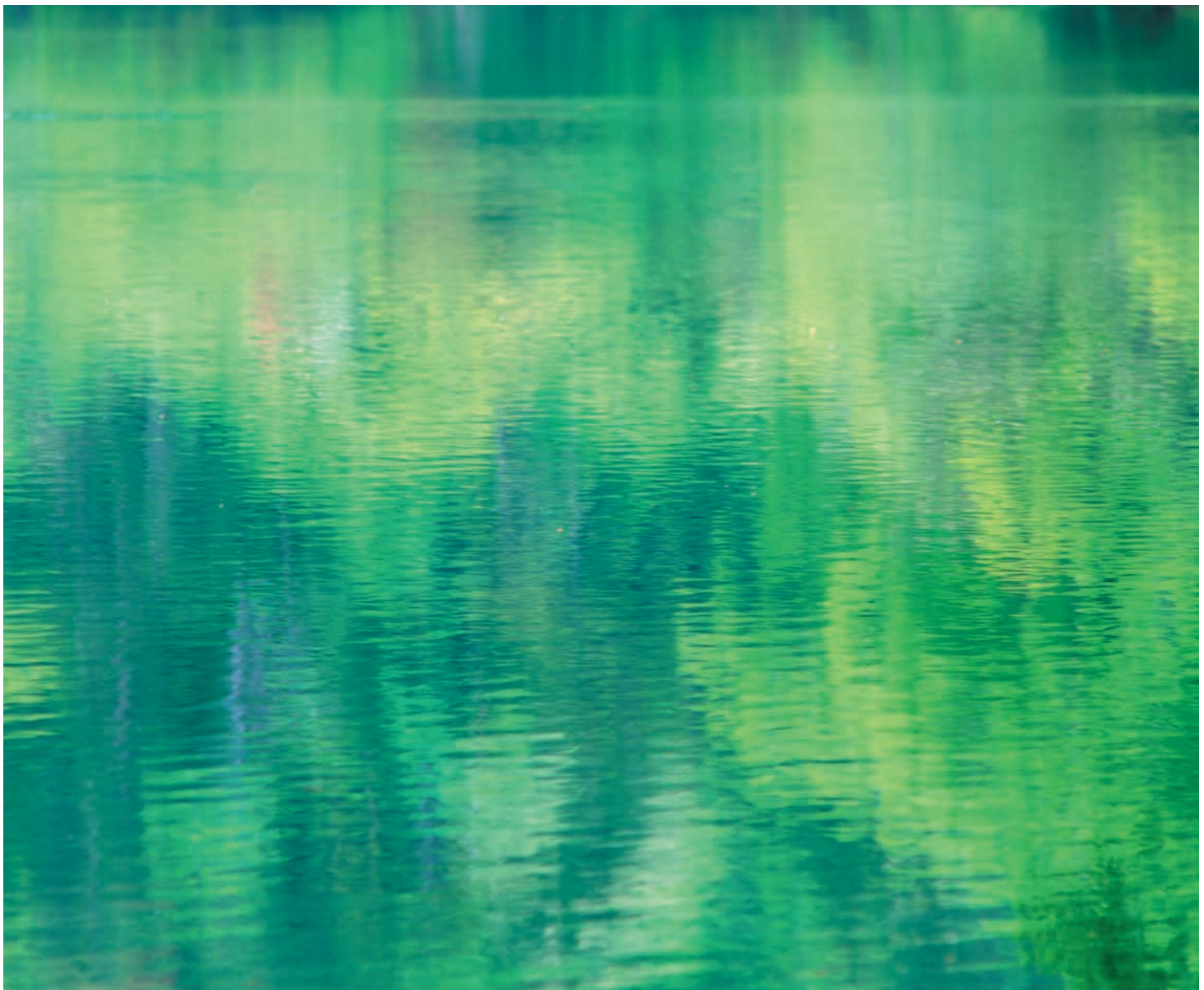


KOSMETISK BEHANDLING

2006



Kosmetiske behandlinger - operative indgreb, brug af elektrisk udstyr mv.

Udredning fra arbejdsgrupper
nedsat af Sundhedsstyrelsen

Kosmetisk behandling - operative indgreb og brug af elektrisk udstyr mv.

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Tilsyn
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Kosmetisk behandling; Operative indgreb

Sprog: Dansk

Kategori: Udredning

Version: 1,0

Versionsdato: 13. oktober 2006

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-366-8

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, oktober 2006

Indhold

1	Arbejdsgruppernes kommissorium og sammensætning	5
1.1	Baggrund	5
1.2	Arbejdsgruppernes kommissorium	5
1.2.1	Arbejdsgruppen om kosmetiske operative indgreb	5
1.2.2	Arbejdsgruppen om kosmetisk behandling, der ikke er kirurgisk	6
1.2.3	Arbejdsgruppe om kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område	7
1.3	Organisering af arbejdet	7
1.3.1	Arbejdsgruppen om kosmetiske operative indgreb	7
1.3.2	Arbejdsgruppen om kosmetisk behandling, der ikke er kirurgisk	8
1.3.3	Arbejdsgruppen om kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område	9
1.4	Revision	9
2	Kosmetiske operative indgreb	10
2.1	Skalp-, ansigt- og halsregion	10
2.1.1	Hårtransplantation	10
2.1.2	Hudplastikker på skalpen	11
2.1.3	Pande- og øjenbrynsløft	11
2.1.4	Operationer i øjenregionen	12
2.1.5	Næse- og øreplastik	13
2.1.6	Ansigts- og halsløft, fedtsugninger og implantat i ansigtet	13
2.2	Brystkassen	15
2.2.1	Brystreduktion og –løft, herunder gynækomasti	15
2.2.2	Brystforstørrende operation (brystaugmentation)	16
2.3	Maveregionen	16
2.3.1	Maveløft (abdominalplastik mv.)	16
2.3.2	Fedtsugning	17
2.4	Arme og ben	18
2.4.1	Armløft (brachioplastik)	18
2.4.2	Implantater	19
2.5	LÅR OG BALLER (glutealregion)	19
2.5.1	Løft af lår og baller	19
2.6	Kønsorganer	20
2.6.1	Operative indgreb på kvindelige kønsorganer	20
2.6.2	Operative indgreb på mandlige kønsorganer	20
3	Kosmetiske behandlinger	21
3.1	Behandling med indsprøjtning af lægemidler (botulinum toxin)	21
3.2	Behandling med indsprøjtning af fillers	22
3.3	Behandling med slibning og ætsende væsker	23
3.3.1	Hudslibning (dermabrasio)	23
3.3.2	Mikrodermabrasio	23
3.3.3	Kemisk slibning af huden (peeling)	23
3.4	Behandling med Lasere og Intenst Pulserende Lys	25
3.4.1	Lasere og Intenst Pulserende Lys	25

3.5	Andre behandlinger	27
3.5.1	Mikrosclerosering	27
3.5.2	Lipolyse	28
3.5.3	Laserlipolyse	28
4	Kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område	29
4.1	Kosmetisk tandkødskirurgi (parodontalkirurgi)	29
4.2	Kosmetisk plast- og porcelænsbehandling	29
4.3	Kosmetisk kæbekirurgi	29
4.4	Kosmetisk tandregulering (ortodonti)	29
4.5	Kosmetisk implantatbehandling og protetik	30
4.6	Kosmetisk emaljeafskræbning (emaljemikroabrasion)	30
4.7	Kosmetisk tandblegning	30
5	Anvendelse af medhjælp	32
5.1	Ved operative indgreb	32
5.2	Ved kosmetiske behandling, der ikke er operative indgreb	32
5.2.1	Botulin toxin (Botox)	32
5.2.2	Fillers	32
5.2.3	Dermabasio og peeling	33
5.2.4	Lasere og ILP-udstyr	33
5.3	Ved kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område	34
5.3.1	Kosmetisk plastbehandling	34
5.3.2	Blegning af tænder	34
6	Information og samtykke	35
6.1	Formen og indhold	35
6.2	Ansvarlig for informationen	35
6.3	Betænkningstid	35
6.3.1	Kosmetiske operative indgreb	35
6.3.2	Kosmetisk behandling, der ikke er operative indgreb	36
6.3.3	Kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område	36

1 Arbejdsgruppernes kommissorium og sammensætning

1.1 Baggrund

Den 1. januar 2007 træder Indenrigs- og Sundhedsministeriets lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed i kraft. Sundhedsstyrelsen får hermed hjemmel til at regulere kosmetisk behandling.

Baggrunden for lovgivningen om kosmetisk behandling er en lang række konkrete sager om bivirkninger og alvorlige komplikationer til kosmetisk behandling. I 2004 anmodede Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen om at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at gennemgå det kosmetiske område og komme med forslag til forbedring af området. Sundhedsstyrelsens rapport af december 2004 beskrev området og de problemer, der var på området. Flere af rapportens anbefalinger har dannet baggrund for den kommende regulering af området.

I bemærkningerne til loven er det anført, at den afgørende faktor for regulering af området er indgrebets farlighed, herunder risikoen for komplikationer og bivirkninger, om indgrebet indebærer en risiko for patientsikkerheden og om indgrebet er reversibelt.

Kosmetisk behandling er i loven defineret ved korrektiv virksomhed, hvor det kosmetiske hensyn udgør den afgørende indikation, eller behandling, der som hovedformål har til hensigt at forandre eller forbedre udseendet. Det vil sige, at indgreb, der har som formål at korrigere fra en abnorm tilstand til normalt tilstand, fx efter traumer eller efter tidligere kirurgi, ikke er omfattet af definitionen.

Sundhedsstyrelsen har nedsat i juni 2006 arbejdsgrupper til at rådgive om, hvilke kosmetiske indgreb, der indebærer en sådan patientsikkerhedsrisiko, at de bør reguleres, og for disse indgreb beskrive, hvilke faglige kvalifikationer autoriserede sundhedspersoner bør have for at udføre disse, og beskrive mulige overgangsordninger for reglernes ikrafttræden. Arbejdsgruppernes anbefalinger vil danne grundlag for styrelsens regulering af området.

1.2 Arbejdsgruppernes kommissorium

1.2.1 Arbejdsgruppen om kosmetiske operative indgreb

Arbejdsgruppen har haft til opgave at definere, hvilke indgreb, der grundet en patientsikkerhedsrisiko bør reguleres, og hvilke faglige kvalifikationer en læge bør have for at udføre et nærmere angivet operative indgreb på kosmetisk indikation, herunder eventuelt have gennemført en specifik speciallægeuddannelse, samt beskrive overgangsordninger for reglernes ikrafttræden.

Arbejdsgruppens har foretaget en beskrivelse af behandlingsmetoder inden for det kosmetiske område efter følgende inddeling:

- Hårtransplantation og hudplastikker
- Pande- og øjenbrynsløft
- Operationer i øjenregionen
- Operationer på ydre øre og næse
- Implantater i ansigtet samt ansigts- og halsløft
- Brystreduktion og -løft
- Brystforstørrende operationer (brystaugumentation)
- Gynækomasti
- Fedtsugning i alle regioner

- Operation for slapt maveskind (adominalplastik)
- Hudreduktion på arme og lår
- Indsættelse af implantater på arme og ben
- Operationer på baller og lår
- Operationer af penis
- Operationer på kvindelige ydre kønsorganer

I vurderingen af hvilke faglige kvalifikationer, en læge bør have for at udføre nærmere angivet operative indgreb på kosmetisk indikation, har arbejdsgruppen lagt vægt på følgende forhold:

Patientsikkerhed:

- Patientens forventninger til resultatet og muligheden for at indfri disse
- Komplikationer
- Bivirkninger
- Muligheden for relevant opfølgning og korrektion.

