

Til:

MED ØK Seksjon for økonomi

Dato: 21.05.2013

Saksnr.: 2012/5162 KNUTTST

### **Høringssvar fra Helsam og underliggende fagmiljøer - Etablering av en Master of Public Health**

Vedlagt følger de høringsinnspill instituttet har fått fra våre avdelinger. Instituttet videreformidler kun de innspillene vi har fått, og har i utgangspunktet ingen overordnede faglige innspill til utredningen.

Vi vil likevel understreke to organisatoriske aspekter vi er opptatt ved denne utredningen. For det første så mener vi det er helt vesentlig å understreke at en forutsetning for opprettelse av et nytt studieprogram er at det er fullfinansiert, og at kostnadene i programmet er godt kalibrert med de forventede inntektene. I tillegg så er vi opptatt av at Helsam neppe vil kunne ta i mot et nytt MPH-program innenfor nåværende arealer. De forventede nye lærerkreftene som trengs, samt deres forskningsaktivitet, vil kreve mer plass enn vi har til rådighet i dag.

Med hilsen

Jeanette H. Magnus  
instituttleder

Knut Tore Stokke  
administrasjonssjef

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UiO og er derfor ikke signert.

Vedlegg: Høringsinnspill fra avdelingene samfunnsmedisin, allmennmedisin, etikk og helsefag.

Saksbehandler:

*Knut Tore Stokke*  
22850509, [k.t.stokke@medisin.uio.no](mailto:k.t.stokke@medisin.uio.no)



## Kommentarer til forslag om Master i Public Health

Senter (SME) for medisinsk etikk er positiv til forslaget om opprettelse av en slik master som vil dekke et viktig behov i samfunn og helsetjeneste. Særlig er vi positive til den tverrvitenskapelige og flerfaglige profilen som forslaget legger opp til med en fin dimensjonering av obligatoriske og valgfrie emner, samtidige som viktige fagområder kan undervises på tvers i studiet.

SME ønsker spesielt en formulering i planen der det står at de fagmiljøer som representerer tverrfaglige emner vil bli inkludert direkte i planlegging av innføringskursene. Etikk er et slikt emne som vil bli viktig i studiets tverrsgående undervisning. Vi vil nevne *prioriteringer i helsetjenestene, forskningsetikk, vitenskapsetikk og vitenskapsteori, helse, sykdom og sykerolle, samt beslutningsprosesser, pasientmedvirkning, selvbestemmelse og metoder for etisk refleksjon i folkehelsearbeid* som noen slike viktige tema som kan inngå i hovedmodulene på nivå 1. og 2.

I tillegg vil det kunne lages elektive emner i medisinsk etikk og folkehelseetikk som også kan tilbys i de andre masterstudiene. Kanskje særlig gjelder dette en innføringsmodul i medisinsk og helsefaglig etikk som per i dag mangler i alle masterstudiene.

Når det gjelder Fordypningsløp B: Ulikheter i helse og etikk – **Global helse og ulikhet – ethics of fair benefit** forslår vi følgende omformulering.

- Innhold og læringsutbytte: Kurset vil diskutere samhandling mellom profesjoner og nivåer i helsetjenesten. Sosiale og strukturelle determinanters rolle i genereringen av helseulikheter og etiske utfordringer og retningslinjer knyttet til fordelingen av globale helse- og forskningsgoder. Teorier, normative rammeverk og retningslinjer for fordeling av nasjonale og globale helse- og forskningsgoder

For SME

Per Nortvedt

## Høring – Etablering av en Master of Public Health

Avdeling for helsefag har følgende innspill til rapporten fra utvalg for etablering av Master of Public Health.

13.05.13

Slik den er skissert i rapporten virker en Master of Public Health lagt til Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo i hovedsak godt begrunnet og gjennomførbar. Vi mener imidlertid at den fremstår som mer medisinsk orientert enn den bør være, både når det gjelder innhold og hvilke samarbeidspartnere, fag- og befolkningsgrupper som favnes, og at de sentrale folkehelsefeltene bør løftes tydeligere fram. Videre vil det være viktig å avklare forholdet mellom dette masterprogrammet, de resterende ved fakultetet og ikke minst hvordan en Master of Public Health er tenk inn som en del av den planlagte Mega-masteren. Følgende punkter mener vi det er nødvendig å reflektere nøye over:

- Samarbeidspartnere er for snevert beskrevet. De viktigste aktørene mangler. Følgende må med:
  - KS, evt andre kommuner enn Oslo
  - Rehabiliteringsinstitusjonene (f. eks. ved Virke rehab.)
  - Habiliteringsinstitusjonene
  - Frisklivssentraler
  - Frivilligheten (f. eks. ved Frivillighet Norge)
- Temaer som er for svakt tydeliggjort og bør løftes bedre frem:
  - Habilitering
  - Barn- og ungdomshelse
  - Kjønn- og minoritets-etnisitetsperspektiver
- Rekruttering
  - Planen kan synes å være litt lettvent ifht å avvise at en MPH ikke vil affisere rekruttering til eksisterende MA-programmer
- Profil må bli tydelig kommunisert
  - Avklaring i forhold til en eventuell Mega-master
  - Likheter/forskjellighet til eksisterende MA-programmer ved UiO
    - Planen for MPH legger vekt på at studiet utvikler ferdigheter, noe som sannsynligvis er tenkt som særskilt profil sammenlignet med de mer forskningsrettede master-programmene. Alle master-programmer skal vektlegge utvikling av ferdigheter. Det er derfor behov for en klarere beskrivelse av hvilke særskilte ferdigheter MPH vektlegger. Samtidig skal det være utbyttbare komponenter og det tenkes felles undervisning med andre programmer. Dette kan igjen føre til utvisking av forskjellene mellom programmene. Disse forholdene må tydeliggjøres i det videre arbeidet.

- Planen fremhever sin tverrfaglighet, samtidig som tverrfagligheten ved eksisterende MA-programmer undervurderes i fremstillingen. Det er vanskelig å se at tverrfagligheten er større i MPH enn andre. Det er vel heller slik at tverrfagligheten er annerledes.
- Tydeliggjøre likhet/forskjell til andre folkehelseprogrammer spesielt ved UMB og HIOA
- Planen omtaler kjerneområder og fordypningsområder. Det er vanskelig å forstå om dette er det samme eller to ulike inndelinger. Dette må klargjøres i en endelig plan

Med hilsen

Hilde Bondevik  
programleder

# Høringsnotat – Avdeling for samfunnsmedisin - MPH, UiO

## I. Innledning

Vi på avdeling for samfunnsmedisin er glade for at det er vilje til å arbeide med en Master i Public Health, og vil innledningsvis understreke at vi synes det er svært viktig at et slikt masterprogram opprettes. En ny MPH ved UiO kan møte utdanningsbehovet for kommuneleger og andre som skal bli spesialister i samfunnsmedisin, et behov som de siste 15 år har vært lite ivarettatt i Norge. Nettopp derfor må vi også si innledningsvis at vi synes det er uheldig at det foreliggende arbeidet ikke har vært forankret i organisasjonen i forkant. De ansatte ble ikke tatt med på råd når det gjaldt sammensetning av utvalgsmedlemmene, prosessen har ikke vært åpen, og allmøter ble først arrangert noen uker før rapporten skulle leveres. Vi har dessuten vanskelig for å forstå hvorfor en ikke aktivt har trukket på våre administrative, faglige og studentrettede erfaringer gjennom de siste 13 år med driften av et svært vellykket masterprogram i internasjonal helse. Nedenfor kommer vi med noen kommentarer, men vil beklage at vi ikke har hatt tid til å gå grundigere inn i dette, siden vi ikke mottok høringsutkast før 1.mai.

## II. Innspill til innhold

- 1. Målgruppe.** Dette bør det jobbes mer med før man setter i gang. Vil de med "personlig engasjement" søke? Det avhenger kanskje først og fremst av karrieremulighetene etter studiet. Man bør jobbe mer med å tilpasse programmet til for eksempel leger under spesialistutdanning i samfunnsmedisin og arbeidsmedisin, helsesøstre, rådgivende leger i NAV, folkehelsekoordinatorer i kommunene etc.
- 2. Mens HELSAM er det eneste instituttet i Norge med spisskompetanse innen kulturelle, antropologiske og historiske perspektiver på helse og sykdom,** ser det foreslåtte MPH-programmet ut til å legge spesielt lite vekt på undervisning innen disse områdene. Dette står i kontrast til dokumentene det er henvisning til (Calhoun et al 2008 og Otok et al 2011), som begge legger betraktelig mer vekt på kulturelle og samfunnsvitenskaplige perspektiver innen folkehelsevitenskap enn forslaget for Oslo gjør.<sup>1</sup> Sammenliknet med modellen man sier man vil legge seg opp til, ser Oslo-forslaget dermed ut til å ville underfokusere et fagområde der HELSAM har spesielle fortrinn. Vi mener dette vil være et dårlig strategisk valg. Blant de tolv kjernekompetanseområdene som the Association of Schools of Public Health i USA fremhever for MPH-programmer er "Social and behavioural sciences" og "Diversity and culture" (Calhoun et al 2008). Gitt kompetansegrunnet og -mulighetene som finnes på HELSAM, og også økende samfunnsmessige utfordringer knyttet til bl.a migrasjon og kroniske sykdommer foreslås det at forslaget endres slik at disse to "kjernekompetanseområdene" får en plass i det nye programmet. Dette vil også bidra til å differensiere det nye programmet fra konkurrerende tilbud. Konkret foreslås det at "helse, kultur og samfunnsvitenskaplige perspektiver" innføres som et av kjerneområdene i programmets nivå 1 og 2, evt også som et fordypningsområde i nivå 3.
- 3. Det bør være moduler for området "Arbeid, helse og velferd" i en ny MPH.** Dette omfatter bla. tidligere fagområder som arbeidsmedisin, sosialmedisin, trygdemedisin og arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsdepartementet (AD) og Forskningsrådet kartlegger nå

