

# Sammenheng mellom behandlingsfornøydheter og symptomlette i en randomisert kontrollert studie av barn med angstdiagnoser

Ingvild Anthonisen



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2018



# Sammenheng mellom behandlingsfornøydhets og symptomlette i en randomisert kontrollert studie av barn med angstdiagnoser

Ingvild Anthonisen

© Ingvild Anthonisen

2018

Sammenheng mellom behandlingsfornøydhets og symptomlette i en randomisert kontrollert studie av barn med angstdiagnoser

Ingvild Anthonisen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Sammendrag

*Forfatter:* Ingvild Anthonisen

*Tittel:* Sammenheng mellom behandlingsfornøydhets og symptomlette i en randomisert kontrollert studie av barn med angstdiagnoser

*Veileder:* Krister Westlye Fjermestad

**Bakgrunn:** Det er blitt mer vanlig å undersøke hvor fornøyde klienter er med psykologisk behandling. Fornøydhetsforskning er imidlertid preget av metodiske svakheter. Kognitiv atferdsterapi (KAT) har vist en lovende effekt for angstlidelser, også når barn er klienter. Det rapporteres gjerne høy grad av fornøydhets etter KAT, men usikre sammenhenger med bedring reiser spørsmålet om hva fornøydhets gjenspeiler. Denne delstudien er basert på barnedelen av studien Assessment and Treatment - Anxiety in Children and Adults (ATACA).

Hovedformålet var å undersøke hva barn og foreldre var fornøyde med etter behandlingen, samt å undersøke om det var en sammenheng mellom fornøydhets og endring i angst- og depresjonssymptomer og angstdiagnoser underveis i behandlingen og i tiden etter behandling.

**Metode:** Utvalget besto av norske barn i aldersgruppen 8-15 år (N = 182) som før KAT-behandlingen oppfylte diagnostiske kriterier for sosial fobi, separasjonsangstlidelse og/eller generalisert angstlidelse. Barn og foreldres fornøydhets etter behandlingen ble målt med Client Satisfaction Scale (CSS). CSS inneholder ti ledd og mulighet for åpne tilleggssvar. Forskjeller i fornøydhets mellom foreldre og barn samt gruppe- og individualbetingelser ble undersøkt ved t-tester for uavhengige utvalg (tohaledet). T-tester ble brukt for å undersøke forskjeller i fornøydhets basert på endring i diagnose underveis og i tiden etter behandling. Sammenheng mellom fornøydhets og symptomendring underveis og i tiden etter behandling ble undersøkt ved bruk av regresjon. Svarene på de åpne spørsmålene i CSS ble kvalitativt kategorisert.

**Resultater:** I gjennomsnitt rapporterte foreldre og barn høy fornøydhets etter behandling. Barn som hadde mistet angstdiagnosene i løpet av behandlingen og deres foreldre var signifikant mer fornøyde enn barn som ikke hadde mistet angstdiagnosene. Nedgang i angst- og depresjonssymptomer i løpet av behandlingen predikerte høyere fornøydhets. Det ble også funnet noen signifikante sammenhenger mellom fornøydhets og endring i ett og 3.9 år etter behandling.

**Konklusjon:** Denne delstudien tyder på at rapportert fornøydhets er relatert til bedring. Fornøydhets er et metodisk uklart forskningsfelt hvor flere studier med gode måleinstrumenter trengs. Likevel kan det argumenteres for at fornøydhets er et nyttig utfallsmål med tanke på å ta hensyn til klientens preferanser.



# Forord

Å skrive hovedoppgave har for meg vært som å bestige et fjell jeg ikke ante hvor høyt var. Jeg begynte på denne turen for halvannet år siden i den tro at den ville bli uendelig lang og slitsom. Lang har turen definitivt vært, men jeg har fått lære at dette fjellet greit kunne bestiges så lenge jeg tok klatringen i etapper. I dag er jeg takknemlig for å være ferdig, men også for det jeg har fått ut av arbeidet. Jeg har fått mye tid til å reflektere over hva god behandling er og over hva som er viktig for barn og ungdom som kommer i terapi. Jeg har lært at jeg kan interessere meg dypt for selv de smaleste temaer så lenge den overordnede problemstillingen oppleves viktig.

Jeg er svært takknemlig til ATACA-gruppen for at de lot meg fortsette arbeidet med deres datamateriale.

Jeg har også fått erfare hvor viktig det er å ha en god guide – en veileder som deler av sin tid og sine refleksjoner. Veilederen min Krister Westlye Fjermestad fortjener derfor en stor takk for at jeg kom meg opp på dette fjellet. Takk for alle innspill og for at du alltid har svart på mailene mine.

Tusen takk til Torunn og mamma, for at dere tok dere tid til å gi tilbakemeldinger til tross for visse hindringer. Til slutt vil jeg takke familie og venner for at dere har vist interesse for arbeidet mitt.

Oslo, oktober 2018

Ingvild Anthonisen





# Begrepsavklaring

**Barn:** Brukes her om barn og ungdommer under 18 år. Deltagerne i delstudien var i aldersgruppen 8 til 15 år, og de refereres derfor til som barn.

**Fornøydhet:** Forskning på dette fenomenet benevner fornøydhet ulikt. For enkelhets skyld vil begrepet behandlingsfornøydhet eller kun fornøydhet brukes om det som i litteraturen kalles klientfornøydhet, pasientfornøydhet og brukerfornøydhet.

**Barns fornøydhet:** I flere studier, inkludert denne, er barn gitt muligheten til å svare på spørreskjemaer som skal måle hvor fornøyd de er med behandlingen. Konstruktet som da måles kalles barns fornøydhet.

**Foreldres fornøydhet:** I behandlingsstudier med barneklienter er foreldres svar på spørreskjemaer om fornøydhet tenkt å gjenspeile konstruktet foreldres fornøydhet. Tilsvarende brukes også mødres fornøydhet og fedres fornøydhet som begreper.

**ATACA-studien:** Denne delstudien henter data fra den delen av studien Assessment and Treatment – Anxiety in Children and Adults (ATACA) som omhandler barn. Dette er en randomisert kontrollert studie som ser på effekten av kognitiv atferdsterapi (KAT) for angstlidelser sammenlignet med venteliste i tillegg til komparativ effekt av KAT individuelt og i gruppe (Wergeland et al., 2014; Wergeland et al., 2016). Studien ble gjennomført i perioden 2008-2012.

