

Brukertilfredshet med Brief Parent Training

En randomisert studie

Johanne Håkonsdatter Sivertsen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

13. mai 2020

Sammendrag

Forfatter: Johanne Håkonsdatter Sivertsen

Tittel: Brukertilfredshet med Brief Parent Training – En randomisert studie

Veileder: Terje Ogden

Innledning: Brukertilfredshet benyttes i utstrakt grad som et mål på brukeropplevd helse-tjenestekvalitet, og tilfredshetsdata samles inn av etiske pasienthensyn og som et ledd i brukermedvirkning. Tolkning og anvendelse av tilfredshetsdata vanskeliggjøres imidlertid av brukeres tendens til å rapportere om høy tilfredshet uavhengig av behandlingsform og -effektivitet, samt usikkerhet rundt hvilke faktorer som påvirker tilfredshetsrapporteringer. Denne studien sammenligner brukertilfredshet mellom en intervensjons- og kontrollgruppe, for å undersøke om behandlingsform påvirker grad av tilfredshet. Sammenhengen mellom brukertilfredshet og symptomnivå, grad av endring, og andre variabler, undersøkes for å få en bedre forståelse av hva som predikerer tilfredshet. **Metode:** Denne kvantitative studien er basert på et datamateriale innsamlet i forbindelse med Atferdssenterets (nå NUBU) RCT-effektivitetsstudie av foreldrerådgivnings-intervensjonen Brief Parent Training (N=216) (BPT; Kjøbli & Ogden, 2012). Studien tar for seg foreldrebesvarelser på en modifisert versjon av brukerevalueringsskjemaet «Family Satisfaction Survey». Cronbachs alfa og faktoranalyse benyttes for å estimere reliabilitet i form av indre konsistens og for å forsikre at nye ledd passer inn i skalaen for øvrig. Gruffeforskjeller i tilfredshet mellom intervensjons- og kontrollgruppen undersøkes med t-tester for totalskåre og enkeltpørsmål, og effektstørrelser beregnes med Eta^2 for å se hvilke enkeltpørsmål som har størst betydning for en eventuell gruppeforskjell. Sammenheng mellom brukertilfredshet og andre variabler undersøkes med korrelasjons- og regresjonsanalyser. **Resultater:** Intervensjonsgruppen skåret signifikant høyere på total tilfredshet og på alle enkeltpørsmål. Brukertilfredshet korrelerte signifikant med symptomnivå og -endring ved posttest. Symptomnivå og -endring, samt avslutningsårsak og fagpersonens holdninger, viste signifikant prediksjonsevne overfor tilfredshet. **Konklusjon:** Studien viste at behandlingsform har betydning for brukertilfredshet, og at BPT ga en bedre brukeropplevelse enn tiltakene i kontrollbetingelsen. Tilfredshet kan predikeres av endringer i symptomnivå, samt omstendigheter rundt avslutning og opplevelse av interpersonlige tjenesteaspekter. Studien underbygger at tilfredshetsundersøkelser kan bidra med unik informasjon om brukernes opplevelse av et bestemt tiltaks prosess og utfall, og at de med fordel kan inkluderes i evaluering av helsetjenester i psykisk helsevern.

Forord

Når jeg nå ser tilbake på seks år ved profesjonsstudiet i psykologi, fremstår arbeidet med denne oppgaven som noe av det mest utfordrende, lærerike og spennende jeg har gjort. Jeg setter stor pris på å ha fått muligheten til å prøve meg litt i forskerrollen, og vil rette en takk til min veileder Terje Ogden og NUBU for muligheten til å disponere deres datamateriale i oppgaven. Videre vil jeg si tusen takk til Terje for god veiledning og støtte gjennom arbeidsprosessen – dine grundige, konstruktive og ikke minst oppmuntrende innspill til arbeidet mitt har vært til uvurderlig hjelp. Jeg vil også takke Anne-Marie Halberg for en hyggelig og nyttig samtale om metode i oppstarten av analysearbeidet, og for tilgjengelighet underveis i arbeidsprosessen.

Våren 2020 ble en spesiell tid, og jeg vil takke mine foreldre Anne og Håkon for hjelp, støtte og ikke minst husrom under arbeidet med denne oppgaven. Jeg setter stor pris på dere, og har hatt god nytte av norsklærerfaglig hjelp og konstruktive innspill gjennom skriveprosessen. Takk også til min søster, støttespiller og beste venn Ingvild, for oppmuntring, distraksjon og gode samtaler.

Finally, I wish to thank my dear partner Bastien. I am incredibly appreciative of your patience, love, and support (tech-related and otherwise) throughout the past year. I know you look forward to finally being able to play football together again!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Brukermedvirkning.....	1
1.1.1	Et brukersentrert helsevesen.....	1
1.1.2	Tilfredshetsundersøkelser som brukermedvirkning.....	2
1.2	Teorier om brukertilfredshet.....	4
1.2.1	Næringslivsforskning i en helsetjenestekontekst	4
1.2.2	Tre tidlige teorier om brukertilfredshet	4
1.2.3	Mot en bredere tilnærming til brukertilfredshet.....	5
1.2.4	«Expectancy-Performance-Disconfirmation»-modellen.....	6
1.2.5	Mangelfull teoretisk forankring på helsetjenestefeltet	8
1.3	En forskningsgjennomgang	8
1.3.1	Tendens til udifferensierte høye skårer	9
1.3.2	Mulige kilder til udifferensierte høye skårer	9
1.3.3	Hva predikerer brukertilfredshet?	10
1.3.4	Brukertilfredshet og behandlingseffektivitet.....	12
1.3.5	Ulike måleinstrumenter gir ulike resultater.....	13
1.3.6	Tilfredshet og behandlingseffektivitet – et spørsmål om validitet?	14
1.4	Brief Parent Training og PMTO-modellen.....	15
1.4.1	Brief Parent Training.....	15
1.4.2	PMTO – Parent Management Training Oregon.....	15
1.5	Oppsummering av bakgrunn for forskningsspørsmål	18
1.6	Oppgavens problemstillinger.....	18
2	Metode	19
2.1	Deltakere.....	19
2.2	Prosedyrer.....	20
2.2.1	Rekruttering og deltakelse.....	20

2.2.2	Randomisering	20
2.3	Måleinstrumenter	20
2.3.1	Brukertilfredshetsundersøkelsen	21
2.3.2	«Eyberg Child Behavior Inventory» (ECBI)	21
2.4	Intervensjons- og kontrollgruppe.....	22
2.4.1	Intervensjonsgruppe	22
2.4.2	Kontrollgruppe	23
2.5	«Uteliggere» og distribusjon	23
2.5.1	«Uteliggere»	23
2.5.2	Distribusjon av skårer på brukertilfredshetsskalaen.....	23
2.5.3	Distribusjon av skårer på spørsmål om fagpersonens holdninger.....	25
2.6	Innhenting av tilfredshetsdata via spørreskjema	25
2.7	Manglende data.....	26
2.8	Statistiske analyser	27
2.8.1	Cronbachs alfa.....	27
2.8.2	Faktoranalyse	28
2.8.3	T-test.....	28
2.8.4	Effektstørrelse	29
2.8.5	Korrelasjonsanalyse	29
2.8.6	Regresjonsanalyse	30
3	Resultater	32
3.1	Modifisert versjon av «Family Satisfaction Survey»	32
3.1.1	Reliabilitet	32
3.1.2	Faktoranalyse	32
3.1.3	Korrelasjonsanalyse av totalskåre og enkeltledd i FSS.....	32
3.2	Gruppeforskjeller i brukertilfredshet	34
3.2.1	Total gjennomsnittlig tilfredshetsskåre	34

3.2.2	Gjennomsnittsskårer på enkeltspørsmål.....	34
3.3	Brukertilfredshet og behandlingseffektivitet	35
3.4	Sammenheng mellom brukertilfredshet og andre variabler	36
3.5	Prediktorvariabler for brukertilfredshet.....	37
4	Diskusjon	39
4.1	Gruppeforskjeller i tilfredshet	39
4.1.1	Gruppeforskjeller i skårer på enkeltspørsmål.....	40
4.1.2	Spørsmål om behandlingsprosessen.....	41
4.1.3	Spørsmål om effekt og nytteverdi	41
4.1.4	Anbefaling av tiltak til andre.....	42
4.2	Brukertilfredshet og behandlingseffektivitet	43
4.2.1	Sammenligning med andre studier.....	44
4.2.2	Signifikant, men liten prediksjonsevne	45
4.2.3	Behandlingseffektivitet som «opplevd tjenesteytelse»	45
4.3	Brukertilfredshet og fagpersonens holdninger i møte med familien	46
4.4	Begrensninger ved studien og implikasjoner for videre forskning.....	48
4.4.1	Utvalg og respondenter	48
4.4.2	Metode.....	49
4.5	Konklusjoner	52
5	Referanser	54
6	Vedlegg.....	61
6.1	Modifisert versjon av «Family Satisfaction Survey».....	61

1 Innledning

I dagens psykiske helsevern er vi opptatt av at menneskene som benytter seg av helsetjenester, sitter igjen med en god opplevelse av behandlingen de fikk. Undersøkelse av brukernes tilfredshet med tjenester benyttes i utstrakt grad som en kvalitetsindikator i behandlingsevaluering (Fraser & Wu, 2016), og kan være med på å gi brukerne en stemme i utformingen av tiltak (Guldvog, 2015). Men hva kan brukerrapportert tilfredshet egentlig fortelle oss om hvor godt vi oppnår målsetningen om å gi god psykisk helsehjelp? Bruker-tilfredshetsundersøkelser slik de anvendes i dag har møtt kritikk hos en rekke forskere. Mange har påpekt at brukere flest ser ut til å være like tilfredse uavhengig av type tiltak, og at tilfredshetsdata derfor ikke bidrar med nyttig informasjon om kvaliteten til enkelttiltak (Fraser & Wu, 2013; Parloff, 1983). Forskningslitteraturen tegner videre et noe inkonsistent bilde av hvilke faktorer som predikerer grad av tilfredshet med helsetjenester, og spesielt omdiskutert er sammenhengen mellom tilfredshet og behandlingseffektivitet (Fraser & Wu, 2013). Dette knytter usikkerhet både til hva det betyr når en helsetjenestebruker uttrykker høy grad av tilfredshet med et tiltak, og til hvordan informasjon om brukertilfredshet bør anvendes.

Med utgangspunkt i utfordringer skissert i forskningslitteraturen på brukertilfredshet, tar denne oppgaven for seg tilfredshetsdata fra en randomisert-kontrollert effektivitetsstudie av foreldrerådgivningsintervensjonen Brief Parent Training, utført i regi av Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) (Kjøbli & Ogden, 2012). Oppgavens første del omhandler hvilken betydning brukertilfredshet har i kontekst av personsentrert helsevirksomhet og evidensbasert praksis. Deretter blir det redegjort for relevante teorier og forskningslitteratur som legger grunnlaget for oppgavens problemstillinger. Til slutt redegjøres det for Brief Parent Training, og PMTO-modellen som intervensjonen er basert på. I oppgavens andre del blir analytisk fremgangsmåte og metodevalg redegjort for, og i del tre presenteres resultatene. I oppgavens fjerde og siste del drøftes aktuelle funn i lys av den øvrige forskningslitteraturen om brukertilfredshet, samt studiens begrensninger og implikasjoner for videre forskning.

1.1 Brukermedvirkning

1.1.1 Et brukersentrert helsevesen

Fra 60-tallet og frem til i dag har det foregått en dreining i tilnærming til helsehjelp, der man har gått fra å se på brukere av helsetjenester som hjelpetrengende og passive mottakere av helsepersonells ekspertise, til individer med medvirkningsrett og en aktiv rolle i egen

behandling. En slik pasientsentrert eller personsentrert tilnærming til behandling ansees nå som et nødvendig element i god helsehjelp (Langberg, Dyhr & Davidsen, 2019). Denne dreiningen reflekteres i endringer i ordbruk om personer som mottar psykisk helsehjelp – fra pasient til klient eller bruker. I denne oppgaven vil jeg anvende begrepet bruker, som en samlebetegnelse på personer som nyttiggjør seg psykiske helsetjenester.

Brukersentrert tilnærming til helse har gjennom de siste tiårene fått sterkt fotfeste også i Norge, og brukerens rett til innflytelse på egen behandling er lovfestet gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Helseforetaksloven (2001). Dette reflekteres tydelig i politiske strategi- og styringsdokumenter. Sosial- og helsedepartementet stadfestet i 1997 brukermedvirkning som et satsningsområde for kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Sosial- og helsedirektoratet fastslår at «Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.» (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006, s. 5).

Også Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis i psykologi (APA Presidential Task Force on Evidence Based Practice, 2006) stadfester ivaretagelse av brukerperspektivet som et nødvendig element i god psykologisk praksis: «Evidensbasert praksis i psykologi (EBPP) er integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser.» (Rønnestad, 2008, s. 4). Prinsipperklæringen, som Norsk Psykologforening sluttet seg til i 2007, understreker at kunnskap om brukerens opplevelse av psykiske helsetjenester er nødvendig for å drive evidensbasert praksis og inneha høy kvalitet på behandlingstilbud (Rønnestad, 2008).

1.1.2 Tilfredshetsundersøkelser som brukermedvirkning

I dag benyttes brukerorienterte utfallsmål i utstrakt grad for å evaluere helsetjenesters kvalitet og grad av suksess (Hoagwood et al., 2012), og spørreskjemabaserte undersøkelser av brukertilfredshet er en av de vanligste metodene for datainnsamling (Fraser & Wu, 2013). Brukertilfredshet kan defineres som i hvor stor grad brukere oppfatter en tjeneste som attraktiv, interessant og av akseptabel kvalitet, og kan også inkludere en opplevelse av å like behandlingen, kjenne seg personlig involvert, og være fornøyd med utfallet (Fraser & Wu, 2016). Lebow (1983a) definerte brukertilfredshet som i hvilken grad et behandlingstilbud tilfredsstillter en brukers ønsker og behov.

Brukerevaluering av tjenester som ytes overfor mennesker med psykiske vansker trekkes frem som et sentralt og nødvendig verktøy i evaluering og utvikling av helsetilbud i psykisk

helsevern (Guldvog, 2015). Målet med brukerevalueringer er å avdekke styrker og svakheter ved eksisterende helsetilbud og slik få et godt utgangspunkt for å vurdere hvorvidt tjenester er i tråd med ønsket utvikling og målsetning. Tilfredshetsundersøkelser kan gi nyttig kunnskap til bruk i kvalitetsforbedrende arbeid, og bidra som en del av beslutningsgrunnlaget for prioritering mellom tjenestetilbud (World Health Organization [WHO], 2000).

Brukertilfredshet benyttes ofte som en pragmatisk indikator på en behandlings vellykkethet (Fraser & Wu, 2013).

Viktigheten av å innhente slik informasjon begrunnes også med etiske hensyn knyttet til brukerens medvirkningsrett, i tråd med målsetningen om et helsevesen der brukerne av helsetjenester har innflytelse på utformingen av tilbudene. WHO (2000) understreker måling av brukertilfredshet som en unik kilde til informasjon om helsetjenester. Fagfolk og brukere kan vurdere aspekter ved tjenester forskjellig, og brukerevalueringer kan derfor bidra med et annet perspektiv på et helsetilbuds kvalitet (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979). Videre antas tilfredshet med behandling å henge sammen med engasjement og deltakelse (Fraser & Wu, 2016). Hvor tilfreds en bruker er, kan virke inn på hvor mye hun engasjerer seg og deltar aktivt i egen behandling, og også på hvor sannsynlig det er at hun fullfører planlagt behandlingsløp. Slik antas tilfredshet å kunne ha en indirekte betydning for behandlingseffektivitet. Lebow (1982a) refererte til et minimumsnivå av tilfredshet som nødvendig for god effekt av behandling.

Gjennomføring av brukertilfredshetsundersøkelser er altså viktig både av juridiske og etiske hensyn, som et ledd i å etterleve prinsippet om evidensbasert behandling, og i arbeid med kvalitetsforbedring og utvikling av helsetilbud. Samtidig har bruken av tilfredshetsmålinger som en pragmatisk kvalitetsindikator møtt kritikk (Garfield, 1983; Lebow, 1982a; Parloff, 1983; Shaw, 1984). Brukertilfredshet anvendes ofte som et mål på utfall av behandling til tross for at det i moderat til liten grad korrelerer med mer tradisjonelle utfallsmål som grad av endring eller symptombedring (Fraser & Wu, 2016). Kunnskapen om hvilke faktorer som påvirker brukeres tilfredshet er til en viss grad mangelfull, og tilfredshetsrapportering avhenger av en rekke faktorer som ikke er relatert til behandling (Kiesler, 1983). Brukeres generelle tendens til å rapportere om høy grad av tilfredshet kan minske nytteverdien av tilfredshetsdata (Parloff, 1983), og feltets mangel på randomiserte, kontrollerte studier vanskeliggjør sammenligning av ulike tiltak på bakgrunn av brukertilfredshet (Fraser & Wu, 2013). Videre har undersøkelser av måleinstrumenter for tilfredshet avdekket utbredte svakheter knyttet til psykometriske egenskaper (Sitzia, 1999). Helsefeltet mangler dessuten et

tydelig teoretisk rammeverk og en felles definisjon og forståelse av begrepet brukertilfredshet (Batbataar, Dorjdagva, Luvsannyam, & Amenta, 2015).

Disse utfordringene skaper usikkerhet knyttet til hvordan vi skal tolke informasjon fra brukertilfredshetsundersøkelser, og til hvilken plass de kan og bør ha i kvalitetsforbedringsarbeid. Den følgende delen av oppgaven tar for seg teori og empiri fra brukertilfredshetsfeltet, og søker å legge et grunnlag for oppgavens forskningsspørsmål i lys av kunnskap om og utfordringer ved tilfredshetsforskning i en helsekontekst. Det blir redegjort for historisk utvikling og teoretisk forståelse av begrepet, moderne konseptualisering og kunnskap om hvilke faktorer som påvirker tilfredshet, samt utfordringer i forskningen på brukertilfredshet.

1.2 Teorier om brukertilfredshet

1.2.1 Næringslivsforskning i en helsetjenestekontekst

Arbeid med teoretiske rammeverk for forståelse av brukertilfredshet har i hovedsak foregått på markedsføringsfeltet (Batbataar et al., 2015). I det videre blir det redegjort for tre toneangivende tidlige modeller, utviklet på bakgrunn av hvilke faktorer som har vist seg å predikere brukeres tilfredshet med produkter og tjenester i en næringslivskontekst. Deretter gjennomgås en moderne og mer dekkende teori, «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen, som sammenstiller de tidlige modellene med nyere forskning. «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen er relevant for oppgavens problemstillinger i den grad man kan anta at det finnes overlapp mellom hvilke faktorer som er betydningsfulle for brukertilfredshet i næringslivssammenheng og innen psykisk helsevern. Samtidig som det ikke er gitt at modeller og funn fra næringslivsforskning er generaliserbare til en helsekontekst, representerer modellene det grundigste arbeidet som er gjort for å forstå hva som former brukeres tilfredshetsvurderinger. De kan bidra til å identifisere betydningsfulle faktorer for brukertilfredshet med tiltak innen psykisk helsevern – med forbehold om at hva som er viktig for brukere, også kan variere mellom ulike typer tjenester.

1.2.2 Tre tidlige teorier om brukertilfredshet

Etter hvert som undersøkelser av brukertilfredshet på 60-tallet ble mer og mer utbredt i næringslivsforskning, økte interessen for teorier om hva som påvirker tilfredshet. De tidlige teoriene la særlig vekt på brukerens forventninger til produktet eller tjenesten som en avgjørende faktor for tilfredshet. Tre teorier ble spesielt betydningsfulle: Kontrastmodellen, assimilasjonsmodellen og assimilasjons-kontrast-modellen (Fraser & Wu, 2013).

Kontrastmodellen satte grad av samsvar mellom brukerens forventninger og oppfattet tjenesteytelse i sentrum (Pascoe, 1983). Modellen fremsatte at brukere forstørrer forskjellen (i positiv eller negativ retning) mellom forventet og opplevd ytelse. Dermed vil ytelse som overgår brukerens forventninger vurderes som tilfredsstillende, mens ytelse under forventet kvalitet vil vurderes som utilfredsstillende. Assimilasjonsmodellen, utviklet av Olsavshky og Miller (1972), bygger på Festingers (1957) teori om kognitiv dissonans. Her antas det at manglende samsvar mellom forventninger og oppfattet ytelse vil føre til psykisk spenning hos brukeren. Brukeren vil avdempe denne spenningen ved å justere sin oppfatning av ytelse til å matche forventningene. Til forskjell fra kontrastmodellen predikerer assimilasjonsmodellen at ytelse som faller moderat under forventningene ikke vil vurderes som utilfredsstillende, fordi brukerens oppfatning av ytelsen assimileres til å samsvare med forventningene.

