsultasjonene blir forhandlinger om grenser. Medisinsk indiserte inngrep blir betalt av trygden, mens rent estetiske ble det ikke. Det kunne utvises stor grad av skjønn i forhold til hvordan det enkelte inngrep skulle karakteriseres.

Forskeren beskriver at det i Frankrike ble regnet som medisinsk indisert å få utført ”mageløft” dersom en kvinne hadde født to barn, og inngrepet ble da av trygden. Kvinnene som ble intervjuet av forskeren i Paris fortalte da også at de anså sin mage for å være *ødelagt* av graviditetene (ikke av barna!). Samuelson peker på at det er noe annet enn å være *endret* etter graviditeter. Å ha gjennomgått graviditeter ble en måte kvinnene ble ansett som verdige til estetisk kirurgi, ved å ”føde for Frankrike”. For pasienten dreide det seg om økonomi, men også om sosial aksept for inngrep som fortsatt er tabubelagt. Det kan også ses som uttrykk for en dobbelhet: Det er bra å ”føde for Frankrike”, men det er den pregravid, ungdommelige, ”uberørte kroppen” som er naturlig og normal, og mødre ”premieres” med mageløftoperasjoner.

Kvinnene var nøye med å presisere at inn-

grepene var noe de gjorde for egen del. Selv i tilfeller der det tilstøtte bivirkninger og komplikasjoner, var kvinnene fornøyde, og noen kom tilbake for å få utført ytterligere inngrep. Gleden var stor over å ha handlet selvstendig. Det å ta kontroll over eget liv overskygget de plagene det medførte.

II) Lizett Ulrika Skottestads hovedoppgave i sosiologi ved Universitetet i Tromsø fra sensommeren 2003 har tittelen: *Balanseskunst – Hvordan en gruppe kvinner og kirurger redegjør for valg av brystforstørrelse*. Det er også en kvalitativ studie, der Skottestad gjennomførte halvstrukturerte intervjuer med 12 kvinner i alderen 23 til 51 år, og tre kirurger. Informantene hadde variert sosioøkonomisk og utdanningsmessig bakgrunn. Erfaringene med brystimplantatene varierte også, men ingen av dem hun intervjuet hadde bare negative erfaringer. Materialet fra intervjuene med kvinnene ble gruppert i temaer: Bakgrunn for brystforstørrelsen (størrelse, fasong, ”ødelagte” bryst), forhandlinger om kvinnelighet (inklusive seksuell attraktivitet), og drøfting av situasjoner der brystenes form og størrelse ble av særlig betydning. Del 1 ”Bakgrunn for valg av brystforstørrelse” inneholdt tre temaer: De fysiske trekkene, hvilke konsekvenser det fikk for dem følelsesmessig (følte seg lite kvinnelige eller følte seg uvel) og i hvilke situasjoner disse følelsene oppsto. Del 2 er kalt ”Forhandlinger om aksept”.

Skottestad fant at kvinnene hadde et stort behov for å forklare og rettferdiggjøre seg, og at de ønsket å være med på å skape forståelse for at kvinner ønsker slike inngrep. Hun fant at kvinnene i undersøkelsen var svært opptatte av det kjønnede aspektet ved sin kropp og identitet. Brystene skulle være passe store til at hun kan være tilstrekkelig kvinne, men de må ikke være for store; da kan hun bli sett på som dum eller som ”bimbo”. Skottestad tar i det hele tatt opp mange dilemmaer og balanse-ganger som kvinnene strever med. På den ene siden ville kvinnene at deres valg skal bli sett på som selvstendige valg, som de er stolte av; mange avviste eksplisitt at de gjorde dette for andre eller etter påtrykk, og det var viktig å ikke bli sett på som en som fikk brystinnlegg for å bli mer attraktiv, få bedre jobb eller mer penger. På den andre siden målbærer de en

vårhet og sårhet i forhold til sin egen kropp. Mindreverdighetskompleks blir sett på som en akseptabel grunn til inngrep, men heller ikke dette må overdrives. Økt velvære for egen del blir også framholdt som en akseptabel begrunnelse, og at kroppen skal være i harmoni med slik en føler seg. Bryster som er ”ødelagt” etter svangerskap og amming og som derfor ikke oppfattes å være i samsvar med det som er normalt og riktig, blir det derfor akseptabelt å rette på.

I sin analyse hevder Skottestad at kvinnenes redegjørelser kan tolkes som forhandlinger om aksept og verdighet, og mellom kropp og intellekt. Den ”moderne” kvinneligheten er en balansekunst, og kvinnelighet knyttes i stor grad til brystene. Handlekraft og selvstendighet vises i å endre på bryster en er misfornøyd med.

III) Den tredje undersøkelsen er av **Anne Karen Bjelland, Grete Halvorsen og Lise Widding Isaksen** ved Universitetet i Bergen, og heter: *Kropp, kjønn og helse: Kosmetisk kirurgi – en kartleggingsundersøkelse*, og er fra 2001. Undersøkelsen var en del av et større prosjekt om moderne kroppsteknologier. Det var et hypotesegenererende prosjekt, med målsetting å få kunnskap om brukernes erfaringer og deres opplevelser av livssituasjonen før og etter inngrepet. En ønsket videre å se på hva slags samfunnsfenomen kosmetisk kirurgi er. 85 respondenter, derav to menn, resten kvinner, fylte ut et spørreskjema. I tillegg ble det foretatt fire dybdeintervjuer og noen andre intervjuer og samtaler.

Den ”typiske” respondent var en yrkesaktiv kvinne med små barn. Flertallet av respondentene var kvinner som fikk utført kirurgi på brystene, og de fleste etter at brystene hadde forandret fasong og størrelse etter fødsler og amming. Hensikten med operasjonen var for noen å få tilbake noe som var mistet. Andre ønsket å få bryster som var tilnærmet det de hadde vært under graviditet og amming; da hadde de følt seg som virkelige kvinner.

I forskernes analyse kommer seksualitetens betydning klart fram, men den er ikke klart formulert, bare underliggende, i det kvinnene selv forteller. Som småbarnsmor i tidsklemme, kan seksualiteten bli salderingspost – eller hun engster seg for at den blir det. Hun får impulser utenfra om hvordan en sexy kropp skal være, og opplever samtidig at egen kropp forandrer seg og at hun mister kvinnelighet og sex-attributter. Men det er mulig å gjøre noe med det. Individualisering, hvor kroppen oppfattes som en plastisk materie

som individet kan forandre eller få forandret, baner vei for aksept for tilbud om kosmetisk kirurgi. Igjen møter vi en sterk oppfatning av at dette er en selvstendig avgjørelse, som det gjør kvinnene godt å ha tatt, selv i de tilfellene der det førte til plagsomme bivirkninger og komplikasjoner.

RAPPORT B:

Omfang av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge

DEL I

Helsetilsynets vurdering

Sammendrag

I rapporten presenteres resultatene fra en kartlegging av kosmetisk plastikkirurgisk virksomhet ("estetisk kirurgi") i Norge. Statens helsetilsyn har brukt forskningsinstituttet NOVA for å sikre nødvendig kompetanse i metodisk utforming, gjennomføring og analyse av resultatene. Helsetilsynet har selv stått for datainnsamlingen og har bidratt i utformingen av registreringskjemaene. Den foreliggende rapporten, Rapport B, består av to deler: del I er Helsetilsynets vurdering av resultatene av kartleggingen, og del II består av resultatene og analysene som forskningsinstituttet NOVA har gjort.

Kosmetisk plastikkirurgiske inngrep er definert som inngrep der kosmetiske, og ikke medisinske, hensyn er avgjørende indikasjon for å utføre inngrepet. Det vil si at forbedring av utseendet er det primære formålet.

44 private klinikker og 24 offentlige helseforetak har rapportert om antall og type kosmetisk plastikkirurgiske inngrep på personer under og over 18 år, samt anslått utviklingen av omfang av virksomheten i årene 2000-2003.

Resultatene for øvrig indikerer at det ble utført mellom 8000 og 9000 kosmetisk plastikkirurgiske inngrep ved private klinikker i Norge i 2003. Cirka 90 prosent av disse inngrepene ble utført på kvinner, og om lag en tredjedel av inngrepene var brystproteser hos kvinner.

Cirka 0,5 prosent av inngrepene ble utført på personer under 18 år, men det er grunn til å tro at de fleste av disse inngrepene var medisinsk begrunnet. Det dreide seg hyppigst om korreksjon av utstående ører og fjerning av føflekker og andre hudforandringer. Cirka en

tredjedel var henvist fra annen lege, og foreldresamtykke forelå i de fleste tilfellene.

Det er en økning i antall kosmetisk plastikkirurgiske inngrep utført på personer over 18 år og på begge kjønn ved private klinikker i perioden 2000 – 2003. Økningen har vært på cirka 5 prosent årlig i alle årene.

De offentlige helseforetakene rapporterer at de kun utfører denne type inngrep når de er medisinsk begrunnet. Opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR) indikerer at antallet plastikkirurgiske inngrep som blir utført i helseforetakene, har økt i årene 2000 – 2002. Videre tyder NPR's materiale på at det også i den offentlige delen av helsetjenesten blir utført flere plastikkirurgiske inngrep på kvinner enn menn.

1 Innledning

Statens helsetilsyn er gjennom lov om statlig tilsyn med helsetjenesten gitt ansvar for det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Fra 1. januar 2003 har Statens helsetilsyn i henhold til lov om sosiale tjenester tilsvarende ansvar i forhold til tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven. Tilsyn med sosial- og helsetjenester innebærer å ha oversikt over, å følge med på og å gripe inn for å sikre at befolkningen får de tjenestene de har lovfestet rett til og behov for (Ot.prp.nr.105 (2001-2002)) (1). Helsetilsynet bør til enhver tid ha en overordnet oversikt over forholdene i ulike deler av sosial- og helsetjenesten. For å innhente nødvendig kunnskap benytter Helsetilsynet ulike typer virkemidler eller metoder som kartleggingsundersøkelser, systematisering og analyse av ulike type meldinger og klager, registerdata, offentlig statistikk og revisjonsrapporter. Kartleggingsundersøkelser er i denne sammenhengen definert som innsamling av data og opplysninger fra virksomheter (for eksempel sykehus eller kommunale sykehjem) eller om pasientgrupper.

Ved denne kartleggingen engasjerte Statens helsetilsyn forskningsinstituttet NOVA for å sikre nødvendig kompetanse i metodisk utforming, gjennomføring og analyse av resultatene. Helsetilsynet har selv stått for datainnsamlingen og har bidratt i utforming av registreringskjemaene.

Den foreliggende rapporten består av to deler: del I er Helsetilsynets vurdering av resultatene av kartleggingen, og del II består av resultatene og analysene som forskningsinstituttet NOVA har gjort.

2 Bakgrunn for kartleggingen

Gjennom tildelingsbrevet fra Helsedepartementet for 2003, samt et eget brev fra samme departement datert 28.mars 2003 (Vedlegg 1), fikk Helsetilsynet i oppdrag å gjøre en kartlegging av omfanget av kosmetiske operasjoner på personer under 18 år. I tillegg til antall inngrep skulle kartleggingen også omfatte om foreldrene hadde gitt samtykke til slike operasjoner, og om medisinskfaglige vurderinger har ligget til grunn for operasjonene. Problemstillingene var reist gjennom et forslag i Dok.8:8 (2002-2003) om forbud mot markedsføring av kosmetiske operasjoner, samt forbud mot kosmetiske operasjoner på personer under 18 år uten henvisning (2). Underveis i planleggingen av kartleggingen har Helsetilsynet hatt dialog med Sosial- og helsedirektoratet.

For personer under 18 år redegjør vi i tillegg for:

- Hva var begrunnelsen for å gjøre kosmetisk plastikkirurgisk inngrep?
- Var pasienten henvist fra annen lege?
- Hadde pasienten samtykke fra sine foreldre?

2.1 Hensikt med kartleggingen

I forbindelse med kartleggingen ønsket Helsetilsynet å få en oversikt over et felt som vi visste lite om, og der kunnskapsgrunnlaget om situasjonen i Norge er mangelfullt.

Følgende problemstillinger er undersøkt:

- Hvor mange *personer* – fordelt på alder og kjønn - gjennomgikk kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i 2003?
- Hva *slags* kosmetisk plastikkirurgiske inngrep ble gjennomført hos menn og kvinner i ulike aldersgrupper?
- Hvordan utviklet omfanget av virksomheten seg i tiden 2000-2003?

3 Metode og materiale

3.1 Metodevalg

Fordi plastikkirurgien generelt og kosmetisk plastikkirurgi spesielt er et felt vi som tilsynsmyndighet visste lite om, ønsket vi å få en generell oversikt over omfanget av og type inngrep for personer under og over 18 år, og et anslag på utviklingstendenser de tre siste årene på feltet. Vi anså dette for å være verdifull informasjon som blant annet kunne fortelle oss hvor stor andel inngrep på personer under 18 år utgjorde av den totale virksomheten innen kosmetisk plastikkirurgi. Til denne delen av undersøkelsen ble det bedt om summariske opplysninger. Fordi vi antok at dette innebar en god del arbeid for den enkelte virksomhet, bad vi i veiledningen til skjemaene (Vedlegg 3) om at de gjorde anslag dersom det ikke forelå eksakte tall.

For de under 18 år ble det valgt en individbasert tilnærming. Det vil si at det ble fylt ut ett registreringskjema per person under 18 år som det har vært gjort kosmetisk plastikkirurgiske inngrep på. På skjemaet (Vedlegg 3) skulle det angis begrunnelse for inngrep, om personen var henvist fra lege, og om foreldrene hadde samtykket til inngrep. I tillegg var det plass til utfyllende kommentarer. Kommentarfeltet har i varierende grad vært benyttet av informantene, men i mange tilfeller har det gitt informasjon som bidrar til å belyse problemstillingene og å fortolke resultatene.

Vår kartlegging har primært rettet oppmerksomheten mot *kosmetisk* begrunnede inngrep. I arbeidet med denne rapporten har vi imidlertid innhentet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR)¹ for å få et inntrykk av den *plastikkirurgiske* virksomheten (*ikke-kosmetisk* begrunnede) i den offentlige delen av helsetjenesten. Opplysningene omfatter

antall plastikkirurgiske inngrep i årene 2000 – 2002, type inngrep som er utført fordelt på kvinner og menn under og over 18 år. Materialet fra NPR viser at inngrep som for eksempel brystinnlegg, fettsuging og andre inngrep som blant annet kan være knyttet til forbedring av utseende, blir utført også i helseforetakene, men på medisinsk indikasjon. Informasjonen fra NPR tyder imidlertid på at det i den offentlige helsetjenesten dreier seg både om flere typer og til dels andre typer inngrep. Dette sammen med at vi ikke kjenner til den medisinske indikasjonen for å utføre inngrepene, gjør at vi har valgt å ikke gjøre ytterligere analyser av NPR-tallene eller å gjøre direkte sammenligninger med resultater fra vår kartlegging i denne rapporten.

3.2 Metodiske betraktninger

3.2.1 Medisinske eller kosmetiske begrunnelser for inngrep – uklare definisjoner og grenser.

Ved gjennomføring av systematiske undersøkelser er en viktig del av planleggingen å definere sentrale begreper slik at en med rimelig stor grad av sikkerhet kan feste lit til resultatene. Det dreier seg blant annet om å benytte begrepsdefinisjoner som er dekkende for det fenomenet en vil undersøke, noe som ikke uten videre er enkelt (3). Så er tilfellet også i denne kartleggingen: hvordan begreper blir definert og oppfattet, har vært en metodisk utfordring gjennom hele prosessen fra utforming av registreringskjemaene til fortolkning av resultatene. Det dreier seg særlig om begrepet kosmetisk plastikkirurgi.

I vår kartlegging har vi valgt å bruke definisjonen som er gitt i Forskrift 2000-12-21 nr.1387: Forskrift om tillatelse til å utføre

1) Norsk pasientregister innhenter, kvalitetssikrer, arkiverer og stiller til disposisjon statistikk fra virksomheten ved somatiske sykehus.

kosmetisk plastikkirurgiske inngrep (4):

”Kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i henhold til denne forskrift er inngrep hvor kosmetiske hensyn er avgjørende indikasjon for inngrepet, dvs. inngrep som utføres i den hensikt å forandre/forbedre utseendet. Unntatt er mindre inngrep som for eksempel fjerning av mindre hudtumores og føflekker samt prøvetaking ved sykelige forandringer eller mistanke om slike i hud eller tilgrensende vev.”

For tilsynsmyndigheten er det nettopp innfrielsen av lovverket som skal være i fokus. Det er bakgrunnen for at forskriftens definisjon er valgt for å beskrive den type virksomhet vi ønsker å få vite mer om.

Flere av informantene som har kontaktet oss underveis, har uttrykt misnøye med definisjonen. Deres oppfatning er at den ikke er tydelig nok når det gjelder å skille mellom medisinsk begrunnede og kosmetisk/estetisk begrunnede inngrep, og at heller ikke skiller mellom estetisk og rekonstruktiv kirurgi. Gjennom pilotundersøkelsen som ble gjort i forkant av Helsetilsynets kartlegging, ble vi oppmerksomme på at det plastikkirurgiske fagmiljøet ønsker å skille mellom *kosmetisk eller estetisk kirurgi* og *rekonstruktiv kirurgi*. Kosmetisk eller estetisk kirurgi betegner inngrep som har som formål å endre og forbedre utseende. Begrunnelsen for å gjøre estetisk kirurgiske inngrep er av kosmetisk karakter og er gjerne knyttet til et ønske om å forme sitt eget utseende og sin egen kropp. Dette er sammenfallende med forskriftens definisjon av kosmetisk plastikkirurgi og er den type inngrep vi har undersøkt. Rekonstruktiv kirurgi er inngrep der reparasjon av medfødte skader eller skader etter sykdom eller ulykker er målet for behandlingen, og begrunnelsen er knyttet til medisinske og helsemessige forhold hos pasientene (5). Andre studier av fenomenet peker også på at grensen mellom medisinsk begrunnede inngrep og kosmetisk begrunnede inngrep ikke er entydig (6). For noen typer inngrep, for eksempel utstående ører eller ulike former for brystplastikk, kan det være vanskelig å vurdere i hvilken grad misnøye med eget utseende har konsekvenser for den enkeltes fysiske og/eller psykiske helse og dermed være medisinsk begrunnet. Flere av informantene både i de private klinikkene og i helseforetakene har pekt på dette som et dilemma og som en vanskelig avveining.

Selv om definisjonen vi har valgt å benytte har noe uklare skiller mellom hva som er

kosmetisk begrunnede inngrep og medisinsk begrunnede inngrep, mener vi at dette valget ikke i særlig grad har hatt betydning for undersøkelsespopulasjonen, det vil si de inngrepene som klinikkene har rapportert inn. Slik vi oppfatter det er heller ikke begrepet estetisk kirurgi entydig definert. Med andre ord mener vi at dersom vi for eksempel hadde valgt å benytte begrepet estetisk kirurgi i stedet, ville vi i all hovedsak hatt det samme materialet og de samme resultatene.

Tilbakemeldingene fra informantene tyder på at den offentlige delen av helsetjenesten, d.v.s. helseforetakene, i all hovedsak utfører rekonstruktiv kirurgi og medisinsk begrunnede inngrep.

3.2.2 Begrensninger i materialet

Den kosmetisk plastikkirurgiske virksomheten i Norge er så langt vi kjenner til i liten grad undersøkt det være seg gjennom offisiell statistikk eller gjennom forskning (7). Det var med andre ord lite relevant kunnskap både om metodiske tilnæringsmåter og fenomenet som sådan, å bygge videre på.

I tillegg til de definisjonsmessige utfordringene vi har redegjort for i foregående avsnitt (3.2.1), er det som det framgår av NOVA's rapport særlig to andre forhold som skaper noe usikkerhet knyttet til resultatene. For det første dreier det seg om sider ved det registreringsskjemaet som omfatter summariske opplysninger om den enkelte klinikkets virksomhet, og for det andre om mangler ved den informasjonen som er innrapportert. Disse svakhetene til tross anser Helsetilsynet at materialet er vel egnet til å belyse og langt på vei besvare problemstillingene som er reist.

