



Bacheloroppgave

ADM650 Jus og administrasjon

Hvor tilgjengelige er moldestudentenes helsetilbud?

How available are health services to students in Molde?

Maia Fotland og Ingunn Anita Bullgård

Totalt antall sider inkludert forsiden: 31

Molde, 20.Mai 2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingunn Gjerde

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20 mai 2016

Forord

Gjennom faget «Evaluering i teori og praksis» våren 2015 ble vi inspirert til å gjøre en evaluering som bacheloroppgave. Temaet vi valgte er basert på egen interesse ved at vi selv er studenter ved Høgskolen i Molde og er opptatt av helse og trivsel. Derfor interesserte vi oss for hva de andre studentene mente om tilgjengeligheten av de ulike helsetilbudene.

Denne prosessen har vært meget spennende og lærerik. Vi har hatt et godt samarbeid hvor begge har kommet med innspill og inspirert hverandre.

Vår veileder har vært Ingunn Gjerde og vi vil takke henne stort for et godt samarbeid, at hun alltid var tilgjengelig og hennes konstruktive tilbakemeldinger i løpet av hele prosessen. Vi vil også takke Øivind Opdal for god hjelp vi fikk til å ferdigstille tabellene. Til slutt vil vi også rette en takk til respondentene som har bidratt ved å svare på spørreundersøkelsen vår.

Maia Fotland og Ingunn Anita Bullgård

20.Mai 2016

Sammendrag

Denne oppgaven omhandler hvordan studentene oppfatter tilgjengeligheten ved de ulike helsetilbudene her i Molde. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant studentene for å fange opp deres mening. God tilgjengelighet til helsetilbud kan ha sammenheng med å ha god helse, og er viktig for trivsel. De ulike helsetjenestene vi har undersøkt er tannhelsetjeneste, fastlege, psykolog, studentrådgiver og helsestasjon. Oppgaven viser at flertallet av studentene som har benyttet seg av tjenesten er fornøyde med tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten. Videre ser vi tendenser til at studentene også er fornøyde med tilgjengeligheten til fastlegekontor. Det var så få som hadde benyttet seg av psykolog at vi ikke fikk nok data til å trekke noen konklusjon på dette. De aller fleste av både kvinner og menn kjenner til tilbudet om studentrådgiver dermed kan vi si at tilgjengeligheten er svært god. Relativt få mente at tilgjengeligheten til helsestasjonen var god, dette er det flere mulige årsaker til.

Innhold:

1.0	Innledning	1
1.1	Evaluering	2
2.0	Problemstilling	2
3.0	Evalueringsmodell	4
3.1	Brukermodell.....	5
4.0	Terskelteori	6
4.1	Terskelteori og tilgjengelighet.....	8
5.0	Etiske og juridiske problemstillinger	9
5.1	Informert samtykke	10
5.2	Anonymisering	10
5.3	Meldeplikt	11
5.4	Evaluatørrollen	12
6.0	Metode	12
6.1	Respondenter	14
6.2	Datainnsamling.....	15
7.0	Presentasjon av data og analyse	16
7.1	Tabell 1. Studentenes kjennskap til helsestasjonen.....	17
7.2	Tabell 2. «Hvis du har benyttet deg av helsestasjonen, i hvilken grad er du fornøyd med tilgjengeligheten?».....	18
7.3	Tabell 3. Om studenter som ikke har brukt helsestasjonen har brukt andre tilbud.....	19
7.4	Tabell 4. Hvorfor de har benyttet en annen legetjeneste enn helsestasjonen	19
7.5	Tabell 5. Hvor studentene har fått informasjon om helsetjenestene	20
7.6	Tabell 6. Kjennskap til studentrådgiver.....	21
7.7	Tabell 7. Har du benyttet deg av studentrådgiver ved høgskolen?	21
7.8	Tabell 8. Hva syns studentene om tilgjengeligheten til de ulike tjenestene?	22
8.0	Oppsummering	23
9.0	Referanseliste	25
10.0	Vedlegg	27
10.1	Vedlegg 1	27
10.2	Vedlegg 2, Tabeller	31
	Tabell 1. Har du benyttet deg av helsestasjonen i Molde i løpet av studietiden?	31
	Tabell 2. Alder på studenter som har benyttet seg av helsestasjonen	31

1.0 Innledning

Helse er et stort og aktuelt tema. Vi kan dele helse inn i to kategorier, fysisk og psykisk helse. God helse vil si fravær fra sykdom. God helse er en forutsetning for et godt liv. Dårlig helse kan ha negative konsekvenser for den enkeltes livssituasjon. Fysisk helse omhandler det kroppslige. I en rapport fra 2010 vurderer ni av ti studenter sin fysiske helse som god. Det fremkom også at studenter trener mer og røyker mindre enn gjennomsnittet av ungdom. Samtidig oppgir mer enn hver fjerde student at de har langvarig sykdom, helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne (Otnes, Thorsen, Vaage 2010, 52). Psykisk helse handler om hvordan personer takler hverdagen. Alt fra stress, økonomi og nye utfordringer som personer kan møte i hverdagen. I en stor undersøkelse på landsbasis der det var 13600 studenter som deltok, kom det fram at 1 av 5 studenter i Norge sliter med psykisk helse. Omfanget av psykiske plager har økt hos begge kjønn, men økningen er tre ganger så stor hos kvinner som hos menn. De psykiske plagene er sosial ensomhet, lav studiemestring, konsentrasjonsvansker, dårlig selvbilde og dårlig kroppsbilde (Flåm 2014).

Siden helse er et aktuelt og et viktig tema for en god studenttilværelse ønsker vi å kartlegge tilgjengeligheten av ulike helsetilbud for studenter ved Høgskolen i Molde. Helsetilbudene som vi vil fokusere på er helsestasjonen, tannhelsetjeneste, rådgiver på Høgskolen og legetjenester. Helsetjenester kan defineres som: «Helsetjenester er en fellesbetegnelse for alle private og offentlige institusjoner og virksomheter i samfunnet som har til formål å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og yte pleie og omsorg til syke mennesker eller å rehabilitere og attføre pasienter etter sykdom og skade» (Nylenna og Braut 2014).

I denne bacheloroppgaven vil vi bygge på en deleksamen fra ADM 290, evaluering i teori og praksis, som vi skrev våren 2015. Deleksamen gikk ut på at vi utarbeidet en plan for hvordan vi ville utført en hypotetisk evaluering. Nå vil vi faktisk gjennomføre denne. Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har vi foretatt en del endringer, vi har lagt til teori og endret problemstillingen, men hovedlinjer og tema det samme som på deleksamenen. Derfor vil bacheloroppgaven bli et nytt produkt samtidig som den vil være inspirert av tidligere arbeid (Bullgård og Fotland 2015).

1.1 Evaluering

Vi ønsker å evaluere tilgjengeligheten til helsetilbudene for studentene i Molde. Det vil være sentralt å definere hva evaluering innebærer. Evaluering kan defineres på flere ulike måter, blant annet: «evaluation refers to the process of determining the merit, worth or value of something, or the product of that process» (Halvorsen,Madsen,Jentoft 2013,15). Begrepet evaluering kan ha ulike betydninger som ofte brukes i blant annet ulike faglige aktiviteter som rapportering, kartlegging, konsekvensanalyse, oppfølgingsstudier og lignende. I vår evaluering vil vi gå ut i fra en evalueringsdefinisjon som kan beskrives slik: «Evaluering kan sees som et verktøy som benyttes for å kunne kartlegge og bedømme pågående og avsluttet gjennomføringer av (offentlige) tiltak og deres resultater på en systematisk måte. Formålet med evaluering er å produsere informasjon som er tenkt å skulle anvendes i fremtidige beslutningsprosesser». Evaluering skal være nytteorientert, det vil si at den skal gi oss kunnskap som eventuelt skal kunne brukes i fremtiden (Tornes 2012,103).

2.0 Problemstilling

I hvilken grad er helsetjenester tilgjengelige for studenter ved Høgskolen i Molde?