Lægens kvalifikationer:

- Speciallægeuddannelserne, og hvad der indgår i disse
- Kendskab til den pågældende anatomiske region
- Rutiner i operationer i den pågældende region
- Kendskab til/rutine i plastikkirurgiske teknikker i den pågældende region.

Arbejdsgruppen skulle endvidere komme med forslag til eventuel anvendelse af medhjælp ved indgrebene, herunder til forundersøgelse, information og indhentelse af samtykke, samt beskrive indholdet af informationen og vurdere, om der burde være betænkningstid forud for behandlingen.

Arbejdsgruppen skulle afslutte sit arbejde den 1. oktober 2006.

1.2.2 Arbejdsgruppen om kosmetisk behandling, der ikke er kirurgisk

Arbejdsgruppens opgave har været at foretage en beskrivelse af udbredte behandlingsmetoder inden for det kosmetiske område, som ikke er kirurgiske indgreb, ud fra følgende inddeling:

- Behandling med indsprøjtning af lægemidlet botulinum toxin (Botox)
- Behandling med indsprøjtning af fillers (ikke autologe)
- Behandling med anvendelse af slibning og ætsende væsker
- Behandling med anvendelse af elektrisk udstyr fx lasere og Intenst Pulse-rende Lys (IPL)
- Anden behandling.

Arbejdsgruppen skulle komme med en vurdering af hvilke behandlinger og behandlingsformer, der alene må udføres af autoriserede sundhedspersoner, forslag til hvilket behandlingsudstyr, der alene må anvendes af autoriserede sundhedspersoner. Endelig skulle arbejdsgruppen komme med forslag til anvendelse af eventuel medhjælp til forundersøgelse, information og indhentelse af samtykke i forbindelse med visse relevante behandlinger, herunder beskrive omfanget og indholdet af informationen, samt om der burde være betænkningstid forud for behandlingen.

Arbejdsgruppen skulle afslutte sit arbejde den 1. oktober 2006.

1.2.3 Arbejdsgruppe om kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område

Arbejdsgruppen har haft til opgave at definere, hvilke faglige kvalifikationer, en sundhedsperson skal have for at udføre nærmere angivne operative indgreb og til at udføre blegning af tænder på kosmetisk indikation.

I vurderingen af hvilke faglige kvalifikationer, en tandlæge bør have for at udføre nærmere angivet operative indgreb på kosmetisk indikation, har arbejdsgruppen lagt vægt på følgende forhold:

Patientsikkerhed:

- Forventningerne til resultatet og muligheden for at indfri disse
- Bivirkninger.
- Muligheden for relevant opfølgning og korrektion.

Tandlægens kvalifikationer:

- Kendskab til det pågældende arbejde.
- Rutiner i det pågældende arbejde.

Arbejdsgruppen skulle endvidere komme med forslag til eventuel anvendelse af medhjælp ved indgrebene, herunder til forundersøgelse, information og indhentelse af samtykke, samt beskrive indholdet af informationen og vurdere, om der burde være betænkningstid forud for behandlingen.

Arbejdsgruppen skulle afslutte sit arbejde den 1. oktober 2006.

1.3 Organisering af arbejdet

1.3.1 Arbejdsgruppen om kosmetiske operative indgreb

Der blev indledningsvist afholdt et møde med de relevante sagkyndige i Sundhedsstyrelsen (dermatologi, oftalmologi, plastikkirurgi, oto-rhino-laryngologi, kirurgi og almen medicin) for at sætte dem ind i det arbejde, der skulle foretages i arbejdsgruppen, og for at få en vurdering af hvilke indgreb, der kunne forventes at udgøre en patientsikkerhedsrisiko.

Det blev på baggrund af mødet med de sagkyndige besluttet af praktiske grunde at opdele arbejdsgruppen i to undergrupper således, at de forskellige anatomiske regioner blev diskuteret på forskellige møder med de relevante repræsentanter. Udkast til afrapportering, der blev udarbejdet på baggrund af møderne, blev drøftet på et møde, hvor alle var repræsenteret.

Arbejdsgruppen bestod af:

- Anne Mette Dons, formand
- Anna Murphy, projektleder
- Torben Hørslev, afdelingslæge
- Overlæge Steen Matzen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i plastikkirurgi
- Professor Toke Bek, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i oftalmologi
- Professor Paul Bretlau, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i oto-rhino-laryngologi
- Professor Torkil Menné, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i dermatologi
- Praktiserende læge Jens Aage Stauning, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i almen medicin

- Overlæge Steffen Bülow, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i kirurgi
- Speciallæge Benedikte Thuesen, Dansk Selskab for Plastik- og rekonstruktionskirurgi repræsenterende praksissektoren
- Klinikchef Krzysztof Drzewiecki, Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi repræsenterende hospitalssektoren
- Speciallæge Jens Christian Dahl, Dansk Dermatologisk Selskab repræsenterende praksissektoren
- Overlæge Henrik Sølvsten, Dansk Dermatologisk Selskab repræsenterende hospitalssektoren
- Speciallæge Steen Hagen Petersen, Dansk Oftalmologisk Selskab repræsenterende praksissektoren, suppleret af speciallæge Jesper Skov
- Overlæge Peter B. Toft, Dansk Oftalmologisk Selskab repræsenterende hospitalssektoren
- Overlæge Birgit Becker, Dansk Oto-rhino-laryngologisk Selskab repræsenterende hospitalssektoren
- Overlæge Henrik Lavlund Flyger, Dansk Kirurgisk Selskab repræsenterende hospitalssektoren
- Speciallæge Jes Henrik Steen, Dansk Selskab for Ambulant kirurgi repræsenterende praksissektoren
- Overlæge Jens Jørgen Elberg, Lægeforeningen
- Udviklingssygeplejerske Birthe Pedersen, Dansk Sygepleje Råd

1.3.2 Arbejdsgruppen om kosmetisk behandling, der ikke er kirurgisk

Der blev indledningsvist nedsat en ekspertgruppe, som udarbejdede et oplæg med en beskrivelse af de behandlingsmetoder, der i dag findes inden for kosmetisk behandling, der ikke omfatter kirurgisk behandling. Der blev herunder foretaget en vurdering af, hvorvidt behandlingerne kunne medføre en risiko for patientsikkerheden.

Ekspertgruppen kom ligeledes med forslag til hvilke behandlinger, der på grund af behandlingernes og behandlingsudstyrets risiko for patientsikkerheden burde forbeholdes læger eller andre autoriserede sundhedspersoner at udføre.

Ekspertgruppen havde følgende sammensætning

- Overlæge, kontorchef Anne Mette Dons, Sundhedsstyrelsen, formand
- Professor, overlæge Torkil Menné, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i dermatologi
- Overlæge Steen Matzen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i plastikkirurgi
- Overlæge Merete Hædersdal, Ad hoc sagkyndige rådgiver for Sundhedsstyrelsen i dermatologisk laser og lysbehandling
- Specialkonsulent Eva Bidstrup, Sundhedsstyrelsen
- Afdelingslæge Torben Hørslev, Sundhedsstyrelsen, projektleder, faglig sekretær

Ekspertgruppens forslag blev herefter forelagt for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen havde følgende sammensætning:

- Overlæge, kontorchef Anne Mette Dons, Sundhedsstyrelsen, formand
- Specialkonsulent Eva Bidstrup, Sundhedsstyrelsen

- Fuldmægtig Anna Murphy, Sundhedsstyrelsen
- Afdelingslæge Torben Hørslev, Sundhedsstyrelsen, projektleder, faglig sekretær
- Professor, overlæge Torkil Menné, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i dermatologi
- Overlæge Steen Matzen, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver i plastikkirurgi
- Overlæge Merete Hædersdal, Ad hoc sagkyndige rådgiver for Sundhedsstyrelsen i dermatologisk laser og lysbehandling
- Speciallæge Benedikte Thuesen, Dansk Selskab for Plastikkirurgi, praksissektoren
- Overlæge Jens Ahm Sørensen, Odense Universitets Hospital, Dansk Selskab for Plastikkirurgi, hospitalssektoren
- Speciallæge Peter Hundevadt Andersen, Dansk Dermatologisk Selskab, praksissektoren
- Overlæge Hans Bredsted Lomholt, Marselisborg Hospital, Dansk Dermatologisk Selskab, hospitalssektoren
- Speciallæge Susanne Vissing, Den Almindelige Danske Lægeforening
- Klinisk oversygeplejerske Susanne Grothe Skiveren, Dansk Sygeplejeråd
- Sygeplejerske Lis Julsgaard Gjørup, Dansk Sygeplejeråd
- Kosmetolog Diana Sommer, Dansk Kosmetologforening
- Konsulent Annie Hartvig, Frisørfagets Fællesudvalg, De statsanerkendte kosmetikeruddannelser
- Skoleleder Pernille Bjarnøe, De SU-berettigede kosmetologskoler
- Professor Peter Bjerring, Sammenslutningen af privathospitaler og privatklinikker i Danmark

1.3.3 Arbejdsgruppen om kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område

Arbejdsgruppen blev nedsat i september, da de to andre allerede etablerede arbejdsgrupper fandt at der også var behov for en beskrivelse og afklaring inden for det kosmetiske tandlægefaglige område.

Arbejdsgruppen har afholdt et møde. Resten af arbejdsgruppens arbejde er foregået skriftligt.

Arbejdsgruppen bestod af:

- Overtandlæge Ulla Pallesen, Tandlægeskolen Københavns Universitet
- Lektor Alan Richards, Tandlægeskolen Århus Universitet
- Afdelingstandlæge Mette Halberstadt, Sundhedsstyrelsen

1.4 Revision

Området er i hastig udvikling både inden for udvikling af nye behandlingsmetoder, men der udvikles stadig nye teknologier.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At området regelmæssigt gennemgås og at regelsættet reguleres ved behov.

2 Kosmetiske operative indgreb

Kosmetiske operationer udføres i dag af et bredt udsnit af læger med meget forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Evnen til at vurdere fordele og ulemper ved et givet indgreb i forhold til den enkelte patient og muligheden for at varetage eventuelle komplikationer under og efter operationen, er afhængig af lægens uddannelsesmæssige kompetencer og erfaring. Dermed er risikoen for, at patienten får bivirkninger, komplikationer eller et uønsket resultat også afhængig af lægens kompetencer og erfaring.

Den øgede efterspørgsel af kosmetiske indgreb har sammen med den tekniske udvikling gjort nye teknikker mulige, som ikke alene er kommet til gavn ved operative indgreb på kosmetisk indikation, men også til gavn ved rekonstruktionskirurgi efter sygdom og ulykke. Der således også en sundhedsmæssigt positiv gevinst ved udviklingen inden for det kosmetiske område. Det er derfor nødvendigt med en balance, hvor der på den ene side skal sikres en høj faglig standard, og på den anden side undgås, at den faglige udvikling hæmmes.

Arbejdsgruppen har derfor valgt at gennemgå de mest almindeligt forekommende indgreb, inddelt efter anatomisk lokalisation, og beskrive de patientsikkerhedsmæssige risici, som indgrebene kan medføre, samt sammenholde indgrebets karakter med de relevante speciallægeuddannelsers indhold. Arbejdsgruppen har valgt ikke at medtage arkorrektioner, da disse indgreb efter arbejdsgruppens opfattelse primært ikke er at betragte som kosmetiske indgreb, da der som regel ligger en medicinsk sygdom eller traume til grund for det oprindelige indgreb.

