
Snakk om usikkerhet

KRONIKK

PÅL GULBRANDSEN

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar for kommunikasjonskurs, deltakelse i podkast, filmproduksjon eller presentasjoner fra CoreMine Vitae, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Takeda, Urokyst, Hjernesvulstforeningen, Regionalt kompetansesenter for smertebehandling, Veterinærinstituttet, Pfizer og Sandefjord medisinske senter.

ANNE MARIE LANDMARK

Anne Marie Landmark er lingvist og postdoktor ved Nordlandssykehuset, Bodø og førsteamanuensis ved Universitetet i Sørøst-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JAN SVENNEVIG

Jan Svennevig er professor i språklig kommunikasjon ved Universitetet i Agder. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGER LISE TEIG

Inger Lise Teig er sosialantropolog og førsteamanuensis i helseledelse og organisering ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Usikkerhet er gjerne uønsket i helsetjenesten. Samtidig er den uunngåelig – og derfor et nødvendig samtaletema. Leger må forstå hvordan faglig og personlig usikkerhet påvirker samtaler med pasienter og kolleger.

Etter tiår med vektlegging av korrekt informasjon til befolkningen, kan samtaler om usikkerhet være vrient for leger. Fremveksten av krav om å drive evidensbasert medisin og at pasienter skal være tilstrekkelig informert til å delta i samvalg, gjør det ikke enklere (1). Også mellom kolleger kan forventningene bidra til lite hensiktsmessig atferd fordi heller ikke leger føler seg *trygge* når de er *usikre* på hva de skal gjøre (2). En utrygg lege vil kunne ønske å kamuflere denne følelsen, noe mange samtalepartnere vil merke. I denne kronikken beskriver vi hvordan usikkerheten dukker opp i samtaler, og hva vi kan gjøre for å forhindre at det bidrar til utrygghet.

Kunnskapsmessig status og utsagns betydning

Særlig to forhold påvirker hvordan sikkerhet og usikkerhet kommer til uttrykk i samtaler. Det første er hva slags kunnskapsmessig status den som snakker har – eller forutsettes å ha (3). Uavhengig av individuelt kunnskapsnivå vil leger ha en sosialt anerkjent status som ekspert, og dermed tilskrives sikker kunnskap om sykdom. Derfor vil en ytring som «jeg tror du har gallestein» oppfattes ulikt, avhengig av om det er en lege eller en onkel som sier det.

Det andre er hvilke språklige markører for sikkerhet og usikkerhet den som snakker bruker, typisk ved ulike verbformer eller modererende småord. Det er forskjell på å si «han *har* spist grøten» og «han *skal ha* spist grøten», eller «det er *visst (nok, vel)* gallestein» versus «det er *faktisk (utvilsomt, garantert)* gallestein». Gjennom slike valg inntar den som snakker ulike kunnskapsmessige posisjoner, altså en markering av kunnskapsmessig autoritet. Den sterkeste autoriteten markeres ved kategoriske utsagn: «Det er gallestein». Selv modale uttrykk som bokstavelig kan høres forsterkende ut, slik som *sikkert* og *garantert*, uttrykker et visst forbehold om sikkerheten av utsagnet. «Det er sikkert gallestein» betyr altså at det *ikke* er sikkert at det er gallestein.

Det er ingen direkte sammenheng mellom kunnskapsnivå og med hvilken sikkerhet man hevder noe. Kunnskapsrike personer vet ofte mye om begrensningene i hva man kan vite sikkert, og vil derfor gjerne moderere seg. De kan også være bevisste på hvilken autoritet de tilskrives av andre, og noen vil dermed kunne frykte at en påstand oppleves som for betryggende. For leger blir dette særlig fremtredende ved snakk om prognostisk usikkerhet. I et klinisk eksempel fra virkeligheten havnet fire pårørende i en heftig diskusjon om utfallet (død eller overlevelse), basert på marginale forskjeller i utsagn om prognosen mellom en lege i spesialisering innen kirurgi, som hadde stelt store brannså, og en anestesioverlege som hadde ansvar for overvåkingen av pasienten. Legenes ulike roller ble tillagt stor vekt av de pårørende (4).

