

Masteroppgaver som viktige bidrag til kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid?

Grete Eide Rønningen, Liv Hanson Ausland og Steffen Torp

Grete Eide Rønningen, Førstelektor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Universitetet i Sørøst-Norge, ger@usn.no

Liv Hanson Ausland, Førstelektor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Universitetet i Sørøst-Norge

Steffen Torp, Professor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Universitetet i Sørøst-Norge

Sammendrag

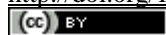
I denne kvalitative studien undersøkes hvordan masteroppgavene kan bidra til kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid. Studien er basert på en gjennomgang av masteroppgaver i helsefremmende arbeid fra perioden 2008 – 2018 ved ett universitet i Norge, samt et fokusgruppeintervju med den akademiske faggruppen tilknyttet dette masterstudiet. Data er analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Analysen viser at masteroppgavene speiler emnet som beskrevet i internasjonale konsensusdokumenter om undervisning og forskning i helsefremmende arbeid, og svarer på forskningsbehov relatert til helsefremmende praksis. For at masteroppgavene skal kunne bidra til fagets forskningsbase, kreves fagfelleverderte publikasjoner. Slike publikasjoner forutsetter innsats fra både studenten og veilederen, noe som kan være en utfordring for begge parter på grunn av mangel på ressurser. Det er behov for organisatorisk tilrettelegging for å skape en kultur for publisering av masteroppgaver i vitenskapelige tidsskrifter.

Nøkkelord

Helsefremmende arbeid, publisering av masteroppgaver, bidrag til kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid

Fagfellevurdert artikkel

<http://doi.org/10.7557/14.5535>



©Year The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

Den første konferansen i helsefremmende arbeid i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO) fant sted i Ottawa i Canada i 1986. Konferansen ledet fram til Ottawacharteret (WHO, 1986), som ble retningsgivende for helsefremmende arbeid både i Norden og internasjonalt. Helsefremmende arbeid forstås i denne tradisjonen som en helhetlig sosial og politisk prosess, der enkeltindivid og lokalsamfunns muligheter til å ivareta egen helse sees i sammenheng med sosiale, miljømessige og økonomiske forhold (Green, Cross, Woodall & Tones, 2019). Føringerne fra Ottawacharteret ble nasjonalt og internasjonalt fulgt opp for å bringe helsefremmende arbeid på den faglige og politiske dagsordenen. Samtidig ble det etterlyst forskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk og praksis, og det ble etablert forskningsmiljø og utdanningstilbud i helsefremmende arbeid ved en rekke universitet og høyskoler. Denne utviklingen førte til at helsefremmende arbeid (Health Promotion) tidlig ble beskrevet som eget men ungt, - fag- og forskningsfelt (Bunton & Macdonald, 2002).

Forskning om helsefremmende arbeid understreker i dag behov for mer systematisering av erfaringer fra fagutøvelse og gjerne fra aksjonsforskning (Green et al., 2019). I tillegg etterlyser Woodall et al., (2018) forskning hentet fra den nordiske konteksten. Nordic Health Promotion Research Network (NHPRN) har derfor tatt initiativet til å undersøke hvordan forskning under merkelappen «Health Promotion» gjennomføres i Norden, og gjennomført et prosjekt for å kartlegge aktuelle PhD – studier i Norden (Eriksson, 2020). I vår undersøkelse ønsker vi å se nærmere på hvordan masteroppgaver i helsefremmende arbeid kan bidra til fagets kunnskapsbase og hvordan andre studier har lagt til rette for publisering av masteroppgaver i vitenskapelige tidsskrift (Bullen & Reeve 2011; Obuku et al., 2017). Temaet er også aktuelt for arbeid med fagutvikling og for tilrettelegging av publiseringsvilkårene for ansatte og studenter. Undersøkelsen inngår som bidrag til NHPRN sitt initiativ (Eriksson et al., 2020).

Et fag- og forskningsfelt med tydelige verdier og føringer

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i *god helse* som en menneskerett (WHO, 1948), der helse ikke bare forstås som fravær av sykdom, men også som en ressurs for å nå individuelle, sosial og økonomiske mål. Fred, tilstrekkelige økonomiske ressurser, mat, bolig, et stabilt økosystem og bærekraftige ressurser, beskrives som forutsetninger for å oppleve god helse. Rettferdig fordeling (equity) av helsefaglige ressurser er grunnleggende for helsefremmende arbeid (WHO, 1986) Det vil si hindre sosial ulikhet i helsens sosiale determinanter (Green et al., 2019). Ottawacharteret (WHO, 1986) står sentralt i helsefremmende arbeid, der strategiene advocacy, enabling og mediating

