
Medisinstudenter må lære å håndtere usikkerhet

KRONIKK

KNUT EIRIK ELIASSEN

knut.eliassen@uib.no

Knut Eirik Eliassen er spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN HEGGEN

Kristin Heggen er professor emerita og tidligere leder for Senter for bærekraft i helseutdanningene ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MONIKA KVERNENES

Monika Kvernenes er førsteamanuensis i medisinsk pedagogikk og leder av Enhet for læring ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RESHA AL-AZZAWI

Resha al-Azzawi er spesialist i allmennmedisin og assisterende studieleder for profesjonsstudiet i medisin ved UiT Norges arktiske universitet.

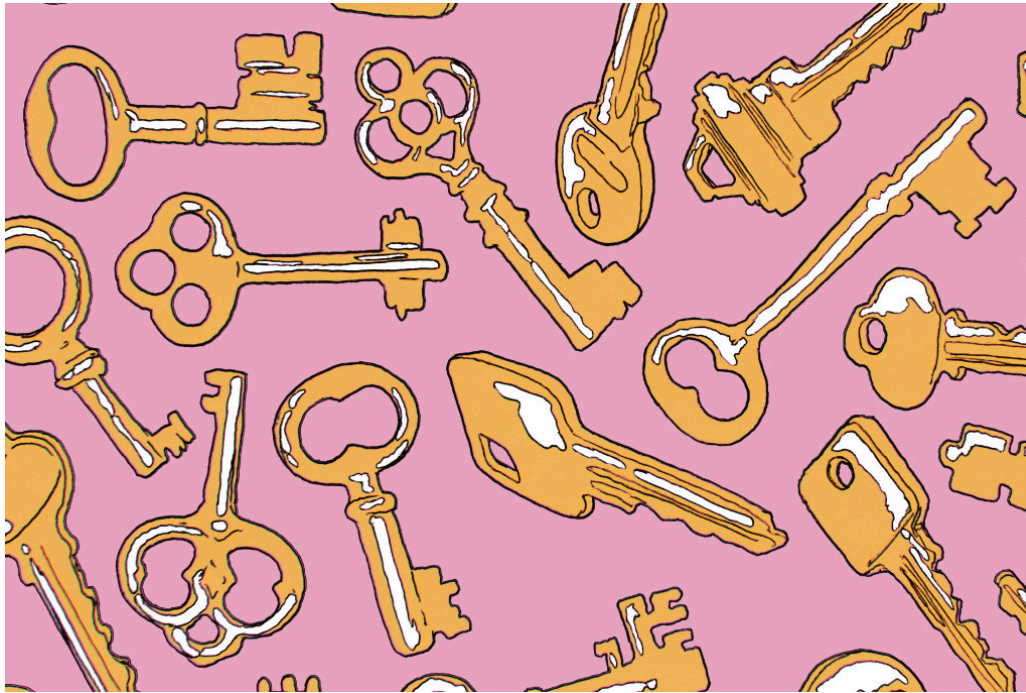
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HILDE GRIMSTAD

Hilde Grimstad er professor i allmenn- og atferdsmedisin og leder Senter for pedagogikk, læring og undervisning (PLUS) ved NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Biomedisinsk kunnskap og praktiske ferdigheter er ikke nok for å mestre legeyrket. Utdanningen må styrke usikkerhetstoleransen og kompetansen til å håndtere den komplekse legerollen.



Illustrasjon: Steph Hope. Tilpasset av Tidsskriftet

Usikkerhet er en integrert del av all kunnskap, og for medisinen som fag kommer dette til uttrykk på mange måter. Likevel vegrer leger seg for å innrømme egen usikkerhet (1). Studenter kan oppleve at både lærere og veiledere, pasienter og medstudenter har forventninger til dem som gjør det vanskelig for dem å si at de ikke vet (2). Fortsatt lever idealet om at en lege selvsagt «har alle svar». Vi vil her vise betydningen av å forstå og formidle usikkerhet i legeutdanningen. Kronikken er særlig rettet mot dem som har utdanningsansvar: universitetslærere, praksisveiledere, emneledere og programansvarlige. Alle leger er imidlertid mer eller mindre involvert i undervisning og veiledning, ikke minst som rollemodeller for nykommere i faget.

