



MASTERPROGRAMMER I HELSEFAG

Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin (IGS)

Strategigruppens notat

Juni 2014

INNHOLD

1. Mandat	s. 4
2. Gruppens anbefalinger	s. 5
3. Masterprogrammer i helsefag ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) – kort historikk	s. 6
3.1. Masterprogram i helsefag	s. 6
3.2. Master in Philosophy in International Health	s. 7
3.3. Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi	s. 7
4. Utviklingstrekk helse- og utdanningspolitisk	s. 8
5. Nærmere beskrivelse av masterprogrammene ved IGS	s. 11
5.1. Masterprogram i helsefag: Om faktagrunnlaget og konkurransesituasjonen for den enkelte studieretning	s. 12
<i>5.1.1. Studieretning sykepleievitenskap</i>	s. 12
<i>5.1.2. Studieretning fysioterapivitenskap</i>	s. 14
<i>5.1.3. Klinisk master i manuellterapi for fysioterapeuter</i>	s. 15
<i>5.1.4. Studieretning genetisk veiledning</i>	s. 16
<i>5.1.5. Studieretning RAB-fag</i>	s. 17
5.2. Master of Philosophy in International Health og Master of Philosophy in Oral Sciences – mer om faktagrunnlaget og konkurransesituasjonen	s. 18
5.3. Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi: Om faktagrunnlaget og konkurransesituasjonen	s. 19
6. Mulige modeller for masterprogrammer i helsefag ved IGS	s. 20
6.1. «Paraplymaster» i helsevitenskap/global helse ved IGS?	s. 20
6.2. Dele masterstudiene ved IGS inn i Masterprogram i helsevitenskap, Master of Philosophy in International Health, Klinisk masterprogram i helsefag og Erfaringsbasert master i helseledelse	s. 21
6.3. Sentrale momenter å diskutere på tvers av programmene	s. 22
<i>6.3.1. Undervisningstilbud på tvers av masterprogrammene? Utnyttelse av undervisningsressurser, faglige og pedagogiske hensyn</i>	s. 22
<i>6.3.2. Økt fleksibilitet – økt omfang av elektive emner i og på tvers av programmene</i>	s. 23

6.4. Spesifikke momenter å diskutere for Masterprogram i helsefag	s. 24
7. Master i Public Health/folkehelsevitenskap ved IGS?	s. 24

VEDLEGG

I. Masterprogrammer og emneportefølje, IGS

II. Studenttall ved det enkelte masterprogram, IGS

III. Modell for undervisning i forskningsmetode og vitenskapsteori ut fra tradisjonstilhørighet

1. Mandat

Instituttrådet, i sak 8/13, gav følgende mandat til gruppen:

Instituttet ønsker en gjennomgang av porteføljen og innretningen av mastergradsutdanningene for å vurdere om vi utnytter de faglige ressursene riktig og svarer på de behovene som finnes ute i samfunnet. Mastergradsprogrammene har ikke vært gjennom en revisjon siden de ble startet opp, selv om noen nye programmer er kommet til etter hvert.

Gjennomgangen skal ta utgangspunkt i en analyse av dagens situasjon, som vil innebære å vurdere spørsmål som usikkerhet og sårbarhet knyttet til studenttilstrømning til de ulike masterprogrammene, og hva som er samfunnets behov framover. Det bør inngå i vurderingen hva andre aktører (for eksempel Høgskolen i Bergen og Universitetet i Oslo) tilbyr av masterutdanninger innen våre fagfelt, og hvilken rolle IGS/MOF skal ha/bør ha i de neste 10 år i dette landskapet. Bør vi for eksempel satse på å utdanne lærere for høyskolene, spesialister innenfor helseprofesjonene, forskere, helsebyråkrater eller andre typer fagfolk. Hvilke er IGS sine faglige og strategiske fortrinn? Utnytter vi vår kompetanse på metode/metodologi, klinisk forskning, global helse, registre, utvikling av teorigrunnlag etc. på en optimal måte? Utnytter vi vårt tverrfaglige potensiale optimalt? Og, hvordan kan vi best rekruttere til og markedsføre mastergradsutdanningen framover?

Med denne analysen som bakgrunn skal det vurderes om vi er tjent med å samle flere vitenskapelige mastergrader i en felles grad med felles PU, og om "Public Health" kan være felles betegnelse eller som merkevare. Det må også vurderes om det skal legges inn nye studieretninger som fanger opp instituttets faglige bredde og om fellesdelen i programmene utnytter ressursene riktig.

Instituttet ønsker å gå i dialog med fakultetet om å oppnevne en strategigruppe som kan vurdere de overordnede sidene ved en slik gjennomgang. Gruppen bør ha bred sammensetning som dekker alle de aktuelle fagområdene ved IGS og eventuelle eksterne representanter. I instituttrådssak 22/13 oppnevnes følgende gruppe til arbeidet:

Kjell Arne Johansson
Rolv T. Lie
Bente Moen
Karin Nordin
Karin Anna Petersen
Målfrid Råheim, leder
Inger Lise Teig
Randi May Oen, sekretær

2. Strategigruppens anbefalinger

IGS har i dag et hovedansvar for flere masterprogrammer. De fleste studietilbudene er forskningsrettet og disiplinbyggende, en masterutdanning er klinisk og en er en erfaringsbasert master. Det betyr at de har ulike målsetninger for utdannelsen og rekrutterer studenter ut fra ulike begrunnelser. Strategigruppen har fått i oppdrag å se på mulige modeller for masterstudiene med tanke på å bidra til å utvikle «bærekraftige» studietilbud på masternivå i helsefag i dagens og for morgendagens utdanningslandskap og utdanningsbehov. I vurderingen av mulige modeller må det også tas høyde for de ulike innretningene masterprogrammene har i dag.

Både ressurs situasjonen internt og konkurransesituasjonen utad tilsier at det er nødvendig å diskutere endringer i undervisningstilbudet i masterprogrammene ved IGS. Flere av studietilbudene kan utvikles til å bli enda sterkere og følgelig mindre sårbare enn de er i dag. Flere emner/studieretninger/spesialiseringer har få studenter. Ressursbruken er tilsvarende relativt stor. Flere emner ved IGS overlapper dessuten hverandre, som kan indikere unødig bruk av ressurser. Flere av studietilbudene har dessuten knappe ressurser. Et økt samarbeid vil kunne utnytte ressursene bedre, og potensielt bidra til å øke undervisningskvaliteten. For å skape motivasjon blant de ansatte for en endring, bør imidlertid forbedring og styrking av undervisningstilbudene samt bedring av arbeidssituasjonen være primære mål. En forutsetning for endring er at det skapes trygghet og åpenhet rundt prosessene.

Gruppens anbefalinger:

- I. *Vi har antydnet noen mulige modeller for masterprogrammene i helsefag framover. Muligheter for å styrke sårbare studietilbud, dekke flere studentgruppers behov for studietilbud innen et temaområde/felt og utnytting av undervisnings- og veiledningsressurser bedre enn i dag har vært retningsgivende. Vi anbefaler at disse modellene utredes videre (omtalt i pkt. 6.1 og 6.2).*
- II. *Uavhengig av om det blir en endring i struktur og oppbygning av masterprogrammene ved IGS eller ei framover, vil vi anbefale å se nærmere på muligheter for felles undervisning i basismener og økt fleksibilitet på tvers av dagens masterprogrammer (omtalt i pkt. 6.3). Pedagogiske hensyn og programmenes særlige målsetninger må være inkludert i vurderingene, ikke bare ressurs hensyn.*
- III. *Vi anbefaler videre at det nedsettes en egen gruppe som utreder muligheten og behovet for et nytt studietilbud på masternivå innenfor Public Health/ folkehelsevitenskap og/eller biostatistikk ved UiB. I gruppen må miljøer ved IGS med særlig kompetanse innenfor fagfeltet og eierskap til et eventuelt nytt studietilbud, være tilstrekkelig representert (omtalt i pkt. 7).*

Vi har også pekt på andre vesentlige momenter å diskutere framover for det enkelte studieprogram/studieretning, se pkt. 5. og 6.4.

3. Masterprogrammer i helsefag ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS) – kort historikk

IGS har hovedansvaret for tre masterprogrammer ved fakultetet. Det første programmet har røtter flere tiår tilbake, mens det nyeste kom til for vel et år siden.

3.1 Masterprogram i helsefag

I 1979 ble sykepleievitenskap etablert som akademisk disiplin med eget institutt ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen (UiB), først med grunnfag (1980), så mellomfag (1982), hovedfag og doktorgrad (1986). Universitetet i Bergen var, sammen med Universitetet i Tromsø, tidligst ute med å innlemme sykepleie/et helsefag som en akademisk utdanning i Norge, og det var det første i sitt slag i Norden. I 1990 ble sykepleievitenskap innlemmet i Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF), med en egen seksjon. Hovedfag i fysioterapivitenskap ble opprettet ved ISF, UiB i 1991. Dette hovedfaget var den gang det eneste hovedfaget i fysioterapi i Norge. På dette tidspunktet var det en pågående diskusjon utdanningspolitisk knyttet til behov for akademisering av helsefagene i bredere forstand, og Stortingsmelding 40 (1990 – 1991) tar opp dette. Et særlig behov var å styrke grunnutdanningene med lærere med akademisk kompetanse, samt styrking av helseprofesjonenes kunnskapsbase forskningsmessig. I brev fra KUF av november 1992, ble UiB bedt om å ta initiativet til å oppnevne et nasjonalt utvalg med mandat til å utarbeide en innstilling om organisering av et permanent hovedfagstilbud i helsefag. Blant sentrale føringer var å utarbeide en felles ramme som skulle inkludere alle helsefag (inkludert sykepleie og fysioterapi), en landsomfattende felles helsegrad, arbeidsdeling mellom universitetene med videre. Ulvik-utvalget ble oppnevnt i februar 1993, ledet av professor i medisin Rune Ulvik, UiB. Seinhøstes kom utvalget med sin innstilling. Universitetene ble i brev av 4. juli 1994 bedt om å planlegge oppstart av hovedfag i helsefag.

I 1996 ble både sykepleievitenskap og fysioterapivitenskap innlemmet i Hovedfag i helsefag ved UiB, med hver sin studieretning, og under en felles grad (cand. san.). Begge studietilbud bygget videre opp sin profesjonsspesifikke og forskningsrettede profil. Samtidig kom helsefremmende arbeid og helsepsykologi samt logopedi som egne studieretninger ved dette programmet. Det fagspesifikke var driftet fra Det psykologiske fakultet, mens studentene ved disse to studieretningene tok basisemner (forskningsmetode og – etikk, statistikk, vitenskapsteori og sentrale helsefaglige tema) sammen med studenter ved studieretningene ved ISF. Samme år ble også RAB-fag (radiografi og bioingeniørfagene) opprettet som egen studieretning. I 2001 ble genetisk veiledning også innlemmet som egen studieretning. I 2002 ble Studieretningene helsefremmende arbeid og helsepsykologi samt logopedi egne masterprogrammer ved Det psykologiske fakultet. Studenter ved disse programmene tar imidlertid fortsatt basisemner ved vårt masterprogram. Hovedfagstilbudet ble så konvertert til et mastergradsprogram i tråd med innføring av Kvalitetsreformen i 2003. Klinisk master i manuell terapi for fysioterapeuter ble etablert under samme masterprogram i 2004. I tillegg til framveksten av dette mangslunne masterprogrammet ble det også ved UiB gjennomført et midlertidig Hovedfag i helsefag som fjernundervisning fra 1993 til 2001 (2 kull, deltid), som var myntet utelukkende på utdanning av lærere ved helsefaglige grunnutdanninger.