**T<sup>pre</sup>, T<sup>post</sup>, T<sup>1år</sup> og T<sup>3.9år</sup>:** Det er fire ulike måletidspunkter i ATACA-studien. T<sup>pre</sup> refererer til målingen før behandlingens begynnelse, og T<sup>post</sup> er tidspunktet rett etter behandlingens avslutning. T<sup>1år</sup> refererer til målingen ved oppfølging etter ett år, mens T<sup>3.9år</sup> refererer til målingen ved langtidsoppfølging som gjennomsnittlig var 3.9 år etter behandlingsslutt.



# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	14
1.1	Formål.....	15
1.2	Oversikt .....	15
2	Barn i terapi.....	16
2.1	Foreldreinvolvering .....	17
2.2	Gruppe- og individualbehandling.....	18
2.3	Manualbasert behandling.....	19
2.3.1	Manualbasert angstbehandling for barn .....	21
2.3.2	FRIENDS-programmet .....	22
3	Behandlingsfornøydhet .....	25
3.1	Fornøyde pasienter .....	26
3.2	Metodiske svakheter ved forskning på fornøydhet.....	27
3.3	Sammenheng mellom fornøydhet og andre variabler.....	28
3.3.1	Sammenheng mellom fornøydhet og andre variabler når barn er klienter.....	28
3.3.2	Forskjeller i fornøydhet mellom barn og foreldre .....	30
3.4	Fornøydhet som utfallsmål .....	30
4	Forskningsspørsmål og hypoteser .....	32
5	Metode.....	33
5.1	Deltagere.....	33
5.2	Prosedyre .....	33
5.2.1	Terapeuter.....	33
5.2.2	Behandlingsbetingelsene .....	34
5.2.3	Behandlingsprogrammet .....	34
5.3	Utfallsmål .....	36
5.3.1	Uavhengige mål.....	36
5.3.2	Avhengige mål .....	36
5.4	Etiske vurderinger.....	38
5.5	Statistiske analyser .....	38
6	Resultater.....	40
6.1	Hva var pasientene fornøyde med?.....	40
6.2	Behandlingsfornøydhet.....	40

6.3	Sammenheng mellom behandlingsfornøydhhet og endring etter behandling .....	42
6.3.1	Predikerer endring i angst- og depresjonssymptomer fornøydhhet?.....	43
6.3.2	Predikerer fornøydhhet endring i utfallsmål ett år etter behandling?.....	43
6.3.3	Predikerer fornøydhhet endring i utfallsmål 3.9 år etter behandling?.....	48
7	Diskusjon.....	52
7.1	Oppsummering av funn .....	52
7.2	Hvordan forstå sammenhengen mellom fornøydhhet og endring?.....	53
7.2.1	Fornøydhhet og symptomendring underveis i behandlingen .....	53
7.2.2	Fornøydhhet og endring i tiden etter behandling .....	54
7.3	Barn og foreldres fornøydhhet.....	55
7.4	Begrensninger ved delstudien.....	56
7.5	Implikasjoner for klinisk praksis .....	57
7.5.1	Hva er god terapi? .....	59
7.5.2	Å lytte til klienten.....	60
7.6	Implikasjoner for videre forskning .....	61
7.7	Konklusjon.....	62
	Litteraturliste .....	63

## Tabeller og figurer

Tabell 1.	<i>En beskrivelse av hver av delene i akronymet FRIENDS</i> .....	23
Tabell 2.	<i>Oversikt over angstlidelser før behandling</i> .....	33
Figur 1.	<i>Flytskjema for deltakere i ATACA-studien.</i> .....	35
Figur 2.	<i>Behandlingsfornøydhhet rapportert av barn, mødre og fedre.</i> .....	40
Tabell 3.	<i>Svar på åpne spørsmål, andeler som nevner ulike aspekter</i> .....	41
Tabell 4.	<i>T-test for uavhengige utvalg (tohalet) for CSS mellom barn og foreldre</i> .....	42
Tabell 5.	<i>T-tester for uavhengige utvalg (tohalet) for fornøydhhet i ulike grupper og tap av diagnoser ved <math>T^{post}</math></i> .....	43
Tabell 6.	<i>Regresjonsmodeller for fornøydhhet ut fra symptomendring fra <math>T^{pre}</math> til <math>T^{post}</math></i> .....	44
Tabell 7.	<i>T-tester for uavhengige utvalg (tohalet) for fornøydhhet i ulike grupper og tap av diagnoser ved <math>T^{1år}</math></i> .....	45
Tabell 8.	<i>Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra <math>T^{pre}</math> til <math>T^{1år}</math></i> .....	45
Tabell 9.	<i>Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra <math>T^{post}</math> til <math>T^{1år}</math></i> .....	47
Tabell 10.	<i>T-tester for uavhengige utvalg (tohalet) for fornøydhhet i ulike grupper og tap av diagnoser ved <math>T^{3.9år}</math></i> .....	48
Tabell 11.	<i>Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra <math>T^{pre}</math> til <math>T^{3.9år}</math></i> .....	49
Tabell 12.	<i>Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra <math>T^{post}</math> til <math>T^{3.9år}</math></i> .....	50



# 1 Introduksjon

Det er funnet at nærmere 30% av oss vil tilfredsstille kriteriene for en angstlidelse i løpet av livet (Kessler et al., 2005). Hos barn og ungdommer er angstlidelser funnet å være blant de vanligste psykiske lidelsene, selv om rapporterte prevalenstall varierer fra 3.1 til 18% (Essau & Gabbidon, 2013). I tillegg til at angstlidelser er prevalente, viser de høy komorbiditet med andre angstlidelser og øvrige psykiske lidelser. Det er funnet at opp mot 72% av de som oppfyller kriteriene for en angstlidelse oppfyller kriteriene for minst én annen psykisk lidelse, der depresjon er den vanligste (Essau & Gabbidon, 2013). Kliniske nivåer av angst kan gi stort ubehag for barn og familiene deres, i tillegg til at det kan påvirke sosial og akademisk fungering (Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998). Studier tyder på at barn med angstlidelser kan ha dårlige relasjoner til jevnaldrende og prestere svakere i lesing og matematikk (Essau & Gabbidon, 2013). I tillegg til de personlige utfordringene angstlidelser gir, gjør den høye prevalensen og de negative effektene på fungering at angstlidelser legger en økonomisk byrde på samfunnet (Greenberg, Sisitsky, & Kessler, 2001).