Å håndtere usikkerhet

Leger som tåler usikkerhet dårlig, kan ta unødvendige mange prøver eller gi unødvendig behandling, noe som verken er bærekraftig eller til det beste for pasientene. Studenter kjenner ikke bare på usikkerhet knyttet til hva som er en medisinsk riktig beslutning, men kan i tillegg være usikre på hva som forventes av dem, om de kan nok og om de overhodet er egnet til å bli leger. Studentene

skiller i mindre grad mellom usikkerhet knyttet til det å ikke vite og *følelsene* som oppstår i møte med usikkerhet (opplevelsen av *utrygghet*) (3, 4). Fordi det er viktig å kunne skille mellom disse, bør studenter og ferske leger gis rom for å utforske og reflektere omkring egen og andres usikkerhet.

Videre kan vi skille mellom *min* usikkerhet og *vår* usikkerhet. Det er forskjell på den usikkerheten som oppstår fordi vi ikke har tatt opp en god nok anamnese eller gjort en god nok undersøkelse, og den usikkerheten som er der også etter at all tilgjengelig informasjon er samlet inn. Det kan være nyttig for en student eller nyutdannet lege å se erfarne kollegaer være enige om at dette er også de usikre på. Det er ikke et mål å *motarbeide* usikkerheten – ingen lege kan kunne alt. Snarere må vi jobbe med hvordan vi forholder oss til den både som individer og som gruppe. Slik *usikkerhetstoleranse* (5) må løftes opp til å være et kollektivt anliggende allerede fra tidlig i medisinstudiet. Usikkerhet kan være lammende og selvdestruktivt, men kan også fungere som inspirasjon til å stille nye spørsmål, finne frem til ny kunnskap og etterspørre andres erfaringer og synspunkter.

«Det er ikke et mål å motarbeide usikkerheten – ingen lege kan kunne alt. Snarere må vi jobbe med hvordan vi forholder oss til den både som individer og som gruppe»

Vi bør jobbe for å minimere *utrygghet*. Det skal være trygt ikke å være utlært, ikke å vite svaret, å stille spørsmål, å være seg selv og å oppleve seg usikker. Studenter både trenger og søker trygghet (6). Trygghet er en forutsetning for å kunne håndtere usikkerhet, og trygt læringsmiljø er en forutsetning for læring. Mens usikkerhet og utrygghet kan føre til medisinsk overaktivitet, perfeksjonisme og emosjonell belastning, kan god usikkerhetstoleranse gjøre det lettere både å gjøre kloke valg og å forebygge utbrenthet. God forståelse for usikkerhet og hva den gjør med oss kan dessuten forebygge tvilsom skråsikkerhet. Ved å tematisere den iboende usikkerheten i legerollen kan vi gjøre studentene mer robuste og forebygge at de setter seg urealistiske mål som kan være kilde til mistrivsel og flukt fra legeyrket. At studenter og unge leger opparbeider ferdigheter slik at de kan vurdere realistisk hva de vet og ikke vet, kan og ikke kan, mestrer og ikke mestrer, er dessuten viktig for pasientsikkerheten.

Usikkerhet i medisinstudiet

Enkelt skissert består medisinstudiet av to hoveddeler: praksis og teori. Men liv og lære kan komme på kollisjonskurs. Integrering av kunnskap og ferdigheter med klinisk skjønn er krevende. To pasienter med samme kjønn, alder, samme diagnose og like målinger skal noen ganger behandles ulikt. Å stille spørsmål ved fasisvarene må også være en del av studiet.