3.2 Master of Philosophy in International Health

Masterstudiet ved Senter for internasjonal helse (SIH) startet opp i 1991, som et tverrfaglig studium med mulighet for å gå over til doktorgradsprogram. Antall studenter var først få. Først etter at «kvotestipendordningen» kom i gang for studenter fra lav- og middelinntektsland (LMIC), økte antallet. Studiet var også åpent for norske studenter, og har fra 2008 også vært åpent for selvfinansierte internasjonale studenter.

I begynnelsen ble det planlagt «tracks» for forskjellige fagretninger knyttet til mastergraden. Internasjonal helse hadde for eksempel «et track» i sykepleievitenskap. Dette ble nedlagt da det var for lite forutsigbart hvor mange studenter som ville bli tatt opp hvert år, og det var knyttet store ressurser til å holde spesielle «track-kurs» for et lite antall studenter. Tilsvarende ble det laget «et track» i «Occupational Hygiene», med oppstart i 2002. Denne spesialiseringen eksisterer fortsatt, men har hatt de samme problemer med at opplegget krever mye ressurser til få studenter.

Tidlig på 1990-tallet ble det også etablert et Masterstudium i «Health Promotion». Dette var planlagt felles for Det medisinske – og Det psykologiske fakultet. Studiet ble imidlertid overtatt helt og fullt av Det psykologiske fakultet (HEMIL-senteret). Dette studiet har både norske studenter og kvotestudenter, 10 av hver type, med opptak hvert annet år.

Inneværende år (2014) har SIH to mastergrader: Master of Philosophy in International Health og Master of Philosophy in Oral Sciences. I tillegg har SIH studenter som tar en europeisk mastergrad, nemlig The European Master of Science Programme in International Health. Dette er en ettårig mastergrad, som har felles kurs med andre europeiske land. Denne ordningen fases ut i 2014. Det er ikke lenger europeiske midler knyttet til den.

Mastergradene ved SIH tar utgangspunkt i at helse er et globalt fellesgode. Kunnskap om betydninger av forbedret helse for hele verdens befolkning, redusert helseulikhet og løsninger på helseproblemer på tvers av landegrensene og sektorer er vektlagt. Føringer for norsk global helsepolitikk ligger til grunn (se pkt. 5.2.).

3.3 Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Erfaringsbasert master i helseledelse ble etablert ved Senter for etter- og videreutdanning (SEVU) ved UiB på midten av 1990-tallet, og har fra starten av vært et betalingsstudium. Fra 2013 av ble denne masteren lagt til IGS. Det er per i dag fortsatt et betalingsstudium.

I dagens helsevesen legges det økt vekt på kunnskap om god ledelse, dels som del av kunnskap om ledelse generelt, dels om helseledelse som egen gren innenfor ledelse. Ut fra prinsippet om enhetlig ledelse står ledere og beslutningstakere i helsevesenet i dag overfor tre sentrale oppgaver: Personalledelse, forbedring og sikring av tjenestekvalitet og økonomistyring. Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseledelse skal dyktiggjøre studentene på hvert av disse områdene. På den ene siden skal de tilegne seg kunnskaper om relevante teorier, forståelsesmodeller og metoder, på den andre oppnå ferdigheter i å anvende denne kunnskapen i egen praksis. Studentene skal også få styrket sin kritiske tenkning med hensyn til valg av teorier og metoder for sin nåværende eller kommende ledelsespraksis.

4. Utviklingstrekk helse- og utdanningspolitisk i Norge

Fra samfunnets side er det flere viktige utviklingstrekk helse- og utdanningspolitisk som vil spille inn i sammenheng med oppdraget om å styrke utdanning og forskning i medisin og helsefag. Her vil vi først og fremst peke på Samhandlingsreformen som ble innført i 2012, der økt ansvar ble lagt til kommunal sektor og primærhelsetjenesten på flere områder (Stortingsmelding 47: Samhandlingsreformen, 2008-2009). Stortingsmelding 13: Utdanning for velferd – samspill i praksis (2011-2012), Stortingsmelding 34: Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar (2012 – 2013) og den nye Folkehelseloven (2011) viser videre sentrale føringer fra myndighetenes side.

Økt vekt på tverrfaglig samarbeid, rehabilitering, helsefremmende og forebyggende arbeid er sterke signaler. Ikke minst er det forebyggende og helsefremmende aspektet sterkt vektlagt. Stortingsmelding 34: Folkehelsemeldingen (2012-2013) peker på at det er avgjørende at vi ikke betrakter helseutfordringer som overveiende individuelle problemer, men som symptom på det samfunnet vi lever i, og som må arbeides med gjennom gode strategier på samfunnsplan, som skal gi konsekvenser på individnivå. Fra det offentlige helse-Norge er blikket rettet mot forebygging av store folkesykdommer/livsstilssykdommer, som fedme og fedmerelaterte sykdommer, hjerte- og karsykdommer, muskelskjelettlidelser, kreft mv., og kunnskap om folkehelse og risikofaktorer etterspørres, brukes (og misbrukes) i offentlig debatt. Alle som følger med i det offentlige ordskifte har fått med seg at kosthold og livsstilsvaner er i søkelyset som aldri før. Fokuset på helsefremming retter primært søkelyset på styrkende tiltak for folkehelse, fra frisklivstilbud til godt arbeids- og livsmiljø. I forlengelse av flere offentlige utredninger siste tiår og innføring av Samhandlingsreformen kom også den nye Folkehelseloven. Lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale forskjeller, og legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Kommuner og fylkeskommuner har fått et tydelig overordnet ansvar for tiltak, og det er ikke bare helsetjenesten som involveres, men alle kommunale sektorer. Kompetanse hos ansatte med ansvar for folkehelsearbeidet ses som avgjørende, inkludert kompetanse knyttet til involvering/ brukerperspektivet. Etterspørsel etter økt kompetanse om folkehelse, forebygging av folkesykdommer og helsefremmende folkehelseiltak er altså etterspurt.

Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid på tvers av helseprofesjonene er også sterkt lagt vekt på i Samhandlingsreformen. Dette må knyttes til helseprofesjonenes særlige kompetanse, og til samarbeid på tvers av helseprofesjoner. For å kunne samarbeide trengs en sterk kunnskapsbase i eget fagfelt og en tydelig profesjonsidentitet. Det betyr at bygging av vitenskapelige disipliner i for eksempel sykepleie og fysioterapi, med utvikling av teorigrunnlag for disiplinene og dokumentasjon knyttet til de aktuelle praksisfelt, er sentralt. For å kunne samarbeide er det også behov for kompetanse på samarbeid i seg selv. Det vil stadig være behov for å dra omsorg for og behandle mennesker med spesifikke lidelser og sykdommer, for bedring eller opprettholdelse av funksjon eller å avhjelpe og mestre funksjonsproblemer i ramme av primærhelsetjenesten, for tilretteleggelse og forebygging der folk bor og virker, og i samarbeid med pasientene/brukerne selv. Å øke forskningsbasert kunnskap om både profesjonsspesifikke tilnærminger og tverrfaglig samarbeid innen pleie, habilitering og rehabilitering er vesentlig. Inkluderende arbeidsliv er også et stikkord, og flere aktører i helsevesen og arbeidsliv forventes i dag å samarbeide med den sykmeldte for å finne optimale løsninger, forebygge kronifisering av helseplager og at mennesker faller ut av

arbeidslivet lenge eller varig. Å sette sterkt søkelys på helsefremmende arbeid er et positivt utviklingstrekk fra sentralt hold. Vi kan likevel ikke forebygge at livet setter spor. Livsstil og samfunnets tilrettelegging for trivsel, tilgang til gode tjenester, godt arbeidsmiljø og livsmiljø, meningsfylte fritidstilbud osv. vil imidlertid være med å bidra positivt til helsefremming i befolkningen. En stadig friskere eldre befolkning er for eksempel en trend i utviklingen, med økte krav til utfoldelse, gode helsetjenester og frisklivstilbud tilrettelagt for denne gruppen i forhold til tidligere generasjoner. Likevel har vi kunnskap om at helse og uhelse er ujevnt fordelt. Samfunnet møtes også av en økende eldste eldre gruppe, som trenger langvarig omsorg, pleie og behandling i eget hjem og på institusjon, der sykepleiere tradisjonelt har hatt og fortsatt har en nøkkelrolle. Det utfordrer imidlertid alle helseprofesjoner med tanke på kompetanse/utdanning, tverrfaglig samarbeid og omfang av tjenester/helsepersonell i primærhelsetjenesten og til omstilling og dokumentasjon. Forskning i helsefag utfordres stadig til å stille kritiske spørsmål til hele virksomhetsfeltet; til klinisk utøvelse, formidling og utforskning av virksomheten.

Sykepleiere, fysioterapeuter og andre helsefaggrupper er del av et system og et samfunn. Sammen med primærlegene er disse helseprofesjonene med sin kompetanse en grunnmur i primærhelsetjenesten. Profesjonene er (og må være) bevisste på sin kompetanse og rolle, og styrke disse i et vedvarende endrende landskap. Myndigheter og arbeidsgivere må kjenne til deres særlige kompetanse, utfordre, styrke og utnytte deres potensialer.

Bioingeniører og radiografer hører hjemme i spesialisthelsetjenesten, og det gjør også genetiske veiledere. For bioingeniører, som håndterer, bearbeider og analyserer biologisk materiale i medisinske laboratorier, er kvalitetssikring av analyseinstrumenter og metodeutvikling sentrale forskningsfelt. Radiografi er fortsatt et ungt fag i et felt av helsevesenet som er i en drivende teknologisk utvikling. Profesjonene er i behov av å styrke sitt kunnskapsgrunnlag med tanke på høyteknologiske diagnoseverktøy, og kvalitetssikring, optimalisering og forbedring er viktige forskningsfelt.

Medisinsk genetikk er et kunnskapsfelt i sterk vekst. Dagens kunnskapsnivå innenfor medisinsk genetikk i det generelle helsevesenet avdekker likevel at det trengs et kunnskapsløft dersom integrering av genetiske analyser i klinisk medisin skal kunne gjennomføres på en måte som gir sikre og meningsfulle svar for pasientene. Genetiske veiledere vil, sammen med genetikere med videre, være bidragsyttere i dette kunnskapsløftet.

