

Utvikling av masterprogrammene ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin



Notat fra arbeidsgruppen

Høsten 2015

Forord

I mai oppnevnte Det medisinsk-odontologiske fakultet (MOF) en arbeidsgruppe som ble bedt om å komme med en konkret anbefaling om hvordan mastergradsutdanningene tilknyttet Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) kunne tilpasses dagens ressursituasjon og samfunnets behov.

Arbeidsgruppen hadde første møte i juni og har hatt jevnlig møter frem til desember. Først i august fikk gruppen en studentrepresentant. Hun deltok på sitt første møte i september. Det var uheldig at hun ble rekruttert så sent, for gruppen hadde allerede hatt ett møte og utviklet en hovedmodell som la føringer for resten av arbeidet. Studentrepresentanten har derfor lagt inn egne bemerkninger der de strider mot det resten av gruppen anbefaler.

I oppnevningensbrevet står det at arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i utdanningsstrategien til Institutt for global helse og samfunnsmedisin for perioden 2014-2018. Vi har i tillegg tatt utgangspunkt i Notat fra juni 2014, utarbeidet av en strategigruppe oppnevnt av instituttrådet ved IGS og bygget videre på anbefalingene derfra.

Vår rapport omhandler i hovedsak den foreslåtte Master i samfunn og helsevitenskap siden den representerer den største endringen sammenlignet med i dag.

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i at vi er oppnevnt av MOF, og dermed har vi bare beskrevet endringer på programnivå. Detaljer om innholdet i emner må beskrives av fagmiljøet.

Dette arbeidet har tatt lengre tid enn planlagt, hovedgrunnen for dette er regjeringen sitt vedtak om å legge ned kvoteordningen som mastergradene International Health and Oral Sciences er bygget opp rundt. Arbeidsgruppen måtte vente på signaler om en fremtidig ordning for denne type studenter før vi kunne konkludere.

Vi håper at dette notatet kan være til nytte i videre arbeid med masterprogrammene.

Innhold

Mandat.....	4
Med bakgrunn i strategirapporten vurdere usikkerhet og sårbarhet knyttet til studenttilstrømning til de ulike masterprogrammene	5
Fra Master i helsevitenskap til Master i samfunn og helsevitenskap.....	5
Internasjonal helse og Oral Sciences	7
I tråd med endringer i samfunnet, vurdere om mastergradsprogrammene er i harmoni med behov på kort og lang sikt	8
Helsevitenskap	8
Internasjonal helse	8
Vurdere og foreslå samarbeid med andre aktører (for eksempel andre fakultet, Høgskolen i Bergen og Universitetet i Oslo) som tilbyr nærliggende masterutdanninger og identifisere en rolle for IGS/MOF i de neste 10 år i dette landskapet	9
Vitenskapelige mastergrader	9
Klinisk og erfaringsbaserte masterstudier som vitenskapelige mastergrader	10
Klinisk master i manuellterapi for fysioterapeuter	10
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi	10
Vurdere hvilke mål vi bør ha for utdanningene, så som utdanning av lærere, spesialister innen helseprofesjonene, forskere, helsebyråkrater eller andre typer fagpersoner.....	11
Sikre at vår kompetanse på forskningsmetode, klinisk forskning, global helse, registre, utvikling av teorigrunnlag utnyttes på en optimal måte.....	11
Vurdere hvordan vitenskapelige mastergrader eventuelt bør samles i en felles grad med felles PU med studieretninger og hva som bør være en felles betegnelse og merkevare for en slik grad.....	12
Foreslå en overordnet struktur som ivaretar behovet både for vitenskapelige grader, for klinisk orienterte grader og for erfaringsbaserte grader.....	13
Studiemodell	13
Modell for ny masterstruktur	13
Klinisk orienterte grader.....	13
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi	13
Utdyping av forslag til vitenskapelig master	13
Studieretningen Epidemiologi/biostatistikk.....	13
Studieretningen i helsevitenskap	14
International Health and Oral Sciences	15
Veien videre	16
Vedlegg:	17
Referanser:	18

Mandat

Det medisinsk-odontologiske fakultet opprettet arbeidsgruppen for utvikling av masterprogrammene ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin.

Arbeidsgruppen fikk følgende mandat: «Å foreslå en struktur for mastergradsprogram og studieretninger som kan sikre at de faglige ressursene ved institutt og fakultet samlet sett utnyttes riktig og som svarer på de behovene som finnes ute i samfunnet.»

Arbeidsgruppen skulle ta utgangspunkt i følgende problemstillinger:

-Med bakgrunn i strategirapporten vurdere usikkerhet og sårbarhet knyttet til studenttilstrømning til de ulike masterprogrammene

-I tråd med endringer i samfunnet vurdere om mastergradsprogrammene er i harmoni med behov på kort og lang sikt

-Vurdere og foreslå samarbeid med andre aktører (for eksempel andre fakultet, Høgskolen i Bergen og Universitetet i Oslo) som tilbyr nærliggende masterutdanninger og identifisere en rolle for IGS/MOF i de neste 10 år i dette landskapet

-Vurdere hvilke mål vi bør ha for utdanningene, så som utdanning av lærere, spesialister innen helseprofesjonene, forskere, helsebyråkrater eller andre typer fagpersoner

-Sikre at vår kompetanse på forskningsmetode, klinisk forskning, global helse, registre, utvikling av teorigrunnlag utnyttes på en optimal måte

-Vurdere hvordan vitenskapelige mastergrader eventuelt bør samles i en felles grad med felles PU med studieretninger og hva som bør være en felles betegnelse og merkevare for en slik grad

-Foreslå en overordnet struktur som ivaretar behovet både for vitenskapelige grader, for klinisk orienterte grader og for erfaringsbaserte grader

Følgende personer ble oppnevnt til å sitte i gruppen:

- Berit Rokne, professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin
- Bente E. Moen, professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Senter for internasjonal helse
- Maurice Mittelmark, professor, HEMIL-senteret
- Erlend Nåmdal, førstekonsulent, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (sekretær)
- Marianne Giske Holvik, studentrepresentant master i helsefag.