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige generelle elementer, der vedrører de kosmetiske indgreb, herunder aldersgrænser, dokumentation, og opfølgning på visse kirurgiske indgreb.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At operationer på kosmetisk indikation ikke foretages på personer under 18 år.
- At der altid forud for et kosmetisk operativt indgreb bør være foto, som bør være en del af patientjournalen
- At der på et passende tidspunkt efter det kosmetiske indgreb, hvis det er muligt, bør tages et foto, som bør være en del af patientjournalen
- At det efter kosmetiske operative indgreb altid skal være muligt at tilkalde den for behandlingen ansvarlige læge eller dennes stedfortræder
- At observation efter en operation bør varetages af uddannet sundhedspersonale, fortrinsvis en sygeplejerske.

2.1 Skalp-, ansigt- og halsregion

2.1.1 Hårtransplantation

Hårtransplantation består i, at hår fjernes fra et område, donor-område, og plantes i et modtagerområde, recipient-område. Der findes forskellige metoder hertil, som er forskellige i forhold til, hvordan håret udtages: udtrækning af hår direkte fra hovedbunden, udtagning af en tynd strimmel hår eller en hudstrip med hud, underhud og hår.

Den primære risiko ved hårtransplantation er manglende eller nedsat vækst af de transplanterede hår, hvilket kan betyde et dårligt resultat. I øvrigt er der også risiko for blødning og infektion. Udførelse af hårtransplantation kræver imidlertid ikke

alene kendskab til de forskellige teknikker og metoder, men også kendskab til de enkelte hår- og hudsygdomme samt grunde til eventuelt skaldethed for at sikre korrekt behandling.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At en vurdering forud for indgrebet altid foretages af en speciallæge i plastikkirurgi eller dermatologi.
- At andre læger, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebet.

2.1.2 Hudplastikker på skalpen

Korrektion af skaldethed kan i nogle tilfælde korrigeres ved hjælp af specielle plastikkirurgiske indgreb på skalpen. Det kan dreje sig om at skære det hårløse område væk og direkte at sy eller at dække området ved hjælp af en hårbærende rotationslap. En mere sjælden metode består i to operative indgreb. Først placeres en expander under skalpen i området ved siden af det hårløse område, hvorefter den over en længerevarende ambulant procedure udvides med jævnlige indsprøjtninger af saltvand. På den måde udvides det omkringliggende hårbærende område, således at det ved næste operation kan dække det hårløse område. Der er forskellige grader af indgrebet, idet der alene kan være tale om små isolerede bare pletter.

Der er risiko for dårlig heling og vævsdød af en del af lapperne, ligesom infektion og blødning udgør en risiko. En alvorlig risiko er infektion omkring expanderprotesen, hvilket medfører at denne må fjernes.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At hudplastik og expanderindlæggelse, som følge af den operative teknik og ovennævnte komplikationer og risici alene foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.
- At mindre indgreb, der alene vil kræve sammensyning af huden, kan foretages af alle læger.

2.1.3 Pande- og øjenbrynsløft

Der findes to forskellige metoder, hvorved man laver pandeløft. Den klassiske og kikkertmetoden (den endoskopiske metode). Ved den klassiske metode lægges et langt bueformet snit foran hårgænsen eller i håret, hvorimod man ved den endoskopiske metode udfører indgrebet gennem 2-5 små snit tæt på hårgænsen. Ved den klassiske metode løsnes huden og underliggende væv, eventuelt fjernes lidt af musklen mellem brynene, og til sidst bortskæres overskydende hud. Ved den endoskopiske metode indsættes en kikkert igennem det ene snit og igennem et andet indsættes et lille instrument, med hvilket det er muligt at opstramme panden ved træk i musklerne eller bortskære en del af disse. Isoleret øjenbrynsløft er et mindre indgreb, som kan udføres på flere måder. En regelret excision af et stykke hud over de tunge bryn er den klassiske metode. En anden metode består i at lave små snit, eventuelt i hårgænsen, hvorefter der sættes tråde i vævet under huden, som strammes, hvorved brynene løftes.

Der er risiko for hovedpine, ubehag, hævelser, blodudtrædninger (blå mærker), blødning, infektion og følelsesløshed i ansigtet. Ved et klassisk pandeløft vil der også være risiko for hårtab i områderne omkring snittene. Der er endvidere risiko for infektion og blødninger. Der er derudover risiko for skade på nerverne, som

kontrollerer øjenbrynene. Dette kan betyde et tab i evnen til at løfte øjenbrynene og til at rynke panden. Der er også risiko for et dårligt resultat i form af asymmetrisk udseende og/eller grimme og tydelige ar som følge af dårlig heling. Hvis der skulle opstå komplikationer under en endoskopisk operation, vil kirurgen være nødsaget til straks at skifte til den klassiske metode, hvilket vil resultere i store ar og en længere helingsperiode. Generelt kan man dog sige, at der er flere risici ved den klassiske metode end ved kikkertmetoden.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At pandeløft, som følge af den operative teknik og ovennævnte komplikationer og risici, herunder muligheden for at kunne følge op på indgrebet, alene foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At øjenbrynsløft foretages af speciallæger i plastikkirurgi og oftalmologi, da teknikken hertil indgår i begge specialer.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.

2.1.4 Operationer i øjenregionen

Kosmetiske operationer i øjenregionen har til hensigt at ændre patienternes udseende i en af dem ønskværdig retning, uden at give øjenregionen/øjnene en hverken bedre eller dårligere funktion. De ønskede ændringer opnås almindeligvis ved fjernelse af hudfolder (dermatochalasis) på øjenlågene samt fjernelse af et tilsvarende område af øjenlågenes lukkemuskel. Såfremt der skulle være frembulende øjenhule-fedt, kan dette bortopereres i nødvendigt omfang. Endelig kan man foretage den nødvendige opstramning af de membraner, der afgrænser øjenhule-fedtet frem mod øjenlågene. Sidst nævnte operation kombineres oftest med samtidig opstramning af andre slappe membraner i øjenlågene.

Kosmetisk operativ ændring af asiatisk udseende øvre øjenlåg til vesterlandsk udseende udføres ved operativ frembringelse af en højere siddende øjelågsfure på øvre øjenlåg, og normalt med samtidig fjernelse af en hudfold-dannelse på øvre øjenlåg ind mod øjenkrogen

Der er ved operationer i øjenregionen risiko for at komme til at mangle evnen til at kunne lukke øjnene pga. fjernelse af for meget hud på øjenlågene. Denne komplikation kan medføre kronisk øjenirritation, tåreflåd og eventuel hornhindebetændelse og nedsat syn. Endvidere kan der opstå blødning i øjenhulen eller eventuel reflektorisk sammentrækning af karrene til synsnerven med påfølgende nedsat syn eller blindhed, hvilket hyppigt ses i forbindelse med fjernelse af øjenhule-fedt ved operation på nedre øjenlåg. Der kan endvidere være risiko for fejlstilling af nedre øjenlåg med kronisk tåreflåd til følge, samt asymmetri og meget synlige ar.

For at kunne foretage operationer i øjenregion er det nødvendigt at kunne bedømme øjenomgivelsernes, tårevejenes og øjnenes funktion og tilstand, og til at kunne mestre eventuelle operationskomplikationer.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At operationer i øjenregionen foretages af speciallæger i plastikkirurgi eller i oftalmologi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.

2.1.5 Næse- og øreplastik

2.1.5.1 Øreplastik

En operation af øret, også kaldet øreplastik (otoplastik), har til formål at korrigere for stritører eller andre variationer. Oftest korrigeres øret ved operation på ørets bagside. Huden på bag- og forside løsnes fra brusken. Derefter omformes øret, så der opnås det bedst mulige kosmetiske resultat. Ved hjælp af gennemgående tråde holdes øret på plads i sin nye facon.

Der er risiko for infektion, blødning og sårddannelser. Endvidere er der risiko for et dårligt resultat, som vil kræve en yderligere operation.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At øreplastik, som følge af komplikationerne og risici og mulighed for at følge op på disse, foretages af speciallæger i plastikkirurgi eller i oto-rhino-laryngologi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebet.

2.1.5.2 Næseplastik

Næseplastik (rhinoplastik) eller kirurgi, som har til formål at korrigere ydre næsen, kan både være en reduktion eller forstørrelse af næsen, en ændring i formen på næsetippen og -ryggen, indsnævring næseborenes åbning og/eller en ændring i vinklen mellem patientens næse og overlæbe. Ved den indledende konsultation vil kirurgen spørge til, hvordan patienten ønsker at næsen skal se ud, og ydermere evaluere strukturen på næse og ansigt for at opnå det bedst mulige kosmetiske resultat og afstemme patientens forventninger til, hvad der kan lade sig gøre.

Ved operationen bliver huden på næsen løsnet fra det bærende skelet af knogle og brusk, hvorefter denne bliver omformet. Metoden hertil afhænger af patientens problem og kirurgens foretrukne teknik. Snittet lægges oftest inde i næseborene, hvor det ikke kan ses. Ved komplicerede operationer vil snittet i nogle tilfælde blive lagt mellem patientens næsebor. For at omforme næsetippen trimmes brusken, og ligeledes trimmes næseskillevæggen for at forbedre vinklen mellem næsen og overlæben. En opbyggende næseoperation (hvis næsen skal laves større) kræver enten kunstigt materiale, eget brusk eller egen knogle. Dette kan hentes fra forskellige steder på kroppen, hvilket på forhånd skal aftales med patienten, men oftest tages der brusk fra øret.

Foruden risikoen for infektion, er der risiko for små blodkarsprængninger, som kan resultere i permanente bittesmå røde pletter på næsen. Ofte er det kosmetiske resultat ikke tilfredsstillende for patienterne, hvorfor en yderlig operation vil være nødvendig for at opnå det bedste resultat.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At næseplastik, på grund af de komplikationer og risici samt mulighed for at følge op på disse, foretages af speciallæger i plastikkirurgi eller i oto-rhino-laryngologi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebet.

2.1.6 Ansigts- og halsløft, fedtsugninger og implantat i ansigtet

Alle indgreb i ansigtet kræver, som med al anden kosmetisk kirurgi, en vurdering af hele ansigtsregionen af hensyn til symmetri og det æstetiske resultat.

2.1.6.1 Ansigtssløft

Ansigtssløft har til formål at korrigere slap hud og væv i den nedre del af ansigtet. En ansigtssløftning er en individuel operation, hvor omfanget varierer efter behovet. Snittet lægges foran øret og kan eventuelt strække sig op i det hårbærende parti i tindingen og nedadtil bag øret. Der foretages en underminering af huden frem på kinden og ned på halsen. Muskelophænget i ansigtet opstrammes, og den overskydende hud fjernes. En alternativ metode, der lanceres som ”ansigtssløftning uden kniv” (trådløft), består i placering af særlige ikke-opløselige tråde gennem specielt udformede stiletter, der placeres i underhuden. Trådene placeres og strammes de steder, hvor man mener, at opstramning af strukturer under huden kan give den ønskede virkning som ved et delvist ansigtssløft. Der fjernes ikke hud, hvorfor metoden ikke egner sig til patienter med løs hud. Det er uklart, hvor længe trådene holder og dermed effekten af indgrebet på sigt.

Der er risiko for blødning og infektion samt skade af nerverne som kontrollerer ansigtsmusklerne eller følesansen. Der er endvidere risiko for et dårligt resultat i form af asymmetri, forandring af hårgrænsen/linien eller grim ardannelse som følge af dårlig heling.

Ansigtssløft er et kompliceret indgreb, som kræver stor viden og operativ erfaring med de forskellige strukturer, og som har en høj grad af risiko og efterfølgende komplikationer.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At ansigtssløft udføres af speciallæger i plastikkirurgi.
- At ansigtssløft med anvendelse af trådløft, er et kirurgisk indgreb, der skal ses som én af flere muligheder for kosmetisk korrektion i ansigtsregionen.
- At læger der udfører ansigtssløft med trådløft har de samme kompetencer som det kræves ved regelret ansigtssløft.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebene.