Både kontrast- og assimilasjonsmodellens antagelser fant støtte i eksperimentelle studier (Pascoe, 1983). I 1973 publiserte Anderson funn fra flere studier som støttet en integrasjon av de to modellene, og basert på dette ble assimilasjons-kontrast-modellen utviklet. Her antas prinsippene fra både kontrastmodellen og assimilasjonsmodellen å tre i kraft, men under forskjellige omstendigheter. Assimilasjons-kontrast-modellen antar at tilfredshetsvurderinger vil følge prinsippet om assimilasjon så lenge gapet mellom forventninger og ytelse ikke er for stort. Dersom oppfattet ytelse er langt bedre eller dårligere enn forventet, vil kontrastmodellens antagelser derimot tre inn. Prinsippene fra assimilasjons-kontrastmodellen er fremdeles å finne i moderne teorier, og forventninger ansees som en betydningsfull faktor i brukeres tilfredshetsvurderinger (Fraser & Wu, 2013). I kontekst av psykiske helsetjenester innebærer dette at tilfredshet med tiltak ikke nødvendigvis kan tilskrives intervensjonen alene – faktorer som organisasjoners og behandlingsprogrammets omdømme, og omtale og informasjon om tiltak, skaper forventninger som deretter kan påvirke tilfredshet.

1.2.3 Mot en bredere tilnærming til brukertilfredshet

Ensidig fokus på forventninger som predikerende faktor for tilfredshet har imidlertid møtt kritikk (Batbataar et al., 2015), og andre faktorer, blant annet brukeres rettferdighetsvurderinger, har blitt foreslått (Fraser & Wu, 2013). Både helse- og næringslivsforskere har også kritisert forståelsen av brukertilfredshet som et hovedsakelig kognitivt fundert fenomen, og argumentert for betydningen av affektive komponenter (Mano & Oliver, 1993; Yi, 1990). Linder-Pelz (1982b) definerte brukertilfredshet med helsetjenester som en positiv evaluering av ulike aspekter ved brukeropplevelsen, med «evaluering» forstått som en affektiv respons. Kiesler (1983) forstod forskning på brukertilfredshet som en studie

av holdninger og holdningsendringer, og etterlyste større forankring i sosialpsykologisk teori. Han pekte på ikke-behandlingsrelaterte faktorer som tjenesteaktørens offentlige rykte, grad av frivillighet i deltagelse, positive holdninger knyttet til tjenesten og utforming av spørreskjemaer, som betydningsfulle aspekter for brukertilfredshet.

1.2.4 «Expectancy-Performance-Disconfirmation»-modellen

På bakgrunn av behovet for en mer helhetlig tilnærming til brukertilfredshet, ble etter hvert «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen utviklet. Modellen samler fem faktorer som antas å predikere brukertilfredshet: Forventninger, oppfattet ytelse, diskonfirmasjon, affekt og rettferdighetsvurderinger («equity») (Fraser & Wu, 2013). Dette er den mest fullstendige forklaringsmodellen for brukertilfredshet i litteraturen i dag, og de fem faktorene finner alle støtte i forskning som relevante prediktorer for tilfredshet (Ibid.).

Forventninger

Forventninger er brukerens oppfatning av hva slags utbytte han kan regne med om han benytter seg av en tjeneste. En rekke faktorer kan forme brukeres forventninger, som tidligere erfaring med samme eller lignende tjenester, interaksjoner med andre som har benyttet seg av tjenesten, reklame, og tjenesteyterens offentlige image og synlighet i media. Ofte skapes det tydelige forventninger til et produkt eller en tjeneste før brukeren får personlig erfaring med den. Forventninger ser ut til å kunne ha en direkte innvirkning på tilfredshet, gjennom at brukere til en viss grad kan tilpasse sine opplevelser av kvalitet til å matche forventningene de hadde på forhånd (Fraser & Wu, 2013).

Oppfattet ytelse

Oppfattet ytelse kan defineres som brukerens subjektive vurdering av kvaliteten til et produkt eller en tjeneste. I kontekst av tiltak innen psykisk helsevern, kan oppfattet ytelse for eksempel vise til hvor godt brukeren opplever å ha nådd behandlingsmålene sine. Det er antatt at oppfattet ytelse har en direkte innvirkning på tilfredshet, særlig for tjenester med høy grad av involvering fra brukerens side (Yi, 1990). I kontekst av behandling av psykiske vansker kan man derfor tenke seg at brukerens opplevelse av tjenestens ytelse, for eksempel i form av behandlingseffektivitet, kan være en relevant prediktor for brukertilfredshet.

Diskonfirmasjon

Diskonfirmasjon var en av de tidligst foreslåtte prediktive faktorene for brukertilfredshet. Begrepet refererer til graden av samsvar mellom oppfattet ytelse og brukerens forventninger.

«Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen forutsetter at positiv diskonfirmasjon, en opplevelse hos brukeren av at tjenestens ytelse overgår forventningene, vil medføre høy grad av tilfredshet. Likeledes vil negativ diskonfirmasjon, dårligere ytelse enn forventet, medføre lav tilfredshet. Diskonfirmasjon som prediktor for tilfredshet har funnet god støtte i forskningslitteraturen på næringslivsfeltet (Yi, 1990). Innen helseforskning har samsvar mellom forventninger og oppfattet ytelse ofte blitt ansett som betydningsfullt for tilfredshet, men i liten grad vært gjenstand for forskning (Pascoe, 1983).

Affekt

Det er i dag ikke konsensus på feltet om hvilken rolle affekt spiller for tilfredshetsvurderinger. Flere studier har imidlertid vist at affektrelaterte faktorer har betydning for brukertilfredshet (Batbataar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino & Amenta, 2017; Yi, 1990), og behovet for mer forskning har blitt understreket (Fraser & Wu, 2013). Fraser og Wu (2013) knytter affekt til brukerens helhetlige opplevelse av å være mottaker av en tjeneste. Her er mer generelle aspekter ved tjenesteprosessen vel så relevante som intervensjonsspesifikke elementer. Brukerens affektive responser til et tiltak kan for eksempel knyttes til hvorvidt brukeren føler at tjenesteyterne er vennlige, støttende, involverende og omtenkssomme. Faktorer relatert til affektive responser kan være spesielt betydningsfulle i tjenester der brukeren selv er involvert i høy grad, noe som kan være med på å forklare hvorfor man ofte ser tilsvarende høy tilfredshet i attention only-betingelser i studier av psykologisk behandling (Fraser & Wu, 2013). Mer pragmatiske faktorer, som hvor praktisk, tidseffektivt og «behagelig» det oppleves for brukeren å delta i tjenesten, kan også påvirke tilfredshet gjennom affektive responser hos brukeren. Videre har man funnet støtte for at mer generelle affektrelaterte faktorer hos brukeren også har en sammenheng med rapportert tilfredshet, som generell livstilfredshet (Yi, 1990).

«Equity»

Forskning har vist at tilfredshet med en tjeneste kan påvirkes av brukerens oppfatning av normer for tjenestekvalitet, utbytte og kostnad (Fraser & Wu, 2013). Dette uttrykkes gjennom begrepet «equity». «Equity» beskriver en rettferdighetsvurdering, der brukeren vurderer egen innsats (i form av tid, penger, etc.) og nytteverdi opp mot sin oppfatning av hva andre har investert og mottatt av samme eller lignende tjenester. En slik rettferdighetsvurdering formes av flere faktorer: Brukerens oppfatning av utbytte opp mot egeninnsats, aspekter ved behandlingsprosessen og behandleren, samt mer praktiske aspekter ved tjenesteopplevelsen

(Ibid.). I en metaanalyse av forskning på brukertilfredshet i næringslivet viste «equity» seg å være den av de fem faktorene i «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen med nest sterkest innflytelse på tilfredshet, etter diskonfirmasjon (Szymanski & Henard, 2001). Brukere rapporterer om høyere tilfredshet når de opplever egen kost-nytte-ratio av en tjeneste som rettferdig i forhold til andres, og når de opplever å ha fått mer enn det de oppfatter som normativt.

1.2.5 Mangelfull teoretisk forankring på helsetjenestefeltet

Teorier fra næringslivet har bidratt til en økt forståelse av hva som kan være med på å forme brukeres vurderinger av tilfredshet med tjenester og produkter. Selv om det finnes viktige forskjeller mellom kommersielle tjenester og behandlingstiltak i psykisk helsevern, har næringslivsfeltets rammeverk vært et utgangspunkt for forståelsen av brukertilfredshet også i helseforskning. Men samtidig som teoriene gjennomgått tidligere har vært betydningsfulle for hvordan brukertilfredshet blir forstått i en helsekontekst, har helsefeltet i liten grad hatt fokus på videreutvikling av teoretisk rammeverk spesifikt rettet mot brukertilfredshet med helsetjenester. Dette reflekteres i utformingen av tilfredshetsspørreskjemaer – dårlig teoretisk forankring er et problem ved mange måleinstrumenter (Fraser & Wu, 2016). Også «Family Satisfaction Survey» (FSS), som brukes i denne studien, ser ut til å ha blitt satt sammen på et mer pragmatisk grunnlag. FSS inkluderer flere spørsmål om brukerens opplevelse av behandlingseffektivitet, og kan dermed tenkes å måle opplevd ytelse, samt spørsmål om aspekter ved behandlingsprosessen, som kan antas å fortelle noe om brukernes affektive responser til tiltaket. Den undersøker imidlertid ikke hvilke forventninger brukeren hadde til behandlingen i forkant og hvorvidt disse ble innfridd, og heller ikke brukerens opplevelse av å ha fått mer, mindre eller tilsvarende utbytte av tjenesten i forhold til andre.

1.3 En forskningsgjennomgang

Samtidig som helsefeltet mangler en egen teoretisk modell for brukertilfredshet, har brukeres tilfredshet med tiltak fått stor oppmerksomhet i forbindelse med forskning på helsetjenester og behandlingsevaluering. I denne delen av oppgaven blir det redegjort for funn knyttet til den generelle tendensen til høye tilfredshetsskårer i studier av brukertilfredshet, hva som har vist seg å predikere tilfredshet med behandling, samt den omdiskuterte sammenhengen mellom tilfredshet og behandlingseffektivitet. utfordringer og kritikk av forskningen drøftes underveis, samt implikasjoner av disse for nytteverdi og anvendelse av tilfredshetsdata.

1.3.1 Tendens til udifferensierte høye skårer

Fra sekstitallet og frem til i dag har litteraturen vært preget av en tendens til overvekt av høye skårer (Fraser & Wu, 2013). Parloff uttalte i krass kritikk av forskning på brukertilfredshet med atferdsterapi at «The majority of consumers appear to be satisfied with any and all services provided» (1983, s. 245), og avskrev store deler av litteraturen som et forsøk på å forbedre atferdsterapifeltets offentlige image. Bakgrunnen for kritikken var det Parloff så som ukritisk tiltro til nærmest universelle funn av høy tilfredshet hos tjenestebrukere. Ingram og Chung (1997) fant blant sine 8,522 respondenter at 70% falt innunder kategoriene moderat og maksimalt tilfreds. De fant videre ingen signifikante forskjeller i tilfredshet mellom ulike behandlingsformer og tjenester – brukerne sa seg like tilfreds med deltakelse i sosiale støttegrupper og ulike kontrollbetingelser som med anerkjente psykologiske intervensjoner.

Lebow (1983a) fant i sin review-studie at majoriteten av brukere rapporterer om høy tilfredshet med behandling, men at funnene ikke bekreftet påstanden om universelt høye skårer. Med forbehold om sannsynlige feilmarginer på bakgrunn av metodologiske problemer i forskningen, konkluderte Lebow med at det allikevel er grunn til å tro at de fleste brukere faktisk er nokså fornøyd med behandlingen de får. Mangelen på variasjon i brukeres respons på spørsmål om tilfredshet med tiltak medfører allikevel flere problemer, og kan for eksempel vanskeliggjøre statistisk analyse av dataene. En takeffekt i distribusjon av skårene gjør det vanskelig å skille mellom ulike behandlingsprogrammer og tiltak på bakgrunn av brukertilfredshet, noe som senker nytteverdien av tilfredshetsdata i arbeid med videreutvikling av behandlingsprogrammer (Lebow, 1983b).

1.3.2 Mulige kilder til udifferensierte høye skårer

Flere faktorer antas å kunne forstyrre brukeres vurdering av et tiltak og føre til en mer positiv evaluering enn det egentlig er grunnlag for. En av disse er «thank-you-effekten», som refererer til en følelse av takknemlighet hos brukeren for å ha mottatt hjelp (Fraser & Wu, 2013). Thank-you-effekten kan forklare hvorfor brukere ofte sier seg like tilfreds med alt fra seminarer, sosiale støttegrupper og «attention-only»-betingelser, til evidensbaserte intervensjoner i psykologisk behandling. Brukerens ønske om å fremstå som vennlig og positiv, samt vegring mot å kritisere, kan også påvirke skårer gjennom et sosialt ønskeverdighetsbias (Ibid.). Videre har spørreskjemaformen blitt kritisert for i for liten grad å avdekke aspekter ved behandlingen brukeren er misfornøyd med. Ofte har man funnet større grad av utilfredshet i kvalitative studier der brukere får fortelle mer fritt om både positive og negative opplevelser med behandling (Williams, 1994; Williams, Coyle og Healy, 1998). Til

sist kan reaktivitet overfor elementer ved situasjonen rundt utfylling av spørreskjemaer påvirke rapportering av tilfredshet (Pascoe, 1983). Kunnskapen om hvordan disse og potensielt andre forstyrrende faktorer kan påvirke brukerevalueringer, er et viktig argument for å bruke randomiserte-kontrollerte forskningsdesign (RCT) i studier av brukertilfredshet. RCT-studier gir anledning til å sammenligne tilfredshet på tvers av tiltak, da man kan anta at feilkilder knyttet til forstyrrende faktorer vil påvirke alle behandlingsbetingelser i samme grad (Fraser & Wu, 2013). Utbredt bruk av svake forskningsdesign, og særlig en mangel på RCT-studier, har lenge vært ansett som en av brukertilfredshetsfeltets største utfordringer (Fraser & Wu, 2013; Lebow, 1983a).

En annen viktig kilde til kunstig høye tilfredshetskårer, er frafallsskjevhet (Lebow, 1983b). De fleste undersøkelser av brukertilfredshet blir gjennomført etter endt behandling, og brukere som har droppet ut underveis tas som regel ikke med i evalueringen. Dersom det finnes en sammenheng mellom tilfredshet underveis i behandlingen og sannsynligheten for dropout, vil man kunne ende opp med et utvalg som i realiteten består av de mer tilfredse brukerne. Frafallsskjevhet kompliserer tolkning av tilfredshetsdata, og for å kunne trekke slutninger på et solid grunnlag, bør man kunne dokumentere så langt det er mulig at det ikke finnes systematiske forskjeller mellom brukere som fylte ut tilfredshetsundersøkelsen og de som ikke gjorde det (Tabachnick & Fidell, 2019).

1.3.3 Hva predikerer brukertilfredshet?

Utover forstyrrende variabler som kan bidra til potensielt kunstig høye tilfredshetskårer, har det også vært stor interesse for hvilke bruker-, behandler- og tjenesterrelaterede faktorer som har betydning for tilfredshet. Kunnskap om hva som predikerer tilfredshet kan vise oss hva som er viktig for brukerens opplevelse av et tiltak, og hvorvidt dette varierer på tvers av ulike brukergrupper. Dette kan bidra til en bedre forståelse av hva en tilfreds eller utilfreds bruker kan fortelle oss om tiltaket vi ønsker å evaluere.

I en metastudie fra 2017 gjennomgikk Batbataar og kolleger 109 studier av prediktive faktorer for brukertilfredshet med helsetjenester, publisert mellom 1980 og 2014. De fant inkonsistente resultater knyttet til en rekke sosiodemografiske faktorer hos brukere, blant annet utdanningsnivå, etnisitet, sivilstatus og sosioøkonomisk status. Eldre brukere så imidlertid ut til å være generelt mer tilfredse med helsetjenester. Videre fremkom livskvalitet, samt somatisk og psykisk helsetilstand, som sterke prediktorer i en rekke studier. Funnene til Batbataar et al. (2017) samsvarer i stor grad med tidligere litteraturgjennomganger. Pascoe

(1983) fant ingen konsistente sammenhenger mellom sosiodemografiske variabler og tilfredshet, med det unntak at kvinner og eldre oftere rapporterte om høy tilfredshet. I likhet med Pascoe fant også Lebow (1983a) sammenhenger mellom tilfredshet og kjønn og alder, men understreket behovet for mer forskning på dette. Han konkluderte på generell basis med at sosiodemografiske variabler er dårlige prediktorer for tilfredshet.

Litteraturen er mer samstemt hva gjelder sammenhenger mellom brukertilfredshet og aspekter ved tiltak, behandlere og organisasjoner. Brukeres vurderinger av ulike tekniske aspekter ved behandling, som behandlerens kompetanse, erfaring og opprettholdelse av konfidensialitet, har vist seg som sterke prediktorer for tilfredshet (Batbataar et al., 2017). Lebow (1983a) fant varierende grad av sammenheng mellom tilfredshet og behandlingens lengde, men sterk og nokså konsekvent sammenheng mellom tilfredshet og omstendigheter rundt avslutning av behandlingsløp. Brukere som fullførte planlagt løp, og avsluttet behandlingen i samråd med behandler, rapporterte i flere studier om høyere grad av tilfredshet (Ibid.).

Hos Batbataar et al. (2017) var det faktorer innen domenet interpersonlig omsorg som viste seg å ha størst betydning for tilfredshet. Brukeres opplevelse av ulike interpersonlige aspekter ved helsetjenester, som behandleres affektive atferd og holdninger, kommunikasjonsferdigheter, og en egalitær arbeidsstil, fremkom som betydningsfullt for tilfredshet i 62 studier. På dette området var det høy grad av samsvar mellom studiene – positive brukervurderinger av behandlerens interpersonlige ferdigheter og stil var gjennomgående relatert til høyere grad av tilfredshet med behandling.

I sin evaluering av en metode for kvalitetssikring av behandlingsprogrammer, undersøkte Ingram og Chung (1997) hvilke faktorer som best predikerte hvorvidt en bruker rapporterte om moderat eller maksimal tilfredshet. Dersom brukeren hadde rapportert om maksimal tilfredshet med match mellom terapeutens ferdigheter og egne vansker, økte sannsynligheten for at de havnet i den maksimalt tilfredse gruppen fra 69.87 % til 92.75 %. Blant brukerne som skåret maksimalt på match, hadde 96 % også høyeste mulige skåre på spørsmål om hvorvidt de følte seg lyttet til og forstått. Forfatterne konkluderte med at brukerens opplevelse av empati hos behandleren, gjennom en opplevelse av en god match i terapirelasjonen, var en viktig prediktiv faktor for brukertilfredshet. Sammenhengen mellom tilfredshet med behandling og interpersonlige aspekter ved et helsetilbud finner bred støtte i litteraturen (f.eks. Al-Abri & Al-Balushi, 2014; Brannan, Sonnichsen, & Heflinger, 1996; Fraser & Wu, 2013; McNeill, Nicholas, Szechy, & Lach 1998; Pascoe, 1983; Sitzia & Wood, 1997). Dette

kan sees i sammenheng med begrepet arbeidsallianse, definert som det relasjonelle båndet mellom klient og terapeut, samt enighet om mål og arbeidsmetode (Hersoug, 2012).

Arbeidsallianse har blitt tillagt stor vekt i den øvrige psykoterapiforskningen og ansees å være en av de viktigste fellesfaktorene for effektiv terapi (Lambert, 2013).

Forskningslitteraturen har identifisert en rekke variabler med betydning for brukertilfredshet. Men hvor viktig er det at behandlingen er virksom? Den neste delen av innledningen tar for seg forskning på sammenhengen mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet, og stiller spørsmålet om tilfredshet kan forstås som en helhetlig refleksjon av «god psykisk helsehjelp» – god behandlingsprosess og ønskelig utfall – sett fra brukerens ståsted.

1.3.4 Brukertilfredshet og behandlingseffektivitet

Anvendelsen av brukertilfredshet som en pragmatisk kvalitetsindikator har møtt kritikk fra flere hold (f.eks. Fraser & Wu, 2013; Garfield, 1983; Lunnen, Ogles & Pappas, 2008; Parloff, 1983; Pekarik & Wolff, 1996). En av kritikernes fremste innvendinger var at de fleste brukere av helsetjenester rapporterte om høy grad av tilfredshet, også i tilfeller der behandlingen ikke hadde hatt noen målbar effekt i form av endring i problemet de søkte behandling for. På bakgrunn av dette opplevde mange det som dypt problematisk at undersøkelser av brukertilfredshet i økende grad ble anvendt som et primært utfallsmål i evaluering av behandlingskvalitet, og i noen tilfeller erstattet andre evalueringsmetoder (Garfield, 1983).