I registreringsskjemaet ber vi om summariske opplysninger fra klinikkene (se vedlegg 3). Spørsmålet om antall inngrep som de private klinikkene utfører for de regionale helseforetakene, kan ha bidratt til å skape noe forvirring hos de som har registrert. Noen private klinikker har avtale med de regionale helseforetak om å utføre plastikkirurgiske inngrep. Dette dreier seg om inngrep som blir utført på medisinsk indikasjon, og som per definisjon ikke er kosmetisk plastikkirurgiske inngrep. Noen klinikker har rapportert om inngrep de utfører for regionale helseforetakene, men disse inngrepene er ikke med i presentasjonen av omfangstillene. Materialet som blir presentert, er en oversikt over kosmetisk begrunnede inngrep. Et unntak er inngrep gjort på personer under 18 år. I denne gruppen er antallet inngrep som er innrapportert svært

lavt, og slik at vi har i rapporten valgt å presentere hele materialet. På den måten får vi et inntrykk av hva som blir utført både av kosmetisk og medisinsk begrunnede inngrep i denne aldergruppen.

Helsetilsynet er godt fornøyd med den samlede svarprosenten. 86 prosent av de private klinikkene i utvalget svarte på spørsmålene vi stilte, mens 81 prosent av de offentlige helseforetakene deltok. På et gitt tidspunkt måtte vi av hensyn til slutføringen av arbeidet med rapporten utelate noen registreringskjemaer som kom etter den fastsatte fristen og etter en purrerunde. Vi har imidlertid gått gjennom de ekskluderte skjemaene manuelt og anser ikke at disse på noen måte rokker ved hovedtendensen i de resultatene som blir presentert i NOVA's rapport.

4 Helsetilsynets vurdering av resultatene

4.1 Personer over 18 år – omfang og type inngrep

Som det framgår av NOVA's rapport i del II er det knyttet noe usikkerhet til det tallmaterialet som er rapportert inn fra de private klinikkene til denne delen av undersøkelsen. Allikevel anser Helsetilsynet det som rimelig sikkert å konkludere med at hovedtendensen i materialet er valid, det vil si gyldig.

Det er gitt fullstendig rapportering om 5652 kosmetisk plastikkirurgiske inngrep på personer over 18 år i 2003 (se tabell 1 i del II). Om lag halvparten ble utført på personer mellom 30 og 50 år. De fleste kvinnene er i aldersgruppen 30 - 49 år. Det er verdt å merke seg at menn som er 50 år eller eldre utgjør en høyere andel, nærmere 31 prosent, av det totale antall menn. Tilsvarende utgjør kvinner som er 50 år eller eldre, 22 prosent av det totale antall kvinner. Dette er en interessant observasjon sett fra et kjønnsperspektiv, men det foreliggende materialet gir ikke grunnlag for å forklare denne forskjellen nærmere. På bakgrunn av alle tallene som er innrapportert, anslår NOVA at mellom 8000 og 9000 mennesker gjennomgikk kosmetisk plastikkirurgiske inngrep ved private klinikker i Norge i 2003.

Snaut en tredjedel av inngrepene var brystproteser hos kvinner. Videre er øyelokkplastikk, fettsuging og fjerning av føflekker inngrep som blir utført forholdsvis ofte hos kvinner. Hos menn er fjerning av føflekker det vanligste inngrepet, fulgt av øyelokkplastikk. Hvorvidt fjerning av føflekker blir utført av kosmetiske hensyn eller medisinske hensyn kan i noen tilfeller være uklart. I denne kartleggingen har vi som tidligere nevnt, bedt virksomhetene om å registrere kosmetisk begrunnede inngrep, men vi kan ikke se bort

fra at noen av de registrerte inngrepene i forhold til føflekker kan ha vært medisinsk begrunnet.

Kategorien "Annet" utgjør nesten en fjerdedel av de inngrepene som er utført på menn. En god del av disse inngrepene dreier seg om neseplastikk.

Hos personer over 18 år synes det i hovedsak å dreie seg om inngrep vi i tradisjonell forstand forbinder med virksomhet som har som formål å korrigere og forbedre utseendet, det som av det plastikkirurgiske fagmiljøet blir definert som estetisk kirurgi.

I en artikkel i Helsetilsynets Tilsynsmelding 2003 peker sosialantropolog Ida Samuelsen på at sett med øynene til de som velger å få utført kosmetiske inngrep, henger dette sammen med et ønske om å forme og gjenereobre sin egen kropp. Det dreier seg om en opplevelse av å være i utakt med seg selv, og for mange er aldringsprosessen en måte å komme i utakt med seg selv på. Et kosmetisk inngrep blir i et slikt perspektiv en måte å gjenfinne seg selv på (5). Det kan også sees som en måte å bekjempe aldringsprosessen på.

Som tidligere nevnt har de offentlige helseforetakene i den foreliggende kartleggingen rapportert at de kun utfører plastikkirurgiske inngrep på medisinsk indikasjon. Opplysningene fra NPR for 2000 – 2002 viser at det langt på vei er de samme inngrepene som blir utført også i den offentlige delen av helse-tjenesten.

4.2 Personer under 18 år – omfang og type inngrep

Andelen personer under 18 år utgjør kun 0,5 prosent av det totale materialet som er samlet inn. Det dreier seg om 38 personer under 18 år, 29 jenter og 9 gutter. 21 av inngrepene har vært gjort i forhold til utstående ører. Nær halvparten av disse 21 inngrepene har dessuten vært gjennomført med medisinsk begrunnelse. De øvrige inngrepene har vært rettet mot føflekker og andre typer hudforandringer. Også disse inngrepene har i all hovedsak vært medisinsk begrunnede og er gjennomført i forebyggende øyemed. At de har vært utført ved private klinikker, kan ha sammenheng med behandlingsskapiteten i den offentlige delen av helsetjenesten. Cirka en tredjedel av pasientene var henvist fra annen lege. I forhold til sju av pasientene ble inngrepet gjort uten samtykke fra foreldrene. I all hovedsak dreide dette seg om fjerning av hudforandringer og samtlige personer var i alderen 14-18 år.

De fleste inngrepene er gjort på jenter. Kropp og utseende har stor betydning i en fase av livet der det å prøve ut og å danne en egen identitet er et viktig prosjekt, og mye tyder på at jenter er særlig utsatt når det gjelder å leve opp til det tidstypiske kroppsidealet (8).

Tallene som er rapportert inn til denne delen av kartleggingen, er små. Vi kan dessuten ikke si noe om eventuelt omfang av denne type inngrep hos de klinikkene som ikke har fylt ut og returnert registreringsskjemaene (14 prosent). Resultatene fra kartleggingen indikerer likevel slik Helsetilsynet ser det, at det ikke er grunn til å tro at kosmetisk begrunnede inngrep er utbredt i gruppen personer under 18 år verken blant jenter eller gutter.

Flere undersøkelser de siste årene har vist en økning i egenrapporterte helseplager hos barn og unge (9). Det kan synes fruktbart å studere økningen i egenrapporterte helseplager hos unge som et uttrykk for ulike typer belastninger knyttet til tidstypiske trekk i deres livsverden, som setter spor i kroppen. Kroppens økte sårbarhet som symbol på det å være vellykket og lytefri er del av dette bildet (8).

Også når det gjelder personer under 18 år, har de offentlige helseforetakene rapportert at de gjør plastikkirurgiske inngrep bare når det foreligger medisinsk indikasjon. Materialet fra NPR for 2000 – 2002 tyder på at det også for denne aldersgruppen i all hovedsak dreier seg om tilsvarende type inngrep som ved de private klinikkene.

4.3 Utviklingstendenser i årene 2000 - 2002

Det er knyttet forholdsvis stor usikkerhet til denne delen av undersøkelsen, men de private klinikkene egne anslag antyder at det har vært en jevn økning i antall kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i perioden 2000 – 2002 for begge kjønn (se tabell 3 i del II). Økningen har vært på cirka 5 prosent årlig i alle årene, og om lag 90 prosent av inngrepene ble utført på kvinner og 10 prosent på menn.

Tall fra NPR indikerer at antallet plastikkirurgiske inngrep som blir utført i helseforetakene, har økt i årene 2000 – 2002. Videre tyder NPR's materiale på at det også i den offentlige delen av helsetjenesten blir utført flere plastikkirurgiske inngrep på kvinner enn menn.

5 Oppsummering og konklusjon

Enhver generasjon er preget av hva slags samfunn den har vokst opp i og har formet sitt liv i. Også tidstypiske sykdommer og sykdomsmønstre kan forstås i en slik ramme. I denne undersøkelsen har vi ikke rettet oppmerksomheten mot den ”syke” kroppen og mot den medisinske behandlingen som har som formål å gjenskape den ”friske” kroppen. Snarere tvert i mot retter vår undersøkelse seg mot det som tradisjonelt sett har vært medisinske prosedyrer og teknikker, og som nå blir benyttet til å gjøre endringer på og i friske kropp. Dette kan også forstås som et uttrykk for tidstypiske trekk og muligheter i den kulturen både unges og voksnes livsverden blir preget av og til en viss grad selv setter preg på. Kosmetisk plastikkirurgi eller estetisk kirurgi kan sees på som en type kulturell praksis som utvikler seg parallelt, og kanskje paradoksalt, nok med utviklingen innen medisinsk teknologi og viten. I et slikt perspektiv representerer kosmetisk plastikkirurgi et dilemma både for det plastikkirurgiske fagmiljøet selv og for de offentlige myndighetene (5).

Kartleggingen har satt lys på et dilemma knyttet til den portvaktrollen som behandlerne har knyttet til plastikkirurgisk virksomhet. Rollen som portvakt har som oppgave å regulere tilgangen til ettertraktede offentlige goder (10), i denne forbindelsen rett til tilbud fra den offentlige delen av helsetjenesten. Den enkelte behandler skal vurdere om enkeltmenneskers misnøye med eget utseende har så klart negative konsekvenser for vedkommendes fysiske og/eller psykiske helse at det er berettiget å gjennomføre et plastikkirurgisk inngrep for å endre vedkommendes utseende. I mange tilfeller vil det derfor være en vanskelig avveining om et inngrep skal utføres på medisinsk eller kosmetisk indikasjon. Norsk plastisk kirurgisk

forening sier følgende om dette dilemmaet²:

”Avgrensningen mellom inngrep utført på såkalt ”kosmetisk indikasjon” og en ”medisinsk indikasjon” er langt fra skarp, og krever i stor grad en vurdering. Dette er med andre ord en gråson, og grenseopp-gangene vil avhenge meget av den enkeltes vurdering.”

Resultatene fra denne kartleggingen gir ikke Helsetilsynet grunn til å tro at kosmetisk plastikkirurgiske inngrep, det vil si inngrep der forbedring av utseendet er avgjørende indikasjon, blir utført i særlig utstrekning på personer under 18 år. De fleste av disse inngrepene som er rapportert til oss, er dessuten medisinsk begrunnet. Cirka en tredjedel var henvist fra annen lege, og foreldresamtykke forelå i de fleste tilfellene.

Når det gjelder personer over 18 år, viser kartleggingen en tendens til økning i antall kosmetisk begrunnede inngrep i årene 2000-2003. Cirka 90 prosent av inngrepene ble gjort på kvinner.

Det er i rapporten gjort rede for mulige svakheter ved undersøkelsen, særlig hvordan uklare grenser mellom kosmetisk og medisinsk begrunnelse for inngrep kan gi begrepsmessige tvetydigheter. Helsetilsynet mener imidlertid at funnene som er presentert, beskriver hovedtendensene på feltet kosmetisk plastikkirurgi.

Informasjon fra NPR viser at til dels samme type inngrep blir gjort i den offentlige delen av helsetjenesten, men med utgangspunkt i medisinsk indikasjon. Hovedtendensen synes å være at det i årene 2000 - 2002 er en økning i antall plastikkirurgiske inngrep som blir utført i helseforetakene.

2) Fra nettsidene til Norsk plastikkirurgisk forening: Kosmetisk kirurgi. Begrepet ”kosmetisk kirurgi”.

På bakgrunn av hovedfunnene som er presentert i denne rapporten, er Helsetilsynet i tvil om det er behov for ytterligere *tilsynsmessig* overvåking av omfanget av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i denne omgangen. Vi ser imidlertid at det kan være hensiktsmessig å etablere egne rapporteringsrutiner dersom sentrale myndigheter vil reise spørsmål om utviklingen innen kosmetisk plastikkirurgi framover.

Litteraturliste

1. Ot.prp. nr.105 (2001-2002) Om lov om endringer i lov 30.mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover. Helsedepartementet. Oslo.
2. Dokument nr.8:8 (2002-2003). Forslag fra stortingsrepresentantene Inga Marte Thorkildsen og Heikki Holmås om forbud mot reklame for kosmetisk kirurgi og innføring av 18 års aldersgrense for kosmetisk kirurgi.
3. Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. 5.utgave. Universitetsforlaget. Oslo.1997.
4. Forskrift 2000-12-21 nr.1387: Forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep.
5. Samuelsen IL. Kosmetisk kirurgi – drøm, mareritt eller mulighet? I: Statens helse-tilsyn. Tilsynsmelding 2003. Oslo. 2003.
6. Samuelsen IL. Problemet er at du er kvinne. Om estetisk kirurgi og den ”post-gravide” kvinnekroppen. Tidsskrift for kvinneforskning 2002; 4/01:2-20.
7. Bjelland AK, Isaksen LW. Moderlige og/eller moderne bryster. Noen refleksjoner rundt kosmetisk-kirurgiske brystforstørrelser. Tidsskrift for kvinneforskning 2002;3:76-88.
8. Smedbråten BK, Råheim M, Heiberg E. ”Alle musklene og tankene roet seg...” – et kroppsfenomenologisk perspektiv som kilde til innsikt i unges livsverden. Fysioterapeuten 2003; 6:25-30.
9. Haugland S. School related stress, physical activity, and health complaints in adolescence. Research Centre for Health Promotion. University of Bergen. 2001.
10. Terum LI. Medisinsk skjønn og retts-tryggleik. Legar som portvakter i fordelinga av offentlege goder. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119:2192-2196.

RAPPORT B:

Omfang av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge

DEL II

Rapport fra NOVA

Morten Blekesaune og Tor Inge Romøren

1 Innledning

Forskningsinstituttet NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) har bistått Statens helsetilsyn med å beskrive kosmetisk plastikkirurgisk virksomhet i Norge. Beskrivelsen gjelder primært omfanget av inngrep spesifisert på ulike typer, og anslag over utviklingstendenser for den samlede virksomheten fra år 2000 til 2003. Helsetilsynet ønsket i tillegg en nærmere vurdering av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep utført på personer under 18 år.

I arbeidet har vi lagt til grunn definisjonen fra "Forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep". Den sier at ved kosmetisk plastikkirurgiske inngrep er kosmetiske hensyn avgjørende for inngrepet; dette er inngrep som utføres i den hensikt å forandre/forbedre utseendet. De skilles altså fra inngrep som primært har en medisinsk begrunnelse. Definisjonen er ikke uproblematisk, for om medisinske hensyn er avgjørende for et inngrep eller kosmetiske hensyn er det, vil i en del tilfeller være skjønnsmessig. Dette skal vi komme tilbake til.

I det følgende skal disse problemstillingene undersøkes:

- Hvor mange personer – fordelt på kjønn og alder - gjennomgikk kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge i 2003?
- Hva slags inngrep ble gjennomført hos kvinner og menn i ulike aldersgrupper?
- Hvordan utviklet omfanget av virksomheten seg i tiden 2000-2003?

For personer under 18 år skal vi i tillegg redegjøre for:

- Hva var begrunnelsen for å gjøre inngrepet?
- Var pasienten henvist fra annen lege?
- Hadde pasienten samtykke fra sine foreldre?

2 Metode

2.1 Utvelgelse av informanter

Kartleggingen av kosmetiske plastikkirurgisk virksomhet har skjedd ved at Helsetilsynet henvendte seg til alle klinikker som utfører slik kirurgi i Norge. Helsetilsynet laget først en liste over aktuelle klinikker/enheter ved å kombinere flere typer opplysninger. Som utgangspunkt benyttet en søk på "Gule Sider" (søkeord: leger, plastikkirurgi) og på Internet via søkemotorene Kvasir og Google (søkeord: kosmetisk kirurgi, plastikkirurgi, m.m.).

Dernest ble navn på godkjente spesialister i plastisk kirurgi lastet ned fra Den norske lægeforenings web-sider. Via de identifiserte klinikkenes hjemmesider ble spesialistene forsøkt knyttet til klinikker. Godkjente spesialister som ikke kunne knyttes til klinikker ble søkt opp i Brønnøysundregisteret. Hensikten var å klargjøre om de drev egen næringsvirksomhet som enkeltmannsforetak. "Fritt sykehusvalg" var behjelpelig med å gi informasjon om offentlige sykehus som var registrert med avdeling for plastisk kirurgi.

Denne utvelgelsesmetoden må etter vårt skjønn ha identifisert det aller meste av aktiviteten på feltet. Den private virksomheten er avhengig av markedsføring. "Gule sider" og Internet er de vanligste kanalene; reklame i aviser og blader kommer i tillegg. Erfarne personer i det aktuelle miljøet (jf. neste avsnitt) gir uttrykk for at det er svært usannsynlig at det drives privat plastisk kirurgisk virksomhet av noe omfang som ikke annonseres i de hovedkildene Helsetilsynet har benyttet. Når det gjelder offentlige registre over avdelinger for plastisk kirurgi, regner vi med at de er komplette og oppdaterte.

2.2 Pilotintervjuer

NOVA utviklet i samarbeid med Helsetilsynet registreringsskjemaer som skulle benyttes ved undersøkelsen. Disse ble prøvd ut gjennom pilotundersøkelser med kirurger ved tre klinikker, to private og én offentlig. Registreringsskjemaene ble deretter noe omarbeidet.

Fagpersonene og deres foreninger (Norsk plastikkirurgisk forening, Norsk forening for estetisk plastikkirurgi) bruker nå ofte betegnelsen estetisk kirurgi istedenfor kosmetisk plastikkirurgi. Det ble påpekt at også andre spesialister enn spesialister i plastisk kirurgi utfører estetisk kirurgi, herunder spesialister i øre-, nese- og halssykdommer og spesialister i øyesykdommer. Fagpersonene vi intervjuet mente som nevnt at det neppe er noen som utfører kosmetisk plastikkirurgi uten at deres tjenester annonseres på Gule Sider og/eller Internet.

Alle mente også at fagmiljøet vil vise interesse og velvilje når myndighetene ønsker å få en oversikt over feltet og på denne måten også tilkjenner at en ønsker å ta kosmetisk plastikkirurgi mer seriøst. Fagpersonene hadde imidlertid ulike oppfatninger av i hvilken grad henvendelser med registreringsskjemaer ville gi en fullstendig beskrivelse av kosmetisk plastikkirurgi på helt unge personer i Norge.

Det ble pekt på ulike grunner til at noen kan velge å ikke rapportere om slik virksomhet. Én grunn kan være tidspress; en ser seg ikke i stand til å fylle ut skjemaene når andre forpliktelser venter. Det er også mulig at noen ikke ønsker å tilkjenne omfanget av sin virksomhet. Det kan også være at noen ikke ønsker oppmerksomhet om inngrep som kan oppfattes som kontroversielle. Norsk plastikkirurgisk forening har enstemmig vedtatt at det ikke skal være noe tilbud om estetisk plastikkirurgi for

personer under 18 år.

I tillegg til mindre endringer av registrerings-skjemaene konkluderte vi etter pilotundersøkelsen med at metoden for utvelgelse av informanter var tilfredsstillende. På den annen side: med den framgangsmåten som er valgt kan en ikke helt utelukke en viss underrapportering av virksomhet overfor helt unge personer.