beskrives som spesielt egnet. Advocacy betyr beslutningspåvirkning, og innebærer strategier for å oppnå politisk og sosial aksept av det helsefremmende budskapet. Enabling er prosesser som fører til at enkeltindivid, grupper og lokalsamfunn blir i stand til å ta vare på egen og fellesskapets helse, og til å påvirke politiske beslutninger. Mediating forstås som forhandlinger for å etablere samarbeidsallianser på tvers av ulike sektorer og sammen med befolkningen, for å fremme folks helse. I tillegg skisseres fem prioriterte innsatsområder; Build healthy public policy innebærer å se helse og rettferdig fordeling av helse som en del av beslutningsgrunnlaget for alle politiske avgjørelser, og å vurdere og tydeliggjøre helsekonsekvenser i politiske vedtak. En helsefremmende politikk rettes mot alle samfunnssektorer, også utover helsesektoren. Create supportive environments for health viser til støttende miljøer for helse gjennom gode leve- og arbeidsforhold. Strengthen community action for health innebærer å styrke lokal innflytelse over forhold som påvirker folks helse. Develop personal skills vil si å vektlegge kunnskap og sosiale ferdigheter som setter folk i stand til å foreta helsefremmende valg. Reorient health services, viser til at helsetjenestene ikke bare skal vektlegge behandling, men også forebyggende og helsefremmende arbeid. Strategiene og innsatsområdene kan både hver for seg og samlet beskrives som ledd i empowerment-prosesser, det vil si prosesser som gjør enkeltindivid og lokalsamfunn i stand til å ivareta god helse (Nutbeam & Muscat, 2021). Settingstiltærning står sentralt (WHO, 1986 og 1998) og bygger på at helse skapes gjennom menneskers hverdagsaktiviteter og måten disse organiseres og gjennomføres på, for eksempel hvordan skoler, arbeidsplasser og lokalsamfunn virker inn på folks helse. Tiltærningen innebærer at oppmerksomheten forskyves fra individuelle tiltærninger til vekt på fysiske, psykososiale og sosioøkonomiske helsebetingelser (Nutbeam & Muscat, 2021).

Som fag- og forskningsfelt er helsefremmende arbeid kontinuerlig utviklet, presisert og korrigert på bakgrunn av erfaring, forskning og samfunnsendringer. Haglund og Tillgren (2016) viser til at de jevnlig konferansene om helsefremmende arbeid i regi av WHO, har bidratt til å plassere faget i en global sammenheng. De hevder at perspektivene fra Ottawacharteret ofte viser seg holdbare, men også at sosial bærekraft og likhet, betydningen av fysisk miljø, sosiale-, økonomiske-, politiske- og planleggings-dimensjoner og interaksjonene mellom disse, beskriver kjerneområder i feltet i dag. Dette mener de bør speiles i moderne forskning og utdanninger i helsefremmende arbeid. Green et al., (2019) understreker også føringene fra 1986 med vekt på empowerment og sosial rettferdighet som viktige, men med økt vekt på sosiale ulikheter i helse, salutogene tiltærninger og bærekraftig utvikling. Salutogene tiltærninger (Antonovsky, 1996) innebærer vekt på ressurser og faktorer som fremmer helse. Green et al., (2019) ser settingstiltærningen som en hovedtltærning i faget. De legger vekt på betydningen av «helse i all politikk»,

som innebærer helsekonsekvensutredninger koplet til alle politiske og organisatoriske vedtak.

For å styrke helsefremmende arbeid som fag- og forskningsfelt tok forskernettverket International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) etter hvert initiativ til å utvikle en konsensusmodell for forskning og utdanning på feltet (Barry et al., 2012). I modellen ble det lagt vekt på føringer fra Ottawacharteret og etterfølgende chartre og deklarasjoner, og at kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid er et tverrprofesjonelt anliggende. Som grunnleggende rammeverk for kompetanseområder i utdanning og forskning, ble det lagt spesiell vekt på teori og metoder om enabling, advocacy og mediating (Dempsey, Battle-Kirk & Barry, 2011).

Masteroppgaver som bidrag

Flere studier tar til orde for at samlede analyser av masteroppgaver over en periode kan bidra til at fagfeltene på ulike vis kan gi retning for aktuelle revideringer, satsinger og ny forskning (Hellesø og Fagermoen 2018; Skagen et al., 2018; Szulevicz, Lund & Lund 2021). Studier viser at resultatene i masteroppgavene i fagfelleverderte tidsskrift kan være nyttige bidrag til kunnskapsbasen innen et fagfelt (Bullen & Reve, 2011; Obuku et al., 2017; Hollmann et al., 2015). Det pekes på at både individuelle og mer organisatoriske faktorer har betydning for slike publiseringer. Hollmann et al., (2015) oppsummerer at publisering av masteroppgaver generelt synes utfordrende både for masterkandidatene og veilederne deres, og at de viktigste hindringene skyldes både studentenes egen motivasjon og mangel på akademisk støtte. Tilstrekkelig tid, at arbeidet var meritterende og nyttig for egen arbeidssituasjon, støtte i form av veiledning og at veileder hadde tilstrekkelig tid og ressurser til oppfølging, var av betydning for slik publisering. At studentene hadde intensjoner om å fortsette i et PhD-løp, hadde positiv betydning både for studenten og veileder. God karakter på masteroppgaven og gjennomførte masterløpet innenfor normert tid, var også viktig for publisering. Gjevjon, Bjørnes og Rostad (2020) understreker imidlertid at masteroppgaver som ikke har oppnådd god karakter, likevel kan være godt egnet til å ende opp som publikasjon i et vitenskapelig tidsskrift.

I arbeidet videre har vi tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: Hvordan kan masteroppgaver i helsefremmende arbeid bidra til å utdype fagets kjerneområder, og komme fagets kunnskapsbase til gode?

Metode

Design og utvalg

Denne undersøkelsen er gjennomført som en case-studie (Jacobsen, 2015; Yin, 2009). Case-studier åpner opp for å gå i dybden og utvikle dypere forståelse av spesielle fenomen og hendelser, og karakteriseres gjerne ved bruk av ulike tilnærminger og metoder. Vi har tatt utgangspunkt i egen organisasjon og ett masterstudium i helsefremmende arbeid.

