

Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

## Look to Norway!



Redaktør Charlotte Haug har i sin leder i Tidsskriftet nr. 1/2014 mye «klok kvinnes tale» (1). Jeg er glad for at vi har en så god analysator av dette helsevesenet vi alle er en del av på en så fremtredende plass i den medisinske offentligheten. Et stikkord for analysen er kompleksitet. Den kinesiske vismannen Laozi skal ha sagt: «Det sammensatte og kompliserte har sine røtter i det enkle.» Jeg tolker: Erkjenne det komplekse, gjøre det enkelt. Er dette en ultrakortform av en bruksanvisning for å få helsevesenet

til å virke? Alternativet kan være å bestemme seg for at det er enkelt, uten å ville se kompleksiteten. Det høres mer ut som norsk ikke-så-vis-manns-saksbehandler- forvaltnings- tale. Er det rett og slett også på tide å supplere evidensbasert medisin (EBM) med kompleksitetsbasert medisin (complexity based medicine, CBM)? Helt stuerent er det for tiden ikke med god klinisk skjønnsforvaltning.

Jeg er ikke så sikker på hvor langt sammenlikningen med New York rekker. New York er *ikke* bygd opp rundt et mål om fellesskap der man gjør hverandre gode. Grunnideen i «the big apple» er og blir å smi sin egen lykke. Solidaritets- og rettferdighetskravet ikke bare mangler, men er sett på som noe litt rart.

Finnes det andre velfungerende systemer å se til? Sjekk ut hvilken del av helsevesenet folk selv synes fungerer ok. Fastlegene er nøkkelen, fordi de er små kompetansesentre i kompleksitetsbasert medisin. Blant annet fordi vi nådeløst og hver dag må forsøke å gjøre det enklest mulig.

Jeg vet at det å skryte av seg selv kan virke litt bedrevitersk og kanskje eplekjekt. Veldig nær en tabu. Men jeg tror måten første-linjemedisinen i Norge er driftet på kan lære både oss og ordføreren i New York mye om smarte grep og rammer.

**Harald Sundby**  
har-su2@online.no

Harald Sundby (f. 1962) er fastlege ved Kalvskinnet legesenter og universitetslektor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Haug C. Helsebyen. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 5.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 24.1. 2014.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3119773/>

## Spørsmål som allerede er besvart

I G. Jamtvedt og medarbeideres kommentar i Tidsskriftet nr. 1/2014 (1) proklamerer forfatterne allerede i ingressen: «For å unngå sløsing med begrensede forskningsressurser og spare pasienter for unødig deltakelse i prosjekter bør forskning ikke gjennomføres hvis spørsmålet allerede er besvart.» Mitt spørsmål til forfatterne blir: Nicolaus Copernicus, Andreas Vesalius, Galileo Galilei forsøkte alle tre å besvare spørsmål som allerede var besvart. Burde ikke deres resultater vært publisert?

**Torggrim Sørnes**  
torggrim.sornes@gmail.com

Torggrim Sørnes (f. 1956) er overlege ved Akershus universitetssykehus, Kvinneklinikken. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Jamtvedt G, Lund H, Nortvedt MW. Kunnskapsbasert forskning? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 10–1.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 1.12. 2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3120042/>

## H. Lund og medarbeidere svarer:

Mange tak for kommentaren til vor artikkel om kunnskapsbasert forskning (1).

Kunnskapsbasert forskning er et begrep etablert med henblik på at forbedre kvaliteten af den forskning der gjennomføres og publiseres. Forudsætningen for god kvalitet i forskning er at forskningsaktiviteten bidrager med nødvendig ny viden, ikke nye spørgsmål. Et forskningsresultat bør kunne reproducere inden vi i praksis endeligt vælger at følge forskningsresultaterne. Det betyder selvfølgelig at det samme spørgsmål forsøges besvaret flere gange for at vi kan være sikre på at resultatet ikke er en enlig svale, men er troværdigt og holdbart. Forudsætningen for gennemførelse af systematiske oversigtsartikler er netop også at der findes flere studier der søger svar på det samme spørgsmål. Udfordringen er dog at vide hvornår nok er nok. En af de pointer vi ønsker at slå til lyd for med begrebet kunnskapsbasert forskning er netop at udvikle metoder til at finde en troværdig grænse for hvornår der er nok studier der har forsøgt at svare på et bestemt spørgsmål. Til gengæld vil denne indfaldsvinkel kunne give os mulighed for at blive mere specifikke i vore forskningsspørsmål. Et nyligt publiceret studie viser fx at allerede i 2002 var vi klar over at fysisk træning kan mindske smerter og forbedre funktionen hos personer med artrose i knæet/ene (2). Senere studier der forsøger at svare på om træning er effektiv synes derfor overflødige (dem er der nogen stykker af indenfor dette felt). Men vi kan dog *ikke* på baggrund af de studier identificere hvilke subgrupper der har bedst effekt, hvilke træningsformer der har bedst effekt eller hvilken dosis der er den mest optimale. Dette er nye forskningsspørsmål som skal besvares, omend de selvfølgelig relaterer sig til det oprindelige spørgsmål om træning er godt til personer med artrose i knæ.