2.3 Gjennomføring av undersøkelsen

Klinikkene ble kontaktet per brev (Vedlegg 2) og bedt om å fylle ut to registreringsskjemaer (Vedlegg 3). Det første skulle fylles ut med to typer summarisk opplysninger: først antall personer over 18 år som ble behandlet i 2003, med spesifisering av aldersgruppe og kjønn, og dernest en spesifisering av type inngrep fordelt på kjønn. I den andre delen av dette skjemaet ba en om opplysninger om hvor mange individer både over og under 18 år som ble behandlet i hvert år fra 2000 til 2002, fordelt på kjønn.

Det andre registrerings-skjemaet skulle fylles ut med ett eksemplar for hvert individ under 18 år som ble behandlet i 2003. Her skulle en angi kjønn, alder, type inngrep, begrunnelse for inngrepet, om det forelå henvisning fra annen lege, og om foreldresamtykke var gitt. På begge skjemaer ble det også spurt om hvilke kilder som lå til grunn for opplysningene.

Fristen for tilbakemelding var ni dager etter utsending. Noen dager etter at fristen var utløpt ble det purret fra Helsetilsynet via telefon, med beskjed om at en - for å spare tid - kunne returnere skjemaene via telefaks. I alt ble 49 private og 27 offentlige klinikker/enheter kontaktet. Blant de private svarte 42 klinikker (86 prosent), blant de offentlige sykehusene 22 (81 prosent). Offentlige sykehus svarte at de kun utfører plastisk kirurgiske inngrep med medisinske begrunnelser, dvs. at de ikke utfører rent kosmetisk plastikkirurgi. Materialet som presenteres i det følgende bygger derfor bare på informasjon fra private klinikker. Av disse er det noen få som skriver at de utelukkende utfører inngrepet etter avtale med offentlige helseforetak. En må anta at dette ikke er kosmetiske plastikkirurgiske inngrep; de er heller ikke regnet med i det følgende.

2.4 Mulige svakheter ved metoden

Slik denne undersøkelsen ble utviklet og gjennomført, er det i hovedsak tre metodiske problemer som en må ta hensyn til:

1. Definisjonsmessige uklarheter

2. Sider ved utformingen av registrerings-skjemaene

3. Mangler ved rapporteringen

De definisjonsmessige uklarhetene knytter seg til begrepet kosmetisk plastikkirurgi. Hvor går grensen mellom å forbedre utseendet fordi en vil se annerledes ut og å endre utseendet fordi det bunner i, eller kan føre til, psykiske plager eller kroppslig sykdom? Både informantene ved pilotintervjuene og leger som kontaktet oss under registreringen ga uttrykk for at det ikke alltid er klare grenser mellom kosmetiske og medisinske hensyn ved plastikkirurgiske inngrep. Det betyr igjen at de som har registrert opplysninger for oss i noen grad kan ha brukt ulike standarder. Inngrep som burde vært klassifisert som kosmetiske kan ha blitt klassifisert som medisinske. Vi antar at det i mindre grad er omvendt.

Betegnelsen "Estetisk kirurgi" er ikke vanlig språkbruk utenfor det plastikkirurgiske miljøet. Vi regner ikke med at utvalg eller data ville blitt annerledes om vi hadde brukt det i forbindelse med den foreliggende undersøkelsen. "Estetisk kirurgi" og kosmetiske plastikkirurgi er helt synonyme begreper, og brukes også slik.

Det hefter dessverre en uklarhet ved registreringsskjemaet. Der klinikkene skal angi antall pasienter behandlet 2000-2003, kan en komme i tvil om det er antallet behandlede *pasienter* eller antallet *inngrep* som skal registreres. Uklarheten skyldtes at det rett ovenfor er spurt om antall *inngrep* utført for regionale helseforetak. Dette spørsmålet er dessuten av liten relevans, og kan i seg selv ha bidratt til usikkerhet hos den som registrerte.

Når det gjelder mangler ved selve rapporteringen, gjelder dette i første rekke de summariske opplysningene. Ikke alle skjemaer er fylt ut fullstendig. I noen tilfeller er det bare angitt sumtall, ikke særskilte tall for aldersgrupper og/eller kjønn. Det går igjen at noen av cellene for menn ikke er fylt ut. Dette kan bety at en ikke hadde behandlet noen menn i den aktuelle aldersgruppen. I disse tilfellene skrev vi inn 0 i datamatriksen. I andre tilfeller var ikke kolonnen for menn (se Vedlegg 3) fylt ut i det hele tatt. Dette kan bety at en ikke hadde behandlet noen menn. Men det kan også bety at klinikken ikke har skilt mellom menn og kvinner, at de innrapporterte tallene i raden for kvinner er et samletall for både kvinner og menn. Dette omfatter fem mindre klinikker. Trolig har flere av disse kun behandlet kvinner. Her har vi satt

antall behandlede menn til null.

I enkelte skjemaer er beskrivelsen av utviklingen 2000-2002 ufullstendig. Vedlegg 4 redegjør mer i detalj for svakhetene i datamaterialet, og hvordan vi har håndtert dem. Alt i alt vurderer vi det slik at selv om det kan hefte uklarheter ved selve begrepet ”kosmetisk kirurgi”, og selv om deler av datamaterialet er ufullstendig, rokker ikke disse svakhetene ved de hovedkonklusjonene som trekkes.

3 Resultater

3.1 Inngrep på personer over 18 år etter kjønn og alder

Tabell 1 viser en oversikt over hvor mange pasienter som alt i alt ble behandlet i 2003.

Tabell 1:

*Antall pasienter over 18 år etter kjønn og alder.
Antall, med prosent i parentes.*

	<i>Kvinner</i>	<i>Menn</i>	<i>Sum</i>
18-29 år	1450 (29)	148 (26)	1598 (28)
30-49 år	2516 (50)	254 (44)	2770 (49)
50 år og eldre	1107 (22)	177 (31)	1284 (23)
Sum	5073 (100)	579 (100)	5652 (100)

28 prosent av pasientene er mellom 18 og 30 år, nesten halvparten var mellom 30 og 50, og knapt en fjerdedel over 50 år. Av 5652 behandlede pasienter var 90 prosent kvinner. Den største gruppen av alle er kvinner mellom 30 og 50 år; de utgjør 50 prosent av kvinnene og 45 prosent av samtlige som er registrert. Blant menn er det relativt flere eldre og færre yngre enn blant kvinner.

Tallene over refererer bare seg til klinikker som har fylt ut den første tabellen i det utsendte skjemaet (se Vedlegg 3) fullstendig og korrekt. Noen klinikker har som nevnt bare angitt summen for antall behandlede kvinner og menn, uten å differensiere mellom aldersgrupper. Andre har ikke fylt ut den aktuelle tabellen, bare den neste, som oppgir antall

pasienter etter type inngrep. Dersom en utnytter all tilgjengelig informasjon, blir antall behandlede en kan regne seg fram til for året 2003 til sammen 7383. Som nevnt innledningsvis har 86 % av klinikkene besvart henvendelsen fra Helsetilsynet. Dersom vi antar at de resterende i gjennomsnitt har like stor aktivitet som de som har svart, vil vi anslå at mellom 8000 og 9000 mennesker gjennomgikk kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge i 2003.

3.2 Typer av inngrep på personer over 18 år etter kjønn

Tabell 2 (neste side) viser hva slags kosmetisk plastikkirurgiske inngrep som ble utført i Norge i 2003. Brystproteser hos kvinner var

vanligst (gjelder 1965 individer). Derneft følger øyelokk-plastikk (1062), fettsuging (1035) og føflekker (850). Også bukplastikk (415), panneløft (315), annen brystkirurgi (243), brystreduksjon (231) og arrkorreksjon (215) er relativt vanlige inngrep. Dersom en vil anslå et totalomfang for de ulike inngrepene i Norge i 2003 (jf. beregningene i

forrige avsnitt), kan en som en enkel tilnærming multiplisere tallene med 1,3.

Etter brystproteser (31 prosent) følger hos kvinner fettsuging (15 prosent) og øyelokk-plastikk (14 prosent). Hos menn er føflekker vanligst (28 prosent) fulgt av øyelokkplastikk (19 prosent).

Tabell 2:
Type inngrep på personer over 18 år.

	Kvinner		Menn	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Øyelokkplastikk	919	(14)	143	(19)
Ører	67	(1)	28	(4)
Facelift/panneløft etc.	304	(5)	11	(1)
Brystprotese	1 965	(31)	0	(0)
Brystreduksjon	231	(4)	0	(0)
Gynekomasti*	0	(0)	46	(6)
Annen brystkirurgi	242	(4)	1	(0)
Bukplastikk**	410	(6)	5	(1)
Arm-/lårplastikk**	67	(1)	7	(1)
Fettsuging	944	(15)	91	(12)
Labiareduksjon***	9	(0,1)	0	(0)
Føflekk/lipom	638	(10)	212	(28)
Arrkorreksjon	179	(3)	36	(5)
Annet	402	(6)	172	(23)
Sum	6 377	(100)	752	(100)

* Dette er en tilstand der gutter utvikler brystkjertler

** Plastikk betyr i denne sammenhengen kirurgisk fjerning av fettvev

*** Labia er kjønnslepper hos kvinner.

Tabellene 1 og 2 bygger altså på rapporteringen fra de private klinikkene. Et større offentlig sykehus skriver imidlertid i et brev at en der utfører 1-3 brystreduksjoner per år på voksne kvinner som undervisnings-kasus, men inngrepene er ellers er å betrakte som kosmetiske. Brystreduksjoner blir for øvrig også utført med medisinske begrunnelser, gjerne med utgangspunkt i ryggplager.

Tabell 2 har også en restkategori kalt "Annet". Dette utgjør en relativt stor andel av inngrepene hos menn, nesten en fjerdedel av inngrepene. Bare noen klinikker spesifisert hvilke inngrep dette dreide seg om. Den største gruppen som ble spesifisert var neseplastikk.

3.3 Inngrep på personer under 18 år

For di dette er et kontroversielt emne, og fordi registreringen på dette punktet var ganske sammensatt og litt vanskelig å fortolke, skal resultatene gjennomgå relativt detaljert.

I alt ble det innlevert 38 individskjemaer om inngrep på personer under 18 år. Disse 38 inkluderer i alt 21 korreksjoner for utstående ører. Av disse 21 ble minst 10 utført med utgangspunkt i medisinske begrunnelser ved ett offentlig og ett privat sykehus. Pasientene var fra 8 til 16 år, fire gutter og seks jenter.

De øvrige 11 inngrepene for utstående ører ble utført ved seks private klinikker, hovedsakelig i Oslo-området. Private klinikker bemerker ellers at kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i sin helhet betales av pa-

sienten selv (i disse tilfellene av foreldrene). Pasientene er 8 jenter og 3 gutter, de fleste var 12 til 17 år, men én fylte 6 samme år³. Noen av disse skjemaene er påført utfyllende kommentarer, herunder at pasienten skal ha hatt kompleks, ha blitt mobbet på skolen, ”tror det er medfødt”. Alle hadde samtykke fra foreldre.

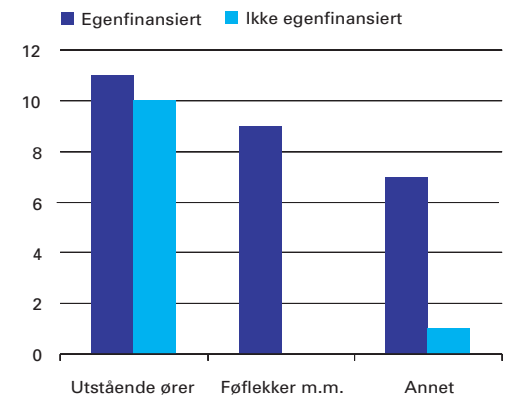
Norsk pasientregister har vært behjelpelige med å overføre data om antall ørekorreksjoner utført ved norske sykehus i 2002 etter alder⁴. I alt ble det foretatt 364 inngrep av denne typen på personer under 18 år (født 1984 eller senere). Våre registrerings-skjemaer fanger således opp en liten andel av disse inngrepene, fordi mange utføres med en medisinsk begrunnelse ved offentlige sykehus.

Ytterligere ett inngrep ble utført med en medisinsk begrunnelse. Dette var behandling for overdrevet svetting (hyperhidrose). Av de 38 inngrepene på unge personer er således minst 11 medisinsk begrunnet og utført for eller av offentlige helseforetak, mens inntil 17 ble utført på private klinikker.

De resterende 16 skjemaene kom fra 6 klinikker, trolig er alle private (én er anonym). Det vanligste inngrepet var fjerning av hudforandring som ble utført hos 9 personer under 18 år, hvorav 7 jenter og 2 gutter. Alle ble utført ved samme klinikk. Ut fra skjemaet er det vanskelig å si med sikkerhet hvilke inngrep det er snakk om. Men det er sannsynlig at disse i hovedsak dreier seg om fjerning av føflekker og/eller fødselsmerker. Pasientene var fra 13 til 17 år.

De resterende 7 inngrepene er av ulike typer, og utført ved tre klinikker. Figur 1 på neste side gir en oversikt over de inngrepene som er omtalt så langt.

Figur 1:
Type inngrep på pasienter under 18 år.
Antall.



De siste syv inngrepene som er nevnt over, og som gjenfinnes i den nest siste søylen til høyre i figuren, var alle i følge våre opplysninger utført ved private klinikker og fullt ut betalt av foreldrene. Fem av dem ble utført ved samme klinikk. Ett bestod i reduksjon av en benhump på nesens. Pasienten skal ha vært sjenert på grunn av dette. Moren var med henne på klinikken. En annen fikk laserbehandling i ansiktet. Det forelå ikke samtykke fra foreldrene. Det er usikkert om disse to pasientene fortsatt var under 18 år da inngrepet ble gjort. Begge var født i 1985; de fylte 18 år i 2003.

Et tredje inngrep var behandling av arr etter vannkopper. Dette var en jente som fylte 17 samme år, og moren var med henne på klinikken. Et fjerde inngrep var fjerning av en svulst på et øre. Pasienten var en jente som fylte 11 samme år, og moren var med henne på klinikken. Et femte inngrep var bruk av laserbehandling på et arr. Pasienten var en jente som fylte 14 samme år; hun hadde følge av sin mor. Det sjette inngrepet var brystinnlegg på en jente som fylte 17 samme år. Hun hadde et lite bryst på den ene siden og manglet helt bryst på den andre. Dette skal ha ført til psykiske problemer for henne. I skjemaet står det anført at kosmetiske hensyn ikke var avgjørende. Pasienten hadde følge av sin mor. Det siste inngrepet var fjerning av en lokal fettansamling under haken på en jente som fylte 16 samme år. Pasienten hadde med seg en skriftlig erklæring fra sin mor. Skjemaet er påskrevet at det er mulig at fettansamlingen skyldes sykdom, og at den kan være medfødt.

I tillegg til de nevnte inngrepene skriver et større offentlig sykehus at de årlig behandler 1-2 piker under 18 år med brystinnlegg eller

3) Selv om dette er en avvikende observasjon, er det ingen grunn til å betvile pasientens unge alder. Dataene fra Norsk pasientregister viser at det utføres mange ørekorreksjoner på seks år gamle barn.

4) Takk til Erik Sverrbo for velvillig hjelp til denne delen av undersøkelsen.

brystreduksjon som de anser som medisinsk indiserte p.g.a. betydelige psykiske belastninger. Disse inngrepene skal ha gitt gode resultater m.h.t. pasientenes psykiske plager.

De fleste inngrepene på personer under 18 år ble utført på jenter. Av de 38 var 29 jenter og kun 9 gutter. Av de 9 guttene ble 7 behandlet for utstående ører og 2 for fjerning av hudforandringer, trolig føflekker.

På 37 av 38 skjemaer var det krysset av om pasienten hadde blitt henvist fra annen lege. I alt 11 av pasienter hadde blitt henvist fra annen lege, 26 hadde ikke blitt henvist fra annen lege. Her er det store forskjeller mellom klinikkene. Kun én klinikk hadde behandlet pasienter av begge kategorier (henvist og ikke henvist).

Av de 38 pasientene under 18 år var det i alt 7 som ikke hadde samtykke fra sine foreldre, alle ble behandlet ved samme klinikk. Disse inngrepene dreide seg i all hovedsak om fjerning av hudforandring (trolig føflekker). Tre av disse fylte 18 år i 2003, og vi vet derfor ikke om disse var 17 eller 18 år da inngrepet ble foretatt. De fire andre fylte henholdsvis 14, 15, 16 og 17 dette året.

De aller fleste inngrepene utført ved private klinikker skjedde i Oslo-området. De relativt få inngrepene av kosmetisk art som ble utført ved offentlige sykehus foregikk langt utenfor Oslo-området. Det er mulig at noen av inngrepene som utføres ved private klinikker i Oslo-området isteden utføres innenfor den offentlige helsetjenesten i andre deler av landet. Trolig gjelder dette pasienter både over og under 18 år.

3.4 Utvikling over tid

Tabell 3:
Utviklingen over tid.

	2000		2001		2002	
	Over 18 år	Under 18 år	Over 18 år	Under 18 år	Over 18 år	Under 18 år
Kvinner	3 716	11	3 905	7	4 164	13
Menn	433	5	430	3	441	7
Sum	4 149	16	4 335	10	4 605	20

Tabell 3 antyder at det har vært en årlig økning på cirka 5 prosent i antall pasienter behandlet med kosmetiske inngrep. Fordelingen mellom kvinner og menn synes å ha vært stabil. I alle årene var om lag 90 prosent av pasientene kvinner og 10 prosent menn.

En del skjemaer er mangelfullt utfylt på dette punktet. Fem klinikker skriver at de startet virksomheten så sent at de ikke har noe å rapportere for disse årene. Ytterligere to klinikker har kun rapportert tall for 2002, men ikke for de to foregående årene. Dette kan bety at antallet klinikker som utfører kosmetisk plastikkirurgi har økt de seneste årene. Men det kan selvsagt også være at klinikker kan ha blitt avvirket samtidig som nye har blitt etablert. Det vet vi ikke noe om. Men hvis det er slik, kan denne kartleggingen gi inntrykk av en noe sterkere økning enn den faktiske.

Tabell 3 antyder at det har vært mindre økning i antall behandlede pasienter under 18 år fra 2001 (10) til 2002 (20). Denne økningen kan i hovedsak forklares med en større klinikk som behandlet 7 flere under 18 år i 2002 enn i

2001. Uansett dreier dette seg om små – og dermed usikre - tall.

Det er vanskelig å sammenligne tall for personer under 18 år i 2002 og 2003 ettersom 2003-tallene kan avgrenses på flere måter. Klinikker som har sendt inn individskjemaer på personer under 18 år for 2003 utførte kun 13 av de 20 inngrepene som ble utført i 2002 i tabell 3. Det er mulig det er en uklar grensdragning mellom medisinske og ikke-medisinske begrunnelser som har medført noe ulik rapportering fra klinikkene. Av den grunn kvier vi oss for å gjøre ytterligere sammenligning mellom disse delene av undersøkelsen.

4 Oppsummering og konklusjon

På bakgrunn av all informasjon som er kommet inn ved denne undersøkelsen, anslår vi at mellom 8000 og 9000 mennesker gjennomgikk kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge i 2003. De vanligste var brystproteser (anslagsvis 2-3000), fulgt av øyelokk, fettsuging og føflekker. Ni av ti inngrep utføres på kvinner. Både blant kvinner og menn er aldersgruppen 30-49 år sterkest representert. Samlet sett synes kosmetisk plastikkirurgi å ha økt med cirka fem prosent per år fra 2000 til 2003.