Bedriftshelsetjenestene i Norge er tverrfaglige, med blant andre leger, sykepleiere, fysioterapeuter og yrkeshygienikere. Yrkeshygiene er tradisjonelt en del av norsk arbeidsmedisin, det vil si del av bedriftslegers arbeid. Med økende behov for kompetanse vedrørende tekniske tiltak og kartlegging, er denne delen av bedriftslegenes arbeid i stor grad tillagt egne yrkeshygienikere, som har annen bakgrunn enn medisinsk. De kan være fysiologer eller kjemikere, som har spesialisert seg på å håndtere fysiske, kjemiske og biologiske faktorer i arbeidslivet. «Yrkeshygieniker» er ikke en beskyttet tittel, men gruppen har en sertifiseringsordning i Norge. Senter for internasjonal helse har i sitt masterstudium en studieretning i Occupational Hygiene. Ved å ta denne utdanningen oppfylles de fleste sertifiseringskravene for en yrkeshygieniker. Det er nå krav til bedriftshelsetjenestene om å ha spesifikk yrkeshygienisk kompetanse, men det er usikkert hvor mange som vil trenge videreutdanning av denne typen. Norsk industri reduseres stadig i omfang, og arbeidsplasser med denne type problemstillinger er blitt færre de siste årene. Norske bedriftsleger

utdannes via spesialiseringkurs, og masterutdanning av denne type er ikke aktuell for dem. Internasjonalt er imidlertid situasjonen en annen. Det er stort behov for etterutdanning i yrkeshygiene, og for helsepersonell i lavinntektsland, er vår utdanning i Occupational Hygiene ettertraktet av leger og andre yrkesgrupper. Få land tilbyr denne type internasjonal masterutdanning.

Global helse er et relativt nytt begrep. Det foreligger ennå ikke noen omforent definisjon. Global helse vektlegger imidlertid betydningen av forbedret helse for hele verdens befolkning, redusert helseulikhet og løsninger på helseproblemer på tvers av landegrensler, så vel som på tvers av sektorer. Innsatsen inkluderer forebygging av sykdom, robuste helsesystemer, allmenn tilgang på gode helsetjenester og helsesikkerhet for alle. Helse er et globalt felles gode. Både for fattige og rike land ligger det vekstpotensial i forbedringer i helsesituasjonen, samtidig som forverring av helsesituasjonen kan utgjøre en trussel mot velstand og stabilitet. Helse spørsmål griper altså bredt inn i alle lands samfunnsforhold og er ofte sektorovergripende. Dette gir helse spørsmål stor politisk betydning.

Stortingsmelding 11 (2011-2012) gir klare prioriteringer for en samlet norsk helsepolitikk fram mot 2020 gjennom disse satsingsområdene: mobilisere for kvinner og barns rettigheter og helse, redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging og fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse. Dette gir særlige krav til kompetanse innen disse temaene for politikere, byråkrater i diplomatisk arbeid, i bistandsarbeid og i politisk helsearbeid. Det står spesifikt at norsk global helsepolitikk skal være kunnskapsbasert, og kompetansekravene til norske deltakere i dette arbeidet er høye. Videre står det i teksten at regjeringen vil bidra med tanke på å redusere problemene knyttet til manglende helsepersonell i fattige land. Stortingsmeldingen nevner ikke konkrete utdanningsbehov, men behovet for kompetansebygging her hjemme er åpenbar ut fra dokumentet. I tillegg er dokumentet positivt til nytenking og nye løsninger. Det er rimelig å hevde at utdanning innen global helse kan være svært aktuelt både for nordmenn så vel som samarbeidspartnere i fattige land.

Krav til kompetanseheving i utdanning og økt antall masterstudier i helsefag: Oppdraget til universitetene om å opprette hovedfag i helsefag (nå mastergrader) for å utdanne akademisk kvalifiserte lærere til grunnutdanningene er i dag oppfylt. Kravene har imidlertid økt etter Norsk organ for kvalitet i utdanning (NOKUT) sine kriterier for akkreditering av disse utdanningene. Det betyr at krav til kompetanse er hevet i tråd med kompetansehevingen ellers, som betyr kvalifisering på PhD-nivå og/eller førstelektor nivå. Innen sykepleie og fysioterapi, som har eksistert lengst som akademiske disipliner i helsefag i Norge, er det i løpet av de siste 20 åra uteksaminert en lang rekke doktorgradskandidater fra universitetene, hvorav mange har fått sin arbeidsplass eller gått tilbake til sin arbeidsplass på høgskolene, men også til arbeidsplasser ved sykehus, i kommuner med videre. I tråd med styrking av kompetanse også på førstenivå, har høgskolene etablert mastergrader i helsefag i stort monn. Av profesjonsspesifikke mastere er det etablert flest innenfor sykepleie og fysioterapi. Dette har høgskolene hatt press på seg til å gjøre fra utdanningsmyndigheters side, ikke minst for å beholde og styrke sine videreutdanninger/spesialiseringer i tråd med dagens gradssystem og kompetansekrav (Kvalitetsreformen /Bolognaprosessen). Disse utdanningene på høgskolene er imidlertid primært kliniske, og i mindre grad forskningsrettet. Studieretningene ved Masterprogram i helsefag ved IGS er forskningsrettet (med unntak av Klinisk master i manuell terapi). De største høgskolene har dessuten fått eller arbeider for å få egne PhD-løp for helsefag, som for eksempel Høgskolen i Bergen (HiB),

som har søkt NOKUT om godkjent PhD-løp innenfor helsefag/kunnskapsbasert praksis i 2014. I vestlandsregionen har også Høgskolen i Molde sammen med Høgskolen i Volda søkt om godkjenning av PhD-løp i helsefag.

Denne utviklingen utfordrer til å tenke «bærekraftige» mastertilbud i helsefag. Etablerte helsefaglige miljøer ved UiB utfordres med andre ord til å tenke strategisk styrking av sine utdannings- og forskningsprofiler, og til å tenke styrking av samarbeid med aktuelle miljøer ved høgskolene. Det tar tid å etablere sterke forskningsmiljøer. Ved IGS, UiB har en hatt mulighet til å gjøre det. Det leder over til en annen tydelig trend i det helsefaglige og utdanningspolitiske Norge, nemlig økte krav til forskning og dokumentasjon i helsefag, ikke minst hva gjelder klinisk forskning. Styrkede ambisjoner på dette felt i helseprofesjonene selv har fulgt med, og forskningen innen helsefagene har da også økt betydelig de par siste tiåra, ikke minst innen sykepleie og fysioterapi. Å bygge opp vitenskapelige disipliner innenfor helsefagene er imidlertid rettet mot hele fagfeltene: mot den praktiske yrkesvirksomhet, formidlende virksomhet og mot styrking av teorigrunnet i helsefagene. Her er det altså fortsatt et tydelig samfunnsoppdrag, som helseprofesjonene har tatt på alvor og gjort til sitt som del av styrking av eget kunnskapsgrunnlag. Dette samfunnsoppdraget står ved lag.

Utdanning av leger: Lokalt er det også vesentlig å peke på at det ved UiB er planlagt en stor endring i studieplanen for medisinstudiet. Denne nye planen skal iverksettes høsten 2015. En av endringene består i at studiet deles opp i en bachelorgrad og en mastergrad. Dette kan bety at noen av disse studentene kan velge å slutte på medisinstudiet etter bachelorgrad og gå videre på en annen mastergrad. Disse studentene kan eventuelt være interesserte i andre masterstudier på vårt fakultet. Med denne gradsstrukturen må det også medtenkes at omfanget av veiledning på skriftlige oppgaver vil øke. Alle studentene skal gjennomføre masteroppgaver. Det planlegges videre store endringer i spesialistutdannelsen for leger. Det er varslet at universitetene skal overta ansvaret for denne. Legeforeningen har til nå hatt dette ansvaret. Detaljer i dette arbeidet er ikke kommet, og det er usikkert om dette har noen betydning for masterstudiene ved vårt institutt/fakultet.

5. Nærmere beskrivelse av masterprogrammene ved IGS

Masterprogram i helsefag har fem studieretninger, hvorav en er en klinisk master. Studieretningene er: sykepleievitenskap, fysioterapivitenskap, genetisk veiledning, RAB-fag (radiografi- og bioingeniørfagene) og Klinisk master i manuell terapi for fysioterapeuter. Dette masterprogrammet tilbyr følgelig først og fremst profesjonsrettede og/eller fagspesifikke studieretninger, som retter seg mot sykepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer mv. Studieretningene sykepleievitenskap og fysioterapivitenskap har en særlig ambisjon om å bygge fagene opp som vitenskapelige disipliner. Genetisk veiledning er en helsefaglig spesialisering, som per i dag primært har en forskningsprofil. Studenter som tas opp har ulik helsefaglig- eller annen relevant bakgrunn. Alle studieretninger har 60 studiepoengs (sp) masteroppgave, men unntak av manuellterapistudiet, hvor denne er på 30 sp. Det siste studiet har, i tråd med at det er en klinisk master, klinisk veiledet praksis (35 sp), og retter seg følgelig primært mot utøvelse av klinisk virksomhet og utvikling av «den beste kunnskap» som grunnlag for utøvelse av virksomhetsfeltet. Med unntak av RAB-fag har alle disse studieretningene bygd opp

fagspesifikke emner i et omfang på minst 30 sp. Studenter ved RAB-fag kan ta spesialisering i yrkeshygiene ved masterstudiet i internasjonal helse, se nedenfor. Utover dette må hver student komponere sin fagspesifikke studiedel med relevante emner fra andre institutter ved fakultetet eller andre fakulteter ved UiB, fra HiB eller andre utdanningsinstitusjoner. Ved HiB finnes fagspesifikke emner i bioingeniørfag og radiografi, som er godkjent på masternivå. Studenter ved studieretningene tar basisemner i forskningsmetode, forskningsetikk, statistikk og vitenskapsteori, tilsvarende 30 sp, sammen med studenter ved andre studieretninger i programmet. Alle studieretninger som ligger under Masterprogram i helsefag er 120 sp mastere. Studieretningene sykepleievitenskap, fysioterapivitenskap og RAB-fag tilbyr både heltids- (2 år) og deltidsstudium (4 år). RAB-fag har de siste tre år ikke tatt opp radiografer, grunnet manglende formelt ansvar i aktuelle fagmiljø for veiledning av disse studentene i deres masteroppgaver. Genetisk veiledning og Klinisk master i manuell terapi tar opp studenter hvert annet år, og kun for fulltidsstudium (2 år). Emnene i programmet undervises på norsk, med unntak av ett emne ved Studieretning fysioterapivitenskap, som er åpent for internasjonale studenter, samt emnet i statistikk, som alle studenter ved masterprogrammene ved fakultetet tar.

Ved SIH er det, som nevnt, to masterprogrammer: Master of Philosophy in International Health og Master of Philosophy in Oral Sciences. Disse programmene er i stor grad integrerte, kun noen kurs er forskjellige. Begge masterne er organisert som to-årige programmer, med 120 studiepoeng. For kvotestudentene fungerer masterprogrammene i relativt stor utstrekning som rekrutteringsvei til PhD-studier. Spesialisering innen Occupational Hygiene (30 sp) tilbys. Dette siste studietilbudet kan, som tidligere nevnt, også studenter ved Studieretning RAB-fag, Masterprogram i helsefag ta.

Programmet gir kunnskap og forskningsopplæring i viktige fag innen områder knyttet til global helse. Hovedmålet med programmet er å gi forskerutdanning som del av kompetanseheving i lavinntektsland. Begge programmer har to hovedkomponenter: En felles undervisningsdel og et individuelt forskningsprosjekt (masteroppgaven). Undervisningsdelen inneholder grunnleggende obligatoriske emner i første semester, og valgfrie emner tilpasset de individuelle studier i andre semester (60 sp til sammen). Det siste året består av forskning og utarbeidelse av masteroppgaven (60 sp). All undervisning ved SIH foregår på engelsk.

