

# Måling av brukererfaringer med avhengighetsbehandling: En litteraturgjennomgang av validerte måleinstrument


Notat fra Kunnskapssenteret  
Januar 2007

 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**Om notatet:** Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har gjennomført en kartlegging hvor formålet har vært å undersøke hva som finnes, både nasjonalt og internasjonalt, av validerte spørreskjema for å måle brukererfaringer med behandlingstilbudet for personer med stoff- eller alkoholrelaterte lidelser. Kartleggingen er gjennomført på oppdrag fra Regional enhet for samordning og analyse av rusbehandling (RESA), Helse Sør RHF.

Kunnskapssenteret har tidligere utviklet en rekke spørreskjema om brukererfaringer til bruk i spesialisthelsetjenesten, både for somatiske sykehus og i psykisk helsevern. I 2006 har Kunnskapssenteret arbeidet med to litteraturgjennomganger for å forsøke å identifisere validerte måleinstrumenter i primærhelsetjenesten (legevakt og allmennlegetjenesten), samt startet å vurdere hvilken rolle senteret skal ha når det gjelder pasienterfaringer innenfor primærhelsetjenesten. Dette notatet er første del av tilnærmingen til brukererfaringer med institusjoner innenfor avhengighetsbehandling, og er en systematisk litteraturgjennomgang av validerte målemetoder for brukererfaringsundersøkelser

(fortsetter på baksiden)



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)  
ISBN: 978-82-8121-141-4

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



*(fortsettelsen fra forsiden)*

innen dette feltet. Målet har vært å identifisere instrumenter som kan være relevante i Norge. I Norge har utvikling av spørreskjema og gjennomføring av brukererfaringsundersøkelser for innenfor avhengighetsbehandlingen oftest skjedd lokalt. En arbeidsgruppe i Helse Sør, RESA, bestilte et prosjekt fra Kunnskapssenteret om hva som finnes av validerte spørreskjema av relevans for Norge.

Tittel	Måling av brukererfaringer med avhengighetsbehandling: En litteraturgjennomgang av validerte måleinstrumenter
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfattere	Kirsten Danielsen, Andrew Garratt, Hege Kornør
ISBN	978-82-8121-141-4
Notat	Januar 2007
Prosjektnummer	330
Antall sider	38
Oppdragsgiver	Regional enhet for samordning og analyse av rusbehandling (RESA), Helse Sør RHF

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

**Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

Oslo, januar 2007

# Innhold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	Organisering av prosjektet.....	1
1.2	Om notatet.....	2
<b>2</b>	<b>ORGANISERING</b> .....	<b>3</b>
2.1	Politiske retningslinjer.....	3
2.1.1	<i>Gjennomføring</i> .....	3
2.1.2	<i>Organisering</i> .....	4
2.2	Behandlingstiltak og aktivitet.....	5
2.3	Brukere.....	6
<b>3</b>	<b>METODE</b> .....	<b>7</b>
3.1	Søkestrategi.....	7
3.1.1	<i>Inklusjon av referanser</i> .....	7
3.2	Vurdering av spørreskjema.....	8
3.2.1	<i>Mer om metoden for utvikling og vurdering av spørreskjema</i> .....	8
<b>4</b>	<b>RESULTATER</b> .....	<b>10</b>
4.1	Søkestrategi.....	10
4.2	Vurdering av spørreskjema.....	11
4.2.1	<i>The Treatment Outcome Profile (TOP)</i> .....	11
4.2.2	<i>The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)</i> .....	14
4.2.3	<i>The Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT)</i> .....	17
4.2.4	<i>The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)</i> .....	21
<b>5</b>	<b>OPPSUMMERING</b> .....	<b>24</b>
5.1	Avslutning.....	26
	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>28</b>
	<b>VEDLEGG A: SØKESTRATEGI CINAHL</b> .....	<b>33</b>
	<b>VEDLEGG B: SØKESTRATEGI EMBASE</b> .....	<b>34</b>
	<b>VEDLEGG C: SØKESTRATEGI MEDLINE</b> .....	<b>35</b>
	<b>VEDLEGG D: SØKESTRATEGI PSYCINFO</b> .....	<b>37</b>

---

# 1 Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har gjennomført en kartlegging hvor formålet har vært å undersøke hva som finnes, både nasjonalt og internasjonalt, av validerte spørreskjema for å måle brukererfaringer med behandlingstilbudet for personer med stoff- eller alkoholrelaterte lidelser. Kartleggingen er gjennomført på oppdrag fra Regional enhet for samordning og analyse av rusbehandling (RESA), Helse Sør RHF.

Kunnskapssenteret har tidligere utviklet en rekke spørreskjema om brukererfaringer til bruk i spesialisthelsetjenesten, både for somatiske sykehus og i psykisk helsevern. I 2006 har Kunnskapssenteret arbeidet med to litteraturgjennomganger for å forsøke å identifisere validerte måleinstrumenter i primærhelsetjenesten (legevakt og allmennlegetjenesten), samt startet å vurdere hvilken rolle senteret skal ha når det gjelder pasienterfaringer innenfor primærhelsetjenesten.

Dette notatet er første del av tilnærmingen til brukererfaringer med institusjoner innenfor avhengighetsbehandling, og er en systematisk litteraturgjennomgang av validerte målemetoder for brukererfaringsundersøkelser innen dette feltet. Målet har vært å identifisere instrumenter som kan være relevante i Norge. I Norge har utvikling av spørreskjema og gjennomføring av brukererfaringsundersøkelser innenfor avhengighetsbehandlingen oftest skjedd lokalt. En arbeidsgruppe i Helse Sør, RESA, bestilte et prosjekt fra Kunnskapssenteret om hva som finnes av validerte spørreskjema av relevans for Norge.

---

## 1.1 ORGANISERING AV PROSJEKTET

---

Kunnskapssenteret har hatt ansvaret for å gjennomføre litteraturgjennomgangen. Kirsten Danielsen har vært prosjektleder, og har hatt Andrew Garratt som veileder i prosjektet. I tillegg til Danielsen og Garratt har Øyvind Andresen Bjertnæs og Hege Kornør vært med i den interne prosjektgruppen og gitt faglige råd og innspill.

---

## 1.2 OM NOTATET

---

I kapittel 1 beskrives bakgrunnen for prosjektet. Kapittel 2 gir en oversikt over organiseringen av avhengighetsbehandling i Norge. Kapittel 3 er metodekapittel, hvor søkestrategi, inklusjonskriterier og kriterier for vurdering av spørreskjema er beskrevet. I kapittel 4 ser vi på resultater fra litteratursøket og beskriver spørreskjemaene vi har inkludert i litteraturgjennomgangen. I kapittel 5 gir vi en oppsummering av litteraturgjennomgangen og vurderer hva kartleggingen betyr for arbeidet med brukerundersøkelser med avhengighetsbehandling i Norge.

Deler av dette notatet er skrevet på engelsk (kapittel 4). Dette skyldes at det er tidkrevende å oversette til norsk, samtidig som deler av notatet blir mer tilgjengelig for engelskspråklige.

Når det gjelder begreper knyttet til området rus- og avhengighetsbehandling, har vi her valgt å bruke begrepene avhengighet (avhengighetssyndrom i henhold til ICD-10) og stoff (psykoaktive stoffer). Om personer som får behandling innenfor avhengighetsbehandlingen har vi valgt å bruke begrepet bruker.

Når det gjelder begrepsbruken på engelsk har vi brukt substance dependence, som står i forhold til stoffavhengighet på norsk. User er brukt om brukere av de ulike typene avhengighetsbehandling spørreskjemaene er utviklet for og med.

## 2 Organisering

---

### 2.1 POLITISKE RETNINGSLINJER

---

Målet med rusreformen fra 2004 var å styrke helsetjenestetilbudet og sørge for en helhetlig avhengighetsbehandling (Helsedepartementet-Sosialdepartementet 2003). Stoff- og alkoholavhengige skulle gjennom reformen sikres rettigheter til spesialisert behandling på lik linje med andre brukere av helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

Regjeringens politikk på området bygger på Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005, og har som mål å sikre tilgjengelig og god forebygging, behandling, rehabilitering og skadereduksjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Rusreformen lovfestet rett til individuell plan fra 1. januar 2004, hjemlet i Sosialtjenesteloven. Det betyr at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester skal sikres et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den individuelle planen skal dekke aktuelle tjenester etter sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven (Helsedepartementet-Sosialdepartementet 2003).

Helse- og sosialtjenestene har plikt til å utarbeide en individuell plan for de som har behov for langvarige og kortvarige tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet vedtok derfor 23. desember 2004 en felles forskrift med hjemmel i sosialtjenesteloven og helsetjenestelovgivningen, for å være med å sikre en samordning av tjenestetilbudet. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2005 (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

#### 2.1.1 Gjennomføring

Med rusreformen overtok de regionale helseforetakene fylkeskommunens ansvar for avhengighetsbehandling (Helsedepartementet-Sosialdepartementet 2003).

Behandling av stoff- og alkoholrelaterte lidelser ble med denne reformen en del av spesialisthelsetjenesten, på lik linje med somatikk og psykisk helsevern (Alver et al. 2004). De regionale helseforetakene har ansvaret for en tverrfaglig, spesialisert behandling av avhengighet. Dette innebærer ansvar for avvenning, utredning og annen spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

Også henvisningsrutinene til behandling ble endret da rusreformen ble innført. Det betyr at også helsetjenesten, ikke bare sosialtjenesten som tidligere, kan henvise til behandling for avhengighet (Alver et al. 2004).

De regionale helseforetakene overtok avtalene fylkeskommunene hadde med private institusjoner. I tillegg til de private behandlingstiltakene som drives etter avtale med ett eller flere regionale helseforetak, finnes det mange private institusjoner som tidligere solgte behandlingsplasser til avhengighetsbehandling uten fylkeskommunal avtale. Disse institusjonene omfattes ikke av rusreformen, men den har antageligvis likevel betydning for driften av institusjonene (Alver et al. 2004).