Klinikkene rapporterte om 38 kosmetisk plastikkirurgiske inngrep på personer under 18 år i 2003. De vanligste er korreksjoner for utstående ører samt fjerning av føflekker og andre hudforandringer. De inngrepene på personer under 18 år som vi har registrert synes alle å kunne begrunnes ut fra medisinske hensyn. I fire av fem tilfelle forelå det samtykke fra foreldrene. I ett av tre tilfeller forelå det henvisning fra annen lege.

Det er kun inngrep på voksne som svarer til det de fleste av oss assosierer med kosmetisk plastikkirurgi. Inngrep på personer under 18 år av rent kosmetisk art har ikke vi kunnet registrere med den metoden som vi har anvendt her.

Vedlegg I
Brev fra Helsedeparte-
mentet av 28. mars 2003
med beskrivelse av oppdrag



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo



Deres ref

Vår ref
03/00365 HRA/RH

Dato
28.03.2003

Tilsyn med virksomheter og helsepersonell som utfører kosmetisk kirurgi


Vedlagt følger Dok. 8:8 (2002-2003), Innst. S. 153 (2002-2003), samt helseministerens brev til sosialkomiteen av 29. januar og 28. februar 2003. Helsedepartementet vil på bakgrunn av dokumentenes innhold, be Statens helsetilsyn starte forberedelsene av et intensivt tilsyn med virksomheter og helsepersonell som tilbyr kosmetisk kirurgi.

Departementet vil også be Helsetilsynet vurdere på hvilken måte man kan foreta en kartlegging av omfanget av kosmetiske operasjoner på personer under 18 år, om operasjonene er medisinsk begrunnede, om det foreligger henvisning fra annen lege, om foreldrene har samtykket til operasjonene m.m.

Dok. 8-forslaget skal behandles i Stortinget 1. april 2003. Etter dette vil departementet komme tilbake til Helsetilsynet for nærmere avtale om et møte om videre oppfølging av denne saken.

Med hilsen


Kari Sønderland e.f.
ekspedisjonssjef


Ragna Hirsch
seniorrådgiver

Vedlegg

Vedlegg II
Brev av 26. januar 2003 fra
Helsetilsynet til klinikker
som utfører kosmetisk
plastikkirurgi



HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

Klinikker/enheter som utfører kosmetisk
plastikkirurgiske inngrep

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2003/332 II EMT/-

26. januar 2004

Kartlegging av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge

Helsetilsynet gjennomfører med dette en kartlegging av kosmetisk plastikkirurgiske inngrep (estetisk kirurgi) i Norge. Bakgrunnen for undersøkelsen er et oppdrag vi har fått av Helsedepartementet knyttet til omfanget av denne type inngrep. Vi ønsker å få en samlet oversikt over dette feltet som vi vet lite om. I denne forbindelse er vi også anmodet om å vurdere omfanget av inngrep på personer under 18 år.

I forskriften som regulerer hvem som kan utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep, blir følgende definisjon benyttet: *"Kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i henhold til denne forskriften er inngrep hvor kosmetiske hensyn er avgjørende for indikasjon på inngrepet, dvs. inngrep som utføres i den hensikt å forandre/forbedre utseende."* (Forskrift 2000-12-21 nr 1387: Forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgisk inngrep).

Kartleggingen omfatter private og offentlige klinikker/enheter i Norge som utfører kosmetisk plastikkirurgiske inngrep.

De aktuelle klinikkene/enhetene bes om å utfylle to typer registreringsskjema, ett med summariske opplysninger om alle personer over 18 år som ble behandlet i 2003, og ett for hvert individ under 18 år som har vært behandlet i samme tidsrom.

Registreringsskjemaene bør fortrinnsvis fylles ut av personer med *"./."* helsefaglig utdanning, se for øvrig vedlagte veiledning til den som skal registrere opplysningene.

Helsetilsynet gjennomfører kartleggingen med hjemmel i Lov 1984-03-30 nr. 15: Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og Lov 1999-07-02 nr. 64 Lov om helsepersonell m.v. § 30, der det bl.a. heter: *"Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikten utlevere de dokumenter, lyd- og bildeopptak og lignende som kreves av Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene."*

Av hensyn til at skjemaene vil inneholde personsensitive opplysninger om pasienter og om forretningsmessige forhold ved klinikkene/enhetene, vil de innsendte registreringsskjemaene

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health

Pb 8128 Dep,
NO-0032 OSLO
Norway

Tel.: (+47) 22 24 88 88
Faks: (+47) 22 24 95 90
E-post/e-mail:
postmottak@helsetilsynet.dep.no
www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/Street address:
Calmeyersgate 1

Org. nr.: 974 761 394

Vedlegg II
Brev av 26. januar 2003 fra
Helsetilsynet til klinikker
som utfører kosmetisk
plastikkirurgi (forts.)

bli unntatt offentlighet. Dette skjer med hjemmel i Offentlighetslovens § 5a, der det heter: *"Opplysninger som er undergitt taushetsplikt i lov eller i medhold av lov er unntatt fra offentlighet"*, og i Forvaltningslovens § 13 første ledd som pålegger enhver som utfører tjeneste eller arbeid for forvaltningsorgan å hindre at andre får adgang til opplysninger om: *"tekniske innretninger og fremgangsmåter, samt drift- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår."*

Helsetilsynet samarbeider med forskningsinstituttet NOVA om kartleggingen.

Vi er kjent med at Helsedepartementet i 2003 ba om aktivitetstall fra noen klinikker i forbindelse med sitt arbeid med godkjenning av nye private sykehus innen spesialiteten plastisk kirurgi. Denne undersøkelsen kan imidlertid ikke benyttes til vårt formål slik at vi må be også disse klinikkene om å fylle ut skjemaene.

For å sikre datakvaliteten er vi avhengig av at den enkelte klinikk/enhet følger opp kartleggingen og svarer som forutsatt. Resultatene av undersøkelsen vil bli oppsummert i en egen rapport til Helsedepartementet. I denne rapporten som skal være ferdig i mars 2004, vil det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltklinikker/-enheter. De klinikkene/enhetene som deltar, vil også få tilsendt rapporten.

Spørsmål knyttet til utfylling av registreringsskjemaene kan rettes til:

- Fagsjef Ellen Thorbjørnsrud, tlf. 21 52 99 59
- Seniorrådgiver Bente Kr. Smedbråten, tlf. 21 52 99 80
- Forsker Tor Inge Romøren, NOVA, tlf. 33 19 81 56

Svarfristen er **6. februar 2004**.

Utfylte skjemaer skal returneres til:

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep.
0032 Oslo

Vi imøteser med stor spenning resultatet av undersøkelsen og tror at med bidrag fra klinikkene/enhetene, vil den bringe ny kunnskap om feltet.

Med hilsen

Lars E. Hanssen
helsedirektør

Bente Kr. Smedbråten
seniorrådgiver

Saksbehandler: Ellen Thorbjørnsrud, tlf.: 21 52 99 59

Kopi til: - De regionale helseforetakene
- Helsetilsynet i fylkene

TIL DEN SOM REGISTRERER

Det skal benyttes to typer av skjemaer. Det ene skjemaet skal gi en oversikt over klinikkens *samlede aktivitet* innen kosmetisk plastikkirurgi i 2003. Det har overskriften "Kosmetisk plastikkirurgi - summariske opplysninger om alle pasienter behandlet ved klinikken i 2003". Vi ønsker også informasjon om utviklingstendenser for perioden 2000-2002, om mulig som eksakte tall. Dersom slike opplysninger om virksomheten ikke foreligger, ber vi om anslag. Her bes det en statistikk uten opplysninger om enkeltindivider, derfor oversendes bare ett eksemplar av dette skjemaet.

Det andre fylles ut for *hver person under 18 år* som ble behandlet ved klinikken i fjor. Skjemaet har overskriften "Kosmetisk plastikkirurgi - registreringsskjema for pasienter under 18 år behandlet ved klinikken i 2003". Her bes det altså om opplysninger for enkeltpasienter, og dette skjemaet er oversendt i fem eksemplarer. Dersom det skulle trenge flere, ber vi om at dere kopierer opp selv, evt. kontakter Statens helsetilsyn. I tillegg til de opplysninger det bes om, er det på dette arket også gitt rom for frie kommentarer; slike kan være til stor nytte for Helsetilsynet.

Definisjonen av kosmetisk plastikkirurgi (estetisk kirurgi) som Helsetilsynet legger til grunn, følger formuleringene i forskrift om slik virksomhet. De plastikkirurgiske inngrep som skal registreres i skjemaene er inngrep hvor kosmetiske hensyn er avgjørende for indikasjon for inngrepet, dvs. at de er utført i den hensikt å forandre/forbedre utseendet.

Lykke til, og takk for hjelpen!

**KOSMETISK PLASTIKKIRURGI - SUMMARISKE OPPLYSNINGER OM
 ALLE PASIENTER BEHANDLET VED KLINIKKEN**

1. PASIENTER OVER 18 ÅR BEHANDLET VED KLINIKKEN I 2003

	Kvinner	Menn
Antall 18-30 år		
Antall 30-50 år		
Antall over 50 år		
SUM		

	Antall kvinner	Antall menn
Øyelokkplastikk		
Ører		
Facelift/panneløft etc.		
Brystprotese		
Brystreduksjon		
Gynekomasti		
Annen brystkirurgi		
Bukplastikk		
Arm-/lårplastikkplastikk		
Fettsuging		
Labiareduksjon		
Føflekk/lipom		
Arrkorreksjon		
Annet		
SUM		

Hvor mange av det samlede antall inngrep er utført for regionale helseforetak?

2. UTVIKLINGSTENDENSER: ANTALL PASIENTER BEHANDLET 2000-2002

Kjønn	2000		2001		2002	
	Over 18 år	Under 18 år	Over 18 år	Under 18 år	Over 18 år	Under 18 år
Kvinner						
Menn						

3. VÆR VENNLIG Å ANGI HVA SLAGS KILDER SOM LIGGER TIL GRUNN FOR
 OPPLYSNINGENE PÅ DETTE ARKET (Journaler, operasjonslister el.l. – manuelle eller
 edb-baserte)

.....

Vedlegg III
Registreringsskjema med
instruks om utfyllingen
(forts.)

**KOSMETISK PLASTIKKIRURGI - REGISTRERINGSSKJEMA FOR
PASIENTER UNDER 18 ÅR BEHANDLET VED KLINIKKEN I 2003**

Fødselsår:

Kjønn: Jente Gutt

Type inngrep som ble utført.....

Hva var begrunnelsen for å utføre inngrepet?

.....
.....
.....

Var pasienten henvist fra annen lege?

Ja

Nei

Kommentar

Hadde pasienten samtykke fra sine foreldre?

Ja

Nei

Kommentar

Vær vennlig å angi hva slags kilder som ligger til grunn for opplysningene på dette arket

.....
.....

Mer om data og metode

Generelt

Et hovedproblem i denne kartleggingen er å skille mellom medisinske og kosmetiske begrunnelser for inngrepene. I instruksjonen til spørreskjemaet ble det bedt om at kun kosmetisk/estetisk begrunnede inngrep skulle rapporteres. Fire større offentlige sykehus skriver i sine svarbrev at de ikke utfører rent kosmetisk begrunnede operasjoner. Noen av inngrepene er de samme som de vi har listet opp i vårt registreringsskjema, men inngrepene gjøres kun med medisinske begrunnelser/indikasjoner.

Etter oppringning fra Helsetilsynet forteller flere avdelinger ved offentlige sykehus at de ikke har sett brevet og skjemaene fra Helsetilsynet. Mange foreteller at de er uenige i definisjonen som Helsetilsynet har brukt i sitt brev (Vedlegg 2), d.v.s. ”inngrep som utføres i den hensikt å forandre/forbedre utseendet” som er hentet fra ”Forskrift om kosmetisk plastikkirurgi” (2000). Disse offentlige sykehusene påpeker at de kun utfører inngrep som er medisinsk begrunnet. Noen synes å ha et anstrengt forhold til rent kosmetiske begrunnelser for plastisk kirurgi.

Under de summariske opplysningene for personer over 18 år ble det spurt hvor mange av disse inngrepene som hadde blitt utført for regionale helseforetak. Flesteparten av klinikkene svarte at ingen av de rapporterte inngrepene hadde blitt utført for regionale helseforetak. Et par klinikker hadde rapportert både det samlede antall plastikkirurgiske inngrep og antall inngrep av rent kosmetisk art. Disse representerer ikke noe problem. To klinikker har utført kun noen få av sine innrapporterte inngrep for regionale helseforetak. To andre klinikker, en liten og en noe større klinikk, har utført samtlige eller nær samtlige av sine inngrep for regionale helseforetak. Disse to klinikkene ble derfor tatt ut av de summariske optellingene over rent kosmetisk begrunnede inngrep.

Individskjemaet for de under 18 år gir opplysninger om type inngrep samt begrunnelse for inngrepet. En større klinikk skriver om personer under 18 år: ”Det dreier seg om skjemmende føflekker, fødselsmerker, arr og utstående ører.” Disse inngrepene utgjør imidlertid hoveddelen av de innrapporterte ”kosmetiske” inngrepene på personer under 18 år. Om klinikkene har klassifisert disse som kosmetisk eller medisinsk begrunnet kan i noen grad ha vært gjenstand for varierende skjønn. Individskjemaet inneholder også opplysninger om personens alder og kjønn. Noen skjemaer hadde blitt fylt ut for personer som var født før 1985, og som derfor ikke kunne ha fylt 18 år i 2003. Disse ble tatt ut av undersøkelsen.

--

Flere fagfolk var uenige i at føflekker skulle tas med i skjemaet over kosmetiske inngrep. Dette kom fram under pilot-intervjuene, og det var også påskrevet noen av de innsendte skjemaene eller som kommentarer til skjemaene. En klinikk skrev at de utførte slike inngrep ut fra medisinske, og ikke ut fra kosmetiske, begrunnelser. Blant de summariske opplysningene hadde noen få klinikker kun angitt det samlede antall inngrep for fjerning av føflekker for menn og kvinner samlet, og en klinikk skrev at disse var medisinsk begrunnet uten å angi noe tall. Også her står vi overfor den mulighet at våre data fanger om kun en del, muligens en mindre del, av disse inngrepene. Det spesielle med inngrepene på føflekker m.m. som vi har registrert, er at inngrepene har blitt betalt av pasientene selv eller deres foreldre. Om dette også betyr at disse inngrepene er forskjellige fra inngrep utført ved offentlige sykehus, kan ikke våre data si noe om. Det er mulig at noen bruker private klinikker fordi disse har kortere ventetider enn offentlige sykehus.

Ufullstendige opplysninger og feil

Skjemaene for summariske opplysningene for voksne personer består av tre tabeller. Det er ikke alltid at disse tabellene summeres på en rimelig måte for hver klinikk. To klinikker har kun rapportert det totale antall pasienter de har behandlet (til sammen 122 pasienter) uten å dele dette opp verken på diagnoser eller aldersgrupper. Fra en tredje klinikk mangler 30 pasienter i tabellen for alders-fordeling. Fire, hovedsakelig større, klinikker har oppført i alt

1093 inngrep fordelt på diagnoser uten at antall pasienter er angitt noe sted, ei heller hvordan de fordeler seg på aldersgrupper. Antall inngrep kan godt overstige antall pasienter ettersom flere inngrep kan utføres på samme pasient. Fra de fleste klinikkene er imidlertid summen av rapporterte inngrep lik summen av rapporterte pasienter.

En grunn til de rapporteringsproblemene som er nevnt over kan være utformingen av selve skjemaet. Der klinikkene skulle angi antallet inngrep etter type inngrep kunne det virke uklart om det var antallet pasienter som hadde blitt behandlet eller om det var antallet inngrep som skulle registreres. De få som hadde nevnt at det er en forskjell på disse to summene påpekte at det var antallet inngrep de hadde rapportert. En større klinikk rapporterte om 105 flere pasienter enn inngrep. Her mangler det en fullstendig spesifisering av inngrepene. I tillegg har to klinikker mindre avvik mellom opplysningene om antall inngrep og antall pasienter.

Tre klinikker rapporterer at de har behandlet et antall pasienter mellom 30 og 50 år, men ingen under 30 år. Flere klinikker skriver at de har aldersgrenser på 18 eller 20 år for kosmetisk plastikkirurgi. Men ingen forteller at de har selvpålagte aldersgrenser over 20 år. Det er sannsynlig at disse klinikkene kan ha slått sammen aldersgruppene 20-30 år med aldersgruppen 30-50 år. Dette betyr i så fall at andelen pasienter under 30 år underestimeres i denne kartleggingen.

Som nevnt innledningsvis består de summariske opplysningene for voksne personer av to tabeller som skal fylles ut med tall for 2003: først antall personer som ble behandlet fordelt på kjønn og alder, og dernest antall inngrep som ble utført fordelt på kjønn og type inngrep. Til sammen 40 klinikker har fylt ut disse to tabellene helt eller delvis.

Under disse to tabellene i skjemaet spørres det om hvor mange av disse inngrepene som har blitt utført for regionale helseforetak. Disse andelenene har vi nevnt ovenfor. Trolig er det en betydelig underrapportering av inngrep som utføres for regionale helseforetak i de summariske opplysningene som vi har fått overført fra private klinikker, ettersom det er kjent at disse i dag ofte utfører inngrep for regionale helseforetak.

Kommentarer til tabell 1

I en del tilfeller mangler informasjon i de to tabellene for 2003. Der begge deler av skjemaet er utfylt er det bare unntaksvis avvik mellom antall pasienter og antall inngrep. Det er således små forskjeller på antall pasienter og antall inngrep i disse dataene. Hvis vi utnytter all informasjon som er tilgjengelig i disse tabellene, blir det samlede antallet behandlede pasienter/inngrep 7383, hvorav 89 prosent (6594) var kvinner og 11 prosent (789) menn.

Kommentarer til tabell 3

35 klinikker fylte ut tabellen om hvilke typer inngrep de gjennomførte i 2003. Disse opplysningene summerer seg til 7130 inngrep, hvorav 89 prosent var på kvinner og 11 prosent på menn.

Tre klinikker forteller i brev form om utviklingen over tid. For disse har vi estimert tall for tidligere år med utgangs-punkt i denne skriftlige informasjonen. En større klinikk har ikke fordelt sine tall på kjønn. Her har vi anvendt kjønnsfordelingen fra siste år også på tidligere år. En klinikk har kun angitt tall for de under 18 år (om lag fire per år). Flere klinikker har ikke fylt ut kolonnen for de under 18 år. Dette kan bety at de ikke har behandlet noen under 18 år. Men de kan også ha unnlatt å skille mellom pasienter over og under 18 år.

Det er noe vanskeligere å sammenligne tallene fra 2003 med utviklingen over de foregående årene, ikke bare fordi antallet klinikker som har rapportert disse opplysningene varierer, men også fordi vi kan velge mellom ulike tallvarianter for 2003. Innledningsvis nevnte vi at hvis vi utnytter all tilgjengelig informasjon for 2003 blir det samlede antall inngrep på voksne personer for dette året 7383. Hvis vi avgrenser dette til de 19 klinikkene som også har rapportert tall for 2002 blir summen ganske lik for 2002 (4605) og 2003 (4521).

