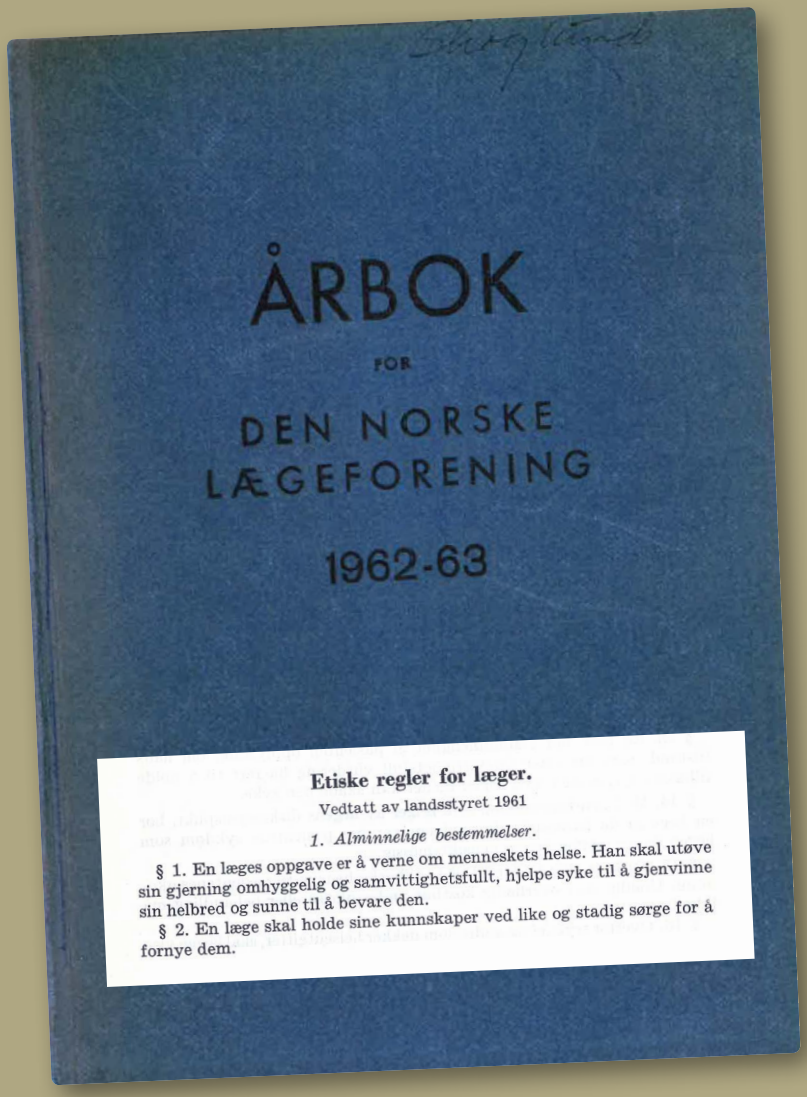
Michael

Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Medisinsk etikk

Vol. 23 / 4 / 2026

Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.



Michael Skjelderup portrayed by Johan Gørbitz (1782–1853)

The editors

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 23 / 4 / 2026

Medisinsk etikk

Michael 2026; 23: 345–478

Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medicinske Selskabs synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.

Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen CC BY-ND 4.0. Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.

Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).

Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet https://tekstallmenningen.no/.

Det norske medicinske Selskab 2026
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2026

TRYKT I NORGE
NO - 1470

SVANEMERKET
Trykksak
2041 0379

Innhold

Leder

Etikkens fødsel
Jan Frich 351

Artikler

Etableringen av legeetiske regler i Norge i 1961
Svein Aarseth, Siri Brelin 353

Utvikling av etiske regler for leger 1961–2026
Svein Aarseth 372

Kliniske etikk-komitear i norske sjukehus – dei første åra
Reidun Førde, Reidar Pedersen 381

Kva fortel etikkarbeidet om helsetenesta?
Reidun Førde 394

Gapene i helsetjenesten og kampen om ressursene
Mathias Barra, Carl Tollef Solberg 406

Fra skalpell til sannsynlighet – hvordan forstår kirurger påregnelig risiko?
Sina Furnes Øyri, Siri Wiig, Ole Tjomsland 417

Bokanmeldelser

Søvn er undervurdert
Magne Nylenna 431

Forebygging av hjertesykdom for folk flest
Maja-Lisa Løchen 433

Gruppetrening i psykologisk trygghet
Karin Isaksson Rø 435

Innholdsrik oppdatering om ECT-behandling
Rune Andreas Kroken 437

Ikke trøst for raskt
Kari Thori Kogstad 439

Bak mytene om Gina Krog
Anne Helene Høyland Mork 441

Ikke lov å gråte
Øivind Larsen 443

God økonomisk historie, men hva med folkehelsen?
Øivind Larsen 445

God innføring i global helse
Jan Frich 447

Kunnskap når livet starter for tidlig
Pål Gulbrandsen 449

Hjelp og råd ved spiseforstyrrelser
Øyvind Rø 451

Tungt om nyttig behandling
Elisabeth K. Steinsvik 453

For enkelt om en sammensatt tilstand
Camilla Thuen 455

Tilbake til helheten
Jo-Endre Midtbu 457

Hva skjer?
Stud.med. Peter Christen Asbjørnsen
Erlend Hem 459

Byvandring i Kvadraturen
Erlend Hem 463

Demens – myter, realiteter og forebygging
Erlend Hem 466

Michael får offentlig støtte fra Kunnskapsdepartementet
Magne Nylenna 470

Kongressinvitasjon
30th Nordic Medical History Congress, Gothenburg 472

Michael – vol. 23, 2026, innhold 473

Etikkens fødsel

Michael 2026; 23: 351–352
doi: 10.5617/michael.13813

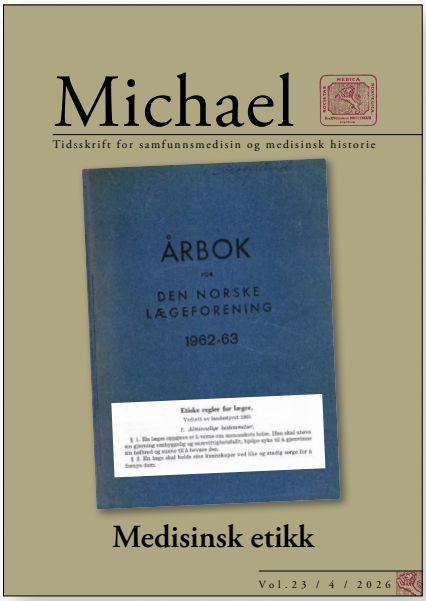
Etiske spørsmål og dilemmaer oppstår i møtet mellom nye faglige muligheter, faglig skjønn og pasienters forventninger og rettigheter – innenfor rammen av knappe ressurser. Flere artikler i dette nummeret av Michael *viser hvordan medisinsk etikk etter andre verdenskrig ble fornyet som profesjonsetikk, klinisk etikk og akademisk fag.*

Den hippokratiske legeeden vitner om at etiske forpliktelser og profesjonsetiske regler har vært en integrert del av medisinsk praksis gjennom historien, men etter andre verdenskrig «fødes» den medisinske etikken på nytt.

Det vokser fram en ny profesjonsetikk. Legeforeningen vedtok legeetiske regler i 1961, tilpasset den moderne tid. Aarseth og Brelin analyserer prosessen (1). Aarseth følger utviklingen gjennom de neste 65 årene. Han finner at revisjonene av reglene innebar en dreining fra kollegiale bestemmelser til økt vektlegging av pasienters rettigheter og informert samtykke og av legers profesjonelle ansvar (2).

Formelle arenaer for å diskutere etiske dilemmaer og spørsmål i klinikken er etablert. På 1990-tallet kom de første forsøkene med kliniske etikkkomiteer, en ordning som senere ble landsdekkende med faglig støtte fra Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Førde og Pedersen beskriver denne utviklingen (3). Førde har undersøkt årsrapporter fra komiteene og viser hvilke dilemmaer og spørsmål komiteene behandler (4). En mer kompleks helsetjeneste gir opphav til nye dilemmaer, mener hun. Spørsmål om avslutning av behandling er et gjennomgangstema. Etisk krevende situasjoner innen psykisk helse drøftes også i økende grad i komiteene.

En ny tverrfaglig og akademisk medisinsk etikk har vokst fram. Som fersk student ved Universitetet i Oslo i 1989 opplevde jeg etableringen av Senter for medisinsk etikk, der norsk nestor i faget – filosofen Knut Erik Tranøy



(1918–2012) – var en viktig fødselshjelper. I løpet av noen tiår har norske universiteter utviklet forskning innen medisinsk etikk og prioritering på internasjonalt toppnivå. Barra og Solberg gir et originalt og teoretisk bidrag gjennom sin analyse av ulike former for «helsegap» (5).

Parallelt utviklet forskningsetikken seg som et annet viktig spor (6), selv om dette temaet ikke behandles særskilt i dette nummeret. Aarseth og Brelin viser likevel hvordan Nürnbergprosessen og utviklingen av forskningsetiske prinsipper etter andre verdenskrig var viktige drivkrefter bak etableringen av Legeforeningens etiske regler.

Medisinsk etikk blir aldri ferdig utviklet. Nye behandlingsmuligheter, sterkere pasientrettigheter og knappere ressurser skaper stadig nye spørsmål om hva som er rett å gjøre. Historien som belyses i dette nummeret, viser at etisk refleksjon ikke er et tillegg til medisinen, men en forutsetning for faglig forsvarlig praksis og legitime prioriteringer.

Litteratur

1. Aarseth S, Brelin S. Etableringen av legeetiske regler i Norge i 1961. *Michael* 2026; 23: 353-371. https://doi.org/10.5617/michael.13784
2. Aarseth S. Utvikling av etiske regler for leger 1961–2026. *Michael* 2026; 23: 372-380. https://doi.org/10.5617/michael.13785
3. Førde R, Pedersen R. Kliniske etikk-komitear i norske sjukehus – dei første åra. *Michael* 2026; 23: 381-393. https://doi.org/10.5617/michael.13786
4. Førde R. Kva fortel etikkarbeidet om helsetenesta? *Michael* 2026; 23: 394-405. https://doi.org/10.5617/michael.13787
5. Barra M, Solberg CT. Gapene i helsetjenesten og kampen om ressursene. *Michael* 2026; 23: 406-416. https://doi.org/10.5617/michael.13789
6. Lahlum E, Ruyter KW. Opprettelsen av etiske komiteer for medisinsk forskning. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2012; 132: 1486-1489. https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0311

Jan Frich
jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich er administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF, professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Originalartikkel **Svein Aarseth, Siri Brelin**

Etableringen av legeetiske regler i Norge i 1961

Michael 2026; 23: 353–371
doi: 10.5617/michael.13784

Bakgrunn: Legeforeningens etiske regler ble vedtatt i 1961, og de erstattet tidligere bestemmelser om kollegiale forhold, attester og annonsering. Samtidig ble Rådet for legeetikk opprettet som et uavhengig organ for behandling av legeetiske spørsmål. Vi undersøker her bakgrunnen for regelverket og hvilke ideer og kilder som påvirket utformingen.

Materiale og metode: Artikkelen bygger på arkivmateriale fra Legeforeningen (1959–1961), publiserte dokumenter i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* og *Årbok for Den norske lægeforening* samt samtidige aviser og fagpublikasjoner. Reglene er analysert i lys av tidligere norske bestemmelser, Verdens legeforenings Genève-deklarasjon (1948) og International Code of Medical Ethics (1949).

Resultater: Behovet for et felles etisk regelverk oppsto i en mer internasjonal og heterogen legeprofesjon. Reglene videreførte i stor grad tidligere bestemmelser, men tydeliggjorde samtidig legens ansvar overfor pasienten. Genève-deklarasjonen ble ikke innført som legeed, men dens verdigrunnlag og elementer fra International Code of Medical Ethics ble innarbeidet. Opprettelsen av Rådet for legeetikk etablerte en særpreget norsk modell for profesjonell selvregulering.

Fortolkning: Reglene markerte en overgang fra kollegial selvjustis til et bredere profesjonsetisk rammeverk, samtidig som de videreførte sterke innslag av intern profesjonsregulering. Etableringen av Rådet for legeetikk ga denne profesjonsetiske modellen en institusjonell forankring som fortsatt er særpreget i nordisk sammenheng.

Profesjonsetiske regler uttrykker hvilke verdier en profesjon bygger på, hvilke plikter medlemmene har, og hvordan profesjonen forstår sitt samfunnsansvar. For legeprofesjonen har slike regler tradisjonelt hatt en dobbel funksjon:

De skal bidra til å beskytte pasienten, men også sikre profesjonens integritet og tillit.

Da Legeforeningen vedtok Etiske regler for læger i 1961, var dette et viktig vendepunkt i utviklingen av norsk legeetikk. Reglene samlet tidligere bestemmelser om kollegiale forhold, attester og annonsering i ett felles regelverk. Samtidig ble Rådet for legeetikk opprettet som et uavhengig organ for behandling av legeetiske spørsmål og klager på leger.

Vedtaket fant sted i en periode med store endringer i medisinen og samfunnet. Erfaringene fra medisinske overgrep under andre verdenskrig hadde ført til økt internasjonal oppmerksomhet om legers ansvar. Verdens legeforening vedtok Genève-deklarasjonen i 1948 og International Code of Medical Ethics i 1949. Samtidig bidro FNs verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948 til en sterkere vektlegging av individets rettigheter.

Også norsk legeprofesjon var i endring. Etterkrigstiden førte til flere leger utdannet utenfor Norden og en mer internasjonal arbeidsdeling innen medisinen. De eksisterende norske bestemmelsene var i hovedsak utviklet for å regulere forholdet mellom leger og ivareta profesjonens anseelse. Det oppsto derfor behov for et mer samlet regelverk som kunne gi felles etiske rammer for en mer sammensatt profesjon.

I denne artikkelen undersøker vi prosessen fram mot vedtaket i 1961. Vi analyserer hvilke nasjonale og internasjonale forhold som påvirket arbeidet, hvordan de første reglene ble utformet, og hvorfor Legeforeningen valgte å etablere et eget råd for legeetikk.

Materiale og metode

Artikkelen bygger på arkivmateriale fra Legeforeningen for perioden 1959–1961, oppbevart i Nasjonalarkivet. Materialet omfatter dokumenter knyttet til utvalget som utarbeidet forslag til nye etiske regler, sentralstyrets behandling og forberedelsene til landsmøtet i 1961.

Videre er artikler og dokumenter publisert i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* og *Årbok for Den norske lægeforening* gjennomgått. Disse kildene gir innsikt i diskusjonen i Legeforeningen og i hvordan tidligere bestemmelser ble vurdert.

Vi har også søkt i Aftenposten, Arbeiderbladet, Morgenbladet og Dagbladet med søkeordene «lægeforeningen» og «lægeetikk» samt gjennomgått tidsskriftet *Inter Medicos*, utgitt av Kristelig lægeforening, for årgangene 1958–1961. De første norske legeetiske reglene er analysert i lys av tidligere norske bestemmelser, Genève-deklarasjonen (1948) og International Code of Medical Ethics (1949).

Formålet er ikke å vurdere reglene etter dagens standarder, men å undersøke hvilke profesjonelle og samfunnsmessige hensyn som preget etableringen av regelverket i 1961.

Fra kollegiale bestemmelser til profesjonsetikk

Legeetikken har røtter tilbake til antikken. Den hippokratiske eden uttrykker idealer som fortsatt står sentralt: ansvar for pasienten, krav til faglig integritet og respekt for konfidensialitet (1). På 1700- og 1800-tallet ble legeetikken videreutviklet gjennom mer systematiske beskrivelser av legens plikter.

John Gregory (1724–1773) fremhevet på 1700-tallet at legen måtte forene vitenskapelig kunnskap med moralsk dømmekraft og medfølelse. *Medical Ethics* (1803) av Thomas Percival (1740–1804) fikk stor betydning for utviklingen av profesjonsetiske regler. Percival beskrev både legens plikter overfor pasienter og forholdet mellom leger, men regelverket var sterkt preget av profesjonens interne orden og en paternalistisk forståelse av lege–pasient-forholdet (2).

Da legeforeninger vokste fram på 1800-tallet, ble etiske regler i stor grad knyttet til profesjonens selvregulering. Reglene skulle sikre legestandens anseelse, regulere konkurranse og løse konflikter mellom leger.

I Norge hadde Legeforeningen før 1961 flere slike bestemmelser (ramme 1) (3). Kollegiale bestemmelser for Den norske lægeforening, Attestregler

Ramme 1. Bestemmelser i Den norske lægeforening 1960 (3)

- Kollegiale bestemmelser for Den norske lægeforening, vedtatt 1891 med endringer 1903, 1907, 1918, 1930, 1936, 1938, 1949, 1953 og 1957 (ble foreslått opphevet)
- Attestregler for Den norske lægeforening, vedtatt 1951 med endringer 1953 (erstattet av et attestutvalg som skulle bidra til hensiktsmessige skjema)
- Regler for lægers avertering, vedtatt 1918, sist endret 1949 (foreslått opphevet)
- Instruks for bedriftslæger (antakelig 1946)
- Instruks for kontrollæger ved sykekasser, vedtatt 1932
- Normaltariffen for Den norske lægeforening, sist vedtatt 1956
- Voldgiftsregler for Den norske lægeforening, vedtatt 1918, sist endret 1951 (opphevet 1997)
- Regler for tilsetting m.v. av læger, vedtatt 1953, endret 1990

for Den norske lægeforening og Regler for lægers avertering regulerte særlig forholdet mellom leger og profesjonens omdømme. De inneholdt også bestemmelser som skulle beskytte pasienten, blant annet krav om sannferdige attester og begrensninger i reklame.

Disse bestemmelsene var imidlertid ikke utformet som et samlet etisk system. De representerte først og fremst en tradisjon for kollegial kontroll, hvor profesjonen selv skulle sikre standarder for god opptreden.

Etter andre verdenskrig ble dette perspektivet utfordret. Legens ansvar kunne ikke lenger bare forstås som et ansvar overfor kolleger og profesjonen, men måtte også knyttes til universelle menneskerettslige verdier og pasientens rettigheter.

Etterkrigstidens internasjonale legeetikk

Andre verdenskrig ble et vendepunkt for medisinsk etikk. De medisinske overgrepene under naziregimet viste at medisinsk kunnskap kunne misbrukes dersom profesjonens ansvar ikke var tydelig forankret i grunnleggende etiske prinsipper.

Verdens legeforening (World Medical Association, WMA) ble etablert i 1947, og foreningen vedtok i 1948 Genève-deklarasjonen (ramme 2) (4). Deklarasjonen var ment som en moderne videreføring av den hippokratiske eden og skulle uttrykke legens moralske forpliktelser. Den understreket blant annet at legen skulle utøve sitt arbeid samvittighetsfullt og verdig, respektere taushetsplikten og ha pasientens helse som sitt viktigste hensyn.

Året etter vedtok Verdens legeforening International Code of Medical Ethics (ramme 3) (5). Mens Genève-deklarasjonen hadde karakter av en personlig erklæring, var dette et mer konkret regelverk. Det omhandlet legens plikter overfor pasienten, kolleger og samfunnet. Flere av bestemmelsene fikk betydning for det norske arbeidet, blant annet kravet om at legen bare skulle attestere forhold vedkommende selv hadde undersøkt, at pasientens beste skulle være styrende, og at legen ikke skulle benytte metoder som kunne utsette pasienten for unødig risiko.

Legeforeningen var medlem av Verdens legeforening og ble gjennom dette arbeidet kjent med utviklingen av internasjonale standarder. Likevel valgte Norge en egen tilnærming. Genève-deklarasjonen ble ikke foreslått innført som norsk legeed, men flere av dens verdier ble videreført gjennom de nye norske reglene.

Behovet for nye norske regler

I slutten av 1950-årene var Legeforeningens eksisterende bestemmelser ikke lenger tilstrekkelige som samlet uttrykk for profesjonens ansvar. De regulerte

Ramme 2. Declaration of Geneva – Genève-deklarasjonen (4)

DECLARATION OF GENEVA	GENÈVE-DEKLARASJONEN
Adopted by the General Assembly of The World Medical Association at Geneva, Switzerland, September, 1948	Vedtatt av generalforsamlingen til World Medical Association i Genève, september, 1948
AT THE TIME OF BEING ADMITTED AS A MEMBER OF THE MEDICAL PROFESSION:	VED OPPTAK SOM MEDLEM AV LEGEPROFESJONEN**:**
I SOLEMNLY PLEDGE myself to consecrate my life to the service of humanity.	Jeg avlegger høytidelig løfte om å vie mitt liv til menneskehetens tjeneste.
I WILL GIVE to my teachers the respect and gratitude which is their due;	Jeg vil vise mine lærere den respekt og takknemlighet de fortjener;
I WILL PRACTICE my profession with conscience and dignity;	Jeg vil utøve mitt yrke med samvittighet og verdighet;
THE HEALTH OF MY PATIENT will be my first consideration;	Min pasients helse skal være mitt første hensyn;
I WILL RESPECT the secrets which are confided in me;	Jeg vil respektere de fortrolige opplysninger som blir betrodd meg;
I WILL MAINTAIN by all the means in my power, the honour and the noble traditions of the medical profession;	Jeg vil, med alle midler som står i min makt, opprettholde legeprofesjonens ære og edle tradisjoner;
MY COLLEAGUES will be my brothers;	Mine kolleger skal være mine brødre;
I WILL NOT PERMIT considerations of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient;	Jeg vil ikke tillate at hensyn til religion, nasjonalitet, rase, politisk tilhørighet eller sosial status kommer mellom min plikt og min pasient;
I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life from the time of conception; even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity.	Jeg vil bevare den største respekt for menneskeliv fra unnfangelsen av; selv under trusler, vil jeg ikke bruke min medisinske kunnskap i strid med menneskehetens lover.
I MAKE THESE PROMISSES solemnly, freely and upon my honor.	Jeg avlegger disse løfter høytidelig, frivillig og på ære og samvittighet.

Oversettelsen er forfatternes, basert på Verdens legeforenings engelske originaltekst fra 1948.

viktige områder, men var utviklet over tid og hadde i hovedsak vekt på kollegiale forhold.

Samtidig var legeprofesjonen i endring. Etter andre verdenskrig økte antallet norske leger utdannet utenfor Norden, særlig i Tyskland. En mer internasjonal legeutdanning og et mer bevegelig arbeidsmarked skapte behov for et felles normgrunnlag.

Ramme 3. International Code of Medical Ethics 1949
Adopted by the Third General Assembly of THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION
London, England, October 1949 (5)

Duties of Doctors in General A DOCTOR MUST always maintain the highest standards of professional conduct.	**Legers plikter generelt** EN LEGE MÅ alltid opprettholde de høyeste standarder for profesjonell atferd.
A DOCTOR MUST practice his profession uninfluenced by motives of profit.	EN LEGE MÅ utøve sitt yrke uten påvirkning av motiver om økonomisk vinning.
THE FOLLOWING PRACTICES are deemed unethical: a. Any self-advertisement except such as is expressly authorized by the national code of medical ethics. b. Collaborate in any form of medical service in which the doctor does not have full professional independence. c. Receiving any money in connection with services tendered to a patient other than a proper professional fee, even with the knowledge of the patient.	FØLGENDE PRAKSIS anses som uetiske: a. Enhver form for selvreklame, unntatt slik som uttrykkelig er godkjent av den nasjonale legeetiske kodeksen. b. Å samarbeide i enhver form for medisinsk tjeneste hvor legen ikke har full profesjonell uavhengighet. c. Å motta penger i forbindelse med tjenester gitt til en pasient utover et korrekt profesjonelt honorar, selv med pasientens viten.
ANY ACT, OR ADVICE which could weaken physical or mental resistance of a human being may be used only on his interest.	ENHVER HANDLING ELLER RÅD som kan svekke en persons fysiske eller mentale motstandsevne, kan kun anvendes i vedkommendes egen interesse.
A DOCTOR IS ADVISED to use great caution in divulging discoveries or new techniques or treatment._	EN LEGE ANBEFALES å utvise stor forsiktighet når det gjelder å offentliggjøre oppdagelser eller nye behandlingsmetoder eller teknikker.
A DOCTOR SHOULD certify or testify only to that which he has personally verified.	EN LEGE BØR kun bekrefte eller vitne om det han selv personlig har verifisert.
Duties of the Doctors to the Sick A DOCTOR MUST ALWAYS bear in mind the obligation of preserving human life.	**Legens plikter overfor de syke** EN LEGE MÅ ALLTID ha i mente forpliktelsen til å bevare menneskeliv.
A DOCTOR OWES to his patient complete loyalty and all the resources of his science. Whenever an examination or treatment is beyond his capacity he should summon another doctor who has the necessary ability.	EN LEGE SKYLDER sin pasient full lojalitet og alle vitenskapens ressurser. Når en undersøkelse eller behandling ligger utenfor hans kompetanse, bør han tilkalle en annen lege med nødvendig kvalifikasjon.
A DOCTOR SHALL preserve absolute secrecy on all he knows about his patient because of the confidence entrusted in him.	EN LEGE SKAL bevare absolutt taushet om alt han vet om sin pasient på grunn av den tillit som er blitt vist ham.

A DOCTOR MUST give emergency care as a humanitarian duty unless he is assured that others are willing and able to give such care.	EN LEGE MÅ yte akutt hjelp som en humanitær plikt, med mindre han er sikker på at andre er villige og i stand til å gi slik hjelp.
Duties of Doctors to Each Other A DOCTOR OUGHT to behave to his colleagues as he would have them behave to him.	**Legers plikter overfor hverandre** EN LEGE BØR oppføre seg overfor sine kolleger slik han ønsker at de skal oppføre seg overfor ham.
A DOCTOR MUST NOT entice patients from his colleagues.	EN LEGE MÅ IKKE lokke til seg pasienter fra sine kolleger.
A DOCTOR MUST OBSERVE the principles of "The Declaration of Geneva" approved by The World Medical Association.	EN LEGE MÅ OVERHOLDE prinsippene i «Genève-deklarasjonen» godkjent av Verdens legeforening.

Oversettelsen er forfatternes, basert på Verdens legeforenings engelske originaltekst fra 1949.

På landsmøtet i juni 1959 innledet generalsekretær Odd Bjercke (1909–2005) en debatt om behovet for nye etiske regler (6). Han argumenterte for at Legeforeningen trengte et mer samlet regelverk som kunne gi bedre veiledning i konkrete situasjoner. Han viste også til at andre land allerede hadde utviklet mer omfattende etiske regelverk.

Diskusjonen viste at legeetikken var i ferd med å få et bredere innhold. Temaer som forskning, overbehandling, forholdet til kvakksalvere og etikkundervisning i medisinstudiet ble trukket fram. Det ble også diskutert spørsmål knyttet til legers samvittighetsfrihet (7).

Gabriel Langfeldt (1895–1983), professor i psykiatri, påpekte at de kollegiale bestemmelsene ikke kunne regnes som en fullstendig medisinsk etikk. De regulerte først og fremst forholdet mellom leger, mens en moderne legeetikk måtte omfatte profesjonens ansvar overfor pasientene.

På denne bakgrunn oppnevnte Sentralstyret 2. oktober 1959 et utvalg med mandat til å gjennomgå Legeforeningens etiske bestemmelser og utarbeide forslag til nye regler.

Utvalget og arbeidet fram mot 1961

Utvalget ble ledet av professor i sosialmedisin Axel Strøm (1901–1985). Øvrige medlemmer var generalsekretær Odd Bjercke, medisinalråd Jon Bjørnsson (1909–1987), reservelege Ole K. Harlem (1917–2003), overlege Haakon Storm Mathisen (1911–2003), praktiserende lege Oscar Olsen

(1908–2004) og professor i psykiatri Ørnulv Ødegård (1901–1986). Lege og visegeneralsekretær Tryggve Hauan (1909–2003) var sekretær.

Sammensettingen viser at arbeidet ble tillagt stor betydning. Utvalget besto av representanter fra både akademiske miljøer, klinisk virksomhet, myndigheter og Legeforeningens ledelse.

Axel Strøm hadde allerede behandlet legeetiske spørsmål i sin *Lærebok i sosialmedisin* fra 1956 (8). Han diskuterte blant annet legens ansvar overfor pasienten, maktforholdet i lege–pasient-forholdet, forskning, behandlingsbegrensning og legens samfunnsansvar. Selv om framstillingen var preget av sin tid, viser den at flere av problemstillingene som senere kom inn i de etiske reglene, allerede var aktuelle.

Utvalget avga sin innstilling 8. april 1960 (9). Forslaget innebar at tidligere bestemmelser ble samlet i ett regelverk med fire hoveddeler: alminnelige regler om legens forhold til pasienten, regler om forholdet mellom leger og medarbeidere, regler om attester og legeerklæringer og regler om kontroll og overholdelse av de etiske reglene. International Code of Medical Ethics hadde vesentlig innflytelse på elementer i de foreslåtte etiske reglene (ramme 4).

Det første kapittelet var i stor grad nytt. Her ble legens ansvar overfor pasienten tydeligere formulert. De øvrige kapitlene bygget i større grad videre på eksisterende bestemmelser (10).

Utvalget ønsket ikke å innføre Genève-deklarasjonen som legeed. I stedet foreslo det et norsk legeløfte basert på bestemmelsen i legeloven fra 1927: Legen skulle utøve virksomheten i samsvar med hva «ære og samvittighet og landets lover krever».

Ramme 4. Påvirkningen fra International Code of Medical Ethics på de første norske legeetiske reglene fra 1961

International Code of Medical Ethics	Norske legeetiske regler 1961
Pasientens helse først	Kapittel 1, §1
Taushetsplikt	Kapittel 1, §§12 og 14
Ikke reklame for produkter	Kapittel 1, §9
Bare attestere det man selv har verifisert	Kapittel 3, §6
Yte øyeblikkelig hjelp	Kapittel 1, §3
Ikke lokke pasienter	Kapittel 2, §§9-11
Forhold til kolleger	Kapittel 2, §§1-6
Honorarberegning	Kapittel 1, §§15 og 17
Vitenskapelighet	Kapittel 1, §§5 og 6

Hvorfor Genève-deklarasjonen ikke ble anbefalt i sin helhet, ble ikke nærmere begrunnet. Valget kan likevel forstås i lys av at Legeforeningen ønsket et praktisk regelverk snarere enn en edsformulering. Det kan også ha hatt sammenheng med at enkelte formuleringer i deklarasjonen var kontroversielle i en periode hvor blant annet abortspørsmålet var aktuelt i norsk helsepolitisk debatt.

Høring og vedtak

Utvalgets innstilling ble sendt på høring i Legeforeningen. Det kom innspill fra flere lokalforeninger og fagmedisinske foreninger. Mange kommentarer gjaldt språklige formuleringer, men enkelte spørsmål var prinsipielle.

Et sentralt spørsmål var hvilken status Rådet for legeetikk skulle ha. Flere høringsinstanser ønsket mulighet for å anke Rådets avgjørelser til andre organer i Legeforeningen. Dette ble avvist av utvalget, som mente det var avgjørende at Rådets avgjørelser ikke skulle kunne overprøves.

Utvalget understreket også at de etiske reglene ikke skulle forstås som lover. De skulle være en veiledning for legers handlemåte og komme i tillegg til juridiske bestemmelser.

Sentralstyrets innstilling fulgte i hovedsak utvalgets forslag (11). På landsmøtet i juni 1961 ble Etiske regler for læger vedtatt med mindre endringer (ramme 5) (12). Samtidig ble Rådet for legeetikk etablert.

Vedtaket innebar at tidligere bestemmelser om kollegiale forhold, attester og annonsering ble erstattet av et samlet regelverk. Legeforeningen hadde dermed fått et profesjonsetisk rammeverk som både videreførte tidligere tradisjoner og uttrykte nye forventninger til legens ansvar (13).

Vi har knapt kunnet registrere noen offentlig debatt verken i for- eller etterkant av etableringen av de legeetiske reglene, heller ikke i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* forut for landsmøtet i 1959. Et unntak var Anders Gurholt (1925–1977) som få dager før Legeforeningens landsmøte hevdet at Legeforeningen ikke forholdt seg til Genève-deklarasjonen og International Code of Medical Ethics (14). Han var ikke lege, men redaktør for osloavdelingen av bladet Kristenfolket, som var organ for Norges kirkelige landslag. Han mente at Legeforeningen burde vedta å ta i bruk legeeden i Genève-deklarasjonen i sin helhet. Han skrev også til Verdens legeforening og hevdet at Legeforeningen hadde avvist Genève-deklarasjonen og International Code of Medical Ethics. De svarte at han hadde misforstått deres rolle, idet dette først og fremst er en organisasjon for nasjonale legeforeninger, og at disse kunne velge å bruke Genève-deklarasjonen med eventuelle små variasjoner.

Rådet for legeetikk

Etableringen av Rådet for legeetikk var den viktigste organisatoriske nyvinningen ved vedtaket av de nye etiske reglene i 1961. Mens selve regelverket i stor grad bygget videre på tidligere bestemmelser, representerte opprettelsen av Rådet en ny måte å organisere profesjonens etiske ansvar på.

Bakgrunnen var behovet for et organ som kunne behandle legeetiske spørsmål på en ensartet og prinsipielt begrunnet måte. Tidligere ble mange konflikter håndtert gjennom Legeforeningens lokale organer, særlig kontrollnemndene. Disse hadde først og fremst arbeidet med honorarsaker, annonsering og kollegiale konflikter.

Det nye Rådet skulle ha en bredere funksjon. Det skulle være «foreningens høyeste sakkyndige organ i spørsmål som gjelder lægeetikk og kollegiale forhold», og behandle klager etter de etiske reglene. Samtidig skulle Rådet bidra til veiledning og utvikling av profesjonens etiske forståelse.

Et sentralt prinsipp var Rådets uavhengighet. Utvalget mente at avgjørelsene ikke skulle kunne overprøves av Legeforeningens øvrige organer. Dette var en bevisst konstruksjon. Rådet skulle ikke være et administrativt organ som representerte foreningens interesser, men et faglig og etisk organ som vurderte handlinger opp mot profesjonens normer.

Denne modellen innebar en sterk form for profesjonell selvregulering. Legeprofesjonen utviklet selv regelverket, etablerte organet som skulle tolke det, og forpliktet sine medlemmer til å følge avgjørelsene.

Da ordningen ble etablert, var også den sosiale kontrollen sterkere enn i dag. Legeforeningen hadde rundt 3900 medlemmer (15), og lokalforeningene hadde god oversikt over medlemmene. Dersom en lege ikke ville følge Rådets avgjørelse, kunne dette etter reglene føre til at legen ble betraktet som utmeldt av foreningen.

I dag er Rådets virkemidler annerledes. Rådet kan gi kritikk og pålegg om at kritikkverdige forhold skal bringes til opphør, mens de mest alvorlige reaksjonene eventuelt håndteres gjennom Legeforeningens øvrige organer. Likevel er hovedideen bevart: Profesjonen har selv etablert et organ som vurderer medlemmenes handlinger opp mot etiske normer.

Rådet for legeetikk representerer også en særpreget norsk modell. De øvrige nordiske legeforeningene har etiske regler, men ingen har et tilsvarende organ med samme rolle i behandling av klager på leger etter etiske regler. Den norske ordningen uttrykker en sterk tradisjon for profesjonelt ansvar og selvregulering.

Ramme 5. De vedtatte etiske reglene fra 1961 (12) og deres kilder

Etiske regler 1961	Kilder
Kapittel I Alminnelige bestemmelser	
§ 1 En læges oppgave er å verne om menneskets helse. Han skal utøve sin gjerning omhyggelig og samvittighetsfullt, hjelpe syke til å gjenvinne sin helbred og sunne til å bevare den.	Genève-deklarasjonen
§ 2 En læge skal holde sine kunnskaper vedlike og stadig sørge for å fornye dem.	
§ 3 Når en læge kalles til en syk, og han etter de foreliggende opplysninger har grunn til å anta at snarlig lægehjelp er nødvendig, skal han yte hjelp så snart råd er. Han fritas herfor hvis han har forvisset seg om at hjelpen blir gitt av annen læge.	Delvis Kollegiale bestemmelser International Code of Medical Ethics
§ 4 Når unntas de tilfelle som er nevnt foran, har en læge adgang til å avslå å ta en pasient under lægebehandling såfremt denne har rimelig adgang til å få hjelp av annen læge.	International Code of Medical Ethics
§ 5 En læge skal ved undersøkelser og behandlinger gjøre bruk av de midler og metoder som forsvarlig lægevirksomhet tilsier. Krever undersøkelse eller behandling metoder som lægen ikke behersker, skal han sørge for at pasienten kommer under kyndig behandling såfremt dette er gjørlig.	International Code of Medical Ethics
§ 6 En læge må ikke anvende metoder som unødig utsetter den syke for fare. Ved utprøving av nye metoder skal den sykes vel stadig has for øyet.	International Code of Medical Ethics
§ 7 En læge må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner medisinsk grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig underbygd erfaring.	§ 1 Kollegiale bestemmelser
§ 8 En læge må ikke holde metoder skjult for andre læger eller praktisere metoder som ikke er tilgjengelig for enhver læge.	§ 1 Kollegiale bestemmelser
§ 9 En læge må ikke i vinningsøyemed drive reklame for medikamenter eller metoder, og må heller ikke la sitt navn bruke til reklameformål.	
§ 10 En læge skal vise den største varsomhet ved forskrivning av medikamenter som pasienten er eller kan bli avhengig av.	
§ 11 En læge skal opptre hensynsfullt og med takt ovenfor pasienter og deres pårørende. Han må ikke blande seg inn i personlige forhold, familieforhold o.l. med mindre behandlingen av den syke gjør det berettiget. Han må heller ikke søke å påvirke den syke eller de pårørende ut over det som hensynet til behandlingen gjør nødvendig.	
§ 12 En læge skal vise diskresjon overfor de opplysninger han får som læge, selv om de ikke omfattes av hans rettslige taushetsplikt.	International Code of Medical Ethics og Genève-deklarasjonen
§ 13 En læge bør i alminnelighet gi pasienten opplysning om hans tilstand, men må etter samvittighetsfull vurdering ha rett til å holde tilbake opplysninger som lægen mener kan skade den syke.	

