

Foresattes vurderinger av tilbudet ved
barne- og ungdomspsykiatriske
poliklinikker i 2006
**Metodedokumentasjon for nasjonal
undersøkelse**

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr. 3 – 2008



Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

ISBN trykt versjon:

ISBN PDF versjon: 978-82-8121-178-0

ISSN 1890-1565

Nr 3-2008 PasOpp-rapport

The logo for Kunnskapssenteret, featuring three vertical bars of increasing height to the left of the text "kunnskapssenteret".

kunnskapssenteret

Om PasOpp undersøkelser: Endringer i helsetjenesten i den senere tiden innebærer at det blir lagt større vekt på synspunktene til pasienter og pårørende enn før og på at de ulike delene av tjenesten skal være godt samordnet. PasOpp undersøkelsene har som mål å beskrive erfaringene til personer som ser tjenestene fra innsiden. Det er laget spørreskjema som er tilpasset ulike områder innenfor helsetjenesten. Spørsmålene handler om opplevelser, om faktiske hendelser og om tilfredshet med tjenestene.

Om denne undersøkelsen:

Populasjon: Foresatte til barn under 16 år som har et tilbud ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge

Metode: Postal spørreskjemaundersøkelse

Undersøkelsesperiode: 1. september til 31. desember 2006

Bruttoutvalg: 17080

Svarprosent: 46

Tittel	Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Kari Aanjesen Dahle, Jon Helgeland, Andrew Garratt
ISBN	978-82-8121-178-0
ISSN	1890-1565
Rapport	PasOpp-rapport nr 3 - 2008
Prosjektnummer	310
Rapporttype	PasOpp-rapport
Antall sider	21 (33 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet
Sitering	Dahle K Aa, Helgeland J, Garratt A. Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse. PasOpp-Rapport Nr 3-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, mai 2008



INNHold

1 INNLEDNING	1
1.1 Oppbygging av rapporten	1
2 INNSAMLINGSMETODE	2
2.1 Populasjon og avgrensninger	2
2.2 Utvalgstrekking	3
2.2.1 Konsekvenser av sannsynlighetsutvalg: Vekting	3
2.2.2 Korreksjon for frafall	4
2.3 Innsamlingsmåte	4
2.4 Gjennomføring av undersøkelsen	4
2.4.1 Innsamlingsrutiner	4
2.4.2 Etikk og personvern	5
2.5 Svarprosent og representativitet	5
2.5.1 Svarprosent	5
2.5.2 Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere	8
2.5.3 Institusjoner med lav svarprosent eller stor usikkerhet	8
2.5.4 Representativitet	8
3 UTVIKLING OG VALIDERING AV SPØRRESKJEMA	10
3.1 Generelt om utvikling av spørreskjemaer til brukererfaringsundersøkelser	10
3.2 Utviklingen av spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen	11
3.3 Valideringsmetode og hovedområder	11
4 STATISTISKE METODER	14
4.1 Responsmodellering	14
4.2 Justering for brukersammensetning	14
4.2.1 Koding av diagnose	16
4.3 Ujusterte tall	16
4.4 Standardavvik og antall svar	17
4.5 Signifikanstesting	17
4.5.1 Simultan hypotesetesting av indeksene på poliklinikknivå	18
4.5.2 Konfidensintervall	18
5 REFERANSELISTE	20
VEDLEGG A: BEREGNING AV SAMMENSLÅTT DIAGNOSEVARIABLE	22
VEDLEGG B: SPØRRESKJEMA	24

1 Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2006 gjennomført en spørreundersøkelse blant foresatte til barn og ungdom som hadde et tilbud ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Resultatene fra undersøkelsen presenteres i egne resultatrapporter. Denne rapporten beskriver metoden som er benyttet i undersøkelsen.

Målgruppene for Kunnskapssenterets undersøkelser spenner fra befolkning og pasienter til politisk ledelse, helseforvaltningen (inkludert eiere) samt ledere og ansatte i virksomhetene. Det er ofte behov for generaliserbare data, for eksempel i forhold til styrings- og ledelsesformål for kvalitetsforbedring. Det er nødvendig å vite om svarene fra et utvalg brukere er statistisk representativt for hele populasjonen. Spørsmål om representativitet og generaliserbarhet står sentralt i kvantitative metoder, som utgjør hovedtyngden av metodegrunnlaget for undersøkelsen som beskrives her. I arbeidet med utvikling og testing av spørreskjema har også kvalitative metoder blitt benyttet.

Formålet med denne rapporten er å gjøre rede for:

- innsamlingsmetode, innsamlingsprosess og utvalg
- utvikling og validering av spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen
- sentrale statistiske begreper

1.1 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Kapittel to tar for seg innsamlingsmetoden. Det ses nærmere på sentrale valg og vurderinger gjort i forkant av undersøkelsen, selve innsamlingsprosessen samt resultater av denne (svarprosent). Spørreskjemaet som er benyttet har vært gjennom en grundig utviklings- og valideringsprosess som beskrives i kapittel tre. Kapittel fire gjør rede for sentrale statistiske begreper og teknikker i undersøkelsen.

2 Innsamlingsmetode

Det finnes ingen entydige svar på hvordan en brukererfaringsundersøkelse bør gjennomføres. Basert på en omfattende litteraturgjennomgang anbefaler for eksempel McColl et al. (1) at valg av innsamlingsmåte gjøres i det enkelte tilfelle, etter vurdering av en rekke faktorer som populasjon, forskningstema, utvalgsmetode og ressursbehov. Crow et al. (2) underbygger dette ved å vise til fordeler og ulemper knyttet til ulike tilnærminger. I tillegg etterlyser begge studiene mer forskning på effekter av ulike metodevalg.

Vi må finne en fremgangsmåte som tilfredsstillende krav til vitenskapelighet, (validitet, reliabilitet og representativitet) og som samtidig lar seg gjennomføre i tråd med ytre rammebetingelser (økonomiske, tidsmessige og juridiske).

Nedenfor omtales viktige spørsmål i forbindelse med datainnsamlingen i undersøkelsen blant foresatte til barn og ungdom ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

2.1 POPULASJON OG AVGRENSNINGER

I undersøkelsen er det foresatte til barn eller ungdom som mottar et tilbud fra en barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) poliklinikk som utgjør populasjonen. Det er denne gruppen vi tar sikte på å kunne uttale oss om når undersøkelsen er avsluttet. Siden vi ikke kan inkludere alle foresatte må vi basere oss på et utvalg fra denne populasjonen. Relevante avgrensninger knytter seg til barna (alder), institusjonene og tidsrommet for undersøkelsen. Det settes kriterier for inklusjon i utvalget, som beskrives nedenfor.