Gruppens arbeid

Gruppen takker for oppdraget, og har laget en rapport med anbefalinger og råd for ny struktur for masterprogrammene tilknyttet Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS). Vi har tatt utgangspunkt i strategirapporten fra juni 2014, utarbeidet av en gruppe som ble oppnevnt av Instituttrådet ved IGS.

Gruppen anbefaler at det opprettes et nytt masterprogram, «Master i samfunn og helsevitenskap», som erstatning for «Master i helsevitenskap» som vi har i dag. Det nye programmet har to studieretninger: «Helsevitenskap» og «Epidemiologi og biostatistikk». Videre anbefaler gruppen at «Master of Philosophy in International Health» og «Master of Philosophy in Oral Sciences» fortsetter som eget masterprogram etter at en pågående prosess om endring til «Master in Global Health» er fullført. Når det gjelder Master i manuell terapi anbefaler gruppen at det blir utredet muligheter for et nærmere samarbeid med Høgskolen i Bergen. Master i helseledelse er et betalingsstudium og blir derfor ikke en del av den foreslåtte Master i samfunn og helsevitenskap.

Anbefalingene fra gruppen tar for seg struktur og organisering av masterprogrammene. Innholdet i den foreslåtte masteren, Master i samfunn og helsevitenskap, må utarbeides av relevante fag - og forskningsgrupper ved IGS.

Gruppen har drøftet de ulike problemstillingene i mandatet og med utgangspunkt i disse presenteres våre anbefalinger til masterprogramstruktur.

Med bakgrunn i strategirapporten vurdere usikkerhet og sårbarhet knyttet til studenttilstrømning til de ulike masterprogrammene

Fra Master i helsevitenskap til Master i samfunn og helsevitenskap

I tiden fra etableringen av Hovedfag i Sykepleievitenskap og Hovedfag i fysioterapivitenskap, senere utviklet til etablering av Master i helsevitenskap, har det de siste 10 årene blitt opprettet mange nye mastergrader i helsefag, både på de nye universitetene og i høgskolene. Tidligere var UiB og de andre store universitetene i Norge alene om å tilby master og doktorgrader i helsefag. Denne situasjonen er nå helt forandret. Dette har ført til en større konkurranse institusjonene imellom, og masterprogrammene på IGS har de siste årene hatt problemer med å fylle opp alle studie plassene som vist i tabell 1.

Tabell 1: Master i helsefag. Gjennomsnitt av opptakstall 2011-2015

Studieprogram	Studieplasser	Tatt opp	Aktive etter første semester
Fysioterapivitenskap	10	11	8,2
Sykepleievitenskap	15	11,8	7,2
Radiografer og bioingeniører	10	5	4,6
Genetisk veiledning*	10	12	7

*Opptak annethvert år

Det er et jevnt søkertall på rundt 3-4 søkere til hver studieplass, men det er en del som får tilbud som takker nei til studieplassen. Dette skyldes sannsynligvis at søkerne ofte søker på flere studier samtidig. Av de som takker ja, er det litt frafall første studieuke, enten at de ikke møter eller at de trekker seg etter de første ukene.

Gruppen ser det ikke som sannsynlig at konkurransen om studenter vil avta, siden studietilbudene ved de andre institusjoner øker. Dersom IGS fortsatt skal utdanne ulike helseprofesjoner på mastergradsnivå bør derfor IGS sin fagprofil tydeliggjøres. Det må komme tydelig fram hvorfor en student skal velge IGS og ikke et mastertilbud ved en høgskole eller et annet universitet.

Flere av studietilbudene andre steder enn ved IGS er profesjonsrettet med en spesifikk klinisk profil. Dette gjelder særlig studietilbudene ved høgskolene. Master i helsevitenskap ved IGS har i dag profesjonsrettede studieretninger selv om innholdskomponentene ved for eksempel sykepleievitenskap er mer tverrfaglig orientert enn tidligere. IGS må enten rendyrke profesjonsretningene i enda sterkere grad eller bygge broer mellom disse i en ny felles master. Flertallet i gruppen foreslår en Master i samfunn og helsevitenskap med to studieretninger som vil være tverrfaglige med innholdskomponenter som passer flere profesjoner, men som samtidig vil legge grunnlag for en masteroppgave rettet mot egen profesjon om ønskelig. Dette valget er basert på at det er høgskolene som i dag har bachelorutdanningene i helse- og sosial fag og høgskolene har derfor en større og bredere fagkompetanse for profesjonsrettede masterutdanninger enn den kompetansen IGS har i dag.

I tillegg vil en master i samfunn og helsevitenskap kunne dra nytte av den samlede kompetansen ved IGS. Gruppen mener at IGS framstår som et attraktivt institutt tematisk sett og som har flere svært gode forskningsmiljø som driver topp forskning innenfor sentrale tema relevant for samfunnsutvikling og helse nasjonalt og internasjonalt.