Etiske regler 1961	Kilder
§ 14 Med den begrensning som følger av lægens diskresjonsplikt, bør en læge gi de pårørende de opplysninger om pasientens sykdom som lægen finner nødvendig og hensiktsmessig.	
§ 15 En læge skal i sin praksis ta tilbørlig hensyn til pasientenes økonomi. Unødig eller overflødig kostbar undersøkelse eller behandling må ikke finne sted.	§ 8 ikke bruk takster i konkur-ranseøyemed Kollegiale bestemmelser
§ 16 Overfor trygder og andre som dekker helseutgifter, skal lægen vise sparsomhet i den utstrekning det er forenlig med forsvarlig lægevirksomhet.	
§ 17 Urimelig honorarberegning er utillatelig.	International Code of Medical Ethics
§ 18 En læge må ikke ved avgivelse av erklæringer eller på annen måte søke å skaffe en pasient en uberettiget økonomisk eller annen fordel.	
§ 19 En læge bør, i den utstrekning hensyn til alder, spesialitet o.l. gjør det rimelig, delta i kollegiale ordninger som tilsikter å skaffe befolkningen lægehjelp, eller som anses nødvendig for å sikre helseforholdene.	
Kapittel II Regler for lægers forhold til kolleger og medarbeidere	
§ 1 En læge må ikke overfor pasienter, deres pårørende eller andre legfolk fremkomme med nedsettende eller kritiske bemerkninger om kollegas virksom-het. Hvis en læge får kjennskap til at en kollega driver uforsvarlig lægevirksom-het, bør han ta saken opp med vedkommende myndighet eller med Den norske lægeforening.	§ 6 Kollegiale bestemmelser
§ 2 Kritikk av medarbeidere og underordnede må ikke skje på en slik måte at den er egnet til å nedbryte respekten for vedkommende. Den må ikke finne sted i nærvær av pasienter og deres pårørende.	§ 6 Kollegiale bestemmelser
§ 3 Uenighet mellom læger i faglige og kollegiale spørsmål må holdes på et saklig plan. Den må ikke bringes frem for offentligheten på en slik måte at det er egnet til å skade lægestandens anseelse og interesser.	§ 6 Kollegiale bestemmelser
§ 4 Tilkalles en læge til en syk som er under behandling av en annen læge, bør denne underrettes hvis den syke ikke motsetter seg det.	§ 3 Kollegiale bestemmelser
§ 5 Blir en pasient henvist til en spesialist, skal denne gi henvisende læge meddelelse om resultatet av undersøkelsen og om den behandling spesialisten tilråder. Behandlingen overlates til henvisende læge. Trenger pasienten behand-ling som bør gis av spesialist, underrettes lægen om dette. Pasienten henvises til ham igjen når spesialistbehandlingen er slutt.	§ 4 Kollegiale bestemmelser
§ 6 Når en pasient utskrives fra sykehus, skal innleggende læge straks underrettes om sykehusets diagnose og behandling. Trenger pasienten fortsatt behandling eller kontroll, skal han henvises til innleggende læge med mindre sykehusets læge finner at behandlingen og kontrollen bør skje ved sykehuset. I så fall underrettes innleggende læge om det.	§ 5 Kollegiale bestemmelser
§ 7 En læge må ikke praktisere fra mer enn et kontor med mindre den eller de interesserte avdelinger har gitt samtykke til det.	§ 7 Kollegiale bestemmelser

Etiske regler 1961	Kilder
§ 8 En læges avertissement skal ha et verdig utseende. En læge som ikke er godkjent spesialist, kan bare avertere «alminnelig praksis». En godkjent spesialist kan avertere sitt spesialfag alene eller sammen med «alminnelig praksis». Uten tillatelse av sentralstyret er det ikke tillatt å avertere spesialitet i en bestemt sykdom. En avdeling kan bestemme at medlemmene bare skal avertere i fellesannonse.	Regler for lægers avertering
§ 9 Skilt må bare slåes opp på det hus hvor lægen har sitt kontor med mindre vedkommende avdeling har gitt samtykke til noe annet. Skilt må ikke være så store eller utformes slik at de virker som reklame.	Regler for lægers avertering
§ 10 En læge må ikke drive reklame for sin virksomhet. Annonser i kiosker, hoteller, jernbanestasjoner eller andre offentlige lokaler er forbudt, likeledes kinoreklame. Det er forbudt å bruke plakater, kort eller sirkulærer overfor publikum.	Regler for lægers avertering
§ 11 Enhver form for reklame må unngås i uttalelser til pressen, i artikler, foredrag, kringkastning og fjernsyn. Hvis en læge blir anmodet om en uttalelse til pressen, bør han på forhånd sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen vil bli offentliggjort.	Regler for lægers avertering § 2 Kollegiale bestemmelser
§ 12 En læge må bare bruke slike titler og betegnelser som hans utdannelse og stilling berettiger til. Han må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans kvalifikasjoner og virksomhet.	Regler for lægers avertering
§ 13 Honorar bør ikke kreves av læger, deres ektefeller og hjemmeværende barn.	§ 9 Kollegiale bestemmelser
§ 14 En læge må ikke ta stilling ved sykehus, andre helseanstalter og institusjoner, eller la seg ansette som kommunelæge, verkslæge, bedriftslæge, skolelæge, jernbanelæge m.v. uten at ansettelsesvilkårene er godkjent av Den norske lægeforening og foreningens ansettelsesregler blir fulgt.	Ansettelsesreglement
§ 15 En læge må ikke anta som vikar eller assistent, eller stille sitt kontor til rådighet for noen person uten å ha forvisset seg om at vedkommende har rett til å utøve lægevirksomhet her i landet.	Ansettelsesreglement
§ 16 En læge må ikke i utdannelsesøyemed, eller av andre grunner holde vikar i sin stilling eller praksis for et tidsrom av mer enn 2 år sammenlagt i en 3-års periode. Har han holdt vikar for et slikt tidsrom, må han ha vært i sin stilling eller praksis i minst ett år før han igjen kan holde vikar. En sykehuslæge som midlertidig overtar annen lægestilling uten å si opp den stilling han innehar, må ikke holde vikar for et tidsrom av mer enn ett år i løpet av en 3-års periode. Avdelingen kan dispensere fra disse bestemmelser.	§ 11 Kollegiale bestemmelser
§ 17 Vikarer og assistenter i en læges praksis må ikke opptre slik at det går ut over lægens anseelse og praksis. Uten tillatelse av den læge det gjelder, må en vikar eller assistent ikke nedsette seg i lægens praksisområde før det er gått 2 år fra han fratrådte stillingen. Det samme gjelder for den som uten å være bosatt i distriktet, konstitueres i en offentlig lægestilling, uansett om stillingen ved hans fratreden er besatt eller ikke. Avdelingen kan dispensere fra disse bestemmelser.	§ 10 Kollegiale bestemmelser

Etiske regler 1961	Kilder
§ 18 Læger ved institusjoner for forebyggende helsearbeid (helsestasjoner, kontrollstasjoner, mødrehygienekontorer, skolelæge-, idrettslæge- og bedriftslægekontorer m.v.) skal utøve sin virksomhet i samarbeid med de praktiserende læger. Behandling av syke personer skal ikke finne sted ved institusjonene utover det som måtte være fastsatt i instruks godkjent av Den norske lægeforening. Pasient som trenger behandling, og som har egen læge, bør henvises til denne. Dog kan pasienter henvises direkte til spesialist når dette anses påkrevd.	§ 13 Kollegiale bestemmelser
§ 19 Rådgivende læger ved trygdekasser, og andre kontrollæger skal samarbeide med de praktiserende læger. Før kontrollundersøkelse finner sted, skal behandlende læge, så vidt mulig, underrettes og få anledning til å uttale seg. Resultatet av undersøkelsen meddeles behandlende læge.	§ 13 Kollegiale bestemmelser
Kapittel III Regler for lægers utstedelse av attester og andre lægeerklæringer	
§ 1 Ved utstedelse av attester og andre lægeerklæringer skal en læge handle i samsvar med god lægeetikk og på en slik måte at tillit til lægeerklæring ikke blir undergravd.	§ 1 Attestregler for Den norske lægeforening
§ 2 En læge skal ha bestemmelsene om taushetsplikt i erindring ved utarbeidelse av lægeerklæringer. De må ikke inneholde mer enn det som er nødvendig for formålet.	§ 2 Attestregler for Den norske lægeforening
§ 3 En læge skal kreve opplysninger om formålet med en lægeerklæring før han utsteder den. Det skal fremgå av erklæringen hvilket formål lægen har hatt for øye ved utstedelsen. Lægen skal avslå å utstede erklæringer som etter hans skjønn er unyttige eller som ikke anses hensiktsmessige for det formål anmodningen gjelder.	§ 3 Attestregler for Den norske lægeforening
§ 4 En læge skal bygge sine erklæringer på så forsvarlige undersøkelser som formålet tilsier.	§ 1 Attestregler for Den norske lægeforening International Code of Medical Ethics
§ 5 En læge skal ved utstedelse av erklæringer tilstrebe størst mulig objektivitet. Han må ikke gå ut over det medisinske kompetanseområde, og må ikke utforme erklæringer slik at forhold av betydning forties eller omskrives.	§ 1 Attestregler for Den norske lægeforening
§ 6 En lægeerklæring skal inneholde de opplysninger som anses nødvendige for den som erklæringen er bestemt for. Opplysningene må være tilstrekkelig til å identifisere den undersøkte. Erklæringen skal være så uttømmende og gitt slik form at misforståelser unngås. Det skal tydelig gå frem av erklæringen hvilke opplysninger som beror på lægens egne undersøkelser og iakttagelser, og hvilke som skriver seg fra andre kilder.	§ 3 Attestregler for Den norske lægeforening
§ 7 Lægeerklæringer skal ha et verdig utseende, være datert og forsynt med leselig underskrift.	§ 3 Attestregler for Den norske lægeforening

Etiske regler 1961	Kilder
§ 8 En læge bør i den utstrekning det er mulig, bruke de skjemaer for lægeerklæringer som attestutvalget har godkjent. Hvis sentralstyret har påbudt at et bestemt skjema skal brukes til visse lægeerklæringer, må medlemmene rette seg etter dette. Når forholdene tilsier det, kan sentralstyret forby medlemmene å utstede erklæringer på skjema som attestutvalget ikke har kunnet godkjenne.	§ 4 Attestregler for Den norske lægeforening
§ 9 Sentralstyret kan forby medlemmene å utstede visse former for lægeerklæringer hvis det er fare for misbruk eller for at tilliten til erklæringer kan svekkes.	§ 5 Attestregler for Den norske lægeforening
IV Overholdelse av de etiske regler	
§ 1 Ethvert medlem av Den norske lægeforening har plikt til å overholde de etiske regler for læger.	
§ 2 Etter «Lover for Den norske lægeforening» § 10 påhviler det i første rekke avdelingene å overvåke medlemmenes atferd. Kommer det til et avdelingsstyres kunnskap at en læge må antas å ha overtrådt de etiske regler, eller på annen måte vist seg uverdig som læge, skal styret ta saken opp å sørge for at den blir behandlet etter reglene i dette kapitel.	
§ 3 Særlige organer for behandling av saker som gjelder lægers atferd og overtredelse av de etiske regler er Den norske lægeforenings råd for lægeetikk og avdelingenes kontrollnemnder.	
§ 4 Den norske lægeforenings råd for lægeetikk er foreningens høyeste sakkyndige organ i spørsmål som gjelder lægeetikk og kollegiale forhold. I samarbeid med avdelingene overvåker rådet lægenes overholdelse av de etiske regler, og treffer avgjørelse i saker som gjelder overtredelse av disse regler. Unntatt fra rådets virkeområde er saker som hører under voldgiftsretten, og saker som gjelder foreningens tilsettingsregler. Hvis det er tvil om en sak hører under rådets virkeområde, avgjøres spørsmålet av sentralstyret.	
§ 5 Rådet består av formann, nestformann og tre øvrige medlemmer. De velges av landsstyret på ordinært landsstyremøte for 4 kalenderår ad gangen. Formannen og nestformannen velges ved eget valg. Det velges også 3 varamenn. Et medlem kan frasi seg valg for så lang tid som han har fungert. Medlemmer og varamenn til sentralstyret og voldgiftsretten kan ikke være medlemmer av eller varamenn til rådet.	
§ 6 Rådet har en juridisk sekretær som lønnes av foreningen. Det fører protokoll over sine forhandlinger. Protokollen tilhører foreningens arkiv.	
§ 7 I hver avdeling av Den norske lægeforening skal det være en kontrollnemnd på 3 medlemmer. Formann, 2 andre medlemmer og 3 varamenn velges av avdelingen for samme periode som gjelder for rådet. Formannen velges ved eget valg. Valget finner sted på samme tid som det holdes valg på styre i avdelingen.	
§ 8 Saker kan bringes inn for rådet og kontrollnemndene av Lægeforeningens organer og av de enkelte medlemmer. Saker som bringes inn av utenforstående, tas under behandling med mindre rådet bestemmer annerledes. Rådet og nemndene kan selv ta opp saker til behandling.	

Etiske regler 1961	Kilder
§ 9 Rådet og nemndene skal bistå trygdenes organer og myndighetene med saker som gjelder lægers honorarberegninger m. v.	
§ 10 Saker som hører under rådets virkeområde, behandles i første instans av kontrollnemnden. Gjelder saken læger som tilhører forskjellige avdelinger, behandles saken av nemnden i den lokale avdeling innen hvis område den påklagede handling har funnet sted. I tvilstilfelle og når en av lægene tilhører Yngre lægers forening, avgjør sentralstyret hvilken nemnd som skal behandle saken. Unntatt fra behandling i kontrollnemnden er saker som gjelder overtredelse av «Regler for lægers utstedelse av attester og andre lægeerklæringer». Disse saker behandles direkte av rådet. Rådet kan samtykke i at også andre saker bringes direkte inn for rådet.	
§ 11 Nemnden skal foreta de nødvendige undersøkelser for å klarlegge saken. Den skal herunder søke å få rettet på de påklagelige forhold, og skal ved tvister søke å megle forlik mellom partene. Såfremt saken ikke blir løst på denne måte, treffer nemnden avgjørelsen. Saksbehandlingen i nemnden skal i størst mulig utstrekning følge de bestemmelser som gjelder for saksbehandlingen i rådet. Sentralstyret kan fastsette nærmere retningslinjer for nemndenes saksbehandling. Ethvert medlem av Lægeforeningen har plikt til å gi forklaring for nemnden.	
§ 12 Hvis behandlingen av en sak byr på særlige vanskeligheter, kan nemnden anmode rådet om å overta den videre behandling av saken. Den eller de det gjelder, underrettes om dette.	
§ 13 Avgjørelse av avdelingsnemnden kan av den læge det gjelder, eller av de som har reist saken, ankes inn for rådet innen 4 uker etter at meddelelse om avgjørelsen er mottatt.	
§ 14 Dersom en læge, hvis sak er bragt inn for rådet, mener at medlem av rådet er ugild på grunn av tidligere befatning med saken, slektskapsforhold eller andre grunner, kan han sende inn begrunnet begjæring om at vedkommende medlem fratrer under sakens behandling. Et medlem av rådet kan også anmode om å fratre hvis han mener seg ugild. Hvis et medlem fratrer, fungerer varamannen i hans sted.	
§ 15 Når en sak er bragt inn for rådet, skal den eller de læger og andre som saken gjelder, ha anledning til å uttale seg i saken. Vedkommende kan kreve å få redegjøre muntlig for saken i møtet i rådet. Lægeforeningens medlemmer har plikt til å gi forklaring for rådet.	
§ 16 En læge har anledning til å la seg bistå av en jurist ved saker som foreligger for rådet.	
§ 17 Ved behandling av tvister skal rådet i størst mulig utstrekning følge de regler som er fastsatt for behandling i voldgiftsretten.	
§ 18 Et vedtak i rådet er gyldig når det er fattet med minst 3 stemmer.	
§ 19 Hvis rådet mener at en læge har overtrådt de etiske regler, kan det forme sin uttalelse som en misbilligelse av forholdet og som en reprimande til lægen. Rådet kan gi pålegg om at de påklagede forhold bringes til opphør.	

Etiske regler 1961	Kilder
§ 20 Rådets avgjørelse skal snarest mulig meddeles den eller de læger som saken gjelder. Hvis en sak er bragt inn for rådet av utenforstående, bestemmer rådet i hvilken form og utstrekning vedkommende skal underrettes om rådets avgjørelse. Rådet kan vedta å offentliggjøre en sak i Lægeforeningens tidsskrift. Navnet på den det gjelder, må bare offentliggjøres med samtykke av sentralstyret.	
§ 21 Rådets avgjørelse er bindende for medlemmene av Lægeforeningen og kan ikke overprøves av foreningens øvrige organer. En læge som ikke vil bøye seg for rådets avgjørelse innen den frist som rådet setter, betraktes som utmeldt av foreningen. Sentralstyret fastsetter vilkårene for eventuell gjenopptagelse.	
§ 22 Hvis rådet mener at en læge har handlet slik at han bør ekskluderes fra Lægeforeningen, sendes saken til sentralstyret med forslag om eksklusjon.	

Etiske regler i endring

De første norske legeetiske reglene må forstås ut fra sin samtid. De representerte et betydelig skritt fra spredte kollegiale bestemmelser til et samlet profesjonsetisk rammeverk, men de var samtidig preget av 1960-årenes medisinske kultur.

Reglene beskrev i stor grad legens plikter og forventninger til profesjonell opptreden. Pasientens rettigheter og selvbestemmelse hadde en langt mindre framtredende plass enn i dagens legeetikk. Lege–pasient-forholdet var fortsatt basert på en betydelig grad av tillit til legens faglige vurderinger og moralske ansvar.

Dette kom blant annet til uttrykk gjennom en paternalistisk forståelse av lege–pasient-forholdet. Legen skulle handle til pasientens beste, men pasientens rolle som selvstendig beslutningstaker var i liten grad formulert.

Samtidig hadde reglene en tydelig profesjonsorientert side. Flere bestemmelser handlet om kollegiale forhold, annonsering og legestandens anseelse. Dette må ses i lys av datidens forståelse av profesjonsansvar: Tilliten til legene ble antatt å være avhengig av at profesjonen selv opprettholdt høye standarder og kontrollerte medlemmenes opptreden.

Utviklingen senere viser hvordan legeetikken gradvis har endret perspektiv. Med økt vekt på menneskerettigheter, pasientautonomi og informert samtykke har pasientens rolle blitt tydeligere. De senere revisjonene av de etiske reglene har derfor i større grad reflektert et likeverdig samarbeid mellom lege og pasient (16).

De første reglene bør derfor ikke vurderes som et ufullstendig uttrykk for moderne legeetikk, men som et historisk overgangsdokument. De markerte en bevegelse fra ren kollegial regulering til en bredere forståelse av profesjonens ansvar.

Konklusjon

Etableringen av Legeforeningens etiske regler i 1961 var et resultat av en omfattende prosess hvor nasjonale tradisjoner og internasjonale impulser ble forent. Reglene erstattet tidligere bestemmelser om kollegiale forhold, attester og annonsering, og samlet profesjonens normer i ett felles regelverk.

De første reglene videreførte mange elementer fra tidligere profesjonsregulering, men innebar samtidig en utvidelse av perspektivet. Legens ansvar ble tydeligere knyttet til pasienten og ikke bare til profesjonen selv. Påvirkningen fra Genève-deklarasjonen og International Code of Medical Ethics bidro til denne utviklingen, selv om Norge valgte å utvikle sitt eget regelverk framfor å innføre Genève-deklarasjonen som legeed.

Opprettelsen av Rådet for legeetikk var en særlig viktig del av reformen. Rådet etablerte en institusjonalisert form for profesjonsetisk vurdering og representerte en norsk modell for kombinasjonen av autonomi og ansvarlighet.

Samtidig viser historien at legeetiske regler aldri er ferdige. De må utvikles i takt med medisinsk kunnskap, samfunnets verdier og endrede forventninger til profesjonens rolle. De første reglene fra 1961 var tydelig preget av sin tid, men etablerte en struktur som har gjort det mulig for norsk legeprofesjon å arbeide kontinuerlig med etiske spørsmål.

Vedtaket i 1961 kan derfor forstås som et vendepunkt: Legeforeningen gikk fra å ha et sett interne regler for profesjonens medlemmer til å etablere et bredere uttrykk for legers samfunnsansvar.

Litteratur

1. Holck P, Skålevåg SA. *hippokratiske ed*. I: Store norske leksikon. https://snl.no/hippokratiske_ed (5.7.2026)
2. Patuzzo S, Goracci G, Ciliberti R. Thomas Percival. Discussing the foundation of Medical Ethics. *Acta Biomedica* 2018; 89: 343–348. https://doi.org/10.23750/abm.v89i3.7050
3. Bjercke O, red. Årbok for Den norske lægeforening 1960–61. 22. årgang. Oslo: Centraltrykkeriet.
4. WMA Declaration of Geneva. World Medical Association. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva (27.2.2026).
5. WMA International Code of Medical Ethics. World Medical Association. https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics (27.2.2026)
6. Bjercke O. Er Lægeforeningens etiske bestemmelser i dag tilfredsstillende? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1959; 66: 971–977. https://www.nb.no/items/1882f5f888040ac9b94a3b4ebf1405cb?page=53 (6.8.2026)
7. *Forhandlinger i Den norske lægeforenings 35. landsmøte i Lillehammer 11. og 12. juni 1959*. Trykt som manuskript og publisert som vedlegg til Tidsskrift for Den norske lægeforening 1959. Oslo: Centraltrykkeriet, 1959: 52–57 (ikke digitalisert per 6.8.2026)

8. Strøm A. *Lærebok i sosialmedisin*. Oslo: Liv og helses forlag, 1956. https://www.nb.no/items/3ae44e96c639e7cc0e5cbaad56d77dee?page=0 (6.8.2026)
9. Innstilling av 8. april 1960 fra utvalget til revisjon av Lægeforeningens etiske bestemmelser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1960; 80: 819–830. https://www.nb.no/items/fa107d69afb73dbeb13fe55ae17e1a63?page=31 (6.8.2026)
10. Rasmussen K. *Helsemoral og umoral*. Oslo: Universitetsforlaget, 2010. https://www.nb.no/items/0ff82001d207d633e64817ff7a7a9ce5?page=0 (6.8.2026)
11. Etiske regler for læger. Sentralstyrets innstilling. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1961; 81: 577–583. https://www.nb.no/items/7adf36d54505fb48774a2d8503a76d91?page=77 (6.8.2026)
12. Bjercke O, red. Årbok for Den norske lægeforening 1962–63. 23. årgang. Oslo: Centraltrykkeriet: 117–124.
13. Berg O. Fra kollegialitet til legeetikk. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne F. *Legene og samfunnet*. Oslo: Den norske lægeforening, 1986: 321–323. https://www.nb.no/items/5455776cfe46c281b9d8508a0dee3338?page=323 (6.8.2026)
14. Gurholt A. Norsk læge-etikk. *Morgenbladet* 6.6.1961, s. 5. https://www.nb.no/items/8c9de4ffc97fab2968841f43ecb0423c?page=3 (6.8.2026)
15. Medlemstall Den norske legeforening 1886–2024. Historisk legestatistikk. *Den norske legeforening*. 1886-2024-medlemstall-leger-og-medisinstudenter.xlsxc (4.3.2026)
16. Aarseth S. Utvikling av etiske regler for leger 1961–2026. *Michael* 2026; 23: 372-380.

Svein Aarseth
svein.aarseth@vikenfiber.no
Langmyrveien 35
0874 Oslo

Svein Aarseth er pensjonert fastlege, spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin og var leder i Rådet for legeetikk 2014–2025.

Siri Brelin
siri.brelin@gmail.com
Likollveien 16A
1781 Halden

Siri Hagen Brelin er spesialist i allmennmedisin, ph.d., godkjent kompetanseområde palliativ medisin og arbeider som overlege ved Sykehuset Østfold. Hun er medlem i Rådet for legeetikk siden 2014.

Artikkelen er fagfellevurdert

Utvikling av etiske regler for leger 1961–2026

Michael 2026; 23: 372–380
doi: 10.5617/michael.13785

Bakgrunn. Etiske regler for leger og Rådet for legeetikk ble etablert i 1961. Reglene har vært gjennom flere revisjoner og gjenspeiler endringer i medisinsk praksis, samfunnets verdier og forståelsen av lege–pasient-forholdet. Jeg beskriver her utviklingen av etiske regler for leger i perioden 1961–2026, med vekt på revisjonene og endringene i regelverkets innhold og funksjon.

Materiale og metode. Utviklingen er undersøkt gjennom etiske regler for leger, reglement for Rådet for legeetikk, årbøker, årsberetninger, saksdokumenter fra Legeforeningen og protokoller fra landsstyremøter. Endringer i ordlyd og innhold er sammenholdt med den historiske og faglige konteksten de ble vedtatt i.

Resultater. De etiske reglene var preget av kollegiale bestemmelser og hensynet til legestandens interesser. Mellom 1987 og 1997 ble hovedkapitlene gjennomgått, og bestemmelsene om Rådet for legeetikk ble samtidig skilt ut i et eget reglement. Revisjonene innebar en tydelig dreining mot pasientens rettigheter, informert samtykke, profesjonelt ansvar og samfunnets behov. Bestemmelser om markedsføring, legeerklæringer, kollegiale forhold og Rådets virksomhet ble endret. Senere revisjoner har handlet om tilpasning til medisinske, teknologiske og samfunnsmessige utfordringer.

Konklusjon. Utviklingen av etiske regler for leger viser en overgang fra et regelverk med vekt på kollegial regulering til et profesjonsetisk regelverk basert på pasientens integritet, samfunnsansvar og faglighet.

I 1961 ble Etiske regler for leger vedtatt og Rådet for legeetikk opprettet (1). Reglene ble utformet i en periode da legeprofesjonen i stor grad regulerte seg selv gjennom kollegiale normer, med sterk vekt på legers innbyrdes forhold, profesjonens anseelse og tilliten mellom leger. Siden den gang har medisinen, helsetjenesten og samfunnets forventninger til leger endret seg

betydelig. Etiske regler har derfor gjennomgått flere revisjoner og utviklet seg fra et regelverk med tydelige trekk av profesjonsintern regulering til et bredere profesjonsetisk rammeverk med pasienten og samfunnets interesser som sentrale elementer (2).

De første etiske reglene fra 1961 besto av tre kapitler om etikk, til sammen 47 paragrafer, og ett kapittel om overholdelse av reglene med 22 paragrafer. Reglene bygget i stor grad på tidligere kollegiale regler, regler for legers attester og bestemmelser om legenes avertering. De var også påvirket av internasjonale legeetiske dokumenter, særlig Genève-deklarasjonen og International Code of Medical Ethics, begge fra Verdens legeforening (World Medical Association, WMA).

Dagens etiske regler består av fire kapitler med 31 paragrafer. Mange av de opprinnelige bestemmelsene er fjernet, mens nye bestemmelser er kommet til. Den største endringen er ikke først og fremst antallet paragrafer, men en endring i grunnsyn: Fra regler som i stor grad skulle beskytte profesjonen, til regler som i større grad regulerer legens ansvar overfor pasient, samfunn, miljø og helsevesen.

Også språket i reglene og reglementet har endret seg i takt med samfunnsutviklingen. I 1975 ble skrivemåten «læge» endret til «lege». I 1992 begynte man å skrive «han/hun» om legen i stedet for bare «han». I 2008 ble ordet «formann» byttet ut med «leder» i reglementet, og i 2015 ble avertissement erstattet med ordet markedsføring.

I denne artikkelen beskriver jeg hovedtrekkene i utviklingen fra 1961 til 2026 og drøfter hvordan endringene gjenspeiler utviklingen av moderne legeetikk.

Materiale og metode

Jeg har undersøkt utviklingen av etiske regler gjennom tidligere og nåværende versjoner av etiske regler for leger og reglement for Rådet for legeetikk, i årbøker for Den norske legeforening, årsberetninger fra Rådet for legeetikk, saksdokumenter og protokoller fra landsstyremøter.

Endringer i reglene er identifisert ved sammenlikning av påfølgende versjoner og vurdert opp mot saksdokumentene som lå til grunn for revisjonene. Særlig viktige kilder har vært dokumentasjon fra revisjonen som førte til det nye kapittelet om markedsføring (1987), og fra de omfattende revisjonene av kapittel II (1992), kapittel I (1994), kapittel IV (1996) og organisering av bestemmelsene om Rådet for legeetikk i et eget reglement i 1997 (tabell 1).

Tabell 1. Revideringer av etiske regler for leger (opprinnelig vedtatt i 1961)

År	Endring/revisjon	Betydning
1987	Nytt kapittel III om markedsføring	Regler som begrenser hva markedsføring kan inneholde og skal inneholde
1992	Revisjon av kapittel II om legers forhold til kolleger og medarbeidere	Fra kollegial regulering til vekt på samarbeid og profesjonelt ansvar
1994	Revisjon av kapittel I om alminnelige bestemmelser	Pasientens integritet, informasjon og informert samtykke tydeliggjøres
1996	Revisjon av kapittel IV om legeerklæringer	Fra formkrav til vekt på faglig uavhengighet og samfunnstillit
1997	Kapittel V erstattes av reglement for rådet for legeetikk	Skille mellom etiske normer og håndheving

Mindre revideringer 1969, 1975, 1983, 1989, 1991, 2002, 2014, 2015, 2021 og 2025

Reglene slik de foreligger i dag, er resultatet av omfattende revisjoner i perioden 1987–1997 (3), en rekke mindre revisjoner fra 1969 til 2025 og flere endringer i reglementet for Rådet for legeetikk (tabell 2). To oversiktsartikler om rådets virksomhet 1961–2001 er tidligere publisert (4, 5).

Forfatterens tidligere rolle som leder av Rådet for legeetikk (2014–2025) har gitt tilgang til materiale og innsikt i nyere revisjonsprosesser. Dette innebærer samtidig en nærhet til deler av materialet som må tas i betraktning ved vurderingen.

Tabell 2. Revideringer av kapittelet «Overholdelse av de etiske regler» i etiske regler for leger (1961) og Reglement for Rådet for legeetikk (1997)

År	Endring	Betydning
1997	Kapittel om overholdelse tas ut av etiske regler og erstattes med Reglement for rådet for legeetikk	Organisering av rådet og rådets saksbehandling skilles fra de etiske normene
2008	Avdelingenes etikkutvalg avvikles	Behandling av etikksaker sentraliseres
2018	Rådets funksjonsperiode endres med oppstart 1. september	Funksjonsperioden harmoniseres med den for øvrige tillitsvalgte
	Markedsføringssaker er ikke lenger unntatt offentlighet	Økt offentlig oppmerksomhet på legers markedsføring
2025	Rådet utvides fra fem til sju medlemmer	Rådets kapasitet og representasjon styrkes

Fra kollegiale regler til profesjonsetikk

De første etiske reglene hadde klare røtter i de kollegiale bestemmelsene fra slutten av 1800-tallet. Disse reglene skulle blant annet sikre en ordnet legevirksomhet, hindre uheldig konkurranse og beskytte profesjonens anseelse. Flere bestemmelser handlet derfor om forholdet mellom leger, blant annet om samarbeid, vikarvirksomhet, honorarer og hvordan leger skulle opptre overfor hverandre.

Pasienten var likevel til stede i regelverket, blant annet gjennom den grunnleggende formuleringen om at legens oppgave var å verne menneskets helse og hjelpe syke til å gjenvinne helsen. Pasientens selvstendige rolle var imidlertid mindre fremtredende enn i dagens regler.

Fra slutten av 1980-årene startet en omfattende revisjonsprosess (5). Bakgrunnen var blant annet at Rådet for legeetikk vurderte at reglene var preget av et laugsperspektiv og manglet flere sentrale elementer i moderne profesjonsetikk. Målet var å forankre legeetikken tydeligere i allmenne etiske prinsipper. Endringsprosessene kunne ta tid fordi det fram til 1989 kun var landsstyremøte annethvert år (oddetallsår).

Revisjonen av kapittel II om legers forhold til kolleger og medarbeidere i 1992 illustrerer denne endringen (6). Flere bestemmelser som primært regulerte profesjonens interne forhold, ble fjernet, for eksempel regelen om at man ikke burde kreve honorar av kolleger, deres ektefelle og hjemmeboende barn. Samtidig ble det lagt større vekt på positive formuleringer om legers ansvar for hverandre, faglig samarbeid og omsorg for kolleger. Det kom også inn en bestemmelse om å ivareta egen helse og å søke hjelp dersom helsen svikter.

Et annet eksempel er «*Legen bør unngå å behandle seg selv eller sine nærmeste for alvorlig sykdom*», som ble vedtatt i 2025. Initiativet kom fra rådet (7) som hadde arbeidet med dette temaet i forbindelse med Verdens legeforenings uttalelse («statement») om behandling av familie i 2022 (8).

Pasienten får en tydeligere plass

Den viktigste endringen kom ved revisjonen av kapittel I om alminnelige bestemmelser i 1994. Her ble pasientens integritet, medbestemmelse og rett til informasjon tydeligere formulert.

Den tidligere faneparagrafen om legens oppgave ble videreført, men supplert med at legen skal bygge sin virksomhet på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, sannhet og rettferdighet. Videre ble det slått fast at pasienten skal behandles med omsorg og respekt, og at samarbeid med pasienten så langt som mulig skal bygge på informert samtykke.

Denne utviklingen må ses i sammenheng med en generell endring i helsetjenesten i 1990-årene. Pasientens rettigheter ble styrket gjennom ny lovgivning, og forholdet mellom lege og pasient gikk gradvis fra en paternalistisk modell til en mer dialogbasert forståelse.

Bestemmelsene om taushetsplikt, informasjon, dødshjelp, utnyttelse av pasienter seksuelt eller på annen måte samt legens samfunnsansvar har senere blitt videreutviklet. Endringene viser hvordan etiske regler ikke bare regulerer hva legen ikke skal gjøre, men også hvilke positive forpliktelser legen har overfor pasient og samfunn.

Bestemmelsen om dødshjelp var ny i 1994. Ingen paragraf i etiske regler har vært mer diskutert og fått endret ordlyd flere ganger enn denne paragrafen. Legeforeningen har hele tiden holdt fast ved at leger ikke skal utføre dødshjelp. Endringene er begrunnet i endret begrepsbruk og tydeliggjøring av budskapet. De siste årene har Legeforeningens standpunkt vært utfordret av medlemmer. Dette medførte at rådet på anmodning av sentralstyret utarbeidet et kunnskapsgrunnlag i 2023, og at temaet ble bredt diskutert på landsstyremøtet i 2025 (9, 10).

Endringene i 2025 er eksempler på at samfunnsutviklingen også påvirker legeetikken. I 2025 ble det tatt inn bestemmelser om legers ansvar ved bruk av e-konsultasjoner og kunstig intelligens samt om plikten til å ta miljøhensyn i medisinsk virksomhet (11).

Markedsføring, økonomi og samfunnsansvar

Reglene om markedsføring illustrerer godt utviklingen fra kollegiale regler til profesjonsetikk. De første etiske reglene hadde strenge begrensninger på legers omtale av egen virksomhet. Hensikten var å hindre at medisinsk virksomhet ble påvirket av kommersielle interesser, men reglene kunne også begrense legers mulighet til å bidra med faglig informasjon i offentligheten.

I 1960- og 1970-årene ble det derfor gjort enkelte presiseringer som skilte mellom reklame og faglig informasjon. Legeforeningen la vekt på at leger burde bidra til at befolkningen fikk saklig informasjon om medisinske spørsmål. Samtidig ble det fastholdt at informasjon ikke måtte brukes til å skape etterspørsel etter unødvendige helsetjenester.

Da markedsføringsbestemmelsene ble revidert og fikk et eget kapittel III i 1987, ble det tydelig at utviklingen i helsetjenesten utfordret de tradisjonelle grensene. Dette medførte at kapittelet om legeerklæringer ble kapittel IV og kapittelet om overholdelse av etiske regler ble kapittel V. Private helsetjenester fikk større plass, og konkurranselovgivningen gjorde det nødvendig å vurdere om de gamle reglene var for restriktive. Etter en omfattende prosess valgte landsstyret likevel å opprettholde en restriktiv linje. Begrun-

nelsen var at markedsføring av helsetjenester ikke skulle skape urealistiske forventninger eller føre til at økonomiske interesser fikk større betydning enn pasientens behov.

Bestemmelsene om markedsføring har senere blitt justert i takt med samfunnsutviklingen. I 2002 ble det presisert at annonser ikke skulle legge vekt på pasienters lyter eller skape angst og urealistiske forventninger. I 2021 ble det tydeliggjort at reglene gjelder uavhengig av medium, og at ansvarlig lege og formelt virksomhetsnavn skal fremgå.

Utviklingen viser en vedvarende spenning mellom behovet for åpen informasjon, behov for markedsføring og behovet for å beskytte pasienter mot kommersialisering av medisinsk virksomhet.

Legeerklæringer og samfunnets tillit

Reglene om legeerklæringer har hele tiden vært knyttet til legens rolle som en uavhengig og troverdig fagperson. De første bestemmelsene var detaljorienterte og inneholdt blant annet krav til bruk av godkjente skjemaer og formelle krav til erklæringenes utforming. Etter hvert ble oppmerksomheten i større grad flyttet fra formkrav til de grunnleggende etiske prinsippene som ligger til grunn for legeerklæringer.

Ved revisjonen i 1996 ble reglene knyttet tydeligere til prinsippene i kapittel I om sannhet, pasientens integritet, taushetsplikt og hensynet til samfunnets ressurser. En legeerklæring skal være faglig korrekt og bygge på et tilstrekkelig grunnlag. Legen skal ikke utstede erklæringer som mangler et saklig medisinsk grunnlag.

Utviklingen av reglene gjenspeiler at legeerklæringer ikke bare er et forhold mellom lege og pasient. De brukes ofte som grunnlag for beslutninger i samfunnet, for eksempel innen trygd, forsikring og rettsforhold. Derfor er tilliten til at legen opptrer uavhengig og sannferdig en sentral del av legeetikken.

Reglement for Rådet for legeetikk

De første etiske reglene fra 1961 inneholdt et eget kapittel om overholdelse av reglene. Kapittelet omhandlet rådets mandat, sammensetning, saksbehandling og reaksjoner ved brudd på reglene. Det innebar også bestemmelser om medlemmenes plikt til å følge rådets avgjørelser.

I praksis viste det seg at bestemmelsene ikke var en hensiktsmessig del av det etiske regelverket. Kontrollnemndene i avdelingene skulle opprinnelig ha en sentral rolle i behandlingen av saker, men de fleste sakene ble i praksis behandlet direkte av Rådet for legeetikk.

I 1997 ble derfor det siste kapittelet i de etiske reglene erstattet av et eget Reglement for Rådet for legeetikk. Dermed ble de materielle etiske normene skilt fra bestemmelsene om rådets organisering og virksomhet. Reglementet samlet bestemmelser om mandat, sammensetning, saksbehandling og mulige reaksjoner.

