

Hva forteller brukerne?

*En randomisert studie av brukertilfredshet i
Parent Management Training.*

Haakon Rydning



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2014

© Haakon Rydning

2014

Hva forteller brukerne? – En randomisert studie av brukertilfredshet i Parent Management Training.

Haakon Rydning

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprisentralen, Universitetet i Oslo

II

Sammendrag

Forfatter: Haakon Rydning

Tittel: Hva forteller brukerne? – En randomisert studie av brukertilfredshet i Parent Management Training.

Veileder: Terje Ogden

Bakgrunn: Informasjon om brukertilfredshet samles vanligvis inn av etiske pasienthensyn, men informasjonen benyttes også som utfallsvariabel i effektivitetsstudier av psykologisk behandling. Et kompliserende element ved tilfredshetsdata er brukeres tendens til å rapportere høy tilfredshet uavhengig av behandlingsmetode. Mange brukerevalueringsskjemaer har også blitt kritisert for utilfredsstillende psykometriske egenskaper, og flere studier har demonstrert lav sammenheng mellom brukertilfredshet og mer tradisjonelle utfallsvariabler som symptom- og fungeringsnivå. I denne studien undersøkes brukeres tendens til å rapportere høy tilfredshet uavhengig av behandlingsmetode, ved å se på tilfredshetsforskjeller mellom en intervensjons- og sammenligningsgruppe. Videre utføres det psykometriske analyser av brukerevalueringsskjemaet «Family Satisfaction Survey», med overordnet mål å styrke skalaens kredibilitet. Sammenhengen mellom brukertilfredshet og utfallsvariabler som symptomnivå og fungering vil også utforskes, for å kunne si noe om brukertilfredshets plass i effektivitetsstudier. Til slutt vil det undersøkes om det foreligger andre variabler av betydning for brukertilfredsheten.

Metode: Denne studien baserer seg på allerede innsamlede data stilt til disposisjon av Atferdssenteret, i forbindelse med en randomisert effektivitetsstudie av PMTO (N = 112), og er en kvantitativ studie av besvarelser på brukerevalueringsskjemaet «Family Satisfaction Survey». Gruppeforskjeller i totalskårer og på enkeltspørsmål analyseres med t – tester. Reliabiliteten inspiseres ved å beregne skalaens indre konsistens, og validiteten ved å undersøke skalaens dimensjonalitet gjennom en faktoranalyse. Som et tilleggsmoment i valideringen av brukerevalueringsskjemaet, vil de bi – varierte korrelasjonskoeffisientene mellom gjennomsnittsbesvarelser på enkeltledd og totalskåre beregnes for hver av behandlingsbetingelsene. Korrelasjons- og regresjonsanalyser benyttes for å undersøke brukertilfredshets sammenheng med andre variabler.

Resultater: Brukere i intervensjonsgruppen var gjennomsnittlig mer tilfredse enn brukere i sammenligningsgruppen. Signifikante gruppeforskjeller på enkeltspørsmål omhandlet aspekter ved behandlingsprosessen, behandlingsresultatet, og ved behandlingens tidspunkt og sted. Faktoranalysen ga tre faktorer med «eigenvalues» større enn en. En hierarkisk fremstilling av korrelasjonskoeffisienter mellom enkeltledd og totalskåre viste at enkeltleddenes betydning for totalskåren er ulik i de to gruppene. I intervensjonsgruppen var hovedindikator for graden av tilfredshet knyttet til behandlingsmetodens nytte i det daglige, mens tilfredshet i sammenligningsgruppen i størst grad korrelerte med ikke – behandlingsrelaterte forhold som behandlingstidspunkt og sted. Det var ingen signifikante sammenhenger mellom brukertilfredshet og post-, og endringsmål på symptomnivå og fungering. Analysen av øvrige variablers sammenheng med brukertilfredshet, viste at brukeres rapporterte årsak til behandlingsavslutning signifikant predikerer brukertilfredshet.

Konklusjon: Gruppeforskjellen i skårer på «Family Satisfaction Survey» demonstrerer at brukertilfredshet kan være sensitiv for behandlingsmetode. Kritikken vedrørende brukeres tendens til å rapportere like høy tilfredshet uavhengig av behandlingsmetode motbevises således i denne studien. Tilfredsstillende grad av indre konsistens bidrar til å styrke skalaens reliabilitet, men de tre faktorene med «eigenvalues» større enn én var vanskelig å tolke, og en énfaktorløsning ble lagt til grunn. Det ser imidlertid ut til at aspekter tilknyttet behandlingsutfall, behandlingsprosess, og ikke-behandlingsrelaterte forhold som tidspunkt og sted i størst grad påvirker brukertilfredsheten. Gruppeforskjellen i enkeltledds betydning for totalskåren, er en viktig påminner om usikkerheten tilknyttet hva brukertilfredshet forteller oss noe om, og dermed hvilken funksjon det kan tilskrives. Den svake sammenhengen mellom brukertilfredshet, og post- og endringsmål av symptomnivå og fungering, svekker tilfredshetsdatas posisjon som effektivitetsmål. Brukertilfredshet kan imidlertid bidra med vesentlig informasjon vedrørende brukerens opplevelse av allianse, og om hvor godt et behandlingsprogram har blitt tilpasset den enkelte brukers egenskaper, kultur og preferanser, noe som igjen kan ha en indirekte virkning på effektiviteten.

Forord

Som snart ferdigutdannet psykolog, har jeg erfart hvor godt det føles å få positive tilbakemeldinger fra klienter. Samtidig klarer jeg ikke alltid å ta disse tilbakemeldingene helt «på ordet», da jeg ofte undrer meg over hva dette egentlig handler om. Er tilfredsheten et uttrykk for en reell og ønsket endring hos vedkommende, eller handler den mer om å blidgjøre meg? Med denne undringen som utgangspunkt, har det vært spennende å gjøre en kvantitativ analyse av brukertilfredshet, for å kunne få et mer vitenskapelig og objektivt svar på hva man faktisk kan trekke ut i fra brukeres tilbakemeldinger. Oppgaven har lært meg mye av relevans for mitt videre virke som klinisk psykolog, men den har også gitt meg smaken på forskningsbiten av psykologyrket, noe som nå fremstår som langt mer attraktivt enn før jeg begynte å skrive denne oppgaven.

Jeg ønsker å takke min veileder, Terje Ogden, for muligheten til å benytte Atferdssenterets datamateriale, og for god hjelp og støtte i løpet av hele oppgaveprosessen. Tilbakemeldingene har vært grundige og konstruktive, og veiledningstimene har vært særdeles hyggelige. Jeg vil også takke Bernadette Christensen for at hun satte meg i kontakt med oppgaveveileder.

Jeg vil også takke Anne Marie Halberg for gode metodeinnspill i oppstartsfasen av analysearbeidet.

Til sist ønsker jeg å takke Elisabeth, som underveis i oppgaveprosessen har gått fra å være min samboer til min kone, for kontinuerlig støtte og oppmuntring!

Haakon Rydning

Oslo, april, 2014

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon til brukerperspektivet	1
1.1.0	Brukermedvirkning	1
1.1.1	Brukertilfredshet.....	2
1.2	Brukertilfredshet; utvikling, prediktive faktorer, og utfordringer	4
1.2.0	Historisk utvikling.....	4
1.2.1	Prediktive faktorer for brukertilfredshet	6
1.2.2	Utfordringer.....	9
1.3	En forskningsgjennomgang	10
1.3.0	En utfallsvariabel i vekst	10
1.3.1	Typiske tendenser for brukertilfredshetsdata	10
1.3.2	Psykometrisk validering	11
1.3.3	Brukertilfredshet og andre utfallsvariabler	12
1.4	Oppsummering	15
1.5	Problemstillinger	16
2	Metode.....	17
2.1	Deltakere.....	17
2.2	Prosedyrer.....	18
2.2.0	Rekruttering og deltakelse.....	18
2.2.1	Randomisering	18
2.3	Måleinstrumenter.....	18
2.3.0	Family Satisfaction Survey	19
2.3.1	Øvrige måleinstrumenter.....	19
2.4	Intervensjon-, og sammenligningsgruppe.....	20
2.4.0	Intervensjonsgruppe	20
2.4.1	Sammenligningsgruppe	20
2.5	“Uteliggere” og distribusjon.....	21
2.6	Manglende data.....	22
2.7	Statistiske analyser	23
2.7.0	Chronbachs alfa.....	23
2.7.1	Faktoranalyse	23

2.7.2	<i>T</i> -test.....	24
2.7.3	Effektstørrelse	25
2.7.4	Korrelasjonsanalyse	25
2.7.5	Regresjonsanalyse	25
2.8	Analysestrategi	26
3	Resultater.....	28
3.1	Gruppeforskjeller.....	28
3.1.0	Totalskårer.....	28
3.1.1	Gjennomsnittsskårer på enkeltspørsmål.....	28
3.2	Psykometriske analyser av «Family Satisfaction Survey»	30
3.2.0	Indre konsistens.....	30
3.2.1	Faktoranalyse	30
3.2.2	Enkeltledds betydning for totalskåren.....	32
3.2.2	Oppsummering av validering	33
3.3	Brukertilfredshets sammenheng med andre variabler	33
3.3.0	Symptomnivå og fungering.....	33
3.3.1	Andre variabler av betydning for brukertilfredshet.....	34
4	Diskusjon.....	37
4.1	Gruppeforskjeller i brukertilfredshet	37
4.2	Psykometrisk validering av evalueringsskjemaet.....	40
4.2.0	“Family Satisfaction Survey” har tilfredsstillende indre konsistens.....	40
4.2.1	Énfaktorløsning	40
4.2.2	Enkeltleddenes betydning for totalskåren	41
4.3	Brukertilfredshet som utfallsvariabel	42
4.4	Selvrapportert årsak til behandlingsavslutning påvirker brukertilfredshet.....	44
4.5	Begrensninger ved studien og implikasjoner for videre forskning.....	46
4.5.0	Utvalget og respondenter	46
4.5.1	Family Satisfaction Survey	47
4.6	Konklusjoner	48
	Litteraturliste	50
	Vedlegg:	57
	Appendiks.....	58

Tabell 1: Gruppeforskjeller mellom inklusjons, og eksklusjonsgruppe.....	23
Tabell 2: Gjennomsnittsskårer, t - verdier, og effektstørrelser i intervensjons- og sammenligningsgruppe på enkeltspørsmål	29
Tabell 3: Cronbachs alfa for skala "Family Satisfaction Survey"	30
Tabell 4: Roterte faktorladninger, korrelasjon spørsmål - faktor, og delt varians	31
Tabell 5: Korrelasjonskoeffisienter enkeltspm. – totalskåre i hele utvalget (N=85), intervensjonsgruppe (N=53), og sammenligningsgruppe (N=32).	32
Tabell 6: Korrelasjonskoeffisienter variabel – brukertilfredshet i intervensjonsgruppe og i hele utvalget	34
Tabell 7: Korrelasjonskoeffisienter div. variabler - brukertilfredshet på hele utvalget, og PMTO-gruppe.	35
Tabell 8: Prediktorvariabler for totalskåre på brukertilfredshet.....	36
Tabell 9: Manglende verdier	Appendiks
Tabell 10: Faktorladninger, enkeltspørsmål, urotert	Appendiks
Figur 1: Distribusjon av brukertilfredshetsdata samlet inn med «Client Satisfaction Questionnaire» (N=8522).....	11
Figur 2: Distribusjon av brukertilfredshetsdata fra «Family Satisfaction Survey».....	22
Figur 3: Gjennomsnittsskårer på hvert enkeltspørsmål i intervensjons-, og sammenligningsgruppe.....	29
Figur 4: Scree – plot av faktorstrukturen underliggende «Family Satisfaction Survey»	31

1 Innledning

“...the majority of consumers appear to be satisfied with any and all services provided.”
(Parloff, 1983, s. 245).

Er fornøyde brukere en indikasjon på vellykket behandling? Moriss B. Parloff, en avdød psykoterapiforsker fra Institute of National Health i USA, ser ikke ut til å være overbevist over denne sammenhengen, og han er heller ikke alene. Hvis Parloffs sitat stemmer, og de fleste brukere er fornøyde uavhengig av hvilken tjeneste de har mottatt, hva kan vi da trekke ut av tilfredshetsvurderinger? Med dette spørsmålet som utgangspunkt, vil det i denne oppgaven fokuseres på fenomenet «brukertilfredshet» i forbindelse med foreldretreningsprogrammer. Ved å analysere brukerevalueringer fra en randomisert studie av «Parent Management Training – Oregon-modellen» (PMTO) med 112 deltakere, vil diverse spørsmål tilknyttet anvendelsen av tilfredshetsinformasjon bli forsøkt besvart. Overordnet omhandler disse spørsmålene *hva brukertilfredshet forteller oss noe om, og hvilken funksjon informasjonen bør tilskrives.*

I innledningens resterende del vil begrepet «brukertilfredshet» beskrives grundigere ved å se på historisk utvikling, prediktive faktorer, utfordringer i bruken av denne typen data, og relevant forskning. Konkrete problemstillinger vil presenteres i innledningens del 1.5. I oppgavens del 2 vil vesentlige elementer vedrørende oppgavens datagrunnlag, blant annet detaljer om deltakere, prosedyrer, og datadistribusjon beskrives, før en konkret analysestrategi legges frem. Resultatene av de statistiske analysene vil presenteres i oppgavens del 3, og diskuteres i oppgavens del 4.

1.1 Introduksjon til brukerperspektivet

1.1.0 Brukermedvirkning

I mange områder av psykisk helse har uttrykket «pasient» blitt byttet ut med uttrykket «bruker». Uttrykket «bruker» er et vidt begrep som stammer fra det engelske begrepet «consumer», og som omfavner flere, mer spesifikke begreper som «pasient», «klient», «forbruker», i tillegg til andre som deltar i, eller benytter seg av, helsehjelp (Sharma,

Whiteny, Kazarian, & Manchanda, 2000). Endringen i terminologi kan sies å gjenspeile en endring i maktbalansen mellom utøver og mottaker av helsetjenester. Der hvor makten før lå fullt og helt hos profesjonene, er man nå opptatt av å gi brukere medbestemmelsesrett. En bruker som blir involvert i sin egen behandlingsprosess kan få et mer aktivt forhold til egen lidelse og behandling, og på den måten oppleve økt mestringsevne og selvrespekt. Målet kan uttrykkes ved at man «hjelper folk til å hjelpe seg selv», og dermed myndiggjør dem i større grad (Sverdrup, Kristoffersen, & Myrvold, 2005, s. 43).

I Norge er brukermedvirkning lovpålagt. Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasienter har medbestemmelsesrett i form av rett til informasjon, samtykke, og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven [pasrl], 1999, § 3-1), og i helseforetaksloven står det at «Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester (...), etablerer systemer for innhenting av pasienter og andre brukeres erfaringer og synspunkter» (Helseforetaksloven, 2001, § 35). I Norge blir involvering av brukere således ansett som en sentral forutsetning for kvalitetssikring av tjenester, basert på antakelsen om at brukeren sitter på unik informasjon om hvordan tjenester kan forbedres.

1.1.1 Brukertilfredshet

Brukertilfredshet er en form for brukermedvirkning i evalueringsfasen av et behandlingsopplegg. Begrepet stammer fra det engelske begrepet «consumer satisfaction», og kan defineres som i hvilken grad et behandlingstilbud tilfredsstiller en brukers ønsker og behov (Lebow, 1983). Brukertilfredshetsdata samles vanligvis inn ved hjelp av spørreskjema etter fullført behandling. Verdens helseorganisasjon (WHO) publiserte i 2000 en arbeidsbok ved navn «Client Satisfaction Evaluation» hvor de argumenterer for viktigheten av å gi brukere en stemme i evalueringsprosessen av en behandling. Det fremheves i arbeidsboken at informasjon om brukertilfredshet kan bidra med vesentlig informasjon når det kommer til om et behandlingsopplegg har blitt utført på en pålitelig, trygg, og tilfredsstillende måte, og brukerevalueringer kan dermed benyttes som en «etisk termometer». I dagens helsevesen antas det også at tilfredse brukere deltar aktivt i-, følger opp-, og opplever fremgang i tråd med et behandlingsoppleggs målsetninger (Fraser & Wu, 2013), noe som gjør graden av brukertilfredshet til en sentral faktor for måloppnåelse i psykologisk behandling. Å undersøke hvordan brukere har opplevd en behandlingsprosess anses således som både klokt og etisk riktig. Et kompliserende element i anvendelsen av denne typen data, er imidlertid brukeres

tendens til å rapportere høy tilfredshet uavhengig av hvilken behandling de har mottatt (Ingram & Chung, 1997). Hvis den «etiske termometeren» alltid viser høy temperatur, forsvinner også instrumentets nytteverdi i form av å si noe om spesifikke behandlingstiltak. Denne diskusjonen ligger til grunn for spørsmålet om *hva* brukertilfredshet forteller oss noe om, og vil drøftes grundigere utover i oppgaven.

Parallelt med rollen som «etisk termometer», har brukertilfredshetsdata også fått en sentral rolle i effektivitetsstudier, og vi er dermed inne på spørsmålet om *hvilken funksjon* brukertilfredshetsdata bør tilskrives. «Kvalitetssikring» er et begrep som gjorde seg gjeldende på 1990-tallet, hvor målet var å sikre klienter god helsehjelp, og med dette målet som utgangspunkt, ble det satt i gang en stor diskusjon om hvilke behandlingsmetoder som var mest effektive. Det ble i økende grad stilt krav til vitenskapelig dokumentasjon i form av randomiserte og kontrollerte gruppestudier (RCT) bak de ulike behandlingsmetodene (Tuseth, 2007, ref. i Lewis, 2012). Målet med slike typer studier, er å undersøke om atferdsendringer i etterkant av en behandling kan tilskrives selve behandlingsintervensjonen. Symptomnivå og fungering er eksempler på utfallsvariabler som brukes for å måle effekt, men ettersom slik informasjon kan være både tungvint og kostbart å samle inn, begynte man gradvis å legge vekt på alternative informasjonskilder (Lambert, Salzer, & Bickman, 1998).

