

Kosmetisk turism

en kvalitativ studie om konsumtionen av kosmetisk turism

Av: Sara Johansson & Patricia Lauri

Södertörns högskola | Institutionen för
naturvetenskap, miljö och teknik

Handledare: Dennis Zalamans

Kandidatuppsats 15 hp

Turismvetenskap | Vårterminen 2018



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| 1 Inledning | 1 |
| 1.1 Bakgrund & problemområde | 1 |
| 1.2 Syfte | 2 |
| 1.3 Frågeställningar | 2 |
| 1.4 Avgränsningar | 2 |
| 1.5 Disposition | 2 |
| 2 Tidigare forskning | 3 |
| 2.1 Framväxten av kosmetiska ingrepp | 3 |
| 2.2 Kosmetisk turism som en turistupplevelse | 3 |
| 2.3 Kirurgiska komplikationer | 4 |
| 2.4 Etiska dilemman inom vården | 5 |
| 2.5 Sammanfattning | 6 |
| 3 Teori | 7 |
| 3.1 Konsumtionssamhälle | 7 |
| 3.1.1 Femstegsmodell om reseköpsbeteende hos konsumenter | 8 |
| 3.2 Moderniteten & självidentiteten | 8 |
| 3.3 Etiska aspekter | 9 |
| 3.4 Sammanfattning | 10 |
| 4 Metod | 11 |
| 4.1 Överblick av olika tillvägagångssätt | 11 |
| 4.2 Vårt metodval och dess kritik | 11 |
| 4.3 Urval | 13 |
| 4.4 Hantering av intervjuerna | 14 |
| 4.5 Diskussion om etik i studien | 14 |
| 5 Empiri | 16 |
| 5.1 Konsumtion av kosmetisk turism | 16 |
| 5.2 Identitetsskapande vid kosmetiska ingrepp | 17 |
| 5.3 Belysande faktorer vid konsumtionen av kosmetiska ingrepp | 18 |
| 5.4 Etikens roll för kirurgerna | 20 |
| 6 Analys | 22 |
| 6.1 Konsumtionen av kosmetisk turism | 22 |
| 6.2 Individens självbejakande vid konsumtionen av kosmetiska ingrepp | 23 |
| 6.3 Etiska aspekter och faktorerens roll i konsumtionen av kosmetisk turism | 24 |
| 7 Övergripande diskussion | 26 |

| | |
|---|----|
| 7.1 Slutsats | 28 |
| Referenser | 30 |
| Bilagor | 33 |
| Bilaga 1 - Informationsbrev | 33 |
| Bilaga 2 - Intervjuguide till de kvinnliga respondenterna | 33 |
| Bilaga 3 - Intervjuguide till Jan Jernbeck | 34 |
| Bilaga 4 - Intervjuguide till Esra Gülhan | 35 |

Abstract

The object of the study is to examine the consumption of cosmetic tourism from the consumer's and the producer's viewpoint and to examine what factors help individuals choose to travel overseas to consume cosmetic surgeries. The method used in the study was a qualitative examination, where we interviewed seven individuals. Five of the individuals have gone through the process of surgery overseas, one is a Swedish surgeon that's working on Akademikliniken and lastly we interviewed one person who runs a company in Sweden that arranges trips overseas with the purpose of going through a surgery. The collected data was analyzed with support of the consumer society and Giddens's theory about modernity and self-identity. The final discussion shows that cosmetic tourism is a growing phenomenon and the extent of it is growing in today's society and that the main factors that have shown to affect the choice is trust and competence within the clinic and the surgeon, and women's dissatisfaction with their bodies.

Keywords: Cosmetic tourism, cosmetic surgery, plastic surgery

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka konsumtionen av kosmetisk turism utifrån ett konsument- och producentperspektiv samt att se vilka faktorer det är som styr individen utomlands för att konsumera kosmetiska ingrepp. Studien genomfördes med en kvalitativ undersökning, varav vi intervjuade sju personer. Fem av dem har utfört kosmetiska ingrepp utomlands, en av dem är en svensk kirurg som arbetar på Akademikliniken och slutligen intervjuade vi en kvinna som driver ett bolag i Sverige som arrangerar resor utomlands med syftet att genomgå kosmetiska ingrepp. Det insamlade materialet analyserades med bland annat stöd av utgångspunkten från konsumtionssamhället och Giddens teori om modernitet och självidentitet. Den slutliga diskussionen visar att kosmetisk turism är ett växande fenomen och vad fenomenet innebär samt att de utmärkande faktorerna som visat sig påverka valet av resan är tilliten, kompetensen hos kliniken och kvinnors missnöje med kroppen.

Nyckelord: Kosmetisk turism, kosmetiska ingrepp, plastikkirurgi

Förord

Studien har skrivits som examensarbete i Turismvetenskap C på Södertörns högskola. Den har givit oss en ny insikt och kunskap om kosmetisk turism vilket idag är ett relativt outforskat ämne. Efter mycket läsande av tidigare forskning samt utifrån samtliga respondenter i studien har vi skapat en förståelse för fenomenet och hur det har grundat sig i dagens samhälle. Studien har producerats, diskuterats och korrigerats av båda författarna och uppskattningsvis ser fördelningen i arbetet ut på det här viset:

Hela inledningen: Sara/ Patricia

Tidigare forskning: Sara/ Patricia

Fenomenet kosmetisk turism: Sara/ Patricia

Kosmetisk turism som en turistupplevelse: Sara/ Patricia

Plastikkirurgi som fenomen: Sara/ Patricia

Etiska dilemman: Sara/ Patricia

Sammanfattning: Sara

Teori: Sara/ Patricia

Konsumtionssamhälle: Sara

Modernitet, självidentitet & social jämförelse: Sara

Etiska aspekter: Patricia

Sammanfattning: Sara

Metod: Sara

Överblick av olika tillvägagångssätt: Sara

Urval: Sara

Metodvalet och dess kritik: Sara

Hantering av intervjuerna: Sara

Diskussion om etik: Sara

Empiri: Sara/ Patricia

De allmänna om kosmetisk turism: Sara/ Patricia

Identitetsskapande vid plastikingrepp: Sara/ Patricia

Belysande faktorer vid konsumtion av plastikingrepp: Sara/ Patricia

Etikens roll för kirurgerna: Patricia

Analys: Sara/ Patricia

Konsumtionen av kosmetisk turism: Sara

Individens självbejakande vid genomförandet av kosmetiska ingrepp: Sara

Etiska aspekter och faktorernas roll inom kosmetisk turism: Patricia

Övergripande diskussion & slutsats: Sara/ Patricia

Övergripande diskussion: Sara/ Patricia

Slutsats: Sara

TACK!

Först vill vi tacka vår handledare Dennis Zalamans som kommit med synpunkter under studiens gång, ett tack till vår seminariegrupp som kommit med konstruktiv kritik samt ett tack till närstående som velat läsa igenom studien ett flertal gånger för att ge åsikter. Slutligen vill vi tacka samtliga respondenter som valt att ställa upp med att svara på frågor, utan dem hade inte studien varit möjlig att genomföra.

Huddinge 2018-05-31

Sara Johansson

Patricia Lauri

1 Inledning

I det inledande kapitlet behandlas bakgrunden om kosmetisk turism och dess utveckling på turistmarknaden samt vilket problemområde vi fokuserar på. Vi beskriver syftet med studien, vilka frågeställningar som ska besvaras, vilka avgränsningar som gjorts och slutligen går vi igenom studiens disposition.

1.1 Bakgrund & problemområde

Turism handlar vanligtvis om nöjen, ökat välbefinnande, avkoppling och kultur men den klassiska turismen har gått från att uppnå bättre hälsa och besöka spa till att skapa en ny nisch - medicinsk turism. Med dagens globalisering innebär det att individen har ökat medvetenhet om världen och under det senaste decenniet har den medicinska turismen vuxit. Det innebär att turister reser utomlands för hälso- och sjukvård samt för att utföra diverse operationer som tandvård och kosmetiska ingrepp. Den medicinska turismen växer i ett antal länder, några av de populäraste länderna att besöka för vård är Indien, Singapore och Thailand. Medvetet har många av länderna och institutionerna kopplat sjukvården till turismen, därmed placeras de sig nära attraktioner exempelvis närliggande stränder (Connell, 2006).

Parallellt med att medicinsk turism växer ökar även köpanget, så kallat konsumtion, av kosmetiska ingrepp. Exempelvis i Sverige utförs det varje år ca. 25 000 kosmetiska ingrepp och för varje år förväntas antalet ingrepp öka med ca. 15%. En förklaring till det är att dagens samhälle ställer högre press på individens utseende (Skönhetsoperationer, 2014). Holliday m.fl. (2011) menar på att männen dominerar i att utföra kosmetiska ingrepp medan kvinnorna är dominerande att genomgå ingreppen. Orsaken till det är för att kvinnor vill efterlikna den idealiserade formen av skönhet samt att de vill uppnå vackra kroppar.

Samtidigt som det är ett växande fenomen i Sverige så växer det på turistmarknaden runt om i världen (Nassab m.fl., 2010). Kosmetisk turism är ett begrepp som myntades för att beskriva turisternas val att resa utomlands för att genomgå kosmetiska ingrepp (Healy, 2009). Kosmetiska ingrepp handlar om att förbättra en patients utseende och de viktigaste målen är att förbättra symmetrin och proportioner på kroppen. Några exempel på kosmetiska ingrepp är hårtransplantation, bröstlyft, bröstförstoring samt bröstförminskning, fettsugning och ansiktsförändringar exempelvis korrigerande av näsa (American board cosmeticsurgery, u.å.).

Vi har valt att skriva om konsumtion av kosmetiska ingrepp som kommer från den medicinska turismens hälso- och sjukvårds resor, då det är ett fenomen som vuxit det senaste decenniet. Kosmetiska ingrepp inkluderar ingrepp som genomförs för att ändra eller förbättra en individs utseende. Kosmetiska ingrepp är ett växande fenomen i Sverige och med globaliseringen har individen fått möjlighet till att kunna samla på sig kunskap och resa utomlands för att genomgå diverse ingrepp. Den typen av resande är ett fenomen som ökar för varje år, genom att se vilka faktorer det är som styr individen till att resa utomlands för att konsumera ett ingrepp gör att det blir ett intressant ämnesområde att forska om. Genom att ta

reda på faktorer som styr individen till att resa utomlands för att konsumera kosmetiska ingrepp och ta stöd från tidigare forskning samt teorier utgör det ett bra underlag för att undersöka vad konsumeringen av kosmetisk turism innebär.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att undersöka konsumtionen av kosmetisk turism utifrån ett konsument- och producentperspektiv.

1.3 Frågeställningar

F₁ Vad innebär konsumtion av kosmetisk turism?

F₂ Vilka faktorer är det som styr valet till att konsumera kosmetisk turism?

1.4 Avgränsningar

Medicinsk turism innefattar komplicerade operationer och vi har valt att koncentrera oss på den delen av hälso- och sjukvård som vidrör kosmetiska ingrepp. Vi valde att exkludera fillers, botox, laserbehandlingar samt tandvård och inriktade oss på områden som fettsugning, BBL (Brazilianbutt lift) och näskirurgi. Studien avgränsar sig till att undersöka fenomenet kosmetisk turism utifrån svenska kvinnors perspektiv, vilket innebär att kvinnorna är bosatta i Sverige men valt att resa utomlands för att konsumera ett kosmetiskt ingrepp. För att behålla fokus på det kvinnliga könet så har vi uteslutit det manliga könet och dem som definierar sig som icke-binär.

1.5 Disposition

Studien är till en början strukturerad med tidigare forskning där relevanta studier som berör kosmetisk turism beskrivs. Vidare går studien in på de teoretiska utgångspunkter som använts i studien och senare i metodavsnittet tas metodvalet upp samt etiska aspekter som respondenterna har tagit del av. Därefter presenteras de insamlade materialet i empiridelen som sedan analyserats med stöd från teorierna. Avslutningsvis redogörs en övergripande diskussion som mynnar ut i en slutsats som binder ihop studien och ger en inblick om möjlig vidare forskning.

2 Tidigare forskning

I det här kapitlet presenteras framväxten av kosmetiska ingrepp samt hur kosmetisk turism ses som en turistupplevelse. Sedan görs det en genomgång av de studier som berör komplikationer som uppstått vid kirurgiska ingrepp och etiska dilemman som finns inom vården.