I følge diagnosemanualen DSM-IV, som ble brukt i denne delstudien, kan barn diagnostiseres med tolv ulike angstlidelser (American Psychological Association, 1994). I denne oppgaven vil fokuset ligge på separasjonsangstlidelse, sosial fobi og generalisert angstlidelse.

Separasjonsangstlidelse er karakterisert av overdreven angst knyttet til separasjon fra hjemmet eller fra dem barnet er knyttet til. For å tilfredsstille diagnosekriteriene må angsten imidlertid gi klinisk signifikant svekkelse i funksjon og være mer intens enn det som forventes ut fra barnets utviklingsnivå (American Psychological Association, 1994). Sosial fobi er karakterisert av en markert og vedvarende frykt for visse sosiale situasjoner eller situasjoner der personen må prestere. Disse situasjonene gir umiddelbare angstresponser og blir derfor unngått eller gjennomført med sterkt ubehag. Tenåringene og voksne forstår gjerne at frykten er overdreven eller irrasjonell, men dette er sjeldnere tilfelle for barn (American Psychological Association, 1994). Generalisert angstlidelse (GAD) karakteriseres av minst seks måneder med vedvarende og overdreven angst og bekymring som oppleves vanskelig å kontrollere. I tillegg kommer gjerne symptomer som konsentrasjonsvansker, kroppslig uro og søvnvansker (American Psychological Association, 1994).

Gjennom 1970-tallet ble det mer vanlig å be pasienter ved poliklinikker for psykisk helse om å evaluere helsetjenestene de mottok. På denne tiden vokste det frem et forskningsfelt som

undersøkte fornøydhets hos pasientene i psykisk helsevern. Til tross for utstrakt bruk av slike evalueringsskjemaer har det vært usikkerhet knyttet til hva fornøydhetsskalaer faktisk måler, noe som gjør nytteverdien av skjemaene begrenset. Forskning på korrelater til fornøydhets, som senere vil presenteres her, er gjennomført for å øke kunnskapen om hva fornøydhets dreier seg om. Det er også foreslått at fornøydhets kan være et viktig mål i seg selv med tanke på å få et bilde av klientens syn på behandlingen samt å forebygge behandlingsfravall, spesielt hos ungdom (Garland, Aarons, Saltzman, & Kruse, 2000; Turchik, Karpenko, Ogles, Demireva, & Probst, 2010).

## 1.1 Formål

Formålet med denne delstudien er å bidra til å utvide forståelsen av fenomenet behandlingsfornøydhets ved å undersøke sammenhengen med barne- og foreldrerapportert symptomendring underveis i og i tiden etter angstbehandling. Økt kunnskap om denne sammenhengen kan gi større forståelse av nytteverdien av å måle fornøydhets etter behandling i tillegg til at det kan bidra inn i den større diskusjonen om hva som er god behandling for barn.

Hovedformålene med denne delstudien er:

1. Å undersøke hva barn og foreldre er fornøyde med etter behandling.
2. Å undersøke om det er en sammenheng mellom grad av fornøydhets og endring i symptomer og diagnoser underveis i behandling av barn med angstlidelser.
3. Å undersøke om det er en sammenheng mellom grad av fornøydhets og endring i symptomer og diagnoser i tiden etter behandling av barn med angstlidelser.

## 1.2 Oversikt

Her vil det først legges frem forskning på psykologisk behandling av barn, inkludert foreldreinvolvering og gruppe- og individualbehandling. Videre vil evidens knyttet til manualbasert behandling presenteres, med særlig fokus på manualbasert behandling som er utviklet spesifikt for barn. Deretter vil fornøydhets som begrep beskrives, og forskning på fornøydhets vil bli lagt frem. Til slutt vil metoden presenteres før resultatene legges frem og diskuteres.

## 2 Barn i terapi

Basert på forskning på stabilitet og varighet kan det se ut til at for det store flertallet av barn med en angstlidelse vil lidelsen gradvis forsvinne. Imidlertid får omtrent 30% av disse tilbakefall eller fortsetter å ha angstsymptomer i klinisk grenseområde (Seligman & Gahr, 2013). Likevel mottar kun en liten andel av barn med angstlidelser hjelp i psykisk helsevern. Studier har ofte vist at under halvparten av barn med angst mottar behandling (Seligman & Gahr, 2013). Flere studier (se f. eks. Weiss, Catron, Harris, & Phung, 1999) har også indikert at den hjelpen barn og unge gjerne har fått, har skilt seg sterkt fra behandlinger som er evidensbaserte. I senere studier er det blitt funnet en liten negativ effekt av de vanlige behandlingstilbudene, noe som viser viktigheten av å fokusere på at tilbudet som gis, skal er evidensbasert (Seligman & Gahr, 2013). Det er imidlertid usikkert om studier av det norske helsetilbudet ville gitt samme resultater. I Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge beskrives en uttalt forventning om at behandlingen skal gis i tråd med vitenskapelig dokumentasjon om virkningsfulle behandlingsformer (Helsedirektoratet, 2008).

Barn har et annet utgangspunkt enn voksne når de kommer til behandling. De søker sjelden behandling selv, er ofte usikre på hva de skal forvente og er kanskje lite interessert i å motta behandling (Kingery et al., 2006). Da barn er i en mer omfattende utvikling enn voksne, er det å tilstrebe en utviklingssensitiv tilnærming i terapien viktig. Haugland (2011) har bemerket at denne tilnærmingen, som innebærer tilpasning til barnets utvikling på ulike områder, bør få konsekvenser for valg som tas i alle faser av en behandling. Fenomener som betraktes som irrasjonell tenkning hos voksne, vil være normale for barn, blant annet egosentrisk tenkning og overgeneralisering (Haugland, 2011). Helt konkret innebærer dette at terapi med barn bør ta hensyn til at de for eksempel viser mer konkret kognitiv tenkning, dårligere gjenkjenning av og forståelse for emosjonelle tilstander, større nåtids- enn fremtidsfokus samt større variasjon i motivasjon (Piacentini & Bergman, 2001). Når det gjelder terapi med ungdommer, er det viktig å ta hensyn til at de står i en overgangsperiode der det skjer stor utvikling både i den enkelte ungdom, i ungdommens relasjoner til andre og i ungdommens omgivelser. Hvor ungdommen er kommet på disse utviklingsområdene, kan påvirke terapiprosessen (Sauter, Heyne, & Westenberg, 2009). Et annet viktig aspekt ved terapi med barn og ungdom er at de i større grad enn voksne er avhengig av familien og systemet rundt (Piacentini & Bergman, 2001). Når det gjelder barn avhenger det vanligvis av foreldrene om de kommer til behandling



eller ikke. Også i hverdagen er barn avhengige av sine foreldre, og foreldrene kan derfor bidra til å øke eller minske barnets negative handlingsmønstre (Kingery et al., 2006). En måte behandler kan ta hensyn til dette på, er å involvere foreldrene i behandlingen.

