

Sammenhengen mellom behandlingsfornøydhhet og effekt av kognitiv atferdsterapi

Krister W. Fjermestad , Ingvild Anthonisen , Bente Storm Mowatt
Haugland , Arne Kodal , Jon Fauskanger Bjåstad og Gro Janne Wergeland

Sammenhengen mellom behandlingsfornøydhets og effekt av kognitiv atferdsterapi

Vi må vite hva som gjør at barn og unge er fornøyde med behandlingen de får. Og vi må vite hva som gjør at foreldre er fornøyde, da de har en avgjørende rolle for om barnet får tilgang til behandling. Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en veldokumentert metode for angstbehandling med barn (James, James, Cowdrey, Soler & Choke, 2015). På gruppenivå rapporterer 60 - 80 % av barn klinisk signifikant bedring etter manualbasert KAT (Kendall & Peterman, 2015). Behandlingseffekter kan operasjonaliseres på ulike måter, som for eksempel symptomlette, å ikke lenger møte kriteriene for en diagnose (diagnosetap), bedret livskvalitet og/eller bedret funksjon er sentrale utfallsmål. Kliniske forskere har foreslått at behandlingsfornøydhets, definert som i hvor stor grad behandlingstilbudet tilfredsstillers klientens behov og ønsker, også bør måles (Turchik, Karpenko, Ogles, Demireva, & Probst, 2010). Eksempler på klienters behov og ønsker kan være å oppleve mestring, å forstå seg selv og sin situasjon bedre og å få bedre selvbilde.

Studier viser at flertallet av barn og foreldre er fornøyd med psykologisk behandling (Barber, Tischler, & Healy, 2006; Turchik et al., 2010). Nordamerikanske studier har påvist sammenhenger mellom behandlingseffekter og barns og/eller foreldres fornøydhets (Garland, Aarons, Hawley, & Hough, 2003; Garland, Haine, & Boxmeyer, 2007; Kaplan, Busner, Chibnall, & Kang, 2001). Flere studier viser at foreldre er mer fornøyde enn barn, og foreldres fornøydhets er i større grad knyttet til behandlingseffekter enn barns fornøydhets (Barber et al., 2006; Biering, 2010; Turchik et al., 2010). Barns fornøydhets har også vist seg å henge sammen med barnets motivasjon for behandling, og barnets vurdering av allianse med terapeuten (Fjermestad et al., 2019).

Å undersøke om behandling er tilpasset klientens ønsker og preferanser, er i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis samt pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2019; Norsk Psykologforening, 2007). En nylig utført studie ved norske barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) av Solberg og kolleger fant imidlertid ingen forskjell i barne- eller foreldre-rapportert fornøydhets avhengig av om barn ble bedre etter behandling eller ikke (Solberg, Larsson, & Jozefiak, 2015). Studien representerer et viktig bidrag til praksisfeltet, men har noen avgjørende svakheter. I studien undersøkte forfatterne fornøydhets først 3 - 4 år etter at barnet fikk behandling, utfallsmål var utelukkende basert på foreldrerapportering, og barna hadde fått ulike behandlingstilnærming og hadde ulike tilstandsbilder.

I klinisk praksis vil det være vanskelig å måle fornøydhets flere år etter behandling. Det er dessuten viktig å undersøke sammenhengen mellom fornøydhets og utfallsmål rapportert av både barn,

foreldre og klinikere. Dette er viktig fordi slike utfallsmål ikke alltid samsvarer, og sammenhengen med fornøydhetsmål kan variere avhengig av hvem som rapporterer utfall (Garland et al., 2003). Videre er det viktig å undersøke fornøydhetsmål når manualbasert behandling brukes i psykisk helsevern for spesifikke tilstandsbilder. Dette er viktig fordi både klinikere og brukere har uttrykt skepsis til manualbaserte behandlinger (Kendall & Peterman, 2015), og fordi slik kunnskap kan brukes i diagnosespesifikke anbefalinger.