Liste over private og offentlige klinikker/enheter som utfører kosmetisk plastikkirurgiske inngrep i Norge

Askim Klinikken	Nobel Clinic Norge AS
AskerKliNick	Nordland Medisinske Senter Klinikk Aune AS
Anbjørn Hans Hansen	Oslo Plastikkirurgi
Bretteville Gorm	Omnia, Bergen
Bang-Jensens Plastikkirurgiske Malanomklinikk	Omnia, Oslo
Colosseumklinikken, Sola	Oslo Akutten Medisinske Spesialistsenter
Colosseumklinikken, Oslo	Plastikkirurgene AS
Christiania Park Klinikk	Plastikkirurgisk Institutt A/S
Clinique Andenæs AS	Plastikkirurgisk Institutt AS
Damsgårds Klinikk	Plastikkirurgisk Klinikk Porsgrunn
Dr. Kveims Klinikk	Ringvoll klinikken
Oscar Eikeland	Per Schjetne
Fana Medisinske Senter	Sørlandsparken Plastikkirurgi
Fornebuklinikken	Stølen Medisinske Senter AS
Haugesund Medisinske Senter	Olaf Stangnes
Hinnaklinikken	Tønsberg Privatklinikk AS
Idunn Plastikkirurgi AS	Volvat Medisinske Senter, Oslo AS
Klinikk Bergen	Volvat Medisinske Senter, Rådal
Klinikk Stavanger AS	Volvat Medisinske Senter Østfold AS
Klinikk Strand	Volvat Medisinske Senter Vestfold AS
Klinikk Stokkan	
Klinikk Bunæs AS	Akershus Universitetssykehus
Kosmetisk Kirurgi for alle	Florø Sjukehus
Kristiansand Privatklinikk	Haukeland Sykehus
Olav Langhelle	Helse Finnmark HF
Moxness Klinikken	Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Levanger
Medi 3 Molde AS	
Mjøss-Kirurgene AS	Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Namsos

Vedlegg V
Utvalget - oversikt over
private klinikker og
offentlige helseforetak
(forts.)

Helse Nordmøre og Romsdal HF
Helgelandssykehuset avd. Mo i Rana
Helgelandssykehuset Sandnessjøen
Hålogalandssykehuset Narvik HF
Lærdal Sjukehus
Nordlandssykehuset HF
Odda Sjukehus
Rikshospitalet HF
Ringerike Sykehus HF
Sauda Sjukehus
Sentralsjukehuset i Rogaland
Stensby Sykehus
Stord Sjukehus
St. Olavs Hospital HF
Sykehuset Innlandet HF avd. Tynset
Sykehuset Innlandet HF Elverum – Hamar
Sykehuset Telemark HF
Ullevål Universitetssykehus HF
Universitetssykehuset Nord-Norge,
Avd. Tromsø
Volda Sjukehus
Voss Sjukehus

RAPPORT C:

Markedsføring av kosmetisk kirurgi

1 Innledning

1.1 Kartleggingens formål

Helsetilsynet har fått i oppdrag av Helsedepartementet å legge grunnlag for intensivert tilsyn med kosmetisk kirurgi. Ett av de temaene som det skal legges vekt på er markedsføringen av tjenestene. Markedsføring var også et sentralt punkt under diskusjonen i Stortinget, som var foranledningen til oppdraget. Problemstillingen har vært om departementet burde bruke den eksisterende lov hjemmel til å gi en forskrift, og Helsetilsynet er bedt om å gi råd i den anledning.

Formålet med kartleggingen har vært å få en viss oversikt over hvordan kosmetisk-kirurgiske tjenester markedsføres i Norge. I forbindelse med en slik kartlegging er det naturlig å vurdere funnene opp mot det eksisterende regelverket på feltet og på den måten få en generell ide om i hvilken grad markedsføringen er i tråd med regelverket. Videre har vi vurdert om regelverket er tilstrekkelig og klart nok, sett fra tilsynsmyndighetens side. Vi har også oppsummert tilsynserfaringer på feltet og sett på Helsetilsynets rolle i forhold til andre tilsynsmyndigheter.

Hensikten med undersøkelsen har således ikke vært å avdekke om bestemte klinikker/enheter markedsfører kosmetisk kirurgiske tjenester i strid med aktuelt regelverk eller ikke, og å følge opp dette tilsynsmessig. Samtidig vil det fremgå av rapporten at undersøkelsen indikerer at en del av markedsføringen vi har sett på kan være i strid med gjeldende regelverk.

1.2 Helsetjenester i grenseland

Det knytter seg en rekke etiske og juridiske dilemmaer til kosmetisk kirurgiske tjenester.

Slike inngrep ligger i grenselandet mellom vanlige, kommersielle tjenester på den ene siden, og helsetjenester i tradisjonell forstand på den andre. Inngrepene anses i utgangspunktet unødvendige, og de utføres på friske personer. Dette innebærer bl.a. at inngrepene betales av personen som får det utført, og at fravær fra jobb etter inngrep i prinsippet ikke kvalifiserer til sykmelding. Samtidig har vi å gjøre med medisinske inngrep som kan ha helsemessige konsekvenser tilsvarende det et medisinsk indisert inngrep kan ha, inklusive bivirkninger og komplikasjoner, og det medfører at tjenesteyterne må innrette seg etter lovgivningen for helsetjenesten.

Kosmetisk kirurgi er et tjenesteområde i vekst; tilbud og etterspørsel øker, både i Norge og i andre land. Hensikten med markedsføring generelt er å opprettholde og øke en bedrifts lønnsomhet gjennom salg av varer og tjenester. Markedsføring og markedsvekst henger ofte tett sammen. Markedsvekst blir ofte utløst eller økt gjennom markedsføring ved at markedsføringen er med på å skape etterspørsel. Markedsvekst vil i sin tur generere markedsføring, fordi aktørene i markedet ønsker å få en størst mulig bit av den økende kundemasse. Markedet for kosmetisk kirurgiske tjenester er slik sett ikke annerledes enn for andre typer tjenester. Helselovgivningen har imidlertid blant annet til formål å beskytte forholdet mellom helsepersonell og pasient, og å sikre at pasientens interesser står i sentrum. Når leger og annet helsepersonell får en sterk egeninteresse i forhold til hva slags type helsehjelp som utføres, kan disse grunnleggende prinsippene i helselovgivningen settes på prøve. Vi er på denne bakgrunn av den oppfatning at det kan være en innebygget konflikt mellom markedsføringsprinsipper og bærende prinsipper, inklusive lovkrav, for ytelse av helsetjenester. Vi har

derfor funnet det riktig også å drøfte våre funn i forhold til prinsipper for markedsførings-teori.

1.3 Begrepsavklaring

Oppdraget fra Helsedepartementet bruker begrepet kosmetisk kirurgi. Et annet uttrykk som ofte brukes synonymt, også av Den norske lægeforening, er *estetisk kirurgi*. *Kosmetisk plastikkirurgi* eller *estetisk plastikkirurgi* er alternative uttrykk. Plastikkirurgi er en medisinsk subspecialitet, og plastikkirurgiske inngrep anses derfor iblant begrenset til inngrep utført av disse spesialistene.

Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1387 om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep bruker uttrykket plastikkirurgi på en noe utvidet måte. Forskriften omhandler hvem som har rett til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep uten at de er spesialister i plastikkirurgi. Forskriften definerer kosmetisk plastikkirurgiske inngrep som *"inngrep hvor kosmetiske hensyn er avgjørende indikasjon for inngrepet, dvs. inngrep som utføres i den hensikt å forandre/forbedre utseendet"*. Andre spesialister enn plastikkirurger har også anledning til å utføre kosmetisk indiserte inngrep. Det gjelder spesialister i generell kirurgi, og dessuten øyeleger og spesialister i øre-nese-hals som kan gjøre inngrep på vev som naturlig hører inn under spesialitetens arbeidsområde, og som inngår som en naturlig del av spesialitetsutdanningen. Forskriften gir videre spesialister i generell kirurgi med dispensasjon fra Helsetilsynet i fylket anledning til å utføre noen spesifiserte kosmetiske inngrep på særlige vilkår.

Vi bruker i denne rapporten uttrykket kosmetisk kirurgi om alle slike inngrep, uavhengig av hvilke spesialister som utfører dem.

2 Hva regulerer markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester?

I et tilsynsperspektiv er det nødvendig å ha klarhet i hvilke krav myndighetene stiller til markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester. Vi har derfor funnet det riktig å gi en relativt grundig gjennomgang av lovgivningen som regulerer feltet.

2.1 Generelt om rettskildene på feltet

Både lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) og lov av 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår (markedsføringsloven) inneholder som kjent bestemmelser som er aktuelle for markedsføring av kosmetisk kirurgi. En relevant lov på feltet er også lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Andre relevante rettskilder er rundskriv i-8/2003 fra Helsedepartementet, Den norske lægeforenings etiske regler og Norsk plastikkirurgisk forenings etiske regler.

2.2 Litt om forholdet mellom helsepersonelloven § 13 og markedsføringsloven

Markedsføringsloven regulerer som kjent i utgangspunktet alle former for markedsføring, herunder markedsføring av helse-tjenester. Helsepersonelloven § 13 gjelder markedsføring av helsetjenester. Det fremgår av *Ot. prp. nr. 13 (1998-99) om lov om helsepersonell m.v.* s. 223 at bestemmelsen supplerer markedsføringslovens system.

Det fremgår av *Ot. prp. nr. 13 (1998-99)* s. 76 at bakgrunnen for helsepersonelloven § 13 er at målgruppen for markedsføring av helse-tjenester, pasienter, har et enda større behov for nøktern og saklig informasjon enn den alminnelige forbruker. Det pekes i denne

sammenheng på den senere tids utvikling og kommersialisering av helsetjenester. Videre pekes det på at helsetjenester i noen hen-seende skiller seg fra andre tjenester, blant annet ved at helsepersonell og helsetjenester er regulert særskilt og er undergitt tilsyn fra et eget tilsynsorgan.

Dette innebærer at markedsføringsloven også gjelder for markedsføring av helsetjenester, men at helsepersonelloven § 13 regulerer dette spesielt, og vil gå foran i tilfelle kollisjon mellom markedsføringsloven og helsepersonelloven § 13. Det at helsepersonelloven § 13 supplerer markedsføringsloven innebærer videre at det ved anvendelsen av § 13 er naturlig å se hen til hovedprinsippene i markedsføringsloven.

Helsetilsynet er i helsepersonelloven gitt myndighet til å fatte vedtak om administrative reaksjoner ved brudd på helsepersonelloven § 13. Bestemmelsen har hittil i ikke vært aktuell i tilsynssammenheng. Dette innebærer at innholdet i § 13 ikke er utpenslet gjennom Helsetilsynets praksis. Helsetilsynet har som kjent ikke noen myndighet etter markedsføringsloven.

2.3 Er kosmetisk kirurgi "helsehjelp" i helsepersonellovens forstand?

Det fremgår av helsepersonelloven § 1 at formålet med loven er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillitt til helsepersonell og helsetjeneste. Loven regulerer helsehjelpen som ytes i Norge. I henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenester har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsynet med helse-tjenesten i landet, og kan gi pålegg til virksomheter som drives på en måte som kan ha

skadelige følger for pasienter eller på andre måter er uheldig eller uforsvarlig. Statens helsetilsyn kan videre gi reaksjoner til helsepersonell i henhold til helsepersonelloven kap. 11. Med helsepersonell menes her personell som er autorisert etter lovens § 48, eller som yter helsehjelp.

Et relevant spørsmål i forbindelse med den rettslige reguleringen av markedsføring av kosmetisk kirurgi er derfor om kosmetisk kirurgi er ”helsehjelp” i helsepersonellovens forstand. Begrepet ”helsehjelp” er definert i lovens § 3 tredje ledd som lyder:

”Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.”

Som nevnt ovenfor defineres kosmetiske inngrep i forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske som inngrep hvor kosmetiske hensyn er avgjørende indikasjon, dvs. at det er tale om inngrep som utføres i den hensikt å forandre/forbedre utseendet.

Det at kosmetiske hensyn er den avgjørende indikasjon for inngrepet, innebærer etter vår oppfatning at kosmetisk kirurgi som utgangspunkt ikke har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål. Det gjelder iallfall kosmetisk kirurgi som har kosmetiske hensyn som eneste indikasjon, og de synes derfor å falle utenfor en streng fortolkning av begrepet ”helsehjelp”. Konsekvensen av dette er at slik kosmetisk kirurgi som utgangspunkt også faller utenfor begrepet ”helsetjenester” i helsepersonelloven § 13.

Vi antar at det ikke kan ha vært lovgivers mening å avgrense helsepersonelloven mot kosmetisk kirurgi. Det at det er tale om kirurgiske inngrep innebærer at risikoen for skade på pasienter ved kosmetisk kirurgi er til stede på tilsvarende måte som for andre former for kirurgi. Allmennhetens interesse i at slike kirurgiske inngrep utføres på en forsvarlig måte vil være tilsvarende som for andre kirurgiske inngrep.

På denne bakgrunn er vi av den oppfatning at begrepet ”helsehjelp” og ”helsetjeneste” må tolkes til også å omfatte kosmetisk kirurgi.

2.4 Oversikt over rettskildene

2.4.1 Om markedsføringsloven

Det er spesielt markedsføringsloven §§1 og 3 som er av betydning for markedsføring av helsetjenester. I disse bestemmelsene er det de delene som omhandler beskyttelse av forbrukeren som er av betydning for dette arbeidet. § 1 lyder:

”I næringsvirksomhet må det ikke foretas handling som (...) er urimelig i forhold til forbrukere eller som for øvrig strider mot god markedsføringskikk.

Annonsør og den som utformer reklame skal sørge for at reklame ikke er i strid med likeverdet mellom kjønnene, og at den ikke utnytter det ene kjønns kropp eller gir inntrykk av en støtende eller nedsettende vurdering av kvinne eller mann.

Ved vurdering av om første eller annet ledd er overtrådt, kan det blant annet legges vekt på om reklamen, på grunn av utforming, format, omfang eller andre virkemidler, fremstår som særlig påtrengende.

All markedsføring skal utformes og presenteres på en slik måte at den tydelig framstår som markedsføring. Ved muntlig markedsføringshenvendelse til en forbruker skal en næringsdrivende straks presentere seg og opplyse forbrukeren om at henvendelsen skjer i markedsføringshensikt”.

Vurderingen av hva som er ”urimelig” markedsføring vil være skjønnsmessig. På den ene siden må det tas hensyn til at reklamen i sitt utgangspunkt har til formål å motivere forbrukere til å kjøpe den vare det reklameres for. Reklame inneholder derfor i sin natur overbevisende elementer. På den annen side skal lovgivningen beskytte forbrukere mot påvirkninger som virker som et urimelig kjøpepress.

I en avgjørelse av Markedsrådet (MR 11/78) ble bruk av utsagnet: ”Drikk kaffe med bedre samvittighet”, ansett urimelig. Markedsrådet uttalte:

”Å appellere til den mulige kjøpers samvittighet er ensbetydende med å søke å utnytte et følelsesladet, utpreget subjektivt begrep i salgsfremmende øyemed”.

Tilsvarende vurderinger kan tenkes også å ramme markedsføring av kosmetisk kirurgi, for eksempel ved bruk av utpregede negativt

ladete beskrivelser av naturlige kroppslige egenskaper.

Markedsrådet har også fastslått at det er urimelig å fremsette påstander som annonsøren ikke kan dokumentere.

2.4.2 Om helsepersonelloven § 13

Helsepersonelloven § 13 lyder:

”Markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig.

Ved markedsføring av virksomhet som yter helsehjelp, gjelder første ledd tilsvarende.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring av helsehjelp, og kan herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring”.

Det uttales i forarbeidene til helsepersonelloven at § 13 gjelder annonsering og markedsføring av enhver art og i ethvert medium. Vi antar derfor at bestemmelsen også omfatter reklame gjennom internett.

Vernet i § 13 er altså basert på tre krav som stilles til enhver form for markedsføring av helsetjenester: forsvarlighet, nøkternhet og saklighet. Disse begrepene er rettslige standarder og må tolkes. En tolkning av ordlyden i begrepene gir ikke så mye veiledning i seg selv.

Forarbeidene til helsepersonelloven gir noe veiledning vedrørende det nærmere innholdet i disse begrepene. I Ot. prp. nr. 13 (1998-99) s. 223 uttales det at bestemmelsen inneholder et objektivt krav til at resultatet av markedsføringen er forsvarlig, og at innholdet i annonsen er nøktern og saklig. Det vises i denne sammenheng til det generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4. Når det gjelder begrepet forsvarlighet i § 4 sier lovens forarbeider:

” (...) er en norm for hvordan den enkeltes yrkesutøvelse bør utøves i ulike sammenhenger. I juridisk terminologi er begrepet en rettslig standard. Det vil si at det er en norm med både objektive og subjektive elementer, som innebærer at den kan defineres ulikt på bakgrunn av hva som er rimelig å forvente. Det innebærer at den kan gis forskjellig innhold for de ulike grupper helsepersonell, i ulike situasjoner, og at innholdet i normer vil forandre seg over tid”.

Det er etter vår oppfatning også naturlig å se hen til formålsparagrafen i helsepersonelloven § 1 ved anvendelsen av § 13. Den uttrykker at lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Dette innebærer at man ved tolkningen av hva som er forsvarlig, nøktern og saklig markedsføring, må se på om resultatet av markedsføringen kan sette sikkerheten for pasienten og/eller kvaliteten i helsetjenesten i fare, eventuelt om det svekker tilliten til helsepersonell og helsetjenesten.

I Ot. prp. nr. 13 (1998-99) s. 223 uttales det også at i vurderingen av markedsføring etter helsepersonelloven § 13, bør det også ses hen til normer innenfor den enkelte yrkesgruppe, som for eksempel Den norske lægeforenings etiske regler.

2.4.3 Om helsepersonelloven § 6

Helsepersonelloven § 6 lyder:

”Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.”

Det vil fremgå senere i rapporten at denne bestemmelsen kan være relevant i forhold til markedsføring av kosmetisk kirurgi ved at en del klinikker anbefaler at flere inngrep foretas samtidig, formidler kostbare forbrukslån for betaling av operasjonene osv.

2.4.4 Om Rundskriv I-8/2003 fra Helsedepartementet: Kosmetisk kirurgi – fortolkning av relevant regelverk

Dette rundskrivet fortolker og presiserer relevant regelverk som gjelder kosmetisk kirurgi. Departementet beskriver utsendelse av rundskrivet som ett av flere tiltak for å motvirke uønsket utvikling, og at en ønsker å sikre en felles lovforståelse i samsvar med departementets fortolkning.

Sentralt i rundskrivet er at departementet legger til grunn at aldersgrensen for å samtykke til kosmetisk kirurgi er 18 år, og at det er nødvendig med samtykke fra foreldre eller andre foresatte for å få gjennomført slike inngrep når man er under 18 år. Det pekes i denne sammenheng på at det følger av pasientrettighetsloven § 4-3 første ledd at den helserettslige myndighetsalder er 16 år, men at unntak blant annet gjelder der ”tiltakets art” tilsier en høyere alder. Rundskrivet viser i denne sammenheng til forarbeidene til pasi-

entretthetsloven der det gis eksempler på avgjørelser som ikke kan tas før fylte 18 år. Som ett eksempel er nevnt behandling som er irreversibel, herunder plastisk kirurgi.

Dette innebærer etter vår oppfatning at markedsføring av slike tjenester rettet mot personer under 18 år i utgangspunktet ikke skal finne sted.

Når det gjelder markedsføring fortolker rundskrivet blant annet helsepersonelloven § 13. Det presiserer at helsepersonelloven gjelder markedsføring av enhver art gjennom ethvert medium. Rundskrivet presiserer at bestemmelsen både gjelder enkelthelsepersonells og virksomheters markedsføring av helsetjenester.

Under omtalen av helsepersonelloven § 13 sier rundskrivet:

”Helsepersonell skal heller ikke på utilbørlig måte undergrave eller svekke tilliten til andre helsetjenester. I vurderingen av markedsføring etter denne bestemmelsen kan det også sees hen til normer innenfor den enkelte yrkesgruppe, som for eksempel Den norske lægeforenings etiske regler samt Norsk plastikkirurgisk forenings regler for utøvelse av estetisk plastikkirurgi, som begge har regler om markedsføring”.

Rundskrivet siterer deretter fra begge disse regelsettene, men vurderer dem ikke nærmere.

2.4.5 Om Den norske lægeforenings etiske regler

Den norske lægeforenings etiske regler ble vedtatt første gang i 1961. Kapittel 3 handler om markedsføring av legetjenester. Kapitlets § 1 lyder:

”Avertissement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:

- *Virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon*
- *Praksistype, spesialitet og tittel*
- *Diagnostiske og terapeutiske metoder*
- *Priser*

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig

dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.

