

Masterutbildning i hälsovetenskap – folkhälsovetenskap i ett integrerat ämnesområde

Göran Ejlerstson¹ och Irena Dychawy Rosner²

¹Professor i folkhälsovetenskap och var vid tiden för ansökan också ämnesansvarig i folkhälsovetenskap. ²Universitetslektor i socialt arbete (nu universitetslektor i vårdvetenskap och enhetschef vid Enheten för vetenskaplig metod, Hälsa och samhälle, Malmö högskola) och den som fick uppdraget att vara programkoordinator inför ansökan.

Högskolan Kristianstad beviljades år 2007 rätt att utfärda masterexamen inom området hälsovetenskap. Beslutet hade föregåtts av ett års intensivt arbete med att ta fram underlag till en ansökan. Man satsade på en integration av ämnen för att på ett aktivt sätt möta framtidens behov av personal med mångprofessionell kunskap. Arbetet med ansökan ledde till flera innovativa arbetsformer. Ett brett engagemang med intensiva dialoger skapades, såväl bland den egna lärarstaben som med det omgivande samhället.

Abstract: In 2007 a master programme in (integrative) health sciences at Kristianstad University College was approved by the Swedish National Agency for Higher Education. The process to secure approval by the Swedish national Agency was extensive and complex. The programme aimed to combine scientific knowledge from various disciplines into a joined body of knowledge geared to both the national and international labour markets in public health, health care and social sectors. The development process incorporated keywords including “interdisciplinary” and “multiprofessional”. New innovative working methods were used in this process. A broad engagement with intensive dialogues was developed among the personnel as well as to the surrounding community.

När regeringen i sin proposition ”Ny värld – ny högskola” (Regeringen 2004) föreslog en ny masterutbildning i Sverige, blev det startskottet för universitet och högskolor att planera för utbildningar enligt de nya riktlinjerna. Svenska utbildningar skulle på ett bättre sätt än tidigare vara internationellt anpassade, vilket möjliggjordes

genom att den s.k. Bolognastrukturen infördes. Bl.a. innebar det att tvåårig masterexamen på avancerad nivå infördes för att examensstrukturen skulle vara internationellt jämförbar.

Högskolan Kristianstad (HKr) hade vid det tillfället magisterrättigheter i ett flertal ämnen och kompetensen

vid Högskolan ansågs vara så hög, att man beslutade att ansöka om master-rättigheter primärt inom två områden, utbildningsvetenskap och hälsovetenskap. Det är den senare inriktningen som den här artikeln berör, även om en samtidig ansökan om master i utbildningsvetenskap också kom att få ett lyckligt avslut.

Sedan alla övergripande beslut hade fattats och förutsättningarna för ansökan om rättigheter att utfärda masterexamen stod något så när klara, påbörjades planeringsarbetet. Samtidigt inväntades närmare instruktioner från Högskoleverket för vad en ansökan om masterutbildning skulle innehålla. Några klara sådana instruktioner kom aldrig, utan varje högskola fick själv avgöra vad som ansågs som viktigt i en ansökan och vilka företräderna man ville lyfta fram.

Utgångspunkten för planeringen var att höga krav skulle komma att ställas på den miljö som skulle ge masterutbildning. Dels skulle masterutbildningen i sig själv ha höga krav på sig, dels skulle kraven accentueras av att utbildningen skulle vara relaterad till en forskarutbildningsmiljö, då den också till sin karaktär skulle vara forskningsförberedande. Utbildningen var konstruerad så, att den kom att utgöra första året av en forskarutbildning. Och forskarutbildningsrättigheter hade inte HKr.

I avsaknad av närmare riktlinjer betraktade vi följande områden som närmast självklara för bedömningen av ansökan – då naturligtvis utöver

de traditionella bedömningskriterierna som infrastruktur, kvalitetsarbete etc. Lärarkompetensen, dvs. den akademiska kompetensen, måste vara på en hög nivå och dessutom stabil. Det senare betyder att den även måste ha en tillräcklig numerär för att vara okänslig för tillfälliga fluktuationer. Utbildningsmiljön måste vara av en forskande karaktär. Högskolan – och i det här fallet den hälsovetenskapliga miljön – måste uppvisa såväl en vilja till satsning på forskning som en god kvalitet i den existerande forskningen. Slutligen måste utbildningen ha en hög relevans både i nationellt och internationellt perspektiv. Förutom en ämnes- och innehållsmässig relevans innebär det också att utbildningen skulle gå att koppla till pågående forskarutbildningar vid universiteten, så att studenter kunde avsluta den forskarutbildning man de facto kom att påbörja genom masterutbildningen vid HKr.