På fylkeskommunalt nivå skal fylkesmannen følge opp Regjeringens vedtak, retningslinjer og mål. Fylkesmannen har også ansvaret for å følge opp arbeidet med personer med problemer knyttet til avhengighet i kommunene. Kommunene skal igjen sørge for lokale forebyggingstiltak, og sosialtjenestene i kommunene skal gi råd, veiledning og bidra til å sette i verk andre hjelpetiltak. Kommunehelsetjenesten har ansvaret for å tilby helsetjenester til stoffavhengige på samme måte som til andre brukere av helsetjenesten. Når de kommunale tiltakene er utilstrekkelige, er det kommunen, gjennom helsetjenesten eller sosialtjenesten, som er henvisende instans til tverrfaglig spesialisert avhengighetsbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

De syv regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål spiller også en viktig rolle for gjennomføringen av rusmiddelpolitikken, både på regionalt og lokalt nivå. Sentrene samarbeider med Sosial- og helsedirektoratet og kommunene i sin region. Kompetansesentrene skal bidra i etterutdanning av personell, gi råd og veiledning til førstelinjepersonell, stimulere til utvikling av forebyggende tiltak og bidra til videreutvikling av et tverrfaglige spesialisert behandlingstilbud. Hvert av sentrene har spisskompetanse på ulike områder. Sosial- og helsedirektoratet bevilger penger til kompetansesentrene, og pengene skal dekke utgifter til drift og tiltaksutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

### **2.1.2 Organisering**

Ifølge Helse- og Omsorgsdepartementets statusrapport, "Rusmiddelsituasjonen i Norge" (2006), har de regionale helseforetakene delt inn behandlingstiltak i fire nivåer. Et behandlingstiltak kan bestå av flere avdelinger eller behandlingstilbud (rustiltak.no).

Nivå 1: Polikliniske funksjoner og vurderingsenheter, samt dagtilbud.

Nivå 2: Avvenning/abstinensbehandling (døgntilbud)

Nivå 3: Døgnbehandling mer enn seks måneder

Nivå 4: Døgnbehandling mindre enn seks måneder (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

I tillegg kommer legemiddelassistert rehabilitering (LAR). De regionale helseforetakene disponerer også institusjonsplasser som etter Sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3 gir mulighet for tilbakeholdelse uten eget samtykke og tilbakeholdelse med eget samtykke (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).



Rusreformen la imidlertid ikke noen føring på hvordan de regionale helseforetakene skal organisere behandlingstiltak for personer med stoff- og alkoholavhengighet, noe som betyr at det er regionale forskjeller i organiseringen. Helse Midt-Norge RHF var det eneste av foretakene som da rusreformen kom opprettet et eget helseforetak for avhengighetsbehandling (Alver et al. 2004). For de fire resterende regionale helseforetakene er behandlingstiltakene stort sett organisert under de helseforetakene de geografisk tilhører (Alver et al. 2004).

Det er uenighet om hva som er den mest fornuftige måten å organisere behandlingstiltak for avhengighet, viser en oppsummering og foreløpige konklusjoner i en evaluering av rusreformen (Lie et al. 2006).

---

## 2.2 BEHANDLINGSTILTAK OG AKTIVITET

---

Det er stor variasjon i behandlingstiltak innenfor det spesialiserte tjenestetilbudet. Retten til nødvendig helsehjelp på et bestemt behandlingsnivå, har gjort det mulig å definere hvilken rolle behandlingstiltakene skal ha, samtidig som det kan oppleves som problematisk at de forskjellige behandlingstiltakene som finnes skal framstå som parallelle behandlingsforløp (Lie et al. 2006).

Statistisk sentralbyrå henter inn aktivitetstall for tverrfaglig spesialisert behandling av avhengighet. De nyeste tallene som er tilgjengelig viser en økning i antall behandlingsplasser fra 2004 til 2005. I alt var det 1798 døgnplasser, fordelt på 72 enheter. I tillegg er det 18 enheter som gir dagbehandling. Antall liggedøgn for hele landet var 557 360. Litt over 40% av plassene er knyttet til Helse Øst RHF. Det var i alt over 13 000 innleggelser og nesten 70 000 polikliniske konsultasjoner. Menn utgjør hovedandelen av brukere (68%) (Statistisk sentralbyrå 2006).

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har utarbeidet en landsdekkende oversikt over ulike behandlingstiltak for personer med avhengighet. På internett-siden rustiltak.no, finner man en beskrivelse av ulike behandlings- og omsorgstilbud, antall plasser, eierforhold, driftsavtaler og behandlingstiltak (Helsedepartementet 2004). Rapporteringen omfatter både private behandlingstiltak og behandlingstiltak som eies av, eller har driftsavtale med, helseforetak og kommuner (rustiltak.no).

De nyeste tallene som foreligger er fra 2005. 193 av 209 registrerte behandlingstiltak har rapportert data. De som ikke har rapportert er hovedsakelig polikliniske tilbud og/eller tiltak som hører inn under psykisk helsevern. Manglende data for 2005 er erstattet med tall fra årene 2002, 2003 og 2004. Tallene viser at det fantes til sammen 357 ulike behandlingstilbud. Av disse var 19 akutt plasser/avvenning, 46 kortidsavdelinger, 61 langtidssavdelinger, 51 sosialmedisinsk/psykiatrisk poliklinikk, 35 psykiatrisk ungdomsteam, 48 dagplass/ettervern, 82 omsorg/hybelhus boligtilbud og 15 var tiltak som hadde fullmakt til å godkjenne brukere for behandling med metadon eller buprenorfin (rustiltak.no).

Rundt 85% av tiltakene har tilbud til både menn og kvinner. Nesten ingen hadde tilbud bare for kvinner, og 12% var kun for menn. 19 tiltak (9%) var tilrettelagt for gravide, 27 (23%) for familie og/eller mor og barn, 32 (15%) var tilrettelagt for par, 40 (19%) var tilrettelagt for pårørende, 36 (17%) var spesielt tilrettelagt for brukere med dobbeldiagnose (avhengighet og alvorlig psykisk lidelse), og 25 (12%) var tilrettelagt for spilleavhengighet. Sistnevnte tiltakstype økte fra tre (1.5%) i 2003 og 15 (7%) i 2004 (rustiltak.no).

---

### 2.3 BRUKERE

---

Brukerne av tjenestene innen avhengighetsbehandlingen er veldig varierende. Det er store variasjoner både i forhold til art og omfang av de stoff- eller alkoholrelaterte problemene, og ulik grad av psykososiale problemfaktorer og psykisk og somatisk helsetilstand. Som brukere representerer de et bredt mangfold av grupper og individer, hvor alle har sine spesielle behandlingsbehov (Helsedepartementet 2004).

Den største gruppen avhengige antas å være de som har behov for behandling for alkoholrelaterte lidelser. Det finnes ikke tall på hvor mange som er alkoholavhengige, men på bakgrunn av kunnskap om sammenhengen mellom gjennomsnittsforbruket av alkoholholdig drikke og antall som drikker over en viss gjennomsnittlig mengde per dag, beregnes såkalte stordrikkere. SIRUS har anslått at det i 2005 var mellom 66 000 og 122 000 personer over 15 år som kunne karakteriseres som stordrikkere (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

En annen stor gruppe er personer som bruker flere stoffer. Av de som er i legemiddellassistert rehabilitering er det for eksempel et stort flertall som er avhengige av minst ett stoff i tillegg til opiater. Blant alkoholavhengige er det vanlig å også bruke legemidler, og i det senere har det også blitt mer vanlig å bruke heroin i denne gruppa. Innen kroppsbyggermiljøet er det et økende antall som får problemer etter inntak av ulike preparater (Helsedepartementet 2004).

Spilleavhengighet beskrives som et økende helseproblem og en utfordring for helsevesenet (Fekjær 2001). Rundt 71 000 personer i Norge antas å ha et pengespillproblem (Kavli et al. 2005).

Med bakgrunn i ovennevnte legger vi til grunn at det i kartleggingen av instrumenter for å måle brukererfaringer med avhengighetsbehandling er relevant å inkludere måleinstrumenter beregnet for ulike grupper av avhengige, og innenfor ulike behandlingstiltak, inkludert dag-, poliklinisk- og døgnbehandling.

## 3 Metode

---

### 3.1 SØKESTRATEGI

---

Søkestrategien er utviklet for å finne referanser til artikler om utvikling og evaluering av spørreskjema som handler om brukeres erfaringer med avhengighetsbehandling, og fanger også opp bakgrunns litteratur om temaet. Søkestrategien er satt sammen av ulike deler. Delene i søkestrategien er søkeord relatert til psykoaktive stoffer og avhengighet, spørreskjema og måleinstrumenter, tilfredshet/erfaringer (satisfaction) og til slutt søkeordene validitet og reliabilitet. I søkene i databasene Ovid MEDLINE(R), CINAHL og EMBASE brukte vi søkestrategier der en del av søketermene er laget for Cochrane Drug and Alcohol Group, mens vi ved søk i PsycINFO kun brukte våre egne søketermer (se vedlegg).

Referansene vi fikk ved de fire søkene ble samlet i én database i Reference Manager. Tittel og sammendrag ble gått igjennom for alle referansene i databasen med utgangspunkt i bestemte inklusjonskriterier. Artikler om utvikling eller evaluering av spørreskjema om brukeres erfaringer med avhengighetsbehandling, eller bakgrunnsartikler om temaet ble skaffet til veie.

Forfatterne av artiklene om spørreskjema utvikling ble kontaktet med forespørsel om mer informasjon om spørreskjemaet. Når spørreskjemaet ikke var tilgjengelig i artikkelen eller på internett, ba vi forfatterne sende det til oss.

#### 3.1.1 Inklusjon av referanser

Inklusjonskriteriet for litteraturgjennomgangen var:

- Utvikling og validering av spørreskjema for å måle brukererfaringer innenfor avhengighetsbehandling.

Artikler som var relevante som bakgrunnsinformasjon, samt artikler som refererte til undersøkelser hvor et av de inkluderte spørreskjemaene ble brukt, ble tatt med. Vi inkluderte måleinstrument beregnet på alle typer av personer med stoff- eller alkoholrelaterte lidelser og alle behandlingsformer, herunder dag-, poliklinisk- og døgnbehandling. Både pårørende- og brukererfaringsundersøkelser ble inkludert. Inklusjonen ble avgrenset til engelskspråklig dokumentasjon.

Artikler som ikke inneholdt noen form for empirisk evaluering av mål på reliabilitet eller validitet ble ekskludert.

---

## 3.2 VURDERING AV SPØRRESKJEMA

---

Vurdering av spørreskjema følger tidligere arbeider og anbefalt metode for litteraturgjennomgang (Garratt et al. 2002a, Garratt et al. 2002b, Fitzpatrick et al. 1998, Sitzia 1999). Artiklene som omhandler spørreskjema utvikling ble vurdert av to forskere (KD og AG). Vi har samlet informasjon om brukere som har vært involvert i utvikling og evaluering av spørreskjemaene, om spørreskjemaenes innhold og om resultater av reliabilitets- og validitetstesting.