Denne problemstillingen vil vi undersøke gjennom en spørreundersøkelse. Vi tar utgangspunkt i om studentene opplever helsetjenestene som tilgjengelige og til dels i hvilken grad de er fornøyde med de tjenestene som tilbys. Vi har valgt å avgrense helsetjenester til helsestasjonen for ungdom, fastlege, tannhelsetjenesten og rådgiver som Høgskolen i Molde tilbyr. I oppgaven vil vi legge mest vekt på om studenter velger helsestasjonen eller fastlege, og prøve å finne begrunnelser for dette. Det vil også være interessant å undersøke kjønnsfordeling og aldersfordeling. Vi antar at de fleste studenter velger å benytte helsestasjonen fremfor fastleger. Grunnen til at vi tror at studenter heller vil velge helsestasjonen fremfor fastleger er fordi mange av studentene som har flyttet til Molde har fastlege i hjemkommunen sin, med mindre de har byttet til fastlege her i Molde. Siden de ikke har egen fastlege her antar vi at det er lettere å gå til helsestasjonen. Vi tror også flere vil velge helsestasjonen fordi det i motsetning til fastlegetilbudet er gratis.

En helsestasjon kjennetegnes som et sted der ungdom kan komme og snakke med helsesøster, lege og psykolog om ting som er vanskelige. Det kan for eksempel være depresjon, spiseforstyrrelser, stress, kjærlighetssorg, mistriivsel, angst, ensomhet, rusproblem eller familiekonflikter. De blir også tilbudt veiledning i forhold til prevensjon, seksualitet og kjønnsykdommer. Man kan også dra til helsestasjonen for ungdom på grunn av fysiske plager, som for eksempel øreverk. Helsestasjonen for ungdom er en deltjeneste til den vanlige helsetjenestevirksomheten. Det er ikke bestillingstimer, og det skal være gratis for alle. Målgruppen er gjerne ungdom fra 13-20, i tillegg til studenter. Helsestasjonen for ungdom i Molde er kun åpent to ganger i uken, mandag og torsdag fra 14.00 til 16.00 (Helsestasjon for ungdom 2015). Helsestasjonen blir fremmet for studentene via Høgskolen i Moldes nettside, Simolde.

Alle har rett til fastlege. Det er vanlig at alle har fastlege i hjemkommune som man får fra man er liten av. Det er vanlig at barn under 16 år har samme fastlege som foreldrene. Fastlege er en lege man i utgangspunktet forholder seg til gjennom hele livet, med mindre man selv velger å bytte. Bytte av fastlege kan gjøres inntil to ganger pr. kalenderår (legelisten 2016). I Molde finnes det seks ulike fastlegekontor man kan benytte seg av (fastleger). Selv om det finnes flere fastlegekontor og man skulle tro tilgjengeligheten er god, i praksis vil ikke tilbudet være like tilgjengelig da de fleste fastlegekontor har fulle lister med pasienter. I Molde finnes det også legevakt som kan benyttes om du ikke har fastlege eller du ikke får hjelp eller trenger hjelp som ikke kan vente til neste dag. Dette blir det informert om på Molde kommune sine hjemmesider (moldekommune 2015).

Høgskolen i Molde tilbyr også egen rådgiver, som er tilgjengelig for å snakke om personlige, sosiale og praktiske forhold, gi råd og veiledning. Rådgiver er tilgjengelig mandag, onsdag og annenhver fredag fra 09.00-15.00 (Rådgiver). Det vil være interessant å se om studentene kjenner til dette. Det vil være naturlig å undersøke om disse begrensede åpningstidene er nok til dekke behovet, eller om den burde være utvidet til flere dager, eventuelt lengre tid pr. dag. Det vil være interessant å se om dette vil ha betydning for den enkelte student/bruker. Helsetjenestene for studenter er et tiltak satt i gang av kommunen. Dette er et tilbud som vi skal evaluere, og finne ut om forventningene som finnes hos brukerne, her studentene, er innfridd.

Tannhelsetjenester er gratis frem til man fyller 18 år. Som 19- og 20-åring har man rett på billigere tannlegetjenester. Dette forutsetter at man benytter det offentlige tannlegetilbudet, om man gjør dette betaler man bare 25 % av utgiftene selv. De fleste voksne må betale tannlegebehandling selv, med visse unntak om man har en sykdom som kvalifiserer til rett til stønad (Helsenorge 2014). På Simolde sine hjemmesider vises det til tre ulike tannleger som gir rabatt til studenter (Simolde).

3.0 Evalueringsmodell

Det finnes flere forskjellige evalueringsmodeller. En definisjonen på en modell er «en forenklet og rendyrket fremstilling av utvalgte samfunnsmessige fenomener der de viktigste trekkene ved disse fenomenene blir fremhevet, mens andre aspekter ved fenomenene utelates» (Tornes 2012,104-105). Hvilken modell som passer best i den enkelte evaluering vil være avhengig av om man fokuserer på effekten av et tiltak, prosessen ved gjennomføringen, eller om man ønsker å teste ut en teori (Ibid 2012,101). En modell kan hjelpe oss til å illustrere hvilke spørsmål vi ønsker å få svar på, hvilke sammenhenger vi forventer å finne og hvordan evalueringen kan gjennomføres. En god modell har som formål å illustrere koblingen mellom teori og empiri, virkelighet. Som nevnt tidligere finnes det flere ulike evalueringsmodeller som klassifiseres ved de ulike vurderingskriterier som kjennetegner de. I hovedsak skilles det mellom seks ulike modeller: resultatmodeller, prosessmodeller, systemmodeller, økonomiske modeller, aktørmodeller og programteorimodeller (Ibid 2012,111).

Den evalueringsmodellen som vil være mest hensiktsmessig i forhold til vår problemstilling vil være aktørmodellen, herunder brukermodellen. Dette er fordi vi i vårt evalueringsoppdrag, spesielt via problemstillingen, ønsker å finne ut om brukerne er tilfredse med det aktuelle tilbudet som helsetjenestene tilbyr. En aktørmodell baserer seg på aktørens egne kriterier og tar hensyn til ulike grupper av aktører. Bakgrunnen for å ta i bruk en slik modell er ofte et ønske om å lære og eventuelt endre etablerte måter å arbeide på. (Ibid 2012,126)

3.1 Brukermodell

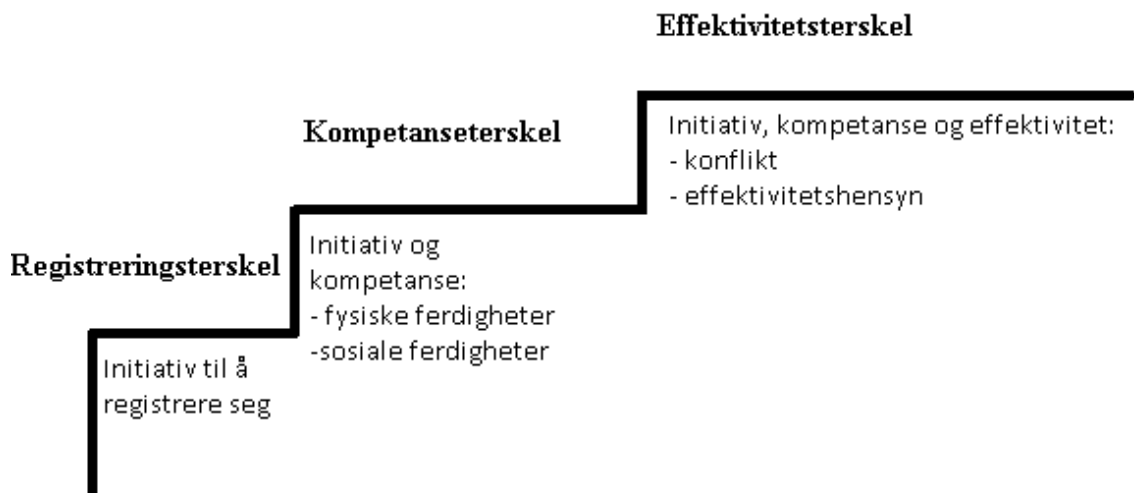
I vår bacheloroppgave vil det være mest aktuelt å benytte oss av en brukermodell. Dette på grunn av at man i brukermodeller tar utgangspunkt i brukernes ønsker, verdier, målsetninger og forventninger for å vurdere om et tiltak har fungert positivt eller negativt. Tanken er at brukernes tilbakemeldinger vil føre til en forbedring av offentlig eller privat tjenesteytelse. Her kommer direkte demokratitenkning inn, hvor brukerne blir inkludert som aktive deltakere med medbestemmelsesrett. Den første oppgaven i brukermodellen vil være å klargjøre hvem som er målgruppen for evalueringen. Her vil målgruppen være studenter ved Høgskolen i Molde. Videre vil det være et mål å se tilgjengeligheten til helsetilbudene har truffet målgruppen, og på hvilken måte. Det vil være et poeng å vurdere helsetjenestene ut i fra brukernes forventninger og tilfredshet. Brukermodeller har et «nedenfra- og-opp» perspektiv da de ofte tar utgangspunkt i at offentlige tjenester skal tilfredsstille brukernes forventninger (Tornes 2012,126-128). Altså ser man tjenesten fra brukernes perspektiv. Styrker ved brukermodellen er at den sikrer at et mangfold av forventninger kommer frem i evalueringen. Dette vil bidra til å gi en bedre forståelse av tiltaket og derfor en mer realistisk tilbakemelding. Det kan argumenteres for at slik brukerorientert evaluering kan gi bedre grunnlag for beslutning av fremtidige tiltak (Ibid 2012,128). Det vil også være en styrke at de som er faktiske brukere av et tiltak, får si sin mening og bli hørt. Brukerfokuset er direkte nyttig for de som administrerer gjennomføringen av tiltaket. Noen forskere hevder evaluator bør bli mer tjenesteorientert og være nærmere de som berøres av et tiltak.