Copernicus, Vesalius og Galilei stillede spørgsmål som man mente var besvaret. Imidlertid var deres specificering af spørgsmålene og metoderne de anvendte at besvare dem med nye og bidrog derfor med ny viden.

Kunnskapsbasert forskning er *ikke* at finde på nye spørgsmål, men på baggrund af helheden af den eksisterende viden formulere de relevante spørgsmål.

**Hans Lund**  
hlund@health.sdu.dk  
**Gro Jamtvedt**  
**Monica Nortvedt**

Hans Lund (f. 1958) er lektor ved Syddansk Universitet og professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gro Jamtvedt (f. 1957) er avdelingsdirektør i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Monica W. Nortvedt (f. 1959) er professor og prodekan for forskning ved Høgskolen i Bergen og leder av Senter for kunnskapsbasert praksis. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Jamtvedt G, Lund H, Nortvedt MW. Kunnskapsbasert forskning? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 10–1.
2. Uthman OA, van der Windt DA, Jordan JL et al. Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. BMJ 2013; 347: f5555.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 3.12. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3120042/>*

## Feilaktig avveining

Frich, Lundin og Os gjentar i sin kommentarartikkel argumenter for graderte karakterer, som de har fremført før i Tidsskriftet og i Dagens medisins (1). De gir inntrykk av en grundig avveining av ulike hensyn, men presenterer i virkeligheten en overfladisk og upresis analyse. Det er faktisk vanskelig å skjønne hvorfor de mener graderte karakterer er så viktig å gjeninnføre ved medisinstudiet i Oslo. De er nemlig lite konkrete på hva som er galt med bruk av bestått/ ikke bestått, og hva som derfor bør rettes opp. Betydningen for seleksjon ved jobbsøknad er høyst sannsynlig marginal, så det kan neppe være avgjørende for beslutningen, spesielt siden studentene (som jo dette gjelder) nesten enstemmig har gått imot.

Frich og medarbeidere må åpenbart mene at studentenes læringsutbytte skal bli vesentlig bedre med graderte karakterer, men ingen av artiklene de refererer gir holdepunkter for en slik konklusjon. De gir heller ingen nærmere presisering av hva de mener kjenner tegner et godt læringsutbytte i et medisinstudium.

De refererer til artikler som viser sammenheng mellom karakterer i studiet og senere prestasjon som lege, men «glemmer» å presisere at en samlet vurdering av litteraturen på området viser fra ingen til i beste fall moderat sammenheng.

Forfatterne hopper også altfor lett over de potensielt negative sidene ved graderte karakterer. De hevder blant annet at det er en myte at graderte karakterer dreier mot faktakunnskap, uten nærmere argumentasjon eller dokumentasjon. Hvordan kan de være så sikre på det? Jeg vil tro at de fleste som har erfaring med eksamensarbeid både med graderte karakterer og med bestått/ikke bestått har erfart det motsatte. Konkurransen studentene imellom anser de også som et argument for graderte karakterer. Positivt for læring av hva? Samarbeid og solidaritet? Utvikling av åpenhet og selvrefleksjon? Forståelse og dybdelæring?

Avveiningen som forfatterne gjør, er etter min mening feil: De overbetoner instrumentelle sider ved karaktersystemet, og legger alt for liten vekt på hva som gir best muligheter for å nå målene for et medisinstudium. Våre ambisjoner for studentene må være mer enn tilegnelse av fakta og ferdigheter som enkelt kan måles ved flervalgsprøver og OSCE-eksamen.

