

# Bør graderte karakterer gjeninnføres på medisinstudiet?

Det er høyst usikkert om graderte karakterer vil gjøre det vesentlig lettere å velge mellom de mange søkerne til turnusplass, og det er gode holdepunkter for at graderte karakterer gjør det vanskeligere å nå viktige mål for legeutdanningen.

Den nye ordningen med søknadsbasert turnustjeneste er vanskelig å praktisere rettferdig – fordi de fleste søkerne kommer rett fra studiet og det er langt flere søkere enn plasser. Det grunnleggende problemet er altså at det er for få plasser i en tjeneste som i praksis er pålagt alle som har fullført medisinstudiet og ønsker en karriere som lege. At ordningen derfor kom til å by på betydelige problemer når det gjelder rettferdig behandling av søkerne, må helsemyndighetene ha visst, men tydeligvis ignorert. Arbeidsgiveren må på kort tid velge blant svært mange søkere som står tilnærmet likt med hensyn til dokumenterbare kvalifikasjoner. Det burde ikke overraske noen at bekjentskap og slektskap får avgjørende roller i en slik situasjon. Norsk medisinstudentforening har kommet med et gjennomarbeidet forslag til kriterier som vil kunne gi mulighet for saklig rangering av søkerne (1). Problemet er at en slik prosess vil bli så arbeidskrevende at neppe noen arbeidsgiver kommer til å gjennomføre den.

Med seleksjonsproblemet som argument har flere innlegg i Tidsskriftet og Dagens Medisin konkludert med at graderte karakterer bør (gjen)innføres på medisinstudiene i Oslo, Trondheim og Tromsø (2–5). Alle forfatterne tar åpenbart to premisser for gitt: Bokstavkarakterer fra A til F vil bidra vesentlig til en rettferdig fordeling av turnusplasser, og graderte karakterer vil ha nøytral eller positiv virkning på studentenes læring. Jeg synes det er urovekkende at personer med ansvar for medisinerutdanningen ikke diskuterer holdbarheten i disse premisene før de trekker sine konklusjoner. Jeg vil argumentere for at begge premissene er feil.

## Er bokstavkarakterer egnet til å skille mellom søkere?

Når det gjelder bruk av graderte karakterer som kriterium for å skille søkere, er det to spørsmål man bør stille seg. Det ene er om det er rimelig samsvar mellom karakterer fra studiet og senere dyktighet som lege, det andre er om karakterfordelingen blant søkerne vil gi gode differensieringsmuligheter.

Det som er gjort av undersøkelser, tyder i beste fall på svak til moderat sammenheng mellom eksamenskarakterer og senere dyktighet som lege (6). Karakterenes validitet som prediksjonsinstrument blir ytterligere svekket ved opptreden av karakterinflasjon

(grade inflation), som ses som et alvorlig problem innen høyere utdanning i USA (7, 8). Da dukker neste problem med karakterer som differensieringskriterium opp – nemlig at det store flertallet av studenter høyst sannsynlig kommer til å ha en hovedkarakter fra studiet innenfor et relativt snevert område av karakterskalaen. Det har nemlig vist seg at karakterene er skjevfordelt (mot gode karakterer) på de aller fleste masterstudier i Norge. I Bergen fikk således rundt 10 % av medisinstudentene A, 78 % fikk B eller C (gjennomsnitt fra de seks største prekliniske og kliniske eksamenene fra årene 2008–12) (Arne Tjølsen, personlig meddelelse).

Når skalaen er så grov som med dagens bokstavkarakterer, vil det dessuten være betydelig usikkerhet om hva som egentlig ligger i en karakter. Forskjellen mellom for

«Det gjør stor forskjell for læringsutbyttet om arbeidet styres av taktiske eksamenshensyn eller av hva studentene selv oppfatter som viktig og interessant»

eksempel en B og en C kan være stor eller helt ubetydelig – men det er det umulig å vite. Å avgjøre ansettelse eller ikke på grunnlag av ett trinns forskjell på dagens bokstavskala vil neppe være rasjonelt.

Et tankekors ved dagens situasjon er ellers at karakteren F (stryk) bare ble gitt til i gjennomsnitt 1,5 % av studentene ved de seks nevnte eksamenene ved Universitetet i Bergen (Arne Tjølsen, personlig meddelelse), mens strykesprosenten ved de tre andre fakultetene med bestått/ikke bestått ligger mange ganger høyere. Man kan jo derfor spørre seg om dagens bokstavkarakterskala har en for lav nedre grense for hva som er godt nok. Et siste forhold som svekker karakterer som differensieringskriterium er usikkerheten forbundet

med å sammenlikne eksamener fra ulike medisinske studiesteder i inn- og utland (selv om de bruker samme bokstavskala).