Effektivitetsstudien hvis datamateriale denne oppgaven er basert på, benyttet flere metoder for å evaluere tiltakets effektivitet. Brukertilfredshet ble undersøkt for å få innblikk i hvordan tiltaket opplevdes fra foreldrenes ståsted, og ikke som et primært utfallsmål. Kritikken mot anvendelse av brukertilfredshetsdata er således ikke like aktuell for denne studien. Samtidig har spørsmålet om sammenhengen mellom tilfredshet og effektivitet betydning for hvordan man bør forstå og vektlegge informasjon om brukertilfredshet i behandlingsevaluering. I hvor stor grad kan høy grad av tilfredshet forstås som en refleksjon av helhetlig god psykisk helsehjelp, innebemannet en god prosess og et ønskelig utfall? Foreldrene i denne studien oppsøkte førstelinjetjenesten for å få hjelp til å redusere og bli bedre i stand til å mestre barnas utfordrende atferd. Intuitivt sett virker det sannsynlig at grad av symptomreduksjon spiller inn på tilfredshet med tjenesten, og dette virker logisk også sett i lys av betydningen opplevd ytelse tillegges i teorier om brukertilfredshet. Samtidig kan det finnes situasjoner der brukere er tilfredse selv om de ikke nådde behandlingsmålene sine (Bond, 2017).

Forskningslitteraturen gjennom de siste 40 årene tegner et blandet bilde av forholdet mellom brukeres rapporterte tilfredshet og behandlingseffektivitet målt med mer objektive instrumenter. I 1983 publiserte Lebow en oversiktsartikkel om forskning på brukertilfredshet i tidsperioden 1964 til 1982 (Lebow, 1983a). I studiene han gjennomgikk, fant Lebow relativt sterke korrelasjoner mellom tilfredshet og brukernes globale vurdering av behandlingsutfall. Sammenhengen mellom tilfredshet og brukerrapportering om mer spesifikke endringer, var sjeldnere og ofte svakere. Sammenhengen mellom brukertilfredshet og endring vurdert av behandler eller en tredjepart, var enda svakere, med korrelasjoner av ofte ubetydelig størrelse. En nyere metastudie av Batbataar et al. (2017) fant at kun fire av 109 studier som omhandlet brukertilfredshet, fremsatte utfall av behandlingen i form av endring eller reduksjon i symptomer som en viktig predikerende faktor for brukertilfredshet. Fraser og Wu (2013) fant også blandede resultater i sin review-artikkel. De konkluderte med at litteraturen tegner et komplekst bilde av sammenhengen mellom tilfredshet og utfall, og etterspurte mer forskning.

1.3.5 Ulike måleinstrumenter gir ulike resultater

De siste par tiårene har flere forskere satt søkelys på den komplekse relasjonen mellom brukertilfredshet og andre utfallsmål. I et forsøk på å skape bedre forståelse av variasjonen i funn på tvers av studier, har oversiktsartikler og enkeltstudier tatt for seg under hvilke omstendigheter man finner eller ikke finner en sammenheng. Fraser og Wu påpekte i 2013 at hvilke mål på endring som benyttes, ser ut til å ha betydning for hvorvidt man finner en sammenheng. Funn kan variere avhengig av både informant (terapeut, bruker, pårørende, tredjepart) og metode for innhenting av informasjon (eksempelvis observasjon, symptomsjekkliste og diagnostiske verktøy, subjektiv opplevelse av endring). Lunnen et al. (2008) utførte en studie der de undersøkte sammenhengen mellom tilfredshet og symptomendring målt med symptomsjekklisten OQ45.2, subjektivt opplevd endring og fungeringsnivå i etterkant av behandling, fra et bruker-, pårørende- og terapeutperspektiv. Utvalget besto av brukere med ulike typer psykiske vansker, i en nord-amerikansk lokalhelsetjenestekontekst. Resultatene viste at mens endring i symptomnivå ikke var relatert til tilfredshet, hadde subjektivt opplevd endring en signifikant prediksjonsverdi for tilfredshet både hos bruker, pårørende og terapeut. Også fungeringsnivå i etterkant av behandlingen som vurdert av bruker og pårørende viste seg å ha en signifikant sammenheng med tilfredshet.

Brestan, Jacobs, Rayfield og Eyberg (1999) gjorde et annet interessant funn. De gjennomførte en psykometrisk evalueringsstudie av Therapy Attitude Inventory (TAI), et instrument utviklet for å måle tilfredshet med behandlingsprosess- og utfall hos foreldre i barne- og

familierapi. Utvalget besto av barn med atferdsproblemer og foreldrene deres, som deltok i interaksjonsterapi. Symptomnivå og grad av symptomendring ble målt med Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Burns & Patterson, 2001). De fant at mens tilfredshet med behandlingen ikke korrelerte med absolutt symptomnivå etter endt behandling, var graden av endring fra pretest til posttest signifikant korrelert med tilfredshet hos foreldrene. Brestan og hennes kolleger konkluderte med at foreldre er sensitive for endring i barnas grad av vansker, og at dette er med på å forme deres vurdering av et behandlingstiltak.

Hvordan tilfredshet måles, har også vist seg å ha betydning for hvorvidt man finner en sammenheng. I 2010 undersøkte Shek forholdet mellom subjektive og objektive utfallsmål i en Hong Kong-basert studie av 3,298 kinesiske ungdomsskoleelever som deltok i et program med fokus på positiv utvikling hos ungdom. Shek sammenlignet svar på The Chinese Positive Youth Development Scale (CPYDS) med svar på The Chinese Subjective Outcome Scale (CSOS), et instrument som måler tilfredshet med ulike programegenskaper, implementeringsprosessen, og opplevd programeffektivitet. Resultatene viste at totalskåre på CPYDS var signifikant korrelert med skåre på alle tre tilfredshetsdomener. Skåre på de tre tilfredshetsdomenene predikerte dessuten skåre på CPYDS i etterkant av behandlingen, etter at CPYDS-skåre i forkant av behandlingen var kontrollert for. Shek konkluderte med at det eksisterer en tydelig sammenheng mellom subjektive tilfredshetsmål og objektive mål på atferd, når tilfredshetsinstrumentet retter fokus mot opplevelse av prosess og utfall.

Sheks (2010) og Brestan et al.s (1999) funn kan belyse de inkonsistente resultatene blant studier av sammenhengen mellom tilfredshet og effektivitet. I likhet med Shek var også instrumentet Brestan et al. benyttet for å måle tilfredshet, utviklet for å skille mellom tilfredshet med prosess og utfall i behandlingen. En rekke forskere har pekt på mangfoldet i måleinstrumenter og mangelen på standardisering som et problem i forskning på brukertilfredshet. Fraser og Wu (2016) identifiserte 58 ulike instrumenter i sin gjennomgang av studier publisert i tidsrommet 2003 til 2013, og blant disse var det stor forskjell i innhold, form og hvordan behandlingstilfredshet ble konseptualisert. Instrumenter som målte flere spesifikke aspekter ved tilfredshet med et tiltak, og som inkluderte spørsmål om tilfredshet med utfall, så i større grad ut til å avdekke en sammenheng mellom tilfredshet og effektivitet.

1.3.6 Tilfredshet og behandlingseffektivitet – et spørsmål om validitet?

God psykologisk behandling kan bety ulike ting, men overordnet sett ønsker man å bidra til endring og bedring i vanskene brukeren kommer til behandling med. Når validiteten til

brukertilfredshet som et utfallsmål har blitt trukket i tvil, har det vært på bakgrunn av usikkerhet knyttet til om en tilfreds bruker forteller oss noe om god effekt av et tiltak. Enkelte publikasjoner som fant en sterk sammenheng mellom tilfredshet og effekt, har argumentert for at brukertilfredshet er et godt mål på generell behandlingskvalitet (Ankuta & Abeles, 1993). Andre har, på grunnlag av litteraturens inkonsistente funn, marginalisert nytteverdien av tilfredshetsdata relativt til mer tradisjonelle utfallsmål (Garfield, 1983). En mer balansert posisjon er imidlertid vanligere i litteraturen i dag. Lunnen et al. (2008) påpekte at mye av nytteverdien til tilfredshetsmålinger ligger i nettopp det at de bidrar med unik informasjon som ikke kan innhentes via symptomsjekklister. Fraser og Wu (2013) konkluderte i sin review-studie at tilfredshetsdata ikke bør anvendes som eneste kvalitetsindikator, men som et supplement til andre utfallsmål for å muliggjøre en mer helhetlig vurdering av et tiltak der brukerens perspektiv er inkludert.

1.4 Brief Parent Training og PMTO-modellen

1.4.1 Brief Parent Training

Denne oppgaven omhandler brukertilfredshet hos foreldre som har mottatt rådgivning gjennom Brief Parent Training (BPT), et lavterskeltilbud rettet mot barn med atferdsproblemer. Intervensjonen er en av seks moduler i NUBUs TIBIR-program (Tidlig intervensjon for barn i risiko; Solholm, Kjøbli & Christiansen, 2013), og har som mål å tilby foreldre hjelp som er lett tilgjengelig, kostnadseffektivt og som kan gjennomføres på et tidlig stadium av problemutvikling. Gjennom samtale og rollespill med en opplært rådgiver får foreldrene hjelp til å utvikle mer positive foreldreferdigheter, endre samspillet i familien og forebygge utvikling av mer alvorlige atferdsproblemer. Intervensjonen gjennomføres av fagpersoner med ulik bakgrunn ansatt i eksisterende førstelinjetjenester som familiesentre, skoler, helsestasjoner og barnehager. Brief Parent Training er utviklet og implementert i Norge av Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge, og har vist seg effektiv med hensyn til å forbedre foreldreferdigheter, redusere atferdsproblemer og øke barnas sosiale kompetanse (Kjøbli & Ogden, 2012). Intervensjonen beskrives i større detalj i oppgavens metodedel.

1.4.2 PMTO – Parent Management Training Oregon

Brief Parent Training, i likhet med de øvrige modulene i TIBIR, bygger på prinsippene fra den evidensbaserte behandlingsmetoden PMTO - Parent Management Training Oregon (Kjøbli & Ogden, 2012). NUBU har siden 1999 hatt ansvar for å implementere og forske på PMTO i Norge (NUBU, 2006). Arbeidet har foregått i samarbeid med Oregon Social Learning Center (OSLC), som siden 60-tallet systematisk har arbeidet for en bedre forståelse

av hvordan problematferd utvikles hos barn og unge. PMTO-behandlingen baserer seg på kunnskapsgrunnlaget fra dette mangeårige arbeidet, og søker å forebygge og snu utvikling av atferdsproblemer med foreldre som endringsagenter. De to konstruktene sosial interaksjonslæring og tvingende samspill utgjør kjerneelementene i det teoretiske grunnlaget for PMTO-modellen (Forgatch & Kjøbli, 2016), og den følgende delen av oppgaven redegjør for dem.

Sosial interaksjonslæring

Teorien om sosial interaksjonslæring (SIL; Patterson, 1982) tar utgangspunkt i prinsippet om at sosiale interaksjoner former atferd (Forgatch & Kjøbli, 2016). Barn utvikler sine relasjonelle strategier og måter å være på gjennom samspill med omsorgspersoner og andre i nærmiljøet over tid; ut fra andres reaksjoner på egen atferd lærer de hva som fører til ønskede og uønskede utfall. Med sine reaksjoner forsterker eller reduserer personene rundt barnet dets atferd til enhver tid. Ut fra denne tankegangen ligger heller ikke løsningen på atferdsproblemer i å arbeide med barnet alene, men i å forandre på aspekter ved samspillet mellom barn og foreldre. Dette prinsippet står i kjernen av PMTO-modellens forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår og kan endres.

Hos yngre barn er foreldrene de primære agentene i denne sosialiseringprosessen. Etter hvert som barnet blir større, blir jevnaldrende desto viktigere. Det finnes imidlertid sterk empirisk støtte for at atferdsmønstrene barn lærer gjennom interaksjon med omsorgspersonene bæres videre inn i senere relasjoner med lærere, jevnaldrende og andre (Patterson, 2016). På bakgrunn av dette retter PMTO-behandlingen seg hovedsakelig mot foreldre som endringsagenter.

Tvingende samspill

Gjennom forskning på samspill i familier med barn med atferdsproblemer, kom det frem at samspillet i disse familiene var preget av negativt ladede interaksjoner i større grad enn i «ikke-kliniske» familier. Tilsvarende observerte man færre positive interaksjoner mellom foreldre og barn i de «kliniske» familiene (Patterson, 2005). Interaksjonene i disse familiene var særlig preget av såkalt tvingende samspill. «Tvang» (coercion) beskriver en relasjonell strategi der atferd som oppleves aversivt av den andre personen, brukes for å oppnå goder eller unngå uønskede situasjoner. Et eksempel kan være femåringen som i butikken legger seg ned på gulvet og skriker til pappa går med på å kjøpe is allikevel. Et annet typisk scenario er at barnet svarer med kranling (aversiv atferd) på forelderens oppfordring om å gjøre lekser eller rydde rommet. Om foreldereren er sliten og dropper kravet for å unngå en kranling,

opplever barnet at det kan komme unna kjedelige gjøremål ved å bråke og diskutere. Ved neste lekkesituasjon er det nå mer sannsynlig at barnet vil reagere på samme måte som sist.

Tvingende samspill har en tendens til å eskalere, og barnet vil kunne ta i bruk mer og mer aggressive virkemidler for å få viljen sin. Barn som oftere og mer intenst utviser aggressiv atferd, skaper i større grad også uhensiktsmessige negative reaksjoner hos foreldrene. Dette kan igjen anspore barnet til å eskalere den uønskede atferden, og slik føre til et samspillsmønster preget av gjensidig negative interaksjoner (Patterson, 1982). Et annet kjennetegn ved foreldrene til barn med atferdsproblemer er at de ikke gir effektive konsekvenser for aggressiv atferd, men heller svarer med kjefting og trusler om konsekvenser som de ikke følger opp (Ibid.).

Empirisk støtte for PMTO-modellen

Det har blitt utført flere eksperimentelle studier for å undersøke hvilken rolle sosial interaksjonslæring og tvingende samspill har i utvikling og opprettholdelse av atferdsproblemer. En av disse er The Oregon Divorce Study (Forgatch, Patterson, DeGarmo, & Beldavs, 2009), en longitudinell studie over 9 år som undersøkte effekten av PMTO-behandling hos 238 skilte mødre og deres sønner. Mødrene deltok i gruppebasert PMTO-behandling, og lærte strategier for å redusere tvingende interaksjoner og utøve mer positiv foreldrepraksis. En rekke ulike mål ble brukt for å kartlegge foreldrepraksis, samspillsmønstre og barnas atferdsproblemer, m.m. Mediasjonsanalysene viste at forbedringer i foreldreferdigheter fungerte medierende for reduksjon i grad av atferdsproblemer og senere negative utfall som arrestasjoner. Dette gir støtte til SIL-modellens prinsipper for hvordan atferdsproblemer utvikles og kan endres.

Med støtte i teorien og empirien gjennomgått over, er PMTO-modellen utviklet med formål om å redusere atferdsproblemer hos barn og unge ved å hjelpe foreldrene til å redusere graden av tvingende interaksjoner i familien og erstatte uhensiktsmessig foreldrepraksis med mer positive foreldreferdigheter (Forgatch & Kjøbli, 2016). I kjernen av PMTO-behandling står fem ferdighetsområder: Oppmuntring til å ta i bruk positive foreldreferdigheter, grensesetting, tilsyn, interpersonlig problemløsning og positiv involvering. Den første randomiserte-kontrollerte effektivitetsstudien av PMTO ble gjennomført i Norge (Ogden & Hagen, 2008). Studiens resultater viste at behandlingen var vellykket med hensyn til å forbedre foreldrepraksis, redusere atferdsproblemer, og styrke barnas sosiale kompetanse. Ogden og Hagens positive resultater støttes av flere studier fra ulike land og med ulike målgrupper

(Dishion, Forgatch, Chamberlain & Pelham, 2016), og PMTO er i dag et av de ledende evidensbaserte foreldretreningsprogrammene for atferdslidelser (Forgatch & Kjøbli, 2016).

1.5 Oppsummering av bakgrunn for forskningsspørsmål

De siste femti årene har man sett en sterk økning i fokus på brukernes rolle i helsevesenet. Undersøkelser av brukertilfredshet har i dag ofte en naturlig rolle i behandlingsevaluering, og utføres av pasientetiske hensyn og som et ledd i kvalitetsforbedrende arbeid. Nytteverdien av tilfredshetsdata er imidlertid omdiskutert i forskningslitteraturen, på bakgrunn av brukeres tendens til å rapportere om høy grad av tilfredshet uavhengig av behandlingsform. En mangel på randomiserte, kontrollerte studier av brukertilfredshet vanskeliggjør sammenligning av tiltak på bakgrunn av brukerevalueringer, og dermed faller mye av verdien til tilfredshetsdata som en kvalitetsindikator bort. Usikkerhet knyttet til hvorvidt grad av tilfredshet henger sammen med grad av bedring som følge av et tiltak, kompliserer videre tolkning og bruk av informasjon om brukertilfredshet. Feltet mangler dessuten en konsensus om hvordan tilfredshet bør forstås og måles, og studier av hva som påvirker brukeres vurdering av tiltak gir ofte inkonsistente resultater. Dette knytter usikkerhet til hvor stor vekt brukertilfredshet bør tillegges i evaluering av helsetiltak, og hvordan man bør tolke og anvende funn.

1.6 Oppgavens problemstillinger

Denne oppgaven omhandler brukernes tilfredshet med hjelpetiltak rettet mot foreldre til barn med atferdsproblemer, og er basert på data fra NUBU's randomiserte effektivitetsstudie av intervensjonen Brief Parent Training i en førstelinjetjenestekontekst. Oppgaven sammenligner rapportert tilfredshet hos foreldrene som deltok i BPT-intervensjonen, med foreldre i en kontrollgruppe som mottok «treatment as usual». I lys av utfordringene knyttet til forståelse av tilfredshetsbegrepet og nytteverdien til informasjon om tilfredshet hos tjenestebrukere, søker denne oppgaven å besvare følgende problemstillinger:

1. Har behandlingsform betydning for grad av tilfredshet med hjelpetiltak hos foreldre til barn med atferdsproblemer?
2. Har brukertilfredshet sammenheng med symptomrelatert behandlingseffektivitet?
3. Finnes det andre variabler som i dette utvalget har sammenheng med brukertilfredshet?

2 Metode

Oppgavens metodedel vil først ta for seg studiens deltakere, prosedyrer for rekruttering og randomisering, måleinstrumenter og de to behandlingsbetingelsene. Videre følger en gjennomgang av datamaterialets distribusjon, begrensninger ved spørreskjema som metode i forskning på brukertilfredshet, behandling av «uteliggere», og en «missing»-analyse av deltakerne som ikke har besvart spørreskjemaet om brukertilfredshet. Til slutt blir det redegjort for de statistiske analysene som er brukt, forutsetninger for disse og hvordan de kan bidra til å besvare oppgavens problemstillinger.

Denne oppgaven er basert på datamateriale fra en effektivitetsstudie av BPT-rådgivning i førstelinjetjenesten. Publikasjonen av effektivitetsstudiens resultater (Kjøbli & Ogden, 2012) kan konsulteres for en grundigere beskrivelse av deltakere, prosedyrer og måleinstrumenter. Studien er godkjent av regionalt fagetisk råd, og har fulgt gjeldende etiske retningslinjer (Ibid.).

2.1 Deltakere

Deltakerne i studien var 216 barn og deres foreldre. Aldersspennet var fra 3 til 12 år ($M = 7,28$, $SD = 2,61$), og 147 gutter (68,1%) og 69 jenter (31,9%) deltok. Gutter og jenter ble fordelt jevnt mellom behandlingsbetingelsene. 108 familier mottok Brief Parent Training (intervensjonsgruppe), og 108 ble gitt tilbudet de ellers ville fått av tjenesten de var i kontakt med, såkalt «treatment as usual» eller TAU (kontrollgruppe).

Deltakerne hadde enten selv kontaktet hjelpeapparatet, eller blitt kontaktet, på bakgrunn av atferdsproblemer hos barnet. Ut fra et ønske om å gjennomføre studien under forhold som lå nært opp til vanlig praksis i førstelinjetjenesten, var inklusjon av deltakere basert på skjønnsmessig vurdering av hjelpebehov gjort av fagpersonell ansatt ved de lokale tjenestene. Screening av symptomnivå dannet ikke grunnlag for inkludering i behandlingen, men barna ble systematisk kartlagt med Eyberg Child Behavior Inventory (Burns & Patterson, 2001) før behandlingsstart. Kartleggingen viste at 55,6 % av barna skåret over klinisk grense for atferdsproblemer. Eksklusjonskriterier var alder (yngre enn 3 år og eldre enn 12 år), autismespekterlidelse, dokumentert seksuelt overgrep, kognitiv funksjonsnedsettelse, og alvorlige psykiske helseproblemer eller kognitiv funksjonsnedsettelse hos foreldre.