Når det gjelder ulike kjennetegn ved brukerne er det informasjon om behandling eller behandlingsform, samt alder, kjønn og andre tilgjengelige bakgrunnsvariabler vi har sett etter. For å kunne vurdere spørreskjemaenes innhold er det informasjon om spørsmål, skalaer/ dimensjoner og svarskalaer vi har vært interessert i, mens når det gjelder vurderingen av spørreskjemaenes måleegenskaper, er det reliabilitets- og validitetstesting av spørreskjemaene som har vært i fokus (Garratt et al. 2002a).

For å beskrive spørreskjemaenes reliabilitet brukes resultater av tester på intern konsistens og test-retest-reliabilitet. Spørreskjemaenes validitet inkluderer kvalitative og kvantitative metoder for validering. Innholdsvaliditet (*content and face validity*) er kvalitative mål på om spørreskjemaet dekker de områdene det er ment å skulle måle. Vi har også sett på begrepsvaliditeten (*construct validity*). Dette er et kvantitativt mål på validitet og består av hypoteser som er brukt, framgangsmåter for å finne relevante spørsmål og analyser for å teste hypotesen(e) (National Centre for Health Outcomes Development 2000).

### 3.2.1 Mer om metoden for utvikling og vurdering av spørreskjema

Utvikling av spørreskjemaer for å måle brukererfaringer er en omfattende prosess. Emner og spørsmål med potensiell relevans for den aktuelle brukergruppen må identifiseres, og spørsmål og skalaer må konstrueres og testes (Garratt et al. 2002a). Innholdet i et måleinstrument kan bestemmes fra litteraturgjennomgang, teorier og kvalitative intervjuer med brukere eller helsepersonell. Vanligvis bestemmes innholdet i et spørreskjema på grunnlag av en kombinasjon av disse metodene. For å øke innholdsvaliditeten (*content validity*) er det nødvendig at brukernes synspunkter blir tatt hensyn til når man lager spørsmålene til et spørreskjema (Fitzpatrick et al. 1998). Når spørsmålene er laget, må svarskalaen bestemmes. Det vanligste er å bruke en skala med fem beskrivende svarverdier, som for eksempel Likert – skala. Når svarskalaen er konstruert, blir spørreskjemaet vanligvis testet på et lite, representativt utvalg av brukere for å se om det er spørsmål som er uklare eller tvetydige (Garratt et al. 2002a).

Før et spørreskjema kan anbefales for bruk er det nødvendig å gjøre tester av skjemaets reliabilitet og validitet. Datakvaliteten, svarskalaene og spørreskjemaets ulike dimensjoner/underliggende strukturer bør testes samtidig. Når det gjelder

enkeltspørsmål er det viktig å se på frafall på enkeltspørsmål (missing data) og svarfrekvens. Spørsmål med stor andel manglende svar bør tas ut av spørreskjemaet. Spørsmål som er skjevfordelt mot enten det mest positive eller det mest negative svaralternativet (floor and ceiling) bør også tas ut av spørreskjemaet fordi de ikke skiller godt nok mellom positive og negative brukererfaringer (Garratt et al. 2002a).

De som utvikler spørsmål har ofte hypoteser basert på egne erfaringer og teorier om hva slags spørsmål som bør være med i spørreskjemaet, men spørsmål kan også utvikles empirisk ved hjelp av statistiske teknikker som faktoranalyse og principal component analysis (PCA). Sistnevnte teknikk vurderer den underliggende strukturen for spørsmålene og lager grupper, eller dimensjoner, av spørsmål som måler omtrent det samme. Den interne konsistensen for disse dimensjonene blir vanligvis sjekket ved enkeltspørsmål-skala-korrelasjon (Garratt et al. 2006b).

Reliabilitet har å gjøre med intern konsistens, det vil altså si styrken på relasjonen mellom et spørsmål og resten av dimensjonen. Cronbachs alfa måler korrelasjonen mellom alle spørsmålene i en dimensjon, og bør resultere i et reliabilitetsestimert som er over 0.7. Jo høyere alfa-verdien er, jo sterkere er korrelasjonen mellom spørsmålene i dimensjonen (Garratt et al. 2006b, Fitzpatrick et al. 1998). Spørreskjema som ikke kun består av enkeltspørsmål må bruke test-retest for å måle spørreskjemaets reliabilitet. Dette er en metode som tar hensyn til endringer over tid og er et konkret mål på om et spørreskjema gir liknende resultater ved gjentatt bruk. Ved å gjøre en test-retest kan man se om resultatskårene for det samme spørreskjemaet er omtrent de samme på to tidspunkt. Det finnes ikke klare regler på hvor lang tid det skal gå mellom første og andre utsendelse av spørreskjema til en gruppe brukere. Likevel er det enighet om at det ikke bør være så kort tid at brukerne tydelig kan huske hva de svarte første gangen de fylte ut spørreskjemaet, men heller ikke så lang tid at brukerens helsetilstand kan ha endret seg. I praksis vil det gå minst to uker mellom første og andre gang en bruker får et spørreskjema i en postal spørreundersøkelse.

Både kvalitative og kvantitative metoder kan brukes for å måle et spørreskjemas validitet. Er spørreskjemaet valid betyr det at det måler hva det er laget for å måle. Validiteten kan imidlertid ikke fastsettes ved en enkelt analyse, men er noe som bør måles i forbindelse med bruken av spørreskjemaet. Nye spørreskjemaer, spørreskjemaer som har blitt endret og spørreskjemaer brukt i nye settinger må alltid validitetstestes (Garratt et al. 2002a).

Tabellene som inngår i kapitlet om vurdering av spørreskjemaene er strukturert etter samme mal slik at man kan se hva slags informasjon som finnes om hvert spørreskjema. Tomme kolonner i tabellen betyr at informasjon ikke finnes i artiklene. Vi har oppgitt to desimaler i tabellene med noen unntak der det bare var oppgitt én desimal i artikkelen tallene er hentet fra.

## 4 Resultater

### 4.1 SØKESTRATEGI

Søkestrategiene vi brukte i Ovid MEDLINE(R), CINAHL, EMBASE og PsycINFO resulterte i til sammen 2714 referanser. Av disse var det fire artikler som oppfylte inklusjonskriteriet ved at de handlet om utvikling og validering av spørreskjema for å måle brukererfaringer innenfor avhengighetsbehandling. De fire måleinstrumentene vi inkluderte var fra henholdsvis USA, England, Spania og Nederland (Tabell 1). Blant referansene var det også artikler som var interessante som bakgrunnsinformasjon. Vi fant i tillegg relevante referanser i referanselistene til de inkluderte artiklene.

**Tabell 1:** Oversikt over spørreskjema inkludert i litteraturgjennomgangen.

Spørreskjema	Hovedforfatter	År	Beskrivelse	Omfang	Land
Treatment Outcome Profile (TOP)	Holcomb, William R	1997	Instrument for å måle livskvalitet, symptomer, funksjonsnivå og brukererfaringer både innen psykisk helsevern og behandling for avhengighet	36 spørsmål	USA
The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)	Marsden, John	2000	Instrument for å måle brukererfaringer innenfor avhengighetsbehandling	10 spørsmål	England
The Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT)	Pérez de los Cobos, José	2002	Instrument for å måle brukererfaringer med sentra for legemiddelassistert rehabilitering	27 spørsmål	Spania
The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	De Wilde, Eveline F	2005	Instrument som kan brukes til å måle brukererfaringer innenfor avhengighetsbehandling	8 spørsmål	Nederland

---

## 4.2 VURDERING AV SPØRRESKJEMA

---

Som nevnt i innledningskapitlet er deler av notatet skrevet på engelsk. Dette skyldes at det er tidkrevende å oversette til norsk, samtidig som deler av notatet blir mer tilgjengelig for engelskspråklige.

Under følger en vurdering av spørreskjemaene. Vi har sett etter følgende informasjon:

- Purpose: formålet med spørreskjemaet og hva slags brukergruppe det er relevant for.
- Description: beskrivelse av spørreskjema utvikling, spørsmål, dimensjoner og svarskala.
- Users: beskrivelse av brukerne spørreskjemaet er utviklet for og med.
- Reliability: resultater av tester på intern konsistens og test-retest-reliabilitet.
- Validity: resultater av kvalitative og kvantitative metoder som er brukt for validering av spørreskjemaet.
- Commentary: våre vurderinger av spørreskjemaet.

### 4.2.1 The Treatment Outcome Profile (TOP)

#### Purpose

The TOP was developed to be a simple, easy to administer comprehensive self-report measure of response to behavioural health services for application in different treatment settings. The questionnaire was evaluated in a combined sample acute inpatient psychiatric and substance dependence treatment (Holcomb et al. 1997).

#### Description

The TOP is a self-administered questionnaire for assessing quality of life, symptoms, level of functioning and user satisfaction. The TOP was developed and evaluated in users with psychiatric illness (Holcomb et al. 1983, Holcomb et al. 1989, Holcomb et al. 1993, Holcomb et al. 1994). It comprises 36 items that form four scales and twelve subscales. The quality of life scale contains the four subscales self-esteem (3 items), social support (2 items), health concerns (3 items), and work satisfaction (2 items). The symptomatology scale includes the three subscales depression (3 items), anxiety (3 items) and paranoia-hostility (3 items). The level of functioning scale comprises the two subscales disruptive behaviour (4 items) and living skills (4 items).

The focus of the sections that follow, the user satisfaction scale, includes a total satisfaction scale and three subscales of satisfaction with treatment (3 items), satisfaction with staff (3 items), and satisfaction with environment (3 items). This user satisfaction scale is included only in the discharge version of the TOP. The items have a five-point Likert scale of “strongly disagree, disagree, neutral, agree and strongly agree”.

## **Users**

Over eight months, all users (n=88) admitted to a substance dependence treatment unit at the Harry S Truman Memorial Veteran Hospital in Columbia, Missouri, USA were given the questionnaire to complete at admission and before discharge.

Nursing staff or the unit psychologist gave the questionnaire to users and helped with completion when necessary. A second group of users (n=66) from a psychiatric unit were also given the questionnaire.