Svakheter ved brukermodellen er at den kan favorisere sterke grupper fordi de lettere fremmer sine egne interesser. Både utdanning, de rette kontaktene, språkligformulerings-evne og ikke minst penger kan ha en stor betydning for hvilke interesser som blir hørt. Dette kan føre til at «svakere» grupper i mindre grad får fremmet sine interesser. Et annet viktig poeng er at brukere har en tendens til å overdrive de negative aspektene ved et tiltak for å bli hørt, noe vi må ta hensyn til under innsamling av data. Det er lite sannsynlig at brukerfokus tjener til å øke vår kunnskap om hvor effektivt tilbudene er. Man kan hevde at brukermodellen svekker den tekniske kvaliteten på dataen som innsamles. Den kunnskapen som samles inn er mindre generaliserbart, noe som strider mot idealet om objektiv kunnskap. Evalueringen/undersøkelsen kan fremme motstridene svar fordi brukerne kan være uenige seg imellom i hva tiltaket har betydd for dem (Ibid 2012,128-129). Til tross for disse negative sidene mener vi at denne modellen den mest hensiktsmessige i vår oppgave.

4.0 Terskelteori

Som et teoretisk innhold til å si noe om tilgjengeligheten av helsetjenester velger vi å bruke terskelteorien. Denne belyser prosessen fra en borger tar kontakt med forvaltningen til tilbudet som eventuelt gis. Terskelteori er en teori som tar sikte på å forklare fordelingsvirkninger av offentlige tiltak. Teorien setter fokus på hvilke hindringer man møter på i de ulike trinn i prosessen.

Terskelsteoriens trinn



Figur 1. *Terskelsteoriens trinn*. Jacobsen, Jensen og Aarseth, 1982. *Fordelingspolitikens forvaltning*.

Teorien beskriver møtet mellom forvaltning og klient. Terskelteorien er med å forklare hvordan fordelingen av offentlige goder gjennom forvaltningssystemet kan se bort fra mottakerens behov og hvorfor effektene rammer svakerestilte brukergrupper. Forvaltningen er ikke et system som reagerer på mottakernes behov, ingen blir mottaker bare fordi man har et behov. Forvaltningen reagerer på etterspørsel. Man blir klient i det man registreres på et kontor. Det er en norm om at klienten må ta initiativ til å la seg registrere på et kontor. At klienten selv må ta initiativ danner grunnlaget for det første hinderet, som også blir kalt registreringsterskelen. Ikke alle kommer seg over dette første hinderet og blir registrert. Dette kan være de som ikke ser forbindelsen mellom et privat problem og et offentlig tiltak som eksisterer for å løse problemet. Det kan også være de som ikke føler seg fortjent til å

motta et gode, og ikke vil være en byrde. Et annet hinder for at mottakerens behov blir registret kan være mangel på ressurser i form av tid eller overskudd av den energien som trengs for å ta dette initiativet. Problemene med å overkomme det første hinderet er ikke tilfeldig fordelt i befolkningen. I lavere sosiale lag definerer man i mindre grad helseplager som relevant for helsetjenestene.

Det andre hinderet kalles kompetanseterskelen, og dreier seg om at registrering ikke nødvendigvis trenger å føre til behovsdekning. Det stilles altså flere krav til mottakeren enn det å ta initiativ. Noen passerer kompetanseterskelen bedre enn andre. Dette henger sammen med at det er en fordel å ha fysiske ferdigheter som å kunne høre, se, snakke og bevege seg. I tillegg til dette er det også en fordel å ha mer enn bare sosiale ferdigheter, det lønner seg å kunne formulere sitt problem på en slik måte at tjenestemannen kan forstå problemet. Systemet belønner også de som har realistiske forventninger om hva slags hjelp de kan få. For å komme seg over kompetanseterskelen lønner det seg også å ha innsikt i reglene og forståelse for hva som vektlegges når det vurderes hvilke tjenester man kan ha rett på. Det kan også være av betydning om mottakeren har innsikt i hvordan forvaltningen fungerer. Utfallet for den enkelte blir best hvis man kjenner til systemet. For de som sliter med å overvinne dette hinderet kan det være til hjelp om tjenestemannen opptrer som veileder. Til tross for at dette kunne hjulpet mottakere som sliter går legen eller andre profesjonelle ikke lett inn i rollen som veileder.

Effektivitetsterskel er det tredje hinderet. Her er det snakk om effektivitetsnormer hos de ansatte i forvaltningen som skal fatte vedtak om grad av tildeling. Det legges vekt på at registrering og kompetanse er nødvendig for at tildeling skal finne sted, men dette i seg selv er ikke alltid tilstrekkelig. Man kan risikere å ikke få tildelt en tjeneste, eller at tjenesten blir redusert dersom tilfredsstillelsen av mottakerens behov kommer i konflikt med kravet til effektivitet hos tjenestemennene. Tjenestemennenes meninger om hvordan tilgjengelige ressurser best bør disponeres eller utdeles, kan også få betydning for mottakeren. Det kan være flere årsaker som kan føre til konflikt mellom effektivitet og tildeling av tjenester. Dette kan være at mottakeren har et behov som ikke passer til organisasjonens behandlingsprogram og som går ut over det normale. En annen grunn for konflikt kan være at dekning av behovet for en enkelt mottaker tilsvarer behovsdekning hos et dusin andre mottakere. På grunn av dette må det foreligge sterke tilleggsgrunner til for å satse på den ene fremfor de mange. Institusjonelle og profesjonelle effektivitetshensyn har lett for å

fortrenge behov som tildelingsgrunn til fordel for hensynet til mottakerens skikkethet. For eksempel er det typisk at psykologer helst velger å arbeide med klienter som har god prognose og evne til å ta imot hjelpen (Jacobsen, Jensen og Aarseth 1982 38-41).

4.1 Terskelteori og tilgjengelighet

Som nevnt i teksten overfor er terskelteorien delt opp i tre ulike trinn. I registreringsterskelen er det viktig å ta initiativ selv. I spørreundersøkelsen vil vi prøve å finne ut hvilke hindre studenter opplever i det å bli registrert. Gjennom undersøkelsen vil vi prøve å finne ut om de har fått informasjon om helsetilbudene, hvor god informasjon de har fått og om studenter selv må ta initiativ til å finne informasjonen, eller om de blir godt nok informert. Det kan tenkes at det kreves mer egeninnsats å ta bruk tilbudene når de handler om psykiske problemer enn fysiske. Forvaltningen reagerer på etterspørsel, derfor er det viktig å ha mot til å ta initiativ til å henvende seg til riktig instans etter behov. I og med at det er krav om initiativ ligger det også implisitt et krav om selvstendighet, dette kan være en utfordring for noen studenter som kanskje ikke er vant til å ha ansvar for seg selv. Det kan tenkes at det er vanskeligere å ta initiativ til å dra til helsestasjonen, da det ikke er timebestilling og begrenset åpningstid. Det kan også oppleves stigmatiserende at mange kanskje sitter og ser at du venter på å få komme inn til legen eller helsesøster. På en annen side kan det kanskje være lettere å ta initiativ til å dra til helsestasjonen fordi det tilbudet er tilpasset unge og studenter. For mange kan det være lettere å ta initiativ til å gå til fastlegen om man har benyttet seg av samme fastlege i flere år. Det kan oppleves betryggende å benytte seg av en fastlege man kjenner og som man har en god relasjon til. I spørreundersøkelsen vil vi konkret spørre om studentene tar i bruk helsetilbudene og vi vil da få en tydelig svar på om få eller mange tar initiativ til å benytte seg av de enkelte tilbudene.