Senere endringer har i hovedsak vært knyttet til organisering og arbeidsform (tabell 2). Etikkutvalgene ble avviklet, reglene om offentlighet ble endret, og i 2025 ble rådet utvidet fra fem til sju medlemmer. Samtidig ble det igjen presisert at medlemmer av Legeforeningen har plikt til å følge de etiske reglene.

Endringen fra et kapittel i de etiske reglene til et eget reglement viser en generell utvikling: De etiske reglene har blitt et profesjonsetisk normsystem, mens reglene for håndheving og organisering er samlet i et separat regelverk.

Diskusjon

Utviklingen fra å skulle regulere standens interne forhold til et profesjonsetisk regelverk som ivaretar pasientens interesser og legenes samfunnsansvar, er avgjørende for samfunnets tillit til legene.

Utviklingen av etiske regler for leger fra 1961 til i dag viser en grunnleggende endring i hva som forstås som profesjonsetikk. De første reglene var i stor grad videreføring av kollegiale bestemmelser fra slutten av 1800-tallet. De skulle blant annet regulere forholdet mellom leger, sikre en ordnet konkurranse og beskytte legestandens anseelse. Pasienten var til stede i regelverket, men først og fremst som en del av legens profesjonelle ansvar og ikke som en selvstendig aktør med egne rettigheter.

Revisjonene i 1990-årene representerte et tydelig skifte med forankring i allmenn etikk og samfunnets verdier. Pasientens integritet, selvbestemmelse og rett til informasjon fikk en mer sentral plass. Ny helselovgivning, der pasientrettigheter og krav til medvirkning ble styrket, understreker denne utviklingen.

Samtidig viser utviklingen innen markedsføring, krav til legeerklæringer og legers samfunnsansvar at legeetikken hele tiden har måttet balansere ulike hensyn. Legen skal ivareta den enkelte pasient, men også forvalte samfunnets tillit og begrensede ressurser. Dette kommer særlig til uttrykk i bestemmelsene om økonomi, prioritering og informasjon om helsetjenester og legens roller.

En annen tydelig utvikling er at reglene i større grad uttrykker overordnede verdier og profesjonelt ansvar. Mange av de tidligere bestemmelsene om kollegiale forhold, honorarer og organisatoriske spørsmål er fjernet,

mens generelle prinsipper om integritet, respekt og faglig ansvar er blitt styrket.

Rådet for legeetikk har gjennom hele perioden hatt en sentral rolle i denne utviklingen. Revisjonene har vært omfattende prosesser med bred involvering i Legeforeningen. At landsstyret fortsatt fastsetter reglene, understreker at de etiske reglene ikke bare er rådets dokument, men hele profesjonens normgrunnlag.

Konklusjon

Etiske regler for leger har gjennomgått en omfattende utvikling siden de ble vedtatt i 1961. Regelverket har gått fra å være preget av kollegiale bestemmelser og detaljerte regler for legers innbyrdes forhold til et mer konsentrert profesjonsetisk rammeverk, der pasientens integritet, menneskerettigheter, faglig uavhengighet og samfunnsansvar står sentralt.

Revisjonene har i hovedsak vært trinnvise, men særlig arbeidet i perioden 1987–1997 representerte et viktig veiskille. Da ble regelverket modernisert og tydeligere forankret i allmenne etiske prinsipper. Senere endringer har i hovedsak vært tilpasninger til nye utfordringer knyttet til blant annet markedsføring, digitalisering, kunstig intelligens og legens samfunnsansvar.

Historien om de etiske reglene viser at legeetikken er dynamisk. De grunnleggende verdiene har vært stabile, men reglene har kontinuerlig blitt revidert for å møte endringer i medisinsk praksis, lovgivning og samfunnets forventninger til legeprofesjonen.

Litteratur

1. Aarseth S, Brelin S. Etableringen av legeetiske regler i Norge i 1961. *Michael* 2026; 23: 353-371.
2. Den norske legeforening. *Etiske regler for leger*. https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger (23.5.2026)
3. Rasmussen K. Etiske regler for leger. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1998; 118: 1082–1085. https://www.nb.no/items/92787f2d22aa595861bd218aa5125eff?page=73 (23.5.2026)
4. Enger E, Hodne Å. Rådet for legeetikk 1961–86. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1986; 106: 1240–1249. https://www.nb.no/items/8a29f1d5adfe0f2f4c5e2848827a6fa1?page=85 (23.5.2026).
5. Førde R, Hodne Å. Rådet for legeetikk 1985–2001. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2004; 124: 936–938. https://tidsskriftet.no/2004/04/aktuelt/radet-legeetikk-1985-2001 (23.5.2026)
6. Etiske regler i støpeskjeen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1992; 112: 1090–1091. https://www.nb.no/items/ffc0035c3848679f4bb7fa59c866adf0?page=133 (23.5.2026)

7. Opsahl JH. Legers behandling av familie og venner. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2020; 140. https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0608
8. *WMA statement on physicians treating relatives*. Adopted by the 73rd World Medical Association General Assembly, Berlin, Germany, October 2022. https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physicians-treating-relatives (23.5.2026)
9. Aarseth S, Østborg TB, Brelin S et al. Endring av etiske regler for leger kapittel I § 5 om dødshjelp? Et kunnskapsgrunnlag. https://www.legeforeningen.no/om-oss/etikk/aktuelt-i-media/ny-sidekunnskapsgrunnlag-om-dodshjelp (17.8.2026)
10. Sak 9.2 - Dødshjelp – bør reglene endres? Legeforeningens landsstyremøte i 2025. Den norske legeforening. https://www.legeforeningen.no/om-oss/organisasjonen/rad-og-utvalg/landsstyret/Avsluttede-landsstyremoter/landsstyremotet-2025/dokumenter-for-landsstyremotet-2025/saksliste/Sak-92-Dodshjelp-bor-reglene-endres (17.8.2026)
11. Sak 11 - Rådet for legeetikk – Endringer i vedtekter og reglement. Legeforeningens landsstyremøte i 2025. Den norske legeforening. https://www.legeforeningen.no/om-oss/organisasjonen/rad-og-utvalg/landsstyret/Avsluttede-landsstyremoter/landsstyremotet-2025/dokumenter-for-landsstyremotet-2025/saksliste/sak-11-radet-for-legeetikk-endringer-i-vedtekter-og-reglement (17.8.2026)

Svein Aarseth
svein.aarseth@vikenfiber.no
Langmyrveien 35
0874 Oslo

Svein Aarseth er pensjonert fastlege, spesialist i allmennmedisin og i arbeidsmedisin og var leder i Rådet for legeetikk 2014–2025.

Artikkelen er fagfellevurdert

Fagartikkel **Reidun Førde, Reidar Pedersen**

Kliniske etikk-komitear i norske sjukehus – dei første åra

Michael 2026; 23: 381–393
doi: 10.5617/michael.13786

Kliniske etikk-komitear (KEK) blei etablerte ved norske sjukehus frå midten av 1990-åra som svar på aukande etisk kompleksitet i klinisk praksis. Denne artikkelen gir eit historisk oversyn over utviklinga av KEK med vekt på dei to første tiåra, basert på skriftlege kjelder og forfattarane sine eigne erfaringar.

Artikkelen skildrar først bakgrunnen for etableringa av KEK og kvifor ein i Noreg valde ein komitébasert modell for etisk rådgiving. Vidare blir pionerfasen, prøveprosjektet og overgangen til ei nasjonal ordning presentert. Eit sentralt tema er utviklinga av arbeidsformer i KEK, mellom anna systematikk i etiske drøftingar, involvering av dei saka gjeld og dokumentasjon av drøftingane. Den nasjonale koordineringa ved Senter for medisinsk etikk har vore sentral for kompetansedeling, evalueringsforsking, kvalitet og samanheng i arbeidet.

Artikkelen drøftar vidare nytten av KEK på individ, organisasjons- og systemnivå, og sentrale utfordringar knytte til rolleforståing i spenningsfeltet mellom fagleg skjønn, etikk, jus og prioriteringar. Samla sett viser erfaringane at kliniske etikk-komitear har vore viktige for norsk helseteneste, og at det er potensial for vidare utvikling. Behovet for systematisk etikk-arbeid og kompleksiteten i dei etiske utfordringane ser ut til å auke.

Klinisk arbeid i moderne helseteneste er prega av komplekse avgjerder der medisinsk og helsefagleg kunnskap, juss, fagleg skjønn og grunnleggjande verdiar inngår. I tillegg har styrkte pasient- og pårøranderettar og eit meir verdiheterogent samfunn gjort at det oftare blir stilt kritiske spørsmål til kompliserte medisinske vurderingar. Behovet for støtte i slike etisk krevjande avgjerder er løyst på ulike måtar i ulike land. I fleire land, særleg i USA, blei individuelle etikkrådgivarar, ofte filosofar, mykje nytta for å gi rask støtte i akutte situasjonar.

Ein klinisk etikk-komité (KEK) er eit tverrfagleg, rådgivande organ som skal hjelpe helsepersonell, pasientar og pårørande med å identifisere, drøfte

og klargjere etiske spørsmål i konkrete pasientsaker og i meir prinsipielle problemstillingar. KEK tek ikkje over det faglege eller juridiske ansvaret for avgjerdene, men skal bidra til eit betre avgjerdsgrunnlag for alle som er involverte.

Ein komitébasert modell legg vekt på tverrfagleg breidde og strukturert drøfting, der dei fleste komitémedlemmane er helsepersonell. I norsk samanheng blei denne modellen vurdert som best eigna, mellom anna fordi ein ønskte å ha mest mogleg kompetanse nær pasienten og å ansvarleggjere klinikarane sjølve.

Noreg er eitt av landa utanom USA der etikkstøtte kom tidleg i gang. I dag har alle helseføretak ein KEK. I tillegg finst nokre stader eigne komitear for psykisk helsevern og rusbehandling, og i nokre kommunar finst det tilsvarande ordningar. At arbeidet i dag er godt forankra, trass i skepsis frå mange legar som frykta at utanforståande skulle blande seg inn i faget, har fleire forklaringar. I denne artikkelen vil vi skildre korleis arbeidet starta og utvikla seg. Det har vore eit «stein på stein»-prosjekt, med vekt på systematikk, forankring både i klinikken og hos helsemyndigheitene og kritisk evaluering frå starten. Dette har vore viktige bidrag til at KEK i dag er ein del av spesialisthelsetenesta. Dei to første tiåra var viktige for denne utviklinga, og står i sentrum for artikkelen.

Artikkelen byggjer på skriftlege kjelder, mellom anna årsrapportar frå komiteane til Senter for medisinsk etikk, senteret sine eigne årsrapportar, i kombinasjon med forfattarane sine eigne erfaringar. Reidun Førde har vore aktiv i og hatt ansvar for arbeidet sidan pionerfasen, medan Reidar Pedersen kom inn som prosjektkoordinator i august 2003 og dei seinare åra også som prosjektleiar. Førde hadde bakgrunn i klinisk arbeid, samstundes som ho var tilsett ved Legeforskningsinstituttet og leia Rådet for legeetikk i deler av denne perioden. Dette gav ei bru mellom akademia, profesjonsetikk og klinikk.

Etableringa av kliniske etikk-komitear i Noreg

Pionerfasen og prøveprosjektet (1995–1998)

Etableringa av kliniske etikk-komitear i norske sjukehus var eit svar på opplevde behov i klinikken og som inspirasjon frå internasjonale erfaringar med klinisk etikkarbeid. Initiativet kom både frå fagpersonar og frå klinikarar og leiarar som opplevde aukande kompleksitet i pasientsaker. Profesjonsetiske råd i sjukepleiar og legeorganisasjonane var støttande. Samla skapte dette rom for å prøve ut KEK i sjukehusa (1).

Dette resulterte i eit treårig prøveprosjekt støtta av Sosial- og helsedepartementet, der kliniske etikkkomitear blei etablerte ved tre sjukehus. Komiteane fekk stor lokal fridom i utforminga av mandatet, samansetjing

og arbeidsformer, men innanfor nokre overordna rammer: tverrfagleg deltaking, nærleik til klinikken og ei rådgivande rolle utan formelt ansvar for avgjerder (2).

Pionersjukehusa

Prøveprosjektet blei gjennomført ved tre sjukehus med ulik storleik, organisering og pasientgrunnlag, og med vekt på ulike funksjonar for etikkarbeidet.

Ved *Rikshospitalet* var ønsket om ein klinisk etikk-komité tidleg forankra i klinikken, med vekt på konkrete pasientsaker. Involvering av pasientar og pårørande i drøftingane blei vurdert som eit sentralt prinsipp (3). Det blei lagt stor vekt på systematikk i drøftingane, blant anna ved bruk av ein tidleg versjon av SME-modellen (sjå seinare) og skriftleg dokumentasjon (4, 5). Allereie i den tidlege fasen arrangerte komiteen opne seminar om aktuelle problemstillingar, mellom anna kirurgisk behandling av kjønnsinkongruens og rituell omskjering av gutebarn.

Ved *Ullevål sjukehus*, landets største sjukehus, fungerte komiteen hovudsakleg som eit refleksjonsforum for helsepersonell, meir enn som rådgivar i konkrete pasientsaker. For å gi tryggleik for helsepersonell og leggje til rette for open dialog blei skriftleg dokumentasjon frå møta valt bort.

Gjøvik sjukehus representerte eit mindre sjukehusmiljø, der nærleiken mellom fagmiljø, leiing og komitémedlemmer gav andre rammer for arbeidet. Komiteen la hovudvekta på internundervising og seminar og arbeidde mindre med konkrete pasientsaker.

Frå forsøk til nasjonal ordning

Konklusjonen i evalueringa av prøveperioden var at ordninga burde førast vidare og utvidast (2). Samstundes blei det understreka at kliniske etikkomitear ikkje burde utviklast som rigide strukturar med detaljerte instruksar, men byggje på felles overordna prinsipp kombinert med lokal tilpassing.

Arbeidet fekk viktig drahjelp av helseminister Dagfinn Høybråten, som sette i gang arbeidet med ei stortingsmelding, *Om verdiar for den norske helsetenesta* (6), der KEK-arbeidet blei omtala. Eit einstemmig Storting vedtok i 2000 at KEK skulle etablerast i alle sentral- og regionsjukehus, seinare i alle helseføretak. Klinisk etikkarbeid blei i aukande grad sett i samanheng med kvalitetsutvikling, pasientrettar og styrking av openheit og tillit i helsetenesta. Dette bidrog til at ordninga gradvis fekk fotfeste i spesialisthelsetenesta (7, 8).

Utbreiinga var ein stegvis prosess der kliniske erfaringar, eldsjeler, leiarar, dialog med helsemyndigheiter og etikkfagleg støtte spelte saman.

Etter prøveperioden vaks talet på KEK raskt. I 2002 var det åtte, i 2004 var det 30 og i 2026 er det 36 KEK i spesialisthelsetenesta.

Arbeidsformer i KEK

Kliniske etikk-komitear, både internasjonalt og i Noreg, har hatt fire hovudoppgåver. For det første har komiteane fungert som arenaer for drøfting av konkrete pasientsaker, der helsepersonell har søkt støtte i etisk krevjande avgjerder. Talet på slike saker varierer mellom KEK og over tid. Sentrale tema er avslutning av livsforlengande behandling, dilemma knytte til pasientautonomi, bruk av tvang, pasientinformasjon og ressursprioriteringar i praksis, som omtalt i ein annan artikkel i dette nummeret av *Michael* (9).

For det andre har komiteane drøfta prinsipielle etiske problemstillingar, ofte knytte til dei same temaene, men då gjerne på eit meir overordna nivå eller med relevans for fleire pasientar. For det tredje har mange komitear hatt ei rolle i etisk kompetansebygging gjennom undervisning og interne refleksjonsprosessar. For det fjerde har KEK medverka til utvikling og implementering av etiske retningslinjer.

Komiteane, som i starten var ulike, har seinare utvikla seg i same retning. Komiteane har i gjennomsnitt ti medlemmer frå ulike delar av klinikken. Dei fleste har også medlemmer med juridisk og formell etikk-kompetanse og ein brukarrepresentant. Medlemmene blir oppnemnde av sjukehusleiinga, med noko ulik funksjonstid. Komiteane skal vere tverrfaglege og ha medisinsk og helsefagleg kompetanse, og dei fleste har med sjukehusprest. Komiteane møtest gjerne ein gong i månaden, men kan også møtast på kort varsel når sakene hastar.

Nasjonal koordinering

Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo fekk i 2000 eit nasjonalt fagleg ansvar for arbeidet. Etter å ha vore basert på nokre få tilsette i mindre stillingsbrøkar fekk arbeidet eit løft då helseminister Sylvia Brustad frå 2007 auka løyvingane. Det blei då rom for eit fullt professorat, i tillegg til forskar/koordinator og informasjonskonsulent. Helsedirektoratet fekk ansvaret for årlege løyvingar til arbeidet ved senteret.

Den nasjonale koordineringa har omfatta kompetansedeling, fagleg rettleiing og støtte til nye og etablerte KEK, og etablering av nettverk og møteplassar for erfaringsdeling. Årlege nasjonale samlingar har vore sentrale arenaer både for fagleg påfyll, deling av erfaringar frå praksis og felles refleksjon rundt klinisk etikkarbeid.

Senter for medisinsk etikk har også fungert som bindeledd mellom KEK og helsemyndigheitene. Gjennom dialog, rapportering og deltaking i utgrei-

ingar og arbeidsgrupper har erfaringar frå klinisk praksis blitt formidla vidare. Den akademiske forankringa har gitt arbeidet fagleg legitimitet og lagt til rette for praksisnær forsking og kontinuerleg forbetring.

Systematikk og verktøy

Vi erfarte tidleg at nytteverdien av arbeidet var avhengig av systematikk (10, 11). Dette gjaldt både innmelding og førebuing av saker, sjølve drøftingsprosessen og korleis konklusjonar blei dokumenterte og formidla tilbake til klinikken. Over tid blei det derfor lagt aukande vekt på å utvikle verktøy og arbeidsformer som kunne bidra til kvalitet, effektivitet, transparens og læring.

Arbeidet med systematikk fekk også drahjelp då Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 utarbeidde eit felles mandat for alle KEK. Mandatet omfatta mellom anna oppnemning og samansetjing av komiteane, at alt helsepersonell kan sende saker til KEK, vekt på pasientrepresentasjon og tilstrekkelege ressursar frå sjukehusleiinga til arbeidet. Dette forplikta komiteane. Ikkje minst viktig var det at mandatet presiserte at KEK skulle vere uavhengig. At Senter for medisinsk etikk, som del av universitetet, fekk rolla som fagleg motor for arbeidet, har truleg også vore viktig for uavhengigheita.

Eit sentralt grep i systematiseringa av KEK-arbeidet var utviklinga av den såkalla SME-modellen, også kalla sekstrinnsmodellen. Modellen bygde vidare på internasjonale tilnærmingar og erfaringar frå Rikshospitalet. Den gir ei strukturert ramme for etiske drøftingar ved å 1) klargjere kva som står på spel, 2) etablere eit relevant faktagrunnlag, 3) identifisere dei saka gjeld og synspunkta deira, 4) utforske aktuelle verdiar, normer og juridiske rammer, 5) vurdere handlingsalternativ og moglege konsekvensar, og 6) formulere ein grunngjeven konklusjon.

Modellen bidrog til meir føreseielege prosessar og gjorde det enklare å følgje opp og nyttegjere seg av drøftingane i etterkant. Relevant lovverk blei også trekt inn, noko som gav kjennskap til lovverket på ein meiningsfull måte, både for KEK-medlemmene og for dei som deltok i drøftingane.

Vi erfarte at dokumentasjon frå drøftingane er avgjerande for kvalitet og læring. Ansvarleg klinikar kunne velje å leggje drøftingsnotatet inn i pasientjournalen. Drøftingsnotata skulle sikre tydeleg formidling av tilrådingar til klinikken og bidra til kontinuitet i oppfølginga av saker. Dei danna også eit godt grunnlag for evaluering og forsking (3, 4). Samstundes reiste dokumentasjonspraksis viktige spørsmål knytte til personvern, til dømes om det var mogleg å skrive anonyme referat som gav tilstrekkeleg informasjon.

Erfaringane frå KEK-arbeidet blei etter kvart samla og systematiserte i form av felles verktøy. KEK-manualen blei først utgitt i 2007 og seinare revidert (figur 1). Manualen samla tilrådingar om arbeidsformer, systema-

tikk, involvering og dokumentasjon (12). Både manualen og det nasjonale mandatet bidrog til større føreseielegheit i etikkarbeidet på tvers av sjukehusa, samstundes som dei la til rette for lokal tilpassing.

Døme på viktige lokale tilpassingar er at nokre komitear bidrog i utviklinga av avdelingsvise etikkrefleksjonsgrupper som eit supplerande tilbod. Eit anna døme er at fleire komitear byrja å gjennomføre etikkdrøftingar ute på avdelingane som eit alternativ til drøfting med heile komiteen. Til dømes kunne to til fire personar frå KEK kome avdelinga og rettleie ei drøfting med dei saka gjeld.

Praksisnær forsking

Allereie i prøveprosjektet blei det klart at vidare utvikling av arbeidsformer, rolleforståing og kvalitet kravde ein meir systematisk kunnskapsbase, både om etiske utfordringar i den kliniske kvardagen og om arbeidet i komiteane.

Ein viktig del av denne forskinga tok form av evalueringsstudiar av KEK-arbeidet, allereie frå 2004 (13, 14). Undersøkingane bygde på doku-



Figur 1. KEK-manualen blei først utgitt i 2007 og seinare revidert. Faksimile av andreutgåva frå 2023 (12).

mentanalysar, spørjeundersøkingar, observasjonar og intervju med komitémedlemmer, helsepersonell og pårørande som hadde brukt KEK, samt systematiske litteraturgjennomgangar (13–16).

Ved sidan av at systematikk i drøftingane var avgjerande for opplevd nytte, både for helsepersonell og pårørande, fann vi at det var viktig å inkludere alle som kunne kaste lys på saka i drøftingane av etiske dilemma (11). Forskinga synleggjorde også problem knytte til variasjon i etisk og juridisk kompetanse, ulik dokumentasjonspraksis og ulike forståingar av KEK si rolle, til dømes at KEK ikkje skulle gå inn i faglege spørsmål eller vere eit klageorgan (11–16). Mange av dei mest krevjande sakene involverte pasientar som ikkje kunne delta direkte, noko som stilte særlege krav til ivaretaking av pasientperspektivet.

Forskarar ved Senter for medisinsk etikk deltok også i internasjonale nettverk og forskingssamarbeid innan klinisk etikk (17, 18).

Den nære koplinga mellom forsking og praksis gjorde det mogleg å nytte funna direkte i vidareutviklinga av KEK-arbeidet. Forskinga fungerte difor som ein del av ein kontinuerleg lærings- og forbetringsprosess og bidrog til kunnskapsbasert vidareutvikling av opplæringa. Forsking på etiske dilemma i klinikken kan også ha gjort faget medisinsk etikk meir relevant for helsepersonell.

Kompetansedeling

Etter kvart som ordninga blei meir utbreidd og formalisert, blei det tydeleg at kvaliteten på etikkarbeidet kravde grunnleggjande kompetanse i etikk, kjennskap til relevant lovverk og forståing for kliniske og organisatoriske rammer. I tillegg kravde mandatet at KEK-medlemmene kunne rettleie og undervise helsepersonell og leie komplekse, tverrfaglege drøftingar med dei saka gjeld.

Kompetansedeling har vore eit gjennomgåande prinsipp i dette arbeidet. Erfaringar frå praksis har vist at komplekse etiske dilemma ofte veks fram i skjeringspunktet mellom fag, organisering, jus og verdiar, og at slike problemstillingar best blir forståtte og handterte gjennom systematisk deling av erfaringar og perspektiv. Nye dilemma oppstår også i takt med endringar i helsetenestene og samfunnet, til dømes ny teknologi, ny kunnskap eller lovendringar (9). Dette har gjort kontinuerleg kompetanse- og fagutvikling naudsynt (19).

Eit sentralt verkemiddel for Senter for medisinsk etikk har vore nasjonale kurs og samlingar for KEK-medlemmer, minst ein gong i året. Desse har jamt over vore fullteikna, med opptil 150 medlemmer til stades, og har fungert både som opplæring og som møteplass for strukturert erfaringsutveksling på tvers av sjukehus og regionar. Innhaldet har typisk omfatta klinisk

etikk, bruk av SME-modellen, juridiske avklaringar og arbeid med konkrete pasientsaker. Samlingane har bidrege til å byggje ein felles fagleg plattform, samstundes som dei har styrkt nettverk og læring mellom komiteane. Møteplassane har også styrkt motivasjonen og identiteten rundt arbeidet.

Mange KEK har drive internundervisning i eigne helseføretak, gjennom seminar, temamøte og rettleiing til kliniske avdelingar. Undervisningsaktiviteten har også bidrege til å formidle nasjonale føringar, relevante lovendringar og felles rammer for handtering av etiske utfordringar.

Formidling har vidare skjedd gjennom rapportar, utgreiingar, vitskaplege publikasjonar, nasjonale nettsider, utdanningstilbod og nettverk, ofte baserte på praksisnær forsking (19). Dette har gitt klinisk etikkarbeid fagleg og offentleg synlegheit, og gjort det mogleg å integrere erfaringar frå klinikken i breiare faglege og helsepolitiske diskusjonar og i grunn- og vidareutdanningar i medisin og helsefaga. Slik har kompetansedeling og formidling også vore viktig utover sjølve KEK-arbeidet.

Nytte og erfaringar

Frå å vere eit framandt innslag i helsetenesta blei klinisk etikkarbeid i løpet av dei første to tiåra ein etablert del av spesialisthelsetenesta, takka vere solid drahjelp frå mange viktige aktørar. Ein kontinuerleg kritisk gjennomgang av arbeidet, med nødvendige justeringar og tett dialog med klinikarar, brukarar og overordna helsemyndigheiter har vore viktig.

Komiteane får i dag oftast tilvist saker frå klinikarar og sjukehusleiing, og aktivitetsnivået er stort for mange komitear (9). Som støtte for helsepersonell i møte med etisk krevjande situasjonar har KEK gitt tid og rom for strukturert refleksjon, noko mange har opplevd som avlastande og klargjerande, utan at avgjerdsansvaret blir flytta bort frå dei behandlingsansvarlege (9, 11).

At vanskelege spørsmål blir sette ord på og drøfta utanfor det kliniske teamet, har også vore ei tryggleik for mange pårørande, sjølv om KEK ikkje alltid har gitt dei støtte i ønsket om eit bestemt utfall (3). Ved god involvering kan drøftinga bidra både til betre forståing av pasienten sine verdiar og preferansar, auke aksept for den endelege avgjerda og styrkt tillit mellom helsepersonell og pårørande.

Erfaringar frå praksis tyder på at ein god prosess ofte er vel så viktig som den konkrete løysinga. Også Helsetilsynet har i klagesaker lagt vekt på at konfliktfylte saker er blitt lagde fram for KEK, til dømes når pårørande har sett seg imot at livsforlengande behandling blir avslutta hos kritisk sjuke pasientar.

På organisasjonsnivå har KEK bidrege til læring utover enkeltsaker. Saker med stor prinsipiell, juridisk eller organisatorisk relevans har vorte løfta fram for sjukehusleiing eller politisk leiing og brukt som grunnlag for under-

visning i sjukehusa, revisjon av rutinar og utvikling av retningslinjer. Slik har KEK fungert som ein kanal der erfaringar frå den kliniske kvardagen blir omsette til meir overordna kvalitetsforbetring. I fleire helseføretak har arbeidet også styrkt dialogen mellom klinikk og leiing, mellom anna ved at KEK er representert i overordna kvalitetsarbeid og kan bidra med saker dei meiner trugar kvaliteten av helsetenesta.

KEK-arbeidet har på mange måtar fungert som eit vindauge inn i helsetenesta sine mest krevjande dilemma. I 2005–2006 kom til dømes fleire svært vanskelege saker rundt livsforlengande behandling av barn, saker som fekk stor offentleg merksemd. Sakene medførte store menneskelege belastningar og stor ressursbruk og involverte både KEK og rettsapparatet, heilt opp til Høgsteretts kjæremålsutval (20, 21). Den mest omtalte var Kristinasaka frå Bergen, der eit barn med ein livstruande hjerneskade blei behandla på ei intensivavdeling i fleire månader etter at klinikarane meinte det var til barnets beste å avslutte behandlinga (figur 2).

Etter sterk og for klinikarane svært belastande medieomtale bad helseminister Brustad Senter for medisinsk etikk om å lage nasjonale retningslinjer for avslutning av livsforlengande behandling. Det same initiativet kom til Legeforeningen frå sentrale klinikarar. Legeforeningen og senteret gjekk då saman for å utarbeide ein nasjonal rettleiar for gode prosessar knytte til avgrensing av livsforlengande behandling, i samarbeid med KEK-ane, Sjukepleiarforbundet, brukarrepresentant og helsejurist. I 2009 publiserte Helsedirektoratet den første nasjonale rettleiaren på området (22). Erfaringane tyder på at retningslinjene, som har vore mykje brukte, saman med KEK-arbeidet kan ha bidrege til meir systematiske prosessar ved tilsvarande dilemma (9).

Det kliniske etikk-arbeidet blei opphavleg utvikla i somatiske sjukehusavdelingar. I Noreg har Senter for medisinsk etikk og fleire KEK arbeidd målretta for å vidareutvikle arbeidet også innan psykisk helsevern og rusbehandling (23).

Samla sett viser erfaringane at kliniske etikk-komitear har hatt nytte på individ-, gruppe- og systemnivå i helsetenesta. Nytteverdien kan ikkje reduserast til målbare effektar aleine, men kjem også til uttrykk gjennom styrkt refleksjon, teoriutvikling (24), samarbeid og betre grunngjeving av praksis i møte med krevjande etiske utfordringar.

Utfordringar i arbeidet

Sjølv om kliniske etikk-komitear har fått aukande legitimitet over tid, har arbeidet også vore prega av fleire utfordringar. Ei er manglande kjennskap til ordninga, ikkje minst blant pasientar og pårørande. Trass i nasjonale



Vil ikke la leger alene avgjøre liv og død

■ Uavhengige bør få vurdere livsforlengende behandling

7. februar 2006 døde Kristina Hjartåker (4). Mot farens vilje besluttet legene på Haukeland universitetssykehus å koble henne fra respiratoren.

ROALD RAMSDAL

Kristina ble reddet ut av leirmassene som rammet rekkehuset i Hatlestad Terrasse i Fana ved Bergen natt til 14. september 2005. Hun hadde hatt puste- og hjertestans og fått store hjerneskader.

Legene konkluderte med at videre behandling var nytteløs. De mente det var etisk uforsvarlig å forlenge Kristinas liv i respirator. Faren var uenig med legene og ville gå rettens vei for at livsforlengende behandling skulle fortsette. Dette ble starten på en sak som fikk enorm oppmerksomhet i mediene.

Mangler retningslinjer. Frem til i dag har det ikke eksistert nasjonale etiske retningslinjer for hvordan slike saker skal håndteres. Istedenfor har det vært opp til hvert enkelt sykehus å lage retningslinjer.

Nå konkluderer tre forskere i en artikkel i siste nr. av Tidsskrift for Den norske legeforening at leger ikke alene bør bestemme om livsforlengende, men nytteløs behandling skal avsluttes. I vanskelige eller konfliktfylte saker bør sakene behandles av uavhengige.

– Vanligvis blir behandlingsansvarlig og pasient eller pårørende enige, og legene har det endelige ansvaret. Men enkelte ganger blir uenigheten helt fastlåst, og i disse svært konfliktfylte sakene har ikke prosedyrene vært gode nok, sier førsteforfatter av artikkelen Ingrid Miljeteig, som er stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen.

Anbefaler nemnd. Forskerne har gjort en casestudie på to svært konfliktfylte saker der pårørende og leger har vært uenige i om livsforlengende behandling skal avsluttes. Én av dem er Kristina-saken.

«Prosedyren i denne saken sikrer ikke tilstrekkelig legitimitet. Det ble ikke vist til offentlig kjente og aksepterte etiske retningslinjer for behandlingsavsluttning, og saken ble ikke behandlet av sykehusets kliniske etikkomité eller en uavhengig nemnd», skriver forskerne

De tre forskerne anbefaler at en nemnd, ikke leger, tar beslutningen om å avslutte livsforlengende behandling i slike saker i fremtiden.

– Det vil komme flere slike saker, og de strategier som fungerte tidligere, fungerer ikke lenger i en opplyst befolkning med pluralistiske verdier og store forventninger til helsetjenesten, skriver forskerne.

– Når det blir så vanskelig som i disse to sakene, så kan det være nyttig for helsepersonell og befolkningen at behandlingen av saken skjer i en nemnd. Det er ikke garantert at konflikten blir løst hvis man trekker inn en nemnd, men det kan bli en mer åpen prosess som man i større grad kan stå inne for, sier Miljeteig.

Helsedirektoratet har laget et forslag til en faglig veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.

Klinisk etikkomité. I forslaget skriver de at konflikter rundt livsforlengende behandling bør behandles i klinisk etikkomité. Hvis det er svært konfliktfylte saker, bør disse behandles i en klinisk etikkomité i et annet helseforetak.

– Ved å løfte sakene ut av avdelingen hvis det oppstår tvil eller konflikt, kan sakene drøftes bredt og upartisk.

– Vi kan unngå at konfliktnivået eskalerer, slik vi har sett i en del saker, sier professor i medisinsk etikk, Reidun Førde ved Universitetet i Oslo.

Hun har vært med på å lage veilederen.

– I dag kan det bli for tilfeldig hvordan disse sakene blir håndtert, nå er det avhengig av kulturen ved det enkelte sykehus.

roald.ramsdal@aftenposten.no

Kristina-saken

14. september 2005: Kristina Hjartåker blir hardt skadet i et jordras på Hatlestad terrasse (bildet) utenfor Bergen, og innlagt med respirator på Haukeland Universitetssykehus.

17. november 2005: Sykehuset fatter vedtak om at all behandling skal avsluttes og respiratoren slås av.

22. november 2005: Oddmund Hjartåker klager beslutningen inn for Helsetilsynet, men får ikke medhold.

12. januar 2006: Bergen tingrett blir bedt om å stoppe sykehusets avgjørelse. Kravet blir avvist.

19. januar 2006: Faren påkjærer til lagmannsretten. Rettsforhandlingene skal starte 23. januar, men blir avlyst dagen før.

7. februar 2006: Kristina Hjartåker dør etter at respiratoren blir slått av.

7. november 2006: Helsetilsynet frigir sin første rapport som omhandler kommunikasjon mellom Helse Bergen (Haukeland) og Kristinas far. Haukeland får kritikk på flere punkter.

28. juni 2006: Helsetilsynets sluttrapport slår fast at Haukeland ikke har gjort noen feil i den medisinske behandlingen av Kristina Hjartåker.

Kilde: Bergens Tidende

«Må føle tillit»

Faren til Kristina, Oddmund Hjartåker, håper en nemnd kan bidra til at andre slipper å gjennomgå det samme som ham selv.

JENNY SANDVIG

– Vi er veldig glade for at Kristina ikke er glemt. Og hvis dette kan være med på å unngå at andre opplever det samme, så hadde jeg satt stor pris på det. For det gjelder at man er trygg på at den avgjørelsen som til slutt tas, er riktig. At jeg kan leve videre i den forvisning om at det var det rette som ble gjort sier Oddmund Hjartåker.

Han orker ikke å si så mye mer, og ber oss snakke med advokaten som bisto dem i saken, Pål Magne Bakka.

Tar forbehold. Advokaten har førstehåndskjennskap til flere saker hvor pårørende har vært uenig i legenes avgjørelser om å avslutte behandling. Han er positiv til forslaget til ei nemnd, men tar noen forbehold om sammensetning sakbehandling og etterprøving.

– Hvis en nemnd gjør at man kan få senket konfliktterskelen, dempet det vonde og vanskelige for de pårørende, og lettet ansvaret og den tunge påkjenningen det er for legen å ta slike avgjørelser, så vil det være en klar fordel, sier Bakka.

Han advarer likevel mot ansvarspulverisering ved at for mange deler på avgjørelsen.

– Nemnda bør etter mitt skjønn ha med en lege, personer som er kyndige i etikk og en jurist, mener han.

jenny.sandvig@aftenposten.no

Figur 2. I 2005–2006 kom fleire svært vanskelege saker rundt livsforlengande behandling av barn. Den mest omtalte var Kristina-saka frå Bergen. Faksimile frå Aftenposten 10.10.2008. https://www.nb.no/items/cbc3e2275aa66ba9a7f41e63fc84f207?page=7

føringar og lokal forankring har mange helsepersonell heller ikkje visst kva KEK kan bidra med, når det er relevant å ta kontakt eller kva nytte ei etisk drøfting kan ha. Det har også vore ei feiloppfatning om at arbeidet tek frå dei det faglege ansvaret.

Dette har ført til at saker kjem for seint, når konfliktar allereie er fastlåste, eller at KEK ikkje blir kontakta der ordninga kunne ha gitt nyttig støtte. Det kan også ha vore oppfatta som teikn på fagleg svakheit å kontakte KEK. Dei første åra var det mange komitear som etterlyste fleire saker å arbeide med. I dag er mange av komiteane snarare overarbeidde i høve til ressursane dei har fått. Klinisk etikkarbeid må ofte konkurrere med kliniske oppgåver

med tydelegare styringslinjer og insentiv. Avhengigheit av eldsjeler og manglande dedikert tid har gjort ordninga sårbar.

Vekta på involvering av pasientar og pårørande har styrkt openheit og legitimitet, men har også reist krevjande spørsmål. Slik involvering krev god kommunikasjon, rolleavklaring og merksemd om personvern. Høgt konfliktnivå, sterke emosjonar og usemje om faktagrunnlag eller verdiar kan utfordre rammene for gode etiske drøftingar, og krev særleg kompetanse og førebuing frå KEK si side.

Eit gjennomgåande spenningsfelt i KEK-arbeidet ligg i møtet mellom etikk, jus, økonomi og klinisk skjønn. Auka pasientrettar og strammare ressursrammer har gjort mange dilemma meir komplekse og samstundes endå viktigare å handtere på ein god måte (9, 19). KEK må navigere i dette feltet utan å bli oppfatta som klageinstans, juridisk domstol eller verktøy for å legitimere problematiske prioriteringar. Dette stiller også store krav til kompetanse i KEK, tid til systematiske drøftingar og dokumentasjon, rolleforståing, integritet og fagleg skjønn.