#### Per Brodal

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

Per Brodal (f. 1944) er professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Frich J, Lundin KEA, Os I. Karaktersystemet – avveining mellom ulike hensyn. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 14–5.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 20.12. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3120231/>*

## J. Frich og medarbeidere svarer:

I Tidsskriftet nr. 1/2014 hadde vi en kommentar om karaktersystemet på medisinstudiet i Oslo (1). Per Brodal, som var en sentral talsperson for å innføre bestått/ikke bestått på alle eksamener i forbindelse med den forrige revisjonen, er uenig i vårt syn og fakultets vedtak, og han mener at vår avveining mellom ulike hensyn er feilaktig.

Brodal kritiserer oss for å være lite konkrete på hva som er galt med bruk av karaktersystemet bestått/ikke bestått. Vårt syn er at bestått/ikke bestått ikke gir studentene en etterprøvable tilbakemelding på deres faglige nivå, motiverer ikke for å yte mer enn det som kreves for å bestå (selv om den indre motivasjonen vil være den viktigste drivkraften for læring hos de fleste), og gir ikke studentene mulighet til å dokumentere sitt faglige nivå overfor arbeidsgivere.

Det er ikke riktig, slik Brodal antar, at vi tror «studentenes læringsutbytte skal bli vesentlig bedre med graderte karakterer». Det vi har argumentert for er at det i fremtiden er nødvendig å sikre tilstrekkelig oppmerksomhet om medisinstudiet (1). I en situasjon med konkurranse om jobbene vil ekstrakurrikulære meritter vektlegges når det ikke gis graderte karakterer.

Når det gjelder sammenhengen mellom eksamensresultater og prestasjoner som lege, er vi kjent med en systematisk oversiktsartikkel som har gjennomgått artikler publisert inntil 2004 (2). Vi valgte å fremheve nyere forskningsbidrag. Det er riktig, som Brodal påpeker, at sammenhengen er moderat, men den er sterk nok til at de som vurderer søkere til utdanningsstillinger i USA vektlegger resultatene fra nasjonale eksamener. Vi mener at karakterer fra studiet bør kunne inngå som et element i en helhetsvurdering av søkerens samlede kompetanse (3). Halvparten av nyutdannede norske leger, inkludert de som er utdannet i utlandet, uteksamineres i dag med graderte karakterer på vitnemålet.

Vi er, i likhet med Brodal, oppmerksomme på potensielle negative virkninger av et gradert karaktersystem, og vi mener et kombinert system vil være den beste løsningen i dagens situasjon. Eksamen har stor innflytelse på studenters læring, og det kan være hensiktsmessig å bruke bestått/ikke bestått på noen eksamener og bokstavkarakterer på andre. Vi er mer optimistiske enn Brodal når det gjelder muligheten for å fremme dybdeforståelse og samarbeidsevner i et studium hvor det brukes graderte karakterer. Vi er helt enige i at vi skal ha høyere ambisjoner for studiet enn tilegnelse av fakta og ferdigheter som kan måles ved flervalgsprøver og klinisk stasjonseksamen. Bedring av mulighetene for fordypning og personlig utvikling er viktige ambisjoner i den reviderte studieplanen, Oslo 2014.

#### Jan Frich

[jan.frich@medisin.uio.no](mailto:jan.frich@medisin.uio.no)

#### Knut E.A. Lundin

#### Ingrid Os

Jan Frich (f. 1970) var prosjektleder for revisjonen av medisinstudiet ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, frem til august 2013, og er i studieåret 2013/14 Harkness fellow og gjesteprofessor ved Yale University. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Knut E.A. Lundin (f. 1958) er prosjektleder for revisjonen av medisinstudiet ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, fra august 2013. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ingrid Os (f. 1950) er prodekan for medisinstudiet og leder for styringsgruppen for revisjonen av medisinstudiet ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Frich J, Lundin KEA, Os I. Karaktersystemet – avveining mellom ulike hensyn. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 14–5.
2. 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.
3. Hva lærer du? [www.uio.no/studier/program/medisin/hva-lerer-du](http://www.uio.no/studier/program/medisin/hva-lerer-du) (3.1.2014).

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 3.1. 2014. <http://tidsskriftet.no/article/3120231/>*

>>>