Det nyeste tilbudet på masternivået ved instituttet er Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi, som er et betalingsstudium. Her tilbys tre 20 sp emner (Helseledelse, Helseøkonomi, Kvalitetsforbedring i helsetjenesten) og masteroppgave på 30 sp., til sammen 90 sp. All undervisning ved dette studiet er på norsk.

5.1 Masterprogram i helsefag: Mer om faktagrunnlaget og konkurransesituasjonen for den enkelte studieretning

5.1.1. Studieretning sykepleievitenskap

Målgruppen er utdannede sykepleiere (fullført bachelorgrad), som vil fordype seg i sentrale temaer og metodologiske tilnærminger i fagdisiplinen sykepleievitenskap.

Rekruttering av studenter og gjennomføring: De siste fem år har søkertallene ligget fra 56 – 36 søkere, og de tre siste årene stabilisert seg på ca. 40. Dette er mer enn høyt nok antall med hensyn til antallet stipulerte studieplasser (10). Antallet studenter som har startet på

studiet ligger fra 7 til 11 de fem siste årene, mens antallet studenter som har fullført studiet de siste fem årene er 35.

PhD-kandidater: 47 kandidater har fullført sin PhD ut fra sykepleievitenskap siden oppstart av doktorgradsløp i 1986, mens 16 er underveis. I dag er disse kandidatene fordelt på fire forskergrupper: Forskningsgruppe i livskvalitet, praxeologi, fenomenologisk helsefaglig forskning og global helseantropologi.

Ressurser: Det er 4,5 stillinger knyttet til sykepleievitenskap. De siste åra har det imidlertid reelt vært 2,5 til 3,5 aktive i undervisningen til enhver tid.

Undervisningsansvar: I tillegg til ansvar for fagspesifikke emner i studiet (30 sp), underviser flere av de vitenskapelig ansatte i emnene HEL320A Forskningsmetode og – etikk, samt HEL310 Vitenskapsteori og sentrale helsevitenskapelige tema, som alle studenter ved masterprogrammet tar. I den sammenheng har Faggruppe i sykepleievitenskap ansvar for veiledning av egne studenter i obligatoriske oppgaver i emne HEL320A. De har også ansvaret for veiledning av masteroppgaver til egne studenter. Veiledning av PhD-kandidater kommer i tillegg.

En av de vitenskapelige ansatte har 50 % stilling knyttet til sykepleievitenskap, og 50 % stilling ved Master of Philosophy in International Health, og underviser og veileder følgelig også der. To andre har 50 % stilling knyttet til Studieretning sykepleievitenskap her ved IGS, mens de resterende 50 % ansettelse er ved henholdsvis Høgskolen i Molde og Høgskolen i Bergen. Flere av de vitenskapelig ansatte har ansvar for eller er involvert i forskerskolekurs ved IGS. PhD-kandidater er dessuten ofte tilknyttet via eksterne midler fra kommuner, sykehus og høyskoler med samarbeid som innbyr til motsvarende innsatser.

Disse masterprogrammene i sykepleie finnes i Norge:

- Universitetet i Bergen: Masterprogram i helsefag, Studieretning sykepleievitenskap
- Universitetet i Agder: Master i sykepleievitenskap
- Universitetet i Oslo: Master i sykepleievitenskap
- Universitetet i Oslo: Master i avansert geriatrisk sykepleie
- Universitetet i Nordland: Master i klinisk sykepleie
- Høgskolen i Bergen: Master i klinisk sykepleie
- Høgskolen i Gjøvik: Master i klinisk sykepleie

I tillegg finnes en rekke tverrfaglige masterprogrammer av relevans for sykepleiere i helsefagvitenskap, psykisk helsearbeid, psykososialt arbeid, helsefremmende arbeid, geriatri/aldring og demens/helse og omsorgstjenester for eldre, kunnskapsbasert praksis, mestring og myndiggjøring, tverrfaglig samarbeid i helsesektoren mfl.

Konkurransesituasjonen: Masterprogram i helsefag, Studieretning sykepleievitenskap er blant de eldste akademiske utdanninger i sykepleie i Norge. Dagens situasjon er at det finnes en rekke masterprogrammer spesielle eller aktuelle for sykepleiere. I den sammenheng er det ett av tre masterprogrammer i Norge som benevnes som sykepleievitenskap, og som dermed fastholder ambisjonen om å bygge opp faget som en vitenskapelig disiplin. Det er videre eneste masterprogram i sykepleie i Norden som har en så klar profil med tanke på sammenknytningen av de aktuelle forskningsprofiler med de konkrete undervisningstilbud, og som målrettet arbeider for disiplinens teoretisk-metodologiske og begrepelige

oppbygning, og samtidig tilbyr å utvikle profesjonens identitet og virkefelt. Mastertilbudet i sykepleie ved HiB er primært klinisk innrettet. Konkurransesituasjonen tilsier likevel at strategi for styrking av studiets faglig-vitenskapelige profil og rekruttering av studenter er vesentlige punkter.

5.1.2 Studieretning fysioterapivitenskap

Målgruppen er fysioterapeuter (fullført bachelorgrad og turnustjeneste).

Rekruttering av studenter og gjennomføring: Søkertallene har variert fra 22 – 37 søkere de siste fem år, og er mer enn høye nok til 10 fulltidsplasser. De som faktisk starter opp som studenter har ligget på fra 5 til 11 siste fem år (gjennomsnitt 8). De siste fem år har totalt 36 studenter fullført studiet.

PhD-kandidater: 22 PhD kandidater har fullført sin PhD ut fra fysioterapigruppen siden oppstart av hovedfaget i 1991 (21 fysioterapeuter, 1 lege), mens 9 PhD kandidater som har fullført har hatt medveileder fra gruppen. 8 PhD kandidater er underveis (6 fysioterapeuter, 1 lege, 1 ergoterapeut). Disse er per i dag fordelt på Forskningsgruppe i fysioterapi (6) og Gruppe i fenomenologisk helsefaglig forskning (2). I tillegg er det knyttet 3 personer i postdoktorstillinger til Forskningsgruppe i fysioterapi.

Ressurser: 3, 2 faste stillinger er knyttet til fysioterapivitenskap.

De ansatte har ansvar for undervisningen i de fagspesifikke emnene ved Studieretning fysioterapivitenskap (30 sp), og veileder masterstudenter i deres masteroppgaver ved denne studieretningen. Ansatte bidrar også inn i manuellterapistudiet med undervisning og veiledning av masteroppgaver. Et varierende antall stipendiater med arbeidsplikt bidrar med undervisning og veiledning på masternivå. Det er dessuten slik at de tre i postdoktorstillinger også har arbeidsplikt, en spesifikt knyttet til MT-studiet. To av de faste ansatte har bistilling på henholdsvis Haukeland Universitetssykehus eller Høgskolen i Bergen, spesielt knyttet til forskningssamarbeid.

Det ligger til en av de fulle stillingene et særlig ansvar for felles studiedel ved Masterprogram i helsefag, dvs. emne-ansvaret for HEL320A Forskningsmetode og – etikk, samt HEL310 Vitenskapsteori og sentrale helsevitenskapelige tema (til sammen 25 sp). Emneansvarlig og flere i fysioterapigruppen bidrar med forelesninger innenfor disse emnene, som altså er for alle studentene ved programmet. Faggruppe i fysioterapi veileder dessuten egne studenter i obligatoriske oppgaver i emne HEL320A. En av de ansatte har emneansvar for to kurs i Forskerskole for samfunnsmedisin og helsefag. I tillegg kommer veiledning av PhD-kandidater, som alle de faste ansatte er involvert i.

Disse mastere i fysioterapi finnes i Norge:

- Universitetet i Bergen: Masterprogram i helsefag, Studieretning fysioterapivitenskap, og Klinisk master i manuell terapi for fysioterapeuter
- Høgskolen i Bergen: Master i klinisk fysioterapi, med spesialisering fysioterapi ved hjerte- og lungelidelser og fysioterapi ved muskel- og skjelettlidelser med vekt på revmatiske – og ortopediske lidelser
- Norges idrettshøgskole: Master i idrettsfysioterapi

- Høgskolen i Oslo og Akershus: Master i fysioterapi med vekt på fordypning i muskelskjelettlidelser
- Universitetet i Tromsø: Master i helsefag, med spesialiseringene klinisk master i nevrologisk fysioterapi og klinisk master i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Det finnes dessuten flere tverrfaglige mastere som er relevante for fysioterapeuter: Mastere i helsefremmende arbeid, kunnskapsbasert praksis, rehabilitering og habilitering, aktivitet og bevegelse, bevegelsesvitenskap, helsefagvitenskap, folkehelsearbeid med vekt på endring av livsstilsvaner, tverrfaglig samarbeid i helsesektoren mfl.

Konkurransesituasjonen: På landsbasis er Masterprogram i helsefag, Studieretning fysioterapivitenskap fortsatt det eneste masterprogrammet i fysioterapi med mest vekt på å kvalifisere til forskning. Mastertilbudet for fysioterapeuter ved HiB er for eksempel primært klinisk innrettet. Det er likevel en konkurransesituasjon som gjør at strategi med hensyn til styrking av studiets faglig-vitenskapelige profil og rekruttering av studenter er kjernepunkter.

5.1.3. Klinisk master i manuell terapi for fysioterapeuter

Målgruppen er utdannende fysioterapeuter (fullført bachelorgrad og turnustjeneste), som ønsker klinisk spesialisering innenfor manuell terapi.

Rekruttering av studenter og gjennomføring: Rekrutteringen er meget god. Søkertallene er høye (mer enn 100 studenter til 20 studieplasser ved alle opptak siden oppstart). Det er altså stor konkurranse om studieplassene, og det er tatt opp mer enn 20 studenter ved hvert opptak. Opptak er annethvert år. Gjennomføringen er svært god. De siste fem år er det uteksaminert 47 studenter i det ordinære løpet. I tillegg er det uteksaminert 13 studenter som har fullført påbygning til master i manuell terapi (forskningsmetodeemnet og masteroppgave), til sammen 60 studenter.

Studentene betaler praksisplassene sine selv: Denne ordningen er mulig, fordi studentene i utgangspunktet er autoriserte fysioterapeuter, og fordi ordningen er hjemlet i folketrygdloven¹. Det er altså ikke en ordning som står i fare for å forsvinne.

PhD-kandidater: 2 PhD-kandidater (manuellterapeuter) har disputert ved IGS, fra henholdsvis Forskningsgruppe i fysioterapi og fra Forskningsgruppe i allmenntidmedisin. Det er ellers et problem å rekruttere MT-studenter videre til PhD. Denne gruppen ser ut til å være først og fremst opptatt av å få den kliniske kompetansen, som også er fulgt av egen takst og primærkontaktrolle.

Ressurser: 2 fulle stillinger. I tillegg er studiet avhengig av at ansatte ved den «gamle» studieretningen i fysioterapivitenskap bidrar, samt at det til enhver tid er stipendiater med arbeidsplikt, som bidrar i undervisning/veiledning.