## 2.1 Foreldreinvolvering

Det er blitt foreslått at foreldre bør involveres i barnets angstbehandling for at barnet skal få bedre utbytte av behandlingen. På den måten kan foreldrenes holdning til og håndtering av barnets problemer endres, og foreldrene kan eventuelt bli bevisst egne angstsymptomer (Thulin, Svirsky, Serlachius, Andersson, & Öst, 2014). Foreldre blir ofte en naturlig del av organiseringen rundt behandlingen, men behandlingsopplegg varierer i hvor stor grad de aktivt inkluderer foreldrene i behandlingen. Det er forskjell på om foreldrene kun bidrar med informasjon, om de er delaktige i gjennomføringen av behandlingen, eller om de faktisk er medklienter som mottar familierapi eller foreldreveiledning (Kendall & Choudhury, 2003). Spesielt er det poengtert at foreldre får en viktig rolle med et av de sentrale elementene i kognitiv atferdsterapi (KAT), nemlig å bistå barn i eksponeringen for det de er redde for (Manassis et al., 2014; Sauter et al., 2009). For at foreldreinvolvering ikke skal virke forstyrrende på behandlingen, er det viktig å tilpasse graden av involvering til barnets utviklingsnivå. Yngre barn trenger ofte at foreldrene er mer deltagende, mens ungdommer kan ha behov for tid alene med terapeuten for å ivareta sitt behov for autonomi (Kingery et al., 2006).

Til tross for at flere behandlingsprogrammer gir foreldreinvolvering en viktig plass i behandlingen, gir ikke studier et entydig svar på om det medfører bedre behandlingsutfall. En metaanalyse som undersøkte 48 studier av foreldreinvolvering i terapi med barn, fant en moderat økning i effekt når foreldrene var involvert i behandlingen (Dowell & Ogles, 2010). Her ble det imidlertid funnet at individualterapi med KAT hadde bedre effekt enn andre individuelle behandlingsformer (bl. a. psykoedukasjon, fosterhjemsplasing og medikamentell behandling). På den måten var den økte effekten av foreldreinvolvering mindre hvis barnet ble behandlet med KAT. Flere metaanalyser som har undersøkt angstbehandling med KAT, har ikke funnet noen signifikant effekt av å involvere foreldre i angstbehandling, men har bemerket at det ennå ikke kan konkluderes i dette spørsmålet (Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012; Thulin et al., 2014). En fersk studie undersøkte utfallet etter angstbehandling med KAT der foreldre enten deltok kun i familiesamtaler, eller i

tillegg hadde parallelle timer med terapeuten. Forskerne fant ingen forskjeller mellom gruppene like etter behandling eller seks måneder etter, men etter tre år viste gruppen der foreldrene hadde fått egne timer, signifikant færre angstsymptomer hos barna (Walczak, Esbjørn, Breinholst, & Reinholdt-Dunne, 2017). Det kan altså tyde på at foreldreinvolvering har betydning for utfallsmål på lang sikt. En tidligere metaanalyse fant heller ingen effekt av foreldreinvolvering på utfallsmålene rett etter behandling, men etter ett år var utfallsmålene signifikant bedre når foreldrene hadde vært involvert i behandlingen (Manassis et al., 2014). I denne metaanalysen ble det imidlertid påpekt at det foreløpig er lite grunnlag for å vite hva ved foreldreinvolvering som er virksomt. Det er også lite forskning på effekten av foreldreinvolvering ved gruppeterapi. I denne delstudien er foreldreinvolvering integrert i behandlingen til både gruppe- og individualbetingelsen. Videre vil evidens på effekten av nettopp gruppe- og individualbehandling legges frem.

## **2.2 Gruppe- og individualbehandling**

Behandling i grupper har fått stadig mer fokus i terapiforskningen. En av fordelene ved gruppeterapi sammenlignet med individualterapi er at pasientene kan kjenne seg igjen i hverandre og få støtte fra hverandre samt få økt følelse av mestring ved at gruppa sammen løser problemer (Manassis et al., 2002; Tucker & Oei, 2007). I tillegg kan det gi eksponering for sosiale situasjoner (Flannery-Schroeder, Choudhury, & Kendall, 2005), spesielt med tanke på at situasjonen i større grad enn i individualterapi ligner på en hverdagslig situasjon for ungdommer (Liber et al., 2008). Gruppeterapi kan likevel ha ulemper, ved å begrense muligheten for behandleren til å skreddersy behandlingen til den enkelte pasient (Manassis et al., 2002). I denne typen behandling er det også fare for at alliansen med behandler er svakere eller at det forekommer negativ modellering fra andre i gruppen (Liber et al., 2008).

Mange studier har vist at gruppeterapi har like god effekt som individualterapi i behandling av en rekke psykiske lidelser (McRoberts, Burlingame, & Hoag, 1998; Tucker & Oei, 2007). Det er også en voksende evidens innenfor sammenligning av gruppe- og individualterapi når det kommer til barn med angstlidelser. Studier har vist at barn som mottar KAT i gruppe får signifikant bedre utfall enn barn som står på venteliste (Barrett, 1998; Flannery-Schroeder et al., 2005; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Manassis et al., 2002; Silverman et al., 1999). En rekke studier har ikke funnet noen signifikant forskjell i effektstørrelser ved gruppe- og individualbetingelser (Flannery-Schroeder et al., 2005; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000;

Liber et al., 2008; Manassis et al., 2002). Den gjennomgående trenden er derfor at det ikke er store forskjeller i effekt om KAT gis i gruppe eller individuelt, selv om nyere metaanalyser har konkludert noe forskjellig. Mens én metaanalyse viste at behandlingsformene var like effektive (Seligman & Ollendick, 2011), viste en annen at individualterapi gjennomgående hadde noe større effektstørrelser (Reynolds et al., 2012).