Utviklinga av felles verktøy og rammer har reist spørsmål om balansen mellom standardisering og lokal fridom. Erfaringane peikar mot behovet for kunnskapsbasert samordning utan rigid styring, der lokalt ansvar og fagleg skjønn blir tekne vare på. Den nasjonale koordineringa har vore ein føresetnad for kvalitet og samanheng i KEK-arbeidet, men er strukturelt sårbar når ho er basert på årlege budsjettløyvingar.

Samla sett viser desse utfordringane at klinisk etikkarbeid er ein kontinuerleg balansegang mellom ulike omsyn og forventningar. Skal KEK fungere etter intensjonen, krev det tydelege rammer, kompetanse, fagutvikling og organisatorisk forankring over tid. Erfaringane frå perioden peikar samstundes på betydninga av å halde fast ved KEK som ein rettleiande arena for refleksjon, særleg i møte med aukande forventningar og med strammare økonomiske rammer.

Litteratur

1. Ruyter KW, Bjørnsborg E, Stegane J et al. Kliniske etikkomiteer utprøves i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1997; 117: 1778–1781. https://www.nb.no/items/048b62f4a7d5335bf1d09f5a6cc1bac6?page=69 (21.8.2026)
2. Baune Ø, Christensen V, Haugen OA et al. *Evaluering av forsøk med kliniske etikkomitéer*. Oslo: Hurtigtrykk, Regjeringskvartalet, 1998. https://www.nb.no/items/7b87574f43757900fb029481d717ba9f?page=0 (21.8.2026)
3. Førde R, Linja T. "It scares me to know we might not have been there!" A qualitative study into the experience of parents of seriously ill children participating in ethical case discussions. *BMC Medical Ethics* 2015; 16: 40. https://doi.org/10.1186/s12910-015-0028-6

4. Førde R, Hansen TWR. Involving patients and relatives in a Norwegian clinical ethics committee: what have we learned? *Clinical Ethics* 2009; 4: 125–130. https://doi.org/10.1258/ce.2009.009018
5. Førde R, Vandvik IH. Clinical ethics, information and communication: a review of 31 cases from a clinical ethics committee. *Journal of Medical Ethics* 2005; 31: 73–77. https://doi.org/10.1136/jme.2003.003954
6. St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdiar for den norske helsetenesta. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-26-1999-2000-/id192850 (21.8.2026)
7. Førde R, Thorleifsson E. Klinisk etikkomité ved sykehus – et nyttig forum eller fremmed fugl? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2003; 123: 2603–2605. https://tidsskriftet.no/2003/09/kronikk/klinisk-etikkomite-ved-sykehus-et-nyttig-forum-eller-fremmed-fugl (21.8.2026)
8. Pedersen R, Førde R. Hva gjør de kliniske etikkomiteene? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2005; 125: 3127–3129. https://tidsskriftet.no/2005/11/om-helsetjenesten/hva-gjor-de-kliniske-etikkomiteene (21.8.2026)
9. Førde R. Kva fortel etikkarbeidet om helsetenesta. *Michael* 2026; 23: 394-405.
10. Førde R, Pedersen R, Akre V. Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: a qualitative study. *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11: 17–25. https://doi.org/10.1007/s11019-007-9102-2
11. Kalager G, Førde R, Pedersen R. Er drøfting av pasientsaker i klinisk etikk-komiteer nyttig? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2011; 131: 118–121. https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0183
12. Førde R, Magelssen M, Pedersen R. *Manual for kliniske etikk-komiteer for spesialisthelsetjenesten*. 2. utgave. Oslo: Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, 2023. https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kek/spesialisthelsetjenesten/kek-manual-spesialisthelsetjenesten-nov-2023.pdf (21.8.2026)
13. Pedersen R, Akre V, Førde R. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. *Bioethics* 2009; 23: 460–469. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00664.x
14. Pedersen R, Akre V, Førde R. What is happening during case deliberations in clinical ethics committees? A pilot study. *Journal of Medical Ethics* 2009; 35: 147–152. https://doi.org/10.1136/jme.2008.026393
15. Pedersen R, Førde R. *Fuzzy law encountering life, death, and morality: a report on nine clinical ethics committees' legal considerations*. I: Gunning J, Holm S, Kenway I, red. Ethics, law & society. Bind 4. London: Ashgate Publishing, 2009: 149–163. https://doi.org/10.4324/9781315094328-11
16. Førde R, Pedersen R. Evaluation of case consultations in clinical ethics committees. *Clinical Ethics* 2012; 7: 45–50. https://doi.org/10.1258/ce.2012.012m03
17. Fournier V, Sari E, Førde R et al. Clinical ethics consultation in Europe: a comparative and ethical review of the role of patients. *Clinical Ethics* 2009; 4: 131–138. https://doi.org/10.1258/ce.2009.009020
18. Pedersen R, Hurst SA, Schildmann J et al. The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations. *Clinical Ethics* 2010; 5: 136–141. https://doi.org/10.1258/ce.2010.010025

19. Etikk i helsetjenesten. Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/ (21.8.2026)
20. Pedersen R, Solbakk JH, Nortvedt P. Leve eller la dø. *Dagbladet* 3.2.2006: 48. https://www.nb.no/items/a71f17fb40daa16ef1910a2e823b906e?page=47 (21.8.2026)
21. Sykehus får stoppe behandling av syk gutt. VG 6.7.2007. https://www.vg.no/nyheter/i/vv6E4/sykehus-faar-stoppe-behandling-av-syk-gutt (21.8.2026)
22. *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. IS-1691. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. https://www.nb.no/items/a28772c1ed812da4f21a74446d84890e?page=0 (21.8.2026)
23. Syse I, Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees – also for mental health care? The Norwegian experience. *Clinical Ethics* 2016; 11: 81–86. https://doi.org/10.1177/1477750916657656
24. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Sources of bias in clinical ethics case deliberation. *Journal of Medical Ethics* 2014; 40: 678–682. https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101604

Reidun Førde
reidun.forde@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
0318 Oslo

Reidun Førde er professor emerita ved Senter for medisinsk etikk. Ho har vore ein av pionerane i fagfeltet klinisk etikk både nasjonalt og internasjonalt.

Reidar Pedersen
reidar.pedersen@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
0318 Oslo

Reidar Pedersen er professor ved Senter for medisinsk etikk, forskingsleiar ved Institutt for helse og samfunn, og leier prosjektet «Etikk i helsetenesta», som mellom anna inkluderer den nasjonale koordineringa av arbeidet til dei kliniske etikk-komiteane.

Artikkelen er fagfellevurdert

Kva fortel etikkarbeidet om helsetenesta?

Michael 2026; 23: 394–405
doi: 10.5617/michael.13787

Moderne helseteneste er prega av avansert medisin, sterkare pasientrettar, prioritering og stadig meir spesialisering. Dette skaper komplekse etiske dilemma og krev god samhandling mellom pasientar, pårørande og ulike delar av helsetenesta.

Artikkelen byggjer på erfaringsbasert refleksjon og gjennomgang av årsrapportar frå kliniske etikk-komitear (KEK) sende til Senter for medisinsk etikk i perioden 2022–2024. Det er særleg sett på etiske dilemma, medisinsk problematikk, samhandling, konfliktar og ressursbruk.

Sakene viser gjennomgåande stor kompleksitet, med særleg mange dilemma knytte til avgrensing av livsforlengande behandling, tvang, samhandling, behandling i strid med fagleg skjønn og deling av informasjon. Pasientar med både somatisk og psykisk sjukdom, rusproblem og svakt psykososialt nettverk er særleg sårbare.

Kliniske etikk-komitear kan bidra til å synleggjere uvisse, verdikonfliktar og ulike faglege perspektiv og til å styrkje dialogen mellom involverte partar. Samstundes viser sakene strukturelle utfordringar i ei oppstykka helseteneste. KEK-arbeidet kan derfor fungere som eit barometer for kvaliteten på samhandlinga og for korleis helsetenesta handterer etisk komplekse situasjonar.

Sidan slutten av 1990-åra har helsetenesta blitt sterkt lovregulert. Pasient- og brukarrettslova gir meir makt til pasienten, og når pasienten er mindreårig eller ikkje har avgjerdskompetanse, til pårørande (1). Medisinske avgjerder er ofte svært komplekse med mange ulike omsyn som konkurrerer innbyrdes. Lovreguleringa som er gjort for å styre medisinske avgjerder i retning av større pasientsikkerheit og pasientmedverknad, har likevel skapt gråsoner for vurderingar for dei behandlingsansvarlege. I mange av desse vurderingane er verdispørsmål sentrale (2).

Medisinen har i løpet av denne tida gjort svært mange framsteg. Tilstandar som før medførte snarleg død, kan i dag behandlast. Ein pris for dette er oppstykkinga av medisinen i spesialisering og greinspesialisering, som krev ein anna sjukehusstruktur, frå allmenne indremedisinske avdelingar til organspesifikke avdelingar. Dette stiller store krav til samarbeid og samhandling på tvers av sjukehusavdelingar og mellom nivåa, især for kronisk sjuke pasientar med mange diagnosar.

Eit anna fenomen som er blitt sterkare i løpet av desse tiåra, er vekta på prioritering og plikta til å ta ressursomsyn i vurderingane (3). Dette er også nedfelt i Etiske regler for leger, kapittel 1, § 12, som slår fast «en lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel» (4).

Mange etiske problem er såleis eit resultat av at andre omsyn enn dei strengt faglege styrer krevjande avgjerder i helsetenesta. Dette kan medføre vanskelege grensedragingar for dei behandlingsansvarlege.

Kliniske etikk-komitear (KEK) kan konsulterast av både klinikarar, pasientar og pårørande som støtte i krevjande etiske dilemma, for å sikre ei grundig drøfting av etiske problem i helsetenesta (5). Sakene som blir viste til, kan sjåast på som ei fortetting av verdikonfliktar generelt i helsetenesta og kan fungere som eit vindauge inn mot meir grunnleggjande og strukturelle utfordringar: Kvifor blir saker så vanskelege, og kva slags føringar og verdikonfliktar ligg innebygde i dei? Dette er spørsmål som vil bli løfta fram i denne artikkelen gjennom erfaringsbasert refleksjon, med støtte i årsmeldingar frå KEK.

Kva er KEK?

I 2021 blei kliniske etikk-komitear lovfesta i spesialisthelsetenestelova (6, 7). Det betyr at alle helseføretak skal ha ein KEK. Dei fleste komiteane har som ideal at pasient eller pårørande skal kunne møte komiteane og delta i drøftinga der dette er tenleg. Slik får KEK direkte innblikk i verdiane og synspunkta til pasienten eller dei pårørande.

KEK-ane drøftar saker knytte til einskildpasientar, men også meir prinsipielle saker. Ikkje sjeldan avdekkjer drøftingane av einskildpasientsaker prinsipielt viktige spørsmål som kan delast med helsetenesta gjennom publikasjonar (8) eller utarbeiding av retningslinjer (9).

Senter for medisinsk etikk (SME) har eit fagleg nasjonalt ansvar for arbeidet, får kvart år tilsendt årsrapportar frå dei fleste av dei 36 lokale komiteane og får slik ei god oversikt over kva typar saker komiteane har arbeidd med (6). Årsmeldingane frå lokale KEK-ar er noko ulikt utforma. Nokre har kortfatta gjennomgangar av saker dei har arbeidd med, andre

meir utfyllande. Eg har vore aktiv i dette arbeidet ved Senter for medisinsk etikk sidan 1996 fram til i dag og har lese årsrapportane over ei årrekkje. Samstundes med at eg har vore medlem av KEK ved Rikshospitalet/Radiumhospitalet/Oslo universitetssjukehus sidan etableringa av komiteane. Det er her eg har vore tettast på dei einskilde sakene som har vore drøfta i komiteane.

Eg har lese gjennom årsrapportar sende til Senter for medisinsk etikk i åra 2022–2024, med særleg blikk på følgjande:

- det etiske dilemmaet i kvar sak
- kva slags medisinsk problematikk dominerer i saka (somatikk/psykisk helse/rus)
- samarbeid i ulike delar av helsetenesta
- samarbeid mellom behandlarteamet og pasient/pårørande, og eventuelle konfliktar
- i kva grad ressursbruk er eit tema i rapporten frå drøftinga

Kva viser årsrapportane?

Gjennomgangen viser stor aktivitet i dei fleste etikk-komiteane. Til dømes har KEK-ane ved Oslo universitetssjukehus drøfta meir enn 50 saker knytte til einskildpasientar og ti meir prinsipielle spørsmål i løpet av desse tre åra.

Dei vanlegaste etiske problema går igjen i dei fleste av landets komitear. Kompleksiteten i sakene er stor, og i mange av sakene er det fleire etiske dilemma og krevjande og kompleks medisinsk problematikk. Nokre av sakene er drøfta fleire gonger i same komité.

Mange av sakene KEK-ane har drøfta, har sitt utspring i konfliktar, oftast mellom behandlingsansvarlege og pasientar eller pårørande. I nokre saker er det også usemje innan behandlingsteamet, og dette er ikkje alltid sett ord på. Ei god KEK-drøfting får ofte dette fram. Usemje blant kollegaer kan ha stor etisk relevans dersom fakta og prognose blir framstilte sikrare enn det er grunnlag for, eller dersom verdispørsmål blir kamuflerte som faglege spørsmål.

Like ofte er sakene «pest eller kolera»-saker, der ingen veit kva som er det rette å gjere, ofte fordi det er stor uvisse rundt fakta i saka. Det drøftinga kan bidra med, er å setje ord på uvissa rundt faktagrunnlaget, verdikonfliktane og kven som er berørt av dei ulike haldningsalternativa. Dette er ikkje alltid klargjort på førehand. Til dømes blir ikkje alltid helsepersonell som berørte partar rekna med når dei betalar ein tung pris ved å måtte utføre massiv tvang eller uforsvarleg bruk av storsamfunnet sine ressursar. Alt dette er viktige punkt i den såkalla SME-modellen, som dei fleste brukar i drøftingane (5).

I det følgjande blir sakene delte opp i nokre kategoriar. Fleire av sakene høyrer heime i meir enn éin kategori.

Avgrensing av livsforlengande behandling

Dette har vore det hyppigaste etiske dilemmaet heilt frå starten av arbeidet (5). Ofte er ei av årsakene til at sakene er tekne opp i KEK, at det er ueinigheit mellom behandlarteamet og pårørande om det er rett å avslutte livsforlengande behandling. I dei aller fleste sakene er det pårørande som ønskjer behandling, medan klinikarane meiner at det er fagleg forsvarleg å stoppe behandling. I særleg krevjande tilfelle ønskjer foreldre at livsforlengande behandling skal stoppe, medan behandlarane meiner at behandlinga har potensiell nytte for barnet.

Hos svært for tidleg fødde barn, eller barn fødde med alvorleg sjukdom, er det svært ofte uvisse rundt prognose og behandling. Eit døme kan vere ein livstruande sjukdom hos eit barn der ny behandling har usikker effekt og potensielt inngripande biverknader, men der det manglar alternativ behandling.

I nokre tilfelle er avslutning av behandling særleg vanskeleg fordi pårørande kan ha ein religiøs overtyding om at det er mot Gud eller Allah sin vilje at menneske skal «leike Gud» ved å bestemme behandlingsavgrensing. I nokre slike tilfelle har KEK-ane også hatt med imam som støtte i drøftinga. Med eit meir heterogent samfunn med mange nasjonalitetar og religionar aukar risikoen for slike verdikonfliktar.

Der pårørande ønskjer livsforlengande behandling, ber sakene preg av at behandlingsansvarlege strekkjer seg langt og held fram med behandlinga i dagar og veker, for «å få pårørande med på laget». Det medfører at klinikarane i nokre tilfelle behandlar pasientane mot sitt eige faglege og etiske skjønn.

Tvang mot pasient

Å ta vare på pasientautonomien er sentralt for alt KEK-arbeid.

Også spørsmålet om tvang er til pasienten sitt beste, er eit av dei vanlegaste dilemmaene, også i somatiske problemstillingar. Mange av pasientane har alvorleg somatisk sjukdom, og i tillegg psykisk sjukdom eller avhengigheitsproblematikk. Om pasienten skal ha rett til same behandling for alvorleg somatisk sjukdom som alle andre, kan denne ofte berre gjennomførast ved hjelp av langvarig, ofte massiv tvang.

Eit døme på dette er kirurgisk behandling av kreft med etterfølgjande langvarig stråle- og cellegiftbehandling, også dette med bruk av tvang. Dette er eit døme på eit «pest eller kolera»-dilemma. I slike saker kan det vere

avgjerande å ha med pårørande eller folk som kjenner pasienten godt i drøftinga, for å få fram kva som er i tråd med pasienten sine verdiar og preferansar, og ikkje minst korleis pasienten vil reagere på langvarig tvang.

Ei undergruppe av denne problematikken er pasientar med eteproblem og/eller sjølvskading. Det har blitt fleire slike saker i mange KEK-ar. Dette er krevjande saker som oftast gjeld unge pasientar, og sjukdommen har alvorlege konsekvensar for den næraste familien. Her kan tvang og næringsbehandling under tvang bli vurdert som livreddande, samstundes som nokre av desse pasientane har ei sjukehistorie med overgrep, der tvang kan gjere den psykiske helsa verre.

Desse pasientane er svært ressurskrevjande, både i form av personalkostnader og som ei psykisk påkjenning for dei som må gjennomføre tvangen mot sårbare unge individ. Nokre av desse pasientane er gjengangarar i sjukehusavdelingar. Dei krev store ressursar, og somatikarane som igjen og igjen får desse pasientane inn til livreddande behandling, kan stille spørsmål ved nytten av den psykiatriske behandlinga. Drøftinga i KEK blir oftast gjort med nærvær av helsepersonell med både psykiatrisk og somatisk kompetanse, og kan skape forståing for kvarandre sine verdiar og faglege vurderingar av pasienten.

Komplekse saker krev samhandling

I svært mange av dei kompliserte sakene nemnde over, blir pasientane behandla både i primærhelsetenesta og i fleire avdelingar innanfor same institusjon. Gjennomgangen av sakene viser at samhandlinga ofte sviktar og fører til ansvarspulverisering og problem knytte til kommunikasjon, både med pasient og pårørande og mellom ulike behandlarar.

Særleg sårbare er pasientar utan psykososialt nettverk, som ofte lever på sida av samfunnet, ofte utan avgjerdskompetanse og utan evne til samarbeid. Her kan spørsmålet vere: Finst det nokon rett til å gå til grunne når pasienten alltid har sagt nei til medisinsk behandling? Å ikkje behandle når behandling kan ha stor effekt, strir mot helsepersonell sin profesjonsetikk, men ulike spesialitetar kan vurdere nytte og effekt av behandling noko ulikt.

Det kan også dreie seg om krevjande pasientar som er avgjerdskompetente, men ikkje samarbeider, som set ulike behandlarar opp mot kvarandre, og som til dels er utagerande. Mange av pasientane er spesielt sårbare med dårleg psykososialt nettverk. Dårleg samhandling og dårleg koordinering blir særleg alvorleg for desse, og ofte fell desse pasientane mellom mange stolar i helse- og omsorgstenestene.

I nokre tilfelle har pasienten vore innlagd til behandling av alvorleg somatisk sjukdom, men behandlinga krev nærvær også av personale frå

psykisk helsevern. Kommunikasjonen mellom somatikk og psykiatri blir særleg komplisert dersom avdelingane er langt frå kvarandre geografisk, men kommunikasjonen kan vere krevjande også der avdelingane ligg innanfor same bygning.

I denne kategorien kjem behandling av personar med utviklingshemming. Som barn får dei vanlegvis same behandling som andre barn, også organtransplantasjon. Men kva når pasienten blir vaksen og skal behandlast i ei anna avdeling som, blant anna på grunn av organmangel, krev evne til samarbeid for at pasienten skal få full nytte av eit organ? Har barneavdelinga då lova noko som ikkje kan oppfyllast når pasienten blir vaksen?

Overgangane mellom barne- og vaksenavdelingar er ofte krevjande for unge pasientar med alvorlege kroniske sjukdommar.

Ei undergruppe av pasientar som stiller store krav til god samhandling, er flyktningar og pasientar med framandkulturell bakgrunn. Nokre av desse er traumatiserte med alvorleg psykisk liding. Mange har dårleg nettverk og i tillegg alvorleg somatisk sjukdom. Problem knytte til språk og kommunikasjon og skepsis til personar med makt gjer dei til nokre av dei mest sårbare og krevjande pasientgruppene.

Drøftinga i KEK av desse svært komplekse sakene, der alle behandlarane er med, ofte saman med pårørande eller ein representant for pasienten, kan samle ulike perspektiv, opplevingar og vurderingar rundt behandlinga, og slik betre samarbeidet.

Behandling mot fagleg skjønn

I nokre tilfelle kjem saker til KEK fordi pårørande har eit anna syn på rett behandling enn klinikarane. Kor langt er det rimeleg at sjukehuset kjem pårørande i møte?

I nokre saker har pasienten hatt symptom som ikkje blir stadfesta gjennom undersøkingar og diagnostikk. Ein slik tilstand er langvarig utmatting/ME, der pasienten er så alvorleg sjuk at innlegging er nødvendig, og der behandlarane «må» gjennomføre behandling dei ikkje meiner er indisert. Døme på det er langvarig og på sikt potensielt skadeleg intravenøs ernæringsbehandling utan at ein finn gastrointestinal patologi, krav om mørke i sjukerommet eller behandling berre av bestemt helsepersonell.

Fødselsomsorga er også eit døme på eit felt der pasientane sine rettar er styrkte. Her kan nokre av kvinnene komme med ønskje om tiltak som bryt med medisinske rutinar, til dømes sein avnavling av barnet eller spesiell behandling av placenta. Fødselsomsorga opplever at faglege rutinar blir sette under press når kvinna set seg imot nødvendige kirurgiske inngrep, under-

søkingar og overvaking, når slike ønskje blir vurderte til å kunne setje barnet sitt liv og helse i fare (figur 1).

Pasientar med alvorleg sjukdom knytt til rus treng nokre gonger aktiv og langvarig livsforlengande behandling, til dømes langvarig infeksjonsbehandling eller dialyse. Nokre av desse har problem med å følgje opp slik ressurskrevjande behandling. Når pasienten ikkje kan eller vil følgje opp behandlinga, blir også nytten mindre. Indirekte vil då slik ressurskrevjande behandling gå ut over andre pasientar og også motivasjonen til behandlarane.

Ikkje sjeldan kan åtferda til nokre av desse pasientane vere skremmande også for medpasientar. KEK-arbeidet viser alltid at det sit langt inne for behandlarar å stille krav, og at dei strekkjer seg svært langt for pasientane, også når det går ut over både arbeidsmiljø og medpasientar.

Eit sentralt spørsmål er om desse pasientane har avgjerdskompetanse eller om dei er påverka av sjukdom slik at dei ikkje lenger har ein fri vilje, og derfor treng ekstra vern. I tillegg kjem spørsmålet om nytten av slik langvarig og ressurskrevjande behandling står i forhold til ressursbruken. Å bruke ressursargument for å avgrense behandling som kan føre til at pasienten døyr, sit langt inne og er aldri eit sjølvstendig argument i KEK-drøftingane.



■ Klinisk etikk-komite i Helse Bergen gir råd i etisk vanskelige saker

NÅR MOR NEKTER KEISERSNITT

Hva skal leger gjøre når en gravid kvinne ikke ønsker behandlingen som kan redde henne selv eller barnet hun bærer?

KATHERINE FERGUSON

HAUKELAND: I fjor kom helsepersonell ved Kvinneklinikken opp i en vanskelig situasjon.

En kvinne var gravid i uke 28 og hadde alvorlig svangerskapsforgiftning som truet helsen hennes. I ugunst avsluttet 3 forbase barnet ved keisersnitt.

Redd for barnet

Men kvinnen, som er av utenlandsk opprinnelse og snakker dårlig norsk, sa nei.

I landet kvinnen kommer fra, er helsevesenet nye dårligere enn her, og hun mener ikke at barnet skulle bli født så premateurt som i stor 28. Men å ikke forbase barnet, vil le utgjøre en risiko for både mor og barn, forteller leder ved etikkvalgene ved HK Susanne Albrechtsen.

Helsepersonellet sto dermed overfor en situasjon der de måtte vurdere om de hadde rett eller plikt til å utføre keisersnitt mot morens vilje for å redde kvinnen og hennes kroppslige funksjoner fra dødelig eller alvorlig skade.

– Vi valgte å rykke ikke fra Klinisk etikk-komite, sier Albrechtsen.

Råd fra utenlandsk lege

Klinisk etikk-komite (KEK) i Helse Bergen ble opprettet i 2004. Komiteen består av 15 medlemmer fra ulike fagfelt og avdelinger i helseforetaket.

Komiteen gir råd til helsepersonell, pasienter og pårørende i saker som er etisk vanskelige.

I saken om kvinnen ved KK som nektet keisersnitt, hastet det så mye å ta en beslutning at det ikke var tid til å kalle sammen hele komiteen.

Man jo snarere seg om massiv overtalelse involverer en grad av tvang.

DAG MOLDE, leder for etisk råd i Helse Bergen

Hen konsulterte derfor, sekretæren og en jurist stilte opp for å drøfte saken.

– Vi diskuterte i hvilken grad det var mulig å bruke tvang, men også hvordan vi kunne informere og involvere pasienten i behandlingsvalgene, forteller leder for KEK, overlege ved Barnekirurgisk avdeling Dag Moster, til Bt.

Kommunedirektørene sakte også råd hos en fødselslege fra landet, der kvinnen kom fra.

– Vi ba videre til å forklare for pasienten at barn født i uke 28 i Norge har svært gode sjanser for å overleve, i åpnet av kvinnen, etter flere samtaler med pasienten, aksepterte hun til slutt keisersnitt, forteller Moster.

Flere lignende saker

KEK-direktør Albrechtsen forteller at de opplever at kvinner nekter keisersnitt med jevne mellomrom.

Vi har vel rundt to til tre tilfeller årlig. Det er komplekst hva som ligger bak når en kvinne sier nei til keisersnitt til tross for at det er medisinsk anbefalt.

I de fleste tilfeller handler om å redde barnets egenliv mens de, når evnene utenlandsk opprinnelse.

– Vi ser at det ofte handler om at kvinnene kommer fra land med en annen kultur og annen kvalitet i fødselshjelpen enn her. De kommer gjerne fra land der det ikke er like god hygiene og tilgang på kompetanse, og der risikoen ved operasjoner er høyere. Samtidig har de kanskje også mindre kjennskap til hvordan kroppen fungerer etter vi vant til her hjemme, påpeker kan Albrechtsen, og tilføyer:

– I tillegg er språk vanskelig, selv når vi bruker tolk kan det være utfordrende å formidle alle aspekter.

Vanskelig avveining

Dag Moster sier at tilfeller der mor nekter keisersnitt, er klare nok etiske dilemma der KEK blir bedt om å gi råd.

I etterkant av det omtalte tilfellet i 2019 har vi foreligt seks andre lignende saker fra KK og barnet som i dette tilfellet.

I utgangspunktet er det utmalte situasjoner. Når vi foreligt seks andre lignende saker fra KK og barnet som i dette tilfellet.

Lingen. Det er både juridiske, praktiske og etiske utfordringer i saker der det er motstridende interesser mellom mors rett til å bestemme selv og fosterets krav på helsehjelp.

Det finnes eksempler i Norge på at kvinner har nektet seg keisersnitt og at barnet har dødd, mulig som følge av en keisersnitt ikke ble utført, går det frem av en artikkel i Tidsskrift for den norske Legeforeningen om vanskelige keisersnitt.

Ved KK har ikke tilfellene de senere årene endt med at kvinnen ble overruli til å tilføre keisersnitt, forteller albrechtsen.

– Det kan ta tatt tid, og vi har hatt behov for råd fra alt fra kvinnenes familie til religiøse ledere og utenlandsk medisinsk ekspertise, men vi har klart å komme frem til et informert samtykke og unngått tvang, sier klinikksjefslegen.

– Men så kan man jo spørre seg om massiv overtalelse kommer en grad av tvang, bemerker Moster.

Ingen saker der mor har nektet keisersnitt har hittil blitt behandlet i en domstol i Norge, ifølge artikkelen i Tidsskrift for den norske Legeforeningen.

Liv og død

Det kan bli aktuelt om å gi råd om mange ulike typer problemstillinger i løpet av et år, sier Moster.

– Vi har ikke noen statistikk på hvilke temaer som oftest går igjen, men avhengsmessig er saker som handler om å bruke tvang for å ivareta pasientens beste.

I fjor drøftet KEK blant annet disse sakene:

■ Forbud som kan medføre at pasienter som har fått assistert befruktning ved Haukeland, ■ Ønsker til ulik praksis for hvorvidt pårørende kan få være til stede ved gjennopprøring av pasienten.

■ Bør Helse Bergen innføre en ny praksis for organdonasjon etter sirkulatorisk død, KEK mener Helse Bergen kan

UTFORDRENDE: Klinikksjefslege Susanne Albrechtsen ved Klinisk etikk-komite i Helse Bergen sier at det kan være utfordrende å formidle alle aspekter.

Haukeland får hvile et dei prinsippet ikke kan gjøre inngrep mot mors vilje, men jo lenger ut i svangerskapet, dess mer alvorlig blir det å overleve.

KLINISK ETIKK-KOMITE

■ Klinisk etikk-komite i Helse Bergen ble opprettet i 2004.
■ Komiteen er felles for alle helseforetak i Helse i helseforetaket.
■ Komiteen består nå av 15 medlemmer, blant annet leger, sykepleiere, sykehuspreist, jurist, ekspert på medisinsk etikk og helsekompetanse.
■ Pasient, pårørende og behandlingsteam kan henvise en sak som en enkelt drøftet i komiteen.
■ KEK leger en skriftlig tilsvar-melding med anbefaling råd fra komiteen. Rådene er ikke juridisk bindende.

Figur 1. Faksimile frå Bergensavisen 12. mars 2018. https://www.nb.no/items/d63e3d2e1434c85ea9c22cf3154ec846?page=13

Deling av informasjon

Stadig betre diagnostikk kan gi bifunn av usikker medisinsk betydning. I slike tilfelle oppstår spørsmål om all slik informasjon må delast med pasienten. Kva er godt for pasienten, kva er nødvendig å dele og kva slags informasjon kan skade?

Fleire slike etiske problem kjem i kjølvatnet av genteknologi. Når ein her finn avvik ein ikkje har leita etter, men som kan vere teikn på framtidig alvorleg sjukdom som det ikkje finst behandling for, kven skal ha denne informasjonen – rekvirenten, fastlegen, pasienten eller slektningane? Kva når eit tilfeldig funn er at barnet sin sosiale far ikkje er den biologiske, og dette ikkje er kjent? Funnet kan ha dramatiske konsekvensar for pasient og familie.

Eit anna døme på informasjonsdilemma er at ein gjer funn av smitte på eit kirurgisk instrument av ein svært sjeldan alvorleg sjukdom utan behandlingstilbod. Etterpå er instrumentet brukt på mange pasientar. Akkurat for denne sjukdommen er vanlege steriliseringsrutinar for dårlege. Risikoen for å ha overført smitte er mikroskopisk, men ikkje null. Skal sjukehuset oppsøkje alle potensielt smitta og informere? Kor mykje ressursar skal brukast på dette, og kor stor vil den totale gevinsten vere? I kva grad vil informasjon om dette skape angst? Men dersom sjukehuset ikkje har informert og ein pasient får lidinga, vil då pasienten kunne saksøkje sjukehuset? Dette er eit døme på at slike avgjerder må takast under stor grad av uvisse.

Eit etisk problem knytt til informasjon som vi har sett fleire døme på, er om pasienten kan nekte behandlarar å hente inn epikriser og andre opplysningar som er nødvendige for diagnostikk og behandling (8).

Dette kan gjelde pasientar med uklare lidingar. Eit døme på dette er ein pasient med nyleg diagnostisert Münchausens syndrom som har fått ei rekkje inngripande behandlingar i dei fleste av kroppen sine organ på fleire ulike sjukehus. I tillegg har pasienten omfattande kommunal støtte. Kunnskap om diagnosen vil påverke helsehjelpa som blir gitt seinare. Skal diagnosen kommuniserast til andre delar av helsetenesta mot pasienten sin vilje? Det etiske dilemmaet er risiko for skade på grunn av overbehandling og stor bruk av ressursar, mot negative konsekvensar for pasienten og risiko for stigmatisering i helsetenesta.

Kva tyder det vi ser?

I dei første åra av KEK-arbeidet var det somatikksakene som dominerte i drøftingane. Psykiske helsetenester kom relativt seint med i KEK-arbeidet. Etter kvart kom det fleire komitear til som dekte psykisk helsevern, og som arbeidde sjølvstendig innanfor sitt felt.

I dag ser vi at psykisk sjukdom og rus er ein del av svært mange saker der pasientane også har alvorleg somatisk sjukdom. Dette har ført til eit meir aktivt samarbeid mellom komiteane. Ved Oslo universitetssjukehus, der det finst ein eigen komité for psykisk helse og rus og to for somatikk, vil medlemmer frå denne komiteen i kompliserte saker bli inviterte inn i drøftinga av saker frå den somatiske helsetenesta. På same måte vil dei sistnemnde kunne bli bedne om å delta i kompliserte saker som høyrer til psykisk helsevern. På denne måten blir skiljet mellom somatikk og psykisk helse mindre.

Komiteane arbeider etter den omtalte SME-modellen/sekstrinnsmodellen (2, 5). Sentralt i denne ligg ei avklaring av dei medisinske fakta i saka og tolkinga av desse. For å kunne kaste lys over fakta i slike kompliserte saker, slik SME-modellen krev, er det nødvendig å trekkje inn kompetanse frå begge områda.

Det at så mange av sakene gjeld pasientar med både kroniske somatiske og psykiatriske lidingar, stadfester at desse er blant dei mest utsette og sårbare pasientane, særleg dersom dei har eit dårleg psykososialt nettverk. Då står behandlingsansvarlege i ein spagat mellom det å sikre at pasienten sitt verdisyn og integritet blir respekterte, samstundes som pasienten blir sikra best mogleg helsehjelp.

Pasientar med pårørande har som regel nokon som kan målbere pasienten sine interesser. Men ikkje alltid: KEK-arbeidet viser at i nokre tilfelle kan pårørande vere ute av stand til å sjå utover eiga fortviling og eigne behov. Då blir det behandlingsansvarlege si oppgåve å ta vare på pasienten sitt beste.

Biverknader av utvida pasientrettar?

Gjennomgangen viser at i mange av dei sakene som KEK blir trekt inn i, er det tvil eller ueinigheit om kva som er rett å gjere (2). Ein kan slå fast at mykje var enklare før, den gongen medisinen var mindre potent, og overlegen tok avgjerdene utan at kollegaer, anna helsepersonell eller pasient og pårørande opponerte.

I dag er det mange aktørar rundt kvar pasient, noko som lettare gir ueinigheit rundt kva som er til pasienten sitt beste. I nokre saker synest det å vere krevjande for ansvarleg klinikar å halde fast ved si eiga vurdering av kva som er det beste for pasienten. Omsynet til pårørande i krise er ei viktig forklaring på dette.

Ikkje sjeldan har pårørande ei urealistisk tru på kva ein kan oppnå med intensiv medisinsk behandling. Nokre gonger har pasientane eller pårørande sterke vurderingar av kva som er rett å gjere, ofte djupt rotfesta i religiøs

tru. Sjølv når det er semje blant dei ansvarlege om kva som er fagleg rett, er det likevel vanskeleg å skjere gjennom med sterk motstand frå pårørande.

Alle saker har ei medisinsk og ei verdimessig side, og behandlingsansvarleg lege sitt verdisyn er ikkje overordna pasienten eller pårørande sine verdiar og preferansar. Pasienten skal vere ein aktiv deltakar i avgjerder rundt si eiga behandling. Men det betyr ikkje at dette kan trumfe eit godt fagleg skjønn.

KEK-arbeidet kan vere nyttig fordi ein kan løfte fram grunngivingane for dei ulike vurderingane, og ikkje minst prøve å skilje fag og verdiar. Då er det ikkje nødvendigvis konklusjonane i KEK-drøftingane som er til hjelp, men sjølve prosessen. Ein kan vise til at det er opna opp for vurderingar frå utanforståande der etiske og juridiske omsyn er tydeleggjorde, og ikkje minst at pasienten si stemme er eksplisitt løfta fram.

Eit spesialtilfelle av balansering av medisinske vurderingar av den beste løysinga, der fag, jus og etikk er innbakte, er møte med pasientar frå andre kulturar med andre referanserammer. Kor langt skal ein strekkje toleransen for andre kulturar, religionar og overtydingar når desse kanskje støyter mot norsk lov og etikk?

Eit ikkje uvanleg døme på det er informasjonen til pasienten om livstruande sjukdom, som i nokre kulturar blir sett på som noko som kan framskunde døden, og derfor noko som nokre pårørande vil skåne pasienten for, men som helsepersonell etter lova er pliktige til å gi.

At behandling blir gitt mot fagleg skjønn, har fleire konsekvensar. Ein er at det kan utløyse moralsk stress hos dei som må gi behandling dei meiner er unyttig og i verste fall skadeleg, og som også kan gå direkte ut over medpasientar (10). Den andre konsekvensen er bruken av ressursar. Høgteknologisk behandling er svært kostbar, i nokre tilfelle er døgnprisen fleire titals tusen kroner.

Når unyttig eller skadeleg behandling blir gitt over lang tid, har det store ressursmessige kostnader. Det er tankevekkjande at prioritering av legemiddel har komme langt i Noreg. Vi må godta at eit kostbart legemiddel der nytten ikkje er godt nok dokumentert, ikkje blir gitt, sjølv om det kanskje kunne hjelpt ein alvorleg sjuk pasient. Men når det gjeld kostbar høgteknologisk behandling med usikker effekt, er det kontroversielt å trekkje inn sentrale prioriteringsprinsipp som «eit rimeleg forhold mellom nytte og kostnader» (11). KEK-arbeidet viser at her har vi eit godt stykke å gå.

Manglande samhandling – eit strukturelt problem?

Ein oppstykka medisin med mange subspesialitetar og høge krav til effektivitet og kort liggetid gir lite rom for heilskapstenking rundt pasienten (12). I ein resolusjon vedteken på landsstyremøtet i Den norske legeforen-

ing i 2026 blei det framheva at spesialisthelsetenestene i sterkare grad må vere bygd på fagleg medverknad og betre samhandling (13).

Å fremje betre samhandling basert på heilskapstenking rundt pasienten er ikkje gjort i ei handvending. KEK-arbeidet, med open og respektfull dialog med alle berørte partar til stades, kan vere ei hjelp.

