

---

# Fjellvettregler for medisinsk usikkerhet

---

## KRONIKK

EIRIK HUGAAS OFSTAD

[eirikofstad@gmail.com](mailto:eirikofstad@gmail.com)

Eirik Hugaas Ofstad er ph.d., spesialist i akutt- og mottaksmedisin og i generell indremedisin, avdelingsoverlege i akuttmottak og observasjonspost ved Nordlandssykehuset og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STIG HAUGSET NYMO

Stig Haugset Nymo er ph.d., spesialist i akutt- og mottaksmedisin, overlege i akuttmottak og på medisinsk overvåkningsavdeling, Nordlandssykehuset og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARIN ISAKSSON RØ

Karin Isaksson Rø er ph.d., spesialist i arbeidsmedisin, overlege ved Villa Sana, Modum Bad og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGER JOHANNE CHRISTIANSEN

Inger Johanne Christiansen er spesialist i allmenntmedisin og rådgivende lege ved ALIS Sør. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MIRIAM GUSTAFSSON

Miriam Gustafsson er ph.d., spesialist i allmenntmedisin og psykiatri, faglig leder ved ALIS og SamLIS Midt, og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

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

#### MARGRETHE AASE SCHAUFEL

Margrethe Aase Schaufel er ph.d., spesialist i lunge- og hjertemedisin, overlege ved Lungeavdelinga, Haukeland universitetssjukehus, førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og forskningsleder ved Kompetansesenter i lindrande behandling, Helseregion Vest.

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

#### HÅVARD DALE

Håvard Dale er ph.d., spesialist i ortopedisk kirurgi, seksjonsoverlege ved Ortopedisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen.

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

#### MARC VALI AHMED

Marc Vali Ahmed er spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege og seksjonsleder ved Akuttgeriatrisk seksjon, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

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

#### INGRID MILJETEIG

Ingrid Miljeteig er ph.d., lege og professor i medisinsk etikk ved Bergen Senter for etikk og prioritering (BCEPS), Universitetet i Bergen og spesialrådgiver og leder i klinisk etikk-komité, Helse Bergen.

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

---

**Det finnes en medisin som beskytter pasienter mot overdiagnostikk og overbehandling og leger mot utrygghet og utbrenthet.**



Illustrasjon: Tidsskriftet

Det er en fremvoksende bevissthet om spriket mellom den sikre og fasitsøkende naturvitenskapen som medisinen er tuftet på, og faktisk klinisk praksis der vi møter pasientene – i en virkelighet beheftet med usikker informasjon, til dels stor fallhøyde, motstridende verdier og tidspress (1).

Med usikkerhet følger ofte frykten for å velge feil. Valgene vi som leger tar sammen med eller på vegne av våre pasienter, kan få alvorlige konsekvenser. Når noe galt har skjedd, tilskriver den enkelte ofte egen handling som årsak til at det gikk galt. Dette gjør det lett å dømme både seg selv og andre når man opplever at pasientens lidelse kunne vært unngått hvis man bare hadde valgt riktig. Med dette som bakteppe er defensiv medisin, der man i frykt for konsekvenser forsøker å eliminere usikkerhet, med på å drive frem overdiagnostikk og overbehandling.

**«Defensiv medisin, der man i frykt for konsekvenser forsøker å eliminere usikkerhet, er med på å drive frem overdiagnostikk og overbehandling»**

Gjennom medisinstudier og tidlig arbeidserfaring integreres leger i de ofte uuttalte, profesjonskulturelle verdiene som altruisme, perfektjonisme og samvittighetsfullhet (2). I en stressende arbeidssituasjon utfordres disse og kan gi usikkerhet rundt egen evne til å leve opp til egne og andres forventninger, som igjen øker risikoen for opplevelse av mer stress. Det kan bli en negativ spiraleffekt med økende usikkerhet både om egen evne til å håndtere situasjoner og til å vurdere og håndtere den iboende medisinske usikkerheten.

Siden usikkerheten ikke kan fjernes, foreslår vi en tredelt tilnærming som kan hjelpe hver enkelt av oss. Vi må snakke tydelig om kompleksiteten i den medisinske hverdagen, vi må strukturere og forstå usikkerheten, og leger må utrustes med mestringsstrategier for de forskjellige typene usikkerhet man møter i hverdagen.

