

Kosmetisk medisinsk behandling er en sterk vekstbransje, særlig i USA, men også i Norge. Leger med ulik bakgrunn konkurrerer i et marked som ofte er preget av vitenskapelig mangelfullt dokumenterte behandlingsmetoder. Det er flere grunner til å problematisere dette kulturelle fenomenet, uansett om man ønsker å plassere kosmetisk medisin innenfor, i periferien av eller utenfor medisinsens grenser (1–3).

På det personlige plan finnes det neppe noe mer menneskelig enn å oppfatte sitt eget utseende som mangelfullt, noe som også uttrykkes av Shakespeare i *Hamlet*: «God hath given you one face and you make yourself another.» Når 56% av alle amerikanske kvinner er misfornøyd med sitt eget utseende, kan det kalles normativ misnøye (4). Det gir oss en anelse om markedets kommersielle potensial og hvilket press legeetikken utsettes for.

Med kosmetisk medisin i denne sammenheng menes behandlinger som tar sikte på å bedre folks utseende, og som krever medisinsk ekspertise der prosedyrene og indikasjonen ikke er udiskutabelt forankret innen noen medisinsk fagdisiplin. Innenfor denne definisjonen finnes det utvilsomt pasienter som kan og bør behandles med kosmetisk medisinske metoder. Det er mange eksempler på ulogisk og tilfeldig definering og klassifisering av sykdom, slik at slett ikke få lidelser og sekveler havner utenfor takstsystemer, diagnosekoder og trygdesystemets legitimering. Ofte er det gradsforskjeller som innbyr til ulikt skjønn hos behandlerne. Hvor utstående skal ører være før de bør opereres? Hva er logikken i at androgenetisk alopesi (mannlig hårtap) defineres som sykdom? Når blir hårvekst sykkelig når de fleste kvinner har fjerning av kroppshår som en del av sine faste vaner? Kosmetisk medisin utøves m.a.o. innenfor en skala av aktiviteter som strekker seg fra gode medisinske prosedyrer overfor trengende pasienter til absolutt unødvendige og risikofylte inngrep på friske mennesker, der vi like gjerne kan si vi frivillig utsetter oss for iatrogen skade. Ofte er det tilgjengeligheten av metodene som innbyr til behandling, og indikasjonen strekkes vidt utenfor de sykestes rekke.

Medikaliseringen antar mange former: Ved for eksempel å tilby injeksjoner med botulinumtoksin som behandling av uttalt hyperhidrose, behandler man ikke bare de relativt få pasientene med uttalt svette. Man sykkeliggjør samtidig langt flere som har samme problem, men i betydelig mindre grad. Hos noen skapes til og med en helt ny iatrogen lidelse – omtalt som botuliofili – en sykkelig forestilling om egen svette, der botu-

linumtoksin blir oppfattet som eneste saliggjørende behandling (5).

De fagpolitiske konsekvenser av den kosmetiske medisinsens utbredelse vurderes forskjellig. I dermatologiske tidsskrifter uttrykkes bekymring over en flukt fra akademiske sykehusmiljøer til kommersielle kosmetologiske foretak (6). Andre mener man bør skille estetisk medisin ut som egen spesialitet, slik at medisinen kan konsentrere seg om sine kjerneaktiviteter. Et motargument er at kosmetisk virksomhet kan generere midler som kan brukes til medisinske kjerneaktiviteter og forskning, og at kosmetisk medisin bør akademiseres og slik hindre lekkasje av fagfolk ut av sykehusene (1).

Den kosmetiske medisiner med sin somatiske grunnutdanning har en utfordring i å selekttere kunder, særlig for å unngå å behandle de ca. 2% av befolkningen som lider av kroppsbildeforstyrrelser (body dysmorphic disorders), der kosmetisk kirurgi er kontraindisert. Hvordan skal en kirurg uten psykiatrisk kompetanse eliminere de kanskje 7% av kosmetiske pasienter som lider av kroppsbildeforstyrrelser (7) når markedet nettopp er innenfor den normativt misfornøyd populasjon?