Min *konklusjon* er derfor at innføring av bokstavkarakterer ved alle de medisinske fakultetene i Norge ikke vil være til nevneverdig hjelp for arbeidsgivere som skal skille mellom søkere til turnusplass.

## Er det pedagogiske grunner til å gjeninnføre karakterer?

Kanskje gjeninnføring av graderte karakterer kan begrunnes med at det gir bedre læring enn bestått/ikke bestått? Mitt inntrykk er at dette er en fast overbevisning hos mange universitetslærere. Det er imidlertid vanskelig å finne forskning som underbygger et slikt synspunkt. Derimot finnes det utdanningsvitenskapelig forskning fra de siste 70–80 år som omhandler problematiske sider ved bruk av graderte karakterer (9).

Når det gjelder medisinerutdanningen, viste nylig en metaanalyse at innføring av bestått/ikke bestått *ikke* ga lavere akademiske prestasjoner, men økte studentenes trivsel (10). I tillegg er det gode holdepunkter for å anta at fravær av graderte karakterer har positiv virkning på læringsmiljø og studentenes tilnærming til læring (11). Noen eksempler: Man fant at fravær av graderte karakterer styrket selvregulert læring og dermed sannsynligvis mulighetene for livslang læring (12). Angsten for å mislykkes er mindre samtidig som den indre motivasjonen etter eksamen er større uten graderte karakterer (13), og forholdet mellom lærere og studenter er bedre (14). Miljøet vil lettere bli preget av konkurranse med graderte karakterer, mens dagens studenter sårt trenger å lære samarbeid (15). Begrunnelsen for å gå bort fra bokstavkarakterer ved Johns Hopkins Medical School (på linje med de fleste eliteuniversitetene i USA, som Harvard, Yale, Stanford og Duke) var blant annet at de ønsket å unngå «... an unhealthy, competitive climate» (16).

Det er holdepunkter for at det er en rekke positive virkninger på læringsmiljø og studentatferd av bestått/ikke bestått, i alle fall hvis målene for vår legeutdanning omfatter mer enn tilegnelse av faktakunnskaper og praktiske ferdigheter. Det er ikke trivielt, verken med tanke på studiekvalitet eller senere yrkesliv, at fravær av graderte karakterer gir mindre angst og lavere stressnivå

blant studentene (17–19). Det er vesentlig at de trenes i samarbeid fremfor konkurranse. Det gjør stor forskjell for læringsutbyttet om arbeidet styres av taktiske eksamenshensyn eller av hva studentene selv oppfatter som viktig og interessant.

### Karakterer som tilbakemelding?

Studentene har krav på å få vite hvor de står, og dette brukes som argument for graderte karakterer. Effektive tilbakemeldinger er riktignok avgjørende i en læringsprosess, men *etter* at læringsperioden er over, er det oftest for sent. Det er ikke grunnlag for å bruke slik *summativ* evaluering som et pedagogisk virkemiddel, den kan bare begrunnes ved behovet for en kvalitetssjekk av studiet og dokumentering av at kandidatene har nådd et tilstrekkelig nivå.

Skal evaluering brukes for å fremme læring, må den være *formativ*, det vil si gis mens læringen pågår, ikke *etterpå*. Hvis tilbakemeldinger skal bidra til positiv endring, må de være saklige, spesifikke, veiledende og komme til riktig tidspunkt (20). En C til slutt i læringsprosessen tilfredsstillende ikke disse kravene. Effektive tilbakemeldinger er dessverre mangelvare både i studietiden og i turnus (21–23). Meg bekjent finnes det ikke forskning som viser at en bokstav eller et tall for prestasjonen *etter* en læringsperiode bedrer videre læring.

Graderte karakterer kan i verste fall bli en sovepute for travle lærere, som tror tilbakemeldingsbehovet er ivaretatt med en bokstav etter eksamen. Når enkelte likevel vil gjeninnføre graderte karakterer, er det kanskje ut fra håpet om en ikke-dokumentert generell effekt som får dem med dårlige karakterer til å ta seg sammen.

### En samlet vurdering

Innføring av graderte karakterer vil høyst sannsynlig ha liten betydning som hjelp til å skille mellom søkere til turnusplasser. Graderte karakterer kan ha betydelige negative virkninger på læringsmiljø, studieatferd og livslang læring.