I kompetanseterskelen er det krav om at mottakeren har kompetanse, med dette menes både fysiske og sosiale ferdigheter. Det ville vært interessant å se om det er lettere for studenter uten fysiske og sosiale utfordringer og få helsehjelp men dette vil bli for vidt og vi velger derfor å begrense oppgaven med å ikke undersøke dette nærmere. I og med at vi undersøker studenter på høgskolen så antar vi at de har de ferdighetene som trenges for å gjøre sitt problem forstått. Effektivitetsterskelen som omhandler effektivitet, effektivitetsnormen for de ansatte på helsestasjonen kan være av stor betydning i forhold til hvilke tilbud mottakeren kan få. Det kan være krevende for noen å sitte å vente, og hvis de ikke får hjelp samme dag,

kan de være vanskelig å komme tilbake en annen dag. Dette er noe vi vil til dels prøve å belyse gjennom undersøkelsen da vi spør om grad om fornøydhet med helsestasjonen. Målet med terskelteorien er at borgere tar initiativ til å registrere seg hos forvaltningen, og at de har kompetanse til å formidle sitt problem, og videre at de faktisk får den hjelpen de trenger.

5.0 Etske og juridiske problemstillinger

«Forskningsetikk innebærer å drøfte de mulige konflikter en forsker ofte står overfor i vurderingen mellom sitt eget ønske om så fullstendig og god informasjon som overhodet mulig og respondentens krav på privatliv, integritet og personvern, samt oppdragsgivers ønsker og preferanser, og samfunnets normer og verdier» (Jacobsen 2005, 43). Forskningsetikk er viktig i alle typer forskning, også i denne oppgaven.

Konsekvensetiske teorier hevder at en handling skal bedømmes ut fra sine konsekvenser. Skal man legge slik konsekvensetisk tankegang til grunn for valg må man spørre seg, hva er konsekvensene av mitt valg? En variant av konsekvensetikk er utilitarismen, hvor nytte står i sentrum. Målet er mest nytte for flest mennesker. Denne retningen bygger på klassiske filosofer som Jeremy Bentham, John Stuart Mill og Adam Smith. Nytteperspektivet har hatt sterk innvirkning på forskere, fordi fokuset har vært på resultater og konsekvenser av tiltak/program. Et eksempel fra denne tankegangen, som kan sees i sammenheng med denne evalueringen, er at hvor fornøyde brukere er av en tjeneste er kan gjenspeile hvor nyttig tjenesten har vært (Tornes 2012 164-165).

Pliktetiske teorier hevder at det viktigste er handle i tråd med de forpliktelsene vår fornuft sier oss at vi har som frie, selvstendige individer. Kriteriet for hva som er riktig handling, er altså plikten vi opplever at vi har til å handle på bestemte måter, uavhengig av hva konsekvensene måtte bli. Enhver handling må bedømmes ut fra det som er hensikten, og ikke ut i fra eventuelle konsekvenser (Ibid 2012,165). Dette peker mot Kants kategoriske imperativ. Her presenterer Kant ulike etiske normer som aldri skal brytes. Det mest kjente fra Kant kan formuleres slik «Du skal aldri ville bruke noe menneske bare som et middel» (Jacobsen 2005,45). Kants kategoriske imperativ tilsier at man aldri skal bruke mennesker bare som et middel, men dette er noe som blir gjort, både i denne evalueringen og i undersøkelser generelt. Dermed er dette umulig å gjennomføre i praksis. Det vi kan ta med

oss fra Kants teori er at vi må ta hensyn til de som blir undersøkt, og ikke bare fokusere på at det tjener oss å undersøke de.

5.1 Informert samtykke

I vår bacheloroppgave må vi ta hensyn til det som kalles for informert samtykke. Dette innebærer at respondentene skal delta frivillig i undersøkelsen og at respondentene har full forståelse for hva deltakelsen innebærer. For at respondentene skal kunne velge fritt å delta i undersøkelsen, må de ha full informasjon om hvilke ulemper og fordeler dette kan medføre for dem. Det tas utgangspunkt i at respondentene har kompetanse til å forstå denne informasjonen i og med at de er høyskolestudenter. Informert samtykke innebærer også et krav om frivillighet. Det vil si at de som deltar gjør det uten noen form for press fra andre. I og med at vår evaluering skal foregå i klasserom er det som sagt en viss risiko for at de som deltar føler seg presset til å bidra, fordi andre gjør det og fordi vi personlig går rundt i klasserommene og deler ut og blir værende til de er klar til å levere inn. Dette henger sammen med konteksteffekt, altså at hvor og i hvilken kontekst evalueringen foregår kan påvirke hvordan deltakerne svarer. Med tanke på alder og modenhet, er det naturlig å anta at respondentene har kompetanse og evne til å velge selv om de vil delta. (Jacobsen 2005, 46-47). Da vi gjennomførte innsamlingen begynte vi med en kort presentasjon om oss selv, om formålet med undersøkelsen og at det var frivillig å delta.

5.2 Anonymisering

Etter innsamlingen av spørreskjemaene er det viktig at informasjonen som hentes inn blir anonymisert. Den informasjonen som innhentes gjennom evalueringen kan være sensitiv i og med at den omhandler både fysisk og psykisk helse. Dette er det viktig at vi som evaluator tar hensyn til hvor følsom informasjonen er for den som undersøkes (Jacobsen 2005,47). Det må også tas hensyn til hvor stor mulighet det er for å indentifisere enkeltpersoner ut fra evalueringen. Med dette menes muligheten til å indentifisere enkeltpersoner ved å se hva vedkommende har svart under undersøkelsen. Ved gjennomføringen av evalueringen gikk vi inn i ulike klasserom og det vil derfor være risiko for indentifisering av enkeltpersoner. Dette gjelder spesielt i denne evalueringen med tanke på at vi spør om både alder og kjønn. Da vi gjennomførte undersøkelsen unngikk vi denne risikoen ved at da vi hentet inn

skjemaene la vi de direkte inn i ei mappe, slik at vi ikke kunne se hvem som hadde svart hva. Et annet tiltak som vi iverksatte for å hindre identifisering i dette tilfelle var at vi har delt respondentene inn i ulike aldersgrupperinger der den eldste gruppen er over 30. Tanken bak dette er at det er så mange av studentene ved Høgskolen i Molde som er over 30, slik at det da blir vanskelig å identifisere de som er eldre og at det ikke blir noen fare for identifisering av enkeltpersoner under innsamlingen av data. Samtidig kan det være en svakhet å dele inn i store aldersgrupper, da vi vil få mindre konkret informasjon knyttet til hvilke aldersgrupper som er mest eller minst fornøyd med tilgjengeligheten til de ulike helsetjenestene.

5.3 Meldeplikt

Folks fysiske og psykiske helse er et sensitivt tema og dermed er det viktig å ta hensyn til konfidensialitet. Siden vi skal behandle personopplysninger er det essensielt å vurdere om meldeplikten skal tas i bruk. Dette er også nedfelt i lov, jf. personopplysningsloven. Meldeplikt er et krav til å lagre personopplysninger elektronisk. Ved meldeplikt skal det sendes melding til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Vår vurdering er at denne undersøkelsen ikke vil være meldepliktig på bakgrunn av at vi ikke samler inn personopplysninger direkte, det vil si fødselsnummer, navn, adresse eller telefonnummer. Vi samler heller ikke inn personopplysninger indirekte via spørreskjemaet. Vi ser det som usannsynlig å identifisere noen respondenter ut fra de to bakgrunnsvariablene kjønn og alder. Datainnsamlingen foretas ved å dele ut spørreskjemaet i papirform. At vi er til stede i klasserommet og ser med egne øyne hvem som svarer utløser ikke meldeplikt så lenge vi ikke noterer ned disse opplysningene. Det som er problematisk er at respondentene sitter ved siden av hverandre når de besvarer skjemaet. Med henhold til at temaet er sensitivt, velger vi å oppfordre deltakerne til å ikke se på hverandre og at de som ønsker det kan gå ut av klasserommet for å besvare.