Kunnskap om sammenhengene mellom fornøydhetsmål og utfall når manualbasert behandling leveres i psykisk helsevern, kan bidra til større forståelse for brukeres (både foreldre og barns) opplevelse av behandling for barn med angstlidelser. Videre kan denne kunnskapen gi informasjon om nytteverdien ved fornøydhetsmål. For eksempel vil det være hensiktsmessig for behandlere å vite i hvilken grad fornøydhetsmål henger sammen med bedring, eller om fornøydhetsmål er et uavhengig mål i seg selv.

Hovedformålet med denne studien er å undersøke sammenhengen mellom behandlingsfornøydhetsmål og effekter etter kognitiv atferdsterapi for angst (KAT) i BUP. Vi undersøker effekter både umiddelbart etter behandling og 1 og 3,9 år seinere. Deretter vil vi beskrive hvilke elementer ved behandlingen barn og foreldre selv trekker frem som viktige. For å besvare/utforske dette har vi fire problemstillinger. Problemstilling 1 er hva opplevd barn og foreldre som viktigst ved behandlingen. Denne problemstillingen vil besvares gjennom en kategorisering av åpne svar gitt av deltakende barn og foreldre. Dette er en deskriptiv problemstilling, som etter vår kjennskap ikke er utforsket ved FRIENDS-programmet tidligere, derfor har vi ingen hypotese angående dette. Problemstilling 2 er om det er forskjell mellom barns og foreldres fornøydhetsmål og mellom gruppe- og individuell behandling. Hypotesen vår er at foreldre vil rapportere høyere fornøydhetsmål enn barn. Slik vi ser det, er det ikke teoretisk eller empirisk grunnlag for en hypotese om en eventuell forskjell mellom behandlingsformatene. Problemstilling 3 er om fornøydhetsmål predikeres av endring i angst- og depresjonssymptomer og angstdiagnoser fra før til etter behandling. Hypotesen vår er at det vil være en sammenheng mellom fornøydhetsmål og behandlingseffekter. Problemstilling 4 er om langtidseffekter kan forklares av fornøydhetsmål. Denne problemstillingen er, slik vi kjenner faglitteraturen, ikke undersøkt tidligere, og undersøkes derfor uten forhåndshypotese.

Metode

Utvalg og prosedyrer

Deltakere var 182 barn mellom 8 og 15 år (snitt = 11,5 år, SD = 2,1; 47 % gutter) som var henvist til BUP. Barn som oppfylte DSM-IV-kriteriene (American Psychological Association, 1994) for minst én av diagnosene separasjonsangst, sosial angst og generalisert angstlidelse, ble inkludert. Eksklusjonskriteriene var gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, psykoselidelser og/eller psykisk utviklingshemming.

Sytten terapeuter fra syv klinikker deltok i studien (snittalder = 48,2 år, SD = 11,0, spenn 30 - 63, 94 % kvinner), med 10,8 år klinisk erfaring i snitt (SD = 6.3, spenn 3 - 27 år). Terapeutene var ansatt ved BUP (ti psykologer, seks kliniske pedagoger og én klinisk sosionom). Fem terapeuter hadde toårig videreutdanning i KAT. De øvrige hadde lite eller ingen formell KAT-utdanning. Før studien deltok alle terapeutene på et todagers kurs om KAT og angstlidelser hos barn samt todagers kurs i behandlingsmanualen. Mens studien pågikk, deltok terapeutene på fire todagers samlinger om tema relatert til angstlidelser hos barn. Terapeutene mottok veiledning fra psykologer som var sertifisert i behandlingsmanualen.

Grupper på seks barn ble blokkrandomisert til individuell kognitiv atferdsterapi (IKAT; n = 91), gruppebasert kognitiv atferdsterapi (GKAT; n = 88) eller venteliste (n = 35). Deltakerne på venteliste ble randomisert til IKAT eller GKAT etter venteliste (snitt 10 uker).