Brukerevalueringer er relativt kostnadseffektive og enkle å administrere, noe som i økende grad har gjort brukertilfredshet til en populær utfallsvariabel i effektivitetsstudier (Lambert et al., 1998). Hvorvidt brukertilfredshet er et godt mål på effektivitet er imidlertid svært omdiskutert, og skepsisen beror i stor grad på at flere studier har funnet manglende sammenheng mellom brukertilfredshet og atferdsbaserte utfallsvariabler som symptomnivå og fungering (Lambert et al., 1998; Lunnen, Oggles, & Papas 1998; Pekarik & Wolf, 1996). Manglende sammenheng mellom brukertilfredshet og andre utfallsvariabler innebærer at tilfredshet kan være høy, selv om post- og endringsmål av symptomnivå og fungering er lave. Brukertilfredshet blir således et lite presist mål på atferdsendring, og bør ikke ligge til grunn for slutninger vedrørende behandlingsmetoders effektivitet.

Med inntoget av evidensbaserte metoder i behandlingsfeltet, kan det imidlertid se ut som brukertilfredshet har fått en mer naturlig posisjon. Evidensbasert praksis defineres som integrasjonen av best tilgjengelig forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av klientens egenskaper, kultur og preferanser (Rønnestad, 2004). Behandlingsopplegg utarbeides basert på randomiserte og kontrollerte studier som viser effekt, men intervensjonene anvendes ikke

ukritisk på enhver klient; hvert unike tilfelle skal vurderes i forhold til sine særegenheter, slik at intervensjonene på best mulig måte kan tilpasses den enkelte bruker. Brukertilfredshet får her en sentral funksjon, i form av å måle klientens opplevelse av behandlingen, noe som igjen kan gjenspeile hvor godt behandlingen har blitt tilpasset vedkommende. I det evidensbaserte behandlingslandskapet kan det dermed argumenteres for at informasjon om brukertilfredshet alltid bør inkluderes, og på den måten blir utfallsvariabel i «sin egen rett». Nytteverdien avhenger imidlertid av at brukertilfredshetsdataene kan tilskrives spesifikke behandlingsmetoder, noe som ikke er tilfellet hvis brukere rapporterer høy tilfredshet uavhengig av behandlingsmetode.

Brukertilfredshet spiller altså ulike roller i dagens helsevesen, og det diskuteres både *hva* informasjonen sier oss noe om, og *hvilken funksjon* den kan tilskrives. I det følgende avsnittet vil brukertilfredshet plasseres i en historisk kontekst, og det vil presenteres en oppdatert modell over hvilke faktorer som antas å predikere brukertilfredshet. Konkrete utfordringer i anvendelsen av brukertilfredshetsdata vil også beskrives.

1.2 Brukertilfredshet; utvikling, prediktive faktorer, og utfordringer

1.2.0 Historisk utvikling

Ideen om å måle brukertilfredshet i forbindelse med psykologisk behandling er hentet fra næringslivet. Med et ønske om bedre å forstå kjøperes valg og preferanser, begynte man på 1960-tallet å legge vekt på brukeres evaluering av produkter og tjenester. Tilbakemeldinger fra brukere ble ansett som verdifull informasjon når det kom til å utvikle produkter og tjenester som i størst mulig grad tilfredstilte brukernes behov (Fraser & Wu, 2013).

Brukertilfredshet ble i økende grad forstått som en kognitiv vurdering som påvirker hvorvidt brukeren vil benytte seg av samme, eller lignende, produkt eller tjeneste i fremtiden. Ettersom brukertilfredshet gradvis etablerte seg som en verdifull informasjonskilde i næringslivet, ble det gjort mye forskning på dette fenomenet, og flere teorier om forståelsen av begrepet ble introdusert.

I 1983 utviklet Pascoe «kontrast-modellen», som beskriver brukertilfredshet som et produkt av diskrepansen mellom forventningene til et produkts yteevne, og den opplevde ytelsen. I

følge denne modellen vil brukertilfredsheten være lav dersom den forventede yteevnen er høyere enn den opplevde ytelsen, og vice versa (Pascoe, 1983). En alternativ modell ble utviklet av Olsavshky og Miller i 1972, kalt assimileringmodellen. Assimileringmodellen baserer seg på Festingers teori om kognitiv dissonans, og man antar etter denne at så lenge diskrepansen mellom forventet yteevne og opplevd ytelse ligger innenfor et akseptabelt nivå, vil de fleste brukere rapportere tilfredshet i tråd med sine forventninger (Anderson, 1973). For å demonstrere hvordan forventninger kan påvirke brukerevalueringer, gjennomførte Olsavshky og Miller en studie med 100 mannlige studenter, og fant at måten et produkt blir omtalt på i forkant av kjøp og bruk, påvirker brukeres rapportering av opplevd ytelse. Mer spesifikt demonstrerte forfatterne at produkter som ble omtalt som bedre enn de faktisk var, også mottok flere positive tilbakemeldinger, noe de forklarte som en assimilering mellom forventet yteevne og opplevd ytelse. På samme måte mottok produkter som ble omtalt som dårligere enn de faktisk var, flere negative tilbakemeldinger (Olsavshky & Miller, 1972).

Kontrastmodellen og assimileringmodellen beskriver ulike måter forventninger til et produkt eller tjeneste kan påvirke brukertilfredshet. I 1973 presenterte Rolph E. Anderson en modell som integrerte begge disse modellene i det han kalte «kontrast – assimileringmodellen» (Anderson, 1973). I denne modellen vil prinsippene fra assimileringmodellen gjelde så lenge diskrepansen mellom forventet yteevne og opplevd ytelse er relativt liten. Blir diskrepansen større, vil prinsippene fra kontrastmodellen tre inn ved å skape mer eller mindre tilfredse brukere (Anderson, 1973). Det er fremdeles uenighet rundt hvilken av disse modellene som best forklarer brukertilfredshet, men «kontrast – assimileringmodellen» ligger til grunn for mye av dagens tankegang om brukertilfredshet (Fraser & Wu, 2013). Alle tre modellene fremhever imidlertid et viktig aspekt ved brukertilfredshet: Forventninger spiller en sentral rolle. Anvendt på psykologisk behandling, indikerer dette at måten et behandlingsopplegg blir beskrevet og omtalt på, bidrar til å skape forventninger som igjen kan påvirke tilfredshet i etterkant. Forventningers innvirkning på brukertilfredshet, kan dermed begrense muligheten til å trekke slutninger vedrørende selve behandlingsintervensjonen basert på brukertilfredshetsdata.

Det har også blitt diskutert om brukertilfredshet er et resultat av rent kognitive vurderinger, eller om affektive komponenter også spiller en rolle. Yi publiserte en artikkel i 1990 hvor han argumenterte for inkluderingen av affektive komponenter i brukertilfredshet, ved å beskrive to ulike typer tilfredshet; 1) tilfredshet med produktet og/eller tjenestens ytelse, og 2) tilfredshet

med selve forbruksprosessen. Anvendt på psykologisk behandling, kan dette omskrives til tilfredshet med utfall av behandling, og tilfredshet med selve behandlingsprosessen, mer spesifikt en resultat- og en prosessfaktor.

Siden slutten av 70 – tallet, da brukertilfredshet for alvor ble tatt i bruk i helsesektoren, har nytteverdien og anvendelsesområdene blitt diskutert. Kiesler (1983) påpekte at tilfredshet kan påvirkes av flere faktorer utenfor selve behandlingsintervensjonen som offentlig rykte, hvorvidt behandling er frivillig, holdninger til behandlingsinstitusjon og terapeut, personalets holdninger, i tillegg til kvaliteter ved selve instrumentet som skal måle brukertilfredshet. Med økt anvendelse av brukertilfredshetsdata, reiste det seg dermed spørsmål om hvilke faktorer, utover selve behandlingsintervensjonen, som er med på å påvirke denne variabelen. I det følgende avsnittet vil det presenteres en modell som beskriver hva man i dag anser som de mest sentrale faktorene for brukertilfredshet.

1.2.1 Prediktive faktorer for brukertilfredshet

Før modellen beskrives, må det nevnes at forskning på forbrukeratferd fra næringslivet ikke kan anvendes ukritisk på brukere som mottar psykologisk behandling. En av hovedforskjellene mellom næringslivet og helsesektoren, er at målet i næringslivet som oftest er å øke etterspørsel, mens det i helsesektoren er å minske etterspørsel ved å løse problemer. Samtidig tjener behandlingsinstitusjoner og behandlingstiltak på et godt rykte i kampen mot alternative behandlingstilbydere, noe som gjør konkurranseaspektet aktuelt også for helsetjenester. Videre er valgmulighetene ofte betydelig færre, eller fraværende, i helsesektoren, noe som står i skarp kontrast til de ofte ubegrensede valgmulighetene på produkt- og tjenestemarkedet. Det er allikevel mye nyttig informasjon å hente fra forskningen gjort på brukertilfredshet frem til i dag, og en modell som godt oppsummerer denne kunnskapen kalles «The Expectancy – performance Disconfirmation Model» (Fraser & Wu, 2013). Denne modellen tar for seg fem faktorer som man antar at predikerer brukertilfredshet: *forventninger, opplevd ytelse, diskonfirmasjon, affekt, og «equity».*

- Forventninger:

Forventninger er oppfatninger av hvor gode resultater et produkt eller en tjeneste vil gi. Oppfatningene dannes basert på kunnskap om produktet/tjenesten, og fra alle tidligere opplevelser, eller referanser, til produktet. Et vesentlig poeng er at forventninger kan oppstå

basert på liten, eller ingen direkte erfaring med produktet eller tjenesten (Fornell, Johnson, Anderson, Cha, & Bryant, 1996). Woodruff og Gardial (1996) fant at kunder bruker flere kilder når de vurderer produkter og tjenester, bl.a. idealistiske forestillinger om hvor gode resultater produktet/tjenesten bør gi, konkurrerende produkters resultater, og løfter gitt av tilbyder. Samlet sett danner inntrykkene forventninger, som fungerer som en standard for sammenligning med de faktiske resultatene (Woodruff & Gardial, 1996, ref. i Kleppa & Olsen, 2009). Anvendt på psykologisk behandling, kan således offentlig rykte, tidligere erfaring med liknende behandling, og måten en behandling beskrives på, spille inn på brukertilfredsheten, noe som illustrerer selve intervensjonens begrensede rolle i tilfredshetsvurderingen.

- *Opplevd ytelse*

Opplevd ytelse omhandler hvordan brukeren faktisk opplever et produkt eller en tjeneste (Woodruff & Gardial, 1996, ref. i Kleppa & Olsen, 2009). Brukeren foretar en subjektiv vurdering av behandlingsopplegget, noe som igjen danner grunnlag for sammenligning med forventningene. Et viktig moment vedrørende denne faktoren, er i hvilken grad den subjektive vurderingen henger sammen med mer strukturerte og objektive mål på behandlingsutfall. Når brukertilfredshet benyttes som mål på behandlingseffektivitet, tas denne sammenhengen for gitt, men som det vil komme frem i oppgavens del 1.3.3 (Brukertilfredshet og andre utfallsvariabler), kan den subjektive kvaliteten legge begrensninger for hva man kan trekke ut av slike data.

- *Diskonfirmasjon*

Diskonfirmasjon ble tidlig anslått som et sentralt element for brukertilfredshet, og beskriver utfallet av sammenligningsprosessen mellom brukeres forventninger, og deres totalinntrykk av produktet/tjenesten i etterkant av forbruket. Elkhani og Bakri (1983) beskriver tre typer diskonfirmasjon: Positiv-, negativ-, og «simple»-diskonfirmasjon. Anvendt på psykologisk behandling, kan et behandlingsopplegg som oppleves som bedre enn forventet skape en positiv diskonfirmasjon, noe som igjen antas å skape høy tilfredshet. Er behandlingen dårligere enn forventet skapes en negativ diskonfirmasjon, noe som antas å føre til lavere tilfredshet. En behandling som innfrir forventningene skaper en «simple»-diskonfirmasjon, noe som antas å føre til tilfredshet i tråd med forventningene, noe som blant annet demonstreres i studien av Olsavshky og Miller (1972) beskrevet over. Brukeres forventninger kan som nevnt dannes basert på liten eller ingen erfaring med et behandlingsopplegg, men er

allikevel med på å prege brukeres tilfredshet med et behandlingsopplegg.

Diskonfirmasjonsfaktoren blir dermed en viktig påminner om hvordan brukertilfredshet kan påvirkes av andre faktorer enn selve behandlingsopplegget.

- *Affekt*

Affekt faktoren er et relativt nytt innslag i «The Expectancy – performance Disconfirmation Model». Faktorens rolle og funksjon er fremdeles på utforskningsstadiet, men det er i dag liten tvil om at affekter spiller en sentral rolle for brukertilfredshet. Det antas at brukeres affektive tilstand svinger i tråd med typen diskonfirmasjon som oppstår, men også av aspekter tilknyttet behandlingsprosessen, som for eksempel i hvilken grad man føler seg forstått og ivaretatt (Fraser & Wu, 2013). I en studie fra 2003, fant Krampf, Ueltschy og d'Amico at affekt faktoren spiller en like stor rolle som diskonfirmasjonsfaktoren i situasjoner hvor brukere i høy grad er involvert med tjenesteytere, noe som nesten alltid er tilfellet i psykologisk behandling (ref. i Sunder, 2009). Dette funnet belyser viktigheten av klinikers mellommenneskelige kompetanse når det kommer til å skape tilfredse brukere. Ingram og Chung (1997) bidro til å fremheve viktigheten av prosessrelaterte faktorer for brukertilfredshet, da de demonstrerte at brukere i «attention – only»-grupper ofte rapporterer like høy tilfredshet som brukere i intervensjonsgrupper. Dette fenomenet har blitt beskrevet som en «thank – you» -effekt, og er nok et kompliserende element for tolkningen av tilfredshetsdata. Effekten kan forklares ved at brukeres takknemlighet over å bli «sett og hørt» har en sterkere innvirkning på tilfredsheten enn behandlingens faktiske virkning og utfall.

- «*Equity*»

Av mangel på gode, norske alternativer, har jeg valgt å beholde det engelske begrepet «equity». «Equity»-faktoren antas å påvirke brukertilfredshet ved at brukere foretar «rettferdighetsvurderinger» hvor de sammenligner egen og andres behandlingsopplevelse, og hvor normer tilknyttet de aktuelle behandlingsformene spiller inn. Både aspekter tilknyttet selve behandlingsintervensjonen, og ikke-behandlingsrelaterte aspekter som kostnad, behandlingstidspunkt, og beliggenhet, spiller inn i disse rettferdighetsvurderingene (Fraser & Wu, 2013). Ettersom mange behandlingstilbud i Norge støttes av det offentlige, vil imidlertid ikke kostnadsaspektet være like aktuelt som behandlingstidspunkt og sted i en slik vurdering. Hvorvidt en bruker må kjøre langt for å komme til behandling, eller om vedkommende må ta seg fri fra jobb, kan dermed spille inn på tilfredshetsvurderingen. For å skape et tydelig skille

mellom faktorer som har direkte relevans til behandlingsintervensjonen og ikke, vil aspekter som kostnad, tidspunkt og sted omtales som «ikke-behandlingsrelaterte aspekter» heretter.

«The Expectancy - performance Disconfirmation Model» bidrar med viktig kunnskap om hvilke faktorer som er av betydning for brukertilfredshet. Som det kommer frem av beskrivelsene ovenfor, er flere av faktorene urelatert til selve behandlingsintervensjonen. Dette er av vesentlig betydning når det kommer til *hva* man Leser ut av brukertilfredshet, og for *hvilken funksjon* informasjonen tilskrives. Uten å ta med disse faktorene i beregningen, kan man risikere å trekke feilaktige slutninger vedrørende behandlingsmetoders etiske forsvarlighet, graden av tilpasning til brukere, og effektivitet. Slike feilslutninger kan få alvorlige konsekvenser på individ- og samfunnsnivå, da behandlingsmetoder kan godkjennes på feilaktig grunnlag. I det følgende avsnittet vil det gis en beskrivelse av konkrete utfordringer tilknyttet forskningen på-, og bruken av brukertilfredshetsdata.

1.2.2 Utfordringer

Som det kommer frem i avsnittene over, er brukertilfredshet et fenomen som påvirkes av diverse faktorer som i større eller mindre grad kan knyttes til selve behandlingsintervensjonen. Brukerevalueringer har allikevel blitt anvendt i flere tiår, og kritikken har ikke latt vente på seg. Allerede i 1983 uttalte Moriss Parloff at brukere ser ut til å være fornøyde uavhengig av hvilken behandling de får (Parloff, 1983). I 1984 etterlyste Shaw mer fokus på de psykometriske sidene ved brukerevalueringer, etter at han kun fant 66 % test – retest overenstemmelse mellom brukertilfredshetsmålinger målt med to ukers mellomrom. Sitzia (1999) gjennomgikk 195 studier som målte brukertilfredshet i helsesektoren, og fant at kun 6 % av måleinstrumentene hadde tilfredsstillende psykometriske egenskaper. Noen år senere uttalte Robert W. Weinback følgende om brukertilfredshetsdata: «...the major problem of using client satisfaction surveys as indicators of intervention effectiveness, or of quality of a service, is that satisfaction with services and successful intervention are not the same» (Weinback, 2005, ref. i Shek, 2010, s. 293).

Basert på disse funnene og uttalelsene, krystalliseres tre markante utfordringer knyttet til brukertilfredshet som informasjonskilde:

- 1) Brukeres tendens til å rapportere høy tilfredshet uavhengig av behandlingsmetode.

- 2) Brukerevalueringsskjemaers svake psykometriske egenskaper.
- 3) Brukertilfredshets rolle som effektivitetsmål, tross manglende sammenheng med andre utfallsvariabler.

I det følgende avsnittet vil det presenteres relevant forskning tilknyttet til disse tre utfordringene i anvendelsen av brukertilfredshetsdata.

1.3 En forskningsgjennomgang

1.3.0 En utfallsvariabel i vekst

I 2012 publiserte Hoagwood, Jensen, Acri, Olin, Lewandowski og Herman en meta-analyse av alle eksperimentelle studier av behandlingstilbud til barn og ungdom, med fokus på hvilke utfallsvariabler som blir anvendt. Hoagwood og hans kolleger sammenlignet to tidsperioder på 15 år, hhv. perioden fra 1980 til 1995, og perioden fra 1996 til 2011, og fant at bruken av brukerorienterte utfallsvariabler hadde økt aller mest. I løpet av den første tidsperioden hadde åtte studier anvendt brukerorienterte utfallsvariabler, til sammenligning med 47 studier i den andre tidsperioden. Uavhengig av kritikken rundt begrepet, blir altså brukertilfredshet anvendt som utfallsvariabel i økende grad, noe som igjen demonstrerer viktigheten av mer kunnskap om dette begrepet.