5.4 Evaluatørrollen

Når vi skal gjennomføre en evaluering må vi som evaluatør forholde oss til flere roller. En rolle kan defineres som et sett av forventninger til hva en person skal gjøre for å løse bestemte oppgaver. En rolle innebærer også en relasjon mellom de som sender forventningene, og de som mottar dem (Tornes 2012,181). Et eksempel på rollekonflikt kan være at hvis vi hadde fått i oppdrag fra Høgskolen i Molde å gjennomføre evalueringen, ville vi befunnet oss i et trekantforhold mellom Høgskolen som oppdragsgiver og de som blir evaluert, her studentene. Rollekonflikter i forhold til de som blir evaluert kan være at evaluatør må passe på å strebe etter så nøyaktig informasjon som mulig, uten å bli for personlig involvert.

Som evaluatør kan man innta ulike roller etter hvilket fokus evalueringen bør ha. Den første er samfunnsforsker. Dette innebærer at man arbeider ut i fra et perspektiv med faglig interesse. Den andre rollen kalles teknokrater og innebærer at man fremskaffer fakta om det man mener kan være til umiddelbar nytte, mens generaliserbar kunnskap tones ned. Den tredje rollen er aksjonist, og forutsetter at man selv deltar aktivt i evalueringen. Den moderne revisor er den siste rollen som presenteres og innebærer at gjennom innsats og resultater bidrar evaluatør til å legitimere prosjektet (Ibid 2012,307). Evalueringsrollen som vil egnes best i evalueringsoppdraget her vil være en blanding av samfunnsforsker og teknokrat. Dette er fordi evalueringen gjennomføres med faglig interesse, samt at målet er at evalueringen skal ha en viss nytteverdi til tross for at evalueringen vår ikke kan generaliseres. Vi er både evaluatører og studenter. Dette kan både være positivt og negativt. Det positive kan være at vi har lett for å kommunisere med respondentene, og professorene. Det negative kan være at vi er litt for nært temaet selv, da dette er et tema som også er sentralt og påvirker oss. Men vi som evaluatører har ikke besvart spørreundersøkelsen, da vi ikke vil eller burde spille rolle både som forsker og respondent.

6.0 Metode

Metode i samfunnsvitenskap omhandler at man gjennom systematiske undersøkelser skal vurdere gjennomføring og resultater med et mål om at kunnskapen skal være nyttig i fremtiden. Metode handler om hvordan man går frem for å hente inn informasjon, eller empiri. Det handler også om å organisere, bearbeide, analysere og tolke informasjonen.

Uansett hvilken fremgangsmåte man velger for å innhente empiri finnes det to mål, empirien må være reliabel, dvs. gyldig og relevant, og den må være valid, altså pålitelig og troverdig (Tornes 2012,140). For at samfunnsforskningen skal kunne kjennetegnes som evaluering må det være nytteorientert, systematisk kunnskapsinnhenting med hensyn til vurderingskriterier (Ibid 2012,137-138).

I vårt evalueringsopplegg er det naturlig å ta i bruk et positivistisk vitenskapssyn, fordi det legges vekt på at det skal skapes et skille mellom fakta og verdier. Det er et viktig mål at forskningen og forskeren skal være uavhengig, altså objektiv. Tanken som ligger bak dette virkelighetssynet er at virkeligheten er objektiv, og dermed kan studeres gjennom objektive metoder og mål (Ibid 2012,140). Et annet kjennetegn ved dette vitenskapssynet er at det er deduktivt. Det innebærer at informasjonen er kategorisert av oss som evaluator før undersøkelsen settes i gang. Som regel er spørsmålene faste og svaralternativene gitt. Det kan medføre en svakhet fordi den legger sterke begrensninger på hvilken informasjon som samles inn. Dette omtales ofte som en lukket tilnærming (Jacobsen 2005,35). Sentralt i evalueringsstudier er kravet om kvalitet og nytte både i forhold til metodevalg og metodebruk. Kvalitet i evalueringsstudier kan sikres gjennom ulike faktorer, som dokumentasjon, faglig uavhengighet og fagfellekontroll (Tornes 2012,146). Fagfellekontroll innebærer at forskere prøver hverandres forskning. Det finnes likevel ikke universelle standarder for å bedømme kvalitet i evalueringsforskning. Det er også et viktig poeng at evalueringen skal kunne brukes til et formål, altså er det viktig at den har en forventet nytteverdi (Ibid 2012,147). Vårt evalueringsopplegg vil medføre nytte f.eks. ved at utfallet av undersøkelsen viser rom for forbedring, slik at undersøkelsen eventuelt kan bidra til å bedre tilgjengeligheten ved helsetilbudene. Gjennom evalueringen og problemstillingen er vi ute etter å finne ut hvor fornøyde studentene er med tilgjengeligheten av tilbudene. Tilgjengelighet er et abstrakt begrep og vi som evaluører må operasjonalisere begrepet. Det vil si å gjøre noe abstrakt til noe målbart. Dette vil delvis bli gjort gjennom alternativene som blir gitt i spørreskjema vi deler ut.

Det finnes det to hovedtyper metode, kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode innebærer innsamling av informasjon som er samlet inn i form av ord, enten nedskrevet som notater eller tatt opp på bånd og ikke i form av tall. Til forskjell fra kvantitativ metode går kvalitativ metode i dybden på få enheter (Jacobsen 2005,166). I og med at vi ønsker generell breddekunnskap vil derimot den kvantitative metoden være mest sentral for oss.

Med utgangspunkt i et positivistisk vitenskapssyn velger vi å bruke en kvantitativ undersøkelsesmetode. Det som i hovedsak kjennetegner kvantitativ metode er ønsket om å generalisere. Kvantitativ metode egner seg best når man har god forhåndskunnskap om temaet og når problemstillingen er relativt klar. I vårt tilfelle er problemstillingen klar og tydelig. Problemstillingen må være klar på grunn av at vi kategoriserer før vi samler inn data. Vi må være sikre på at spørsmålene vi stiller, og svaralternativene vi gir, er relevante i forhold til det vi ønsker å få svar på. Det er også sentralt i denne oppgaven at avstanden mellom undersøger og den som blir undersøkt ikke er stor i og med at vi også er studenter. Dette innebærer at det er sannsynlig at respondentene vil ha forståelse ovenfor språket vi bruker i undersøkelsen, og at vi vil ha høy sannsynlighet for å forstå svarene de gir. I denne oppgaven er vi ute etter å finne ut hva summen av enkeltindivider mener om saken, derfor vil det egne seg best å ta i bruk kvantitativ metode. Fordelene er at vi kan undersøke mange enheter, til relativt lave kostnader og at vi får breddekunnskap. Den eneste kostnaden knyttet til spørreskjemaene er at vi brukte våre egne credits på printeren for å lage skjemaene, dette betaler vi gjennom studentavgiften. Ulempen er at man ofte tilegner seg overfladisk informasjon (Jacobsen 2005,134-135).

6.1 Respondenter

Spørreundersøkelsen vi foretok ble utdelt til et utvalg studenter ved Høgskolen i Molde. Respondenter kjennetegnes ved at de er personer med direkte kjennskap til et fenomen, her ved at de benytter seg av helsetjenestetilbudene (Jacobsen 2005,171). Pr dags dato er det 2350 studenter ved Høgskolen i Molde (NSD 2016). Dette vil være vår teoretiske populasjon, mens den faktiske populasjonen vil være de som møter opp på forelesningene og dermed deltar i evalueringen. Vi vil ikke avgrense respondentene fordi vi ønsker å undersøke hva mesteparten av studentene mener om helsetilbudet uavhengig av hvilket studie og hvilket årstrinn de går på. Ved at vi velger å gå inn i de forelesningene hvor vi tror flest studenter deltar i, benytter vi oss av et bekvemmelighetsutvalg. Dette innebærer at vi trekker ut de som er lettest å få tak i. Fordelen med dette er at vi slipper å bruke mye ressurser forbundet med å velge ut enheter. I stedet for å velge ut enkeltpersoner har vi valgt ut hele klasser som kan delta i undersøkelsen. Denne metoden har også flere svakheter, blant annet at vi mangler oversikt over hvem vi ikke får tak i og at de vi ikke får tak i kan avvike fra de vi faktisk får tak i. Dette må vi ta høyde for (Jacobsen 2005, 292). For å unngå at de samme

respondentene vil svare på spørreundersøkelsen flere ganger på grunn av at de kan være i flere av forelesningene vi gikk inn i, fortalte vi da vi delte ut spørreskjemaet at om de allerede har besvart, trenger de ikke å gjøre det igjen.