For å tiltrekke studenter som vil ha et annet tilbud enn kliniske profesjonsrelaterte tilbud bør IGS sitt tilbud tydeliggjøres som en vitenskapelig master med vekt på en selvstendig masteroppgave på 60 stp. Strategigruppen mener at en ny struktur for masterprogram må skille seg ut fra de mer profesjonsspesifikke mastergradene i innhold og innretning. Innholdet i mastergraden bør ta opp sentrale tema relatert til samfunn og helse både globalt og nasjonalt. I tillegg bør det legges opp til en sterk vitenskapsteoretisk og metodisk forankring som skal utdypes og tydeliggjøres i masteroppgaven.

Slik tilbudet ved instituttet presenteres i dag med egne profesjonsorienterte studieretninger kan det være vanskelig å skille disse fra Høgskolen sine kliniske masterutdanninger som primært bygger på kliniske videreutdanninger. En mastergrad med et bredere tematisk tilbud vil være et nytt og annerledes tilbud enn de som foreligger i Norge i dag, og som kan gi utvidede jobbmuligheter ut fra samfunnets behov i framtiden.

En mastergrad med en bredere tematikk kan bli mer krevende å markedsføre, og rekruttere studenter til. Dagens masterstruktur har gjennom navn og innhold en tydelig målgruppe, noe som kan bli litt mer utydelig med en bredere tematikk. Studentrepresentanten er bekymret for at modellen som er foreslått kan bli mer utydelig og ikke så attraktiv for studenter på de kliniske bachelorutdanningene. Dagens modell har vært et godt alternativ for de som ikke ønsker en klinisk masterutdanning da den gir en teoretisk og vitenskapelig spesialisering i for eksempel sykepleie og

fysioterapi som høyskolene per nå ikke tilbyr. Studentrepresentanten ønsker i tillegg at det skal være klart at hun og hennes medstudenter er uenig i at studietilbudet skal endres og foreslår at en for eksempel kan jobbe mer aktivt med rekruttering i stedet for å legge det ned. Profileringen av master i helsevitenskap med de ulike studieretningene er i dag lite informativ på nettsiden til UIB. En idé kunne være å profilere studiene gjennom de kliniske bachelorutdanningene på høyskolene slik at flere klinikere vet at tilbudet finnes, noe de fleste ikke gjør per i dag.

Studentrepresentanten mener videre at å fjerne den eneste teoretiske spesialiseringen som finnes for de ulike profesjonene (sykepleier, fysioterapeut, RAB) på Universitetet i Bergen vil ha konsekvenser for profesjonens posisjon og status og vil være en svakhet i et samfunn med økende behov for bemanning innen helsevesenet. At faget har muligheter for akademisk og vitenskapsteoretisk utvikling gjør det attraktivt for klinikere som ønsker å utvikle seg selv, profesjonen og dens kunnskapsgrunnlag og klinikken. Samtidig må det nevnes at for å jobbe tverrfaglig kreves det en sterk kunnskapsbase i eget fagfelt og en tydelig profesjonsidentitet.

Utvalget for øvrig mener at modellen som foreslås vil kunne profileres tydelig på en måte som også vil være attraktiv for kandidater med ulik profesjonsbakgrunn. Instituttet har en klar faglig profil i navnet og har klart definerte forskningsgrupper som ivaretar teoretisk og metodisk fordypning innenfor relevante helsefaglige problemstillinger. En ny struktur for masterprogram bør knyttets opp mot hele instituttets forsknings- og undervisningsprofil slik at en på den måten kan profilere et nytt masterprogram gjennom hele instituttet og ikke bare deler av det.

Utvalget for øvrig mener også at det må legges opp til aktiv rekruttering med klarere informasjon på universitetets nettsider, slik studentrepresentanten foreslår. Samtidig er resten av utvalget bekymret for en rekruttering inn mot de etablerte studieretningene ut fra de krav om studentmasse og stillinger som ligger i forslag til nye retningslinjer fra NOKUT (1). Som vist ovenfor så er studieplassene ved de ulike studieretningene ikke fylt opp. Dette gjør studietilbudet sårbart. Den nye modellen med to studieretninger legger opp til et bredere rekrutteringsgrunnlag som vil kunne øke antall studenter på hver studieretning. Selv om studieretningene ikke er knyttet til en spesiell profesjon så vil studentene kunne relatere både fag og metodekunnskap inn mot egen profesjon i drøftinger, oppgaver, valgemen og masteroppgave. I tillegg vil en tverrprofesjonell studentgruppe gi grunnlag for refleksjon om egen fagbakgrunn og meningsutveksling og brytning.

Internasjonal helse og Oral Sciences

Senter for internasjonal helse administrerer to masterstudier, Master of Philosophy in International Health og Master of Philosophy in Oral Sciences. Disse to studiene har felles undervisning i første semester. Disse to studiene har til sammen 25 studieplasser med årlig opptak. Sommeren 2015 ble det besluttet å fusjonere disse to studiene til «Master of Global Health», for å redusere sårbarheten. Prosessen er i en slutfase.

De fleste studentene på disse to studiene har vært kvotestudenter. Dette er studenter fra lav- og mellominntektsland (LMIC), som har hatt en egen stipendordning. Studiet har hatt svært mange søkere fra LMIC. Antall norske søkere er også mange, men de norske studentene har så langt bare blitt tatt opp hvis det har vært plasser ledig når de utenlandske søkerne er tatt opp. Det finnes få lignende studietilbud i Norge.