1.3.1 Typiske tendenser for brukertilfredshetsdata

I 1997 gjennomførte Barbara Lichner Ingram og Richard S. Chung en studie av brukerevalueringer utfylt av 8522 klienter fra diverse kliniske settinger.

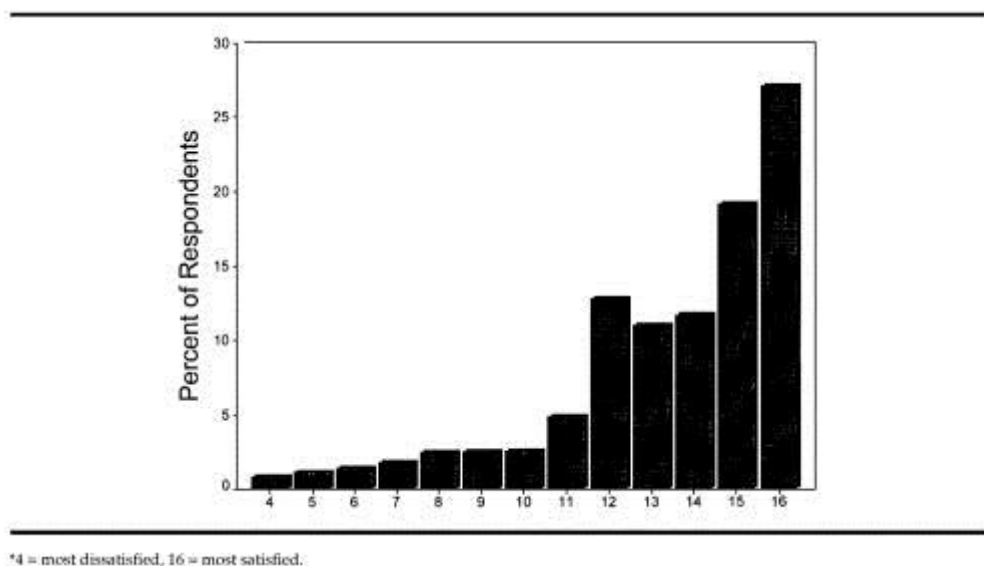
Brukerevalueringsskjemaet de benyttet seg av var «Client Satisfaction Questionnaire», som består av 21 enkeltspørsmål, og som måler tilfredshet med klient – terapeut forholdet, behandlingsopplevelsen, og oppfatninger om hvor tilgjengelig og godt koordinert behandlingstilbudet oppleves. Spørsmålene besvares gjennom en fempunkts Likert-skala som strekker seg fra «excellent» til «poor».

Besvarelsene på «Client Satisfaction Questionnaire» kunne grovt fordeles i to grupper: Maksimalt tilfredse brukere (ca. 70 %), og moderat tilfredse brukere (ca. 30 %). Det var med andre ord svært få brukere som rapporterte lav tilfredshet, noe som gjorde seg utslag i en

«skjev» datadistribusjon i negativ retning (se figur 1). I følge forfatterne er denne typen distribusjon imidlertid typisk for brukertilfredshetsdata, og denne studien er en god illustrasjon på virkningene av «thank – you» - effekten. En implikasjon av dette funnet, er at brukertilfredshetsdata bør tolkes med en viss edruelighet, spesielt når det kommer til å trekke slutninger vedrørende behandlingsmetode, ettersom de fleste brukerne er fornøyde på tvers av diverse kliniske settinger. Manglende normalfordeling begrenser også mulighetene til å trekke slutninger fra diverse statistiske analyser hvor normalfordeling er en forutsetning.

Figur 1:

Distribusjon av brukertilfredshetsdata samlet inn med «Client Satisfaction Questionnaire» (N=8522)



(Ingram & Chung, 1997)

1.3.2 Psykometrisk validering

Ønsker man å inkludere brukertilfredshet som en utfallsvariabel i en studie, er det viktig å gjøre psykometriske analyser i forkant, for på den måten å gi resultatene kredibilitet. Som nevnt, fant Sitzia (1999) at kun 6 % av 195 studier med brukertilfredshet som utfallsmål, benyttet seg av instrumenter som var reliable og valide. Det finnes foreløpig få studier med validering av brukerevalueringsskjemaet «Family Satisfaction Survey» som anvendes i denne oppgaven, men instrumentet har tidligere vist seg å være både reliabelt og valid i en studie av «Multisystemic treatment (MST)» (Ogden & Halliday – Boykins, 2004). Brestan, Rayfields, Jacobs og Eyberg publiserte i 1998 resultatene fra en psykometrisk analyse av et beslektet

evalueringsskjema, «Therapy Attitude Inventory» (heretter TAI), hvor de gjennomførte flere av de samme analysene som har blitt utført på brukertilfredshetsdataene i denne oppgaven.

TAI er et mål på brukertilfredshet spesielt tilpasset foreldretreningsprogrammer. TAI måler tilfredshet på tre områder: tilfredshet med graden av innlærte foreldreegenskaper, tilfredshet med barnets atferdsendring, og tilfredshet med behandlingsformen (Brestan et al., 1998).

Flere forskere og klinikere som har benyttet seg av TAI, har foreslått at verktøyet måler to underliggende faktorer, det være seg tilfredshet med prosess og tilfredshet med utfall. En slik tofaktorstruktur er i tråd med Yis (1990) forslag om en affektiv komponent i brukertilfredshet (nevnt i del 1.2.0). Brestan og kolleger gjorde en psykometrisk validering av skalaen med overordnet mål å etablere skalaens reliabilitet og validitet. Reliabiliteten ble undersøkt ved å beregne skalaens indre konsistens, og validiteten ved å undersøke skalaens underliggende faktorstruktur. Respondentene var 62 mødre til barn diagnostisert med «attention deficit/hyperactivity disorder» (ADHD), «oppositional defiant disorder» (ODD), «conduct disorder» (CD), eller en kombinasjon av disse. Behandlingen var «parent – child interaction therapy», en behandlingsmetode designet spesifikt mot foreldre og barn med atferdsvansker.

Analysene av dataene samlet inn med TAI, viste at skalaen hadde en høy indre konsistens, noe som indikerer at leddene i spørreskjemaet henger sammen, og dermed styrker måleinstrumentets reliabilitet. Ved hjelp av en prinsippal komponentanalyse, fant forfatterne to underliggende faktorer med «eigenvalues» høyere enn én. Disse faktorene ble av forfatterne tolket som tilfredshet med prosess, og tilfredshet med resultat.

Brestan og kolleger styrket i denne studien TAI's reliabilitet og begrepsvaliditet, ved å demonstrere høy grad av sammenheng innad i spørreskjemaet, og ved å få frem nyanser i forholdet mellom skalaen, og det teoretiske begrepet «brukertilfredshet». Oppdagelsen av denne tofaktorstrukturen gjør at man i større grad vet hva TAI faktisk måler, og den styrker også Yis (1990) antagelse om en resultat-, og en prosessfaktor.

1.3.3 Brukertilfredshet og andre utfallsvariabler

Graden av sammenheng mellom brukertilfredshet og andre utfallsvariabler er av særlig stor betydning for brukertilfredshets rolle i effektivitetsstudier. Forskningsfeltet har ikke oppnådd noen konsensus rundt dette spørsmålet, og mye av grunnen kan være den store variasjonen i utformingen av brukerevalueringsskjemaer (Shek, 2010). Det vil i dette avsnittet presenteres

studier som både bekrefter og avkrefter brukertilfredshets sammenheng med andre utfallsvariabler.

Studier som bekrefter sammenheng:

Ankuta og Abeles (1993) undersøkte forholdet mellom symptomreduksjon og brukertilfredshet hos 74 klienter som mottok psykoterapi for depresjon, angst, og andre psykologiske plager. Symptomreduksjon ble målt ved hjelp av SCL-90, og brukertilfredshet ble målt gjennom utvalgte elementer av brukerevalueringsskjemaet «Strupp Post Therapy Client Questionnaire». Resultatene demonstrerte at klienter med signifikante symptomendringer på SCL-90 gjennomsnittlig rapporterte høyere tilfredshet enn klienter med moderat til ingen symptomendring. Forfatterne tolket disse resultatene som en tydelig indikasjon på at brukertilfredshet og symptomendring henger sammen. Et viktig moment vedrørende denne studiens relevans, er imidlertid at mål på brukertilfredshet og mål på atferdsendring stammer fra én og samme person, noe som ikke er tilfellet for foreldretreningsprogrammer. I foreldretreningsprogrammer fylles brukerevalueringer ut av foreldre, mens effektivitet måles basert på barnet/ungdommens atferd. Denne forskjellen kan gjøre Ankuta og Abeles sine funn noe misvisende i forbindelse foreldretreningsprogrammer, men inkluderes allikevel da studien er et vesentlig bidrag i diskusjonene rundt brukertilfredshets sammenheng med andre utfallsvariabler.

I studien utført av Brestan og kolleger (1998) nevnt i avsnittet 1.3.2 over, ble det som et ledd i valideringen av TAI undersøkt om det var noen sammenheng mellom mødres tilfredshet med behandling, foreldrerapportert endring i barnets atferd, og endring i mor – barn interaksjonen observert av en kliniker. Med andre ord undersøkte de sammenhengen mellom brukertilfredshet, og både subjektive og objektive utfallsvariabler. Brestan og kolleger fant moderate korrelasjoner mellom mødres tilfredshetsskårer på TAI, og mødres rapportering av atferdsendring hos barnet. TAI-skårene korrelerte også moderat med atferdsendringer observert av klinikere. Forfatterne fant imidlertid ingen signifikante korrelasjoner mellom mødres tilfredshet, og absolutte mål på alvorlighetsgrad i etterkant av behandling. Disse funnene indikerer at det er graden av endring, og ikke nødvendigvis hvilket fungeringsnivå barnet befinner seg på i etterkant av behandling, som påvirker brukertilfredsheten. Sammenhengen mellom brukertilfredshet og andre utfallsmål bidrar til å styrke brukertilfredshetens posisjon som mål på behandlingseffektivitet.

Webster – Stratton, Reid og Hammond utførte i 2004 en eksperimentell studie av 159 barn med «oppositional defiant disorder» (ODD). Målet med studien var å undersøke effekten av treningsgrupper for foreldre, barn og lærere, og et av utfallsmålene var brukertilfredshet. I denne studien viste det seg at høy tilfredshet hos foreldre og lærere, korrelerte signifikant med positive foreldre-, og lærerrapporteringer av barnas atferd. Studien bidrar således til å styrke sammenhengen mellom brukertilfredshet og andre utfallsvariabler, og dermed også bruken av tilfredshetsdata som effektivitetsmål.

Shek (2010) demonstrerte at skårene fra et brukerevalueringsskjema skreddersydd til å måle spesifikke aspekter ved en utdanningsprosess blant 3 298 kinesiske studenter, korrelerte med atferdsmessige utfallsvariabler. En implikasjon av dette funnet er i følge Shek viktigheten av å lage evalueringsskjemaer tett knyttet opp til det aktuelle tilbudet/behandlingen, for på den måten å øke sjansene for at brukertilfredsheten henger sammen med den faktiske atferdsendringen. Med andre ord kan det grunnleggende spørsmålet omformuleres fra *om* det er sammenheng mellom brukertilfredshet og andre utfallsvariabler, til *når* denne sammenhengen finner sted.

Studier som avkrefter sammenheng:

Lambert, Salzer og Bickman publiserte i 1998 resultatene fra en multitrait - multimethod analyse av 199 behandlede ungdommer, hvor et av målene var å undersøke sammenhengen mellom brukertilfredshet og symptomendring. Lambert og hans kollegaer beskriver liten tiltro til sammenkoblingen mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet, og har som hypotese at brukertilfredshet og symptomendring er adskilte mål. Forfatterne fikk bekreftet sin hypotese ved at brukertilfredshet og symptomendring ikke korrelerte signifikant, noe de tolket som evidens for at brukertilfredshet og symptomendring er separate konstrukter. En følge av dette funnet, er at brukertilfredshet kan være høy uavhengig av om ungdommens symptomer har endret seg. Et nyanserende element ved denne studien, er at brukertilfredshet og symptomendring ble samlet inn fra flere informanter, hhv. henviste klient, klientens foreldre, og fra trenede intervjuere. Det viste seg at ungdommenes tilfredshetsvurderinger i større grad hang sammen med symptomendring enn foreldrenes tilfredshetsvurdering, noe som illustrerer viktigheten av å vurdere hvem som besvarer brukerevalueringsskjemaer. Oppdagelsen av at typen informant kan påvirke i hvilken grad tilfredshetsinformasjon henger sammen med andre utfallsvariabler, kan også være med på å forklare den lave sammenhengen som ofte er tilfellet i foreldretreningsprogrammer.

Lunnen, Ogles og Papas publiserte i 1998 resultatene av en studie som demonstrerer viktigheten av å skille mellom subjektive og objektive mål på endring når man skal vurdere en behandlings effektivitet. I studien mottok 66 klienter psykologisk behandling hvorpå alle fylte ut brukerevalueringsskjemaet «Client Satisfaction Questionnaire-8» i etterkant av behandling. Endring ble målt med «Outcome Questionnaire-45» (heretter OQ-45), et strukturert spørreskjema som fylles ut av brukeren og som måler symptomtrykk, interpersonlige problemer og sosial rollefungering, i tillegg til med instrumenter utviklet for å måle graden av oppfattet endring («percieved change»). Resultatene viste en signifikant sammenheng mellom brukertilfredshet og graden av opplevd endring, men ikke mellom brukertilfredshet og symptomendring målt med OQ-45. Det var med andre ord større sammenheng mellom subjektive endringsmål og brukertilfredshet, enn mellom mer objektive endringsmål og brukertilfredshet. Hvis denne studien kun hadde inkludert subjektive endringsmål, kunne man feilaktig ha sluttet at brukertilfredshet korrelerer med atferdsendring. Inklusjonen av det strukturerte og mer objektive symptommålet «OQ – 45.2», demonstrerte imidlertid at det ikke er empirisk grunnlag for å trekke en slik slutning.

Utover de allerede nevnte studiene, finnes det mange studier som problematiserer sammenhengen mellom brukertilfredshet og andre utfallsvariabler. Tetzlaff, Khan, Godley, Godley, Diamond og Funk (2005) fant at brukertilfredshet ikke kunne predikere rusmisbruk i etterkant av behandling i et utvalg på 600 unge rusmisbrukere. Pekarik og Wolff (1996) fant heller ingen signifikante korrelasjoner mellom brukertilfredshet og symptomreduksjon etter å ha studert 176 klienter ved tre ulike helsesentre i USA. Videre ser det ut til at jo lenger klienter blir i et behandlingsprogram, jo mer fornøyde blir de, noe som åpner for at brukerevalueringsskjemaer kun utfylles av de mest fornøyde brukerne. Denne tendensen kan gjøre at sluttetrykket blir noe skjevt, og gjør tolkningsarbeidet av brukertilfredshetsdata desto vanskeligere (Heinze, Jozefowicz, & Toro, 2010).

1.4 Oppsummering

Brukertilfredshet er en form for brukermedvirkning som ble utviklet i næringslivet, men som siden 70 – tallet har fått økende popularitet innenfor psykisk helsehjelp. Informasjonen brukes i dag av etiske pasienthensyn, men også som utfallsvariabel i effektivitetsstudier. Forskning på brukertilfredshet har trukket frem fem faktorer som antas å predikere graden av tilfredshet: *forventninger, opplevd ytelse, diskonfirmasjon, affekt, og «equity»*. Anvendelsen av

brukertilfredshetsdata har mottatt mye kritikk, da mange mener at brukere ofte er fornøyde uavhengig av hvilken behandling de har fått, noe som svekker denne typen datas informasjonsverdi. Videre har brukerevalueringsskjemaer blitt kritisert for å ha for dårlige psykometriske egenskaper, noe som kan gjøre dem lite stabile og troverdige. Forskningsfeltet er delt hva gjelder brukertilfredshets sammenheng med tradisjonelle utfallsmål som symptomnivå og fungering, noe som er av avgjørende betydning for brukertilfredshetens posisjon som utfallsvariabel i effektivitetsstudier.

1.5 Problemstillinger

Denne oppgaven baserer seg som nevnt på data samlet inn av Atferdssenteret i forbindelse med en randomisert effektivitetsstudie av PMTO (Ogden & Hagen, 2008). I studien ble forsøkspersonene (N=112) fordelt i en intervensjonsgruppe som mottok PTMO-behandling, og i en sammenligningsgruppe som mottok diverse, eksisterende familiebehandlingstilbud («treatment as usual», heretter TAU). Alle brukere ble bedt om å fylle ut brukerevalueringsskjemaet «Family Satisfaction Survey» (Lübrecht, 1992) i etterkant av behandling, og det er disse dataene som vil analyseres i denne oppgaven. Problemstillingene er som følger:

- 1: *Er brukerne i intervensjons- og sammenligningsgruppen like tilfredse?*
- 2: *Hvordan er de psykometriske egenskapene til «Family Satisfaction Survey»?*
- 4: *Er dataene et godt mål på behandlingseffektivitet?*
- 3: *Finnes det andre variabler av betydning for brukertilfredshet i dette utvalget?*

2 Metode

For en nærmere beskrivelse av deltakere, prosedyrer og måleinstrumenter, se Ogden og Hagens artikkel «Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems» fra 2008.

2.1 Deltakere

Deltakere i studien var 112 barn og deres foreldre, av disse 90 (80,4 %) gutter og 22 (19,6 %) jenter. Deltakerne ble rekruttert gjennom kommunale hjelpetjenester for barn og ungdom. Aldersspennet på barna var fra 4 – 12 år ($M = 8.44$, $SD = 2.13$). Gutter og jenter ble jevnt fordelt i hhv. intervensjons- og sammenligningsgruppen. 59 familier ble gitt PMTO-behandling (intervensjonsgruppe), og 53 familier ble gitt «treatment as usual» (sammenligningsgruppe). Deltakerne hadde selv kontaktet hjelpeapparatet på bakgrunn av atferdsproblemer hos barnet. Inklusjonskriteriene ble definert ut fra den fjerde utgaven av «*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*» som enhver atferd oppført som symptom på «oppositional defiant disorder (ODD)», «conduct disorder» (CD), eller nært beslektede problembeskrivelser. Eksklusjonskriterier var autismespekterlidelser, mental retardasjon, dokumentert seksuelle overgrep, og foreldre med alvorlig psykopatologi eller utviklingshemming, men ingen barn ble ekskludert på dette grunnlaget. (Ogden & Hagen, 2008).