2.1 Framväxten av kosmetiska ingrepp

Haiken (1997) förklarar att det var i slutet av 1800-talet som de första medicinska rapporterna om kosmetiska ingrepp dokumenterades. Ingreppen som dåtidens läkare experimenterade med formade grunden för dagens kosmetiska ingrepp. Haiken har dokumenterat att den första rapporterade näsplastiken genomfördes år 1887 och den andra år 1891. I början antog läkarna att ingreppen var ofarliga och de använde sig i huvudsak av paraffin vid injektioner, som idag används i stor grad vid produktion av värmeljus (Svenska Akademiens Ordbok, 1952). Inom en kort tid upptäcktes det att paraffin inte reagerar positivt i solen och många av patienterna som fått paraffin injicerat utvecklade paraffinomas (vax cancer). Efter det påbörjade läkare försök till att hitta nya tillvägagångssätt att genomföra injektioner på men utvecklingen gick väldigt långsamt. Bodley (1978) menar på att det var vid första världskriget som kosmetiska ingrepp blev en viktig del för plastikkirurgi. Med fler människor, framförallt soldater, som hade skador i ansikten fanns det en större efterfrågan att återställa utseendet.

Utvecklingen av kosmetiska ingrepp tog lång tid eftersom nästintill alla kirurger under 1920-talet hade en bakgrund inom annan medicin. Kosmetiska ingrepp har handlat mycket om att testa sig fram och att skapa olika metoder. Ett av de största hinder som kirurger har stött på har de skapat själva, det etiska dilemman om att kirurgi ska handla om att hjälpa patienterna från sjukdomar och inflammationer och inte att försköna kroppen (Haiken 1997, s. 93).

2.2 Kosmetisk turism som en turistupplevelse

I dagens kosmetiska turismsamhälle är sjukhusen upp- eller ombyggda för att ta emot patienter från utlandet och samtidigt ge dem en bekväm vistelse. Exempelvis har sjukhusen i Costa Rica IMAX biosalonger, Bangkok Hospital har television på olika språk, mikrovågsugnar och bäddsoffor för andra gäster exempelvis för familjemedlemmar. Phuket filialen för Bangkok Hospital erbjuder privata trädgårdar och internet till patienterna. Länderna och framförallt sjukhusen som har fokus på att locka internationella turister har omformat klinikerna för att anpassa sin målgrupp och uppfylla deras önskemål (Connell 2011 s. 166).

Bell m.fl. (2011) har utfört en undersökning om hur kosmetisk turism kan vara en turistupplevelse. Kosmetisk turism har en särskild resonans med semestern fastän det är ett ingrepp som står framför dem. Undersökningen visade att kosmetisk turism klassas av vissa personer att den typen av turism som utnyttjas av de som är mer välbärgade och de individer som har vana av att resa till lyxigare destinationer. I verkligheten är det ofta de som tillhör medelklassen som väljer att resa utomlands för att genomföra ingreppen.

En turistupplevelse är något som förväntas att ha en viss standard när en bokning genomförs. Det gäller även kosmetisk turism, dock går det inte alltid att försäkra sig om kvalitén eller själva upplevelsen. Exempelvis hade Holliday m.fl. (2015) kommit i kontakt med några personer som skulle åka iväg och få en typ av turistupplevelse och en utav deltagarna som var boende i Storbritannien, hade inte tänkt på vart hon åkte, vilket i det fallet var Tunisien. Hon blev övergiven av sin reseproducent på destinationen vilket ledde till att hon stod i Tunisien utan tolk samt att hon blev vittne för offer från krigsdrabbade grannlandet Libyen.

2.3 Kirurgiska komplikationer

Lunt& Carrera (2011) visar på att den tidigare forskning som existerar inom kosmetisk turism är skrivna ur ett medicinskt perspektiv som har haft fokus på biverkningar och de negativa konsekvenserna från de genomförda ingreppen i utlandet.

Melendez&Alizadeh (2011) utformade en artikel som handlar om vilket typ av ingrepp kirurgers patienter har genomgått i USA. Undersökningen har visat på potentiella komplikationer som uppstått inom den växande trenden med kosmetiska ingrepp. Det ökande antalet av amerikaner som började resa utomlands för behandling steg markant, år 2008 var det uppskattningsvis ca. 1,3 miljoner amerikaner som sökt vård utomlands och det antalet förväntades att fördubblas till år 2011. Melendez och Alizadeh skriver att en rapport från Deloitte Center for Health Solutions från 2009 visade en uppskattning om att ca. 15,8 miljoner amerikanska patienter skulle söka och få vård utomlands år 2017. Det finns en ekonomisk motivation samt en lockelse av semester som gör att individer söker sig utomlands för vård. Undersökningen bestod av ett antal frågor som skickades ut till 2000 aktiva ASPS-medlemmar (American Society of Plastic Surgeons) där en del av frågorna berörde övergripande erfarenheter om vilka typer av komplikationer de hade sett. Totalt mottogs det 368 svar och 51,6% rapporterade om komplikationer som uppstått efter ingreppet varav 31% visade ett resultat om att komplikationerna var i form av infektioner, hematom och avvikelser.

De kosmetiska ingreppen medför också risker. År 2002 började det rapporteras om problem hos kvinnor som genomfört bröstförstoring och det upptäcktes att den gemensamma nämnaren var PIP-implantat (Poly Implant Prosthesis), ett bröstimplantat som skapades av ett franskt företag. Problemen som uppstod med implantaten var att de sprack och det innebar att vätskan rann ut ur höljet och skapade kraftiga inflammationer i vävnaden (Läkemedelsverket, 2013). År 2010 bröt PIP-skandalen ut i Sverige och mellan år 2001 och 2009 hade det brittiska läkemedelsverket (MHRA) fått in rapporter om 269 PIP-implantat som spruckit (Martindale&Menache, 2013).

Healy (2009) talar om hur den globala hälsovården har utvecklats och om de följande konsekvenserna. Undersökningen visar att majoriteten som åker utomlands för kosmetiska ingrepp inte är medvetna om kvalitén och procedurerna som utförs utomlands. Exempelvis har Storbritanniens sjukvårdssystem NHS (National Health Service) haft problem med

patienter som är i behov av korrigeringar utav de ingrepp som utförts utomlands. Jeevan& Armstrongs (2008) undersökning genomfördes år 2007 i Storbritannien och behandlade svar från 203 plastikkirurger som var medlemmar i BAPRAS (British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons) där 63 kirurger svarade att de hade haft patienter som blivit rekommenderade att söka upp dem på grund av de kosmetiska ingreppen som genomförts utomlands. 76% av patienterna hade genomfört sina operationer i västra och östra Europa eller Asien, och 88% (215 personer) av patienterna hade blivit hänvisade till dem av NHS primär- och akutvårdsavdelningar medan resterande kom från privata sjukhus eller från andra delar inom NHS. En fjärdedel av patienterna behövde genomgå akuta operationer och en liten del behövde patientvård som intravenös antibiotika medan majoriteten behövde klinisk vård exempelvis sårhantering.

2.4 Etiska dilemman inom vården

Etiska aspekter är en viktig nämnare inom sjukvården. Sterodimasm.fl (2011) skriver om att kirurger måste ha två aspekter i åtanke. Den första är vad meningen med ingreppet är, det vill säga om patienten är kompetent att ta beslutet att genomgå ett ingrepp, samt om ingreppet är realistiskt. Sterodimas menar att vid en del av fallen krävs det att patienten genomgår en psykologisk utvärdering och att kirurgen behöver förklara vilka fördelar och nackdelar ingreppet kan ge. Han menar att en kirurg inte kan lova något slutresultat utan kan endast lova att de kommer att göra det bästa de kan för patienten. Den andra aspekten som läkare ska ha i åtanke är att kunna se efter vilken grad av deformitet som finns hos patienten. Utseende och framförallt deformiteter påverkar starkt hur en människa agerar och förhåller sig i sociala situationer då det kan sänka självförtroendet hos en del individer och påverka den sociala acceptansen. Båda delarna påverkar en person psykiskt och kan utmynna i beteendemässiga problem. Fastän om de ytliga deformiteterna kan förändras och gynna psyket positivt hos en person är inte kosmetiska ingrepp det bästa alternativet. Enligt författarna är det viktigt för kirurger att avstå från att behandla patienter som har diagnosen dysmorfofobi, dvs. att patienten är överdrivet upptagen med sitt utseende. Enligt författarna har undersökningar hos patienter som genomfört ingrepp och har dysmorfofobi visat att resultaten av ingreppen lett till missnöje eller att de har fokuserat på en ny deformitet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2016) definierar dysmorfofobi på följande sätt:

Dysmorfofobi eller BDD (Body Dysmorphic Disorder) är en psykiatrisk problematik som innebär att man är överdrivet upptagen av någonting i sitt utseende. De flesta som har BDD är övertygade om att de ser fula, hemska eller konstiga ut, trots att omgivningen uppfattar dem som helt normala. Många med BDD upplever att de är osymmetriska eller att någon kroppsdel är oproportionerligt stor eller liten. Ofta är BDD:n knuten till ansikte, hud eller hår, men man kan vara tvångsmässigt upptagen av vilken kroppsdel som helst. Upptagenheten kan ibland handla om att kroppen upplevs som för liten eller inte tillräckligt muskulös, vilket är vanligast hos pojkar/män.

I en undersökning genomförd i USA av David B. Sarwer (2004) som handlar om BDD fick kirurger svara på frågor om patienter med BDD. Där framgick det att 80% av de tillfrågade

kirurgerna inte insett att patienten led av BDD förrän efter ingreppet. Det är på grund av hur dold BDD är inom patienten, och Sarwer anser inte att det resultatet var förvånande. Av kirurgerna som angett att de upptäckt BDD hos patienterna har 43% rapporterat att patienterna blivit mer upptagna efter ingreppet med deras deformitet än innan ingreppet. Kirurgerna rapporterade att 39% av patienterna har hittat en annan del av sin kropp som de är missnöjda med.

2.5 Sammanfattning

Avsnittet tar upp en djupare redovisning om vad fenomenets framväxt samt kopplingen hur kosmetisk turism kan ses som en turistupplevelse. Slutligen hur risker och implantat har utvecklats samt vilka etiska dilemman som existerar inom sjukvården och hur viktigt det är för läkarna att följa de etiska aspekterna. Fokuset i de tidigare vetenskapliga artiklarna och tidigare forskning innefattar mestadels om kosmetisk turism och dess komplikationer. Därför valde vi att undersökningen skulle lägga minimal uppmärksamhet på komplikationer som uppstått vid utlandsvistelsen. Det är en anledning till att fokuset mestadels koncentrerat sig på de faktorer som styrt turisterna att välja en destination utomlands och förstå vad konsumtionen av kosmetisk turism innebär.

3 Teori

I det här kapitlet går vi igenom de teorier vi valt att använda oss av. Konsumtionssamhället förklarar individens behov av att konsumera för att känna en tillfredsställelse samt genom Mathieson och Walls linjära femstegsmodell se hur reseköpsbeteendet kan se ut hos konsumenterna. Moderniteten appliceras i den mån för att förklara samhällets utveckling och att individens livsstil förändras. Slutligen går vi igenom de etiska aspekter som läkare och kirurger följer och dels vad som är etiskt rätt och fel i vården.

3.1 Konsumtionssamhälle

Enligt Bauman (2008) är konsumtionssamhället ett slags samhälle som tilltalar, hälsar, frågar och väddar till sina medlemmar, främst i deras egenskap av konsument. Med andra ord är konsumtionssamhället ett slags samhälle som uppmuntrar, gynnar eller förstärker konsumtionens livsstrategier och livsstil samt motsätter sig kulturella alternativ. Det innebär att individen ska anpassa sig efter samhällets konsumistiska regler och att en sträng efterlevnad är det enda godkända valet. Anledningen till att acceptera den delen är för att uppnå ett villkor för medlemskap och anpassning till samhället (Bauman 2008, s. 62–63). I konsumtionssamhället bygger målet på löften som innebär att tillfredsställa mänskliga behov och begär. Samhället blomstrar så länge det lyckas göra sina medlemmars icke-tillfredsställelse till ett evigt tillstånd. Det som börjar som ett försök att kunna tillfredsställa ett behov slutar med att vara ett tvång eller ett beroende (Bauman 2008, s. 56–57).

Utifrån det har Bauman (2008) myntat begreppet konsumism, som är ett socialt arrangemang vilket är mer riktat till samhället i sig och inte individen. Det blir ett resultat utifrån det individen omvandlar i de vardagliga och permanenta behoven. Det ger en begäran till drivkraften i samhället eftersom den kraften samordnar systematisk reproduktion, social stratifiering, social integration samt mänskliga och kollektiva självidentifikationens processer. Begreppet konsumism avser i studien den industri som tillhandahåller individer med exempelvis upplevelser (Bauman 2008, s. 36).