6.2 Datainnsamling

Det finnes flere ulike datainnsamlingsmetoder som alle har sine fordeler og ulemper. Post utsendt spørreskjema, telefonintervju, spørreskjema sendt ut via e-post og standardisert personlig intervju. Hvordan vi skal samle inn data er det viktig å drøfte over. De to alternativene som er mest relevante i vår evaluering er spørreskjema via e-post eller spørreskjema via personlig overlevering. Fordelen med e-post er at det er svært hurtig og har lave kostnader. Det kunne ha vært et alternativ å sendt spørreundersøkelsen via studentmailen, men vi kom frem til at det ikke vil bli benyttet her da vi har det inntrykket at få sjekker studentmailen. En annen grunn til at ikke denne datainnsamlingsmetoden blir brukt, er at ikke alle studentene vet at det finnes egne anonymiseringsprogram og er redde for anonymiteten dermed ikke vil bli overholdt. I evalueringen er det særskilt viktig at respondentene blir informert om at undersøkelsen vil være anonym, fordi spørsmål om helse kan være veldig private for mange. Det ble derfor valgt å benytte personlig overlevert spørreskjema.

Spørreskjemaene ble delt ut i ulike forelesninger på skolen i løpet av ei uke, men ettersom at ikke alle møter til forelesninger, vil kun de som møter opp på forelesninger være enhetene i undersøkelsen. Vi gikk rundt i klasserom å delte ut spørreskjemaene, hvilke forelesninger vi gikk inn i var avhengig av hvilke forelesere som stilte seg åpen for at vi kunne komme inn for å foreta undersøkelsen. Vi sendte ut forespørsel om dette til foreleseren via e-post i god tid på forhånd. Alle foreleserene vi sendte forespørsel til var svært positive og vi fikk svar med en gang om at vi kunne komme inn i timene. Da vi møtte opp i forelesningen ga vi en kort presentasjon av hovedhensikten med undersøkelsen. Foreleserene var også behjelpelige da de også oppfordret studentene til å delta. Studentene ble informert om at deltakelse i undersøkelsen er frivillig og at dataen som samles inn vil bli anonymisert.

Grunn for valg av personlig overlevering av spørreundersøkelse er for at datainnsamlingen skal foregå raskt og enkelt. En annen fordel er at evaluator vil være tilgjengelige til å svare på spørsmål om undersøkelsen dersom noe skulle være uklart. Fordeler ved å gjøre det på

denne måten er at det er billig, enkelt og effektivt ved at det i liten grad går utover undervisningstiden til foreleseren. I tillegg er det tidsbesparende og vi får samlet inn svarene med en gang.

Ulemper ved å gjøre det på denne måten er at studentene kanskje vil føle seg presset til å svare på undersøkelsen fordi de sitter samlet i klasserommet. Studentene sitter ved siden av hverandre, noe som kan føre til at anonymiteten blir brutt, fordi de som sitter på siden kan se hva de skriver. Det er ikke sikkert at alle er like raske til å fylle ut spørreskjemaet, og de som bruker lengre tid vil kunne føle seg presset til å krysse av tilfeldig for å bli raskere ferdig. For å løse dette vil vi påpeke at studentene kan gjennomføre undersøkelse et annet sted enn klasserommet, og at vi vil samle inn besvarelsene i en mappe når de er klare til å levere. Det er viktig å ta høyde for disse ulempene når evalueringen gjennomføres og når vi bearbeider dataene.

7.0 Presentasjon av data og analyse

Gjennom spørreundersøkelsen vår har vi prøvd å besvare problemstillingen «i hvilken grad er helsetjenester tilgjengelige for studenter ved Høgskolen i Molde». Vi har prøvd å stille spørsmål om i hvilken grad de er fornøyde med tilgjengeligheten. Tilgjengelighet er et vanskelig begrep å operasjonalisere, men vi har valgt ut visse variabler å måle det ut ifra som for eksempel åpningstid. Åpningstid har betydning for tilgjengeligheten av et tilbud som at helsestasjonen ikke er åpen hver dag, dette kan virke direkte inn på tilgjengeligheten. For at et tilbud skal være tilgjengelig må det tilrettelegges for at målgruppen skal kunne benytte det. I spørreundersøkelsen fikk vi inn 123 besvarelser. Nedenfor presenterer vi noen tabeller som brukes for å belyse problemstillingen vår.

7.1 Tabell 1. Studentenes kjennskap til helsestasjonen. Prosent

	Ja	Nei	Sum
Vet du at det er en helsestasjon som du som student kan benytte?	65	36	100% (n=121)
Vet du hvor helsestasjonen i Molde er?	66	34	100% (n=123)
Kjenner du til åpningstidene?	27	73	100% (n=123)
Kjenner du til at tilbudet er gratis?	63	37	100% (n=123)

I tabell 1 har vi slått sammen spørsmål 3-6 i spørreskjemaet. Av 121 respondenter er det hele 65% som svarte at de vet at helsestasjonen er et tilbud de kan benytte. Det var 36% som svarte at de ikke visste dette. 66% av alle respondentene svarte at de visste hvor helsestasjonen ligger, mens 34% ikke visste dette. På spørsmålet om kjennskap til åpningstidene var det hele 73% som svarte nei på dette. Videre i det siste spørsmålet ser vi at 63% kjenner til at tilbudet er gratis, mens 37% ikke hadde kjennskap til dette.

Det kan være flere grunner til at så mange som 73% av studentene ikke kjenner til åpningstidene, det kan være på grunn av at de ikke har benyttet seg av dette tilbudet, at de ikke har fått informasjon om åpningstidene eller at de ikke selv har satt seg inn i dette. Det er positivt at de fleste vet at helsestasjonen er noe de kan benytte, og hvor den er. Dette kan peke på at tilgjengeligheten er god. På en annen side kan mangel av kjennskap til åpningstidene peke på at tilgjengeligheten av tilbudet ikke er tilstrekkelig på dette punktet.

7.2 Tabell 2. «Hvis du har benyttet deg av helsestasjonen, i hvilken grad er du fornøyd med tilgjengeligheten?» Prosent

	Svært godt	Godt	Noe godt	Lite godt	Svært lite godt	Sum
Åpningstiden	7	22	41	15	15	100% (n=27)
Ventetiden	19	26	33	19	4	100% (n=27)
Helsehjelp fra lege	50	35	10	5	0	100% (n=20)
Helsehjelp fra helsesøster	44	48	9	0	0	100% (n=23)
Helsehjelp fra psykolog	71	14	14	0	0	100% (n=7)

I tabell 2 har vi målt grad av fornøydhet av tilgjengeligheten ved variablene til venstre i tabellen. Vi spør om helsehjelp fra lege, helsesøster og psykolog da disse tilbudene ikke alltid er tilgjengelige ved helsestasjonen, det er altså ikke faglig dyktighet vi måler. 29 % av respondentene er svært godt eller godt fornøyd med tilgjengeligheten med henhold til åpningstiden, mens 30% er lite godt eller svært lite godt fornøyd med tilgjengeligheten. Videre kan vi se at de fleste 41 % er noe godt fornøyde med åpningstiden. Når det gjelder ventetiden er hele 54 % av respondentene svært godt eller godt fornøyde. Videre i tabellen ser vi at flertallet er svært godt eller godt fornøyde med tilgjengeligheten til lege, helsesøster og psykolog. På dette spørsmålet er det få respondenter som har svart, dette henger sammen med et tidligere spørsmål som viste at det er liten forskjell mellom menn og kvinner som har benyttet helsestasjonen og at de fleste aldri har benyttet helsestasjonen (I vedlegg 2, tabell 1).

Ved denne tabellen ser vi at mange har kommet seg over det første trinnet i terskelteorien og faktisk har benyttet seg av tjenesten. Av respondentene var det 27% har benyttet seg av helsestasjonen (I vedlegg 2, tabell 1). Disse har altså kommet seg over registreringsterskelen og videre inn i kompetanseterskelen, som går ut på å klare å videreformidle hva de trenger helsehjelp til. Hvis man klarer dette vil de stige videre opp til effektivitetsterskelen. Det er sannsynlig at de som har svært godt og godt har klart å fortelle hva de trenger hjelp til og fått den hjelpen de trengte. I tabell 7.1 vises det at flertallet av de som har benyttet seg av tjenesten er fornøyde med tilgjengeligheten av helsestasjonen.