Barna i studien ble kartlagt med Child Behavior Checklist (CBCL) og Teacher Report Form (TRF) ved inntak, og hadde alvorlige atferdsproblemer basert på T skårene. Gjennomsnittlig T skåre for CBCL Total Problem Scale var 66.27 ($SD = 10$), for CBCL Externalizing scale, 66.28 ($SD = 9.97$); for TRF Total Problem Scale, 68.51 ($SD = 9.78$), og for TRF Externalizing scale, 64.96 ($SD = 9.78$). T skårer lavere enn 60 anses som innenfor normalpopulasjonen, skårer fra 60 – 63 anses som grensende til klinisk populasjon, og skårer høyere enn 63 anses som klinisk populasjon (Ogden & Hagen, 2008).

Gjennomsnittlig årlig inntekt per familie var 350,000 kr. ($SD = 23, 9011$), og det var ingen signifikant inntektsforskjell mellom behandlingsbetingelsene. Gjennomsnittsalder for primær omsorgsgiver var 39.07 år ($SD = 6.49$). Blant primæromsorgsivere ($n = 99$) hadde 25 (25.3 %) høyere utdannelse, 53 (53.5 %) fullført videregående skole, og 21 (21.2 %) fullført

ungdoms-, eller barneskole. Blant 104 familier (sivilstatusinformasjon mangler fra åtte familier) var 45 (43.3 %) gift eller samboende med barnets andre forelder, 42 (40.4 %) eneforsørgere, og 17 (16.3 %) gift eller samboende med en annen voksen. Informasjon om etnisk bakgrunn ble innsamlet fra 67 deltakere, og av dem var 63 (94.0 %) norske og 4 (6.0 %) fra andre vesteuropeiske land (Ogden & Hagen, 2008).

2.2 Prosedyrer

2.2.0 Rekrutering og deltakelse.

Rekruteringsperioden varte fra januar 2001 til april 2005. Datainnsamling i etterkant av behandling ble gjort fra oktober 2001 til mai 2006. Rekrutering ble gjennomført ved hjelp av de eksisterende rutine for henvisning til hjelpeapparatet, det vil si basert på kliniske vurderinger av en behandler, og altså ingen formell «screening». På samme måte ble deltakere vurdert som aktuelle for denne studien. Foreldre ble informert om forskningsprosjektet og invitert til å delta. De som ønsket dette ble bedt om å gi en skriftlig bekreftelse på deltakelsen. Med godkjennelse fra foreldrene, ble barnas lærer informert om forskningsprosjektet, og spurt om de ville delta, og sendt spørreskjema i posten. Foreldre og lærere ble gitt en liten økonomisk kompensasjon for å besvare spørreskjemaene (Ogden & Hagen, 2008).

Terapeuter ble rekruttert gjennom en åpen invitasjon til alle PMTO-sertifiserte terapeuter. De ble også bedt om å rekruttere terapeuter til sammenligningsgruppen fra egne eller andre behandlingssteder (Ogden, Hagen, 2008).

2.2.1 Randomisering

Familiene ble tilfeldig fordelt i en intervensjons-, eller sammenligningsgruppe. Randomiseringen ble gjort parvis, og utført på de lokale behandlingsstedene ved hjelp av forseglede konvolutter. Batteriet med måleinstrumenter ble også administrert lokalt på behandlingsstedene (Ogden & Hagen, 2008)

2.3 Måleinstrumenter

Studien benyttet seg av flere måleinstrumenter for å kartlegge barnas atferd før, under, og etter behandling. Ettersom denne oppgavens fokus er brukertilfredshet, vil brukerevalueringsskjemaet beskrives noe grundigere enn instrumentene benyttet for å måle symptomnivå og fungering.

2.3.0 Family Satisfaction Survey

Brukerevalueringer ble målt med skalaen «Family Satisfaction Survey» (se vedlegg), utviklet av Lübrecht i 1992 (Ogden & Hagen, 2008). Skalaen består av 12 spørsmål, hvor respondenten skal rangere tilfredshet med ulike aspekter av behandlingen på en fire punkts Likert-skala. Skjemaet måler foreldres opplevelse av behandlingens effektivitet, hvorvidt de er villige til å gjennomgå samme behandling igjen, om de vil anbefale behandlingen til andre, i tillegg til kvaliteten på interaksjonen med terapeuten (Ogden & Halliday-Boykins, 2004). Det finnes lite tilgjengelig grunndokumentasjon på skalaen, men den norske oversettelsen av skjemaet har blitt brukt i en tidligere studie utført av Ogden og Halliday-Boykins i 2004, og den viste seg da å være både reliabel og valid (Ogden & Hagen, 2008). Skalaen inneholder både spørsmål rettet mot behandlingsprosessen, og mot utfallet av behandling, og mot ikke-behandlingsrelaterte aspekter som tidspunkt og sted. Høyest mulig skåre er 48, og lavest mulig skåre er 12. Høyere skåre indikerer større grad av tilfredshet.

NB: For at alle spørsmålene skal kunne tolkes likt, må Likert-skalaene peke i samme retning, dvs. at høy skåre indikerer høy tilfredshet. I datafilen er spørsmål 5, 7, 10 og 12 formulert slik at høyere skårer indikerer lavere tilfredshet, og ble derfor reversert i forbindelse med statistiske analyser.

2.3.1 Øvrige måleinstrumenter

CBCL (Child Behavior Check-list) og TRF (Teacher Report Form) er velkjente og reliable spørreskjemaer utviklet av Achenbach, som fanger opp barns fungeringsnivå. CBCL blir fylt ut av foreldre, og TRF blir fylt ut av lærere (Ogden & Hagen, 2008).

SSRS (Social Skills Rating System): SSRS er utviklet av Gresham og Elliot og måler sosiale og akademiske ferdigheter hos barn og ungdom. Spørreskjemaet består av en forelderversjon, og en lærerversjon. Skalaen har vist seg å være både reliabel og valid for norske barn og ungdom (Ogden & Hagen, 2008).

PDR (Parent Daily Report): PDR, utviklet av Chamberlain, måler observerbare atferdsproblemer rapportert av foreldre. Skjemaet består av 34 beskrivelser av atferd, som foreldre blir bedt om å svare «ja» eller «nei» på, for å kartlegge barnets atferd i løpet av de siste 24 timer. Datainnsamlingen ble gjort over telefon tre påfølgende dager før og etter behandling (Ogden & Hagen, 2008).

2.4 Intervensjon-, og sammenligningsgruppe

2.4.0 Intervensjonsgruppe

Deltakerne i intervensjonsgruppen mottok PMTO-behandling («Parent Management Training Oregonmodellen»). PMTO er en evidensbasert behandlingsmetode som ble implementert i alle Norges helseregioner i 1999 (Ogden og Hagen, 2008). Metoden er utviklet av Gerald Patterson og kolleger ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA. Det antas i denne modellen at foreldrepraksis har en direkte innvirkning på barns atferd, og at for å skape endring hos barn, må man hovedsakelig jobbe gjennom foreldrene. Målet i PMTO er å bryte ned skadelige samspillsmønstre mellom foreldre og barn, ved å trene foreldre på fem grunndimensjoner: positiv involvering, ferdighetstrening, problemløsning, monitorering og grensesetting. Terapeuten vil også identifisere styrker ved familien som allerede er til stede, og bygge videre på disse (Aartun & Tisløv, 2009)

Totalt 33 PMTO-terapeuter, fra alle Norges helseregioner, deltok i studien. Seksten terapeuter behandlet en sak hver, 12 behandlet to, 2 behandlet tre saker, 2 behandlet fire saker, og 1 behandlet fem saker. Basert på rapporter fra terapeutene var gjennomsnittlig terapideltakelse 26 timer for mor, 14 timer for far, og 2 timer for henvist barn. Ingen barn mottok terapi uten foreldre til stede. (Ogden & Hagen, 2008).

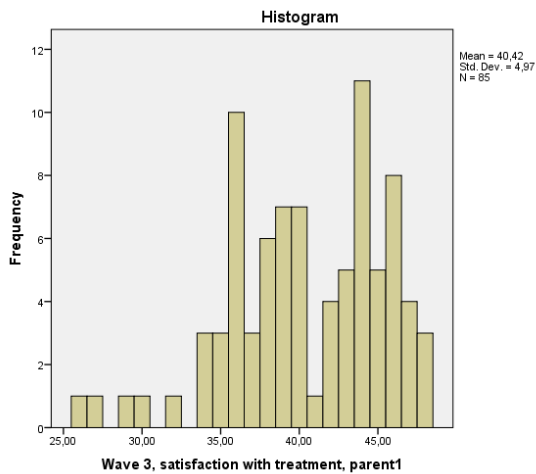
2.4.1 Sammenligningsgruppe

Familier henvist til sammenligningsgruppen mottok ulike typer behandling, oppsummert som «treatment as usual» (TAU). Basert på rapporter fra terapeutene var fordelingen som følger: Familierterapi ($n = 10$), marte meo ($n = 6$), atferdsterapi ($n = 2$), kognitiv terapi ($n = 1$), humanistisk – eksistensiell terapi ($n = 1$), andre former ($n = 27$). Det manglet informasjon vedrørende seks familier (Ogden & Hagen, 2008).

2.5 “Uteliggere” og distribusjon

Brukerevalueringsskårene ble sjekket for ekstremverdier, og det originale gjennomsnittet ble sammenlignet med et trimmet gjennomsnitt hvor 5 % av de høyeste og laveste skårene var eliminert. Forskjellene på det originale gjennomsnittet ($M = 40,42$) og det trimmete gjennomsnittet ($M = 40,70$) var svært liten, noe som tyder på at ekstremverdier spiller liten rolle på den originale gjennomsnittsverdien, og ekstremverdier ble ikke endret på. Videre ble skalaen undersøkt for normaldistribusjon, noe som kan undersøkes ved å se på en grafisk fremstilling av datamaterialet (se figur 2), men også ved å inspisere skewness-, og kurtosis-verdier (Pallant, 2007). Skewness – verdien ($-0,605$) og kurtosis – verdien ($0,058$) var begge akseptable (± 2 (Ogden & Kjøbli, 2012)). En tredje måte å undersøke om et datasett er normalfordelt på, er i følge Pallant (2007) å inspisere Kolmogorov – Smirnov verdien, hvor ikke-signifikante verdier ($>0,05$) indikerer normaldistribusjon. I dette tilfellet var signifikansverdien lavere enn $0,05$, og betingelsen om normalfordeling er således ikke oppfylt. Manglende normalfordeling kan være problematisk når man ønsker å utføre statistiske analyser på et datamateriale ettersom normalfordeling er en forutsetning for diverse statistiske analyser. Ikke – normalfordelt datadistribusjon er imidlertid relativt vanlig i sosialvitenskap, og når man opererer med store utvalg (Pallant, 2007). I tillegg er skjevfordelingen (se figur 2) typisk for akkurat brukertilfredshetsdata, og distribusjonen kan sies å reflektere konstruktets natur (Ingram & Chung, 1997) ved at brukere gjennomgående ser ut til å rapportere høy tilfredshet. Transformasjon ble utført på brukertilfredshetskårene, og andre aktuelle variabler, for å undersøke om dette ville gi andre resultater enn med originalskårene, noe som ikke var tilfellet. Etter en skjønnsmessig vurdering, ble de opprinnelige dataene lagt til grunn for videre analyser.

Figur 2: Distribusjon av brukertilfredshetsdata fra «Family Satisfaction Survey»



2.6 Manglende data

Det ble utført en missing-analyse for å undersøke hvor mange ledd i datasettet det manglet informasjon om. Inspeksjon av datamaterialet viste at 27 deltakere hadde svart mangelfullt, eller unnlatt å svare i det hele tatt (se tabell 9 i appendiks). Disse 27 tilfellene ekskluderes fra videre analyser, og utvalget blir dermed på $N = 85$. Det ble testet for gruppeforskjeller mellom deltakere som ble inkludert og deltakere som ble ekskludert, og det viste seg å være flere signifikante forskjeller mellom gruppene (se tabell 1). En større andel av brukerne i eksklusjonsgruppen var henvist fra barnevernstjenesten, i motsetning til i inklusjonsgruppen hvor en større andel var henvist fra BUP eller andre instanser. I inklusjonsgruppen var det gjennomsnittlig flere individer som levde på samme inntekt, og barnets gjennomsnittsalder ved inntak var høyere. Blant de ekskluderte deltakerne tilhørte en større andel sammenligningsgruppen, noe som tyder på et større frafall fra «TAU»-betingelsen. Disse resultatene indikerer at frafallet er systematisk og ikke tilfeldig, noe som vil drøftes i oppgavens diskusjonsdel.

Tabell 1

Gruppeforskjeller mellom inklusjons-, og eksklusjonsgruppe.

Variabler	Inklusjonsgruppe		Eksklusjonsgruppe		<i>p</i>
	M	SD	M	SD	
<i>Henvisende instans</i> (1=Barnevernstjeneste 2=BUP 3=annet)	1,67	0,473	1,23	0,439	0,03
<i>Antall individer som lever på samme inntekt</i>	3,71	1,14	2,86	1,56	0,02
<i>Barnets alder</i>	8,63	1,99	7,68	2,32	0,04
	PMTO	TAU	PMTO	TAU	
<i>Behandlingsbetingelse</i>	62,40 %	36,60 %	25,80 %	74,20 %	0,01

Merknad: *Behandlingsbetingelse* oppgis i prosentandel deltakere fra hhv. PMTO og TAU-gruppe.

2.7 Statistiske analyser

Alle analysene presentert i denne oppgaven har blitt utført med SPSS versjon 20.

2.7.0 Chronbachs alfa

Chronbachs alfa er et mål på indre konsistens, det vil si i hvor stor grad leddene i et spørreskjema «henger sammen». Indre konsistens måles ved å inspisere gjennomsnittskorrelasjonen mellom leddene, og ved hvor mye av variansen i leddene som kan forklares av én faktor (Pallant, 2007). Den indre konsistensen måles i Chronbachs α (Chronbach, 1951, ref. i Pallant, 2007), som kan ha verdier fra 0 til 1, og hvor høyere verdier indikerer høyere indre konsistens. En alfa på $\alpha = 0,7$ anses ofte som en minimumsverdi for akseptabel indre konsistens (Pallant, 2007).

2.7.1 Faktoranalyse

Faktoranalysen benyttet i denne oppgaven er en Prinsipal komponentanalyse (PCA) med oblik rotasjon. Prinsipal komponentanalysen undersøker om enkeltenhetene i et spørreskjema måler en eller flere underliggende faktorer. Analyseprogrammet finner underliggende faktorer ved å lete etter «oppnopninger» eller grupperinger i variablenes interkorrelasjoner (Pallant, 2007). Rotasjon er et verktøy som kan bidra til å skape en enklere, og mer tolkbar

faktorstruktur. Det finnes flere metoder til bruk når man skal bestemme seg for hvilke underliggende komponenter man skal trekke ut fra en prinsippal komponentanalyse. De vanligste metodene er Kaisers kriterium, og inspeksjon av Catells Scree-plot. Kaisers kriterium rangerer komponenter etter størrelse på «eigenvalues», og det anbefales at kun komponenter med «eigenvalues» større enn én trekkes ut. Videre kan man inspiserer den grafiske fremstillingen av komponentene og deres «eigenvalues» ved å se på Catells scree-plot, hvor Y-aksen representerer «eigenvalues», og X-aksen representerer komponentene. Komponenten med høyest «eigenvalue» får X-verdien 1, nest høyeste får verdi 2, osv., slik at man får en synkende graf jo lenger ut på X-aksen man kommer. En tommelfingerregel er at man trekker ut de komponentene som kommer før den tydeligste «knekk» på linjen (Pallant, 2007).

For å kunne trekke slutninger ut i fra en prinsippal komponentanalyse, bør man i følge Floyd og Widaman (1995) ha en subjekt-variabel ratio på 4:1, eller 5:1. «Family Satisfaction Survey» består av 12 spørsmål, dvs. 12 variabler, og med et utvalg på N=112, blir subjekt-variabel ratioen på 9:1, noe som anses som tilfredsstillende. Videre anbefales det at man bør ha flere korrelasjonsverdier på $r > 0.3$ mellom enkeltleddene, noe som kan inspiseres ved å se på korrelasjonsmatrisen (Pallant, 2007). Korrelasjonsmatrisen viste flere koeffisienter lik, eller større enn 0,3, og dette kravet kan anses som oppfylt.

For å teste faktorevne, ble Kaiser-Meyer-Okin (KMO) benyttet. Hvis faktoranalyse skal være et passende mål på et datasett, bør KMO kan ha verdier over 0,6. I dette tilfellet var KMO=0,854, noe som støtter bruken av faktoranalyse.

2.7.2 T-test

T-testen benyttet i denne oppgaven kalles en «independent sample t-test». T – testen brukes til å sammenligne gjennomsnittsskårer i to grupper, og den forteller hvorvidt en eventuell forskjell i skårer er signifikant (Pallant, 2007). Når man benytter seg av en t- test bør distribusjonen i gruppene være normalfordelt, og variansen i hver gruppe bør være homogen. T – testen er imidlertid robust i tilfeller hvor forutsetningen om normalfordeling ikke er oppfylt, og man må foreta en skjønnsmessig vurdering om hvorvidt man allikevel vil ta testen i bruk. I dette tilfellet er forutsetningen om normalfordeling ikke oppfylt, og forutsetningen om homogen varians oppfylt. Eventuelle konsekvenser av ikke – oppfylte forutsetninger vil drøftes i diskusjonsdelen.

2.7.3 Effektstørrelse

Hvert enkeltspørsmåls effektstørrelse ble regnet ut med formelen:

$$\text{Eta}^2 = \frac{t^2}{t^2 + (N(\text{PMTO}) + N(\text{Kontroll}) - 2)}$$

Effektstørrelse gir informasjon om hvor stor innvirkning en uavhengig variabel har på den avhengige variabelens totale varians. Cohen har kommet med retningslinjer for tolkning av effektstørrelsen, og grovt inndelt er de som følger: $\text{Eta}^2 = 0,01$ indikerer liten effekt på den avhengige variabelens totale varians, $\text{eta}^2 = 0,06$ indikerer en moderat effekt, og $\text{eta}^2 = 0,14$ indikerer stor effekt (Pallant, 2007).