Foresatte til barn under 16 år, som mottok et tilbud (direkte tiltak) fra BUP poliklinikk i perioden 1. september til 31. desember 2006, og som bor på barnets hjemmeadresse kunne bli inkludert i undersøkelsen. Spørreskjemaene ble sendt til barnets hjemmeadresse. Dag- og døgnenheter ble ekskludert fra undersøkelsen. Ungdom over 16 år kan selv oppsøke behandling uten de foresattes samtykke eller kjennskap, og vi har derfor ekskludert denne gruppen.

2.2 UTVALGSTREKKING

I inklusjonsperioden ble det gjort sannsynlighetsutvalg der det for hver institusjon ble trukket et bruttoutvalg på 400 foresatte (totalt for hele inklusjonsperioden). Spørreskjema ble sendt ut i to omganger, hvor hver pulje var på to måneder. Utvalget ble fordelt likt mellom de to puljene i den grad det var mulig. Innen hver pulje ble utvalget trukket gjennom enkel tilfeldig trekking. Utvalget ble gjort slik at foresatte til hvert barn høyst er representert en gang i løpet av hele inklusjonsperioden.

Sannsynlighetsutvalg er brukt for å sikre representativiteten til utvalget. Dette er den eneste utvalgsmetoden som ikke innfører noen systematiske skjevheter i utvalget. Utvalget fordeles over en lengre tidsperiode slik at undersøkelsen blir mer representativ for året som helhet.

Utvalgene er dimensjonert slik at usikkerheten i institusjonsvise gjennomsnittskårer på undersøkelsens hovedområder skal være tilstrekkelig liten. Det betyr at det skal være en rimelig stor sannsynlighet for å påvise eventuelle forskjeller av en viss størrelse mellom enhetene.

Ved utvalgsberegningen er det forutsatt hypotesetesting med tosidig signifikansnivå på 20%, justert for multipl testing, at det er 86 enheter som skal sammenliknes og at vi ønsker en teststyrke på 80% for det angitte avvik. Siden vi korrigerer for multipl testing, er det naturlig å øke signifikansnivået i forhold til de konvensjonelle 5% - den totale feilsannsynligheten vil likevel bli lavere enn når vi ikke korrigerer for multiplisitet.

Vi har vurdert det som ønskelig å kunne oppdage absolutte avvik på 5-10 poeng og relative avvik på 1,5 til 2 standardavvik. Basert på data fra egne, tilsvarende undersøkelser synes det rimelig å betrakte et nettoutvalg i området 200-400 som godt, og 50-100 som akseptabelt. Med en antatt svarprosent på 50, har vi derfor fastsatt størrelsen av bruttoutvalget til 400 (for hver institusjon).

2.2.1 Konsekvenser av sannsynlighetsutvalg: Vekting

Vi har benyttet et stratifisert utvalg med pulje som stratum. Siden antall barn som har vært til konsultasjon varierer noe fra pulje til pulje, mens den samlede utvalgsstørrelsen er konstant, vil trekkeprosenten variere mellom institusjoner og puljer. For å få korrekte beregninger av estimater, det vil si uten skjevhet, må vi ta høyde for varierende trekkesannsynlighet ved å vekte datamaterialet etter pulje og institusjon.

2.2.2 Korreksjon for frafall

Vi fant at svarprosenten var avhengig av diagnose på akse 1, trekningspulje, foresattes språk og hvor lang tid det var gått fra igangdato. Dette ble brukt til å konstruere grupper med tilnærmet ensartet svarsannsynlighet. Med vekting kan vi korrigere for varierende svarprosent. På denne måten vil en gruppe med lav svarprosent få høyere vekt siden gruppen representerer en større andel av den bakenforliggende brukerpopulasjonen. For mer informasjon om metoden som er benyttet se kapittel 4.1 om responsmodellering.

Ved små institusjoner med et bruttoutvalg på færre enn 400, gjorde vi en totaltelling, slik at foresatte til alle barn med direkte tiltak i inklusjonsperioden ble inkludert.

2.3 INNSAMLINGSMÅTE

De nasjonale brukererfaringsundersøkelsene blir gjennomført som postale spørreskjemaundersøkelser. Det er gjort en del forskning på betydningen av valg av ulike metoder for datainnsamling (3, 7-10). Vesentlige elementer som ligger til grunn for vårt valg av innsamlingsmåte er svarprosent, representativitet samt økonomiske og praktiske forhold.

Det er også nødvendig å intensivere forskningsinnsatsen for å finne ut mer om de som ikke svarer og hvorvidt disse har erfaringer som skiller seg systematisk fra de som svarer. Derfor gjennomførte vi våren 2007 en telefonundersøkelse blant ikke-svarere i den foreliggende undersøkelsen, noe som beskrives nærmere under kapittel 2.5.2.

For øvrig jobber vi systematisk for å øke svarprosenten i undersøkelsene.

2.4 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

2.4.1 Innsamlingsrutiner

Klinikkene som deltok i undersøkelsen overførte pasientadministrative data til Kunnskapssenteret én gang hver andre måned i undersøkelsesperioden. De pasientadministrative dataene inneholdt personopplysninger (navn, barnets alder, adresse, diagnose) samt opplysninger om tilbudet de har mottatt (ventetid, igangsatt dato, poliklinikk osv.) for barna. I etterkant av spørreundersøkelsen ble all personidentifiserbar informasjon fjernet. Den resterende databehandlingen ble gjort ved hjelp av unike løpenumre, forskjellig fra ellevesifret personnummer og poliklinikkens egne personnummer. Deretter ble pasientadministrative opplysninger koblet til respondentenes svar på spørreundersøkelsen.

De foresatte mottok spørreskjemaet i løpet av inklusjonsperioden, eller kort tid etter. To purringer ble sendt ut til de som ikke svarte, den første tre uker etter første henvendelse, og den andre tre uker etter første purring. Flere studier har pekt på at tidspunktet for utsending av spørreskjema kan være av betydning for hvilke svar man får (2,3). Det pekes imidlertid på at dette fortsatt er et område vi vet for lite om og at det er behov for mer forskning omkring denne problemstillingen.

2.4.2 Etikk og personvern

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk forsknings-etikk, Helseregion II. Sosial- og helsedirektoratet ga dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med innsamling av data. Personvernet er ivaretatt ved å følge vilkårene som Datatilsynet har lagt til grunn for konsesjonen. De poliklinikkene som deltok hadde anledning til å ekskludere enkeltbrukere fra undersøkelsen dersom det av menneskelige hensyn ble vurdert som nødvendig.

2.5 SVARPROSENT OG REPRESENTATIVITET

2.5.1 Svarprosent

Totalt ble 17 871 foresatte til barn/ungdom inkludert i utvalget. Av disse ble 791 kansellert på grunn av ukjent adresse, hemmelig adresse, eller de ble kansellert fra poliklinikken. Korrigert bruttoutvalg var følgelig på 17 080, hvorav 7906 besvarte undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 46.