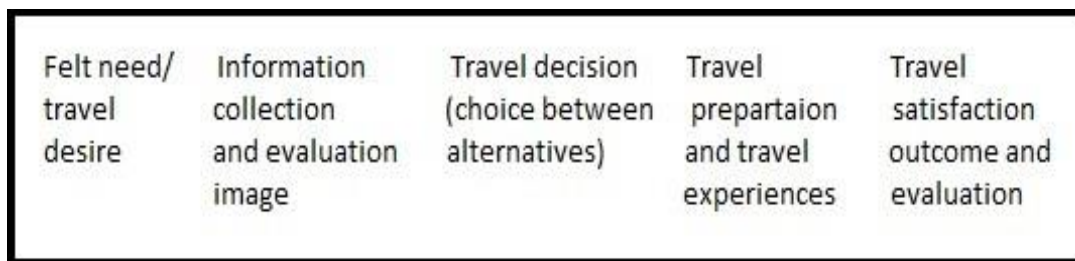
Enligt Kotler och Keller (2012) indikerar ett konsumentbeteende om hur individer, grupper och organisationer väljer, köper och använder varor och tjänster för att tillgodose deras egna behov och önskemål. För marknadsförare är det då viktigt att förstå konsumentens beteende för att rätt vara eller tjänst ska kunna produceras och konsumeras. Det finns tre viktiga faktorer för att förstå konsumentens beteende: kultur, subkultur och social klass. Kulturen är grundläggande för att förstå konsumentens önskemål. Subkultur är mindre grupper utifrån kulturen och det innebär att företagen måste specialisera sin marknadsföring för att kunna ge konsumenten det de vill ha. Slutligen är det social klass, eftersom de mänskliga samhällena visar på social stratifiering i form av sociala klasser, där fördelningen mellan låg-, medel- och hög klass har samma värderingar, intressen och beteenden så är skillnaden mellan dem själva produkten som ska konsumeras. Det finns olika varumärken och produktpreferenser inom olika områden som måste justeras efter de sociala klasserna som finns i det mänskliga samhället.

3.1.1 Femstegsmodell om reseköpsbeteende hos konsumenter

En mer riktad modell som avser konsumenternas beteende vid konsumtionen av olika val vid resor är utav Mathieson och Wall (1982). De har föreslagit en linjär femstegsmodell av reseköpsbeteende hos konsumenterna (se modell 3.1.1). Femstegsmodellen visar faktorer som påverkar konsumenternas val till resandet och destinationen. De fem stegen består av:

1. *Felt need/ travel desire*– Konsumenternas vilja att resa.
2. *Information collection and evaluation image*– Konsumenten letar efter information om platsen och deras image exempelvis genom word-of-mouth och bilder.
3. *Travel decision (choice between alternatives)*– Konsumenten väljer destinationen som de ska resa till, det kan finns flera alternativa destinationer.
4. *Travel preparation and travel experiences*– Konsumenten gör sig redo att resa iväg och uppleva syftet med resan.
5. *Travelsatisfaction outcome and evaluation*– Konsumentens egna erfarenheter som har samlats på under resan.

Modell 3.1 Linjär femstegsmodell av reseköpsbeteende hos konsumenterna



3.2 Moderniteten & självidentiteten

Moderniteten ses som en posttraditionell ordning där ett genomgående drag är tvivlet som sker i det moderna förnuftet. Det innebär att det tränger in i vardagslivet och skapar en existens hos indivden i dagens sociala värld (Giddens 1999, s. 10–11). Fenomenet innebär att ett nytt och modernare samhälle har vuxit fram samt att det sociala livet för individer globaliseras (Giddens & Sutton 2014, s. 83). I globaliseringen pågår det ett skapande och omskapande av individens självidentitet vilket baseras på de valen indivden gör i vardagen (Giddens & Sutton 2014, s. 105). Självidentiteten berör individens uppfattning om sig själv och vad denne identifierar sig med efter att ha formats av sociala aspekter (Giddens & Sutton 2014, s. 83). Enligt Thompson (2001) kan det ske utifrån individens fysiska omgivning men också från den digitala omgivningen, exempelvis media. Genom den digitala omgivningen kan individer integrera med andra även om de befinner sig på olika platser i världen. Det är något som kommer från den moderna världen där processer har förändrats och det är de som beskrivs som globalisering. Det är en process som ger upphov till interaktioner och ömsesidigt beroende (Thompson 2001, s. 187). Interaktionen sker via den moderna kommunikationens globalisering vilket har blivit ett regelbundet och allmänt inslag i individens sociala liv (Thompson 2001, s. 199).

Leon Festingers (1954) teori om social jämförelse handlar om att individer jämför sig med andra individer och de fenomenet har funnits sen länge. Teorin berör individens förmåga att kunna utveckla en självbild åt sig själv och det gör dem vanligtvis genom att jämföra sig med sin omgivning. Genom att jämföra sig med sin omgivning visar sig ansatser som gör att individen utvärderar sina färdigheter. Vidare menar Krizan (2018) att det idag finns komplexitet i fenomenet social jämförelse och han delar upp fenomenet i fyra funktioner. Den första funktionen är att individer jämför sig med andra för att skapa självkänedom och minska osäkerhet. Den andra funktionen är i jämförelsen med andra individer förhöjer och skyddar individen sitt egna välbefinnande. Den tredje funktionen är att individen jämför sig med andra för att förbättra sig själv och på det sättet ökar individens kunskaper och förmågor. Den fjärde och sista funktionen är att individer jämför sig med andra för att förbinda sig socialt och det uppstår genom social interaktion.

3.3 Etiska aspekter

Etik handlar om att fundera över vad som anses vara rätt och fel. Det etiska området som läkare använder sig av och ska följa är den normativa etiken, vilket handlar om att ge vägledning till läkare om vad som är rätt och fel (NE.se, u.å.).

Etiska frågeställningar finns inom alla mänskliga områden och vid medicinsk etik avser det ett område med etik där frågor inom ett speciellt område studeras. Inom det området finns det olika begrepp såsom medicinsk etik, omsorgsetik och vårdetik. Etiken är egentligen ett generellt begrepp, dock när det tillämpas på ett specifikt område exempelvis sjukvården får etiken åskådlighet från dilemman och frågeställningar inom det området (Etikens tre aspekter, u.å.).

Inom sjukvården och den medicinska branschen finns det fler etiska dokument som handlar om hur en läkare eller en sjukvårdare ska ta hand om patienter och handla inom olika situationer. Exempelvis så är Genève deklARATIONEN (1948) av The World Medical Associations en läkared som är internationell som även gäller för läkare i Sverige (Det Svenska Läkarförbundet, 2017). Eden är som en samling av de viktigaste reglerna som en läkare ska arbeta efter. En medicinares arbete handlar om att ta hand om patienten och en existerande fråga som finns är om plastikkirurgi är etiskt korrekt och om det finns något som bryter mot de etiska reglerna. Bognar (2011) diskuterar en utgångspunkt där den viktiga delen inom plastikkirurgi är autonomitet. Autonomitet innebär att patienten som ska behandlas ska vara väl informerad av läkaren om vad som kommer att ske, vad kommer göras och hur resultatet blir. Bognar menar att de mest pålästa och de mest kompetenta patienterna kan ha falska förhoppningar om resultat och då dyker frågan upp hur långt läkaren måste gå för att förklara för patienten hur resultatet kommer bli.

3.4 Sammanfattning

De teoretiska utgångspunkterna om konsumtionssamhället och konsumenternas beteenden används som stöd för att urskilja viktiga faktorer vid handlandet av resan till de klinikerna utomlands där konsumtionen av det kosmetiska ingreppet ska ske. Begreppet konsumism stödjer utförandet av kosmetiska ingrepp, för genom att lockas av industrins upplevelser blir det en del av varför kvinnorna i studien väljer att resa utomlands för att konsumera diverse kosmetiska ingrepp. Konsumtionssamhället berör dessutom den globalisering som idag pågår men globaliseringen i konsumtionssamhället gör att det blir lättare att ta sig runt om i världen. Det bidrar till att individerna lättare kan ta sig till platser där de vet att kompetenser till en del av ingreppen finns. Den linjära femstegsmodellen som förklarar reseköpsbeteendet hos konsumenterna, som i studien utgått från de kvinnliga respondenterna, används för att identifiera anledningen till valet av resandet och vilka faktorer som spelat en roll i valet av resan.

Moderniteten, självidentiteten och sociala jämförelsen handlar om att förstå hur det moderna samhället påverkar kvinnor att vilja uppnå ett visst ideal och hur det kopplar samman till den sociala jämförelsen. Genom att använda oss utav utgångspunkterna kan vi få en förståelse till varför respondenterna har valt att vilja genomgå ett kosmetiskt ingrepp samt kopplingen till moderniteten och globaliseringen. I de fyra funktioner om den sociala jämförelsen som Krizan (2018) lyfter upp så ligger fokuset i analysen på den första och tredje funktionen.

De etiska aspekterna inom sjukvården används vid analysen för att se hur patientvården upplevs och uppfattas av de sju respektive respondenterna. Då vi undersökte de styrande faktorerna vid val av att konsumera kosmetiska ingrepp utomlands är etik en stor del av det aktiva valet som en patient gör.

4 Metod

I det här kapitlet presenteras först två olika metoder som kan vara alternativa tillvägagångssätt i en studie, efter det redogörs metoden som studien baseras på och sedan studiens urval. Slutligen redovisas kritik mot metoden och hur intervjuerna hanterats samt en kortfattad diskussion om etiska aspekter inom forskning.

4.1 Överblick av olika tillvägagångssätt

Det finns två olika metoder att arbeta med, kvalitativ metod och kvantitativ metod. Med kvalitativ metod innebär det att forskaren exempelvis intervjuar, observerar eller utför en innehållsanalys och genom sin metod beskriver fenomenet i form av ord. Kvantitativ metod innebär oftast att en enkät skickas ut och svaren forskaren får in sammanställs till siffror. Kvalitativ metod undersöker fenomen på djupet och teorin har oftast en induktiv riktning och teorigenerering och den kvantitativa metoden undersöker fenomen på bredden och teorin har en deduktiv riktning och att forskaren gör en prövning av teorierna (Bryman 2011, s. 42). Deduktiv och induktiv riktning är två angreppssätt, där deduktivt innebär att forskaren arbetar med observationer och resultat utifrån teorin och induktivt motsvarar att forskaren bearbetar fram teorier utifrån observationerna och resultatet (Bryman 2011, 28). Den ontologiska riktningen inom kvalitativ metod är konstruktionism medan kvantitativ är mer objektivism. Ontologi betyder "vad som finns" och begreppet behandlar och handlar om sociala entiteternas art eller natur. Konstruktionismen avser att verkligheten är socialt konstruerat medan objektivism menar på att det finns en realism med andra ord något som är verkligt (Bryman 2011, s. 35–37).

4.2 Vårt metodval och dess kritik

Vi har använt oss av kvalitativ metod i studien dels för att vi inte är ute efter att se om de insamlade materialet har en generell giltighet utan vi vill undersöka fenomenet för att kunna skapa en djupare förståelse och för att sedan kunna beskriva helheten av det. Genom den kvalitativa metoden kan vi samla in information från respondenterna och på det sättet beskriva fenomenet ur ett verklighetsperspektiv. Verklighetsperspektivet i det sammanhanget innebär "vad som finns", det vill säga att de kvinnliga respondenterna reser utomlands för att konsumera kosmetiska ingrepp. På det sättet berör vi verklighetens sociala struktur vilket är utifrån den ontologiska riktningen konstruktionism. Vi har även arbetat utifrån ett induktivt angreppssätt vilket innebär att vi bearbetat fram teorier utifrån resultatet. Den kvalitativa metoden bidrog till att vi kunde vara mer flexibla i intervjuerna eftersom vi då har möjlighet att kontakta respondenterna om någon fråga skulle behöva tilläggas eller att mer information måste in.

Eriksson och Hultman (2014) belyser några exempel på vad forskaren bör tänka på för att få en så utförlig intervju som möjligt, vilket också ökar sanningen i de påståenden som ska fås ut av intervjun. Ett exempel är att vid fysiskt möte med informanten kan situationen tolkas och kroppsspråket avläsas. Vid enkäter och kontakt över telefonen försvinner de möjligheterna. Genom att kunna tolka situationen samt läsa av kroppsspråket går det att se

vad som är sant eller påhittat genom att avläsa hur respondenten betar sig eller reagerar på frågan. Intervjuaren ska ha så öppna frågor som möjligt, för på det sättet kan eventuella oklarheter redas ut och det bidrar till att svaren kan stärkas. Svaren kan även få ett vinklat perspektiv, de kvinnor som upplevt och har en negativ bild på en klinik eller kirurg kan komma att ge ett material som är negativt vinklat. Medan en person som har upplevt sin vistelse, kirurg samt klinik som det vart hos som positivt, kan komma att generera ett positivt material.