2.7.4 Korrelasjonsanalyse

For å estimere grad av korrelasjon mellom ulike variabler i datafilen, ble det benyttet korrelasjonskoeffisienter beregnet ved hjelp av «Pearson product- moment coefficient». I denne oppgaven er cut – off for signifikans satt til $p = 0,05$.

2.7.5 Regresjonsanalyse

Regresjonsanalyser brukes for å utforske forholdet mellom en avhengig, og en eller flere uavhengige variabler, og baserer seg på korrelasjon mellom variabler. Når man har flere uavhengige variabler med i ligningen kalles analysen en «multipel regresjonsanalyse», og når uavhengige variablene plasseres i ligningen samtidig, opererer man med en «standard multipel regresjonsanalyse». De uavhengige variablene kalles prediktorvariabler, og den avhengige kalles kriterievariabel. I følge Pallant (2007) bør ikke korrelasjonskoeffisientene mellom de uavhengige variablene være større enn 0,7 når man skal utføre en multipel regresjonsanalyse, og man bør derfor inspisere korrelasjonsmatrisen før man utfører analysen. Videre bør man undersøke hvor mye av hver uavhengige variabels varians som ikke kan tilskrives de andre uavhengige variablene, noe som kan gjøres ved å inspisere «tolerance» -, og «VIF»-verdier fra SPSS-output. «Tolerance» - verdier bør være høyere enn 0.1 og «VIF» - verdier bør være lavere enn 10 (Pallant, 2007). Det bør være lineære forhold mellom

standardiserte residualer, og mellom hver uavhengige variabel og den avhengige, noe som kan undersøkes ved å inspisere scatter – plots fra SPSS – output. Inspeksjonen bør også undersøke om det foreligger «uteliggere» med forstyrrende effekt på resultatet, og normalfordeling er en forutsetning for bruk av denne analysemetoden.

Brukertilfredshetsdataene som analyseres i denne oppgaven oppfyller alle krav til bruk av multippel regresjonsanalyse, bortsett fra forutsetningen om normalfordeling. Eventuelle begrensninger som resultat av dette vil drøftes i oppgavens diskusjonsdel.

2.8 Analysestrategi

For å undersøke hvilke brukere som er mest tilfredse, vil gjennomsnittet av totalskårene på «Family Satisfaction Survey» for intervensjons- og sammenligningsgruppen sammenlignes ved hjelp av en independent sample t – test. På samme måte vil gjennomsnittskårene for hvert av de tolv spørsmålene sammenlignes mellom gruppene, for finne mer ut av hva den eventuelle tilfredshetsforskjellen består i.

Videre vil det utføres psykometriske analyser på spørreskjemaet, med overordnet mål å undersøke skalaens reliabilitet og validitet. Reliabilitet vil undersøkes ved å beregne skalaens indre konsistens, ved hjelp av en Cronbachs alfa analyse. Ettersom det kun er utført én innsamling av brukertilfredshetsdata vil det ikke blir regnet ut en test-retest koeffisient i denne oppgaven, og Cronbachs alfa koeffisienten vil dermed være hovedindikator på reliabilitet. Videre vil skalaens dimensjonalitet undersøkes gjennom en prinsippal komponentanalyse, med ønske om å finne ut mer av hva brukerevalueringsskjemaet faktisk måler. Tilstedeværelsen av underliggende, tematisk tolkbare, faktorer, som f.eks. tilfredshet med prosess og tilfredshet med resultat, vil kunne bidra med nyanserende informasjon vedrørende forståelsen og tolkningen av brukertilfredshetsdata, noe som igjen styrker begrepsvaliditeten. En alternativ måte å styrke skalaens begrepsvaliditet på, er å finne ut hvilke av spørsmålene som i størst grad korrelerer med totalskåren, og dermed hva brukerne i størst grad tufter sin vurdering på. Dette vil gjennomføres ved å beregne de bi-variate korrelasjonskoeffisientene mellom hvert enkeltledd og totalskåren i utvalget som helhet, intervensjonsgruppen, og sammenligningsgruppen. Koeffisientene vil rangeres etter størrelse, slik at man får en hierarkisk fremstilling av hvilke spørsmål som man kan anta best predikerer den totale tilfredshetsvurderingen.

For å undersøke hvorvidt brukertilfredshet er et egnet mål på behandlingseffektivitet, vil sammenhengen med tradisjonelle utfallsvariabler som symptomnivå og fungering beregnes ved bi – variate korrelasjonsanalyser. Skårene på «Family Satisfaction Survey» vil analyseres opp mot postmålinger av CBCL, PDR, SSRS, og endringsskårer på CBCL. Disse analysene vil utføres på utvalget som helhet og på intervensjonsgruppen (i tabell 6, 7 og 8 beskrevet som «PMTO»), for å se om det er forskjeller mellom en gruppe som kun mottar én behandlingsform, versus en blandet gruppe (sammenligningsgruppen vil her utelates da utvalget som helhet representerer en blandet gruppe med flere deltakere). Eventuelle signifikante koeffisienter vil bringes videre i multiple regresjonsanalyser for å undersøke hvorvidt variablene kan predikere brukertilfredshet.

Som siste ledd i analysen, vil det beregnes bi-variate korrelasjonskoeffisienter mellom diverse variabler tilgjengelig i datafilen og totalskårene på brukertilfredshet, for å lete etter alternative sammenhenger. Eventuelle signifikante koeffisienter vil bringes videre i en multippel regresjonsanalyse for å se hvorvidt disse variablene kan predikere skårer på brukertilfredshet.

3 Resultater

3.1 Gruppeforskjeller

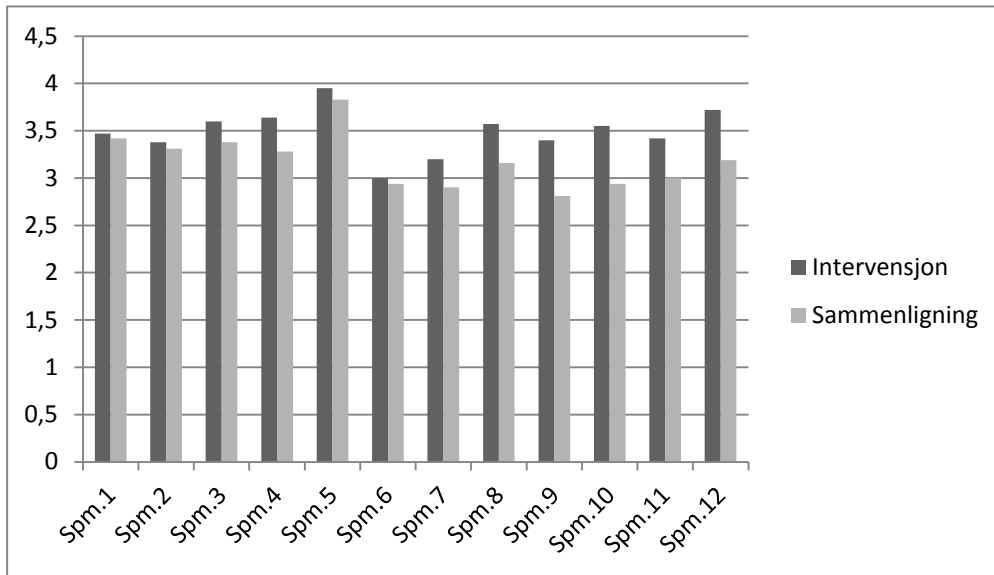
3.1.0 Totalskårer

Et av hovedmålene i denne studien var å sammenligne brukertilfredshetskårer mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen. Ved hjelp av en independent sample *t*-test ble gjennomsnittet av brukertilfredshetskårene i intervensjonsgruppen ($M = 41,9$, $SD = 4,28$), og sammenligningsgruppen ($M = 37,97$, $SD = 5,10$) sammenlignet ($t(85) = 3,81$), og differansen viste seg å være signifikant ($p < 0,01$). På totalskårenivå er det således en forskjell i brukertilfredshet mellom de to gruppene.

3.1.1 Gjennomsnittsskårer på enkeltspørsmål

Ved hjelp av independent sample *t*-tester, ble gjennomsnittsskårene på hvert enkeltspørsmål beregnet i intervensjonsgruppen og i sammenligningsgruppen. Resultatene viser at deltakerne i intervensjonsgruppen gjennomsnittlig skårer høyere på alle spørsmålene i spørreskjemaet (se figur 3). Videre var det signifikante forskjeller i gjennomsnittsbesvarelsen på spørsmål 4 («Hvor gode muligheter fikk du til å fortelle om barnet ditt og familien?»), spørsmål 8 («Har tilbudet vært til hjelp for ditt barn?»), spørsmål 9 («Har tilbudet ført til forandringer i familiens måte å være på?»), spørsmål 10 («Var arbeidsmetoden nyttig for familien i det daglige?»), spørsmål 11 («Ble tilbudet gitt på et tidspunkt og sted som passet godt for familien?») og spørsmål 12 («Ble tilbudet gitt på et tidspunkt og sted som passet godt for familien?»). Effektstørrelsene indikerer at spørsmål 10 har stor effekt på variansen i totalskårer, og at spørsmålene 4, 8, 9, 11 og 12 har moderate effekter på variansen (se tabell 2).

Figur 3: Gjennomsnittsskårer på hvert enkeltspørsmål i intervensjons-, og sammenligningsgruppe



Tabell 2

Gjennomsnittsskårer, *t*-verdier, og effektstørrelser i intervensjons og sammenligningsgruppe på enkeltspørsmål.

	PTMO		TAU		<i>t</i> (85)	<i>p</i>	95 % CI		<i>Eta</i> ²
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Spm. 1	3,47	0,64	3,42	0,54	-1,75	0,07	-0,54	0,04	0,04
Spm. 2	3,38	0,49	3,31	0,63	-0,52	0,6	-0,31	0,18	0,002
Spm. 3	3,6	0,56	3,38	0,54	-1,83	0,07	-0,48	0,02	0,04
Spm. 4	3,64	0,65	3,28	0,76	-2,3	0,02	-0,67	-0,5	0,06
Spm. 5	3,95	0,18	3,83	0,37	-1,95	0,06	-0,24	0,001	0,04
Spm. 6	3	0,77	2,94	0,9	-0,33	0,74	-0,43	0,31	0,001
Spm. 7	3,2	0,66	2,9	0,72	-1,95	0,05	-0,61	0,01	0,04
Spm. 8	3,57	0,54	3,16	0,68	-3,08	<0,01	-0,65	-0,15	0,103
Spm. 9	3,4	0,69	2,81	0,86	-3,45	<0,01	-0,91	-0,25	0,125
Spm. 10	3,55	0,6	2,94	0,72	-4,19	<0,01	-0,32	-0,9	0,175
Spm. 11	3,42	0,69	3	0,83	-2,47	0,02	-0,75	-0,08	0,06
Spm. 12	3,72	0,53	3,19	0,78	-3,72	<0,01	-0,81	-0,24	0,12

Merknad: CI = Confidence interval; LL= Lower limit; UL= Upper limit. *p*(two-tailed)<0,05 er uthevet.

3.2 Psykometriske analyser av «Family Satisfaction Survey»

3.2.0 Indre konsistens

Skalaens reliabilitet ble undersøkt ved å måle indre konsistens, gjennom en Cronbachs alfa analyse. Som vist i tabell 3 overstiger skalaens alfa-koeffisient ($\alpha = 0,851$) den anbefalte verdien ($\alpha > 0,7$) (Pallant, 2007).

Tabell 3:

Cronbachs alfa for skala «Family Satisfaction Survey»

	α	N
Total skåre	0,851	85

Merknad: 27 tilfeller ble ekskludert basert på manglende verdier. Spørsmål 5, 7 10 og 12 er reversert.

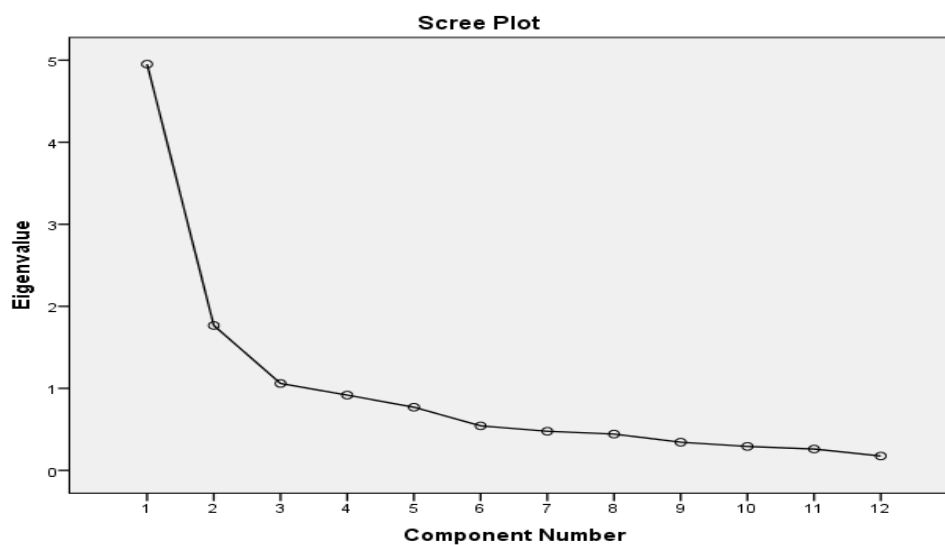
3.2.1 Faktoranalyse

Den underliggende faktorstrukturen til «Family Satisfaction Survey» ble undersøkt ved hjelp av en eksplorerende faktoranalyse kalt «prinsipal komponent analyse» med oblik rotasjon, fra SPSS versjon 20.

Prinsipal komponentanalysen ga i dette tilfellet tre faktorer med «eigenvalues» større enn én. Faktor én forklarte 41,3 % av den totale variansen, faktor en og to forklarte 56,9 %, og de tre faktorene forklarte tilsammen 64, 8 %. De to tydeligste knekkene på scree-plottet befinner seg etter komponent én og to, og det må derfor foretas en skjønnsmessig vurdering over hvilke komponenter som skal velges ut (se figur 4). Komponentstrukturen viser mange kryssladninger, og det er vanskelig å definere noen tematiske skiller mellom komponentene (tabell 10 i appendiks viser de uroterte faktorladningene). Oblik rotasjon ble utført, men fjernet imidlertid ikke kryssladningene, og det kommer ikke frem noe tydelig tematisk skille mellom komponentene (se tabell 4). Basert på disse beregningene fremstår det ikke meningsfullt å skille mellom subskalaer, og jeg har konkludert med at en énfaktorløsning er den beste.

Tabell 4:*Roterte faktorladninger^a, korrelasjon spørsmål – faktor, og delt varians*

	Roterte faktorladninger			Korrelasjon spm. - faktor			Delt varians
	Faktor			Faktor			
	I	II	III	I	II	III	
Spm. 1	0,9	-0,16	0,03	0,88	0,2	0	0,54
Spm. 2	0,81	-0,07	-0,03	0,88	0,13	0,07	0,15
Spm. 3	0,89	-0,15	0,08	0,85	0,13	0,11	0,61
Spm. 4	0,79	-0,08	-0,02	0,77	0,52	-0,18	0,7
Spm. 5	0,68	0,32	-0,26	0,76	0,17	0	0,62
Spm. 6	0,66	0,28	-0,04	0,75	0,48	0,04	0,93
Spm. 7	0,54	0,33	0,05	0,65	0,43	0,12	0,57
Spm. 8	0,27	0,14	0,14	0,31	0,24	0,16	0,73
Spm. 9	-0,37	0,8	-0,17	0,37	0,81	0,26	0,74
Spm. 10	-0,07	0,79	0,08	0,16	0,76	0,18	0,76
Spm. 11	0,11	0,74	0,19	0,2	0,77	-0,07	0,62
Spm. 12	-0,03	0,03	0,95	0,05	0,13	0,94	0,75

^aMetode: Oblik rotasjon. Merknad: Faktorladning>0,3 er uthevet.**Figur 4:** *Scree – plot av faktorstrukturen underliggende «Family Satisfaction Survey»*

3.2.2 Enkeltledds betydning for totalskåren

For å finne ut hvilke(t) spørsmål som har størst betydning for totalskåren, ble korrelasjonen mellom hvert enkeltspørsmål og totalskåren beregnet. Korrelasjonskoeffisientene mellom enkeltspørsmål og totalskåre ble regnet ut ved hjelp av «Pearson product- moment coefficient (r)» for hele utvalget, intervensjonsgruppen, og sammenligningsgruppen. Som vist i tabell 5 har enkeltspørsmålene ulik korrelasjon med totalskåren i de tre gruppene, og den hierarkiske fordelingen basert på koeffisientstørrelse blir dermed ulik. Dette indikerer at ulike spørsmål har ulik betydning for totalskåren i utvalget som helhet, intervensjonsgruppen, og sammenligningsgruppen.

Tabell 5:

Korrelasjonskoeffisienter enkeltspm. – totalskåre i hele utvalget (N=85), intervensjonsgruppe (N=53), og sammenligningsgruppe (N=32).

	Hele utvalget		Intervensjon		Sammenligning			
	<i>r</i>	R.O.	<i>r</i>	R.O.	<i>r</i>	R.O.		
Spm.1	0,72**	<i>Spm.10</i>	Spm.1	0,718**	<i>Spm.10</i>	Spm.1	0,712**	<i>Spm.11</i>
Spm.2	0,42**	<i>Spm.11</i>	Spm.2	0,2	<i>Spm.9</i>	Spm.2	0,67**	<i>Spm.12</i>
Spm.3	0,45**	<i>Spm.9</i>	Spm.3	0,42**	<i>Spm.12</i>	Spm.3	0,40**	<i>Spm.10</i>
Spm.4	0,62**	<i>Spm.12</i>	Spm.4	0,67**	<i>Spm.11</i>	Spm.4	0,50**	<i>Spm.8</i>
Spm.5	0,41**	<i>Spm.8</i>	Spm.5	0,35**	<i>Spm.8</i>	Spm.5	0,39**	<i>Spm.9</i>
Spm.6	0,24*	<i>Spm.1</i>	Spm.6	0,32**	<i>Spm.1</i>	Spm.6	0,15	<i>Spm.1</i>
Spm.7	0,67**	<i>Spm.7</i>	Spm.7	0,70**	<i>Spm.7</i>	Spm.7	0,59**	<i>Spm.2</i>
Spm.8	0,75**	<i>Spm.4</i>	Spm.8	0,724**	<i>Spm.4</i>	Spm.8	0,720**	<i>Spm.7</i>
Spm.9	0,773**	<i>Spm.3</i>	Spm.9	0,76**	<i>Spm.3</i>	Spm.9	0,713**	<i>Spm.4</i>
Spm.10	0,80**	<i>Spm.2</i>	Spm.10	0,80**	<i>Spm.5</i>	Spm.10	0,724**	<i>Spm.3</i>
Spm.11	0,78**	<i>Spm.5</i>	Spm.11	0,726**	<i>Spm.6</i>	Spm.11	0,80**	<i>Spm.5</i>
Spm.12	0,772**	<i>Spm.6</i>	Spm.12	0,728**	<i>Spm.2</i>	Spm.12	0,75**	<i>Spm.6</i>

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ R.O.=Rank Order (hierarkisk fremstilling) Merknad: Spm. 5, 7, 10 og 12 er reverserte. Koeffisientene er rundet av til to desimaler, bortsett fra der hvor et tredje desimal trengs for å differensiere koeffisientene.