Integrerad hälsovetenskap

Varför blev då satsningen på just integrerad hälsovetenskap (eng. Integrative health sciences)? Egentligen fanns i botten främst tre skäl; det främsta skälet var att vi hade en framtidsinriktad visionär syn, där samarbete och tvärvetenskaplighet var nyckelord. Det andra skälet var den kompetens som byggts upp vid HKr under många år och som kom att bli utgångspunkten för programmet. Det tredje skälet var helt krasst verklighetsanpassat; den akademiska kompetensen var otillräcklig i varje enskilt ämne för att en bra ämnesinriktad masterutbildning skulle kunna bli verklighet.

Då arbetet med ansökan pågick – före en senare genomförd omorganisation – hade HKr en institutionsindelning, där institutionen för hälsovetenskaper bildade en sammanhållen institution med hälsorelaterade verksamheter. Sammanlagt fanns sex utbildningsprogram och ett stort antal fristående kurser och specialistutbildningar inom områdena omvårdnad, folkhälsovetenskap, oral hälsa och social omsorg.

För att möta framtida kompetensbehov inom hälso- och sjukvård, omsorg och folkhälsoarbete utarbetades det nya kunskapsområdet integrerad hälsovetenskap. Kunskapsområdet inkluderar folkhälsovetenskapliga, vårdvetenskapliga, samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga ämnesområden. Utgångspunkten är hälsans stora betydelse för de flesta människor, vilket också uttrycks i Sveriges mål för den nationella folkhälsopolitiken som är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Regeringen 2002 och Regeringen 2007). För att leva upp till det nationella målet spelar olika delar av hälso- och sjukvården stor roll liksom folkhälsoarbetet och de sociala verksamheterna.

Många av de människor som möter hälso- och sjukvården och socialtjänsten har komplexa och sammanfattade behov. Samtidigt är utbudet av samtidiga vård- och serviceinsatser specialiserat och fragmenterat med system- och ansvarsuppdelning mellan olika huvudmän. Utveckling av

vård och omsorg ställer krav på att specialist- och yrkesspecifika kunskaper integreras multidisciplinärt, och att vårdarbetet lämnar organisationsperspektivet till förmån för ett nytt synsätt. Ett sådant synsätt innebär att insatsprocesser integreras för att kunna möta människors behov, och patient-/brukarperspektivet sätts i centrum. Praktiskt arbete inom hälso- och sjukvård och socialtjänst innebär i stor utsträckning lagarbete och samverkan mellan olika yrkeskategorier. Utbildning inom hälso- och sjukvård, omsorg och även folkhälsovetenskap hade tidigare tagit liten hänsyn till det. Med den bakgrunden var tanken att ämnes- och inriktningsintegrationen skulle tillföra en ny dimension inom såväl vård och omsorg som folkhälsoarbetet i en vidare bemärkelse.

Egentligen är det så, att många ämnen dels har influenser från och dels bör samarbeta med andra ämnesområden för att effektivisera olika insatser. Som exempel kan nämnas att i en aktuell bok i folkhälsovetenskap lyfts tretton olika ämnen fram, vilka alla har stor betydelse för såväl folkhälsovetenskapen som det praktiska folkhälsoarbetet (Andersson, Ejlertsson 2009). Ett av kapitlen i boken illustrerar väl hur de båda ämnena omvårdnads- och folkhälsovetenskap genom att samverka och interagera kan lyfta vårdarbetet ytterligare en dimension (Olander 2009).