Tillförlitlighet, giltighet och trovärdighet är tre aspekter som studien ska uppnå i så lång utsträckning som möjligt. Studiens tillförlitlighet avser i vilken utsträckning vi eller någon annan forskare skulle få samma resultat om studien skulle upprepas. Exempelvis om fenomenet visar på samma struktur eller om samma fenomen upptäcks. Studiens giltighet handlar om i vilken utsträckning vi lyckats föra över de teoretiska begreppen till något empirisk mätbart samt att trovärdigheten i studien avser de insamlade materialet som ska vara relevant för den problemställning studien baseras på (Trost 2010, s. 131–134).

Intervjuerna med fem av de kvinnliga respondenterna som valt att göra sitt ingrepp utomlands har utförts via mejlkontakt, det betyder att vi inte har kunnat tolka situationen eller avläsa deras kroppsspråk. Det betyder att trovärdigheten minskat då vi inte har möjlighet att reda ut missförstånd, dock vände vi oss till kvinnor som har befunnit sig i en situation för det ämne vi undersökt och som säkerligen valt att berätta utförligt om deras upplevda situation utomlands. På det sättet kan vi få ut tänkbara faktorer som valt att styra respondenterna till valet att resa utomlands för att konsumera ett visst kosmetiskt ingrepp. Intervjuerna är halvstrukturerade vilket innebär att vi ställt samma frågor till de kvinnliga respondenterna samt att intervjun har varit flexibel. Det innebär att intervjun har haft samma riktning och vi har kunnat ställa frågor efteråt om det skulle behövas mer information. Den typen av intervju gör att tillförlitligheten ökar eftersom de frågor vi ställer kan en annan forskare utgå från.

Det utfördes en halvstrukturerad intervju med Jan Jernbeck, dels för att ha en så riktad intervju som möjligt som kunde vara flexibel för att kunna fånga upp fenomenet så tydligt som möjligt. I och med att vi utförde intervjun med Jernbeck personligen kunde vi fånga upp kroppsspråket och tolka situationen. I samband med intervjun blev vi visade runt om i kliniken, där vi fick se operationssalarna, vilorummen och rummet där konsultationen sker. Vi fick dessutom möjligheten att besöka Jernbecks kontor, hälsa på andra läkare samt se tekniska instrumenten som används för att framställa exempelvis 3D bilder hos de patienter som vill genomgå bröstplastik och näsplastik. På det sättet fångade vi upp ett flertal infallsvinklar om hur en vistelse se ut, hur kirurger arbetar på en klinik och vad en svensk klinik har att erbjuda sina patienter.

Slutligen utfördes en halvstrukturerad telefonintervju med Esra Gülhan som arbetar för bolaget Skönhet by Esra. Då Gülhan befinner sig i annan region i Sverige fanns det ingen möjlighet att träffa henne, därför har det lett till att vi inte kunde fånga upp kroppsspråk eller tolka situationen då vi genomförde intervju via telefon.

4.3 Urval

För att samla in material som ligger nära den verklighet vi vill undersöka användes kvinnor som vistats utomlands för att genomgå ett kosmetiskt ingrepp eftersom studien går ut på att belysa de faktorer som styr kvinnorna till att konsumera ett ingrepp utomlands. Urvalet har gjorts utifrån ett antal utvalda kriterier. Kriterierna vi utgick från är att kvinnorna ska ha utfört ingreppet utomlands samt att det ska ha varit ett kosmetiskt ingrepp och inte i ett medicinskt syfte.

Vi har valt ut fem kvinnor från två Facebookgrupper, Pink room och Honey and the bees, för en närmare presentation av kvinnorna se tabell 4.1. Facebookgrupperna är skapade enbart för kvinnor och icke-binära. Pink room består av ca. 112 000 medlemmar och Honey and the bees består av ca. 139 000 medlemmar. Kosmetiska ingrepp är ett värtaligt ämne i grupperna och vi kontaktade fem stycken kvinnor som gått under kriterierna, det vill säga kvinnor som utfört ett eller flera ingrepp utomlands. Vi gav utförlig information i ett informationsbrev (se bilaga 1) om vad studien handlar om och vilket fenomen vi undersöker. Fullständig intervjuguide för de fem kvinnorna som utfört ingreppet finns i bilaga 2.

Tabell 4.1 Presentation av kvinnorna

| Alias | Typ av ingrepp | Vilket land ingreppet utfördes i | Typ av boende | Hur gamla de var vid ingreppet | Hur länge vistelsen var på destinationen | Typ av intervju & när de samlades in |
|--------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| Moa | Näsplastik | Turkiet | Hotell | 21 | 9 dagar | Mejl - 2018-04-02 |
| Nikki | Näsplastik | Kosovo | Semesterlägenhet | 18 | 14 dagar | Mejl - 2018-04-02 |
| Petra | Näsplastik | Turkiet | Eget boende genom närstående | 20 | 8 dagar | Mejl - 2018-04-03 |
| Olivia | BBT (Brazilianbutt lift) | Turkiet | Hotell | 25 | 7 dagar | Mejl - 2018-04-17 |
| Bea | Fettsugning haka | Dubai | Hotell | 20 | - | Mejl - 2018-04-17 |

Den 11 april genomförde vi en intervju med Jan Jernbeck som är specialist i plastikkirurgi och en av grundarna av Akademikliniken som ligger i Stockholm. Intervjun utfördes på kliniken och varade ca. 1 timme och där ingick det även en observation av kliniken samt beskrivning om hur vistelsen på kliniken ser ut för en patient. Vi valde att intervjua honom för att förstå en kirurgs synsätt till att konsumera kosmetiska ingrepp utomlands samt hur de etiska aspekterna kan ha en påverkan på de valet konsumenterna gör. Fullständig intervjuguide finns i bilaga 3.

Slutligen intervjuades Esra Gülhan den 30 april, hon driver bolaget Skönhet by Esra. Bolaget arrangerar resor ner till Turkiet, där bolaget, olika hotell och ett sjukhus samarbetar med varandra. Genom att kontakta bolaget finns det en koordinator som hjälper patienten att boka tid för ingreppet, anordnar transport på destinationen samt bokar hotell. Intervjun utfördes via telefon och varade ca. 45 minuter. Vi valde att intervjua Gülhan då vi vill se hur ett bolag i Sverige arbetar med att patienter ska resa utomlands för att genomgå ett kosmetiskt ingrepp. Fullständig intervjuguide finns i bilaga 4.

4.4 Hantering av intervjuerna

För att vi skulle kunna analysera intervjuerna som samlades in valde vi att koda, tematisera och summera materialet. Kodning innebär att hitta mönster och det är för att göra materialet mer hanterbart, centrala drag ska finnas och studeras. Flera genomgångar av materialet gjordes för att vi skulle kunna känna de koder som skulle studeras, koderna ska sedan tematiskt återspegla materialets huvudinnehåll. Tematiseringen innebär att vi sorterade koderna i relation till varandra, det är en del av det avgörande av själva analysen. Sedan innebär det att hitta kopplingar och mönster, det i relation till de teoretiska utgångspunkterna och frågeställningarna samt i det förhållande om kunskapen som vi har fått utvecklat under kodningen av materialet. Slutligen summerades materialet och det innebär att vi dragit slutsatser utifrån den växelvisa processen mellan kodning och tematisering, det gjorde att vi kunde beskriva och förklara det fenomen som studerats (Hjerm m.fl., 2014, s. 37–41).

4.5 Diskussion om etik i studien

För att anpassa oss inom de fyra etiska aspekterna har vi valt att gå efter vetenskapsrådets (2002) fyra etiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. De fyra etiska principer består av informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekravet. *Informationskravet* innebär att vi som forskare har skyldighet till att informera respondenten om vad studiens syfte är samt vad det innebär om denne person ställer upp för deltagande. *Samtyckeskravet* innebär att forskare behöver få respondentens samtycke och det innebär att respondenten informeras om vad som gäller vid deltagandet. *Konfidentialitetskravet* innebär att respondenten förblir anonym i studien samt att intervjuerna bara ska användas i studiens syfte och att det inte lämnas ut för annat bruk. Det går in i det sista kravet som är *nyttjandekravet*, det innebär att materialet enbart är för studiens syfte och får inte användas i annan forskning.

I studien förhåller vi oss till de fyra etiska aspekterna i den mån att vi har informerat respondenterna om studiens syfte och om det ämne vi undersöker samt att vi informerat dem om att svaren kommer att användas som material för att kunna besvara studiens frågeställningar. Sedan förblir kvinnorna helt anonyma i studien och de benämns med andra namn som inte identifierar deras egentliga namn. Jan Jernbeck nämns med hans riktiga namn vilket vi fått samtycke till samt att klinikens namn får skrivas ut. Esra Gülhan gav samtycke att vi får nämna hennes namn och hennes bolag Skönhet by Esra men att sjukhuset i Turkiet och kirurgen inte fick nämnas i studien. Samtliga svar från intervjuerna har behandlats

konfidentiellt och att materialet som vi fått in kommer enbart att användas för studiens ändamål. De har haft möjlighet att avbryta sitt deltagande utan att behöva ange orsaken till det när som helst under studiens gång. Vid valet att ställa upp för intervju har vi fått ett samtycke att vi får använda deras svar till studien.

5 Empiri

I det här kapitlet går vi igenom de materialet som samlats in utifrån intervjuerna. Till en början belyser vi konsumtionen av kosmetisk turism för att sedan gå in på skapandet av identitet vid den typen av resande. Slutligen går vi igenom de belysande faktorer som styr valet av att konsumera kosmetisk turism och vilken roll etiska aspekter ska ha i valet av att konsumera kosmetisk turism.

5.1 Konsumtion av kosmetisk turism

Jernbeck menar att individer väljer att resa till andra länder för att konsumera ingrepp för den kvalité och kompetens de tror att kliniken besitter. Han menar på att det har att göra med globaliseringen och med flyttandet av människor att göra. Många av de patienterna som Jernbeck hört talas om har valt att resa till länder som Iran, Irak, Libanon eller Syrien. Jernbeck menar att det är vanligast att genomföra näsplastik i de länderna på grund av att individer i de länderna tenderar att ha stora näsor, vilket har bidragit till att näsplastik blivit stort där och att kirurgerna har bra kompetens inom det området. Jernbeck beskrev att valet av kirurg och klinik vid estetiska ingrepp har många olika faktorer. Han belyser att allt beror på vem patienten är, det finns exempelvis de som söker kvalité och hög kompetens, då letar patienten efter den bästa kirurg som finns. Individerna har då oftast inga förhinder i fråga om pengar, de är villiga att lägga den summan som behövs för att få det bästa resultatet. Jernbeck menar dessutom att det finns en stor del som åker till så kallade lågprisländer såsom Polen, Thailand och andra balkanländer för det visar sig vara billigare där.

Jernbeck samt Gülhan har liknande förklaringar kring kompetenser. Gülhan menar på att de som valt att resa utomlands gör det för att det finns kirurger med mer kompetens i utlandet än i Sverige. Hon erkänner att förr i tiden har valet av att genomgå ingreppet utomlands skett på grund av priset, men att det inte är så längre. Enligt Gülhan har patienterna samlat på sig information på vad de vill göra och speciellt vart de vill göra sitt kosmetiska ingrepp innan de kontaktar hennes bolag. Vidare menar hon att en större del av patienterna valt bolaget på grund av de långa vårdköerna som finns i Sverige.

Något annat som Jernbeck menar på är att många resor är inriktade till länder som vanligtvis förknippas med sol och bad vilket inte är något som patienterna egentligen ska bry sig om. Han förklarar att vid ingrepp av större karaktär, som bröstplastik, är det inget som patienten kommer kunna nyttja. Efter större ingrepp är patienten inlindad i bandage och majoriteten vill oftast ligga inne på sina rum och vila upp sig eftersom patienter oftast inte vill vistas ute med bandage och gips. Exempelvis vid observationen på Akademikliniken visade Jernbeck en trappuppgång vilket används som en bakväg från våningen med operationssalarna och patientrummen och ner till våningen med reception och kirurgernas kontor. Den används av de patienter som inte vill visa sig efter ett utfört ingrepp.

Gülhan berättar hur patienterna som åker med deras företag stannar en natt på kliniken efter ingreppet och sedan flyttar tillbaka till hotellet som de bor på. Hon berättar att de flesta

patienterna blir sängliggande upp till den tredje dagen efter ingreppet innan de kan börja röra sig mer och semestern börjar, därför har de flesta av deras hotell shoppingcenter och restauranger i anknytning till hotellbyggnaden.