3.2.2 Oppsummering av validering

Resultatene demonstrerer at «Family Satisfaction Survey» har tilfredsstillende indre konsistens, og resultatene av faktoranalysen resulterte i en énfaktorløsning.

Den hierarkiske fordelingen viste seg noe ulik i utvalget som helhet, intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen. I utvalget somhelhet var spørsmål 10 («Var arbeidsmetoden nyttig for familien i det daglige?») det spørsmålet som korrelerte høyest mest med totalskåren ($r = 0,80^{**}$), noe som også var tilfellet i intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen var spørsmål 11 av størst betydning for totalskåren («Ble tilbudet gitt på tidspunkt og sted som passet godt for familien?», $r = 0,80^{**}$). I intervensjonsgruppen ble spørsmål 11 rangert som nummer fire ($r = 0,726^{**}$). Det ser således ut som spørsmålene veier noe ulikt i intervensjons- og sammenligningsgruppen, noe som kan indikere at tilfredshetsvurderingene tuftes på ulikt grunnlag i ulike intervensjonsgrupper.

Videre er de fem høyest rangerte spørsmålene (spørsmål 8, 9, 10, 11 og 12) også blant spørsmålene som ga signifikant forskjellig gjennomsnittsbesvarelser i hhv. intervensjons- og sammenligningsgruppen, noe som bidrar til å forklare gruppeforskjellen på totalskårenivå.

3.3 Brukertilfredshets sammenheng med andre variabler

3.3.0 Symptomnivå og fungering

I innledningen ble det nevnt artikler med ulike funn hva gjelder brukertilfredshets sammenheng med andre utfallsvariabler. Et av målene med denne oppgaven er å undersøke hvorvidt det er noen sammenheng mellom brukertilfredshet og utfallsvariabler som symptomnivå og fungering. Mer spesifikt innebærer dette å undersøke om det er noen sammenheng mellom skårer på «Family Satisfaction Survey», og postmålinger av symptom og fungeringsskalaene CBCL, PDR og SSRD. Som nevnt i innledningen, fant Brestan og kolleger (1998) en sterkere sammenheng mellom brukertilfredshet og graden av endring, i forhold til mellom brukertilfredshet og absolutte atferdsmål i etterkant av behandling. Av denne grunn inkluderes også graden av endring på CBCL som en variabel i analysen. Det ble gjennomført korrelasjonsanalyser for å lete etter sammenhenger mellom den avhengige og de

uavhengige variablene. Analysene ble gjennomført på utvalget som helhet, og på intervensjonsgruppen.

Ingen av utfallsvariablene korrelerte signifikant med den avhengige variabelen i noen av gruppene (se tabell 6), noe som indikerer liten sammenheng mellom brukertilfredshet og post – og endringsmål på symptom-, og fungeringsnivå. Inspeksjon av scatter-plots for de ulike uavhengige variablene opp mot den avhengige, indikerer at de lave korrelasjonsverdiene ikke skyldes kurvlineære forhold, eller ekstremverdier.

Ettersom det ikke ble oppdaget noen signifikante sammenhenger, blir det ikke aktuelt å gå videre med multiple regresjonsanalyser på disse variablene.

Tabell 6:

Korrelasjonskoeffisienter variabel – brukertilfredshet i intervensjonsgruppe og i hele utvalget

	<i>r</i>	
	PMTO	Hele utvalget
CBCL, total	-0,05	-0,13
CBCL, W1-W3	0,08	0,14
SSRS, total	0,17	0
PDR, total	0,09	-0,15

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

3.3.1 Andre variabler av betydning for brukertilfredshet

For å lete etter andre variabler av betydning for brukertilfredshet, ble det gjennomført bi-variate korrelasjonsanalyser mellom diverse uavhengige variabler og totalskårer på «Family Satisfaction Survey». På samme måte som i avsnittet over, ble dette gjort på utvalget som helhet, og på intervensjonsgruppen (se tabell 7).

Følgende fem variabler viste seg å korrelere signifikant med totalskåren på brukertilfredshet i utvalget som helhet: «Behandlingstimer totalt» ($r = 0,36^{**}$), «Antall timer mor har deltatt» ($r = 0,43^{**}$), «Behandlingsavslutning p.g.a.: oppnådd målsetning med behandling» ($r = 0,43^{**}$), «Behandlingsavslutning p.g.a.: synes ikke det hjelper» ($r = -0,30^{**}$), og «Får barnet medikamentell behandling?» ($r = -0,44^*$).

I intervensjonsgruppen korrelerte tre variabler signifikant med brukertilfredshet:

«Behandlingstimer totalt» ($r = 0,35^*$), «Behandlingsavslutning p.g.a.: oppnådd målsetning med behandling» ($r = 0,50^{**}$), og «Kunne du ha trengt annen hjelp?» ($r = 0,27^*$).

Tabell 7

Korrelasjonskoeffisienter div. variabler - brukertilfredshet på hele utvalget, og intervensjonsgruppe.

Uavhengige variabler:	R	
	PMTO	Hele utvalget
Symptom-, og fungeringsmål før behandling:		
-CBCL	0,04	0,12
-PDR	-0,06	0,03
-SSRS	0,18	-0,17
Alder ved inntak	0,13	0,04
Kjønn	-0,18	-0,02
Organisasjon (BUP vs. Barnevern)	-0,06	-0,08
Sivilstatus	0,13	0,19
Høyest fullførte utdanning	0,22	0,16
Deltakelse (antall timer):		
-Behandlingstimer totalt	0,35*	0,36**
-Barn	0,14	-0,19
-Mor	0,23	0,43**
-Far	0,09	0,08
Årsak til behandlingsavslutning:		
-Oppnådd målsetning med behandling	0,50**	0,43**
-Fornøyd med det som er oppnådd	0,07	0,16
-Ikke anledning til å følge opp lengre	-0,18	-0,08
-Synes ikke det hjelper	-0,23	-0,30**
Spesielle familieforhold:		
-Nei	-0,05	-0,15
-Ja: Alvorlige samlivsproblemer/konflikter	0,13	0,09
-Ja: Alvorlige livshendelser	0,17	-0,08
-Ja: Alvorlige samlivsproblemer og praktiske vansker	-0,07	0,02
-Ja: Økonomiske problemer og praktiske vansker	0	-0,07
-Ja: barnets situasjon på skolen	-0,1	-0,05
-Ja: Barnets situasjon på fritiden.	-0,04	-0,05
Kunne barnet ha trengt annen hjelp?	0,24	0,11
Kunne du trengt annen hjelp?	0,27*	-0,12
Inntekt:		
Inntekt per person målt før behandling	0,22	0,14
-Antall personer som lever på denne inntekten	-0,07	-0,15
Inntekt per person målt etter behandling	0,03	-0,04
-Antall personer som lever på denne inntekten	-0,1	-0,09

Har barnet noen av følgende diagnoser?		
-AD/HD	0,14	0,01
-Asbergers syndrom	-	-
-Tourettes syndrom	-	-0,01
-Atferdsforstyrrelser	0,1	0,12
-Angst og depresjon	0,03	-0,2
-Tvangsforstyrrelse	0,11	0,12
Får barnet medikamentell behandling?	-0,14	-0,44*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ Merknad: Signifikante koeffisienter er uthevet

Tabell 8:

Prediktorvariabler for totalskåre på brukertilfredshet

Variabel	Brukertilfredshet			
	PMTO		Hele utvalget	
	B	95% CI	B	95% CI
Konstant	35,703**		36,473**	
Deltakelse (antall timer):				
-Behandlingstimer totalt	0,322	[0.00, 0.224]	0,171	[-0.1, 0.28]
-Mor			0,233	[-0.05, 0.22]
Behandlingsavslutning:				
-Oppnådde målsetningen med behandling	0,418*	[0.527, 6.46]	0,32*	[0.22, 7.31]
-Synes ikke det hjelper			-0,35*	[-19.13, -1.38]
Får barnet medikamentell behandling?			-0,07	[-3.93, 2.59]
Kunne du ha trengt annen hjelp?	0,113	[-2.26, 4.34]		
R2	0,35		0,39	
F	4,62		5,1	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ Merknad: Signifikante koeffisienter er uthevet.

Signifikante koeffisienter ble tatt med videre i en multippel regresjonsanalyse for å undersøke hvorvidt noen av de uavhengige variablene kunne predikere brukertilfredshet (se tabell 8). Det ble utført to regresjonsanalyser, en på intervensjonsgruppen, og en på utvalget som helhet. I utvalget som helhet hadde variablene «Behandlingsavslutning p.g.a.: nådd målsetning med behandling» ($B = 0,32^*$), og «Behandlingsavslutning p.g.a.: synes ikke det hjelper» ($B = -0,350^*$), signifikante prediksjonsverdier. I intervensjonsgruppen hadde variabelen «Behandlingsavslutning p.g.a.: nådd målsetning med behandling» signifikant prediksjonverdi ($B = 0,418^*$). Basert på disse analysene ser det ut til at informasjon vedrørende årsak til behandlingsavslutning kan predikere skårer på brukertilfredshet.

4 Diskusjon

4.1 Gruppeforskjeller i brukertilfredshet

Mye av kritikken rettet mot vektlegging av brukertilfredshetsdata, omhandler brukeres tendens til å rapportere høy tilfredshet uavhengig av behandlingsmetode. Kritikken er eksemplifisert gjennom Moriss Parloffs sitat i innledningens del 1.1, og fenomenet har blitt beskrevet som resultat av en «thank – you» effekt (Fraser, Wu, 2013). Et av hovedmålene med denne studien var å undersøke hvorvidt denne kritikken stemmer, ved å studere brukertilfredshet på tvers av ulike behandlingsbetingelser. En styrke ved denne studien er inklusjonen av en sammenligningsgruppe (TAU), som gjør det mulig å undersøke om «thank – you»-effekten overgår effekten av ulik behandling. Resultatene viser tydelig at det er tilfredshetsforskjeller mellom de to gruppene i studien, ved at brukere i intervensjonsgruppen er mer fornøyde enn brukere i sammenligningsgruppen. Dette funnet demonstrerer at brukere åpenbart *ikke* alltid er like fornøyde med hvilken som helst behandlingsmetode, og at «thank – you»- effekten dermed ikke overgår effekten av ulike behandlingsmetoder. Videre styrker funnet brukertilfredshetens nytteverdi, da informasjon fra brukere med større sikkerhet kan tilskrives spesifikke behandlingsmetoder, og dermed bidra med verdifull informasjon vedrørende brukeres opplevelse av behandling. I rollen som «etisk termometer» kan det således hevdes at brukerevalueringer bidrar med viktig informasjon vedrørende de spesifikke behandlingsmetodenes forsvarlighet, og at termometeren ikke utelukkende viser høy temperatur. På samme måte blir brukertilfredshet et nyttig verktøy når det kommer til å måle graden av tilpasning til den enkelte bruker.

Når det kommer til de spesifikke behandlingsbetingelsene i denne studien, er en konkret slutning av dette funnet at PMTO-behandling skaper mer tilfredse brukere enn behandlingstilbudene oppsummert som TAU. Et av hovedmomentene i definisjonen av evidensbasert praksis er at behandlingsmetoder skal tilpasses den enkelte klients egenskaper, kultur og preferanser (Rønnestad, 2004), og det må kunne hevdes at den høye brukertilfredsheten etter PMTO-behandling er en tydelig indikasjon på at dette elementet gjennomføres på en tilfredsstillende måte.

Vel vitende om at brukere i intervensjonsgruppen er mer tilfredse enn brukere i sammenligningsgruppen, ble neste oppgave å finne ut nøyaktig hva de var mer tilfredse med.

Inspeksjon av besvarelser på enkeltspørsmål i «Family Satisfaction Survey», gir et tydeligere bilde av hva tilfredshetsforskjellene faktisk består i. Gjennomsnittsbesvarelsene var høyere i intervensjonsgruppen på alle tolv spørsmål, men det viste seg å være signifikante forskjeller på seks av dem. Disse seks spørsmålene tar for seg aspekter ved behandlingsutfall, behandlingsprosess, og ved ikke – behandlingsrelaterte aspekter som tidspunkt og sted. Det blir dermed tydelig at flere aspekter ved et behandlingsopplegg spiller inn på brukertilfredshet. En konkret gruppeforskjell tilknyttet behandlingsprosess omhandlet tilfredshet med hvor gode muligheter brukerne fikk til å prate om sitt barn og sin familie. Brukerne i intervensjonsgruppen rapporterte at de var mer tilfredse med disse mulighetene enn brukerne i sammenligningsgruppen. Forklart ved hjelp av de prediktive faktorene fra «Expectancy – performance Disconfirmation» - modellen nevnt innledningsvis, kan affektkomponenten her tenkes å spille inn ved at brukernes affektive opplevelse av å bli hørt gjør seg utslag i tilfredshetsvurderingen.

Anvendt på de spesifikke behandlingsbetingelsene, indikerer denne gruppeforskjellen at PMTO-behandlingen er i tråd med nyere tankegang om klienten som ekspert på seg selv, og som unik kunnskapsinnehaver hva gjelder egen situasjon og bedring. Innføringen av evidensbaserte metoder har imidlertid møtt kritikk i form av at utviklingen av skreddersydde behandlingsopplegg for spesifikke lidelser går i motsatt retning av fellesfaktortankegangen, hvor fokuset rettes mer mot virksomme faktorer på tvers av ulike terapimetoder (Weinberger, 2002). Når brukere av PMTO rapporter større tilfredshet med muligheten til å fortelle om sitt barn og familie, tyder dette likevel på at den muligens mest omtalte fellesfaktoren, klient – terapeut forholdet/arbeidsalliansen (Weinberger, 2002), ikke nedprioriteres, men heller ivaretas på en måte som fører til mer fornøyde brukere enn i alternative behandlingsopplegg. Dette kan også brukes som argument mot antagelser om at evidensbaserte metoder oppleves som mekaniske og manualstyrte. Videre styrker dette funnet antagelsen om at PMTO-behandlere mestrer å fange opp det unike ved hver familie gjennom å lytte, noe som igjen bidrar til å tilpasse behandlingen familiens egenskaper, kultur og preferanser.

Andre signifikante gruppeforskjeller omhandlet tilfredshet med hvor godt behandlingen har hjulpet barnet, om tilbudet har ført til forandringer i familiens væremåte, og om arbeidsmetoden har vært nyttig for familien i det daglige. Brukere i intervensjonsgruppen var mer fornøyde enn brukere i sammenligningsgruppen med alle disse behandlingsaspektene. Tilfredshetsvurderingene ser dermed ut til å tuftes på aspekter tilknyttet behandlingens utfall,

anvendbarhet, og nyttinghet, noe som beviser at «thank – you»-effekten ikke alltid dekker til effektene av disse behandlingsrelaterte aspektene på tilfredshet. Knyttet opp til de predikerende faktorene for brukertilfredshet, blir «opplevd ytelse» her sentralt, da det viser seg at klienters opplevelse av hvor godt en behandling faktisk fungerer gjør seg utslag i tilfredshetsvurderingen. Dette elementet i tilfredshetsvurderingen kan sies å være det som er tettest knyttet opp til behandlingsintervensjonen, og som i størst grad henger sammen med behandlingseffektivitet. Diskonfirmasjon kan også spille en rolle for disse utfallene ettersom forventninger anses som en sentral faktor for brukertilfredshet, men ettersom det ikke er samlet inn informasjon om brukeres forventninger, er dette vanskelig å si noe om.

Det viste seg også å være tilfredshetsforskjeller hva gjelder ikke – behandlingsrelaterte aspekter som tidspunkt og sted. Brukere i intervensjonsgruppen var mer fornøyde enn brukere i sammenligningsgruppen med disse behandlingsaspektene, noe som kan tyde på at PMTO-behandlere, i større grad enn TAU – behandlere, tar hensyn til hver enkelt families timeplan og behov. En mulig forklaring på denne gruppeforskjellen kan ligge i kravet til evidensbaserte metoder, spesifisert i definisjonen, som spesifiserer at terapeuter og klinikere skal ta hensyn til brukeres «preferanser» (Rønnestad, 2004), noe som innebærer å være lydhør overfor klientens praktiske behov og utfordringer. Det hevdes ikke at klinikere fra ikke – evidensbaserte metoder ikke tar hensyn til brukeres preferanser, men det kan tenkes at nedfelling av dette kravet i en overordnet definisjon, og i ulike metoders behandlingsmanualer, minner klinikere på viktigheten av å ivareta brukeres preferanser. En alternativ forklaring på tilfredshetsforskjellen tilknyttet dette spørsmålet, kan være at høy tilfredshet med prosess-, og resultatasppekter ved en behandling «smitter over» på spørsmål om ikke-behandlingsrelaterte forhold. Hvis dette stemmer, kan en hypotese være at «thank – you»-effekten øker jo mer fornøyde brukere er, noe som igjen gjør det vanskeligere å plukke opp nyanser i tilfredshet. Disse hypotesene kan være potensielle problemstillinger for videre forskning på feltet.

Ettersom brukere i intervensjonsgruppen var gjennomsnittlig mer tilfredse enn brukere i sammenligningsgruppen, kom det ikke som noen overraskelse at de i større grad kunne tenke seg å anbefale tiltaket til andre potensielle brukere. Brukertilfredshet blir dermed en viktig faktor i en behandlingsforms renommé, og kan være med på å prege allmenhetens oppfatninger av, og forventninger til, ulike behandlingstiltak. Med assimileringstankegang som utgangspunkt, hvor brukertilfredshet tilpasses forventninger så lenge behandlingen anses

som «akseptabel» (Anderson, 1986), vil høye forventninger kunne påvirke brukertilfredsheten i positiv retning. Det vil dermed være nærliggende å tro at brukere av PMTO, i større grad enn brukere av TAU, vil bidra til å spre et godt rykte vedrørende behandlingsformen, noe som øker sjansene for at brukere vil velge denne behandlingsformen fremfor andre, og som igjen kan påvirke brukertilfredsheten og dermed av involvering i behandlingen. Brukertilfredshet får på denne måten en indirekte link til behandlingseffektivitet gjennom forventninger.