Vi har valgt kvalitative tilnærminger, først ved hjelp av en dokumentundersøkelse av alle masteroppgavene fra perioden 2008 – 2018, til sammen 287 oppgaver. Året 2018 ble valgt fordi man etter det har gått over til ny organisering av faget. Først kartla og kategoriserte vi tema i alle oppgavene. Deretter tok vi utgangspunkt i forord, sammendrag, innledning og resultatdel i 150 av disse oppgavene. Utvalget er basert på oppgaver som vi kunne spore i fulltekst. Masteroppgavene er gjennomført som monografier med uttelling på 30 studiepoeng, og mot slutten av perioden på 45 studiepoeng.

I tillegg gjennomførte vi en fokusgruppe med ansatte ved det aktuelle masterstudiet. Fokusgruppe ble valgt fordi dette gir god mulighet til å innhente, utveksle og lære av deltagerens erfaringer, og til felles bevisstgjøring av et aktuelt tema (Jacobsen, 2015). Undersøkelsen ble sett i sammenheng med kvalitetsarbeidet for faget, egne studenter og avdelingens forskning. Denne tilnærmingen samstemmer med deltagende aksjonsforskning slik det er beskrevet av Coghlan og Brannick (2010).

De ansatte (n=14) ble i forkant av fokusgruppen, informert om prosjektet via intern epost, og også invitert til å delta i en fokusgruppe i etterkant av ordinært personalmøte. I eposten inviterte vi til individuelle skriftlige innspill basert på den enkeltes erfaringer gjennom å være lærer, sensor og veileder for masteroppgaver. Temaene vi ba om innspill på, handlet om erfaringer med hvordan masteroppgaver i faget kan bidra til fagets kunnskapsbase, erfaringer med å samarbeide med studenter om ulike former for publiseringer, om ansvarfordeling, muligheter og utfordringer i formidling av resultater i masteroppgavene. Seks personer ga skriftlig tilbakemelding i forkant av møtet. De skriftlige innspillene ble bearbeidet og dannet grunnlag for samtalen i fokusgruppen som ble gjennomført som et semistrukturert intervju. I alt 13 ansatte i tillegg til moderator, deltok på fokusgruppen. Fokusgruppen ble gjennomført på et møterom på universitetet, og varte omtrent én time uten forstyrrelser. Deltakerne var mellom 35 og 68 år, og fem var menn. Deltakerne var alle lærere, veiledere og interne sensorer på det nevnte masterstudiet, og representerte mange ulike fagområder slik som sykepleievitenskap, folkehelsevitenskap, sosiologi, psykologi, antropologi og idrettsvitenskap.

Fokusgruppemøtet ble tatt opp på lydfil samtidig med at det ble tatt skriftlige notater. Alle deltakere bidro med innspill som ble registrert med deltakerkoder. I og med moderator hadde kjennskap til alle ansatte var registrering av utsagn enkelt å gjennomføre.

Analyse

Masteroppgaver og transkripsjon fra fokusgruppen er analysert ved hjelp kvalitativ innholdsanalyse, åpen samt aksial koding (Jacobsen, 2015), og sortert i kategorier på ulike nivåer. Først tok vi utgangspunkt i en kartlegging av tema i alle masteroppgavene, som resulterte i den mer generelle superkategorien «Helse i alt vi gjør». På bakgrunn av mer uttømmende analyse av innholdet i de utvalgte oppgavene, fant vi de to hovedkategoriene «Prinsipper i helsefremmende arbeid» (tabell 1) og «Innsatsområder» (tabell 2). Vi har ikke vært ute etter å kvantifisere eller presisere spredning av de ulike oppgavene, men kun få innsikt i det kvalitative innholdet og variasjoner i materialet. Slik sett kunne tema fra masteroppgavene ofte koples til flere kategorier. Hva slags kompetanse masteroppgavene kan bidra med, fant vi ved en tilsvarende samlet analyse av både masteroppgavene og fokusgruppen (tabell 3). Det er svarene fra fokusgruppen som er lagt til grunn for hvordan det kan legges til rette for at masteroppgaver kan komme fagets kunnskapsbase til gode. Dette er mer utfyllende forklart i resultatdelen. Sitater fra henholdsvis masteroppgaver og fokusgruppe, er markert i teksten.

Etikk

Undersøkelsen er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer (NESH 2016). Selv om masteroppgavene er offentliggjorte tekster, har vi informert og fått tillatelse fra de aktuelle kandidatene som siteres i teksten. All deltagelse fra faggruppen var frivillig. Det ble også informert om at alle kunne trekke seg fra studien når som helst uten noen konsekvenser. Gruppen ble gjort oppmerksom på, og ga sin tilslutning til, hva resultatene skulle brukes til, at det ble gjort lydopptak av samtale i fokusgruppen, og at opptaket ville bli transkribert og deretter slettet. Det er lagt vekt på å ivareta personvern i henhold til god forskningspraksis.