Arbetsgång

Vid tiden för besluten om införandet av programmet betraktades det nog av en del som en teoretisk konstruktion. Det fanns också en viss skepsis från vissa lärare – främst inom social omsorg – mot tankar om att skapa ett program som tillät ämnesintegration i stället för enbart egen specifik ämnesfördjupning. Processen sattes dock igång och började realiseras, då andra grupper anslöts. Successivt började man skapa mötesarenor och utvecklingsdialoger både inom den egna institutionen och med andra institutioner, där programmet fick stöd från bl.a. den beteendevetenskapliga institutionen. Det gav ett visst spelrum för att knyta till sig kompetenser och forma arbetsgrupper av intresserade lärare.

I synnerhet fyra förhållanden bidrog till ett snabbt förändringsarbete: 1) professorerna bildade ett tvärdisciplinärt kollegium; 2) det gavs flera tillfällen till diskussions- och idéforum för generering av idéer och gemensam tanksmedja; 3) det bildades ett arbetsutskott bestående av professorer, lektorer och studeranderepresentanter; 4) man lyckades knyta till sig ett stort antal nyckelpersoner från omgivande samhället och skapa ett kontaktnät bestående av inflytelserika politiker och arbetslivsrepresentanter. Institutionen var även aktiv beträffande kontakter inom akademien.

Professorskollegiet hade återkommande träffar där man både diskuterade konceptet som sådant – inkl. kvalitetsfrågor – och skissade olika

handlingsförslag. Särskilt fokus lades på utbildningens resultat i fråga om forskningsförberedande mål och dess förutsättningar utifrån progressionen enligt examensordningens krav. Diskussions- och idéforumen var öppna för alla intresserade och genomfördes vid två olika tillfällen med tvärdisciplinärt deltagande. Arbetsättet byggde på direkt engagemang, där organiserade och fokuserade diskussioner samt semistrukturerad brainstorming syftade till att skapa vitalitet, få ideologisk förnyelse och ”bottom-up”-påverkan samt skapa opinioner (Dychawy Rosner 2007). Dessutom var det i ett sådant sammanhang viktigt att skapa ett öppet klimat, så att deltagarna kände att de kunde vara uppriktigt öppna. Arbetsutskotten och mindre arbetsgrupper, där alla lärarnivåer var representerade, hade kontinuerliga arbetsträffar, vilket var basen för en stabil utveckling. I dessa sammanhang togs upp såväl kvalitetsfrågor och praktiska strukturfrågor för programmet och de enskilda kurserna, som övergripande mål och vetenskapliga frågeställningar. I anslutning till det högskoleinterna arbetet hade programkoordinatören intensiva kontakter med nyckelaktörer i det omgivande samhället. Den samverkansprocessen hjälpte till att spegla, vidareutveckla och överföra konceptet till det omgivande sammanhanget. Samarbete med partneruniversitet, som exempelvis Lunds universitet och Jagiellonian Collegium Medicum i Krakow, Polen, gav möjligheter till referensramar för kvalitetskriterier både i nationell tappning och internationellt.

Tre kravområden

Som nämndes inledningsvis bestämdes tre områden, där utgångspunkten var att de måste tillgodoses för att masterrättigheter skulle kunna erhållas: den akademiska kompetensen, den forskande utbildningsmiljön och utbildningens relevans.

Akademisk kompetens

För att en utbildning ska kunna fortleva, måste den finnas i en kritisk och kreativ miljö. Personal med relevant kompetens måste finnas i ett sådant antal att det finns kapacitet att både driva och utveckla utbildningen oberoende av personalomsättning. I den lärarstab, som skulle kunna komma att driva masterprogrammet integrerad hälsovetenskap, fanns ett tiotal docenter/professorer och ett stort antal universitetslektorer, en numerär som vi fann helt tillräcklig. Dessutom var HKr:s personalpolicy också utformad för att främja rekrytering av kompetent personal; professorer hade sex månaders forskning i tjänst, docenter tre och universitetslektorer två. Professorer/docenter fanns inom områdena folkhälsovetenskap, omvårdnad, medicin och oral hälsa.

