

Bengt G. Eriksson, Arild Granerud og
Jan Kåre Hummelvoll

Masterutdanning i psykisk helsearbeid –
et studentperspektiv

Høgskolen i Hedmark
Rapport nr. 1 – 2014



Høgskolen i Hedmark

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatterne er selv ansvarlige for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapport nr. 1 – 2014
© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark
ISBN: 978-82-7671-924-6
ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Masterutdanning i psykisk helsearbeid – et studentperspektiv			
Forfattere: Bengt G. Eriksson, Arild Granerud og Jan Kåre Hummelvoll			
Nummer: 1	År: 2014	Sider: 48	ISBN: 978-82-7671-924-6 ISSN: 1501-8563
Emneord: Master i psykisk helsearbeid, utdanningsevaluering, måloppnåelse, praksisrelevans, brukerperspektiv			
Sammendrag: <p>Psykisk helsearbeid som begrep og fagfelt er relativt nytt, og er bl.a. karakterisert av at psykiske helseproblemer betraktes prosessuelt og flerperspektivisk. Høgskolen i Hedmark har hatt videreutdanning innen psykisk helsearbeid siden 1998. I 2006 startet en masterutdanning, som bygger på videreutdanningen, hvor tverrfaglighet, nær kobling mellom forskning og praksis og et tydelig brukerperspektiv er fremtredende.</p> <p>Utdanningens hensikt er først og fremst å bidra til en mer kvalifisert praksis. I denne evalueringsrapporten, som bygger på en nettbasert spørreundersøkelse, gir 67 tidligere studenter (svarprosent 86 %) som har fullført masterutdanningen 2006–2012 sitt syn på dens betydning, styrke, svakheter og forbedringspotensial. Resultater og vurderinger utgår fra studentenes bedømmelser i relasjon til individuelle og offisielle mål.</p> <p>Resultatet viser at det er en godt voksen gruppe med lang yrkeserfaring som har gjennomført utdanningen, og hvor majoriteten er psykiatriske sykepleiere. Mange arbeidet delvis under studiet og mottok økonomisk støtte i ulik grad. Motiver for å ta studiet var knyttet til ønske om bedre innsikt, få en teoretiske ramme for ens praktiske erfaringer og lære mer om vitenskapelig metode. De teoretiske emnene ble relativt godt vurdert. Arbeid og opplegg for gjennomføring av masteroppgaven var særlig høyt vurdert. Utdanningen vurderes som betydningsfull, særlig når det gjelder personlig vekst og forståelse for tverrfaglig samarbeid. Flertallet av studentene har fått høyre lønn, halvparten har arbeidsoppgaver som innebefatter FoU og mange ønsker fortsatt utdanning på ulike områder. Måloppnåelsen vurderes generelt som god, men med forbedringspotensial på enkelte punkter.</p>			



Hedmark University College

Title: Master's Degree in Mental Health Care – from the students' perspective			
Authors: Bengt G. Eriksson, Arild Granerud and Jan Kåre Hummelvoll			
Number: 1	Year: 2014	Pages: 48	ISBN: 978-82-7671-924-6 ISSN: 1501-8563
Keywords: Master of mental health care, evaluation of education, goal-fulfilment, relevance for practice, user-perspective			
Summary: <p>Mental health work is a relatively new concept and professional field, where mental health problems are regarded as processes and viewed from different perspectives. Hedmark University College has offered further education in mental health care since 2006. In 2006 started a master programme in mental health care, characterised by interdisciplinarity, close connections between research and practice, and a prominent user-perspective.</p> <p>The main aim is to contribute to a more qualified practice. This evaluation report builds upon a web-based questionnaire, where 67 former students (86 % response rate) who had completed the programme during 2006–2012, give their views of its importance, strengths, weaknesses and potential for improvements. The points of departure are the student's personal judgement, in relation to individual and official goals.</p> <p>The results show that they constitute a “well grown up” and highly professional experienced group, where the majority is psychiatric nurses. Many worked (mainly part time) during their studies and received different forms of economic support. Their motives for entering the study programme were to increase their insight in mental health care, learn more about its theoretical framework, and to improve their knowledge on scientific methods. The theoretical courses were relatively well assessed, while content and organisation of work on the master thesis were highly valued. The study programme was regarded useful, especially when it comes to personal growth and perspective on interdisciplinary work. The majority of the students had raised their salary after finishing the programme, half of them had working tasks that included research and development work, and many wanted further education in different areas. The goal-fulfilment is assessed to be generally good, however with potentials for improvement in different parts.</p>			

Forord

Psykisk helsearbeid som kunnskapsområde og praksis representerer en delvis ny måte å møte mennesker med psykiske problemer. Kunnskap fra psykiatrisk sykepleie kombineres med blant annet samfunnsvitenskap og humaniora. Brukerperspektiv og fokus på praksisnær kunnskap står sentralt. Koblingen til dagens tenkning innen velferdens område og innen samfunnsutviklingen er åpenbar. Det vil derfor være helt naturlig, når Norges første masterutdanning innen dette felt nærmer seg ti år, å ta en titt i bakspeilet, for å se hva som har fungert bra – og hva som kan forbedres.

I denne studien gir tidligere studenter innen Masterprogrammet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark sitt syn på utdanningen. Vi har dessuten spurt studentene noe om deres forhold før, under og etter utdanningen. Rapporten beskriver også tenkningen omkring psykisk helsearbeid slik som den har blitt utviklet innen Høgskolen, samt gir et tilbakeblikk på tidligere evalueringer som har relevans for denne studien.

Vi takker masterstudentene for at de har besvart spørreundersøkelsen, og håper at rapporten kan være av interesse for dem, men også for en bredere krets innen høyere utdanning og på de mange arenaer i samfunnet der psykisk helsearbeid i dag og fremover bedrives. For å få en fortsatt positiv og humanistisk grunnet utvikling innen dette feltet, kreves samarbeid og en felles målretning fra brukerorganisasjoner, profesjonelle, forskere/lærere, politikere og det sivile samfunn.

Elverum i februar 2014

Forfatterne

Innhold

Forord	7
1. Innledning	9
Psykisk helsearbeid	9
Rapportens oppbygning	11
2. Masterutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark	12
Studiets fokus og idégrunnlag	12
Studiets mål	15
Organisering	16
3. Tidligere studier om videre-/masterutdanning i psykisk helsearbeid	18
4. Metode	21
Forskningsetisk refleksjon	23
5. Resultater	24
Karakteristika ved studentene	24
Forhold under studiet	25
Motiver for å ta masterutdanning	26
Synspunkter på ulike deler av masterutdanningens 2. år	27
Masterutdanningens mest betydningsfulle momenter	29
De viktigste ønsker om endring i masterutdanningens innhold	31
Momenter som ikke var nevnt i spørreskjemaet	33
Etter masterutdanningen	34
Arbeidsforhold etter masterutdanning	36
Forskning og fagutviklingsarbeid etter masterutdanningen	38
Tanker om videre utdanning	39
6. Diskusjon, konklusjon og vurdering	40
Metodisk refleksjon	40
Karakteristika ved studentgruppen	41
Masterutdanning i psykisk helsearbeid – 120 stp – sammenhengen mellom 1. og 2. studieår	42
Faglig innhold og kvalitet	43
Faglig fordypning versus personlig karriere og utvikling	43
Behov for endring i innhold og organisering	44
MMHC – bidrag til bedre psykisk helsearbeid?	44
Konklusjon og vurdering	45
Litteratur	47

1. Innledning

Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid som begrep og fagfelt er fra en side sett relativt nytt og er et svar på helsepolitiske reformtiltak innen psykisk helsefeltet. På den annen side representerer det også noe gammelt fordi det fokuserer på fenomener, forståelses- og tilnæringsmåter som mange fag har vært opptatt av i lang tid (jf. Karlsson og Borg 2013). Begrepet ble introdusert i 1998 i forbindelse med etablering av en ny tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Denne utdanningen erstattet de tidligere videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi. Hensikten med utdanningsreformen var å bidra til å sikre et felles forståelsesgrunnlag for ulike grupper som arbeider innen feltet, og slik øke samarbeidsmuligheter og sørge for bedre samordning av tjenestetilbudene. Samtidig åpnes det for nye forståelsesmåter og dermed praksisformer i arbeid med mennesker med psykiske lidelser og funksjonshindringer. I Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2006/8) benyttes også begrepet psykisk helsearbeid. Når det dreier seg om forskning, har psykisk helsearbeid som betegnelse erstattet det tidligere «psykiatrisk helsetjenesteforskning» i Norges Forskningsråds program: Helsetjenester og helseøkonomi i perioden 2001–2005. Denne dreining var et uttrykk for at helsetjenesten skulle omfatte alt arbeid for å bedre folks psykiske helse (Kolstad 2004).

Høgskolen i Hedmark har tilbudt videreutdanning i psykiatrisk sykepleie fra 1989 til 1998, og fra 1999 ble denne omgjort til en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Solid erfaring med videreutdanning innen fagfeltet, og høgskolens satsning på forskning innen psykisk helse gjennom lang tid, var bakgrunnen for ønsket om å etablere et masterstudium i psykisk helsearbeid. Høgskolens satsning var også basert på helse- og utdanningspolitiske dokumenter som presiserte behov for økt innsats i forhold til psykisk helse, kvalitet og samordning innen feltet – med økt tilgang på kvalifisert personell. Relevante dokumenter var følgende:

- Både i Lov om pasientrettigheter (2. juli 1999 nr. 63), i Lov om spesialisthelsetjeneste (2. juli 1999 nr. 61) og i Lov om helsepersonell (2. juli 1999 nr. 64) sies det i § 1 at lovenes formål er å bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet.
- Lønning 2-utvalget (NOU 1997:18) presiserte at arbeidet med psykiske lidelser måtte prioriteres og forsterkes.

- Stortingsmelding 25 (1996–97) Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene omtaler bl.a. behovet for etter- og videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Det presiseres at det er nødvendig å finne frem til de områdene som krever økt spesialisering eller fordypning for at brukerne skal få de tjenestene de har behov for.
- St prp. nr. 63 (1998–99) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 fulgte opp Stortingsmelding 25. Her ble det bebudet økt satsing på videre- og etterutdanning både innen voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien.
- St meld nr. 27 (2000–01) Kvalitetsreformen innførte en ny gradsstruktur som følge av Bologna-prosessen (som hadde som siktemål å etablere et europeisk område for høyere utdanning). Her ble videreutdanningene (60 stp) plassert i et utdannings- og gradsmessig ingenmannsland.

Det ble antatt at mastergradsstudier i psykisk helsearbeid ville kunne bidra til å oppfylle målsettingene som ble uttrykt i disse offentlige dokumentene. Dette betydde ikke at videreutdanning i psykisk helsearbeid skulle forsvinne, fordi disse stadig er viktige og nødvendige utdanningstilbud for å møte behovene for kvalifisert personale innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene. Videreutdanningenes styrke er deres kliniske og praktiske profil og forankring, men samtidig vil det være behov for fagpersoner med utdanning på høyere grads nivå som kan bidra til kunnskapsutvikling, nyorientering og utvikling av tjenestetilbudene innen det brede feltet psykisk helse.

Våren 2004 gjennomførte høgskolen flere drøftinger med representanter fra det kliniske felt for å avklare blant annet behovet for kandidater med mastergrad i psykisk helsearbeid. Fra kommunalt hold kom det frem at det var ønskelig med et masterstudium i psykisk helsearbeid – samtidig som tilbudet om videreutdanning (60 stp) måtte videreføres og kunne inkorporeres i masterutdanningen. Det ble understreket at psykisk helsefeltet generelt hadde en stor utfordring med å utvikle høy kompetanse som kunne bidra til å sikre tjenestetilbudenes kvalitet. Dette kom frem fra Pasientombudets side, fra administrasjonen i Sykehuset Innlandet og fra brukerorganisasjonene.¹ Det ble også gjennomført en spørreundersøkelse blant tidligere videreutdanningsstudenter innen fagområdet. Undersøkelsen viste stor interesse for muligheten til å komplettere utdanningen med et masterstudium.

Selve utviklingen av masterstudiet skjedde i dialog med en bredt sammensatt *referansegruppe* som fulgte hele prosessen. Gruppen besto av representanter fra fylkesmannsembetene i Hedmark og Vestfold, høgskolene, representanter for spesialist- og kommunehelsetjenesten, brukerorganisasjonen Mental Helse og en studentrepresentant fra en sammenlignbar masterutdanning (Master of Community Care). Når det gjaldt hvilken type mastergrad som det skulle satses

¹ Disse synspunktene kom frem i konklusjonen om hvilke helsemastergrader Prosjekt Innlandsuniversitetet (Høgskolene i Hedmark, Gjøvik og Lillehammer) skulle satse på (april 2004). Arbeidsgruppen besto av representanter fra Sykehuset Innlandet, kommunehelsetjenesten og de nevnte høgskolene.

på, var det enighet om at det burde være en «erfaringsbasert master» med vekt på relevans for praksisfeltets kunnskapsbehov og for kandidatenes mulighet til å utvikle yrkesfunksjonen som psykisk helsearbeider.

Masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark (i samarbeid med Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Gjøvik – samarbeidet avsluttet i 2010) ble akkreditert av NOKUT i 2005 som det første i landet. Studiet omfatter 120 stp over to år i henhold til § 5 i KDs «Forskrifter om krav til mastergrad av 1. desember 2005. Det gis mulighet til å søke direkte opptak til andre studieår. Opptakskrav ved innpassing direkte i andre studieår er videreutdanning (60 stp) i psykisk helsearbeid/ psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid, eller psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi. Denne løsningen er et bidrag til at videreutdanningen kan finne sin plass i gradssystemet – samtidig som utdanningen på videreutdanningsnivå beholdt sin egenverdi.