4.2 Psykometrisk validering av evalueringsskjemaet

4.2.0 “Family Satisfaction Survey” har tilfredsstillende indre konsistens

Skalaen «Family Satisfaction Survey» har høy indre konsistens, noe som tyder på at enkeltleddene «henger sammen», og dermed måler samme underliggende konstrukt. Dette styrker skalaens reliabilitet, og dermed også skalaens pålitelighet som mål på brukertilfredshet.

4.2.1 Énfaktorløsning

Yi (1990) foreslo at brukertilfredshet består av to underliggende typer tilfredshet, det være seg tilfredshet med prosess, og tilfredshet med resultat. Som nevnt i innledningen, bekreftet Brestan og kolleger (1998) denne hypotesen for det beslektede evalueringsskjemaet «Therapy Attitude Inventory», da de fant to underliggende faktorer som kunne tolkes som nettopp disse typene tilfredshet. Analysene av faktorstrukturen underliggende «Family Satisfaction Survey» ga imidlertid ikke like tolkbare faktorer som de Brestan og kolleger fant. Evalueringsskjemaet inneholder spørsmål knyttet til både prosess og resultat, men faktorene var vanskelige å tolke som rene prosess-, og resultatfaktorer. Av denne grunn konkluderte jeg med en énfaktorløsning. En énfaktorløsning bidrar i liten grad til å spesifisere begrepsvaliditeten til brukertilfredshet målt ved hjelp av «Family Satisfaction Survey», ettersom informasjonen ikke gir noe mer nyansert bilde av selve begrepet. Sett i sammenheng med den høye indre konsistensen, kan det imidlertid se ut som det underliggende konstruktet er en global tilfredshetsfaktor som både omfatter aspekter ved prosess, resultat og ytre faktorer som beliggenhet og tidspunkt.

4.2.2 Enkeltleddenes betydning for totalskåren

En måte å komme mer i dybden av hva brukertilfredsheten målt ved «Family Satisfaction Survey» består i, er å finne ut hvilke ledd i spørreskjemaet som har størst innvirkning på totalskåren. Det viste seg at enkeltleddenes innvirkning var ulik i intervensjons-, og sammenligningsgruppen. Dette indikerer at brukertilfredshet tuftes på ulikt grunnlag ut i fra hvilken behandlingsform som tilbys. I intervensjonsgruppen, og i utvalget som helhet, var informasjon vedrørende arbeidsmetodens nytte i det daglige, det som veide tyngst for brukertilfredshet. I sammenligningsgruppen var det derimot forhold tilknyttet tilfredshet med behandlingstidspunkt og sted som veide tyngst. Forklart i lys av de predikerende faktorene nevnt innledningsvis, kan hovedindikator for brukertilfredshet i intervensjonsgruppen tilskrives faktoren «opplevd ytelse», mens den i sammenligningsgruppen i større grad tuftes på rettferdighetsvurderinger i tråd med «equity»-faktoren. Denne forskjellen i vektlegging av behandlingsrelaterte versus ikke-behandlingsrelaterte aspekter, kan bidra med en potensiell forklaring på «thank-you»-effekten (men kun på hypotese – nivå): Ettersom brukere har en tendens til å rapportere høy tilfredshet uavhengig av behandlingsbetingelse, kan det hende at brukere som ikke er helt fornøyd med behandlingsprosess og utfall, kompenserer med å skåre høyt på ikke-behandlingsrelaterte spørsmål. Spørsmål om ytre forhold vil således gi brukere en mulighet til å «trekke opp» den totale tilfredsheten, og får således funksjon som justeringsmiddel for den totale brukertilfredshet. Med dette som utgangspunkt, ville det være interessant å administrere brukerevalueringer uten spørsmål tilknyttet ytre forhold, for å se om dette vil gi et mer «ærlig» bilde av tilfredshet med selve behandlingen. Informasjon vedrørende ikke-behandlingsrelaterte forhold må allikevel samles inn for å kunne kontrollere for effekten av dette på brukertilfredshet, men hvis det samles inn i forkant, og separat fra brukerevalueringen, kan det hende man vil få en tilbakemelding tettere knyttet opp mot selve behandlingen. Dette er i tråd med Sheks studie fra 1999, som viste at evalueringsskjemaer tett knyttet opp til selve behandlingen i større grad ga tilfredshet som kunne tilskrives selve behandlingsintervensjonen. En implikasjon av disse funnene, er viktigheten av å fremheve verdien av ærlige tilbakemeldinger overfor klientene. Hvis det presiseres at negative tilbakemeldinger er minst like nyttige og velkomne som positive, er det mulig at brukere vil tillate seg å gi mer ærlige tilbakemeldinger. I «Family Satisfaction Survey» presiseres nettopp dette ved at setningen «Vi ber om ærlige tilbakemeldinger, enten disse er positive eller negative.» står på forsiden (se vedlegg). Det kan imidlertid være slik at brukere ikke tar seg

tid til å lese, og eventuelt reflektere, over teksten på forsiden, noe som gjør det desto viktigere for terapeuter og klinikere å presisere ønsket om ærlige tilbakemeldinger.

På tross av gruppeforskjeller hva gjelder enkeltspørsmåls innvirkning på totalskåren, kommer det tydelig frem at brukertilfredshet påvirkes av aspekter ved resultat, prosess, og av ikke-behandlingsrelaterte forhold. Dette bekrefter hva «Expectancy-performance Disconfirmation»-modellen foreslår, ved at faktorene «*opplevd ytelse*», «*affekt*» knyttet til behandlingsprosessen, og «*equity*» predikerer brukertilfredshet. Selv om det i denne studien ble konkludert med en énfaktorløsning, vil det være nærliggende å anta at brukertilfredshet målt med «Family Satisfaction Survey» i stor grad tuftes på disse tre faktorene. De hierarkiske fremstillingene av enkeltspørsmålenes betydning for totalskåren, bidrar også til å forklare den totale gruppeforskjellen i brukertilfredshet, da disse fem spørsmålene også var blant spørsmålene som ble besvart signifikant høyere av brukerne i intervensjonsgruppen.

4.3 Brukertilfredshet som utfallsvariabel

Resultatene diskutert frem til nå har dreid seg om *hva* brukertilfredshet forteller oss noe om. Med kunnskap om at brukertilfredshetsdata kan være sensitivt for behandlingsmetode, men med en noe uklar faktorstruktur, blir det neste spørsmålet dermed *hvilken funksjon* tilfredshetsinformasjon kan tilskrives. Som nevnt innledningsvis, benyttes brukertilfredshet som en slags «etisk temperaturmåler», og i tråd med endringen i maktbalansen mellom utøver og mottaker av helsehjelp, har slike tilbakemeldinger blitt et obligatorisk element i mange former for psykologisk behandling. Brukerevalueringer gir brukere en stemme i evalueringen og utviklingen av behandlingsmetoder, og ettersom denne studien har bevist at brukere kan rapportere ulik grad av tilfredshet basert på ulik behandling, styrkes rasjonale bak innsamlingen av slike data.

Brukertilfredshet har i økende grad blitt benyttet som utfallsvariabel i effektivitetsstudier (Hoagwood et al., 2012), og likestilles i mange tilfeller med tradisjonelle utfallsvariabler som post- og endringsmål av symptomnivå og fungering. Når brukertilfredshet tilskrives en slik funksjon, legger man til grunn en antagelse om at tilfredshet gjenspeiler eventuelle atferdsendringer som resultat av behandling (Lambert et al., 1998). I denne studien var det ingen signifikante sammenhenger mellom brukertilfredshet og postmålinger av symptom – og fungeringsnivå. Det var heller ingen signifikant sammenheng mellom brukertilfredshet og

graden av endring. Brukertilfredshet henger dermed i liten grad sammen med tradisjonelle mål på behandlingseffekt, og det er nærliggende å hevde at tilfredshetsinformasjon ikke reflekter atferdsendringer i etterkant av behandling på en god måte. Brukertilfredshetsdata er således ikke et egnet mål på behandlingseffektivitet. Dette funnet er i tråd med flere av studiene nevnt innledningsvis, bl.a. Lambert og kolleger (1998), som argumenterer for at symptomendring og brukertilfredshet er separate mål. Høye tilfredshetsvurderinger bør etter dette ikke tolkes som bevis på vellykket behandling, da tilfredsheten ser ut til å oppstå som resultat av flere prosesser som i større eller mindre grad er knyttet til behandlingsintervensjonen.

Som nevnt innledningsvis, påvirkes brukertilfredshet av flere faktorer, hvor fellesnevneren er at alle faktorene er subjektive vurderinger foretatt av individet. Tilfredshetsvurderinger farges således av enkeltpersoners psykologiske fungering, og kan dermed slå svært ulikt ut fra person til person, på tross av samme behandling. Det blir dermed av vesentlig betydning å inkludere strukturerte og objektive mål på atferdsendring hvis man ønsker å måle effekter knyttet til selve behandlingsintervensjonen. Det er imidlertid verdt å problematisere det faktum at «Family Satisfaction Survey» kun besvares av foreldre, ettersom Lambert demonstrerte at sammenhengen mellom brukertilfredshet og symptomreduksjon var noe større når det var ungdommen selv, og ikke foreldrene, som besvarte evalueringsskjemaet. En implikasjon av dette kan være å samle inn brukerevalueringer fra flere respondenter enn bare fra foreldrene, for å se om sammenhengen med andre utfallsvariabler da blir større. Aktuelle respondenter kan være barnet/ungdommen (her må man ta hensyn til alder og utviklingsnivå), men også terapeuter.

På tross av den manglende sammenhengen mellom brukertilfredshet og mer tradisjonelle utfallsvariabler, er det liten tvil om at informasjon vedrørende brukeres opplevelse av behandling er av stor betydning. Det antas at fornøyde brukere i større grad oppnår fremskritt i tråd med behandling (Fraser & Wu, 2013), og i definisjonen av evidensbasert praksis fremheves viktigheten av å tilpasse et behandlingsopplegg klientens egenskaper, kultur og preferanser (Rønnestad, 2004). Tilfredshet kan dermed antas å spille en indirekte rolle på behandlingseffektivitet, noe som igjen stiller krav til klinikerens evne til å tilpasse behandlingen den enkelte bruker. Med utgangspunkt i de predikerende faktorene for brukertilfredshet, bør derfor både forventninger til-, og opplevelse av behandling tas opp og problematiseres med klienten gjennom hele behandlingsprosessen, slik at disse aspektene kan

arbeides med og justeres for å øke tilfredsheten. Videre kan en pragmatisk og løsningsfokusert holdning fra kliniker og behandlingssted også være med på å påvirke brukernes følelse av «rettferdig behandling» og dermed spille inn på «equity»-faktoren. Mål på brukertilfredshet får etter dette en viktig rolle som «temperaturmåler» på hvor godt behandlingen har blitt tilpasset den enkelte, noe som igjen kan ha indirekte effekt på hvor godt behandlingen fungerer. Brukertilfredshetsdata bør dermed inkluderes i psykologisk behandling og forskning som en utfallsvariabel i sin egen rett.

4.4 Selvrapportert årsak til behandlingsavslutning påvirker brukertilfredshet

Etter å ha testet ut diverse variablers sammenheng med brukertilfredshet, viste det seg at forhold tilknyttet behandlingsavslutning kan predikere brukertilfredshet. Mer spesifikt viser det seg at det er en sammenheng mellom selvrapportert årsak til behandlingsavslutning, og brukertilfredshet. Brukere som beskriver at de avsluttet behandling på bakgrunn av oppnådd målsetning med behandling, vil på gruppenivå rapportere høyere tilfredshet. På samme måte, vil brukere som rapporterer at de avsluttet behandling basert på manglende tiltro til behandlingen, være mindre tilfredse. Dette funnet kan kobles opp mot Lunnen og kollegers funn fra 1998 som viste at brukertilfredshet henger sammen med selvrapportert «end point»-endring, men ikke med systematiske og mer objektive mål på endringer i symptomnivå. Studien demonstrerer at brukeres subjektive vurdering av et tilbud ikke trenger å reflektere den faktiske atferdsendringen. Selvrapportert årsak til behandlingsavslutning kan sies å være et produkt av brukeres subjektive vurdering av en behandling, og en naturlig antagelse blir dermed at slik informasjon i liten grad henger sammen med strukturerte og objektive atferdsmål. Uavhengig av hva en bruker rapporterer som årsak til behandlingsavslutning, bør en slik tilbakemelding således ikke tolkes som et direkte mål på hvorvidt en behandling har fungert eller ikke.

Selv om brukeres subjektive vurdering av et behandlingsopplegg ikke er et godt mål på reell atferdsendring, demonstrer dette funnet hvordan den subjektive opplevelsen indirekte kan påvirke behandlingseffekt. Mer spesifikt kan en opplevelse av at behandlingen ikke fungerer indikere manglende enighet om oppgaver og mål mellom terapeut og klient, noe som er et sentralt element i utviklingen av en god arbeidsallianse (Bordin, 1979). En god arbeidsallianse er på sin side en sentral faktor i vellykkede behandlingsforløp (Lambert & Barley, 2001), og

ettersom årsak til avslutning predikerer brukertilfredshet, kan brukerevalueringer bidra med viktig informasjon vedrørende kvaliteten på denne alliansen. En implikasjon av denne indirekte linken mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet, er betydningen av kontinuerlig arbeid med brukeres subjektive opplevelse av et behandlingsopplegg. En terapeut bør jevnlig undersøke brukeres grad av tilfredshet, for på den måten å kunne plukke opp misnøye og/eller uenighet om mål og arbeidsoppgaver, som i verste fall kan føre til at brukeren avslutter behandlingen for tidlig. Når det kommer til de konkrete behandlingsbetingelsene i denne studien, ser det ut til at PMTO-terapeuter klarte å skape en bedre arbeidsallianse enn terapeutene i TAU - gruppen ettersom brukertilfredsheten var høyere, noe som kan tyde på at flere av PMTO-brukerne opplevde å nå sine målsetninger. Dette er nok et relevant funn i debatten omkring evidensbaserte metoder og spesifikke behandlingsintervensjoner versus generalisering på tvers av diagnoser og målgrupper (Weinberger, 2002).

Det er imidlertid ikke bare underveis i behandlingen at brukertilfredshet bør problematiseres. Med tilgang til både informasjon om årsak til behandlingsavslutning og brukerevalueringer, kan terapeuter også lære mye i etterkant av en behandling. Ettersom selvrapportert årsak til behandlingsavslutning predikerer brukertilfredshet, er det nærliggende å tro at brukere som opplever å nå sine målsetninger vil evaluere et behandlingsopplegg noe annerledes enn brukere som ikke opplever behandlingen som virksom. Brukerevalueringsskjemaene kan på denne måten gi verdifull informasjon om hva det var ved behandlingen som gjorde at den opplevdes virksom eller ikke, og på denne måten gi verdifulle tilbakemeldinger fra bruker til terapeut. Et konkret eksempel fra denne studien, er at brukere av PMTO gjennomsnittlig rapporterte høyere tilfredshet med mulighetene de fikk til å snakke om seg selv og sin familie. Brukerevalueringer får på denne måten en sentral rolle for terapeuters egenutvikling, og det kan argumenteres for at terapeuter alltid bør åpne opp for slike innspill fra brukerne.

4.5 Begrensninger ved studien og implikasjoner for videre forskning

4.5.0 Utvalget og respondenter

Systematisk frafall

Av studiens 112 deltakerne ble 27 ekskludert fra analysene basert på manglende data. En vanlig antagelse i forbindelse med datainnsamling med spørreskjema, er at frafall ikke oppstår tilfeldig, men er et resultat av systematiske forskjeller mellom respondenter og ikke-respondenter (Rubin, 1987). Analyser av de 27 ekskluderte tilfellene, indikerer at dette også er tilfellet i denne studien, da det er flere signifikante forskjeller mellom deltakere som har besvart, og deltakere som ikke har besvart. Et systematisk frafall legger begrensninger på resultatenes generaliserbarhet, da det gjenværende utvalget i mindre grad blir representativt. Imputering av data for å gjøre utvalget mer komplett og representativt vil være en måte å kunne styrke datasettet på. Brukertilfredshet er imidlertid en variabel som er vanskelig å estimere da den i stor grad er personavhengig. Videre kan det argumenteres for at et av hovedpoengene med brukertilfredshetsdata er å få frem den individuelle families synspunkter, og dermed vil det å estimere tilfredshet basert på andre variabler utelate «kjerneinformasjonen» i denne variabelen. Imputering av brukertilfredshetsdata bør således basere seg på kontakt med, og kunnskap om, den enkelte familie, noe som ikke lot seg gjøre i forbindelse med denne studien. En potensiell vei videre, er for øvrig å gjøre de samme analysene som er utført i denne studien med imputerte data, for å se om sammenhengen med andre utfallsvariabler da blir annerledes.

Når det kommer til de spesifikke behandlingsbetingelsene i denne studien, tyder frafallstendensen på et større behandlingsfracfall blant TAU-brukerne, enn blant PMTO-brukerne. Ser man dette i sammenheng med gruppeforskjellene i brukertilfredshet, eksemplifiserer dette funnet hvordan brukertilfredshet kan påvirke hvor lenge brukere forblir i et behandlingsopplegg, noe som igjen kan påvirke utfallet, og dermed behandlingseffektiviteten. PMTO - behandlingen kan dermed sies å forhindre behandlingsfracfall i større grad enn TAU-behandlingene.

Manglende normalfordeling

En forutsetning for å gjøre regresjonsanalyser er at et utvalg er normalfordelt, noe som ikke er tilfellet for dataene i denne studien. Da det allikevel har blitt utført regresjonsanalyser på datamaterialet, bør resultatene tolkes med en viss varsomhet. Skjevfordelingen vist i dette datamaterialet er imidlertid symptomatisk for brukertilfredshetsdata (Ingram & Chung, 1997), og ettersom transformasjon av data ikke gjorde store utslag, kan det allikevel argumenteres for at resultatene er holdbare.