The mean age of the users admitted to the substance dependence unit was 45.6 (+/- 9.8) years, 86 (98%) were male, 63 (72%) were white, 6 (7%) were married, 1(1%) had a major depression or adjustment disorder, 85 (97%) were dependent on drugs or alcohol, 18 (20%) were working full time, 4 (5%) worked part time, 45 (51%) were unemployed, 18 (21%) were disabled, 28 (32%) were living alone, 34 (39%) lived with a partner or child, and 10 (11%) were homeless. 28 (32%) of the users had never previously received inpatient substance dependence treatment, and 9 (10%) had six or more previous admissions.

## **Reliability**

Item-total correlation was not reported. Cronbach's alpha ranged from 0.83-0.91 for the satisfaction with staff and total satisfaction scales respectively. However, this included patients from both groups. Test-retest reliability was not assessed.

## **Validity**

There were no explicit tests of validity and hence no a priori hypotheses. It was concluded that the TOP has evidence for construct validity because it was able to discriminate between the two groups of users attending the substance dependence unit and the psychiatric unit. However, no evidence from previous research was presented to support this conclusion. Users treated for substance dependence reported significantly higher overall satisfaction, and higher satisfaction with treatment, treatment staff, and the treatment environment ( $p < 0.01$ ).

In the comparison of user satisfaction with outcome as measured by change scores from the other TOP scales, it was hypothesised that satisfaction with treatment could be influenced by impairment at admission. Therefore partial correlation was used to control for this possibility with TOP scores at admission as the control variable. Total satisfaction scores had moderate levels of correlation with overall self-reported treatment gain ( $r=0.61$ ), quality of life ( $r=0.50$ ), symptoms ( $r=0.50$ ), and level of functioning ( $r=0.45$ ). User satisfaction with treatment scores also had moderate levels of correlation with overall self-reported treatment gain ( $r=0.56$ ), quality of life ( $r=0.45$ ), symptoms ( $r=0.45$ ), and level of functioning ( $r=0.43$ ). User satisfaction with staff scores had similar moderate levels of correlation with overall self-reported treatment gain ( $r=0.56$ ), quality of life ( $r=0.43$ ), symptoms ( $r=0.47$ ), and level of functioning ( $r=0.40$ ). User satisfaction with environment scores had slightly lower but still moderate levels of correlation with overall self-reported treatment gain ( $r=0.53$ ), quality of life ( $r=0.45$ ), symptoms ( $r=0.42$ ), and level of functioning ( $r=0.37$ ). All correlations were significant ( $p < 0.01$ ). The first order correlations were smaller and in the range of 0.27-0.39 for the same variables ( $p < 0.01$ ).



## Commentary

The Treatment Outcome Profile comprises scales relating to aspects of health as well as user satisfaction. Hence the questionnaire provides a more detailed assessment of user reported outcome. The focus of the review is user satisfaction and hence the results of questionnaire testing described here only included the user satisfaction scales.

The results reported here also included users receiving care within a psychiatric unit and hence the TOP cannot be considered reliable and valid within users with drug and alcohol dependency. Moreover the testing within these two groups was not sufficient. Levels of missing data were not reported and while the authors state that the questionnaire development included factor analysis (Holcomb et al. 1983, Holcomb et al. 1989, Holcomb et al. 1993, Holcomb et al. 1994), this was not assessed in the study reported here. The TOP satisfaction scales had evidence for internal consistency reliability as assessed by Cronbach's alpha. Item-total correlation was not reported. There were no formal tests of validity and therefore the results of the comparisons of the two user groups and comparisons with changes in health as measured by the other TOP scales, must be considered in relation to published evidence. Consistent evidence of a positive association between patient satisfaction and health outcomes has been found in the general patient satisfaction literature (Crow et al. 2002) and within psychiatry (Garratt et al. 2006a).

The TOP has been used in different settings, including inpatient settings of VA Hospitals, private non-profit and for-profit facilities, state-operated facilities, and large managed care networks. The questionnaire has also been used in outpatient settings, the majority of the work does not include users of services for the treatment of substance dependence (Holcomb et al. 1983, Holcomb et al. 1989, Holcomb et al. 1993, Holcomb et al. 1994, Holcomb et al. 1998). The TOP is available in English and Spanish translations (<http://www.topsurvey.org/>).

In summary the TOP requires further evaluation in users of substance dependence treatment services. Such an evaluation should include evaluation of the satisfaction scales for data quality, factor structure, reliability and validity.

**Table 2:** The Treatment Outcome Profile (TOP) content, descriptive statistics and reliability (n=154<sup>a</sup>)

Scale / item	Missing data (%)	Mean (sd) <sup>b</sup>	Factor analysis - loadings	Cronbach's alpha <sup>b</sup> (scale) / item-total correlation	Test-retest correlation
Patient satisfaction total scores		4.37 (0.49)		0.91	
Treatment		4.46 (0.53)		0.87	
Staff		4.27 (0.58)		0.83	
Environment		4.38 (0.55)		0.85	

<sup>a</sup> Data includes both users from a substance dependence unit (n = 88) and a psychiatric unit (n = 66).

<sup>b</sup> The items are scored on a scale ranging from 1, strongly disagree, to 5, strongly agree. Higher scores indicate higher levels of satisfaction.

#### **4.2.2 The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)**

##### **Purpose**

The aim was to develop a brief instrument to measure user satisfaction with treatment for substance dependence problems including treatment programmes. The TPQ is designed for use in research studies of treatment process and outcome and routine programme audit activities (Marsden et al. 2000a).

##### **Description**

The aim was to develop a brief questionnaire with good content and face validity, minimal overlap of items with existing questionnaires, acceptable reliability and construct validity and simple scoring with clear interpretation. The questionnaire was developed following a literature review including existing questionnaires, semi-structured interviews with users, and two independent studies.

Following the review and interviews with eight users, an initial pool of 14 items was developed. One item was removed because of highly skewed data and three were removed following principal component analysis (PCA). The final questionnaire comprises two five-item scales supported by the results of PCA - perceptions of the staff and perceptions of the treatment programme. Summing the 10 items also gives a TPQ total score from 0-40. Total scores were approximately normally distributed with a mean of 27.7 (sd = 5.5).

##### **Users**

Questionnaire development included a sample of 123 users from four treatment services in south London. Of these, 88 were dependent on opiates and 35 were dependent alcohol users. They were all interviewed while attending either a community methadone prescribing programme or hospital in-patient programme. The interviews lasted approximately 25 minutes with users completing the TPQ and other measures of personal/social functioning and treatment processes and perceptions.

The recall period for users treated in the community for substance dependence was 30 days prior to interview. For the residential users, the 30 days preceding admission to treatment were used. Those in the community treatment programme had been receiving treatment for an average of 273 (sd = 62.1) days, and users in the in-patient programmes had been in treatment for an average of 16 (sd = 5.5) days.

The number of users in the community methadone prescribing programme was 81. 76.5% were drug users, the mean age was 37.4 (sd=8.3), 72.8% were male, 9.9% were non-white UK ethnic group, 84.0% were unemployed in past month, 46.9% were in relationship, 25.9% were in trouble with the law. The mean number of days of treatment was 503.3 (sd=517.6) however a supporting definition was not given. The number of users in the hospital in-patient treatment programme was 42. 61.9% were drug users, the mean age was 35.9 (sd=7.0), 71.4% were male, 23.8% were non-white UK ethnic group, 95.2% were unemployed in past month, 50.0% were in relationship, 23.8% were in trouble with the law, and the mean number of days of treatment was

10.8 (sd=5.5). Six subjects in the in-patient programmes and eight subjects in the community programmes declined to take part.

38 users from both groups were randomly selected to participate in a retest interview. Two researchers each interviewed 19 subjects. Retest interviews took place after approximately three days.

The TPQ was also administered to 33 users as part of a six-month outcome evaluation within a study of outcomes from oral and injectable methadone maintenance treatment at a specialist community treatment centre in South London (Strang et al. 2000). The interviews lasted approximately 40 minutes.

### **Reliability**

Thirty percent of the items had an item-total correlation above 0.30. Cronbach's alpha for the ten items was 0.83 and 0.76 and 0.71 for the staff perceptions and programme perceptions scales respectively. Test-retest intraclass correlations (ICC) were not given for the two scale scores but the total scores had an ICC of 0.57. ICCs for the individual scale items ranged from 0.40 - 0.60. There were no statistically significant differences in TPQ responses attributable to the two interviewers.

### **Validity**

The authors state that the questionnaire has good content validity. The results of principal components analysis support the internal construct validity of the questionnaire (Table 3). Construct validity was assessed using multiple regression analysis, and through comparisons of TPQ scores for users in community versus in-patient treatments, and also amongst patients receiving oral versus injectable methadone maintenance. However, the lack of a priori hypotheses limits the interpretation of results of testing.

Stepwise multiple regression analysis was used to identify which variables explained variation in TPQ total scores. The adjusted R square value was 39% with higher levels of satisfaction being associated with treatment in a community programme, favourable initial treatment perceptions, and shorter waiting times before treatment started. For users treated in the community, duration of treatment was negatively associated with TPQ scores. Users who had taken heroin during treatment had lower TPQ scores. Variables not entering the equation included age, gender and perception of treatment needs.

There were no formal hypotheses but the higher TPQ scores found for community patients and those treated with injectable methadone maintenance treatment was seen as evidence for validity. The former follows previous findings that are referred to (Bacchus et al. 1999).

As part of the six-month outcome evaluation study follow-up TPQ scores were compared for the two groups. There was no significant difference in staff perceptions scores. Programme perception scores were 13.93 (sd=2.13) and 9.55 (sd=4.3) for patients receiving injectable methadone maintenance and oral methadone maintenance respectively ( $p < 0.01$ ). TPQ total scores were 27.9 (sd=5.2) and 22.6 (sd=7.7) for

patients receiving injectable methadone maintenance and oral methadone maintenance respectively which was almost significant ( $p=0.051$ ).

### **Commentary**

The development of the TPQ was based on a review of the literature, existing questionnaires and interviews with patients. The authors state that these processes support the content and face validity of the questionnaire.

Consideration of data quality and the results of principal component analysis resulted in the removal of four items. The results of PCA support the internal construct validity of the questionnaire including the two scales relating to staff perceptions and programme perceptions. While the questionnaire has satisfactory evidence for internal consistency through the levels of Cronbach's alpha, item-total correlation was not assessed and test-retest reliability was poor for the total scores and was not reported for the two scales of staff perceptions and programme perceptions. The authors state that treatment perceptions are likely to fluctuate over short periods of time which might be a factor behind the low test-retest estimate.