Men dårleg samhandling og mangelfull kommunikasjon mellom dei ulike delane av helsetenesta, som særleg går ut over dei svakaste, handlar etter mitt syn ikkje berre om oppstykking av helsetenestene, men også om haldningar hos ansvarleg helsepersonell (14). Det å løfte blikket frå eige fagfelt og sjå pasienten i eit meir heilskapleg perspektiv handlar også om haldningar og fagkultur. Det handlar om respekt for andre fagfelt enn sitt eige.

Konklusjon

KEK-arbeidet er eit forum der ulike aktørar kan ha ein open og respektfull dialog, der ueinigheit blir gjort eksplisitt, der døden og livets siste fase blir tematiserte, der tvil og uvisse blir løfta fram og der pasienten sine verdiar og preferansar blir tydeleggjorde.

Dette er ingen garanti for at løysingane blir rette – om noko slikt finst – men det er ein «fot i bakken» og eit forum som kan kompensere for ein oppstykka medisin og arbeid under tids- og produksjonspress.

Litteratur

1. *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 (21.8.2026)
2. Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al, red. *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal, 2025. https://www.nb.no/items/3ac1021a96cfe611db7b5a25c6b3d763?page=0 (21.8.2026)
3. *Prioriteringsforskriften*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208 (21.8.2026)
4. *Etiske regler for leger*. Den norske legeforening. https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger (21.8.2026)
5. Førde R, Pedersen R. Kliniske etikk-komitear i norske sjukehus – dei første åra. *Michael* 2026; 23: 381-393.
6. Kliniske etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Publisert 2.6.2017, sist endret 10.11.2025. https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kek/spesialisthelsetjenesten/index.html (21.8.2026)
7. Kapittel 2. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 (21.8.2026)

8. Førde R, Eeg-Henriksen H, Larsen BH et al. Pasienters medbestemmelse – hvor går grensen? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142. https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0782
9. *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. IS-1691. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. https://www.nb.no/items/a28772c1ed812da4f21a74446d84890e?page=0 (21.8.2026)
10. Miljeteig I, Førde R, Rø KI et al. Moral distress among physicians in Norway: a longitudinal study. *BMJ Open* 2024; 14: e080380. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080380
11. Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet: prioritering i helse- og omsorgstjenesten.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.- st.-38-20202021/id2862026 (22.5.2026)
12. Førde R, Miljeteig I. En sammenhengende helsetjeneste – et etisk imperativ. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146. https://doi.org/10.4045/tidsskr.26.0037
13. Nilsen TM. Sykehusmodell med faget i sentrum. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146: 758–759. https://tidsskriftet.no/2026/06/aktuelt-i-foreningen/sykehusmodell-med-faget-i-sentrum (21.8.2026)
14. Jølle A. Syndemi – en ny og nyttig term i allmennpraksis? *Michael* 2026; 23: 27–35. https://doi.org/10.5617/michael.13074

Reidun Førde
reidun.forde@medisin.uio.no
Hyllveien 19
0274 Oslo

Reidun Førde er professor emerita ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Ho har hatt nasjonalt ansvar for arbeidet med kliniske etikkomitear i ei årrekke.

Artikkelen er fagfellevurdert

Originalartikkel **Mathias Barra, Carl Tollef Solberg**[1]

Gapene i helsetjenesten og kampen om ressursene

Michael 2026; 23: 406–416
doi: 10.5617/michael.13789

Målet med denne artikkelen er å drøfte ulike varianter av «helsegap» og hva det innebærer å redusere gapene. Det har blitt utropt mange kriser i helsetjenesten: krise i psykiatrien, bemanningskrise i Nord-Norge og fastlegekrise. Samtidig befinner vi oss på et historisk høyt nivå når det gjelder ressursbruk, personell, pasientrettigheter og tilgang til god behandling. Denne doble virkelighetsbeskrivelsen kan virke paradoksal, men kan forstås gjennom begrepet «helsegap». I denne artikkelen gjennomgår vi ulike former for «helsegap» og utvikler nye varianter av gap i helsetjenesten. Vi argumenterer for at særlig effektivitetsgapet, mulighetsgapet, behovsgapet og forventningsgapet bør spille en viktig rolle i ressursforvaltningen. Dessuten ligger fenomenet «knapphet» i kjernen av tidens «kamp om ressursene». Vi drøfter hvordan forventningsavklaring, effektivisering, prioritering, reduksjon av overaktivitet og underaktivitet samt økte ressurser, kan bidra til å redusere gapene. Vi konkluderer med at vi som samfunn har et solidaritetsansvar for å redusere gapene, samtidig som ny knapphet alltid vil kunne oppstå.

Målet med denne artikkelen er å drøfte ulike varianter av helsegap og hva det innebærer å redusere gapene. Begrepet «helsegap» benyttes på to måter: gapet mellom muligheter og ressurser og gapet mellom ulike gruppers helsetilstand. Det er den førstnevnte betydningen vi setter søkelys på her. En ofte brukt definisjon er forskjellen mellom det vi får ut av ressursene vi i dag avsetter til helsetjenesten, og det vi teoretisk kunne fått ut av dem dersom helsetjenesten hadde tilstrekkelige ressurser til å utnytte alle medisinsk-teknologiske muligheter. Dessverre vil ikke alle kunne motta «best mulig behandling» til enhver tid. Dette skyldes *knapphet*.

1 Barra og Solberg har bidratt likt til denne artikkelen og har delt førsteforfatterskap.

I Norge stammer trolig «helsegapet» som prioriteringsbegrunnelse fra to offentlige utredninger fra 1987 som begge brukte begrepet (NOU 1987: 23, s. 71; NOU 1987: 25, s. 80). Som Lønning-utvalget påpekte, kan økende knapphet, køer, kritikk og klager avløse en tidligere oppfatning av at norsk helsetjeneste var blant verdens beste. Et *helsegap,* forstått som avstanden mellom realøkonomiske og teoretiske muligheter, ble deretter etablert i NOU-litteraturen. I 1997 pekte Steine-utvalget dessuten på et *forventningsgap* (NOU 1997: 2, s. 82) for å synliggjøre et betydelig sprik mellom befolkningens forventninger til helsetjenesten og det helsetjenesten faktisk er skodd for å utføre. Norheim-utvalget omtaler både ressurser, muligheter, forventninger og behov (NOU 2014: 12). Det sentrale poenget er at det vokser frem et økende gap mellom ressurser og behov, et *behovsgap*.

Også stortingsmeldinger har begrunnet nødvendigheten av prioritering med at «det [er] et gap mellom hva samfunnet har ressurser til å gjennomføre og hva som er medisinsk mulig» (Helse- og omsorgsdepartementet 2016, s. 9). Det samme poenget understrekes noen år senere (Helse- og omsorgsdepartementet 2021, s. 14). Bringedal har også hentet frem «helsegapet» i *Michael* som et gap mellom ressurser, muligheter og etterspørsel (Bringedal 2025, s. 47).

Ulike varianter av gap i helsetjenesten har altså blitt brukt av akademikere, utvalgsmedlemmer og prioriteringsforskere, men begrepet er i liten grad benyttet i den norske offentligheten.

I figur 1 fremstilles et utvalg av ulike gap i offentlige utredninger og akademisk litteratur.

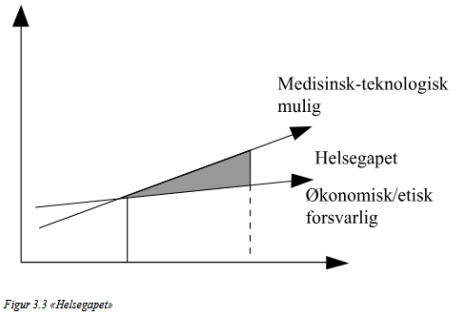
I figur 2 fremstilles ulike gap-kurver med utgangspunkt i de viktigste linjene:

Langs den vertikale aksen måles «helsegevinster» i form av «*gode leveår*» (Barra mfl. 2026). Jo flere gode leveår helsetjenesten redder – eller «produserer» – desto bedre, alt annet likt. Den vertikale avstanden mellom de fire kurvene viser ulike gap i helsetjenesten, herunder mulighetsgapet (C), behovsgapet (D) og forventningsgapet (F).

Ressurskurven viser hvor mange gode leveår helsetjenesten skaffer befolkningen gjennom dagens ressursutnyttelse. Mengden gode leveår kan øke over tid som følge av økte budsjetter, mer effektiv teknologi, bedre organisering eller bedre prioritering. Ny teknologi eller mer effektive arbeidsformer kan dermed føre til at helsetjenesten skaper mer helse med de tilgjengelige ressursene (Kjelle mfl. 2024; Fraser mfl. 2024).

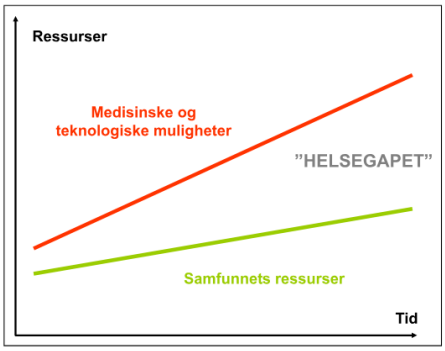
Det grønne skraverte feltet antyder et *effektivitetsgap* mellom det vi faktisk får ut av ressursene, og det vi kunne fått ut av dem, gitt mest effektiv bruk. For å nå den øvre kurven må ressursene brukes der de skaper flest

Figur 1. Ulike illustrasjoner av gap



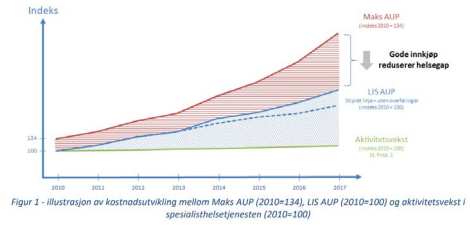
Figur 3.3 «Helsegapet»

(NOU 1997: 7, s. 80 og NOU 1997: 18, s. 36)



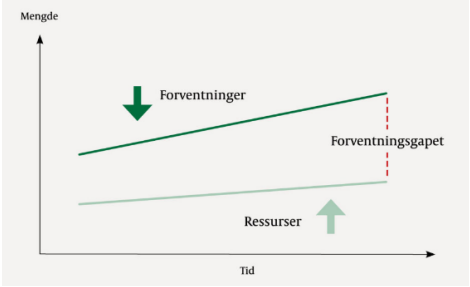
Figur 3.1 Helsegapet

(Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s. 20)

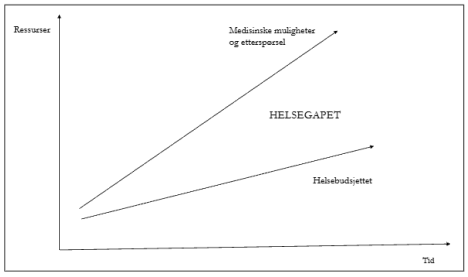


Figur 1 - illustrasjon av kostnadsutvikling mellom Maks AUP (2010=134), LIS AUP (2010=100) og aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten (2010=100)

(Rydstrøm 2018, s. e3)



(Malkomsen og Solberg 2023, s. e2)

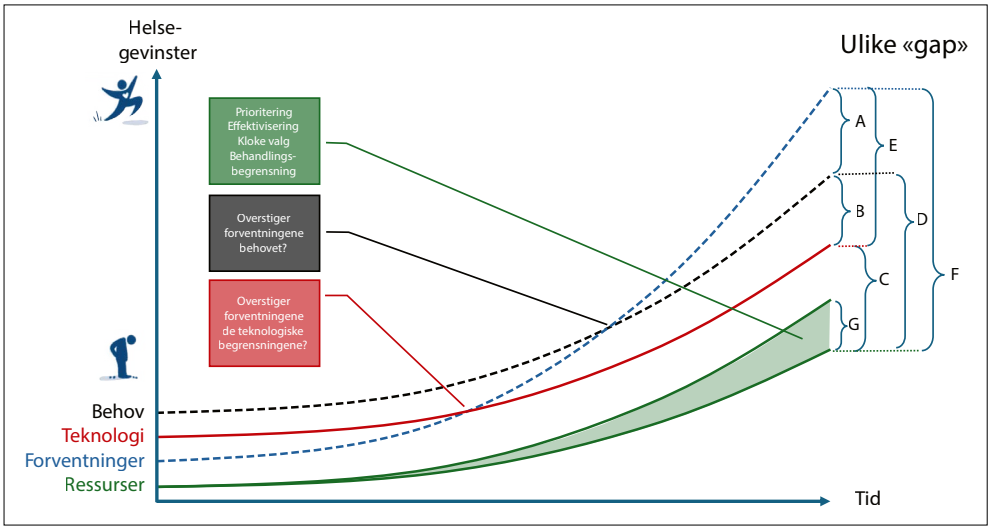


Figur 2. Helsegapet er en illustrasjon på den økende avstanden mellom medisinske muligheter og etterspørsel etter helsetjenester på den ene siden, og ressurstilgangen på den andre siden.

(Bringedal 2025, s. 48)

Figur 1. Fem eksempler fra den norske litteraturen på ulike gap i helsetjenesten, i kronologisk rekkefølge. De fleste illustrerer et mulighetsgap, én viser et forventningsgap, og Rydstrøm viser til gapet mellom maksimal apotekutsalgspris og legemiddelinnkjøpssamarbeidets apotekutsalgspris og til hvordan gode innkjøp kan redusere et slikt gap.

Figur 2. Gapene og sammenhengen mellom dem



Figur 2. De fire kurvene representerer henholdsvis ressurser, forventninger, teknologi og behov. Langs den vertikale aksen vises potensielle helsegevinster i form av gode leveår, og den horisontale aksen viser en antatt utvikling over tid[2].

gode leveår. Mye av prioriteringsdebatten har handlet om hvordan vi kan få «mer helse for pengene» uten å avsette flere ressurser (Magelssen mfl. 2026). God prioritering er én komponent i god effektivisering gjennom kriteriene nytte og ressurs. Samtidig innebærer alvorlighetskriteriet at helsetjenesten er villig til å bruke flere ressurser på de mest alvorlig syke, også når dette kan medføre tap av gode leveår på befolkningsnivå. Én begrunnelse er rettferdig fordeling av helsegoder (Norheim mfl. 2014; Barra mfl. 2020).

Ressurskurven former den nedre grensen for alle øvrige gap i helsetjenesten.

Teknologikurven – eller grensen for *medisinens muligheter* – representerer hvor mange gode leveår helsetjenesten kunne produsere uten ressursknapphet, gitt dagens medisinsk-teknologiske front. Avstanden mellom ressurs- og teknologikurven (gap C) er det gapet som oftest har fått betegnelsen «helsegapet». Dette gapet er delvis politisk bestemt ved at offentlige ressurser også brukes til andre formål enn helse- og omsorgstjenester.

Selv om alle samfunnets ressurser ble brukt på helsetjenestene, er det neppe mulig å gjøre *alt* som er medisinsk mulig for *alle* som kunne ha nytte

2 Figuren er en variant av figur 1.1 fra Barra mfl. (2026).

av behandling. Mulighetsfronten utvides kontinuerlig, og nye metoder kan være både mer effektive og dyrere. Noen ganger kan ny teknologi også være dårligere (Hofmann 2020). Dermed kan helsetjenesten i enkelte tilfeller produsere færre gode leveår dersom nye metoder tas i bruk innenfor samme budsjettramme. Ny teknologi kan dessuten utvide helsetjenestens mandat og påvirke hva som anses som helsebehov og hvilke forventninger befolkningen har, blant annet gjennom *medikalisering* (Nunes 2025).

Behovskurven er vanskeligere å beskrive. Vi har tegnet den stiplet fordi «medisinske behov» ikke kan anses som et veldefinert begrep (Frich og Hofmann 2009). I vår figur representerer behovskurven den mengden helse helsetjenesten kunne produsert dersom nødvendig teknologi og tilstrekkelige ressurser fantes for å behandle alle som typisk ville fått «rett til nødvendig helsehjelp» etter pasient- og brukerrettighetsloven.

I hvilken grad helseproblemer gir «rett til nødvendig helsehjelp» er en gradert vurdering. Hvor terskelen for «et klart behov for helsetjenester» bør ligge, er dessuten omstridt. Om behovsgapet er en objektiv, naturgitt størrelse eller en sosial konstruksjon er en viktig diskusjon. Lian har argumentert for at behov må begrunnes i allment aksepterte samfunnsnormer, dersom de skal anses som legitime (Lian 2000). Frich og Hofmann kontrasterer behov mot «forventninger» og «ønsker» (Frich og Hofmann 2009).

Gapet B i figur 2 illustrerer avstanden mellom medisinske muligheter og medisinske behov. Det er ikke ressursknapphet som er kilden til dette gapet, men mangelen på medisinske muligheter. Samtidig er dette gapet en driver for forskning og utvikling.

Forventningskurven er den siste kurven vi har inkludert. Også den er tegnet stiplet fordi forventningene til helsetjenesten varierer mellom individer og tidspunkter, og er vanskelig å måle. I Norge foreligger det flere studier som undersøker befolkningens holdninger til prioriteringer og ressursbruk (f.eks. Botten og Aasland 2000; Solberg mfl. 2022), men vi er ikke kjent med studier som direkte spør om befolkningens forventninger til helsetjenesten.

Forventninger kan være både epistemiske (hva vi tror vil skje) og normative (hva vi mener burde skje). Tannhelsetjenester er et godt eksempel: Få tror at staten skal betale regningen etter et tannlegebesøk, selv om mange mener at man bør kunne forvente at «munnhelse er helse» (Heløe 2005). I figur 2 viser gapet F til *forventningsgapet*: gapet mellom det helsetjenesten leverer og befolkningens forventninger *i den normative tolkningen*.

Nye medisinske muligheter, styrkede pasientrettigheter, politisk problematisering og økte forskjeller kan bidra til å øke forventningene. Når forventningene overstiger tjenestens ressurskapasitet, eller medisinske muli-

Tabell 1. Ulike gap i helsetjenesten

Øverste kurve	Nederste kurve	Figurgap
Muligheter (medisinsk-teknologisk)	Ressurser	*C*
Forventninger	Bærekraftig*	*F*
Behov	Teknologi	*B*
Behov	Bærekraftig*	*D*
Ønsker	Bærekraftig	*F*
Forventninger	Behov	*A***
Behov	Forventninger	*A***

*Bærekraftig skal forstås som det som det er realistisk og forsvarlig å allokere av ressurser til helsetjenesten gitt dagens ressurstilfang og medisinsk-teknologiske front.
** Om forventningene overstiger det som kan regnes som behov etter pasient- og brukerrettighetsloven, vil dette trolig påvirke hva som regnes som «nødvendig helsehjelp» og «rimelige» behov.

Tabell 1. Tabellen viser ulike gap i helsetjenesten med utgangspunkt i litteraturen. Gapene forstås som avstanden mellom den øvre og den nedre kurven og gjenfinnes i figur 2.

heter, oppstår et gap. Slike gap kan skape mistillit og krisestemning. Gap A i figuren viser et tilfelle der forventningene overstiger det som er medisinsk mulig. En strategi kan derfor være forventningsavklaringer både i klinikken og på samfunnsnivå.

I samme båt

De ulike gapene uttrykker ulike realiteter og oppfatninger av mangler eller knapphet. Av særlig betydning er de totale ressursene, hvordan disse utnyttes, de medisinske mulighetene og forventningene.

Mulighetsgapet beskriver knapphetssituasjonen i helsetjenesten. Effektivitetsgapet beskriver hva vi kunne levert med dagens ressurssituasjon gjennom effektivisering, prioritering og reduksjon av overaktivitet og underaktivitet. Forventningsgapet kan bidra til å forklare kriser og dystopiske bilder av helsetjenesten. Behovsgapet peker samtidig på hvor det kan være verdt å strekke seg gjennom forskning og utvikling, fordi gapet her ikke skyldes mangel på ressurser eller effektiv levering av tjenester, men på medisinske muligheter.

Gapene viser også at bekymring for overaktivitet og medikalisering på den ene siden, og bekymring for ressursmangel og underaktivitet på den andre, kan være komplementære snarere enn motsetningsfulle.

Tabell 2. Komplementære strategier for å håndtere helsegapene

Gap	Gap i figur 1	Strategier for håndtering av gapet
Effektivitetsgapet	G	Effektivisering Prioritering innad i helsetjenesten Reduksjon av overaktivitet Reduksjon av underaktivitet
Mulighetsgapet	C	Prioritering *av* helsetjenesten (makroprioritering). Øke ressursene på ulike nivåer, f.eks. gjennom økt offentlig finansiering av helsetjenesten.
Behovsgapet	D	Styrke forskning og innovasjon, både for ny behandling, og for å avhjelpe effektivitetsgapet
Forventningsgapet	F	Forventningsavklaringer

Tabell 2. De fire viktigste gapene i helsetjenesten: hvordan de korresponderer med figur 2, og hvilke kjente strategier som finnes for å håndtere dem.

Siden det er skrevet utførlig om de ulike strategiene hver for seg, går vi ikke nærmere inn på dem her. Vi viser til relevant litteratur (f.eks. NOU 2014: 12; Helse- og omsorgsdepartementet 2021; Bringedal 2025; Barra mfl. 2026).

Knapphet

De ulike helsegapene er på forskjellige måter knyttet til opplevd eller faktisk knapphet. Eksempler på knappe ressurser er organer til transplantasjon, personell, sengeplasser, medisiner og utstyr. I praksis oppstår denne knappheten som gapet mellom nåværende muligheter og ressurser for å utnytte mulighetene for behandling.

Før den første vellykkede organtransplantasjonen fantes det ingen knapphet på organer: ingen mulighet, ingen knapphet. Samtidig kan vi tale om en mangel på noe som ennå ikke eksisterer. Utviklingen av en koronavaksine illustrerer dette: Vaksinen manglet i betydningen «finnes ikke, men burde kunne utvikles». Slik mangel kan danne grunnlag for forskning.

Vi har altså en intuitiv og kontekstavhengig forståelse av «mangel» og «knapphet». En bestemt populasjon kan ha et udekket behov for en ressurs i en bestemt kontekst, for eksempel under en pandemi, en demografisk bølge eller en større ulykke. Forventninger, håp og ønsker kan også bidra til en opplevelse av knapphet.

I streng forstand er det tale om knapphet når en person mangler en ressurs som det er mulig å gi, men som innebærer et tap for noen andre. Knapphet fordrer dermed en positiv alternativkostnad. For at vi som samfunn skal bry oss om knapphet, bør også konteksten for mangelen og alternativkostnaden være rimelig.

Utsagn som «at man i 2026 i verdens rikeste land ikke kan…» kan dermed uttrykke en mangel samtidig som man overser knappheten. Opplevelsen av mangel kan være subjektiv, mens knapphet oppstår når tilgjengelige ressurser ikke kan dekke alle muligheter eller forventninger. Vi har en samfunnskontrakt om gode helsetjenester, men denne består av lover, normer og realøkonomiske skranker som alle er åpne for fortolkning og debatt.

Den subjektive komponenten gjør det lite realistisk at vi noen gang vil oppnå konsensus om hva det er mangel på, og dermed hvilke ressurser det er knapphet på. Vi mennesker setter oss stadig nye mål, og medisinske muligheter utvikler seg kontinuerlig. Følgelig vil knapphetsfølelsen i helse- og omsorgstjenesten trolig aldri opphøre. Siden mulighet og ønsker er nødvendige komponenter i knapphet, bør mulighetsgapet og forventningsgapet spille en større rolle i offentlige debatter og akademisk arbeid.

Hva med «godt nok»?

Mangel og knapphet er sentrale drivere i kampen om ressursene. Dersom en positiv alternativkostnad er grunnleggende for knapphetsbegrepet, er knapphet i sin natur konfliktdrivende. Samtidig kan mangel og nød være drivere for innovasjon og forbedring.

Et gap som sjelden skaper overskrifter, er det vi kan kalle «underbehandlingsgapet». For enkelte problemstillinger finnes det effektive og rimelige behandlinger som likevel ikke når frem. Her er det ikke nødvendigvis en mangel på ressurser eller teknologi, men snarere en mistillit eller «for lave» forventninger til hva helsetjenesten kan bidra med.

Vi bør derfor ha en rasjonell debatt om hvordan ressursene kan utnyttes best mulig. Samtidig kan debatten være fylt av begreper som bidrar til misnøye og «krisestemning». Følgende erkjennelse bør mane til ydmykhet: jo flere medisinske muligheter og rettigheter, desto mer opplevd knapphet på helsetjenester.

Tilstrekkelighet er et begrep som kan tjene som motvekt til knapphetsopplevelse. Der knapphet legger vekt på mangler, peker «tilstrekkelighet» mot at noe kan hende strekker til; er «godt nok». Et sterkt søkelys på knapphet kan bidra til en oppfatning av at helsetjenesten er dårligere enn den faktisk er. Samtidig skal vi ikke bli selvtilfredse, men arbeide systematisk for å forbedre helsetjenestene.

Konklusjon

Det finnes flere typer gap i helsetjenesten. Vi har argumentert for at effektivitetsgapet, mulighetsgapet, behovsgapet og forventningsgapet er særlig sentrale.

Arbeid med effektivisering, prioritering og reduksjon av overaktivitet og underaktivitet retter seg mot effektivitetsgapet. Mulighetsgapet favner hva som kunne vært gjort med flere ressurser. Begge gapene egner seg for diskusjoner om hvordan vi best kan forvalte helseressursene. Behovsgapet kan bidra til å styre forskning og utvikling, men også til å realitetsorientere befolkningen om at det ikke nødvendigvis er manglende ressurser som er problemet. Et begrep om et forventningsgap kan bidra til å forstå misnøye og kriser og til å tydeliggjøre om forventningene er realistiske eller idealistiske.

Alle gode intensjoner om en enda bedre helsetjeneste må avstemmes mot konsekvenser som medikalisering, nullvisjoner og «det perfekte som det godes fiende». Gapene i helsetjenesten viser at tilsynelatende konfliktfylte strategier kan være komplementære. Å øke ressursene, effektivisere, prioritere, redusere underaktivitet og overaktivitet, øke mulighetene gjennom forskning og avklare forventninger bidrar på ulike måter til å håndtere misnøye og mistillit.

Samtidig minner helsegapene oss om at vi sitter i samme båt, med et solidaritetsansvar til tross for politiske og faglige uenigheter. Flere av gapene kan øke som følge av flere medisinske muligheter og økte forventninger. Til tross for økt produktivitet, flere gode leveår og bedre helsetjenester vil det samtidig kunne oppstå større mangel, knapphet og flere opplevde «kriser». I en rasjonell og bærekraftig helsetjeneste bør derfor begreper som «godt nok» og «tilstrekkelig» spille en større rolle enn i dag.

Takkenote. De første ideene til dette manuskriptet ble presentert på Helsetjenestekonferansen i 2017, og vi vil takke Liv Ariane Augestad og Kim Rand-Henriksen for bidrag i denne fasen. Takk også til redaktør Erlend Hem og to anonyme fagfeller for gode kommentarer.

Litteratur

Barra M, Broqvist M, Gustavsson E et al. Severity as a priority setting criterion: setting a challenging research agenda. *Health Care Analysis* 2020; 28 (1): 25–44. https://doi.org/10.1007/s10728-019-00371-z

Barra M, Feiring E, Magelssen M et al. *Prioritering i helsetjenesten – fra teori til praksis*. Gyldendal Norsk Forlag, 2026. https://www.nb.no/items/1ea6625e4865b492f529f21a368f177f?page=0 (18.9.2026)

Botten G, Aasland OG. Befolkningens ønsker om helsetjenester. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2000; 120 (25): 2995–2999. https://tidsskriftet.no/2000/10/klinikk-og-forskning/befolkningens-onsker-om-helsetjenester (18.9.2026)

Bringedal B. Prioritering er mer enn å rangere behandlinger. *Michael* 2025; 22 (1): 43–51. https://doi.org/10.5617/michael.12112

Fraser GRL, Lambooij MS, van Exel J et al. Factors associated with patients' demand for low-value care: a scoping review. *BMC Health Services Research* 2024; 24 (1): 1656. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12093-7

Frich JC, Hofmann B. Behov – sykdom uten grenser? I: Wilmar B, Bruusgaard P, Frich JC et al, red. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009: 54–67. https://www.nb.no/items/7386535d1a6867f5db369a2b7a74f947?page=55 (18.9.2026)

Gustavsson E, Tinghög G. Needs and cost-effectiveness in health care priority setting. *Health and Technology* 2020; 10: 611–619. https://doi.org/10.1007/s12553-020-00424-7

Meld. St. 18 (2004–2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517 (18.9.2026)

Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758 (18.9.2026)

Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026 (18.9.2026)

Heløe LA. Norsk tannhelsepolitikk før og nå. Hva vi mente og hva vi mener. *Den norske tannlegeforenings Tidende* 2005; 115 (15): 930–933. https://doi.org/10.56373/2005-15-10

Hofmann B. Progress bias versus status quo bias in the ethics of emerging science and technology. *Bioethics* 2020; 34 (3): 252–263. https://doi.org/10.1111/bioe.12622

Kjelle E, Brandsæter IØ, Andersen ER et al. Cost of low-value imaging worldwide: a systematic review. *Applied Health Economics and Health Policy* 2024; 22 (4): 485–501. https://doi.org/10.1007/s40258-024-00876-2

Lian O. Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2000; 120 (1): 111–114. https://tidsskriftet.no/2000/01/kronikk/behovet-helsetjenester-naturgitt-eller-sosialt-bestemt (18.9.2026)

Magelssen M, Barra M, Feiring E et al. Prioritering – og andre bidrag til bedre ressursbruk. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146 (4). https://doi.org/10.4045/tidsskr.26.0132

Malkomsen A, Solberg CT. Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143 (6). https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0081

Norges offentlige utredninger. *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1987: 23. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007080600001 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Sykehustjenester i Norge: organisering og finansiering*. NOU 1987: 25. https://www.nb.no/items/da2f07592e121d8774d7c98e98d1c6d7?page=0 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Pasienten først!* NOU 1997: 2. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?ch=2 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Piller, prioritering og politikk: hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* NOU 1997: 7. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-7/id140767 (18.9.2026)

Norges offentlige utredninger. *Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. NOU 1997: 18. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956 (18.9.2026).

Norges offentlige utredninger. *Åpent og rettferdig: prioriteringer i helsetjenesten*. NOU 2014: 12. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730 (18.9.2026)

Nunes AR. Medicalisation of public health: a narrative review. *Public Health* 2025; 246: 105827. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105827

Rydstrøm P. *Kategoristrategi*. Intern report. Sykehusinnkjøp, 2018. https://www.sykehusinnkjop.no/49614a/siteassets/dokumenter/styremoter/2018/styremote-13.-september-2018/sak-57-2018-vedlegg-1-strategidokument-v.1.0.pdf (18.9.2026)

Solberg CT, Tranvåg EJ, Magelssen M. Attitudes towards priority setting in the Norwegian health care system: a general population survey. *BMC Health Services Research* 2022; 22 (1): 444. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07806-9

Mathias Barra
mathias.barra@ahus.no
Helsetjenesteforskningen
Akershus universitetssykehus
&
Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

Mathias Barra er professorkompetent forsker ved Helsetjenesteforskningssenteret (HØKH), Akershus universitetssykehus og professor ved Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, Universitetet i Oslo.

Carl Tollef Solberg
c.t.solberg@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Carl Tollef Solberg er lege og filosof og professor ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og adjunct professor ved Syddansk Universitet.
Solberg er finansiert av EU (ERC, ETHME, tilskuddsavtale 101116507). Synspunktene og meningene som uttrykkes i denne artikkelen gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunktene til EU eller ERC.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Originalartikkel

Sina Furnes Øyri, Siri Wiig, Ole Tjomsland

Fra skalpell til sannsynlighet – hvordan forstår kirurger påregnelig risiko?

Michael 2026; 23: 417–430
doi: 10.5617/michael.13790

Pasientskader representerer en betydelig belastning for både pasienter og helsetjenesten. Kirurgisk behandling er forbundet med risiko. Forståelsen av påregnelig risiko har betydning for melding og læring av hendelser, kommunikasjon med pasient og pårørende, og ikke minst den generelle tilliten til helsetjenesten. Formålet med denne kvalitative studien er å utforske hvordan erfarne norske kirurger forstår og anvender begrepet «påregnelig risiko» i klinisk praksis.

Datainnsamling er gjennomført via semistrukturerte intervjuer med 15 kirurger fra fire universitetssykehus i Norge. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Studien viser at påregnelig risiko forstås og anvendes ulikt i kirurgisk praksis. Vurderingen av påregnelighet kan ikke reduseres til faste terskler eller sannsynlighetsangivelser alene. Vurderingene bygger også på subjektive, kvalitative oppfatninger, faglig ståsted og kompetanse, og de må forstås i skjæringspunktet mellom klinikk, pasientsikkerhet og juss.

Resultatene understreker behovet for tydeligere begrepsbruk, styrket risikokommunikasjon og bedre dokumentasjon av kliniske vurderinger som grunnlag for læring, pasientsikkerhet og tillit.

En pasientskade er en utilsiktet fysisk skade som har oppstått som følge av medisinsk behandling, eller som behandlingen har bidratt til, og som medfører behov for ytterligere overvåking, behandling, sykehusinnleggelse eller dødsfall (Helsedirektoratet 2024). Svært alvorlige hendelser omfatter dødsfall eller alvorlig skade med uventet utfall sett i lys av påregnelig risiko, jf. helsetilsynsloven § 6 og spesialisthelsetjenesteloven (sphl.) § 3-3a (Helse- og omsorgsdepartementet 1999, 2017, 2025). Pasientsikkerhet defineres som forebygging og reduksjon av risiko for skade som følge av helsetjenestens ytelser, eller mangel på slike ytelser (Helsedirektoratet 2024).

Kirurgisk behandling er forbundet med risiko. Selv når inngrep utføres i samsvar med faglige retningslinjer og beste praksis, kan alvorlige hendelser og komplikasjoner oppstå (Nashef 2015, Helsetilsynet 4/2025). En grunnleggende erkjennelse i kirurgien er derfor at fravær av risiko ikke er realistisk, og at gode utfall forutsetter balanserte risikovurderinger. Hvordan risiko forstås, vurderes og kommuniseres i klinisk praksis har stor betydning for pasientsikkerhet, læring etter hendelser og tillit mellom pasienter, helsepersonell og helsetjenesten som system (Øyri et al 2023).

Begrepet påregnelig risiko har en sentral plass i norsk helsetjeneste, særlig i skjæringspunktet mellom klinisk praksis, pasientsikkerhetsarbeid og helserett. Det knyttes blant annet til meldeplikt ved alvorlige hendelser, jf. helsetilsynsloven § 6 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Vurderingen baseres ikke bare på utfallets alvorlighetsgrad, men også på om hendelsen anses som forventet risiko (Helse- og omsorgsdepartementet 2017, 2025). Samtidig er begrepet svakt definert i faglitteraturen og åpner for skjønnsmessig praktisering (Ukom 2023).

Innen kirurgi er risikovurdering en kontinuerlig del av beslutningsprosessen, fra indikasjon og valg av inngrep til gjennomføring og oppfølging (Helsetilsynet 4/2025). Vurderingene vil kunne påvirkes av blant annet kirurgens erfaring, inngrepets kompleksitet, pasientens komorbiditet og organisatoriske forhold som styring og ledelse (Helsetilsynet 2026). Risiko forstås både kvantitativt, gjennom sannsynlighet og frekvens, men også kvalitativt som en helhetsvurdering av situasjon, konsekvens og handlingsrom.

Risikopersepsjon beskriver hvordan fare oppfattes og vurderes, og hvordan den påvirkes av erfaring, tidspress, organisatoriske rammer og kulturelle normer (Slovic 2016). Tidligere forskning viser at helsepersonell kan forstå og tolerere risiko ulikt, og at medisinsk praksis preges av spenninger mellom risikovillighet og risikovegring (Sherif et al 2021, Sacks et al 2023). Kirurgers risikopersepsjon har dermed direkte implikasjoner for pasientsikkerheten. I kirurgiske settinger preget av høy kompleksitet og tidspress påvirkes risikovurderinger av erfaring, faglig bakgrunn, organisatoriske forhold, fagkulturelle normer, individuelle egenskaper og pasientrelaterte faktorer (Bondi 2024, Berríos-Torres et al 2017). Undervurdering av risiko kan føre til pasientskader, mens overdrevet risikofokus kan bidra til unødvendige tiltak, behandlingsforsinkelser og defensiv medisin (Eftekhari et al 2023).

For å redusere risiko innen kirurgi er det utviklet en rekke tiltak, blant annet bruk av kirurgiske risikokalkulatorer (Huckaby et al 2022), risikoprediksjonsmodeller, vurderingsverktøy (Stonelake et al 2015), KI- og maskinlæringsbaserte løsninger (Jalali et al 2020), sjekklister for trygg kirurgi (World Health Organization 2009), simuleringsbasert trening (Baste et al

2021), EuroScore (Nashef 2015) og prehabilitering (Dejgaard & Rostoft 2021). Effekten av disse tiltakene er imidlertid ikke entydig og varierer med faglig forankring og implementeringsstrategi (Haynes et al 2009).

Til tross for at påregnelig risiko spiller en sentral rolle i vurderingen av alvorlige hendelser, foreligger det begrenset empirisk kunnskap om hvordan kirurger forstår og anvender begrepet i praksis. Ulik begrepsforståelse kan bidra til variasjon i meldekultur, interne vurderinger og kommunikasjon med pasienter og pårørende samt spenninger mellom kliniske og juridiske eller tilsynsmessige vurderinger i etterkant av alvorlige hendelser (Aase et al 2021).

Formålet med denne studien er å utforske hvordan erfarne kirurger forstår begrepet påregnelig risiko og å undersøke hvilke faktorer som bidrar til ulike oppfatninger. Studien søker å bidra til en mer nyansert forståelse av risiko i kirurgisk praksis, gjennom refleksjon om hvordan begrepet kan påvirke pasientsikkerhet, læring og tillit i helsetjenesten.

Materiale og metode

Studien er basert på et eksplorativt og beskrivende design (Blaikie 2010). Denne artikkelen presenterer en av tre delstudier i hovedstudien *Alvorlige hendelser innen kirurgi* (SIKT referansenummer 594289). De to forutgående delstudiene er publisert (Øyri et al 2023, Øyri et al 2024). Samlet gir de tre delstudiene et innblikk i hvordan et utvalg kirurger erfarer alvorlige hendelser, vurderer og håndterer dem samt hvordan rapportering og ekstern evaluering oppleves.