¹ Med hjemmel i folketrygdloven §§ 5-4, 5-7 og 5-8 har Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement fastsatt forskrift om rett til trygderefusjon for utdanningskandidater, jfr. F18.06.1998, nr. 590: *Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter*, samt brev fra Rikstrygdeverket til UiB datert 27.06.2002 og fra Det Kongelige Sosial og Helsedepartement datert 26.11.2010. Studentene betaler ikke egenandel for studiet til universitetet, med må betale for veiledning og husleie direkte til veilederen/veilederstedet. Sammen med tildeling av studieplass får studenten også tildelt praksisplass med rett til trygderefusjon og rett til å bruke takst A8, og studenten får således inntekt som gjør en i stand til å dekke disse utgiftene.

Den ene stillingen er delt i 5 20 % stillinger. Per i dag er det også en postdoktorstilling knyttet til programmet med 25 % arbeidsplikt. Den siste stillingen er knyttet til å følge opp manuellterapeuter som kun mangler forskningsmetodeemnet og masteroppgave for å få full mastergrad. I seinere år har 5 studenter i tillegg til de 24 som er tatt opp ordinært, fullført sin mastergrad ved dette studiet.

Undervisningsansvar: Tre av de ansatte bidrar i undervisningen i Fysikalsk medisin ved medisinstudiet, og studieleder bidrar med forelesninger i emne HEL320A Forskningsmetode og – etikk, som er for alle masterstudenter ved programmet. Hun og flere av dem som har 20 % stilling bidrar som veiledere for egne studenter i det gruppe- og nettbaserte opplegget i HEL320A Forskningsmetode og – etikk, samt at disse tar hovedtyngden i veiledningen av masteroppgaver for egne studenter. Ansatte primært knyttet til det «gamle» studiet i fysioterapivitenskap, bidrar altså også med undervisning og veiledning av masteroppgaver i manuellterapistudiet. Stipendiater med arbeidsplikt tilhørende Faggruppe i fysioterapi bidrar i veiledningen. Personene som har den fulle stillingen, veileder også PhD-kandidater.

Konkurransesituasjonen: Klinisk master i manuell terapi for fysioterapeuter er det eneste masterprogrammet i sitt slag i Norge. Manuell terapi er videre en anerkjent behandlingstilnærming i fysioterapi, som har egen takst. Manuellterapeuter er dessuten primærkontakter i helsevesenet. Dette gjør studiet ekstra attraktivt for mange fysioterapeuter, og det er ikke vansker med å få jobb etter utdanningen. Det er en meget gunstig konkurransesituasjon.

5.1.4 Studieretning genetisk veiledning

Målgruppen er personer med helsefaglig grunnutdanning eller annen relevant utdanning, som samsvarer med internasjonale opptakskriterier.

Rekruttering av studenter og gjennomføring: Søkertall har ligget på 34 og 37 studenter ved de to siste opptak (2010 og 2012) til 10 fulltidsplasser, og henholdsvis 9 og 10 har startet. Det er konkurranse om studieplassene. Det tas opp studenter hvert annet år, og kun for fulltidsstudium. Gjennomføring de siste fem årene: 13 studenter.

PhD-kandidater: 3 PhD kandidater (genetiske veiledere) har fullført sin grad ved IGS, mens 2 er underveis. Veiledning har vært gitt/gis fra ansatte i flere forskningsgrupper ved IGS.

Ressurser: 1 full stilling, per i dag er denne delt i 2 halve stillinger.

Undervisningsansvar: De ansatte som deler denne stillingen har i stor utstrekning ansvaret for sine studenters fagspesifikke studiedel (30 sp), samt for veiledning av egne studenter i deres masteroppgaver. De bidrar også som veiledere i obligatoriske oppgaver for egne studenter i fellesemnet HEL320A Forskningsmetode og – etikk. En har vært/er også involvert i veiledning av PhD-kandidater.

Master i helsefag, studieretning genetisk veiledning er det eneste masterprogrammet i genetisk veiledning i Norden.

Konkurransesituasjonen: Det er et behov i dagens samfunn for klinisk genetisk veiledning, og det aktuelle studietilbudet møter dette behovet. Genetisk veiledning gis imidlertid i dag av flere grupper i helsevesenet, for eksempel av medisinerne med genetikk som spesialer. Med

status som eneste masterstudium i sitt slag i Norden er studiet likevel i en gunstig konkurransesituasjon. Det er ikke problemer med å fylle opp studieplassene.

Viktig å diskutere framover er den kliniske delen i studiet, som må styrkes om studiet skal godkjennes i en europeisk sammenheng, samt ressursituasjonen. Om den kliniske delen styrkes kan det være at denne masteren blir en klinisk innrettet master.

5.1.5 Studieretning RAB-fag

Målgruppen er utdannende bioingeniører og radiografer (fullført bachelorgrad).

Rekruttering av studenter og gjennomføring: Søkertall har variert fra 12 til 24 de siste fem årene, og de som har startet 2 - 6. Antallet som har gjennomført er 26 (høyere opptakstall tidligere forklarer dette høye tallet).

Radiografer som har søkt har ikke blitt tilbudt studieplass de siste tre årene, såfremt de ikke har valgt yrkeshygiene som spesialisering. Det er etterspørsel etter master spesielt rettet mot radiografer. Bakgrunn for at denne gruppen ikke har blitt tatt opp er først og fremst at det ikke har vært avklart veiledningsansvar ved MOF for denne gruppen studenter. IGS har ikke den faglige spesialisering i sin vitenskapelige stab som skal til i denne sammenheng.

PhD-kandidater: 3 masterstudenter fra denne studieretningen har fullført PhD-graden ved IGS, mens 2 til er i løpet.

Ressurser: 1 full stilling.

Undervisningsansvar: Denne personen koordinerer driften av studieretningen, og tilser at alle studenter komponerer sin fagspesifikke studiedel, samt tilser at studentene får prosjektplaner og veiledere på plass når det gjelder masteroppgaven. I emne HEL320A Forskningsmetode og – etikk (fellesemne) deltar hun som veileder i det gruppe- og nettbaserte opplegget for sine studenter, og hun bidrar i veiledning av masteroppgaver for egne studenter (bioingeniører som gjør sin oppgave ved NOKLUS).

RAB-fag har altså ikke bygget opp fagspesifikke emner knyttet til egen studieretning. Det er imidlertid mulig å ta yrkeshygiene ved vårt institutt for begge faggrupper, som fyller 30 sp. Det er videre emner ved vårt fakultet som kan gå inn i masteren (emner fra Master i molekylærbiologi, Master i human ernæring), og Høgskolen i Bergen har dessuten relevante fagspesifikke emner for både bioingeniører og radiografer, som er godkjent på masternivå. Den faglige forankringen til IGS er svak, og en mer forpliktende involvering fra og ansvarliggjøring av relevante fagmiljøer både for kursutvikling og veiledning vil være avgjørende for dette tilbudet.

Det finnes ellers tverrfaglige masterprogrammer i helsefag som også er relevante for bioingeniører og radiografer.

Konkurransesituasjonen: Masterprogram i helsefag, Studieretning RAB-fag er fortsatt i en heldig konkurransesituasjon med tanke på studietilbud i disse fagene i Norge. Rekruttering av studenter har ikke vært problemet.

Viktig å se på framover: Svakheten ved programmet er at det ikke er bygget opp fagspesifikke emner ved vårt studiested, ei heller avklart tydelige ansvarsforhold med hensyn

til veiledning av radiografstudentene med tanke på deres masteroppgaver. Tilbudet om å ta yrkeshygiene er likevel en styrking av studietilbudet. Bioingeniørene blir dessuten tilbudt tema for masteroppgave og veiledning ved NOKLUS. Det er fortsatt ikke avklart om radiografer skal tas opp videre framover (med unntak av på yrkeshygiene). Om så skal skje, må en få på plass forpliktende og eventuelt formalisert samarbeid med andre institutter på vårt fakultet og eventuelt med HiB.

5.2 Master of Philosophy in International Health og Master in Philosophy in Oral Sciences – mer om faktagrunnlaget og konkurransesituasjonen

Målgruppe og rekruttering: Studenter med helsefaglig bakgrunn. De fleste studentene har tradisjonelt vært kvotestudenter, altså fra lav- og mellominntektsland. De fleste av de utenlandske studentene er leger og tannleger, men forskjellige andre yrkesgrupper deltar også, så som sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, environmental officers, økonomer mv.

Studentene utdannes i stor grad til å bli forskere i akademiske institusjoner, helsebyråkrater og ledere i større organisasjoner.

Studenttall: Antall søkere på internasjonal helse har vært svært høyt (fra 83 til 196 siste fem år), mens antall tatt opp har variert fra 10 til 17 studenter. Antall gjennomførte mastergrader siste fem år er 43.

Antall søkere på Oral Sciences har variert fra 18 til 32, og det har vært tatt opp 2-5 studenter siste fem år. Antall gjennomførte mastergrader siste fem år er 6.

SIH er med i et Europeisk undervisningsnettverk – TropEd – som medfører at SIH får studenter fra forskjellige Europeiske land, som deltakere på de elektive kursene om våren (varierende gjerne mellom 8 og 13 studenter på hvert emne). TropEd er et internasjonalt nettverk av medlemsinstitusjoner for høyere utdanning i internasjonal helse. Nettverket samarbeider tett med institusjoner i Afrika. TropEd bidrar med postgraduate muligheter for utdanning og opplæring som bidrar til bærekraftig utvikling. Nettverket fokuserer på bedring av helsetjenester for marginaliserte grupper/populasjoner.

PhD-kandidater: Det er uteksaminert 156 kandidater fra SIH siden 1981, og det er 39 kandidater underveis.

Ressurser: 9,5 faste stillinger.

Undervisningsansvar: De ansatte har ansvar for undervisningen i både basis og elektive emner ved studieprogrammet (111 sp), og veileder de fleste masterstudenter i deres masteroppgaver. Et lite antall stipendiater og post doktorer bidrar i undervisningen. I tillegg har SIH ansvar for to emner på medisinstudiet: GLOBALHEALTH og MEDINTH. To ansatte på Arbeids- og miljømedisin underviser dessuten i studieretningen «Occupational Hygiene». Flere av de ansatte underviser også en god del i andre land/samarbeidsland. Veiledning av PhD-kandidater kommer i tillegg.

Andre masterprogrammer i internasjonal helse/Global Health i Norge:

- HiOA: Masterstudium i sosialt arbeid, Studieretning International Social Welfare and Health Policy (120 sp)
- UiO: Master's Degree in International Community Health (120 sp)

Det finnes dessuten en Master of Public Health i Tromsø, som selvfinansierende utenlandske studenter kan ta. Ved NTNU og flere høyskoler finnes det kurs i yrkeshygiene (videreutdanninger), men ingen andre har masterutdanning i dette fagområdet.

Konkurransesituasjonen: Med kvoteordningen er rekrutteringen til studiet meget god, og det er stor konkurranse om studieplassene. SIH har hatt 47 kvoteplasser for studenter (medisin og odontologi) årlig de senere årene, hvorav 8 er øremerket Oral Sciences og 2 Biomedisin. Studenter fra TropEd nettverket deltar dessuten i elektive emner i vårsemesteret.