Moa åkte till Izmir i Turkiet via ett bolag från Sverige. Genom bolaget fick hon vägvisning om vilka hotell som låg i närheten men att det var något hon stod själv för och valde själv. Kliniken låg nära en hamn och hon vistades på destinationen i nio dagar. I resan ingick det ett kosmetiskt ingrepp, ett möte med kirurgen samt två återbesök. Petra åkte likaså till Turkiet fast till staden Istanbul. Hon vistades på destinationen i åtta dagar och beskrev kliniken som "megastor" och att hon fick en känsla av ett lyxigt hotell. Hon beskriver att alla rum hade olika teman och det rummet hon fick hade temat "Maldives", vilket innebar att hon hade en fondvägg med foto från Maldiverna på. Nikki däremot åkte till Kosovo och betalade flyg och ingreppet separat, hon hade redan semesterlägenhet där och valde därför att spendera två veckor på destinationen. Olivia åkte ner med ett bolag från Sverige, där hotell och flyg inte ingår i paketet men att bolaget tipsar om hotell, vilket i det här fallet var ett lyxhotell som medförde att vistelsen blev förstklassig. Slutligen var det Bea som var i Dubai på semester och inte hade planerat in något ingrepp, utan två dagar innan hemresan till Sverige valde hon spontant att fettsuga hakan. Hon bodde redan på ett hotell hos en närstående och det var inga problem för henne att fortsätta sin semester efter ingreppet, vilket resulterar i att hon kunde både shoppa och äta.

Att genomgå ett ingrepp utomlands är inget Jernbeck rekommenderar. Han förklarar att det krävs många återbesök, oberoende av vilken typ av ingrepp patienten genomför samt att ingen är skyddad mot komplikationer. Många patienter tror, enligt Jernbeck, att det blir billigare att konsumera ingreppet utomlands för att engångssumman för själva ingreppet är lägre än hemma. Om patienten får komplikationer, som kan bestå av allt från infektioner till blödningar, ska återbesöket ske på samma klinik som patienten genomfört sitt ingrepp på. Det blir då en extra kostnad för flyg, boende och nytt besök, då kommer priset för ingreppet stiga och det kan i slutändan bli dyrare att konsumera ingreppet utomlands än vad det hade blivit om ingreppet genomförts hemma i Sverige. Gülhan beskriver att om det uppstår komplikationer för patienterna ordinerar de att i första hand kontakta sin patientkoordinator i Sverige samt kirurgen i Turkiet och sedan kan de bli rekommenderade till att söka vård hos en vårdcentral i Sverige och vid akuta fall ska de besöka akuten eftersom det inte finns möjlighet att ta sig ner till Turkiet om akuta komplikationer uppstår.

5.2 Identitetsskapande vid kosmetiska ingrepp

Jernbeck som arbetat som kirurg i drygt 30 år förklarar att kosmetiska ingrepp är något som under en lång tid har varit tabubelagt. Tatueringar och fillers var inte något som individer gick och gjorde, dock är det idag som en ny trend och var och varannan människa har gjort en tatuering på kroppen eller fillers i ansiktet. Jernbeck förklarar kortfattat hur han ser på det gamla tabubelagda fenomenet och hur det utvecklats

Man ser på ett annat sätt på att hantera sin kropp, att träna sin kropp till att tatuera den eller kanske göra formförändringar på kroppen, att göra plastikkirurgi. Det är inte så märkligt att ta bort påsar under ögonen eller har bröstet säckat ihop efter graviditeter eller man lyfter dem eller fyller ut dem eller magen blir ful efter förlossningen. Man gör förändringar och det ses inte så konstigt.

Jernbeck förklarar att det finns de individer som vill korrigera sina könsorgan men kliniker i Sverige utför inte det bara för att en patient önskar det. De individerna måste till en början diskutera ingreppet med en psykolog och dels att Sveriges lagstiftning innefattar regler som måste efterföljas vid den typen av ingrepp. Det är en lång process som inte alls är lika omfattande utomlands. Anledningen till att det är en lång process och att patienten får gå och prata med psykolog innan är för att det är ett ingrepp som påverkar personens identitet i grunden.

Gülhan berättar att det oftast är unga tjejer som tar snabba beslut om att genomgå ett ingrepp. Bolaget har valt att inte skicka iväg ett flertal tjejer för att de ska tänka igenom sitt beslut en extra gång. Exempelvis så utförs inte ett ingrepp där de handlar om att bröstet ska opereras gigantiska utan att de ska förbättras efter en graviditet eller missnöje om storlek. De vill tänka på patientens psykiska tillstånd och att patienten ska känna sig säker genom hela förloppet. Innan de reser utomlands får patienterna besöka bolaget hemma i Sverige där de får information om hur resan går till samt om destinationen, men även sjukhuset som patienten ska vistas på och kirurgen som ska utföra ingreppet.

Anledningen till att Petra, Nikki och Moa utförde sina ingrepp var för att de kände sig missnöjda med sina näsor. Två av dem hade haft problem med broskbildningar från födseln medan den tredje hade fått sin broskbildning från att ha brutit näsan. Petra uttryckte att hon hatade sin näsa från profil medan Nikki ville fixa sin efter att ha brutit den tre gånger som barn. Olivia och Bea var däremot inte missnöjda med sina kroppar utan påstod att ingreppen de genomfört var till för att förbättra kroppen som de redan har. Olivia uttrycker att hon är väldigt smal och har inte haft någon rumpa på flera år, genom att använda fett från kroppens andra delar kunde kirurgen hjälpa henne att fylla ut den delen. Bea däremot förklarar sig som blind, hon har tidigare utfört olika ingrepp och vill bara fortsätta förbättra sin kropp. Hon påpekar att det är sociala medier som inspirerat henne till att genomgå ingrepp för att se äldre ut då hon uppfattat sig själv ha ett ungt ansikte.

5.3 Belysande faktorer vid konsumtionen av kosmetiska ingrepp

Jernbeck poängterar att den viktigaste delen vid ett kosmetiskt ingrepp är konsultationen. Han påpekar att det är viktigt att patienten och kirurgen kommer överens och förstår varandra innan ingreppet genomförs. Jernbeck lyfter fram Akademikliniken som ett exempel där det sker ett flertal konsultationer innan själva ingreppet genomförs. I jämförelse berättar Gülhan att det inte sker någon konsultation innan patienterna åker ner till Turkiet, utan konsultationen sker när patienten är på plats i Turkiet vid första vistelsen på sjukhuset, vilket då motsvarar dagen innan ingreppet.

Jernbeck belyser även tre andra punkter som han anser är viktiga, vilka är säkerhet, kommunikation och uppföljning. De tre punkterna är viktiga för att patienten ska få en bra upplevelse.

Säkerheten är en viktig del av yrket för läkare, det är en underliggande faktor i läkarnas etiska regler. Jernbeck anser att allt som en läkare, medicinare eller en sjuksköterska gör ska utföras utifrån patientens säkerhet.

Kommunikation blir en viktig del för att patienten och kirurgen ska kunna förstå varandra samt för att patienten ska få bra resultat. Det är något som Jernbeck anser kan vara en nackdel med att konsumera ett ingrepp utomlands, det kan vara så att patienten inte behärskar språket och då kan de uppträffa missförstånd i kommunikationen. Det kan leda till att patienten inte får resultatet som den önskat sig och lämnar kliniken missnöjd och utan att kunna uttrycka sitt missnöje. Jernbeck förklarar att

[...] kulturskillnader, det är mycket som spelar in har jag märkt när jag har varit på olika delar av världen och behandlat. Vi har ju en ganska öppen doktor till patientrelation. Vi pratar med varandra. Vissa delar av världen så går patienten in och så är det "Jaha, doktorn vet" och sen går dem ut liksom. Och så blir inte bröstet alls vad de hade tänkt sig. Doktorn kanske älskade stora bröst, men patienten ville ha något helt annat. Så att det är lättare att kommunicera på sitt eget språk och med sin egen kultur. Det tror jag är en ganska bra start så att man förstår varandra, det är en utgångspunkt.

Att kunna kommunicera med varandra, patient och läkare, är en viktig faktor för att patienterna ska känna sig trygga, Gülhan förklarar i likhet med Jernbeck att

[...] tryggheten är också språket, vår personal kan prata engelska eller svenska. Så då kan kirurgen prata på engelska och all vår personal pratar engelska, det ska inte finnas språkbarriärer. Och de som inte är så bra på engelska de väljer att åka iväg på gruppresa och den svenska tolken finns nära. [...] patienterna ska förstå vad det är som händer runt om dem på dagen av operationen och efter, så det är helt förståeligt och så att kirurgerna är helt säkra på att patienten har förstått vad man har sagt, det är jätteviktigt.

Vidare menar Jernbeck att de som väljer att operera sig i utlandet gör det för att patienterna kan ha ursprung därifrån, de kan tycka att det är bekvämare att kunna kommunicera med en kirurg på sitt modersmål, vilket ses som en fördel från deras perspektiv.

Sist är uppföljningen, Jernbeck menar att patienten behöver återkomma ett flertal gånger för kontroller och eventuella kompletteringar. Han beskriver att vid vissa ingrepp återkommer patienten efter några dagar, sedan några gånger med veckors mellanrum och slutligen blir det en årlig uppföljning. På sjukhuset i Turkiet så säger Gülhan att det sker ett återbesök under sin vistelse sedan håller patienten kontakt med sin kirurg och koordinator över telefon.

Några av belysande faktorerna utifrån respondenterna som påverkar valet av att resa utomlands för att konsumera ett kosmetiskt ingrepp är priset, kompetensen, tillit och missnöje med kroppen. Priset är en faktor i viss mån för valet att resa utomlands, samtliga

respondenter har själva varit medvetna om att deras ingrepp varit billigare på destinationerna där ingreppet genomförts. De nämner dock att priset inte har varit någon bidragande faktor för valet av land och klinik. Nikki berättar att hon inte tänkte på priset när hon skulle genomföra sitt ingrepp men att det idag hade varit en faktor för valet av att resa till Kosovo istället för att genomföra ingreppet i Sverige. Olivia berättar att fastän pengarna finns för att operera sig i Sverige eller i utlandet så har hon valt att resa till Turkiet för genom word-of-mouth fått indikatorer på att det finns högre kompetens hos kirurgerna.

Kompetensen är en annan faktor som visat sig vara viktigt i valet av kirurg och klinik. Moa opererade sig i Turkiet och anser att Sverige inte har samma kompetens eller håller lika bra hygien som i Turkiet. Petra påpekade i sin intervju att hon upplevde det som att hon fick bättre vård på sjukhuset i Turkiet där hon utförde sitt ingrepp. Jernbeck möter påståendena med förklaringen att Sverige har välutbildad personal och att utbildningsnivån i Sverige är betydligt högre än i många delar av världen. Han menar att svenska kirurger har ett gott rykte inom läkarvärlden internationellt. Det kan visas genom att Akademikliniken tar emot något som de kallar för "fellows". Det är kirurger från utlandet, exempelvis Tyskland och Italien, som kommer till Akademikliniken för att lära sig av Jernbeck och andra kirurger som arbetar på kliniken. Gülhan anser att kirurgerna i Turkiet har högre kompetens inom plastikkirurgi än kirurgerna i Sverige. Hon påpekar att det finns två eller tre kirurger som genomför BBL (Brazilianbutt lift) i Sverige medan kirurgerna i Turkiet är mer rutinerade inom de ingreppen. Gülhan anser dessutom att den unga åldern på kirurger i Turkiet har en fördel, då de lär sig de nya teknikerna som utvecklas i samband med det moderna samhället.

Slutligen är tilliten det som visade sig vara en annan viktig faktor som ska finnas till både kirurgen och kliniken eftersom de är något behövs när patienten ska genomgå en stor förändring på sin kropp men det är något som respondenterna har delade meningar om. Enligt Moa var det oerhört viktigt att hon hade tillit till kliniken som hon valde. Både Moa och Petra sökte efter information för att få reda på vem deras kirurg var och hur nöjda andra individer varit med kirurgerna. Nikki valde dock en klinik som en av hennes bekanta hade positiv erfarenhet hos. Enligt henne var det inte lika viktigt vem kirurgen var utan mer om vilken klinik det var. Likaså har Bea haft tillit till kliniken då hon genom word-of-mouth fått höra att kirurgen som skulle utföra ingreppet är bra. Tilliten var en viktig del för henne för att våga genomgå ingreppet på kliniken samt att kirurgen skulle ha positivt rykte om sig från för de tidigare ingrepp som utförts.