Vi purret inntil to ganger på ikke-svarere, og den andre purrerunden resulterte i en økning i svarprosenten på 12 prosentpoeng.

Som det fremgår av tabell 1, varierer institusjonenes svarprosent fra 26 (Sola) til 60 (Holmestrand).

Tabell 1: Oversikt over poliklinikker som har deltatt i undersøkelsen med antall svarere og svarprosent.

Region	Institusjon	Antall svare- re	Svarprosent
Helse Øst RHF		2751	48
	Nic Waals institutt	148	40
	Mentalhygienisk Rådgivningskontor, Diakon- hjemmet	57	51
	Hamar	116	57
	Elverum	86	51
	Tynset	46	44
	Kongsvinger	82	48
	Lillehammer	162	48
	Gjøvik	159	44
	Tøyen	35	45
	Furuset	80	39
	Follo	167	52
	Nordre Aker Sagene	147	51
	Nordstrand	76	47
	Søndre Nordstrand	52	39
	Østensjø	93	49
	Asker	89	45
	Bærum	188	52
	Lillestrømklubben	181	46
	Grorud	119	43
	Jessheimklubben	163	54
	Fredrikstad	137	52
	Moss	124	52
	Askim	65	45
	Halden	62	43
	Sarpsborg	117	44
	Helse Sør RHF		1625
Kongsberg		98	41
Notodden		97	41
Arendal		169	44
Kristiansand		173	45
Lister		77	38
Sykehuset Telemark		151	52
Vestmar DPS, Kragerø		78	57
Tønsberg		192	56
Larvik		69	44
Holmestrand		56	60
Ringerike		134	47
Hallingdal sjukestugu		64	50
Sykehuset Buskerud BUP		192	52
Rikshospitalet BUP		75	41
Helse Vest RHF		1484	45
	Førde	92	39
	Sogndal	60	50
	Nordfjord	68	40

Region	Institusjon	Antall svare- re	Svarprosent
	Sentrum (Bergen)	49	35
	Nordhordland	75	47
	Fjell	75	42
	Åsane	106	45
	Fana	132	49
	Voss	83	52
	Stord, Kvinnherad	79	37
	Haugesund	188	49
	Egersund	51	50
	Sola	8	26
	Sandnes	100	46
	Bryne	95	45
	Stavanger	161	47
	Betanien	62	49
Helse Midt- Norge RHF		1061	47
	Ålesund	131	48
	Volda	84	39
	Molde	65	44
	Kristiansund	147	45
	Fosen	41	51
	Orkdal	96	45
	Røros	36	48
	Klostergata	142	54
	Tiller	106	45
	Namsos	66	52
	Levanger	147	49
Helse Nord		985	43
	Mo i Rana	74	42
	Mosjøen	35	41
	Sandnessjøen	22	51
	Brønnøysund	26	44
	Lofoten	64	50
	Ytre Salten	127	45
	Indre Salten	53	42
	Stokmarknes	58	38
	Narvik	39	37
	Harstad	42	48
	Tromsø	125	42
	Silsand	78	48
	Sjøvegan	19	40
	Storslett	24	40
	Storsteinnes	15	41
	Midt-Finnmark	65	42
	Øst-Finnmark	38	43
	Alta	38	30
	Hammerfest	43	51

Over halvparten av de som ble invitert til å delta unnlot å svare. Et sentralt spørsmål blir da i hvilken grad resultatene for de som faktisk svarte er representative. Ved å sammenligne bruttoutvalget og nettoutvalget kan vi si noe om det er strukturelle forskjeller mellom gruppene (for eksempel i alder). Videre har vi gjennomført en oppfølgingsundersøkelse blant ikke-svarerne.

2.5.2 Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere

Oppfølgingsundersøkelser av ikke-svarere er gjort i flere tidligere studier blant voksne somatiske pasienter. Guldvog et al. (4) fant ingen forskjeller i pasienttilfredshet mellom svarere og ikke-svarere blant somatiske pasienter. Disse resultatene var imidlertid ikke generaliserbare for de aller sykeste, pasienter uten fast bopel og pasienter som ikke kan norsk. Zwier og Clarke (5) fant på sin side resultater som pekte i retning av at svarerne var mer positive. Moutoussis et al. (6) hevder at misfornøyde pasienter gjerne søker å unngå oppfølging og evaluerende undersøkelser.

Vi gjennomførte en oppfølgingsundersøkelse blant ikke-svarerne i den foreliggende undersøkelsen. Til sammen gjennomførte vi telefonintervju med ca. 400 tilfeldig utvalgte foresatte som ikke hadde svart etter to postale purringer. Nesten 60% av disse besvarte en kortversjon av spørreskjemaet, og tilfredshetsnivået var det samme som blant de postale svarene.

2.5.3 Institusjoner med lav svarprosent eller stor usikkerhet

Lav svarprosent kan medføre stor usikkerhet i de institusjonsvise resultatene. Vi har valgt å ikke inkludere de to institusjonene med svarprosent under 30% (Alta og Sola) i våre publiserte resultatoversikter.

Stor usikkerhet kan også skyldes at antall brukere er lite eller at det er stor variasjon i svarene. For å inkludere institusjonsvise hovedområder i våre publiserte oversikter har vi satt en grense ved standardavvik lik 5. Storsteinnes faller dermed ut av alle oversiktene. Det samme gjelder hovedområdet informasjon og medbestemmelse for Brønnøysund, Narvik, Sjøvegan og Storslett.

2.5.4 Representativitet

Utvalget er trukket tilfeldig i brukerpopulasjonen i inklusjonsperioden, og ville vært representativt for denne perioden dersom responsraten var nær 100%. Lave responsrater er et gjennomgående problem i surveyundersøkelser, også i brukertilfredshetsundersøkelser. Lav responsrate medfører større eller mindre skjevheter i resultatene. For å korrigere for dette har vi vektet resultatene slik at de foresattes svar gis ulik betydning etter hvor godt ulike grupper er representert

i materialet. Når vi i tillegg har resultatene fra oppfølgingsundersøkelsen som ikke fant systematiske forskjeller mellom svarere og ikke-svarere i tilfredshet konkluderer vi med at representativiteten i undersøkelsen totalt sett er tilfredsstillende.