Viktig å se nærmere på: Mange studenter går fra masterstudiet til å bli PhD-kandidater, uten at de nødvendigvis fullfører mastergraden. Da blokkerer de for opptak av påfølgende års kvotestudenter (master) inntil deres PhD-grad er avlagt. Dermed varierer antall nye studenter som tas opp hvert år tilsvarende. Det betyr uansett en reduksjon i antallet som tas opp (til masterstudiene), og antallet som fullfører selve mastergraden går også ned. De siste 2-3 åra har senteret derfor også tatt opp selvfinansierte studenter fra utlandet, samt norske masterstudenter.

5.3. Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi – mer om faktagrunnlaget og konkurransesituasjonen

Dette studiet er, slik det allerede er presisert, et betalingsstudium. Studiet er også bygget opp annerledes enn de andre. De tre emnene tas hver for seg, eller de kan tas parallelt. Studenter som fullfører alle emnene kan gå videre med en 30 sp masteroppgave.

Målgruppen er leger, farmasøyter, sykepleier mfl, samt ingeniører, økonomer og samfunnsvitere med yrkeserfaring fra helsesektoren. Ansatte i spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, legemiddelindustrien og i offentlig administrasjon rekrutteres.

Rekruttering av studenter: I 2013 avla 25 studenter eksamen i HELED620 Helseledelse (20 sp), mens 13 gjorde det i 2014. HELØK610 Helseøkonomi (20 sp) ble gjennomført av 13 studenter i 2013, mens 19 tok eksamen i 2014. HEKVAL620 Kvalitetsforbedring i helsetjenesten (20 sp) ble avsluttet av 27 studenter i 2013, og samme antall i 2014. HELVID650 Masteroppgave (30 sp) ble gjennomført av 6 studenter i 2014. Det er 16 studenter fra siste opptak i gang med sine masteroppgaver, og det er flere studenter fra tidligere opptak underveis.

Ressurser: 1,4 stillinger.

Undervisningsansvar: Emneansvar for de tre 20 sp emnene ligger til de ansatte, til sammen 60 sp. Under masteroppgaven gis det to ukers metodeundervisning på våren, samt en endagssamling på høsten. Omtrent halvparten av undervisningen gjøres av de ansatte selv, den andre halvparten av betalte, eksterne forelesere. Veiledning av studenter i arbeidet med masteroppgaver gjøres delvis av de ansatte, men det trekkes også inn eksterne veiledere, som får betaling for veiledningen.

Ledelse er et attraktivt utdanningsfelt på nasjonalt nivå, inkludert helseledelse. Helseledelse tilbys ved mange utdanningsinstitusjoner i Norge:

- Universitetet i Bergen: Erfaringsbasert master i helseledelse
- Universitetet i Oslo: Master i helseledelse og helseøkonomi

- Universitetet i Agder: Erfaringsbasert master i helseledelse
- Høgskolen i Buskerud: Helseledelse – etisk lederskap og kvalitetsutvikling (emne)
- Høgskolen i Hedmark: Helseledelse (emne)
- Handelshøgskolen i Bodø: Master i helseledelse
- Høgskolen i Lillehammer: Master i helseledelse
- Høgskulen i Sogn og Fjordane: Master i organisasjon og ledelse – helse- og velferdsledelse

Konkurransesituasjonen: Det er mange studietilbud som konkurrerer med det erfaringsbaserte helseledelsestilbudet som gis ved IGS/UiB, og disse er ikke betalingsbaserte. Studiet er imidlertid det eneste i Bergen, og det rekrutteres mange ledere/studentere fra Helse Vest sitt nedslagsområde. For å holde søkertallet oppe er det viktig å posisjonere seg i forhold til de andre studietilbudene, og å tiltrekke seg studenter med utgangspunkt i et omdømme i helseregionen om et kvalitativt meget godt studietilbud potensielle søkere/deres arbeidsgivere er villige til å betale for.

Viktig å se på framover er om studiet er tjent med ikke å ha egne emner i forskningsmetode og vitenskapsteori. Det er videre viktig å se på nytt på mulige løsninger på veiledning av studenter i deres masteroppgaver, siden det hittil har vært krevende å få veiledere med kompetanse og anledning til å veilede. Dette vil antatt bedre seg nå når alle stillinger som er tilknyttet studiet er besatt. Tilknytningen til IGS kan også by på muligheter med hensyn til veiledning. Under diskusjonen i strategigruppen har det kommet fram et behov for undervisning i helseledelse for de internasjonale studentene ved SIH. Å se på muligheter for samarbeid med SIH om kurs i helseledelse er følgelig aktuelt.

6. Mulige modeller for masterprogrammer i helsefag ved IGS

Flere modeller for masterprogrammene ved IGS kan tenkes.

6.1. «Paraplymaster» i helsevitenskap/global helse ved IGS?

Ressurssituasjonen og konkurransesituasjonen tilsier at vi trenger en diskusjon om hvordan sårbare studietilbud kan styrkes, og om hvordan ressursene kan utnyttes bedre ved IGS. Med tanke på å styrke masterprogrammene kan en «paraplymaster» ha muligheter verdt å se nærmere på, med felles basisemner og spesialiserte studieretninger. Dersom internasjonal helse skal integreres, må sentrale basiskurs være på engelsk. Et annet alternativ er at det lages et norsk og et engelsk studieløp.

Et felles masterprogram vil innebære et felles programutvalg. Det kan legge bedre til rette for samarbeid om fellesundervisning og fleksibilitet på tvers av studiene som tilbys, enn slik det er organisert i dag (se også pkt. 6.3. om fellesundervisning og fleksibilitet i programmene).

Ved IGS er forskningsprofilen sentral i masterprogrammene. Et felles program kan legge til rette for å gjøre forskningsprofilen enda synligere og å styrke den ytterligere. IGS har et mål om å utdanne velkvalifiserte forskere i helsevitenskap, inkludert i folkehelsevitenskap, i global helse og i klinisk forskning i og på tvers av ulike helseprofesjoner. Masterutdanningen er ment å fungere som en grunnmur i dette. Blant annet legger en allerede i dag vekt på at

masterstudentene trekkes inn i etablerte forskningsgrupper og velger tema og forskningstilnærminger det er sterk veiledningskompetanse på. Slik bidrar også studentarbeidene inn i videre bygging av forskningsprofiler i forskningsgruppene. Å styrke forskningsprofilen ytterligere kan også være et fortrinn i konkurransen om studentene, ikke minst hva gjelder de profesjonsrettede studietilbudene ved Masterprogram i helsefag.

Kliniske og erfaringsbaserte mastere ved instituttet vil imidlertid vanskelig la seg integrere i et felles masterprogram med en sterk forskningsprofil.

Betegnelse på en eventuell «paraplymaster»: Public Health var i utgangspunktet foreslått som mulig betegnelse for en felles master i helsefag ved IGS. Dette forslaget har ikke fått støtte i gruppen. Dette blant annet fordi en vanskelig kan se for seg at programmene innholdsmessig, i alle fall slik de er i dag, kan favnes av folkehelse-betegnelsen. Å styrke studietilbudet på masternivå med tanke på dette perspektivet, er imidlertid en annen sak, se pkt. 7.

To andre betegnelser kom opp: Den første var Master of Philosophy in Global Health Science. Dette forslaget ble av de fleste oppfattet som interessant, dog ikke av alle. Det var imidlertid enighet om at det er behov for å gjennomtenke hva det kan ligge i denne betegnelsen, inkludert med tanke på å favne våre programmer. Flere i gruppen var ikke godt kjent med betegnelsen. Grunnen til at den ble foreslått er at global helse anses å favne vidt og at den kan inkludere alle fagfelt som IGS i dag har mastergrader i. Navnet kan gi studiet et konkurransefortrinn framfor mastergrader andre steder, siden global helse for tida er en politisk korrekt betegnelse. Global helse vil sannsynligvis være av interesse lenge. Et såpass nytt navn kan også gi rom for integrering av epidemiologi som egen studieretning. IGS har en rekke epidemiologer som kunne gjort bruk av sin kompetanse her. Representanten fra internasjonal helse kom med dette navneforslaget, og ville helt klart gå for det.

Det siste forslaget var Master of Philosophy in Health Science/Masterprogram i helsevitenskap. Dette fikk umiddelbar støtte av flere, primært fordi det samler de fleste programmene på en uproblematisk måte. Likevel, ikke alle i utvalget syntes dette navnet var gunstig. Det kan oppfattes som gammeldags og lite attraktivt.

Begge betegnelsene ivaretar forskningsprofilen som både Masterprogram i helsefag og Master i internasjonal helse har, og bør tas med i diskusjonene videre. Det ble imidlertid ikke fullt ut tatt stilling til konsekvenser av en «paraplymaster», til det har strategigruppen hatt for kort tid til å gjennomdiskutere dette.

6.2. Dele masterstudiene ved IGS inn i Masterprogram i helsevitenskap, Master of Philosophy in International Health, Klinisk masterprogram i helsefag og Erfaringsbasert master i helseledelse

Denne modellen er temmelig lik dagens modell, med unntak av at kliniske mastere skilles ut i eget program. Det vil si at Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter hører hjemme her. Det kan på sikt vurderes om genetisk veiledning også skal finne sin plass under en klinisk innrettet master. Det forutsetter imidlertid at den kliniske delen i genetisk veiledning styrkes, se pkt. 5.1.4. I diskusjonen rundt genetisk veiledning kom det imidlertid også fram spørsmål om det vil være mest gunstig å flytte genetisk veiledning til et annet (klinisk) institutt. Dette igjen med tanke på å styrke den kliniske komponenten i studiet. I så fall vil spørsmålet om et Klinisk masterprogram i helsefag måtte diskuteres på tvers av

institutter. Ved å samle kliniske mastere under ett program, vil sentrale felles aspekter ved disse studiene kunne tas opp og styrkes. På en annen side har Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter så langt hatt fordeler av å være del av Masterprogram i helsefag, nært knyttet til Faggruppe i fysioterapi og hjemmehørende i Programutvalg for helsefag. Et alternativ er at dette studietilbudet blir et eget masterprogram, men fortsatt likevel blir knyttet til Programutvalg i helsefag.

Erfaringsbasert master i helseledelse er vanskelig, kanskje umulig, å samordne i et masterprogram med andre masterstudier, så lenge det er en betalingsmaster.

Masterprogram i helsevitenskap vil ha studieretningene sykepleievitenskap, fysioterapivitenskap og RAB-fag, såfremt genetisk veiledning altså styrker sin kliniske profil og plasseres under et klinisk innrettet masterprogram. Å endre betegnelsen fra helsefag til helsevitenskap har til hensikt å vise at disse studietilbudene er innrettet mot forskning og bygging av fagene som vitenskapelige disipliner. Det er de i innhold og oppbygning i dag, men det kommer ikke fram i tittelen, ei heller i koden graden betegnes med. Benevnelsen på Masterprogram i helsefag bør uansett endres til Masterprogram i helsevitenskap. Ved å beholde dette programmet som et eget program, er den profesjonsrettede profilen svært synlig.