5.4 Etikens roll för kirurgerna

Den etiska rollen en kirurg har är viktig för patienten, det är för att processen som patienten genomgår ska vara positiv eftersom ingreppet innebär en förändring av kroppen. Jernbeck poängterar i intervjun att kirurgens uppgift är att patienten ska må bättre psykiskt efter det genomförda ingreppet och att fokuset hos kirurgen ska ligga i att förbättra livskvalitén hos patienten. Jernbeck förklarar det som att

Målet är, med vad vi gör - oavsett om det är att bygga upp ett bröst efter cancer eller fylla ut en tom byst eller fixa magen efter en graviditet eller göra ett ansiktslyft på någon som vill kunna tappa fejsen - det är ju att man ska må bättre av det. Förbättra livskvaliteten. Det är inte att man ska se perfekt ut [...].

Jernbeck förklarar att målet med ingreppet är att få bort de negativa tankarna som patienten har om sin kropp. Han lägger stor vikt på att plastikkirurgi inte handlar om att få en patient att se perfekt ut, utan det ska handla om att patienten ska få tillbaka sin livskvalité. Jernbeck talar kort om att en del av plastikkirurgi är svårare att genomgå i Sverige än i utlandet, ett exempel som han lyfter upp är könskorrigeringar. Han berättar att i Sverige är det en lång process för att få den typen av operation då lagstiftningen i Sverige är annorlunda och inkluderar bland annat en djupgående psykologisk utvärdering då könskorrigering är en stor förändring för kroppen.

I Sverige måste alla plastikkirurger genomgå en utbildning för att få certifikat inom plastikkirurgi. Den utbildningen är sex år långt och för att bli en certifierad kirurg krävs det dessutom ett par år av erfarenhet för att få ingå i Svensk Förening för Estetisk Plastikkirurgi (SFEP). Jernbeck poängterar att det är viktigt som kirurg att inte använda de billigaste produkterna som finns exempelvis när det gäller bröstimplantat. Han förklarar att det som kan göra det svårt vid komplikationer av implantat är att implantaten inte går under läkemedelslagstiftningen utan den går under implantatlagstiftningen, vilket innebär att de inte ställer lika höga krav på implantaten. Jernbeck sammanfattar plastikkirurgi som yrke med

[..] säkerhet, kommunikation, följa patienterna och känna att dem ska ha en trygghet i sina val. Läkaryrket, ser man läkaryrket tror jag att alla tar det på största allvar, liksom inget man rycker på axlarna åt. Det här är på riktigt.

6 Analys

I det här kapitlet analyserar vi det insamlade materialet från empirin. Först analyseras konsumtionen av kosmetisk turism sedan går vi in på de kosmetiska ingreppens effekterna på kvinnors självbejakande som kan uppstå vid valet av att konsumera kosmetiska ingrepp och slutligen analyseras de etiska aspekterna som läkarna ska följa inom vården samt faktorerna som spelat en roll vid valet av att konsumera kosmetisk turism.

6.1 Konsumtionen av kosmetisk turism

I samma riktning som Jernbeck talar om att kosmetiska ingrepp ökar beskriver likaså Connell (2006) att medicinsk turism sannolikt kommer öka ännu snabbare i framtiden. I det resonemanget finner vi stöd från att kosmetiska ingrepp Sverige ökar med 15% varje år och i en tid av globalisering växer antalet patienter som söker kirurgisk behandling utomlands. Jernbeck indikerar på att fenomenet är under utveckling och att det blir vanligare att konsumera kosmetiska ingrepp. Dels för att omskapa och förändra sin kropp för att trivas med den men dessutom för att följa med i de påverkande trenderna såsom vältränade kroppar, tatueringar och kosmetiska ingrepp. Healy (2009) beskriver termen kosmetisk turism som att det var tänkt att beskriva resan utanför sitt huvudsakliga bosättningsland för en kirurgisk förfarande och därmed hänger det samman med den växande industrin. Konsumtionssamhället visar på att de är ett slags samhälle som tilltalar sina medlemmar vilket utgör patienterna. Med det växande fenomenet inom resande turism och ökade ingrepp blir konsumtionssamhället ett samhälle som vill uppmuntra och förstärka livsstilar. Med den teoretiska utgångspunkten om konsumism kan de kopplas samman i det som Jernbeck menar med att patienter idag söker efter kvalité och kompetenser som de tror att kliniker utomlands besitter. Därför blir det ett globalt resande för rätt konsumtion av ingrepp beroende på patientens behov och önskemål. För att individer ska konsumera kosmetisk turism behöver det marknadsföras utifrån konsumenternas önskemål. Kliniker och kirurger utomlands vill erbjuda det patienten efterfrågar vilket blir enligt i det Kotler och Keller (2012) beskriver om indikationerna på konsumentbeteende.

Bauman (2008) menar på att konsumtionssamhället uppmuntrar, gynnar eller förstärker konsumentens livsstil och för att bli accepterad av samhället och känna en anpassning till samhället är det viktigt att anpassa sig till konsumistiska regler. Det kan vara en anledning till att resandet ökar, endast för att individer känner en större press att passa in och skapa acceptans i det moderna samhället, vilket går in i Giddens (2014) och Festingers (1954) teorier om modernitet, självidentitet och social jämförelse som i analysen är sammansatta som självbejakande.

Utifrån Mathieson och Wall (1982) linjära femstegsmodell har vi analyserat reseköpsbeteende hos konsumenterna, vilket motsvarar de kvinnliga respondenterna som utfört sina ingrepp utomlands:

1. Konsumentens vilja av att resa - Vid det här steget har de kvinnliga respondenterna valt att de vill konsumera och genomgå ett ingrepp för att förbättra eller ändra sitt utseende, vilket blir syftet med resan.
2. Konsumenten letar efter en destination - De har börjat undersöka vilka länder, kliniker och kirurger det finns som alternativ för att utföra det valda ingreppet. Det innefattar att de söker efter information om det ingreppet som ska utföras. Här blir de faktorer som kan ha påverkat valet synligt genom kostnader, kvalitet, tillit och missnöje med kroppen. Patienterna letar upp destinationer där det finns positiv feedback om kliniken och kirurgen.
3. Konsumenten väljer en destination att resa till - De väljer vilken klinik de vill åka till. I studien gäller valet mellan att åka till en klinik i Sverige eller att resa till en klinik i utlandet. Här spelar faktorerna från föregående steg roll, de kommer fram till och avgör vilken destination, klinik och kirurg som patienten väljer.
4. Konsumenten gör sig redo att uppleva syftet med resan - De har gjort ett aktivt val att resa utomlands och genomgå sitt ingrepp. Stegen behandlar perioden från när patienten lämnar Sverige till när de kommer hem då hela resan till utlandet är en del av upplevelsen att genomgå ett ingrepp utomlands.
5. Konsumentens erfarenheter - De kommer hem och återgår till sitt vanliga liv hemma. De har fått erfarenheter från sin resa och hela föregående process och det är inte förrän vid det här steget som patienten kan tänka och känna efter hur det har gått. Vidare leder det till att föra den insamlade kunskapen till andra personer i dennes omgivning.

6.2 Individens självbejakande vid konsumtionen av kosmetiska ingrepp

Petra, Nikki och Moa har en gemensam nämnare och det är att de har utfört sina ingrepp för att de har varit missnöjda med sina näsor medan Olivia och Bea har gjort sina ingrepp dels för missnöje men också för att förbättra sina utseenden. Som Jernbeck nämnde så blir det allt vanligare att individer konsumerar ingrepp för att förbättra sina utseenden, som efter exempelvis en graviditet men också att trender ökar och därför går fler och skaffar exempelvis botox och fillers. Därför kan vi spekulera och grunda det i Giddens (2014) teori om individens identitetsutveckling i det senmoderna samhället. I och med att globaliseringen är ett pågående fenomen så omskapar individerna sin självidentitet och eftersom det baseras på de val individen gör i vardagen såsom att genomgå ett ingrepp för att skapa sig en bättre bild av sig själv.

I individens självbejakande finns det en komplexitet utifrån den sociala jämförelsen, som Krizan (2018) poängterar så finns det fyra funktioner. Två av funktionerna som utmärker sig är för det första att individer jämför sig med andra för att skapa självkänedom och minska osäkerhet vilket stödjer det Bea har gjort i sitt fall med sociala medier. Den andra är att individen jämför sig för att förbättra sig själv och på det sättet ökar deras kunskaper och förmågor, vilket kännetecknas i det som de kvinnliga respondenterna har nämnt som anledningar till varför de valt att konsumera kosmetiskt ingrepp. Deras ingrepp har gått ut på att förbättra sig och öka deras förmåga att känna tillfredsställelse till sitt egna utseende.

Slutligen är självidentiteten något som formas av sociala aspekter och som blir synligt i Beas fall, hon har blivit påverkad av sociala medier och därefter velat göra ingrepp för att förbättra utseendet samt för att se äldre ut. Där blir det tydligt att självidentiteten har identifierats utifrån de sociala aspekter som finns i individens sociala omgivning, det är ett resonemang som grundar sig i Festingers (1954) teori om social jämförelse. Individen utvecklar en självbild som tenderar att utträta en positiv sak som får individen att känna en tillhörighet. I det Thompson (2001) menar på att interaktionen mellan individer sker via digitalisering såsom sociala medier vilket blir förstäligt med dagens internetuppkoppling. Sociala medier påverkar, vilket innebär att individen lättare kan jämföra sig med sin fysiska omgivning samt genom sin digitaliserade omgivning. Genom att integrera med sin fysiska och digitala omgivning kan individen uppnå positiva känslor, som att känna sig nöjd med utseende eller känna tillhörighet till de grupper som den vill ingå i eller känna till samhället. Sterodimas m.fl. (2011) menar på att utseendet påverkar starkt hur en människa agerar och förhåller sig i sociala situationer då det kan sänka självförtroendet hos en del individer och påverka den sociala acceptansen vilket berör det de kvinnliga respondenterna som konsumerat ingrepp på grund av missnöje över kroppen. Där handlade det om de globaliserade samhället som erbjuder ett koncept där individer kan utveckla sin personlighet och uppfattningen om sig själv.

6.3 Etiska aspekter och faktorers roll i konsumtionen av kosmetisk turism

Jernbeck berättar i intervjun att han genomför till stor del rekonstruerande plastikkirurgi, exempelvis att rekonstruera ett bröst till en kvinna som fått tagit bort den delen på grund av bröstcancer. Etiskt är det ingreppet accepterat då den har patientens hälsa i förgrunden. Valet av att konsumera ett ingrepp är för att återskapa patientens utseende och förbättra patientens självkänsla men att genomgå ingrepp endast för att förbättra utseendet för att eftersträva trender kan det ses som etiskt rätt och etiskt fel. Det som är etiskt rätt vid konsumtionen av ingreppet är att patienten ska känna sig nöjd samt att självförtroendet och självkänslan ska höjas. Sterodimas (2011) poängterar i sin artikel att det viktiga hos kirurger är att de kan hjälpa patienten att få bättre självförtroende. Med hjälp av kommunikation ska patienten få bra resultat genom att kirurgen får patienten att förstå vad som är realistiskt med ingreppet. Det som ses som etiskt fel är att konsumera estetiska ingrepp i syftet att ändra utseendet hos någon som inte har någon slags av deformitet.

De blir synligt att Jernbeck och Gülhan tar hänsyn och bryr sig om de etiska aspekterna. Jernbeck ser och diskuterar från början vad anledningen till att konsumera det kosmetiska ingreppet är. Det kan finnas anledningen att korrigera kroppen efter exempelvis graviditet men likaså att korrigera kroppen för att finna välbefinnande. Akademikliniken genomför kosmetiska ingrepp för båda anledningarna men att Jernbeck lägger större vikt hos de individer som vill konsumera ett ingrepp för att uppnå en bättre självbild endast för att förklara för individen att det inte handlar om att se perfekt ut, utan att de handlar om att omskapa individens livskvalité. Ur Gülhans perspektiv så har bolaget valt att inte skicka iväg individer som vill genomgå extrema ingrepp utan de ska handla om förbättring. De tänker på

individens psykiska tillstånd och att de ska vara säkra på valet av att konsumera ett kosmetiskt ingrepp.

Exempelvis har de kvinnliga deltagarna i studien upplevt att deras kirurger bryr sig om dem och att sjuksköterskorna visade stor omsorg. Kliniken i Kosovo som Nikki var på visar att de har patientens välmående och hälsa i förgrunden genom att erbjuda försäkring för eventuella komplikationer. Samtliga respondenter blev väl informerade om sina ingrepp samt att dem blev erbjudna att korrigeras om eventuella komplikationer skulle uppstå. På det sättet följer klinikerna den utgångspunkt som Bognar (2011) menar är en viktig del inom plastikkirurgi, autonomitet. Nämligen att respondenterna har fått viktig information om vad som kommer att ske och vilka resultat som kan förväntas.

