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