I denne delstudien mottok barna KAT enten i gruppe eller individuelt. Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom gruppe- og individualbehandling i tap av diagnose, verken like etter behandling eller ett år etter (Wergeland et al., 2014). Effektstørrelsene varierte fra små til store, men det var ingen forskjell mellom betingelsene. Unntaket var at gruppebehandling ga signifikant færre foreldrerapporterte depresjonssymptomer. Både gruppe- og individualbehandlingen ble gitt med det manualbaserte behandlingsprogrammet FRIENDS. Etter en oppsummering av diskusjonen rundt og forskningen på manualbasert behandling vil dette behandlingsprogrammet presenteres.

## **2.3 Manualbasert behandling**

De siste tiårene er flere teoridrevne, manualbaserte behandlingsformer blitt inkludert i såkalte evidensbaserte behandlingsformer (Wilson, 2007). KAT for barn er et eksempel på en slik behandlingsform. Studier har funnet at KAT har god effekt hos barn. Typisk opplever 60-80% en klinisk signifikant bedring, og 50-70% oppfyller ikke lenger kriteriene for diagnosen etter endt behandling (Kendall & Peterman, 2015). En metaanalyse av studier på effekten av KAT hos barn fant at denne terapiformen typisk gir klinisk og statistisk signifikante endringer (Seligman & Ollendick, 2011).

Det er imidlertid fortsatt uenighet rundt hvilken alder som skal til for å ha utbytte av KAT (Sauter et al., 2009). Kognitiv umodenhet kan være begrensende for hvor mye et barn får ut av kognitivt arbeid, men KAT brukes gjerne til barn begrunnet med at de med riktige tilpasninger kan ha utbytte av det. Et eksempel på en foreslått tilpasning er at behandler i arbeid med de yngste barna fokuserer mer på intervensjoner knyttet til atferd (Reynolds et al., 2012). Det er de siste årene skrevet mye om nettopp viktigheten av å tilpasse manualbasert KAT til barnets emosjonelle, kognitive og sosiale utviklingsnivå (Kendall & Peterman, 2015). Det er blitt påpekt at alder er en viktig, men ikke tilstrekkelig indikator på hvilket utviklingsnivå barnet ligger på (Haugland, 2011; Kingery et al., 2006), slik at individuell vurdering er nødvendig. Sauter og medarbeidere (2009) påpekte at tilpasning er viktig fordi

emosjonelle, sosiale og kognitive utviklingsfaktorer kan påvirke både deltagelse i terapi og selve terapiprosessen. For eksempel kan ungdommens behov for autonomi stå i veien for å søke hjelp, og under selve behandlingen kan dette behovet føre til motstand.

Til tross for gode effekter har manualbaserte behandlingsformer fått blandet respons fra klinikere. Disse behandlingsformene har gitt gode resultater i kontrollerte studier. Noen av fordelene som har blitt trukket frem, er en veldokumentert effektivitet og at behandlingen i mindre grad er avhengig av intuitivt klinisk skjønn (Wilson, 2007). I tillegg er det trukket frem at manualer kan gjøre behandlingen bedre fordi den er tidsavgrenset og fokusert (Wilson, 1996). En nylig artikkel poengterte at behandling basert på manualer bidrar til å redusere bias ved å holde behandler på en høy profesjonell standard, og at behandlingen, med god individuell tilpasning, gir store, robuste effektstørrelser (Pagano, Kyle, Johnson, & Saeed, 2017). Forfatterne trakk også frem at manualbasert behandling kan være nyttig i opplæring av nye terapeuter fordi det gjør det lettere for veiledere å overvåke ferdighetene til terapeuten, i tillegg til at de ferske terapeutene får en strukturert tilnærming til psykoterapi som har solid forskningsgrunnlag.

Wilson (2007) påpekte følgende som den viktigste kritikken mot manualbasert behandling: at den hindrer innovasjon på terapifeltet og at den kliniske nytten er lav. Han fant imidlertid lite støtte for disse påstandene og viste til at de kontrollerte studiene av manualbaserte behandlingsformer i økende grad hadde inkludert pasienter med alvorlig psykopatologi, komorbiditet og erfaringer med mislykket behandling samt at den terapeutiske innovasjonen ikke hadde minket, men økt (Wilson, 2007). Annen kritikk av manualbasert behandling har handlet om at manualene underminerer terapeutenes kliniske håndverk (Wilson, 1996) og at manualene gir lite individualisert behandling, noe som også kan føre til at den terapeutiske alliansen svekkes (Pagano et al., 2017). Tidlig i utviklingen av manualbaserte behandlingsformer ble det funnet at behandlere var skeptiske til om den terapeutiske relasjonen ved manualbasert behandling ville bli svakere, om pasientens behov eller følelser ikke ville bli møtt og om det ville være vanskelig eller kjedelig å jobbe med manualer (Addis, Wade, & Hatgis, 1999). KAT har også av andre blitt kritisert for å være kald og skjematisk, selv om alliansen mellom klient og terapeut har blitt beskrevet som et viktig grunnlag også for manualbasert behandling (Seligman & Ollendick, 2011). I en studie av terapeutisk allianse hos barn med internaliserende lidelser (angst og depresjon) som mottok enten manualbasert KAT eller vanlig behandling som ikke var manualbasert, ble det ikke funnet noen forskjell verken i barnerapportert eller observert allianse (Langer, McLeod, & Weisz, 2011).

I en diskusjonsartikkel bemerket to av forfatterne, Addis og Cardemil, at diskusjonen rundt manualbasert behandling på overflaten handler om manualer, men at den egentlig dreier seg om større spørsmål (Addis, Cardemil, Duncan, & Miller, 2006). Blant annet trakk de frem at bruk av manualer er et spørsmål om profesjonell identitet og om hvilke terapiretninger som skal få plass i klinisk praksis. Forfatterne som argumenterte *for* bruk av manualbaserte behandlingsformer, bemerket at behandlingsmanualer kun er skrevne dokumenter som er tenkt å bistå i implementeringen av evidensbaserte behandlingsformer, og at de derfor gir et viktig bidrag i psykologisk behandling. Forfatterne som argumenterte i motsatt retning, Duncan og Miller, poengterte at manualer gir et feilaktig bilde av psykoterapiforskningen fordi valg av terapimetode er vist å være lite vesentlig for psykoterapiutfall, og at bruk av manualer ikke gir bedre resultater (Addis et al., 2006).