2.1.6.2 Fedtsugninger i ansigtsregionen

Beskrivelsen af fedtsugninger og arbejdsgruppens anbefaling er at finde i afsnit 2.3.2.

2.1.6.3 Implantat i ansigtet

Fremhævning af de benede strukturer og konturer i ansigtet (kind, kæbe, hage) kan foretages ved indoperation af implantater. Disse implanter sørger for at skabe mere harmoni og balance til ansigtet. Implantaterne kan variere i både form og størrelse, hvilket muliggør en individuel tilpasning alt efter patientens behov. Implantaterne placeres via snit gennem slimhinden i mundhulen, for at camouflere arrene.

Foruden blødning er der risiko for at implantatet placeres upræcist, eller at der opstår infektion, og en ny operation vil være nødvendig. Derudover er der risiko for arvævsdannelse rundt om implantatet, hvilket eventuelt kan medføre uregelmæssigheder. Evnen til at bevæge mund og læber kan endvidere påvirkes. Endelig er der risiko for, at implantaterne flytter sig (displacering), og at de skal fjernes ved en ny operation.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At implantater i ansigtet som følge af de ovennævnte komplikationer og risici og mulighed for at følge op på disse, foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebet.

2.1.6.4 Halsløft

Halsløft foretages oftest i forbindelse med ansigtsløftning, men kan udføres selvstændigt. Formålet er at opstramme den overfladiske muskel (platysma), ændre fedtindholdet og stramme huden. Oftest vil der lægges et snit lige under hagen, således at midtlinjen af musklen kan sys sammen. Forinden vil der hyppigt være foretaget fedtsugning samtidigt, hvilket også kan være det eneste der foretages. Der fjernes sjældent hud. Fedtsugningen vil oftest give en relativ stramning af huden.

Der er risiko for infektioner, blødninger samt for skade af nerverne som kontrollerer ansigtsmusklerne eller følelsessansen. Der er risiko for blodansamling under huden, som skal fjernes kirurgisk. Der er endvidere risiko for et dårligt resultat i form af grim ardannelse på grund af dårlig heling.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At halsløft, som følge af de ovennævnte komplikationer og risici og mulighed for at følge op på disse, foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebet.

2.2 Brystkassen

2.2.1 Brystreduktion og –løft, herunder gynækomasti

Indgrebene foretages ud fra et ønske om mindre bryster og/eller opstramning af brysterne. Ved operationen fjernes brystvæv og overskydende hud, samtidigt med at brystvorten omplaceres og brystet løftes. Ved brystløft fjernes alene hud, eventuelt løsnes kirtlen, samtidigt med at brystvorten flyttes op.

Indgrebene kræver stor rutine og planlægning for at opnå et tilfredsstillende symmetrisk resultat og et resultat uden komplikationer. Der er risiko for blødning, som eventuelt vil kræve en ny operation hurtigt. Der er endvidere risiko for dårlig heling, hvilket kan betyde store og grimme ar, men det kan også betyde infektion. Risici såsom ophævet evne til at amme og nedsat følsomhed af brystvorten er nært forbundet med den brugte teknik, hvor meget brystvæv, der fjernes, og graden af løft. Endelig er der risiko for dårligt kosmetisk resultat i form af uens placering af brystvorterne, at der forekommer lidt skævhed i brystvorternes placering, eller at formen på hele brystvortekomplekset bliver uregelmæssigt.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ved større og mere komplicerede indgreb skal være mulighed for en efterfølgende indlæggelse til observation.
- At brystreduktioner og brystløft, som følge af de ovennævnte komplikationer og risici og mulighed for at følge op på disse, foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebet.

Udvikling af brystvæv hos mænd (gynækomasti) kan optræde i forskellig grad, en særlig form er efter indtagelse af binyrebarkhormoner (steroider) eller fedme. Det er imidlertid arbejdsgruppens vurdering, at gynækomasti altid har en medicinsk årsag og dermed ikke er et kosmetisk indgreb. En undtagelse er imidlertid ”pseudogynækomasti”, som skyldes fedt og hvor behandlingen kan være fedtsugning, jf. afsnit 2.4.2.

2.2.2 Brystforstørrende operation (brystaugmentation)

En lang række forskellige typer af implantater (runde, ”anatomiske”, glatte, ru, silikone med varierende grad af fasthed, saltvand) benyttes til at gøre bryster større (brystaugmentation).

Implantaterne indoperes under brystkirtlen eller musklen, via enten snit under brystet, ved brystvorten eller armhulen.

Indgrebet kræver et indgående kendskab til brystets anatomi og rutine i indgrebet. Der er ved indgrebet risiko for blødning, som eventuelt vil kræve en hurtig reoperation. Infektion er relativt sjældent, men skulle det opstå, kan det medføre at implantatet må fjernes. Der vil tidligst kunne indopereres et nyt implantat 6 måneder senere. Ved indgrebet kan nerveforsyningen til brystvorten, eller andre dele af brystet, overskæres, hvilket medfører nedsat sensibilitet i det pågældende område, og muligt risiko for ophævet evne til at amme. Uhensigtsmæssige ar og asymmetrier er nært forbundet med den kirurgiske teknik. Smerter, ubehag, manglende evne til at ligge på maven samt tydelige synlige og mærkbare folder kan endvidere forekomme. På sigt er der en vis risiko for vævsreaktion (kapseldannelse) omkring implantatet, som medfører grader af fasthed og skrumpning, som kan medføre en fornyet operation eventuelt med udskiftning af implantatet. Endvidere har implantater en begrænset holdbarhed, som gør, at de efter en årrække skal udskiftes.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der skal være mulighed for at indlægge patienten til observation efter indgrebet, da indgrebet ofte er smertefuldt og indebærer risiko for blødning, der kræver akut indgriben.
- At brystargumentation, som følge den benyttede teknik og af ovenstående årsager kræver oplæring og særlig viden og derfor, foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.

2.3 Maveregionen

2.3.1 Maveløft (abdominalplastik mv.)

Abdominalplastik foretages ofte ved slapt maveskind, som kan være forårsaget af følger efter graviditet eller store vægttab. Hos en del patienter er også bugvæggens muskler svækkede. Afhængigt af hvor omfattende problemet er, kan behandlingen bestå i større eller mindre kirurgisk fjernelse af den overflødige hud, efter størstedelen af vævet er løsnet. Eventuelt kombineres med en fedtsugning, jf. nedenfor 2.4.2. Hvis også bugvæggen er slap kan denne strammes op under samme operation. Korrekt planlægning og udførelse kræver plastikkirurgisk erfaring.

Der er risiko for større postoperative blødninger, som kræver udtømning ved et efterfølgende operativt indgreb. Der er risiko for dannelse af væskesamlinger, som kræver udtømning eller fornyet anlæggelse af dræn. På grund af indgrebets omfang og at patienten efterfølgende bør være relativ immobiliseret er der en øget risiko for udvikling blodpropper i de dybe vener på benene. Der kan endvidere efter operationen være føleforstyrrelser i det opererede område. Føleforstyrrelserne vil oftest

forsvinde efter 3-6 måneder, men kan hos enkelte patienter være permanente. Endvidere er der en risiko for vævsdød (nekrose) oven for arret, som eventuelt kan kræve kirurgisk revision. Endelig kan der i nogle tilfælde opstå hudoverskud i siderne (hundører), der senere fjernes ved en operation.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ved større og mere komplicerede indgreb, specielt i forbindelse med samtidig fedtsugning, skal der være mulighed for en efterfølgende indlæggelse til observation.
- At abdominalplastik, som følge af den operative teknik og ovennævnte komplikationer og risici, herunder muligheden for at kunne følge op på indgrebet, foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.

2.3.2 Fedtsugning

Fjernelse af fedt ved hjælp af indførelse af sterile kanyler koblet til et vakuum apparat er et kirurgisk indgreb benævnt fedtsugning (liposuction). Udstyret kan være "power-assisted", ved fx vibrationer i kanylen eller kombineret med ultralyd. Der injiceres sædvanligvis en væske med indhold bl.a. af adrenalin og lokalbedøvelse i området svarende til den mængde fedt man tænker at fjerne. Det kræver, som med al kosmetisk kirurgi, god planlægning med en nøje optegning på patienten. Hvis der er tale om fedtsugning af et mindre område, kan behandlingen foregå i lokalbedøvelse ellers foretages indgrebet under fuld bedøvelse. Fedtsugninger foretages hovedsageligt i maveregionen, men kan foretages på næsten alle steder i kroppen fx. også på kinder og hals. Fedtsugning er ikke en behandling af overvægt.

Der er en direkte sammenhæng mellem mængden af den mængde fedt, der fjernes og udviklingen komplikationer. Derfor har Sundhedsstyrelsen af hensyn til patientens sikkerhed foreskrevet, at der ikke suges mere end 4-5 liter fedt uden planlægning af postoperativ monitorering og indlæggelse. Såfremt der suges mellem 4 og 5 liter kræves der en tæt monitorering under den efterfølgende indlæggelse. Overvågningen bør finde sted ved personale, der er rutineret og kvalificeret i postoperativ behandling og overvågning.

Efter fedtsugninger er der risiko for udvikling af infektion i operationssåret. Der er risiko for udvikling af større blødninger, forbrændinger eller andre skader på hud eller nerver. Hvis patienten mister en stor mængde væske under operationen kan det medføre, at patienten efterfølgende går i kredsløbschok. Men ligeledes kan selve fedtsugningen medføre risiko for overhydrering, da man ofte anvender væske til at fjerne fedtet med. Jo større mængde fedt der fjernes jo større væskeforskydninger kalkuleres der med. Ved større fedtsugninger er der en risiko for udvikling af blodpropper, bestående af fedt, som skyldes at fedtet under indgrebet føres ind i blodbanen. På grund af indgrebets omfang og at patienten efterfølgende bør være relativ immobiliseret er der en øget risiko for udvikling blodpropper i de dybe vener på benene. Endelig er der risiko for et dårligt kosmetisk resultat, idet der nogle gange efterlades en ujævn eller asymmetrisk overflade, enten på grund af for meget eller for lidt sugning. Arbejdsgruppen har vurderet, at fedtsugninger på mindre end 2 liter kan behandles i lokalbedøvelse, men større fedtsugninger (over 2 liter) vil ofte kræve en efterfølgende indlæggelse til observation på minimum 18 timer.

Fedtsugninger er et kirurgisk indgreb, som ofte foretages i sammenhæng med andre kosmetiske indgreb fx abdominalplastik.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At indgrebet foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage fedtsugninger.
- At festsugninger over 2 liter bør der efterfølgende være mulighed for postoperativ indlæggelse på minimum 18 timer med henblik på monitorering og observation.

2.3.2.1 Autologe fillers – fedttransplantation.

Aldringsprocesser er karakteriseret ved atrofi af fedt, hvilket kan være særligt markant i ansigtsregionen. Det er velbeskrevet, at små mængder fedt kan fjernes med en mindre kanyler og sprøjte, hyppigst fra mave eller hofter, og efterfølgende oprensning og eventuelt centrifugeres, således at fedtet antager en mere flydende form. Herefter kan det med tynde kanyler sprøjtes ind under huden, der hvor det ønskes, oftest omkring øjne og kindben. En del af det transplanterede fedt absorberes indenfor 6 måneder, hvorfor proceduren ofte kræver gentagelse.

Den hyppigste komplikation er asymmetri og uregelmæssigheder, idet fedtet eventuelt klumper der, hvor det er indsprøjet. Korrektion kan være vanskelig, da det eventuelt vil kræve kirurgisk fjernelse. Indgrebet kræver et nøje kendskab til steril operationsteknik for at nedsætte risikoen for infektion.