FRIENDS-manualen (Barrett, 2008) ble oversatt til norsk i samarbeid med manualforfatteren. Barneversjonen av manualen ble brukt for deltakere på 8 - 12 år, mens ungdomsversjonen ble brukt for deltakere på 12 - 15 år.

Utfallsmål

Client Satisfaction Scale (CSS, tilpasset fra Barrett, Shortt, Fox, & Wescombe, 2001) ble brukt som mål på behandlingsfornøydhet. CSS består av ti ledd (f.eks. Jeg ville anbefalt FRIENDS-programmet til andre med lignende problemer) som besvares på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (veldig enig). Foreldreversjonen av skjemaet ble besvart av mødre (n = 121; # = .93) eller fedre (n = 43; # = .89). Barneversjonen ble besvart av barnet (n = 120; # = .79). I tillegg inneholdt spørreskjemaet en invitasjon til respondentene om selv å identifisere hva de opplevde som viktigst ved FRIENDS-programmet. Invitasjonen var formulert slik i spørreskjemaet: «Nevn de tre tingene ved FRIENDS-programmet som du synes var viktigst.»

The Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1996) ble brukt som diagnostisk intervju. Både barnevervsjonen og foreldreversjonen har utmerket mellomrater-reliabilitet, test-retest-reliabilitet og samtidig validitet (Lyneham, Abbott, & Rapee, 2007; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Intervjuene ble videofilmet. Et tilfeldig utvalg på 20 % ble vurdert av to klinikere som var opplært av ADIS-forfatteren (Silverman), og som ikke hadde kjennskap til opprinnelig vurdering. Enigheten mellom bedømmere estimert med kappa (k), var 0.84 (ADIS-C) og 0.86 (ADIS-P).

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS, Spence, 1998) måler barne- og forelderapporterte angstsymptomer hos barn. SCAS består av 38 ledd som besvares på en skala fra 0 (aldri) til 3 (alltid). SCAS har test-retest-reliabilitet på .60 over 6 måneder (Spence, 1998). Det er også funnet signifikante korrelasjoner ($r = .71-.75$) mellom SCAS og Revised Children's Manifest Anxiety Scale, en annen angstsкала for barn (Spence, 1998; Spence, Barrett, & Turner, 2003). Den interne konsistensen til SCAS var god (foreldre # = .85, barn # = .91).

Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ, Angold, Costello, Messer, & Pickles, 1995) måler barne- og forelderapporterte depresjonssymptomer hos barn. SMFQ består av 13 ledd som besvares på en skala fra 0 (ikke sant) til 2 (sant). SMFQ har test-retest-reliabilitet over to uker på .66 (barn) og .88 (foreldre; Kuo, Stoep, & Stewart, 2005). SMFQ skiller mellom kliniske og ikke-kliniske utvalg (Angold et al., 1995; Kuo et al., 2005). Den interne konsistensen til SMFQ var god (foreldre # = .86, barn # = .88).

Diagnostisk intervju og alle spørreskjema ble gjennomført før behandling, etter behandling og ved 1 og 3,9 års oppfølging, utenom CSS, som ble utfylt etter behandling. Angst- og depresjonssymptomer ble signifikant redusert gjennom oppfølgingsperioden. Andelen som mistet alle angstdiagnoser, var 27 % umiddelbart etter behandling, 45 % etter ett år og 53 % etter 3,9 år (Kodal et al., 2018; Wergeland et al., 2014).

Etikk

Det ble hentet inn informert skriftlig samtykke fra alle foreldre samt ungdommer over 12 år. Prosjektet var godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest.