Usikkerhetens natur og effekt i samtaler

Usikkerhet kan forstås som en subjektiv erfaring av mangel på kunnskap (5), altså som et indre fenomen. Den kan likevel komme til overflaten gjennom språklige og kroppslige uttrykk. Man kan faktisk ikke kommunisere om en sak uten å samtidig uttrykke noe om sin grad av sikkerhet om relevante fakta i situasjonen. Noe av det som kan gjøre det utfordrende å forholde seg til usikkerhet, er at det ikke nødvendigvis er en direkte sammenheng mellom indre tilstander av usikkerhet og hvordan den kommer til syne. Det skaper tvetydighet.

«Man kan faktisk ikke kommunisere om en sak uten å samtidig uttrykke noe om sin grad av sikkerhet om relevante fakta i situasjonen»

Underliggende sosiale normer og helsepolitiske idealer legger føringer for at usikkerhet bør reduseres mest mulig (6, 7). Dette målet gjenspeiles i både språk og kommunikasjon. Empiriske studier har beskrevet at usikkerhet gjerne fremstilles som noe uønsket. Eksempelvis presenteres sikre og harmløse diagnoser i allmennmedisin gjerne direkte, uten forsinkelse og språklige dempere. Antatt mer uønskede utsagn om en usikker diagnose kan oppleves ubehagelig å formidle. De presenteres derfor gjerne ved nøling, forklaringer og forsinkelser, orientert mot bruddet i forventningen om at legen skal kunne frambringe sikker kunnskap (8, 9). Også i tilfeller der legen har gitt gode nyheter (for eksempel utelukket hjertesykdom), kan pasienten bringe opp gjenværende symptomer eller smerter som ikke er blitt forklart. Dette utfordrer den medisinske ekspertisen ved å gjenspeile forventninger om at alt skal kunne forklares, og kan til og med bidra til å gjenåpne sykehistoriefasen eller føre til videre diagnostikk (10). Pasienter er også orientert mot legens ekspertise ved å unngå direkte selvdagnostisering. I stedet presenterer de egne forklaringer som usikre hypoteser legen kan vurdere (11).

«Studier viser at studenter er uforberedt på at legeyrket i stor utstrekning også innebærer sannsynlighetvurderinger og kontekstuelle avveininger»

Usikkerheten under overflaten

Medisinfaget har sterke røtter i en naturvitenskapelig tradisjon, der positivistiske idealer om at det er mulig å avdekke hva som er sant eller usant, rett eller galt, dominerer. Som student innlemmes man i denne tankegangen gjennom flervalgseksamener med enten rette eller gale svar, der studenten må

håpe på at kunnskapshull ikke avsløres. Studier viser at studenter er uforberedt på at legeyrket i stor utstrekning også innebærer sannsynlighetvurderinger og kontekstuelle avveininger (12).

Noen former for usikkerhet er mer akseptert enn andre. For eksempel er det generelt godtatt å ikke vite svaret på spørsmål der svaret ikke finnes, eller når det gjelder etiske dilemmaer. Men om kunnskapen finnes, og man som lege ikke vet om den, er situasjonen en annen. Hvis kolleger og pasienter forventer at du kan noe du ikke kan, vil det å *ikke kunne* innebære risikoen for å tape tillit.

«Man kan anta at jo mindre personlig trygg en person føler seg, desto større kan distansen bli mellom hvordan man opptrer og hvordan man opplever seg selv»

Hvordan usikkerhet kommer til uttrykk avhenger av hvem vi interagerer med, hvilke forventninger vi oppfatter at andre har til oss og hvordan vi ønsker å fremstå. I noen situasjoner kjennes det trygt å innrømme egen tilkortkommenhet, mens andre ganger har vi behov for å fremstå som selvsikre og trygge. I møte med pasienter og kolleger ligger det ofte en forventning om at leger viser selvsikkerhet og autoritet. Dette skaper et behov for å opprettholde en profesjonell og kompetent fasade, til tross for usikkerhet knyttet til diagnoser eller behandlingsvalg. Siden usikkerhet oppleves som en uønsket tilstand, vil det å uttrykke usikkerhet også kunne påvirke både egne og andres oppfatninger av en selv. Dette beskrives i sosiologen Erving Goffmans (1922–82) teatermetafor, som handler om hvordan mennesker presenterer seg selv i ulike sosiale situasjoner, «på ulike scener» (13). Tonefall, kroppsspråk og andre former for ikke-verbal kommunikasjon tilpasses for å forsterke eller svekke det inntrykket man ønsker å gi. I slik *selvrepresentasjon* er språk og kommunikasjon sentralt. Et eksempel er at oppførselen kan preges av om man snakker med en pasient, en sykepleier, legekolleger eller avdelingssjefen. Man kan anta at jo mindre personlig trygg en person føler seg, desto større kan distansen bli mellom hvordan man opptrer og hvordan man opplever seg selv. Hvis en lege frykter å bli avslørt for manglende kompetanse, eller har erfaring med å ha blitt eksponert negativt på grunn av en feilvurdering, kan dette lede til skam og fortvilelse (14). Usikkerheten kan ha ulikt opphav og utløses ofte av en sammensetning av mekanismer, heller enn av enkeltstående hendelser. Det kan derfor være vanskelig å analysere hva som egentlig skjer når man opplever usikkerhet.

