

Retten til en menneskelig lege – et tankeeksperiment om fremtidens medisin

KRONIKK

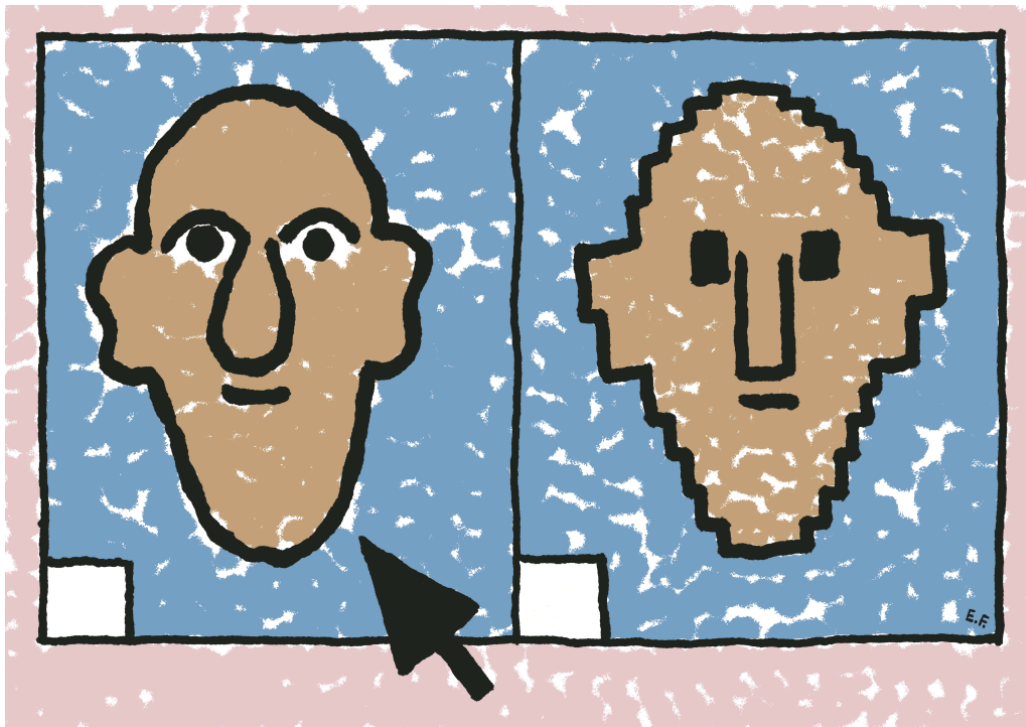
DAMOUN NASSEHI

damoun.nassehi@uib.no

Damoun Nassehi er fastlege og førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) for å lage KI-kurs og fra Teknologirådet/Forskningsrådet for arbeid i Teknologirådets ekspertkomité for å vurdere KI-chatboter. Han har investert i globale indeksfond som inneholder KI-selskapsinvesteringer.

Dersom kunstig intelligens når klinisk kompetanse på nivå med menneskelige leger, reiser det spørsmål norsk helsepolitikk ikke har begynt å besvare. Retten til en menneskelig lege bør lovfestes, og medisinutdanningen må tilpasse seg allerede nå.



Illustrasjon: Espen Friberg

Denne kronikken tar utgangspunkt i et premiss som ennå ikke er bekreftet, men som en ekstrapolasjon av eksisterende forskning gjør plausibelt: at kunstig intelligens (KI) innen overskuelig fremtid vil nå klinisk kompetanse på nivå med menneskelige leger. Konsekvensene av å handle for sent er større enn konsekvensene av å forberede seg på et utfall som kanskje ikke inntreffer.

I slutten av april 2026 publiserte Google DeepMind en video av sitt nye system kalt AI co-clinician. Systemet kan se, høre og samtale med pasienter i sanntid. Det korrigerer inhalasjonsteknikk, veiledet en skulderundersøkelse og identifiserte en rotatormansjettskade via videosamtale (1). Noen dager tidligere ble en studie publisert i Science, der en KI-modell presterte klart bedre enn leger på diagnostiske oppgaver ved et akutt mottak, med det forbehold at legene ikke var ferdige spesialister og at de hadde primært fokus på triagering, ikke diagnostikk (2). Begge systemene er fremdeles under utvikling og ikke godkjent for klinisk bruk. Men tempoet i utviklingen tilsier at det bare er et tidsspørsmål om når denne teknologien er klar for klinisk bruk.