---

# Ni usikkerhetsregler

De ni fjellvettreglene, forfattet av Den Norske Turistforening og Røde Kors i 1952, har blitt allemannseie i Norge og setter fokus på sikkerhet i fjellet gjennom konkrete og praktiske råd for å håndtere et komplekst, usikkert og potensielt livsfarlig miljø (3). Med støtte i forskning og egen erfaring, og med et format med overføringsverdi til klinisk praksis, presenterer vi her et forslag til regler for usikkerhetsvett (ramme 1).

---

## Ramme 1 Fjellvettregler for usikkerhet i klinisk praksis

1. Aksepter og omfavn usikkerhet
  2. Bryt ned usikkerhetens opphav
  3. Finn balanse mellom å kurere og å lindre usikkerhet
  4. Inkluder alltid pasienten og eventuelt pårørende
  5. Søk balanse mellom kunnskapsbasert medisin og skreddersydde beslutninger
  6. Vær bevisst på forskjellen mellom intuitive og analytiske beslutninger og hvilke verktøy ulike situasjoner krever
  7. Ta trygge valg. Konferer med kollegaer. Finn balanse mellom ydmykhet og mot
  8. Vend i tide, det er ingen skam å revurdere. Vær åpen og fleksibel for å endre kurs
  9. Bevar roen og søk støtte ved behov. Etterspør og gi supervisjon og veiledning til dine kollegaer
- 

*Regel 1: Aksepter og omfavn usikkerhet.* Ofte, og særlig i starten av vår karriere, oppleves ikke klinisk usikkerhet som naturlig, men heller som et uttrykk for egen utilstrekkelighet. Det fører til utrygghet og frykt for å gjøre feil (4), med utbrenthet som konsekvens. Det å akseptere, omfavne og bli venn med usikkerhet er en forutsetning for å kunne overleve og trives i legejobben.

**«Det å akseptere, omfavne og bli venn med usikkerhet er en forutsetning for å kunne overleve og trives i legejobben»**

*Regel 2: Bryt ned usikkerhetens opphav.* I praksis er det nødvendig å analysere usikkerheten man kjenner på. En god start for å bli mindre usikker er å forsøke å identifisere hva usikkerheten består i. Dette er et firedelt kart: usikkerhet i kunnskapsgrunnlag (diagnose, årsakssammenheng, behandling og prognose), usikkerhet rundt organisering av håndtering (hvem, hva, hvor skal behandles - hvordan og til hvilken risiko/nytte), pasientens/pårørendes personlige usikkerhet og/eller utrygghet og legens personlige usikkerhet (har jeg tenkt på alt?) og/eller utrygghet (klarer jeg dette?).

*Regel 3: Finn balanse mellom å kurere og å lindre usikkerhet.* Når vi har funnet ut hva det er som gjør at vi er usikre, er et nyttig neste steg å tenke på spennvidden mellom kurasjon og palliasjon av usikkerhet – altså spennet mellom å jobbe for å redusere usikkerheten og det å kunne leve med den (5).

I diagnostisk arbeid er dragkreftene mellom kurasjon av usikkerhet og palliasjon av usikkerhet potensielt sterke. Vi må greie å ha to tanker i hodet samtidig. Når vi ikke vet hva årsakene til symptomer skyldes, jobber vi for å redusere usikkerhet til vi kan utelukke farlig og potensielt livstruende årsakssammenheng. Men parallelt må vi finne ut hvilket nivå av usikkerhet som er til å leve med, ikke bare for oss leger, men også for pasientene og de pårørende. Om vi kun har fokus på usikkerhetsreduksjon, blir potensiell overdiagnostikk fort resultatet. Gjør derfor kloke valg (6). Vurder alltid sannsynlighet og alvorlighet – bli god på det vanlige og det farlige.

*Regel 4: Inkluder alltid pasienten og eventuelt pårørende.* De beste svarene på usikkerhet får man ofte i dialog med pasienten. Vi må spørre oss selv før en diagnostisk test eventuelt bestilles: Hva er sannsynligheten for at vi finner «noe»? Er den nødvendig? Vil den ha noen konsekvens for behandlingen? Gjør vi testen for at vi som leger skal føle oss mindre utrygge eller for å trygge en engstelig pasient? Er usikkerheten til å leve med for begge parter? Er vi trygge nok til at vi kan våge å se det an? Pasientens perspektiver bør stå sentralt. Hva tenker pasienten symptomene kan skyldes? Hva er pasienten redd for at det kan være, og hvor stor og velbegrunnet er engstelsen? Jo mer usikre vi som leger er i spørsmål om diagnose, behandling eller videre håndtering av en klinisk problemstilling, jo viktigere er det å få frem pasientens perspektiver.