I enkelte av studiene i en litteraturgjennomgang rundt effekten av manualbasert terapi ble det funnet at evidensbaserte terapiformer ikke ga like god effekt som annen terapi, noe som kan tyde på at noen terapeuter implementerer metodene på en måte som ikke hjelper pasientene (Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006). I dag er det, som tidligere nevnt, robust empirisk støtte for at manualbaserte behandlingsformer kan gi store effektstørrelser – i noen studier også større enn ikke-manualbaserte, men effekten er avhengig av god implementering (Wilson, 2007). Sanetti, Collier-Meek og Fallon (2016) understreket at etterlevelse av manualen er funnet å være en viktig moderator for utfall, men at det i dag er enighet om at man som behandler må tilpasse behandlingen til hver enkelt klient. Sammen med medarbeidere påpekte også skaperen av Mestringskatten, en manualbasert angstbehandling for barn, at kreativitet og kliniske ferdigheter spiller en viktig rolle i implementering av manualbasert behandling, og at fleksibilitet gir det beste resultatet (Hamilton, Kendall, Gosch, Furr, & Sood, 2008).

### **2.3.1 Manualbasert angstbehandling for barn**

Philip C. Kendall (1990) var den første til å utvikle og teste effektiviteten av et manualbasert KAT-program for angstlidelser hos barn og ungdom. Manualen Mestringskatten forsøkte å inkorporere de essensielle elementene i KAT samtidig som det ga rom for fleksibilitet slik at behandlingen kan tilpasses hvert enkelt barn. I den første randomiserte studien med manualen, fant Kendall (1994) at individualterapi med Mestringskatten var effektivt i å redusere angstsymptomer sammenlignet med å stå på venteliste. Senere empiriske studier har funnet at dette programmet er effektivt i ulike formater og i forskjellige kulturer, samt at de positive

endringene opprettholdes over tid (Albano & Kendall, 2002). Mestringskatten har blitt oversatt og tilpasset til norske barn (Kendall, Martinsen, & Neumer, 2006a; Kendall, Martinsen, & Neumer, 2006b). Manualen ble også modifisert for bruk i Australia og fikk der navnet The Coping Koala (Barrett, 1995; Barrett, Dadds, & Rapee, 1991). Dette programmet har vist lovende resultater både som behandlingsprogram (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996) og forebyggingsprogram (Dadds et al., 1999). Basert på tilbakemeldinger fra pasienter ble The Coping Koala videreutviklet til programmet FRIENDS for Life (Barrett & Ryan, 2004), som senere også ble oversatt til norsk (Barrett, 2008). Felles for disse KAT-programmene er at de baserer seg på fem komponenter: psykoedukasjon, ferdighetstrening i håndtering av somatiske symptomer, kognitiv restrukturering, eksponeringsmetoder og planer for forebygging av tilbakefall (Albano & Kendall, 2002).

### **2.3.2 FRIENDS-programmet**

FRIENDS for Life (FRIENDS) har fokus på at barnet skal lære problemløsningsferdigheter, gjenkjenning og håndtering av kroppslige signaler, kognitiv restrukturering, oppmerksomhetstrening, gradert eksponering og å bruke støtte fra familie og venner (Iizuka, Barrett, & Morris, 2013). Akronymet FRIENDS står for de ulike komponentene i programmet (se Tabell 1). FRIENDS er blitt trukket frem av World Health Organization (2004) som et lovende angstforebyggende program. Det foreligger studier som har funnet at FRIENDS kan bidra til å redusere angstsymptomer hos skolebarn (Barrett, Farrell, Ollendick, & Dadds, 2006; Lowry-Webster, Barrett, & Lock, 2003; Maggin & Johnson, 2014), og programmet er brukt forebyggende i land i ulike deler av verden (se f. eks. Ahlen, Breitholtz, Barrett, & Gallegos, 2012; Stallard, Simpson, Anderson, & Goddard, 2008). Som behandlingsprogram har FRIENDS vist en lovende effekt på angstsymptomer (Barrett et al., 1996; Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001; Shortt, Barrett, & Fox, 2001), og det er også funnet høy grad av fornøydhet hos foreldre og barn som har deltatt (Barrett, Shortt, Fox, & Wescombe, 2001).

Selv om det i senere tid også er blitt brukt forebyggende, ble FRIENDS-programmet opprinnelig utviklet for individual- og gruppeterapi med barn på 8-16 år (Barrett, 2008). Manualen finnes i en barneverisjon (6-11 år) og en ungdomsversjon (12-16 år). Programmet består av ti ukentlige sesjoner med individual- eller gruppeterapi, som har en varighet på henholdsvis 60 eller 90 minutter. FRIENDS skiller seg fra Mestringskatten og The Coping Koala ved at foreldreinvolvering vektlegges i større grad (Iizuka et al., 2013). Foreldrene får

parallelt med barnets sesjoner også egne timer. I tillegg deltar de i 15 minutter av hver sesjon og på to egne foreldrekvelder.

Tabell 1. *En beskrivelse av komponentene bak akronymet FRIENDS*

---

F = Følelser	Deltagerne lærer å forstå og vise følelsene sine samt bry seg om andres følelser.
R = Rolig og avslappet	Målet er at deltagerne skal bli bedre til å bli bevisst på kroppslige tegn og å lære avspenningsøvelser som en del av det å bli mer bevisst på seg selv og andre.
I = Indre hjelpsomme tanker	Denne delen handler om å forstå konseptet selvsnakk og å lære å tenke positivt.
E = Ett skritt av gangen	Deltagerne hjelpes til å sette realistiske mål og utforske måter å nå dem på. Sentralt i denne delen er å lage sin egen plan for gradert eksponering kalt trappetrinnsplanen.
N = Nå kan jeg belønne meg selv!	Fokuset på trappetrinnsplanen fortsetter, og deltagerne lærer å se hvordan de kan belønne seg selv når de lykkes med den.
D = Det er øvelse som gjør mester	Deltagerne minnes om hvor viktig det er å øve på ferdighetene de lærer i løpet av programmet. De oppmuntres også til å dele det de har lært med familien og andre de kjenner.
S = Smil og ha det bra!	Den siste delen handler om å oppmuntre deltagerne til å bruke FRIENDS-planen i situasjoner de møter, dele det med andre og ha støtte i andre rundt seg.