Det er fristende å avvise utviklingen ved å vise til hva KI ikke kan: kjenne den taktile meniskresponen ved en McMurray-undersøkelse, palpere abdomen eller fange den subtile uroen hos en pasient. Alt dette er sant i dag, men det er uklokt bare å basere våre planer på hva teknologien kan gjøre i dag, når grensene forskyves kontinuerlig.

«Det er fristende å avvise utviklingen ved å vise til hva KI ikke kan. Men det er uklokt bare å basere våre planer på hva teknologien kan gjøre i dag, når grensene forskyves kontinuerlig»

KI besitter dessuten egenskaper ingen menneskelig lege har: tilgang til uendelige mengder journaldata over generasjoner, ingen menneskelig kognitiv bias, ingen tretthet ved slutten av en lang vakt – og den kan ikke la seg påvirke av tidspress. Dette gjelder ikke bare i allmennpraksis. Kirurger, anestesiloger og radiologer er heller ikke prinsipielt fritatt fra denne utviklingen.

Legen har ansvaret

Hvis vi ønsker at leger fortsatt skal ha overordnet ansvar, kan vi forestille oss legen som tilsynsansvarlig for mange KI-konsultasjoner. Tanken er ikke urimelig, forutsatt at legen faktisk er i stand til å supervisere og eventuelt ta over. Innen flybransjen er dette normen. Piloter er lovpålagt å vedlikeholde manuelle flyferdigheter selv om autopiloten tar seg av det meste. Et liknende krav til fremtidens leger virker fornuftig. Forskning på automatisering viser at overavhengighet av teknologi fører til tap av ferdigheter og kognitiv sløvheter, det Parasuraman og Manzey betegner som *automation-induced complacency* (3). En lege som ikke kan stille differensialdiagnoser og gjennomføre klinisk undersøkelse uten KI-støtte, kan heller ikke ha reelt tilsynsansvar over et system som gjør nettopp dette.

«Piloter er lovpålagt å vedlikeholde manuelle flyferdigheter selv om autopiloten tar seg av det meste. Et liknende krav til fremtidens leger virker fornuftig»

Etiske perspektiv

Fra et omsorgsetisk perspektiv, slik det er utviklet av filosofer som Virginia Held (4), er medisin ikke primært en tjeneste som leveres, men en relasjonell praksis forankret i møtet mellom to mennesker. En maskin kan meget overbevisende simulere empati, men den kan ikke bry seg på ekte, fordi den ikke har noe å tape. Den er ikke sårbar. Pasienter i eksistensielle kriser søker ikke bare informasjon og behandling, men menneskelig tilstedeværelse. Å erstatte dette med en maskin er ikke å gi omsorg av lavere kvalitet. Det er å gi noe kategorisk annet. Relasjonen til fastlegen er for mange pasienter, særlig eldre, sosialt isolerte og dem med sammensatte lidelser, en av de mest stabile menneskelige relasjonene i hverdagen.

Ut fra et medisinsketisk perspektiv er ikke saken like klar. Fireprinsippmodellen (autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet) gir oss ikke ett entydig svar. Velgjørenhetsprinsippet kan tale for KI når det gir bedre diagnostisk presisjon. Rettferdighetsprinsippet er tvetydig: Det kan tale for KI dersom teknologien gir flere tilgang til helsetjenester, men mot dersom KI-tilbudet systematisk forbeholdes dem som ikke kan velge noe annet. Autonomiprinsippet er klarest: Pasienter bør ha reell innflytelse over hvem og hva som behandler dem. Noen, men ikke alle, vil ønske en menneskelig lege. Forskning viser at pasienter med stigmatiserte tilstander ofte opplever KI som mindre dømmende (5). Det er et legitimt valg som bør respekteres. Men et *reelt* valg forutsetter at begge alternativene er genuint tilgjengelige, uavhengig av betalingsevne, geografi og sosial status.

Det reelle valget vil forsvinne

Formell og reell valgfrihet er ikke det samme. Den samme mekanismen vi kjenner fra andre land vil sannsynligvis aktiveres her: Først innføres KI som supplement, og begge alternativene fremstår reelle. Siden gjør budsjettpress og legemangel KI til standardtilbudet. Etter hvert reduseres antallet utdannede leger fordi kapasiteten tilsynelatende er dekket, og dermed forsvinner grunnlaget for reelt valg. Til slutt blir menneskelig lege et knapphetsgode som fordeles etter betalingsevne i stedet for medisinsk behov. Hvert enkelt steg vil isolert sett fremstå fornuftig. Sett i sammenheng blir et negativt mønster tydelig.