Kvotordningen stanses i 2015, og nye studenter blir ikke tatt opp med denne type stipend. Vi har fått vite at to nye program for studenter vil bli utlyst tidlig på året 2016 med mulig opptak av studenter i 2017. Det ene programmet er et «Partnerskapsprogram» der det vil bli lagt vekt på å etablere fellesgrader (både master og PhD) med LMIC, det andre programmet vil inkludere BRIKS-land (Brasil, Russland, India, Kina og Sør-Afrika). Det er usikkerhet knyttet til disse nye programmene, og vi vet ikke sikkert hvor mange studenter fra LMIC som SIH kan få finansiert via disse. Det kan imidlertid se ut som om de nye programmene gjør det lettere å skaffe midler til norske studenter som kan reise til LMIC og utføre feltarbeid; noe vi har savnet.

I tråd med endringer i samfunnet, vurdere om mastergradsprogrammene er i harmoni med behov på kort og lang sikt

Helsevitenskap

Gruppen mener at samfunnsmandatet til masterprogram i helsevitenskap er ved en skillevei. IGS har gjennom år vært med å utdanne høgskolelektorer og senere førsteamanuenser som et ledd i å bygge opp kompetansen i høgskolesystemet. Videre har IGS sine kandidater også bidratt til kompetanseheving inn i spesialisthelsetjenesten.

IGS bør nå ha som fokus å drive kunnskapsutvikling rettet mot å løse samfunnsmessige utfordringer innen helse og helsetjenesten og ikke tenke kompetanseheving på samme måte som før. Med IGS sin faglige bredde og høyt kompetente forskningsgrupper innen samfunn og helse har instituttet en unik mulighet til å være i front på forskning som etterspørres fra samfunnets side. Forskning i kommunehelsetjenesten etterspørres i økende grad. Med den kompetansen IGS samlet sett har vil IGS her ha et fortrinn også med tanke på etablering av nytt Kommunalt pasientregister (2).

Noen få norske studenter i RAB- gruppen har blitt tatt opp og fått undervisning i yrkeshygiene. De har delvis studert sammen med en tilsvarende gruppe studenter innen internasjonal helse. Behovet for norske yrkeshygienikere er synkende med redusert industriell aktivitet og oljevirkosomhet i Norge, men behovet er stort i lavinntektsland. Tilbudet foreslås opprettholdt dersom slike studenter fortsatt kan inkluderes i en gruppe internasjonale studenter. Det ligger til rette for dette nå, siden det sannsynligvis vil bli rom for å ta opp flere norske studenter i studietilbudet internasjonal helse.

Internasjonal helse

Studenter fra LMIC vil bli rekruttert fra samarbeidsland. Disse studentene utdannes hovedsakelig til universitetsstillinger i sine hjemland, alternativt til administrative stillinger innen helse. Dette er en svært viktig kompetansebygging ved de enkelte universitetene i samarbeidslandene. De norske studentene som utdannes kan f.eks. brukes i sykehusarbeid der det skjer utveksling av ansatte til sykehus i lavinntektsland, i arbeid i frivillige organisasjoner eller i administrative stillinger relatert til bistands arbeid eller arbeid med flyktninger. Det antas at behovet for kompetanse innen internasjonal helse vil øke i Norge, i takt med økt antall flyktninger som kommer hit. I rapporten HelseOmsorg21 er globale helseutfordringer nevnt spesielt som en oppgave der norske fagmiljøer

innen medisin, helse, teknologi, naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora bør engasjere seg mer, bl.a. gjennom kompetansebygging i LMIC.

Vurdere og foreslå samarbeid med andre aktører (for eksempel andre fakultet, Høgskolen i Bergen og Universitetet i Oslo) som tilbyr nærliggende masterutdanninger og identifisere en rolle for IGS/MOF i de neste 10 år i dette landskapet

Vitenskapelige mastergrader

Arbeidsdelingen mellom andre aktører og IGS ligger i at IGS satser på vitenskapelige masterprogram som har en annen innretning enn de profesjonsspesifikke ved f.eks. HiB. Dette utelukker ikke at studenter fra HiB (og andre institusjoner) kan ta valgfrie tema på tvers av institusjonene og studieprogrammene. I tillegg er det viktig å finne mulige samarbeidsformer for de mer kliniske tilbudene IGS har i dag som tilsier at deler av studiet kan tilbys ved ulike institusjoner

HiB er en helt naturlig samarbeidspartner også i arbeidet fram mot helseklynge på Årstadvollen (3). I tillegg bør samarbeid med UiO og tilsvarende miljø formaliseres for utveksling av valgfrie kurs.

IGS har gode forskningssamarbeid med verdensledende universiteter, dette forskningssamarbeidet må også utvides til å gjelde studentutveksling. Det må legges til rett for at de som ønsker å skrive masteroppgaven tilknyttet ett av disse forskningsprosjektene også kan få mulighet til å oppholde seg deler ved disse universitetene deler av masterløpet. Innføring av valgemner vil åpne opp for dette, men masteroppgaven bør også kunne skrives i tilknytning til internasjonale prosjekt.

Internasjonal helse arbeider i samarbeid med en rekke institusjoner i lavinntektsland. Disse relasjonene bør utvikles videre., og man bør også arbeide for å utvikle relasjoner til BRIKS-landene. I de to nye programmene som vi venter vil komme i 2016, er det sannsynlig at det blir lagt vekt på slike partnersamarbeid, og det vil f.eks. bli satset på å etablere delte gradssamarbeid mellom norske universiteter og universiteter i LMIC. Senter for internasjonal helse vil i tillegg arbeide for et mer tverrfakultært samarbeid om undervisningen, både ved IGS og generelt ved UiB. Senteret er tverrfakultært, og har store muligheter for å utvikle kurstilbud på tvers av fag og fakultet. Senteret har også samarbeid med universitetene i Tromsø, Trondheim og Oslo som kan utvikles videre dersom det blir gitt ressurser til dette.