Indgrebet kræver kendskab til teknikken ved fedtsugning og kompetencer i forhold til andre kosmetiske indgreb i ansigtsregionen. Desuden kræves der ved indgrebet mulighed for at korrigere kirurgisk, såfremt der optræder behandlingskrævende komplikationer.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At behandling med autologe fillers foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At speciallæger i dermatologi kan udtage op til 100 ml fedt med henblik på anvendelse som autolog-filler-behandling andre steder på kroppen.
- At andre læger, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebets udførelse, kan foretage indgrebet.

2.4 Arme og ben

2.4.1 Armløft (brachioplastik)

Armløft (reduktion af huden) udføres, når der kan konstateres hængende overskydende hud på overarmene, og når man ikke kan opnå en kosmetisk forbedring ved en traditionel fedtsugning. Ved operationen skæres den overskydende hud af.

Der er risiko for skader på nerver, som kan resultere i midlertidig følelsesløshed, i værste tilfælde en permanent følelsesløshed. Der er endvidere risiko for infektion, blødninger, dårlig sårheling, blodansamlinger og dårligt kosmetisk resultat.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At armløft (brachioplastik) som følge af teknik og ovennævnte komplikationer og risici samt mulighed for at følge op på disse, kun foretages af speciallæger i plastikkirurgi.

- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.

2.4.2 Implantater

Flere får indopereret implantater i læggene for at opnå en flot krumning og volumen i netop læggenes område, som ligner, hvad der ville kunne opnås med intensiv fysisk træning. Endvidere får nogle indopereret implantater i overarmene og ballerne, eller for mænds vedkommende i brystmuskulaturen.

Foruden risiko for blødning og infektion er der en sjælden risiko for, at implantaterne sprænger, hvilket får den betydning, at man skal opereres igen. Kapselstramning, som viser sig ved forskellige grader af fasthed og ubehag, kan også forekomme. Desuden er der risiko for at implantatet med tiden rykker sig og derved giver et dårligere kosmetisk resultat (asymmetrisk udseende), hvorfor en ny operation vil være nødvendig. Endelig er der en risiko for at implantater i ballerne medfører vanskeligheder ved at sidde.

Arbejdsgruppen fraråder:

- At indsætte implantater i lægge, arme og baller
- At der indsættes implantater i brystmuskulatur hos mænd.

Arbejdsgruppen anbefaler, at såfremt disse indgreb alligevel udføres:

- At det på grund af teknik, komplikationer og varetagelse af disse samt risici kun foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.

2.5 LÅR OG BALLER (glutealregion)

2.5.1 Løft af lår og baller

Som følge af løs hud efter vægttab eller aldersforandringer, er det ligeledes muligt ved hjælp af plastikkirurgiske principper, at fjerne overskydende hud og fedtvæv i hofte, gluteal- og lårregionen.

Disse indgreb kræver nøje planlægning og optegning så blandt andet arrene placeres hensigtsmæssigt, så der ikke efterfølgende bliver problemer med siddefunktionen. Der er risiko for blødning og infektion, foruden risiko for henfald af fedtvæv under den opstrammede hud, især ved store hudreduktioner og et tykt fedtlag. Dette kan medføre sårddannelser i hudrandene, som oftest heler af sig selv efter mange uger, men som kan nødvendiggøre senere korrektion af arrene. I sjældne tilfælde kan det blive nødvendigt med hudtransplantation for at opnå hurtigere heling. Risikoen for blodpropper i benene er forøget ved operation i disse områder. Det er almindeligt, at følesansen i huden øverst på lårene er nedsat i begyndelsen, og hos enkelte er der risiko for en blivende nedsættelse.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kosmetiske indgreb på lår og baller, som oven for beskrevet, bl.a. som følge af de ovennævnte komplikationer og risici samt mulighed for at følge op på disse, kun foretages af speciallæger i plastikkirurgi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udførelse, kan foretage indgrebet.

2.6 Kønsorganer

2.6.1 Operative indgreb på kvindelige kønsorganer

Nogle kvinder har ganske store indre kønslæber, som ses ved at de hænger ud mellem de store kønslæber. Nogle kvinder føler sig også kosmetisk generet af det, hvis de indre kønslæber er meget store.

Imidlertid fremgår det af straffelovens § 245a, at den, som ved et legemsangreb med eller uden samtykke, bortskærer eller på anden måde fjerner kvindelige ydre kønsorganer helt eller delvis, straffes med fængsel indtil 6 år. Af forarbejderne til straffeloven § 245a fremgår det, at bestemmelsen har til formål at forbyde enhver form for omskærelse. Sundhedsstyrelsen har forespurgt Justitsministeriet, hvorvidt bestemmelsen også omfatter operative indgreb på de kvindelige kønsorganer på kosmetisk indikation, hvilket Justitsministeriet har svare bekræftende på. Bestemmelsen omfatter alle indgreb på de kvindelige kønsorganer, der ikke har et terapeutisk formål. Det vil sige, at kosmetiske operative indgreb på kvindelige kønsorganer er strafbart i henhold til straffelovens § 245a.

2.6.2 Operative indgreb på mandlige kønsorganer

Det er i dag muligt at foretage en kosmetisk operativ korrektion for klager over skævhed af penis i erigeret tilstand. Ud over ovennævnte indgreb kan der foretages forstørrelse af penis, både i tykkelse og længde.

Der er foruden risiko for infektion og blødning endvidere risiko for efterfølgende gener og smerter pga. de tråde der anvendes til forkortningen. Generne kan i sjældne tilfælde være så udtalte, at disse tråde skal fjernes, hvilket medfører, at der ingen effekt er af operationen. Endelig kan indgrebet i nogle tilfælde medføre impotens.

Arbejdsgruppen fraråder:

- At der foretages operative indgreb på de mandlige kønsorganer på kosmetisk indikation.

Arbejdsgruppen anbefaler, at såfremt disse indgreb alligevel udføres:

- At indgrebene, som følge af teknik og de ovennævnte komplikationer og risici, kun foretages af speciallæger i plastikkirurgi og urologi.
- At andre læger med kirurgisk baggrund, efter en konkret vurdering af kompetencer, herunder bl.a. uddannelse og erfaringer med indgrebet udføres, kan foretage indgrebet.

3 Kosmetiske behandlinger

Neden for vil de kosmetiske behandlinger blive beskrevet efter følgende inddeling:

- Behandling med indsprøjtning af lægemidler fx Botox
- Behandling med fillers
- Behandling med slibning og ætsende væsker
- Behandling med anvendelse af elektrisk udstyr
- Andre behandlinger.

Hovedindikation for behandlingen, virkningsmekanisme, samt komplikationer ved behandlingen vil blive gennemgået for hver af behandlingerne. Efter hvert afsnit fremgår arbejdsgruppens samlede vurdering af risici ved behandlingen, samt en anbefaling af hvem, der bør varetage behandlingen.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At behandlinger på kosmetisk indikation ikke foretages på personer under 18 år.

3.1 Behandling med indsprøjtning af lægemidler (botulinum toxin)

Botulin toxin er et lægemiddel, som igennem mange år været anvendt til behandling af muskelspasmer hos både børn og voksne. Lægemidlet må i henhold til Lægemiddelstyrelsen kun udleveres til sygehuse og alene på ordination af speciallæger i dermato- og venerologi, neurologi, oftalmologi samt plastik- og rekonstruktionskirurgi.

Inden for det kosmetiske område anvendes lægemidlet til behandling af dynamiske rynker i hoved- og halsregionen. Botox fremkalder delvis eller fuldstændig lammelse af de injicerede muskler. Ved behandling af rynker sprøjtes små mængder lægemidlet ind i den underliggende muskel på udvalgte steder med en tynd kanyle. Hermed afslappes musklen og den overliggende hud udglattes. Anvendelse af botulinum toxin i nedre del af ansigtet er mere kompliceret end i de øvre dele af ansigtet. Virkningen indtræder i løbet af 2-7 døgn og forsvinder oftest efter 3-9 måneder afhængig af lokalisation, mængde og injektionsteknik. Behandlingen kan gentages med måneders mellemrum. Effekten er altid reversibel.

De hyppigste bivirkninger ved behandlingen er relateret til selve indsprøjtningen. Ofte optræder rødme i det område, hvor der sket indsprøjtning. Men der kan også forekomme allergiske reaktioner. Behandling kan endvidere medføre blødninger og i enkelte tilfælde infektioner. Korrekt hygiejne og sprøjteteknik er derfor vigtig. Sjældnere bivirkninger er lammelser af øjenlåg, mundvige læber og ansigtsmuskler. Disse komplikationer forekommer næsten udelukkende, hvis behandleren ikke har tilstrækkeligt kendskab til musklernes beliggenhed, hvilken dybde kanylen skal indføres til og i hvilke områder af ansigtet, samt kendskab til korrekt koncentration og mængde af lægemidlet.

Arbejdsgruppen anbefaler

- At indsprøjtning af botulinum toxin på kosmetisk indikation varetages af speciallæger i dermatologi, oftalmologi eller plastikkirurgi.
- At speciallæger i neurologi, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse og klinisk erfaringer med behandlingen, kan varetage behandlingen.

3.2 Behandling med indsprøjtning af fillers

Vævsfillers er en gruppe stoffer af meget forskellig art, der kan anvendes til indsprøjtning i eller under huden som erstatning for manglende fedtvæv, til udglatning af rynker eller anden vævsmangel samt ved ønske om øget fylde.

Fillers opdeles traditionelt i

- Ikke-permanente fillers, som er stoffer, der kun langsomt opløses af kroppen, og
- Permanente¹ fillers, der forbliver i kroppen.

De ikke permanente fillers anvendes primært ved behandling af mindre rynker, mindre ar, defekter i huden samt forstørrelse af læberne. Deres virkning er sædvanligvis fra 3 til 6 måneder. De mest anvendte stoffer i denne gruppe er kollagen og hyaluronsyre. De permanente fillers anvendes hovedsageligt ved behandling af større rynker, dybe ar og større defekter i huden. Virkningen er permanent.

De umiddelbare bivirkninger er rødme, lokal hævelse, kløe og ømhed, som oftest svinder i løbet af et par dage. Allergiske reaktioner overfor indholdsstofferne kan ses. Dette ses specielt ved anvendelse af præparater, der indeholder kollagen. Sene bivirkninger efter behandling med ikke-permanente fillers er sjældne. Kun i få tilfælde er set infektion og udvikling af skæmmende ardannelse.

Alvorlige bivirkninger ses særligt efter behandling med permanente fillers. Disse omfatter bl.a. udviklingen af bindevævsknuder samt skæmmende og vansirende ar. Disse kan forekomme op til år efter behandlingen og skyldes kroppens reaktion på det fremmedlegeme, der er indsprøjtet. Problemerne med udviklingen af arvæv er dels, at det er kosmetisk skæmmende, dels at det kan være smertefuldt, samt at det kan hæmme naturlig funktion, fx af læberne. Det vil ofte være nødvendigt med operativ fjernelse. Dette er altid teknisk vanskeligt og oftest umuligt, og det ender ofte med at resultatet ikke er kosmetisk tilfredsstillende. Der kan optræde infektion i eller omkring den indsprøjtede filler. Dette kan forekomme mange år efter behandlingen. Ved udtalte infektioner vil behandlingen være langvarig og kompliceret, og vil være en specialstopgave. For nogle fillere er der sandsynlighed for, at filleren flytter sig fra den lokalisation som den oprindeligt var indsprøjtet i. Dette skyldes formentlig en kombination af fillerens plasticitet og udefrakommende tryk eller muskeltryk. Slutresultatet kan blive vansirende. På grund af fillerens plasticitet og infiltrative udbredning i vævet er behandlingen altid kompliceret opgave, og det er ofte nødvendigt med efterfølgende operation. På grund af udviklingen af alvorlige komplikationer efter behandling med permanente fillers, anbefaler arbejdsgruppen at brugen af disse begrænses mest muligt.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At indsprøjtning af ikke-permanente fillers varetages af læger.
- At indsprøjtning af permanente fillers kun foretages af speciallæger i dermatologi eller plastikkirurgi, da behandlingen kan sidestilles med operativ indsættelse af implantater.
- At andre læger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse og klinisk erfaringer inden for området, bør kan udføre behandlinger med permanente fillers.