Det blir synligt att de etiska aspekterna genomsyrar klinikernas och kirurgernas arbeten från de fem kvinnliga respondenterna när det kommer till säkerheten men att de psykiska hos patienterna är inget som de visar hänsyn eller bryr sig om. Klinikerna utomlands erbjöd sina patienter försäkringar, återkoppling om några komplikationer uppstår, erfarna eller nyutbildade läkare samt hjälp om några korrigeringar skulle behövas göras. Men de har inte visat någon form av uppmärksamhet till vilken anledningen som ligger till grund för konsumtionen av de kosmetiska ingreppen förutom att de patienter som Gülhans bolag skickar ner till Turkiet redan genomgått och diskuterat sin anledning till konsumtionen av ingrepp innan de reser utomlands.

7 Övergripande diskussion

Syftet med studien var att undersöka konsumtionen av kosmetisk turism utifrån ett konsument- och producentperspektiv och utifrån syftet formulerades två frågeställningar som skulle besvaras:

F₁ Vad innebär konsumtion av kosmetisk turism?

F₂ Vilka faktorer är det som styr valet till att konsumera kosmetisk turism?

I Bells m.fl (2011) undersökning visades det att kosmetisk turism är klassad till att mer välbärgade individer väljer den typen av resande och att det är medelklassen som väljer att resa utomlands för att konsumera ett ingrepp. Med det moderna samhället och globaliseringen kan fler individer välja att resa. Motivation till det är att människan idag har hela världen i handen i form av en smartphone. Individen blir inspirerad och påverkad av media varje dag. Nyskapande av identitet hos en individ kan utvecklas och skapas på olika sätt beroende på hur de vill uppnå känslan av tillhörighet till någon grupp. Individer väljer att konsumera ett ingrepp för att förbättra och förändra sina utseenden, både för sig själva men också för att uppnå en känsla av tillhörighet. Tillhörighet har alltid varit en viktig del hos individen, framförallt för överlevnad. Individen är en varelse som lever bäst i grupp och för att det ska finnas en fungerande grupp krävs även tillhörighet, och den tillhörigheten kan påverkas av utseendet hos personer i samma grupp. Genom faktorer såsom kostnader, kvalitéer, tillit och missnöje till kroppen blir det att individer kan se möjligheten att resa för att konsumera ett önskat ingrepp. Individer konsumerar det samhället ger, vilket är en utveckling av resandet utomlands. Genom den linjära femstegsmodellen blir det synligt hur patienter planerar, konsumerar och sprider det positiva och i vissa fall negativ respons om klinikerna och kirurgerna. Planeringen är något som upprepas hos samtliga patienter vilken överensstämmer med det Gülhan och Jernbeck talar om att patienter söker information om kliniker och kirurger innan de bestämmer sig hur valet kommer att se ut.

Tidigare forskning visar att kliniker utomlands lockar med solsemester och paradisdock förklarar Jernbeck att det inte finns möjlighet att vistas i sådan atmosfär, utan att ingrepp innebär vila för att kroppen ska kunna återhämta sig ordentligt innan hemresan. Gülhan menar dock det motsatta, att ingreppet utförs så tidigt som möjligt under resan för att patienten ska kunna vila upp till tre dagar och sen påbörja sin semester med exempelvis shopping. Bea var den som utnyttjade resten av sin tid på destinationen som en semester. Hon fortsatte att gå ut, trots bandage, för att hitta på aktiviteter medan de andra respondenterna tog det delvis lugnt vilket kan bero på de olika ingreppen som utförs. Beas fettsugning som gjordes under lokalbedövning kan måhända att det inte gör lika ont eller vara lika omfattande som de resterande ingrepp som de andra kvinnliga respondenterna utförde.

Läkare som är medlemmar i Svenska Läkarförbundet (SLF) ska följa de skrivna etiska reglerna. Reglerna innefattar att dem ska ta hand om sina patienter i största utsträckning samt att patientens välmående ska prioriteras. Plastikkirurger ska följa samma etiska regler, dock arbetar de inte på samma medicinska sätt som en läkare på det allmänna sjukhuset. Det finns

skillnader mellan att utföra bröstplastik och en blindtarmsoperation. Bröstplastik innebär att göra ett bröstlyft eller förminska/förstora bröstet och en blindtarmsoperation innebär att läkaren går in i kroppen och tar bort det som skapar en inflammation. Det går att ifrågasätta om plastikkirurgi är etiskt korrekt, för plastikkirurgin finns för att kunna återskapa utseendet hos en individ, fast på två olika sätt. Delvis är det för att återskapa ett bröst hos en kvinna som haft bröstcancer eller för att rekonstruera deformiteter och delvis för dem som väljer att konsumera estetiska ingrepp för att uppnå en nöjdhet.

Något som går parallellt med etiska reglerna är att plastikkirurgi i grund och botten är ett komplext fenomen som kan vara svårt att komma underfund med. En del av det komplexa är exempelvis kirurgerna, som i Sverige oftast har genomgått en lång utbildning och har jobbat inom den allmänna sjukvården innan de specialiserat sig och blivit kirurger. Vilket inte är detsamma utomlands, som Gülhan förklarar så börjar invånarna skolan mycket tidigare i Turkiet till skillnad från Sveriges invånare. Det innebär att kirurgerna är färdigutbildade vid 20-års åldern samt att de inte har samma erfarenheter, dock menar hon att de som förstår sig på den nya teknologin bättre. Jernbeck beskriver att det är viktigt att kirurgen har samlat på sig erfarenheter och att det framkallar tillit mellan kirurg och patient. I Turkiet har exempelvis inte kirurger samma erfarenhet vilket motsätter de etiska reglerna som kirurgerna följer här i Sverige, vilket blir en försäkran hos patienten att kirurgen ser till att ingreppet går rätt till utifrån existerande regler i systemet.

De etiska aspekterna går likaså ut på att se över patientens psykiska tillstånd och anledningen till varför de vill konsumera kosmetiska ingrepp, i Sverige kan de bli stoppade av olika anledningar exempelvis om de vill göra extrema ingrepp. Det kan vara en anledning till att resa utomlands för att konsumera kosmetiska ingrepp därför att de inte har samma regler inom läkarvården. På det sättet lockas fler individer till att resa utomlands för att konsumera kosmetisk turism vilket bidrar till att fenomenet växer ytterligare och erfarenheter från den typen av resande sprids till andra i individens fysiska eller digitala omgivning.

Slutligen menar Jernbeck på att kvalitén och kompetensen är bättre i Sverige än utomlands. Han menar att säkerhet, kommunikation och uppföljning är viktigt för patientens säkerhet. Gentemot Gülhan som påpekar att kvalitén är bättre utomlands än i Sverige, vilket går emot det Healy (2009) poängterar i sin undersökning, att majoriteten av patienter inte är medvetna om kvalitén när de reser utomlands för att genomföra diverse ingrepp. Exempelvis visade Deloitte Center for Health Solutions att 51,6% rapporterade komplikationer uppstått efter genomförda ingrepp utomlands och Armstrongs (2008) undersökning visade att patienter har uppsökt vård i sitt hemland efter att komplikationer har uppstått samt för att de blivit rekommenderade från kliniken utomlands att söka dit.

Kostnaderna är också en faktor som berör men det var faktorn som berörde de kvinnliga respondenterna i viss mån. Jernbeck menar dock att det blir dyrare att resa utomlands om patienterna behöver resa tillbaka om komplikationer uppstår. Likt Armstrongs (2008) undersökning blir patienterna som rest via Gülhans bolag ordinerade till att vända sig till sin vårdcentral. Respondenterna förklarar dessutom att de har blivit upplysta om eventuella

försäkringar när de varit på plats för att genomföra sina ingrepp men dessa försäkringar har endast varit aktiva hos samma klinik som de genomfört operationen på.

7.1 Slutsats

För att sammanfatta syftet som studien baseras på så är konsumtionen av de medicinska behandlingar utomlands ett långvarigt fenomen som skapade en ny nisch och utifrån den utvecklingen har resor till utlandet ökat med syfte att konsumera kosmetiska ingrepp. Kosmetiska ingrepp har blivit en typ av trend och med globaliseringen så växer omfattningen av kosmetisk turism utomlands. Utifrån respondenterna får klinikerna utomlands positiva gensvar vilket sedan sprids i patientens omgivning genom exempelvis word-of-mouth, på det sättet kan fler individer göra valet att resa utomlands för att konsumera kosmetiska ingrepp. Länder som Polen, Thailand och andra balkanländer marknadsförs som billiga länder att genomföra sitt ingrepp i medan länder som Turkiet, Iran, Irak, Libanon eller Syrien marknadsförs som länder med kompetens inom specifika områden exempelvis korrigerig av näsa. Positiv marknadsföring för att konsumera ett ingrepp utomlands tilltalar samhällets individer, på det sättet konsumeras kosmetiska ingrepp.

Utifrån studien kan vi se att de faktorer som styr kvinnor att resa utomlands för att konsumera ingrepp är enligt kvinnorna kompetensen hos kliniken och kirurgen, tillit till diverse parter samt deras missnöje med kroppen. Moa och Petra anser att de har bättre kompetens utomlands, både kliniken och kirurgen då det fanns bättre service och bättre hygien. Gülhan menar likaså att kompetensen är bättre utomlands genom att kirurgerna är unga och hänger med i utvecklingen medan Jernbeck förklarar att desto mer erfarenhet en kirurg har ju mer kompetens finns. Tilliten var en viktig faktor, den ska finnas till både kliniken och kirurgen och det överensstämmer med det Jernbeck menar med att skapa förtroende. Genom att patient och kirurg kan komma överens uppstår ett förtroende till varandra. Slutligen är missnöje med kroppen en bidragande faktor, tre av respondenterna valde att korrigera sin näsa, eftersom dem inte trivdes med den. En av respondenterna valde att genomgå sitt ingrepp utomlands dels för att hon ville korrigera den så fort hon uppnått den åldern som krävts. Olivia utförde ingreppet då hon var missnöjd med sin bakdel och Bea utförde ingreppet då hon vill förbättra sitt utseende.

Slutligen så visar studien på att kosmetisk turism är ett fenomen där individer väljer att resa till en destination som inte är i deras egna hemland för att konsumera ett ingrepp. Faktorerna som kompetens, tillit, missnöje till kroppen och information har en större betydelse än hur själva destinationen ser ut. Kosmetisk turism innebär inte att patienten reser utomlands för att kombinera semester med skönhetsyfte utan att de reser utomlands för att kliniker och kirurger kan visas ha bättre erfarenheter och högre kompetens. Det finns flertal kliniker som har byggts för att vara anpassad för den sortens turism genom att placera byggnaden i exempelvis storstäder där patienten har tillgång till att hitta på aktiviteter under sin vistelse.

Kosmetisk turism är ett relativt outforskat ämne eftersom majoriteten av tidigare forskning berör medicinsk turism samt att de forskningar som finns om kosmetisk turism handlar om

komplikationer som uppstått efter ingreppet. Under studiens gång har det varit svårt och utmanande att få tag på respondenter som varit utomlands för att konsumera kosmetiskt ingrepp. Slutligen fick vi tag på fem kvinnor som varit på en resa utomlands där de på destinationen utfört diverse ingrepp, samt att vi valde att vända oss till en svensk klinik för att intervjua en svensk kirurg samt ett svenskt bolag som erbjuder resor utomlands med syftet att genomgå ett kosmetiskt ingrepp. På det sättet har vi fått olika infallsvinklar på de egentliga faktorer som styr kvinnorna till valet av resan, hur en svensk kirurg ser på fenomenet och dels hur ett svenskt bolag arbetar för att arrangera resor för individer som vill genomgå ingrepp utomlands. Det har lett till att trovärdigheten i studien har uppnåtts i den mån att vi lyckats studera och samla in material som var relevant för studien genom att intervjua aktuella personer som är insatta i situationen. Dels de kvinnliga respondenterna som utfört en resa med syftet att utföra ett ingrepp och dels intervjua Gülhan som driver ett företag som samarbetar med ett sjukhus i Turkiet där syftet med resan blir att utföra ett ingrepp. Giltigheten blir synlig i och med att vi lyckats göra empirin mätbar utifrån de teoretiska begreppen som vi valt att använda oss av i studien. Tillförlitligheten är svår att uttala sig om, strukturerna på intervjuerna är detsamma men om det skulle ge samma resultat i någon vidare forskning är inget vi valt att uttala oss om.