Første studentkull startet i høsten 2006. Studiet har rekruttert en tverrfaglig sammensatt studentgruppe som har kommet fra hele landet. I løpet av den perioden som denne evalueringen dekker (2006–2012) har 70 kandidater fullført studiet. For å sikre kvalitet og relevans i studiet, og undersøke hvilke deler av studiet som bør forbedres, er det nødvendig å innhente tidligere studenters erfaringer og vurderinger.

Kriteriet for å inngå i populasjonen er at man har blitt antatt til og startet studier innen programets andre år, altså inngår også studenter som ikke har sluttført studiet med mastereksamen.

Hensikten med studien er å:

- få kunnskap om tidligere studenters vurdering av utdanningens innhold og kvalitet
- få kunnskap om utdanningens relevans for yrkesfunksjonen – inkludert fagforståelse
- få grunnlag for eventuelle forandringer i studiets innhold og organisering
- få kjennskap til kandidatenes arbeidssituasjon etter endt studium – og utdanningens bidrag i denne sammenheng

Rapportens oppbygning

I kapittel to følger en relativt grundig utdypning av studiets fokus og idegrunnlag, mål og organisering. Her kommer studiets grunnleggende tilnærming til – og forståelse av – fagfeltet frem. Alle som deltar i denne evalueringen har med andre ord tatt en utdanning som har denne grunnforståelsen av fagfeltet. Kapittel tre gjennomgår kort studier om utdanning i psykisk helsearbeid. Kapittel fire gjør rede for evalueringsdesign og gjennomføring av studien. Kapittel fem fremstiller resultatene fra spørreundersøkelsen. Rapporten avsluttes i kapittel seks med en diskusjon omkring resultatene, og hvilken konklusjon som kan trekkes på grunnlag av disse. Avslutningsvis gjøres også en vurdering av masterutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark.

2. Masterutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark

Masterstudiet i psykisk helsearbeid omfatter 120 studiepoeng over to år i henhold til § 5 i KDs «Forskrifter om krav til mastergrad av 1. desember 2005». Studiets *målgruppe* er yrkesutøvere som har bachelor/cand.mag. grad i ulike helse- og sosialfaglige utdanninger og minst to års relevant yrkespraksis. Søkere med annen 3-årig høgskole- eller universitetsutdanning kan etter vurdering tas opp til studiet. Personer som tidligere har gjennomført videreutdanning i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid, kan søke om direkte opptak til 2. studieår under gitte forutsetninger (må dokumentere minst 10 studiepoeng i forskningsmetode).

Med enkelte mindre endringer (oppdatering av pensumlitteratur og justering av faglig innhold) har masterstudiet i løpet av perioden beholdt det opprinnelige faglige perspektiv og organisering. Evalueringsgrunnlaget er derfor tilnærmet felles for dem som har deltatt i denne undersøkelsen. I det følgende gjengis studiets fokus og idégrunnlag, mål og organisering slik kandidatene kunne lese det da de søkte om opptak.

Studiets fokus og idégrunnlag

I masterstudiet i psykisk helsearbeid legges det vekt på en sterk indre sammenheng mellom utdanning, forskning og praksis. Dette innebærer at man søker å utvikle og formidle kunnskap om hvordan psykisk lidelse oppleves og kan forstås – samt å undersøke hvilke modeller for psykisk helsearbeid som erfares som virksomme både ut fra et profesjonelt perspektiv og et brukerperspektiv. Studiet vil derfor ta utgangspunkt i handlingsorienterte, aksjonsrettede forskningsstrategier i nært samarbeid med praksisfeltet og ha som mål å produsere praksisrelevant kunnskap.

I det følgende presenteres noen perspektiver på psykisk helse, psykisk sykdom/lidelse og psykisk helsearbeid som representerer studiets gjenstandsområde.

Psykisk sykdom og lidelse: Det er et skille mellom psykisk sykdom og psykisk lidelse. På engelsk benyttes betegnelsene *disease* som er relatert til sykdom – og står for det objektive, naturvitenskapelige perspektiv, mens *illness* representerer det subjektive, opplevelsesmessige og erfaringsbaserte perspektiv. 'Illness' fører til opplevelser og erfaringer av diskontinuitet i personens eksistens, og virker inn på hans sosiale roller. I den moderne, medisinsk-vitenskapelige forståelse betraktes 'disease' som unormale funksjoner – eller unormale strukturer – i kroppsorganer eller systemer.

Når en sykdomstilstand (disease) er ekstrem, som for eksempel i sluttstadiet av en ondartet sykdom, vil dens gjennomgripende preg gjøre sykdomsopplevelsen (illness) uunngåelig. Men disse to fenomenene følges ikke alltid ad. En *sykdomstilstand* kan opptre *uten sykdomsopplevelse*, og en *sykdomsopplevelse* kan forekomme *uten sykdomstilstand*. En psykisk lidelse er dessuten, i større eller mindre grad, relatert til og avhengig av den sosiale kontekst. Den er ikke kun et fenomen for den som bærer lidelsen, men står også i relasjon mellom ham/henne og omverdenen.

Når det gjelder lidelsesaspektet, kan fire former skilles ut selv om de hos den enkelte kan være overlappende. Det er innen denne forståelsen av lidelse at lindring av (psykisk) lidelse har sin grunnleggende mening:

1. 1. *Sykdomslidelse*: Denne formen for lidelse henger først og fremst sammen med opplevelsen av sykdom eller sykdomstilstand – og de konsekvenser denne medfører i livssituasjonen. Personen vil her i stor grad forklare sin lidelse ut fra sykdommen og henviser til diagnosen og behandlingen.
2. 2. *Eksistensiell lidelse*: Denne formen er en livslidelse som følger savn av livsmening – dvs. at man ikke ser mål eller mening med livet – at man ikke vet hvorfor man lever, men bare eksisterer. Lidelsen oppleves i relasjon til det egne, unike livet – hvor man bærer på innsikten om menneskets adskilthet og dermed ensomhet.
3. 3. *Omsorgs- og behandlingslidelse*: Dette er en lidelse som primært kan oppstå i relasjonen mellom den som søker hjelp og hjelperen. Lidelsen kan ligge i savnet av en virkelig relasjon – en relasjon som oppleves som uverdigg eller ikke-delende og kjærlighetsløs. Den kan oppleves som krenkelse av ens verdighet, fordømmelse og straff – samt maktutøvelse og manglende omsorg. Behandlingslidelsen kan dreie seg om å bli fratatt følelser og påført plagsomme bivirkninger (ved medikamentell behandling), og å bli angrepet i sin autonomi gjennom ulike former for tvang.
4. 4. *Sosial lidelse*: Den sosiale lidelsen er relatert til reduserte muligheter til samfunnsdeltagelse, og til samfunnsmessige reaksjoner på personers sykdomsuttrykk i det offentlige rom. Sosial lidelse kan oppleves i forhold til at man har mistet en verdsatt rolle, at man ikke har meningsfulle oppgaver – eller at man opplever fattigdom, utstøtning, boligproblemer, ensomhet, isolasjon og diskriminering. Den sosiale lidelsen står i nær tilknytning til den eksistensielle.

Psykisk helse: Helse kan betraktes som en prosess. Psykisk helse innebærer at emosjoner, interesser, motivasjoner, holdninger og verdier hos personen fortsetter å modnes gjennom livet etter som personen: 1) engasjerer seg i samhandling med andre mennesker og omgivelsene, 2) viser fleksibilitet og stabilitet i tilpasnings- og mestringsevner, 3) utfører de utviklingsoppgaver som møtes i ulike livsfaser og aldre og 4) oppfyller (evt. fornyer) sosiale roller. Helsen er dermed en multidimensjonal og integrerende prosess og inkluderer fysiske, intellektuelle, utviklingsmessige, emosjonelle, åndelige og sosiokulturelle aspekter som er avhengige av tid, sted og situasjon.

Helse er et relativt begrep som innholdsmessig er flertydig, det er nært forbundet med livskvalitet – det står i relasjon til lidelse – og er avhengig av håp. I et holistisk perspektiv ser man kontinuumet helse–uhelse som en bølgebevegelse som er dynamisk og bevegelig.

Allment kan det trekkes frem to perspektiver på helse og sykdom. I det ene perspektivet betraktes helse som motsetning til sykdom. Dette perspektivet blir tydelig i den medisinske tilnærmingen, hvor medisinenes oppgave er å lindre og helbrede sykdommer – og forsøke å gjenskape helse hos de individer som søker hjelp. I det andre perspektivet finnes et helhetssyn. Mennesket ses på som en dynamisk helhet. Begreper som går igjen i dette perspektivet på helse er bl.a. tilpasning, mestring, smerte, angst og handlingsevne. Disse to perspektivene utelukker ikke hverandre. En dekkende teori om helse må derfor kunne gjøre rede for både holistisk helse og for en særskilt sykdom.

Å fremme *psykisk helse* forutsetter en vedvarende oppmerksomhet og innsats for å stimulere og beskytte psykisk helse gjennom hele livet, særlig i forhold til sosialt marginaliserte grupper. Godt planlagte programmer som rettes mot livs- og arbeidsmiljø, kan hjelpe mennesker til å oppnå en opplevelse av meningssammenheng, bygge opp og vedlikeholde gjensidig støttende sosiale relasjoner og å mestre stressende situasjoner og hendelser. Sammenfattet legges følgende stipulative definisjon av psykisk helsefremmende arbeid til grunn i studiet:

Psykisk helsefremmende arbeid sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære. Det innebærer å arbeide direkte med individer, grupper og lokalsamfunn, og søke å influere på de sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som kan ha betydning for psykisk helse.

Dette innebærer at psykisk helsearbeid også må forstås som en virksomhet som søker å styrke individer, familier og lokalsamfunn slik at de blir mer *motstandsdyktige* til å kunne tåle det stress som uvegerlig følger hverdagsliv og samfunnsnivå. Man kan ikke fjerne all risiko fordi slike forhold er en innebygd del av et aktivt liv.

Psykisk helsearbeid: Psykisk helsearbeid omfatter mer enn den profesjonelle virksomhet på feltet. Arbeid for å fremme psykisk helse er en oppgave den enkelte har i sitt eget liv, det er en oppgave for folk flest i deres ulike sosiale sammenhenger og det er en oppgave for alle offentlige etater i en kommune. I dette studiet rettes imidlertid fokus på samarbeidet mellom brukere og ansatte for å fremme psykisk helse, livsmot og lindre psykisk lidelse gjennom bl.a. å støtte hjelpsøkende personer til å bryte onde sirkler.

Utgangspunktet for psykisk helsearbeid er brukernes behov og ikke tjenestene. Derfor er det viktig at tjenestetilbudene utformes i samarbeid med brukere og deres interessegrupper. Følgelig må brukernes synspunkter etterspørres og tas hensyn til i all planlegging av helse- og sosialtjenester. Dette forutsetter at det legges et *brukerperspektiv* på begrunnelsen for og oppbyggingen av tjenestetilbudene. Brukerperspektivet innebærer at brukernes erfaringskunnskap aktivt søkes og inkluderes i grunnlaget for beslutninger om tiltak og at brukerdeltagelse blir hjørnesteinen i psykisk helsearbeid.

Sammenfattet kan *psykisk helsearbeid* beskrives som en relasjonsbyggende virksomhet som er rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og lidelse i befolkningen. Det er et tverrfaglig arbeid som foregår både på individ-, gruppe- og lokalsamfunnsnivå. Kunnskapsgrunnlaget er flerfaglig og tverrfaglig med fokus på faktorer og prosesser som henholdsvis fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse og sosial tilhørighet for individer og grupper, hvilke tiltak som lindrer lidelse og motvirker funksjonshindringer – og hvilke tjenester som samsvarer med behov hos de som søker/trenger hjelp. Arbeidet forutsetter tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, samarbeid på tvers av tjenestenivåer – og fremfor alt samarbeid med brukere og deres sosiale nettverk, samt med brukerorganisasjoner og det sivile samfunn.

I WHO's helsepolitiske dokument «Health21» (Region Europa 1998) understrekes fire handlingsstrategier som harmonerer med den offisielle norske helsepolitikken når det gjelder psykisk helsearbeid:

- Flersektorielle strategier for å møte forhold som påvirker helsen – slik som fysiske, økonomiske, sosiale, kulturelle og kjønnsmessige perspektiver.
- Resultatorienterte helseprogrammer og investeringer som stimulerer helse og klinisk omsorg.
- En integrert familie- og primærhelsetjeneste som støttes opp av en fleksibel og responsiv spesialisthelsetjeneste.
- En deltagende helsestimulerende prosess som involverer relevante partnere på alle nivåer; hjem, skole og arbeid, lokalsamfunn og stat – og som fremmer felles avgjørelser, gjennomføring og ansvarlighet.

Studiets mål²

Mastergradsstudiet skal gi teoretisk og klinisk fordypningskompetanse i psykisk helsearbeid med faglig spesialisering i psykososialt arbeid eller psykiatrisk sykepleie. Studiet skal ha en klinisk og praktisk tilnærming hvor helse, lidelse, sykdom, funksjonsendringer og bedring (recovery) er sentrale tema. Disse temaene belyses og analyseres både som «fakta» og som subjektive fenomener som påvirkes av samfunnsmessige forhold, av personlig opplevelse og erfaring og som gis mening i en kulturell sammenheng. Studiet skal dermed gi innsikt og forståelse for forhold som fremmer psykisk helse for enkeltindivider, grupper og lokalsamfunn, og hvilke faktorer som kan medvirke til psykisk uhelse, lidelse og sykdom. Videre skal studiet gi en kritisk dimensjon på psykisk helsearbeid slik at fagets samfunnsmessige sammenheng og forpliktelser aktualiseres.