De vitenskapelige mastergradene som foreslås er Master i samfunn og helsevitenskap (med studieretningene epidemiologi/biostatistikk og helsefag) og Master of Philosophy in international health (som endres til Master in Global Health i 2016) (se vedlegg).

Studieretningen i helsevitenskap vil erstatte dagens studieretninger innen sykepleievitenskap, fysioterapivitenskap, genetisk veiledning og RAB-fag. Ut fra egenarten til genetisk veiledning og RAB fagene bør organiseringen av disse sees på spesielt. En mastergrad i genetisk veiledning gir i dag kompetanse som genetisk veileder. Slik programmet nå er organisert, vil store deler passe inn den foreslåtte mastermodellen, men det vil for å ivareta den kliniske kompetansen som veileder være et behov for egen fagspesifikk undervisning i 2 semester. Det pågår også en vurdering om hvorvidt dette programmet skal legges om eller ikke, og om det skal innføres praksis i studiet. Dersom praksis

innføres, vil dette mest sannsynlig kreve en reduksjon i masteroppgavens omfang og programmet vil bli mer likt Klinisk master i manuellterapi i oppbygning.

Gruppen anbefaler at det legges opp til utredninger om samarbeid med Klinisk institutt 2 og seksjon for klinisk genetikk på Haukeland Universitetssykehus.

Mastergrad i RAB-fag vil og kunne inngå i Master i helse og samfunn, studieretning helsevitenskap. Slik det fungerer i dag så tilbys ikke fagspesifikke emner fra IGS i denne studieretningen. Studentene velger selv fagspesifikke emner, og det har det siste året kommet på plass en avtale med Høgskolen i Bergen som tilbyr fagemner til radiografene. Bioingeniørene velger selv emner ved andre institutt eller fakultet ved UiB. RAB-studenter som er radiografer blir veiledet av fagpersoner tilknyttet Radiologisk avdeling på HUS og klinisk institutt 2. Bioingeniørene blir veiledet av fagmiljøet på Noklus.

Samarbeidet med HiB og K2 og Noklus bør opprettholdes for å sikre god veiledning og godt tilbud om valgemner for denne studentgruppen.

Klinisk og erfaringsbaserte masterstudier som vitenskapelige mastergrader

Gruppen har drøftet de klinisk orienterte og erfaringsbaserte masterprogrammene separat i den følgende teksten, fordi disse programmene vil medføre ulike utfordringer i forhold til de vitenskapelige mastergradene som har en annen struktur og innhold.

Klinisk master i manuellterapi for fysioterapeuter

Dette programmet er vanskelig å tilpasse de andre programmene ut fra fagprofil og struktur. De fagspesifikke emnene (inkludert klinisk undervisning) som inngår er mindre relevant for de andre studieretningene som er mer teoretisk orientert og som er mer profesjonsuavhengig samt at masteroppgaven utgjør 30 stp. Slik gruppen ser det så bør dette tilbudet fortsatt bli stående som et frittstående masterprogram, men det må legges opp til mest mulig fellesundervisning med andre masterprogram og profesjonsstudier på fakultetet. Masterprogrammet har veldig god rekruttering og med 22 studieplasser kan det ut fra størrelse være et frittstående masterprogram. Rent faglig sett er ikke dette nødvendigvis optimalt ut fra foreslåtte fagprofil for nytt masterprogram samt ut fra de faglige ressursene som er tilknyttet studiet. Gruppen mener imidlertid at tilbudet vurderes med hensyn til institusjonsplassering ut fra faglige tilknytningspunkter. Høgskolen i Bergen er en viktig samtalepartner her for å drøfte om det er mulig å styrke programmet gjennom samarbeid med andre masterprogram for fysioterapeuter ved Høgskolen i Bergen. Dersom fagmiljøet ser for seg andre tilknytnings- og utviklingsmuligheter bør disse også drøftes separat.

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi er en erfaringsbasert mastergrad på 90 studiepoeng, og er en del av UiB sitt etter og videreutdanningstilbud. Studentene tar tre frittstående emner som de kan bruke som grunnlag til å søke opptak til masteroppgaveemnet som er på 30 stp. Det er vanskelig å kombinere denne masterutdanningen med andre masterprogrammer siden den er et betalingsstudium. Det som kan gjøres er, så langt regelverket tillater, å ha felles undervisning i metodeemner med andre programmer. Det må også være et mål at forskningsgruppene på instituttet bidrar med undervisning og veiledning av denne studentgruppen. Det vil sikre en bedre integrering av studiet i instituttstrukturen og samtidig etterkommer vi kravene fra NOKUT om andel fast ansatte med førstekompetanse.

Kompetansen og tematikken innen denne mastergraden er av særlig interesse for internasjonal helse, men samarbeidet har så langt ikke blitt etablert siden undervisningen i helseledelse er kun på norsk og det er praktiske vanskeligheter med samarbeidet pga. betalingsordningen.