Forskande utbildningsmiljö

Genom principen att forskning ingår i tjänst för alla disputerade underlätades möjligheten att skapa forskande miljöer. Många av de disputerade ingick i specifika forskningsmiljöer vid HKr och/eller samarbetade med forskare vid andra universitet och högskolor. De tre främsta forskningsmiljöerna vid HKr var Människa – hälsa – samhälle, Närsjukvårdsplattformen

samt Klinisk patientnära forskning. Därutöver fanns forskare med ett huvudsakligen externt samarbete, som inte ingick i någon specifik lokal miljö.

Forskningstemat Människa – hälsa – samhälle hade en inriktning mot arbetsrelaterad folkhälsovetenskap. Forskargrupper med folkhälsovetenskaplig och arbetsvetenskaplig kompetens samarbetade. Fokus låg på det salutogena synsättet och projekten präglades av ett deltagarbaserat interventionstänkande. Ett brett samarbete fanns med det omgivande samhället, såsom sjukhus, skolor, försäkringskassa etc. samt med KTH, Lunds universitet m.fl. universitet. Forskningstemat hade parallellt med den vetenskapliga ambitionsnivån också fokus på att arbeta för stärkt forskningsanknytning av grundutbildningen.

Forskningsplattformen för Närsjukvård med fokus på tvärprofessionalitet drevs av Högskolan Kristianstad tillsammans med Region Skåne och omgivande sex kommuner. Målet var att utveckla och stärka redan betydelsefulla vårdinsatser i kommun och region med stöd av interaktiv forskning med fokus på patienten/brukaren. Man använde ett arbetssätt med deltagarbaserad aktionsforskning, som bygger på att personal och patienter är direkt involverade i utvecklings- och forskningsprocessen, vilket var tänkt att leda till att implementeringen av forskningsresultat direkt i praktiskt vårdarbete underlättades.

Den kliniska patientnära forskningen utvecklade den verksamhetsförlagda utbildningen. Målsättningen var att involvera inte enbart de egna forskarna och lärarna utan även studenterna i forskningsprocessen. Genom att involvera studenterna främst i datainsamling men i viss mån även i databearbetning kunde man återkoppla studenternas forskningserfarenhet till såväl praktisk som teoretisk kunskapsinhämtning.

De aktiva forskarna inom den dåvarande institutionen var involverade i arbetet med masterutbildningen tillsammans med en del forskare i angränsande samhällsvetenskapliga discipliner. Genom olika innovativa angreppssätt i forskningsprocessen kunde man tränga in i olika miljöer inom vård, omsorg och relevanta arbetsfält för folkhälsovetenskapen. Därigenom kunde man också bidra till kunskapsfördjupning i undervisningen.

Utbildningens relevans

Innehållet i och utformningen av de olika yrkena inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och folkhälsovetenskap ändrar ständigt karaktär. Den högre utbildningen, inte minst på avancerad nivå, bör stärka förutsättningarna för kompetensförsörjning inom fältet i överensstämmelse med nationella handlingsplaner och riktlinjer. Framöver kan förväntas ett ökat behov av större tillgänglighet, utökat samarbete och en organisatorisk samordning mellan olika verksamheter inom hälsoområdet. Tvärdisciplinär samverkan kan där ses som ett medel

för ett bättre resursutnyttjande. I det perspektivet ansåg vi vid HKr att en masterutbildning i integrerad hälsovetenskap på ett framåtsträvande sätt kunde bidra positivt till den framtida kompetensförsörjningen.

Den tvååriga masterutbildningens andra år ska också ses som det första året i forskarutbildningen. Därigenom måste nivån på utbildningen vara av forskningsförberedande karaktär. Det betyder att den masterutbildning som ges vid Högskolan Kristianstad måste vara sådan, att den accepteras av andra universitet som första året i doktorandutbildningen. Det löstes genom att överenskommelser träffades med flera universitet nationellt och internationellt. Avsiktsförklaringar, s.k. ”letter of intent” skrevs, där respektive universitet uttalade sin vilja att ta emot studenter från HKr, som genomgått den planerade utbildningen i integrerad hälsovetenskap. Bl.a. gjordes sådana överenskommelser beträffande forskarutbildning i folkhälsovetenskap.