Gjennomsnittlig alder hos foreldrene var 35,31 år ($SD=6.08$). 147 (68,1%) av barna bodde med to foreldre/foresatte, mens 69 (31,9%) bodde med en forelder/foresatt. Gjennomsnittlig

årlig inntekt hos foreldrene var 539,107 kr, og 85 (39,4%) hadde fullført utdanning på høyskolenivå eller over, mens 114 (52,8%) hadde fullført videregående skole, og 17 (7,9%) hadde fullført ungdomsskole eller lavere. De fleste foreldrene rapporterte om norsk etnisk bakgrunn (N=203, 94%), og kun 13 foreldre oppga annen etnisk bakgrunn (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.2 Prosedyrer

2.2.1 Rekruttering og deltakelse

Rekruttering av deltakere foregikk fra februar 2007 til mars 2008. Aktuelle familier ble informert om studien, og de som ønsket å delta underskrev et skjema om informert samtykke. Flere måleinstrumenter ble benyttet før og etter behandling for å kartlegge barnas atferdsproblemer, internaliserende vansker og sosiale kompetanse (foreldre- og lærerrapportert), foreldrepraksis, og «parental distress». Kartleggingen ble gjennomført av ansatte i de lokale helsetjenestene, som fikk opplæring i instrumentene og som ikke administrerte behandlingen. Datainnsamling etter endt behandling ble gjennomført innen omkring to uker (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.2.2 Randomisering

Etter kartlegging i forkant av behandling, ble de deltakende familiene parvis randomisert til enten intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.3 Måleinstrumenter

Foreldrepraksis og «parental distress» ble kartlagt med henholdsvis «Parenting Practices Interview» (PPI) og «Symptom Check List-5» (SCL-5). For å måle barnas nivå av problematferd ble «Eyberg Child Behavior Inventory» (ECBI), «The Home and Community Social Behavior Scales» (HCSBS), og «Child Behavior Checklist» (CBCL) benyttet. Tiltaksintegritet ble vurdert gjennom foreldrerapportering via et spørreskjema utviklet av NUBU for den aktuelle studien, for å indikere i hvilken grad behandlerne etterfulgte BPT-manualens temaer og kjerneelementer. Foreldrene ble også bedt om å fylle ut et spørreskjema om brukertilfredshet, som var en modifisert versjon av «Family Satisfaction Survey» (Kjøbli & Ogden, 2012). Spørreskjemaet ble sendt direkte til foreldrene og tilbake til forskerne etter at behandlingen var avsluttet, noe som reduserer risikoen for forstyrrelser i foreldrenes respons knyttet til reaktivitet overfor aspekter ved situasjonen rundt utfylling. Denne oppgaven er basert på data fra brukertilfredshets-undersøkelsen og barnas grad av atferdsproblemer målt med ECBI. Under følger en redegjørelse for disse to instrumentene.

2.3.1 Brukertilfredshetsundersøkelsen

For å måle foreldrenes grad av tilfredshet med behandlingen, ble det brukt en modifisert versjon av spørreskjemaet «Family Satisfaction Survey» (FSS, se vedlegg). FSS ble utviklet av Lübrecht i 1992 (Ogden & Hagen, 2008), og den norske oversettelsen, brukt tidligere i en studie av Ogden og Halliday-Boykins (2004), har demonstrert god reliabilitet og validitet. Som del av et hovedoppgavearbeid ved Psykologisk institutt ved UiO, gjennomførte Rydning (2014) en psykometrisk validering av skalaen som også viste god reliabilitet og validitet.

Den modifiserte versjonen av «Family Satisfaction Survey» som er benyttet i denne oppgaven inkluderer elleve spørsmål, mot originalversjonens tolv. I den modifiserte versjonen tilsvarer åtte av spørsmålene ledd i originalversjonen. Spørsmål 11 tilsvarer originalens spørsmål 12 med en annen ordlyd, og to spørsmål er lagt til som ikke var inkludert i originalversjonen. Ordet “tilbud” brukes i originalversjonen for å referere til hjelpen foreldrene fikk, mens den modifiserte versjonen i hovedsak bruker ordet “tiltak”.

Versjonen brukt i denne studien inkluderer spørsmål om opplevelse av behandlingsprosessen (f.eks. «Hvor gode muligheter fikk du til å fortelle om barnet ditt og familien?»), vurdering av behandlingstilbudets kvalitet, effektivitet og nytteverdi (f.eks. «Hvordan vil du bedømme kvaliteten av det tilbudet familien og barnet har mottatt?», «Var arbeidsmetoden nyttig for familien i det daglige?», «Hvor effektivt var dette tiltaket for familien din?»), og spørsmål om hvorvidt foreldrene ville anbefale tiltaket til andre, samt spørsmål om praktiske aspekter ved tiltaket, som tid og sted. Spørsmålene besvares på en fire-punkts Likert-skala. Skårene kan variere mellom minimum 11 og maksimum 44, og høyere skåre indikerer større grad av tilfredshet.

Det er ikke gitt at reliabilitet og validitet holder seg på samme nivå når man gjør endringer i en skala (Sitzia, 1999). Som en del av denne oppgavens statistiske analyser vil det derfor gjennomføres en test av reliabilitet, samt en eksplorerende faktoranalyse for å undersøke om de to nye leddene henger sammen med skalaen for øvrig. Eventuelle begrensninger ved bruk av skalaen blir drøftet i oppgavens diskusjonsdel.

2.3.2 «Eyberg Child Behavior Inventory» (ECBI)

ECBI (Burns & Patterson, 2001) er et anerkjent instrument for måling av barns (2-16 år) atferd, med utbredt anvendelse internasjonalt. Skjemaet består av 36 ledd, som er oversatt til norsk og standardisert med et norsk utvalg (Kjøbli & Ogden, 2012; Reedtz et al., 2008). Instrumentet består av en skala for intensitet der forelderens på en 7-punkts Likert-skala

indikerer hvor hyppig ulike former for problematisk atferd (f.eks. «Har sinne/raserianfall», «Erter eller provoserer andre barn») forekommer hos barnet, og en problemskala der han eller hun indikerer om atferden er et problem eller ikke (skåret som 1 eller 0 respektivt). ECBI har demonstrert god reliabilitet og validitet (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.4 Intervensjons- og kontrollgruppe

2.4.1 Intervensjonsgruppe

Foreldrene som deltok i intervensjonsgruppen mottok tiltaket Brief Parent Training, individuelt administrert foreldrerådgivning etter prinsippene fra PMTO-modellen. BPT-intervensjonen har en varighet på omkring 3-5 timer, og følger en behandlingsmanual delt opp i fem ferdighetsområder: Gode og dårlige beskjeder, systematisk bruk av ros, anerkjennelse og oppmuntring, grensesetting, problemløsning og tilsyn og oppfølging. Med utgangspunkt i hverdagssituasjoner foreldrene selv har beskrevet som vanskelige, gjennomgår rådgiveren prinsippene for effektive foreldreferdigheter på det aktuelle temaet. Deretter viser hun eller han hvordan dette kan se ut i praksis gjennom rollespill av den aktuelle situasjonen. Så er det foreldrenes tur, og de får øve på de nye ferdighetene gjennom rollespill i timen. Foreldrene får i hjemmeoppgave å prøve ut de nye ferdighetene med barnet, og erfaringene de gjør seg drøftes i neste time. Gjennom å øve på konkrete ferdigheter i timen, og å avgrense arbeidet til ett tema av gangen, gis foreldrene best mulig sjanse til å greie å gjennomføre intervensjonene i praksis og til å lykkes med barnet hjemme (NUBU, 2006).

Viktigheten av å etterfølge manualen understrekes, samtidig som rådgiveren bruker tid med foreldrene på å kartlegge hva som er viktigst for dem å jobbe med. Det legges vekt på å identifisere og bygge videre på foreldrenes eksisterende ressurser. Dette er en sentral del av det alliansebyggende arbeidet, som har vist seg å være viktig for å komme gjennom motstand hos foreldrene mot behandlingen (Forgatch & Kjøbli, 2016).

BPT-intervensjonen i denne studien ble gjennomført av ansatte ved de ulike lokale helsetjenestene. Rådgiverne fikk opplæring i behandlingsmanualen og gjennomførte en «praksisperiode» i forkant av studien der de hadde to familier i behandling under veiledning av sertifiserte PMTO-terapeuter. Underveis i studien deltok rådgiverne i veiledningsmøter i gruppe for å drøfte og rollespille utfordrende situasjoner. 75 rådgivere ble rekruttert fra ulike instanser i førstelinjetjenesten, som helsestasjoner, barneverntjenesten, PPT, skoler og barnehager. 46 rådgivere behandlet en familie, 15 behandlet to, 5 behandlet tre og 1 rådgiver behandlet fire familier.

2.4.2 Kontrollgruppe

Halvparten av foreldrene som deltok i studien ble plassert i kontrollgruppen, og disse familiene mottok ulike tilbud tilsvarende det de vanligvis ville fått ved de aktuelle tjenestene (TAU). 16 familier mottok rådgivning fra helsesykepleier, 18 fra sosialarbeidere i barneverntjenesten, og 2 fra annet helsepersonell. 5 deltok i familierådgivning, 13 mottok rådgivning fra spesialpedagog, 2 fikk atferdsrettet rådgivning og 2 mottok Marte Meo-behandling. 4 fikk annen hjelp, og 30 deltakere mottok ingen intervensjon.

2.5 «Uteliggere» og distribusjon

I forkant av videre statistiske analyser ble det foretatt en inspeksjon av materialet med henblikk på «uteliggere» og normalfordeling.

2.5.1 «Uteliggere»

Variablene Antall timer behandlingsdeltakelse (for barnet, mor, far og søsken) viste seg å ha flere ekstremskårer. Intervensjonen i behandlingsgruppen var normert til mellom 1 og 7 timer, og etter en skjønnsmessig vurdering ble det besluttet å ekskludere skårer over 20 timer fra analysen. For brukertilfredshetsskårene viste en sammenligning av det originale gjennomsnittet ($M=35,39$) med et trimmet gjennomsnitt der 5% av de høyeste og laveste skårene var tatt ut ($M=35,93$), at ekstremverdiene hadde liten innvirkning på gjennomsnittlig tilfredshetsskåre. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at «uteliggerne» ikke vil ha noen betydelig negativ effekt på videre analyser, og de vil derfor ikke bli ekskludert fra materialet.

2.5.2 Distribusjon av skårer på brukertilfredshetsskalaen

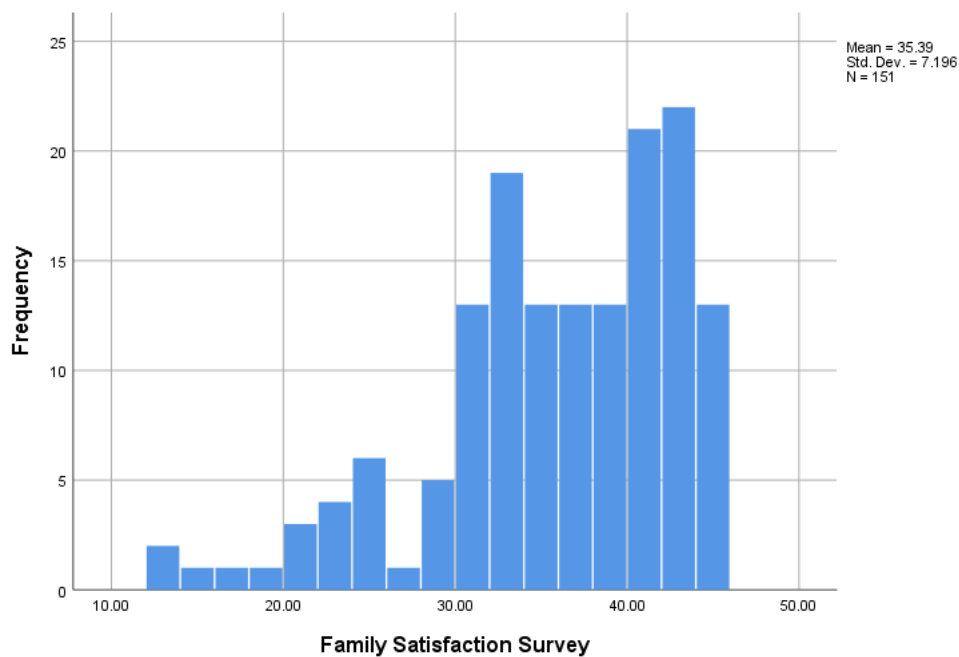
Distribusjon av skårene på brukertilfredshetsskalaen ble først undersøkt gjennom inspeksjon av histogram fra SPSS-output (se figur 1). Skårenes distribusjon viste såkalt «negative skewness», som vil si at det fantes en overvekt av skårer i den høye enden av skalaen (Pallant, 2013).

Manglende normalfordeling kan ha konsekvenser for bruk av en rekke statistiske analysemetoder, blant annet korrelasjons- og regresjonsanalyser. For å undersøke distribusjonen nærmere, ble verdier for Skewness og Kurtosis sjekket. Begge var innenfor akseptabel grense (± 2 , (Kjøbli & Ogden, 2012)), og dette kan tolkes som at skjevfordelingen ikke vil ha betydelig negativ innvirkning på videre analyser. Deretter ble Kolmogorov-Smirnov-verdien undersøkt. En signifikant verdi under <0.05 på Kolmogorov-Smirnov indikerer at forventningen om normalfordeling ikke er oppfylt, hvilket var tilfelle i dette materialet. Kolmogorov-Smirnov er kjent for å kunne være for sensitiv overfor store utvalg

(Pallant, 2013), men tolket sammen med den tydelig skjeve distribusjonen man ser i histogrammet over, er det grunn til å konkludere med at skårene ikke følger normalfordelingsprinsippet.

Manglende normalfordeling er ikke et uvanlig funn i psykologisk forskning (Pallant, 2013). I følge Pallant kan dette ofte tilskrives den underliggende naturen til konstruktet man måler, og trenger ikke nødvendigvis bety at det er problemer med skalaen. I forskning på brukertilfredshet spesifikt er en distribusjon av tilfredshetsskårer lik den som finnes i dette datamaterialet, svært vanlig - flertallet av helsetjenestebrukere rapporterer om å være fornøyd med behandlingen de får (Lebow, 1982a). En rekke forskere har samtidig stilt seg kritisk til en bokstavelig tolkning av disse funnene. Blant annet blir det satt spørsmålsteget ved hvor godt metodene som brukes i tilfredshetsforskning, evner å fange opp eksisterende variasjon i brukernes opplevelse av tjenester (f.eks. Pascoe, 1983). Problemer ved spørreskjemaformen for måling av brukertilfredshet blir redegjort for under. I de videre analysene blir brukertilfredshetsdataene benyttet som de er, og eventuelle begrensninger som følge av manglende normalfordeling blir drøftet i oppgavens diskusjonsdel.

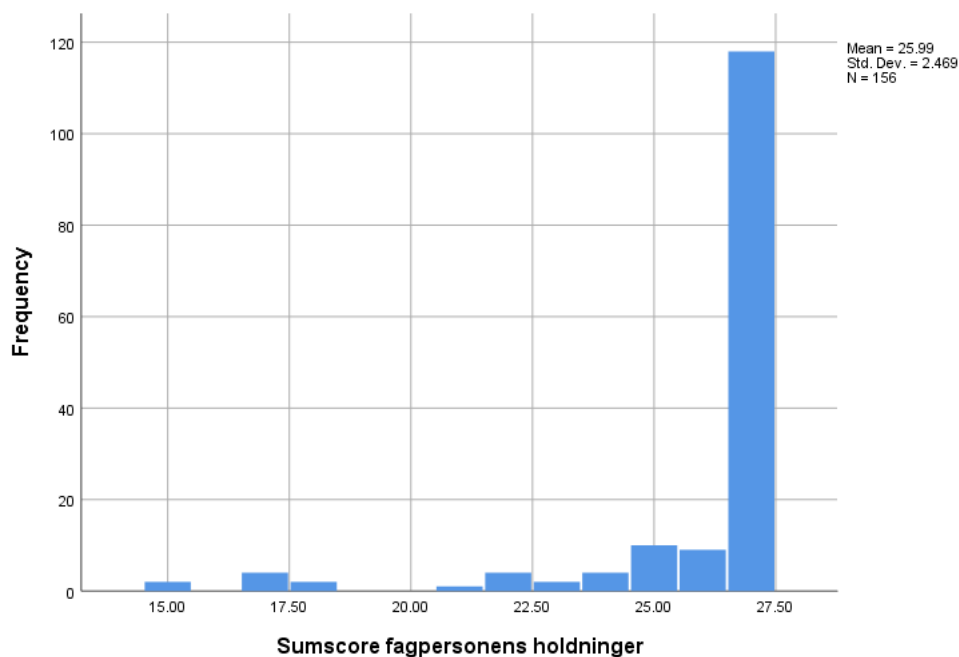
Figur 1: Distribusjon av skårer på modifisert versjon av «Family Satisfaction Survey»



2.5.3 Distribusjon av skårer på spørsmål om fagpersonens holdninger

I evalueringen av tiltaket ble foreldrene blant annet stilt flere spørsmål om holdningene som fagpersonen de arbeidet med viste i møte med familien. Skårene på disse 9 spørsmålene ble lagt sammen til en sumskåre. Histogrammet for sumskårene viste tydelig «negative skewness» og en takeffekt der de aller fleste respondentene har skåret maksimal eller nært opp mot maksimal skåre (Pripp, 2019). Skewness- og kurtosis-verdiene var begge over kritisk grense (-3.014 og 8.766, respektivt), og Kolmogorov-Smirnov-verdien var under signifikansnivå <0.05 . Forutsetningen om normalfordeling er dermed ikke oppfylt. Til tross for lite varians i skårene ble det allikevel funnet signifikante korrelasjoner mellom sumskåre på spørsmålene om fagpersonens holdninger og andre variabler som er relevante for oppgavens forskningsspørsmål, og etter en skjønsmessig vurdering ble det besluttet å ta med denne variabelen i analysene. Begrensninger i tolkningen av resultatene fra de statistiske analysene som følge av dette blir drøftet i oppgavens diskusjonsdel.

Figur 2: Fagpersonens holdninger i møte med familien – Distribusjon av skårer



2.6 Innhenting av tilfredshetsdata via spørreskjema

Brukerrapportering via spørreskjemaer er den desidert mest brukte metoden for innhenting av data om brukertilfredshet (Fraser & Wu, 2013). Sammenlignet med andre måleinstrumenter som for eksempel brukerintervjuer er spørreskjemaer relativt kostnadseffektive og enkle å

administrere. Samtidig finnes det begrensninger og problemer ved alle typer av måleinstrumenter, og flere forskere har uttrykt skepsis til hvor hensiktsmessig spørreskjemaformen er som metode for å måle tilfredshet (Williams, 1994).

Mens kvantitativ brukertilfredshetsforskning ofte er preget av en uforholdsmessig andel høye skårer, har kvalitative studier gitt mer varierte resultater. Williams (1994) hevder at dette kan forklares av at brukerevaluering av en tjenesteopplevelse er et komplekst fenomen, som ikke lar seg fange opp av et enkelt mål på tilfredshet. Williams, Coyle og Healy (1998) gjennomførte en studie med brukere av psykiske helsetjenester der de sammenlignet svar på en kvantitativ spørreundersøkelse om tilfredshet, med hva brukerne fortalte i en ustrukturert samtale etterfulgt av et strukturert intervju om tjenesteopplevelsen. De fant at mens brukerne i samtale og intervju ga detaljerte beskrivelser av både positive og negative erfaringer med tjenesten, kom aspektene de var misfornøyde med i liten grad frem i den spørreskjemabaserte evalueringen. Forskerne fant videre at hvorvidt brukerne uttrykte utilfredshet gjennom spørreskjema, var avhengig av om de opplevde at helsepersonellet som utførte tjenesten kunne holdes ansvarlige for de aspektene brukerne var misfornøyd med. En bruker som hadde hatt dårlige erfaringer med en tjeneste, men som for eksempel opplevde at behandleren hadde gjort sitt beste innenfor eksisterende rammer, ville kunne evaluere tjenesten positivt via spørreskjemaet. En høy skåre på spørreskjemabasert måling av tilfredshet kan dermed ikke automatisk tolkes som at brukeren har hatt en god opplevelse av alle aspekter ved behandlingen. Slike funn representerer viktige begrensninger i tolkning og rapportering av spørreskjemabaserte tilfredshetsdata, og blir drøftet nærmere i oppgavens diskusjonsdel.

2.7 Manglende data

En «missing»-analyse ble utført for å undersøke hvor mange deltakere som ikke hadde svart på brukertilfredshetsundersøkelsen. Det viste seg at 65 deltakere hadde svart mangelfullt på spørreskjemaet, eller ikke svart i det hele tatt. Disse ekskluderes fra videre analyser, og utvalget blir dermed på N=151. Little's Missing Completely At Random-analyse av datamaterialet som helhet indikerte at dataene ikke manglet på systematisk vis ($p=.481$). Independent Samples T-tester av gruppeforskjeller mellom inkluderte og ekskluderte deltakere ga imidlertid flere signifikante resultater (se tabell 1).