Något annat som slutligen måste kritiseras är att ämnet kan vara känsligt, en del av dem vi kontaktat ville inte delta för att de inte ville dela med sig av sina erfarenheter samt att det kan vara en koppling till att det är tabubelagt. En möjlig metod som hade kunnat användas är en anonym kvantitativ enkätundersökning för att få fler respondenter. Den typen av undersökningen hade kunnat ge respondenter den anonymitet som en del kanske önskat sig, men det kan vi inte veta utan att ha prövat metoden. Eftersom med den kvalitativa metoden garanterar att andra individer inte kommer åt den information som författaren får in så förblir inte svaren anonyma eftersom det bara är författarna som vet om svaren.

För att undvika att det ska vara känsligt och kännas personligt är att fråga om attityden till resandet utomlands för att utföra diverse ingrepp. Ett förslag på vidare forskning kan vara att utföra en kvantitativ studie och föra statistik på personers inställning till att konsumera kosmetisk turism.

Referenser

Tryckta källor

- Bauman, Z. (2008). *Konsumtionsliv*. Göteborg: Daidalos
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber
- Connell, J. (2011). *Medical tourism*. Wallingford, Oxfordshire: CABI
- Eriksson, L. & Hultman, J. (2014). *Kritiskt tänkande: utan tvivel är man inte riktigt klok*. 2. uppl. Stockholm: Liber
- Giddens, A. (1999). *Modernitet och självidentitet: självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos
- Giddens, A. & Sutton, P.W. (2014). *Sociologi*. (5., rev. och uppdaterade uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Haiken, E., & Davenport-Hines, R. (1997). *Venus envy: A history of cosmetic surgery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hjerm, M., Lindgren, S. & Nilsson, M. (2014). *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys*. 2., [utök. och uppdaterade] uppl. Malmö: Gleerup
- Kotler, P. & Keller, K. L. (2012). *Marketing management*. 14. ed., Global ed, Harlow: Pearson Education
- Mathieson, A. & Wall, G. (1982). *Tourism: economic, physical and social impacts*. London: Longman
- Thompson, J. B. (2001). *Medierna och moderniteten*. Göteborg: Daidalos
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Artiklar

- Bell, D., Holliday, R., Jones, M., Probyn, E., & Taylor, J. S. (2011). Bikinis and bandages: An itinerary for cosmetic surgery tourism. *Tourist Studies*, 11(2), s. 139-155.
DOI: 10.1177/1468797611416607
- Bodley, P. (1978). Development of anaesthesia for plastic surgery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71(11), s. 839.
DOI: 0141-0768/78/110839-05/\$01.00/0
- Bognar, G. (2011). Which Principles?. *Aesthetic plastic surgery*, 35(2), s. 268-269.
DOI: 10.1007/s00266-011-9693-0
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism management*, 27(6), s. 1093-1100.
DOI: 10.1016/j.tourman.2005.11.005

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), s. 117-140.

DOI: 10.1177/001872675400700202

Healy, C. (2009). Surgical tourism and the globalisation of healthcare. *Irish Journal of Medical Science*, 178(2), s. 125-127.

DOI: 10.1007/s11845-009-0344-2

Holliday, R., Bell, D., Cheung, O., Jones, M., & Probyn, E. (2015). Brief encounters: Assembling cosmetic surgery tourism. *Social Science & Medicine*, 124, s. 298-304.

DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.06.047

Jeevan, R., & Armstrong, A. (2008). Cosmetic tourism and the burden on the NHS. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61(12), s. 1423-1424.

DOI: 10.1016/j.bjps.2008.10.002

Lunt, N., & Carrera, P. (2011). Systematic review of web sites for prospective medical tourists. *Tourism Review*, 66(1/2), s. 57-67.

DOI: 10.1108/16605371111127224

Martindale, V., & Menache, A. (2013). The PIP scandal: an analysis of the process of quality control that failed to safeguard women from the health risks. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(5), s. 173-177.

DOI: 10.1177/0141076813480994

Melendez, M. M., & Alizadeh, K. (2011). Complications from international surgery tourism. *Aesthetic surgery journal*, 31(6), s. 694-697.

DOI: 10.1177/1090820X11415977

Nassab, R., Hamnett, N., Nelson, K., Kaur, S., Greensill, B., Dhital, S., & Juma, A. (2010). Cosmetic tourism: public opinion and analysis of information and content available on the Internet. *Aesthetic surgery journal*, 30(3), s. 465-469.

DOI: 10.1177/1090820X10374104

Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body image*, 1(1), s. 99-111.

DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00003-2

Sterodimas, A., Radwanski, H. N., & Pitanguy, I. (2011). Ethical issues in plastic and reconstructive surgery. *Aesthetic plastic surgery*, 35(2), s. 262-267.

DOI: 10.1007/s00266-0011-9674-3

Elektroniska källor

American Board of Cosmetic Surgery (u.å) *Procedure learning center*.

<https://www.americanboardcosmeticsurgery.org/procedure-learning-center/> [2018-05-25]

Det Svenska Läkarförbundet (2017-11-07) *Läkarförbundets etiska regler*.

<https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/Lakarforbundets-etiska-regler/> [2018-03-29]

Det Svenska Läkarförbundet (2017-10-26) *Internationellt*.
<https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/> [2018-05-25]

Läkemedelsverket (2013-06-04) *Frågor och Svar om PIP-implantat*.
<https://lakemedelsverket.se/OVRIGA-SIDOR/PIP-brostimplantat/PIP---fragor-och-svar/> [2018-05-22]

Nationalencyklopedin (u.å) *Etik*.
<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/etik> [2018-04-26]

Oxford Research Encyclopedias - Psychology. (2018). *Social comparison*.
<http://psychology.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-251> [2018-05-14]

Region Örebro län. (u.å.): *Etikens tre aspekter*.
https://www.regionorebrolan.se/files-sv/%C3%96rebro%20%C3%A4ns%20landsting/politik/n%C3%A4mnder/etiker%C3%A5det/etikens_tre_aspekter.pdf [2018-02-28]

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2016-05-31), *Dysmorfofobi*.
<https://www.sahlgrenska.se/konvertering-av-sidor/w/d/dysmorfofobi/> [2018-05-22]

Skönhetsoperation.se (2014-04-22) *Antalet skönhetsoperationer ökar i Sverige*.
<https://xn--sknhetsoperationer-e3b.se/nyhetsinlagg/antal-skonhetsoperationer-okar-i-sverige/> [2018-05-09]

Svenska Akademiens Ordbok (1952) *Paraffin*.
<https://www.saob.se/artikel/?seek=Paraffin> [2018-05-09]

Vetenskapsrådet, S. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning*.
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2018-05-25]

World Medical Association (2018). *Declaration of Geneva: 1948*.
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Decl-of-Geneva-v1948.pdf> [2018-05-25]

Bilagor

Bilaga 1 - Informationsbrev

Hej, vi är två studenter som studerar turismprogrammet på Södertörns högskola, Stockholm. Under vårtermin så skriver vi vårt examensarbete där vi valt att belysa vad konsumtionen av kosmetisk turism innebär. Vi är likaså intresserade över att se vilka faktorer det är som styr kvinnor till valet att konsumera kosmetiska ingrepp utomlands.

Vi behöver dig som har erfarenhet om detta fenomen för att kunna genomföra studien. Med erfarenheterna så menas det med att en skönhetsoperation har utförts exempelvis förstoring/förminskning/korrigerigering av bröst, rumpa, mage, näsoperation, fettsugning och dylikt och som ska ha skett utomlands.

Vi följer vetenskapsrådets (2002) fyra etiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Det innebär att du förblir helt anonym i studien och att dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Ditt deltagande ses som samtycke till att vi får använda svaren i studien. Du har möjlighet att när som helst under studiens gång avbryta ditt deltagande. Materialet kommer enbart att användas i studien och kommer inte utlånas för annat bruk.

Vid godkännande från examinationer så kommer studien att publiceras i databasen DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet). DiVA är en databas för elektronisk publicering av uppsatser, examensarbeten och forskningspublikationer.

Vid frågor eller synpunkter är du varmt välkommen att kontakta oss på mejl.

Sara Johansson - sara11.johansson@student.sh.se

Patricia Lauri - patricia01.lauri@student.sh.se

Bilaga 2 - Intervjuguide till de kvinnliga respondenterna

1. Nuvarande ålder:
2. Ålder när man utförde sitt ingrepp:
3. Vad var motivet till att utföra operationen? (ex. missnöjd med en viss del, korrigerigering etc.)
4. Vilket land utfördes operationen i?
5. Hur såg vistelsen ut? (ex. hotell, nära strand, hur många dagar, vad ingick i resan, var det något sorts paket etc.)
6. Hade du tillit till läkaren och kliniken som du utförde operationen på?

7. Var det någon specifik läkare som utförde operationen? Om ja, varför valde du just den personen?
8. Kontaktade du kliniken utomlands själv eller var det ett bolag i Sverige som förde kontakten mellan er?
9. Vad var anledningen till att inte utföra operationen i Sverige?
10. Blev du tipsad/motiverad/pushad eller var det eget initiativ till att utföra operationen utomlands istället för i Sverige?
11. Vad var det som styrde valet till att åka utomlands för att utföra operation?
12. Hur såg du på priser för operationen utomlands gentemot Sveriges priser? Var det en styrande faktor vid beslutet att utföra operationen utomlands?
13. Hur såg du på kvalitetsaspekten utomlands gentemot Sverige? Var det en styrande faktor vid beslutet att utföra operationen utomlands?
14. Hade du någon sorts försäkring som täckte om något skulle gå fel vid operationen samt om problem skulle uppstå en tid efter operationen?
15. Om nej, var det en faktor som påverkade dig att inte välja att utföra den utomlands eller var det en faktor som du inte brydde dig om?
16. Hade du kollat upp något om teknologin, vart du informerad om teknologin eller var det något du hade kunskap om innan avresan?
17. Var vårdköerna i Sverige en styrande faktor att välja att utföra operationen utomlands?

Bilaga 3 - Intervjuguide till Jan Jernbeck

Tema: Presentation

1. Vilken klinik arbetar du på?
2. Hur länge har du arbetat inom branschen?
3. Vilka typer av operationer utför du?
4. Är skönhetsoperationer ett växande fenomen i Sverige?

Tema: Medicinsk turism

1. Känner du till fenomenet medicinsk turism?

(Om nej, förklara vad fenomenet innebär - Om ja, gå vidare till fråga 2)

2. Vad tycker du om det växande fenomenet?
3. Vad innebär fenomenet för dig?

4. Har ni märkt av att det påverkat eran egen klinik? (Exempelvis mindre patienter, inte får in de intäkter som bör komma in)

Tema: Skönhetsoperationer utomlands

1. Känner du till fenomenet kosmetisk turism?

(Om nej, förklara vad fenomenet innebär - Om ja, gå vidare till fråga 2)

2. Vad tycker du om det växande fenomenet?
3. Vad innebär fenomenet för dig?
4. Är fenomenet något som diskuteras inom kliniken/kliniker?
5. Har ni någonsin fått hit en patient som velat korrigera (eller liknande) efter en "misslyckad" operation utomlands?
6. Vilka faktorer tror ni spelar en roll när patienter reser utomlands för en skönhetsoperation?

Tema: Övrigt

1. Har ni tipsat patienter om att vända sig utomlands någon gång?
2. Vad har kliniker i Sverige att erbjuda som kliniker utomlands inte har?
3. Skulle ni rekommendera människor att söka sig utomlands för att utföra en operation?
4. I en av våra intervjuer med en kvinna som utfört en operation berättar hon om att kliniken där hon låg har nerkylda rum för att bakterier inte ska spridas och att detta inte finns i Sverige, stämmer det påståendet eller arbetar ni på ett annorlunda sätt för att minska bakterier och dylikt?

Bilaga 4 - Intervjuguide till Esra Gülhan

1. Vad har kliniken utomlands att erbjuda sina patienter?
2. Hur ser vistelsen ut för patienterna? (Hur bor dom, hur många dagar befinner dom sig där på plats, hur många dagar stannar de på kliniken, ingår det mat, boende och resande)
3. Ska vistelsen vara likt en semester? (Alltså om man placerat kliniken vid stranden, haven eller liknande)
4. Hur arbetar kliniken med att patienten ska känna sig så trygg som möjligt?
5. Rör sig patienter dit för det är billigare, att kompetensen är bättre och kortare köer?
6. Hur är det med återbesök?
7. Om det uppstår komplikationer hemma senare hur arbetar ni med att lösa det problemet?

8. Fortsätter ni hålla kontakt med era patienter efter att ingreppet utförts?
9. Hur arbetar kliniken med att hålla infektionsrisken låg?