---

<sup>1</sup> Oslo-forslagets avsnitt om "Innhold, oppbygging og struktur", for eksempel, kopierer store sett ordrett Otoks tabell 1, men av de få tingene som er utelatt er en ekvivalent til "social and behavioural sciences" under "populasjonshelse og helsedeterminanter". Tilsvarende har forslaget også utelatt en ekvivalent til Okoths "health anthropology" under "tverrfaglige emner".

situasjonen for arbeidshelse i Norge, og AD kunne være en mulig bidragsyter inn i programmet dersom vi sørger for en slik modul. I forslaget er arbeidshelse/yrkesmedisin 2 av 8 deler under emneområdet "populasjonshelse og helsedeterminanter" som er på 20 studiepoeng tilsammen. Til sammenligning har Harvard School of Public Health sin MPH. Occupational and Environmental health som en av 7 core courses. Se mer i punkt 9 nedenfor.

- 4. Internasjonal profil.** Når det gjelder den "internasjonale profilen" (side 7) mener vi programmet ikke bør overdrive. Læringspotensialet fra internasjonal samhandling er langt viktigere enn de 5-10 studentene fra andre land som kunne tenkes å søke på denne MPH-utdanningen. At det skulle være "et stort potensial for rekruttering av internasjonale studenter som ønsker å jobbe med folkehelse i sitt hjemland" (side 14) er tvilsomt hvis programmet samtidig skal være relevant for behovene i forbindelse med de store helsereformene hos oss. Henvisningen til Meld.St.11 om den globale helsepersonellkrisen er irrelevant sett på bakgrunn av at 40 studieplasser i året ligger inne i et eksisterende masterprogram ved fakultetet, inkludert et fokus på global policy.
- 5. Samarbeidspartnere** er veldig snevert definert, spesielt vil vi påpeke at aktører med erfaring med brukernære prosjekter er så godt som fraværende. Aktuelle partnere er for eksempel ideelle/frivillige organisasjoner som driver prosjekter på grunnplan, som for eksempel Kirkens Bymisjon, og kommunale lokalt forankrede organisasjoner (Oslo kommune, frisklivssentraler etc).!
- 6.** På side 13 og 14 i forslaget er det tatt med et detaljert forslag til fordypningsemner på nivå 3. Det bør tas med et **fordypningskurs i kvalitative forskningsmetoder**. Det er helt avgjørende at et slikt kurs inkluderes i programmet hvis det skal bli mulig å gjennomføre og veilede masteroppgaver som helt eller delvis benytter slike forskningsmetoder (som forutsatt på nivå 4 i det foreslåtte masterprogrammet).
- 7.** Vi vil peke på at utvalget ikke har arbeidet nok med **begrunnelsen** for et slikt program. Samfunnshelse er en "lillebror" i medisinen som fag, med lite status sammenliknet med basalmedisin og kliniske medisin. Det siste gjør det også nødvendig å kjempe for friske midler fra staten for å svare på den utfordringen som de utvilsomt har gitt oss i de store helsereformene. Vi mener også at de store helsereformene, eller "bestillingen fra samfunnet" ikke følges opp i programmets mål, innhold og struktur. I stedet blir en som leser usikker på om en snakker om et engelskspråklig, norsk eller språkblandet program, og det synes å legges større vekt på europeisk akkreditering enn på relevans for norsk helsevesen.