Vurdere hvilke mål vi bør ha for utdanningene, så som utdanning av lærere, spesialister innen helseprofesjonene, forskere, helsebyråkrater eller andre typer fagpersoner

Overordnede mål for utdanningene er at ferdige kandidater har kunnskaper, ferdigheter og kompetanser som kan være med å videreutvikle helsetilstanden og helsetjenestene nasjonalt og internasjonalt. Kunnskapsbaserte endringer og kunnskapsbasert praksis er nedfelt i offentlige dokumenter. Kandidatene vil kunne bidra med kunnskapsutvikling med variert metodikk og kunnskapsformidling i forhold til samfunn og helse nasjonalt og internasjonalt

Foreslått mastergrad i samfunn og helsevitenskap og internasjonal helse vil gi grunnlag for flere karriereveier. Det er nok realistisk å tenke at kun et fåtall vil velge/ha muligheter for en forskerkarriere. Andre karriereveier vil være undervisning innen høgskolesystemet/videregående skoler. I tillegg vil studieretningene kvalifisere for jobb innen offentlig forvaltning og private organisasjoner.

Norske studenter som utdannes i internasjonal helse kan f.eks. brukes i sykehusarbeid der det skjer utveksling av ansatte til sykehus i lavinntektsland, i arbeid i frivillige organisasjoner eller i administrative stillinger relatert til bistands arbeid eller arbeid med flyktninger. Det er stort behov for utdanning av studenter fra LMIC , for lokal kompetansebygging i institusjoner der.

For studenter med bachelorgrad i fysioterapi er det også viktig at mastergraden blir godkjent inn i spesialistutdanningen til fysioterapeuter (4)

Sikre at vår kompetanse på forskningsmetode, klinisk forskning, global helse, registre, utvikling av teorigrunnlag utnyttes på en optimal måte

Gruppen mener at de ulike studieretningene utnytter IGS sin samlede fagkompetanse. Forskning og undervisning vil her være sterkt knyttet og danne grunnlag for forskningsbasert undervisning. Studentene vil også ha valgmulighet for flere samfunnsrelevante tematikker som grunnlag for mastergradsoppgaven.

Den anbefalte strukturen vil bli i større grad enn i dag knyttet til hele instituttets fagprofil, og det vil bli en større grad av tilknytting til alle forskningsgrupper enn i dag. Dette vil i også gjøre masterstudentene til en mer synlig gruppe på instituttet. Slik det er i dag er masterstudentene tilknyttet deler av fagmiljøet og det er lite veiledning på tvers av forskningsgruppene, tross et aktivt forsøk på å hente inn prosjekter fra hele instituttet. De det har vært veileder på tvers av faggrupper

er resultatene gode og med den nye strukturen er det muligheter for å videreføre dette på en mer strukturert måte.

Selv om det legges opp til en revisjon i innhold i en Master i samfunn og helsevitenskap og de profesjonsrettede studieretningene erstattes av nye studieretninger vil det være viktig at studentene får informasjon om at det er mulig og ønskelig at de i masteroppgaven har fokus på sentrale problemstillinger til eget fag/yrke.

Vurdere hvordan vitenskapelige mastergrader eventuelt bør samles i en felles grad med felles PU med studieretninger og hva som bør være en felles betegnelse og merkevare for en slik grad

Gruppens forslag innebærer en mastergrad i samfunn og helsevitenskap med 2 studieretninger; helsevitenskap og epidemiologi/statistikk. Første semester bør være felles, med et introduksjonsemne, vitenskapsteori, statistikk og forskningsmetode.

Spesialiseringen skjer i fagspesifikke emner på de ulike studieretningene og masteroppgaven.

Det blir lagt opp til større fagspesifikke emner på tvers av profesjoner, tema kan være helseutfordringer, helse prioritering, intervensjoner, sykehjem/eldre og brukermedvirkning, men det er ikke lagt noen føringer på innhold i mastergradene fra strategigruppen sitt forslag. Gruppens forslag er at aktuelle fagpersoner som vil være ansvarlig for undervisning og veiledning ved de ulike studieretningene utformer en studieplan inkludert emneoversikt.

Gruppen ser det som naturlig at det er et felles Programutvalg for begge studieretningene. De mer klinisk orienterte samt den erfaringsbaserte masteren bør og være en del av felles PU dersom der er noe fellesundervisning. Internasjonal helse er et eget program og bør ha eget programutvalg.

Merkevare for den vitenskapelige masteren grad bør være å synliggjøre relevante miljø/tema innen samfunn og helse og tydeliggjøre kvaliteten på tilbudene (tilknytning forskergruppe, internasjonal profil, samfunnsnytte) For de andre mastertilbudene må det være en tydelig markedsføring av deres særtrekk.

Internasjonal helse og Oral Sciences er allerede i en prosess for å bli fusjonert til Global Health. Denne graden er engelskspråklig. Nesten alle kursene i helsevitenskap er på norsk. Dette gjør det vanskelig å samle helsevitenskap sammen med internasjonal helse. Den fusjonerte masteren ved SIH anbefales derfor å bli beholdt som den er, da den er svært vellykket. Ressursene på senteret brukes optimalt, resultatene er gode og studentene utdannes til nyttig arbeid. Studentene fra LMIC har vesentlig større behov for støttefunksjoner og hjelp enn norske studenter, noe som også er av betydning for vurderingen. Men situasjonen for dette studiet bør revurderes dersom SIH ikke lykkes i å få tilslag på søknader som gir stipender for studenter fra lavinntektsland i de to nye partnerskapsprogrammene.

Foreslå en overordnet struktur som ivaretar behovet både for vitenskapelige grader, for klinisk orienterte grader og for erfaringsbaserte grader

Gruppens anbefalinger deles opp i 1) vitenskapelige grader, 2) kliniske orienterte grader og 3) erfaringsbasert master.

Studiemodell

Gruppen foreslår med utgangspunkt i nåværende masterstruktur for vitenskapelige grader et nytt masterprogram, Master i samfunn og helsevitenskap med 2 studieretninger; helsevitenskap og epidemiologi/biostatistikk samt et eget masterprogram i Internasjonal helse.