3 Utvikling og validering av spørreskjema

For at man skal kunne stole på resultatene av undersøkelser er det viktig at de verktøy som blir benyttet har gjennomgått en grundig utviklings- og valideringsprosess. I våre prosjekter er det viktig å utvikle spørreskjemaer som oppleves som relevante og betydningsfulle for brukerne, som er nyttige og interessante som verktøy i kvalitetsutvikling, og som tilfredsstillende vitenskapelige krav om validitet og reliabilitet. For å imøtekomme disse kravene har utviklingen av spørreskjemaet blitt delt i fire faser:

- Litteraturgjennomgang
- Møter med referansegruppe bestående av helsepersonell og forskere
- Testing av spørreskjemaet ved intervjuer
- Pilotundersøkelse

3.1 GENERELT OM UTVIKLING AV SPØRRESKJEMAER TIL BRUKERERFARINGSUNDERSØKELSER

Utforming av spørreskjema reiser en rekke metodiske spørsmål. Gjennom ulike prosjekter har Kunnskapssenteret utviklet og testet forskjellige spørreskjema for ulike grupper pasienter/brukere. Det blir for omfattende å redegjøre for alle elementer som vi har vurdert i forbindelse med konstruksjon og testing av brukererfaringskjemaene. Noen kommentarer er det likevel hensiktsmessig å presentere.

Vi stiller som hovedregel spørsmål om konkrete erfaringer, det vil si at vi ber brukerne vurdere sine erfaringer heller enn sin tilfredshet. Videre behandler vi brukererfaringer som et multidimensjonalt konsept. Dette er gjort på bakgrunn av egne erfaringer samt erfaringer gjort av andre aktører på brukererfaringsområdet (11-14). Det påpekes fra flere hold at generelle tilfredshetsmålinger tenderer mot å gi en stor overvekt av positive svar og at tilbakemeldinger på konkrete områder knyttet til behandling og pleie derfor gir mer anvendelig informasjon til bruk i forbedringsprosesser (11-12). En utfordring med å stille konkrete spørsmål om erfaringer er å finne områder som er viktige for brukerne og som opple-

ves som relevante. Gjennom litteraturgjennomgang, intervjuer med brukere, (i denne undersøkelsen foresatte), samt nært samarbeid med fagfolk i helsesektoren, søker vi å oppnå dette.

Vi inkluderer vanligvis noen få spørsmål knyttet til generell tilfredshet. Disse brukes i første rekke som valideringsgrunnlag for svar på enkeltspørsmål eller indekser om erfaringer. Plasseringen av bakgrunnsspørsmål sist i spørreskjemaene og avsatt plass til fritekstkommentarer er i tråd med anbefalinger fra McColl et al. (1).

3.2 UTVIKLINGEN AV SPØRRESKJEMAET SOM BLE BRUKT I DENNE UNDERSØKELSEN

Spørreskjemaet er utviklet etter at vi gikk gjennom internasjonal og nasjonal litteratur for å finne viktige aspekter av brukererfaringer blant foresatte til barn i barne- og ungdomspsykiatrien. Innholdet i spørreskjemaet er testet med intervjuer med foresatte. Vi gjennomførte også en pilotundersøkelse, forut for den nasjonale undersøkelsen. Utvikling av spørreskjemaet er beskrevet nærmere i en egen rapport (15).

3.3 VALIDERINGSMETODE OG HOVEDOMRÅDER

Resultatene fra pilotundersøkelsen ble brukt for å vurdere om noen spørsmål skulle ekskluderes. Spørsmål med høy grad av manglende svar ble vurdert for ekskludering. Eksplorerende faktoranalyse ble benyttet for å kartlegge hovedområder av brukererfaringer. Faktorer med egenvalue høyere enn én ble trukket ut. Spørsmål med lave faktorladninger ble vurdert ekskludert fra det endelige spørreskjemaet.

Intern konsistens ble målt ved item-total korrelasjon og Cronbach's Alpha. Førstnevnte måler styrken på forholdet mellom ett enkeltspørsmål og de andre spørsmålene i et hovedområde. Sistnevnte måler samlet korrelasjon mellom spørsmålene i et hovedområdet. Det er vanlig å operere med en grenseverdi for Cronbach's Alpha på 0.7 for at et hovedområde skal være tilstrekkelig reliabel (16,17).

Reliabiliteten ble målt gjennom intra-class korrelasjon, som bør overstige 0.7 (16). Resultatene av analysene på det endelige skjemaet gav tre hovedområder (tabell 2).

I resultatrapportene oppgis resultater for hovedområdene som gjennomsnittsskårer. Resultatene på alle enkeltspørsmål i hvert hovedområdet er summert og omregnet til en gjennomsnittsskåre på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er beste oppnåelige resultat. Gjennomsnittsskårene er utregnet for foresatte som har svart på halvparten eller flere av spørsmålene i hovedområdet.

Tabell 2: Antall svarer, antall manglende svar, vektete gjennomsnitt resultater og intern konsistens for undersøkelsens hovedområder 1 og enkeltspørsmål 2 som inngår i hovedområdene.

	N	Missing (%)	Gjennomsnitt	Cronbach's alpha/ item-total correlation
Behandlere	7733	173 (2,2)	75,0	0,94
Sp 3 Omtanke og omsorg for de foresatte	7734	172 (2,2)	3,8	0,82
Sp 4 Forstår de foresattes situasjon	7649	257 (3,3)	3,8	0,84
Sp 5 Omtanke og omsorg for barnet ditt	7631	275 (3,5)	4,2	0,78
Sp 6 Møtt med høflighet og respekt	7789	117 (1,5)	4,4	0,78
Sp 7 Snakker på forståelig måte	7662	244 (3,1)	4,3	0,66
Sp 8 Tar foresattes synspunkter på alvor	7632	274 (3,5)	4,0	0,83
Sp 9 Nok tid til samtaler og kontakt	7648	258 (3,3)	3,6	0,69
Sp 10 Samarbeider godt med foresatte	7712	194 (2,5)	3,9	0,86
Informasjon og medbestemmelse	7633	273 (3,5)	59,2	0,88
Sp 11 Tatt med på råd i valg av behandlingsopplegg	7583	323 (4,1)	3,6	0,79
Sp 12 Innflytelse på valg av behandlingsopplegg	7513	393 (5,0)	3,4	0,76
Sp 13 Informasjon om behandlingsmuligheter	7529	377 (4,8)	3,1	0,75
Sp 14 Informasjon om barnets psykiske plager/tilstand	7539	367 (4,6)	3,4	0,65
Utbytte	7539	367 (4,6)	71,7	0,91
Sp 20 Barnets tilstand sammenlignet med før	7582	324 (4,1)	3,9	0,84
Sp 21 Barnets funksjon i familien sammenlignet med før	7524	382 (4,8)	3,9	0,82
Sp 22 Barnets funksjon utenfor familien sammenlignet med før	7462	444 (5,6)	3,8	0,78

1 Skala 0-100, hvor 100 er best

2 Skala 0-5, hvor 5 er best

4 Statistiske metoder

4.1 RESPONSMODELLERING

Metoden som er brukt er de såkalte "response homogeneity groups" – dvs grupper med tilnærmet ensartet svarsannynlighet, basert på individkjennetegn. For å kontruere gruppene ble en tre-basert regresjonsmetode (recursive partitioning) brukt. Antall grupper ble bestemt ved kryssvalidering.

