

Intimkirurgi i Norge

DEBATT

BJØRN E. ROSENBERG

berosenberg@gmail.com

Bjørn E. Rosenberg (f. 1969) er spesialist i plastikkirurgi og leder av Norsk forening for estetisk plastikkirurgi

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NILS-HALVDAN MORKEN

Nils-Halvdan Morken (f. 1969) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og vitenskapelig sekretær i Norsk gynekologisk forening.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Intimkirurgi omfatter ulike typer inngrep som utføres på eller i nær tilknytning til de ytre genitalia, uavhengig av indikasjonen for inngrepet. Det vanligst utførte intimkirurgiske inngrepet er labiaplastikk, som er forminsking av de indre kjønnslepper (labia minora).

Labioplastikk er ingen ny behandlingsmetode, men det har vært økende oppmerksomhet omkring prosedyren i de senere år. Dessuten er det en pågående samfunnsdebatt om intimkirurgi både i Norge og internasjonalt.

Prosedyren ble opprinnelig beskrevet som behandling av funksjonelle plager, men den ble tidlig også benyttet i estetisk sammenheng (1, 2). Omtrent en tredel av dem som ønsker labiaplastikk oppgir funksjonelle plager som motivasjon, en tredel oppgir estetiske grunner og en tredel en kombinasjon av disse (3).

Hva som kan betraktes som labia minora-hypertrofi er ikke klart definert, og tilstanden regnes ofte som en variant av normal anatomi. Det finnes ingen konsensus i litteraturen for klassifisering av tilstanden, men ulike lengdemål på labia minora blir benyttet (4).

Hypertrofi av labia kan gi opphav til dyspareuni, kroniske urinveisinfeksjoner, irritasjon og gnaging i underlivet, problemer med intimhygien og plager ved sportsutøvelse som gir trykk mot underlivet, slik som ridning og sykling (5, 6).

Psykiske plager relatert til genitalienes utseende kan hos noen kvinner være uttalte, og en følelse av å være "unormal" kan gi betydelig emosjonell lidelse.

Labioplastikk

Mange av dem som etterspør labioplastikk, har ytre genitalia med tilsvarende anatomi som hos et normalutvalg av kvinner, og det finnes ingen studier som viser sammenheng mellom grad av hypertrofi og opplevde plager (7). Indikasjonen for labioplastikk er gjenstand for faglig vurdering, og prosedyren benyttes for håndtering av både funksjonelle og estetiske problemstillinger relatert til protrusjon av labia minora.

I Norge utføres behandlingen i all hovedsak av gynekologer og plastikkirurger. Komplikasjonsraten ved labioplastikk er på under 5 %, og komplikasjonene defineres som lette. De vanligste er sårruptur, hematomer, utilfredsstillende arr og overflatiske infeksjoner. Det finnes imidlertid sparsomt med data vedrørende langtidsresultater. Pasienttilfredsheten etter labioplastikk oppgis i ulike studier, avhengig av teknikk, til over 90 % (5).

Kartlegging av intimkirurgi i Norge

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet nylig gjennomført en kartlegging av omfanget av intimkirurgi i Norge (8). Alle aktører innen gynekologi og plastikkirurgi i offentlig og privat virksomhet ble kontaktet via e-post eller per brev og bedt om å rapportere sin aktivitet innen intimkirurgi for 2016. Svarprosenten i kartleggingen var høy: 79 for helseforetakene, 74 for avtalespesialistene og 63 for private legespesialister/private klinikker.

Rapporten viser at det i 2016 ble utført totalt 517 prosedyrer som kan betegnes som intimkirurgi hos totalt 416 kvinner. Labioplastikk var det klart hyppigst utførte inngrepet, med 67 % av det totale antall. Andre utførte prosedyrer inkluderer fettsuging, reseksjon av hud rundt klitoris og ulike oppstramminger av vaginalkanalen. Flere av prosedyrene ble utført i forbindelse med andre kirurgiske inngrep.

76 % av kvinnene ble behandlet hos private legespesialister eller ved private klinikker, det vil si utenfor det offentlige helsevesen. For dem som ble behandlet i det offentlige helsevesen utgjorde labioplastikker 87 % av inngrepene.