### **III.Utdyping av fagområdet "Arbeid, helse og velferd".**

Arbeidshelse handler om å motvirke negative helseeffekter av arbeid, men også om å understøtte god helse og funksjon i arbeid. Arbeidsmiljøet har derfor stor betydning, ikke bare for den enkelte men også for samfunnet og samfunnsøkonomien i stort. Trygdemedisin er nært knyttet til denne koblingen mellom arbeid, helse og produktivitet. Siden økt pensjonsalder, atferd og økt andel av befolkningen i arbeid er såpass viktig ut fra den generelle demografiske og økonomiske utviklingen i samfunnet ( i tillegg til et rent folkehelseperspektiv), bør forholdet mellom arbeid og helse få noe større vektlegging i et MPH studium. På denne måten vil MPH studiet lettere også få rekruttering fra Bedriftshelsetjenesten, NAV og andre etater under arbeidsdepartementet, og koblingen mellom arbeid, helse og samfunnsøkonomi vil kunne gi grunnlag for en spesialitetsmodul i tillegg til de foreslåtte 4.

En mulighet for å tydeliggjøre dette feltet mer er at a modul 2 (ref. side 12 i rapporten) blir omdøpt til Arbeid, helse og samfunn, miljømedisin. Modulen kan styrkes med bidrag/kobling til viktige sektorer i norsk arbeidsliv som Oljeindustri, fiske og transport (feks. Sjøfart), hvor Norge har betydelig aktivitet og kompetanse. Eksempelvis Skiftarbeid, ekstreme miljøer, 24-timers samfunnet. NAV sin rolle og Trygdemedisinen bør også være en viktig del her. Smittsomme-og ikke-smittsomme

sykdommer kan da flyttes til modulen Helseopplysning og helsefremmende arbeid (henger sammen med smittevern, forebyggende helsearbeid). Demografi kan kanskje flyttes til tverrfaglige emner siden det jo må integreres på tvers av hovedmodulene.

#### **IV. Betydningen av forankring**

På side 20 henvises det til en prosess med en arbeidsgruppe som ble nedsatt for å utrede en master i public health for noen år siden. Vi vil bare understreke at vi den gang ikke fikk høre om arbeidsgruppen før den presenterte sitt arbeid, som blant annet inneholdt tanker om en samorganisering mellom kunnskapssenteret, FHI og UiO. Vi kjenner ikke til hvem som nedsatte denne arbeidsgruppen, men det var så vidt vi vet ikke dekanus ved det medisinske fakultet. Prosessen feilet etter vår mening fordi den slett ikke var forankret blant de ansatte. Vi må lære av denne prosessen i dette forløpet og sikre oss at vi unngår tilsvarende feil. En slik forankring blant de ansatte, som i utgangspunktet altså er positivt innstilt til en Master of Public Health, vil tross alt utgjøre grunnstammen i det nye programmet, og er helt vesentlig for at programmet skal bli bra. Det er de faglige ansatte som skal fylle programmet med innhold.

## **Innspill til MPH-utredning fra Avdeling for allmenntidning**

I MPH-utredningen er det faglige innholdet formulert på en så overordnet måte at det ikke er helt enkelt for oss å se om programmet treffer blink også i forhold til den målgruppen vi har i tankene, nemlig kommunelege 1/kommuneoverleger.

Mens økonomi/administrasjon er løftet tydelig fram, savner jeg tydelige overskrifter med adresse til ledelse av lokalt, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene. Her benyttes det noe uklare begrepet "helse og sosialpolitikk" som kanskje burde vært operasjonalisert slik at det tydelig framgikk at dette både dekker en ren politisk dimensjon men at det også må handle om utvikling og ledelse av praktisk folkehelsearbeid lokalt, regionalt og nasjonalt.

Noen konkrete eksempel kunne vært tatt med for å illustrere dette så som samarbeid med NAV (ex i arbeidet med å forhindre frafall fra videregående skole), samarbeid med frivillig sektor, lokalt smittevern/resistensforebygging samt andre lokale miljøutfordringer.

### **SMÅPLUKK:**

Når det gjelder læringsutbytte (side 11, kulepunkt 4) ville vi lagt til et lite ord: "også", dvs "få innsikt i ulikheter i helse OGSÅ ut fra et etisk perspektiv". I kulepunkt 7 under sammen oppstillingen, kunne man kanskje føye til "nasjonalt og lokalt" for på tydeliggjøre (går ut fra at dette er ment implisitt).

Tilsvarende i punktet om ferdigheter (side 11, punkt 2): her kunne man lagt til ordet "lede" samt føye til "lokalt og nasjonalt!"

Overskriften til Fordypningsløp D (Helse og sosialpolitikk): her ville vi lagt til "i folkehelsearbeidet" etter Helseøkonomi, politikk og administrasjon". Kfr det som står foran om at begrepet "helse- og sosialpolitikk" bør operasjonaliseres.

Jørund Straand, avdelingsleder