Pedagogik

De kontinuerliga diskussionerna om programmets innehåll och utformning med både interna arbetsgrupper, externa samrådsgrupper och studentgrupper påverkade successivt kvalitetsnivån och hela sättet att se på lärande. Fokus lades på kunskapskapande utifrån främst studenternas men också lärarnas och tredje parts synpunkt. Det nya sättet att mer fritt diskutera programmets uppbyggnad aktualiserade dock en rad problem. Man skulle se resultatet av program-

met dels ur högskolesynpunkt, vilket innebar en hög akademisk kompetens hos de utexaminerade, dels ur användarsynpunkt, vilket medförde anställningsbarhet och hög tillämpningsrelevans av de nyförvärvade färdigheterna. Erfarenhet från söktrycket på befintliga program var att vuxna studerande med familj och ekonomiska åtaganden visade lågt intresse för att fortsätta att utbilda sig på avancerad nivå. Dialogerna mellan akademien och de externa aktörerna visade att det hos arbetsgivarna ofta fanns ett påtagligt intresse för fördjupad kompetens. Men i praktiken fanns hos avnämarna inga resurser för att ge ekonomiskt stöd åt sina anställda för fortbildning på avancerad nivå.

Effekten blev att mycket arbete ägnades åt att utveckla pedagogiska modeller som tillåter deltagarstyrning, flexibelt lärande och distansbaserad undervisning (Pope, Denicolo 2001). Distansundervisning betraktades här som ett sätt att förhålla sig till kunskapskapande, där människan tilläts kunskapsinhämtning i hela sitt ordinarie upplevelsefält, och där en del av inlärningen även kopplades till kreativa processer på arbetsplatsen (Wenger 1998). Det som anger lärandets gränser och utmaningar är tidsramar, kursernas teman och faktainnehåll. Att ha tillgång till en webbaserad kunskapsyta tolkades som närvaro, inte distans. Pedagogiken byggdes upp didaktiskt för att främja studentens aktiva förhållningssätt till kunskapskapande. Det individuellt styrda tillträdet till kunskapen och såväl personliga som gruppbase-

projekt skapade en integrerad del av programmets utbildningsverksamhet. Detta arbete ledde till att grunden lades till vad Biggs (2003) menar är att skapa en balans mellan kvalitet, valfrihet och vetenskaplig förhållningssätt till lärande.

Utbildningens innehåll

Utbildningen byggdes upp av moduler, vilka består av dels obligatoriska och dels valbara kurser samt en uppsats om minst 15 högskolepoäng (hp). Beroende på studentens tidigare utbildning på avancerad nivå erbjuds inom programmet möjlighet till fördjupningsarbeten med varierande omfattning och ämnesinnehåll. För mastersexamen krävs ett självständigt arbete omfattande totalt 30 hp. Kurserna baseras på ämnesområdena folkhälsovetenskap, vårdvetenskap, medicinsk och odontologisk vetenskap samt samhälls- och beteendevetenskap.

Temat för första terminen var Integrerad hälsovetenskap och integrerat mångprofessionellt hälsoarbete. För andra terminen var temat Professionalisering och förändringsarbete i vård, omsorg och socialt arbete. Metoder för förändringsarbete. Under den tredje terminen togs följande områden upp: Specialistinriktning och ämnesfördjupning inom hälsofrämjande arbete på arbetsplatser; ledarskap och offentlig förvaltning; kliniskt hälsoarbete; socialt förändringsarbete. Fördjupningsarbetet kom under den fjärde och sista terminen, ev. tillsammans med en valbar kurs. Genom de valbara kurserna och val av uppsatsämne gavs betydande möjligheter för

ämnesfördjupning parallellt med det integrerade synsättet.

Eftersom HKr redan tidigare hade magisterrättigheter i såväl folkhälsovetenskap som omvårdnadsvetenskap, kunde ett antal kurser från dessa utbildningar ingå i masterprogrammet. Andra kurser nyutvecklades, bl.a. de kurser som tog upp integration av ämnen.