Analyseplan

Første- og andreforfatter leste samtlige svar på den åpne oppfordringen til å liste hva som var viktigst ved FRIENDS-programmet. Uavhengig av hverandre kodet første- og andreforfatter svarene inn i kategorier som samsvarer med kjernekomponentene i FRIENDS («følelser», «tanker»,

«eksponering», «sosiale aspekter», «hjemmearbeid», «belønning»). Tre ytterligere kategorier ble lagt til («forhold ved terapeuten», «morsomme aspekter», «negative aspekter»). Disse tre siste kategoriene beskrev utsagn som begge forfatterne mente representerte tematiske mønstre av svar som ikke passet med kjernekomponentene. Vi målte snittenigheten mellom kategoriseringen til første- og andreforfatter, og fant den tilfredsstillende ($k = .73$). Uenigheter om hvilken kategori en gitt besvarelse passet best inn i, ble løst gjennom diskusjon mellom første- og andreforfatter.

CSS var normalfordelt (ingen skjevhet $> 0,94$, ingen kurtose $> 0,91$). Little's Missing Completely at Random (MCAR)-test viste at mønsteret av manglende data sannsynligvis var helt tilfeldig ($p = 0,935$). T-tester for uavhengige utvalg ble utført for å sammenligne CSS mellom foreldre og barn, mellom IKAT og GKAT, og for diagnosetap (tap av alle angstdiagnoser). Endring i SCAS og SMFQ ble brukt som prediktorer i en regresjonsmodell for CSS. CSS ble i videre regresjonsanalyser brukt som prediktor for endring i SCAS og SMFQ fra før behandling til 1 og 3,9 år etter. Effektstørrelser ble beregnet med Cohen's d (Cohen, 1992). Alle analyser ble gjennomført med IBM SPSS 25.0.

Resultater

TABELL 1 Kategorisering av barns og foreldres svar på «Nevn de tre tingene ved FR

Kategori	Andel barn	Andel foreldre	Eksempelsitater
Tanker*	35,3%	46,6%	Prøve å tenke indr somme tanker
Følelser*	44,0%	40,5%	At jeg lærte og slap
Eksponering*	61,2%	56,5%	Dette prosjektet h å innse at jeg ikke situasjoner
Sosiale aspekter*	11,2%	46,6%	At det var barn på med problemer og
Forhold ved terapeuten	9,5%	17,6%	Flink og snill beha
Belønning*	2,6%	3,1%	Belønne seg selv
Hjemmearbeid*	1,7%	2,3%	Lekser
Morsomme aspekter	8,6%	3,1%	Fikk nye venner o gøy
Negative aspekter	0,9%	13,7%	Likte ikke leksene

Merk. Foreldre: $n = 131$. Barn: $n = 116$. *Disse kategoriene er kjernekomponenter i programmet, og andreforfatters kategorisering av svarene.

Tabell 1 viser kategorisering av svarene fra barn og foreldre på hva de opplevde som det viktigste med behandlingen.

Det var ikke forskjeller i fornøydhets mellom IKAT og GKAT verken for barn ($p = .358$) eller foreldre ($p = .645$). De to betingelsene ble derfor behandlet som én gruppe i videre analyser. Generelt rapporterte både barn og foreldre en fornøydhets på over midten av skalaen (se tabell 2). Korrelasjonen mellom fornøydhets hos barn og hos foreldre var moderat ($r = .41$; $p > .001$). T-test viste at barn var signifikant mer fornøyde enn foreldre ($d = 0,24$).

TABELL 2 T-tester for uavhengige utvalg for fornøydhets i ulike grupper og tap av ar
behandling

		Mistet alle diagnoser		
		n	Snitt	SD
Rett etter	Fornøydhets – barn	31	4,13	0,53
	Fornøydhets – foreldre	31	4,21	0,45
1 år	Fornøydhets – barn	56	4,01	0,52
	Fornøydhets – foreldre	54	3,91	0,65
3,9 år	Fornøydhets – barn	62	4,08	0,51
	Fornøydhets – foreldre	62	3,93	0,60

TABELL 3 Fornøydhets predikert av angst- og depresjonssymptomendring fra før til

Avhengig variabel	Prediktorer (endring i symptomer)	β
Modell 1 Fornøydhets – barn	Angst – foreldre	0,32
		Angst – barn
		Depresjon – foreldre
		Depresjon – barn
Modell 2 Fornøydhets – foreldre	Angst – foreldre	0,35
		Angst – barn
		Depresjon – foreldre
		Depresjon – barn