7.3 Tabell 3. Om studenter som ikke har brukt helsestasjonen har brukt andre tilbud. Prosent

	Brukt	Ikke brukt	Sum
Legevakt	51	50	100% (n=89)
Privatlege	14	86	100% (n=89)
Fastlege	76	24	100% (n=89)

Av tabell 3 kan vi se at de studentene som ikke har benyttet seg av helsestasjonen har benyttet seg av andre legetjenester. 51% har brukt legevakt mens 50% ikke har det, dette viser at det er ingen samvariasjon. Det vil si at det er ingen forskjell mellom de som har brukt og de som ikke har brukt legevakt, altså er det ca. like mange som bruker tilbudet og ikke bruker det. Videre kan vi se at 86% av dette utvalget av respondenter har ikke brukt privatlege, mens bare 14 % har det. Til slutt kan vi se at flesteparten av de studentene som ikke har benyttet helsestasjonen har benyttet seg av fastlege. Hele 76% sier dette, mens 24% ikke har benyttet fastlege.

Dette kan peke på at de fleste som ikke bruker helsestasjonen velger fastlege som et annet tilbud.

7.4 Tabell 4. Hvorfor de har benyttet en annen legetjeneste enn helsestasjonen. Prosent

	På grunn av	Ikke på grunn av	Sum
Åpningstid	27	73	100% (n=67)
Ventetiden	12	88	100% (n=67)
Mangel på timebestilling	10	90	100% (n=67)
Fastlege er bedre å gå til enn lege på helsestasjon	65	35	100% (n=68)
Fordi det er flaut å kunne møte på folk jeg kjenner på helsestasjonen	3	97	100% (n=67)

I tabell 4 har vi listet opp ulike mulige grunner for å benytte andre legetjenester enn helsestasjonen. Når det gjelder åpningstid, ventetid og mangel på timebestilling viser det seg at dette ikke var grunner til å ikke velge helsestasjonen. Derimot mener 65% at fastlege er bedre å gå til enn lege på helsestasjonen. Det kan være mange ulike grunner til hvorfor studentene velger en annen helsetjeneste enn helsestasjonen. Noen har Molde som

hjemkommune og har dermed også fastlege her. Andre kan ha byttet til fastlege i Molde eller at de drar hjem og benytter fastlege der om det ikke haster. Det kan også ha sammenheng med alder, da helsestasjonen for ungdom primært har ungdom fra 13-20 år som målgruppe selv om den også er tilgjengelig for studenter. De studentene som er litt eldre vil da kanskje heller benytte fastlege enn helsestasjonen. Dette ser vi også tendenser til i tabell 2, vedlegg nr.2.

7.5 Tabell 5. Hvor studentene har fått informasjon om helsetjenestene. Prosent

	Ja	Nei	Sum
Eget søk på Molde kommune sine nettsider	28	72	100% (n=104)
Eget søk på studentsamskipnaden sine nettsider	8	92	100% (n=104)
Henvendte meg til studentsamskipnaden	0	100	100% (n=104)
Informert under åpningsuka	31	70	100% (n=105)
Annet	43	58	100% (n=106)

Gjennom tabell 5 får vi noen svar på hvor studentene har fått informasjon. Vi listet opp ulike alternativer på hvor de kunne få informasjonen fra. I tillegg hadde vi et åpent spørsmål om annet hvor de kunne spesifisere hvis de hadde fått informasjon på en annen måte enn gjennom alternativene som er nevnt ovenfor. Noen få hadde fått informasjon fra eget søk på Molde kommune sine nettsider eller blitt informert under åpningsuka. De fleste har ikke fått informasjon gjennom de ulike alternativene som er listet opp. Det var 43% som krysset av på annet. Blant de som svarte på annet har de fleste fått informasjon via andre studenter, googlesøk, noen er fra området og noen sier at de ikke har fått noe informasjon om tilbudene.

Vi veler å se informasjon i forhold til tilgjengelighet da det er viktig å ha kjennskap til tilbudene slik at det skal oppleves tilgjengelige. Det at flesteparten har svart «nei» tyder på at de kunne blitt informert bedre. Til tross for dette ligger informasjonene tilgjengelig ute på mange forskjellige kanaler hvor den største er internett. At informasjonen ligger ute på internett kan være positivt for tilgjengeligheten, da det på den måten er tilrettelagt for at man kan tilegne seg informasjonen om nødvendig. Det at så mange ikke har søkt på informasjon kan tyde på at behovet ikke har vært der, men at tilgjengeligheten er god om behovet oppstår.

7.6 Tabell 6. Kjennskap til studentrådgiver. Prosent

	Mann	Kvinne	Sum
Ja	90	97	94
Nei	10	3	6
Sum	100%	100%	100%
n=	50	73	123

I tabell 6 ser vi en svak samvariasjon mellom variablene, det vil si at det er en liten forskjell mellom kvinner og menns kjennskap til student rådgiveren. 90% av menn har kjennskap til dette og hele 97% av kvinner. Dette kan bety at tilgjengeligheten til studentrådgiveren er svært god, da nesten alle av respondentene har kjennskap til at studentrådgiveren er et tilbud de kan benytte seg av.

7.7 Tabell 7. Har du benyttet deg av studentrådgiver ved høyskolen? Prosent

	Mann	Kvinne	Sum
Ja	27	25	26
Nei	73	75	74
Sum	100%	100%	100%
n=	48	73	121

Ut i fra tabell 7 kan vi se at det er ingen samvariasjon mellom variablene, med at det er en ingen forskjell mellom kvinner og menn som har benytt seg av tjenesten. 27% av menn og 25% av kvinner har benyttet seg av tilbudet. Flesteparten av studentene har ikke benyttet seg av tjenesten, men det trenger ikke å bety at tilgjengeligheten ikke er god. De 26% som svarte ja på dette spørsmålet har kommet seg over registreringsterskelen i terskelteorien.

7.8 Tabell 8. Hva syns studentene om tilgjengeligheten til de ulike tjenestene? Prosent

	Svært god	God	Noe god	Lite god	Svært lite god	Vet ikke	Sum
Helsestasjonen	6	28	13	1	2	50	100% (n=102)
Fastlegekontor	18	28	9	5	1	40	100% (n=105)
Tannlegekontor	13	22	9	3	0	53	100% (n=103)
Rådgiver	12	29	10	0	2	48	100% (n=104)
Psykolog	2	8	8	1	3	78	100% (n=102)

Ved tabell 8 får vi se hva studentene mener om tilgjengeligheten til de ulike tjenestene. 28% av studentene mener at tilgjengeligheten til helsestasjonen og fastlegekontor er god. 35 % mener at tannlegekontor er svært god og god. Videre ser vi at de fleste som har rangert rådgiver mener at tilgjengeligheten er god. Av de få som har rangert psykolog mener 8% at tilgjengeligheten er god og noe god. Dette tilsier at det som har rangert tjenestene er relativt fornøyde med tilgjengeligheten, til tross for dette har mesteparten på alle spørsmåla valgt å svare vet ikke. Grunnen til at de har svart vet ikke kan være at de ikke har benyttet seg av de ulike tilbudene.

8.0 Oppsummering

God helse er altså en viktig faktor for trivsel, også for studenter. Gjennom denne evalueringen har vi målt tilgjengeligheten ved ulike helsetilbud som er tilgjengelige for studenter ved Høgskolen i Molde. Gjennom denne oppgaven har vi basert oss på bekvemmelighetsutvalg og personlig overlevering av spørreskjema. Vi er fornøyde med innsamlingen av data da vi fikk hele 123 respondenter totalt. Et problem vi har møtt er at det er gjennomgående få som har benyttet seg av de helsetjenestene vi ønsket å måle tilgjengeligheten til. Dette kan påvirke hvor pålitelig konklusjonene våre er. Det er også et poeng at på grunn av den utvalgsmetoden vi har valgt er ikke informasjonen generaliserbar. Til tross for dette kan vi konkludere at tilgjengeligheten til studentrådgiver er god, da 90% av mannlige- og 97 av kvinnelige studenter svare at de kjente til at dette er noe de kan benytte seg av. Når det gjelder tannhelsetjenester var det få som svarte at de hadde benyttet seg av det, likevel er det 35% av studentene som har benyttet dette som svarer at de mener tilgjengeligheten er svært god eller god. Det var hele 78% som ikke har benyttet seg av psykolog dermed blir det vanskelig å kunne trekke noen slutninger på om tilgjengeligheten av dette tilbudet er god eller dårlig. Det viser seg at tilgjengeligheten til fastlegekontorene oppleves av studentene som god da 46% svarte at den var svært god eller god. Bare 34% svarte at de mente tilgjengeligheten til helsestasjonen var svært god eller god, dette kan ha sammenheng med at flertallet av de som har benyttet seg av helsestasjonen mente at åpningstiden var noe godt eller lite godt. Dette kan være fordi helsestasjonen bare har åpent to dager i uken.