Modell for ny masterstruktur

Gruppen har drøftet muligheten for ett felles masterprogram med internasjonal helse som en av tre studieretninger, men mastergraden i internasjonal helse har tradisjonelt hatt en annen innretning på grunn av studentgruppens bakgrunn og behov, med undervisning kun på engelsk. Studentgruppen har så langt hovedsakelig bestått av studenter fra lavinntektsland som aldri har vært i Bergen eller Norge før, noe som krever spesiell oppfølging, særlig det første året. I modellen er internasjonal helse derfor et masterprogram med eget opptak. Det er lagt opp til at strukturen for dette programmet skal bli mest mulig lik det andre programmet slik at studentene kan ta emner på tvers av masterprogrammene. Dette krever imidlertid at kurs i den norske masteren blir holdt på engelsk.

Klinisk orienterte grader

Klinisk master i manuellterapi for fysioterapeuter har en egen struktur, mastergraden har en hovedvekt av klinisk undervisning og masteroppgaven er på 30 studiepoeng. Dette gjør det vanskelig å legge om dette programmet for å tilpasse det de andre mastergradene. Strategigruppen har derfor valgt å beholde denne mastergraden som eget program, men foreslå en tydelig kobling mot det kliniske miljøet på Høyskolen i Bergen i den videre utvikling av denne masteren.

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Denne mastergraden er en erfaringsbasert mastergrad på 90 studiepoeng. Denne mastergraden har en masteroppgave på 30 studiepoeng og 3 emner som utgjør den fagspesifikke delen. Det vil ikke være mulig å tilpasse denne til de andre masterprogrammene. Dette er et betalingsstudie så det kan også pga. finansieringsmodellen til UiB føre til juridiske utfordringer ved å samle denne studentgruppen med de andre masterstudentene.

Utdyping av forslag til vitenskapelig master

Studieretningen Epidemiologi/biostatistikk

Epidemiologi/biostatistikk er foreslått både fordi det ikke er et utbredt mastertilbud nasjonalt, samt at IGS har et meget sterkt fagmiljø innenfor dette feltet. Både forskning i toppklasse internasjonalt og gode undervisningsressurser i epidemiologi gjør det naturlig at det må tilbys emner og spesialisering i dette fagfeltet for masterstudenter. Behov for denne type kompetanse tydeliggjøres bl. a. gjennom

- 1) Registerforskning som et prioritert område; Norge har et fortrinn med data fra registre (slik som Kreftregisteret, Medisinsk Fødselsregister og Reseptregisteret) og befolkningsstudier (HUNT, MorBarn studien).
- 2) HelseOmsorg 21(5) Helsedata som nasjonalt fortrinn er ett av 10 punkt i Regjeringen sin handlingsplan HelseOmsorg21. HelseOmsorg21 har som mål å gjøre tilgangen til helseregisterforskningen enklere, og forenkle kobling av data.
- 3) Etableringen av et Kommunalt helse og omsorgsregister; Det er også ønske om å etablere et Kommunalt helse og omsorgsregister for at man i framtiden skal få mer kunnskap om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. I St meld 26 (2014-15)(6). I primærhelsetjenestemeldingen (kap 19) står at opplysningene i registeret skal være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser i tillegg til kvalitetsforbedring og forskning. Det bør kunne forventes at registeret vil kunne gi kunnskap om forekomst av sykdom og risikofaktorer, fordeling, bruk og kvalitet på helse- og omsorgstjenester, effekten av endringer i styring av tjenestene og effekten av primær- og sekundær forebyggende tiltak.
- 4) Etablering av nasjonale kvalitetsregistre; data fra nasjonale kvalitetsregistre skal også i større grad danne utgangspunkt for forskning. Per i dag har Norge ca 50 (7) kvalitetsregistre for en rekke ulike sykdommer og tilstander.
- 5) I St melding 19 (2014-15)(8) Folkehelsemeldingen påpekes at folkehelsearbeidet ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert.

Alle ovennevnte punkter viser behovet for et sterkt analysemiljø. Flere av forskningsgruppene og sentrene ved instituttet driver i dag registerforskning på avansert nivå og vil kunne rekruttere og veilede masterstudenter innen dette området. Nære samarbeidspartnere vil være Folkehelseinstituttet som har fått utvidet mandat fra og med 2016 til å drive med analyser og forskning for helsetjenestene. I tillegg vil UNI Research helse ved Allmennt medisinsk forskningsenhet (AFE), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Regionalt kunnskapscenter for barn og unge (RKBU Vest) være aktuelle samarbeidspartnere. Lokalt finnes også flere registre slik som NOKLUS - Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus, MS – register, Diabetes register og Nasjonalt register for leddproteser. Fagsenter for Pasientrapporterte data i Helse Bergen er tillagt en nasjonal funksjon for å motivere og veilede til «pasientrapporterte data» (PROM) i de nasjonale kvalitetsregistre.

Registerforskning vil være nyttig både for medisinsk og helsefaglig kunnskapsutvikling. En slik studieretning vil rekruttere på tvers av fag og profesjonsgrenser.

Studieretningen i helsevitenskap

Den foreslåtte Studieretningen i helsevitenskap er tenkt som en tverrfaglig studieretning der vi går bort fra dagens inndeling i fagdisipliner som sykepleie, fysioterapi og RAB-fag. Begrunnelsen for dette er primært faglig i den forstand at tverrfaglig fagutvikling og forskning er etterlyst samt at det vil gi studiet en større kritisk masse av studenter og ansatte.