*Merk. df = frihetsgrader. Angst – foreldre = foreldrerapportert endring i barns angstsymptomer og depresjonssymptomer. *signifikant på .05-nivå. **signifikant på .01-nivå.*

Tabell 2 viser oversikt over sammenhenger mellom fornøydhets og diagnosetap etter behandling, samt 1 og 3,9 år etter behandling. Barn og foreldre rapporterte signifikant høyere fornøydhets når barnet hadde mistet angstdiagnosene umiddelbart etter behandling og etter 3,9 år, men det var ingen forskjell etter 1 år.

Tabell 3 viser sammenhengen mellom fornøydhets og symptomendringer fra før til etter behandling. Endring i foreldrerapporterte angstsymptomer (for barn) og barnerapporterte depresjonssymptomer forklarte barnerapportert fornøydhets. Endring i foreldrerapporterte angst- og depresjonssymptomer (for barn) forklarte foreldrerapportert fornøydhets.

TABELL 4 Regresjonsmodeller for fornøydhets som prediktor for symptomendring

Avhengig variabel	Prediktorer	Før - 1 år etter			Før - 3,9 år etter		
		β	p	Forklart varians	df	β	p
Modell 1				1,5%	107		
Angst - barn	Fornøydhets - barn	0,01	0,938			-0,02	0,879
	Fornøydhets - foreldre		0,18	0,098			-0,05
Modell 2				20,7%**	108		
Angst - foreldre	Fornøydhets - barn	0,27	0,006			-0,32	0,002
	Fornøydhets - foreldre		0,28	0,004			-0,18
Modell 3				7,5%**	103		
Depresjon - barn	Fornøydhets - barn	-0,04	0,710			0,09	0,427
	Fornøydhets - foreldre		0,32	0,003			-0,30
Modell 4				13,8%**	109		
Depresjon - foreldre	Fornøydhets - barn	0,05	0,650			-0,01	0,934
	Fornøydhets - foreldre		0,37	0,00			-0,29

Merk. df = frihetsgrader. Angst - foreldre = foreldrerapportert endring i barns angstsymptomer. Depresjon - foreldre = foreldrerapportert depresjonssymptomer. *signifikant på .05-nivå. **signifikant på .01-nivå. *Samme mønster når tidlig endring kontrolleres for.

Tabell 4 viser sammenhengen mellom fornøydhets og symptomendringer fra før behandling til 1 og 3,9 år etter behandling. Fornøydhets predikerte ikke endring i barnerapporterte angstsymptomer. Både barne- og foreldrerapportert fornøydhets predikerte foreldrerapportert endring i angstsymptomer fra før til 1 år etter behandling; barnerapportert fornøydhets også 3,9 år etter. Foreldrerapportert fornøydhets predikerte endring i barne- og foreldrerapportert depresjon fra før til 1 og 3,9 år etter behandling.

Ettersom endring fra før til 1 og 3,9 år etter behandling er sterkt påvirket av tidlig endring (fra før til umiddelbart etter behandling), ble alle langtidsmodellene repetert med kontroll for tidlig endring. Effektene av fornøydhets på 1 års symptomendring forsvant for foreldrerapportert angst og depresjon, og for foreldrerapportert depresjon etter 3,9 år. I de øvrige modellene var fornøydhets fremdeles signifikant ($p < .05$) når tidlig endring ble kontrollert for, med ett unntak. I modellen for barnerapportert depresjon etter 1 år var fornøydhets nær grensen for signifikans ($p = .082$ for barn og $p = .054$ for foreldre) når tidlig endring ble kontrollert for.