Den totale utforming av avertissement eller annen informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående”.

§§ 2-5 i ovennevnte kapittel omhandler blant annet bruk av titler og betegnelser i markedsføring og reklame for legemidler.

Ovennevnte bestemmelse gir etter vår oppfatning relativt stramme rammer for markedsføring av legetjenester generelt. Annonsering utover det angitte er ikke tillatt.

Disse reglene gjelder for alle medlemmer i legeforeningen, inklusive de som utfører kosmetisk kirurgi. Overtredelse av reglene kan innklages til Rådet for legeetikk, og i verste fall kan en klage føre til eksklusjon fra foreningen. Fra Legeforeningen har vi fått opplyst at rådet har behandlet noen saker om markedsføring av kosmetisk kirurgi, og at disse generelt har blitt avsluttet uten at videre sanksjoner er iverksatt.

Et relevant spørsmål i denne sammenheng er hvilken rettslig betydning og vekt disse etiske reglene har. Som nevnt ovenfor sier forarbeidene til helsepersonelloven at man ved anvendelsen av lovens § 13 bør se hen til normer innenfor den enkelte yrkesgruppe, som for eksempel Den norske lægeforenings etiske regler.

Dette er etter vår oppfatning et uttrykk for at yrkesgruppens etiske regler er relevante rettskilder ved tolkningen av hva som er ”forsvarlig, nøktern og saklig” markedsføring av helsetjenester. Slike etiske regler bidrar med andre ord til å gi innhold til begrepene ”forsvarlig, nøktern og saklig”. Etiske regler er et uttrykk for hvordan den enkelte yrkes-

gruppe selv betrakter spørsmålet om markedsføring og kan dermed sies å være et uttrykk for rettsoppfatningen og sedvanen innenfor yrkesgruppen. Dette vil ha betydning for hva tilsynsmyndigheten anser som brudd på bestemmelsen.

2.4.6 Om Norsk plastikkirurgisk forenings etiske regler

Norsk plastikkirurgisk forening (NPF) er en spesialforening under Den norske lægeforening. For å bli medlem må man være godkjent spesialist i plastisk kirurgi. Foreningen har pr. i dag 78 medlemmer. Medlemskap i foreningen er frivillig for norske plastikkirurger og er ingen forutsetning for å kunne utøve plastisk kirurgi i Norge.

NPF har en underavdeling som heter Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi. NPF har utarbeidet etiske regler for utøvelse av kosmetisk plastikkirurgi som gjelder for alle medlemmer i foreningen. Reglene var tidligere dårlig tilgjengelig for pasienter ved at de ikke lå på foreningens hjemmesider. Dette er imidlertid nylig blitt endret på og reglene er nå tilgjengelige på internett.

NPFs etiske regler dekker problemstillinger omkring indikasjoner for kirurgi, legens informasjonsplikt, kontraindikasjoner (dette gjelder spesielt spiseforstyrrelser) og annonsering og markedsføring. Bestemmelsen om annonsering og markedsføring lyder:

”1. Medlemmer av Norsk plastikkirurgisk forening har et særlig ansvar for å påse at markedsføring av egen virksomhet ikke er villedende. Markedsføringen må ikke gis en form som kan virke støtende eller krenkende eller som bevisst spiller på folks lyter eller fordommer mot normale kroppsfenomenen.

2. Annonsering som bevisst søker å skape nye behov for kosmetisk kirurgi i befolkningen må unngås. Pre- og postoperative bilder bør ikke brukes i annonser.

3. Omreisende konsulenter må ikke brukes i markedsføring av plastikkirurgisk virksomhet.”

Som det fremgår av gjennomgangen ovenfor er Legeforeningens etiske regler mer restriktive enn det ovennevnte ved at de fastslår at en kort liste av faktaopplysninger er det eneste som kan brukes i markedsføringen av helsetjenester. NPFs etiske regler innebærer gjennom sine presiseringer etter vår oppfat-

ning at annonsering kan inneholde flere opplysninger enn det Legeforeningens etiske regler gir uttrykk for. Vi mener at NPFs etiske regler tillater mer omfattende markedsføring enn Legeforeningens etiske regler gjør, og at de to settene med etiske regler derfor ikke er i samsvar med hverandre. Et eksempel er at Legeforeningens regler sier at resultater ikke skal omtales, mens NPFs etiske regler sier at pre- og postoperative bilder ikke bør brukes.

2.4.7 Om pasientrettighetsloven § 4-1

Pasientrettighetsloven har ikke så stor praktisk betydning for markedsføring av kosmetisk kirurgi. Unntak gjelder imidlertid etter vår oppfatning for kapittel 4 om samtykke.

Pasientrettighetsloven § 4-1 stadfester som kjent hovedregelen om samtykke. Denne bestemmelsens første ledd lyder:

”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lov- hjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.”

Sentralt i bestemmelsen er altså at samtykke til helsehjelp må være informert, dvs. at det må være fundert på nødvendig og korrekt informasjon om vedkommendes helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Eventuell villedende markedsføring av kosmetisk kirurgi kan derfor medføre at et samtykke til helsehjelp kan bli ugyldig fordi det bygger på feilaktig eller ufullstendig informasjon. Dette kan for eksempel være tilfelle der markedsføringen bagatelliserer og alminneliggjør kosmetisk kirurgi på en måte som gir et feilaktig bilde av virkeligheten.

2.4.8 Om forslag til EU-regler

EU-parlamentet har fremmet et forslag til regelverk om brystimplantater, herunder markedsføring av disse. Dette er et forslag som gir klare signaler om hvordan man tenker om kosmetisk kirurgi og markedsføring av dette i Europa. Hvis regelverket blir vedtatt i EU vil det gjennom EØS-avtalen også vil bli gjeldende i Norge.

EU-parlamentets forslag til regelverk⁵ går blant annet ut på å innføre et forbud mot før- og etter-bilder, samt å innføre spesielle tiltak for å sikre at kvinner som overveier brystinnlegg skal få nøytral og fyldestgjørende informasjon, samt gis en ”tenkepause” før de

5) Se EPs dokument A5 – 0008/2003 s. 2 pkt. E

bestemmer seg.

Prosesen mot å få vedtatt slike regler i EU er fortsatt på et veldig tidlig stadium. Ved eventuelle tilpasninger av norsk regelverk kan det imidlertid være grunn til å se hen til at slike regler er under utforming.

3 Kartleggingen av markedsføring: materialet, metode og funn

3.1 Materiale

Materialet som ble gjennomgått var:

-materiale på internett om kosmetisk kirurgi som en får tilgang til gjennom Gule Sider under søkeord "Plastikkirurgi"

-annonsering i landsdekkende aviser i én uke i oktober 2003, og en del norske blader/magasiner i samme tidsrom

For å finne fram til nettbasert markedsføring ble det gjennomført et søk på søkeordet "Plastikkirurgi" på Gule Sider, og vi fikk da 73 treff. Det var både klinikker og enkeltpersoner, og noen opptrer flere ganger. Hjemmesidene til utøvere av kosmetisk kirurgi ble funnet dels ved å klikke seg direkte videre fra Gule Sider, og dels ved å søke etter hjemmesidene på søkemotoren Google. Vi fant der at søkeordet "plastikkirurgi" var mer spesifikt enn "kosmetisk kirurgi", fordi vi ved det siste også fikk opp svenske og danske hjemmesider. I alt ble det funnet 32 hjemmesider.

Oppbyggingen av hjemmesidene var stort sett slik som er vanlig på internett, der en kan klikke seg inn på aktuelt stoff fra en meny. Potensielle kunder vil vel stort sett være ute etter bestemte ting, og neppe gjennomgå alt stoffet for de enkelte klinikkene. Vår fremgangsmåte, med gjennomlesing av alt stoff fra klinikkene vil dermed ikke være tilsvarende det som potensielle kunder vil lese.

Det ville vært ønskelig å gjennomføre en full registrering av all markedsføring av kosmetisk kirurgi i et bestemt tidsrom. Det ville i tillegg innebære andre mulige kommunikasjonsmetoder. Det vil si inkludering av TV, kino, Internett, radio og reklameplakater på

offentlig sted, samt direkte markedsføring rettet mot individer. Med det siste menes for eksempel post som er spesifikt adressert til bestemte personer. Disse formene for markedsføring lå utenfor rammen av hva det var praktisk gjennomførbart å se på.

Gjennomgangen av aviser ble begrenset til de som er landsdekkende. Tidspunktet for registrering av annonser i aviser og blader var en uke i oktober 2003.

Følgende landsdekkende dagsaviser fra perioden 22/10-03 til 29/10-03 ble gjennomgått:

Aftenposten, Dagbladet, VG, Dagsavisen, Finansavisen og Dagens næringsliv.

Følgende blader/magasiner som var tilgjengelige hos Narvesen på ett tidspunkt i oktober 2003 ble gjennomgått:

Allers nr. 44, 27. oktober 2003

Bedre Helse nr. 7, 2003

Elle, november 2003

Inside magazine nr. 10, 2003

Henne nr. 12, oktober 2003

Hjemmet nr. 44, 27. oktober 2003

I Form nr. 16, 2003

[mag] nr. 11, 2003

Mann, november 2003

Norsk Ukeblad nr. 44, 27. oktober 2003

KK nr. 44, 27. oktober 2003

Shape-Up oktober 2003

Topp nr. 11, 2003

Vi Menn nr. 44, 27. oktober 2003

3.2 Metode

Annonsene som ble funnet i aviser og blader, pluss utskrift av materialet fra hjemmesidene på internett ble gjennomlest av personer med henholdsvis juridisk, medisinsk og markedsføringskompetanse. Det ble gjort fortløpende anmerkninger der det var innhold som vi vurderte det kunne stilles spørsmål ved i forhold til regelverket.

Utgangspunktet for å gjøre anmerkningene var helsepersonelloven § 13, med dens krav til at markedsføringen skal være forsvarlig, nøktern og saklig. Som nevnt i kapittelet om rettskilder, vil bransjens etiske regler være retningsgivende ved tolkningen av helsepersonelloven § 13. Også andre lover vil ha relevans for vurderingen av hva markedsføringen kan inneholde. Et eksempel på det siste er pasientrettighetslovens regler om informert samtykke.

På bakgrunn av markedsføringsmaterialet på internett ble det utarbeidet 10 vurderingstemaer som ble ansett interessante i forhold til regelverket. Dette var temaer som gikk igjen i materialet, og hvor det kunne være aktuelt å stille spørsmål ved om markedsføringen stred mot regelverket. Valget av disse temaene ble noe skjønsmessig. Det var ikke mulig å finne temaer som gjensidig utelukket hverandre uten å miste verdifull informasjon, og de er derfor delvis overlappende.

Ut fra oppdraget fra departementet var det en særlig interesse for å se hva klinikkene annonserte om aldersgrenser. Som følge av pasientrettighetslovens bestemmelser om samtykke gjelder som nevnt ovenfor en 18 års-grense for å kunne samtykke til plastisk kirurgi. Vi har også valgt å se på pasientrettighetslovens krav om at samtykke skal baseres på nødvendig informasjon. Bagatellisering og tidspress kan være til hinder for informert samtykke.

Vi kom fram til følgende to relevante temaer i forhold til pasientrettighetslovens kap. 4 om samtykke:

1. *Aldersgrense*

2. *Informasjon som har til hensikt å senke terskelen for å få utført inngrep*

I forhold til helsepersonellovens krav om at markedsføringen skal være forsvarlig, nøktern og saklig, og markedsføringslovens krav til at reklame ikke skal være villedende, utarbeidet vi følgende seks temaer:

3. *Indikasjon*, med det mener vi her framstillingen av hvorfor et inngrep skal gjøres, når det ikke er medisinsk indisert.

4. *Kontraindikasjon* dvs. informasjon om grunner til at inngrep ikke bør gjennomføres

5. *Informasjon om bivirkninger og komplikasjonsfare*

6. *Annen medisinsk informasjon*

7. *Omtale av resultater, samt før og etter bilder*

8. *Fremstilling av legene og deres kvalifikasjoner*

I tillegg ble følgende to uforutsette temaer tilføyd etter gjennomlesning av materialet.

9. *Sykmelding* – fordi vi fant det iblant uklart omtalt

10. *Kostnadsdriving* – fordi vi fant reklame for dyre låneordninger og annet som kunne øke kundens utlegg.

Begge disse siste temaene er relatert til helsepersonellovens krav om nøktern og saklig markedsføring. Mer spesifikt stiller folketrygdloven krav om at sykepenger bare ytes om inngrepet er medisinsk begrunnet og helsepersonelloven har en egen bestemmelse om at helsepersonell ikke skal påføre pasientene unødvendige utgifter.

Materialet ble deretter gjennomgått i forhold til alle vurderingstemaene. Det viste seg snart at det som dominerte materialet var gråsonene, altså tilfeller der er en ikke klart kunne si at regelverket var brutt, men der det kunne reises spørsmål om utsagn og framstillinger var innenfor regelverket. Det var derfor ikke hensiktsmessig å kvantifisere funnene. Vi har derfor valgt å beskrive eksempler på ulike typer funn under hvert vurderingstema for å gi et bilde av markedsføringen i forhold til regelverket med sikte på

å avdekke områder og problemstillinger som det er behov for å drøfte og avklare nærmere.

Funnene i avisene og bladene/magasinene viste seg å være sparsomme, som beskrevet under. De få annonsene som ble funnet, ble derfor vurdert ikke bare ut fra hvilke utsagn de hadde, men også ut fra et helhetsinntrykk, både som annonser og i den konteksten de ble funnet. I tillegg til å lete etter annonser, ble det også registrert om det var artikler om kosmetisk kirurgi, som kunne være skjult reklame. Det kunne være slikt som omtale av personer som kunne ha fått utført inngrep gratis eller til redusert pris, for å stå fram og gi positiv omtale om kosmetisk kirurgi. Det ble også sett etter artikler om kosmetisk kirurgi helt generelt.

3.3 Funn

Gjennomgangen av 32 hjemmesider på internett viste stor variasjon i omfang og innhold, fra enkel faktainformasjon om den enkelte klinikk til et omfattende materiale med et høyt detaljeringsnivå. Ved gjennomgang av 6 aviser i en uke i oktober ble det funnet én annonse. Tilsvarende ble det funnet to annonser i de 14 ukebladene som ble gjennomgått.

I det følgende vil vi først beskrive funnene fra hjemmesidene ut fra de 10 valgte vurderingstemaene. Deretter beskrives funnene i avisene og bladene. Fordi det her var få annonser beskrives disse noe i detalj. Siden mengden av skriftlig materiale var lite i annonsene, var det ikke så aktuelt å benytte vurderingstemaene. Annonsene ble vurdert i forhold til innhold og hvilken kontekst de sto i.

3.3.1 Funn ved gjennomgang av materiale fra nettsider

Det som ligger på hjemmesidene viste seg å være svært variert i omfang og innhold. Mens noen bare inneholder faktainformasjon om hvor klinikken fins, åpningstider og evt. opplisting av tilbud, har andre svært omfattende materiale liggende ute, opptil 50 sider og på et høyt detaljeringsnivå. Nedenfor presenteres eksempler på funnene i forhold til de 10 vurderingstemaene, med en referanse til relevant regelverk og tolkningen av dette.

1) Aldersgrense

Referanse: Pasientrettighetsloven kapittel 4 om samtykke, og Rundskriv I-8/2003 presiserer at det gjelder en 18-års grense for å

kunne samtykke til plastisk kirurgi.

Funn: Alder er generelt ikke mye omtalt i annonseringen, som ofte er uklar på dette punktet. Noen sier at de har en absolutt grense på 20 år, andre på 18 år, mens andre igjen sier at det ikke fins noen absolutte grenser. Enkelte presiserer at personer under 18 år må ha samtykke fra foresatte. En annonsør oppgis at ”pårørende” skal trekkes inn i avgjørelsen dersom det gjelder en person under 20 år.

2) Informasjon som har til hensikt å senke terskelen for å få utført inngrep

Referanse: Pasientrettighetsloven § 4-1 første ledd om informert samtykke. Helsepersonelloven § 13 er også relevant.

Funn: I mye av materialet er det utsagn som søker å *alminneliggjøre* kosmetiske inngrep. Uttrykk som ”det er helt vanlig”, ”mange har fått utført...” illustrerer dette. Også angivelse av antall (hvor mange ved denne aktuelle klinikken, i Norge eller i verden) som har fått utført et bestemt inngrep kan også ses på som alminneliggjøring. *Bagatellisering*, der ganske omfattende og kostbare operasjoner kalles å ”fikse på” noe, kan være et hinder for informert samtykke. De stedene der det tyder på at en søker å *drive opp hastigheten i beslutningsprosessen*, kan det også være til hinder for informert samtykke. Det oppfordres mange ganger til å ikke utsette et inngrep til en senere fase i livet. Men det fins unntak, slik som: ”Er du i tvil – VENT!”

Det er også mange anbefalinger om å *kombinere inngrep*, og mange tilbyr reduksjon i prisen når flere inngrep gjøres i tilslutning til hverandre. Ofte omtales hvordan en *reduserer kundens angst*, slik som: ”Redsel og angst blir ivaretatt på profesjonell måte, og du kan selv, sammen med anestesilegen, bestemme om du vil sove eller være våken”.

3) Indikasjon

Referanse: Helsepersonelloven § 13 om at markedsføringen av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig er grunnleggende. De etiske reglene til Norsk plastikkirurgisk forening, sier at markedsføringen ikke skal gis i en form som kan virke støtende eller krenkende, eller som spiller på fordommer mot normale kropps fenomener (det som skal rettes på), og som gjøres ensidig for å øke etterspørselen etter kosmetisk kirurgi.

Funn: Indikasjoner er meget sentralt i materialet og opptar stor plass. Det varierer videre sterkt hvordan indikasjoner er framstilt. Noen få oppfordrer til å forsone seg med ut-

seendet sitt, og tenke seg nøye om hvorvidt de skal la seg operere. Men mye vanligere er det at det på mange ulike måter, direkte og indirekte, å beskrive naturlige kropps fenomener i negative termer, med behov for korreksjon. Eksempler er at vanlig aldringsprosess framholdes som indikasjon for ansiktsløfting, gjennomgått svangerskap som indikasjon for mageplastikk, gjennomgått amming som indikasjon for brystkirurgi osv.

Henspeiling på normal variasjonsbredde for kropps fenomener er mange ganger finurlig, og med uttrykk som har klare verdiladninger. Eksempler som "Alle kvinner er ikke likt utrustet" om kvinner som har små bryster, "ulykkelig korpulense" om underhudsfett på mage/hofte/midle, illustrerer dette. Svært vanlig er også å sette negativt ladete ord på kropps fenomener. Blant de uttrykkene som ble funnet i materialet er: ridebukselår, risebuksedeforमितet, kalkunhals, sinterynke, ølmage, fettforkle, ørnenese, stygge lår.

Legitimering og forsterkning av de negative opplevelser personer kan ha av sin egen kropp, fins det også mange eksempler på. Ett av dem er "tunge øyelokk og/eller poser under øynene vil... lett kunne ødelegge inntrykket av et ellers friskt og opplagt ansikt".

En del av annonsørene drøfter hvem som skal bestemme om indikasjon er tilstede. Her er det mange ulike formuleringer. Noen steder sies at indikasjonen drøftes mellom kirurg og kunde, men ofte konkluderes det med at det er kunden som selv bestemmer dette. Uttrykk som at "ingen vil bli avvist" og "har du lyst, har du lov" illustrerer dette.

4) Kontraindikasjon

Referanse: Mest sentral er helsepersonelloven § 13 om forsvarlig markedsføring.

