

---

## Medisinsk teknologi på godt og vondt

---

TIDLIGERE I TIDSSKRIFTET

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Tidsskriftet

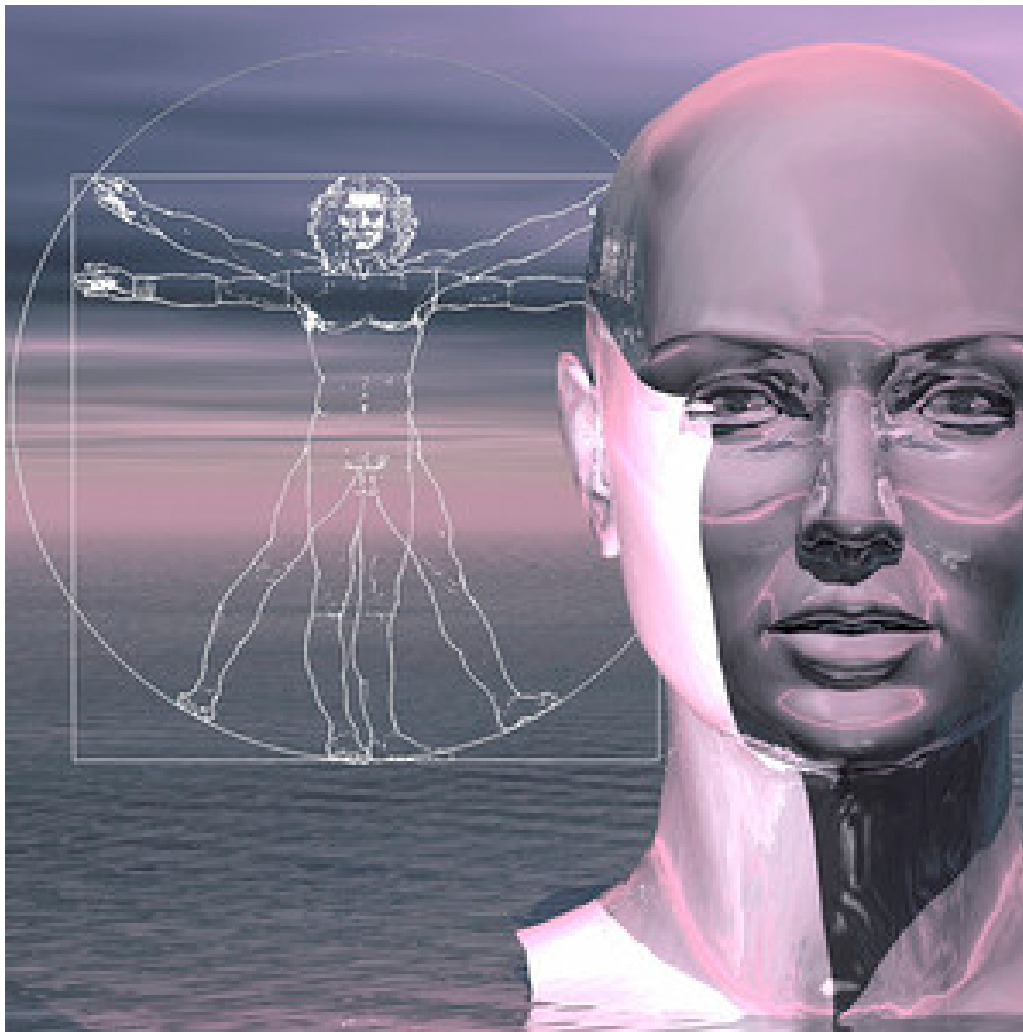
---

I januar 2000 publiserte Tidsskriftet for første gang hele utgaven på internett, og temaet var passende nok «Fremtiden». I dette nummeret, som du selvsagt fortsatt kan lese i sin helhet på nett, kunne vi blant annet lese om fremtidens medisin, skreddersøm av legemidler, robotenes inntog i medisinen og mye mer. Men er økt bruk av medisinsk teknologi en god eller dårlig ting? Kirsti Malterud funderte på nettopp dette i teksten under (Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 71).

---

## Medisinsk teknologi – venn eller fiende?

Kirsti Malterud



Illustrasjon: Science photo library / NTB

De fleste av oss har et vennskapelig forhold til hverdagslivets teknologi. Vi forflytter oss gladelig med bil eller fly, ser fjernsyn med eller uten parabol og lar gjerne mikrobølgeovnen varme lørdagskyllingen. Smertepumpen har bidratt til økt livskvalitet for mange kreftpasienter, og ikke-invasiv bildediagnostikk har redusert den iatrogene risiko ved mange former for medisinsk diagnostikk. Teknologien går over fra å være venn til å bli fiende når vi får følelsen av at vi mister styringen. Vi kjenner skrekkvisjonen om terrorroboten som overtar kontrollen og lever sitt eget liv. Det er kanskje ikke bare undertegnede som har opplevd at datamaskinen kan slå seg vrang på måter der slike fantasier blir aktivert. Det handler om relasjoner mellom mennesket og maskinen, om konsekvenser av dette og om den mening vi tillegger det maskinen forteller eller gjør.