Usikkerhetskommunikasjon: hva er resepten?

Det avgjørende er tillit. Pasienter har i utgangspunktet stor tillit til hva leger kan, men i den tilliten ligger også en respekt for at det er grenser for hva én lege kan. Det betyr at et ærlig, åpent og klart utsagn om at man ikke vet, også kan signalisere trygghet. Når spørsmålet dreier seg om prognostisk usikkerhet kan det imidlertid være skremmende å motta et slikt budskap, men hverken

usikkerhet eller utrygghet forsvinner ved å underslå usikkerheten. Det er heller ikke sikkert at det hjelper å oppsøke presise svar. I en studie fra onkologisk praksis ble det vist at pasienter klarte bedre å forholde seg til en ubestemt usikkerhet enn til tallfestet usikkerhet (15). Hvis legen frykter at det er noe vedkommende burde visst som hadde redusert usikkerheten, må det metakommuniseres: «Dette er noe jeg tror det finnes svar på, jeg skal snakke med en kollega, og så kommer jeg tilbake til deg.»

Medisinstudiet må drille legene i å godta kompleksitet ettersom usikkerhet er uunngåelig. Tvetydighet bør unngås. Ærlig og åpen kommunikasjon fremmer tillit, og sammen med medfølelse vil det være den beste måten for fremtidige leger å håndtere den uunngåelige usikkerheten.

Takk til Monika Kvernenes for gode innspill til kronikken.

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

REFERENCES

1. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC et al. Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 1505–10. [PubMed][CrossRef]
2. Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B et al. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: 702–7. [PubMed][CrossRef]
3. Heritage J. Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Res Lang Soc Interact* 2012; 45: 1–29. [CrossRef]
4. Gerwing J, Gulbrandsen P. The perils of information giving: What an accidental incident taught us about messages and roles. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 2109–15. [PubMed][CrossRef]
5. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828–38. [PubMed][CrossRef]
6. Power M. *The Audit Society. Rituals of Verification.* Oxford: Oxford University Press 1997.
7. Power M. *Organized Uncertainty. Designing a World of Risk Management.* Oxford: Oxford University Press, 2007.
8. Peräkylä A. Authority and accountability: The delivery of diagnosis in primary health care. *Soc Psychol Q* 1998; 61: 301–20. [CrossRef]
9. Heritage J. Revisiting authority in physician-patient interaction. I: Duchan JF, Kovarsky D, red. *Diagnosis as Cultural Practice.* Berlin: De Gruyter Brill, 2005.

10. Maynard DW, Frankel RM. On diagnostic rationality: Bad news, good news, and the symptom residue. *Studies in Interactional Sociolinguistics* 2006; 20: 248–78. [CrossRef]
 11. Gill VT, Maynard DW. Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. *Studies in Interactional Sociolinguistics* 2006; 20: 115–50. [CrossRef]
 12. Monrouxe LV, Grundy L, Mann M et al. How prepared are UK medical graduates for practice? A rapid review of the literature 2009-2014. *BMJ Open* 2017; 7: e013656. [PubMed][CrossRef]
 13. Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. New York, NY: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, 1959.
 14. Gude T. Hvorfor skammer jeg meg over ikke å greie jobben? I: Gulbrandsen P, Fugelli P, Stang GH, Wilmar B, red. *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal, 2006: 115–26.
 15. Engelhardt EG, Pieterse AH, van der Hout A et al. Use of implicit persuasion in decision making about adjuvant cancer treatment: A potential barrier to shared decision making. *Eur J Cancer* 2016; 66: 55–66. [PubMed] [CrossRef]
-

Publisert: 3. september 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0251
Mottatt 7.4.2025, første revisjon innsendt 16.5.2025, godkjent 23.5.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.