Studiets flerfaglige og tverrfaglige kunnskapsgrunnlag og fokusering av pasienters/brukeres erfaringsbaserte kunnskap skal bidra til at studentene rustes til aktivt tverrfaglig samarbeid og til samarbeid med brukere og deres nettverk.

² Fra 2012 har denne formen for målformulering blir erstattet av kravene som ligger i Kvalitetsrammeverket, nemlig slik at læringsutbytte skal presisere hva kandidaten skal ha av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse.

Studiets praksisnære forankring medfører at studentene i særlig grad skal utvikle kunnskaper og ferdigheter innen handlings- og brukerorientert forskning og evaluering for å bedre kvaliteten i psykisk helsearbeid. Studentene skal få trening i å kunne lokalisere forskningsetiske problemer knyttet til praksisnær forskning og vurdere hvilke konsekvenser disse får for forskningens gjennomføring.

Ved endt utdanning skal studentene ha tilegnet seg og kunne anvende

- kunnskap om og innsikt i ulike perspektiver på psykisk helse og sykdom/lidelse ut fra natur-, samfunns- og åndsvitenskaplige tilnærminger
- reflekterte og kritiske holdninger omkring faglige og etiske problemstillinger knyttet til psykisk helsearbeid innen spesialist- og kommunehelsetjeneste
- holdninger og ferdigheter i utredning, vurdering, iverksetting og evaluering av tiltak basert på uttalte og/eller observerte behov for psykiske helsetjenester (av helsefremmende, forebyggende, behandlende og/eller rehabiliterende karakter)
- faglig innsikt i og erfaring med hvordan psykisk helse og uhelse kan påvirkes gjennom egen og andres omsorg, pleie og behandling
- selvstendig og kreativ kompetanse når det gjelder å utvikle og iverksette nye måter å løse utfordringer på
- kunnskap om vitenskapsteori, forskningsmetoder og ferdigheter i selvstendig empirisk og teoriforankret forskningsarbeid innen psykisk helsearbeid.

Organisering

Mastergradsstudiet (120 sp) er organisert i åtte emneområder (hvorav seks er obligatoriske) av ulikt omfang (se tabell 1: Emneoversikt). I emne 5 (fagspesifikk fordypning) er det to delemner; psykososialt arbeid og psykiatrisk sykepleie. Emne 8 består av arbeid med mastergradsoppgaven.

Det er lagt vekt på å utvikle en sammenheng i studiet med en klar progresjon som forutsetter at hvert emne tas i den rekkefølge som er skissert i figuren på neste side. Studiets erfaringsbaserte profil skal ivaretas ved hjelp av kliniske eksempler, praksisstudier og systematisk granskning av studentenes erfaringskunnskap. Det legges videre vekt på at kliniske eksempler belyses ved hjelp av ulike teoretiske perspektiver. Grunnlagstenkningen skal relateres både til individ-, gruppe- og systemnivå i utviklingen av en faglig og vitenskapelig reflektert forståelse av psykisk helsearbeid både innen spesialist- og kommunehelsetjeneste. Studentene skal gjennom sine obligatoriske arbeidskrav gjennom studiet gis forutsetninger for å kunne bidra til en bevisstgjort faglig og etisk yrkespraksis, og sette dem i stand til å vurdere forskningslitteratur og selv utvikle ny kunnskap. Det siste skal manifestere seg i mastergradsoppgaven.

Tabell 1. Emneoversikt.

Emnekode	Emnets navn	S.poeng	O/V *)	Studiepoeng pr. semester			
				S1(H)	S2(V)	S3(H)	S4(V)
1 (4PH710)	<u>Mennesket, psykiske lidelser og det sosiale miljø</u>	10	O	10			
2 (4PH730)	<u>Organisering av tjenestene for mennesker med psykiske lidelser</u>	10	O	10			
3 (4PH720)	<u>Kommunikasjon, samhandling og konfliktforståelse</u>	10	O	10			
4 (4PH771)	<u>Etikk og menneskesyn</u>	5	O		5		
5a (4PHP701)	<u>Utvikling og utøvelse av psykososialt arbeid- praksis</u>	15	V		15		
5a (4PH7721)	<u>Teoretiske perspektiver på psykososialt arbeid</u>	10	V		10		
5b (4PHP711)	<u>Utvikling og utøvelse av psykiatrisk sykepleie - praksis</u>	15	V		15		
5b (4PH7731)	<u>Teoretiske perspektiver på psykiatrisk sykepleie</u>	10	V		10		
6 (4PM780)	<u>Vitenskapsteori og forskningsmetode</u>	15	O				15
7c (4PM783)	<u>Psykisk helsearbeid relatert til psykiske lidelser hos eldre</u>	10	V				10
7b (4PM781)	<u>Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet</u>	10	V				10
7a (4PM782)	<u>Psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten</u>	10	V				10
8 (4PM790)	<u>Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid</u>	35	O				5 30
Sum:				30	30	30	30

*) O = Obligatorisk emne, V = Valgbart emne

3. Tidligere studier om videre-/ masterutdanning i psykisk helsearbeid

Selv om masterutdanning i psykisk helsearbeid er en relativ ny utdanning, innebærer ikke dette at det tidligere har manglet utdanninger som har hatt som mål å utvikle fordypet kunnskap innen fagområdet. Allerede i 1954 ble det etablert videreutdanning i psykiatrisk sykepleie i Norge. Denne utdanningen ble revidert i 1963 og i 1980/81. Den første nasjonale evaluering av disse videreutdanninger ble presentert av Borge, Hummelvoll og Ulland (1997). Studien bygget på en spørreundersøkelse til et representativt utvalg fra Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiere (n=161, svarprosent 48). Evalueringen siktet spesielt mot å undersøke hvilken betydning utdanningen hatt for personlig utvikling og yrkesidentitet, og hvordan deltagerne så på utdanningens ulike deler. Hensikten var dessuten å få grunnlag for en diskusjon om spørsmålet om yrkesspesifikk eller tverrfaglig videreutdanning, og om utdanningens relevans for arbeid utenfor psykiatriske institusjoner, f.eks. i kommunehelsetjenesten.

Resultatet viste at de fleste hadde lang yrkeserfaring innen de startet på videreutdanningen, og at flertallet fikk økonomisk støtte i ulike former. Den viktigste årsaken til å ta utdanningen var ønsket om å få dypere innsikt i psykiske lidelser og hvordan det psykisk lidende mennesket kan møtes, men for en ganske stor gruppe var det også et behov for å få en teoretisk ramme for deres praktiske erfaringer. Et klart resultat var at mange hadde en annen arbeidsplass da spørreskjemaet ble besvart enn den de hadde før de startet videreutdanningen, og at endringen i ansettelsesforhold hadde gått i retning fra heldøgnsinstitusjoner til arbeid i poliklinikker og kommunehelsetjenesten. Videreutdanningen bidro til at man hadde blitt mer sikker på eget arbeids- og ansvarsområde, men også til at man hadde innsett betydningen av tverrfaglig samarbeid. En klar majoritet var likevel imot at utdanningen skulle endres til å bli tverrfaglig. Generelt sett var man meget fornøyd med utdanningens innhold, spesielt med praksisstudiene.

Hummelvoll og Røsset (1998) gjennomførte en lokal evaluering av videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ved Høgskolen i Hedmark etter at utdanningen hadde bestått i ti år. Evalueringssopplegget var det samme som Borge et al benyttet (1997). 105 respondenter deltok (svarprosent 67). Hensikten var å undersøke tidligere studenters (1989–1998) vurdering av utdanningens bidrag til utvikling av kompetanse og yrkesidentitet – og utdanningens praksisrelevans. Resultatene viste at den fagspesifikke videreutdanningen hadde styrket yrkesidentiteten og at utdanningens innhold hadde gitt kunnskaper og ferdigheter som var relevante for arbeid både i lokalsamfunn og i spesialisthelsetjeneste. Relasjonskompetanse og etisk bevissthet ble fremhevet som viktig i yrkesfunksjonen. Studien skulle også gi informasjon om hva som burde føres videre fra den fagspesifikk videreutdanning til den tverrfaglige i psykisk helsearbeid. Her ble fire momenter trukket frem i konklusjonen: 1. Praksisperiodens plass i utdanningen hadde

vist sin klare berettigelse og burde videreføres; 2. Skolens praksisnære og handlingsorienterte kunnskapsprofil burde styrkes ytterligere slik at utdanningen tar opp i seg de spesielle arbeidsoppgaver og utfordringer som gjelder i psykisk helsearbeid både på kommunalt og spesialisthelsetjenestenivå; 3. Tilbud om gruppeveiledning bør videreføres med fokus på integrasjon mellom teori og praksis, og med særlig vekt på å bearbeide tidligere praksiserfaringer; 4. Yrkesidentitet, fler- og tverrfaglighet bør studeres og problematiseres i studiet for å klargjøre hva den enkelte yrkesgruppe kan bidra med av faglig perspektiv og metodetilgang, og å stimulere til tverrfaglig metodeutvikling bl.a. gjennom FoU-arbeid.

Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (VPH) startet opp med sin nye rammeplan i 1998. Granerud (2003) gjennomførte en lignende evaluering 5 år etter innføring av en ny rammeplan. VPH er åpen for alle med en 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning eller tilsvarende. Studiet er på 60 studiepoeng (1 års heltidsstudium), og er delt i en fellesdel og fagfordypningsdel. Rammeplanen fastsetter at studiestedene skal ha fagfordypning i psykososialt arbeid. VPH har mulighet for fagspesifikke fordypninger for sykepleiere, sosionomer og fysioterapeuter (Kirke-, utdanning og forskningsdepartementet 1997). De fleste studentene var sykepleiere. Andre faggrupper var bl.a. sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere, barnevernspedagoger, pedagoger, radiografer, fengselsbetjenter og politiutdannede. Hensikten med evalueringen var å undersøke i hvilken grad tidligere studenters erfaring med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid opplever at utdanningen har bidratt til kompetanse og fagidentitet.

På postenquêten, som ble utformet på grunnlag av spørreskjemaet fra studien til Borge, Hummelvoll og Ulland (1997), svarte 202 uteksaminerte studenter fra 13 høyskoler i hele Norge. Antall respondenter fra den enkelte skole varierte fra 4 til 39. Den gjennomsnittlige svarprosenten var på 52 %, noe som kan betraktes som tilfredsstillende. Analysen viser at de som hadde gått en fagspesifikk fordypning ønsket mer tverrfaglighet, og de som hadde fulgt psykososial fordypning uttrykte ønske om mer fagspesifikke kurs knyttet til egen utdanningsbakgrunn. Dette var spesielt tydelig ved enkelte høyskoler som kun hadde psykososial fagfordypning. De største forskjellene sammenlignet med studien til Borge, Hummelvoll og Ulland (1997) var at respondentene i studien oppgir svakere fagidentitet og at studiet har fått mindre betydning for nåværende arbeid, men det var økt forståelse for betydningen av tverrfaglighet. Studentene valgte her oftere nærmeste studiested, og tenderte til å arbeide utenfor psykisk helsevern i langt større grad. VPH gir kunnskap som er til nytte i arbeidet som helsearbeidere eller innen andre felt i offentlig virksomhet. Studiet ble anbefalt av nesten samtlige respondenter, men det påpekes at studiet har forbedringspotensialer. Respondentene ønsket mer faglig metodekunnskap og den enkeltes fagidentitet burde styrkes. Å styrke lærerstabens kompetanse både innen pedagogikk og faget psykisk helsearbeid, ble sett på som vesentlig. I dette kompetansearbeidet er praksisnærhet til psykisk helsefeltet viktig.

I de første årene etter at masterutdanninger i psykisk helsearbeid ble etablert, kom flere artikler som reflekterte over hva som ville skje med videreutdanningenes plass i det nye gradssystemet. Karen Strømsnes Ekern (2007) var opptatt av at de konkrete fagpolitiske og praksisnære diskusjonene lett forsvinner i høyskolenes fokus på faglig produksjon, oppstart av mastergradsstudier og arbeid mot å bli vitenskapelige høyskoler. Hun tok opp kravene fra Opptappingsplanen

(1999–2008) med dens understrekning av aktivt brukerperspektiv, mer lokalbasert psykisk helsearbeid og kontinuitet i behandling og omsorg – og behovet for omfattende tverrfaglig samarbeid. På mange måter dekker videreutdanningen disse områdene. Spørsmålet Ekern undersøker er hva som skjer med videreutdanningene når mastergrader etableres. Særlig «breddemastere» (rettet mot ulike målgrupper) kan lett bli kompromissløsninger som gjør det vanskelig å avgjøre hva kandidaten blir «mester i». Hun hevder at inntil praksisfeltet ønsker og er i stand til å ansette mastergradskandidater i det brukernære arbeidsfeltet, vil det stadig være behov for ettårige videreutdanninger i psykisk helsearbeid (60 stp). Artikkelen problematiserer akademiseringstendensten med fokus på vitenskapelig arbeid og skriftlig produksjon (institusjonens vektlegging av målbar produksjon) fremfor praksisnært relasjonsarbeid og kontakt med den enkelte student. Forfatteren mener at siden masterstudier er kommet for å bli, vil utfordringen være å utvikle videreutdanningen i psykisk helsearbeid innen et masterstudium slik at den består av en fullverdig utdanning for å tjene brukere og praksisfelt.