---

*Note.* Innholdet er hentet fra Barrett (2008) og Iizuka og medarbeidere (2013).

Hovedstudien ATACA, som denne delstudien tar utgangspunkt i, brukte FRIENDS som behandlingsprogram. Fra behandlingens begynnelse til avslutning var det signifikante reduksjoner i angst- og depresjonssymptomer rapportert av både barn og foreldre (Wergeland et al., 2014). Etter behandling hadde 22.7% av barna mistet sin aktuelle angstdiagnose, mens andelene var 36.5% og 53.0% ved oppfølging henholdsvis ett og 3.9 år etter behandling (Kodal et al., 2018). Behandlingen med FRIENDS ser derfor ut til å ha hatt en tydelig effekt, selv om andelen som ble fri for angstdiagnosene var lavere enn andre behandlingsstudier på KAT for barn med angstlidelser (Reynolds et al., 2012), også studier gjennomført i vanlige klinikker (d.v.s., ikke universitetsklinikker; Southam-Gerow et al., 2010). Detaljene rundt behandlingens effekt er nærmere beskrevet i tidligere artikler fra ATACA-gruppen (Kodal et al., 2018; Wergeland et al., 2014; Wergeland et al., 2016).



### 3 Behandlingsfornøydhhet

I den første grundige litteraturgjennomgangen på feltet behandlingsfornøydhhet ble det presentert både en bred og en smal definisjon av begrepet brukerfornøydhhet (Lebow, 1983). Den smale definisjonen ble formulert som «the extent to which services gratify the client's wants, wishes, or desires for treatment» (s. 212), der fornøydhhet gjerne var målt med et selvrapporteringsskjema. Den bredere definisjonen inkluderte i tillegg mer indirekte mål som klager, ros og tilbakemeldinger fra klientene på hva ved behandlingen som ble opplevd å være til hjelp (Lebow, 1983).

Det er diskutert hvorvidt fornøydhhet som fenomen består av én eller flere faktorer. I en relativt tidlig metaanalyse ble det vist at flere studier har funnet én generell faktor, mens andre har funnet flere, noe som tyder på at fornøydhhet er et komplekst fenomen (Young, Nicholson, & Davis, 1995). For eksempel konstruerte Brannan og medarbeidere (1996) en modell med fire faktorer for foreldres fornøydhhet basert på sin faktoranalyse: tilbudets tilgjengelighet og bekvemmelighet, barnets behandlingsprosess og relasjon til terapeuten, tilbud for foreldre og familie og global fornøydhhet. I en nyere litteraturgjennomgang ble det funnet grunnlag for å dele fornøydhhet inn i tre faktorer: fornøydhhet med omgivelsene og organiseringen, fornøydhhet med hjelperne/relasjonen til behandler og fornøydhhet med behandlingsutfallet (Biering, 2010). Hvilke elementer som vektlegges, kan også tenkes å påvirkes av hvem som rapporterer. Copeland og medarbeidere (2004) har foreslått at det er sannsynlig at foreldre i større grad baserer sin fornøydhhet på behandlingstilbudets tilgang og bekvemmelighet, barnets fremgang i behandlingen, relasjonen til terapeuten og tilbudet til foreldre og familie. Ungdommens fornøydhhet kan i større grad være påvirket av deres egenskaper og holdninger til å komme i behandling enn den faktiske behandlingen de får (Copeland et al., 2004).

Forskningen på fornøydhhet har blant annet dreid seg om hvor fornøyde klienter er med behandlingen, hvordan fornøydhhet best kan måles og sammenhengen med andre variabler som blant annet demografi, behandlingstilnærming og symptomendring i behandling. Videre vil det bli en presentasjon av viktige funn på disse områdene. Diskusjonen rundt fornøydhhet som utfallsmål vil også oppsummeres før forskningsspørsmålene blir presentert.

## 3.1 Fornøyde pasienter

I den første store litteraturgjennomgangen av forskning på fornøydhets med psykisk helse-tjenester ble det funnet at flertallet av klienter (76-83%) rapporterte å være fornøyde, samtidig som det ofte var en gruppe på litt under 10% som rapporterte å være misfornøyde (Lebow, 1983). I senere studier er det også en gjennomgående trend at mer enn halvparten sier at de er fornøyde, noe som gjelder både for unge og voksne klienter (se f. eks. Barber, Tischler, & Healy, 2006; Copeland et al., 2004; Garland, Aarons, et al., 2000; Garland, Saltzman, & Aarons, 2000; Kaplan, Busner, Chibnall, & Kang, 2001; Martin, Petr, & Kapp, 2003; Turchik et al., 2010). Fornøydhets er hyppig studert i kommersiell sammenheng som kundefornøydhets, noe som kan ha overføringsverdi til pasienters fornøydhets. Her er det også et gjennomgående funn at flertallet er fornøyde, og i de fleste slike studier viser fordelingen en negativ skjevhet (Peterson & Wilson, 1992).

Det er blitt foreslått ulike årsaker til at mange studier viser negativ skjevhet. Det kan være at (1) kundene faktisk er fornøyde med det de får, (2) positive forventninger og kognitiv innsats gjør at kundene sier de er fornøyde, (3) fenomenet fornøydhets ikke er normalfordelt eller (4) skjevheten kommer som en bieffekt av metodisk tilnærming i tillegg til kundenes personlige karakteristikk (Peterson & Wilson, 1992). En faktor som er foreslått å påvirke rapportering av behandlingsfornøydhets er sosial ønskverdighets (Lebow, 1982; Young et al., 1995). Sosial ønskverdighetsbias er et fenomen som er funnet å påvirke selvrapportering. Det kan defineres som systematisk feilrapportering som kommer av respondentens ønske om å gi andre et positivt bilde av en selv (Fisher, 1993). Klientene som svarer på et spørreskjema om behandlingsfornøydhets kan derfor tenkes å svare i henhold til hva de tenker er «korrekt» eller sosialt akseptabelt. En studie som undersøkte sammenhengen mellom fornøydhets og sosial ønskverdighets, fant imidlertid at de to variablene ikke var korrelert (Gaston & Sabourin, 1992). Et annet fenomen som kan tenkes å påvirke fornøydhets, er kognitiv dissonans. Kognitiv dissonans er en tilstand av inkonsistens som oppleves psykologisk ubehagelig. Teorien om kognitiv dissonans sier at nærvær av dissonans fører til handlinger for å redusere den (Festinger, 1962). Det er i dette tilfellet mulig å tenke seg at klienter er lite fornøyde med behandlingen, men da de opplever at dette ikke er i tråd med det som er sosialt akseptabelt, vil de endre denne tanken, og derfor svare at de er fornøyde. Sosial ønskverdighetsbias og kognitiv dissonans er to fenomener som er med på å komplisere måling av fornøydhets. Det er også flere metodiske utfordringer på dette forskningsfeltet.