Diskusjon

I denne undersøkelsen av fornøydhets blant barn og deres foreldre etter at barn hadde mottatt KAT for angst i BUP, fant vi at den behandlingskomponenten flest barn og foreldre trakk frem som viktig, var eksponering. Dette er viktig tilbakemelding for klinisk praksis, og i tråd med den forskningsbaserte antakelsen om at eksponering er den mest virksomme komponenten i KAT for angst (Kendall & Peterman, 2015).

Barn var noe mer fornøyde enn foreldre med behandlingen, imidlertid med liten effektstørrelse. Dette funnet er ikke i tråd med majoriteten av studier, som har vist at foreldre rapporterer høyere fornøydhets enn barn (Biering, 2010; Turchik et al., 2010). En forklaring kan være at behandlingseffekten var noe lavere i vår studie enn i andre angstbehandlingsstudier (Wergeland et al., 2014). Foreldrene kan dermed ha vært mindre fornøyde. Det er også mulig at forskjeller i type fornøydhetsmål som er anvendt, og ulike måletidspunkt, delvis kan forklare at vår studie viser andre resultat enn tidligere studier.

Endringer i angst- og depresjonssymptomer i løpet av behandlingen forklarte omtrent en tredjedel av variansen i foreldrerapportert fornøydhets. Det vil si at omtrent to tredjedeler av forklaringen på hvor fornøyde foreldrene er, skyldes andre faktorer enn bedring i angst- og

depresjonssymptomer. Dette er i tråd med tidligere studier (Garland et al., 2003; Garland et al., 2007; Kaplan et al., 2001; Turchik et al., 2010). Våre funn avviker imidlertid fra en norsk studie som ikke fant sammenheng mellom fornøydhets og bedring (Solberg et al., 2015). Mens Solberg og medarbeidere undersøkte behandling av barn uavhengig av behandlingsform, omhandler vår studie kun KAT. Det er mulig at KAT i større grad enn andre behandlingsformer har som eksplisitt mål å oppnå endring av symptomnivå, noe som kan medføre at fornøydhets naturlig har sterkere sammenheng med endringer.

Foreldres fornøydhets var sterkere og mer konsistent forbundet med utfall enn barns fornøydhets. Dette samsvarer med tidligere funn (Biering, 2010). Garland og medarbeidere (2003) fant at barns fornøydhets kun predikerte barnerapportert symptomendring, mens vi også fant sammenhenger mellom barns fornøydhets og foreldrerapportert symptomendring. I motsetning til studien til Garland og hennes medarbeidere var foreldrene i vår studie direkte involvert i deler av behandlingen, noe som kan forklare disse forskjellene.

Fornøydhets delforklarte symptomendring fra behandlingsstart til 1 og 3,9 år senere. I årene mellom behandlingsstart og langtidsoppfølging er behandlingen kun én av flere faktorer som påvirker utvikling av barns angst- og depresjonssymptomer. Fornøydhets forklarte imidlertid opp mot 15,5 % av symptomendringen i dette tidsrommet, et funn som viser betydningen av barne- og foreldrerapportert fornøydhets. Fornøydhets var sterkere relatert til langtidseffekter (3,9 år) enn med 1 års oppfølging. Årsaken til dette kan være at mer fornøyde klienter i høyere grad brukte ferdighetene fra FRIENDS over tid, sammenlignet med mindre fornøyde deltakere. En annen mulighet er at egenskaper ved deltakerne, som positivitet, mestringsforventninger eller relasjonelle ferdigheter, predikerte grad av fornøydhets og langsiktig endring. Det er viktig å merke seg at noen av langtidseffektene av fornøydhets forsvant når vi kontrollerte for tidlig endring (fra før til umiddelbart etter behandling). Dette gjaldt imidlertid primært effektene ved 1 års oppfølging. Det kan derfor se ut som om fornøydhets henger sterkest sammen med effekter umiddelbart etter og flere år etter behandling, men at noe av effekten forsvinner en tid etter behandling.