Vi fant at svarprosenten var avhengig av diagnose på akse 1³, trekningspulje, foresattes språk og hvor lang tid det var gått fra igangdato. Dette ble brukt til å konstruere 7 grupper med tilnærmet ensartet svarsannsynlighet.

Trekkesannsynligheten for individ nr i fra gruppe k , korrigert for frafall, er gitt ved

$$\pi_{ki}^* = \pi_{ki} \hat{p}_k,$$

der π_{ki} er brutto-trekkesannsynligheten og \hat{p}_k er den estimerte responsraten for gruppe k . Vekten for individ i fra gruppe k er gitt ved

$$w_{ki} = \frac{1}{\pi_{ki}^*}.$$

Ved små institusjoner gjorde vi en totaltelling. Trekkesannsynligheten vil i så fall være 1 i formelen.

4.2 JUSTERING FOR BRUKERSAMMENSETNING

Det er påvist å være en sammenheng mellom sosiodemografiske variabler og helsevariabler på den ene siden og brukernes vurdering av helsetjenester på den andre siden (18). Det samme gjelder nok for foresattes vurderinger.

3 I analysen ble akse 1-diagnosen først inndelt etter kapittel (dvs 2. tegn) med unntak av F32, F43, F84, F90,...,F98 som ble beholdt som egne kategorier.

Ulikheter i brukersammensetning gjør at det ofte er vanskelig å sammenligne resultater mellom forskjellige enheter direkte. For eksempel har det vist seg at eldre pasienter ofte er mer positive enn yngre pasienter. Et sykehus med stor andel unge pasienter vil dermed få en relativt lavere skåre på grunn av alderssammensetningen. Videre kan det være forskjeller knyttet til utdanning, etnisitet og andre bakgrunnsvariabler. Det er viktig at man tar hensyn til slike effekter siden man ønsker å måle den faktiske forskjellen i brukererfaringer, uavhengig av demografiske forskjeller.

Vi forsøker å løse dette ved å justere hovedområdene for forskjeller mellom respondenter i variabler som vi har funnet at har betydning for hvordan de svarer.

Justeringen er basert på en statistisk modell som beskriver hvordan undersøkelsens hovedområder påvirkes av kjennetegn ved barna og de foresatte som for eksempel alder og utdanningsnivå. Justeringer baserer seg på det som i utvalgte teori kalles en regresjonsestimator og foregår i tre trinn:

1. Først velger man ut bakgrunnsvariabler det skal justeres for, og tilpasser en statistisk modell til data ved (vektet) lineær regresjon. Denne modellen søker å forklare indeksene best mulig ut fra bakgrunnsvariablene
2. Deretter estimeres gjennomsnittet av bakgrunnsvariablene i den totale brukerpopulasjonen
3. Til sist estimeres snittet av indeksene for hver poliklinikk som om denne poliklinikken hadde samme gjennomsnitt på bakgrunnsvariablene som de vi i trinn 2 har estimert for den totale populasjonen

I trinn 3 brukes en regresjonsestimator beskrevet i Särndal, Swensson og Wretman (19).

I hvilken grad justeringen virkelig gjør poliklinikkene sammenlignbare, avhenger av om de valgte bakgrunnsvariablene fanger opp forskjeller mellom brukerne tilstrekkelig godt.

I denne undersøkelsen har vi justert for følgende kjennetegn ved foresatte og barn:

- Barnets alder
- Hvor lang tid det er gått fra igangdato til inklusjon
- Om de foresatte er gifte
- Diagnose til barnet (akse 1,2,3,5 slått sammen, samt akse 6)

Et problem med justeringen er at mange av barna ikke har fått diagnose. Foresatte til disse barna har gjennomgående lavere tilfredshet enn andre. Manglende diagnose kan skyldes forhold ved poliklinikken og ikke egenskaper ved den aktuelle brukeren/foresatte. Poliklinikker som i liten grad rapporterer diagnoser, vil derfor få justert opp sine tilfredshetsskårer.

Noen institusjoner har høy andel manglende diagnoser på alle aksene. For disse institusjonene er diagnosevariable ikke brukt i case-mix-justeringen. Noe vilkårlig er det satt en grense ved 20 prosent manglende diagnoser blant brukere med minst ett års fartstid eller 50 prosent etter 90 dager. Dette gjelder poliklinikkene Molde, Mosjøen, Harstad, Nordre Aker Sagene, Lister, Hallingdal sjukestugu, Brønnøysund, Storsteinnes, Øst-Finnmark og Hammerfest.

Effekten av justering er gjennomgående forholdsvis liten målt i absolutte tall.

4.2.1 Koding av diagnose

Diagnosevariabelen er flerdimensjonal med komponenter akse1,...,akse6. Disse aksene er:

- Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom
- Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Akse 3 Intelligensnivå
- Akse 4 Somatiske tilstander
- Akse 5 Aktuelle vanskelige psykososiale forhold
- Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå

Akse 6 beskriver pasientens funksjonsevne og blir her behandlet som en egen variabel. Akse 4 angir eventuelle somatiske diagnoser og er ikke brukt av oss. De andre aksene blir kodet inn i en ny, sammenslått diagnosevariabel som beskrevet nedenfor. Vi har deretter gruppert den nye diagnosevariabelen i et mindre antall grupper til bruk i case-mix justering.

For informasjon om hvordan den sammenslåtte diagnosevariabelen konstrueres, se vedlegg A.

4.3 UJUSTERTE TALL

Når vi sammenligner poliklinikkene forsøker vi å gjøre brukersammensetningen mest mulig ”lik” gjennom at vi justerer for ulikheter som vi tror har betydning. Når målet ikke er sammenligning, for eksempel i institusjonsvise rapporter, er tallene ikke justerte – her opererer vi med data med den brukersammensetningen som fantes på poliklinikken. Med unntak av bakgrunnsopplysningene er likevel dataene vektet for svarsannsynlighet. I disse tilfellene er formålet hovedsake-

lig å avdekke forbedringsområder gjennom å gi et bilde av resultatet på den enkelte institusjon. Dette betyr at justerte og ujusterte resultater ikke kan sammenlignes direkte.