*«Teknologien går over fra å være venn til å bli fiende når vi får følelsen av at vi mister styringen»*

Klinisk kunnskap er en nødvendig betingelse for utøvelse av legekunst, som samler medisinsens humanistiske, naturvitenskapelige, teknologiske og sosiokulturelle elementer og skal sammenfatte pasientens og legens dagsorden (Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. *Theor Med* 1995; 16: 183–98). Legekunst er altså ikke bare empati, magi eller humanisme – det handler også om forvaltning av en faglig virksomhet med ett bestemt formål: Å forstå hva som plager pasienten og bidra til å finne løsninger og utveier sammen med henne. Som allmennmedisiner regner jeg ikke teknologien som en fiende, unntatt når maskinen svekker betydningen av pasientens ærend, anliggende og verdighet. Men det er tegn i tiden som gir oss gode grunner til å følge nøye med. Mange pasienter forteller om avmakt og fremmedgjøring når maskinen kommer mellom eller i stedet for menneskene.

Klinisk arbeid bygger på kartlegging, fortolkning og skjønn. Gruppebasert kunnskap skal oversettes og brukes til beste for enkeltindividet som sitter foran meg. Den erfarne kliniker vet at «universelle» lovmessigheter har klare begrensninger i møtet med menneskers sykdom. Uforutsigbarheten i menneskelige og biologiske systemer minner oss om eksistensielle og uforutsigbare dimensjoner ved livet selv som ingen maskin noensinne kan programmeres til å overskride (Hofmeyer J. En snegl på vejen. Betydningens naturhistorie. Omverden/Rosinante, 1993). Den medisinske teknologi blir en fiende hvis maskinens svar overdøver livet selv. Jeg må aldri glemme at den virtuelle virkelighet bare gir en blek representasjon av en liten side av sannheten, eller tro at maskinen kan fortelle meg den endelige eller den egentlige sannhet om denne pasienten.

Som feminist er jeg opptatt av forholdet mellom kjønn og makt, og hvordan vitenskap og teknologi leverer premisser for vår oppfatning av virkeligheten. Feminister har satt spørsmålsteget ved påståtte objektive og evige sannheter (Haraway DJ. Simians, cyborgs, and women. *The reinvention of nature*. Routledge, 1991: 183–201). Jeg tror ikke lenger på «a view from nowhere» – den universelle observasjon som er uavhengig av perspektiv og tolkingsramme (Nagel T. *The view from nowhere*. Oxford University Press, 1986). En elefant ser annerledes ut ovenfra enn nedenfra. Smerte ser annerledes ut innenfra enn utenfra. Uansett hvem vi er og hvor vi står, får vi i beste fall et spesifikt og begrenset bilde av virkeligheten. Både roboten og MR-maskinen programmeres og styres av mennesker.

### *«Det medisinske normalmennesket er fortsatt ofte en mann»*

Kjønn kan utspille seg både gjennom blikket og i håndgrepet. Vi bruker mønstre som gir gjenklang i de kognitive spor som livet har lært oss. Kvinners liv gir annen lærdom og andre grep enn menns liv på mange viktige felter. Det medisinske normalmennesket er fortsatt ofte en mann. Naturvitenskapenes språk er fullt av metaforer om mannlig herredømme og kvinnelig underkastelse (Keller EF. *Reflections on gender and science*. Yale University Press, 1985). Teknologien formes av menneskers verdier. Derfor skal vi ikke tro at den menneskelige faktor overflødiggjøres av teknologien, eller at menneskers

svakhet blir borte når roboten jobber for oss. Også i neste århundre vil leger bli trette om natten, og roboten arbeide ut fra premisser om at noen mønstre er bedre enn andre.

Jeg tror ikke at alle menn er slik og alle kvinner er sånn, eller at maskiner er maskuline og empati noe kvinnelig. Men også i neste århundre vil jeg følge nøye med på sammenhenger mellom kunnskap, redskap, makt og kjønn, og betydningen dette får for faget vårt, samfunnet vårt, og – ikke minst – for livet mitt. Jeg tror det er viktig at vi spør oss selv om hvem som til sjuende og sist har kontroll, og hvilke verdier dette bygger på. Vi må aldri innbille oss at sannheten er et teknisk faktum.

---

Publisert: 22. mars 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0117

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.