¹ Arbejdsgruppen har valgt at betragte semi-permanente fillers som permanent fillers, da deres virkning for alle praktiske formål er permanent. Indsprøjtning af permanent fillers kan sidestilles med indgreb, hvor man ved operation indsætter et implantat, da effekten er et permanent fremmedlegeme under huden.

3.3 Behandling med slibning og ætsende væsker

Behandling med slibning og ætsende væsker har til hensigt at fjerne overhuden og afhængig af behandlingsindikationen også at fjerne varierende lag af den underliggende læderhud. Alle behandlinger, som har varig effekt, fjerner alle lag af overhuden og oftest de øverste lag af læderhuden. De dybere behandlinger stimulerer til nydannelse af collagen i læderhuden. Hermed kan der opnås stramning af huden og derved forbedres kvaliteten og udseendet af huden. Uanset hvilken metode, der anvendes efterlades huden som et sår, som heler efter 5-12 dage.

3.3.1 Hudslibning (dermabrasio)

Hudslibning med hurtigt roterende diamantræsler eller stålbørste er en velkendt metode til at mindske ar efter acne, trafikuheld osv. Behandlingen er ligeledes velegnet til behandling af rynker omkring munden, men er oftest ikke velegnet til behandling af fx rynker omkring øjne. Ved behandlingen fjernes hele den øverste del af overhuden og en passende del af den underliggende læderhud. Hudslibning er, uanset den anvendte metode teknisk vanskelig at udføre, smertefuld, og derfor foregår behandlingen oftest efter anlæggelse af lokalbedøvelse eller i fuld bedøvelse, som i henhold til lægeloven § 25 er lægeforbeholdt virksomhed.

Bivirkninger er infektioner i det sår, som behandlingen efterlader. Såfremt der går infektion i såret, kan det medføre dårlig sårheling, hvor huden heler op med dannelse af skæmmende ar. Ligeledes ses hudfarveproblemer med enten plettet mørkfarvning eller afblegning af huden i de behandlede områder. Behandlingen kræver stor teknisk kunnen, idet der under selve behandlingen er risiko for at komme til at slibe for dybt, hvilket kan medføre, at det behandlede område heler op med ardannelse og i værste fald med vansiring til følge.

Dermabrasio, bortset fra mikrodermabrasio, er potentielle farlige behandlingsmetoder. Hertil kommer at behandlingerne oftest kun kan udføres under fuld bedøvelse eller i lokalbedøvelse, og at sår helingen i ophelingsperioden oftest er vanskelig.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At dermabrasio kun udføres af speciallæger i dermatologi eller plastikkirurgi.
- At andre læger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse og klinisk erfaringer med behandlingen, kan udføre dermabrasio.

3.3.2 Mikrodermabrasio

Ved mikrodermabrasio forstås en meget overfladisk sandblæsning af huden med slibende krystaller, som med stor fart trækkes mod huden med et vakuum og derefter suges bort sammen med det afslebne hudvæv. Formålet med mikrodermabrasio er at bortslibe det øverste tætnende lag i huden således, at huden kortvarigt får et mere livligt udseende. De nederste dele af huden gendannes normalt hurtigt igen uden større risiko for bivirkninger. Dog kan behandlingen med forkert teknik medføre skade dybt i huden (hvis sandblæsningen pågår for længe samme sted på huden).

Arbejdsgruppen vurderer:

- At mikrodermabrasio kan udføres af alle, som har en dokumenteret uddannelse i behandlingsmetoden.

3.3.3 Kemisk slibning af huden (peeling)

Ætsende kemiske væsker anvendes hovedsageligt til behandling af udglatning af rynker i ansigtet og til behandling af pigmentproblemer. De mest almindelige stof-

fer, som anvendes til peeling, er frugtsyrer (AHA), Salicylsyre, TCA, Resorcinol (Jessners Peel) og Fenol.

3.3.3.1 Frugtsyre og lignende:

AHA (Alpha Hydroxy Acids) findes naturligt i lav koncentration i en lang række forskellige frugter, mælk, sukkerrør ect. AHA peeling bruges hovedsageligt til lettere typer af hudforyngelsesbehandlinger. Ved behandlingen fjernes de øverste lag af huden. Ved anvendelse af højere koncentrationer af syren og ved længere behandlingstid trænger stofferne ned i den dybere del af huden (læderhuden). Det samme gælder for enzympeels, som virker ved at fjerne den øverste del af overhuden. Udover selve peelingeffekten kan der ses allergiske reaktioner imod enzymerne, som er proteinstoffer. De hyppigste bivirkninger til behandlingen er rødme af den behandlede huden, og at den behandlede hud bliver øget lysfølsomhed, som på sigt betyder øget risiko for udvikling af hudkræft på grund af nedsat naturlig UV-beskyttelse. Denne risiko øges ved gentagne behandlinger.

Peeling med lave koncentrationer af frugtsyrer eller lignende syrer, samt overfladisk virkende enzymer er ikke forbundet med væsentlige risici for patienterne og kræver normalt ikke lokalbedøvelse.

Arbejdsgruppen vurderer:

- At peeling med lave koncentration af frugtsyre og lignende syre, samt overfladisk virkende enzymer kan foretages af alle, som har en dokumenteret uddannelse i behandlingsmetoderne.

3.3.3.2 Andre syrer

TCA (Triklorreddikesyre) er igennem de sidste 10-15 år blevet en udbredt metode til peeling. TCA er en syre, som i høje koncentrationer ætser dybt i huden. Effekten og bivirkningerne er afhængig af koncentrationen af TCA, de anvendte mængder, forbehandling af huden, påføringsmetode og behandlingstiden. Det kræver en betydelig træning og erfaring at udføre vellykkede behandlinger med denne syre. Dette skyldes, at det kan være vanskeligt at bedømme den effektive behandlingsdybde. For den uøvede er der betydelig risiko for, at ætsningen kommer for dybt ned i læderhuden, hvorved der er risiko for helingsproblemer, øget infektionsrisiko, uensigtsmæssig ardannelse og på lang sigt pigmentproblemer.

Peeling med TCA og lignende syrer er forbundet med risiko for udvikling af alvorlige bivirkninger.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At behandling med TCA kun udføres af speciallæger i dermatologi eller plastikkirurgi.
- At andre læger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse og klinisk erfaringer med behandlingen, kan udføre behandlingen.

3.3.3.3 Fenol

Fenol har været anvendt til peeling gennem mere end hundrede år og har de sidste 10 år fået en renaissance ved behandling af middeldybe og dybe rynker samt pigmentforandringer. En kendt bivirkning til behandlingen er pletvis eller fuldstændig manglende pigment i huden, hvorfor fenol-peeling kun kan anvendes i hele kosmetiske enheder i ansigtet, ellers kan patienten risikere at skulle anvende dækkende make-up resten af livet.

Da fenol er kendt for at give hjerterytmeforstyrrelser under behandlingen, er det nødvendigt, at patienterne er intensivt monitoreret under og efter behandlingen, og

at der er beredskab til at håndtere eventuelle hjertekomplikationer. Behandling vil derfor kræve, at der er mulighed for at indlægge patienterne. Patienter til fenolpeeling bør derfor udvælges med omhu.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At fenol-peeling udelukkende udføres af speciallæger i dermatologi.
- At fenol-peeling kun udføres, hvis der er mulighed for at indlægge patienten, og at der er en speciallæge i anæstesiologi tilstede, som kan monitorere patienten under og efter behandlingen.
- At andre læger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse og klinisk erfaringer inden for området, kan udføre peeling med fenol.

3.4 Behandling med Lasere og Intenst Pulserende Lys

Området har gennem de seneste år gennemgået en hurtig teknologisk udvikling, og der udvikles hele tiden nye typer af lasere, samt nye intenst pulserende lys systemer. Lasere udsender energirigt, monokromatisk og kohærent lys. Bølgelængde og pulskarakteristika er kendetegnende for de enkelte lasertyper. IPL apparatur udsender i pulseret form energirigt polykromatisk og inkohærent lys. Bølgelængde, pulskarakteristika og anvendte filtre kendetegner de enkelte IPL-systemer.

På grund af farekriterier inddrages laserudstyr i fire grupper²:

- *Klasse 1 laserudstyr* kaldes "exempt" lasere, idet disse laser-systemer ikke er i stand til at forårsage alvorlig hudskade eller skadelig diffus reaktion.
- *Klasse 2 laserudstyr* kaldes "low-power" eller "low-risk" lasere, idet disse laser-systemer kun kan forårsage skade ved direkte eksponering af længere varighed end den normale reaktionstid. Disse lasere er ikke i stand til at forårsage alvorlig hudskade eller skadelig diffus reaktion
- *Klasse 3 laserudstyr* kalder "medium-power" eller "moderate-risk" lasere, idet disse laser-systemer potentielt kan forårsage skade ved direkte eksponering inden for den normale reaktionstid, men de er dog ikke i stand til at forårsage alvorlig hudskade eller skadelig diffus refleksion under normale omstændigheder
- *Klasse 4 laserudstyr* kaldes også "high-power" eller "high-risk" lasere, idet disse lasersystemer potentielt kan medføre intens diffus refleksion og dermed forårsage øjenskader, men kan ligeledes medføre alvorlige hudskader samt antænde brændbart materiale.

Samtlige lasere til dermatologisk behandling rubriceres som klasse 4. IPL-udstyr til dermatologisk behandling sidestilles med klasse 4 laserudstyr og rubriceres af praktiske formål som sådan.

3.4.1 Lasere og Intenst Pulserende Lys

Laser og IPL anvendes til behandling af en lang række hudforandringer bl.a. karforandringer, pigmenterede læsioner, tatoveringer, uønsket hårvækst, acne og til hudforyngelse / rynkebehandling. Formålet med hovedparten af dermatologiske laser- og IPL behandlinger er at påvirke udvalgte hudstrukturer, mens den omkringliggende hud påvirkes mindst muligt. Dette sker ved, at laser- og IPL-energien frigøres svarende til specifikke lysabsorberende hudkomponenter, som herefter destrueres (selektiv fototermolyse). Ved andre behandlingsformer sker der en brændende effekt gennem huden, hvilket medfører en kontrolleret termisk destruktion af vævet (ablativ teknik). Dette princip anvendes primært ved behandling af rynker.

² Det er denne opdeling Arbejdstilsynet anvender ved klassifikation af lasere. IPL-udstyr klassificeres i henhold til EU-direktiv 93/42 EØF af 14. juni 1993, og Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1268 af 12. december 2005 om medicinsk udstyr.

Ved behandling af karforandringer, pigmenterede læsioner, tatoveringer og uønsket hårvækst er de lysabsorberende stoffer henholdsvis hæmoglobin, melanin i over- og underhud, udefra tilført tatoveringsfarve, samt melanin i hårfolliklerne. Forandringerne behandles efter behandlingsprincippet, selektiv fototermolyse.

Ved hudforyngende/rynkebehandling anvendes primært ablativ og non-ablativ behandlingsteknikker. Ved ablativ laserbehandling brændes hudens øverste lag og huden efterlades som en anden grads forbrænding. Det behandlede område ses efterfølgende som et væskende sår og dermed er der øget risiko for udvikling af infektion. De sene bivirkninger omfatter pigmentforandringer og u hensigtsmæssigt arvæv.