Deltakerne ble rekruttert via e-post gjennom strategisk utvalg fra fire universitetssykehus, ett fra hvert av de fire regionale helseforetakene i Norge, med mål om å inkludere deltakere med inngående kjennskap til fenomenet uønskede hendelser i kirurgi. I 2021, året for datainnsamling, var det 22 offentlige helseforetak med kirurgiske avdelinger fordelt på 56 lokasjoner, 11 kirurgiske subspesialiteter og totalt 3 431 spesialistgodkjente kirurger fordelt på de ulike subspesialitetene (Den norske legeforening 2021).

Totalt deltok 15 kirurger. Alle som ble invitert, ble inkludert i studien og informert om rettigheter, datalagring og personvernmessige hensyn gjennom tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Opplysninger ble behandlet uten deltakernavn eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Karakteristikker ved deltakerne gjengis i tabellen under.

Datainnsamlingen ble gjennomført med semistrukturerte individuelle intervjuer, som muliggjorde en fleksibel og datadrevet tilnærming til analyse og fortolkning. Intervjuene ble gjennomført mellom desember 2021 og februar 2022, med en varighet på omtrent én time per intervju. På grunn av covid-19-restriksjoner ble alle intervjuene gjennomført digitalt via video-

Tabell 1. Deltakerkarakteristikker

Kategori	Variabel	Resultat
Deltakere	Antall deltakere	15 kirurger
	Kjønn	11 menn (73,3 %), 4 kvinner (26,7 %)
	Alder	38–65 år
	Klinisk erfaring	Minimum 10 år (variasjon 11–38 år)
	Klinisk praksis	Alle var aktive i klinisk praksis
Ledererfaring	Nåværende eller tidligere ledererfaring	12 deltakere (80 %)
	Uten ledererfaring	3 deltakere (20 %)
Spesialitet	Gastroenterologisk kirurgi	7 deltakere (46,7 %)
	Thoraxkirurgi	6 deltakere (40 %)
	Generell kirurgi	1 deltaker (6,7 %)
	Ortopedisk kirurgi	1 deltaker (6,7 %)
Geografisk fordeling	Helse Nord	3 deltakere (20 %)
	Helse Sør-Øst	9 deltakere (60 %)
	Helse Midt-Norge	2 deltakere (13,3 %)
	Helse Vest	1 deltaker (6,7 %)

møteverktøy (Teams). Alle intervjuene ble tatt opp via diktafon og transkribert. Lydbåndopptakene ble slettet etter at intervjuene var transkribert.

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide med mulighet for oppfølgingsspørsmål og utdyping basert på deltakernes svar, i motsetning til en fast strukturert intervjuguide eller spørreskjema (Malterud 2002). Intervjuguiden dekket følgende temaer: oppfatning av risiko, karrieremessige konsekvenser ved alvorlige hendelser; feil og feilvurderinger, åpenhet om og rapportering av alvorlige hendelser; feil og feilvurderinger overfor ledere og kolleger, læring internt og endring av rutiner, håndteringskompetanse, støtte og oppfølging i etterkant, læring fra eksterne vurderinger; tilsyn.

Datamaterialet ble analysert i tråd med prinsippene for kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman 2004) og med det deduktive utgangspunktet «Hvordan forstår du begrepet påregnelig risiko?». Analysen startet med at Sina Furnes Øyri leste gjennom alle transkripsjoner, fulgt av notatskriving etter hver gjennomlesing. Meningsenhetene ble kondensert, kodet, kategorisert og samlet i overgripende temaer. Kategorier og temaer ble diskutert og justert i samarbeid mellom Sina Furnes Øyri, Siri Wiig og Ole Tjomsland. Det ble også gjennomført en enkel kvantitativ gjennomgang av frekvensen av ulike begreper i transkripsjonene (feil, feilvurdering, uønsket hendelse, alvorlig hendelse, komplikasjon, pasientskade/alvorlig skade) for å styrke påliteligheten i tolkningen (Fakis et al 2013).

Resultater

Alle deltakerne beskrev sine oppfatninger og forståelse av begrepet *påregnelig risiko* relatert til kirurgi, enten gjennom kvalitative beskrivelser og/eller ved bruk av statistiske parametere og estimater. Flere redegjorde også for hvordan ulike kontekstuelle og individuelle faktorer påvirker risikovurderinger og håndtering i kirurgisk praksis. Direkte sitat er etterfulgt av et deltakernummer i parentes.

Kvalitative forståelser av påregnelig risiko

De kvalitative beskrivelsene fra kirurgene viste betydelig variasjon i hvordan begrepet påregnelig risiko ble forstått og anvendt. Flere deltakere beskrev begrepet som vanskelig å avgrense og forklare, og som relativt og kontekstavhengig. En deltaker karakteriserte påregnelighet som «kjempevanskelig å beskrive», og understreket at det ikke finnes «noen enkel definisjon», men at vurderingen heller må baseres på en helhetsvurdering: «Det er utrolig vanskelig innenfor kirurgien å si hva som er påregnelig, det som er påregnelig er på en måte akseptert» (2).

Flere fremhevet samtidig en kritisk holdning til begrepets bruk. Enkelte advarte mot at påregnelig risiko kan fungere som en forklaring eller legitimering av uønskede hendelser. En kirurg påpekte eksplisitt at risiko ikke bør brukes som unnskyldning for feil: «Det skal ikke brukes som en unnskyldning at det er et risikofylt inngrep for at man gjør feil underveis» (1). Andre tok et mer prinsipielt oppgjør med begrepet og beskrev det som et hinder for læring og forbedring. En deltaker mente at begrepet burde fjernes, fordi profesjonen «strekker begrepet veldig langt» og dermed vanskeliggjør forbedringsarbeid (11). Samme deltaker hevdet at begreper som komplikasjon og påregnelig risiko kan bidra til en holdning om at «du kan ikke gjøre noe», noe som igjen kan forsinke arbeidet med å redusere pasientskader (11). Samtidig ble påregnelig risiko av enkelte fremhevet som et sentralt og uunngåelig element i helsetjenesten, uttrykt som at «det meste som skjer på sykehus av uønskede hendelser er påregnelig» (8) og «i prinsippet er alt påregnelig» (11). Samtidig som flere understreket at det alltid foreligger en påregnelig risiko ved ethvert kirurgisk inngrep, er det en naturlig avgrensing mot det som tilhører sjeldenhetene: «Pasienten kan dø, men det er ikke påregnelig i den forstand at det skjer i de aller færreste tilfellene» (4). Imidlertid presiserte en av deltakerne at det tross alt er slik at «mange hendelsesutfall er mer forutsigbare ved ulike typer prosedyrer enn andre» (13). En annen viste til et eksempel på en hendelse som utelukkende ikke bør inntreffe, og som derfor uansett kontekstuelle faktorer er upåregnelig: «En sak som skal meldes er en komplikasjon som er utover det vanlige, som vi kan

regne med, og særlig hvis det kan gjenspores til systemsvikt, f.eks. at det ble ikke gjort Trygg Kirurgi før operasjonen, og riktig side av benet ble ikke merket og derfor ble feil ben amputert. Da er det ikke påregnelig i det hele tatt» (4). Funnene demonstrerte samtidig kompleksiteten i sammenheng mellom risikovurdering, inngrep, komplikasjon og påfølgende håndtering, og hvor årsak til hendelsen og konsekvens er langt under prosentmålet for det kirurgen kan regne med at vil inntreffe: «Pasient innlagt for lårbrokk, men fikk allergisk reaksjon på et anestesimiddel, hvorpå det ikke ble reagert raskt nok og pasienten fikk hjerneskade. Da er vi nede på promille for at det skal skje» (3).

Kvantitative beskrivelser av påregnelig risiko

Flere av deltakerne benyttet statistiske terskler, prosentandeler og estimater for å konkretisere begrepet påregnelig risiko. Disse beskrivelsene viste imidlertid stor variasjon i både toleransegrenser og tolkning av tallmateriale. En deltaker problematiserte bruk av faste terskler og hevdet at aksept for et komplikasjonsnivå på 5–10 % i seg selv bidrar til å opprettholde forekomsten av uønskede hendelser, og argumenterte for lavest mulig toleranse. Samme deltaker viste til at ulike land opererer med ulike mål, eksempelvis at Sverige har satt et mål om under 5 % komplikasjoner, mens andre opererer med høyere akseptgrense.

Andre deltakere brukte statistikk mer pragmatisk for å avgrense hva som kan regnes som påregnelig. En kirurg uttalte at komplikasjoner som forekommer hos mer enn 1 % av pasientene, må anses som påregnelige, samtidig som vedkommende påpekte at dårlig kirurgisk praksis likevel kan øke risikoen betraktelig, selv om hendelsen i seg selv er kjent. Flere refererte til konkrete komplikasjoner, som anastomoselekkasjer, og viste til betydelig variasjon i rapportert forekomst i litteraturen, fra 2 % til 3 % til så høyt som 17 %.

For noen ble begrepet påregnelighet direkte knyttet til sannsynlighet for utfall hos enkeltpasienter. En deltaker beskrev påregnelighet som å befinne seg blant de «4 % som vi vet får denne komplikasjonen, selv om alt annet er optimalisert» (9), og reflekterte samtidig over utfordringene ved å kommunisere slike tall til pasienter. Tall som viser høy sannsynlighet for godt utfall mister betydning når risikoen realiseres for enkeltindividet, noe som gjorde risikokommunikasjon til en sentral del av kirurgens hverdag: «Jeg kommuniserer alltid med pasientene våre på forhånd om at risikoen er høy. Men dette er tall, og det har lite å si at 96 % går bra, hvis du er i de fire som går dårlig. Jeg bruker tid på å forklare det for dem» (9). Det ble fremhevet at statistiske tall gir et viktig grunnlag for informasjon, men at de aldri fullt

ut kan overføres til enkeltpasienten. Også andre deltakere illustrerte dette dilemmaet gjennom eksempler på inngrep der operativ risiko reduserer langtidsrisiko, men samtidig innebærer en ikke ubetydelig risiko for alvorlige komplikasjoner eller død.

Flere uttrykte skepsis til å presentere risiko utelukkende gjennom tall, og beskrev risikoestimatene som både faglig krevende og kommunikativt utfordrende. En deltaker beskrev eksplisitt ubehaget ved å bruke tabeller for påregnelighet i pasientskadevurderinger (12): «Det er et veldig vanskelig begrep. Pasienter som sier: Hvor stor sjanse er det for at jeg kan få slag? Da sier jeg: Nei, vet du hva, sjansen er 100 % hvis XXX, men så er det da egentlig en liten sjanse.» En annen deltaker illustrerte hvor langt begrepet kan strekkes juridisk ved å vise til enkelttilfeller beskrevet i litteraturen, som likevel ble vurdert som påregnelige til tross for alvorlige konsekvenser for pasienten.

Kontekstuelle og individuelle faktorer i risikovurdering

Brorparten av deltakerne løftet frem forberedelser, erfaring og ferdigheter hos den enkelte kirurg som sentrale faktorer i vurderingen av risiko. Flere uttrykte at når kirurgen selv blir en del av risikobildet, må dette håndteres eksplisitt, enten gjennom opplæring eller ved å fjerne kirurgen. Det ble også tydelig understreket at påregnelighet ikke bør brukes til å legitimere tekniske feil eller sviktende vurderinger.

Erfaring og kompetanse ble ofte knyttet til både beslutninger om hva som skal meldes som avvik, og hvordan komplikasjoner håndteres. En beskrev dette slik: «Hvis jeg setter en yngre kollega i en situasjon som han egentlig ikke kan håndtere, er det ikke påregnelig at han kutter en nerve. Hvis det var jeg som hadde forberedt meg grundig, og gjorde akkurat den samme operasjonen, og gjorde akkurat det samme som han burde ha gjort, så er det kanskje påregnelig» (2). Flere beskrev spenninger i fagmiljøene knyttet til meldekultur der hendelser som oppfattes som påregnelige, ofte ikke meldes til tross for at de avviker fra forventet forløp. En deltaker problematiserte dette og argumenterte for at avvik bør meldes nettopp fordi de representerer et brudd med det som var forventet i et normalt forløp. En annen deltaker bemerket at påregnelighetsbegrepet er noe de ofte forholdt seg til «fordi det ofte er en diskusjon om hva man skal melde» (6).

Flere pekte også på betydningen av organisatorisk modenhet. En deltaker beskrev en gråsone der hendelser kunne vært forhindret «hvis man var veldig flink og smart», og at forskjellen mellom middels og fremragende sykehus ligger i hvordan komplikasjoner håndteres, snarere enn i fravær av komplikasjoner (8). Samme deltaker understreket at nivået på sykehuset,

rutiner, systemer og avdelingens erfaring er sentrale elementer når påregnelighet vurderes. Tidspress og kapasitetsutfordringer ble også trukket frem som faktorer som kunne påvirke både rapportering og oppfølging av hendelser. En av deltakerne pekte i tillegg på at noen hendelser oppstår uavhengig av mengden forberedelser: «Påregnelig er det som vi vet at i et visst antall av disse behandlingene, så vil dette skje selv om vi forebygger maksimalt. Det er det som for meg ligger i begrepet» (6).

Brorparten av deltakerne beskrev hvordan risikovurderinger varierer mellom medisinsk-faglige og juridiske perspektiver. Flere uttrykte frustrasjon over at komplikasjoner som lenge ble ansett som påregnelige i praksis, senere ble problematisert i møte med tilsynsmyndigheter eller rettsapparatet. En deltaker beskrev hvordan systematisk forbedringsarbeid over tid reduserte forekomsten av anastomoselekkasjer betydelig, og stilte spørsmål ved om det som tidligere ble betraktet som påregnelig, egentlig burde vært akseptert.

Andre deltakere pekte på språklige og begrepsmessige nyanser og viste hvordan klassifisering av en hendelse som «komplikasjon» snarere enn «uønsket hendelse» kan få betydelige juridiske implikasjoner: «I registertallene vil du aldri finne ord som uønsket hendelse, der er det komplikasjon. Dette er bare ord, men det har enorm betydning fordi kaller du det komplikasjon, kunne du ikke gjort noe annerledes» (11). Flere beskrev konkrete situasjoner der medisinske vurderinger av risiko sto i motsetning til juridiske fortolkninger, og hvor begrepet påregnelig risiko ble sentralt i pasientskadevurderinger og tilsynssaker.

Noen av kirurgene var klare på hvordan vurderingen av påregnelig risiko varierer med typen kirurgi som utføres. Inngrep i anatomisk sårbare områder, operasjoner med høy teknisk kompleksitet eller prosedyrer med liten feilmargin ble beskrevet som særlig risikoutsatte. Spesielt ble barnehjertekirurgi, transplantasjonskirurgi og større karkirurgiske inngrep trukket frem som områder der risikoen for alvorlige utfall er kjent og høy, og der konsekvensene av feil kan være fatale.

Komorbiditet ble av flere fremhevet som en sentral faktor i risikovurderinger. Deltakerne beskrev hvordan høy alder, hjerte- og lungesykdom, medikamentbruk og pasientens generelle funksjonsnivå påvirker operativ risiko og utfallet av kirurgisk behandling. En av kirurgene pekte på at risiko kan handle om avveining mellom ulike hensyn: «Det samme går på å operere trange halspulsårer for å fjerne plakk som kan gi blodpropper til hjernen. Det beskytter deg bedre mot et fremtidig slag, samtidig som inngrepet har et par prosent sjanse for slag. Så da opererer du pasienter som på en måte ikke har noen plager av den tilstanden som er der, men det ligger en potensiell risiko frem i tid. Og da er det pasientens tilstand som øker risikoen på

inngrepet og det at du tross alt opererer på blodårer som kan være sprø og kan ha lett for å blø og så videre» (10). Noen beskrev også utfordringer knyttet til å identifisere pasienter som fremstår robuste, men som i realiteten har begrensede fysiologiske reserver.

Diskusjon

Funnene viser at begrepet påregnelig risiko tillegges ulikt innhold og anvendes både som et praktisk redskap i kliniske vurderinger og som et fortolkningsprinsipp i etterkant av uønskede hendelser. Variasjonen indikerer at påregnelig risiko ikke fremstår som et entydig begrep i kirurgien, men som et kontekstavhengig vurderingsgrunnlag.

Påregnelig risiko har en formell forankring i norsk helselovgivning som skille mellom forventede og uventede utfall av helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet 2023). Våre funn viser imidlertid at denne forankringen ikke gir en felles klinisk forståelse. For kirurgene framstår begrepet i stor grad som et skjønnsbegrep der juridiske rammer møter klinisk erfaring, faglige normer og lokale praksiser.

Flere deltakere beskrev spenninger mellom medisinsk-faglige vurderinger og etterfølgende juridiske eller tilsynsmessige tolkninger. Klassifisering av hendelser som «komplikasjon» eller «uønsket hendelse» ble tillagt betydning i tilsyns- og erstatningssaker. Dette peker mot et tolkningsgap mellom klinisk risikoaksept og rettslige forventninger og synliggjør påregnelig risiko som et dynamisk begrep formet i samspillet mellom fag, system og samfunn.

Samtidig beskrev deltakerne hendelser som uavhengig av kontekst ikke skal inntreffe, og som dermed oppfattes som prinsipielt upåregnelige. Slike hendelser omtales ofte som feil side-kirurgi eller forveksling ved operasjon (Holmboe 2003). Helsetilsynet har likevel mottatt flere slike varselsmeldinger de siste årene (Helsetilsynet 2/2025).

Kirurgisk risikoforståelse og håndtering av usikkerhet

Funnene viser at kirurger forstår risiko både kvantitativt og kvalitativt. Noen knytter påregnelighet til statistiske terskler og kjente komplikasjonsrater, mens andre legger større vekt på kontekstuelle forhold som inngrepets kompleksitet, pasientens tilstand og egne ferdigheter. Selv lav sannsynlighet kan, ved alvorlige konsekvenser, gjøre risikovurderingen etisk og emosjonelt krevende.

Dette reflekterer medisinsk og kirurgisk praksis som preget av usikkerhet (Eliassen et al 2025, Ofstad 2023, 2025). Healy et al (2018) viser at både erfarne og mindre erfarne kirurger varierer i vurderingene, særlig i komplekse scenarioer. Ulike former for usikkerhet – teknisk, pasientrelatert og

systemisk – glir ofte over i hverandre (Berg 2025). Våre funn indikerer at kirurgens erfaring er sentral for hvordan usikkerhet håndteres og for om utfallet i etterkant oppfattes som påregnelig.

Risikokommunikasjon fremstår som et sentralt og krevende tema. Kirurgene beskrev et spenn mellom realistisk informasjon og ønsket om å formidle trygghet og håp. Statistikker gir et nødvendig faglig fundament, men har begrenset forklaringskraft når risiko realiseres for enkeltpasienten. For den som rammes, mister prosentangivelser sin betydning, i tråd med rammeverket om sosial forsterkning av risikopersepsjon (SARF) (Pidgeon et al 2003).

Effektiv risikokommunikasjon forutsetter tillit, tydelighet og gjensidig forståelse (Berg 2023). Pasienter tolker risiko ulikt avhengig av erfaring, personlighet og kontekst, og vektlegger risiko, nytte og egne verdier forskjellig (Kalager et al 2025). I et mer komplekst helsevesen, med behov for prioritering av knappe ressurser, blir derfor forståelse av både behandlers og pasients risikopersepsjon stadig viktigere (Idsøe-Jakobsen 2025). Sammenlignet med mange andre land er det norske helsevesenet i mindre grad preget av skyld og forsikringslogikk og legger større vekt på tillit, læring og systemansvar (Helsetilsynet 2/2025). Dette påvirker både risikovurderinger og praktisering av informert samtykke, som i Norge i stor grad baseres på muntlig dialog og profesjonell tillit (Calderwood et al 2024). Funnene våre viser også at kirurgens egen risikoforståelse preger hvordan risiko kommuniseres til pasienter, kolleger og ledelse. Dersom påregnelig risiko forstås som uunngåelig og gitt, kan dette svekke oppmerksomheten på forebygging og læring. Samtidig kan for snever risikotoleranse bidra til defensiv praksis og begrense pasienters behandlingsmuligheter. Pasientsikkerhet forutsetter derfor en balansert risikoforståelse, der både aksept og kritisk refleksjon inngår i medvirkning og samvalg med pasient før kirurgi (Harris et al 2019).

Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien fremstiller kirurgers oppfatninger rundt et grunnleggende risikobegrep, som er tett knyttet til forsvarlighet og oppfølging av alvorlige hendelser, og hvor det ikke eksisterer mange kvalitative tidsskriftfremstillinger i norsk kontekst. Utvalget viser en relativt stor bredde med hensyn til geografi, spesialitet, kjønn og alder, men antallet deltakere kan pekes på som en begrensing av resultatenes overførbarhet.

Konklusjon og implikasjoner

Erfarne kirurger i Norge forstår og anvender begrepet påregnelig risiko ulikt i klinisk praksis. Begrepet er flertydig og kontekstavhengig og forstås både

som statistisk sannsynlighet og som en skjønnsmessig vurdering. Kirurgens erfaring, inngrepets karakter, pasientens tilstand og organisatoriske rammer påvirker forståelsen av begrepet. Risikovurderinger oppstår dermed i et samspill mellom individuelle, faglige og organisatoriske faktorer og i skjæringspunktet mellom klinikk, pasientsikkerhet og jus. Begrepet bør forstås som dynamisk og kontekstavhengig og krever kontinuerlig refleksjon fremfor standardiserte definisjoner. Funnene kan også tyde på at forståelsen av begrepet henger tett sammen med «utgangsrisikoen»: Ved alvorlige og akutte tilstander aksepteres høyere risiko fordi alternativet kan være fatalt, mens toleransen for risiko er lavere ved planlagte inngrep.

Begrepet kan både støtte og hemme pasientsikkerhetsarbeid. En mer eksplisitt og bevisst håndtering av påregnelig risiko kan bidra til økt læring, styrket pasientsikkerhet og mer tillitsfull samhandling.

Implikasjonene fra studien er:

- Økt bevissthet om hvordan påregnelig risiko forstås, anvendes og kommuniseres. Tydeligere refleksjon over risikovurderinger, bedre dokumentasjon av kliniske avveininger og styrket kompetanse i risikokommunikasjon anbefales.
- Åpen og realistisk kommunikasjon om risiko, inkludert begrensningene ved statistiske sannsynligheter, er sentralt for informerte beslutninger og tillitsfull samhandling mellom pasient og kirurg.
- Iverksetting av mer systematisk undervisning og refleksjon rundt risikovurdering, påregnelighet og pasientsikkerhet både i grunn- og spesialistutdanning.
- Utprøving av tiltak som strukturerte risikovurderinger, skrøpelighetsscoring, prehabilitering, samvalg, sjekklister, simulering, teamtrening og refleksjon over uønskede hendelser kan bidra til en mer bevisst og robust håndtering av risiko i kirurgisk praksis.

Litteratur

Aase I, Ree E, Johannessen T et al. Talking about quality: how 'quality' is conceptualized in nursing homes and homecare. *BMC Health Services Research* 2021; 21(1): 104. doi: 10.1186/s12913-021-06104-0

Baste JM, Bottet B, Selim J et al. Implementation of simulation-based crisis training in robotic thoracic surgery: how to improve safety and performance? *Journal of Thoracic Disease* 2021; 13(Suppl 1): 26–34. doi: 10.21037/jtd-2020-epts-03

Berg SH. Helsekommunikasjon når usikkerheten er høy. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0090

Berg SH. Årsaksmodeller og analysemetoder i gransking av uønskede hendelser i helsetjenesten. *Michael* 2025; 22: 120–134. doi: 10.5617/michael.12398

Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW et al. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surgery* 2017; 152(8): 784–791. doi: 10.1001/jamasurg.2017.0904

Blaikie N. *Designing social research*. Cambridge: Polity Press, 2010.

Bondi J. *Med kniven i hånden*. Oslo: Gyldendal, 2024.

Calderwood CJ, Braut GS, Wiig S. What Is Truly Informed Consent in Medical Practice and What Has the Perception of Risk Got to Do with It? *Healthcare (Basel)* 2024; 13: 8. doi: 10.3390/healthcare13010008

Dejgaard MS, Rostoft S. Systematisk vurdering av skrøpelighet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0944

Den norske legeforening. *Antall godkjente spesialister per 14.04.2021*. https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/spesialister/

Eftekhari MH, Parsapoo A, Ahmadi A et al. Exploring defensive medicine: examples, underlying and contextual factors, and potential strategies - a qualitative study. *BMC Medical Ethics* 2023; 24: 82. https://doi.org/10.1186/s12910-023-00949-2

Eliassen KE, Heggen K, Kvernenes M et al. Medisinstudenter må lære å håndtere usikkerhet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0256

Fakis A, Hilliam R, Stoneley H et al. Quantitative Analysis of Qualitative Information From Interviews: A Systematic Literature Review. *Journal of Mixed Methods Research* 2013; 8: 139–161. https://doi.org/10.1177/1558689813495111

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Harris EP, MacDonald DB, Boland L et al. Personalized perioperative medicine: a scoping review of personalized assessment and communication of risk before surgery. *Canadian Journal of Anesthesia* 2019; 66: 1026–1037. doi: 10.1007/s12630-019-01432-6

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. *New England Journal of Medicine* 2009; 360: 491–499. doi: 10.1056/NEJMsa0810119

Healy JM, Davis KA, Pei KY. Comparison of internal medicine and general surgery residents' assessments of risk of postsurgical complications in surgically complex patients. *JAMA Surgery* 2018; 153: 203-207. doi: 10.1001/jamasurg.2017.3936

Helsedirektoratet. *Pasientskader i Norge 2023 – målt med Global Trigger Tool.* Oslo: Helsedirektoratet, 2024.

Helsetilsynet. *Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring: innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020–2024*. Rapport fra Helsetilsynet 2/2025. Oslo: Helsetilsynet, 2025.

Helsetilsynet. *Fra erfaring til læring – første halvårlige rapport med innsikter om varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2025. Oslo: Helsetilsynet, 2025b.

Helsetilsynet. *Helsetjenester til gastrokirurgiske pasienter.* Tilsynsrapport etter alvorlige hendelser 2025/1735. Oslo: Helsetilsynet, 2026.

Helse- og omsorgsdepartementet. Prop.150 L (2016–2017) *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2017.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.

Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 121 L (2024–2025) *Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2025.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Fra varsel til læring og forbedring Rapport fra utvalg oppnevnt for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fra-varsel-til-laring-og-forbedring/id2971072/ (5.8.2026)

Holmboe J. Operasjon på feil side. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2003; 123: 1102–1103. https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2003--1102-3.pdf (4.8.2026)

Huckaby LV, Dadashzadeh ER, Li S et al. Accuracy of risk estimation for surgeons versus risk calculators in emergency general surgery. *Journal of Surgical Research* 2022; 278: 57–63. doi: 10.1016/j.jss.2022.04.042

Idsøe-Jakobsen I. *Exploring risk perception and adaptive capacity in homecare services: a multiple embedded case study.* PhD-avhandling. Stavanger: Universitetet i Stavanger, 2025.

Jalali A, Lonsdale H, Do N et al. Deep learning for improved risk prediction in surgical outcomes. *Scientific Reports* 2020; 10: 9289. doi: 10.1038/s41598-020-62971-3

Kalager M, Bretthauer M, Graver HP et al. *Forholdsmessighet: medisin, jus, filosofi og pandemi*. Bergen: Fagbokforlaget, 2025.

Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2002; 122: 2468–2472.

Nashef S. *The naked surgeon*. London: Scribe, 2015.

Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0428

Ofstad EH, Nymo SH, Rø KI et al. Fjellvettregler for medisinsk usikkerhet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0274

Pidgeon N, Kasperson RE, Slovic P. *Social amplification of risk.* Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

Sacks GD, Shin P, Braithwaite RS et al. Risk Perceptions and Risk Thresholds Among Surgeons in the Management of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms. *Annals of Surgery* 2023; 278: e1073–e1079. doi: 10.1097/SLA.0000000000005827

Sherif RD, Lisiecki J, Gilman RH. Perception of Risk Among Aesthetic Plastic Surgeons. *Aesthetic Surgery Journal* 2021; 41: NP1218–NP1224. doi: 10.1093/asj/sjab132

Slovic P. The perception of risk. I: Sternberg RJ, Fiske ST, Foss DJ, red. *Scientists making a difference: one hundred eminent behavioral and brain scientists talk about their most important contributions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2016: 179–182.

Stonelake S, Thomson P, Suggett N. Identification of the high risk emergency surgical patient: Which risk prediction model should be used? *Annuals of Medicine & Surgery (Lond)* 2015; 4: 240–247. doi: 10.1016/j.amsu.2015.07.004

Ukom. *Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser.* Oslo: Ukom, 2023.

World Health Organization. *Surgical safety checklist.* Geneva: World Health Organization, 2009.

Øyri SF, Søreide K, Søreide E et al. Learning from experience: a qualitative study of surgeons' perspectives on reporting and dealing with serious adverse events. *BMJ Open Quality* 2023; 12: e002368. doi: 10.1136/bmjoq-2023-002368

Øyri SF, Wiig S, Tjomsland O. Influence of external assessment on quality and safety in surgery: a qualitative study of surgeons' perspectives. *BMJ Open Quality* 2024; 13: e002672. doi: 10.1136/bmjoq-2023-002672

Vi takker Jan Frich for konstruktive innspill til manuskriptet.

Sina Furnes Øyri
sina.furnes.oyri@sus.no
Helse Stavanger HF
Postboks 8100
4068 Stavanger

Sina Furnes Øyri er fagsjef, seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Stavanger Universitetssjukehus og førsteamanuensis, Det helsevitenskapelige fakultet, SHARE – senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, Universitetet i Stavanger.

Siri Wiig
siri.wiig@uis.no
Universitetet i Stavanger
Kjell Arholms gate 41
4021 Stavanger

Siri Wiig er professor, Det helsevitenskapelige fakultet og senterleder SHARE – senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, Universitetet i Stavanger.

Ole Tjomsland
ole.tjomsland@helse-sorost.no
Helse Sør-Øst
Postboks 404
2303 Hamar

Ole Tjomsland er førsteamanuensis, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger, og prosjektdirektør Helse Sør-Øst RHF.

Artikkelen er fagfellevurdert

Søvn er undervurdert

Bjørn Bjorvatn
Den utrolige søvnen: søvnforskerens guide til bedre helse
Oslo: Cappelen Damm, 2025
203 s.
ISBN 978-82-02-97894-9

Michael 2026; 23: 431–432
doi: 10.5617/michael.13791



Mennesker sover omtrent en tredel av livet, og selv om moderne nevrofysiologi har lært oss mye om hva som skjer mens vi sover, er søvn fortsatt langt på vei et mysterium. Det vi vet, er at for lite søvn er forbundet med økt risiko for mange sykdommer.

«Denne boken retter seg mot deg som ønsker å vite mer om den utrolige og vidunderlige søvnen og dens betydning for et godt liv», skriver Bjørn Bjorvatn i forordet. Han er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, leder av Nasjonalt senter for søvnmedisin og en nestor i norsk søvnforskning. Gjennom elleve korte kapitler forklarer han hvilke stadier søvnen deles inn i, hvor komplisert søvnreguleringen er, og ikke minst hva som skjer om vi sover for lite.

Søvnmønsteret har endret seg betydelig gjennom historien. Før kunstig belysning fantes, ble døgnrytmen bestemt av sollys, årstid og arbeidsrytme. I det førindustrielle Europa tyder mye på at søvnen var todelt, med en våken periode midt på natten (1).

Rent fysiologisk handler livet om næringsinntak, bevegelse, reproduksjon og søvn. I helsetjenesten får de tre første størst oppmerksomhet. Når det

gjelder søvn, er vi stort sett opptatt av søvnapné, narkolepsi og andre sjeldne tilstander. Hvernattslige søvnproblemer neglisjeres langt på vei.

Søvnmangel er blitt et betydelig folkehelseproblem. For noen er det å sove lite nærmest et statussymbol, for andre er det et stort problem. Ifølge Bjorvatn sliter én av tre nordmenn med søvnen.

Bjorvatn er tydelig på at det kan være farlig å sove for lite. Han gir en god oversikt over søvn gjennom ulike livsfaser. Ungdom er særlig utsatt for søvnmangel, og han virker mindre bekymret for digitale skjermer enn for det han kaller «sosialt jetlag», det vil si forskjøvet døgnrytme i helgene.

Som representant for den sjeldne gruppen «eldre B-mennesker» tror jeg på Matthew Walkers påstand om at eldre trenger minst like mye søvn som yngre. Bjorvatn leser imidlertid Walkers salgssuksess *Hvorfor vi sover* mer normativt enn jeg gjør. Når Walker skriver at voksne i gjennomsnitt trenger rundt åtte timers søvn, oppfatter jeg dette som en beskrivelse, ikke som en norm (2).

Jeg liker Bjorvatns tommelfingerregel: «Er du uthvilt og fungerer godt, er det ingen grunn til å tro at du ikke har sovet nok» (s. 20). Han har et balansert syn på bruken av smartklokker og andre hjelpemidler for å overvåke søvn og kroppsfunksjoner, og han advarer mot *ortosomni*, et tvangsmessig forhold til egen søvn.

Den viktigste verdien av boken er hjelpen den kan gi dem som sliter med søvnen. Rådene for å sove bedre i bokens siste kapittel er mange og konkrete. Bjorvatn anbefaler søvndagbok for å kartlegge egen søvn og som et hjelpemiddel ved søvnvansker.

Selvhjelpsbøker i medisin er en krevende sjanger. Bjorvatn bruker innskutte kasuistikker for å gjøre stoffet levende, og disse fungerer bedre enn søvnkvissene som innleder hvert kapittel. Mindre vellykket er det grafiske uttrykket med oransje tabeller og figurer. Et enklere og mer nøkternt uttrykk ville fungert bedre.

Hvor effektive selvhjelpsbøker er som tiltak mot søvnvansker, er uvisst, men saklig kunnskapsformidling er viktig. Søvnvansker er undervurdert og fortjener mer oppmerksomhet.

Litteratur

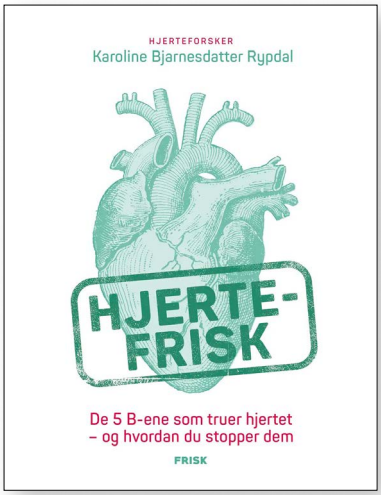
1. Ekirch AR. At day's close. Night in the times past. New York: WW Norton, 2005.
2. Walker M. Hvorfor vi sover. Oslo: Press, 2018: 303.

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Forebygging av hjertesykdom for folk flest

Karoline Bjarnesdatter Rypdal
Hjertefrisk: de 5 B-ene som truer hjertet – og hvordan du stopper dem
Stavanger: Frisk forlag, 2026
189 s.
ISBN 9788284372617

Michael 2026; 23: 433–434
doi: 10.5617/michael.13792



Boken lover på vaskeseddelen å rydde opp i myter og motstridende råd og fortelle hva som skal til for å få et friskt hjerte, basert på den sikreste og mest oppdaterte forskningen.

Forfatteren Karoline Bjarnesdatter Rypdal er en erfaren hjerteforsker med doktorgrad og fagbakgrunn som molekylærbiolog. Hun brenner for å gjøre forebyggende kardiologi tilgjengelig og forståelig for folk flest. Hennes omfattende faglige kompetanse gjør henne åpenbart meget godt egnet til å forklare kompliserte medisinske, biologiske, livsstilsmessige og sosiale sammenhenger på en pedagogisk og leseverdig måte. Boken består av hovedkapitler der utgangspunktet er de fem B-ene som er viktige risikofaktorer for hjerte- og karsykdom: blodtrykk, blodkolesterol, blodsukker, bukfett og betennelse. I tillegg er det et innledningskapittel om epidemiologi og forebygging, et siste kapittel om hjertestans og et fint, oppsummerende avslutningskapittel som repeterer de fem B-ene og knytter en gjennomgående kasuistikk til betydningen av forebygging.

Boken er velskrevet, lettlest og med noen få, oversiktlige illustrasjoner. Det er ganske grundige og greie forklaringer av patofysiologiske mekanismer.

Forskningsresultater om epidemiologi, klinikk og annet fagstoff omtales med omfattende henvisninger og i faktabokser, mens råd om hva man kan gjøre selv er integrert i teksten, ofte med gode og tydelige overskrifter. Et alfabetisk register med søkeord hadde vært nyttig. Mens jeg leste, savnet jeg muligheten til å slå opp hvordan andre sentrale hjertesykdommer og risikofaktorer var omtalt. En av bokens styrker ligger i forskerens egne erfaringer fra kongresser, sykehus og flere kasuistikker, blant annet fra egen familie, som skildrer karakteristiske pasientsituasjoner og forløp som man lett kan kjenne seg igjen i.

Som anmelder savner jeg ikke mye, men boken kunne med fordel gått nærmere inn på kjønnsforskjeller ved hjertesykdom og risikofaktorer. De er av stor betydning både når det gjelder forekomst av sykdommene og risikofaktorene og hvordan disse bør forstås og håndteres kjønnsspesifikt. Hjerteinfarkt og hjertesvikt forklares tidlig i boken, mens hjerneslag og atrieflimmer dukker opp senere uten like gode forklaringer knyttet til risikofaktorene. De sentrale risikofaktorene tobakksbruk (røyking, snusing og e-sigaretter) og fysisk inaktivitet kunne også fått en bredere omtale og hatt egne underkapitler. Den amerikanske Framinghamstudien og Oslostudien har fått god plass, men her savner jeg eksempler fra de store, pågående norske befolkningsundersøkelsene som Tromsøundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Middelhavsdietten har meget gode anbefalinger som omtales grundig. Her kunne forfatteren også vist til den nordiske dietten som Helsedirektoratets kostråd bygger på, nemlig et hovedsakelig plantebasert og variert kosthold.

Denne tiltalende boken har noen få mindre svakheter, men kan trygt anbefales til hjertepasienter, til personer med kardiovaskulære risikofaktorer og deres pårørende. Helsearbeidere vil også kunne ha god nytte av den.

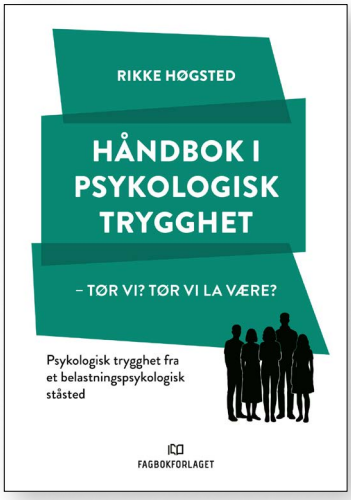
Maja-Lisa Løchen
maja-lisa.lochen@uit.no

Maja-Lisa Løchen er instituttleder ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet, professor i forebyggende medisin ved UiT, overlege i hjertemedisin ved UNN, og spesialist i indremedisin og i hjertemedisin.