I den foreslåtte studieretningen skal studentene tilegne seg dypere innsikt i teorigrunnet for helsefagene og samspillet helse og samfunn. Videre vil helsetjenestens utfordringer og vilkår for profesjonsutøvelse på tvers av fag stå sentralt. Stadig større vektlegging på brukermedvirkning i

helsetjenesten og i forskning bør få en sentral plass. I mastergradsoppgaven kan studentene knytte denne kunnskapen opp mot problemstillinger i egen fagdisiplin.

Samfunnets kunnskapsbehov for å løse framtidens helsetjenester skisseres i ulike offentlige dokumenter slik som:

1. St meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen med fokus på samarbeid og samhandling
2. St meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg med vekt på utvikling av nye omsorgsformer
3. HelseOmsorg 21 strategien hvor målet er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester.
4. St melding 19 (2014-15) Folkehelsemeldingen påpekes at folkehelsearbeidet ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert

Disse dokumentene må danne grunnlag for innholdskomponenter som er profesjonsovergrepene med fokus på ulike nivå i helsetjenesten. Flere av emnene som i dag undervises ved de ulike studieretningene vil kunne passe inn i den nye studieretningen. Samtidig vil det være behov for en gjennomgang av innholdet sett i lys av kompetansen innenfor helsefagene samt tematikken for de aktuelle forskningsgruppene studentene skal være tilknyttet. I tillegg til det faglige tematiske innholdet vil en sterk metodekunnskap være nødvendig. Ved instituttet er det høy metodekunnskap både når det gjelder kvalitativ og kvantitativ metodikk.

Strategigruppen mener at denne studieretningen kan bli et godt alternativ for de som ikke ønsker å ta en klinisk mastergrad ved høgskolene. Kunnskapsgrunnlaget for denne masteren vil være en akademisk tilnærming til helse, sykdom og samfunn. Denne studieretningen vil også kunne tilby studentene andre fordypningstemaer enn i dag. Både foreslåtte studieretning i epidemiologi og internasjonal helse vil ha emner som kan være en del av det valgfrie innholdet. Institutt for helse og samfunn ved UiO har en master i helsefagvitenskap som vil være en naturlig samarbeidspartner når det gjelder valgfrie emner.

Når det gjelder dagens studieretninger; genetisk veiledning og RAB-fagene vil disse kunne inngå i den nye studieretningen helsevitenskap

International Health and Oral Sciences

Det foreslås at prosessen for å fusjonere disse to studiene til «Global Health» fullføres, og at studiet fortsettes som en engelskspråklig grad. Den fusjonerte masteren ved SIH anbefales i første omgang å bli beholdt som den er, da den er svært vellykket. Ressursene på senteret brukes optimalt, resultatene er gode og studentene utdannes til nyttig arbeid. Men situasjonen for dette studiet bør revurderes dersom SIH ikke lykkes i å få tilslag på søknader i de to nye programmene som kommer som vil gi stipender for studenter fra lavinntektsland.

SIH har imidlertid et ønske om at studentene kan få flere valgfrie kurs, og håper på et bedre samarbeid med de andre fagmiljøene om dette. Det er ønskelig at kurs ved andre mastergrader ved

IGS kan bli holdt på engelsk og bli tilgjengelige for SIH-studentene som valgfrie kurs. Dette betinger at kursporteføljen i mastergradene harmoniseres mer enn i dag, f.eks. at de revideres slik at de har samme lengde slik at valgfrie kurs lett kan settes sammen til en helhet selv om de velges fra forskjellige mastergradsprogrammer.

Veien videre

Anbefalingene fra gruppen ivaretar deler av den masterstrukturen som er i dag, men foreslår samtidig en ny master i samfunn og helse. Gruppen ser fram til fakultetets videre behandling av saken. Dersom den foreslåtte strukturen blir vedtatt mener gruppe det er viktig å involvere fagmiljøene ved IGS bredt til utforming av ny studieplan.

Vedlegg:

Forslag til oppbygging av nytt studieprogram:

Masterprogram	Studieretning	Emner				
Master i samfunn og helsevitenskap	Helsevitenskap	Introduksjon	Statistikk	Forskningsmetode	Vitenskapsteori	1. semester
		Valgemene 1	Valgemene 2	Fagspesifikk 1	Fagspesifikk 2	2. semester
		Masteroppgave				3. semester 4. semester
	Epidemiologi/ Biostatistikk	Introduksjon	Statistikk	Forskningsmetode	Vitenskapsteori	1. semester
		Valgemne 1	Valgemne 2	Fagspesifikk 1	Fagspesifikk 2	2. semester
		Masteroppgave				3. semester 4. semester
Master of Philosophy in International Health	International Health	Major Global Health	Statistics	Research Tools and Methods	Health systems	1. semester
		Elective 1	Elective 2	Elective 3	Elective 4	2. semester
		Master Thesis				3. semester 4. semester

Referanser:

1. <http://www.nokut.no/>
2. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablerer-kommunalt-pasient--og-brukerregister/id2426304/>
3. <http://ekstern.filer.uib.no/ledelse/strategi.pdf>
4. <https://fysio.no/Forbundsforisiden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning/Hva-kreves-for-aa-bli-spesialist/Fysioterapifaglig-helsefaglig-master>
5. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/handlingsplan-for-helseomsorg-21--klar-hosten-2015/id2364332/>
6. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1&q=>
7. <http://www.kvalitetsregistre.no/kvalitetsregistre/>
8. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?ch=1&q=>