
Usikkerhet som drivkraft

KRONIKK

INGAR HEIER

ingahe@siv.no

Ingar Heier er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, overlege ved nevrologi- og rehabiliteringsklinikken ved Sykehuset i Vestfold og godkjent veileder i kognitiv terapi.

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

TOM FARMEN NERLI

Tom Farmen Nerli er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og overlege ved nevrologi- og rehabiliteringsklinikken ved Sykehuset i Vestfold.

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

INGVILD GARDUM DAMSKOG

Ingvild Gardum Damskog er spesialist i samfunnsmedisin, rådgivende overlege i Nav og universitetslektor i trygdemedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

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

PAUL K.J. HAN

Paul K.J. Han er seniorforsker ved Division of Cancer Control and Population Sciences ved National Cancer Institute i Bethesda, Maryland, USA.

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

Som nylig tematisert i Tidsskriftet, er usikkerhet hos leger underkommunisert på medisinstudiet og i det kliniske arbeidet. Trolig er det en driver til overdiagnostikk og overbehandling. Men kan det også være en ressurs?



Illustrasjonsfoto: Alexey_M/iStock, tilpasset av Tidsskriftet.

Symptomer uten påvisbar patologi – subjektive helseplager – er svært vanlige. Det er problemstillingen i opptil 40 % av konsultasjonene i primærhelsetjenesten og utgangspunktet for et betydelig antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten (1). I fravær av objektive funn konkluderes det ofte med en funksjonell lidelse. I en nylig publisert artikkel i Tidsskriftet ble denne betegnelsen foreslått i stedet for medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) (2).

De fleste ser på funksjonelle lidelser som et resultat av både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Subjektive helseplager oppstår gjerne når livet er strevsomt. Men man kan kjenne på ubehag uten at man har det vanskelig også. Et annet perspektiv er derfor at plager er universelle og bør anses som en omkostning ved å leve (3). For de fleste er symptomene kortvarige og forbigående. For andre derimot, blir det ikke bedre. Helseplagene vedvarer og kan til og med øke både i intensitet og omfang. Årsakene er trolig flere og sammensatte. Vår hypotese er at det blant annet kan ha med toleranse for usikkerhet å gjøre.

Usikkerhet er ikke alltid negativt

Usikkerhet kan defineres som en *metakognitiv bevissthet om egen uvitenhet* (4). Sagt på en annen måte: man vet at man ikke vet. Denne bevisstheten innebærer en subjektiv opplevelse, som ofte er ubehagelig. «Mennesket misliker ubehaget som følger av det usikre, og er klar for å ta nærmest alle

midler i bruk for å få slutt på det», skrev John Dewey i *The Quest for Certainty* (vår oversettelse) (5). Usikkerhet er altså noe alle mennesker normalt ønsker å kvitte seg med.

Plagede pasienter kan være usikre på mye. Hva feiler det meg? Hva kommer det av? Hva tåler kroppen min? Hvordan kommer dette til å gå? Tvilen kan melde seg, selv i de mest trivielle settinger. Skal jeg driste meg til å gå på jobben, vaske huset, ta ut av oppvaskmaskinen, stå opp av sengen? I lengden blir dette opplagt slitsomt, og det naturlige blir å drepe usikkerheten med sikkerhet fordi det er mindre ubehagelig å stå i. Pasientens sikkerhet kan komme til uttrykk slik: «Det må være noe galt». «Hvis jeg gjør det, blir jeg sengeliggende dagen etter». Eller, «dette kommer ikke til å bli bedre». Personen er med andre ord ikke i tvil om at det må være noe galt, sikker på hva man kan og ikke kan gjøre og helt overbevist om at bedring forutsetter et helt konkret medisinsk tiltak.

«Usikkerheten må møtes med noe annet enn en innstilling om at den enten skal tåles eller fjernes. Vi foreslår at den møtes med toleranse»

Pasienter som har det slik, omtales gjerne som vanskelige og umotiverte. Men det er neppe riktig og heller ikke en fruktbar holdning å møte en pasient med. Pasientene står i en fastlåst situasjon og kan paradoksalt nok mangle usikkerhet for å komme seg ut av den. Usikkerhet hindrer overmot og gjør oss i stand til å være åpne for ny kunnskap (6). Usikkerhet er med andre ord en drivkraft som kan føre oss nærmere en løsning, enten løsningen finnes i omgivelsene eller i eget hode. Den sikre pasienten er derfor tjent med å gjøres usikker. Dernest må usikkerheten møtes med noe annet enn en innstilling om at den enten skal tåles eller fjernes. Vi foreslår at den møtes med toleranse.

Toleranse for usikkerhet

Toleranse for usikkerhet kan defineres som en adaptiv evne til å iverksette individuelle og kontekstuelle responser på usikkerhet (7). Det handler altså om å kunne møte det som er ukjent og uavklart på ulike måter, ut fra kontekst. Denne evnen er nært knyttet til personlige egenskaper eller styrker, benevnt som dyder (*virtues*) i litteraturen (6).