Gry Bruland Vråle (2008) behandler flere av de samme spørsmålene som Ekern gjør, men gir i tillegg en historisk og aktuell beskrivelse av videreutdanning i psykisk helsearbeid. Her gjennomgår prosessen fra etablering av fagspesifikke videreutdanninger (med vekt på psykiatrisk sykepleie) til dannelsen av tverrfaglig videreutdanning. Hun konkluderer med at intensjonen i den tverrfaglige rammeplanen fra 1998 langt på vei er oppnådd: brukerperspektivet har fått bredere plass i utdanningenes pensum og undervisning, og det samme gjelder forståelsen av tverrfaglighet. Utfordringene fremover vil være å la hovedfokus være på helse og ikke på sykdom, noe som betyr å være opptatt av mestring av hverdagsliv, ressurser og kompetanse. Samtidig understreker Vråle at utdanningen innen psykisk helsearbeid må skape læringsarenaer som tematiserer både helse- og sykdomsperspektiv – og gjøre disse til gjenstand for kritisk refleksjon. Utdanning i psykisk helsearbeid bør være både en dannelsesprosess (fokus på personlig kompetanse slik som holdningsdannelse, empati og relasjonskompetanse) og en utdanningsprosess som lar de ulike kunnskapsformer komme til uttrykk (dialogpregede forelesninger, veilednings- og refleksjonsgrupper). Forfatteren argumenterer for at masterutdanning i psykisk helsearbeid trengs, men at det bør vurderes hvor mange slik program som landet trenger. I disse masterutdanningene må videreutdanningene finne sin plass, men hvordan er for Vråle imidlertid et åpent spørsmål.

Høgskolen i Hedmark har gitt sitt svar på dette spørsmålet som er vist i forrige kapittel (dvs. at videreutdanning i psykisk helsearbeid under visse forutsetninger kan godkjennes som første år), og som de tidligere studentene i denne evalueringen kommenterer nærmere.

4. Metode

Evaluering innebærer å beskrive og vurdere et program (Jerkedal 2001) eller en virksomhet (Eriksson & Karlsson 2008). I mange tilfeller gjelder en evaluering en virksomhet med godt definerte mål, som evalueringen kan gå ut fra. Hensikten er da ofte å belyse forholdet mellom mål, middel og resultat eller konsekvenser, hvilken nytte og effekt, f.eks. en masterutdanning har hatt for de som har gjennomført den i forhold til arbeid og kunnskap (Eliasson et al.1990). Modellen har derfor fått navnet måloppnåelsesanalyse (Vedung 2009). Denne evalueringen kan sies å være en variant på måloppnåelsesanalyse, i den forstand at de vi har spurt – studentene – sannsynligvis har vurdert masterstudiet ut fra sine forventninger og personlige mål. Til sammen kan svarene forventes å gjenspeile i hvor høy grad studentenes generelle mål med studiet ble oppfylte. I hvilken grad studentenes mål overensstemmer med studiets fastlagte mål (se forrige avsnitt) vet vi ikke med sikkerhet, men siden de har søkt til studiet ut fra den informasjon som sentrale dokumenter (f. eks. Studieplan 2008–2010) gir, og de målbeskrivelser disse dokumenter inneholder, finnes god grunn til å anta at overensstemmelsen er stor.

En summativ evaluering anvendes når en intervensjon eller et tiltak er fullt utviklet eller gjennomført. Den sammenfatter og summerer det som er gjort, og undersøker hvilke endringer intervensjonen synes å ha ført til. Evalueringen søker da å gi svar på intervensjonens nytte og om sluttresultatet er i samsvar med målsettingen. Evalueringen kan være med å forme det videre tilbudet, f. eks. for fremtidige studenter som tar master i psykisk helsearbeid. Det kan ha lærings-effekt for videre utviklingsarbeid og fremtidige tiltak (Eriksson & Karlsson 1998). En formativ evaluering har til hensikt også å bidra til utvikling av en virksomhet under den tiden evalueringen pågår. Denne evalueringen er summativ ved at den reflekterer tidligere studenters erfaring med utdanningen, men den tjener samtidig – i neste ledd – et formativt formål ved at resultatet kan få innvirkning på studieprogrammet fremover.

Evalueringen har et deskriptivt design med både kvantitative og kvalitative data. Metoden for datainnsamling var et semistrukturert spørreskjema med både lukkede og åpne spørsmål for å få best mulig bilde av hva de tidligere studentene mente om masterutdanningens andre år. Dette gir en triangulering som styrker validiteten av evalueringen (Green, Caracelli & Graham 1989). Gjennom de åpne og lukkede spørsmålene blir det en fordypet forståelse av erfaringen til tidligere studenter og en opptelling av deres erfaring.

For å få svar fra flest mulige tidligere studenter, ble det utviklet en enquête som kunne svares på elektronisk. Det er tidligere gjennomført tre evalueringsstudier fra Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid (Borge, Hummelvoll & Ulland 1997; Hummelvoll & Røsset 1998; Granerud 2003). Disse evalueringene har i det vesentligste samme spørreskjema

som grunnlag. Dette spørreskjemaet danner også grunnlaget for foreliggende evaluering, men ble modifisert og utvidet for å fange opp innholdet i masterstudiet. Undersøkelsen konsentrerer seg om 2. år av masterutdanningen, og hvilke arbeids- og karrierekonsekvenser utdanningen har gitt for informantene.

Spørreskjema ble besvart i slutten av 2012. Skjemaet inneholdt 27 spørsmål. Det ble benyttet Questback, hvor informantene fikk tilsendt en link til spørreskjema. En purring ble sendt.

I perioden 2006–2012 har 70 studenter fullført Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark. De fleste av disse har tatt 2. studieår noen år etter gjennomført videreutdanning i psykisk helsearbeid, som regnes som første år av utdanningen. Studentene er rekruttert fra hele landet, og ca. halvparten har tatt første år ved en annen høgskole.

I alt ble 74 spørreskjema sendt ut med en link på mailadressen høgskolen hadde registret på den tidligere studenten. Det var 69 som svarte på spørreskjemaet. Det gir en svarprosent på 93 %. Vi vet ikke om det var riktig mailadresse til de fem som ikke svarte. To av de 69 som svarte hadde ikke fullført studiet på evalueringstidspunktet, og deres svar ble ekskludert siden undersøkelsen kun omfattet de som hadde fullført studiet. (Tabell 2, som viser studentenes grunnutdanning, er likevel beregnet på alle 69 som sendte inn svar.) Svarprosenten, som er et uttrykk for hvor vellykket datainnsamlingsprosedyren har vært, ble da 91 %. Den meget høye svarprosenten kan skyldes et ønske om å gi feedback på utdanningen som var ny. Questback er en lett måte å svare på et spørreskjema. Det er bare å svare på sin egen PC, noe som også kan ha bidratt til en høy svarprosent.

De kvantitative dataene ble analysert med hjelp av Questback analyseprogram og Excel. Deskriptive analyser i form av frekvensanalyser og krysstabeller gir oversikt over svarene fra informantene. Deskriptiv analyse er å beskrive et fenomen eller felt. Den fokuserer ikke på sammenheng mellom variabler, dens hensikt er mer å beskrive, oppsummere og dokumentere aspekter av det som blir studert (Polit & Hungler 1991).

Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere de to åpne spørsmålene (Borge, Hummelvoll & Ulland 1997, Granerud 2003). Analysen fulgte følgende trinn:

1. Systematisering av data ved å skrive inn alle respondentenes svar under det enkelte spørsmål.
2. Gjennomlesning med henblikk på å finne kategorier som svarene kan gå inn i. Svar som faller under samme kategori gis en bestemt farge eller bokstavkode.
3. Eliminering av svar som faller utenfor det område spørsmålet dreier seg om.
4. Opptelling av antall svar i hver kategori gjøres å få et inntrykk av hvor fremtredende de enkelte svarreaksjoner er.
5. Rangering og presentasjon av svarene. Den enkelte kategori blir eksemplifisert med respondentutsagn som viser den meningsvariasjon som kategorien omfatter.

Resultatpresentasjonen for hvert spørsmål etterfølges av *kommentarer* som representerer en empiristyrkt tolkning på 'common sense-nivå'.

Forskningsetisk refleksjon

Forskningsetikken ble ivaretatt ved et informasjonsskriv til informantene, der det ble beskrevet hvordan data skulle publiseres, at deltagelsen i studien var frivillig, og ved å svare på spørsmålene gav de sitt samtykke til deltagelse. Alle svar er anonymisert, det er ikke mulig å identifisere enkeltpersoner i studien. Forskningsetiske regler gitt av NSD personvernet er fulgt (NSD 2013).

5. Resultater

Karakteristika ved studentene

Innledningsvis i resultatpresentasjonen beskrives på tradisjonell måte den gruppe (n=67) som har besvart spørreskjemaet. Gruppen består for det meste – mer enn 2/3 – av kvinner. Det er en proporsjon mellom kjønnene som avspeiler fagfeltene studentene tilhører, med en sterk overvekt av kvinner innen helse- og sosialfag – og pedagogikk. Statistisk sentralbyrå viser at mer enn 80 prosent av dem som i 2011–2012 fullførte helse- og sosialfag og idrettsfag var kvinner (SSB 2013). Andelen kvinner er høyere enn innen høyere utdanning i Norge totalt, der er 61 % kvinner (SSB 2013).

Masterstudiet er rettet mot studenter med grunnutdanning og en tids erfaring fra arbeid innen psykisk helsefeltet. Studentenes alder er en avspeiling av dette; 85 % av de som har svart er 36 år eller eldre. Noe mer bemerkelsesverdig er det at en så stor andel som drøyt 30 % er 50 år eller eldre. Dette kan delvis forklares med at mulighet for å ta masterutdanning i psykisk helsearbeid først kom i 2006 (Høgskolen i Hedmark), og at det dermed forelå et «etterslep» blant godt voksne som ønsket slik utdanning. Seks av ti hadde yrkeserfaring på over 10 år da de startet på utdanningen. Om de med yrkeserfaring på mellom 8 og 10 år legges til, utgjør gruppen ca. 80% av studentene. Bare knapt 10 % hadde praksiserfaring på høyst 4 år. Studentene i masterprogrammet er dermed en gruppe som har en omfattende livs- og yrkeserfaring.

Som grunnutdanning dominerer sykepleie stort innen studentgruppen, nesten 7 av 10 har denne bakgrunnen. Lærer-/pedagogutdanning kommer som nummer to, med 15% av de som har svart. Andre utdanninger – sosionom, vernepleier, fysioterapeut og ergoterapeut – er representert med mellom 6 og 1,5% hver. Selv om masterutdanningen er uttalt rettet mot tverrfaglighet, er altså studentsammensetningen sterkt dominert av en faggruppe, noe som synes ganske naturlig mot bakgrunn av de arenaer der psykisk helsearbeid hovedsakelig skjer.

Tabell 2: Respondentenes grunnutdanning. (Her er to svar fra studenter som ikke hadde fullført masterutdanningen inkludert.)

Sykepleier	68 %
Vernepleier	3 %
Sosionom	6 %
Ergoterapeut	1 %
Lærer/pedagog	15 %
Fysioterapeut	6 %
Annen	1 %
N	69

Fire av ti studenter arbeidet innen spesialisthelsetjenesten (psykiatrisk sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter, DPS) da de begynte på masterstudiet. En av fire arbeidet innen kommunesektoren, enten i kommunalt psykisk helseteam eller i kommunehelsetjenesten. Andre arbeidsplasser som er representert i materialet er BUP/barnevern, offentlig eller privat fysioterapitjeneste, somatisk sykehus eller NAV. Tretten prosent av de som svarte var ikke i lønnet arbeid eller i annen form for utdanning før de begynte på masterutdanningen. Det er verdt å bemerke at samtlige studenter, som var i lønnet arbeid da de begynte på masterutdanningen, arbeidet innen helse- og sosialsektoren. Utdanningen retter seg mot praksisfeltet og synes også å bli vurdert som relevant for profesjonelle innen dette felt.

Forhold under studiet

Arbeidstilknytning under studiet: Hvordan var da studentenes personlige forhold under studietiden og hva var grunnen til at de valgte dette studiet? Til tross for at masterutdanningen er organisert som et fulltidsstudium, viste det seg at mange arbeidet ved siden av studiene.

Tabell 3: Studentenes gjennomsnittlige arbeid under studiet (i prosent av fulltid).

Nei, arbeidet ikke	25 %
Arbeidet under 25%	12 %
Arbeidet mellom 25 - 75%	25 %
Arbeidet over 75%	36 %
Annet	2 %
N	67

Av tabell 3 fremgår at en stor del av studentene arbeidet under studietiden, drøyt en tredjedel arbeidet mer enn 75 % av fulltid. En fjerdedel arbeidet ikke i det hele tatt, mens drygt en på ti var i arbeid men i liten omfatning. Gruppen som arbeidet fra 25 til 75 % av fulltid utgjør 25 %. Majoriteten av studentene hadde altså en viss lønnsinntekt under studietiden. Halvparten av de som svarer angir at de mottok økonomisk støtte i form av permisjon med lønn eller stipend. Kombinasjonen av arbeid, økonomisk støtte (lønn) til studier og andre former av tilskudd er meget varierende og kan mer nøye beskrives på følgende måte.

Økonomisk støtte under studiet (n=34)

- Permisjon med full lønn (inkl. 20–50 % arbeid) (9)
- Permisjon med lønn på studie- og eksamensdager (9)
- Stipend (Lånekasse, fagforeninger, kvotestudentstipend) (7)
- Støtteordninger fra Nav (arbeidsavklaringspenger, overgangsstønad, omskolering) (3)
- Permisjon med halv lønn (2)
- Studielån (2)
- Diverse støtte (litteratur og studieavgift) (2)

Kommentar:

På spørsmålet om hva slags støtte studentene mottok, og hvor stor den var, har 34 personer svart. Ved gruppering av svarene så utgjør de som fikk støtte i form av permisjon ved samlinger, ofte også i forbindelse med eksamen og i arbeidet med masteroppgaven, en stor gruppe. Et like vanlig forhold var også å ha permisjon med full lønn eller del av lønn. Andre former for økonomisk støtte, gjennom stipend, fond eller lån var også relativt vanlig. Noen fikk ikke direkte støtte, men kunne bruke deler av arbeidstiden til oppgaveskriving/lesning. Noen få studenter fikk økonomisk støtte gjennom NAV.