Kun foreldre som respondenter

Lambert og kolleger (1998) demonstrerte at sammenhengen mellom brukertilfredshet og symptomendring kan variere ut i fra hvem som besvarer brukerevalueringsskjemaene; brukerevalueringer utfylt av foreldre hang i mindre grad sammen med symptomendring enn brukerevalueringer utfylt av henviste ungdom. I denne studien er det kun foreldre som har svart på brukerevalueringsskjema, noe som kan være en mulig årsak til den svake sammenhengen med symptomnivå, og dermed manglende kraft som effektivitetsmål. En interessant vei videre, vil være å inkludere brukerevalueringer fra flere respondenter, hovedsakelig barna henvist til behandling og/eller terapeutene, for å se om det da viser seg å være større sammenheng mellom brukertilfredshet og andre utfallsmål. Her må det naturligvis tas hensyn til barnas alder, og utarbeides evalueringsskjemaer tilpasset de ulike aldersgruppene.

4.5.1 Family Satisfaction Survey

Ingen spørsmål om forventninger

Forventninger antas å spille en sentral rolle for brukertilfredshet, og diskonfirmasjonsprosessen har lenge blitt ansett som en sentral prosess hva gjelder brukertilfredshet (Elkhani & Bakri, 1983). Ettersom «Family Satisfaction Survey» ikke inneholder spørsmål om forventninger, har det i denne studien ikke latt seg gjøre å analysere effektene av disse, noe som igjen kan bidra til å skape et skjevt bilde av hvilke faktorer som er sentrale for brukertilfredshetene. En implikasjon av dette er at brukerevalueringsskjemaer bør inkludere et eller flere spørsmål vedrørende forventninger, slik at man i større grad vet hva tilfredsheten påvirkes av. Klinikere bør også undersøke brukeres forventninger ved oppstart

av behandling, slik at man ikke bare registrerer, men også har muligheten til å arbeide med, og eventuelt justere, urealistiske forventninger underveis i behandlingsprosessen.

Manglende test-retest reliabilitet

Deltakerne ble kun bedt om å fylle ut “Family Satisfaction Survey” ved én anledning, noe som fjerner muligheten til å beregne skalaens reliabilitet. Å måle skalaens test-retest reliabilitet ville vært interessant av flere grunner, bl.a. for å se hvordan tilfredshetskårer endrer seg over tid, og for å se om skårer samlet inn på ulike tidspunkt har ulik grad av sammenheng med atferdsmessige utfallsmål. En hypotese er at tilfredshet målt lengre etter behandlingslutt i større grad vil henge sammen med strukturerte atferdsmål, da foreldre har fått tid til å erfare de eventuelle endringene etter behandling, og potensielle forstyrrende faktorer som takknemlighet og høflighet vil være mindre presserende.

4.6 Konklusjoner

Tittelspørsmålet på denne oppgaven er «Hva forteller brukerne?», og analysene av en randomisert studie av Parent Management Training har bidratt med flere svar på dette spørsmålet. For det første har antagelsen om at brukere er like fornøyde uavhengig av behandlingsform blitt motbevist, ved at brukerne i intervensjonsgruppen var mer tilfredse enn brukerne i sammenligningsgruppen. Brukerne forteller videre at aspekter tilknyttet behandlingsprosess, behandlingsutfall, og behandlingens tidspunkt og sted er sentrale momenter i en tilfredshetsvurdering. Når det kommer til psykometriske egenskaper som reliabilitet og validitet, viste det seg at leddene i «Family Satisfaction Survey» henger sammen i tilfredsstillende grad, noe som styrker skalaens reliabilitet. Selv om det ser ut til at det hovedsakelig er tre faktorer som virker inn på tilfredshetsvurderingene, ga en faktoranalyse av evalueringsskjemaet «Family Satisfaction Survey» ikke utslag i tematisk ulike faktorer, og en generell brukertilfredshetsfaktor ble lagt til grunn. En potensiell forklaring på den noe diffuse faktorstrukturen, kan komme av at tilfredshetsvurderingen ser ut til å tuftes på et noe ulikt grunnlag avhengig av behandlingsbetingelse. Dette er med på å demonstrere fenomenet brukertilfredshets lave begrepsvaliditet, ved at totalskårer fra samme evalueringsskjema ikke nødvendigvis baserer seg på samme grunnlag, noe som gjør brukertilfredshet til et lite spesifikt, og vanskelig tolkbart mål.

Når det kommer til spørsmålet om *hvilken funksjon* brukertilfredshet kan tilskrives, bidrar denne studien til å styrke brukertilfredshets posisjon som etisk temperaturmåler, og som utfallsvariabel i sin egen rett. Brukerne rapporterer ulik grad av tilfredshet ut i fra ulike behandlingsmetoder, noe som indikerer at temperaturmåleren ikke alltid viser høy temperatur, og brukerevalueringer kan dermed bidra med verdifull informasjon om spesifikke behandlingsmetoder. Studiens resultater svekker imidlertid brukertilfredshets posisjon som utfallsvariabel i effektivitetsstudier. Manglende sammenheng mellom brukertilfredshet og utfallsvariabler som symptomnivå og fungering, indikerer at brukertilfredshet ikke er et godt mål på atferdsendring i etterkant av behandling. Det er imidlertid en sammenheng mellom selvrapportert årsak til behandlingsavslutning, og brukertilfredshet. Brukere som avslutter behandling på grunn av oppnådde målsetninger med behandling, er mer tilfredse enn brukere som ikke opplever behandlingen som hjelpsom. Enighet om oppgaver og mål i terapi styrker arbeidsalliansen, og vil kunne spille inn på brukernes opplevelse av hvor hjelpsom en behandling er. Brukertilfredshet kan på denne måten sies å ha en indirekte link til behandlingseffektivitet gjennom arbeidsallianse, og også fungere som et mål på hvor god allianse det har vært mellom terapeut og bruker. Informasjon fra brukerne kan således bidra med verdifull informasjon til både forskere og klinikere, så lenge man tilskriver informasjonen riktig funksjon.

Litteraturliste

- Anderson, R. E. (1973). Consumer dissatisfaction: The effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. *Journal of Marketing Research*, 10(1), 38-44. doi: 10.2307/3149407
- Ankuta, G. Y. & Abeles, N. (1993). Client Satisfaction, Clinical Significance, and Meaningful Change in Psychotherapy. *Professional Psychology*, 24(1), 70-74. doi: 10.1037/0735-7028.24.1.70
- Aartun, K. R. & Tisløv, I. S. (2009). Fra kaos til samarbeid. En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av Parent Management Training – Oregonmodellen. Akademisk avhandling. Univeristetet i Oslo, Oslo.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16, 296-298. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/2984057?seq=3>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16(3), 252 – 260. doi: 10.1037/h0085885
- Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D., & Eyberg, S. (1999). A Consumer Satisfaction Measure for Parent-Child Treatments and Its Relation to Measures of Child Behavior Change. *Behavior Therapy*, 30(1), 17-30.
- Elkhani, N. & Bakri, A. (1983). Review on “Expectancy Disconfirmation Theory” (EDT) Model in B2C E – Commerce. *Journal of information systems research and innovation*. Hentet fra: <http://seminar.utmspace.edu.my/jisri/>
- Floyd, F. J. & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299. doi: 10.1037/1040-3590.7.3.286..
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing*, 60, 7-18. doi: 10.2307/1251898

- Fraser, M. & Wu, S. (2013). Satisfaction with social welfare services – A review. (Artikkel nr. 2013-10-32). Hentet fra:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19229/2013-10-23.pdf>.
- Heinze, H. J., Jozefowicz, D. M. H., & Toro, D. A. (2010). Taking the youth perspective: Assessment of program characteristics that promote positive development in homeless and at-risk youth. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1365-1372. doi: 10.1016/j.chilyouth.2010.06.004
- Hoagwood, K. E., Jensen, P. S., Acri, M. C., Olin, S. S., Lewandowski, E. R., & Herman, R. J. (2012). Outcome Domains in Child Mental Health Research Since 1996: Have They Changed and Why Does It Matter? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1241-1260.
- Ingram, B. L. & Chung, R. S. (1997). Client Satisfaction Data and Quality Improvement Planning in Managed Mental Health Care Organizations. *Health Care Management Review*. 22(3), 40-42. Hentet fra:
http://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/1997/07000/Client_Satisfaction_Data_and_Quality_Improvement.5.aspx
- Kiesler, C. A. (1983). Social psychological issues in studying consumer satisfaction with behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14(2), 226-236. doi:10.1016/S0005-7894(83)80112-9
- Kleppa, E. & Olsen, V. M. (2009). Kundetilfredshet som en helhetlig prosess – en studie av regionale hotellere måling og informasjonsbruk. Akademisk avhandling, Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Lambert, L. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357 – 361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, W., Salzer, M. S., & Bickman, L. (1998). Clinical Outcome, Consumer Satisfaction, and Ad Hoc Ratings of Improvement in Children's Mental Health. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 66(2), 270-279. doi: 10.1037/0022-006X.66.2.270

Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 211 – 236. doi:10.1016/0149-7189(83)90003-4

Lewis, M. (2012). Brukermedvirkning i familiebehandling – Med Klient og resultatstyrt praksis (KOR) som eksempel. Akademisk avhandling.anastasi Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.

Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter nr. 63 (Pasient- og brukerrettighetsloven) med endringer, sist ved lov av 21. juni 2013 nr. 79 (i kraft fra 1. januar 2014). Hentet fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven*

Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m. m. (Helseforetaksloven) med endringer, sist ved lov av 14. juni 2013 nr. 41 (i kraft fra 1.7.2013). Hentet fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetak*

Lunnen, K. M., Oggles, B. M., & Pappas, L. N. (2008). A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change, and end – point functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 145 – 152. doi: 10.1037/0735-7028.39.2.145

Ogden, T., Forgatch, E. A., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B. (2005). Implementation of Parent Management Training at the National Level: The Case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19(3), 317-329. doi:10.1080/02650530500291518

Ogden, T. & Kjøbli, J. (2012). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings. *Prevention Science*, 13(6), 616 – 226. doi: 10.1007/s11121-012-0289-y

Ogden, T., Hagen, K. A., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct

- Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 165-178. doi:10.1080/15374416.2011.546050.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 76 – 82. doi: 10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x
- Olsavshky, R. W. & Miller, J. A. (1972). Consumer expectations, product performance, and perceived product quality. *Journal of Marketing Research*, 9(1), 19-21. doi: 10.2307/3149600
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual* (3. utg). McGraw Hill Education: Maidenhead, Berkshire, UK.
- Parloff, M. B. (1983). Who Will Be Satisfied By “Consumer Satisfaction” Evidence? *Behavior Therapy*, 14(2), 242 – 246. doi: 10.1016/S0005-7894(83)80114-2
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 185-210. doi: 10.1016/0149-7189(83)90002-2
- Pekarik, G. & Wolff, C. B. (1996). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. *Professional Psychology: Research and Practice*. 27(2), 202-208. doi: 10.1037/0735-7028.27.2.20
- Rubin, D. H. (2004). *Multiple imputation for nonresponse in surveys* (2. utg). John Wiley & Sons, New Jersey, Usa.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444-454.

- Schraufnagel, D. L. & Li, Q. (2010). Testing the suitability of mediation of child support orders in Title IV – D cases. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 212 – 222. doi: 10.1177/1049731509339029
- Sharma, V., Whitney, D., Kazarian, S. S., & Manchanda, R. (2000). Preferred terms for users of mental health services among service providers and recipients. *Psychiatric Services*, 51(2), 203 – 209. doi: 10.1176/appi.ps.51.2.203
- Shaw, I. (1984). Literature Review. Consumer Evaluations of the Personal Social Services. *British Journal of Social Work*, 14, 277 – 284. Hentet fra: <http://bjsw.oxfordjournals.org/content/14/1/277.full.pdf>
- Shek, D. T. L. (2010). Subjective outcome and objective outcome evaluation findings: Insight from a Chinese context. *Research on Social Work Practice*, 20(3), 293 – 301. doi: 10.1177/1049731509331951
- Shek, D. T. L., Siu, A. M., & Lee, T. Y. (2007). The Chinese Positive Youth Development Scale: A validation study. *Research on social work practice*, 17(3), 380 - 391. doi: 10.1177/073346480102000104
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International journal for quality in health care*. 11(4), 319 – 328. doi: 10.1093/intqhc/11.4.319
- Sunder, V. K. (2011). Outsourcing and Customer Satisfaction (2. utg). Xlibiris Corporation, USA. Hentet fra: http://books.google.no/books?id=wage_FN6S3cC&pg=PA46&lpg=PA46&dq=krampf+d'amico+emotion&source=bl&ots=Y_HtFdOv3L&sig=BJFA73M0QYhEdYpL3H1Us_zc6bA&hl=no&sa=X&ei=E7QdU9unJoaHswbbpIBQ&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=krampf%20d'amico%20emotion&f=false
- Sverdrup, S., Kristoffersen, L. B., & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR – rapport 2005:6. Hentet fra: <http://www.nibr.no/filer/2005-6.pdf>
- Tetzlaff, B. T., Khan, J. H., Godley, S. H., Godley, M. D., Diamond, G. S., & Funk, R. R. (2005). Working Alliance, Treatment Satisfaction, and Patterns of Posttreatment Use

Among Adolescent Substance Users. *Psychology of Addictive Behaviors* 19(2), 199-207. doi: 10.1037/0893-164X.19.2.199

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2004). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 105 – 124. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_11

Weinberger, J. (2002). Short Paper, Large Impact: Rosenzweig's Influence on the Common Factors Movement. *Journal of Psychotherapy Integration*. 12(1), 67 – 76. doi: 10.1037//1053-0479.12.1.67

World Health Organization. (2000). *Workbook 6 - Client Satisfaction Evaluations*. Hentet fra: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5868_EN_6_client_satisfaction_evaluations.pdf

Yi, Y. (1990). A critical review of consumer satisfaction. I V. A. Zeithaml (red), Review of marketing (s 68-123). Chicago, IL: American Marketing Association. Hentet fra: http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=4TUXGG0Cf5cC&oi=fnd&pg=PA68&dq=yi+1990+a+critical+review&ots=VmsldO_MQu&sig=cNKczRAT229iYFm1UsM1riWdc3U&redir_esc=y#v=onepage&q=yi%201990%20a%20critical%20review&f=false

Vedlegg:



Foresatte

1



FAMILIENS VURDERING AV TILBUDET (Lubrecht, 1992)

Vennligst besvar de følgende spørsmålene så fullstendig som mulig. Vi ber om dine ærlige meninger, enten disse er positive eller negative. På spørsmålene er det flere svaralternativer. Marker ruten foran det svaralternativet som best uttrykker din mening om tjenestetilbudet du har mottatt. Svarene er helt konfidensielle. Ikke skriv ditt eget eller barnets navn på spørreskjemaet.

VIKTIG!

Dette spørreskjemaet skal leses maskinelt, så det er viktig at du krysser av på rett måte. Bruk sort eller blå kulepenn når du fyller ut.

Slik

Ikke sånn

Skriv tydelige tall: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

N [] [] []

Informasjon om terapeuten.

Helse region: Øst Vest Sør Midt Nord

Terapeut Id: [] [] [] / [] []

Datarunde: 3

Organisasjon: Barnevern BUP Annen (beskriv: _____) [] [] []

Informasjon om barnet og foreldre/foresatte.

Dato: [] [] / [] [] / [] []

Barnets kjønn: Gutt Pike

Utfylt av: Mor Far Stemor Stefar Fosteremor Fosterfar Annen

Hvis annen, vennligst beskriv: _____ [] [] []

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []



X **1. Hvordan vil du bedømme kvaliteten av det tilbudet familien og barnet har mottatt?**

Utmerket God Rimelig bra Dårlig

X **2. Ble dere godt nok informert om dette tilbudet på forhånd?**

Ja, meget godt informert Ja, ganske godt Nei, dårlig informert Ikke informert

3. Fikk du god nok anledning til å stille spørsmål?

Nei, absolutt ikke Nei, egentlig ikke Ja, i rimelig grad Ja, i høy grad

4. Hvor gode muligheter fikk du til å fortelle om barnet ditt og familien?

X Meget gode Gode Rimelig gode Dårlige

X **5. Hva synes du om holdningene til den fagpersonen du hadde kontakt med?**

Åpen og omtenksum Omtenksum, men reservert Nedlatende Anklagende og uhøflig

6. I hvilken grad ble hele familien involvert i tilbudet?

Bare barnet var involvert Begge foreldrene eller en Barnet og foreldrene Hele familien

X **7. Hvor effektivt var dette tilbudet for familien din?**

Meget effektivt Ganske effektivt Noe effektivt Ikke effektivt

8. Har tilbudet vært til hjelp for barnet ditt?

Nei, ting ble verre Nei, det hjalp ikke Ja, det hjalp noe Ja, det hjalp mye

9. Har tilbudet ført til forandringer i familiens måte å være på?

Nei, ingen forandring Litt forandring av og til Noe forandring En god del forandring

X **10. Var arbeidsmetoden nyttig for familien i det daglige?**

Ja, absolutt Ja, i noen grad I liten grad Ikke i det hele tatt

11. Ble tilbudet gitt på tidspunkt og sted som passet godt for familien?

Nei, ikke i det hele tatt I noen grad Ja, passet for det meste Ja, passet meget godt

X **12. Vil du anbefale dette tilbudet for andre, eller bruke det om igjen i din egen familie?**

Ja, absolutt Ja, antageligvis Jeg tror ikke det Nei, absolutt ikke



Appendiks

Tabell 9

Manglende verdier

Spm. ubesvart	N	%
0	85	75,9
2	4	3,6
4	1	0,9
13	22	80,4
Total	112	100

Tabell 10

Faktorladninger, enkeltspørsmål, urotert^a

	Faktor		
	I	II	III
Spm. 1	0,82	-0,31	0,01
Spm. 2	0,82	0	0,27
Spm. 3	0,78	0,02	0,05
Spm. 4	0,76	-0,38	0,1
Spm. 5	0,76	-0,35	0,14
Spm. 6	0,72	0,14	0,03
Spm. 7	0,7	-0,3	0,03
Spm. 8	0,36	0,09	0,11
Spm. 9	0,37	0,68	-0,05
Spm. 10	0,57	0,62	0,04
Spm. 11	0,41	0,6	-0,3
Spm. 12	0,07	0,3	0,9

^aMetode: Prinsipal Komponentanalyse. Faktorladninger > 0.3 er uthevet.