Metodisk refleksjon

I enkelt-casestudier har konteksten betydning for funn og resultater, og det er vanskelig å generalisere funn i en kontekst til også gjelde en annen (Jacobsen, 2015). Dette er viktig å ta i betraktning i vurderingen av undersøkelsens gyldighet og pålitelighet. Så også denne undersøkelsen. Både studieplan, undervisning og veiledning gir retning for valgene som studentene gjør, og dermed også for hva som er tema og tilnærminger i masteroppgavene. Det kan være mulig at resultatene ville vært annerledes om vi hadde gått bredere ut med

tanke på antall studier og studiesteder. Samtidig tror vi at masteroppgavene godt speiler det mangfoldet som er typisk for det tverrprofesjonelle feltet som helsefremmende arbeid er. Videre kan det være at noe informasjon ikke ble fanget opp ut fra utvelgelsen som ble gjort, men vi vurderte at vi oppnådde det vi oppfatter som en metning i materialet (Jacobsen, 2015). Det er også viktig å reflektere over settingen som fokusgruppen ble utført innenfor. Selv om alle hadde mulighet til å komme med individuelle innspill i forkant av fokusgruppen, kan det diskuteres om resultatene av undersøkelsen ville blitt annerledes med individuelle intervjuer, eller med ekstern forsker.

Resultat

Hva skriver studentene om?

Først og fremst dokumenterer masteroppgavene fagets bredde og tverrfaglighet. Oppgavene tar ofte utgangspunkt i studentens interesseområde, og i egen fagutøvelse i lokale, private eller offentlige virksomheter i kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter mv. Metodisk spenner oppgavene fra omfattende kvantitative analyser til mer kvalitative dybdeanalyser av data basert på intervju, fokusgrupper og deltagerbaserte tilnærminger. De kvalitative metodene er likevel dominerende.

Tematisk dekker masteroppgavene et bredt felt, beskrevet ved superkategorien «helse i alt vi gjør». Dette viser også til at det er et sosialt helsesyn som legges til grunn. Superkategorien rommer de to kategoriene «Prinsipper i helsefremmende arbeid» og «Innsatsområder», og som vist i tabell 1 og 2. Disse tabellene er basert på analyser kun av masteroppgavene.

Tabell 1. Prinsipper i helsefremmende arbeid

Prinsipper i helsefremmende arbeid		<i>Rettferdig fordeling av betydning for helse</i>
<i>Empowerment</i>	<i>Salutogenese</i>	
Deltagelse	Ressurstilnærming	Helse som en rettighet
Mestring	Kontinuumsyn på helse	Fordeling av goder og muligheter
Samarbeid	Opplevd helse	Sosial ulikhet i helse
Medvirkning		
Demokratiske prosesser		
Dialog		
Kompetanseheving		
Organisasjonslæring		

«Prinsipper i helsefremmende arbeid» rommer underkategoriene «Empowerment», «Salutogenese» og «Rettferdig fordeling av betydning for

helse». Kolonnene viser innhold i underkategoriene. «Empowerment» viser til prosesser som skaper opplevelse av mestring og overskudd i hverdagslivet, men også betydningen av bevisstgjørende og demokratiske prosesser gjennom deltagelse, medvirkning, samarbeid og dialog. Kompetanseheving på individ- og samfunnsnivå, samt organisasjonsnivå er ofte omtalt. «Salutogenese» viser til folks opplevelse av god helse og velvære, ressurstilnæringer og kontinuumsyn på helse. «Rettferdig fordeling av betydning for helse» favner helse som en menneskerett, lik tilgang på goder og muligheter, og konsekvenser av sosial ulikhet i helse. De tre underkategoriene overlapper ofte hverandre. Dette kan illustreres av ett sitat fra en masteroppgave om kvinnelige flyktninger i Norge:

Kvinnene vektlegger kunnskap i form av språkkunnskap, utdanning og erfaring, når de beskriver hvordan de mestrer hverdagen sin. I tillegg fremhever de jobb og sosiale relasjoner som svært viktig. For disse kvinnene har personlige egenskaper samt tilgang på kontaktarenaer som praksisplasser og åpen barnehage, vært viktige for at de skulle lære seg norsk, få seg jobb, og utvide sine sosiale nettverk. I tillegg omtaler de oppholdstillatelse som avgjørende for å kunne planlegge fremtiden sin (Masteroppgave, 2014).

Kategorien «Innsatsområder» spenner fra livsstil til vekt på sosiale helsedeterminanter og samfunnsmessige betingelser for god helse. I de fleste masteroppgavene undersøkes likevel helsens vilkår i tilknytning til lokale settinger og muligheter og utfordringer gjennom politikkutforming som sikrer god helse og velferd.

Tabell 2. Innsatsområder

Innsatsområder			
<i>Målgruppe-tilnærming</i>	<i>Sakstilnærming</i>	<i>Settingstilnærming</i>	<i>Politikk-utforming</i>
Utsatte og marginaliserte Alders-, behovs- og funksjonsspesifikke grupper	Kosthold Rus Røyking Mosjon Stress Relasjonskompetanse Skoletrivsel Sykefravær m.v.	Helhetlige tilnærminger: - Stat - Kommune - Lokalsamfunn - Nærmiljø - Skoler - Barnehager - Arbeidsplasser - Velferdssettinger m.v.	Utvikling og implementering av politikk og føringer for helsefremmende arbeid nasjonalt, regionalt lokalt

«Innsatsområder» rommer underkategoriene «Målgruppe-tilnærming», «Sakstilnærming», «Settingstilnærming» og «Politikkutforming» (tabell 2). I de to første underkategoriene er målgruppene definerte, og/eller innsatsen omfatter spesielle tema. I «Settingstilnærming» vektlegges helhetlige tilnærminger og betingelser for helse ved ulike typer settinger som for eksempel arbeidsplasser, skoler, sykehus, nærmiljø og kommuner. «Politikkutforming» rommer strategier for utvikling, implementering og forankring av helsefremmende arbeidet nasjonalt, regionalt og lokalt. «Settinger» og «Politikkutforming» er de oftest studerte innsatsområder.