Sammenfattet viser resultatene at mange studenter fikk en eller annen form for økonomisk støtte under studietiden, og at form og størrelse varierte svært mye. Tre tydelige varianter kan skiller ut: a. studenter som med opprettholdt lønn kunne bruke hele eller deler av arbeidstiden til studier; b. studenter som fikk permisjon for spesifikke deler av studier (studiesamlinger og/eller eksamensarbeid) og c. studenter som var henvist til lån, stipend eller annen form for spesielløsning eller kombinasjoner av løsninger. Det er rimelig å tenke at disse forskjellene påvirket den enkelte students mulighet til å fullføre studiet, men det er også mulig at så store diskrepanser i vilkår kan ha en viss innvirkning på det studiesosiale miljøet.

Motiver for å ta masterutdanning

Hvorfor valgte studentene å ta en masterutdanning i psykisk helsearbeid? Var det i første rekke faglige, personlige, karrieremessige eller andre faktorer som lå bak valget? I tabell 3 fremgår de viktigste grunnene:

Tabell 4: De viktigste formålene med å ta masterutdanning i psykisk helsearbeid. Flere alternativ kunne velges, for hvert alternativ angis hvor stor prosent av samtlige som har markert dette alternativet.

Ønsket å få fordypet innsikt i psykiske lidelser og hvordan personer med psykiske problemer kan møtes	58 %
Ønsket å kvalifisere meg for en bestemt stilling	15 %
Ønsket å få en teoretisk ramme for mine praktiske erfaringer	34 %
Ønsket å bli bedre kjent med meg selv for å kunna bruke meg selv i terapeutisk øyemed	16 %
Min arbeidsgiver anbefalte meg å ta denne utdanningen	8 %
Ønsket å lære mer om psykisk uhelse ut fra et bredere samfunnsperspektiv	31 %
Ønsket å lære mer om hvordan fenomener/forhold innen psykisk helsefeltet kan studeres med vitenskapelige metoder	55 %
Annet	15 %
N	67

Av tabellen fremgår at det er tre svaralternativer som fremstår som de viktigste motiver. Det gjelder ønsket å få en bedre kunnskapsmessig ramme for å sette sine praktiske erfaringer inn i (jf. svaralternativene Ønsket å få en teoretisk ramme for mine praktiske erfaringer, og Ønsket å

lære mer om psykisk uhelse fra et bredere samfunnsperspektiv) angis av to tredjedeler som viktig. Deretter – med nesten seks av ti svar – kommer Ønsket å få fordypet innsikt i psykiske lidelser og hvordan personer med psykiske problemer kan møtes. Nesten like mange svar (nummer tre i rangordning) har alternativet Ønsket å lære mer om hvordan fenomener/forhold innen psykisk helse kan studeres med vitenskapelige metoder. Studentene ønsket altså først og fremst å øke sine teoretiske kunnskaper om psykisk uhelse, få vite mer om hvordan praksis i møtet med psykisk uhelse kan forbedres, og få et bedre grunnlag i vitenskapsteori og vitenskapelig metode. I tabell 4 fremgår at det for noen studenter var et ønske om å kvalifisere seg for en bestemt stilling eller å få økt selvforståelse som et middel for en bedret terapeutisk praksis som lå bak valget av denne utdanningen. Andre ikke spesifiserte grunner innvirket også for noen.

Synspunkter på ulike deler av masterutdanningens 2. år

Studentenes oppfatning av de ulike delene i masterutdanningen er selvsagt av sentral betydning. Det er også her som forandringer kan skje hvis de er vel begrunnet i fakta fra dem som har gjennomgått utdanningen. En rekke spørsmål var derfor rettet mot innholdet i masterutdanningens andre år. Først vises oppfatningen av hvilken relevans *kurset i vitenskapsteori og vitenskapelig metode* har hatt for arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer. Kurset omfatter 15 studiepoeng, hvilket tilsvarer 10 ukers heltidsstudier.

Tabell 5: Hvilken relevans hadde kurset i vitenskapsteori og metode for arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Svært stor relevans	18 %
Stor relevans	48 %
Middels relevans	27 %
Liten relevans	6 %
Svært liten relevans	2 %
N	67

Det viser seg at to tredjedeler av studentene ser kurset i vitenskapsteori og vitenskapelig metode som klart relevant for studiet. Kun en mindre del (8%) mener at den hadde liten eller svært liten relevans. Skolering i vitenskapsteori/vitenskapsfilosofi og vitenskapelig metode er et fremtredende innslag i et masterstudium, og en nødvendig forberedelse for det avsluttende arbeidet med masteroppgaven. Det er derfor et observandum at en relativt stor del av de som har svart (en tredjedel), syntes at kurset kun hadde middels, eller lavere relevans.

Etter kurset i vitenskapsteori og metode følger en *valgfri fordypning* der studentene kan velge mellom å fokusere på psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet (kurs 7a) respektive psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten (kurs 7b). Som en tredje valgmulighet tilbys et kurs med innretning mot psykisk helsearbeid mot eldre (kurs 7c). Hittil har ikke dette kurset blitt gjennomført på grunn av at for få studenter har valgt denne fordypningen. Studentenes vurdering av relevansen av kurs 7a og 7b for deres arbeid med mennesker med psykiske lidelser og problemer fremgår av tabell 6:

Tabell 6: Studentens vurdering av relevans utfra den fordypningen de fulgte, når det gjelder fordypningskurset i psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet respektive psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten, for arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Navn	Svært stor relevans	Stor relevans	Middels relevans	Liten relevans	Svært liten relevans
	%	%	%	%	%
Emne 7 a: Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet	21 %	44 %	29 %	4 %	2 %
Emne 7 b: Psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten	18 %	47 %	31 %	4 %	0 %

Som fremgår av tabell 6 vurderte studentene relevansen hos så vel emne 7a som 7b temmelig høy; 65 % prosent vedrørende emne 7a og 65 % vedrørende 7b syntes at kursene var av svært stor eller stor relevans. Hvis disse begge alternativer betraktes hver for seg viser det seg dokk at betydelig flere stanset ved vurderingen stor relevans enn svært stor relevans. For begge kursene var det ca. en av tre/en av fire som vurderte at undervisningen i emnet var av middels relevans. Det er kun en meget liten andel av studentene som vurderer relevansen som liten eller svært liten. Det interne bortfallet var i dette spørsmålet betydelig større enn for andre spørsmål, noe som kan ha sin grunn i spørsmålets konstruksjon.

Vårsemestret i masterstudiet egnest helt til *arbeid med masteroppgaven*. Undervisningen i dette semesteret består av månedlige samlinger på 2–3 dager, hvor studentene får mulighet å legge frem og diskutere sine arbeider fortløpende. Ved samlingene tilbys også 'ressurs-forelesninger', hvor relevante aspekter ved oppgavearbeidet blir utdypet, f.eks. ulike former for datainnsamling, forskningsetiske spørsmål og analyse av kvantitative og kvalitative datamaterialer. Hva synes studentene om disse samlingene?

Tabell 7: Studentenes vurdering av samlingene knyttet til masteroppgaven.

Stor betydning	63 %
Middels betydning	29 %
Liten betydning	8 %
Ubetydelig	0 %
N	65

Her er resultatet helt entydig; ni av ti studenter mener at samlingene hadde stor eller middels betydning, noen få mente at de hadde liten betydning.

Tabell 8: Hvilken betydning hadde masteroppgaven for deg med hensyn til integrering av teoretiske og praktiske kunnskaper?

Stor betydning	72 %
Middels betydning	16 %
Liten betydning	5 %
Ubetydelig	2 %
Annet	5 %
N	67

Masteroppgaven (eksamensarbeidet i masterutdanningen) har åpenbart hatt en stor betydning for muligheten å integrere kunnskaper med den praksiserfaring studentene har etter avsluttet studium. Syv av ti studenter svarer at masteroppgaven hadde stor betydning med hensyn til integrering av teoretiske og praktiske kunnskaper. Alternativet middels betydning angis av seksten prosent, mens kun et lite mindretall anser at betydningen var liten eller ubetydelig.

Masterutdanningens mest betydningsfulle momenter

Respondentene ble bedt å nevne de mest betydningsfulle momentene for den enkelte i utdanningen (n= 57). Analysen gav følgende resultat:

Skolering i vitenskapsteori og metode (18)

- *Lære om vitenskapelig metode fra ide til prosjekt. Skrive og utarbeide et stort og langvarig arbeid.*
- *Vitenskapsteori og forskningsmetode har vært viktig ift hvordan artikler og ny forskning leses, samt hvordan resultater forstås.*
- *Økt kunnskap og innsikt i forskningsmetoder og bakgrunn for valg av metode osv.*

Faglig fordypning og masteroppgave (18)

- *Tid til å fordype seg i ett tema.*
- *Jobben med kommunehelseprofil gav en fin overordnet innsikt. Fokus på samhandling og folkehelse var nyttige perspektiver.*
- *Svært god støtte og hjelp av lærere/veileder på masteroppgaven. Lett å få hjelp og lett å spørre om hjelp hos lærere/veileder. Personlig engasjement hos disse har gjort at jeg har følt meg inkludert og likeverdig, og holdt motivasjonen oppe.*

Lærernes kompetanse og undervisningens kvalitet (17)

- *Gode forelesere og interessante temaer.*
- *Samlingene med variasjon mellom forelesning og diskusjoner i klassen var positivt mht. erfaringsutveksling og nyansering/bevisstgjøring.*
- *Nær kontakt med forelesere; at de var tilgjengelige. Dette var meget bra da jeg var student.*

Stimulerende tverrfaglig student- og læringsmiljø (16)

- *Studentmiljøet med faglige diskusjoner og prosjektoppgave i gruppe.*
- *Tverrfaglig sammensatt studentgruppe.*
- *Treffe studenter fra andre fagmiljøer.*

Personlig og faglig-kritisk utvikling (10)

- *Studiet fikk kanskje opp øynene mine for hvor lite vi kan si med sikkerhet om årsaker til, og løsninger i forhold til, psykisk helse. Metodekravene gjør at man må snevre sitt studiefelt såpass mye inn at man får en håpløshetsfølelse i forhold til ønsket om å få et helhetlig bilde på fenomener.*
- *Evnen til analytisk tenkning og metode. Danne seg overblikk over komplekse problemstillinger.*
- *Integrere teorien i min yrkesidentitet, mer reflektert over lidelser og hjelp/behandling, oppdatering av faglig kompetanse – lete frem god fagkunnskap, kritisk holdning til forskning høynet arbeidsselvillit.*

Utdanningens praksisrelevans (5)

- *Selve tankesettet; viktig for å gjennomføre prosjekter i avdelingen.*
- *Sammenføyning av teoretisk og praktisk kunnskap til forståelse som kan overføres i arbeidslivet gjennom fagutvikling og heve kvalitet på tjenesten.*

Karrieremuligheter (2)

- *Ny og mer interessant stilling og bedre lønn. Har gitt meg mulighet til å begynne doktorgradsstudier.*

Kommentar:

Svarene viser at det er tre forhold som står frem som mest betydningsfulle i studiet. Det er vitenskapelig tenkning og metodeskolering, faglig fordypning gjennom masteroppgave og valgfri fordypning - og selve læringsmiljøet. Her blir studiets tverrfaglighet trukket frem sammen med lærernes kompetanse og tilrettelegging av undervisningsmiljøet. Dessuten vektlegges studiets bidrag til personlig utvikling og faglig-kritisk holdning, men kanskje ikke i den grad som studiets målsetting legger opp til.

Det er ellers verdt å merke seg at praksisrelevans bare fremheves av et mindretall. Dette står i kontrast til studiets erfaringsbaserte karakter (§ 5 mastergrad). Bare to har pekt på flere karrieremuligheter etter endt utdanning.