Det er særlig fire slike egenskaper vi tror er sentrale for pasienter med subjektive helseplager. *Ydmykhet* leder oss fra å være ubevisste vår egen uvitenhet (ignoranse) til å bli bevisste på hva vi ikke vet og ikke kan vite. En grad av ydmykhet er med andre ord nødvendig for å bli usikker. *Fleksibilitet* kreves når vi skal være adaptive i vår respons på usikkerheten. For eksempel skal usikkerhet av og til tåles og andre ganger motivere oss til å finne en konkret løsning. *Mot* fører oss fremover, fra det kjente nuet og inn i det ukjente. *Nysgjerrighet* innebærer at vi kan gjøre det med åpenhet og utadrettet oppmerksomhet. Hvis vi møter usikkerhet med disse egenskapene, blir den ikke bare begrensende, men også frigjørende (8).

Lege og pasient, sammen i usikkerheten

Noen former for usikkerhet lar seg redusere, og «hva feiler det meg?» er et eksempel på det. For at det skal være effektivt, må legen undersøke nøye, avkrefte mulig sykdom og deretter gi en forklaring på hvorfor man allikevel kan ha symptomer. Da kan det hende at pasienten ikke bare stoler på legen, men også trekker slutningen at vedkommende kan stole på kroppen sin i møte med livets små og store belastninger (9).

«Når pasient og lege møter usikkerhet sammen, formes en sterkere allianse bygget på relasjonell støtte. Hva man da kommer frem til, står helt åpent»

Usikkerhet om fremtiden er derimot per definisjon ikke-reduserbar. Det er trolig årsaken til at beroligende utsagn som «dette kommer til å gå bra» i beste fall har vist seg å ha kortvarig effekt (10). I møte med det genuint ukjente (fremtiden) kan legen heller fremsnakke usikkerhet og utvikle egenskaper i pasientene som de kan møte den med. Dette oppnås trolig best gjennom en sokratisk dialog, der legen ikke gir svarene, men fremmer refleksjon ved hjelp av spørsmål. At legen i denne fasen også innrømmer egen usikkerhet, og med det fremviser ydmykhet i rollen sin som ekspert, er ikke et tegn på udugelighet, men heller troverdighet. For legen kan det være krevende å ikke sitte med en fasit, og en lege som undrer seg, er kanskje ikke det pasienten forventer. Men når pasient og lege møter usikkerhet sammen, formes en sterkere allianse bygget på relasjonell støtte. Hva man da kommer frem til, står helt åpent.

Nysgjerrig utforskning

Man kan spørre seg om det vi har beskrevet her, er noe nytt. Det likner på mye av det som allerede gis av kognitivt rettet behandling i helsevesenet. Men at usikkerhet av og til skal ses på som et gode, og at toleranse for usikkerhet handler om mer enn å tåle den eller å kvitte seg med den, er ikke bare underkommunisert på medisinstudiet og blant kollegaer. Det kommuniseres heller ikke til pasientene. Vi tror at toleranse for usikkerhet påvirker prognosen ved funksjonelle lidelser, og vi tar til orde for at et endret tankesett hos legen er nødvendig for å hjelpe pasientene mer effektivt. Vi kan for eksempel slutte å snakke om motiverte eller umotiverte pasienter og heller få et inntrykk av om de føler seg sikre eller usikre. Vi kan også i mindre grad berolige pasientene våre, og heller lokke frem personlige egenskaper som gjør dem adaptive i møte med egen usikkerhet. Vi mener at det vi beskriver rettferdiggjør nysgjerrig utforskning, både i møte med den enkelte pasient og gjennom videre forskning.

Bidraget fra Paul K.J. Han ble gjort som en del av hans offisielle arbeid som føderalt ansatt ved NIH, er i samsvar med institusjonens retningslinjer, og anses som arbeid underlagt USAs regjering. Imidlertid er ytringene som presenteres i denne artikkelen forfatterens egne og gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunktene til NIH eller det amerikanske helse- og omsorgsdepartementet.

LITTERATUR

1. Abrahamsen C, Reme SE, Wangen KR et al. The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. *EClinicalMedicine* 2023; 65: 102262. [PubMed][CrossRef]
2. Helgeland H, Boye B, Kristiansen H et al. Pasienter med funksjonelle lidelser trenger et bedre behandlingstilbud. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0567. [PubMed][CrossRef]
3. Eriksen HR, Hellesnes B, Staff P et al. Are subjective health complaints a result of modern civilization? *Int J Behav Med* 2004; 11: 122–5. [PubMed][CrossRef]
4. Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828–38. [PubMed][CrossRef]
5. Dewey J. *The quest for certainty: a study of the relation of knowledge and action*. New York, NY: Putnam, 1929.
6. Han PKJ, Hofmann B. Uncertainty tolerance in healthcare: towards a normative conception. *Theor Med Bioeth* 2025 doi: 10.1007/s11017-025-09731-4. [PubMed][CrossRef]
7. Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD et al. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Soc Sci Med* 2017; 180: 62–75. [PubMed][CrossRef]
8. Han PKJ. *Uncertainty in medicine: a framework for tolerance*. Oxford: Oxford University Press, 2021.
9. Nerli TF, Selvakumar J, Cvejic E et al. Brief Outpatient Rehabilitation Program for Post-COVID-19 Condition: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2024; 7: e2450744. [PubMed][CrossRef]
10. Pincus T, Holt N, Vogel S et al. Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: a systematic review. *Pain* 2013; 154: 2407–16. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 27. januar 2026. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0738
Mottatt 25.11.2025, første revisjon innsendt 17.12.2025, godkjent 19.12.2025.