*«De beste svarene på usikkerhet får man ofte i dialog med pasienten»*

*Regel 5: Søk balanse mellom kunnskapsbasert medisin og skreddersydde beslutninger.* Fremveksten av evidensbasert medisin, som har bidratt til enorme fremskritt i behandling og bedret helseutfall for pasienter, har også ført til utvikling av algoritmer og retningslinjer for diagnostikk og behandling som kamuflerer kompleksiteten i møtet mellom gruppebasert evidens og den unike pasient. I en klinisk verden av gråsoner kan flere løsninger være gode, og de beste finner man ofte sammen med pasienten. Dette krever en trygghet på at løsninger utenfor retningslinjer og evidensgrunnlag også kan være kloke, velbegrunnede og gode.

*Regel 6: Vær bevisst forskjellen mellom intuitive og analytiske beslutninger og hvilke verktøy ulike situasjoner krever.* Å være lege innebærer å ta kliniske beslutninger – fortløpende og hele tiden. En norsk studie har vist at det i gjennomsnitt ble kommunisert 13 store og små klinisk relevante beslutninger per konsultasjon i spesialisthelsetjenesten (7). Å være bevisst på beslutninger, at de ofte er flerleddede og beheftet med ulik grad av usikkerhet, er en god start. Bestemmer vi oss for en diagnose, kan videre beslutninger om behandling og håndtering følge med redusert usikkerhet.

Ovenfor har vi diskutert beslutningsprosesser der vi har en analytisk tilnærming med tid til å treffe gode valg – det man i beslutningslitteraturen kaller system 2-prosesser (8). I akutte situasjoner med tidspress må vi imidlertid håndtere usikkerhet med raskere og mer intuitive beslutningsprosesser (system 1-prosesser) – for eksempel når en bevisstløs, ustabil pasient kommer til akuttmottaket med mangelfull bakgrunnsinformasjon. For en lege med begrenset erfaring vil en slik situasjon kunne være noe av det mest usikre og skremmende man kan møte. Den krever rask handling. Å tilnærme seg pasienten strukturert og i en prioritert rekkefølge (ABCDE-tilnærming) vil gjøre at vi kjøper oss tid til å kunne jobbe analytisk samtidig som vi kan beslutte tiltak for å stabilisere pasienten.

Også mindre akutte situasjoner kan innebære stor usikkerhet (det å gi dårlige nyheter, eller si noe om prognose). Enkle strukturerte verktøy kan hjelpe oss i slike situasjoner, redusere klinikerens utrygghet og dermed skape trygghet og tillit i dialogen med våre pasienter.

*Regel 7: Ta trygge valg. Konferer med kollegaer. Finn balanse mellom ydmykhet og mot.* Uansett hvor erfarne vi måtte være som leger, møter vi daglig problemstillinger hvor vi blir usikre. Medisin er lagarbeid, og vi må sammen bidra til å skape et arbeidsklima der vi kan spørre hverandre om hjelp og diskutere ting vi er usikre på. Å være ydmyk overfor usikkerheten er et trygt utgangspunkt, men vi vil havne i situasjoner hvor det å være modig overfor usikkerheten er nødvendig.

*Regel 8: Vend i tide, det er ingen skam å revurdere. Vær åpen og fleksibel for å endre kurs.* Det finnes en rekke kognitive skjevheter og snarveier som påvirker oss i klinisk praksis og som kan få oss til å bli skråsikre på en diagnose eller en fremgangsmåte i en gitt situasjon (8). En profesjonell må alltid være klar over muligheten for å være fanget av antakelser. Skråsikkerhet bør få oss til å stille spørsmål. Vurder alltid sannsynligheter, alternative diagnoser og løsninger. Juster kursen når ny informasjon tilsier det. Alle leger gjør feil. Erkjenn når du har gjort feil, og bruk erfaringen som verdifull læring.

**«Vurder alltid sannsynligheter, alternative diagnoser og løsninger.  
Juster kursen når ny informasjon tilsier det. Alle leger gjør feil»**

*Regel 9: Bevar roen og søk støtte ved behov. Etterspør og gi supervisjon og veiledning til dine kollegaer.* Hvor mye fokus har vi på hvordan vi snakker om usikkerhet med pasienter eller kollegaer? Forbedringspotensialet er etter vår oppfatning stort. Hvor gode er vi til å observere presist og gi konstruktive tilbakemeldinger i klinisk praksis? Vi tror det er mye å hente her. Én grunn kan være at mange føler seg usikre på hvordan det kan gjøres for å gi læring i trygge rammer. Det finnes enkle og gode metoder for dette (9). En tommelfingerregel når du skal gi tilbakemelding til en kollega, kan være «spesifikk ros, spørrende ris» (Pål Gulbrandsen, personlig meddelelse). Skal du gi noen skryt, vær spesifikk på hva de gjorde som var så bra. Ser du noe du tenker kunne vært bedre, vær undrende og nysgjerrig i stedet for direkte og konfronterende.