Ved bruk av terskelteorien kan vi si at de som har benyttet seg av en tjeneste og svart på hvilken grad av fornøydhet de opplevde, har kommet seg over det først, andre og tredje trinn i teorien. De har kommet seg over registreringsterskelen ved at de har tatt kontakt med tjenesten de hadde behov for, overkommet kompetanseterskelen ved at de fikk utrykt hva de trengte hjelp med, og over effektivitetsterskelen ved at de uttrykker hvor fornøyde de var med helsehjelpen.

Alt i alt kan vi si at vår evaluering vil ha nytteverdi da informasjonen vi fikk inn kan brukes av Høgskolen eller kommunen. Det tenkes at det må informeres bedre om de ulike helsetilbudene ved at det var mange som svarte «vet ikke» som alternativ, og noen sa konkret at de ikke har fått informasjon om de ulike tjeneste. Som svar på problemstillingen kan vi

med bakgrunn i analysen svare at helsetjenestene i relativt god grad er tilgjengelige for studentene ved Høgskolen i Molde. Svaret vil variere noe ut i fra hvilken helsetjeneste man fokuserer på.

9.0 Referanseliste

Bullgård, Ingunn Anita, Fotland Maia. 2015. *Deleksamen Evaluering i teori og praksis*.

Fastleger. http://www.fastleger.no/More_og_Romsdal/Molde/ Lest 16.02.2016

Fastlegeordning. <https://www.legelisten.no/om-fastlegeordningen> Lest. 16.02.15

Flåm, Karoline. 2014. «Hver femte student sliter psykisk».
<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse-og-medisin/hver-femte-student-sliter-psykisk/a/23286749/>
Lest 09.02.2016

Halvorsen, Anne, Madsen Einar Lier og Jentoft, Nina. 2013. *Evaluering tradisjoner praksis mangfold*. Universitetet i Agder.

Helsestasjon for ungdom. 2015. <http://www.molde.kommune.no/helsestasjon-for-ungdom.263249.10654t9f411.tct.html> Lest: 09.02.2016

Helsenorge. 2014. «Hvem betaler tannlegeregningen din?» <https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegeregningen-din> Lest: 16.02.2016.

Helsetjenester. <https://sml.snl.no/helsetjeneste> Lest: 09.02.2016

Jacobsen, Knut Dahl, Thor Ø. Jensen og Turid Aarseth. 1982. *Fordelingspolitikken forvaltning*. Sosiologi i dag, nr. 3

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. 2. utgave. Høyskoleforlaget

Legevakt. <http://www.molde.kommune.no/legevakta.5121992-265316.html> Lest
15.03.2016

NSD,2016.«Registrertestudenter».

http://dbh.nsd.uib.no/statistikk/rapport.action?visningId=124&visKode=false&columns=arstall&index=2&formel=222&hier=instkode!9!fakkode!9!progkode&sti=H%C3%B8gskolen%20i%20Molde%2C%20Vitenskapelig%20h%C3%B8gskole%20i%20logistikk¶m=arstall%3D2016!9!dep_id%3D1!9!kategori%3DS!9!semester%3D1!9!instkode%3D0232 Lest 13.04.2016

Nylenna, Magne og Braut Geir Sverre. 2014. «Helsetjenester».

Otnes Berit, Thorsen Rustad Lotte og Vaage Odd Frank. 2010. «Levekår blant studenter 2010». https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201136/rapp_201136.pdf
Lest 09.02.2016

Rådgiver. <http://www.simolde.no/radgivning> Lest: 09.02.2016

Simolde. http://www.simolde.no/site/main/les_mer.php?page_id=533 Lest 16.02.2016

Tornes, Kristin, red.2012. *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika forlag.

10.0 Vedlegg

10.1 Vedlegg 1

Spørreundersøkelse 2016

ved Høgskolen i Molde

Denne undersøkelsen er anonym.

1. Kjønn

- Mann Kvinne

2. Alder

- 18-23 24-29 over 30

3. Vet du at det er en helsestasjon som du som student kan benytte?

- Ja Nei

4. Vet du hvor helsestasjonen i Molde er?

- Ja Nei

5. Kjenner du til åpningstidene?

- Ja Nei

6. Kjenner du til at tilbudet er gratis?

- Ja Nei

7. Kjenner du til de ulike tilbudene som gis ved helsestasjonen?

ja Nei

Hvis ja, Hvilke?

8. Har du benyttet deg av helsestasjonen i Molde i løpet av studietiden?

Svært ofte Ofte Noen ganger Sjelden
Aldri

9. Hvis du har benyttet deg av helsestasjonen, i hvilken grad er du fornøyd med tilgjengeligheten?

<i>(Sett ett kryss for hver linje)</i>	Svært godt	Godt	Noe godt	Lite godt	Svært lite godt	Vet ikke
Åpningstiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsehjelp fra lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsehjelp fra helsesøster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsehjelp fra psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Vet du at det finnes studentrådgiver ved Høgskolen?

Ja Nei

11. Har du benyttet deg av studentrådgiveren ved Høgskolen?

Ja Nei

12. Hvis ja, i hvilken grad var du fornøyd med tilgjengeligheten av tjenesten?

(Sett ett kryss)	Svært godt	Godt	Noe godt	Lite godt	Svært lite godt	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Har du benyttet deg av tannlege her i Molde i løpet av studietida?

- Svært ofte Ofte Noen ganger Sjelden
Aldri

14. Var det vanskelig å få bestilt tannlegetime?

- Ja Nei

15. Hvordan var det å finne frem til tannlegen?

- Svært enkelt Enkelt Noe vanskelig Vanskelig
 Svært vanskelig

16. Har du benyttet deg av annen legetjeneste utenfor helsestasjonen?

Legevakt	<input type="checkbox"/>
Privat lege	<input type="checkbox"/>
Fastlege	<input type="checkbox"/>

17. Hvis ja, hvorfor har du benyttet en annen legetjeneste?

Åpningstiden	<input type="checkbox"/>
Ventetiden	<input type="checkbox"/>
Mangel på timebestilling	<input type="checkbox"/>
Fastlege er bedre å gå til enn lege på helsestasjonen	<input type="checkbox"/>
Fordi det er flaut å kunne møte på folk jeg kjenner på helsestasjonen	<input type="checkbox"/>

18. Hva synes du om tilgjengeligheten til de ulike tjenestene?

(Sett ett kryss for hver linje)	Svært god	God	Noe god	Lite god	Svært lite god	Vet ikke
Helsestasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegekontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannlegekontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hvor har du fått informasjon om de ulike helsetilbudene?

Eget søk på Molde kommune sine nettsider	<input type="checkbox"/>
Eget søk på studentsamskipnaden sine nettsider	<input type="checkbox"/>
Henvendte meg selv til studentsamskipnaden	<input type="checkbox"/>
Eget søk på høgskolen sine nettsider	<input type="checkbox"/>
Informert under åpningsuka	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>

Hvis annet, spesifiser

20. Samtykke til at mine kommentarer kan benyttes i offentlig rapport og/eller i interne utviklingsarbeid.

Ja Nei

Takk for deltakelsen

10.2 Vedlegg 2, Tabeller

Tabell 1. Har du benyttet deg av helsestasjonen i Molde i løpet av studietiden?

	Mann	Kvinne	Sum
Svært ofte	2	0	1
Noen ganger	10	14	13
Sjelden	10	14	13
Aldri	77	72	74
Sum	100%	100%	100%
n=	48	72	120

Tabell 2. Alder på studenter som har benyttet seg av helsestasjonen

	18-23	24-29	Over 30	Sum
Svært ofte	0	3	0	1
Noen ganger	20	3	5	13
Sjelden	14	18	0	13
Aldri	67	77	95	74
Sum	100%	100%	100%	100%
n=	66	34	19	119