Det er ingen tvil om at god biomedisinsk kunnskap og forståelse er nødvendig for å bli lege. Vi skal heller ikke godta manglende kunnskap og misforstått gjemme oss bak at «det er greit å være usikker». Studentene må ha tilstrekkelig

kunnskap om sykdommer, symptomer, utredning og behandling til å vite hva de vet og ikke vet. De må ha et forhold til epidemiologi, kunne vurdere hva som er mest sannsynlig og være i stand til å utelukke eller bekrefte de mest alvorlige diagnosene. Å ha oversikt over retningslinjer og anbefalinger er også nødvendig, men lærebøker og oppslagsverk tar sjelden hensyn til om legen er alene på vakt, har lang reisevei, dårlig flyvær eller en samtidighetskonflikt. Evidensbasert medisin er bra. Samtidig er det en fare for at studiet presenterer studentene for en «perfekt» verden som ikke passer sammen med den «uperfekte» verden som den kliniske hverdagen, pasienter og beslutningsbehov utgjør. Om kompleksiteten i medisinen ikke integreres tidlig, risikerer vi at gapet mellom studiet og yrkeslivet blir for stort.

«Om kompleksiteten i medisinen ikke integreres tidlig, risikerer vi at gapet mellom studiet og yrkeslivet blir for stort»

Medisinstudiet må derfor inkludere en nødvendig komponent: profesjonalitet. Royal College of Physicians i Storbritannia definerer den slik: «Medisinsk profesjonalitet betegner de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet» (7). I forskrift om nasjonal retningslinje for medisintutdanning (RETHOS) står det at nyutdannede leger skal kunne «... anvende sine kunnskaper og ferdigheter til å gjenkjenne og håndtere usikkerhet i medisinsk praksis» og dessuten kunne «... analysere nytten og usikkerheten i metoder og resultater for diagnostikk, prognose og behandling» (8). Hvordan kan vi klare å utdanne leger som møter forventningene og tilliten som samfunnet har til dem?

Studentene opplever allerede at innholdet på studiet er for omfattende (kjent som *curriculum overload* (9)). Krever vi for mye hvis vi også skal integrere håndtering av usikkerhet i studieplanen? Vi vil argumentere for at en slik integrering *ikke* er en ekstra belastning for studentene, men snarere det motsatte. I en samtale med en gruppe studenter om medisinsk usikkerhet kom det frem et mønster der de yngste snakket mest om den usikkerheten de følte på fordi de ikke hadde lest nok og øvd seg nok. («Bare fordi jeg ikke hører en bilyd på hjertet, kan jeg være sikker på at det ikke er en?»). De eldre studentene som hadde vært i praksis, snakket mest om alle beslutningene de måtte ta – hele tiden og ofte på et begrenset grunnlag. («Jeg kan jo ikke være sikker på at beslutningen jeg tar er rett, men nå er det min rolle å ta den, og så må jeg heller revurdere senere»). Disse studentene forsto at en del av forventningene til en lege er å kunne ta beslutninger også når man kjenner på tvil.

Som undervisere ønsker vi ikke å skåne studentene for usikkerheten, men gi dem trygghet til å bli utfordret både i klinisk og teoretisk undervisning. Om de kan lære å gjenkjenne usikkerhet og hva det gjør med dem både som personer og profesjonelle, og at de vet at de har gode veiledere og kollegaer som viser forståelse for at sikrere enn dette kan vi ikke være, da har vi oppnådd det vi ønsker: Trygge leger er gode leger.

Kompetanse hos underviserne

At undervisere og praksisveiledere selv har god forståelse for profesjonell identitet og identitetsutvikling, er avgjørende. Undervisere som ikke reflekterer over eller investerer i egen kompetanseutvikling, vil ofte undervise slik de selv ble undervist. Da er det risiko for at kommunikasjonen rundt usikkerhet kommer i en blindsoner. Vi bør ha undervisere som kan snakke med studentene om å håndtere usikkerhet, som forstår betydningen av trygge læringsmiljø og som tør å dele egne opplevelser av utilstrekkelighet og feil. Vi trenger undervisere som kan integrere usikkerhetstoleranse i studieplaner, praksis og eksamensarbeid og som er bevisst sin betydning som rollemodell.

«Vi trenger undervisere som kan integrere usikkerhetstoleranse i studieplaner, praksis og eksamensarbeid og som er bevisst sin betydning som rollemodell»

Før praksisperioder bør studentene forberedes: Hva kan de forvente? Hva er forventningene til dem? Hva er det forventet at de skal lære? Mye av læringen i praksis skjer gjennom å bli en del av et praksisfelleskap med sine særpregede normer og kulturer. Kommunikasjonen i praksis er ikke alltid i klartekst, men skjer også gjennom blikk, kroppsspråk, gester, taushet og prioriteringer (10).