Gruppetrening i psykologisk trygghet

Rikke Høgsted
Håndbok i psykologisk trygghet: Tør vi? Tør vi la være? Psykologisk trygghet fra et belastningspsykologisk ståsted
Bergen: Fagbokforlaget, 2025
173 s.
ISBN 978-82-450-5891-8

Michael 2026; 23: 435–436
doi: 10.5617/michael.13793



I H.C. Andersens eventyr om Keiserens nye klær blottlegges de voksnes frykt for å virke uvitende eller dumme. Ingen tør å si at keiseren er naken før et barn bryter tausheten.

Rikke Høgsted, dansk psykolog og arbeidsmiljørådgiver, bruker eventyret som bilde på vår frykt for andres reaksjoner. Denne frykten kan gjøre det utrygt å si fra når noe er galt. Av hensyn til egen posisjon kan vi la være å dele en bekymring som kan få alvorlige konsekvenser for andre, for eksempel en pasient. Vi kan også unnlate å forsvare en kollega som blir behandlet på en uakseptabel måte.

Forfatteren definerer psykologisk trygghet som det mentale oksygenet i møter, på avdelingen eller i lunsjen, som gjør det mulig å snakke, undre seg og komme med gode ideer. Det handler om en forventning om at man ikke vil bli straffet, ydmyket eller overhørt. Høgsted tar opp en rekke misforståelser om hvordan vi forstår psykologisk trygghet, som at det bare skulle handle om vennlighet og hygge, at det er et annet ord for tillit, eller at det skulle forebygge alle konflikter.

Høgsted ønsker å gi grupper av fagpersoner innsikt i hvorfor vi reagerer som vi gjør, og å inspirere til økt mot og praktisk trening i psykologisk trygghet.

Boken består av ti lettleste og morsomt illustrerte kapitler. Hvert av de ni første oppsummeres med fem viktige budskap og avsluttes med refleksjonsøvelser. Det oppfordres til gruppesamtaler om temaene som tas opp, gis plass til å lage korte notater og til å bli enige om «prøvehandlinger», det vil si hverdagseksperimenter for raskt *å* teste og evaluere nye løsninger for økt psykologisk trygghet. Det tiende kapittelet inneholder en katalog med gruppeøvelser for videre ferdighetstrening.

Høgsted viser at økt forståelse og trening i psykologisk trygghet er relevant i alle grupper, både privat og i yrkeslivet. Særlig viktig er dette i psykisk krevende yrker, der det kan være mange ukjente faktorer. Man er gjensidig avhengig av hverandres innspill og har ansvar for beslutninger med vidtrekkende konsekvenser. Høgsted understreker ledelsens viktige rolle som kulturbærer og trygghetsambassadør.

Dette er en lettlest og praktisk innføring i hvordan man konkret kan jobbe med å forstå og styrke den psykologiske tryggheten i en gruppe. Det kan være nyttig å utdype det teoretiske grunnlaget, for eksempel ved å lese noe av referanselitteraturen som forfatteren viser til.

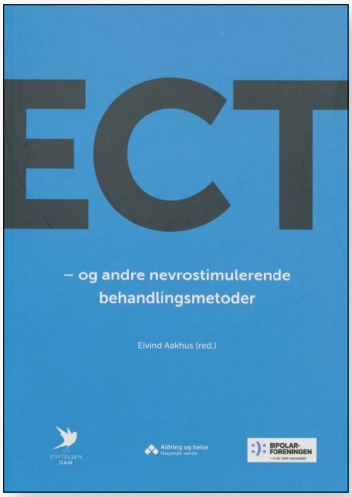
Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.

Innholdsrik oppdatering om ECT-behandling

Eivind Aakhus, red.
ECT – og andre nevrostimulerende behandlingsmetoder
Tønsberg: Nasjonalt senter for aldring og helse, 2026
195 s.
ISBN 978-82-8470-020-5

Michael 2026; 23: 437–438
doi: 10.5617/michael.13794



Gjennom 17 korte kapitler gir denne visuelt innbydende boken en bred oppdatering om elektrokonvulsiv behandling (ECT). Bidragsyterne er sentrale fagfolk, og redaktør er Eivind Aakhus, leder for Fagrådet ved Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv behandling.

Boken fyller opplagt et hull i den norske psykiatriske litteraturen, selv om behandlingsmetoden også er kort omtalt i den nylig reviderte *Lærebok i psykiatri*. ECT brukes fortsatt i varierende grad landet over, en variasjon som neppe er faglig fundert. Redaktøren understreker i sin innledning viktigheten av at kunnskapsgrunnlaget for ECT blir bedre kjent blant kolleger.

Leif Oltedal og Eivind Aakhus gir en konsis gjennomgang av det man vet om hvordan ECT virker. Rikke Lise Steen Folstad tar for seg praktiske forhold knyttet til dosering, elektrodeplassering og monitorering. I tillegg er det egne kapitler om anestesi og håndtering av samtidig medikamentell behandling. Jeg vil også fremheve kapitlene om etikk, beslutningskompetanse og informert samtykke samt om det nylig oppdaterte lovverket som regulerer ECT-behandling.

Et sentralt kapittel er Martin Bystads oversiktsartikkel om andre nevrostimulerende behandlinger, med nøkterne vurderinger av evidensen for effekt, samt de nye behandlingenes potensial og begrensninger. Det fremheves at nevrostimulerende behandling ikke kan erstatte ECT, men at repeterende transkraniell magnetisk stimulering (rTMS) har godt dokumentert effekt ved milde til moderate depresjoner. De nevrostimulerende behandlingene har dessuten generelt en gunstig bivirkningsprofil.

Et minus ved boken er, etter min oppfatning, at enkelte temaer gjentas flere steder. Et eksempel er at legemidler under ECT-behandling presenteres i tabeller i to kapitler. En noe strengere redigering i fremtidige oppdaterte utgaver vil enkelt kunne rette opp dette.

Skepsis til ECT bunner ofte i at bivirkningsbyrden vurderes som høy sammenlignet med annen tilgjengelig behandling. De kognitive bivirkningene er derfor et viktig tema, og Christine Mohns gjennomgang av kognitive bivirkninger ved ECT og depresjon er blant bokens mest sentrale kapitler. Hun gir en grundig fremstilling av utfordringene ved å måle slike bivirkninger, og omtaler også hvordan tekniske forhold ved behandlingen kan påvirke kognitiv funksjon.

Ute Kesslers bidrag om forsiktighetsregler og kontraindikasjoner ved ECT er også opplysende. Ettersom ECT ofte er aktuelt ved samtidig somatisk sykdom, er grundige forberedelser og vurderinger avgjørende for å minimere risikoen for komplikasjoner. De viktigste komorbide tilstandene knyttet til hjerte, lunger og nervesystem gjennomgås.

Samlet gir boken en god gjennomgang av en av fagets mest effektive behandlingsformer, gjennomgående preget av etisk refleksjon og åpenhet om bivirkninger og kontraindikasjoner. Boken vil være nyttig for ledere og kolleger som arbeider med eller ønsker å lære mer om ECT, og også for alle oss andre som har flere oppfatninger enn erfaring med behandlingsformen.

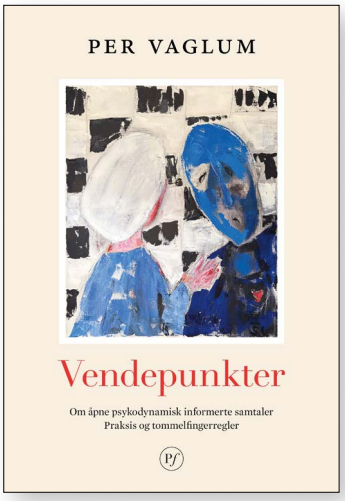
Rune Andreas Kroken
rune.andreas.kroken@helse-bergen.no

Rune Andreas Kroken er spesialist i psykiatri, forsker ved Haukeland universitetssykehus og professor ved Universitetet i Bergen.

Ikke trøst for raskt

Per Vaglum
Vendepunkter: om åpne psykodynamisk informerte samtaler
Stavanger: Perpleks forlag, 2026
176 s.
ISBN 978-82-693048-4-8

Michael 2026; 23: 439–440
doi: 10.5617/michael.13795



Professor emeritus Per Vaglum utgir i sitt 88. år boka *Vendepunkter*. Undertittelen *Om åpne psykodynamisk informerte samtaler: praksis og tommelfingerregler* gir et godt bilde av bokas prosjekt. Anmeldelsens overskrift, *Ikke trøst for raskt*, er Vaglums sjuende regel. Forfatteren har bred erfaring fra både klinikk og utdanning innen barnepsykiatri, voksenpsykiatri og psykoanalyse.

Boka er todelt. Første del består av 20 pasientsamtaler der et viktig vendepunkt oppstår, altså der ny innsikt kommer til. Hver samtale etterfølges av noen korte refleksjoner. Denne oppbyggingen fungerer godt. I kommentardelen redegjør forfatteren for konkrete prinsipper som kan brukes til å identifisere vendepunkter i samtalen. Her er boka på sitt beste. Essensen er samlet i tommelfingerregler, som er korte og konsise.

Kasuistikkene bygger på erfaringer fra flere pasienter i Vaglums lange yrkesliv som allmennlege og psykiater, fra perioden 1965–1985. Ifølge forordet vurderte utgiveren å be forfatteren om å modernisere kasuistikkene fordi de inneholder elementer som dagens lesere ikke gjenkjenner. Poenget er godt. Med noen endringer kunne historiene troverdig ha utspilt seg i vår tid og snakket enda mer direkte til leserne.

Språket i boka varierer i stil og kvalitet. Enkelte avsnitt er kronglete skrevet med liten flyt. Leseren må derfor lese dem på nytt selv om innholdet i seg selv er relativt enkelt. Samtalene er skrevet i novelleform som gjør dem fengslende, men samtidig litt kunstige. Leserne kan lure på hva som er autentisk. Alt i alt er boka lettlest, men den skjemmes noe av skrivefeil.

Innholdsmessig er samtale to verdt å trekke fram. Forfatteren byr raust på seg selv og belyser godt hva *overføring* er. En kvinnelig pasient vekker minner om legens mor, og legens følelser for mor overføres til kvinnen. Personlige erfaringer brukes også som argument for å «ikke bli for aktiv» i den femte kasuistikken. Her omtales for øvrig medikamentbehandling som nærmest uetisk, uten at synet problematiseres nærmere.

Særlig den fjerde samtalen framhever at vi som behandlere har en viktig oppgave i både å bekrefte det vi ser og å være åpne for ulike tolkninger. Selv om noen av vendepunktene kan framstå som enkle, viser de hvordan små observasjoner kan bli avgjørende for å forstå årsakene.

Forfatteren belyser også noen interessante nyanser. Et eksempel er at vendepunktet kan være negativt, en påminnelse om at noe må bli verre før det kan bli bedre. I samtale 15 beskrives et mer generalisert vendepunkt, der oppmerksomheten flyttes fra tilfriskning til tilgangen til egne ressurser. Dette er en fin kontrast til de mer øyeblikksdefinerte vendepunktene.

Forfatteren kommer med noen åpenbare stikk til dagens psykiatritjeneste, som han mener ikke gir rom for åpne samtaler. Kritikken tar ikke hensyn til dagens rammer for tidsbruk i psykiatrien. Boka kan samtidig leses som et tidsriktig forsvar for de åpne møtene mellom pasient og behandler.

Psykoterapien og allmennmedisinen bygger på personlige møter. Utvalgte kasuistikker vil alltid kunne gi et noe selvbekreftende bilde av behandlerens rolle. Boka har noe å tilby alle som arbeider klinisk.

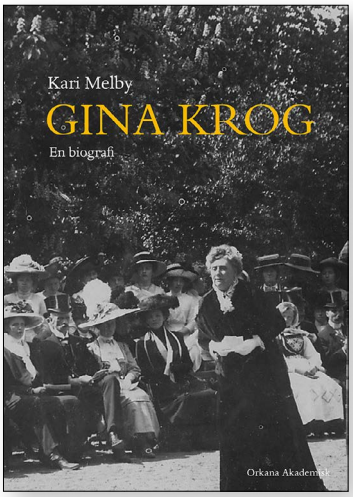
Kari Thori Kogstad
k-tkogs@online.no

Kari Thori Kogstad er spesialist i allmennmedisin, fastlege og ph.d.-kandidat.

Bak mytene om Gina Krog

Kari Melby
Gina Krog: en biografi
Stamsund: Orkana Akademisk, 2025
478 s.
ISBN 9788281046573

Michael 2026; 23: 441–442
doi: 10.5617/michael.13796



Historikeren Kari Melby (f. 1949) har skrevet en grundig og svært interessant biografi om kvinnesaksforkjemperen Gina Krog (1847–1916). Krog var blant annet med på å stifte og lede flere kvinneorganisasjoner, hun var redaktør for kvinnesakstidsskriftet *Nylænde*, og hun engasjerte seg sterkt i en rekke sentrale kvinnepolitiske saker. Krog var også aktiv i internasjonale kvinnesaksnettverk.

Melby argumenterer for at Krogs viktigste bidrag var å fremme et nytt syn på kvinnelighet. Krog kombinerte krav om like rettigheter med ideer om kvinners samfunnsreformerende kraft. Hun argumenterte også sterkt for verdien av det ugifte kvinnelivet. Melby bruker begrepet «retorisk medborgerskap», hentet fra Anders Johansen, i sin drøfting av Krogs betydning. Krog leste, skrev og talte. Hun praktiserte retorisk medborgerskap ved å ta ordet lenge før kvinner oppnådde politiske rettigheter. Hun kjempet også for kvinnestemmerett og kvinners selvrespekt, og gjennom *Nylænde* ga hun kvinner en kanal for å utøve retorisk medborgerskap.

Et viktig mål for Melby er å se bak mytene om Gina Krog, myter som Krog selv var med på å skape. Melby viser hvordan Krog gjennom sitt

selektive redaktørskap av *Nylænde* ga mest plass til begivenheter der hun selv spilte en sentral rolle, og lite rom for meninger hun ikke delte. Melby tegner et nyansert bilde av en prinsippfast kvinne som ofte havnet i konflikter. Krog hadde ikke sin styrke i det organisatoriske, og hun var ikke opptatt av å bygge allianser.

Melby har brukt et bredt utvalg kilder. I sin analyse av Krogs tekster drøfter hun dem i lys av sentrale kontekstuelle faktorer, og hun diskuterer også hva Krog utelater. Melbys bruk av personlige brev som omtaler Krog, gir verdifulle nyanser, selv om brevene bare formidler den ene siden. Dette gjelder særlig brevene fra Krogs svigerinne Cecilie Thoresen Krog og medarbeider Fredrikke Mørck til deres felles venninne Anna Bugge Wicksell.

I innledningen skriver Melby at hun ønsker å forstå de strukturelle og personlige betingelsene som gjorde at Krog fikk en så fremtredende stilling i kvinnebevegelsen. Dette målet lykkes hun godt med. Melby velger blant annet å inkludere informasjon om materielle forhold, som inntekt og boforhold, og å se disse opplysningene i lys av statistisk informasjon. Mange kontekstuelle faktorer trekkes inn, og enkelte ganger presenteres de litt for knapt, slik at framstillingen kan gi et inntrykk av overforenkling.

I 2022 kom Magnhild Folkvords bok *Gina Krog – feminist og tindeklivar* ut. Bøkene til Melby og Folkvord er preget av forfatternes bakgrunn som henholdsvis historiker og journalist. Begge bøkene gir verdifulle bidrag og får fram ulike aspekter ved Krogs liv og tenkning. En styrke ved Melbys bok er at den er langt mer drøftende og kritisk enn Folkvords. Melby finner en god balanse mellom kronologisk og tematisk struktur gjennom tematisk drøfting innenfor kronologiske hoveddeler og gjennom grundige innlednings- og konklusjonskapitler. Slik får hun fram både kompleksitet og endringer over tid. Bokens avsluttende del, «Nærmere Gina Krog?», gir en god oppsummerende drøfting av Gina Krogs betydning, samtidig som Melby også diskuterer menneskene rundt Krog. Boken anbefales både på grunn av det grundige portrettet av Krog og fordi den kan gi en dypere forståelse av kvinnesaksbevegelsen og Krogs samtid.

Anne Helene Høyland Mork
Anne.H.Mork@nla.no

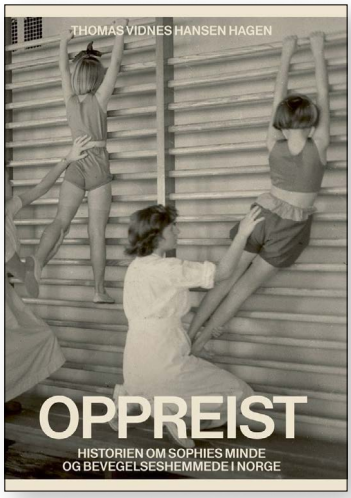
Anne Helene Høyland Mork er førsteamanuensis i samfunnsfag ved avdeling for lærerutdanning ved NLA Høgskolen.

Bokanmeldelse **Øivind Larsen**

Ikke lov å gråte

Thomas Vidnes Hansen Hagen
Oppreist: historien om Sophies Minde og bevegelseshemmede i Norge
Oslo: Press, 2026
768 s.
ISBN 978-82-328-0322-4

Michael 2026; 23: 443–444
doi: 10.5617/michael.13797



Hvis man som barn var innlagt på Sophies Minde, innesperret i en svær gips, uten besøk av mor og far og med utsikt til et langt sykehusopphold som kanskje ble forlenget, var det ikke lov å gråte. Følelser skulle ikke vises. Det er ikke lett når man er liten, ensom og fortvilet.

Historikeren Thomas Vidnes Hansen Hagen, til daglig ved Vest-Agder-museet, har hatt et flerårig, eksternt oppdrag – å skrive historien til institusjonen Sophies Minde i Oslo, et velkjent sted for både behandlingstrengende bevegelseshemmede og mange andre. Resultatet er blitt et verk på 768 sider som ble lansert 19. mars 2026.[1]

Sidetallet reflekterer at forfatteren plasserer Sophies Minde inn i en bred historisk sammenheng. Vi følger omsorgen for de «vanføre» fra private initiativ og pionerinnsats til folkegaven til kong Oscar II i 1898. Kongen lot gaven gå videre til vanførearbeidet, noe som førte til opprettelsen av institusjonen som fikk dronningens navn. Derfra følger vi utviklingen fram til vår egen tid.

1 Fullt hus og sterke historier da Oppreist ble lansert. *Unifor* 19.3.2026.

Selve institusjonshistorien utgjør bare én del av boken. Like mye handler den om ortopediens utvikling og om samfunnets holdninger til mennesker med misdannelser og bevegelseshemming. Dette er viktig sosialhistorie, fortalt med engasjement og innlevelse.

Størst oppmerksomhet har boken kanskje fått for kapitlene der pasientenes egne stemmer kommer til orde gjennom intervjuer. Mange av informantene var barn under oppholdet på Sophies Minde. Beretningene er rystende. Barna gjennomgikk langvarig og belastende behandling langt hjemmefra, og flere beskriver det som i dag ville blitt oppfattet som emosjonell omsorgssvikt.

At barna heller ikke fikk lov til å gråte, er blitt stående som et symbol på tidens behandlingskultur. Samtidig er dette en historie om mangelfull kommunikasjon med pasientene. Eksempelvis piken som, uten å ha fått forklart hva som skulle skje, trodde hun skulle henges, da hun ble heist opp og hang etter hodet for at det skulle tas røntgenbilde av hennes skoliotiske rygg.

Vi som hadde studietid og sykehusarbeid i 1950- og 1960-årene, husker datidens autoritære overleger og biske oversykepleiere, med opptreden som ikke hadde vært gangbar i dag. I ortopedien kunne denne kulturen få særlig alvorlige følger for barn med et stort behov for trygghet og emosjonell støtte.

Thomas Vidnes Hansen Hagen drøfter også avveiningene mellom behandlingens målsetting og de belastningene for eksempel år med gjentatte operasjoner, kløende gips eller gnagende korsett førte med seg. Hvilke kulturelle normer styrte dette? Hvilke lyter kunne det kanskje være like greit å leve med, hvis man unngikk en traumatisert barndom på grunn av behandlingen?

Oppreist er et rikt dokumentert verk skrevet i et levende språk. Det rommer et imponerende materiale og vil være av interesse langt utover dem som kjenner Sophies Minde fra før. Både forfatter og oppdragsgiver gratuleres! Forlaget må imidlertid tåle litt kritikk for gjengivelsen av de mange interessante bildene, som kunne vært bedre.

Øivind Larsen
oivind@oivindlarsen.no

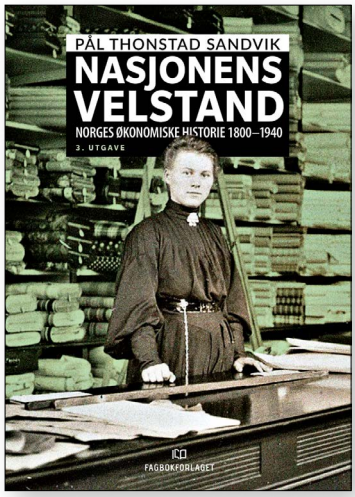
Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Bokanmeldelse **Øivind Larsen**

God økonomisk historie, men hva med folkehelsen?

Pål Thonstad Sandvik
Nasjonens velstand: Norges økonomiske historie 1800–1940
Bergen: Fagbokforlaget, 2026
3. utgave. 287 s.
ISBN 978-82-450-6244-1

Michael 2026; 23: 445–446
doi: 10.5617/michael.13798



La meg komme med konklusjonen først: *Nasjonens velstand* er en velskrevet framstilling av et komplisert stoff. Leserne lærer hvordan norsk økonomi utviklet seg fra nødsårene rundt Napoleonskrigene og fram til 1940. Det var oppturer og nedturer i ulike sektorer, men likevel kontinuerlig vekst. Både boktittelen og innholdet hviler tungt på Adam Smith (1723–1790) og hans *Nasjonenes velstand* fra 1776.

Norsk økonomi 1800–1940 utviklet seg i et spenn mellom ytterpunkter. I perioder rådet det frie marked og Smiths usynlige hånd, drevet av aktørenes egeninteresse. Etter hvert ble stadig mer offentlig styring både nødvendig og avgjørende. Balansen var dynamisk.

Teksten er rik på detaljer og nyanser og veksler mellom eksempler og lange linjer, med sideblikk til både norske forhold og utlandet. Dette styrker framstillingen. I det store bildet var for eksempel «de harde trettiåra» kanskje ikke så magre likevel – men det hjalp ikke dem som mistet jobben eller måtte gå fra gård og grunn. Overordnede og personlige perspektiver er sjelden sammenfallende i et samfunn med merkbare klasseskiller.

Pål Thonstad Sandvik (f. 1967) er professor i økonomisk historie ved NTNU i Trondheim og har lang erfaring som underviser og forsker. Som pensumbok bør *Nasjonens velstand* fungere fortreffelig med sitt pedagogiske opplegg og sin lettflytende tekst. Den vil også være fengslende for allmennheten. Kan hende appellerer boken særlig til lesere som har levd en stund, og som gjenkjenner de lange linjene også etter 1940, året Sandvik setter punktum.

En fare ved å trekke inn kontekst på bred front er paradoksalt nok at det blir tydelig hva som også kunne vært med. Førsteutgaven fra 2018 ble anmeldt av økonomihistoriker Lars Thue, som etterlyste en fortsettelse. Historikeren Christine Myrvang savnet i sin omtale mer bakgrunn fra norgeshistorien, mens Svante Prado fra Göteborg ønsket en tydeligere internasjonal vinkling. Sandviks bok pirrer altså både nysgjerrighet og faglig diskusjon – en god egenskap.

Selv savner jeg ett aspekt: Burde folkehelsens utvikling vært trukket sterkere inn? Samfunnsmedisin[1] var et viktig medisinsk fagområde fra slutten av 1700-tallet. Befolkningens helsemessige betingelser var ganske annerledes ved slutten av Sandviks periode enn ved begynnelsen. Hvilken rolle spilte for eksempel tuberkulosen for nasjonaløkonomien da den mot slutten av 1800-tallet rev vekk så mange unge voksne? I smittesykdommenes og epidemienes tidsalder innebar det å flytte til byen på jakt etter arbeid og bedre kår også en helserisiko. Hvordan slo den store boligbyggingen i Kristiania fram til krakket i 1899 ut i det store regnskapet? Sandvik beskriver årene 1875–1905 som en periode med økonomisk utvikling for «halv damp». Kanskje demografien og folkehelsen hadde noe med det å gjøre?

Offentlige helseutgifter steg i Sandviks periode fra svært lite til ganske mye. Dette kan ses som en investering i folkehelsen og som et uttrykk for et endret syn på helse som verdi. Hvordan skjedde dette?

Det er med andre ord nok å ta fatt på i en oppfølger. Når kommer den?

Øivind Larsen
oivind@oivindlarsen.no

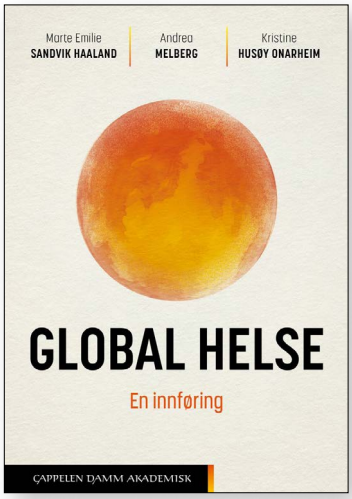
Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

1 *Medicinische Polizey*, statsmedisin, hygiene, forebyggende medisin, samfunnsmedisin

God innføring i global helse

Marte Emilie Sandvik Haaland, Andrea Melberg, Kristine Husøy Onarheim
Global helse: en innføring
Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2026
136 s.
ISBN 978-82-02-82766-3

Michael 2026; 23: 447–448
doi: 10.5617/michael.13799



Pandemien har lært oss at helse og sykdom betinges av globale forhold, der «alt henger sammen med alt». Boken *Global helse* gir en innføring til fagområdet vi i dag gjerne kaller global helse. Boken er skrevet av tre forskere, to leger og en medisinsk antropolog, med tilknytning til Universitetet i Bergen og Folkehelseinstituttet.

Forfatterne redegjør godt for fagfeltets utvikling fra tropemedisin, misjonsarbeid og internasjonal helse til global helse. Dette historiske tilbakeblikket er viktig for å forstå utviklingen av feltet og enkelte av spenningene vi fortsatt kan erfare. De beskriver hvordan feltet i dag preges mer av partnerskap og likeverd enn tidligere, men understreker også betydningen av et blikk for strukturelle forhold som gir opphav til ulik og urettferdig fordeling av muligheter og goder.

Forfatterne gjør rede for sentrale globale helseutfordringer. De forklarer nøkkelbegreper innen helsesystemer og gir en enkel og oversiktlig beskrivelse av aktører i det globale helsesystemet. Boken omhandler spørsmål om klassifisering av sykdom, måling av helse og perspektiver på ulikhet. Kapittelet om kultur og kontekst gir en enkel innføring i kjernebegreper i medisinsk

antropologi, herunder ulike begreper om sykdom og stigma som kulturelt fenomen.

Global helse er en enkel og velskrevet introduksjonsbok som dekker sentrale begreper og perspektiver. Den vil tjene som en god, aller første innledning for norske studenter og andre som har lite kunnskap om global helse fra tidligere. Haaland, Melberg og Onarheim skal ha honnør for å skrive lett og forståelig om komplekse spørsmål og sammenhenger.

Jan Frich
jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich er lege med mastergrad i medisinsk antropologi, professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Kunnskap når livet starter for tidlig

Marit Aune
Prematur: fra nyfødt til voksen
Tønsberg: Basis forlag, 2026
135 s.
ISBN 978-82-694750-0-5

Michael 2026; 23: 449–450
doi: 10.5617/michael.13800



Forfatteren er journalist og samfunnsviter, og har utviklet denne boka i samarbeid med Prematurforeningen og med faglig rådgivning fra professor og barnelege Trond Markestad. En rekke andre fagfolk har også bidratt, og bakerst er det en liste med 171 referanser. Målgruppen omfatter både foreldre, personer som selv er født for tidlig og fagpersoner som til daglig møter premature barn.

Det skal ikke mye fantasi til å forestille seg hvor utfordrende det kan være å få et prematurt barn. Skjønt hva ligger i «prematurt»? Dette begrepet og alle andre medisinske termer og prosedyrer knyttet til hvordan vi hjelper premature barn og foreldrene deres, blir forklart på en god måte, som både er pedagogisk og vakker. Sjelden er vel behovet for informasjon større enn hos nybakte foreldre, ikke minst når ikke alt er «normalt». Men informasjonsbehovet blir ikke mindre med årene, og mang en helsearbeider, lærer eller barnehageansatt vil ha godt av å lese den – slik at også de kan møte foreldre og barn som er født prematurt med kunnskap og innsikt. Jeg lærte mye om et tema som ikke var så vanlig i allmennpraksis da jeg jobbet der.

Kapitlene har en logisk rekkefølge fra fødsel til voksen alder: Når livet starter for tidlig, Livet på nyfødtintensiv, I sykehusbobla, Barna med størst risiko, Hjem fra sykehuset, Ut i verden, Ung og prematur, Om følelser og mestring, og Premature gjennom historien. En fin layout-løsning er at det før hvert kapittel presenteres et langt sitat fra en person med egen erfaring på en fargelagt side. Disse sidene skaper gode rom i boka, og sitatene er gull verdt fordi de representerer både det skremmende, det vanskelige og det gode på en balansert måte. Boka har også brede marger, ofte med fine illustrasjoner, og spredt omkring i margen er relevant kjerneinformasjon plassert i grønne bobler.

Også i selve teksten dukker det stadig opp relevante sitater fra personer som selv er født prematurt og fra foreldre. Alle disse personlige utsagnene har etter min vurdering stor verdi fordi de belyser bredden i opplevelsene, bekymringene og gledene. De kan gi gjenkjennelse, inspirere til å mestre ulike situasjoner og, ikke minst, skape håp. Innimellom alt alvoret og all kunnskapen dukker det også opp morofakta om berømte personer som er født prematurt: Isaac Newton, Albert Einstein, Anna Pavlova, Mark Twain, Winston Churchill og Stevie Wonder. Jeg tror det underholder uten å skape for høye forventninger til barnet.

Noen gjentakelser blir det. Det dreier seg mest om omtalen av økt risiko for ulike helseproblemer gjennom oppveksten og voksenlivet hos personer som er født prematurt, samtidig som det understrekes at økt risiko ikke betyr at mange blir rammet. Risiko og tall som angir risiko, er ikke lett å forholde seg til. Jeg forstår behovet for å beskrive reell risiko og samtidig tone den ned. Jeg synes boka lykkes godt med denne balansen.

Pål Gulbrandsen
pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

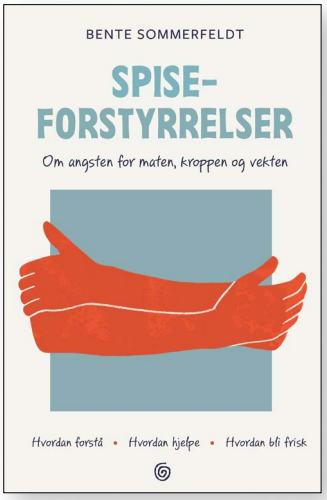
Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, pensjonert professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Bokanmeldelse **Øyvind Rø**

Hjelp og råd ved spiseforstyrrelser

Bente Sommerfeldt
Spiseforstyrrelser: om angsten for maten, kroppen og vekten
Oslo: Kagge, 2026
240 s.
ISBN 9788248938996

Michael 2026; 23: 451–452
doi: 10.5617/michael.13801



Denne boka henvender seg til personer som strever med mat, kropp og vekt, og til pårørende og andre som står dem nær. Den er ikke primært skrevet for helsepersonell, men også fagfolk uten særlig erfaring med spiseforstyrrelser kan ha nytte av den. Det finnes få norske bøker for denne målgruppen, og boka er derfor et viktig supplement til den norskspråklige litteraturen om spiseforstyrrelser.

Psykolog Bente Sommerfeldt trekker på sin omfattende kliniske erfaring, og hun skriver lettfattelig og tilgjengelig. Boka er delt i fire hoveddeler, og den handler først og fremst om hva spiseforstyrrelser er, hva som kan bidra til at de utvikles, og hvordan man kan arbeide seg ut av dem.

Teksten kan tidvis oppleves som noe oppramsende. Forfatteren henvender seg vekselvis til den som strever og til de nærstående. Flere visuelle virkemidler kunne gjort teksten lettere tilgjengelig, særlig for yngre lesere. De mange korte kliniske kasuistikkene fungerer derimot godt og levendegjør stoffet.

De ulike terapiretningene ved spiseforstyrrelser beskrives ikke, bortsett fra familiebasert terapi (FBT). Metoden omtales kort, og mye av plassen vies kritiske kommentarer. Selv om innvendingene er viktige, kunne de

positive erfaringene med metoden fått større plass, ikke minst fordi den anbefales i Norge og internasjonalt.

Bokas tittel fremhever angsten for vekten, men veiing, vektoppgang og eventuell målvekt i behandlingen omtales i liten grad. Dette er sentrale temaer, og en grundigere drøfting kunne hjulpet leseren til å forstå dilemmaene rundt vekt og veiing. Også innleggelse i spesialisthelsetjenesten behandles nokså summarisk, og det står lite om dem som ikke opplever bedring og utvikler langvarige problemer.

Somatiske komplikasjoner, som beinskjørhet og emaljeskader på tennene, burde også vært omtalt. Det forekommer dessuten enkelte mindre faktafeil, blant annet om ICD-10 og antallet obligatoriske veiinger i skolen.

Brukerorganisasjoner som Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) og Spiseforstyrrelsesforeningen nevnes ikke, selv om mange pasienter og pårørende får viktig støtte der. Jeg savner også en mer utførlig drøfting av hvordan sosiale medier og internett kan påvirke utvikling og opprettholdelse av spiseforstyrrelser, og hvordan dette kan inngå som tema i behandlingen. Hovedvekten ligger på restriktive spiseforstyrrelser, mens personer som samtidig strever med overvekt eller fedme, får mindre oppmerksomhet.

Alt i alt inneholder boka mange gode råd og konkrete tips om hvordan man kan arbeide seg ut av en spiseforstyrrelse, samt nyttige råd til pårørende. En gjennomgående tone er at det finnes håp om å bli frisk. Dette er et viktig budskap til alle som er berørt av spiseforstyrrelser.

Øyvind Rø
oeyvro@ous-hf.no

Øyvind Rø er spesialist i psykiatri, leder for Nasjonal kompetansetjeneste for spiseforstyrrelser, Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Bokanmeldelse **Elisabeth K. Steinsvik**

Tungt om nyttig behandling

Torkil Berge, Bente Bull-Hansen, Elin Fjerstad
Irritabel tarm: mentale verktøy og tiltak som reduserer symptomer og øker livskvaliteten
Oslo: Aschehoug, 2023/2026
282 s.
ISBN 978-82-03-460777

Michael 2026; 23: 453–454
doi: 10.5617/michael.13802



Irritabel tarm-syndrom er en svært vanlig tilstand som rammer 5–10 prosent av befolkningen. Det finnes flere behandlingsformer som kan være nyttige, blant annet kognitiv atferdsterapi. Boken bygger på denne metoden og henvender seg til pasienter med irritabel tarm-syndrom. Forfatterne er erfarne fagpersoner fra et solid fagmiljø ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Der har de i en årrekke arrangert kurs og tilbudt kognitiv atferdsterapi til denne pasientgruppen. Jeg hadde derfor sett frem til å lese boken.

Første del tar for seg de somatiske aspektene ved tilstanden, inkludert en grundig gjennomgang av flere aktuelle differensialdiagnoser. Boken gir også en god innføring i hjerne-tarm-aksen og prinsippene som ligger til grunn for forståelsen av sykdommen. Kostholdsbehandling omtales derimot relativt kort. Hoveddelen handler om kognitive teknikker for å håndtere symptomer og plager.

Dessverre er språket stivt og tungt, noe som er uheldig i en bok skrevet for pasienter. Det er flere pasienthistorier og eksempler, men de oppleves til dels som kunstige og kan være vanskelige å kjenne seg igjen i. Tiltakene dreier seg i stor grad om å håndtere negative tanker knyttet til hyppige

toalettbesøk, frykt for ufrivillig avføring og overdreven oppmerksomhet på kroppslige symptomer. Enkelte av rådene fremstår som relevante og nyttige. For eksempel kan det å øve på å ikke gå på toalettet hver gang man kjenner trang, være et nyttig tiltak for pasienter med irritabel tarm-syndrom og diaré. Jeg er imidlertid mer usikker på om dette rådet er like hensiktsmessig for pasienter som hovedsakelig har forstoppelsesproblematikk. Likevel presenteres det som et anbefalt tiltak i boken.

Boken formidler altså en behandlingsform som kan være nyttig for pasienter med irritabel tarm-syndrom, men jeg er usikker på hvor godt den fungerer som selvhjelpsbok for målgruppen. Samtidig sitter jeg igjen med flere verktøy som jeg vil bruke som lege i møte med pasientgruppen, og håper at dette også gjelder for leserne. Slik boken fremstår i dag, tror jeg den først og fremst vil kunne være nyttig for en undergruppe med motiverte pasienter som ønsker å arbeide systematisk med sammenhengen mellom tanker, oppmerksomhet og symptomer. For det store flertallet av pasientene fremstår den etter mitt syn som mindre tilgjengelig enn den kunne ha vært. Mange vil kanskje ha større utbytte av å delta på kursene som arrangeres av forfatterne.

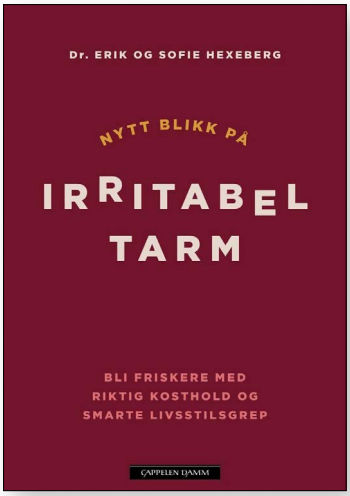
Elisabeth K. Steinsvik
elisabeth.kjelsvik.steinsvik@helse-bergen.no

Elisabeth K. Steinsvik er ph.d. og lege i spesialisering ved Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus.