De viktigste ønsker om endring i masterutdanningens innhold

Respondentene ble spurt: «Hvis du skulle ønske endringer i masterutdanningens innhold, hva skulle du da først og fremst ønske?» (n = 47) Analysen gav følgende resultat:

Tematiske mangler (12)

- *Mer om helsepolitikk, ledelse og administrasjon.*
- *Forelesninger av psykomotoriske fysioterapeuter.*
- *Forskningsbasert kunnskap om miljøterapi og miljøterapeutisk intervensjon ved ulike former for psykisk lidelse – i og utenfor institusjon.*

Forbedring av deler av undervisningen i forskningsmetode (11)

- *Noe mer vekt på kvantitativ metode. Noe bredere tilnærming til kvalitativ metode.*
- *Jeg var misfornøyd med undervisningen i kvantitativ metode. Synes denne kunne ha vært mer systematisk og pedagogisk lagt opp.*
- *Helt klart mer ift kvantitativ forskning. Dette emnet ble dårlig dekket, både pga få timer, men også tidvis dårlig forberedt lærer. I forhold til kvalitativ metode ble dette dekket bra av flere lærere. Kunne vært korte øvelser for begge typer analyse – jf. «learning by doing».*

Større praksisnærhet (9)

- *Mer undervisning rettet mot konkrete eksempler fra arbeidshverdagen i psykisk helsearbeid.*
- *Kanskje noe mer om handlingsorientert forsknings samarbeid. Eller noe mer konkret om hvordan gå fram for å kunne forske videre.*
- *Mer teori basert på praksis.*

Større tverrfaglig orientering (5)

- *Større grad av tverrfaglighet blant de som underviser og veileder.*
- *Mer vektlegging på tverrfaglig metode og tverrfaglig arbeid i praksis. Hvordan fungere i møtepunktet mellom økende biomedisinsk forståelse og økende vekt på psykososial behandling på individnivå. En diskusjon/ refleksjon/ problematisering av begrepet «omsorg» (beskrevet i egen NOU) ble aldri tatt opp! En selvkritisk refleksjon over at studiet fremdeles er basert på sykepleie, når nasjonale føringer streber etter en mer psykososial tilnærming.*

Sikring av pedagogisk kompetanse (5)

- *Det var stor variasjon i kvalitet på forelesningene. Det er det viktig at de som skal forelese på dette nivået har god kunnskap om stoffer og god formidlingsevne. Ønsker meg bedre kvalitetssikring av lærerne.*
- *Innhold i dag er bra. Noe bedre kvalitetssikring av foreleseres pedagogiske kompetanse.*

Raskere oppstart med masteroppgaven – bedre oppfølging (4)

- *At problemstilling og veileder var på plass før siste semester. Det er også viktig med en veileder «på huset».*
- *Tettere oppfølging av veileder.*
- *Tidligere oppstart med prosjektbeskrivelse – den skulle ha fulgt gjennom alle emnene (6-7-8). Tidligere tildelt veileder. Mer fokus på oppgaveskriving, drøfting og oppbygning av oppgaven.*

Oppdatering av litteratur (2)

- *Familieterapifeltet har kommet med vesentlige bidrag de siste 10–20 årene som bør vektlegges. Det ville innebære en oppdatering ift til litteratur og forelesninger i 1. og 2. studieår.*
- *Viktig å vise til forskning og stor bredde i nye og «gamle» forfatteres produksjon. Ble litt for mye lokalt fokus (Hihm).*

Ingen endring (n=8 +20 som ikke har svart på ønsket endring)

- *Ingen endringer. Fint tilrettelagt og godt gjennomført.*
- *Flere temaforelesninger, men da som tillegg og ikke i stedet for dagens innhold.*

Kommentar:

Svaret på spørsmålet om ønskede endringer kan ses i lys av foregående spørsmål. Det er 20 respondenter som ikke besvarer spørsmålet, og åtte presiserer at de er tilfredse med studieopplegget. De endringene som ønskes går dels på tematiske mangler (inkludert to som nevner behovet for oppdatert litteratur) og dels på økt timetall og kvalitet i metodeundervisningen. De tematiske manglene er knyttet til interesseområder studentene har og tema med betydning for fremtidige yrkesfunksjoner. Her etterlyses større vekt på praksisnære problemstillinger (9). Når det gjelder forbedring av undervisningen i forskningsmetode, ønskes større variasjon i kvalitative metoder og mer tid til kvantitative metoder. I forhold til den kvantitative metodeundervisningen poengteres behovet for bedre pedagogisk tilrettelegging og gjennomføring. Nettopp den pedagogiske kompetansen er noe som enkelte (5) mener bør kvalitetssikres hos de som skal undervise i studiet.

Den tverrfaglige orienteringen er også noe som enkelte (5) mener bør komme tydeligere frem, bl.a. ved en ytterligere dreining mot psykososiale perspektiver – og med en demping av referanser til psykiatrisk sykepleie.

Når det gjelder ønsket om *organisatoriske endringer*, er det bare et fåtall som svarer (n=7). Av disse er det to som presiserer at organiseringen var meget bra/bra. De øvrige kommentarene omhandler tre temaer: 1. Masteroppgavens prosjektbeskrivelse må godkjennes tidligere (dvs. i løpet av høstsemesteret) slik at evt. REK/NSD-søknader ikke blir unødvendig forsinket. 2. Tydeligere motivering til praksis- og hverdagsnær forskning. 3. Klargjøring av hva man forvente av veileder mht å lese utkast o.l. Dette siste går ikke på endring i organisering, men et ønske om klarhet om hva som kan forventes av veileders bidrag i studentens forskningsprosess.

Momenter som ikke var nevnt i spørreskjemaet

Respondentene ble bedt om å trekke frem forhold som ikke kom frem i spørreskjemaet, men som vil være av betydning for studiet. Ganske mange valgte å benytte denne muligheten (n=31):

Det som trekkes frem av flere (7) er at masterstudiet ikke er godt nok gjort kjent for offentligheten. Det trengs å formidle utdanningens relevans for arbeidslivet. Likeledes er det viktig å klargjøre hva en erfaringsbasert mastergrad (§ 5) innebærer – bl.a. når det gjelder opptak til doktorgradsstudier.

Seks kommenterer faglige egenskaper hos lærere/undervisere, som enten er særlig positivt ved utdanningen, eller noe som bør forbedres:

- *Det settes inn sterke faglige ressurser i utdanningen stipendiater, 1.amanuenser, professorer noe som jeg mener er avgjørende for resultatet. At flere er tilstede på forelesninger og bidrar med sine perspektiv.*

- *Mer fokus på kvalitetssikring av både interne og eksterne forelesere, krav til forelesningene samt krav om nærhet til fagfeltet på nåværende tidspunkt.*

Når det gjelder vurdering av forhold som er av betydning for masteroppgaven, poengteres det at «en god veileder er alfa og omega», at vårsemesterets forskningsseminarer med fremlegg av oppgaveutkast var nyttige, men disse kunne også vært benyttet til mer gruppebasert veiledning. Avslutningsseminaret, med relasjonene respondent-opponent og respondent-auditorium, var meget lærerikt.

Det understrekes at det er viktig å opprettholde studiets tverrfaglige fokus. Studiet oppleves fremtidsrettet og relevant for praksis både på individ og samfunnsnivå. Selve fagmiljøet ved høgskolen trekkes også frem som interessant og så verdifullt at det ville være ønskelig om man kunne være i miljøet over tid, eventuelt ved å arbeide med en videre fordypning av temaet i masteroppgaven.

Etter masterutdanningen

I det følgende redegjøres det for svarene på spørsmål relatert til tiden etter masterutdanningen. Det er jo i egentlig mening først da som nytten og gevinsten av utdanningen kommer til syne. Har den forandret praksisutøvelsen? Har den bidratt til å skape et bedre og mer profesjonelt psykisk helsearbeid? I hvilke deler har utdanningen hatt stor eller liten betydning?

Samlet vurdering av masterutdanningens betydning: Studentene besvarte først et spørsmål om betydningen av masterutdanningens i sin helhet.

Tabell 9: Studentenes vurdering av masterutdanningens betydning for deres nåværende arbeidsområde.

Stor betydning	58 %
Middels betydning	24 %
Liten betydning	15 %
Ubetydelig	0 %
Annet	3 %
N	67

En stor majoritet, drøyt åtte av ti, synes at utdanningen har hatt stor eller middels betydning for deres nåværende arbeidsområde. Ingen har valgt alternativet 'ubetydelig'. Dette er selvsagt en meget positiv indikasjon på at utdanningen oppfyller sin hensikt og svarer til et reelt behov.

Samtidig er det et observandum at en av syv anser at utdanningen var av liten betydning for deres nåværende arbeidsområde. En dypere kunnskap om grunnen til dette må søkes i den kvalitative analysen av studentenes skrevne kommentarer.

Masterutdanningens betydning på ulike områder: Hvilken betydning har da masterutdanningen, på ulike måter, hatt i et lengre perspektiv? Her må man huske at 'et lengre perspektiv' kan bety alt fra ett til seks år; studentene som har svart har blitt eksaminert i perioden fra 2006 til 2012. Her ble de bedt om å besvare spørsmål om utdanningens betydning på fem ulike områder.

Tabell 10: Studentenes vurdering av masterutdanningens betydning i et lengre perspektiv, for personlig vekst og utvikling som fagperson innen psykisk helsearbeid, for å styrke yrkesidentitet, for å avgrense arbeids- og ansvarsområde, for forståelse og oppfatning av tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsefeltet, samt for oppfatning og forståelse av psykisk helsearbeid.

	I høy grad	I middels grad	I liten grad	Ubetydelig	Vet ikke	N
	%	%	%	%	%	
I hvilken grad har masterutdanningen påvirket din personlige vekst og utvikling som fagperson innen psykisk helsearbeid?	73 %	23 %	3 %	2 %	0 %	66
I hvilken grad har masterutdanningen bidratt til å styrke din yrkesidentitet?	41 %	36 %	14 %	8 %	2 %	66
I hvilken grad har masterutdanningen hjulpet deg til å avgrense ditt arbeids- og ansvarsområde?	17 %	23 %	40 %	11 %	9 %	65
I hvilken grad har masterutdanningen påvirket din forståelse og oppfatning av tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsefeltet?	44 %	39 %	11 %	6 %	0 %	66
I hvilken grad har masterutdanningen påvirket din oppfatning og forståelse av psykisk helsearbeid?	47 %	39 %	12 %	2 %	0 %	66

Utdanningen har åpenbart og i sterkest grad påvirket studentenes personlige vekst og utvikling som fagperson innen psykisk helsearbeid. Nittifem³ prosent anser at det har skjedd i høy eller middels grad, og kun en student mener at denne påvirkningen har vært ubetydelig. Yrkesidentiteten har også den blitt styrket – her er likevel resultatet ikke like entydig. Tre av fire

³ Svaralternativene 'høy grad' og 'middels grad' gir til sammen 95,4 %. I tabellen er disse – og alternativet 'ubetydelig' – opphøyd til hele tall, og summen blir derfor 101 %. Det samme, og av samme grunn, gjelder også spørsmålet 'I hvilken grad har masterutdanningen bidratt til å styrke din yrkesidentitet?'

mener at yrkesidentiteten har blitt styrket i høy eller middels grad, men det er også en av fem som anser at styrking av yrkesidentiteten kun har skjedd i liten eller ubetydelig grad. Når det gjelder utdanningens bidrag til å avklare arbeids- og ansvarsområdet, er resultatene langt mer oppsiktsvekkende; halvparten av de som har svart anser at de kun i liten eller ubetydelig grad har blitt hjulpet av utdanningen til en slik avklaring. Her er det også en på ti som har valgt svaralternativet 'vet ikke', noe som kan indikere at spørsmålet har vært vanskelig å besvare. Ulike forklaringer kan tenkes når det gjelder spørsmålene om styrking av yrkesidentitet og avgrensing av arbeids- og ansvarsområdet. At utdanningen er tverrfaglig og retter seg mot en bred gruppe av profesjoner (sykepleiere, pedagoger, fysioterapeuter, sosionomer, m fl) kan være en forklaring, og at yrkespraksisen innen psykisk helsearbeid i økende grad preges av samarbeid mellom ulike profesjoner og foregår på mange virksomhetsområder (f.eks. institusjon, DPS, kommune, private bedrifter).

Masterutdanningen har i meget stor grad har påvirket studentenes forståelse for og oppfatning av tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsefeltet. Her er det mer enn åtte av ti som vurderer denne påvirkningen som høy eller middels. Når det gjelder utdanningens påvirkning av studentenes oppfatning og forståelse av psykisk helsearbeid, er svarene enda mer entydige. Nesten halvparten anser at denne påvirkningen har skjedd i høy grad, fire av ti angir middels grad og en av ti i liten grad. Det er kun en (av 66) studenter som anser at påvirkningen har vært ubetydelig.

Arbeidsforhold etter masterutdanning

Hva har da skjedd med masterstudentenes konkrete forhold etter utdanningen?

Tabell 11: Studentens nåværende arbeidssted.

Arbeidssted	Prosent
Psykiatrisk sykehus	25 %
DPS (dag-/døgnavdeling eller psykiatrisk poliklinikk)	16 %
BUP/Barnevern	3 %
Kommunalt psykisk helseteam	15 %
Somatisk sykehus	2 %
Kommunehelsetjeneste (sykehjem, hjemmetjeneste, helsestasjon)	8 %
NAV	3 %
Offentlig/privat fysioterapitjeneste	3 %
Skole/utdanning	12 %
Ikke i lønnet arbeid	3 %
Annet	10 %
N	67

Den største gruppen arbeider på psykiatrisk sykehus (en av fire). Nesten like mange (22 %) er ansatt i kommuner – de fleste i psykiske helseteam, andre i andre deler av kommunehelsetjenesten. En ganske stor gruppe arbeider på distriktpspsykiatriske sentra (DPS), enten ved dag/døgnavdeling eller i psykiatrisk poliklinikk. Drøyt en av ti arbeider innen skole/utdanning. Andre arbeidssteder, som NAV, fysioterapitjenester, BUP/barnevern, er representert med noen få svar.

Det er også ca. en av ti som har angitt alternativet 'annet' og i kommentar presiserer at de f. eks. arbeider i private virksomheter, med kursvirksomhet, i ideelle organisasjoner eller i bofelleskap for flyktninger.

Yrkestittel i nåværende stilling (n=56)

- Psykiatrisk sykepleier (spesialsykepleier, spesialsykepleier i psykiatri) (20)
- Leder (enhetsleder-, seksjons- eller fagleder) (12)
- Rådgiver (klinikkrådgiver, pedagogisk-psykologisk rådgiver, spesial- og fagutviklingsrådgiver, fagkonsulent) (9)
- Undervisningsstilling (lærer, lektor, høskolelektor, kursleder/veileder) (7)
- Psykomotorisk fysioterapeut (3)
- Fou-stilling (1); klinisk pedagog (1); miljøterapeut (1); psykisk helsearbeider (1); klinisk sosionom (1).

Kommentar:

Som det går frem, har majoriteten av de som har svart arbeid i kliniske stillinger (totalt 27). Dette kan forstås som at utdanningen for flertallet har ført til at de har styrket sin tilknytning til direkte pasient-/klientarbeid. Den nest største gruppen (21) er enten i administrative eller i rådgivende stillinger. Den tredje gruppen er knyttet til undervisning på forskjellig nivå. En respondent er i en ren FoU-stilling. Langt flere har imidlertid forsknings- og fagutvikling innarbeidet som delfunksjoner i deres stillinger (se neste spørsmål).