Barna i eksklusjonsgruppen skåret mellom 2 og 3 poeng høyere i gjennomsnitt på ECBI målt både før og etter behandlingen, og hadde i gjennomsnitt noe lavere grad av endring på ECBI fra pretest til posttest. Forskjellene var imidlertid ikke i nærheten av å være statistisk

signifikante. Posttestskårer for ECBI manglet for 30 respondenter i eksklusjonsgruppen, og for 1 respondent i inklusjonsgruppen. Foreldrenes gjennomsnittlige utdanningsnivå var lavere i eksklusjonsgruppen enn i inklusjonsgruppen, og eksklusjonsgruppen hadde en høyere andel single foreldre. Blant de ekskluderte deltakerne tilhørte en større andel TAU-betingelsen, noe som tyder på større frafall fra TAU enn fra BPT. Resultatene indikerer at frafallet er systematisk, og dette vil drøftes i oppgavens diskusjonsdel.

Tabell 1: Signifikante forskjeller mellom inklusjonsgruppen (N=151) og eksklusjonsgruppen (N=65).

Variabler	Inklusjonsgruppe		Eksklusjonsgruppe		p
	M	SD	M	SD	
Sivilstatus (0=ikke singel, 1=singel)	0.27	0.448	0.43	0.499	0.036
Utdanningsnivå (1=9-årig grunnskole eller kortere, 2=1-2-årig VGS, 3=VGS yrkesfaglig, 4=3-årig VGS allmennfaglig, 5=høyskole/universitet inntil 4 år, 6=universitet/høyskole mer enn 4 år)	4.03	1.337	3.44	1.624	0.014
Behandlingsbetingelse (prosentvis fordeling)	BPT	TAU	BPT	TAU	<0.001
	60.8%	39.2%	23.8%	76.2%	

2.8 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser i denne oppgaven ble utført ved hjelp av IBM SPSS Statistics 26. Under følger en redegjørelse for de statistiske analysemetodene som ble benyttet, hvordan de kan bidra til å besvare oppgavens problemstillinger, og hvorvidt forutsetninger for de ulike metodene er oppfylt i datamaterialet.

2.8.1 Cronbachs alfa

Denne oppgaven benytter seg av data fra en modifisert versjon av spørreskjemaet «Family Satisfaction Survey». For å undersøke skalaens reliabilitet, ble det gjennomført analyse av indre konsistens ved hjelp av Cronbachs alfa. Det overordnede målet med å undersøke reliabilitet, er å gi en indikasjon på hvor fri en skala er for tilfeldige målefeil. Indre konsistens er et av flere aspekter ved reliabilitetsbegrepet, og refererer til i hvor stor grad enkeltleddene i skalaen henger sammen og måler samme underliggende konstrukt. Cronbachs alfa baserer seg på korrelasjoner mellom enkeltleddene i en skala, og er blant de mest brukte metodene for å estimere reliabilitet (Pallant, 2013). Output fra en Cronbachs alfa-test gir en verdi mellom 0

og 1. Høyere verdier indikerer større reliabilitet, og som en tommelfingerregel bør en skala produsere en α på .6 eller høyere (Ursachi, Horodnic & Zait, 2015).

2.8.2 Faktoranalyse

Den modifiserte versjonen av «Family Satisfaction Survey» som benyttes i oppgaven inkluderer to ledd som ikke er med i originalversjonen. For å undersøke om de to nye leddene passet inn i skalaen, ble det utført en eksplorerende faktoranalyse med metoden Prinsipal komponentanalyse (PCA). Prinsipal komponentanalyse undersøker hvor mange underliggende faktorer som måles av leddene i et spørreskjema, og gir blant annet informasjon om hvor mye enkeltleddene lader på de ulike komponentene skalaen består av. For å kunne inkludere de nye leddene i den modifiserte skalaen, er det viktig at de lader tilstrekkelig på skalaens underliggende faktor og dermed passer godt sammen med de øvrige leddene.

Ifølge Pallant (2013) anbefales det å ha et utvalg på over $N=150$ dersom man vil gjøre en faktoranalyse, og det bør være en ratio på minst 5 deltakere per variabel. I mitt utvalg på 153 deltakere er ratioen nær 14 til 1, som er godt over den anbefalte minimumsgrensen. For at datamaterialet skal egne seg for faktoranalyse bør flere av enkeltleddene korrelere over $r=.3$, og inspeksjon av korrelasjonsmatrisen viste at de fleste leddene korrelerte på $<r=.5$. Videre bør man undersøke skalaens faktorevne, og SPSS-output for faktoranalyse gir to mål på dette: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) og Bartlett's Test of Specificity. Anbefalt minimumsverdi for KMO er .6, og Bartlett's test bør vise signifikant verdi ($p<.05$). Begge testene av faktorevne støttet bruk av faktoranalyse, KMO-verdien var .928 og Bartlett's kom ut signifikant på $p=<.005$. Siden faktoranalyse også kan være sensitiv for «uteliggere» ble leddene sjekket for ekstremskårer, og ingen slike skårer viste seg å ha noen betydelig effekt på gjennomsnittet.

2.8.3 T-test

T-tester er en gruppe statistiske analyser som brukes for å sammenligne gjennomsnittsskårer for to grupper, eller to målinger for samme gruppe. I denne oppgaven er Independent Samples T-test brukt. Independent Samples T-test undersøker om det finnes en forskjell mellom to uavhengige gruppers gjennomsnittlige skåre på en avhengig, kontinuerlig variabel, og om denne forskjellen er statistisk signifikant. I denne oppgaven brukes testen med mål om å undersøke om det finnes signifikante gruppeforskjeller i tilfredshet mellom behandlings- og kontrollgruppen.

Ved bruk av t-tester bør datamaterialet basere seg på et randomisert utvalg. Videre bør variansen mellom gruppene være homogen, og distribusjonen av skårene på den avhengige variabelen normalfordelt. Levene's Test for Equality of Variances viste at forskjellen i varians mellom de to gruppene i dette datamaterialet var signifikant, og derfor vil oppgaven benytte verdiene fra SPSS-output for tilfeller der forutsetningen om homogen varians ikke er oppfylt. Forventningen om normalfordeling var heller ikke oppfylt. For store nok utvalg kan t-tester være robuste til tross for manglende normalfordeling, og man må foreta en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt man skal benytte seg av testen (Pallant, 2013). Eventuelle begrensninger som følge av ikke-oppfylte forutsetninger drøftes i oppgavens diskusjonsdel.

2.8.4 Effektstørrelse

Effektstørrelse beregnet ut fra t-skårer gir en indikasjon på størrelsen på forskjellen mellom to skårer, utover kun hvorvidt forskjellen er statistisk signifikant (Pallant, 2013). For å undersøke om bestemte enkeltspørsmål i brukertilfredshetsundersøkelsen betydde mer enn andre for forskjellen i gruppens tilfredshetsskåre, ble effektstørrelser beregnet for hvert ledd med følgende formel:

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

Ifølge Cohen indikerer effektstørrelser rundt $Eta^2=0.01$ liten effekt, $Eta^2=0.06$ en moderat effekt og $Eta^2=0.138$ en stor effekt (Pallant, 2013).

2.8.5 Korrelasjonsanalyse

Korrelasjonsanalyser brukes for å undersøke hvor sterk sammenheng det er mellom to variabler, og i hvilken retning sammenhengen går. I denne oppgaven benyttes bivariat korrelasjonsanalyse med Pearson's Product-Moment-korrelasjonskoeffisient for å undersøke korrelasjonelle sammenhenger mellom brukertilfredshetsskalaen (en kontinuerlig, avhengig variabel) og en rekke uavhengige variabler. Pearson's r gir en verdi mellom -1 og 1; tegnssettingen indikerer om sammenhengen mellom variablene går i negativ eller positiv retning, og sammenhengen er svakere jo nærmere korrelasjonskoeffisienten er 0. Bruk av korrelasjonsanalyse forutsetter en lineær sammenheng mellom avhengig og uavhengig variabel (Pallant, 2013), og inspeksjon av Scatterplot-output fra SPSS viser at dette er tilfelle i mitt datamateriale. Analysen er dessuten sensitiv for «uteliggere», som ble drøftet tidligere.

2.8.6 Regresjonsanalyse

Regresjonsanalyser er en gruppe analysemetoder som benytter korrelasjonskoeffisienter for nærmere å undersøke forholdet mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler. Det finnes flere typer regresjonsanalyser; denne oppgaven benytter standard multipel regresjonsanalyse, som innebærer at flere uavhengige variabler tas med i samme ligning og plasseres i ligningen samtidig. Regresjonsanalyser kan bidra til å besvare forskningsspørsmål som hvor godt ulike uavhengige variabler kan predikere skårer på en avhengig variabel, samt hvilken uavhengig variabel som er den beste prediktoren (Pallant, 2013). I denne oppgaven benyttes standard multipel regresjonsanalyse for å undersøke hvor godt variablene som korrelerte signifikant med tilfredshet, predikerer skårer på tilfredshetsskalaen, og hvilke av disse som har størst prediksjonsverdi. I tillegg utføres samme analyse med enkeltleddene i brukertilfredshetsskalaen som uavhengige variabler og totalskåren som avhengig variabel, for å undersøke hvilke enkeltspørsmål som har mest å si for totalskåren.

En rekke forutsetninger må være på plass for å kunne gjennomføre regresjonsanalyser.

Metoden er svært sensitiv for “uteliggere”, og alle variabler som plasseres i ligningen må inspiseres for ekstremverdier. Som nevnt hadde “uteliggere” liten effekt på gjennomsnitt for brukertilfredshetsskårer. De uavhengige variablene bør vise en viss grad av korrelasjon med den avhengige variabelen, helst over $r=0.3$ (Pallant, 2013), hvilket var tilfellet her.

Korrelasjonskoeffisientene mellom hver av de uavhengige variablene bør ikke overstige $.7$, og en inspeksjon av de bivariate korrelasjonsanalysene viste at denne forutsetningen var oppfylt.

I tillegg til å sjekke korrelasjonsmatrisen kan man inspisere Tolerance-verdier og VIF-verdier fra SPSS-output. Tolerance-verdien er en indikasjon på hvor mye variabilitet i en bestemt uavhengig variabel som ikke forklares av de andre uavhengige variablene, og bør være lavere enn 0.1 . VIF-verdien er en invertering av Tolerance-verdien, og bør ikke overstige 10 .

Tolerance- og VIF-verdiene i dette materialet var innenfor akseptable grenser.

Videre forutsetter regresjonsanalyser flere ting vedrørende forholdet mellom observerte og forventede skårer på den avhengige variabelen. Residualene (forskjellene mellom observerte og forventede skårer på den avhengige variabelen) bør være normalfordelte rundt predikerte skårer på den avhengige variabelen. Forholdet mellom residualer og predikerte skårer bør følge en horisontal linje, og residualenes varians bør være omtrent lik for alle predikerte skårer (Tabachnick & Fidell, 2019). Dette kan undersøkes ved å inspisere scatterplots for standardiserte residualer fra SPSS-output av regresjonsanalysen. Til slutt forutsetter

regresjonsanalyse at skårene er normalfordelt. Scatterplots fra SPSS-output viste at alle forutsetningene var oppfylt med unntak av normalfordeling. Mer spesifikt viste scatterplot fra SPSS manglende homoskedastisitet, som refererer til en forventning om at standardavvik for prediksjonsfeil er tilnærmet like for alle predikerte skårer på den avhengige variabelen. I dette tilfellet var det flere feilprediksjoner rundt de lave skårene. Dette kan knyttes til tilfredshetsskårenes “negative skew” (se figur 1). Det ble besluttet å gå videre med regresjonsanalyse til tross for manglende normalfordeling, og eventuelle begrensninger som følge av dette drøftes i oppgavens diskusjonsdel.

3 Resultater

3.1 Modifisert versjon av «Family Satisfaction Survey»

3.1.1 Reliabilitet

Før dataene fra den modifiserte versjonen av «Family Satisfaction Survey» (FSS) ble benyttet i statistiske analyser, ble en test av indre konsistens gjennomført ved hjelp av Cronbachs alfa for å estimere skalaens reliabilitet. Skalaen viste en alfa-koeffisient på .943. Dette er høyere enn reliabiliteten funnet ved tidligere studier som benyttet originalversjonen av skalaen, for eksempel Ogden & Halliday-Boykins' studie fra 2004 ($\alpha=.83$). Generelt tolkes Cronbachs α over .6 som akseptabel indre konsistens, og over .8 som svært god (Ursachi et al., 2015). Alfaverdien kan imidlertid bli for høy, og en koeffisient over .9 kan bety at skalaen inneholder ledd som er svært like og representerer overflødige duplikasjoner av samme underliggende spørsmål (Streiner, 2003). Alfaverdien på .943 kan indikere at dette er tilfelle i den modifiserte versjonen av FSS. Ursachi et al. (2015) refererer imidlertid til .95 som en tentativ øvre grense, og det konkluderes med at det er lite sannsynlig at eventuelle overflødige ledd vil påvirke videre analyser negativt.

3.1.2 Faktoranalyse

For å undersøke hvor godt de to nye leddene i den modifiserte versjonen passet inn i skalaen for øvrig, ble det gjennomført en eksplorerende faktoranalyse. Tester av skalaens faktorevne viste at dataene egnet seg for faktoranalyse (KMO=.928, Bartlett's Test of Sphericity= $p<.005$). For å undersøke hvorvidt de nye leddene passet inn i skalaen, ble ladningene i komponentmatrisen inspisert. Komponentladning refererer til enkeltleddenes korrelasjon med faktorene en skala kan deles opp i (Tabachnick & Fidell, 2019). Resultatene viste at alle leddene, også de to nye, ladet over .7 på den ene faktoren i «Family Satisfaction Survey» – hvilket er godt over det anbefalte minstenivået på .3 (Ibid.). Scree-plot, som gir en grafisk illustrasjon av en skalas komponenter, viste at en en-faktorløsning passet skalaen best.

3.1.3 Korrelasjonsanalyse av totalskåre og enkeltledd i FSS

For å undersøke hvilke enkeltspørsmål som hadde størst betydning for totalskåren på brukertilfredshetsskalaen, ble det utført analyser av korrelasjoner mellom totalskåren og hvert av enkeltleddene i skalaen. Koeffisientene ble beregnet med Pearsons Product-Moment-korrelasjonsanalyse for BPT-gruppen og kontrollgruppen. Resultatene viste at gruppene skilte seg fra hverandre på flere enkeltspørsmål, og dette indikerer at hvilke spørsmål som har hatt størst betydning for total rapportert tilfredshet, er noe ulikt i de to gruppene (se tabell 2).

Det fremkommer ingen klare tematiske gruppeforskjeller i hvilke ledd som hadde mest å si for totalskåre. «Family Satisfaction Survey» inkluderer seks ledd som på ulike måter spør om opplevd nytteverdi, hjelpsomhet og effekt av tiltaket foreldrene mottok. Hos begge gruppene er disse seks leddene nesten gjennomgående sterkt korrelert med totalskåren, noe som indikerer at opplevelse av behandlingseffekt har betydning for tilfredshetsvurdering uavhengig av type tiltak. Ledd 2 og 3, som omhandlet hvorvidt foreldrene fikk god nok anledning til å stille spørsmål og til å fortelle om barnet og familien sin, viste seg å ha mindre betydning for totalskåre hos begge gruppene. Det samme gjaldt ledd 8, som spurte om behandlingen ble gitt på et tidspunkt og sted som passet godt for familien. Den mest markerte forskjellen mellom gruppene var på spørsmål 2, som hadde langt svakere sammenheng med totalskåren hos intervensjonsgruppen ($r=.484$) enn hos kontrollgruppen ($r=.751$). Det var for øvrig større spredning i korrelasjonsstyrke mellom enkeltledd og totalskåre hos BPT-gruppen enn i kontrollgruppen, der sistnevnte viste en rekke korrelasjonsverdier over .8.

Hos BPT-gruppen var det ledd 4, «Hvor effektivt var dette tiltaket for familien din?» som viste seg å ha størst betydning for total tilfredshetskåre – etterfulgt av ledd 9, «Har tilbudet ført til at du mestrer barnets problematferd bedre enn før?» og ledd 7, «Var arbeidsmetoden nyttig for familien i det daglige?».

Tabell 2: Korrelasjonskoeffisienter enkeltspørsmål – totalskåre i BPT-gruppe ($N=92$) og kontrollgruppe ($N=59$).

BPT-gruppe			Kontrollgruppe		
	<i>r</i>	R.O.		<i>r</i>	R.O.
Spm. 1	.735**	<i>Spm. 4</i>	Spm. 1	.872**	<i>Spm. 1</i>
Spm. 2	.484**	<i>Spm. 9</i>	Spm. 2	.751**	<i>Spm. 7</i>
Spm. 3	.586**	<i>Spm. 7</i>	Spm. 3	.672**	<i>Spm. 5</i>
Spm. 4	.845**	<i>Spm. 1</i>	Spm. 4	.833**	<i>Spm. 6</i>
Spm. 5	.716**	<i>Spm. 6</i>	Spm. 5	.846**	<i>Spm. 4</i>
Spm. 6	.727**	<i>Spm. 10</i>	Spm. 6	.843**	<i>Spm. 9</i>
Spm. 7	.796**	<i>Spm. 11</i>	Spm. 7	.860**	<i>Spm. 10</i>
Spm. 8	.634**	<i>Spm. 5</i>	Spm. 8	.727**	<i>Spm. 2</i>
Spm. 9	.803**	<i>Spm. 8</i>	Spm. 9	.828**	<i>Spm. 8</i>
Spm. 10	.725**	<i>Spm. 3</i>	Spm. 10	.807**	<i>Spm. 11</i>
Spm. 11	.722**	<i>Spm. 2</i>	Spm. 11	.726**	<i>Spm. 3</i>

** $p<0.01$. R.O.=Rank Order (hierarkisk fremstilling).

3.2 Gruppeforskjeller i brukertilfredshet

3.2.1 Total gjennomsnittlig tilfredshetskårer

Et av hovedmålene i denne studien var å undersøke hvorvidt det fantes en signifikant forskjell i tilfredshet på gruppenivå mellom foreldrene i BPT-gruppen og foreldrene i kontrollgruppen. For å finne ut av dette ble det benyttet en Independent Samples T-test. Resultatene viste en statistisk signifikant forskjell i rapportert tilfredshet mellom intervensjonsgruppen (M=38.14, SD=4.85, N=92) og kontrollgruppen (M=31.10, SD=8.14, N=59) $t(149) = -5.99, p < 0.001$ (two tailed). Foreldrene som mottok Brief Parent Training rapporterte med andre ord om høyere grad av tilfredshet i gjennomsnitt enn foreldrene som mottok «treatment as usual».

3.2.2 Gjennomsnittsskårer på enkeltspørsmål

For å få en bedre forståelse av hva denne gruppeforskjellen i tilfredshet består i, ble det utført Independent Samples T-tester av gruppenes gjennomsnittlige skårer på hvert av leddene i spørreskjemaet. Resultatene fra disse analysene kan gi informasjon om hvorvidt bestemte enkeltspørsmål hadde mer å si for forskjellen i tilfredshet mellom de to gruppene, og som en videreføring indikere hva som var viktigst for BPT-gruppens rapportering av høyere tilfredshet. Analysene viste at deltakerne i BPT-gruppen gjennomgående hadde høyere gjennomsnittsskårer, og at forskjellen var statistisk signifikant for alle leddene (se tabell 3). Effektstørrelsene, som ble beregnet via Eta squared-metoden, var på moderat eller sterkt nivå om man legger til grunn Cohens retningslinjer for tolkning (Pallant, 2013). Bruk av generelle retningslinjer for tolkning av effektstørrelser har imidlertid blitt problematisert (Zachrisson & Ogden, 2018). Hva tallene i realiteten betyr er avhengig av en rekke faktorer, og i visse tilfeller kan en liten effektstørrelse vitne om en gruppeforskjell med stor praktisk betydning. Effektstørrelser bør derfor tolkes i en sammenheng, og det gir mer mening å sammenligne effektstørrelsene man finner med hva som er funnet i tidligere forskning på samme område. Det er imidlertid ikke mye litteratur om gruppeforskjeller i skårer på enkeltspørsmål om brukertilfredshet, og i slike situasjoner kan Cohens retningslinjer fungere som en tommelfingerregel. De bør imidlertid ikke forstås som en absolutt standard for tolkning (Ibid.).

Den største forskjellen mellom gruppene var på spørsmål om hvordan foreldrene ville bedømme kvaliteten av tilbudet de hadde mottatt. Dette er ikke overraskende, i lys av at de største gruppeforskjellene viste seg i skårer på de spørsmålene som omhandler aspekter ved behandlingens prosess og utfall. Foreldrene som mottok BPT-rådgivning rapporterte i større grad enn kontrollgruppen om høy tilfredshet knyttet til hvor hjelpsomt tiltaket hadde vært for

barnet deres og for dem selv (spm. 5 og 9). De opplevde at de fikk bedre anledning til å stille spørsmål underveis (spm. 2), og at arbeidsmetoden hadde vært nyttig for dem i det daglige (spm. 7). Videre opplevde de i større grad at tilbudet hadde ført til endringer i familiens måte å være på (spm. 6), og medført at de mestret barnets problematferd bedre enn før (spm. 10).

