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