Et viktig spørsmål er selvsagt hvilken betydning studenter, som har skiftet stilling, synes at masterutdanningen har hatt for denne endringen.

Tabell 12: Betydningen av utdanningen for de som etter utdanningen har skiftet stilling.

Stor betydning	50 %
Middels betydning	25 %
Liten betydning	9 %
Ubetydelig	11 %
Vet ikke	5 %
N	44

For de studenter som har skiftet stilling etter utdanningen, har den vært en viktig faktor for deres beslutning. Halvparten mener at utdanningen har hatt stor betydning, og en av fire angir middels betydning. Ca. en av ti anser at masterutdanningens betydning har vært ubetydelig. Ulike forklaringsfaktorer kan tenkes: Masterutdanningen kan ha virket motiverende for å skifte stilling, eller ha fungert som et steg i en utvikling som var påbegynt tidligere. Utdanningen kan også har bidratt til å tilfredsstille formelle krav for en endret stilling.

Hvor mange studenter som har skiftet stilling etter utdanningen gir undersøkelsen ikke svar på. Utdanningen har likevel for mer enn seks av ti (62 %), ført til at de har fått høyere lønn, mens en tredjedel ikke har fått det. Det synes dermed som om utdanningen er godt verdsatt fra majoriteten av arbeidsgivere. Under svaralternativet Annet (4%) finnes angis f. eks. at man har søkt høyre lønn men ennå ikke fått svar, at man har fått høyre lønn men under en begrenset periode.

Tabell 13: Har mastereksamen ført til høyere lønnplassering?

Ja	62 %
Nei	34 %
Annet	4 %
N	66

Forskning og fagutviklingsarbeid etter masterutdanningen

Har masterstudentene forsknings- eller fagutviklingsarbeid i sin nåværende stilling? Her svarer over halvparten (52 %) at de har forsknings- og utviklingsoppgaver i sin nåværende stilling, mens de resterende (48 %) svarer benektende på spørsmålet. Noen har gitt tilleggskommentarer (n=16). De som svarer at de har FoU-oppgaver, beskriver disse oppgavene primært som kvalitets-sikringsarbeid. Tre respondenter er imidlertid aktivt i gang nye forskningsprosjekter, hvorav en er ansatt i FoU-enhet og en annen holder på med et doktorgradsprosjekt:

Har påbegynt forskningsprosjekt som etter planen avsluttes med doktorgrad. Stor inspirasjon å gå på masterstudiet ved Hihm.

Av de som svarer at de ikke har FoU-oppgaver, gis ulike grunner slik som at man har vært ute av arbeidslivet etter utdanningen, at man ikke foreløpig har slike oppgaver eller at man primært arbeider klinisk. To kommenterer noe oppgitt at masterutdanningen ikke blir verdsatt på deres arbeidssted, noe som kan eksemplifiseres med følgende:

Jeg får ikke lov å bruke tittel Master i psykisk helsearbeid på mitt arbeidssted, uten nærmere grunnivelse. Jeg har også en generell opplevelse av at mastergraden er lite interessant for arbeidsgiver, så yrkesmessig har den ikke «lønt» seg. Men personlig er jeg veldig glad for den.

Det er ikke bare lønnsforhold og muligheten å skifte stilling som synes ha blitt påvirket av utdanningen. Mer enn halvparten av studentene har forsknings- eller fagutviklingsarbeid i sin nåværende stilling. Undersøkelsen gir ikke svar på hvor mange som hadde dette innen de startet utdanningen, men at så mange har FoU-oppgaver i sin nåværende stilling oppfattes som meget tilfredsstillende. Selvsagt kan endret stilling, høyre lønn og muligheten å arbeide med FoU-arbeid i mange tilfeller henge sammen. Masterutdanningen i psykisk helsearbeid kan da ses i sammenheng med kompetanseheving, fagutvikling og profesjonalisering, men også som øket tverrfaglighet og nyorientering.

Tanker om videre utdanning

En masterutdanning kan også være et trinn i et fortsatt utdanningsløp slik som vist i følgende tabell:

Tabell 14: Studentenes planer om fortsatt utdanning.

Forskerutdanning /doktorgrad	29 %
Faglig fordypning innen feltet psykisk helsearbeid	17 %
Faglig fordypning innen annet yrkes-/kunnskapsfelt	6 %
Fordypning innen ledelse/'management'/organisasjonsutvikling	11 %
Ikke interessert i ytterligere utdanning	6 %
Annet	31 %
N	65

Nesten en tredjedel av studentene har planer på videre utdanning til forsker (forskerutdanning/doktorgrad). En relativt stor gruppe (17%) er mer rettet mot faglig fordypning innen feltet psykisk helsearbeid, eller innen området ledelse og organisasjonsutvikling (11%). Det er kun en mindre del som ikke er interessert i videre utdanning. Det er ikke mulig å avgjøre hvilken rolle masterutdanningen kan ha hatt. At over halvparten av studentene angir ønske om videre utdanning innen et relevant område for psykisk helsearbeid, og at kun en meget liten andel ikke er interessert i videre utdanning, er under alle omstendigheter en positiv indikasjon på fremtidig utvikling innen psykisk helsefelt.

6. Diskusjon, konklusjon og vurdering

Temaet for denne evalueringen er knyttet til andre studieår hvor masteroppgaven er studentenes mål. Veien dit går via vitenskapsteori, metodelære og fagfordypning i enten lokalsamfunnsbasert psykisk helsearbeid eller i spesialisthelsetjeneste.

Metodisk refleksjon

Det er en «ung» utdanning som evalueres, og som skulle antas å være vesentlig for videre utvikling av fagområdet. Utdanningen søker fortsatt sin form. Derfor er ikke minst lokale evalueringer, som dekker flere studentkull, nødvendige for å få tilbakemelding på kvalitet innhold og organisering.

En innvending mot denne evalueringen er at den bare omhandler de siste 60 stp av en 120 stp helhetlig masterutdanning. Begrunnelsen for dette valget er at ca. 50% av studentgruppen har tatt de første 60 studiepoeng ved en annen utdanningsinstitusjon i landet. En helhetlig evaluering blir dermed vanskeliggjort pga. lokale variasjoner i opplegget. Av 74 utsendte skjema har 69 svart, noe som kan være en indikasjon på at de oppfatter en slik evaluering som viktig og nødvendig for å styrke utdanningens kvalitet.

Validiteten ble ivaretatt gjennom datatriangulering (svarene fra de lukkede og åpne spørsmålene viste samme tendenser og mønstre) og analysevaliditet, dvs. analyse ble foretatt av alle forfatterne (Granerud 2008; Sørgaard 1996). Den høye svarprosenten styrker validiteten. Reliabilitet i den kvantitative delen ble ivaretatt ved å bruke tidligere utprøvd spørreskjema (Borge et al. 1997).

Analysen viser samsvar mellom de lukkede og åpne spørsmålene. En mulig feilkilde kan være «pleasing», siden høgskolen gjennomfører evalueringen. Men på den andre siden var ingen av informantene i noe avhengighetsforhold til høgskolen, og de fleste hadde avsluttet sin masterutdanning for flere år siden. Respondentenes svar var varierte og nyanserte med både positive og negative tilbakemeldinger. Dette forholdet kan sies å styrke evalueringens validitet (Svensson 1996).

Karakteristika ved studentgruppen

Det som karakteriserer respondentene er at det dreier seg om fagpersoner som har ventet lenge på muligheten til å få faglig oppdatering og vitenskapelig skolering som har direkte relevans for eget virksomhetsfelt. Studentene er over den første etableringsfasen i voksenlivet og er godt motivert for en ny utvikling/dreining i arbeidslivet.

Siden masterutdanning i psykisk helsearbeid er et relativt nytt studietilbud for kandidater med treårige utdanninger innen velferdsyrkene, har det muligens vært et oppsamlet behov for denne utdanningen, noe som kan forklare bildet av at det dreier seg om en «voksen» studentgruppe; 85 % er 36 år eller eldre, og 30 % er 50 år eller mer. Yrkeserfaringen er omfattende; åtte av ti hadde yrkeserfaring på åtte år eller mer. Dermed er det en studentgruppe med variert livs- og yrkeserfaring som starter på studiet. Kjønnssammensetningen er preget av en klar overvekt av kvinner – mer enn 2/3 av studentgruppen.

I og med at det er et begrenset antall studiesteder som tilbyr masterutdanning i psykisk helsearbeid, rekrutteres studentene fra hele landet. Det er likevel en overvekt fra Østlandet. Studentgruppen er tverrfaglig, men med en overvekt av sykepleiere. Studentene kommer fra ulike praksiskontekster, men de fleste kommer fra spesialisthelsetjeneste (40 % sykehus/DPS) og ulike funksjoner i kommunehelsetjeneste (ca. 25 %).

De studiesosiale betingelsene varierer betydelig. Flertallet av respondentene hadde tilknytning til sitt arbeidssted mens de studerte (ca. en tredjedel arbeidet mer enn 75 % av full stilling), mens en fjerdedel studerte fulltid. Mange mottok økonomisk støtte i en eller annen form, men beløpets størrelse varierte betydelig. De som ikke mottok økonomisk støtte, fikk tilrettelagt arbeidet på ulike måter (permisjon) slik at de kunne følge studiets opplegg. Disse forskjellige studiebetingelsene påvirket rimeligvis mulighetene til faglig fordypning og til deltagelse i studiemiljøet, selv om dette ikke kommer frem i respondentenes kommentarer. Det er grunn til å anta at muligheten for å gjennomføre studiet på normert tid vil påvirkes av disse studiesosiale betingelsene de hadde under studiet.

Motivasjonen for å ta masterutdanning fordeler seg ganske likt mellom ønsket om fordypet innsikt i psykiske lidelsers karakter og hvordan de kan møtes, og hvordan fenomener og forhold innen psykisk helsefeltet kan studeres vitenskapelig. Dernest følger behovet for å få se sine egne praksiserfaringer i et teoretisk perspektiv, og å forstå hvordan psykisk uhelse påvirkes av samfunnsforhold. Karrieremotiver finnes, men de er ikke fremtredende. Det synes som om det er de fenomennære og praksisrelevante begrunnelsene – i tillegg til vitenskapelig skolering – som stimulerte til å starte på masterutdanningen.

Masterutdanning i psykisk helsearbeid - 120 stp - sammenhengen mellom 1. og 2. studieår

Studiet er en erfaringsbasert master (§ 5) hvor målet er å utdanne kandidater som har den kliniske og fagutviklende del som sitt senteringspunkt. Det første studieåret vil i stor grad samsvare med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Denne videreutdanningen er styrt av Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005), som dermed legger føringer for det første studieårets innhold. Likevel er det rom for tilpasninger slik at man ivaretar den enkelte høgskoles profil (Ludvigsen & Ravneberg 2012). Halvparten av studentene som avslutter sin masterutdanning ved Høgskolen i Hedmark, har tatt det første året ved en annen høgskole. Det er i dette året at praksisrelevante og yrkesrelaterede problemstillinger og temaer først og fremst blir behandlet.

I andre studieår legges det vitenskapelige grunnlaget for å kunne undersøke problemer innen psykisk helsefeltet som studentene ønsker å belyse nærmere og finne (tentative) svar på. Dette skal bidra til at studentene etter avsluttet utdanning har kompetanse til å delta i og gjennomføre FoU-arbeid på sine respektive arbeidsteder.

I andre studieår er det også lagt inn en valgfri fordypning på 10 studiepoeng; henholdsvis psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet og i spesialisthelsetjenesten. For mange studenter er det i fordypningsemnet at masteroppgavetemaet presiseres ytterligere. Under emnet Design skrives prosjektbeskrivelsen, som etter godkjenning følges opp med felles oppgaveseminarer under det selvstendige arbeidet med masteroppgaven (30 stp).

En del studenter har med seg tema fra arbeidsgivere som ønskes belyst i masteroppgaven – noe som bidrar til å styrke utdanningens praksisnære forankring med fokus på kunnskapens relevans, jf. St.meld 13/2011-12 om Utdanning og velferd, som understreker betydningen av praksisnærhet og relevans i forskningen innen bl.a. helse- og sosialfaglige utdanninger. Arbeidsplassene får i tillegg relativt raskt tilbake tentative svar på spørsmål og problemstillinger som tilhører praksishverdagen.

Kan dette gi en samlet masterutdanning innen fagfeltet? At 60 studiepoeng gjennomføres ved en annen høgskole for halvparten av studentgruppen gir en utfordring når det gjelder å få en samlet utdanning på 120 studiepoeng. Svarene kan tolkes slik at respondentene opplever studiet helhetlig, noe som kan skyldes at videreutdanning i psykisk helsearbeid styres av en rammeplan og dermed er nokså like i Norge. Det er viktig at vitenskapelig ansatte er knyttet til psykisk helsearbeid, og at forskning og eksempler på utviklingsarbeid er hentet fra psykisk helsefeltet i samtlige emner som inngår i studiet. Fagfordypning og masteroppgave gir en kobling til praksisfeltet.

Faglig innhold og kvalitet

Samlet sett viser svarene at studiets innhold og kvalitet vurderes som god. Når det gjelder vitenskapelig skolering – vitenskapsteori og metode – og den betydningen respondentene opplever at dette har for arbeidet med mennesker med psykiske lidelser, så må *arbeid* forstås som både direkte og indirekte arbeid med å møte utfordringer og problemstillinger innen fagfeltet. Her viser det seg at studentene har opplevd at den forskningsmessige skoleringen har høy grad av relevans og dermed overføringsverdi til deres arbeidssituasjon. Dette kommer særlig til uttrykk når det knyttes til problemstillinger som skal belyses og spørsmål som skal besvares i masteroppgaven. Svarene viser at respondentene ser vitenskapsteori og metode i sammenheng med det som er utdanningens mesterstykke, nemlig gjennomføringen av et eget vitenskapelig arbeid.