4.4 STANDARDAVVIK OG ANTALL SVAR

Standardavvik er et vanlig mål på variasjon i forhold til et gjennomsnitt i en gruppe. Summen av standardavvikene rundt et gjennomsnitt fanger opp $2/3$ av variansen i et normalfordelt materiale. Lavt standardavvik betyr liten spredning, altså at de fleste befinner seg i nærheten av gjennomsnittet. Dette betyr at økende standardavvik reduserer verdien av å bruke gjennomsnitt som mål.

Ved utvalgsundersøkelser er det vanlig å korrigere det observerte standardavviket fordi vi ofte vil anse at usikkerheten bare knytter seg til den resterende brukerpopulasjonen (som ikke er med i utvalget). Dette er den såkalte "finite sample correction" eller fpc. Hvis alle individer i populasjonen er trukket ut, vil man da sette usikkerheten til 0. I vårt tilfelle er det imidlertid ikke de brukerne som faktisk har vært behandlet i studieperioden som er av interesse, snarere et gjennomsnitt over lang tid av hypotetiske, fremtidige brukere. Vi bruker derfor ikke fpc i våre beregninger. Det kan bemerkes at forskjellen med og uten fpc er ganske stor for små poliklinikker, siden vi der samler opp mot 100% av populasjonen.

N representerer antall svar på det aktuelle spørsmålet. På enkelte spørsmål er det færre som svarer enn på andre spørsmål. Den statistiske usikkerheten i undersøkelser av denne typen øker når antall svar er lavt.

Oppsummert betyr dette at et gjennomsnitt må vurderes i sammenheng med både standardavvik og antall svar.

4.5 SIGNIFIKANSTESTING

Målet med signifikanstesting er å forsikre seg om at de resultatene man får er uttrykk for reelle effekter og ikke tilfeldigheter eller feil knyttet til den aktuelle undersøkelsen. For denne rapporten betyr det at vi ønsker at resultatene skal være gyldige ikke bare for den gruppen vi faktisk har fått svar fra, men for foresatte generelt. I signifikanstesting ses en observert statistisk effekt i lys av antall svar. Jo færre svar man har, jo større må effekten være for å bli signifikant.

I tråd med bekymringer som er tatt opp i internasjonal medisinsk litteratur (19) advares det mot en ureflektert inndeling etter signifikante og ikke-signifikante resultater. Et signifikant resultat er ikke nødvendigvis praktisk betydningsfullt, særlig ikke når antall respondenter er høyt. Videre er det ikke slik at alle ikke-signifikante sammenhenger automatisk bør forkastes som ubrukelige. Resultatene bør inspirere til refleksjon i lys av øvrig kunnskap om lokale forhold og organisering. En nyttig tommelfingerregel kan være at jo færre respondenter det er fra en gitt enhet, jo mer forskjellig må denne enheten være fra de andre for at forskjellen skal bli signifikant.

4.5.1 Simultan hypotesetesting av indeksene på poliklinikknivå

Vanlig hypotesetesting beskytter oss mot feilslutninger hvis vi bare foretar en enkelt test. I en undersøkelse som vår skal vi imidlertid sammenligne mange klinikker på mange variabler, og kan derfor i teorien bli ledet til mange feilslutninger. For at den totale feilsannsynligheten ikke skal bli urimelig høy, må vi korrigere for at vi gjør mange fortløpende tester (multippel testing). Multippel testing er mer konservativ enn vanlig testing, det vil si at vi sjeldnere kan trekke sikre slutninger.

Det må her presiseres at grunnen til at vi bruker multippel testing, er at vi ønsker å sammenligne flere klinikker.

Vi har i vår rapportering brukt fremgangsmåten beskrevet av Westfall (20), for hvert hovedområde, og Bonferronikorreksjon på tvers av disse.

4.5.2 Konfidensintervall

Hellevik gir følgende begrepsforklaring for konfidensintervaller:

”Intervall rundt et utvalgsresultat som en – med en spesifisert grad av sikkerhet – kan regne med at det riktige resultatet for universet befinner seg innenfor (=2 ganger feilmarginen)” (21).

For å beregne konfidensintervallet rundt et gjennomsnitt beregnes først standardfeilen, som er standardavviket delt på kvadratroten av N . Deretter konstrueres øvre og nedre grense for intervallet ved først å beregne gjennomsnittet, og deretter legge til/trekke fra Z -verdi (standardavvik enheter) multiplisert med standardfeilen. Z -verdien for et 95% konfidensintervall er 1,96.

Dersom vi beregner mange 95% konfidensintervaller vet vi at rundt 95% av dem vil dekke de sanne verdiene. Konfidenskoeffisienten sies da å være 95%.

Lengden på konfidensintervallet avhenger av standardfeilen, utvalgsstørrelse og konfidenskoeffisient. Dersom standardavviket er lite og utvalgsstørrelsen er stor vil konfidensintervallet bli lite. Er standardavviket stort og utvalgsstørrelsen liten vil konfidensintervallet bli stort (altså et mindre presist estimat).

I hovedrapporten til denne undersøkelsen har vi valgt et konvensjonelt konfidensintervall med konfidenskoeffisient på 95%. En viktig grunn til at vi har med konfidensintervaller er at enkelte poliklinikker har relativt få svar (lav N). Konfidensintervallene gir leserne ytterligere informasjon om hvordan resultatet for en gitt gruppe er i forhold til andre grupper. Som med signifikanstester advarer vi mot å se bort fra resultater selv om konfidensintervallet er bredt. Et bredt konfidensintervall for en poliklinikk betyr *ikke* at resultatet nødvendigvis er lenger unna det "virkelige" tallet – det kan like gjerne avspeile et lavere antall svarere på poliklinikken, noe som gjør resultatene mer statistisk usikre.

5 Referanseliste

1. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technol Assess* 2001; 5(31).
2. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6.
3. Gasquet I, Falissard B, Ravaud P. Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54: 1174-1180.
4. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen K, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 18: 386-391.
5. Zwier G, Clarke D. How well do we monitor patient satisfaction? Problems with the nation-wide patient survey. *N Z Med J* 1999; 8; 112(1097): 371-375.
6. Moutoussis M, Gilmour F, Barker D, Orrell MW. Quality of care in a psychiatric out-patient department. *Journal of Mental Health*. 2000;9:409-20.
7. Walker AH, Restuccia JD. Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone. *Health Services Research* 1984;19:291-306.
8. de Leeuw ED. Data quality in mail, telephone, and face-to-face surveys. Amsterdam: TT Publications, 1992.
9. Dillman DA, Phelps G, Tortora R, Swift K, Kohrell J, Berck J. Response Rate and Measurement Differences in Mixed Mode Surveys - Using Mail, Telephone, Interactive Voice Response and the Internet. 2001.
10. Dillmann DA. Mixed-Mode Surveys. Mail and Internet Surveys- The Tailored Design Method, pp 217-44. NY: Wiley, 2000.

11. Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet: Hva kan vi bruke kunnskapen til? Tidsskr Nor Lægeforen 1986;14(106):1188-1195.
12. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. Int J Qual Health Care 2002; 14(5): 353-358.
13. Freil M, Gut R, Gothen I, Petersen J. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002: Spørgeskemaundersøgelse blant 32000 patienter. Enheden for Brugerundersøgelser 2003.
14. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire – development, validity and reliability. Int J Qual Health Care 2004;16(6):453-463.
15. Holmboe O, Garratt AM. Foresattes erfaringer med tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker: Utvikling av spørreskjema og innsamlingsopplegg - Videreutvikling av spørreskjema for å måle pasienterfaringer blant inneliggende somatiske pasienter- Notat fra Kunnskapscenteret April 2007.
16. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
17. Kline P. A handbook of test construction. London: Methuen, 1986.
18. Young GJ, Meterko M, Kamal desai R. Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. Med Care 2000; 38(3): 325-324.
19. Särndal, Carl-Erik, Swensson, Bengt og Wretman, Jan: Model Assisted Survey Sampling. Springer, 1992.
20. Westfall, P. Multiple testing of general contrasts using logical constraints and correlations, Journal of the American Statistical Association. 1997; 92(437), 299-306.
21. Hellevik O. Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. 1999, Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg A: Beregning av sammenslått diagnosevariabel

Den sammenslåtte diagnosevariabelen konstrueres trinnvis på følgende måte, (se tabellen nedenfor for forklaring av de ulike kodene):

1. Hvis det finnes en akse 1-diagnose som verken er "Mangler diagnose", 000 (ingen påvist tilstand), 999 (utilstrekkelig informasjon til å avgjøre diagnose), Rxx eller Zxx, brukes denne som samlet diagnose, og prosessen stoppes. Hvis ikke, gå til trinn 2.
2. Hvis det finnes en akse 2-diagnose som verken er "Mangler diagnose", 000 eller 999, brukes denne som samlet diagnose, og prosessen stoppes. Hvis ikke, gå til trinn 3.
3. Hvis det finnes en akse 3-diagnose som er mild, moderat, alvorlig, dyp eller uspesifisert utviklingshemming, brukes denne som samlet diagnose, og prosessen stoppes. Hvis ikke, gå til trinn 4.
4. Hvis det finnes en akse 5-diagnose som verken er "Mangler diagnose", 000, 999, eller mangler i datafilen, brukes denne som samlet diagnose, og prosessen stoppes. Hvis ikke, gå til trinn 5.
5. Akse 1-koden brukes som samlet diagnose.

Den sammenslåtte diagnosevariabelen er for findelt for vår bruk. Kategoriene er derfor slått sammen til følgende nye kategorier: Adferdsvansker, emosjonelle vansker, ICD10 koder som begynner på F3 (affektive lidelser stemningslidelser), utviklingsforstyrrelser, kun vanskelige psykososiale forhold, ingen lidelser, annet og uten diagnose.

Beskrivelse av de ulike kodene som benyttes som aksediagnoser

Kode	Beskrivelse
Mangler diagnose	Har ikke fått overført diagnose eller det mangler i klinikkens system
000	Ingen påvist tilstand
999	Utilstrekkelig informasjon til å avgjøre diagnose
Rxx	Symptomer og tegn som involverer kognisjon, oppfatning, følelsesmessig tilstand og atferd. Gjelder bl.a. søvnighet, koma, forvirring, hukommelsestap, svimmelhet, forstyrrelser i lukt og smak, hallusinasjoner, nervøsitet, apati, irritabilitet og sinne, fiendtlighet, vold, dårlig hygiene, uforklarlig atferd, mistenksomhet mm.
Zxx	Inkluderer ulike grunner til kontakt med helsevesenet. På akse 1 gjelder dette blant annet: <ul style="list-style-type: none">• Fysisk undersøkelse som ikke er klassifisert annet sted• Observasjon for mistenkt mental og atferdsmessig forstyrrelse (dissosial atferd, ildspåsettelse, gjengaktivitet, nasking),• Spesielle screeningundersøkelser for mentale og adferdsmessige forstyrrelser og utviklingsforstyrrelser.• Rådgivning i forbindelse med seksuell adferd og orientering• Rådgivning om behandling av tredjepart• Bekymring for ikke-påviselige tilstander• Forklaring av resultater fra undersøkelser

Vedlegg B: Spørreskjema



--	--	--

PasOpp 2006

Undersøkelse om foresattes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

PasOpp 2006 - Spørreskjema

Hensikten med denne undersøkelsen er å få vite mer om hvordan foresatte opplever det tilbudet de og/eller deres barn mottar ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge. Målet er å forbedre kvaliteten på tilbudet ved disse poliklinikkene. Vi ber om at du svarer ut fra erfaringer med den poliklinikken barnet for tiden har et tilbud ved. *Dine erfaringer er viktige for oss og vi håper du vil bruke noen minutter på å fylle ut spørreskjemaet!*

Om utfyllingen: Ikke tenk for lenge på hvert spørsmål. Vi ønsker din umiddelbare vurdering. Husk at alle svarkategoriene kan benyttes, men *sett kun ett kryss på hvert spørsmål*. Vi ber deg krysse av i midten av rutene.

Slik: Ikke slik:

Returkonvolutten er ferdig adressert og Kunnskapssenteret betaler porto. Alle svar blir behandlet fortrolig.

Samtykke

Viktig: dersom du samtykker i å delta i undersøkelsen er det viktig at du krysser av i ruten under.

JA, jeg samtykker i å delta i undersøkelsen slik den er beskrevet i følgebrevet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Har du spørsmål om utfylling av skjemaet, kontakt Saga Høgheim i Kunnskapssenteret på telefon 464 00 468.