«Til slutt blir menneskelig lege et knapphetsgode som fordeles etter betalingsevne i stedet for medisinsk behov»

Fenomenet kan forstås ut fra den digitale loven om den omvendte omsorg (*inverse care law*) (6). De som har minst behov for beskyttelse mot teknologibasert nedprioritering, er de som lettest sikrer seg menneskelig omsorg. Verdens helseorganisasjon anslø en global mangel på over ti millioner helsearbeidere innen 2030 (7). I en slik virkelighet er det enda viktigere å skille mellom hva som er rettferdig i en ressursknapp situasjon og hva som er ønsket normalscenario for et rikt velferdssystem.

Lovfest retten nå

Vi setter først pris på rettigheter etter at vi har mistet dem. Innen norsk helsetjeneste har vi kanskje et vindu på 10–15 år før ny KI-teknologi og strukturelle beslutninger om legestillinger og utdanningskapasitet låser den videre utviklingen. Retten til en menneskelig lege bør lovfestes som en positiv rettighet – at enhver pasient som ønsker det, kan møte et menneske. Det er ikke et mer radikalt krav enn retten til tolk eller retten til *second opinion*.

«Retten til en menneskelig lege bør lovfestes som en positiv rettighet – at enhver pasient som ønsker det, kan møte et menneske»

Å lovfeste dette sender samtidig et nødvendig signal til medisinutdanningen. Kliniske ferdigheter må styrkes, ikke nedprioriteres fordi teknologien gjør dem sjeldnere nødvendige. Ferdighetene er avgjørende når systemet feiler. Medisinsk etikk bør ikke være randpensum, men en gjennomgående refleksjonspraksis: Hva gjør du når KI anbefaler noe du er uenig i? Hvem har ansvar når en KI-feil fører til pasientskade? Relasjonell kompetanse som samtalekunst og empatisk tilstedeværelse er ikke myke ferdigheter. De er kjernekompetanse i en fremtid der disse egenskapene er det mest ekte den menneskelige legen har med seg i møtet med pasienten.

«Medisinsk etikk bør ikke være randpensum, men en gjennomgående refleksjonspraksis: Hva gjør du når KI anbefaler noe du er uenig i? Hvem har ansvar når en KI-feil fører til pasientskade?»

Jeg mener KI har et enormt potensial til å gjøre helsetjenesten bedre, mer tilgjengelig og mer presis, særlig for dem som i dag har dårligst tilgang. Den medisinske profesjonen er best posisjonert til å forstå hva som faktisk skjer i møtet mellom lege og pasient og hva som vil gå tapt dersom dette møtet avvikles. Den debatten bør vi ta nå før vi alle stuper ut i fremtiden.

LITTERATUR

1. Karthikesalingam A, Natarajan V, Kohli P. AI co-clinician: researching the path toward AI-augmented care. Google DeepMind 30.4.2026. <https://deepmind.google/blog/ai-co-clinician/> Lest 1.6.2026.
2. Brodeur PG, Buckley TA, Kanjee Z et al. Performance of a large language model on the reasoning tasks of a physician. *Science* 2026; 392: 524–7. [PubMed][CrossRef]
3. Parasuraman R, Manzey DH. Complacency and bias in human use of automation: an attentional integration. *Hum Factors* 2010; 52: 381–410. [PubMed][CrossRef]
4. Held V. *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. New York, NY: Oxford Academic, 2005.
5. Kosyluk K, Baeder T, Greene KY et al. Mental Distress, Label Avoidance, and Use of a Mental Health Chatbot: Results From a US Survey. *JMIR Form Res* 2024; 8: e45959. [PubMed][CrossRef]
6. Davies AR, Honeyman M, Gann B. Addressing the Digital Inverse Care Law in the Time of COVID-19: Potential for Digital Technology to Exacerbate or Mitigate Health Inequalities. *J Med Internet Res* 2021; 23: e21726. [PubMed][CrossRef]
7. World Health Organization. *Health and care workforce. Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_15-en.pdf Lest 5.5.2026.

Publisert: 9. juli 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0341
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.