Master of Philosophy in International Health og Master of Philosophy in Oral Sciences vil være uendret, nemlig organisert under samme fane som i dag. Disse studiene er forskningsrettet, noe ikke bare innhold og oppbygning borger for, men også tittel og kode graden i dag har. Å beholde dette framhever den internasjonale profilen svært tydelig.

Anbefaling fra gruppen: Vi anbefaler at disse modellene utredes videre, spesielt med tanke på mulig styrking av dagens programmer i forhold til faglig profil og konkurransesituasjonen.

6.3. Sentrale momenter å diskutere på tvers av programmene

Dels avhengig av, dels uavhengig av diskusjonen om eventuelle endringer i eksisterende struktur for masterstudiene ved IGS, tilsier både konkurransesituasjonen og ressursituasjonen at felles undervisning i programmene, samt programmenes fleksibilitet bør diskuteres.

6.3.1. Undervisningstilbud på tvers av masterprogrammene? Utnyttelse av undervisningsressurser, faglige og pedagogiske hensyn

I hvilket monn kan/bør samme basisemner (forskningsmetode, statistikk, forskningsetikk og vitenskapsteori) tilbys studenter ved alle/flere masterprogrammer?

Basisemner er i dag ulikt bygd opp både i omfang og dels i innhold. Ved Masterprogram i helsefag har emnene HEL310 Vitenskapsteori og sentrale helsevitenskapelige tema, 15 sp, mens HEL320A Forskningsmetode og forskningsetikk har 10 sp. Statistikk med 5 sp er tatt ut som eget emne, se nedenfor. Ved Internasjonal helse finnes to obligatoriske emner: INTH301 Basic course in research tools and theory (6 sp) og INTH302 Epidemiology (6 sp), samt tre elektive emner: INTH321A Experimental epidemiology (5 sp), INTH323A Qualitative methods for international health (3 sp) og INTH356 Observational epidemiology: Survey, Cohort and Case-Control studies (5 Sp). Erfaringsbasert master i helseledelse har ikke egne emner i forskningsmetode og vitenskapsteori. Det er imidlertid lagt inn to ukers

metodeundervisning som del av 30 sp masteroppgave. IGS har også ansvar for BMED310 Vitenskapsteori og forskningsetikk (5 sp)².

En liten gruppe ansatte ved IGS er i ferd med å utvikle et felles kurs for studenter ved ALLE masterprogrammer ved fakultetet, på 5 sp., i forskningsetikk og vitenskapsteori. I den sammenheng er det viktig å skjele til erfaringer med undervisningsopplegget i statistikk. HELSTA Statistikk (5 sp) er et emne som for første gang ble undervist på tvers av alle masterprogrammer ved MOF høsten 2013, og på engelsk.

Forslag til undervisningsmodell i basisemner (fra Karin Anna Petersen): Her er undervisningen i forskningsmetode og vitenskapsteori i sin helhet knyttet til ulike forskningstradisjoner, for eksempel en medisinsk -, praxeologisk -, fenomenologisk-hermeneutisk -, etnografisk forskningstradisjon mv, og er følgelig først og fremst opptatt av å sette forskningsspørsmål og forskningsmetodiske tilnærminger inn i en kunnskapsteoretisk ramme. Modellen innebærer valgmuligheter for studenter ved ulike programmer og studieretninger, lagt opp i 5 sp emner, se vedlegg. Dette er en interessant modell, som åpner for fordypning i forskningstradisjoner. Det kan imidlertid innebære at valgmulighetene gir mindre bredde enn felles basisemner vil gi, som flere av programmene hittil har vektlagt. En slik modell kan dessuten være sårbar med tanke på å fylle opp et «rimelig» antall studenter i alle emnene. Ressursbruk må vurderes.

Videre bør det diskuteres hvordan veiledning av masteroppgaver på tvers av forskningsgrupper kan styrkes, ikke minst med tanke på tverrfaglige prosjekter og behov for å nytte ledig veiledningskapasitet.

Strategigruppen anbefaler at en ser nærmere på muligheter for felles undervisning i basisemner. Kan NOE undervises felles, annet hver for seg? Hva vinnes, hva tapes? Spørsmålet om undervisningsspråk må tas med i betraktningen. Bør det gis et tilbud både på engelsk og på norsk? Hva med et undervisningsopplegg som ivaretar en viss valgmulighet også i basisemner? Å vurdere hensynet til bredde i metodisk-metodologisk kunnskap versus en raskere fordypning er i så fall viktig. Det er vesentlig i vurderingen av hvilket undervisningstilbud vi skal gi i basisemner framover, at ikke bare ressurs hensyn skal gjelde, men også pedagogiske hensyn og programmenes særlige målsetninger og behov.

6.3.2. Økt fleksibilitet – økt omfang av elektive emner i og på tvers av programmene?

Hvilket forhold skal det være mellom obligatoriske - og elektive emner i de ulike programmene? I hvilket monn skal emner være elektive for studenter på tvers av programmene/ studieretninger, og eventuelt for studenter fra «verden der ute»? Hvilket forhold må det være mellom obligatoriske fagspesifikke emner og elektive emner med tanke på fortsatt å kunne kalle det en studieretning eller en spesialisering? Å diskutere disse spørsmålene i lys av hva som kan styrke studietilbud som i dag er sårbare er et mål.

Disse momentene må det enkelte program diskutere internt, samtidig som fagmiljøene knyttet til ulike masterprogrammer med fordel kan samarbeide om å se på muligheter for valg av emner for sine studenter på tvers av programmene.

² Ligger under Master i medisinsk biologi. Emnet tas også av studenter ved Master i human ernæring.

Anbefaling fra gruppen er å se grundig på muligheter for økt fleksibilitet på tvers av masterprogrammene. Dette vil kunne styrke emner som i dag er sårbare med tanke på lavt studenttall, og dekke flere studentgruppers behov for studietilbud innenfor et temaområde.

6.4. Spesifikke momenter å diskutere for Masterprogram i helsefag

Flere viktige momenter å diskutere er understreket i kommentarer til det enkelte program og/eller studieretning i pkt. 5. Her vil vi peke på et par punkter som tidligere ikke har kommet tydelig fram, som gjelder Masterprogram i helsefag.

Profesjonsfokuset – opprettholdt, styrket eller tonet ned? Dette gjelder i første rekke for sykepleievitenskap og fysioterapivitenskap, og dels knyttet til spørsmålet om økt grad av elektive emner på tvers av programmene versus å beholde samme grad av obligatoriske fagspesifikke emner. Enkelte emner i disse programmene byr seg fram med tanke på å tilby til en større studentgruppe på tvers av instituttets programmer, evt. også for helsefagstudenter utenfra.

Likevel, skal de profesjonsrettede studieretningene beholdes, reises også spørsmålet om å styrke deres profesjonsrettede profil. Det er, som nevnt, et vell av tverrfaglige studietilbud på masternivå i helsefag, mens profesjonsspesifikke programmer innen sykepleie og fysioterapi primært er klinisk rettet. Ett av fortrinnene i konkurransesituasjonen for sykepleievitenskap og fysioterapivitenskap ved vårt masterprogram, er nettopp, slik allerede antydnet, at de er forskningsrettede, profesjonsspesifikke og disiplinbyggende. *Kan man få til BÅDE en styrking av det fag- og profesjonsspesifikke OG styrking av det elektive elementet samtidig?*

Feilregistrering av Masterprogram i helsefag: Studieretningene ved dette programmet er registrert hver for seg, som egne masterprogrammer. Dette har aldri vært og er heller ikke i dag riktig, og må rettes opp. Klinisk masterstudium i manuell terapi for fysioterapeuter er registrert som eget program, som det også bør være. Feilregistreringen er behandlet i Programutvalget i helsefag i mai d.å.

7. Master i Public Health/folkehelsevitenskap ved IGS?

Gruppen er bedt særskilt om å se på et mulig studietilbud i folkehelse/Public Health ved IGS. Dette må ses i sammenheng med kompetanse ved IGS som eventuelt ikke er fullt utnyttet innenfor eksisterende studietilbud, og i sammenheng med behov for utdanning innenfor disse områdene. Miljøene innen epidemiologi og biostatistikk deltar med grunnleggende metodeundervisning mot en rekke programmer, men har ikke hovedansvar for noen egen studieretning.

Behov for metodeutdanning innenfor biostatistikk rettet mot register- og biobankbasert forskning er kommet til uttrykk i nasjonale evalueringer (NFR) og strateginotater (HelseOmsorg21). Her har Norge et strategisk fortrinn, men for liten metodekompetanse og analysekapasitet til å utnytte dette fortrinnet fullt ut. Det er behov for utdanning av epidemiologer med forskjellig bakgrunn, som kan gå inn i dette viktige forskningsfeltet. Sentrale føringer helse- og utdanningspolitisk legger vekt på folkehelseperspektivet, se pkt. 4. En mastergradsutdanning innenfor public health kan møte behov som skisseres der.

Om en velger å opprette et nytt studietilbud, må faglig-vitenskapelig profil vurderes nøye. Det kan være viktig å gi global public health, der blikket rettes utover den norske konteksten, en egen profil. Konkurransesituasjonen innenfor public health må videre vurderes grundig, og ut fra den faglig-vitenskapelige profilen studiet eventuelt vil få. Hvor stort er behovet for en master i public health/folkehelsevitenskap/biostatistikk internasjonalt, på landsbasis og i regionen? Målgruppe og rekrutteringsgrunnlag må utredes, og antall studieplasser likeså. Spørsmålet om det skal være nye studieplasser på bekostning av gamle må det også tas stilling til. Andre spørsmål som må vurderes er om det er ledige undervisningsressurser med relevant kompetanse, og hvordan veiledningssituasjonen er i forskningsmiljøene. Vil dette utløse behov for nye undervisningsressurser? Hvilke synergier kan oppstå i et samarbeid med master i internasjonal helse?

Oversikt over mastere i folkehelsevitenskap/Public Health i Norge: Det finnes 4 masterprogrammer innen dette feltet, og det planlegges ett til. I tillegg finnes emner på masternivå i folkehelsevitenskap ved flere utdanningsinstitusjoner.

- Universitetet i Tromsø: Master i Public Health
- Universitetet i Tromsø: Nærmiljø og folkehelsearbeid (15 sp, masternivå)
- Universitetet for miljø og biovitenskap (UMB, Ås) i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA): Master i folkehelsevitenskap – natur og miljø, helse og livskvalitet
- Høgskolen i Hedmark: Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring av livsstilsvaner
- Universitetet i Agder: Master i folkehelsevitenskap
- Universitetet i Nordland: Folkehelsearbeid (30 sp, masternivå)
- Universitetet i Oslo: Master i Public Health – under planlegging.

I tillegg finnes en rekke mastere i helsefremmende arbeid/Health Promotion, som dels overlapper med masterne i folkehelse.

- UiB: Master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi og Master in Health Promotion
- HiB: Master i fysisk aktivitet og kosthold i et skolemiljø
- Høgskolen i Lillehammer: Master i helsefremmende arbeid
- Høgskolen i Vestfold: Master i helsefremmende arbeid
- Høgskolen i Gjøvik: Master i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid
- Høgskolen i Sør-Trøndelag: Master i aktivitet og bevegelse

Strategigruppens anbefaling er at det nedsettes en gruppe som utreder mulighet og behov for et nytt studietilbud på masternivå innenfor folkehelsevitenskap/biostatistikk. I gruppen må miljøer ved IGS med særlig kompetanse innenfor fagfeltet være representert.