Tabell 3: Gjennomsnittsskårer, t-verdier og effektstørrelser i intervensjonsgruppe (N=92) og kontrollgruppe (N=59) på enkeltspørsmål.

	BPT		TAU		t(149)	p	95 % CI		Eta ²
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Spm. 1	3.39	0.69	2.49	1.02	-6.22	<0.005	-1.19	-0.61	0.2
Spm. 2	3.72	0.50	2.92	1.04	-5.79	<0.005	-1.07	-0.53	0.18
Spm. 3	3.67	0.63	3.05	1.07	-4.25	<0.005	-0.92	-0.33	0.1
Spm. 4	3.05	0.79	2.32	1.05	-4.67	<0.005	-1.04	-0.42	0.12
Spm. 5	3.49	0.50	2.90	0.70	-6.08	<0.005	-0.78	-0.40	0.195
Spm. 6	3.19	0.75	2.32	1.08	-5.50	<0.005	-1.18	-0.55	0.16
Spm. 7	3.59	0.56	2.72	1.05	-5.91	<0.005	-1.15	-0.57	0.185
Spm. 8	3.34	0.76	2.70	1.02	-4.19	<0.005	-0.94	-0.34	0.1
Spm. 9	3.56	0.52	2.98	0.76	-5.61	<0.005	-0.78	-0.37	0.17
Spm. 10	3.45	0.63	2.62	0.95	-5.99	<0.005	-1.10	-0.55	0.19
Spm. 11	3.74	0.49	3.18	0.97	-4.22	<0.005	-0.82	-0.30	0.1

Merknad: CI=Confidence interval; LL=Lower limit; UL=Upper limit.

Tolkning av Eta² effektstørrelse: .138=Stor, .06=Moderat, .01=Liten (Pallant, 2013)

3.3 Brukertilfredshet og behandlingseffektivitet

Opgavens andre problemstilling spør om det finnes en sammenheng i dette datamaterialet mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet. Dette er et omdiskutert tema som vies stor oppmerksomhet i forskningslitteraturen, og som har implikasjoner for hvordan man forstår og anvender informasjon om brukertilfredshet. Pearsons Product-Moment korrelasjonskoeffisient ble benyttet for å undersøke korrelasjonell sammenheng i BPT-gruppen mellom skåre på brukertilfredshet og symptomnivå før og etter behandling målt med ECBI, samt graden av endring på ECBI fra pretest til posttest.

Resultatene av analysene viste at både skåre på ECBI etter endt behandling, og graden av endring fra pretest til posttest, var signifikant korrelert med totalskårer på brukertilfredshet (se tabell 4). Resultatene indikerer at det i dette datamaterialet finnes en sammenheng mellom

brukertilfredshet og behandlingseffektivitet – og at foreldrene som rapporterte om større reduksjon i barnas atferdsproblemer, også sa seg mer tilfreds med behandlingen.

Tabell 4: Korrelasjonell sammenheng mellom ECBI og tilfredshet i BPT-gruppen.

ECBI	Pretest (N=92)	Posttest (N=91)	Grad av endring (N=91)
<i>r</i>	-.059	-.401**	.423**

** $p < 0,01$.

3.4 Sammenheng mellom brukertilfredshet og andre variabler

Utover forholdet mellom tilfredshet og behandlingseffektivitet, var det også interessant å undersøke hvorvidt det fantes andre variabler i materialet som hadde en sammenheng med brukertilfredshet. Forskningslitteraturen har avdekket en rekke faktorer med potensiell relevans, men funnene varierer. Informasjon om dette kan gi økt kunnskap om hvorvidt bestemte undergrupper av brukere opplever behandlingen ulikt, og om aspekter ved behandlingsprosessen og omstendigheter rundt avslutning har betydning for rapportert tilfredshet. Dette kan ha implikasjoner for hvordan tilfredshetsdata bør forstås og brukes.

For å avdekke eventuelle slike sammenhenger i mitt utvalg, ble det beregnet Pearsons Product-Moment-korrelasjonskoeffisienter for brukertilfredshet og 29 uavhengige variabler hos gruppen som mottok BPT-rådgivning. Resultatene vises i tabell 5. Analysene resulterte i signifikante korrelasjoner mellom tilfredshet og variablene Involvering av mor ($r=.205$) og søsken ($r=.212$), avslutningsgrunn «Oppnådd målsetning med behandlingen» ($r=.369$) og «Synes ikke at det hjelper» ($r=-.360$), samt sumskåre for spørsmålene om fagpersonens holdninger og enkeltspørsmål om Omtenkksomhet ($r=.329$), Forståelse ($r=.511$), og Åpenhet ($r=.323$).

Disse funnene indikerer at hvilke familiemedlemmer som inkluderes i behandlingen, omstendigheter rundt avslutning og foreldrenes opplevelse av interpersonlige aspekter ved behandlingsprosessen, har sammenheng med rapportert grad av tilfredshet. Ikke-signifikante korrelasjoner mellom tilfredshet og ulike demografiske variabler samt lengde på behandlingsforløpet, tyder på at disse faktorene ikke har vært betydningsfulle for grad av tilfredshet blant foreldrene i dette utvalget.

Tabell 5: Korrelasjoner mellom brukertilfredshet og andre variabler i BPT-gruppen (N=92).

Uavhengige variabler	r
<i>Demografiske variabler</i>	
Barnets alder	-.086
Forelders alder	-.150
Barnets kjønn	-.121
Sivilstatus	-.165
Etnisk bakgrunn	-.139
Inntektsnivå	-.002
Høyeste fullførte utdanning	.028
<i>Deltakelse i antall timer (verdier over 20 utelatt)</i>	
Barn (N=30)	.093
Mor (N=75)	.079
Far (N=63)	.194
Søsken (N=20)	.167
<i>Deltakelse (grad av involvering av hele familien)</i>	
Barnet var involvert	.090
Mor var involvert	.205*
Far var involvert	.058
Søsken var involvert	.212*
<i>Årsak til behandlingsavslutning (N=90)</i>	
Oppnådd målsetning med behandlingen	.396**
Fornøyd med det som er oppnådd	.024
Ikke anledning til å følge opp lengre	-.091
Synes ikke at det hjelper	-.360**
<i>Fagpersonens holdninger i møte med familien</i>	
Omtenkksomhet	.329**
Forståelse	.511**
Høflighet	N/A
Respekt	.068
Åpenhet	.323**
Mistenksomhet	-.128
Anklager	-.128
Ufølsomhet	-.090
Lite interesse	-.082
Sumskåre fagpersonens holdning (recoded values)	.399**

* $p < .05$ ** $p < .01$. Merknad: Statistisk signifikante resultater er uthevet. Variabelspesifikk N i parentes der N ikke er lik 92.

3.5 Prediktorvariabler for brukertilfredshet

Korrelasjonsanalysene indikerte at grad av tilfredshet kan knyttes til symptomnivå og endring, involvering av familiemedlemmer, avslutningsgrunn og fagpersonens holdninger i møte med familien. For å undersøke disse sammenhengene nærmere ble det besluttet å gjennomføre en standard multipl regressjonsanalyse. Resultatene av regressjonsanalysen gir informasjon om

hvor stor del av variansen i tilfredshetsskårer som kan predikeres av de aktuelle variablene, og om hvilke av dem som best predikerer tilfredshet. Dette gir en indikasjon på hvor betydningsfulle ulike faktorer er for foreldrenes grad av tilfredshet med behandlingen.

Resultatene viste at regresjonsmodellen som helhet predikerte 48,9% av variansen i tilfredshetsskårer hos foreldrene som mottok BPT-rådgivning. Blant de sju variablene i modellen var det fire som hadde en unik prediksjonsverdi over signifikansgrensen (se tabell 6): Avslutningsgrunn «Oppnådd målsetning med behandling» ($\beta=.238$), fagpersonens holdninger ($\beta=.311$), ECBI-skåre ved posttest ($\beta=-.242$) og grad av endring i skåre på ECBI fra pretest til posttest ($\beta=.239$). Foreldrenes opplevelse av fagpersonens holdninger i møte med familien forklarte alene 8,2% av variansen i tilfredshetsskårer, og peker seg dermed ut som den faktoren med størst betydning for grad av tilfredshet. Variabelen Avslutningsårsak oppnådd målsetting hadde en unik prediksjonsevne på 5%. Grad av atferdsproblemer hos barna etter endt behandling, samt grad av endring i symptomer fra pretest til posttest, forklarte alene henholdsvis 4,7% og 4,8% av variansen i tilfredshetsskårer. Resultatene styrker antagelsen om at foreldrenes grad av tilfredshet er relatert til både omstendigheter rundt avslutning, interpersonlige aspekter ved behandlingen og behandlingseffektivitet, men viser også at en stor del av variansen i skårer forklares av faktorer utenfor denne modellen. Diskusjonen av funnene tar for seg gruppeforskjellene i tilfredshet, sammenhengen mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet, og betydningen av foreldrenes opplevelse av fagpersonens holdninger for tilfredshet. Avslutningsgrunn som prediktor for tilfredshet er utelatt fra diskusjonen av hensyn til plass.

Tabell 6: Ulike variabelers prediksjonsevne for BPT-gruppens skårer på «Family Satisfaction Survey» (N=92).

Variabel	Brukertilfredshet hos BPT-gruppen		
	β	95% CI	Part r^2
Konstant	.473	[-20.3, 21.3]	
Mor var involvert (N=75)	.078	[-1.3, 3.6]	.006
Søsken var involvert (N=20)	.084	[-0.9, 2.8]	.006
Avslutningsgrunn: Oppnådd målsetning med behandling (N=90)	.238*	[0.7, 3.9]	.051
Avslutningsgrunn: Synes ikke det hjelper (N=90)	-.108	[-9.2, 2.1]	.010
Fagpersonens holdninger i møte med familien (sumskåre)	.311*	[0.7, 2.3]	.082
ECBI postskåre (N=91)	-.242*	[-0.08, -0.01]	-.047
ECBI grad av endring (N=91)	.239*	[0.01, 0.09]	.048
R ² : 0.489, F: 11.96			

* $p < 0.01$. Merknad: Variabelspesifikk N i parentes der N ikke er lik 92.

4 Diskusjon

4.1 Gruffeforskjeller i tilfredshet

Samtidig som brukertilfredshet i økende grad benyttes som en kvalitetsindikator for helsetjenester, har det blitt knyttet usikkerhet til nytteverdien av tilfredshetsdata. En viktig kilde til kritikk er påstanden om at brukere flest er like tilfredse med alle slags typer tiltak. Forstyrrende faktorer, som «Thank-you-effekten», reaktivitet og sosialt ønskverdighetsbias, antas å kunne overskygge betydningen av behandlingsrelaterte aspekter for brukernes rapportering av tilfredshet. Dette sår tvil om hvorvidt brukertilfredshetsundersøkelser i realiteten måler det de er ment å skulle måle, nemlig brukernes opplevelse av behandlingen. Hvis dette stemmer, og det ikke er mulig å skille mellom ulike helsetjenester på bakgrunn av brukertilfredshet, faller mye av verdien til tilfredshetsdata som en kvalitetsindikator bort. Hovedmålet i denne studien var å undersøke hvorvidt behandlingsform spiller noen rolle for brukertilfredshet, gjennom å sammenligne grad av tilfredshet hos en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Studiens randomiserte-kontrollerte design utgjør her en viktig styrke: Gjennom direkte sammenligning av brukere som er randomisert til ulike behandlingsbetingelser, blir det mulig å besvare spørsmålet om tilfredshetsdata kan brukes til å skille mellom ulike behandlingsformer og dermed ha nytteverdi i evaluering av behandlingsskvalitet.

Resultatene av studien viser at det ikke stemmer at brukere alltid er like tilfredse uansett hva slags hjelpetiltak de mottar: Foreldre i gruppen som mottok Brief Parent Training rapporterte om høyere tilfredshet med tiltaket enn foreldrene som mottok andre typer hjelp. Dette viser at det er mulig å skille mellom ulike behandlingsformer på bakgrunn av informasjon om brukertilfredshet, og det styrker rasjonalet for innhenting av slike data i evalueringssøyemed. Forskjellen mellom behandlingssbetingelsene viser videre at forstyrrende faktorer som «thank-you-effekten», reaktivitet og sosialt ønskverdighetsbias, ikke nødvendigvis dekker over intervensjonsspesifikke faktorer i tilfredshetsrapportering. Når man dermed kan anta at en tilfreds bruker faktisk gir uttrykk for en positiv behandlingssopplevelse, kan det også innebære at tilfredshetsundersøkelser kan fortelle noe om hvor godt behandlingen har fungert for hver enkelt familie. Dette styrker verdien av tilfredshetsmålinger som en indikasjon på i hvilken grad et behandlingssiltak er i tråd med prinsipperklæringen for evidensbasert praksis, som vektlegger nettopp at behandling skal tilpasses den enkelte brukers egenskaper, kultur og preferanser (Rønnestad, 2008).

Spesifikt for intervensjonen Brief Parent Training, viser studien at dette tiltaket opplevdes mer tilfredsstillende for brukerne enn tiltakene i kontrollbetingelsen. Høyere rapportert tilfredshet hos BPT-gruppen indikerer at disse foreldrene i større grad opplevde at tiltaket fungerte godt for dem – at behandlingsprosessen opplevdes positivt, og at de var fornøyde med utfallet. Det var ingen tematiske ulikheter mellom intervensjons- og kontrollgruppen i hvilke spørsmål som hadde størst betydning for total tilfredshetsskåre. På bakgrunn av dette kan man anta at intervensjonsgruppens høyere skårer reflekterer en gjennomgående mer positiv vurdering av BPT-tiltaket. Studien gir dermed en tydelig indikasjon på at Brief Parent Training på en god måte ivaretar brukerens individuelle behov og preferanser, og er i tråd med prinsippene for evidensbasert praksis i psykologisk behandling.

4.1.1 Gruppeforskjeller i skårer på enkeltspørsmål

For å få en bedre forståelse av hva gruppeforskjellen i tilfredshet består i, er det interessant å se nærmere på forskjeller mellom gruppene i skårer på enkeltspørsmål. Foreldrene som mottok BPT-rådgivning hadde signifikant høyere gjennomsnittsskårer på alle leddene i «Family Satisfaction Survey». Noen spørsmål skilte imidlertid gruppene i større grad, og høyest gruppeforskjell fremkom i skårene på spørsmål 1, «Hvordan vil du bedømme kvaliteten av det tilbudet familien og barnet har mottatt?». Foreldrene i BPT-gruppen opplevde i større grad enn foreldrene i kontrollgruppen at tilbudet de mottok holdt høy kvalitet. Dette reflekteres i skårene på øvrige spørsmål som viser at disse foreldrene hadde en mer positiv opplevelse både av behandlingens prosess og dens utfall.

BPT-rådgivning bygger på en teoretisk forankret forståelse av hvordan atferdsproblemer utvikles og kan endres, som er godt underbygd av forskning. Tiltaket har en tydelig, evidensbasert metodikk og behandlingsrasjonale som retter seg spesifikt mot reduksjon av problematferd. Behandleren går gjennom dette med foreldrene for å utvikle en felles forståelse av familiens og barnas vansker, og for å finne frem til hvilke grep foreldrene kan ta for å skape gode endringer. Fordi endringer hos barnet skal skje gjennom endringer i samspillet hjemme, legger manualen vekt på at foreldrene forstår hvordan endret foreldrepraksis kan bidra til å minske problematferd hos barnet deres. Det er naturlig å tenke seg at et tiltak kan oppleves som bedre og mer gjennomførbart, dersom foreldre i større grad er innforstått med rasjonalet bak endringene de blir bedt om å gjøre. Dette kan også tenkes å bidra til at foreldre opplever tiltaket som mer solid og gjennomtenkt – og dermed av høyere kvalitet. Uten en grundigere redegjørelse for de ulike tilbudene i kontrollbetingelsen, er det vanskelig å si hvorvidt Brief Parent Training skilte seg ut som et mer tydelig evidensbasert

tiltak. Allikevel kan dette tenkes å ha variert noe mellom de ulike tiltakene, og det kan dermed være en mulig forklaring på hvorfor foreldrene i BPT-gruppen vurderte tiltaket til å være av høy kvalitet i større grad enn foreldrene i kontrollgruppen.

4.1.2 Spørsmål om behandlingsprosessen

Foreldrene som mottok BPT-rådgivning opplevde videre at de fikk bedre anledning til å stille spørsmål underveis i behandlingsforløpet. Dette utgjør et aspekt ved opplevelsen av behandlingsprosessen, og kan forstås som at BPT-foreldrene i større grad enn foreldrene i kontrollgruppen opplevde at de fikk rom til å ta opp temaer som opptok dem. Høyere skårer på dette spørsmålet kan tolkes som at foreldrene i BPT-gruppen hadde en bedre opplevelse av arbeidsalliansen mellom dem og behandleren – at de i større grad opplevde behandlingsrelasjonen som trygg og vennlig, på en måte som åpnet opp for dialog og spørsmål. BPT-deltakernes opplevelse av bedre muligheter til å fortelle om barnet sitt og familien (spørsmål 3), understøtter en slik tolkning, og gir dessuten en klar indikasjon på at Brief Parent Training ivaretar hver families behov ut fra deres individuelle situasjon og utfordringer. Brukernes svar på disse spørsmålene kan videre forstås som uttrykk for affektive responser til aspekter ved behandlingsprosessen. Om man ser resultatene i lys av «Expectancy-Performance-Disconfirmation»-modellen (Fraser & Wu, 2013), der affektive faktorer vektlegges som betydningsfulle for brukeres tilfredshetsvurderinger, er det grunn til å tro at bedre anledning til å stille spørsmål og fortelle om barnet og familien, har medført en positivt ladet affektiv respons knyttet til deltakelse i behandlingen, som deretter har ført til høyere rapportert tilfredshet med tiltaket.

4.1.3 Spørsmål om effekt og nytteverdi

Blant leddene som skilte gruppenes skårer i størst grad, var det flere spørsmål som omhandlet foreldrenes opplevelse av behandlingens effektivitet. Dette kan sees i sammenheng med «Expectancy-Performance-Disconfirmation»-modellen, som vektlegger subjektivt oppfattet ytelse som en sentral prediktor for brukeres tilfredshetsvurderinger. Det kan også tenkes å være relatert til resultatene av Kjøbli og Ogdens (2012) effektivitetsstudie basert på samme datamateriale, der barna til foreldrene som mottok BPT viste signifikant lavere nivåer av problematferd ved ECBI posttest, sammenlignet med kontrollgruppen. Høyere skårer på enkeltspørsmål om effektivitet kan tenkes å gi en indikasjon på at foreldrene har tatt endringer i barnas vansker på symptomnivå med i betraktningen når de har gjort tilfredshetsvurderinger.

Videre indikerer forskjellene i skårer på enkeltspørsmål om effektivitet at BPT-tiltaket virker slik som det er tenkt. Brief Parent Training, i likhet med andre PMTO-baserte behandlingsformer, er utformet nettopp for å hjelpe foreldrene til å mestre barnas problematferd på en bedre måte. Tiltakets endringsmekanisme ligger i det hverdagslige samspillet mellom foreldre og barn, og reduksjon i problematferd hos barna skal skje gjennom at foreldrene gjør endringer i sin foreldrepraksis. Foreldrene i denne studiens BPT-gruppe opplevde i større grad enn foreldrene i kontrollgruppen at tiltaket nettopp gjorde at de mestret barnets problematferd bedre enn før; at samspillet hjemme forandret seg som resultat av behandlingen; og at hjelpen de fikk var nyttig for familien i det daglige, for dem selv som foreldre, og for barnet. Dette gir et grunnlag for å si at intensjonene bak utformingen av BPT-tiltaket gjenspeiles i gruppeforskjellene i skårer.

Behandlingsmanualen for Brief Parent Training vektlegger også at det i gjennomføringen av tiltaket, skal tas hensyn til hver families spesifikke situasjon. At foreldrene som mottok BPT i større grad opplevde behandlingen som nyttig og hjelpsom for seg selv, familien og barnet, er en indikasjon på at BPT-rådgiverne har lyttet til foreldrene, forstått deres individuelle utfordringer og behov, og i større grad evnet å tilpasse gjennomføringen av behandlingen til enkeltfamiliene på en måte som har fungert godt for dem. Dette styrker grunnlaget for å si at intervensjonen Brief Parent Training, i større grad enn tiltakene i kontrollgruppen, lever opp til idealet om ivaretagelse av brukerens egenskaper, kultur og preferanser som en grunnpilar i evidensbasert praksis.