For enkelt om en sammensatt tilstand

Erik Hexeberg, Sofie Hexeberg
Nytt blikk på irritabel tarm: bli friskere med riktig kosthold og smarte livsstilsgrep
Oslo: Cappelen Damm, 2025
160 s.
ISBN 9788202873158

Michael 2026; 23: 455–456
doi: 10.5617/michael.13803



Da jeg ble spurt om å anmelde denne boken, var jeg spent på hvordan min fagbakgrunn ville prege lesingen. Samtidig ble interessen pirret av forlagets omtale. Vi deler nemlig en grunnleggende oppfatning om at irritabel tarm-syndrom fortjener større oppmerksomhet, og at kosthold har en viktig plass i behandlingen.

Dette er forfatternes fjerde felles bok, og som i de tidligere bøkene står mat som medisin sentralt. Den består av en innledning og syv kapitler, fra vanlige årsaker til mageplager og sammenhengen mellom irritabel tarm-syndrom og lekk tarm, til konkrete kostråd og et samfunnsperspektiv. Fem pasienthistorier er flettet inn. Målgruppen er personer som «kjemper en daglig kamp med magen» og som har «blitt fortalt at dette bare er noe du må leve med».

Boken er skrevet i du-form og henvender seg direkte til leseren. Denne direkte tiltaleformen skaper nærhet til alle som kjenner seg igjen i symptomene. Samtidig benyttes en skarp retorikk der det tegnes et skille mellom «oss» og «dem»: legemiddelindustrien, matindustrien og det etablerte helsevesenet fremstilles som uvitende eller styrt av skjulte intensjoner. Det er her min første uenighet med forfatterne oppstår. Rome Foundations behand-

lingsmål, «å bedre livet til personer med forstyrrelser i samspillet mellom hjernen og tarmen», omtales som en måte å «begrense årsakssammenhengen på» som passer «både matindustrien og den farmasøytiske industrien godt» (s. 49). Selv leser jeg formuleringen som en anerkjennelse av at irritabel tarm-syndrom er en sammensatt tilstand der perifere og sentrale mekanismer må ses i sammenheng, slik det nylig er oppsummert i en oversiktsartikkel. På denne bakgrunnen fremstår bokens vektlegging av lekk tarm og proteinintoleranse som for enkel.

Rammefortellingen understøttes også av faktafeil, noe som svekker bokens troverdighet. Det hevdes blant annet at undervisningsmateriellet på nettsiden til Rome Foundation ikke omtaler mat som årsak til irritabel tarm-syndrom, og at Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) er en diagnose som er funnet opp fordi det ikke anses som hensiktsmessig at personer med irritabel tarm-syndrom unngår eller begrenser bestemte matvarer (s. 49). Begge påstander er feil: læringsmodulene omtaler kostholdsfaktorer, og ARFID er en spiseforstyrrelse med potensielt alvorlige konsekvenser, definert i både DSM-5 og ICD-11.

Helsedirektoratet blir flere ganger trukket frem. Mot slutten omtales kostrådene som «et 50 år langt folkehelseeksperiment ingen har våget å avslutte, på tross av at folkehelsen er i fritt fall» (s. 145). Jeg savner en kilde til hvilke indikatorer som ligger til grunn for denne påstanden, fordi Folkehelserapporten 2026 omtaler både økt levealder, flere friske leveår og redusert sykdomsbyrde.

Samtidig er FODMAP og NOVA-klassifiseringen godt forklart, og bokens symptomregistreringsverktøy er nyttige. Målgruppen kjenner jeg godt igjen fra klinikk og forskning. Selv om boken av mange vil anses som faglig problematisk, møter den et reelt behov. Mange pasienter opplever ikke å bli tatt på alvor, og dette stigmaet gjør kommersielle aktører attraktive.

Boken bør leses med kritiske øyne. Den gir en relativt ensidig forklaring på en sammensatt tilstand, men er samtidig nyttig lesning for helsepersonell som vil forstå hvorfor den treffer så mange.

Camilla Thuen
camilla.thuen@helse-bergen.no

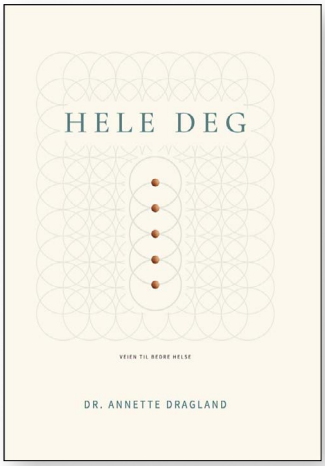
Camilla Thuen er klinisk ernæringsfysiolog ved Haukeland universitetssjukehus og doktorgradskandidat ved klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen.

Bokanmeldelse **Jo-Endre Midtbu**

Tilbake til helheten

Annette Dragland
Hele deg: veien til bedre helse
Fornebu: Colibri Books, 2025
298 s.
ISBN 9788269295009

Michael 2026; 23: 457–458
doi: 10.5617/michael.13804



Det er mange som konkurrerer om å formidle det store bildet om dagen. En frisk kandidat fra nord er Annette Dragland, med bakgrunn som fastlege og lege i spesialisering i dermatologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Nå er hun oslobasert og driver fulltid med helseformidling, først og fremst i podkasten *Leger om livet* – og som forfatter av *Hele deg*.

Boka er populærvitenskapelig og lettlest, og gir råd om hvordan vi kan leve lenger og friskere, krydret med forfatterens egen sykdomshistorie. Dragland definerer fem kjernefaktorer for et friskt liv: søvn, mat og mikrobiom, bevegelse, ro og stress, og relasjoner.

På 300 sider må det selvsagt forenkles. Figurene skaper luft, men er mer kunstneriske enn faglige. En gjenganger er isfjellillustrasjonen. I «våre lekkasjer» (s. 130) har jeg problemer med å se hvorfor noe befinner seg henholdsvis over og under havoverflaten. Hva er logikken her?

Kildene fyller 46 sider på nett. Selv om de er ordnet kapittelvis, kan det være vanskelig å finne fram. Boka har faktabolker, uten at jeg ser hva som skiller disse fra den øvrige teksten.

Dragland er svært belest. Likevel preges deler av framstillingen mer av forenkling og retorikk enn av vitenskapelige «fakta». Noen steder blir teksten, etter mitt syn, misvisende.

I faktaboksen om akutt inflammasjon (s. 98) skriver hun at ikke-steroide antiinflammatoriske midler lindrer smerte og betennelse, men samtidig hemmer kroppens mekanismer for å avslutte inflammasjonen, og at dette er «en av grunnene til at vi ikke anbefaler langtidsbruk» (…). «Kroppens egne, nøye tilpassede evner til å helbrede seg selv er som regel alt vi trenger – om vi gir den muligheten.» Begrensningene ved langtidsbruk skyldes etter min kunnskap først og fremst velkjente bivirkninger, og nytte og risiko ved slike legemidler er langt mer sammensatt enn dette gir inntrykk av. Tar pasientene budskapet alvorlig, kan det bli unødig mye smerte på legekontorene.

Et annet eksempel er «Hudkutt som kurerer knær» (s. 107). I en studie fra 2002 ble 180 pasienter med kneartrose randomisert til artroskopisk debridement, skylling eller narreoperasjon. Etter to år var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Dragland tar dette til inntekt for placeboeffekten: «Pasientene opplevde betydelig bedring på grunn av *troen* på at de hadde blitt operert.» Men studien viste først og fremst at artroskopisk behandling ikke ga bedre effekt enn narreinngrepet, ikke at bedringen skyldtes placebo.

Boka er langt bedre kildebelagt enn mye annen litteratur på området. Men jeg er usikker på om studiedesignet alltid tillater konklusjonene leseren inviteres til å trekke. Dragland skriver for eksempel at ultraprosessert mat er «koblet til økt risiko for kreft», basert på en prospektiv kohortstudie. Formuleringen «koblet til» er forsiktig, men forstår folk flest nyansen? En assosiasjon er ikke det samme som at ultraprosessert mat er vist å forårsake kreft. Sammenhengen kan skyldes andre forhold. Når en stor del av energiinntaket i norsk kosthold klassifiseres som ultraprosessert etter NOVA-systemet, bør rådene være solide.

Å formidle medisinske «sannheter» til et bredt publikum er komplisert. Dragland fortjener anerkjennelse for arbeidet, og hun gjør mye bra. De fleste av oss har mye å hente på bedre søvn og kosthold, bevegelse, mindre stress og gode relasjoner. Slik sett kan boka få både lege og pasient inn på rett spor – hvis de mot formodning ikke var der allerede.

Jo-Endre Midtbu
potetsalat@gmail.com

Jo-Endre Midtbu er spesialist i allmennmedisin og i anestesiologi og arbeider som fastlege ved Langnes legesenter i Tromsø.

Stud.med. Peter Christen Asbjørnsen

Michael 2026; 23: 459–462
doi: 10.5617/michael.13805

Hva har Peter Christen Asbjørnsen med medisin og helsehistorie å gjøre? Mer enn man skulle tro, viste et seminar om eventyrsamlerens mange sider.

Peter Christen Asbjørnsen (1812–1885) er en av de mest allsidige skikkelsene i norsk kultur- og vitenskapshistorie på 1800-tallet. Han er først og fremst kjent for innsamlingen og utgivelsen av norske folkeeventyr sammen med Jørgen Moe (1813–1882), men han var også naturforsker, folkeopplyser, kokebokforfatter og en engasjert samfunnsdebattant.

Mindre kjent er det at Asbjørnsen også studerte medisin en periode. I 1837 begynte han ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania. I et par år fulgte han forelesninger blant annet i anatomi, fysiologi og kjemi. Han besøkte også de medisinske og kirurgiske klinikkene og arbeidet som frivillig ved Hudavdelingen, men etter hvert vendte han seg mot botanikk og zoologi og fullførte aldri medisinstudiet.

Helsehistorisk forum arrangerte 10. september 2026 et seminar sammen med *Asbjørnsenselskapet* for å belyse flere av de mindre kjente sidene ved Asbjørnsens virke. Selskapet ble stiftet i 2008 og har som formål å fremme kjennskapen til hans liv, virke og forfatterskap.

Innledere var Erik Henning Edvardsen, leder av Asbjørnsenselskapet, lege Otto Closs og fortellerkunstner Mimesis Heidi Dahlsveen (figur 1).

Filantrop, livsnyter og naturforsker

Erik Henning Edvardsen tegnet et bilde av Asbjørnsen som omfattet langt mer enn den velkjente eventyrsamleren (figur 2). Gjennom samtidige illustrasjoner, portretter og historiske dokumenter belyste han Asbjørnsens mange interesser og hans plass i 1800-tallets samfunns- og kulturliv.



Figur 1. Seminarets tre innledere, fra venstre: Otto Closs, Mimesis Heidi Dahlsveen og Erik Henning Edvardsen. Foto: Erlend Hem

Asbjørnsen reiste mye og hadde et bredt kontaktnett. Innlegget berørte også hans sosiale liv og opphold ved europeiske kursteder, blant annet Karlsbad, dagens Karlovy Vary i Tsjekkia. Slik trådte både filantropen, naturforskeren og livsnyteren frem.

Kokebokforfatter og folkeopplyser

Otto Closs tok utgangspunkt i Asbjørnsens interesse for å anvende naturvitenskapelig kunnskap i dagliglivet, særlig innen matlaging og ernæring. Et sentralt eksempel var kokeboken *Fornuftigt Madstel*, som han utga i 1864 under pseudonymet Clemens Bonifacius.

Asbjørnsen mente at matlaging ikke bare skulle bygge på tradisjon og nedarvede oppskrifter, men også på kunnskap om kjemi, fysiologi og næringsstoffer. Han kritiserte samtidens kokebøker for utilstrekkelig veiledning om hvordan råvarer burde behandles for å bevare næringsverdien. Dårlig tilberedning kunne føre til både svekket helse og sløsing med ressurser. Dette var et folkeopplysningsprosjekt med medisinske og samfunnsøkonomiske ambisjoner.



Figur 2. Peter Christen Asbjørnsen under innsamling av eventyr. Oljemaleri av Johan Fredrik Eckersberg (1822–1870), 1866. Privat eie. Gjengitt med tillatelse.

Synspunktene førte til en offentlig strid med Eilert Sundt (1817–1875). Denne såkalte grøtstriden dreide seg om forholdet mellom vitenskapelig kunnskap, nasjonale mattradisjoner og dagliglivets praksis. Asbjørnsen argumenterte for en mer vitenskapelig tilnærming til matlagingen.

Gutten med øldunken

Det siste innlegget ble holdt av fortellerkunstner og dosent ved OsloMet, Mimesis Heidi Dahlsveen. Hun fremførte eventyret *Gutten med øldunken*, som er særlig interessant sett med helsehistoriske briller.

Eventyret ble første gang trykt i 1866 og inngår i en større europeisk eventyrtradisjon om Døden og legekunstens grenser. Det handler om en gutt som etter lang tjeneste får en dunk med godt juleøl som lønn. På vandringen møter han først Vårherre og deretter djevelen, men avviser begge. Til slutt møter han Døden, som han oppfatter som den mest rettferdige, fordi Døden rammer både fattige og rike. Som belønning får gutten evnen til å se Døden hos syke mennesker. Han får også en helbredende drikk og blir etter hvert en berømt lege. Når Døden står ved den sykes føtter, kan gutten gi helsedrikken og gjøre vedkommende frisk. Står Døden ved hodet, er pasienten dødsdømt.

Eventyret kan leses som en fortelling om legekunstens muligheter og grenser. Gutten kan forutsi sykdommens utfall uten medisinsk kunnskap. Han har et enkelt og tilsynelatende ufeilbarlig prognostisk system: Døden er legemliggjort og kan observeres. Behandlingen skjer gjennom et konkret legemiddel, helsedrikken fra øldunken.

Fortellingen reiser spørsmål om forholdet mellom medisinsk kunnskap, helbredelse og dødens uunngåelighet. Legens makt er stor, men ikke ubegrenset. Han kan behandle sykdom, men må forholde seg til en grense han ikke selv kontrollerer.

Frøyas smykke

Dahlsveen avsluttet med den norrøne fortellingen om Frøyas smykke, Brisingamen. Ifølge en av overleveringene ble gudinnen Frøya så betatt av et praktfullt smykke som fire dverger hadde laget, at hun gikk med på å tilbringe en natt med hver av dem for å få det.

Fortellingen har en forbindelse til Asbjørnsens naturvitenskapelige virksomhet. I 1853 oppdaget han en hittil ukjent sjøstjerne på omkring 400 meters dyp i Hardangerfjorden. Asbjørnsen ga den navnet *Brisinga endecacnemos*, inspirert av Frøyas sagnomsuste smykke. Funnet ble vitenskapelig publisert i 1856.

Slik knyttet Asbjørnsen mytologien til naturvitenskapen. Man kunne nesten si at han fant Brisingamen på havets bunn.

En redigert versjon av seminaret er tilgjengelig på *Helsehistorisk forums* nettside.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum *og redaktør i* Michael.

Byvandring i Kvadraturen

Michael 2026; 23: 463–465
doi: 10.5617/michael.13806

Interessen var stor da Helsehistorisk forum *inviterte til historiske byvandringer i Kvadraturen. Over hundre deltakere fikk oppleve det gamle Christiania med professor Per Holck som veiviser.*

Vandringene ble arrangert tre søndager på rad, 30. august, 6. september og 13. september 2026. Deltakerne fikk innblikk i Christianias historie – fra



Figur 1. Deltakerne fikk oppleve kjente og mindre kjente sider av Oslos historie under byvandringen i Kvadraturen. Vandringene startet på Christiania torv. Det tidligere Garnisonssykehuset til venstre i bildet. Foto: Erlend Hem



Figur 2. Christiania torv var byens sentrum i de første hundre årene etter grunnleggelsen i 1624. På 1900-tallet ble torget dominert av biltrafikk, før det ble rehabilitert i 1990-årene. I forgrunnen ses Hansken*, en bronseskulptur av Wenche Gulbransen fra 1997. Den viser til fortellingen om at Christian IV pekte ut stedet der den nye byen Christiania skulle anlegges etter bybrannen i 1624. Legenes hus fra 1996 ses i bakgrunnen. Foto: Byantikvaren i Oslo/Digitalt museum. CC BY-SA 4.0*

medisin og samfunnsliv til arkitektur og byutvikling. Alle tre søndagene viste været seg fra sin beste side med strålende sol.

Vandringene startet på Christiania torv, midt i den gamle byen som Christian IV grunnla etter storbrannen i 1624 (figur 1). Her ligger Anatomigården som er Oslos eldste bevarte bindingsverkshus. Fra 1815 til 1852 holdt universitetets anatomiske undervisning til her. Det ble innredet et anatomisk auditorium med plass til 70 tilhørere og en egen disseksjonsstue. Henrik Wergeland (1808–1845) studerte anatomi her. Erfaringene hans fra anatomisalen kom blant annet til uttrykk i diktet *Pigen paa Anatomikammeret* (1837). På torget ligger også det tidligere Garnisonssykehuset som fra 1814 huset Universitetsbiblioteket. Siden 1996 har Legenes hus hatt tilhold på torget (figur 2).

Fra torget gikk turen gjennom Rådhusgata, Nedre Slottsgate og Revierstredet, videre forbi Waisenhuset i Kongens gate og til Bankplassen. Underveis ble deltakerne kjent med en rekke bygninger og steder som har spilt

viktige roller i Christianias historie. Blant bygningene som ble omtalt, var Statholdergården, der stattholder Ulrik Frederik Gyldenløve holdt til, Magistratgården, som huset byens administrasjon på 1800-tallet, og Kanslergården, som senere ble den gamle Krigsskolen. Slik fikk deltakerne innblikk i både byggeskikk, samfunnsliv og byens politiske og militære historie. En kanonkule bevart i en husvegg ga et håndfast minne om Karl XIIs angrep på Christiania i 1716.

Per Holck formidlet historien med stor kunnskap og engasjement, og ved hjelp av lydutstyr kunne deltakerne følge fortellingene også i byens søndagsgater. Vandringene ga et levende møte med Christianias fortid og minnet oss om hvor mye historie som fortsatt finnes bevart i hovedstadens eldste gater og bygninger.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Demens – myter, realiteter og forebygging

Michael 2026; 23: 466–469
doi: 10.5617/michael.13807

Hva skjer med hjernen når vi blir eldre, og hvor mye kan vi selv gjøre for å forebygge demens?

Helsehistorisk forum arrangerte 17. september 2026 seminar om demens. Nesten 150 deltakere fylte godt opp i store auditorium ved Ullevål sykehus.

Professor emeritus Per Brodal og professor Geir Selbæk, forskningssjef ved Nasjonalt senter for aldring og helse, belyste temaet fra to ulike perspektiver: hjernens aldring og tilpasningsevne og mulighetene for å behandle og forebygge demens (figur 1).

Hjernen eldes, men lærer fortsatt

Per Brodal tok utgangspunkt i hjernens enorme kompleksitet. En utbredt forestilling er at normal aldring innebærer omfattende tap av nerveceller. Brodal forklarte at bildet er mer sammensatt. Hjernen blir riktignok mindre med alderen, men endringene skyldes blant annet færre forgreninger og kontaktpunkter mellom nervecellene, mindre av enkelte signalstoffer og endringer i isolasjonen rundt nervefibrene.

De individuelle forskjellene er imidlertid store. Forskjellene mellom jevnaldrende kan være langt større enn gjennomsnittsforskjellene mellom aldersgrupper. Dette gjelder også kognitive prestasjoner, inkludert hukommelse.

Brodal fremhevet også at svekkelse av sansefunksjoner kan få større praktiske konsekvenser enn endringene i selve hjernen. Redusert syn, hørsel, likevektsans og bevegelsessans påvirker hvordan eldre mennesker fungerer.

Et sentralt poeng var at hjernen beholder sin evne til å lære og tilpasse seg gjennom hele livet. Eldre kan ta i bruk større deler av hjernen for å løse oppgaver som yngre utfører med mer avgrenset aktivitet.



Figur 1. Foredragsholderne Geir Selbæk (til venstre) og Per Brodal ved Helsehistorisk forum*s møte om demens. Foto: Erlend Hem*

Brodal viste også til at lang utdanning er forbundet med lavere forekomst av demens, uten nødvendigvis å gi færre sykdomsforandringer i hjernen. En mulig forklaring er at langvarig bruk har gjort de kognitive nettverkene mer robuste. Det dreier seg om kompensasjon mer enn beskyttelse mot selve sykdomsprosessen.

Ferdigheter som er opparbeidet og praktisert gjennom mange år, kan dessuten holde seg bemerkelsesverdig godt. Brodal trakk frem eksempler fra musikere, skuespillere og andre som fortsetter å prestere på høyt nivå i høy alder. Erfaring kan i noen sammenhenger oppveie alderens virkninger.

Han advarte mot overdrevne forventninger til særskilt hukommelsestrening. Trening kan gjøre oss bedre til å løse bestemte oppgaver, som kryssord eller sjakk, men det er lite dokumentasjon for at forbedringen overføres til andre ferdigheter (figur 2). Det ser først og fremst ut til at vi blir mer effektive i det vi trener på, ikke at hjernens generelle kapasitet øker.

– Bruk kreftene på det som er viktig for deg, og som gir mening og glede. Ikke hør på råd om å pusse tenner med venstre hånd eller lære fem nye ord om dagen, sa Brodal, som også minnet om Peter F. Hjorts understrekning



Figur 2. Intellektuelle aktiviteter har i epidemiologiske studier vært forbundet med redusert risiko for Alzheimers sykdom, men det er ikke påvist noen sikker årsakssammenheng. Sjakkspillere *av Honoré Daumier (1808–1879). Foto: Wikimedia Commons*

av hvor viktig det er å beskytte selvbildet: «Lavt selvbilde er farligere enn høyt kolesterolnivå.»

Kur eller forebygging?

Geir Selbæk spurte om vi kan unngå å utvikle demens eller om det snarere handler om hvor lenge hjernen tåler sykdomsforandringer før symptomene oppstår. Forandringene i hjernen hos mennesker som får Alzheimers sykdom manifesterer seg over 20 år før man får diagnosen.

Antallet personer med demens i Norge forventes å øke betydelig, fra omkring 100 000 i 2020 til nærmere 225 000 i 2050. Hovedforklaringen er at befolkningen blir eldre. Samtidig viste Selbæk til data som tyder på at risikoen for demens ved en gitt alder er blitt redusert over tid. Det blir altså flere mennesker med demens, selv om den enkeltes risiko kan være synkende.

Selbæk gjennomgikk utviklingen av nye legemidler mot Alzheimers sykdom, særlig behandling rettet mot beta-amyloid, et protein som avleires i hjernen. Et viktig gjennombrudd skjedde i 2016, da forskere for første gang dokumenterte at et antistoff kunne redusere amyloidavleiringene hos pasienter med Alzheimers sykdom. Senere studier har vist at slik behandling kan bremse sykdomsutviklingen noe. To antistoffer er nå til vurdering for bruk i Norge. Effekten er imidlertid beskjeden, og behandlingen er ressurskrevende og kan gi alvorlige bivirkninger.

Nye diagnostiske metoder kan påvise tegn på demensforandringer. Fra november 2025 ble måling av biomarkøren p-tau217 i blodet tilgjengelig i norsk spesialisthelsetjeneste. Den kan påvise biologiske tegn på Alzheimers sykdom, men også dette skaper dilemmaer: Hvem bør undersøkes, hvordan skal resultatene tolkes, og hvordan unngår man overdiagnostisering og unødig bekymring?

Selbæk fremhevet forebygging som det mest lovende sporet. Han viste til Lancet-kommisjonens rapport fra 2024, som identifiserte 14 potensielt påvirkbare risikofaktorer for demens gjennom livsløpet. Blant disse er nedsatt hørsel, høyt blodtrykk, røyking, fedme, depresjon, sosial isolasjon og fysisk inaktivitet. Rapporten anslår at rundt 45 % av demenstilfellene kan forebygges eller utsettes ved å påvirke de 14 risikofaktorene. Dette er et befolkningsbasert estimat, ikke en garanti for at en tilsvarende andel tilfeller faktisk kan forebygges.

Selbæk advarte dessuten mot bivirkningene av et ensidig budskap om at demens kan forebygges. Dersom ansvaret legges for sterkt på den enkelte, kan resultatet bli skyldfølelse, angst, skam og stigmatisering hos dem som likevel utvikler sykdommen.

En redigert versjon av seminaret er tilgjengelig på *Helsehistorisk forum*s nettside.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum *og redaktør i* Michael.

Michael får offentlig støtte fra Kunnskapsdepartementet

Michael 2026; 23: 470–471
doi: 10.5617/michael.13826

Den tidligere Nasjonale støtteordningen for åpne norskspråklige tidsskrifter i humaniora og samfunnsvitenskap (NÅHST) er utvidet til også å gjelde tidsskrifter innen helse og medisin. Michael *er blant de 49 tidsskriftene som fra 2027 vil få slik støtte i fire år.*

Direktoratets avgjørelse kom 21. oktober 2026. *Michael* er blant de heldige søkerne som får økonomisk støtte for perioden 2027–2030, med forbehold om endelig budsjettvedtak i Stortinget. Støtten skal brukes til å dekke kostnader til produksjon og digital publisering.

Fra 2018 har Kunnskapsdepartementet finansiert en støtteordning for åpne, norskspråklige, vitenskapelige tidsskrifter. Ordningen var opprinnelig forankret i stortingsmeldingen *Humaniora i Norge* (1), og har vært avgrenset til tidsskrifter innen humaniora og samfunnsvitenskap. Støtteordningen har vært treårig, og for perioden 2024–2026 har 42 tidsskrifter fått økonomisk støtte.

Etter oppdrag fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir) har *Det nasjonale publiseringsutvalget* vurdert en mulig utvidelse av dagens støtteordning. Publiseringsutvalget anbefalte «å utvide støtteordningen mot fag utenfor humaniora og samfunnsvitenskap under forutsetning av at dette ikke går utover fagområdene ordningen opprinnelig var tiltenkt.» (2). I stortingsmeldingen *Sikker kunnskap i en usikker verden* varslet regjeringen at den vil «sørge for at Den nasjonale støtteordningen for åpne norskspråklige tidsskrifter i humaniora og samfunnsvitenskap (NÅHST) utvides for å sikre gode norskspråklige diamanttidsskrifter og norsk som fagspråk på flere fagområder» (3).

På denne bakgrunn utvidet direktoratet ordningen i 2026, og det ble mulig også for tidsskrifter innen helse og medisin, og realfag og teknologi

å søke om støtte. I statsbudsjettet for 2027 foreslår regjeringen å styrke ordningen med 3,5 millioner kroner, til totalt 15,5 millioner kroner årlig.

Søknadene er vurdert etter fire kriterier: den faglige relevansen og kvaliteten til tidsskriftet, åpen tilgang og økonomisk behov, norsk språk og tilknytning til norske fagmiljøer samt samfunnsrelevans og bruk utenfor akademia.

For *Michael* er denne støtten både en faglig anerkjennelse og en økonomisk sikring av driften. For norskspråklig, vitenskapelig publisering er det til stor inspirasjon.

Litteratur

1. Meld. St. 25. (2016–2017). *Humaniora i Norge*
2. Det nasjonale publiseringsutvalget. *En mulig utvidelse av dagens støtteordning for norskspråklige tidsskrifter.* https://www.uhr.no/_f/p1/ib3ee909d-1d23-4c7c-9ad7-0c95a9232fe3/rapport-fra-det-nasjonale-publiseringsutvalget-utvidelse-av-stotteordning-3-februar-2026.pdf (21.10.2026)
3. Meld. St. 14. (2024–2025) *Sikker kunnskap i en usikker verden*

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.



30th Nordic Medical History Congress, Gothenburg

Wednesday April 21st – Friday April 23rd, 2027

We would like to invite you to participate in the 30th Nordic Medical History Congress in Gothenburg, Wednesday April 21st – Friday April 23rd, 2027

The congress will cover all areas and aspects of the history of medicine, but there will also be a theme – **Water in Health and Disease**.

The congress will be held in central Gothenburg, close to the hospital and university campus, at Wallenberg Conference Center at Medicinareberget.

We have opened for submission of abstracts with maximum 300 words and Times Roman 12 p. We welcome contributions with a historical context, also outside the water theme of the congress.

For further information and submission of abstract, please use the link below.

https://www.trippus.net/30th_Nordic_Medical_History_Congress_2027

Welcome to Gothenburg in April 2027

Kjell Torén
Chair of the meeting
kjell.toren@amm.gu.se

Ulrika Lagerlöf Nilsson
Chair of the Scientific Committee
ulrika.lagerlof.nilsson@history.gu.se

Michael

vol. 23, 2026, innhold

Michael 1-2026: Boken lever!

Leder

Er fagboken død?
Erlend Hem, Nina Husom 7

Artikler

Norsk mediedekning av langvarige symptomer etter covid-19 – en kvantitativ innholdsanalyse
Maria Katinka Lie Norum, Henrik Vogt 11

Syndemi – en ny og nyttig term i allmennpraksis?
Anne Jølle 27

Demens og dødshjelp
Lars Johan Materstvedt, Gitte Hanssen Koksvik 36

Doktor Claude Lillingston – ein ambassadør for norsk medisin
Odd Jarle Kjørstad 44

Statistikk og uassistert fødsel – innspill til Sørnes' kronikk
Helene Brekkenes Clarke, Anja Bache-Wiig Solberg 57

Bokanmeldelser

Å bli borger av de sykes rike
Inger Johanne Christiansen 59

For mye uro?
Pål Gulbrandsen 61

Poetiske skildringer av alvorlig sykdom og rehabilitering
Tone Skaali 63

Når ordene ikke strekker til og hjelpen skader
Trude Fixdal 65

Eit blaff av raude
Jo-Endre Midtbu 67

Aldri god nok? En viktig og ærlig bok
Kenz Al-Shather 69

En subjektiv reise i glemselens verden
Tor Rosness 71

Alt du lurer på om endometriose (og litt til)
Bettina Fossberg 73

Kronisk borreliose – finst det, då?
Geir Sverre Braut 75

Guidet tur i rusland
Olaf Gjerløw Aasland 77

Godt om privatlivets glidende grenser
Øivind Larsen 79

Den skjulte makta
Christian Grimsgaard 81

Farlege forskjellar
Berit Horn Bringedal 83

Kanskje samfunnsmedisinen og samfunnspsykologien bør prata litt saman?
Geir Sverre Braut 85

Veier til varig endring
Herman Escher Egenberg 87

Hva skjer?
Det norske medicinske Selskab 2025
Magne Nylenna 89

Michael 2-2026: Innvandrere i helsetjenesten

Leder
Innvandrere i helsetjenesten
Birgit Lie, Pål Gulbrandsen 103

Tema
Arbeidsinnvandrere og helseutfordringer:
Hva vet vi – og hva mangler vi kunnskap om?
Johanne Skaaraas 108

Helse for alle eller bare nesten alle?
Anne Kveim Lie, Trygve Skonnord 117

Hvordan møtes torturoverlevere i den norske helsetjenesten?
Birgit Lie, Nora Sveaass 126

Språkbarrierer og tolking i helsetjenesten – utfordringer og løsninger
Tatjana R. Felberg, Gry Sagli 134

Det begynte med Helsetjeneste for innvandrere i Oslo helseråd, 1975–1988
Berit Austveg 143

Infeksjoner og krigsmigrasjon: erfaringer fra Ukraina
Anette Svensgaard Steinert, Gro Grimnes, Rigmor C Berg, Vegard Skogen 151

Når stillheten blir det vondeste – rasisme fra pasienter og kraften i kollegial handling
Khadija Khalid 160

Legens profesjonelle identitet når norsk er andrespråket på jobb
Magdalena Solarek-Gliniewicz 164

Bokanmeldelser

Psykisk helse hos flyktninger
Pål Gulbrandsen 172

Gal eller grusom
Øivind Larsen 174

Hjelp til hjelperne
Karin Isaksson Rø 176

Bill. Mrk. «App søkes.»
Jo-Endre Midtbu 178

Nyttig om alder, år og aktivitet
Arvid Heiberg 180

Les denne boken og bli klokere
Arvid Heiberg 182

Det vi ikke så
Bjørn Werner Nilsen 184

Rettssikkerhet – for hvem?
Berit Horn Bringedal 186

Pengar er ikkje alt
Berit Horn Bringedal 188

Noveller som kryper i kroppen
Hamida Achour 190

En metaroman om kreft, litteratur og Ellen Gleditsch
Tone Skaali 192

Vi er alle rammet av floskelsyken
Erlend Hem 194

Hva skjer?

Å skrive gode journalar er eit handverk
Øygunn Leite Kallevik 196

Antibiotikaforsyning – problem med paradokser
Øivind Larsen 199

Tuberkulose uten ende
Øivind Larsen 203

Rettelse 207

Michael 3-2026: 1826

Leder

1826
Erlend Hem 215

Hvem er spesialist på hva?
Magne Nylenna 219

Artikler

Hvordan skape sammenhengende pasientforløp for utskrivningsklare pasienter?
Anders Grimsmo, Audhild Løhre, Margrethe Svinvik, Aslak Steinsbekk 223

1826 – et viktig år for norsk medisin
Øivind Larsen 238

Sykehus og hus med syke i 1800-tallets Christiania
Øivind Larsen 249

Rikets hospital gjennom 200 år
Stein A. Evensen 266

Maleriet som forstyrret forelesningene
Erlend Hem 280

Høreapparatet – fra analog forstørrelse til digital presisjon
Lars Erik Eriksen 285

Utbrenthet blant leger
Mari Asphjell Bjørnaas, Erlend Hem, Karin Isaksson Rø 292

Medisinstudent i 1892 – før Statens lånekasse
Morten Sandbu 300

Bokanmeldelser

Praktverk om et sykehus som forsvinner
Christian Grimsgaard 310

Algoritmenes makt
Berit Horn Bringedal 312

Finnes en velfungerende offentlig helsetjeneste?
Pål Gulbrandsen 314

Skråplanet mellom feil og fusk
Stein A. Evensen 316

Nyttig, men ikke i frakkelommen
Joakim Breievne 318

Diagnose: fattig
Berit Horn Bringedal 320

Psykologisk trygghet i forskning og praksis
Karin Isaksson Rø 322

Reisebrev fra de sykes rike
Inger Johanne Christiansen 324

Årets nyord: Tålekraft!
Jo-Endre Midtbu 326

Snart eller nylig blitt pensjonist? Les denne!
Arvid Heiberg 328

Sakpoesi om spedalskhet
Øivind Larsen 330

Spanskesyken i et norsk lokalsamfunn
Per Holck 332

Fotografiet som formet Norge etter 1945
Øivind Larsen 334

Hva skjer?
Ibsen og helse
Erlend Hem 336

Polio – fra epidemi til nesten utryddelse
Erlend Hem 339

Doktorgrad på engelsk og norsk
Aslak Steinsbekk 343

Michael 4-2026: Medisinsk etikk

Leder
Etikkens fødsel
Jan Frich 351

Artikler
Etableringen av legeetiske regler i Norge i 1961
Svein Aarseth, Siri Brelin 353

Utvikling av etiske regler for leger 1961–2026
Svein Aarseth 372

Kliniske etikk-komitear i norske sjukehus – dei første åra
Reidun Førde, Reidar Pedersen 381

Kva fortel etikkarbeidet om helsetenesta?
Reidun Førde 394

Gapene i helsetjenesten og kampen om ressursene
Mathias Barra, Carl Tollef Solberg 406

Fra skalpell til sannsynlighet – hvordan forstår kirurger påregnelig risiko?
Sina Furnes Øyri, Siri Wiig, Ole Tjomsland 417

Bokanmeldelser
Søvn er undervurdert
Magne Nylenna 431

Forebygging av hjertesykdom for folk flest
Maja-Lisa Løchen 433

Gruppetrening i psykologisk trygghet
Karin Isaksson Rø 435

Innholdsrik oppdatering om ECT-behandling
Rune Andreas Kroken 437

Ikke trøst for raskt
Kari Thori Kogstad 439

Bak mytene om Gina Krog
Anne Helene Høyland Mork 441

Ikke lov å gråte
Øivind Larsen 443

God økonomisk historie, men hva med folkehelsen?
Øivind Larsen 445

God innføring i global helse
Jan Frich 447

Kunnskap når livet starter for tidlig
Pål Gulbrandsen 449

Hjelp og råd ved spiseforstyrrelser
Øyvind Rø 451

Tungt om nyttig behandling
Elisabeth K. Steinsvik 453

For enkelt om en sammensatt tilstand
Camilla Thuen 455

Tilbake til helheten
Jo-Endre Midtbu 457

Hva skjer?
Stud.med. Peter Christen Asbjørnsen
Erlend Hem 459

Byvandring i Kvadraturen
Erlend Hem 463

Demens – myter, realiteter og forebygging
Erlend Hem 466

Michael får offentlig støtte fra Kunnskapsdepartementet
Magne Nylenna 470

Kongressinvitasjon
30th Nordic Medical History Congress, Gothenburg 472

Michael – vol. 23, 2026, innhold 473

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).

2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.

3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.

4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.

5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at *www.michaeljournal.no*.

6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:
Jan Frich
Pål Gulbrandsen
Erlend Hem
Nina Husom
Magne Nylenna

Postal address:
Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Editorial board:
Geir Sverre Braut
Kari Tove Elvbakken
Linn Okkenhaug Getz
Christoph Gradmann
Cato Innerdal
Hilde L. Sommerseth

Annual subscription rate
NOK 700

ISSN 1893-9651

I 1961 vedtok Legeforeningens landsstyre etiske regler for leger i Norge. De ble publisert i *Årbok for Den norske lægeforening 1962–63*. Forsiden viser årboka og de to første paragrafene.

Som en del av det nye regelverket ble også Rådet for legeetikk opprettet. Det representerer en særpreget norsk ordning. De øvrige nordiske legeforeningene har også etiske regler, men ikke et tilsvarende organ som behandler klager på leger. I dette nummeret av *Michael* beskrives hvordan reglene ble til, og hvordan de har endret seg siden.

Fra midten av 1990-årene ble det etablert kliniske etikk-komiteer ved norske sykehus. Formålet var å bidra til bedre håndtering av vanskelige etiske spørsmål i pasientbehandlingen. Komiteene bistår helsepersonell, pasienter og pårørende med å drøfte etiske dilemmaer. To artikler i dette nummeret tar for seg hvorfor komiteene ble opprettet, hvordan de arbeider og hvilke saker de behandler.

Erlend Hem

www.dnms.no

ISSN 1893-9651

9 771893 965004