Mine 40 år som lærer for medisinstudenter har overbevist meg om at graderte karakterer gjør det vanskeligere å nå viktige mål for legeutdanningen. Uansett eventuell betydning som seleksjonsverktøy burde hensynet til studiets kvalitet veid tyngst da avgjørelsen om gjeninnføring av graderte karakterer ved medisinstudiet i Oslo ble tatt. Likeledes bør studiets kvalitet veie tyngst hvis man vurderer å innføre graderte karakterer også i Trondheim og Tromsø.

Per Brodal  
pabrodal@gmail.com

Per Brodal (f. 1944) er professor emeritus ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Han var en av hovedaktørene bak studieplanen Oslo 96, som blant annet omfattet overgang fra graderte karakterer til bestått/ikke bestått ved medisinstudiet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### Litteratur

1. Uttalelse fra Norsk medisinstudentforening om ansettelse i turnustjenesten for leger. 14.4.2013. <http://legeforeningen.no/Student/Norsk-medisinstudentforening/Nyheter/2013/Uttalelse-fra-Norsk-medisinstudentforening-om-ansettelse-i-turnustjenesten-for-leger/> [19.5.2013].
2. Hamandsen K. Søknadsbasert turnustjeneste – hvem skal få jobb? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1288.
3. Fossmark R, Surén P, Waldum H. Karakterer bør gjeninnføres. Dagens Medisin 8.5.2013.
4. Frich J, Lundin KEA. Riktig med bokstavkarakterer i Oslo. Dagens Medisin 29.8.2013.
5. Gjersvik P. Bestått/ikke-bestått – en historisk parentes? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1549.
6. Hamdy H, Prasad K, Anderson MB et al. BEME systematic review: predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice. Med Teach 2006; 28: 103–16.
7. Fazio SB, Papp KK, Torre DM et al. Grade inflation in the internal medicine clerkship: a national survey. Teach Learn Med 2013; 25: 71–6.
8. Grade inflation at American colleges and universities. [www.gradeinflation.com/](http://www.gradeinflation.com/) [26.9.2013].
9. Kohn A. The case against grades. <http://montessoriprivateacademy.com/wp/wp-content/uploads/2013/01/alfie-kohn-article-from-educational-leadership.pdf> [26.9.2013].

10. Spring L, Robillard D, Gehlbach L et al. Impact of pass/fail grading on medical students' well-being and academic outcomes. Med Educ 2011; 45: 867–77.
11. Rohe DE, Barrier PA, Clark MM et al. The benefits of pass-fail grading on stress, mood, and group cohesion in medical students. Mayo Clin Proc 2006; 81: 1443–8.
12. White CB, Fantone JC. Pass-fail grading: laying the foundation for self-regulated learning. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2010; 15: 469–77.
13. Pulfrey C, Buchs C, Butera F. Why grades engender performance-avoidance goals: the mediating role of autonomous motivation. Educ Psychol 2011; 103: 683–700.
14. Pollio HR, Beck HP. When the tail wags the dog – perceptions of learning and grade orientation in, and by, contemporary college students and faculty. J Higher Educ 2000; 71: 84–7.
15. Stipek D. Education is not a race. Science 2011; 332: 1481.
16. Samuel MK. Johns Hopkins Medical School grading changes spark student concern. The Harvard Crimson 17.10.2002.
17. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. Mayo Clin Proc 2005; 80: 1613–22.
18. Støen Grotmol K, Gude T, Moum T et al. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). J Affect Disord 2013; 146: 106–11.
19. Gude T, Hjortdahl P, Anvik T et al. Does change from a traditional to a new medical curriculum reduce negative attitudes among students? A quasi-experimental study. Med Teach 2005; 27: 737–9.
20. van de Ridder JM, Stokking KM, McGaghie WC et al. What is feedback in clinical education? Med Educ 2008; 42: 189–97.
21. Danielsson K, Wiggen N. Fra bok til sengekant. Hvordan underviser våre fire universiteter medisinstudentene i klinisk medisin? Oslo: Det medisinske fakultet, 2006.
22. Hansen TS. Den gode A-legen og den dårlige E-legen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2150.
23. Losvik OK. Der den høyeste formen for ros er fravær av kritikk. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1690.

Mottatt 15.9. 2013, første revisjon innsendt 25.9. 2013, godkjent 30.9. 2013. Redaktør Matilde Risopatron Berg.

Publisert først på nett.