VEDLEGG

Vedlegg I

Oversikt over masterprogrammer i helsefag, studieretninger og emneportefølje ved IGS (2014)

Ved IGS finnes følgende masterprogrammer i helsefag, med disse studieretninger og denne emne-porteføljen:

Masterprogram i helsefag

Studieretninger

- Studieretning sykepleievitenskap
- Studieretningene fysioterapivitenskap
- Studieretning genetisk veiledning
- Studieretning RAB-fag (radiografi- og bioingeniørfag)
- Klinisk masterstudium i manuell terapi for fysioterapeuter

Emner

Obligatoriske emner for studenter ved alle studieretninger:

- HEL310 Vitenskapsteori og sentrale helsevitenskapelige tema (15 sp)¹
- HEL320A Forskningsmetode og forskningsetikk (10 sp)²
- HELSTA Statistikk for helsefag (5 sp)³

Studieretning fysioterapivitenskap:

- FYST331 Målemetoder og evalueringsformer (10 sp)
- FYST332 Bevegelsesvitenskap (10 sp)
- FYST333 Musculoskeletal Disorders (10 sp)⁴
- FYST395 Masteroppgave (60 sp)

Studieretning genetisk veiledning:

- GENV331 Human genetikk (12 sp)
- GENV332 Genetisk rettleiing – teori og praksis (18 sp)
- GENV395 Masteroppgave (60 sp)

¹ Studentene ved Klinisk masterstudium i manuell terapi for fysioterapeuter tar IKKE dette emnet.

Studenter ved Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi, samt Masterprogram i logopedi, begge ved Det psykologiske fakultet tar dette emnet.

² Studenter ved de to nevnte masterprogrammene ved Det psykologiske fakultet tar også dette emnet, se fotnote 1.

³ Dette emnet tas også av masterstudenter ved andre masterprogrammer ved fakultetet, og det undervises på engelsk. Studenter ved de to nevnte masterprogrammene ved Det psykologiske fakultet tar også dette emnet.

⁴ Åpent for internasjonale studenter med helsefaglig bakgrunn.

Studieretning sykepleievitenskap

- SYKVIT301 Livskvalitet – sjukepleie i et medisinsk perspektiv (5 sp)
- SYKVIT302 Kulturteori og globale perspektiver (5 sp)
- SYKVIT303 Praxeologisk teori og praxeologisk forskning (5 sp)
- SYKVIT304 Hygieneteori og hygieneforskning (5 sp)
- SYKVIT305 Omsorgsteori og omsorgsforskning (5 sp)
- SYKVIT306 Forskningsseminar og prosjektplan (5 sp)
- SYK395 Masteroppgave (60 sp)

Studieretning RAB-fag

- RAB331-334 Fagspesifikk del: spesialpensum (5, 10, 6 og 8 sp)
- RAB395 Masteroppgave (60 sp)

Radiografer og bioingeniører tar fagspesifikke kurs ved andre institusjoner eller kurs ved UiB som passer inn i deres fagprofil. Yrkeshygiene (emner i et omfang på 28 sp) er et utdanningstilbud ved IGS, UiB som disse studentene kan ta.

Klinisk masterstudium i manuell terapi for fysioterapeuter

- MANT301A Smertefysiologi (5 sp)
- MANT302A Anatomi (5 sp)
- MANT303A Radiologi (5 sp)
- MANT304A Rørslevitskap og treningslære (5 sp)
- MANT305A Patologi (5 sp)
- MANT306 Modul D i teoretiske støttefag (10 sp)
- MANT307 Biomekanikk (5 sp)
- MANT311 Modul A1, del 1 Dugleiksopplæring – manuell terapi, klinisk dugleik (10 sp)
- MANT312 Modul A1, del 2 Dugleiksopplæring – manuell terapi, klinisk dugleik (25 sp)
- MANT395 Masteroppgave (30 sp)
- MANTINJ663 Injeksjonskurs for manuellterapeuter (5 sp, etter og videreutdanningskurs)
- HELFYT661 Radiologi for manuellterapeuter (5 sp, etter og videreutdanningskurs)
- HELFYT662 Differensialdiagnostikk og laboratorieprøver for manuellterapeuter (5 sp, etter og videreutdanningskurs)

Master of Philosophy in International Health

Basisemner

- INTH301 Basic course in research tools and theory (6 sp)
- INTH302 Epidemiology (6 sp)
- INTH304 Major global health problems (6 sp)
- INTH316 Health systems (6 sp)
- INTH326 Research seminars at CIH including two presentations (6 sp)

- HELSTA Statistics⁵ (5 sp)
- INTH330 Proposal development (12 sp)
- INTH395 M.phil. in Health Sciences – thesis (60 sp)
- INTHD395 M. Phil. In Health Science – thesis (60 sp)
- JINTH395 Joint Master Degree in International Health – thesis (20 sp)⁶

Elektive emner

- INTH313 Globalisation and health (5 sp)
- INTH314 Applied economic evaluation in health care (3 sp)
- INTH321A Experimental epidemiology (5 sp)
- INTH323A Qualitative methods for international public health (3 sp)
- INTH323B Qualitative methods, included Research Papers (5 sp)
- INTH325 Culture and psychopathology – Mental health in a cross-cultural perspective (3 sp)
- INTH328A Global TB - Epidemiology and intervention (2 sp)
- INTH329 The HIV pandemic: Research challenges to improve prevention, support and care (5 sp)
- INTH310A Introduction to occupational health⁷ (3 sp)
- INTH331 Chemical factors in the work environment⁸ (9 sp)
- INTH332A Preventive measures of chemical factors⁹ (5 sp)
- INTH333A Biological factors and climate conditions¹⁰ (6 sp)
- INTH334A Noise and vibrations¹¹ (5 sp)
- INTH340 War, violence, peace and health (3 sp)
- INTH356 Observational epidemiology: Survey, Cohort and Case-Control studies (5 sp)
- INTH360 Global Nutrition¹²(5 sp)
- INTH363 Nutritional anthropometry¹³ (5 sp)

Det foregår en revisjon av emneporteføljen ved internasjonal helse.

Master of Philosophy in Oral Sciences

Disse studentene går sammen med studentene på International Health, men tar noen få andre emner om høsten, og spesialiserte emner om våren i oral sciences.

⁵ Tas også av studenter ved Masterprogram i helsefag og studenter fra andre masterprogrammer ved fakultetet.

⁶ Går ut i 2015

⁷ Alle kursene mht occupational health kan velges av norske studenter som går på Masterprogram i helsefag, Studieretning RAB-fag.

⁸ Som 7

⁹ Som 7

¹⁰ Som 7

¹¹ Som 7

¹² Inngår også i Masterprogram i klinisk ernæring.

¹³ Inngår også i Masterprogram i klinisk ernæring.

The European Master of Science Programme in International Health

Dette masterprogrammet er nå vedtatt nedlagt pga manglende "europeiske" midler.

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Emner

- HEKVAL620 Kvalitetsforbedring i helsetjenesten (20 sp)
- HELED620 Helseledelse (20 sp)
- HELØK610 Helseøkonomi (20 sp)
- HELVID650 Masteroppgave (30 sp)

Emner IGS også har ansvar for:

- BMED310 Vitenskapsteori og forskningsetikk (5 sp)¹⁴

¹⁴ Ligger under Master i medisinsk biologi (3 studieretninger). Emnet tas også av studenter ved Master i human ernæring.

Vedlegg II: Studenttall ved det enkelte masterprogram, IGS			
Studieprogram	søkertall	startet	uteksaminert
Master i helsefag, 2009	102	22	28
Master i helsefag, 2010	120	29	26
Master i helsefag, 2011	80	18	23
Master i helsefag, 2012	129	29	14
Master i helsefag, 2013	89	20	19
sum			110
Klinisk master i manuellterapi, 2009	115	29	3
Klinisk master i manuellterapi, 2010			27
Klinisk master i manuellterapi, 2011	122	29	1
Klinisk master i manuellterapi, 2012			23
Klinisk master i manuellterapi, 2013	171	29	3
sum			57
Master i internasjonal helse og oral sciences, 2009	192	22	8
Master i internasjonal helse og oral sciences, 2010	219	17	7
Master i internasjonal helse og oral sciences, 2011	165	19	9
Master i internasjonal helse og oral sciences, 2012	150	19	19
Master i internasjonal helse og oral sciences, 2013	101	12	6
sum			49
fordelt på studieretning under master i helsefag			
studieretning	søkertall	startet	uteksaminert
fysioterapi 2009	22	7	7
fysioterapi 2010	23	7	9
fysioterapi 2011	32	8	9
fysioterapi 2012	33	5	3
fysioterapi 2013	37	11	8
sum	147	38	36
genetisk veiledning 2009			1
genetisk veiledning 2010	34	10	6
genetisk veiledning 2011			2
genetisk veiledning 2012	37	9	3
genetisk veiledning 2013			1
sum	71	19	13
RAB-fag 2009	24	6	6
RAB-fag 2010	12	2	7
RAB-fag 2011	12	2	7
RAB-fag 2012	19	4	2
RAB-fag 2013	13	2	4
sum	80	16	26
sykepleie 2009	56	9	14
sykepleie 2010	51	10	4
sykepleie 2011	36	8	5
sykepleie 2012	40	11	6
sykepleie 2013	39	7	6
sum	222	45	35

**Vedlegg III: FORSLAG TIL REVISJON AV FELLEDEL, 30 STP, MASTERGRAD I
HELSEFAG**

Helse i eit økonomisk, politisk-, globalt- og etisk perspektiv Frå ide til prosjekt Helseøkonomi og – politikk Helsevesenet sin struktur og funksjon Helse og levekår Globale helseutfordringar Forskingsetikk	5 ERCT		
Helse, sjukdom og profesjonshistorie Frå ide til prosjekt Helse-, hygiene- og sjukdomsteori Epidemiar og folkesjukdommar Førebyggjande helsearbeid Helseprofesjonane - og medisinen si historie	5 ERCT		
Medisinsk forskningstradisjon Frå ide til prosjekt Kroppen i eit naturvitskapleg perspektiv Vitskapsteori Det naturvitskaplege vitskapsidealet Reduksjonismeproblemet Årsaksforklaringar Metodologi og metodar Kvantitative metoder Eksperimentelt forskingsdesign Epidemiologisk forskingsdesign Validitet i kvantitativ forskning	5 ERCT		
Fenomenologisk-/hermeneutisk forskningstradisjon Frå ide til prosjekt Kroppen i eit fenomenologisk perspektiv Vitskapsteori Fenomenologi Subjektivitet og livsverden Metodologi og metodar Validitet i kvalitativ forskning Kvalitativt forskingsintervju Fokusgruppeintervju Observasjon	5 ERCT		
Praxeologisk forskningstradisjon Frå ide til prosjekt Kroppen i eit kulturelt perspektiv Vitskapsteori Fransk epistemologi Metodologi Historisering og politisering av helsefaglege praksisar Metodar Observasjon Intervju Survey Dokumentanalyser	5 ERCT		
Statistikk	5 ERCT		