Økt sykkeliggjøring og infantilisering av befolkningen er en annen side av utviklingen. Kosmetikkindustrien, reklamebransjen, motebransjen og store deler av mediene lever av å tilby en symbolverden der det settes likhetstegn mellom ungdom, skjønnhet og lykke, og der naturlig modning og aldring blir sykkeliggjort (8). Ved å tilby kosmetisk medisin er vi leger også med på å definere hva som er normalt, hva som er ønskelig og hva som bør behandles.

Kosmetisk medisinsk praksis uten vurdering av medisinsk nødvendighet gir en legitimitet til estetikk som et mål for medisinen – er ikke det en smule omnipotent? Det er etter mitt skjønn tvilsomt at det skal være helsevesenets oppgave å forskjønne, til tross for Verdens helseorganisasjons utvidede, visjonspregede definisjon av helse. I ly av de begrensede ressurser vi tross alt har, må oppgaven være mer prosaisk og mindre spektakulær: Å tilby en tjeneste for sykdomsbehandling, lidelseslindring og trøst (9), der de sykeste prioriteres, i en situasjon med hverdagslig medisinsk risiko, usikkerhet og utilstrekkelighet.

Hjortdahl & Ihlen beskrev nylig i en kronikk i *Aftenposten* hvordan konsumentrollen stadig blir tydeligere i helsevesenet (10). I det moderne lege-pasient-samspill vil ikke pasienten lenger være pasient, men kunde. Det er pasienten i høy grad som kosmetisk konsument. Mon tro om ikke pasientrollen i

all sin asymmetri med legens kompetansemakt tross alt kan innebære en beskyttelse, en rettighet til å bli ivaretatt i sin sårbarhet og i sitt hjelpebehov for å gjenvinne helsen? Som kosmetisk kunde står man svakt så lenge det faglige fundament er uavklart, med lite innsyn og manglende kvalitetssikring. Det kosmetiske marked har dårlige reklamasjonsrettigheter. «Min skjeveste nese» er en sjelden tittel på et faginnlegg. Tilfanget av litteratur om kosmetisk medisin blir stadig større, men det skrives lite med vitenskapelig kvalitet om bivirkninger.

Etikkens rolle er å stille spørsmål som vekker ubehag, og låne øre til stemmer som ikke blir hørt. Mye av det som utføres av kosmetisk medisin er feil bruk av penger og helsepersonell, særlig fordi seleksjonen er for vid og tilfeldig. Det skal ikke legges folk flest til last at de søker hjelpen der de tror de finner den. Ansvaret ligger hos behandlerne. Om vi vil fortsette å være leger, og ikke forretningsorienterte kroppsingeniører, må vi oftere velge å si nei.

Claus Lützow-Holm
claus.lutzow-holm@ullevål.no
Hudavdelingen
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Claus Lützow-Holm (f. 1956) er dr.med., spesialist i hud og veneriske sykdommer og arbeider som seksjonsoverlege ved Ullevål sykehus.

Litteratur

1. Alam M. Cosmetic surgery as a revenue engine for academic dermatology. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1096–8.
2. Miller FG, Brody H, Chung KC. Cosmetic surgery and the internal morality of medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2000; 9: 353–64.
3. Hyman DA. Aesthetics and ethics: the implications of cosmetic surgery. *Perspect Biol Med* 1990; 33: 190–202.
4. Gardner D. The 1997 body image survey results. *Psychol Today* 1997; 31: 30–46.
5. Harth W, Linse R. Botulinophili. *Die neue Lifestyle-Venenophilie*. *Hautarzt* 2001; 52: 312–6.
6. Ackerman BA. Dermatology and pathology awake – medical dermatology is in peril. *Dermatopathology* 1998; 4: 99–102.
7. Hasan JS. Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview. *Ann Plast Surg* 2000; 44: 89–96.
8. Cotterill JA. Social, psychological and psychiatric aspects of cosmetic use. I: Baran R, Maibach H, red. *Cosmetic dermatology*. 2. utg. London: Martin Dunitz, 1998.
9. Hofmann B. Helsevesenet og forordningen av det gode liv. *Dagens Medisin* 28.10.1999.
10. Hjortdahl P, Ihlen CR. Pasienten og legen – en tango for to? *Aftenposten* (morgenutgave) 6.5.2001.