Funnt: En del av hjemmesidene, men langt fra alle, omhandler kontraindikasjoner. Det er gjerne i form av organsykdommer, medikamentallergi og psykiske lidelser, det siste evt. spesifisert med spiseforstyrrelse. Svært mange har med forsikringer om at kundens syn skal bli tatt alvorlig En annen klinikk skriver i et avsnitt om brystreduksjon og -løft: "Det er også viktig at du har realistiske forventninger til operasjonsresultatet. Vi er derfor tilbakeholdne med å operere pasienter med alvorlige psykiske lidelser og spiseforstyrrelser". Slike lidelser framstilles ikke som absolutte kontraindikasjoner, en er altså kun "tilbakeholden".

5) Informasjon om bivirkninger og komplikasjonsfare

Referanse: Helsepersonelloven § 13 som sier at markedsføring skal være forsvarlig, nøktern og saklig, og markedsføringsloven (§ 2 første ledd) som sier at det er forbudt å anvende uriktig eller av annen grunn villedende fremstilling som er egnet til å påvirke etterspørselen etter eller tilbudet av varer, tjenester eller andre ytelser. I tillegg kommer markedsføringsloven § 3 første og annet ledd som forbyr framstilling egnet til å påvirke etterspørsel eller tilbud, når framstillingen ikke gir forsvarlig eller tilstrekkelig veiledning eller dersom den utnytter forbrukernes mangelfulle erfaring eller kunnskaper.

Funnt: Smerter i forbindelse med eller etter inngrepet omtales på mange av nettsidene. Iblant er det saklig, men mange ganger er det bagatelliserende. Det siste gjelder for eksempel de stedene der det er omtalt at selve inngrepet er smertefritt (fordi anestesilog håndterer smerte under inngrepet), mens det sies lite om smertene etterpå. Andre ganger moraliseres det rundt plagene som kommer etter noen dager. Eksempel: "Etter operasjonene kan det være deprimerende å se seg selv i speilet for eksempel med "blåveis" eller hevelse, eller ujevnheter etter liposkulptur. Da er det viktig å holde motet oppe og å huske at dette er normalt og en naturlig del av tilhelingsprosessen". Farlige bivirkninger og komplikasjoner omtales på mange nettsted. Gjennomgående sies det *først* at dette er meget sjeldent, og *deretter* at det kan være alvorlig. En sier at de har aldri hatt alvorlige bivirkninger hos dem. En annonsør sier om kapseldannelse etter brystinnlegg: "Dannelse av kapsel er en kjedelig bivirkning, men er heldigvis helt ufarlig".

Smertelindring er viet betydelig oppmerksomhet på nettsidene, og det refereres til at mange er redde for smertene. Flere steder reklamerer med at det er anestesilog tilstede, og at pasienten selv bestemmer om det skal benyttes narkose. Andre ganger sies det at det bestemmes av kunden og legen i samarbeid, uten at det samtidig står noen generell advarsel mot bruk av narkose. Det blir sjelden informert om at det ofte er nødvendig å skifte silikoninnlegg etter en del år.

6) Annen medisinsk informasjon

Referanse: Helsepersonelloven § 13 som sier at markedsføring skal være forsvarlig, nøktern og saklig, og markedsføringsloven § 2 første ledds forbud mot villedende framstilling og utnyttelse av forbrukernes mangelfulle erfaring eller kunnskaper.

Funn: Materialet inneholder en mengde medisinsk informasjon, som er av varierende kvalitet.

De fleste som reklamerer med brystforstørrende inngrep, angir at de bruker silikon. Mens noen få uttaler at en ikke har full oversikt over virkningene av silikon, påstår de fleste at det er bevist at silikon ikke er skadelig. En annonsør sier at ”Både europeiske og amerikanske helsemyndigheter sier i dag at silikon er ufarlig for mennesker”. Dette er i strid med at Food and Drug Administration (FDA) i USA siden 1992 har hatt et forbud mot silikon-implantater, bortsett fra i kliniske forsøk⁶. Europaparlamentet har i sitt forslag til nytt regelverk om brystimplantater⁷ nevnt at det hyppig forekommer ruptur. I samme dokument står det at Europaparlamentet anbefaler at det stilles midler til disposisjon for videre forskning på silikonimplantater, spesielt med sikte på manglene i en del av den nå foreliggende forskning. Dessuten ønsker man en merkningsordning av silikonimplantater som skal omfatte advarsel mot potensielle helserisikoer.

Amming etter brystendrende inngrep omtales på svært ulike måter. Mange sier kategorisk at ammingen ikke påvirkes, noen sier at muligheten til å amme nedsettes, og andre igjen er nyanserte og sier at her er kunnskapen sparsom. Et sted står det amming etter gjennomført inngrep kan gjøre at gevinsten ved operasjonen reduseres, fordi brystet strekkes under amming. En annonsør slår bombastisk fast at ”Det er ikke rapportert at noen i Norge har mistet ammeevnen”. Noen få sier at kvinner ikke bør få utført brystinngrep før de har fått de barna de skal ha.

7) Omtale av resultater, samt før- og etterbilder

Referanse: Helsepersonelloven § 13, og i forbindelse med tolkningen av den Legeforeningens etiske regler, III § 1, og NPFs etiske regler om annonsering og markedsføring. Også europaparlamentets forslag til nytt regelverk om brystimplantater er relevant i denne sammenheng.

Funn: Karakteristikk av resultatene utgjør en stor del av markedsføringsmaterialet. I tillegg til det rent kosmetiske, legger mange stort vekt på å fortelle at en ser yngre ut etter inngrepet. Vi fant mange beskrivelser av hvor pene resultatene er, inklusive at det blir pene arr, og om at livet blir bedre etter inngrepet. På en av hjemmesidene framkommer følgende dikt, som tilskrives en James Costeau:

*A defect of soul cannot
be corrected on the face,
but a defect on the face, if you can correct it,
can correct a soul.*

Ifølge reglene for NPF og forslaget fra Europaparlamentet bør ikke pre- og postoperative bilder brukes i annonser. Slike bilder brukes imidlertid i meget stor grad. På hjemmesiden til en klinikk finnes også pre- og postoperative bilder av kjønnsleppereduksjon. Her kommer det først opp en informasjon om at det er ”billedmateriale for voksne”, og en må klikke på en ”gå videre”-boks for å se bildene.

8) Framstilling av legene og deres kvalifikasjoner

Referanse: Helsepersonelloven § 13 og i forbindelse med tolkningen av den Legeforeningens etiske regler III, § 4.

Funn: Et lite antall klinikker framstiller klinikkssjef eller annen sentral lege på en måte som må anses villedende. Det gjelder for eksempel leger som ikke er spesialister i plastikkirurgi.

9) Sykmelding

Referanse: Helsepersonelloven § 13, og Folketrygdloven § 8-4 tredje ledd som lyder: ”Ved arbeidsuførhet i forbindelse med et kosmetisk kirurgisk inngrep ytes det sykepenger bare hvis inngrepet er medisinsk begrunnet.”

Funn: Noen annonsører opplyser om at en vanligvis ikke kan sykmeldes etter et kosmetisk inngrep. Men i andre annonser står det at en trenger en viss tid ”sykmelding”. Mange steder gis det litt diffuse utsagn, slik som: ”Fravær fra arbeid er vanlig i en uke”, uten at det sies at det ikke kan gis sykmelding. Et annet sted står det: ”Sykmelding er ikke nødvendig, men det anbefales bruk av egenmelding”. Et sted sies det: ”Sykmelding er i prinsippet ikke lov etter en kosmetisk operasjon. Men grensen er flytende, og generelt kan en si at dersom tilstanden på forhånd forårsaker betydelige plager, for eksempel særlig store bryst eller øyelokk, vil sykmelding være helt i orden”.

10) Kostnadsdriving

Referanse: Helsepersonelloven § 6 om ressursbruk.

Funn: Dilemmaene knyttet til indikasjoner, altså om et bestemt inngrep overhodet skal gjøres, er relevant for kostnadsdriving. I tillegg ble det gjort funn av spesifikk relevans

6) www.fda.gov/cdrh/breastimplants/bichron.html

7) Se EPs dokument A5 – 0008/2003 s. 3 pkt. 9

for kostnadene. Mange klinikker reklamerer med at de formidler *forbrukslån*, og da kan en stort sett få det innvilget på stedet og på meget kort tid ("noen minutter"). Noen få steder advares det med at dette er dyre lån, mens andre bagatelliserer utgiftene, for eksempel med å si at det ikke er etableringsgebyr, og at en kan bestemme nedbetaling selv.

En annen måte å drive opp kostnadene på er å anbefale flere inngrep samtidig. Mange reklamerer da med reduksjon i prisen på etterfølgende inngrep, men totalt sett kan det bli kostbart.

3.3.2 Funn ved gjennomgang av aviser i en uke i oktober 2003

Det var kun én eneste annonse om kosmetisk kirurgi, og det var i søndagsutgaven av Aftenposten, på sidene for helse og velvære. Vi fant for øvrig den samme annonsen i ett av bladene, se under. Avisen hadde også mange annonser på disse sidene for hudforbedring, inklusive fire annonser der Botox og/eller Restylane er nevnt spesifikt. Det ble ikke funnet noen artikler som ble vurdert som skjult markedsføring for kosmetisk kirurgi, dvs. der vi for eksempel kunne anta at det var gitt gratis operasjon mot å stå fram som et vellykket tilfelle. Det ble imidlertid funnet en artikkel som omtalte kosmetisk kirurgi. Der er brystkirurgi omtalt (VG onsdag 29. oktober), med overskriften: "Har bare fikset på puppene". Den omhandler en 52 år gammel, norskfødt kvinne, som ifølge artikkelen er "Playboy's mest fotograferte playmate". Det sensasjonelle, ifølge artikkelen er altså at hun ikke har hatt andre inngrep enn "brystløft og porselen på fire fortenner". Artikkelen viser eksempler på fotografier til hennes pin-up kalender for 2004 med ett stort bilde og flere små. Kvinnen forteller at disse bildene er manipulerte med "lys, vinkler, sminke og bildebehandling" for at kroppen skal se sexy ut.

3.3.3 Funn ved gjennomgang av blader/magasiner

I de 14 bladene og magasinene som ble gjennomgått ble det bare funnet to annonser om kosmetisk kirurgi, og begge ble funnet i Elle. Elle er et blad som bærer preg av å henvende seg til voksne og ressurssterke kvinner, og ikke spesielt til de yngste. Bl.a. er det annonser for kostbare smykker og pels, i tillegg til kosmetikk og parfyme som er vanlig i alle blader som henvender seg til kvinner. Ikke i noen av bladene ble det funnet artikler eller annonser som ble tolket som skjult markeds-

føring for kosmetisk kirurgi. Fokus på vakre kroppar var imidlertid generelt overveldende i bladene, se i diskusjonen under.

Den ene annonsen var på en halv side med pen, lilla farge og bilde av huset der klinikken ligger. Blikkfanget er telefonnummeret, samt fotografi av en lege og angivelse av hans spesialiteter. Forøvrig inneholder annonsen en oppstilling av hvilke tjenester som tilbys, og en informasjon om at "Vi bruker laser for best resultat".

Den andre annonsen i bladet er også over en halv side. Det er en standardannonse, som vi også fant i Aftenposten (jfr. over). Blikkfanget er et bilde av en kvinne med hånden på sitt ene bryst, mens hun dekker brystvorten og løfter brystet. Det er en stiplet linje som går et godt stykke utenfor det nåværende brystet, uten at det er klart hva linjen indikerer. Blikkfangsteksten er: "Vil jeg få stygge arr etter en brystoperasjon?" I teksten som følger, sies det at det utføres flere hundre brystoperasjoner årlig på klinikken, og at de har erfarne kirurger som sørger for at arrene blir så små og lite synlige som overhodet mulig. Det inviteres til å stille spørsmål, som vil bli behandlet "uforpliktende og diskret" og det oppgis nummer til en "rådgivnings-telefon".

4 Diskusjon

4.1 Drøfting av utvalget av markedsføringsmateriell

Siden materialet fra *hjemmesidene* ble tatt ut i sin helhet, er det ikke snakk om utvalg. Vi fant at presentasjon og innhold varierte nok så mye for de ulike klinikkene. Vi fant også at noen av klinikkene endret stoffet på hjemmesidene i løpet av den tiden vi jobbet med temaet. Det mest slående var et større, privat sykehus. Første gang vi gjennomgikk hjemmesiden inneholdt den mye stoff med utsagn som kunne vært vurderingstemaer i forhold om det er brudd på regelverket. Etter endringen var det vesentlig faktainformasjon av den typen som ligger innenfor det som tillates av Legeforeningens etiske regler, som altså er restriktive i forhold til hva som kan opplyses.

Utvalget av aviser ble gjort opportunistisk. Det hadde vært ønskelig å få oversikt over annonsering i alle landets aviser over et visst tidsrom. Det viste seg at det ikke var mulig å få det elektronisk. Eneste muligheten ville da være å skaffe og gjennomgå avisene i papirversjon. Vi vurderte det som tvilsomt om vi ville få utbytte som forsvarte en slik innsats, i et hvert fall fordi hensikten var å få en viss oversikt over type annonsering, ikke skaffe en fullstendig oversikt. Kun landsdekkende aviser ble derfor gjennomgått, og vi valgte papirversjonen fordi det er en lettere og greiere metode å få med alt på enn å klikke oss igjennom alle artikler og oppslag i elektroniske versjoner for å se om det kom opp annonser.

Utvalget av *blader/magasiner* ble gjort ut fra en skjønnsvurdering slik vi regner med at annonsørene ser målgruppene. Vi plukket ut alt vi fant den gjeldende uke av norske blader som vanligvis omtaltes som ”kulørt uke-

presse”. Siden Helsedepartementets oppdrag har fokus på de to temaene markedsføring og ungdommer, passet vi på å få med blader rettet mot ungdom. Vi fikk også med blader som særlig omtaler kropp og mosjon, i tillegg til de tradisjonelle bladene som retter seg mot mange målgrupper. Typiske nyhetsblader er derimot ikke tatt med.

Det kan videre ha vært en svakhet ved metoden at innsamlingen kun foregikk i en uke. Det er årstidsvariasjoner i denne typen annonsering, så det er mulig at det ville vært flere funn om vi hadde valgt en periode like etter jul eller i ”passe tid” før sommer- og bikinisesongen.

Det viktigste funnet i forhold til blader og aviser var vel at det var så veldig sparsomt, og en nøye analyse av det lille som ble funnet gir lite mening. En utvidet observasjonstid og inklusjon av flere aviser/blader kunne utvidet antall funn, men ville neppe rokket ved konklusjonen at det faktisk er forholdsvis få annonser for kosmetisk kirurgi i dags- og ukepresse.

4.2 Vurdering av funnene opp mot gjeldende regelverk

4.2.1 Noen av funnene er i grenseland for det lovlige

Det fremgår av gjennomgangen ovenfor at funnene indikerer at en god del av materialet var av en slik karakter at det kan reises spørsmål ved om de går lenger enn det eksisterende regelverk, herunder særlig helsepersonellloven § 13, tillater. Dette gjelder først og fremst markedsføringen på internett, der de fleste funnene ble gjort. Vi nevner noen eksempler.

Bivirkninger og kontraindikasjoner blir ofte bagatellisert i den informasjonen som ligger på nettet. For eksempel sies en del steder først at en bestemt bivirkning er sjelden, eller at den aldri eller sjeldent har forekommet på den spesielle klinikken, før bivirkningen idet hele tatt omtales. Iblant blir bivirkninger til og med moralisert over, som noe en må holde ut. Komplikasjoner som opptrer med en hyppighet som gjør at de bør nevnes, slik som ved silikoninnlegg i brystene, er ofte utelatt. Ufullstendig informasjon kan gi feilaktige inntrykk. Et eksempel på det er sykmelding, som i prinsippet ikke kan gis etter et kosmetisk inngrep. Sykefravær er ofte nevnt, uten at det ble sagt eksplisitt at en ikke har rett til sykmelding. Andre sa at det var en vurderingssak hvem som har rett til sykmelding, og ga inntrykk av et uforholdsmessig stort slingsmonn.

Undersøkelsen viste videre at en del av den gjennomgatte markedsføringen inneholdt opplysninger som er egnet til å påvirke gyldigheten av samtykke til helsehjelp, jf. kravet i pasientrettighetsloven § 4-1 om at samtykke til helsehjelp skal være informert. Et eksempel er at omfattende operasjoner bagatelliseres og alminneliggjøres i større grad enn det kan være dekning for.

Aldersgrensen for hvem som kan samtykke til kosmetisk kirurgi ble ikke så mye omtalt i det gjennomgatte markedsføringsmaterialet. Undersøkelsen avdekket noen få tilfeller der markedsføringen inneholdt opplysninger som er i strid med pasientrettighetslovens bestemmelse om at en må være 18 år for å kunne samtykke til kosmetisk kirurgi.

4.2.2 Behov for informasjon, inklusive retten til å kjenne resultater

Potensielle kunder av kosmetisk kirurgi har behov for informasjon om den tjenesten de vurderer å kjøpe. I denne kartleggingen ble det også funnet en mengde saklig informasjon på internett, selv om vi i denne framstillingen legger vekt på det negative. Vi kan imidlertid ikke se at det markedsføringsmaterialet som bransjen selv står for generelt fyller behovet for uholdt informasjon. I kosmetisk kirurgi er helsetjenester i utpreget grad blitt en vare, noe markedsføringen rimeligvis benytter seg av.

En mulig måte å dekke pasientens behov for god og grundig informasjon om kosmetisk kirurgi er at det utarbeides objektiv informasjon som er godkjent av det offentlige og som brukere og utøvere av tjenestene går sammen

om å lage. Et eksempel på dette finner man i England hvor Department of Health publiserer informasjonsmateriell om brystimplantater på internett. Informasjonsmaterialet er utarbeidet av en gruppe som er sammensatt av kvinner som selv har fått brystinnlegg, fagfolk og representanter for interesseorganisasjoner. Her gis saklig informasjon, også om bivirkninger og komplikasjoner. Utarbeiding av slik informasjon i Norge vil nok imidlertid innebære et omfattende arbeid.

I forbindelse med pasienters behov for objektiv informasjon om kosmetisk kirurgi reiser det seg også et annet spørsmål: I helsetjenesten generelt har pasienter nå ganske store rettigheter i forhold til å få kjennskap til kvaliteten på tjenester. Det har vært et viktig helsepolitisk mål å bedre tilgangen til slik kunnskap, og det forutsettes at slik kunnskap er sentral for å nytte seg av retten til fritt sykehusvalg.

Dette kan synes å være i motsetning til Legeforeningens etiske regler, som sier at "Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestens kvalitet". Dette gjelder generelt for legetjenester, og ikke bare for kosmetisk kirurgi.

I materialet fra internett har resultatene en framtreddende plass. Det gjelder både resultater ved egen klinikk og ved bestemte operasjoner. I tillegg til å oppgi resultater av rent medisinsk karakter og estetisk resultat, er det også mange som forteller hvor mye bedre liv en får etter en operasjon.

Det kan argumenteres med at å få kjennskap til en klinikk resultater er særlig viktig der pasienten selv bærer kostnaden, og der det dreier seg om så store beløp som for kosmetisk kirurgi. Vi er imidlertid av den oppfatning at det å få kjennskap til resultatene av kosmetisk kirurgi har en annen karakter enn for eksempel å få kjennskap til vanlige kvalitetsindikatorer som sykehusinfeksjoner, liggetid og epikrisetid som grunnlag for sykehusvalg for inngrep som har en medisinsk begrunnelse.

Vi vil reise spørsmål om ikke før-og-etter bilder i markedsføring av kosmetisk kirurgi er i strid med helsepersonelloven § 13.

4.2.3 Kostnader og pasienters ressursbruk

Vi vil i det følgende knytte noen kommentarer til helsepersonelloven § 6 fordi den etter vår

oppfatning reiser noen særlige problemstillinger i forbindelse med kosmetisk kirurgi og markedsføring av det.

Helsepersonelloven § 6 lyder som nevnt ovenfor: *"Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift"*. Markedsføring av kosmetisk kirurgi kan bli problematisk sett i forhold til denne bestemmelsen, særlig sett i lys av markedsføringens målsetting om å øke en bedrifts lønnsomhet.