Den største gruppen pasienter var i alderen 31 – 50 år (40 %), mens 36 % var i aldersgruppen 23 – 30 år. Aldersfordelingen var omtrent lik uavhengig av om behandlingen foregikk i det offentlige eller i det private helsevesen. 18 % av pasientene var i aldersgruppen 18 – 22 år, 2 % var under 18 år og 4 % var over 50 år da inngrepet ble utført. I sum betyr dette at 80 % av pasientene var 23 år eller eldre ved operasjonstidspunktet. Indikasjonsstilling for inngrepene er ikke undersøkt.

Helsedirektoratet har i forbindelse med utarbeiding av rapporten innhentet informasjon fra Statens helsetilsyn om klage- og tilsynssaker vedrørende intimkirurgi. De siste fem årene har kun to saker som grenser til feltet intimkirurgi vært til behandling, og intimkirurgi var ikke primær indikasjonsstilling i noen av disse sakene.

Juridiske vurderinger

Juridisk seksjon i Den norske legeforening vurderte etter en henvendelse fra det plastikkirurgiske fagmiljøet i Norge i 2015 inngrep gjort i den hensikt å redusere størrelsen på de indre kjønnslepper opp mot straffeloven § 284 og § 285 om forbud mot kjønnslemlestelse, uten å finne det riktig å plassere intimkirurgi i samme kategori som tradisjonell omskjæring/kjønnslemlestelse.

Dette begrunnes i avgjørende forskjeller i motivasjon for inngrepet og graden av anatomiske endringer inngrepene medfører. Samtidig er det legens ansvar å forsikre seg om at det enkelte inngrep skiller seg klart fra kvinnelig genital mutilering, inkludert det som blir betegnet som «harmful traditional practices».

Norsk konsensus

Styret i Norsk forening for estetisk plastikkirurgi og styret i Norsk gynekologisk forening har i fellesskap i 2016/17 utarbeidet en anbefaling for utøvelse av intimkirurgi i Norge. Notatet er ikke publisert, men meddelt alle medlemmer av de respektive foreninger.

Man er enige om at indikasjonen for intimkirurgi ikke bør være rent kosmetisk, det må være fysiske plager relatert til de indre kjønnslepper. De som ønsker operasjon, skal gis utførlig informasjon om normalvariasjon i anatomi, komplikasjonsrisiko ved kirurgi og langtidskonsekvenser. Det anbefales at man sikrer at pasienten har gjort seg grundige refleksjoner om inngrepet ved at det går noe tid fra konsultasjon til operasjonstidspunkt.

Det er et særlig krav til alle behandlende leger om å utvise stor grad av etisk skjønn ved håndtering av slike problemstillinger. Yngre pasienter må håndteres med spesiell aktsomhet, og markedsføringen må ikke spille på folks lyter eller fordommer mot normale kroppsfenomener.

LITTERATUR

1. Honoré LH, O'Hara KE. Benign enlargement of the labia minora: report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1978; 8: 61 - 4. [PubMed][CrossRef]
2. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg* 1984; 74: 414 - 6. [PubMed][CrossRef]
3. Miklos JR, Moore RD. Labiaplasty of the labia minora: patients' indications for pursuing surgery. *J Sex Med* 2008; 5: 1492 - 5. [PubMed][CrossRef]
4. González PI. Classification of Hypertrophy of Labia Minora: Consideration of a Multiple Component Approach. *Surg Technol Int* 2015; 27: 191 - 4. [PubMed]
5. Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT et al. Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr*

Surg 2015; 135: 774 - 88. [PubMed][CrossRef]

6. Wu JA, Braschi EJ, Gulminelli PL et al. Labioplasty for hypertrophic labia minora contributing to recurrent urinary tract infections. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2013; 19: 121 - 3. [PubMed][CrossRef]

7. Crouch NS, Deans R, Michala L et al. Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study. BJOG 2011; 118: 1507 - 10. [PubMed][CrossRef]

8. Intimkirurgi i Norge. Kartlegging av omfanget innen privat og offentlig virksomhet. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2016-2017/dok15-201617-0821-vedlegg.pdf> (5.6.2017).

Publisert: 10. august 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0310

Mottatt 30.3.2017, første revisjon innsendt 5.6.2017, godkjent 19.6.2017.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.