The tests of construct validity lacked a priori hypotheses and hence the results are difficult to interpret without an understanding of the wider literature relating to patient satisfaction within the field of substance dependence. However, there is evidence to support the findings of the higher TPQ scores found for community users and those treated with injectable methadone maintenance treatment (Bacchus et al. 1999).

The questionnaire was interviewer-administered but the authors' state that the TPQ could be suitable for self-administration. The questionnaires brevity may help in determining its appropriateness for this form of administration.

A survey conducted in Italy, Portugal and Spain used the TPQ to assess the application of the instrument in a European context, and to assess the internal and test-retest reliability. 95 users from completed the TPQ. Interviewers oversaw the self-completion of the questionnaire. The authors report that internal and test-retest reliability for the questionnaire were satisfactory (Marsden et al. 2000b), and that the results are in accord with the developmental study (Marsden et al. 2000a).

In summary, the TPQ has evidence for scale structure and internal consistency reliability following interview-administration, however, the results of the test-retest reliability are poor and testing for validity lacked explicit hypotheses. The TPQ requires evaluation for data quality, scale structure, reliability and validity following self-administration.

**Table 3:** The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ): Questionnaire content, descriptive statistics and reliability (n=156).

Scale / item	Missing data (%)	Mean (sd) <sup>a</sup>	Factor analysis - loadings <sup>b</sup>	Cronbach's alpha (scale) / item-total correlation	Test-retest correlation <sup>c</sup>
All questions		27.7(5.5)		0.83	0.57
Staff perceptions				0.76	
Staff have not always understood the help I want		2.9(0.8)	0.59		0.52
Staff and I had different ideas about treatment objectives		2.8(1.0)	0.58		0.47
There has been staff available when I have wanted to talk		2.8(1.0)	0.86		0.52
Staff have helped to motivate me to sort out my problems		3.1(0.8)	0.74		0.49
Staff have been good at their jobs		3.2(0.7)	0.63		0.47
Programme perceptions				0.71	
I have been well informed about treatment decisions		2.7(1.0)	0.57		0.45
I have received the help that I was looking for		2.8(0.8)	0.37		0.51
I have not liked all of the counselling sessions		2.6(0.9)	0.64		0.42
I have not had enough time to sort out my problems		2.7(0.9)	0.92		0.56
I have not liked some of the treatment rules		2.2(1.1)	0.55		0.60

<sup>a</sup> Scale scores range from 0 – 40 following the summation of the 10 items. The scoring for the two scales of staff and programme perceptions was not provided.

<sup>b</sup> The two component solution accounted for 51.6% of the variance. The loadings relate to the scales of staff perceptions and programme perceptions

<sup>c</sup> Based on test-retest response from 38 patients.

#### 4.2.3 The Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT)

##### Purpose

The aim was to assess user satisfaction in opioid-dependent users receiving services from methadone treatment centres. The questionnaire is brief, and measures different aspects of user satisfaction with methadone treatment centres (Pérez de los Cobos et al. 2002).

##### Description

The questionnaire was developed following a review of an existing questionnaire; the 32-item Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-32) (Ruggeri et al. 1996), and interviews with users. Two surveys were also carried out. The assessment period for satisfaction which is one year on the VSSS-32, was reduced to three months for the VSSS-MT so that users could participate in the survey who had dropped out of treatment before completion. Three months was considered enough time for users to have acquired sufficient experience with the centre.

The text of the VSSS-32 was modified for methadone maintenance treatment. The way that this was carried out is not described. This produced a preliminary version

of the VSSS-MT with 36 items. Principal component analysis (PCA) gave four components explaining 49.7% of the total variance.

Following further refinement six items were deleted. The final version of the questionnaire comprises 27 items which accounted for 58.8% of the total variance following PCA. The VSSS-MT has four scales: basic interventions (15 items), specific interventions (8 items), social worker skills (2 items) and psychologist skills (2 items). The scales explained 23.0%, 15.6%, 11.0% and 9.2% of the total variance, respectively. The items use a five-point scale of terrible, mostly dissatisfied, mixed, mostly satisfied and excellent (Pérez de los Cobos et al. 2004).

### **Users**

Two surveys that used the same methodology, included two separate samples of methadone-maintained opioid-dependent users randomly recruited in Spain, one nationwide and the other in the Valencia region.

The total number of users that were treated with methadone in each catchment area was estimated. Methadone dispensing centres that prescribed methadone but did not dispense it were not included. Users that were treated by a combination of prescribing-only and dispensing-only centres, were only included if the methadone treatment centre referred to both the dispensing and the prescribing centre. Methadone-dispensing centres included in the studies were randomly selected, and a proportional number of users were then selected from each centre. Only users that had received methadone at the centre for at least three months were included. Users with signs of substance intoxication were not included.

Of the 783 users invited to participate in the two surveys, 536 (68.5%) accepted. The analysis included only the answers of those 516 users who completed at least 80% of the items on the scale. Of these, 76% were male, the mean age was 33.1 (sd=6.5) years, the mean education was 8.3 (sd=3.1) years and 57% had never been married. Users took methadone in conventional centres (71.1%), buses (20.5%), and prisons (8.3%).

Four research assistants, three psychologists and one physician were trained to administer the survey. Participants filled out the preliminary version of the VSSS-MT and three questions from the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Larsen et al. 1979). Low-literacy participants had items read to them. Staff from the centres were not present during administration.

A subgroup of 96 consecutive users from both surveys participated in a test-retest of the preliminary version of the VSSS-MT; 83 completed the retest VSSS-MT. Research assistants gave the users a second questionnaire following the administration of the first and were asked to complete it seven days later and to return it using a provided envelope. Compared with users not taking part in the test-retest, they included significantly more women (34.9 vs. 27.4%;  $p < 0.05$ ) and had more years of education (9.1 vs. 8.1;  $p < 0.01$ ). In the test-retest group, 89.0% were treated in conventional centres, 3.7% in a bus, and 7.3% in prisons, while for users not taking part in the test-retest, these percentages were 67.7, 23.7, and 8.5% respectively ( $p < 0.01$ ).

### **Reliability**

Reliability was assessed by internal consistency and test-retest methods. Item-total correlation was not assessed. The levels of Cronbach's alpha were 0.91 for basic interventions, 0.92 for psychologist skills, 0.85 for specific interventions and 0.87 for social worker skills. The intra-class test-retest correlations were 0.58, 0.55, 0.60 and 0.69 for basic interventions, psychologist skills, specific interventions and social worker skills respectively.

### **Validity**

The VSSS-MT scale scores were correlated with the three questions from CSQ-8 (Larsen et al. 1979): overall feeling about the service, asking for treatment at the same centre again, and recommending the centre to a friend. The correlations were statistically significant and ranged from 0.23-0.47, 0.15-0.38 and 0.18-0.38 for the three questions respectively. The overall and basic interventions scale scores had the highest levels of correlation. The psychologist and social worker skills scale scores had the lowest correlations.

### **Commentary**

The VSSS-MT is designed to provide different scales of user satisfaction with methadone centres. The authors state that the questionnaire is a brief, self-reported instrument but that work is needed to further develop the instrument. The responses to VSSS-MT items given by opioid-dependent patients who have dropped out from programmes at methadone centres should be assessed.

The results of PCA support the scales within the questionnaire. Item-total correlation was not assessed but the levels of Cronbach's alpha were acceptable. However the test-retest correlations were poor with none meeting the 0.7 criterion. There is limited evidence for the construct validity of the scales following the comparison with user responses to three questions from the CSQ-8 however, there were no a priori hypotheses including the expected size of correlations.

The VSSS-MT has been used in two further satisfaction surveys. The first included opioid-dependent users at methadone treatment centres in Spain. Independent interviewers asked 505 consecutively arriving users from 20 randomly selected centers. 370 (73.3%) of the users agreed to fill out the questionnaire, and 351 (69%) completed it (Pérez de los Cobos et al. 2004). The second assessed user perspectives of methadone maintenance treatment in the Valencia Region (Pérez de los Cobos et al. 2005). 278 consecutively arriving users were asked to answer the survey, and 165 (59.4%) completed it.

In summary the VSSS-MT, has evidence for scale structure, internal consistency and test-retest reliability and limited evidence for validity in users with substance dependence disorders. The questionnaire has not been evaluated for self-administration.

**Table 4:** The Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients: Questionnaire content, descriptive statistics and reliability (n=536)

Scale / item	Missing data (%)	Mean (sd) <sup>a</sup>	Factor analysis - loadings	Cronbach's alpha (scale) / item-total correlation	Test-retest correlation <sup>b</sup>
Basic Interventions				0.91	0.58
Improving relationship between patients and relatives			0.75		
Nurses' knowledge of patient's medical history			0.73		
Helping family members to understand patient's problems			0.72		
Nurses' ability to listen			0.70		
Referring to other specialists			0.68		
Help patient to look after himself			0.63		
Help received for methadone side effects			0.62		
Doctors' ability to listen			0.61		
Information on addiction			0.60		
Instructions between visits			0.57		
Nurses' manner			0.57		
Doctors' manner			0.57		
Helping patient in relationships outside the family			0.53		
Helping patient deal with problems			0.50		
Overall satisfaction			0.47		
Specific Interventions				0.85	0.60
Activities organised by centre			0.74		
Individual psychotherapy			0.73		
Help by the centre at home			0.73		
Help to join activities separate from the centre			0.72		
Sheltered work			0.68		
Group psychotherapy			0.64		
Individual rehabilitation			0.59		
Family therapy			0.56		
Social Worker Skills				0.87	0.69
Social workers' manner			0.82		
Social workers' ability to listen			0.80		
Psychologist Skills				0.92	0.55
Psychologists' manner			0.83		
Psychologists' ability to listen			0.80		

<sup>a</sup> Scores are the average of applicable items.

<sup>b</sup> The VSSS-MT overall ICC was 0.73 and ranged from 0.61 - 0.82. The ICC for basic interventions, specific interventions, social worker skills and psychologist skills ranged from 0.42 - 0.71, 0.44 - 0.73, 0.51 - 0.81 and 0.33 - 0.72, respectively.

<sup>c</sup> Scores were excluded from both the test or the retest if the number of unanswered or not applicable questions were as follows: VSSS-MT overall greater than five items, basic Interventions greater than three items, and specific interventions greater than two items. Each one of these cut-offs corresponds to the values closest to 20% of the items on the scale or subscale. Test-retest analysis of the social worker skills and psychologist skills scales were not carried out if the items were not applicable, or there was a missing answer.