Kostnadene forbundet med kosmetisk kirurgi kan være høye. Det har ikke vært noen målsetting med denne undersøkelsen å se på de samfunnsøkonomiske aspektene av kosmetisk kirurgi. Det er i seg selv en stor oppgave, og kan gi viktige perspektiver til diskusjonen. Vi så på hvordan kostnadene var omtalt i markedsføringsmaterialet. Mange klinikker opplyser om priser for de ulike inngrepene. Tidsskriftet Dine Penger hadde i 2001 en undersøkelse av kostnadene ved forskjellige former for kosmetisk kirurgi, og fant store variasjoner⁸. Mange klinikker tilbyr redusert pris på andre eller tredje inngrep. Dette kan på den ene siden sies å være besparende for kundene. Men det totale resultatet kan bli det motsatte, idet en person som ønsker å få utført ett inngrep, kan oppleve seg presset til å få gjort flere, slik at det totalt sett blir kostnadsdrivende.

En del klinikker/enheter markedsfører låneordninger til finansiering av de kosmetiske inngrepene. Det opplyses en del steder om at en kan søke om lån på klinikken, og at en får "svar i løpet av noen minutter". Noen få opplyser om at dette er dyre lån, og at en bør undersøke andre muligheter. Uten at det ble gjort noen optelling, var det vårt inntrykk at langt de færreste klinikkene opplyser om de negative sidene; tvert imot framholdes det hvor lett og greit det er å få lån. Helsetilsynet har blitt informert om tilfeller om personer som er kommet i gjeldskrise pga. markedslån etter kosmetisk kirurgi, men har ingen oversikt over hvor omfattende dette problemet er.

4.2.4 Behov for avklaring

Som nevnt tidligere i rapporten har det ikke vært en målsetting for undersøkelsen å konstatere hvorvidt enkelttilfeller av markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester innebærer brudd på gjeldende lovgivning eller ikke, men å få et generelt inntrykk av karakteren av markedsføringen. Funnene fra mate-

rialet på nettsidene er derfor presentert slik at det kun er gitt eksempler på markedsføring som er aktuell for hvert av de valgte temaene, og ikke ved at det er gitt en komplett oversikt over markedsføringen som ble gjennomgått.

På denne bakgrunn er det her ikke mulig å konkludere med om, og eventuelt i hvilken grad, funnene innebærer brudd på gjeldende regelverk. Helsetilsynet er imidlertid av den oppfatning at funnene indikerer at en god del av markedsføringen av kosmetisk kirurgi beveger seg i grenselandet for det lovlige. Helsetilsynet er av den oppfatning at det kan være grunn til å spesifisere innholdet i helsepersonelloven § 13, slik at markedsførerne av kosmetisk kirurgi selv i større grad blir klar over hvilke grenser lovgivningen setter for markedsføringen.

4.3 Funnene sett i relasjon til noen prinsipper i markedsføringsteori

Det kan se ut som det er et spenningsforhold mellom intensjonene i den lovgivningen som er relevant for kosmetisk kirurgi, og intensjoner for markedsføring. Dette skal kort drøftes her.

4.3.1 Noen prinsipper om markeds-kommunikasjon

Markedskommunikasjon omfatter fakta, ideer, kunnskap eller følelser. Målet med slik kommunikasjon er å opprettholde og øke en bedrifts lønnsomhet gjennom salg av varer og tjenester. Markedstilbudet er virkemidler i forbindelse med forberedelse, gjennomføring og sluttresultatet av tjenestene klinikkene tilbyr. Markedstilbudet innebærer også pris, betalingsvilkår, garanti, reklamasjonsbehandling og kundeservice.

Markedskommunikasjonens oppgaver er⁹:

- å *formidle* markedstilbudet, dvs. fortelle om hvilke behov markedstilbudet dekker, egenskaper ved det som tilbys etc
- å *vise vei* til markedstilbudet, dvs. informere om hvor, hvordan og når kjøperen kan få produktet. Ulike tjenesteytere, hvilke markedstilbud de tilbyr, tlf nr, web-adr. etc.
- å *minne om* markedstilbudet, dvs. henvende seg til kunder som vet at markedstilbudet eksisterer, men kanskje har glemt det eller lagt det på "is", gi pristilbud etc

8) Dine Penger 6-2001

9) Ottesen, Otto. 1999. *Markedskommunikasjon – strategisk helhetsplanlegging for økt lønnsomhet*. Viborg: 2. udgave, Handelshøjskolens Forlag

4.3.2 Funnene på nettet i forhold til prinsipper om markedskommunikasjon

Siden det var såpass mye informasjon på nettet, gir det annonsørene et ganske stort spillerom. Her var det mye stoff som er egnet til å skape behov, minne om eller vise vei. Det er for eksempel der en omtaler normale kropps fenomener og aldri prosesser i nedsettende ordelag. Dette kan støtte opp under og forsterker den usikkerheten som det vel er normalt å ha i forhold til egen kropp. Men også uttrykk som tilsynelatende er nesten banale kan ha underliggende budskap som kan ramme noen, og skape et behov for endring. Uttrykk som ”nesen er midt i ansiktet” er for så vidt tilforlåtelig og til og med saklig. Men den som av en eller annen grunn har kompleks for sin nese, kan rammes av et slikt tilsynelatende nøytralt utsagn.

4.3.3 Funnene i aviser og blader i forhold til prinsipper om markedskommunikasjon

I forhold til kosmetisk kirurgi er første trinn, ”problemerkjennelsen”, i stor grad formidlet allerede, gjennom mange, ulike kanaler: kulturelle normer, media osv. I vår kartlegging var dette godt illustrert i bladene/magasinerne. Både artikler og annonser i bladene har gjennomgående fokus på utseende og kropp, slik at dette totalt sett gir et massivt inntrykk av fokusering på kropp. Undertøys-, smykke- og klokkeklamene har en sterk slagside mot kropp, erotikk og seksualitet, og parfymereklamerne utmerker seg i særlig grad i forhold til dette. Artiklene dreier seg i meget stor grad om helse og velvære, om hvordan en skal holde seg ung, sprek, slank og vakker. Det framstilles som en ”hard jobb” å realisere sine potensialer. En skal spise sunn mat, trene, bruke de riktige kremene, parfymene og make-up. Det framstilles også gjennomgående at dette er noe du bestemmer selv, men du har også ansvaret for å være mest mulig ”perfekt”.

Den omtalte artikkelen i VG 29. oktober 2003 illustrerer videre at mye av det vi ser i blader er illusjoner. Fotomodellen sier om sin fotograf: ”Det er hans kunst. Han kan få de fleste som har en fin figur, til å se ut som en gudinne. Takket være lys, vinkler, sminke og billedbehandling”. Det kompliserer vårt bilde ytterligere at det er mulig å manipulere bilder, og at det gjøres. Ikke bare bombarderes det med idealkropper, men det skapes også idealer som faktisk ikke eksisterer i virkeligheten.

At det var så sparsomt med funn, står i kontrast til den oppfatningen en ofte hører, og

som vi også delte, nemlig at det er så ”mye reklame” og at en ”bombarderes” av ”aggressiv” markedsføring. Vi syntes også det var overraskende at det var så få artikler spesifikt om kosmetisk kirurgi. Men det kan også være slik at artikler og annonser ”treffer” leserne særlig sterkt, og at det derfor oppleves som å være flere slike annonser og artikler enn det i virkeligheten er. Dette gir noen særlige utfordringer i forhold til reguleringen av markedsføringen. Mye av det arbeidet som ellers tillegges markedsfører er allerede gjort i disse bladene. Annonseringen kan derfor ”vise vei” og ”minne på” et behov som allerede er skapt.

Det at det allerede er skapt behov, gjør at en del av regelverket ikke blir helt relevant. Reglene til Norsk plastikkirurgisk forening sier for eksempel i punkt 2 under ”Annonser og markedsføring: ”Annonsering som bevisst søker å skape nye behov for estetisk kirurgi i befolkningen må unngås” (vår utheving). Dette er et eksempel på at formuleringer som ser fornuftige nok ut, får begrenset praktisk betydning.

4.4 Noen problemstillinger knyttet til regulering

4.4.1 Antall saker behandlet av offentlige myndigheter

Den eneste myndighetsinstansen som overhodet har behandlet noen sak om markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester er Forbrukerombudet. Det var på 1980-tallet og det skjedde på ombudets eget initiativ. Resultatet var at annonsen ble trukket tilbake. Helsetilsynet har ikke behandlet noen slike saker, verken før eller etter at helsepersonelloven trådte i kraft i 2001. En grunn til at det ikke er noen klager fra publikum kan være at enkeltpersoner ser liten hensikt i å innklage markedsføringsmateriell. Det kan tilsa til myndighetene på eget initiativ må føre tilsyn med markedsføringen.

4.4.2 Flere tilsynsmyndigheter – er rollene klare nok?

Markedsføring av helsetjenester reguleres som nevnt av flere regelverk, hvorav helsepersonelloven og markedsføringsloven er de viktigste. Lovene utpeker ulike offentlige instanser som ansvarlige for tilsyn med at reglene overholdes. Forbrukerombudet og Markedsrådet er i markedsføringsloven gitt myndighet til å utøve kontroll med markedsføring. I praksis behandles sakene først av

Forbrukerombudet, som eventuelt kan forelegge saken for Markedsrådet. Forbrukerombudets vedtak kan påklages til Markedsrådet.

Det er Helsetilsynet som skal føre tilsyn med markedsføring etter helsepersonelloven § 13. I de få tilfeller der markedsføring kan ha innflytelse på den konkurransemessige situasjonen klinikkene seg imellom, kan det også være aktuelt for Konkurransetilsynet å se på saken.

Det ovennevnte innebærer altså at en sak om markedsføring av kosmetisk kirurgi kan falle inn under myndighetsområdet til forskjellige tilsynsmyndigheter. Dette reiser spørsmålet om hvilken tilsynsmyndighet som skal føre tilsyn i en konkret sak om markedsføring av kosmetisk kirurgi.

Det at flere tilsynsorganer kan ha myndighet på et område er ikke særegent for markedsføring av helsetjenester. Ved et eventuelt intensivert tilsyn med markedsføring av kosmetisk kirurgi vil det imidlertid etter Helsetilsynets oppfatning kunne være et behov for at de ulike tilsynsorganene avklarer ansvarsforholdene seg imellom.

4.4.3 Om annonsering på internett

Verken markedsføringsloven eller helsepersonelloven har spesielle bestemmelser om markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester via internett. De etiske reglene til Legeforeningen og NPF omtaler heller ikke dette viktige mediet spesielt, men har vide definisjoner av hva som omfattes av reglene. Legeforeningens regler snakker om "Annonsering og annen informasjon", mens NPF i sine regler omtaler "Annonsering og annen markedsføring". Helsetilsynet har, som tidligere nevnt, lagt til grunn at til grunn at § 13 i helsepersonelloven også gjelder for markedsføring på internett.

Internett er et raskt voksende medium som markedsføringsmessig gir store muligheter og fordeler. Det er raskt ("et tastetrykk unna"), relativt billig, kan inneholde store mengder informasjon av ulik karakter (bilder/grafikk/videosnutter osv.) og gir muligheter for tilleggsinformasjon gjennom bruk av lenker.

Ved gjennomgang av klinikkens hjemmesider fikk en inntrykk av at klinikkene ikke anså seg bundet av regelverket når det gjelder internett, i og med at det var så mange brudd på bransjens egne etiske regler. En grunn kan

være at annonsørene mener at en person som frivillig klikker seg inn på klinikkens side har gjort et aktivt valg, og at regelverket er til for å hindre at en uforvarende blir pådyttet markedsføring. Det kan videre argumenteres med at det er fare for at grensen mellom det som er objektiv informasjon og det som skrives i den hensikt å øke omsetningen, blir vanskelig å oppfatte. Dette gjelder kanskje spesielt ved bruk av lenker der forbrukeren ikke vet hva slags formål den siden har som en kommer til har.

5 Sammenfattende vurderinger

5.1 Om funnene i kartleggingen og behovet for klargjøring av myndighetenes krav

Ved å søke etter markedsføringsmaterieell for kosmetisk kirurgi på internett ble det funnet en stor mengde materieell. Ved gjennomgang av aviser og blader/magasiner i løpet av en uke for å finne markedsføringsstoff ble det derimot gjort sparsomme funn.

Helsetilsynet er av den oppfatning at funnene indikerer at en god del av markedsføringen av kosmetisk kirurgi beveger seg i grenselandet for det lovlige. Helsetilsynet mener det er behov for å klargjøre myndighetenes krav i forhold til markedsførings av kosmetisk kirurgi, og spesifisere innholdet i helsepersonelloven § 13.

5.2 Spenningsforhold mellom intensjonen til markedsføring av kosmetisk kirurgiske tjenester og intensjonene bak regulering av helsetjenester

Denne kartleggingen illustrerer at det er et spenningsforhold mellom intensjonene bak markedsføring, som har til hensikt å øke klinikkens lønnsomhet, og formålet til helsepersonelloven, som er Helsetilsynets verktøy for tilsyn med kosmetisk kirurgiske tjenester, inklusive markedsføringen. Både lovgivningen og legeetiske prinsipper skal generelt beskytte lege-pasientforholdet, og sikre at pasientens interesser står i sentrum. Når leger og annet helsepersonell får en sterk egeninteresse i forhold til hva som utføres, blir prinsippene og reglene satt på prøve. Det taler for at det bør lages en forskrift på området.

5.3 Markedsføringen utgjør bare en liten del av påvirkningen på befolkningen

Ved gjennomgang av aviser og ukepresse i en uke i oktober i 2003, ble det funnet lite reklame for kosmetisk kirurgi. Det var overraskende ut fra den gjengse oppfatning at vi bombarderes av slik reklame i aviser og ukepresse. Det vi fant indikasjoner på at annonserer ikke trenger å skape behovet for slike inngrep, men bare minne om og vise vei til hvor en kan få utført inngrepene. Siden veldig mye av markedsføringsarbeidet er utført i den generelle teksten og i andre annonser, trenger ikke klinikkene å drive noen omfattende eller aggressiv markedsføring.

Til gjengjeld ligger det til dels mye markedsføringsstoff på klinikkens hjemmesider. Noen få klinikker hadde bare konkret informasjon om slikt som klinikkens lokalisering, type inngrep og priser. For de klinikkene som hadde informasjon utover dette, viste det seg å være saklig informasjon om inngrep blandet med stoff som ble vurdert som ren reklame, og som er egnet til å enten skape behov, eller støtte opp under behov og ønsker som allerede er skapt.

Det kan argumenteres med at annonseringens innhold ikke er av så stor betydning fordi det er bare en av mange kilder for påvirkning. Vi vil imidlertid hevde det motsatte, at det er særlig viktig at annonseringen er nøktern, slik at den ikke støtter opp under overdrevne ønske om inngrep. Tilsynsmyndigheten har kun midler til å gripe inn overfor markedsføringen, ikke overfor annet som påvirker folks kroppsoppfatning og –idealer. Når de sterke markedskreftene som virker på dette området tas i betraktning, mener Helsetilsynet at det mest hensiktsmessige er en restriktiv forskrift, som klart begrenser hva

og hvordan en kan annonsere, på linje med innholdet i de etiske reglene til Den norske lægeforening. Dette er også i tråd med prinsipper i internasjonale etiske regler for markedsføring av helsetjenester, som aksepterer informasjon men ikke reklame.

5.4 Behovet for informasjon, og forslag om forbud mot reklame

Potensielle kunder for kosmetisk kirurgi har behov for saklig informasjon. Helsetilsynet anser ikke at det markedsføringsmateriellet som er tilgjengelig på internett generelt sett fyller dette behovet.

Muligheten for et forbud mot markedsføring av kosmetisk kirurgi ble nevnt da saken ble diskutert i Stortinget. Et totalforbud mot markedsføring av lovlige varer eller tjenester er svært sjeldent i Norge. En mellomvei kan være forbud mot visse typer reklame. Frankrike har for eksempel innført forbud mot reklame for brystimplantater.

Uansett hvilket alternativ en velger med hensyn på regulering av reklame, vil behovet for uhildet informasjon bestå.

6 Helsetilsynets anbefalinger

Helsepersonelloven § 13 sier at ”Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring av helsehjelp, og kan herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring”. Helsetilsynet anbefaler at Helsedepartementet benytter denne hjemmelen, og at det utarbeides en forskrift for markedsføring av kosmetisk kirurgi som tydeliggjør myndighetenes forventninger. En slik forskrift vil gi innhold til begrepene forsvarelig, nøktern og saklig i helsepersonelloven § 13. Det er etter vår oppfatning også viktig at forskriften tar hensyn til at dette er en voksende bransje, og til eventuelle forpliktelser Norge har eller vil få i forhold til EØS.

Vi anbefaler videre at de etiske reglene til Den norske lægeforening legges til grunn for forskriftens innhold. Fordelen ved disse reglene er at de er klare, idet de setter klare rammer for hva annonsering kan inneholde.

En forskrift bør også eksplisitt omfatte markedsføring på internett, da bransjen per i dag generelt synes å være av den oppfatning at slik markedsføring ikke omfattes av deres egne etiske regler.

En slik forskrift vil klargjøre for bransjen hvilke grenser lovgivningen setter i forhold til markedsføring av kosmetisk kirurgi, og vil samtidig være et nyttig bidrag til tilsynsmyndighetens fremtidige arbeid på dette feltet.

Det materiellet som klinikker som tilbyr kosmetisk kirurgi har lagt ut på nettsider, er en blanding av viktig informasjon og ren reklame, uten tydelig forskjell. Helsetilsynet anser at publikums behov for nøytral informasjon ikke er oppfylt. Helsetilsynet anbefaler at Helsedepartementet vurderer tiltak med tanke på at dette behovet kan fylles på best mulig måte.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smitte-vernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlege-ordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgs-sektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelser 2004

1/2004 Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003 (februar 2004)

2/2004 Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003 (februar 2004)

3/2004 Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker (februar 2004)

4/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelse-tjenester til voksne med psykiske problemer (februar 2004)

5/2004 Tannhelsetjeneten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten (mars 2004)

6/2004 Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport (april 2004)

7/2004 Meldesentralen – årsrapport 2001-2002 (april 2004)

8/2004 Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge (april 2004)

Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Rapport fra Helsetilsynet 8/2004

Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge

I rapporten presenteres resultater fra to kartlegginger av kosmetisk kirurgi i Norge. Den ene handler om omfanget av slike inngrep i 2003, med særlig vekt på inngrep på personer under 18 år. Den viser at av de 8000-9000 inngrepene som ble foretatt, ble 38 utført på personer under 18 år, og samtlige av disse inngrepene ble ansett å være medisinsk indiserte. Helsetilsynets er derfor av den oppfatning at kosmetisk kirurgiske inngrep på personer under 18 år er av et svært lite omfang. Ni av ti inngrep utføres på kvinner, og både blant menn og kvinner er aldersgruppen 30-49 år sterkest representert.

Den andre kartleggingen handler om markedsføring av tjenestene. Det ble gjort en gjennomgang av markedsføringsmateriale i aviser og blader/magasiner, hvor det ble funnet lite markedsføringsmateriale, og på Internett, hvor det ble funnet mye. En del av markedsføringsmaterialet ble vurdert å bevege seg på kanten av hva som er lovlig. På bakgrunn av funnene anbefaler Helsetilsynet at det utarbeides en forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi. Samtidig pekes det på at behovet for nøytral informasjon til publikum ikke er tilfredsstillende dekket.

I en sammenfatning peker Helsetilsynet på at regulering av bransjen med bruk av lov og forskrift bare i liten grad kan påvirke etterspørsel og tilbud. Kroppsidealer, seksualitetens kår og individualisering er stikkord. For Helsetilsynet er klager en viktig kilde til informasjon om kvaliteten på helsetjenester, men for kosmetiske inngrep er det forholdsvis få klager.