Sitatet under er hentet fra en oppgave om skolen som setting, og viser forholdet mellom de ulike tilnærmingene slik: *Skolen kan ikke overlate det helsefremmende og forebyggende arbeidet til den enkelte lærer, men arbeidet må implementeres i skolens planer og det må iverksettes tiltak på alle nivåer* (Masteroppgave, 2015). Et annet eksempel hentet fra en masteroppgave om sykehuset som setting:

Det er konkludert med at mindfulness fremmer helse på individnivå. Dette ved å styrke individuelle ferdigheter som bedrer evnene til å håndtere utfordrende jobbkrav. Mindfulness i seg selv fjerner derimot ikke de strukturelle årsakene til at sykepleiere har høyt sykefravær og symptomrapportering (Masteroppgave, 2015).

Vi kunne også spore en dreining over tid mot økt vekt på helhetlige tilnærminger og omgivelsenes betydning for folks helse, og spesielt at sentrale føringer og satsingsområder i den norske politikken raskt tas inn i studentens masteroppgaver. Ett eksempel på dette er ved innføringen av ny folkehelselov i 2012, som i en av oppgavene ble beskrevet slik:

Tema for oppgaven er tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen i lys av forventinger og krav fastsatt i den nye folkehelseloven. Hensikten med studien er å åpne for konstruktiv refleksjon vedrørende hvordan tverrsektorielt folkehelsearbeid implementeres i kommunene, for så å gi noen rammebetingelser for implementeringen (Masteroppgave, 2013).

Med en settingstilnærming til grunn, ser vi også at det er vanlig å etterspørre politikkutforming og organisatoriske systemkobligheter av den helsefremmende innsatsen. Følgende eksempel er hentet fra en oppgave med arbeidsplassen som setting, som viser dette:

En viktig praktisk konsekvens av studien er at den gir indikasjoner på at bedrifter som ønsker å styrke viktige

determinanter for engasjement og helse som noe mer enn fravær av sykdom, må tenke bredt og helhetlig. Det holder ikke med fokus på frukt og grønt, ergonomi og individrettede livsstilstiltak for å skape en helsefremmende arbeidsplass. For å lykkes med å bedre rammebetingelsene for faktorer som styrkerealisering, innflytelse, opplevelse av rettferdighet og passe variasjon, er det behov for en samordnet innsats på tvers av ulike nivåer og strukturer i bedriften der alle relevante aktører involveres. (Masteroppgave, 2011).

Kompetanse på ulike nivå

Svar på om masteroppgavene i helsefremmende arbeid kan bidra til fagets kunnskapsbase, er utledet av en *samlet analyse* av både masteroppgavene og faggruppens svar. Analysen munnet ut i kategorien «Kompetanse på ulike nivå» med underkategoriene «Individuell kompetanse», «Lokal, nasjonal og internasjonal kompetanse» og «Bidrag til forskningsbasen». Individuelle kompetanse er framkommet i hovedsak via analysen av masteroppgavene, kompetanse på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå, er framkommet både gjennom masteroppgavene og fokusgruppen. Bidrag til forskningsbasen er i hovedsak framkommet gjennom fokusgruppen. Hver underkategori fremstilles med tilhørende tema eller eksempler på bidrag.

Tabell 3. Masteroppgavenes bidrag

Kompetanse på ulike nivå		
<i>Individuell kompetanse</i>	<i>Lokal, nasjonal, internasjonal nivå</i>	<i>Bidrag til forskningsbase</i>
Formell kvalifisering	Betydning for lokale	Vitenskapelige
Bedre i egen jobb	endringskompetanse	publiseringer
Ny jobb	Bidrag til lokal, regional	Framlegg på
Forskningskarriere	og nasjonal kunnskapsbase	forskingskonferanser nasjonalt og internasjonalt
	Framlegg på	Bidrag til å sette
	erfaringskonferanse	forskningmessig
	Publiseringer i	dagsorden
	fagtidsskrift	

Begrepet «individuelle kompetanse» viser i første rekke til studentens formelle kvalifisering ved å gjennomføre en mastergrad. Studentene begrunner tema i oppgavene ut fra behov for å utvikle og formalisere egen kompetanse, og kopler dette i hovedsak til egen jobb, ønske om ny jobb eller å kvalifisere for en forskningskarriere. En kandidat beskriver det slik:

I min jobb som folkehelserådgiver, erfarer jeg at nesten alle kommuner har bedring av oppvekstvilkår som et av de viktigste mål for kommunenes folkehelsearbeid. Her har skolen en sentral rolle, og jeg ble derfor opptatt av å sette meg inn i forskning om hvordan skolen kan fremme helse (Masteroppgave 2016).

En annen av kandidatene sier det slik:

Jeg har jobbet i mange år innen kommunalt barnevern. Jeg har blant annet ledet kommunale prosjekter. En vesentlig årsak til at jeg begynte på masterstudiet i helsefremmende arbeid var et ønske om å kunne jobbe videre med denne tematikken (Masteroppgave 2013).