4.1.4 Anbefaling av tiltak til andre

I lys av en gjennomgående mer positiv respons på de øvrige spørsmålene, er det ikke overraskende at foreldrene som mottok BPT-rådgivning i større grad enn foreldrene i kontrollgruppen svarte at de ville anbefale tiltaket til andre foreldre i samme situasjon. Positiv omtale vil kunne styrke troverdigheten og omdømmet til BPT som behandlingsform, til NUBU, og til de lokale helsetjenestene som tilbyr tiltaket – og kanskje bidra til at flere foreldre søker hjelp på et tidlig tidspunkt i problemutvikling. Videre kan det være med på å skape positive forventninger blant potensielle nye tjenestebrukere, og gi dem et mer optimistisk syn på hva som er mulig å få til gjennom deltakelse i behandlingsprogrammet. Ut fra assimilasjons-kontrast-modellen, som fremholder at brukere kan assimilere opplevelse av tjenesteytelse til å stemme overens med forventningene de hadde fra før, kan positive forventninger i seg selv tenkes å bidra til høyere brukertilfredshet. Høy brukertilfredshet hos denne studiens BPT-gruppe kan dermed antas å ha potensielle praktiske implikasjoner for

fremtidig utfall av BPT-rådgivning, i lys av kunnskap om at brukertilfredshet kan bidra til økt deltakelse og mer aktiv involvering i behandling (Fraser & Wu, 2013).

4.2 Brukertilfredshet og behandlingseffektivitet

Diskusjonen av gruppeforskjeller mellom foreldrene i BPT-betingelsen og kontrollbetingelsen viste at flere av spørsmålene som i størst grad skilte gruppene, omhandlet foreldrenes opplevelse av tiltakets virkning og nytteverdi. Mens dette dreide seg om foreldrenes subjektive opplevelse av behandlingseffektivitet, retter oppgavens andre problemstilling seg mot sammenhengen mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet i form av mer objektivt målt symptomreduksjon. Når validiteten til brukertilfredshet som et utfallsmål har blitt trukket i tvil, har det særlig vært på bakgrunn av usikkerhet knyttet til om høy grad av tilfredshet innebærer at tiltaket har vært effektivt. Siden denne studien ikke benytter brukertilfredshet som et primært mål på utfall av behandlingen, har ikke spørsmålet samme betydning for validitet som når tilfredshetsmålinger anvendes som en pragmatisk kvalitetsindikator. Formålet i denne studien er å belyse hvor godt brukertilfredshet kan sies å reflektere en helhetlig opplevelse av å ha mottatt god psykisk helsehjelp – innbefattet endringer i vanskene som brukerne oppsøkte hjelp for i utgangspunktet.

Resultatene viste at symptomrelatert behandlingseffektivitet hadde en sammenheng med grad av tilfredshet med tiltaket Brief Parent Training. Foreldre som rapporterte om lavere grad av atferdsproblemer i etterkant av behandlingen, og større grad av endring, var også mer tilfredse med behandlingstilbudet. ECBI-skårer hadde også en signifikant prediksjonsevne overfor skårer på «Family Satisfaction Survey». Dette støtter en antagelse om at foreldre er sensitive overfor endring i barnas symptomnivå, og at disse endringene reflekteres i foreldrenes tilfredshet med tiltaket. Fraværet av en sammenheng mellom tilfredshet og barnas ECBI-skårer i forkant av behandlingen underbygger en slik tolkning. Foreldre med barn som skåret både over og under klinisk grense på ECBI ved oppstart, var i like stor grad tilfredse med hjelpen de fikk. Tidligere studier har identifisert generelt funksjonsnivå og helsestatus før behandling som en mulig prediktor for tilfredshet med hjelpetiltak (Batbataar et al., 2017), men i denne studien ser slike faktorer ikke ut til å ha påvirket grad av tilfredshet. Dette indikerer at Brief Parent Training skaper en god brukeropplevelse som et tiltak i førstelinjetjenesten, både for barn som er i risiko for å utvikle atferdsproblemer, og for barn med eksisterende vansker over klinisk grense.

4.2.1 Sammenligning med andre studier

Sammenligning med andre studier kan gi et bedre tolkningsgrunnlag for resultatene. I oppgavens innledning ble det redegjort for forskningen til Shek (2010) og Brestan et al. (1999), som undersøkte sammenhengen mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet. Brestan et al. (1999) fant en moderat korrelasjonell sammenheng mellom skårer på tilfredshetsinstrumentet TAI og grad av endring på ECBI ($r=.46$), som tilsvarende mitt funn på $r=.42$. I Sheks (2010) studie hadde CPYDS, et mål på tiltakseffektivitet, en større prediksjonsverdi overfor tilfredshet med tiltaket enn ECBI hadde i den aktuelle studien ($\beta=.51$, mot $\beta=-.23$). Funnene til Brestan et al. (1999) og Shek (2010) kan bidra til å forklare hvorfor det i denne studien finnes en sammenheng mellom tilfredshet og behandlingseffektivitet, når tilsvarende funn i en rekke andre studier har uteblitt. I begge studiene ble det brukt instrumenter for å måle tilfredshet som inkluderte direkte spørsmål om aspekter som opplevd læring, nytteverdi og effekt av et program. I den modifiserte versjonen av «Family Satisfaction Survey» omhandler 6 av 11 spørsmål slike aspekter ved tiltaket foreldrene mottok. Fraser og Wu (2013) påpekte at studier som direkte måler brukerens opplevelse av behandlingens utfall, oftere finner en sammenheng mellom tilfredshetsskårer og mer tradisjonelle utfallsmål. Som et eksempel på det motsatte, fant Pekarik og Wolff (1996) ingen slik sammenheng mellom tilfredshet og tre ulike mål på grad av psykiske vansker. Pekarik og Wolff benyttet et tilfredshetsmål bestående av følgende fire ledd: (a) "Overall, how satisfied are you with the services you received?"; (b) "Would you recommend this agency to others seeking help?"; (c) "If you were to seek help again, would you return to this agency?"; and (d) "How would you rate your therapist?" (Pekarik & Wolff, 1996, s. 203).

Mange forskere har i senere tid kritisert skalaer med kun noen få ledd som for lite spesifikke til å avdekke relevante aspekter ved tilfredshet, i lys av en nå utbredt forståelse av tilfredshet som et multidimensjonalt fenomen (Fraser & Wu, 2016). Instrumentet til Pekarik og Wolff måler dessuten hverken tilfredshet med behandlingsprosess eller -utfall, aspekter ved tilfredshet som har blitt trukket frem som svært viktige (Brestan et al., 1999; Fraser & Wu, 2016; Shek, 2010). Sheks mer robuste funn kan antagelig forklares av at tilfredshetsinstrumentet i hans studie var utviklet nettopp for å måle blant annet subjektivt oppfattet utfall, og besto av separate prosess- og utfallsfaktorer. Slike forskjeller i hvordan tilfredshet måles bidrar til ulike resultater på tvers av studier, og fokuset i FSS på opplevd effekt og nytte av behandlingen har sannsynligvis medvirket til at tilfredshet i den aktuelle studien er relatert til symptomnivå og -endring.

4.2.2 Signifikant, men liten prediksjonsevne

Samtidig viser resultatene at symptomreduksjon kun predikerer en liten del av variansen i tilfredshetsskårer. Virksom behandling kan være viktig for brukeres evaluering av et tiltak, men en rekke andre aspekter ved behandlingsopplevelsen må også antas å ha betydning for tilfredshetsvurderinger. Utenom kjente prediktorer som forventninger og interpersonlig omsorg, fant for eksempel en britisk studie at flere brukere som ikke ble bedre av behandlingen fortsatt rapporterte om høy tilfredshet, ut fra en oppfatning om at behandleren hadde gjort sitt beste og ikke kunne stilles til ansvar for at tiltaket ikke virket (Williams, Coyle & Healy, 1998). Selv om foreldre søker hjelp med et ønske om å redusere utfordrende atferd hos barnet sitt, og resultatene uteblir, kan en opplevelse av å ha blitt godt ivaretatt og møtt med forståelse av behandleren i seg selv kunne føre til en positiv opplevelse av tiltaket (Bond, 2017). Det kan også hende at symptomsjekklister ikke evner å fange opp alle aspekter ved endring som oppleves relevante for foreldrene. Kanskje opplever noen foreldre for eksempel at hjelpen de fikk var nyttig og at de mestrer barnets atferd bedre enn før, uten at det ved posttest gir utslag på ECBI. Dette vil kunne bidra til høy rapportert tilfredshet, også i tilfeller der tiltaket ikke har hatt noen målbar effekt i form av symptomreduksjon hos barnet.

I lys av dette kan man anta at undersøkelser av brukertilfredshet gir unik informasjon om tjenestekvalitet, som ikke fremkommer dersom man kun evaluerer hjelpetiltak via mer tradisjonelle utfallsmål. En viss grad av samsvar mellom tilfredshet og behandlingseffektivitet bidrar videre til at man i større grad kan se på tilfredshetsrapporteringer som et helhetlig uttrykk for brukerens opplevelse av psykisk helsehjelp. Slik underbygger studiens resultater nytteverdien av å inkludere undersøkelser av brukertilfredshet i behandlingsevaluering. Samtidig innebærer funnene at tilfredshetsundersøkelser ikke bør anvendes alene, eller som det primære utfallsmålet, i evaluering av tiltak.

4.2.3 Behandlingseffektivitet som «opplevd tjenesteytelse»

Funnet av at behandlingseffektivitet i denne studien har betydning for foreldrenes rapporterte grad av tilfredshet, kan forstås i lys av «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen. Modellen vektlegger oppfattet ytelse som en sentral prediktor for brukertilfredshet, og resultatene i denne studien styrker grunnlaget for å si at «Family Satisfaction Survey» bygger på dette teoretisk relevante konstruktet. Samtidig tillegges opplevd ytelse større betydning for tilfredshet i «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen, enn det denne studien gir grunnlag for. Som nevnt innledningsvis, er det teoretiske rammeverket for brukertilfredshet i hovedsak utviklet i en næringslivskontekst. Sannsynligvis finnes det forskjeller i hvordan det

oppleves å motta kommersielle tjenester og hjelpetiltak innen psykisk helsevern, og da er det nærliggende å tenke at også måten brukere gjør tilfredshetsvurderinger på, kan variere mellom de to kontekstene. Hva som er viktig for tilfredshet med for eksempel rørleggertjenester eller et bilkjøp, er ikke nødvendigvis like viktig for tilfredshet med foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten.

At symptomnivå og -endring kun predikerer litt av variansen i brukertilfredshetskårer, kan som nevnt bunne i at ECBI ikke evner å fange godt nok opp foreldrenes opplevelse av tjenesteytelsen. Symptomsjekklistene har tidligere vist seg å predikere brukertilfredshet langt dårligere enn mer subjektive mål på opplevelse av behandlingseffektivitet (Lunnen et al., 2008). Allikevel reflekterer symptomendring målt med ECBI endringer i foreldrenes vurdering av barnas atferd, og må kunne sies å ligge tett opp mot BPT-tiltakets målsetning om å forebygge og stanse utvikling av atferdsproblemer. På bakgrunn av dette skaper den nokså svake prediksjonsevnen til ECBI-skårer overfor brukertilfredshet, et godt utgangspunkt for å argumentere for en større innsats innen psykisk-helsefeltet for å utvikle bedre teoretiske modeller for brukertilfredshet.

4.3 Brukertilfredshet og fagpersonens holdninger i møte med familien

Det er sterk støtte i forskningslitteraturen for at interpersonlige aspekter ved behandlingsprosessen har betydning for brukertilfredshet. Det å bli møtt med empati og forståelse er viktig for tjenestebrukere, og deres opplevelse av slike faktorer påvirker hvor tilfredse de er med tiltak de har mottatt (Batbataar et al., 2017). I denne studien ble foreldrenes opplevelse av holdningene til fagpersonen de hadde kontakt med, undersøkt for å få informasjon om brukeropplevelser av interpersonlige aspekter ved behandlingen (se tabell 5 for en oversikt over hvilke holdninger som ble kartlagt). Skårer på spørsmålene om fagpersonens holdninger viste en moderat positiv korrelasjon med grad av tilfredshet hos foreldrene som mottok Brief Parent Training, og hadde signifikant prediksjonsverdi for tilfredshet. En opplevelse av å ha blitt møtt med forståelse, omtenkksomhet og åpenhet, fremkom som særlig betydningsfullt.

Foreldre til barn med atferdsproblemer kan sitte med en følelse av å ha mislykkes i foreldrerollen (Aartun & Tisløv, 2009), og de kan tenkes å være sårbare for en opplevelse av å bli kritisert og anklaget for barnas vansker. I Brief Parent Training legges det vekt på å utvikle en behandlingsrelasjon preget av samarbeid og forståelse. Behandleren skal anerkjenne foreldrenes innsats og ressurser – og at utfordringene de står i, *er* vanskelige å mestre. Et sentralt element for god gjennomføring av PMTO-baserte tiltak er ekspertise i å møte foreldre

slik at de ikke føler seg kritisert og anklaget. Dette skaper større mulighet til å arbeide gjennom og redusere motstand mot behandlerens forslag til endring (Forgatch & Kjøbli, 2016). Foreldrenes opplevelse av fagpersonens holdninger viste seg i denne studien å være viktig for tilfredshet med tiltaket. Når foreldrene i BPT-gruppen rapporterte om høyere grad av tilfredshet, kan det forstås som at behandlerne har lykket i å møte foreldrene på en måte som legger forutsetningene til rette for god gjennomføring av behandling.

Opgavens innledning knyttet brukeres opplevelse av interpersonlige aspekter ved helsetjenester, til opplevelse av arbeidsalliansen. En god arbeidsallianse tillegges vekt både i PMTO-baserte tiltak (Hukkelberg & Ogden, 2016) og i terapi for øvrig, og ansees å være en felles endringsmekanisme for psykologisk behandling med stor betydning for behandlingsutfall (Lambert, 2013). Spørsmålene om fagpersonens holdninger i møte med foreldrene kan tenkes å fange opp aspekter ved foreldrenes opplevelse av det relasjonelle båndet mellom dem og behandleren – i hvor stor grad de følte seg ivaretatt og møtt på en god måte. Siden arbeidsallianse ikke ble målt i denne studien, er det ikke grunnlag for å drøfte hvorvidt «Family Satisfaction Survey» måler aspekter ved foreldrenes opplevelse av arbeidsalliansen. Funnene tyder allikevel på en mulig sammenheng mellom brukertilfredshet og aspekter ved alliansebegrepet, og dette kan være et interessant tema for fremtidig forskning.

Sammenhengen mellom tilfredshet og en opplevelse av fagpersonen som forståelsesfull, omtenkfull og åpen, kan forstås i lys av «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen. BPT-gruppens høyere skårer på «Family Satisfaction Survey» kan tolkes som at foreldrene i denne gruppen opplevde samhandlingen med behandleren som mer positivt ladet, enn foreldrene i kontrollgruppen. «Expectancy-Performance Disconfirmation»-modellen antar at tilfredshet påvirkes av brukerens affektive responser til tjenesteaspekter, som behandlerens interpersonlige ferdigheter og stil (Fraser & Wu, 2013). Brukernes affektive responser i forbindelse med tiltaket ble ikke undersøkt direkte i denne studien, og det er ikke grunnlag for å si med sikkerhet at spørsmålene om fagpersonens holdninger måler affektiv respons. Samtidig kan sammenhengen mellom brukertilfredshet og foreldrenes opplevelse av behandlerens interpersonlige egenskaper, tenkes å gi en indikasjon på at «Family Satisfaction Survey» måler aspekter ved tilfredshet med relevans for den teoretiske faktoren affekt.

4.4 Begrensninger ved studien og implikasjoner for videre forskning

4.4.1 Utvalg og respondenter

Systematisk frafall

I denne studien ble 65 av 216 deltakere ekskludert på bakgrunn av manglende data. 29 deltakere deltok ikke i posttest-vurderingen, og av de resterende 187 ble 36 deltakere ekskludert fordi de hadde unnlatt å svare, eller svart mangelfullt, på spørreskjemaet om brukertilfredshet. Frafallet viste seg å være systematisk: Nærmere undersøkelser av inklusjons- og eksklusjonsgruppen avdekket flere forskjeller mellom respondenter og ikke-respondenter. Systematisk frafall er et utbredt problem i forskning på brukertilfredshet, og har implikasjoner for dataenes generaliserbarhet og validitet. Tidligere studier har funnet høyere grad av tilfredshet med tiltak hos brukere som fullførte et planlagt behandlingsløp, sammenlignet med brukere som droppet ut (f.eks. Brestan et al., 1999). Videre antar man at det er større sannsynlighet for at misfornøyde brukere velger å ikke besvare tilfredshetsundersøkelser (Lebow, 1983b). Eksklusjon av potensielt mindre tilfredse brukere skaper en utvalgsskjevhet som gjør utvalget mindre representativt, og studiens resultater blir i mindre grad generaliserbare.

Ved systematisk frafall er det ofte anbefalt å estimere og erstatte manglende skårer, gjennom for eksempel imputering (Tabachnick & Fidell, 2019). I sammenheng med brukertilfredshet kan dette imidlertid være problematisk. Som vist i innledningen, finnes det mange ulike faktorer som kan spille inn på brukeres tilfredshetsvurderinger. Flertallet av disse er ikke undersøkt i denne studien, noe som svekker grunnlaget for estimering av skårer. Antagelsen om at ekskluderte deltakere potensielt kan representere en mindre tilfreds gruppe, gjør det ytterligere problematisk å estimere skårer basert på det eksisterende utvalget. Til slutt kan hva som er viktig for en god behandlingsopplevelse variere fra person til person, og estimering av skårer uten innspill fra de aktuelle familiene vil ikke fange opp informasjon om hvordan nettopp deres opplevelse av tiltaket var.

Manglende normalfordeling og takeffekt

Manglende normalfordeling er et vanlig funn i forskning på brukertilfredshet, og også i dette datamaterialet viser skårene et såkalt «negativt skew». I og med at regresjonsanalyse har blitt utført på tross av at forutsetningen om normalfordeling ikke er oppfylt, må resultatene av studien tolkes med en viss varsomhet. Som tidligere nevnt kan tendensen til høye

tilfredshetsskårer imidlertid tenkes å reflektere konstruktets underliggende natur, og det kan argumenteres for at resultatene allikevel er holdbare.

Sumskårene på spørsmålene om fagpersonens holdninger viste en takeffekt i målingen, noe som indikerer at spørsmålene mangler tilstrekkelig sensitivitet for å fange opp variasjon i utvalget. Gitt at interpersonlige tjenesteaspekter predikerer brukertilfredshet i en rekke studier (Batbataar et al., 2017), og at forskere etterspør mer kunnskap om hvordan affektive faktorer påvirker tilfredshet (Fraser & Wu, 2013), hadde det vært interessant å undersøke foreldres opplevelse av relasjon og arbeidsallianse med et anerkjent og psykometrisk validert instrument (for eksempel WAI-S; Hukkelberg & Ogden, 2016). En skala som i større grad evner å fange opp variasjon kan tenkes å gi mer robuste resultater, og bidra til økt kunnskap om betydningen av affektive og interpersonlige variabler for tilfredshet med hjelpetiltak.

Kun foreldre som respondenter

Foreldre og barn kan ha ulike opplevelser av å ha mottatt et hjelpetiltak. Foreldrenes grad av tilfredshet samsvarer ikke nødvendigvis med barnets grad av tilfredshet (Barber et al., 2006), og mye tyder på at ulike tjenesteaspekter har ulik betydning for tilfredshet hos barn og foreldre (Martin et al., 2003). Noen studier har funnet at barn med eksternaliserende vansker (f.eks. atferdsproblemer) rapporterer lavere tilfredshet med hjelpetiltak, enn barn med internaliserende vansker (Barber et al., 2006). Videre ser det ut som at tilfredshet med tjenester målt hos barn kan være sterkere relatert til utfall av behandlingen, enn foreldrerapportert tilfredshet (Lambert, Saltzer & Bickman, 1998). Til tross for disse funnene er de fleste instrumentene som benyttes for å undersøke brukertilfredshet med helsetjenester rettet mot barn, i likhet med «Family Satisfaction Survey», utviklet for å måle tilfredshet hos foreldrene. I fremtidig forskning ville det vært interessant å supplere med tilfredshetsdata fra barna selv, med instrumenter som tar hensyn til deres alder og modningsnivå.