De valgfrie fordypningene som tilbys (lokalsamfunnsarbeid og spesialisthelsetjeneste), dekker de to hovedområdene/virkefeltene som psykisk helsearbeidere særlig forventes å arbeide innenfor (jf. Ludvigsen 2012). Også her er vurderingen av fagfordypningenes relevans god, men det er et forbedringspotensial siden ca. en av fire vurderer emnet var av middels relevans.

Kvalitetsreformen som ble iverksatt i 2003 (St.meld 27/2001 Gjør din plikt – krev din rett), la vekt på blant annet tettere oppfølging av studenten. Den foreliggende evaluering etterlater et inntrykk av at dette er noe flertallet av respondentene har erfart under arbeidet med masteroppgaven, gjennom oppgaveseminar og individuell veiledning. Oppgaveseminarene, som følger arbeidet med masteroppgavene i vårsemesteret, blir høyt verdsatt. Seminarene synes å bidra til studentenes kritiske granskning av hverandres arbeider, og slik sett stimulerer den akademiske kompetansen og blir et kvalitetsbidrag til eget masteroppgavearbeid.

Faglig fordypning versus personlig karriere og utvikling

Studentene bringer med seg solid yrkeserfaring og fagkunnskap til studiemiljøet. Men noe mangler for at de skal komme videre i sitt yrkesliv. Dette dreier seg om å få nye perspektiver på arbeidsfeltet og ny innsikt i hva som hjelper og virker i hjelpearbeidet, og en dypere forståelse av sentrale fenomener som har med psykisk helse å gjøre. Ekern (2007) påpeker at «breddemastere» fører til at det kan være uklart hva man er «mester i». Imidlertid vil et erfaringsbasert masterstudium i *psykisk helsearbeid*, klargjøre hva kandidaten har som sitt faglige gjenstandsområde.

Det faglige gjenstandsområdet har blitt fordypet gjennom fagbøker og artikler innen fagområdet. Som før poengtert er det med vitenskapelig lærere innen psykisk helsearbeid som går i dybden, gjennom diskusjoner med medstudenter innen samme fagfelt og masteroppgaven, som vil være med å gi faglig forankring som masterkandidat i psykisk helsearbeid.

Det er verdt å merke seg at det fortsatt er uklart for mange arbeidsgivere og ledere hvordan de best kan utnytte den nye kunnskapen til masterkandidatene. Ca. halvparten av uteksaminerte kandidater har FoU-oppgaver i sitt arbeid, men det meste av dette er fagutviklings- og

kvalitetssikringsoppgaver. Svært få har dette i stillingsbenevnelsen. Svarene indikerer at mange ledere ikke kjenner til hva en slik eksamen gir av kvalifikasjoner og hvordan de kan benytte denne ressursen.

Behov for endring i innhold og organisering

Det er verdt å merke seg at 20 respondenter ikke har besvart spørsmålet om ønsket endring av studieopplegget. Det kan 'leses' som at de ikke ser behov for endring og derfor ikke besvarer spørsmålet, men det kan også bety at det er vanskelig å foreslå konkrete endringer. Vi ser også at spørsmålet om eventuelle organisatoriske endringer kun besvares av syv, og av disse svarer to at organiseringen var bra. Det er åtte som eksplisitt uttrykker at de ikke ser behov for å forandre studieopplegget.

I de kvalitative dataene finner vi at studiets praksisnære preg er noe som trekkes frem som en styrke, men som i en annen sammenheng påpekes som noe som bør vektlegges ytterligere. Praksisnære problemstillinger verdsettes.

Konsekvenser for studiet:

- Studiet er for lite kjent blant arbeidsgivere, og det må derfor utvikles en informasjonsstrategi slik at studiets særpreg (erfaringsbasert mastergrad) – og kandidatenes kompetanse blir tydelig
- Arbeide for å fremme en mest mulig lik forståelse av masteroppgaveveiledningens innhold – samtidig som forventninger til veileder og kandidat tydeliggjøres
- Stimulere til realisme og god fremdrift i masteroppgavene (30 stp) – noe som forutsetter at planlegging av oppgaven starter parallelt med undervisningen i metode og valgfri fordypning
- Styrke studiets tverrfaglige profil ytterligere

MMHC - bidrag til bedre psykisk helsearbeid?

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006/8) understreket nødvendigheten av å stimulere utdanning og forskning, dvs. utvikling av kompetanse. Evalueringen viser at åtte av ti vurderer at utdanningen har hatt stor/middels betydning for deres arbeidssituasjon etter avsluttet utdanning. Når dette forholdet sammenholdes med hva respondentene mener utdanningen har bidratt til i et lengre perspektiv, får vi en indikasjon på at utdanningen får effekter inn i psykisk helsearbeid som yrkespraksis. Utdanningen har utviklet respondentene som fagpersoner. En så høy skår tyder på at dette er signifikant for informantene. Det er grunn til å anta at dette har betydning for utøvelse og behandling innen psykisk helsevern. I psykisk helsevern er det vesentlig å ha et tverrfaglig perspektiv, med en sterk forankring i eget fagfelt. Det er tydelig at

masterutdanningen har hatt betydning for dette. 83 % svarer at masterutdanningen har styrket forståelse av tverrfaglig samarbeid, og at de har fått utdypet forståelse for eget fagfelt. Det er grunn til å studere om en «breddemaster» gir samme effekt for faget og den enkeltes fagforståelse. Tidligere undersøkelser innen videreutdanning i psykiatrisk sykepleie beskriver lignende styrking av fagidentitet (Borge et al 1997, Hummelvoll og Røsset 1998). I en evaluering av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid beskrives fagidentiteten som svakere (Granerud 2003).

FoU er en del av oppgavene som kvalifiserte ansatte skal drive innen psykisk helsevern (i tillegg til behandling og brukermedvirkning). Selv om det ikke direkte kan avleses av respondentenes nåværende stillingsbenevnelse (se over), viser svarene at over halvparten har forsknings- og utvikling (FoU) som en del av deres arbeidsoppgaver. Det kan derfor rimeligvis antas at uteksaminerte kandidater bidrar til kvalitetsforbedrende arbeid innen feltet.

Flertallet sier at de har tanker om videre utdanning – både forskerutdanning (ca. en tredjedel), faglig fordypning og ledelsesfag. Dette kan tyde på at masterutdanningen har utløst ønske om ytterligere kompetanseheving. Ut fra disse svarene er det viktig å komme i gang med forskerutdanning innen helse- og sosialfag på høgholen.

Utdanningen utfordres til å fokusere på praksisrelevans. I St.meld. 13 (2011–12) «Utdanning og velferd» presiseres nødvendigheten av samspill mellom praksis, utdanning og forskning i helse- og velferdsutdanninger. Det fokuseres på praksisrettet forskning som tar utgangspunkt i praksisutøvelse og erfaringskunnskap. Helse- og velferdstjenestene skal bygge virksomheten på forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasienters/brukeres ønsker og behov.

Konklusjon og vurdering

Tidligere studenter ved master i psykisk helsearbeid svarer at utdanningens andre år med vekt på vitenskapelig metode og masteroppgave har et innhold og kvalitet som vurderes som god og hensiktsmessig for det arbeidet de skal tilbake til.

- For masterkandidater som har skiftet stilling etter utdanningen, synes 75 % at utdanningen har hatt stor eller middels betydning for deres videre arbeid.
- Drøyt 60 % av studentene har fått høyere lønn.
- Over halvparten av kandidatene har forsknings- og utviklingsoppgaver i sin nåværende stilling.
- Det er mange som har planer om fortsatt utdanning, bl.a. ønsker nesten en tredjedel å ta forskerutdanning.

Siden masterstudier i psykisk helsearbeid er et relativt nytt studium, vil det være viktig og interessant å få kunnskaper om studiet har bidratt til det kompetanseløft som etterspørres innen psykisk helsefeltet – og om studiets innhold vurderes og oppleves som relevant for de oppgaver som uteksaminerte kandidater forventes å gå inn i. Et første trinn i en slik vurdering kan være å gjennomføre en landsdekkende evalueringsundersøkelse blant de læresteder som tilbyr masterstudier i psykisk helsearbeid – med særlig vekt på tidligere studenters erfaringer og vurderinger av studiets faglige standard og i hvilken grad utdanningen blir verdsatt av arbeidsgivere og samarbeidspartnere i feltet.

Flere gode resultater fra tidligere studenter på masterstudiet i psykisk helsearbeid har blitt løftet frem i denne rapporten – men også en del funn som oppfordrer til fortsatt utvikling. Hvordan skal da resultatene vurderes – dvs. det andre leddet i en evaluering etter at relevante fakta har blitt beskrevet? På ulike steder i rapporten fremgår partielle vurderingsaspekter, men her gjør vi avslutningsvis en mer generell vurdering.

Stort sett viser undersøkelsen at masterutdanningen i psykisk helsearbeid fungerer godt. Studentenes utsagn tyder på en temmelig god måloppnåelse ut fra deres individuelle målforståelse. Som det fremgår i metodeavsnittet, mener vi at det er rimelig å anta at studentenes samlede syn på målene med utdanningsprogrammet gjenspeiler dets offisielle mål, og at en vurdering utfra det empiriske materialet derfor også kan med god validitet gjøres i relasjon til målene i sentrale dokumenter som beskriver utdanningen. Studentenes motiver for å søke til programmet er helt i tråd med det syn på psykisk helsearbeid som dokumentene beskriver – her er måloppnåelsen god. Målet om tverrfaglig sammensetning i studentgruppen kan kun delvis anses være nådd, men sammensetningen avspeiler sannsynligvis (som beskrevet) en stor dominans av sykepleiere blant de som arbeider innen psykisk helsearbeid per i dag. Sett i forhold til de ulike deler av innholdet i programmets 2. år kan målsetningene i stort anses være oppnådd. Særlig gjelder dette organisering av og innhold i undervisning omkring masteroppgaven. Når det gjelder kurset i vitenskapsteori og vitenskapelig metode, samt fordypningskursene, kan måloppnåelsen ikke vurderes som fullstendig på tross av at majoriteten av studentene anser at deres mål er oppnådd, altså at kursene var av stor eller svært stor relevans. De implisitte målene om studentens personlige vekst og utvikling som fagpersoner innen psykisk helsearbeid, er i høy grad oppnådd. Det samme gjelder styrking av yrkesidentitet og oppfatning og forståelse av psykisk helsearbeid. At en stor del av studentene etter utdanningen har arbeid hvor FoU-oppgaver inngår, og at mange er innstilt på fortsatt utdanning, kompletterer bildet av god måloppnåelse for dette programmet som en utdanning på masternivå, men med fokus på forbedret praksis innen psykisk helsearbeid.

Litteratur

- Borge, L., J.K. Hummelvoll & Ulland, E. (1997). Kompetanse og Yrkesidentitet. *Vård i Norden*, 18(1): 25–32.
- Ekern, K.S. (2007). Videreutdanningen i psykisk helsearbeid i en reformtid. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 4(2): 174–183.
- Eliasson, R-M., Levin, C., Meeuwisse, A. & Sunesson, S. (1990). *Den værderande blacken. Om utvärdering i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, B. G. & Karlsson, P-Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Stockholm: Gothia.
- Eriksson, B. & Karlsson, P-Å. (1998). *Utvärdera bättre. För kvalitetsutveckling i socialtjänsten*. Stockholm: Gothia.
- Granerud, A. (2003). Videreutdanning i psykisk helsearbeid, tverrfaglig styrke eller faglig usikkerhet? Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Norske høyskoler. *Vård i Norden*, 23, (3) s. 48–51.
- Granerud A. (2008). *Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes*. Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden.
- Green, J. C., Caracelli, v. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Design. *Educational Evaluation and Policy Design*, Vol.11, No. 3, pp 255–274.
- Hummelvoll, J.K. & Granerud A. (1996). *Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten. En evaluering av brukertilfredshet*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 3.
- Hummelvoll, J.K. & Røsset, O. (1998). *Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie – en evaluering av utdanningens praksisrelevans*. Rapport Nr 9. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Jerkedal, Å. (2001). *Utværdering – steg for steg*. Stockholm: Norstedts Juridisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 1: 13–26.
- Kirke-, utdanning og forskningsdepartementet (1997). *Rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid*. 1997. Godkjent av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Ludvigsen, K. & Ravensberg, B. (2012). *Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene*. Bergen: Uni Rokkansenteret, Notat 03/12.
- NSD (2013). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Nettbaserte spørreundersøkelser. <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/sporreundersokelser.html>
- Opptrappingsplanen (1990–2008). *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1991). *Nursing Research. Principles and Methods*. (4th Ed.) New York: Lippincott Company.
- Region Europa (1998). *Health 21. Health for all in the 21st Century*. World Health Organisation.
- Statistisk sentralbyrå (2013). *Fullførte utdanninger ved universiteter og høyskoler 2011–12*. Oslo.
- Stortingsmelding 27 (2000–2001). *Gjør din plikt – krev din rett*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Stortingsmelding 13 (2011–2012). *Utdanning og velferd*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Studieplan (2008–2010). *Master i psykisk helsearbeid*, 120 studiepoeng. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Svensson, P.G. (1996). Förståelse, troverdighet eller validitet? I: P.G. Svensson & B. Starrin (red.) *Kvalitative studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, p. 209–227
- Sørgaard, K.W. (1996). Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33(1): 11–25.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Oslo
- Vedung, E. (2009). *Utværdering i politik og forvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vråle, G.B. (2008). Videreutdanning i psykisk helsearbeid – et tilbakeblikk, på nå-situasjonen og noen betraktninger om framtid. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 5(2):143152.