#### **4.2.4 The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)**

##### **Purpose**

The CSQ-8 has been used and evaluated in the field of psychiatric treatment but less work has been undertaken in the field of substance dependence treatment. The authors assessed whether the Dutch CSQ-8 performed as well in substance dependence treatment settings as it is in other settings. The Dutch version of the questionnaire has been found to have similar levels of internal consistency as the original English version (Attkinson et al. 1994).

##### **Description**

The CSQ-8 (Nguyen et al. 1983) is a unidimensional questionnaire that is based on the longer 18-item version (Attkinson et al. 1982). The shorter version has the same construct validity and internal consistency reliability as the longer version (Nguyen et al. 1983, Chan et al. 1997). The CSQ-8 is short, easy to comprehend and complete and is suitable for postal surveys (De Wilde et al. 2005).

The questionnaire comprises 8 items scored on a scale from 1 to 4. The total score ranges from 8 to 32. To assess the overall level of treatment satisfaction, a mean satisfaction score is computed that ranges from 1 to 4. Principal component analysis was used to assess the validity of a general satisfaction factor. The first factor accounted for 65.5% of the total variance with an eigenvalue of 5.24. Following varimax rotation three factors explained 80% of variation (first factor 34.7%, second 30%, third 15.5%). The mean CSQ-8 score was 3.03 (sd=0.64). Scores were non-normally distributed with 25% scoring between 3.5 and the maximum, 4; 1.3% had the maximum (Table 5).

##### **Users**

The CSQ-8 was included in an annual postal survey of user satisfaction, conducted by a large Dutch addiction treatment centre. The CSQ-8 and the Mental Health Thermometer (MHT-16) (Trimbos Institute/GGZ Nederland 2001) were sent by mail to a sample of 927 users. Many users receiving outpatient methadone treatment did not have a known address and were therefore given a sealed envelope which contained the CSQ-8 and MHT-16. At six weeks the 784 users that had not replied were sent a second reminder questionnaire.

The final sample comprised 262 (28.3%) users; the mean age was 44.2 (range 20-75) years; 69.5% were male, 78.6% were western, 13.4% had other nationalities, and 8% had origin unknown. Respondents had a significantly higher mean age than non-respondents; 44.2 vs. 41.3 years, respectively. Of the respondents 12.2% were receiving inpatient treatment, 21.4% were receiving outpatient methadone maintenance treatment, and the remaining 66.4% other forms of outpatient treatment. The response rate was significantly lower for inpatients than for out-patients; 20.6% vs. 29.8%, respectively. In the group of outpatients, those receiving methadone maintenance treatment responded significantly less than users receiving other types of outpatient treatment; 24.6% vs. 32.0%, respectively.

55.3% of the respondents received treatment for alcohol problems, and the remaining 44.7% for drug problems. The response rates also differed significantly between these two groups of users. Users in alcohol treatment were more likely to respond than those in treatment for a drug problem; 36.1% vs. 22.3%, respectively.

### **Reliability**

Item-total correlation was not assessed. Cronbach's alpha for the CSQ-8 was 0.92. Test-retest reliability was not assessed.

### **Validity**

Content validity was not assessed. Construct validity was assessed through correlations with the Mental Health Thermometer (MHT-16), a multidimensional questionnaire that measures user satisfaction in Dutch mental health institutions (Trimbos Institute/GGZ Nederland 2001). This questionnaire comprises 16 items that form four scales: satisfaction with information provided, satisfaction with participation in treatment plan, satisfaction with the counsellor/relief worker and satisfaction with the end result. The user is also asked to rate the level of satisfaction with the treatment received. CSQ-8 scores had significant correlations with the five MHT-16 scores, ranging from 0.43 to 0.71 ( $p < 0.01$ ). The correlation with the MHT-16 satisfaction and level of satisfaction with treatment received scores were 0.66 and 0.67 respectively.

It was hypothesised that CSQ-8 scores would be related to user ratings of pre-treatment problem severity or treatment need, and interviewer problem severity ratings at treatment entry. However, neither the direction nor the size of expected associations were stated. No significant associations were found and it was stated that the CSQ-8 is influenced by treatment rather than user characteristics and hence is a good indicator of treatment quality (De Wilde et al. 2005).

Several items from the Addiction Severity Index (Mc Lellan et al. 1992, Hendriks et al. 1989, Kokkevi et al. 1995) were administered to a subgroup of users ( $n = 84$ ) that had completed both questionnaires; data were available for 83 users. It was hypothesised that interviewer and user ratings of problem severity and user ratings of treatment need would have a negative relationship with satisfaction but no significant associations were found.

Finally, comparisons were made for users' receiving different types of treatment and in relation to sociodemographic variables. However, there were no formal hypotheses. Users receiving outpatient methadone treatment were significantly less satisfied than other groups of outpatients ( $p < 0.01$ ). Users treated for drug problems were less satisfied than those treated for alcohol problems ( $p < 0.01$ ). No significant differences in CSQ-8 scores were found in relation to gender or ethnicity but there was a weak positive association with age ( $p < 0.05$ ).

### **Commentary**

The CSQ-8 has been translated into Dutch, French and Spanish (Ruggeri et al. 1994, De Brey et al. 1983). The questionnaire has been found to perform as well as the parent instrument which has 18 items, in users receiving psychiatric treatment. Its

performance in users with problems relating to substance dependence are less well documented.

The response rate to this mailing survey was only 28.3% which has serious implications for the representativeness of the sample and for generaliability. Respondents and non-respondents were found to have significant differences in relation to treatment and sociodemographic variables (De Wilde et al. 2005).

The quality of the data at the item level was not reported. Scale scores were skewed towards positive satisfaction. The results of principal components analysis were evidence that the eight items form a unidimensional scale of user satisfaction. Item-total correlation was not assessed but Cronbach's alpha met the criteria for applications involving groups of users and possibly individuals. There were moderate to large levels of correlation with the scales of the MHT-16. This comparison with a more general measure of satisfaction is the strongest test of validity that was performed. The lack of formal hypotheses relating to the direction and size of expected associations hampers the interpretation of the results of validity testing. Some of the comparisons were not referred to in the context of validity testing and must therefore be considered in relation to the wider patient satisfaction literature in the fields of substance use disorders and psychiatry.

The CSQ-8 was evaluated using self-administration by means of a postal survey. The very low response rate is cause for concern. Further evaluation of the CSQ-8 is required in relation to data quality and reliability. However, the weakest evidence relates to validity. The lack of hypothesis testing makes the interpretation of results very difficult. Moreover some of the tests went against the authors predictions which had the tests not been so poorly constructed might demonstrate a lack of validity, however, they should be considered in the context of the wider patient satisfaction literature and that specifically relating to substance dependence and psychiatric literature.

**Table 5:** The Client Satisfaction Questionnaire: content, descriptive statistics and reliability (n=262).

Scale / item	Missing data (%)	Mean (sd) <sup>a</sup>	Factor analysis loadings	Cronbach's alpha (scale) / item-total correlation	Test-retest correlation
How would you rate the quality of service received?		3.03 (0.64)		0.92	
Did you get the kind of service you wanted?					
To what extent has our programme met your needs?					
If a friend were in need of similar help, would you recommend our programme to him or her?					
How satisfied are you with the amount of help you have received?					
Have the services you received helped you to deal more effectively with your problems?					
In an overall, general sense, how satisfied are you with the service you have received?					
If you were to seek help again, would you come back to our programme?					

<sup>a</sup>The questions are scored on a scale from 1 to 4. Total scores range from 8 to 32.

## 5 Oppsummering

Formålet med litteraturgjennomgangen har vært å identifisere og vurdere validerte spørreskjema for å måle brukeres erfaringer med avhengighetsbehandling. Vi utviklet en søkestrategi og søkte i relevante databaser, og resultatet ble til sammen 2714 referanser. Inklusjonskriteriet vi la til grunn var at artikler skulle handle om utvikling og validering for å måle brukererfaringer innenfor avhengighetsbehandling. Dette resulterte i at fire referanser ble inkludert. Av de fire validerte spørreskjemaene vi fant var ett fra USA, ett fra England, ett fra Spania, og ett fra Nederland.

Holcomb et al.s (1997) spørreskjema, The Treatment Outcome Profile (TOP), består av 36 spørsmål. Spørsmålene utgjør fire skalaer, som igjen består av et ulikt antall subskalaer hvor antall spørsmål varierer. I denne litteraturgjennomgangen har vi fokusert på skalaen som måler brukererfaringer. Denne består av de tre subskalaene tilfredshet med behandlingen (3 spørsmål), tilfredshet med personalet (3 spørsmål) og tilfredshet med behandlingsmiljøet (3 spørsmål). Denne skalaen er kun med i den versjonen av spørreskjemaet som er beregnet på utskrivningsklare brukere. Spørsmålene i skjemaet besvares på en fempunkts Likert-skala.

Marsden et al.s (2000a) spørreskjema inneholder ti spørsmål, som danner to skalaer med fem spørsmål i hver; en for spørsmål om personalet og en for spørsmål om behandlingsopplegget.

Det tredje spørreskjemaet vi har inkludert, The Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT) (Pérez de los Cobos et al. 2002), består av 27 spørsmål og fire skalaer. Svarene er skåret på en fem-punkts svarskala.

Det siste spørreskjemaet vi inkluderte, The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (De Wilde et al. 2005), består av åtte spørsmål, og det er brukt en firepunkts svarskala.

To av spørreskjemaene, TOP (Holcomb et al. 1997) og CSQ-8 (De Wilde et al. 2005) er opprinnelig utviklet og validert på andre pasient-/brukergrupper og ble her testet på brukere innen avhengighetsbehandling. VSSS-MT (Pérez de los Cobos et al. 2002) bygger også på et annet spørreskjema, men det er videreutviklet ved hjelp av

intervjuer med brukere, og det ble gjennomført to studier for å teste spørreskjemaet. Det siste spørreskjemaet vi har inkludert, TPQ (Marsden et al.s 2000a), er det eneste som ikke baserer seg på et allerede eksisterende skjema. Det ble gjort en litteraturgjennomgang, semistrukturerte intervjuer med brukere, samt gjennomført to studier i utviklingsprosessen.

Principal component analysis (PCA) ble brukt for å underbygge spørsmåls- og skala-konstruksjoner i alle spørreskjemaene, men Holcomb et al. 1997 har ikke oppgitt resultater av analysen.