4.4.2 Metode

«Family Satisfaction Survey»

Faktoranalysen viste at «Family Satisfaction Survey» er et spørreskjema med en enkelt, global faktor for tilfredshet. Slike måleinstrumenter har blitt problematisert i litteraturen, på bakgrunn av at brukertilfredshet ser ut til å være et multidimensjonalt fenomen (Fraser & Wu, 2016; Lebow, 1983a). Dessuten har man funnet at globale, lite spesifikke mål på tilfredshet kan gi en såkalt «halo-effekt». Dette viser til at en bruker som er tilfreds med tiltaket på generell basis, ikke får gitt uttrykk for bestemte behandlingsaspekter han var misfornøyd med

(Lebow, 1982a). Fraser og Wu (2016) anbefaler at måleinstrumenter for brukertilfredshet som et minimum inkluderer følgende tre typer spørsmål: 1) Tilfredshet med ulike spesifikke elementer ved tiltaket, 2) Villighet til å anbefale tiltaket til andre, og 3) Subjektiv oppfattet endring som følge av tiltaket. Alle tre spørsmålskategorier er representert i «Family Satisfaction Survey», men kun to ledd omhandler behandlingsprosessen. Cronbachs alfa på over 0.9 indikerer en viss grad av overlapp mellom spørsmålene, noe som kan innebære at skalaen er for snever til å måle alle relevante aspekter ved brukertilfredshet. Et instrument med et bredere spekter av spørsmål om brukernes opplevelse av behandlingsprosessen, for eksempel tilfredshet med arbeid på de ulike foreldreferdighetsområdene, kunne i større grad ha avdekket spesifikke områder der Brief Parent Training har et forbedringspotensial. Sammenligning av kvalitativ og kvantitativ brukertilfredshetsforskning har vist at spørreskjemaformen i seg selv kan dekke over utilfredshet med tiltak (Williams, Coyle & Healy, 1998). Siden dette vil gjelde begge gruppene i like stor grad, påvirker det ikke tolkningen av gruppeforskjellene. Allikevel hadde det vært interessant å supplere FSS med kvalitative brukerevalueringer, for eksempel intervju av foreldrene, for å avdekke ytterligere informasjon som kan brukes i kvalitetsforbedrende arbeid.

Videre ekskluderer spørreskjemaet flere teoretiske konstrukter av relevans for brukertilfredshet. FSS måler ikke brukernes forventninger, eller i hvilken grad disse samsvarer med den faktiske opplevelsen av tiltaket (diskonfirmasjon). «Equity», brukernes opplevelse av rettferdighet med hensyn til hva de fikk i forhold til hva de opplever at andre i tilsvarende behandling har fått, blir heller ikke undersøkt. Fraværet av informasjon om disse faktorene har gjort det umulig å analysere hvilke effekter de eventuelt har hatt på foreldrenes grad av tilfredshet, og dette kan ha bidratt til et skjevt bilde av hva som predikerer brukertilfredshet i denne studien. I fremtidig forskning bør man benytte instrumenter som er utviklet i tråd med det teoretiske rammeverket for brukertilfredshet.

Metodelikhet

Foreldrebesvarelsene av FSS, posttest ECBI og spørsmål om fagpersonens holdninger, er innhentet i etterkant av behandlingsforløpet. I tillegg er alle måleinstrumentene basert på foreldrerapportering. Slike likhetstrekk ved metodene som benyttes for datainnsamling skaper en risiko for kunstig sterke sammenhenger mellom variabler (Kazdin, 2016). Studier har vist at behandlingseffektivitet målt med symptomsjekklistene ofte samsvarer dårlig med rapportert brukertilfredshet (Lunnen et al., 2008), noe som kan indikere at metodelikhet i form av

brukerrapportering ikke nødvendigvis utgjør et stort problem i denne sammenhengen. Allikevel bør studiens resultater tolkes med et forbehold om at metodelikhet kan ha bidratt til en sterkere sammenheng mellom brukertilfredshet og behandlingseffektivitet, samt fagpersonens holdninger, enn det som i utgangspunktet er tilfellet.

Evaluerings ble gjort i etterkant av behandlingen

Foreldrenes tilfredshet med tiltaket ble først undersøkt etter at behandlingen var avsluttet. Bruk av feedback underveis i behandlingsforløp har vist seg å kunne ha en positiv effekt på behandlingsutfall (Kelley & Bickman, 2009), og i videre forskning kan det være relevant å samle inn brukerevalueringer gjennom forløpet for å kunne justere behandlingen underveis. Undersøkelse av tilfredshet underveis i behandlingsforløpet kan dessuten tenkes å gi noe annerledes resultater enn undersøkelse i etterkant. Flere studier har vist at retrospektive brukervurderinger av effekten av helsetjenester, kan være mer optimistiske enn det er grunnlag for (Lunnen & Ogles, 1998; Pekarik & Guidry, 1999). I lys av dette kunne det vært interessant å se på eventuelle forskjeller i brukertilfredshet rapportert på ulike tidspunkt.

Behandlingsintegritet

Foreldrerapportert behandlingsintegritet viste seg i Kjøbli og Ogdens effektivitetsstudie (2012) å være tilfredsstillende ($M=4.49$ av maksimum 5, $SD=0.63$). Å samle inn informasjon fra kun én kilde innebærer imidlertid en økt risiko for bias, og det kunne vært relevant å inkludere andre mål på behandlingsintegritet (f.eks. direkte observasjon eller videoopptak av behandling). Dette ville ført til at man på sikrere grunnlag kunne si at tiltaket ble gjennomført i tråd med retningslinjene i behandlingsmanualen.

Dokumentasjon av tiltakene i kontrollbetingelsen

Effektivitetsstudien ble gjennomført ved eksisterende lokalhelsetjenester, og det var disse som tilbød alternative tiltak til foreldrene i studien som ikke mottok BPT. Det var stor variasjon mellom tiltakene i studiens kontrollbetingelse, og på bakgrunn av dette ble disse tiltakene ikke dokumentert i detalj. Dette kan sies å utgjøre en styrke ved studien, i kraft av at studiens gjennomføringsprosess i større grad reflekterer vanlig praksis i norsk førstelinjetjeneste. Samtidig kunne en grundigere gjennomgang av de ulike tiltakene foreldrene i kontrollgruppen mottok, bidratt med informasjon som kunne vært til nytte i tolkningen av forskjeller i tilfredshet mellom de to behandlingsbetingelsene.

4.5 Konklusjoner

Opgavens innledning spurte hva brukerrapportert tilfredshet kan fortelle oss om hvor godt et bestemt tiltak er i tråd med målsetningen om å gi god psykisk helsehjelp. Analyser av brukertilfredshetsdata fra en randomisert-kontrollert studie av Brief Parent Training har bidratt med flere svar på dette spørsmålet. Hovedmålet med denne studien var å undersøke hvorvidt behandlingsform har betydning for grad av tilfredshet med hjelpetiltak, og resultatene viste at foreldrene som mottok Brief Parent Training var mer tilfredse med tiltaket enn foreldrene i kontrollbetingelsen. Fraværet av tematiske ulikheter mellom gruppene knyttet til enkeltspørsmåls betydning for total tilfredshetsskåre, gir grunnlag for å anta at intervensjonsgruppens høyere skåre reflekterer en gjennomgående mer positiv vurdering av BPT-tiltaket. Studien svekker dermed påstanden om at brukere er like tilfredse uansett tiltak. Den viser at mer generelle eller forstyrrende faktorer ikke nødvendigvis overskygger intervensjonsspesifikke faktorer når brukere gjør tilfredshetsvurderinger, hvilket innebærer at en tilfreds bruker kan sies å reflektere en god opplevelse av selve behandlingsintervensjonen. Dette styrker rasjonale for innhenting av tilfredshetsdata i evaluering av behandlingens kvalitet og grad av tilpasning til den enkelte familie, og viser at Brief Parent Training i større grad enn tiltakene i kontrollbetingelsen skapte en god brukeropplevelse.

Funnet av en sammenheng mellom brukertilfredshet og symptomnivå og -endring etter fullført behandling, antyder at foreldre er sensitive overfor endringer i barnas vansker. Når foreldres oppfatning av symptomendring hos barna reflekteres i rapportert grad av tilfredshet, kan undersøkelser av brukertilfredshet også tenkes å kunne gi informasjon om atferdsendring som følge av et tiltak. Man kan argumentere for at dette gjør brukertilfredshet til et mer helhetlig brukerorientert mål på behandlingens kvalitet. Samtidig forklarer symptomrelatert behandlingseffektivitet kun en liten del av variansen i tilfredshetsskåre hos foreldrene i denne studien. Siden enkeltspørsmål som omhandlet nytteverdi og effekt hadde stor betydning for gruppeforskjellen i tilfredshet, tyder studiens funn på at tilfredshetsundersøkelser fanger opp aspekter ved brukernes opplevelse av behandlingseffektivitet som ikke måles via symptomsjekklister. Studien underbygger med dette verdien av tilfredshetsmålinger som en unik kilde til informasjon om brukerens opplevelse av behandlingens utfall. Samtidig viser funnene at brukertilfredshet alene ikke er et dekkende mål på behandlingens kvalitet og effektivitet, og at det bør benyttes slik som er tilfellet i denne studien, som et supplement til andre utfallsmål. Studien underbygger også viktigheten av å utvikle et teoretisk rammeverk for brukertilfredshet som er bedre tilpasset til psykiske helsetjenester, og som i større grad tar

hensyn til at behandlingseffektivitet ikke nødvendigvis er bestemmende for hvordan brukere evaluerer et tiltak.

Videre underbygger studien antagelsen om at andre aspekter ved opplevelsen av et tiltak kan være vel så viktige som symptomrelatert effekt for brukernes grad av tilfredshet. Resultatene viste at foreldrenes opplevelse av å ha blitt møtt med forståelse, omtenkksomhet og åpenhet, hadde sammenheng med deres evaluering av tiltaket. Dette indikerer at brukerrapportert tilfredshet gir informasjon om brukeres opplevelse av behandlerens holdninger i møte med dem. Dette kan tenkes å være relatert til brukeres opplevelse av arbeidsalliansen mellom dem og behandleren. Denne studien gir ikke grunnlag for å konkludere med at grad av brukertilfredshet forteller oss noe om kvaliteten på arbeidsalliansen, men skaper et utgangspunkt for fremtidig forskning på alliansens betydning for brukernes opplevelse og evaluering av tiltak innen psykisk helsevern.

I denne studien, som i litteraturen for øvrig, var det få brukere som uttrykte misnøye med bestemte aspekter ved behandlingen. Dette understreker verdien av å supplere kvantitative data med for eksempel brukerintervjuer, for å få informasjon om behandlingsopplevelsen som ikke kommer frem via spørreskjemaformen. Slik kan man ytterligere styrke verdien av brukerevalueringer i den rollen de er tiltenkt, nemlig å gi brukerne en stemme i utforming og kvalitetssikring av helsetiltak. Samlet gir studiens resultater grunnlag for å konkludere med at undersøkelser av brukertilfredshet bidrar med unik informasjon om behandlingens prosess og utfall, sett fra brukernes ståsted. Studien styrker rasjonalet for å inkludere brukertilfredshetsundersøkelser i evaluering av helsetjenester; som et ledd i å arbeide for høy kvalitet, individuell tilpasning og en god behandlingsopplevelse for menneskene som benytter seg av psykiske helsetjenester.

5 Referanser

Aartun, K. R. & Tisløy, I. S. (2009). *Fra kaos til samarbeid. En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av Parent Management Training – Oregonmodellen* (Hovedoppgave). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18567>

Al-Abri, R. & Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3-7.

Anderson, R. E. (1973). Consumer Dissatisfaction - The Effect of Disconfirmed Expectancy on Perceived Product Performance. *Journal of Marketing Research*, 10(1), 38-44.

Ankuta, G. Y. & Abeles, N. (1993). Client Satisfaction, Clinical Significance, and Meaningful Change in Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 70-74.

APA Presidential Task Force on Evidence Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

Barber, A. J., Tischler, V. A. & Healy, E. (2006). Consumer Satisfaction and Child Behaviour Problems in Child and Adolescent Mental Health Services. *Journal of Child Health Care*, 10(1), 9-21.

Batbataar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A. & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of Patient Satisfaction: A Systematic Narrative Literature Review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243–250.

Batbataar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M. & Amenta, P. (2017). Determinants of Patient Satisfaction: A Systematic Review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101.

Brannan, A. M., Sonnichsen, S. E. & Heflinger, C. A. (1996). Measuring Satisfaction with Children's Mental Health Services: Validity and Reliability of the Satisfaction Scales. *Evaluation and Program Planning*, 19(2), 131-141.

Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D. & Eyberg, S. M. (1999). A Consumer Satisfaction Measure for Parent-Child Treatments and Its Relation to Measures of Child Behavior Change. *Behavior Therapy*, 30(1), 17-30.

Bond, L. A. S. (2017). *En intervjustudie av MST. «Foreldreperspektiver på behandlingsprosess og utfall»* (Hovedoppgave). Hentet fra:
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/56260>

Burns, G. L. & Patterson, D. R. (2001). Normative Data on the Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: Parent and Teacher Rating Scales of Disruptive Behavior Problems in Children and Adolescents. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(1), 15-28.

Dishion, T., Forgatch, M. S., Chamberlain, P. & Pelham, W. E. (2016). The Oregon Model of Behavior Family Therapy: From Intervention Design to Promoting Large-Scale System Change. *Behavior Therapy*, 47(6), 812-837.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Forgatch, M. S. & Kjøbli, J. (2016). Parent Management Training—Oregon Model: Adapting Intervention with Rigorous Research. *Family Process*, 55(3), 500-513.

Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21(2), 637–660.

Fraser, M. W. & Wu, S. (2013). Satisfaction with Social Services – A Review. Artikkel nr. 2013-10-32. Hentet fra:
https://www.researchgate.net/publication/271085005_Satisfaction_with_social_welfare_services_-_A_review

Fraser, M. W. & Wu, S. (2016). Measures of Consumer Satisfaction in Social Welfare and Behavioral Health: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 26(7), 762-776.

Garfield, S. L. (1983). Some Comments on Consumer Satisfaction in Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 14(2), 237-241.

Guldvog, B. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Helsedirektoratet Rapport nr. IS-2314, 2015). Oslo: Helsedirektoratet.

Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra:
<https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>

- Hersoug, A. G. (2012). «Jeg tror terapeuten liker meg»: Om betydningen av allianse i psykoterapi. I R. Ulberg, A. G. Hersoug & T. Knutsen, (Red.), *Psykoterapi i utvikling* (s. 63-79). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hoagwood, K. E., Jensen, P. S., Acri, M. C., Olin, S. S., Lewandowski, R. E. & 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 and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1241-1260.
- Hukkelberg, S.S. & Ogden, T. G. (2016). The short Working Alliance Inventory in Parent Training: Factor Structure and Longitudinal Invariance. *Psychotherapy Research*, 26(6), 719-726.
- 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), 40-52.
- Kazdin, A. E. (2016). Selecting Measures for Research Investigations. I A. E. Kazdin (Red.). *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research* (s. 205-226, 4. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelley, S. D. & Bickman, L. (2009). Beyond Outcomes Monitoring: Measurement Feedback Systems (MFS) in Child and Adolescent Clinical Practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 363-368.
- Kiesler, C. A. (1983). Social Psychological Issues in Studying Consumer Satisfaction with Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 14(2), 226-236.
- Kjøbli, J. & Ogden, T. G. (2012). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings. *Prevention Science*, 13(6), 616-626.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utg., s. 169-218). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Lambert, W. Saltzer, 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.

- Langberg, E. M., Dyhr, L. & Davidsen, A. S. (2019). Development of the Concept of Patient-Centredness – A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1228-1236.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of a General Scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207.
- Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). *Plan for brukervedvirkning - Mål, anbefalinger og tiltak i Opptreppingsplanen for psykisk helse*. (Helse- og sosialdirektoratet Rapport nr. IS-1315, 2006). Oslo: Helse- og sosialdirektoratet.
- Lebow, J. (1982a). Consumer Satisfaction with Mental Health Treatment. *Psychological Bulletin*, 91(2), 244-259.
- Lebow, J. (1983a). Research Assessing Consumer Satisfaction with Mental Health Treatment: A Review of Findings. *Evaluation and Program Planning*, 6(3), 211-236.
- Lebow, J. (1983b). Client Satisfaction with Mental Health Treatment: Methodological Considerations in Assessment. *Evaluation and Program Planning*, 7(6), 729-752.
- Linder-Pelz, S. (1982b). Toward a Theory of Patient Satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582.
- Lunnen, K. M., Ogles, 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.
- Lunnen, K. M. & Ogles, B. M. (1998). A Multiperspective, Multivariable Evaluation of Reliable Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 400-410.
- Mano, H. & Oliver, R. L. (1993). Assessing the Dimensionality and Structure of the Consumption Experience: Evaluation, Feeling, and Satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 451-466.
- Martin, J. S., Christopher, G. P. & Kapp, S. A. (2003). Consumer Satisfaction with Children's Mental Health Services. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(3), 211-226.
- McNeill, T., Nicholas, D., Szechy, K. & Lach, L. (1998). Perceived Outcome of Social Work Intervention: Beyond Consumer Satisfaction. *Social Work in Health Care*, 26(3), 1-18.

- Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (2006). *Foreldrerådgivning. Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)*. Oslo: NUBU.
- Ogden, T. G. & Hagen, A. K. (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. G. & 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*(2), 77-83.
- Olsavshky, R. W. & Miller, J. A. (1972). Consumer Expectations, Product Performance, and Perceived Product Quality. *Journal of Marketing Research, 9*(1), 19-21.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual* (5. utg.). Berkshire: Open University Press.
- Parloff, M. B. (1983). Who Will Be Satisfied by "Consumer Satisfaction" Evidence? *Behavior Therapy, 14*(2), 242-246.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. *Evaluation and Program Planning, 6*(3), 185-210.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patterson, G. R. (1982). *A Social Learning Approach: Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist, 28*(2), 25-32.
- Patterson, G. R. (2016). Coercion Theory: The Study of Change. I T. J. Dishion, & J. J. Snyder (Red.), *Oxford Handbook of Coercive Social Processes* (s.7-22). New York: Oxford University Press.
- Pekarik, G. & Guidry, L. L. (1999). Relationship of Satisfaction to Symptom Change, Follow-Up Adjustment, and Clinical Significance in Private Practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*(5), 474-478.

- 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.
- Pripp, A. H. (2019). Når målingen går i taket. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 4. Lokalisert 23. februar 2020, på <https://tidsskriftet.no/2019/02/medisin-og-tall/nar-malingen-gar-i-taket>
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G. & Mørch, W. T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian Norms to Identify Conduct Problems in Children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(1), 31–38.
- Rydning (2014). *Hva forteller brukerne? En randomisert studie av brukertilfredshet i Parent Management Training* (Hovedoppgave). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/39412>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Shaw, I. F. (1984). Literature Review. Consumer Evaluations of the Personal Social Services. *British Journal of Social Work*, 14(3), 277-284.
- Shek, D. T. L. (2010). Subjective Outcome and Objective Outcome Evaluation Findings: Insights From a Chinese Context. *Research on Social Work Practice*, 20(3), 293 -301.
- 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.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Solholm, R., Kjøbli, J. & Christiansen, T. (2013). Early Initiatives for Children at Risk—Development of a Program for the Prevention and Treatment of Behavior Problems in Primary Services. *Prevention Science*, 14, 535–544.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.meld. nr. 25, 1996-1997). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103.

Szymanski, D. M. & Henard, D. H. (2001). Customer Satisfaction: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 29(1), 16-35.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7. utg.). New York: Pearson Education.

Ursachi, G., Horodnic, I. A. & Zait, A. (2015). How Reliable are Measurement Scales? External Factors with Indirect Influence on Reliability Estimators. *Procedia Economics and Finance*, 20, 679-686.

Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), 509-516.

Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. (1998). The Meaning of Patient Satisfaction: An Explanation of High Reported Levels. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1351-1359.

World Health Organization (2000). Work Book 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: https://books.google.no/books?id=4TUXGG0Cf5cC&printsec=frontcover&dq=review+of+marketing+1990&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwidIImisf_oAhVLY5oKHax1DIYQ6AEIKDA#v=onepage&q=review%20of%20marketing%201990&f=false

Zachrisson, H. D. & Ogden, T. G. (2018). Tull eller tiltak? Om å tolke effektstørrelser i kontrollerte evalueringsstudier. *KONTEKST. Tidsskrift for formidling av forskning og praksis* (1). Lokalisert 25. april 2020, på: <https://www.nubu.no/utgave-1/tull-eller-tiltak-article3026-2506.html>

6 Vedlegg

6.1 Modifisert versjon av «Family Satisfaction Survey».

Modifisert versjon av «Family Satisfaction Survey»

1. Hvordan vil du bedømme kvaliteten av det tilbudet familien og barnet har mottatt?
2. Fikk du god nok anledning til å stille spørsmål?
3. Hvor gode muligheter fikk du til å fortelle om barnet ditt og familien?
4. Hvor effektivt var dette tiltaket for familien din?
5. Har tiltaket vært til hjelp for barnet ditt?
6. Har tiltaket ført til forandringer i familiens måte å være på?
7. Var arbeidsmetoden nyttig for familien i det daglige?
8. Ble tiltaket gitt på tidspunkt og sted som passet godt for familien?
9. Synes du at tilbudet var til hjelp for deg?
10. Har tilbudet ført til at du mestrer barnets problematferd bedre enn før?
11. Vil du anbefale dette tiltaket til andre foreldre i samme situasjon?