Styrker og begrensninger ved studien

En av styrkene ved denne studien er at den ble utført i offentlig helsevern. Dette er viktig fordi mange behandlingsstudier blir kritisert for å foregå i «virkelighetsfjerne» universitetsklinikker (Kendall & Peterman, 2015). Videre er settingen studien ble gjennomført i, en viktig styrke ved studien fordi offentlig helsevern er det tjenestetilbudet flest familier benytter seg av. Dermed er resultatene

relevante for den største gruppen av brukere. En annen styrke er at vi undersøkte en etterprøvable og manualbasert behandling med fornøydhets- og utfallsmål rapportert fra flere informanter (barn, foreldre, klinikere).

Studien har imidlertid også metodiske begrensninger. CSS måler fornøydhet etter angstbehandling og er således ikke et generelt mål på behandlingsfornøydhet. Modeller for fornøydhet har inkludert faktorer som tilgjengelighet og organisering av behandlingstilbudet (Biering, 2010; Brannan, Sonnichsen & Heflinger, 1996). CSS har ingen ledd som dreier seg om dette. Det ble gjennomført mange statistiske tester uten å korrigere signifikansnivået da dette er en utforskende studie. Avhengighet i data (nesting) ble ikke tatt høyde for i analysene, da antallet klienter pr. behandler er noe lavt. Selv om mønsteret av manglende data vurderes å være helt tilfeldig, er det også en svakhet at omtrent en tredjedel av barna ikke fylte ut fornøydhetsskjemaet.

Implikasjoner for klinisk praksis

Fornøydhet i behandling kan i seg selv indikere behandlingskvalitet, fordi klientens preferanser er sentrale i evidensbasert praksis. Dette tydeliggjøres gjennom at pakkeforløpene i psykisk helsevern innebærer systematisk måling av fornøydhet (Helsedirektoratet, 2019). Sammenhengen mellom fornøydhet og endring i symptomer kan tyde på at intervensjoner og relasjoner i behandlingen som bidrar til fornøydhet hos barn og foreldre, også kan bidra til behandlingseffekten over tid. Kunnskap om brukerfornøydhet kan videre gi mulighet for økt innsikt i hvilke aspekter ved en behandling som bør bedres (Verbeek et al., 2001). Uavhengig av hvorvidt mål på fornøydhet har sammenheng med symptomendring, kan fornøydhetsmål ha verdi ettersom symptomkartlegging ikke fanger opp all endring i terapi. En fornøyd bruker har en mer positiv erfaring fra behandling, som kanskje bidrar til at hen søker hjelp igjen på et senere tidspunkt hvor problemene kan ha dukket opp igjen, eller hvor nye problemer har oppstått.

Implikasjoner for forskning

Der er mange ubesvarte spørsmål om hva som forklarer behandlingsfornøydhet. Selv om symptomendring forklarte en del av brukerfornøydhet, ble 70 % av variasjonen i foreldres fornøydhet og mer enn 85 % av variasjonen i barns fornøydhet ikke forklart av symptomendring. Garland og medarbeidere (2003) bemerket at fornøydhetsmål er en lite nyttig metode for å finne ut om behandlingen gir symptomlette. Det bør undersøkes videre hvilke andre faktorer som kan tenkes å påvirke fornøydhet. Noen faktorer er allerede funnet å ha sammenheng med grad av fornøydhet, som symptom- eller funksjonsnivå ved behandlingsstart (Solberg et al., 2015; Turchik et al., 2010).

Andre relevante faktorerers påvirkning på grad av fornøydhet er foreløpig lite undersøkt. Personlige egenskaper ved klienten, klientens selvkonsept, attribusjonsstil eller relasjonelle stil er faktorer som kan antas å innvirke på fornøydhet, sammen med egenskaper ved terapeuten.

Konklusjon

Behandlingsfornøydhet er ikke nødvendigvis en god indikator på behandlingseffekt. Fornøydhet ser imidlertid ut til å forklare noe av behandlingseffekter, også på lang sikt. Fornøydhetsmål kan derfor være et viktig bidrag for å undersøke om klientens ønsker og behov er anerkjent og fulgt, i tråd med kravene til norske psykologer om å utøve evidensbasert praksis.