Svarprosenten er veldig varierende i de undersøkelsene spørreskjemaene er brukt i, og grunnen til dette er nok først og fremst varierende studiedesign. Både TOP (Holcomb et al. 1997) og TPQ (Marsden et al.s 2000a) ble gitt til alle brukerne som var til behandling innenfor et bestemt tidsrom. TPQ ble brukt i en intervjusituasjon, og for de som trengte hjelp til å fylle ut TOP var det sykepleiere eller psykolog tilgjengelig.

Pérez de los Cobos et al.s spørreskjema VSSS-MT fikk en svarprosent på 68.5. Også i denne undersøkelsen fylte brukerne ut skjemaet på behandlingsstedet, og de fikk tilbud om hjelp til utfylling. VSSS-MT har blitt brukt i to andre undersøkelser (Pérez de los Cobos et al. 2004, Pérez de los Cobos et al. 2005), som fikk svarprosent på henholdsvis 69 og 59.4.

Det spørreskjemaet som fikk den laveste svarprosenten var CSQ-8 (De Wilde et al. 2005). Dette spørreskjemaet ble inkludert i en postal spørreskjemaundersøkelse, og fikk en svarprosent på kun 28.3.

For å teste spørreskjemaenes reliabilitet ble det brukt ulike statistiske metoder. Holcomb et al. oppgir Cronbach's alpha-verdier, men har ikke målt spørsmål-skala-korrelasjon eller gjennomført noen test-retest. Marsden et al. oppgir verdier for både spørsmål-skala-korrelasjonen og Cronbach's alpha. De oppgir også test-retest-resultater i form av ICC for totalskåren for alle spørsmålene. Pérez de los Cobos et al. og De Wilde et al. oppgir både Cronbach's alpha-verdier og test-retest-resultater.

Spørreskjemaenes validitet er testet i ulik grad. Holcomb et al. har ikke gjort noen formell validitetstesting, og presenterte ikke noen a priori hypoteser. Resultatene fra principal component analysis (PCA) støtter den interne begrepsvaliditeten (internal construct validity) i Marsden et al.s spørreskjema. Regresjonsanalyser og sammenligninger av resultater mellom ulike brukergrupper og i ulike behandlingsopplegg er også med på å underbygge begrepsvaliditeten, men mangelen på a priori hypoteser begrenser tolkningen av resultatene.

Pérez de los Cobos et al. korrelerte skårene fra VSSS-MT med tre spørsmål hentet fra spørreskjemaet CSQ-8 (Larsen et al. 1979). Likevel har spørreskjemaet begrenset dokumentasjon av validitet siden det heller ikke her finnes noen a priori hypotese om sammenhenger. Den viktigste validitetstesten som ble gjort på De Wilde et al.s CSQ-8 var sammenligningen med spørreskjemaet MHT-16 (Trimbos Institute/GGZ

Nederland 2001), men igjen er manglende hypoteser en svakhet ved validitetstestingen.

Tabellen under (tabell 6) er en oppsummering av tilgjengelig informasjon om utviklingen av de fire spørreskjemaene.

**Table 6:** Development stages and user characteristics.

Questionnaire (country)	Development stage	Setting	Final n (response rate %)	Mean age	Male (%)	Substance dependence
Treatment Outcome Profile (TOP) (USA)	Main survey	Users from a substance abuse unit	88 (100)	45.6	72	
The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) (England)	Semi-structured interview	Users in in-patient treatment (n=4) and community treatment (n=4)				
	Study 1 – interview-administered	Users from a community methadone prescribing programme or hospital in-patient programme in South London	123 (100)	37.4/35.9	72.8/ 71.4	Opiates 88 (71.5%) and alcohol 35 (28.5%)
	Study 2 – interview-administered	Users from oral and injectable methadone maintenance treatment at a specialist community treatment centre in South London	33 (100)			
	Test-retest interview	Users (n=38) from the community methadone prescribing programme or hospital in-patient programme in South London	19 (50)			
The Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT) (Spain)	Main survey – interview administered	Users from two methadone treatment centres in Spain; one nationwide and one in the Valencia region	536 (68.5)	33.1	76	Opioid-dependent users
	Test-retest – interview administered	Users from both surveys	83 (86.5)			Opioid-dependent users
The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (The Netherlands)	Main postal survey	Users from a substance dependence treatment centre receiving both in-patient and out-patient treatment	262 (28.3)	44.2	69.5	Alcohol 145 (55.3%) and drugs 117 (44.7%)

## 5.1 AVSLUTNING

De fire validerte måleinstrumentene vi har vurdert, er alle brukt for å måle brukererfaringer med avhengighetsbehandling, men de er brukt innenfor ulike behandlingsformer og med brukere av ulike typer stoffer. Vi vet at stoff- og alkohol-avhengige ikke er noen ensartet gruppe (Helsedepartementet 2004). Det er derfor viktig å ta stilling til hvilken undergruppe spørreskjemaet skal lages for, eller om et mer generelt måleinstrument kan brukes til å måle brukererfaringer blant personer med ulike typer avhengighet.

Etter vår oppfatning er ingen av de inkluderte spørreskjemaene egnet til en direkte oversettelse og bruk i Norge. I et eventuelt utviklingsprosjekt kan det imidlertid være nyttig å ta utgangspunkt i de fire spørreskjemaene vi har vurdert i denne litteraturgjennomgangen. Vi er usikre på måleinstrumentenes psykometriske egenskaper, og vi anbefaler derfor at det utvikles et spørreskjema for Norge og at det testes etter anbefalte metoder.

Et prosjekt for å utvikle og validere et instrument for å måle brukererfaringer med avhengighetsbehandling i Norge bør ta utgangspunkt i malen for utvikling og validering av pasienterfarings skjema i PasOpp (Pettersen et al. 2004; Garratt et al. 2005), og som beskrevet i dette notatet.

I de fire studiene vi har vurdert, var svarprosenten veldig varierende. Hvordan en undersøkelse skal gjennomføres, må vurderes nøye. Det er viktig å få en høyest mulig svarprosent for å unngå for store responsskjevheter (Crow et al. 2002), samtidig som undersøkelsene må gjennomføres innenfor forsvarlige metodologiske, praktiske og økonomiske rammer (Bjertnæs et al. 2006). Lav svarprosent er en metodologisk utfordring for pasient- og brukerundersøkelser generelt (Crow et al. 2002), og innen psykisk helsevern spesielt (Bjertnæs et al. 2006, Lebow et al. 1983, Powell et al. 2004, Garratt et al. 2006b, Andresen et al. 2004). Også avhengige av stoff og alkohol har vist seg å være underrepresenterte i brukererfaringsundersøkelser (Koponen et al. 2000). I et eventuelt utviklingsprosjekt innenfor brukererfaringer med tverrfaglig spesialisert behandling må det legges særsilt vekt på å identifisere et innsamlingsopplegg som resulterer i akseptable svarprosenter.

## Referanseliste

Alver ØO, Bretteville-Jensen AL, Kaarbøe O. Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. SIRUS rapport nr. 2/2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, Program for helseøkonomi i Bergen, 2004.

Andresen Ø, Bjørngaard JH, Dahle KA et al. Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet: innsamlingsmetode og spørreskjema. Utredningsrapport 9/2004. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004.

Attkisson CC, Greenfield TK. Client satisfaction questionnaire-8 and service satisfaction scale-30; in Murish ME (ed): The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment. Hillsdale; Lawrence Erlbaum Associates, 1994, pp. 402-420.

Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Eval Program Plann 1982; 5: 233-237.

Bacchus L, Marsden J, Griffiths P et al. What do clients say in-patient treatment: A qualitative account with implications for service delivery. Drugs: Education, Prevention and Policy 1999; 6: 87-97.

Bjertnæs ØA, Garratt A, Johannessen JO. Innsamlingsmåte og resultater i brukerundersøkelser i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1481-3.

Chan M, Sorensen JL, Gudyish J et al. Client satisfaction with drug abuse day treatment versus residential care. J Drug Issues 1997; 27: 367-377.

Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess 2002; 6: 32.

De Brey H. A cross-national validation of the client Satisfaction Questionnaire: The Dutch experience. Eval Program Plann 1983; 6: 395-400.



De Wilde EF, Hendriks VM. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties in a Dutch Addict Population. *Eur Addict Res* 2005; 11: 157-162.

Fekjær O. Spilleavhengighet. *Tidsskri Nor Lægeforen* 2001; 17: 121.

Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998; 2: 14.

Garratt AM, Schmidt L, Fitzpatrick R. Patient-assessed health outcome measure for diabetes: a structured review. *Diabetes Medicine* 2002a; 19: 1-11.

Garratt A, Schmidt L, Macintosh A et al. Quality of life measurement: bibliography study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002b; 324: 1417-1419.

Garratt A, Bjertnæs ØA, Krogstad U et al. Pasienterfaringsinstrumentet PasOpp i somatiske poliklinikker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 421-4.

Garratt A, Bjørngaard JH, Dahle KA et al. The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): Data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nord J Psychiatry* 2006a; 60: 89-96.

Garratt A, Danielsen K, Bjertnæs ØA et al. PasOpp – en metode for å måle brukererfaringer i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006b; 126: 1478-80.

Hendriks VM, Kaplan CD, van Limbeek J et al. The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst Abuse Treat* 1989; 6: 133-144.

Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Rusreformen. Nyhetsbrev til sosialtjenesten i kommunene, kommunehelsetjenesten og fastlegene. Oslo: Helsedepartementet og Sosialdepartementet, 2003.

Helsedepartementet. Bedre behandlingstilbud til rusmisbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat 2004.

Helse- og Omsorgsdepartementet. Rusmiddelsituasjonen i Norge. Statusrapport, oktober 2006.

Holcomb WR, Adams NA, Ponder HM. Factor structure of the Symptom Checklist-90 with acute psychiatric inpatients. *J Consult Clinical Psychol* 1983; 51: 535-538.

Holcomb WR, Adams NA, Ponder HM et al. The development and construct validation of a consumer satisfaction questionnaire for psychiatric inpatients. *Eval Program Plann* 1989; 12: 189-194.

Holcomb WR, Morgan P, Adams NA et al. Development of a structured interview scale for measuring quality of life of the severely mentally ill. *J Clin Psychol* 1993; 49: 830-840.

Holcomb WR, Mirilli E, Ahr PR. Reliability and concurrent validity of the Level of Care and Utilization Survey. *Psychol Rep* 1994; 75: 779-786.

Holcomb WR, Parker JC, Leong GB. Outcomes of Inpatients Treated on a VA Psychiatric Unit and a Substance Abuse Treatment Unit. *Psychiat Serv* 1997; 48: 699-704.