Før praksis kan man hjelpe studentene til å øve opp ferdigheter i kliniske prosedyrer og ulike typer samtaler. Simuleringstrening kan gjøre dem mer rustet for og mindre usikre i pasientmøtene. En ny oversiktsartikkel viser at studenter i lengre klinisk praksis i allmenntidisin kan lære å håndtere medisinsk usikkerhet og også se på det som en positiv utfordring (11). Ved observasjon og i dialog med gode rollemodeller kan forståelsen for hva som forventes av dem som kommende leger justeres. Etter praksis bør vi gi studentene refleksjonsrom der de kan dele praksiserfaringer og gå i dialog med lærere og medstudenter om hva de har opplevd (5, 12). Dette kan arrangeres i mentorordninger eller etablerte profesjonsgrupper. Studentaktiv undervisning der også andres usikkerhet blir synlig, gjør at ingen trenger å føle seg alene om det å være usikker.

Vurdering – en viktig driver for læring

Summative sluttvurderinger – eksamen – er en viktig driver for læring. Vi kan ikke forvente å utdanne studenter til å reflektere omkring mulige svar og omfavne usikkerheten hvis vi kun ber dem om å reprodusere fasitsvar på eksamen. Samtidig er det med et økende antall studenter en utfordring å legge opp til eksamensformer som inviterer til refleksjon. Formative underveivurderinger og tilbakemeldinger i dialog med studentene kan være måter å stimulere utviklingen av disse egenskapene på.

Det er vanskelig og tar tid å opparbeide den type klokskap som skal til for å gjøre gode vurderinger. Ydmykhet overfor det man ikke kan og erkjennelse av at kunnskap og klare svar ikke alltid finnes, er viktig. Men det kan oppfattes å stå i motsetning til faglig selvsikkerhet og det å være lojal mot retningslinjer, kollegaer og pasienter. Ved å integrere usikkerhet som en eksplisitt del av studieplanene gjennom hele utdanningen kan vi synliggjøre at usikkerhet er en naturlig del av medisinsk praksis og forberede studentene best mulig på det som venter dem.

En spesiell takk til Paul K.J. Han for hans initiativ og vennlige og kunnskapsrike støtte til arbeidet med denne kronikken.

REFERENCES

1. Han PKJ, Strout TD, Gutheil C et al. How Physicians Manage Medical Uncertainty: A Qualitative Study and Conceptual Taxonomy. *Med Decis Making* 2021; 41: 275–91. [PubMed][CrossRef]
2. Nevalainen MK, Mantyranta T, Pitkala KH. Facing uncertainty as a medical student—a qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns* 2010; 78: 218–23. [PubMed][CrossRef]
3. Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828–38. [PubMed][CrossRef]
4. Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.22.0428. [PubMed][CrossRef]
5. Stephens GC, Lazarus MD. Twelve tips for developing healthcare learners' uncertainty tolerance. *Med Teach* 2024; 46: 1035–43. [PubMed][CrossRef]
6. Thyness C, Steinsbekk A, Grimstad H. Learning from clinical supervision - a qualitative study of undergraduate medical students' experiences. *Med Educ Online* 2022; 27: 2048514. [PubMed][CrossRef]
7. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med (Lond)* 2005; 5 (Suppl 1): S5–40. [PubMed]
8. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter (RETHOS). Kap. 2, paragraf 6 og Kap. 7, paragraf 7. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21> Lest 21.5.2025.
9. D'Eon MF. The overcrowded curriculum is alarming. *Can Med Educ J* 2023; 14: 1–5. [PubMed][CrossRef]
10. Wenger E. *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

11. Gardner NP, Gormley GJ, Kearney GP. Learning to navigate uncertainty in primary care: a scoping literature review. *BJGP Open* 2024; 8: BJGPO.2023.0191. [PubMed][CrossRef]
 12. Papanagnou D, Ankam N, Ebbott D et al. Towards a medical school curriculum for uncertainty in clinical practice. *Med Educ Online* 2021; 26: 1972762. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 12. august 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0256

Mottatt 8.4.2025, godkjent 21.5.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.