Referanser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E.J., Messer, S.C., & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(4), 237 - 249.
- Barber, A.J., Tischler, V.A., & Healy, E. (2006). Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *Journal of Child Health Care*, 10(1), 9 - 21. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.10.002>
- Barrett, P.M. (2008). *Friends for life* (Norsk versjon). Bergen: Innovest AS.
- Barrett, P.M., Shortt, A.L., Fox, T.L., & Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change*, 18(2), 63 - 77. <https://doi.org/10.1375/beh.18.2.63>
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing*, 17(1), 65 - 72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x>
- Brannan, A.M., Sonnichsen, S.E., & Heflinger, C.A. (1996). Measuring satisfaction with children's mental health services: Validity and reliability of the satisfaction scales. *Evaluation and Program Planning*, 19(2), 131 - 141. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(96\)00004-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(96)00004-3)
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155 - 159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

- Fjermestad, K.W., Lerner, M.D., McLeod, B.D., Wergeland, G.J.H., Haugland, B.S.M., Havik, O.E., Öst, L.-G., & Silverman, W.K. (2017). Motivation and treatment credibility predict alliance in cognitive behavioral treatment for youth with anxiety disorders in community clinics. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22551>
- Garland, A.F., Aarons, G.A., Hawley, K.M., & Hough, R.L. (2003). Relationship of youth satisfaction with mental health services and changes in symptoms and functioning. *Psychiatric Services*, 54(11), 1544 - 1546. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1544>
- Garland, A.F., Haine, R.A., & Boxmeyer, C.L. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30(1), 45 - 54. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2006.10.003>
- Helsedirektoratet (2019). Psykiske lidelser – Barn og unge. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
- James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). <https://10.1002/14651858.CD004690.pub4>
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J., & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 52(2), 202 - 206. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.2.202>
- Kendall, P.C., & Peterman, J.S. (2015). CBT for Adolescents with anxiety: Mature yet still developing. *American Journal of Psychiatry*, 172(6), 519 - 530. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14081061>
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L.G., Bjaastad, J.F., Haugland, B.S. M., Havik, O.E., Heiervang, E.R., & Wergeland, G.J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 58 - 67. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.003>
- Kuo, E.S., Stoep, A.V., & Stewart, D.G. (2005). Using the Short Mood and Feelings Questionnaire to detect depression in detained adolescents. *Assessment*, 12(4), 374 - 383. <https://doi.org/10.1177/1073191105279984>
- Lynham, H.J., Abbott, M.J., & Rapee, R.M. (2007). Interrater reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent version. *Journal of the American*

- Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(6), 731 - 736. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180465a09>
- Norsk psykologforening (2007). Evidensbasert praksis. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis>
- Silverman, W., & Albano, A. (1996). The anxiety disorders interview schedule for children (ADIS-C/P). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W.K., Saavedra, L.M., & Pina, A.A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937 - 944. <https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016>
- Solberg, C., Larsson, B., & Jozefiak, T. (2015). Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3–4-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(3), 224 - 232. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.971869>
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545 - 566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), 605 - 625. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00236-0)
- Turchik, J.A., Karpenko, V., Ogles, B.M., Demireva, P., & Probst, D.R. (2010). Parent and adolescent satisfaction with mental health services: Does it relate to youth diagnosis, age, gender, or treatment outcome? *Community Mental Health Journal*, 46(3), 282 - 288. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9293-5>
- Verbeek, J., van Dijk, F., Räsänen, K., Piirainen, H., Kankaanpää, E., & Hulshof, C. (2001). Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occupational and Environmental Medicine*, 58(4), 272 - 278. <https://doi.org/10.1136/oem.58.4.272>
- Wergeland, G.J.H., Fjermestad, K.W., Marin, C.E., Haugland, B.S.M., Bjaastad, J.F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W.K., Öst, L.G., Havik, O.E. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1 - 12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007>