Vi må sammen skape en kultur hvor supervisjon og veiledning står sentralt for å få frem det beste i oss og utvikle oss som fagmiljø. Å gi god supervisjon og veiledning er også utviklende for den erfarne lege. Den erfarne må gå foran som godt eksempel og snakke om, vise og normalisere usikkerhet, både personlig og medisinskfaglig, og bidra til å skape et miljø der det er trygt å eksponere egen usikkerhet [\(10\)](#).

---

## Hva kan helsemyndigheter, organisasjon og ledelse gjøre?

Nye læringsmål for leger i spesialisering inkluderer å skulle kunne «kommunisere om sin egen og pasientens usikkerhet på en måte som skaper trygghet og forståelse» (felles kompetansemål LM-21). Videre heter det at «i sin kliniske praksis må legen ikke bare forholde seg til sin egen usikkerhet, men også medisinenens iboende usikkerhet» [\(11\)](#).

Hvor godt tilrettelegger vi for oppnåelsen av dette læringsmålet? Spesialistutdanningen i Norge er systematisk tilfeldig organisert, hvor hvert sykehus selv får definere egne læringsaktiviteter basert på læringsmål som er felles for alle. Mange sykehus har kommet i gang med veiledningskurs, kommunikasjonskurs, veiledningsgrupper og har avdelinger med god tradisjon for individuell veiledning, mens andre sykehus helt eller delvis mangler dette. Variasjonen på landsbasis er stor. Vi trenger at spesialistutdanningen i mye større grad settes i system og at det opprettes et koordinerende kompetansesenter som kan jobbe målrettet for at supervisjon og veiledning settes på agendaen og i system i hele landet. Også ferdigutdannede leger har behov for strukturerte arenaer og adekvat støtte i håndteringen av profesjonell usikkerhet. Et høyt nivå av psykologisk trygghet i tverrfaglige team kan fremme deling av erfaringer knyttet til usikkerhet og faglig tvil.

Vi må sammen bygge en kultur hvor det å omfavne usikkerhet – både medisinsk og personlig – blir en del av vårt profesjonelle DNA og et felles prosjekt for at vi utvikler oss og sammen presterer best mulig. Ikke bare vil det gagne våre pasienter og velferdsstaten, det vil også forebygge utrygghet og utbrenthet hos leger.

---

*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, Babrow A, Hillen MA et al. Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 1756–66. [PubMed][CrossRef]
2. Bennett N, Lockyer J, Mann K et al. Hidden curriculum in continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof* 2004; 24: 145–52. [PubMed][CrossRef]

3. Store Norske Leksikon. Fjellvetteglene. <https://www.sn.no/fjellvettreglene> Lest 6.4.2025.
4. 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]
5. 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]
6. Den norske legeforening. Gjør kloke valg. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg> Lest 6.4.2025.
7. Ofstad EH, Frich JC, Schei E et al. Clinical decisions presented to patients in hospital encounters: a cross-sectional study using a novel taxonomy. *BMJ Open* 2018; 8: e018042. [PubMed]
8. Kahnemann D. *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Strauss and Giroux, 2011.
9. Silverman J, Draper J, Kurtz S. *Agenda-led outcome-based analysis (ALOPA) I: Kurtz S, Draper J, Silverman J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. London: CRC Press, 1998: 113–29.
10. Edmondson AC, Bransby DP. Psychological safety comes of age: Observed themes in an established literature. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* 2023; 10: 55–78.
11. Helsedirektoratet. Spesialistutdanning og godkjenning for leger. Felles kompetansemål for del 2 og 3. <https://www.helsedirektoratet.no/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-og-godkjenning-for-leger/felles-kompetansemal-for-alle-deler-av-spesialistutdanningen/felles-kompetansemal-for-del-2-og-3/felles-kompetansemal> Lest 6.4.2025.

---

Publisert: 23. september 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0274

Mottatt 14.4.2025, første revisjon innsendt 16.6.2025, godkjent 19.6.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no) 3. juli 2026.