Ved de non-ablativ behandling passerer laserstrålen overhuden og virker på den øverste del af læderhuden. Der udvikles kun undtagelsesvis sår og skorpedannelse. Non-ablativ behandling af rynker og hudforyngelse med forskellige lasere og IPL-typer er blevet tiltagende populær og kombineres i stigende grad med fotodynamisk terapi. Behandlingseffekten ved de non-ablativ teknikker er mere begrænset sammenlignet med de ablativ teknikker. Efter behandlingen fremtræder huden oftest med rødme og hævelse. Der udvikles sjældent infektioner og u hensigtsmæssigt arvæv.

Anvendelse af dermatologiske lasere og IPL apparatur er potente behandlinger, hvor der kan forekomme komplikationer og bivirkninger – også hos veluddannede speciallæger med erfaring inden for området. Da ikke alle patienter er egnede til laserbehandling, er det væsentligt, at der i hvert enkelt tilfælde foretages en vurdering af patienten, herunder at der forligger en fyldestgørende anamnese, med oplysninger om bl.a. allergier, medicinforbrug, tidligere hudlidelser og infektioner, soleksponering og tendens til at danne hypertrofiske ar eller keloider. Hudens pigmenteringsgrad udgør også en risikofaktor for udviklingen af komplikationer. For at opnå et optimalt resultat af laser- og IPL-behandling kræves der således et indgående kendskab til samspillet mellem hud og lysbehandling. Optimal behandling bygger på at forskellige lasertyper har hvert deres specifikke anvendelsesområde. Derfor skal de anvendte apparaters specifikke indikationsområde respekteres, samt håndteres korrekt.

De umiddelbare bivirkninger ved behandlingen, som er utilsigtede varmeskader på hud og øjne, kan opstå som følge af ukorrekt dosering af lys, tekniske fejl ved det anvendte udstyr, at apparaturet ikke er egnet til den valgte indikation, at patientens hudtype ikke er velegnet til den valgte behandling, eller der af anden grund er valgt forkert behandling til patienten.

De hyppigste komplikationer til laser og IPL behandling er:

- Længerevarende rødme af huden
- Sårdannelse
- Ødem (hævelse)
- Blæredannelse
- Pigmentændringer med mørk-, lys- eller hvidfarvning af huden
- Infektion med bakterier, virus, eller svampe
- Arvævsdannelse

Sædvanligvis ses de kraftigste hudreaktioner efter de ablativ, som fjerner eller læderer overhuden, hvorved huden efterlades med en defekt barriere og dermed er yderligere modtagelig for infektion. Fraset de ablativ procedurer er der sædvanligvis ikke behov for specifik postoperativ behandling af huden. Det er vigtigt, at

en eventuel infektion af huden håndteres korrekt med tidlig diagnose og behandlingen.

Nye behandlinger til hudforyngelse er tissue tightening med radiobølger, infrarødstråling og punktat ablativ teknik. Ved disse potente behandlingsteknikker opstrammes huden grundet varmepåvirkning. Ved tissue tightening med radiobølger, infrarødstråling og punktat ablativ teknik ses bivirkninger i form af sårdannelse, infektion, pigmentændringer og arvævsdannelse.

Det er væsentligt ikke at overse hudkræft eller forstadier hertil, således at disse fejlagtigt bliver laser- eller IPL-behandlet. Ukorrekt behandling af hudkræft eller forstadier hertil med lasere og IPL kan medføre, at det ikke på et senere tidspunkt er muligt at stille en korrekt diagnose, hvilket kan betyde at patienten muligheder for helbredelse bliver forringet eller at behandlingen bliver mere omfattende. Anvendelse af lasere og IPL udstyr kan således udgøre en væsentlig risiko for patienterne, idet behandling på forkert diagnose, ukorrekt anvendelse af udstyr, fejl ved udstyr samt mangelfuld opfølgning på behandling, kan medføre skæmmende og permanente komplikationer, og i alvorlige tilfælde medføre forringet overlevelse for patienten eller forringet livskvalitet. Derfor kræver behandling med laser og/eller IPL kræver et indgående kendskab til dermatologisk laserbehandling og til andre eventuelt bedre egnede behandlingsmuligheder.

For at mindske risikoen for udviklingen af komplikationer bør der i umiddelbar relation til behandlingen bør en læge vurdere behandlingens effekt, herunder om der er sket uhensigtsmæssige skader af huden.

I dag indgår behandling med lasere og IPL udstyr som et selvstændigt teoretisk kursus i den dermatologiske speciallægeuddannelse, og superviserede kliniske laserbehandlinger på universitetshospitalerne.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At anvendelse af lasere og IPL-udstyr bør varetages speciallæger i dermatologi, som har gennemgået uddannelseselementer inden for dermatologisk laserbehandling.
- At andre læger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse, der svarer til indholdet af uddannelseskravene i speciallægeuddannelsen i dermatologi, og klinisk erfaringer med behandlingen, bør kunne udføre behandlinger med lasere og IPL- udstyr.

Arbejdsgruppen vurderer:

- At behandling af uønsket hårvækst hos patienter med normalt hårvækstmønster³, med laser og IPL udstyr kan varetages af personer med særlige kvalifikationer.

3.5 Andre behandlinger

3.5.1 Mikrosclerose

Ved behandling af overfladiske karudvidelser på ben er scleroserende injektionsbehandling førstehåndsbehandling. Tidligere anvendtes hypertone opløsninger af sukker og natriumklorid, men i dag anvendes oftest polidocanol i koncentrationer mellem 0,5 og 2 %. Behandlingerne er baseret på, at de indsprøjtede stoffer ødelægger blodkarrenes indersider, hvorved der dannes en lille blodprop i karret, som derefter fjernes af immunsystemet. Inden behandling er det vigtigt at sikre, at kar-

³ Behandling for uønsket hårvækst, er fjernelse af hår hos personer med normalt hårvækstmønster.

forandringerne i huden ikke er et symptom eller følgevirkning af en anden, eventu-
el alvorlig sygdom.

Utsigtet injektion uden for karrene kan medføre sår dannelse og vævsdød, som
oftest heler op med ar og farveforandringer i huden. Umiddelbart efter behandlin-
gen er det normalt, at blodkarrene hæver op og bliver stærkt røde, med rødme i
omgivelser, let smerte og svie og brænden. Senere kommer der blodproppdannelse i
karrene, og det behandlede område kan i et til en måned efter behandlingen være
ømt.

Behandling af karforandringer med microsclerisering er forbundet så stor risiko for
bivirkninger og komplikationer.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At mikrosclerisering varetages speciallæger i dermatologi, plastikkirurgi
og karkirurgi, som i speciallægeuddannelsen er trænet i disse behandlings-
teknikker.
- At andre læger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse
og klinisk erfaringer med behandlingen, kan udføre behandlinger af karfo-
randringer med microsclerisering.

3.5.2 Lipolyse

Subkutan injektion af forskellige kemiske stoffer omkring fedtansamlinger med
henblik på at "opløse" fedt, er beskrevet de senere år og foretages enkelte steder.
Phosphatidylcholin er det aktive stof, som har en indvirkning på fedtmetabolismen.
Lægemiddelstyrelsen har ikke registreret et godkendt præparat med indhold af
phosphatidylcholin til lipolyse.

Lipolyse ved hjælp af injektion af blandt andet phosphatidylcholin er således endnu
ikke er en veldokumenteret behandling, og dosis og komplikationer er ligeledes
mangelfuldt oplyst.

Arbejdsgruppen vurderer:

- At lipolyse er en ny og eksperimentel behandling, og behandlingen bør
følge Sundhedsstyrelsens vejledning om indførelse af nye behandlinger i
sundhedsvæsenet.

3.5.3 Laserlipolyse

Er en relativ ny metode, hvor en tynd laserfiber føres ind i området med fedt, som
disintegrerer fedtcellerne, hvorefter fedtet efterhånden metaboliseres. Det vil ofte
være nødvendigt at supplere med en regelret fedtsugning (se afsnit 2.3.2), særligt
ved større mængder.

Arbejdsgruppen fraråder:

- At behandlingen udføres, da indgrebet er mangelfuldt dokumenteret.

Arbejdsgruppen anbefaler, at såfremt behandlingen alligevel udføres:

- At behandlingen udføres af læger, der besidder de samme kompetencer,
som der kræves for at udføre fedtsugning, jf. afsnit 2.3.2, kan foretage ind-
grebet.

4 Kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område

4.1 Kosmetisk tandkødskirurgi (parodontalkirurgi)

Kosmetisk tandkødskirurgi (parodontalkirurgi) foretages for at gøre rodoverflader mindre synlige eller for at forlænge den synlige del af tanden samt ved ændring af alveolarkammens morfologi.

Der er risiko for efterblødning (postoperativ blødning), smerter, knogle- og fæstetab, infektion (specielt ved anvendelse af membraner) samt tilbagefald (recidiv). Det er derfor vigtigt, at den, der foretager indgrebet, har mulighed for relevant opfølgning og eventuel korrektion.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kosmetisk tandkødskirurgi (parodontalkirurgi) alene kan udføres af tandlæger.

4.2 Kosmetisk plast- og porcelænsbehandling

Kosmetisk plast- og porcelænsbehandling udføres for at ændre form og farve på tænderne.

Man skelner mellem invasive og ikke-invasive operative indgreb.

Ved begge typer reb er der risiko for allergiske reaktioner og senere for udvikling af huller i tænderne (caries) og tandkødsbetændelse (gingivitis/marginal parodontitis). Der er endvidere en begrænset holdbarhed af resultatet efter begge indgreb. Ved de invasive operative indgreb er der herudover risiko for nervedød i tænderne (pulpanekroser). Ved begge indgreb er det vigtigt, at der er mulighed for relevant opfølgning og eventuel korrektion.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At både de invasive og de ikke-invasive operative kosmetiske plast- og porcelænsbehandlinger kun kan udføres af tandlæger.

4.3 Kosmetisk kæbekirurgi

Kosmetisk kæbekirurgi foretages for at korrigere kæbernes indbyrdes relationer.

Der er risiko for efterblødning (postoperativ blødning), smerter, følelsesløshed, problemer med biddet og infektion. Det er derfor vigtigt, at den, der foretager indgrebet, har mulighed for relevant opfølgning og eventuel korrektion.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At de kosmetiske kæbekirurgiske indgreb udføres af specialtandlæger i hospitalsodontologi.
- At andre tandlæger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse og kliniske erfaringer med behandlingen, kan udføre behandlingen.

4.4 Kosmetisk tandregulering (ortodonti)

Kosmetisk tandregulering (ortodonti) foretages for at korrigere tænder, kæber og bløddeles indbyrdes relationer.

Der er risiko for smerter, resorption, vævsdød (nekrose), bidfunktions problemer samt recidiv. Det er derfor vigtigt, at den, der foretager indgrebet, har mulighed for relevant opfølgning og eventuel korrektion

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At de kosmetiske tandregulerings (ortodontiske) indgreb, der kræver større analyser af tænder og kæbers indbyrdes relationer, alene kan udføres af specialtandlæger i ortodonti.
- At andre tandlæger, efter konkret vurdering af kompetencer, bl.a. uddannelse og klinisk erfaringer med behandlingen, kan udføre behandlingen.
- At mindre indgreb, som ikke kræver en stor analyse af tænder og kæbers indbyrdes relationer, kan udføres af tandlæger.

4.5 Kosmetisk implantatbehandling og protetik

Kosmetisk implantatbehandling og protetik foretages for at erstatte manglende tænder.