Masteroppgavene gir ofte gode beskrivelser og dokumentasjon på hvordan det arbeides med helsefremmende strategier i norske kommuner og lokalsamfunn i dag. Dette understrekes av de fagansatte i fokusgruppen, der det også ble påpekt at kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid handler om mer enn bidrag til forskningsbasen: *Kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid handler ikke bare om publiseringer og konferanser, det er jo viktig at vi også definerer lokalkunnskapen inn i kunnskapsbasen (Fokusgruppen)*. Det ble vist til erfaring med at arbeid med masteroppgavene har bidratt til å sette det helsefremmende arbeidet på dagsordenen i de aktuelle virksomhetene, og til lokal endringskompetanse både ved direkte involvering i prosessene, og gjennom etterspørring av resultater i etterkant. I fokusgruppen hadde man også erfaring med at masteroppgaver kunne inngå som deler av større forsknings- og evalueringssoppdrag, og ved det som bidrag til lokal, regional eller nasjonal kunnskapsbase, og som bidrag ved nasjonale og internasjonale erfarings- og forskningskonferanser.

Tilrettelegging for publisering

Fokusgruppen hadde erfaringer med å publisere fagfellevurderte artikler sammen med studenter, men på ulikt vis. Behovet for bedre tilrettelegging for publisering, og forståelse for at dette krever tid og ressurser for å få til for begge parter, ble imidlertid sterkt understreket:

Vi har gjort en del erfaring med å publisere med studentene. Det er jo i utgangspunktet en vinn – vinn- situasjon, noe vi ønsker å få til, men det tar også mye tid. På den ene siden er det tidkrevende for studenten, på den andre siden er det tidkrevende for meg som veileder og medforsker (Fokusgruppen).

Erfaringsmessig var det enklest å publisere sammen med studenter i doktorgradsløp, eller hvis masteravhandlinger inngikk i egne forskningsprosjekter. Det kom også fram at mange masteroppgaver er av slik kvalitet at de fortjener forskningsmessig oppmerksomhet, selv om de ikke skrives innenfor slike rammer. Bedre organisasjonsmessig tilrettelegging for slik publisering, ble beskrevet som nødvendig. Forslag til tilrettelegging var tidsressurser, incitament, post-master stipend og bedre tilrettelegging også av tidsskriftene for publisering av gode masteroppgaver.

Fokusgruppen hadde erfaring med at temaene i de ulike oppgavene kunne ha en type dagsordenfunksjon for den forsknings- og undervisningsmessige interessen i fagfeltet, for eksempel ved at studentene påpeker og fanger opp viktige kunnskaps- og kompetansebehov lokalt, som universitet kan følge opp gjennom forskning og kompetansetiltak. Dette ble også beskrevet som bidrag til fagets kunnskapsbase.

Diskusjon

Kjerneområder i helsefremmende arbeid

Våre funn viser at masteroppgavene i denne undersøkelsen, generelt speiler helsefremmende arbeid som et tverrprofesjonelt anliggende, med vekt på betydningen av interaksjon mellom fysiske, sosiale, økonomiske og politiske dimensjoner. Superkategorien «Helse i alt vi gjør» viser til dette mangfoldet. Begrepet brukes også i den norske Folkehelseloven, og beskrives som ett av fem prinsipper for det norske folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Begrepet viser også til WHO's begrep «Health in all policies», der det legges vekt på en politikkutforming som kopler helse og velvære til alle samfunnsnivå, og på bærekraftig utvikling der utjevning av sosiale helseforskjeller står sentralt, det vil si direkte koplet opp til en sektorovergripende helsefremmende politikk (Nutbeam & Muscat, 2021). Når vi bruker «Helse i alt vi gjør» som superkategori i vår studie, er dette likevel mer som et analytisk begrep som rommer både tema, prinsipper og innsatsområder i masteroppgavene.

Underkategorien «Empowerment» kan koples direkte til både strategiene advocacy, enabling og mediating og til de fem innsatsområdene i helsefremmende arbeid (Green et al., 2019; WHO, 1998). «Salutogenese» reflekterer ideen om ressurstilnærming og en utvidet helseforståelse (WHO, 1986; Nutbeam & Muscat, 2021). «Rettferdig fordeling av betydning for helse» dekker her det samme som begrepet equity (WHO, 1998 og 2020), og viser til idealet om rettferdige fordelingsmekanismer, fordi dette påvirker folks helse direkte.

Vår analyse viser at saks- og målgruppetilnæringer er tema i flere av masteroppgavene, men settingstilnæringer, støttende miljøer og politikkkutforming for å fremme helse og utjevne slike ulikheter, fremstår som hovedtilnæringer. Dette samsvarer med, men utdyper også funn hos Eriksson et al., (2020). Masteroppgavene i denne undersøkelsen gir svært god innsikt i praktisk og lokalt helsefremmende arbeid, og svarer godt til både Haglund og Tillgren, (2016) og Green et al.. (2019) sine beskrivelser av helsefremmende arbeid som fag- og forskningsfelt i dag. Prinsipper, tilnæringer og etiske betraktninger i masteroppgavene, er også i tråd med innspillene fra IUHPEs konsensusmodell for utdanningene og forskning på feltet (Barry et al., 2012; Dempsey et al., 2011), og med det som internasjonalt beskrives som kompetanseområder i helsefremmende arbeid og forskning (Barry et al., 2012). Interaksjonen mellom ulike innsatsområder, prinsipper og verdier som beskrives i masteroppgavene, er i tråd med beskrevne karakteristika ved fagfeltet (Haglund & Tiller, 2016; Green et al., 2015; Barry et al., 2012; Nutbeam & Muscat, 2021). Vår oppfatning av dette er at masteroppgavene speiler både fagfeltet helsefremmende arbeid og satsinger i fagutøvelsen, og at masteroppgaver bør kunne bidra til å belyse å utdype fagets kjerneområder og kunnskapsbehov. I tillegg har vi sett noen mer spesielle kvaliteter som arbeidet med masteroppgavene gir, som vi ønsker å løfte fram her.

Kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid

I vår undersøkelse legges det vekt på at kunnskapsbasen i faget består av mer enn publiserte artikler i vitenskapelige tidsskrift, og at det er relevant å studere bidrag på ulike nivå. Gjennomføringen av et masterstudium bidrar selvsagt primært til individuell kompetanse, og tema for masteroppgavene begrunnes ofte i behovet for å styrke egen kompetanse. Gjennomgangen av masteroppgavens innhold gir slik sett også nyttig kunnskapsbidrag til kvalitetsarbeidet i utdanningen, forskning og samarbeid med studenter i faget. Dette er også tråd med anbefalinger blant annet fra Hellesø og Fagermoen (2018). Undersøkelsen viser at masteroppgaver også kan bidra til å styrke lokal kompetanse og inngå i lokale kunnskapsbaser. Datagrunnlaget i masteroppgavene baseres ofte på bruker- og befolkningsperspektiv og erfaringer. Tilnærmingene studenten velger, har vist å kunne bidra til empowerment på lokalt nivå gjennom organisasjonslæring, bevisstgjøring og mobilisering, og ha betydning for lokal agendasetting, politikkkutforming, implementering og evaluering. Det er også interessant å se at nasjonale råd og føringer for lokalt helsefremmende arbeid innen folkehelsepolitikk og politikkkfelt som utdanning, arbeid og velferdstjenester, raskt fanges opp som tema for masteroppgavene. Slik sett gir masteroppgavene mulighet til unik innsikt i lokalt helsefremmende arbeid i praksis, og dette funnet svarer til Green et al., (2019) og Woodall (2018) sine ønsker om mer forskning og kunnskap fra yrkesutøvelse og aksjonsforskningsfeltet og spesielt fra den nordiske konteksten. Men dersom

resultater og funn fra masteroppgavene skal bli nyttige for flere, må de gjøres mer tilgjengelig. Hvis studentene også publiserer funn på ulikt vis som på konferanser, gjennom fagartikler og som fagfellevurderte artikler, har studiene potensialer for å inngå i og styrke forskningsbasen i faget. Vi har imidlertid avdekket noen utfordringer for slik publisering.

Utfordringer

Studien vår viser på samme måte som studien til Hollmann et al., (2015), at samarbeid mellom studenter og veiledere om publisering av gode masteroppgaver, i utgangspunktet er en vinn-vinnsituasjon for begge parter, for universitetet og for de lokale organisasjonene. Likevel kan slikt samarbeid være krevende med tanke på tid og ressurser til rådighet. Den enkleste måte å få dette til på, synes å være når det avsattes tilstrekkelig tid og ressurser som for eksempel innenfor et doktorgrads-program. I de tilfellene der kandidatene ikke planlegger et løp innenfor en slik ramme, blir ansvaret for publisering gjerne lagt til den enkelte student og veileder. Dette kan fort bli en tilfeldig løsning. Spørsmålet er om det bør være et ansvar for universitet og høyskoler å legge bedre til rette for slik publisering. Universiteter har akademisk og sosialt ansvar for kunnskapsproduksjon og kunnskapsformidling. De bør ta dette ansvaret også når det gjelder studentarbeider, gjerne i samarbeid med kommuner, fylkeskommuner og andre aktører. En mer organisatorisk tilnærming er også anbefalinger fra studiene til Bullen og Reeve (2011), Hollmann et al., (2015) og Obuku et al., (2017). Måter å gjennomføre dette på kan være mange, og muligens må det finnes løsninger lokalt. I vår studie er det foreslått avsatt tid på arbeidsplaner, å utvikle ulike former for incitament, ressurser til språkvask og å opprette post-masterstipend. Det er også foreslått å bedre tilrettelegging for publiseringer av masteroppgaver på forskningskonferanser og i vitenskapelige tidsskrift. Green et al., (2019) påpeker at en av utfordringene i byggingen av fagets forskningsbase handler om å skape en støttende organisasjonskultur innenfor forskningsinstitusjonene. De understreker også betydningen av å forske på og evaluere mindre og mellomstore prosjekter. Her ser vi muligheter som ligger i å undersøke masteroppgaver om samme tema på tvers, og som også vil kunne svare opp behovet som er skissert i fagmiljøet.

Utfordringen i å skape en kultur der gode masteroppgaver kan komme fagets forskningsbase til gode, er av generell karakter, og muligens også et aktualisert spørsmål ved at det i mange masterstudier nå åpnes for at studentene kan skrive utkast til vitenskapelige artikler som del av sitt masterarbeid, i stedet for monografiske oppgaver. Ansvaret for å bringe slike artikler videre, er som regel ikke avklart.