Holcomb WR, Beitman BD, Hemme C. Use of a New Outcome Scale to Determine Best Practices. *Psychiatric Serv* 1998; 59: 583-585.

Kavli H, Berntsen W. Undersøkelse om pengespill. Spillevaner og spilleproblemer i befolkningen. Oslo: MMI, 2005.

Kokkevi A, Hartgers C. European Adaption of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependents. *Eur Addict Res* 1995; 1: 208-210.

Koponen P, Aromaa A. Survey design and methodology in national health interview and health examination surveys (Health Surveys in the EU: HIS and HIS/HES Evaluations and Models Phase 2/Subproject 3). [http://europa.eu.int/comm.health/ph\\_projects/2000/monitoring/fp\\_monitoring\\_2000\\_anexe\\_14\\_04\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm.health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_anexe_14_04_en.pdf)

Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA et al. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Programm Plan* 1979; 2: 197-207.

Lebow JL. Client satisfaction with mental health treatment: methodological considerations in assessment. *Eval Rev* 1983; 7: 729-52.

Lie T, Nesvåg S, Allred K. Evaluering av den statlige rusreformen. Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport. Rapport IRIS nr. 035/2006. Stavanger: International Research Institute of Stavanger (IRIS), 2006.

Lov om helsetjenesten i kommunene 19. 11. Nr. 66 1982.

Lov om pasientrettigheter 02.07 Nr. 63 1999.

Lov om sosialtjenester m.v. 13. 12. Nr. 81 1991.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 02. 07. Nr. 61 1999.

Pérez de los Cobos J, Valero S, Haro G et al. Development and psychometric properties of the Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT). *Drug Alcohol Depend* 2002; 68: 209-214.

Pérez de los Cobos J, Fidel G, Escuder G et al. A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73: 307-313.

- Pérez de los Cobos J, Trujols J, Valderrama JC. Patient perspectives on methadone maintenance treatment in the Valencia Region: Dose adjustment, participation in dosage regulation, and satisfaction with treatment. *Drug Alcohol Depend* 2005; 79: 405-412.
- Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B et al. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 453-463
- Powell RA, Holloway F, Lee J et al. Satisfaction research and the uncrowned king. Challenges and future directions. *Journal of Mental Health* 2004; 13: 11-20.
- Marsden J, Stewart D, Gossopp M et al. Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research* 2000a; 8: 455-470.
- Marsden J, Nizzoli U, Corbelli C et al. New European Instruments for Treatment Outcome Research: Reliability of the Maudsley Addiction Profile and Treatment Perceptions Questionnaire in Italy, Spain and Portugal. *Eur Addict Res* 2000b; 6: 115-122.
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D et al. The fifth edition of the Addict Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1992; 9: 199-213.
- National Centre for Health Outcomes Development. Instruments for diabetes: a review. Report to the UK department of Health, 2000.
- Nguyen TD, Attkisson CC, Stegner BL. Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Eval Programm Plann* 1983; 6: 299-314.
- Ruggeri M. Patients' and relatives satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 212-227.
- Ruggeri M, Dall'Agnola R, Bisoffi G. Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *Int J Methods Psychiatric Res* 1996; 6: 23-38.
- Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 311-317.
- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS):  
<http://www.rustiltak.no>
- Statistisk sentralbyrå:  
<http://www.ssb.no/emner/02/03/speshelserus>
- Strang J, Marsden J, Cummins M et al. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction* 2000; 95: 1631-1645.

Trimbos Institute/GGZ Nederland: Cliëntwaardering in de GGZ. Handleiding bij de 'thermometer' voor de volwassenenzorg. Utrecht, GZZ Nederland, 2001.

# Vedlegg A: Søkestrategi Cinahl

Database: Cinahl 1982 til juni 2006

Dato: 15.06.2006

Antall treff: 112

1. dependency.mp.
2. addiction.mp.
3. drug\$.mp.
4. substance abuse.mp.
5. alcohol.mp.
6. exp Substance Abuse/
7. ((drug or substance) adj2 (addict\$ or dependen\$ or abuse\$ or misuse)).ti,ab.
8. (overdos\$ or intoxicat\$ or abstinen\$ or withdraw\$ or relaps\$).ti,ab.
9. exp ALCOHOLISM/
10. exp "Substance Use Disorders"/
11. exp heroin/
12. heroin.ti,ab.
13. exp NARCOTICS/
14. exp CRACK COCAINE/ or exp COCAINE/
15. cocaine.ti,ab.
16. exp Antianxiety Agents/
17. benzodiazepine.ti,ab.
18. exp Amphetamines/
19. exp Barbiturates/
20. barbiturates.ti,ab.
21. exp Designer Drugs/
22. exp HALLUCINOGENS/
23. exp Street Drugs/
24. exp Lysergic Acid Diethylamide/
25. lsd.ti,ab.
26. mdma.ti,ab.
27. exp Methylenedioxymethamphetamine/
28. ecstasy.ti,ab.
29. exp KETAMINE/
30. ketamine.ti,ab.
31. exp cannabis/
32. cannabis.ti,ab.
33. marihuana.ti,ab.
34. marijuana.ti,ab.
35. exp opium/
36. inhalant.ti,ab.
37. solvent\$.mp.
38. (steroid\$ adj2 abuse).ti,ab.
39. exp anabolic steroids/
40. exp methadone/
41. methadone.ti,ab.
42. alcohol.ti,ab.
43. (questionnaire\$ or survey\$ or instrument\$ or tool\$ or measure\$).mp.  
[mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
44. satisfaction.mp.
45. (valid\$ or reliab\$).mp. [mp=title, subject heading word, abstract,  
instrumentation]
46. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or  
16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29  
or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42
47. 43 and 44 and 45 and 46

## Vedlegg B: Søkestrategi Embase

Database: Embase 1980 til juni 2006

Dato: 15.06.2006

Antall treff: 380

1. dependency.mp.
2. addiction.mp.
3. drug\$.mp.
4. substance abuse.mp.
5. alcohol.mp.
6. (addict\$ or abus\$ or dependen\$).ti,ab,sh.
7. (overdos\$ or intoxicat\$ or abstinen\$ or withdraw\$ or relaps\$).ti,ab,sh.
8. (excessive\$ adj use\$).ti,ab,sh.
9. (use\$ adj disorder\$).ti,ab,sh.
10. Drinking behavior/
11. Alcoholism/
12. exp alcohol abuse/ or exp drug abuse/ or Substance abuse/
13. Diamorphine/
14. \*Opiate/
15. exp \*Morphine derivative/
16. exp \*Benzodiazepine derivative/
17. exp \*Barbituric acid derivative/
18. exp \*Amphetamine derivative/
19. exp \*Psychedelic agent/
20. \*Street drug/
21. \*Cocaine/ or \*Cocaine derivative/
22. exp alcohol/ or alcohol.ab,ti.
23. \*Caffeine/ or \*Caffeine citrate/
24. \*Lysergide/
25. \*Ketamine/
26. \*Cannabis/ or \*Cannabis derivative/
27. (marihuana or marijuana).ti,ab.
28. hashish.ti,ab.
29. exp \*organic solvent/ or \*Solvent/
30. exp \*Anabolic agent/
31. 29 and performance.ti,ab.
32. \*Methadone/ or \*Methadone treatment/
33. (questionnaire\$ or survey\$ or instrument\$ or tool\$ or measure\$).mp.  
[mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
34. satisfaction.mp.
35. (valid\$ or reliab\$).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name]
36. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32
37. 33 and 34 and 35 and 36

## Vedlegg C: Søkestrategi Medline

Database: Ovid Medline(r) 1966 til juni 2006

Dato: 15.06.2006

Antall treff: 2172

1. dependency.mp.
2. addiction.mp.
3. drug\$.mp.
4. substance abuse.mp.
5. alcohol.mp.
6. exp Substance-related disorders/
7. addict\$.ab,ti.
8. (overdos\$ or over-dos\$).ab,ti.
9. intoxicat\$.ab,ti.
10. (abstinen\$ or abstain\$).ab,ti.
11. withdraw\$.ab,ti.
12. (abuse\$ or use\$).ab,ti.
13. (excessive\$ adj use\$).ab,ti.
14. (use\$ adj disorder\$).ab,ti.
15. exp Psychoses, substance-induced/
16. exp Heroin/
17. heroin.ab,ti.
18. exp Narcotics/
19. opioid.ab,ti.
20. "OPIATE".mp.
21. exp Benzodiazepines/
22. exp Barbiturates/
23. barbiturates.ab,ti.
24. exp Amphetamines/
25. amphetamine.ab,ti.
26. exp Designer drugs/
27. (designer adj drugs).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]
28. exp Hallucinogens/
29. hallucinogens.ab,ti.
30. exp Street drugs/
31. street-drugs.ab,ti.
32. exp Cocaine/
33. cocaine.ab,ti.
34. exp alcohols/ or alcohol.ab,ti.
35. exp Lysergic acid/
36. lysergic-acid.ab,ti.
37. (lysergic adj acid).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]
38. lsd.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]
39. exp Ketamine/
40. ketamine.ab,ti.
41. exp Cannabis/
42. cannabis.ab,ti.
43. "MARIHUANA".mp.
44. marijuana.ab,ti.
45. "HASHISH".mp.
46. exp Opium/
47. opium.ab,ti.
48. inhalant.ab,ti.
49. (inhalant adj abuse).ab,ti.
50. solvent.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]

51. (steroid adj abuse).ab,ti.
52. exp Methadone/
53. methadone.ab,ti.
54. (questionnaire\$ or survey\$ or instrument\$ or tool\$ or measure\$).mp.  
[mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]
55. satisfaction.mp.
56. (valid\$ or reliab\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]
57. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53
58. 54 and 55 and 56 and 57



## Vedlegg D: Søkestrategi PsycINFO

Database: PsycINFO 1967 til juni 2006

Dato: 15.06.2006

Antall treff: 104

1. dependency.mp.
2. addiction.mp.
3. drug\$.mp.
4. substance abuse.mp.
5. alcohol.mp.
6. (questionnaire\$ or survey\$ or instrument\$ or tool\$ or measure\$).mp.  
[mp=title, abstract, subject headings, table of contents, key concepts]
7. satisfaction.mp.
8. (valid\$ or reliab\$).mp. [mp=title, abstract, subject headings, table of  
contents, key concepts]
9. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
10. 6 and 7 and 8 and 9