⊥

Generell vurdering

	Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både/og	Ganske fornøyd	Svært fornøyd
1. Alt i alt, hvor misfornøyd eller fornøyd er du med tilbudet barnet har mottatt ved poliklinikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alt i alt, hvor misfornøyd eller fornøyd er du med hvordan poliklinikken har behandlet deg som foresatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

Behandlerne

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
3. Opplever du at behandlerne har omtanke og omsorg for deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Opplever du at behandlerne forstår din situasjon som foresatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har behandlerne omtanke og omsorg for barnet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blir du møtt med høflighet og respekt av behandlerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Snakker behandlerne til deg på en måte som du forstår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tar behandlerne dine synspunkter som foresatt på alvor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Får du nok tid til samtaler og kontakt med behandlerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Opplever du at behandlerne samarbeider godt med deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

⊥

Medbestemmelse og informasjon

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
11. Blir du tatt med på råd i valg av behandlingsopplegg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Har du fått informasjon om hvilke behandlingsmuligheter som finnes for barnet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⊥
14. Har du fått informasjon om barnets psykiske plager/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Har du fått informasjon om bivirkninger av medisiner som barnet har begynt å bruke på poliklinikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>

⊥

Samarbeid

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt/ vet ikke
16. Opplever du at behandlerne samarbeider godt om utredning/ behandling av barnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Opplever du at poliklinikken samarbeider godt med andre involverte instanser (f.eks skole, PP-tjeneste, fastlege, barnevern, helsestasjon, barnehage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⊥

fortsetter på neste side 3

⊥

⊥

Resultater av behandlingen

- | | Ikke noe utbytte | Lite utbytte | En del utbytte | Stort utbytte | Svært stort utbytte |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Alt i alt, hvilket utbytte har barnet hatt av tilbudet ved poliklinikken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Alt i alt, hvilket utbytte har du som foresatt hatt av tilbudet ved poliklinikken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⊥

- | | Mye dårligere | Litt dårligere | Verken bedre eller dårligere | Litt bedre | Mye bedre |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Er barnets tilstand dårligere eller bedre nå, sammenlignet med før behandlingen startet ved poliklinikken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hvordan fungerer barnet i familien nå sammenlignet med før behandlingen startet ved poliklinikken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hvordan fungerer barnet utenfor familien nå sammenlignet med før behandlingen startet ved poliklinikken (på skole, i barnehage, blant venner og lignende)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⊥

Andre spørsmål om poliklinikken og tilbudet

- | | Aldri | En gang | Noen ganger | Mange ganger |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Har barnet noen gang blitt behandlet nedlatende eller krenkende ved denne poliklinikken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Har du noen gang blitt behandlet nedlatende eller krenkende ved denne poliklinikken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⊥

⊥

Andre spørsmål, forts.

25. Har dere blitt tilbudt et passende antall timer ved poliklinikken de siste tre månedene?
- Ja, passende antall timer Nei, litt for få timer Nei, alt for få timer
26. Får du kontakt med behandlerne utenom avtalt tid?
- Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad Ikke aktuelt
27. Måtte dere vente for å få et tilbud ved poliklinikken?
- Nei Ja, men ikke lenge Ja, ganske lenge Ja, altfor lenge ⊥

⊥

28. Hvor mange ganger i løpet av de siste tre månedene har dere hatt time ved poliklinikken?
- Bare én gang 2-5 ganger 6-12 ganger Mer enn 12 ganger
29. Deltar du/dere som foresatt(e) i samtaler ved poliklinikken?
- Nei, aldri Ja, av og til Ja, ofte
30. Hvor god eller dårlig kjennskap har du til det tilbudet barnet får ved poliklinikken?
- Svært dårlig Ganske dårlig Både/og Ganske god Svært god
31. Har barnet vært i kontakt med psykiatrisk poliklinikk før denne konsultasjonsperioden?
- Aldri Én gang Mer enn en gang ⊥

fortsetter på neste side 5

⊥

Bakgrunnsspørsmål

Vi vil gjerne vite litt mer om deg eller dere som har fylt ut spørreskjemaet. (Hvis det er to voksenpersoner i husholdet, vennligst svar også på spørsmål 39-40).

32. Hvem har fylt ut spørreskjemaet? Mor Far Mor og far Andre
33. Er du mann eller kvinne? Mann Kvinne
34. Hva er din alder? Antall år ⊥
35. Er du gift eller samboende? Ja, gift Ja, samboende Nei
36. Hva er din høyeste fullførte utdanning? Grunnskole Videregående skole Høgskole/ universitet (0-4 år) Høgskole/ universitet (4 år eller mer)
37. Hva er morsmålet ditt? Norsk Samisk Annet nordisk språk Annet europeisk språk Ikke-europeisk språk
38. Hva var din hovedaktivitet siste uke? Yrkesaktiv Sykmeldt, på uføretrygd eller attføring Under utdanning Hjemmearbeidende Arbeidsledig Annet

Dersom dere er flere voksne i husholdet, vil vi gjerne vite litt mer om den andre voksenpersonen:

39. Hva er hans/hennes høyeste fullførte utdanning? Grunnskole Videregående skole Høgskole/ universitet (0-4 år) Høgskole/ universitet (4 år eller mer) ⊥
40. Hva var hans/hennes hovedaktivitet siste uke? Yrkesaktiv Sykmeldt, på uføretrygd eller attføring Under utdanning Hjemmearbeidende Arbeidsledig Annet

Følgende personer har bidratt i prosjektet:

KARI AANJESEN DAHLE. Forsker, cand. scient. med hovedfag i biologi. Hun er prosjektleder for de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene og har hatt hovedansvaret for å utarbeide metoderapporten, samt bidratt i hovedrapporten og institusjonsrapporten.

JON HELGELAND. Seniorrådgiver, cand. real. Han er ansvarlig for statistisk rådgivning i forbindelse med utvalgsplan, analyse og presentasjonsmåte, og har bidratt i metoderapporten.

OLAF HOLMBOE. Forsker, cand. polit. med hovedfag i sosialantropologi. Han har hatt hovedansvar for tilrettelegging av datafiler, samt hatt hovedansvaret for å utarbeide hovedrapporten og institusjonsrapporten.

REIDUN SKÅRERHØGDA. Prosjektkoordinator. Hun har hatt hovedansvaret for samarbeidet med sykehusene og for de merkantile sidene ved prosjektet.

ANDREW GARRATT. Seniorforsker, PhD. Han har hatt ansvaret for valideringen av spørreskjemaet, innledende statistiske analyser og har bidratt med faglige råd i rapportarbeidet.

ØYVIND ANDRESEN BJERTNÆS. Forskningsleder for seksjon for brukerundersøkelser, cand. polit. med hovedfag i sosiologi. Han har skrevet resultatartikkelen som er publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening.

TOMISLAV DIMOSKI. IT-ansvarlig, siv. ing. Han har utviklet programvaren, FS-systemet, som gjør at databasen ved Kunnskapssenteret kan benytte data fra sykehusenes ulike pasientadministrative systemer. Han har også ivaretatt de tekniske sidene ved innsamling og oppbevaring av data.

SAGA HØGHEIM. Prosjektsekretær. Hun har hatt hånd om alle utsendingene og registreringen av svarene i undersøkelsen.

Vi takker kontaktpersonene ved sykehusene for samarbeidet i forbindelse med innsamling av data.

PasOpp-prosjektet har dessuten hatt stor nytte av arbeidet som de tidligere prosjektlederne og prosjektmedarbeiderne for RESKVA har lagt ned, i tillegg til store og små praktiske bidrag fra andre personer ved Kunnskapssenteret i denne prosessen.