Avslutning

Gjennomgangen av masteroppgavene i denne studien viser at disse speiler fagfeltet helsefremmende arbeid og satsinger i lokalt helsefremmende arbeid. Masteroppgavene kan være viktige kunnskapsbidrag til bygging av individuell kompetanse, lokal kompetanse og kunnskapsbase og til fagets forskningsbase. Studien tyder på at resultater i masteroppgaver kan være godt egnet som forskningsbidrag og publisering. I arbeidet med å omarbeide en masteroppgave til artikkel, er det mest aktuelt for masterkandidaten å samarbeide med studiestedet, og som regel med veileder for masteroppgaven. Knapphet med tid og ressurser synes å være det viktigste hinderet for å få til slike vitenskapelige publikasjoner. Her etterlyses anvendbare systemer som bidrar til at gode masteroppgaver kan løftes fram og med det inngå i fagets forskningsbase. Det foreslås også at ansvaret for å bringe god og viktig forskning og kunnskap fra masteroppgavene videre, gjøres som en generell oppgave for universitetene, gjerne i samarbeid med andre aktuelle organisasjoner, forskningskonferanser og vitenskapelige tidsskrift.

Tema for denne undersøkelsen er trolig aktuell for flere utdanningsinstitusjoner. Av litteraturen ser vi at dette temaet også er aktuelt i internasjonal sammenheng. Selv om våre funn er kontekstbasert, vil de kunne gi retning for videre faglig arbeid ved lignende studieretninger, og også danne utgangspunkt for mer forskning om temaet. En oppfølging i tilknytning til andre studiesteder, vil gi en mulighet både til å sammenligne erfaringer og være et bidrag til en felles styrking av fagfeltet. Det vil også være faglig interessant å undersøke ferdige masterstudenters egne erfaringer med formidling og publisering av resultater fra arbeidet med masteroppgaven.

Litteratur

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
<https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Barry, M.M., Battle-Krik, B., Davison, H., Dempsey, C., Parish, R., Scipperen, M., Speller, V., Zanden, van der, G. & Zilnyk, A. (2012). *The CompHP project handbooks*. Paris, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). <https://doi.org/10.1177/1090198112465620>
- Gjevjon, E. R., Bjørnes, A.K. & Rostad H. M. (2020). Fra mastergradsarbeid til vitenskapelig artikkel – hva må til? *Sykepleien Forskning*.
<https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien-forskning/2020/04/fra-mastergradsarbeid-til-vitenskapelig-artikkel-hva-ma>
- Bunton, R. & Macdonald, G. (Red.) (2002). *Health promotion. Disciplines, diversity and developments*. London: Routledge.
<https://doi.org/10.1002/hpm.4740080108>

- Bullen C.R., & Reeve, J. (2011). Turning postgraduate students' research into publications: A survey of New Zealand master's in public health students. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23 (5), 801-809. <https://doi.org/10.1177/1010539511417998>
- Coghlan D. & Brannick, T. (2010). *Doing action research in your own organization*. London: Sage
- Dempsey C., Battle-Kirk B. & Barry M.M. (2011). *The CompHP core competencies framework for health promotion handbook*. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).
- Eriksson, A., Andersen, H.M., Eriksson, C., Johannessen, A., Simonsen, N., Thualagant, N., Torp, S., Trollvik, A. & Haglund, B.J.A. (2020). How is health promotion research undertaken in a Nordic context? A Scoping Review of Doctoral Dissertations from 2008–2018. *Swedish Journal of Social Medicine*, 97, 488-502.
- Green, J., Cross, R., Woodall J. & Tones, K. (2019). *Health promotion. Planning and strategies*. London: Sage.
- Haglund, B.J.A. & Tillgren, P. (2018). Milestones in Nordic health promotion research. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(Suppl 20), 7–19. <https://doi.org/10.1177/1403494817744930>
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen
- Hellesø R. & Fagermoen M.S. (2018). The contribution of research-based master's theses to knowledge building in nursing. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8 (11), 35-42. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n11p35>
- Hollmann, M., Borell, C., Garin, O., Fernández E. & Alonso, J. (2015). Factors influencing publication of scientific articles derived from master's theses in public health. *International Journal of Public Health*, 60, 495-504. Doi: 10.1007/s00038-015-0664-0
- Jacobsen, D.I. (2015), *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- NESH (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi.pdf>
- Nutbeam, D., Muscat, M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 1-21. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Obuku, E.A., Lavis, J.N., Kinengyere, A. Mafigiri, D.K., F. Sengooba, F., Karamagi, C. & Sewankambo, N.K. (2017). Academic research productivity of post-graduate students at Makerere University College of Health Sciences, Uganda, from 1996 to 2010: a retrospective review. *Health Research Policy and Systems* 15 (30). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0194-8>

- Skagen, K., Løndal, K., Kleve, B. & Smestad, B. (2018). Masteroppgaver og profesjonsrelevans i pedagogikk, matematikk og kroppsøving, *Nordisk tidsskrift for utdanning og praksis*. 12 (3), 7-27.
- Szulevicz, T., Lund, P.C. & Lund, R. L. (2021). Social Normativity of research methods and methodological discrepancy between mainstream psychological research and Danish psychology students' masters' thesis projects. *Integrative Psychological and behavioral Science*.
<https://doi.org/10.1007/s12124-021-09612-0>
- Woodall, J., Warwick-Booth, I., South, J., & Cross, R. (2018). What makes health promotion research distinct? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46 (Supplement 29), 118-122.
<https://doi.org/10.1177%2F1403494817744130>
- WHO (1948). *Constitution*. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WHO (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (1998). *Health promotion glossary*. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- WHO (2020). *Health equity*. Hentet fra https://www.who.int/topics/health_equity/en/
- Yin R.K (2009). *Case study research. Design and methods*. London: Sage.