Der er risiko for akut og kronisk smerter, blødning, følelsesløshed, infektion, skade på nabetænder og deres fæste, samt gennemboring (perforation) til kæbe- eller næsehule. Det er derfor vigtigt, at den, der foretager indgrebet, har mulighed for relevant opfølgning og eventuel korrektion

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kosmetisk implantatbehandling og protetik alene kan udføres af tandlæger.

4.6 Kosmetisk emaljeafskrabning (emaljemikroabrasion)

Kosmetisk emaljeafskrabning (emaljemikroabrasion) foretages for at fjerne overfladiske misfarvninger i emaljen. Abrasionsmidlet er saltsyre og pimpsten.

Der er risiko for, at emaljen under behandlingen fjernes, så tandbenet (dentinen) eksponeres. Det giver smerter og det eksponerede tandben (dentin) vil fremover være udsat for slid og indtrængning af farvestoffer. Hvis abrasionsmidlet kommer i berøring med tandkødet (gingiva), kan der forekomme ætsninger. Det er derfor vigtigt, at den, der foretager indgrebet, har mulighed for relevant opfølgning og eventuel korrektion.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kosmetisk emaljeafskrabning (emaljemikroabrasion) kun kan udføres af tandlæger.

4.7 Kosmetisk tandblegning

Kosmetisk tandblegning foretages for at lysne tænder. Ved hjemmeblegning kan blegemidlet komme i berøring med tandkødet (gingiva) og slimhinder i mundhule, svælg og mave, med risiko for irritation af disse væv. Ved klinikblegning er der risiko for ætsning af tandkødet (gingiva).

Ved begge blegemetoder er der risiko for smerter og let ætsning af tandoverfladen. Det er vigtigt, at den, der foretager behandling, har mulighed for relevant opfølgning og eventuel korrektion

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At kosmetisk tandblegning med kemiske produkter med en brintoverilte-koncentration over den i kosmetiklovgivningen tilladte, alene kan udføres af tandlæger.

5 Anvendelse af medhjælp

En autoriserede sundhedsperson skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved bl.a. benyttelsen af medhjælp jf. autorisationsloven. Sundhedspersonen er ansvarlig for instruktion af og tilsyn med medhjælpen, ligesom sundhedspersonen er ansvarlig for det arbejde medhjælpen udfører, så længe medhjælpen holder sig inden for sin bemyndigelse. Det er altid en konkret vurdering, hvorvidt det er forsvarligt at bruge en bestemt person som medhjælp ved løsning af en bestemt opgave, og vil være afhængigt af, om den pågældende har den fornødne uddannelse og/eller instruktion til at løse opgaven forsvarligt. Sundhedspersonen skal afpasse instruktionen efter medhjælpens individuelle behov for faglig instruktion og vejledning.

Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler for autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp jf. lovens § 18.

Inden for det kosmetiske område betyder det, at Sundhedsstyrelsen har mulighed for at fastsætte, hvornår en autoriseret sundhedsperson kan benytte medhjælp ved kosmetiske behandlinger, og hvilke kvalifikationer eller uddannelse en medhjælp skal have for at kunne fungere som sundhedspersonens medhjælp. Men ligeledes også har mulighed for at fastsætte, at der ved visse opgaver ikke kan anvendes medhjælp.

Arbejdsgruppen har i forløbet drøftet anvendelsen af medhjælp og kommet til frem til følgende anbefalinger:

5.1 Ved operative indgreb

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ved operative indgreb ikke kan anvendes medhjælp til selve indgrebet, bortset fra ved hårtransplantation.

5.2 Ved kosmetiske behandling, der ikke er operative indgreb

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At alle kosmetiske behandlinger sker under ansvar og supervision af en læge.
- At lægen er ansvarlig for det samlede behandlingsforløb, herunder anamnese, vurdering, behandling og opfølgning.
- At lægen skal være til stede under behandlingen, også når lægen vælger at anvende medhjælp.

I det følgende gennemgås for hver behandlingsmetode, hvilke opgaver arbejdsgruppen anbefaler, der kun kan varetages af læger, og hvilke opgaver, lægen kan anvende medhjælp til, samt arbejdsgruppens anbefalinger til hvilke faglige kvalifikationer som en eventuel medhjælp skal besidde. Arbejdsgruppens samlede anbefalinger er opført i tabel 5.1.

5.2.1 Botulin toxin (Botox)

De hyppigste årsager til komplikationer i forbindelse med behandlingen er relateret til manglende kendskab til anatomi, ukorrekt sprøjte teknik og ukorrekte hygiejniske forholdsregler.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At lægen kun kan anvende en sygeplejerske som medhjælp ved indsprøjtning af botulin toxin (botox).

5.2.2 Fillers

De hyppigste årsager til komplikationer i forbindelse med behandlingen er relateret til manglende kendskab til anatomi, ukorrekt sprøjte teknik og ukorrekte hygiejniske forholdsregler.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ved indsprøjtning af permanente, autologe fillers mv., ikke kan anvendes medhjælp
- At der ved indsprøjtning af ikke-permanente fillers kun kan anvendes sygeplejersker som medhjælp

5.2.3 Dermabrasio og peeling

Behandling med dermabrasio og peeling med TCA og fenol udgør en væsentlig risiko for patienterne.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ved dermabrasio, TCA og Fenol peeling ikke kan anvendes medhjælp.

5.2.4 Lasere og ILP-udstyr

Der opstår hyppigt alvorlige komplikationer efter behandling med ablative laser for rynker eller ved hudforyngelse. Risikoen for udvikling af bivirkninger og komplikationer er væsentlig mindre efter behandlinger med non-ablative lasere og IPL udstyr.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ved rynke og hudforyngelsesbehandling med ablative lasere eller IPL udstyr, til ablativ behandling ikke kan anvendes medhjælp
- At der ved rynke og hudforyngelsesbehandling med non-ablative lasere og IPL udstyr til non-ablativ behandling kun kan anvendes medhjælp med særlige kvalifikationer
- At der ved behandling på andre indikationer fx fjernelse af tatoveringer med laser og IPL udstyr kun kan anvendes medhjælp med særlige kvalifikationer⁴
- At medhjælpen kan dokumentere at have gennemført både et teoretisk og praktisk uddannelsesforløb på tilfredsstillende vis og som har kendskab til lasersikkerhed.

Arbejdsgruppen vurderer:

- At behandling for uønsket hårvækst kan varetages af personer, som har gennemført både et teoretisk og praktisk uddannelsesforløb på tilfredsstillende vis, og som har kendskab til lasersikkerhed.

Tabel 5.1

Behandlingsmåde	Vurdering og valg af behandling	Behandling
Botox	Speciallæge i dermatologi eller plastikkirurgi	Læge/Sygeplejerske
Fillers:		
• Ikke-permanente	Læge	Læge/Sygeplejerske
• Permanente	Læge	Læge
Dermabrasio	Læge	Læge
Fenol og TCA peeling	Læge	Læge
Lasere/IPL udstyr		
Ablative lasere	Speciallæge i dermatologi med gennemgået uddannelse inde for dermatologisk laserbehandling eller læge med særlige kvalifikationer	Speciallæge i dermatologi med gennemgået uddannelse inden for dermatologisk laserbehandling eller læge med særlige kvalifikationer
Andre lasere og IPL (minus hår)	Speciallæge i dermatologi med gennemgået uddannelse inden for dermatologisk laserbehandling eller læge med særlige kvalifikationer	Medhjælp med særlige kvalifikationer
Hår (normalt hårvækstmønster)	Behandler med særlige kvalifikationer	Behandler med særlige kvalifikationer

⁴ Behandling for uønsket hårvækst, er fjernelse af hår hos personer med normalt hårvækstmønster

5.3 Ved kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område

5.3.1 Kosmetisk plastbehandling

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At tandlæger kan bruge medhjælp til de ikke-invasive operative indgreb, hvorved der udføres kosmetisk plastbehandling.

5.3.2 Blegning af tænder

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At tandlæger kan bruge medhjælp til kosmetisk tandblegning med kemiske produkter med en brintoveriltekoncentration over den i kosmetiklovgivningen tilladte.

6 Information og samtykke

Kosmetiske behandlinger udføres oftest på helt raske mennesker, og ikke på patienter i traditionel forstand. Indikationen for indgrebet er således sjældent medicinsk, og den pågældende behandling er i vid udstrækning et bestillingsarbejde. Raske mennesker med et ønske om et kosmetisk indgreb har i regel ingen villighed til at løbe en risiko. Derfor er det nødvendigt at gives optimal information forud for operationen. I dag er det muligt for den behandlende sundhedsperson at delegere denne opgave.

Sundhedsstyrelsen har hjemmel til at fastsætte regler for form og indhold af den information, der skal gives i forbindelse med kosmetisk behandling jf. autorisationsloven § 71, stk. 4. Men styrelsen har ligeledes fået mulighed for at bestemme, at informationen til patienten skal gives i god tid før indgrebet foretages, og hvem informationen skal gives af. Betænkningstiden er tiden mellem det tidspunkt, hvor patienten modtager den mundtlige information, og tidspunktet, hvor patienten afgiver sit samtykke

Arbejdsgruppen har på denne baggrund vurderet, at reglerne om det informerede samtykke skærpes, og har følgende nedenstående anbefalinger.

6.1 Formen og indhold

Arbejdsgrupperne anbefaler:

- At information først skal gives skriftligt, således at patienten har mulighed for efterfølgende at stille spørgsmål til det udleverede materiale
- At den skriftlige information altid følges op af en mundtlig information
- At patienten orienteres om muligheden for at have en bisidder med, når den mundtlige information gives
- At patienten entydigt og tydeligt skal give sit samtykke til indgrebet
- At patienter ikke kan frabede sig information
- At den skriftlige er specifik
- At den mundtlige information er specifik og individuel
- At journalføring af information og samtykke tydeligt fremgår af patientjournalen
- At det kan være hensigtsmæssigt at der anvendes en samtykkeerklæring

6.2 Ansvarlig for informationen

Arbejdsgrupperne anbefaler:

- At det er den, for behandlingen ansvarlige læge/tandlæge, som giver informationen forud for indgrebet
- At der ved afgivelse af information ikke kan anvendes medhjælp
- At det er den, for behandlingen ansvarlige læge/tandlæge, der indhenter samtykket
- At der ved indhentelse af samtykke ikke kan anvendes medhjælp.

6.3 Betænkningstid

6.3.1 Kosmetiske operative indgreb

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der ved operative indgreb af mindre karakter såsom mindre hårtransplantationer og mindre hudplastikker på skalpen, som minimum bør være en betænkningstid på mindst to dage
- At der ved indgreb af større karakter, såsom ansigtsløft, fedtsugning, og brystoperationer, bør der være en betænkningstid på mindst 14 dage.

6.3.2 Kosmetisk behandling, der ikke er operative indgreb

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At forud for behandlinger med indsprøjtning af permanente fillers, dermabrasio, TCA og Fenol peeling, samt ved rynke og hudforyngelsesbehandling med ablativ lasere, eller ILP udstyr med ablativ effekt bør være en betænkningstid på mindst en uge.

6.3.3 Kosmetiske behandlinger inden for det tandlægefaglige område

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At forud for de behandlinger, hvor der kun er mindre betydelig risiko for patientsikkerheden, er det ikke nødvendigt med betænkningstid.
- At der ved indgreb af større karakter, såsom kosmetisk kæbekirurgi, kosmetisk tandregulering (ortodonti), kosmetisk implantatbehandling og protetik, kosmetisk emaljeætsning (emaljemikroabrasion), kosmetisk tandkødskirurgi (parodontalkirurgi) og operativ kosmetisk plast- og porcelænsbehandling, bør der være en betænkningstid på mindst 7 dage.