Högskoleverkets bedömning

Högskoleverket beslutade att ge HKr rätt att utfärda masterexamen inom området hälsovetenskap (Högskoleverket 2007a). Man accepterade alltså inte benämningen *integrerad hälsovetenskap* i examensbenämningen. Den motivering som det beslutet vilade på var närmast positivt formulerad, att genom det bredare området hälsovetenskap gavs HKr större frihet och flexibilitet att fortsätta sitt utvecklingsarbete mot en masterexamen, vilken eventuellt skulle kunna ges med olika inriktningar – folkhälsovetenskap, omvårdnad etc.

I sammanfattning lyftes i beslutet fram de företräderna som ansågs ge möjligheter för HKr att bedriva masterutbildning, främst den goda lärar-kompetensen och en utvecklad och mångvetenskaplig forskningsmiljö. Speciellt lyftes fram en framgångsrik grundutbildning i folkhälsovetenskap, där man visat på möjligheten att integrera ämnen i undervisningen.

Efter ett år, dvs. 2008, skulle HKr komma in med komplettering för att bl.a. visa hur man hanterade progressionen, då också samtliga aktuella kursplaner var framtagna. Efter den kompletteringen fick HKr slutligen definitiva rättigheter att utfärda masterexamen inom området hälsovetenskap.

Slutord

Utveckling av utbildningsprogram är en långsiktig process (Högskoleverket 2007b). Uppbyggnad av masterprogrammet i integrerad hälsovetenskap gick relativt snabbt och genomstrukturerades av intensiva dialoger, samverkan och involvering av externa intressenter. Samtidigt med detta genomfördes fortlöpande professors- och lektorst träffar och s.k. rundabordsdialoger, där målet var att skapa överblick och konceptuell tydlighet inom det nya kunskapsområdet. Det innovativa i angreppssättet var också den direkta kommunikationen med politiker, verksamhetschefer och personalansvariga inom närliggande kommuner och inom förvaltningar i Region Skåne. Högskolornas och universitetens roll i samhället har dramatiskt förändrats och dess verksamheter går långt utöver traditionella roller som leverantörer av akademisk skolning (Franke-Wikberg m.fl. 1994). Utvecklingstendenserna i samhället, särskilt i relation till behoven av samarbete för hälsa, accentuerar behovet av att integrera kompetenser och utbildningar på avancerad nivå. Det blir därför en av de framtida uppgifterna för universitet och högskolor att etablera program, där integration mellan ämnen

främjar samarbete och medverkar till en bättre anpassning till dagens ohälsosituation och den förändrade vård- och omsorgsstrukturen (Andersson, Ejlertsson 2009; Dychawy Rosner 2009).

Regeringen. En förnyad folkhälsopolitik. Stockholm: Sveriges riksdag; 2007 (Regeringens proposition 2007/08:110).

Wenger E. Communities of practice. Learning, meaning and identity. Cambridge: University Press; 1998.

Litteratur

Andersson I, Ejlertsson G. (red). Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen. Lund: Studentlitteratur; 2009.

Biggs J. Teaching for quality learning at university. UK: Open University Press; 2003.

Dychawy Rosner I (red). Samtal om närsjukvården i Bromölla. HKr, Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård: Collaborative and integrated approaches to health 2007: 2.

Dychawy Rosner I. Samarbete för hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009 (i tryck).

Franke-Wikberg S, Lindberg L, Lundgren B, Mårtensson B, Sundin B, Sörlin B. Vetandets vägar. Lund: Studentlitteratur; 1994.

Högskoleverket. Prövning av masterexamensrätt 2007. Stockholm: Högskoleverket; 2007a (Rapport 2007:46 R).

Högskoleverket. Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. Stockholm: Högskoleverket; 2007b (Rapport 2007:23 R).

Olander E. Vård- och omvårdnadsvetenskap: hälsoarbete med individen i fokus. I: Andersson I, Ejlertsson G (red.). Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen. Lund: Studentlitteratur; 2009.

Pope M, Denicolo P. Transformative education. Personal construct approaches to practice and research. London: Whurr Publisher; 2001.

Regeringen. Ny värld – ny högskola. Stockholm: Sveriges riksdag; 2004 (Regeringens proposition 2004/05:162).

Regeringen. Mål för folkhälsan. Stockholm: Sveriges riksdag; 2002 (Regeringens proposition 2002/03:35).