## 3.2 Metodiske svakheter ved forskning på fornøydhhet

Forskningen på fornøydhhet er kritisert av mange for å ha metodiske svakheter. Peterson og Wilson (1992) pekte på mange mulige feilkilder i målingen av fornøydhhet. Her ble det blant annet foreslått at (1) spørreskjemaene kan ha en takeffekt, altså at de har en øvre begrensning som gjør at forskjeller over en viss grense ikke fanges opp, (2) de som er fornøyde oftere svarer på spørreskjemaet, (3) de som blir spurt personlig eller per telefon svarer mer positivt enn de som svarer på selvrapporteringskjema, (4) positivt vinklede spørsmål gir positive svar, (5) tidspunktet for målingen påvirker rapportering, for eksempel fordi fornøydhheten gjerne er størst rett etter et kjøp, (6) sosial ønskverdighet kan gi mer positive svar og (7) kunder med få valgmuligheter kan være mer fornøyde (Peterson & Wilson, 1992). Lebow kommenterte allerede på 80-tallet mange av disse metodiske svakhetene. Han fant i sin litteraturgjennomgang at det kun var i gjennomsnitt 40% av klientene som ble kontaktet som faktisk responderte (Lebow, 1983). En annen metaanalyse fant at medianandelen som responderte var 33% i studier av behandling av barn (Young et al., 1995). Det ble også tidlig poengtert at de som responderer oftere har hatt en vellykket behandling, noe som gjør respondentgruppen lite representativ (Lebow, 1982).

En metodisk svakhet som ofte blir trukket frem ved fornøydhhetsforskningen er at metodene og måleinstrumentene varierer kraftig, noe som gjør at det blir vanskelig å sammenligne studier (Brannan et al., 1996; Garland, Aarons, Hawley, & Hough, 2003; Lebow, 1982; Turchik et al., 2010). En litteraturgjennomgang fant dessuten at over halvparten av studiene ikke rapporterte reliabilitet og validitet ved sine måleinstrumenter (Sitzia, 1999). I nyere studier er fornøydhhet sjelden målt med samme spørreskjema, spesielt i forskning på terapi med barn (Biering, 2010). For voksne er Client Satisfaction Questionnaire-8 det mest brukte fornøydhhetsinstrumentet (se f. eks. Attkisson & Zwick, 1982; Copeland et al., 2004; Gaston & Sabourin, 1992; Solberg, Larsson, & Jozefiak, 2015), men for barn og unge har ikke ett instrument fått gjennomslag i samme grad. Det instrumentet som er mest brukt, er imidlertid Multidimensional Adolescent Satisfaction Scale (MASS; Garland et al., 2003; Garland, Aarons, et al., 2000; Garland, Haine, & Boxmeyer, 2007). Den er funnet å ha god validitet og reliabilitet i tillegg til å korrelere høyt med CSQ-8 (Garland, Saltzman, et al., 2000). MASS er også brukt i studier av sammenhengen mellom fornøydhhet og andre variabler.

### **3.3 Sammenheng mellom fornøydhhet og andre variabler**

Fornøydhhet er blitt undersøkt i relasjon til variabler som blant annet demografi, symptomnivå, symptomendring, lengde på behandling og behandlingsmetode. Funnene er sprikende. For eksempel pekte Lebow (1983) på at noen studier hadde funnet en svak sammenheng mellom fornøydhhet og alder, kjønn og etnisitet, mens en senere studie ikke fant noen sammenheng mellom demografi og grad av fornøydhhet (Gaston & Sabourin, 1992). Mens Lebow (1983) fant at terapimetoder som direkte tok for seg problemløsning ga større fornøydhhet, fant Gaston og Sabourin (1992) nesten ti år senere ingen signifikante forskjeller i fornøydhhet mellom ulike behandlingsmetoder. Begge fant imidlertid svake sammenhenger mellom grad av fornøydhhet og lengde på behandling, der lengre terapiforløp ga noe mer fornøyde pasienter. Også i en studie der pasientene var ungdommer, ble det funnet at lengden på terapien hadde en sammenheng med fornøydhhet. Lengre terapi hang sammen med høyere grad av fornøydhhet (Garland, Aarons, et al., 2000). Det ble imidlertid funnet at type behandling (gruppe-, individual- eller familiebasert) ikke var relatert til grad av fornøydhhet.

En av hensiktene med å måle fornøydhhet etter behandling har vært å vurdere om behandlingen har hatt effekt, og forskere har derfor vært interessert i sammenhengen mellom terapiutfall og fornøydhhet. En tidlig studie fant at grad av fornøydhhet korrelerte moderat med endring i klientrapporterte symptomer (Attkisson & Zwick, 1982). Lebow (1983) fant i sin litteraturgjennomgang en svak sammenheng mellom grad av fornøydhhet og terapeutrapportert utfall. Han bemerket i en tidligere artikkel at tidspunkt for målingen av fornøydhhet har betydning, der grad av fornøydhhet i større grad overlapper med symptomrapportering hvis den måles sent i terapien (Lebow, 1982). En senere studie fant også at utfall og fornøydhhet var relatert. Her var gruppen som viste klinisk signifikant bedring mer fornøyde med behandlingen enn de som viste liten eller ingen bedring (Ankuta & Abeles, 1993).

#### **3.3.1 Sammenheng mellom fornøydhhet og andre variabler når barn er klienter**

Forskning på korrelater til fornøydhhet hos voksne klienter er ikke nødvendigvis overførbar til barn. I studier og litteraturgjennomganger som har sett på fornøydhhet hos barn og unge, er igjen de metodiske svakhetene trukket frem som et hinder i å sammenligne forskningsresultater. Flere har likevel forsøkt å undersøke korrelater til fornøydhheten hos unge

klienter og deres foreldre. Når det gjelder demografiske variabler som kjønn, alder og etnisitet har de fleste ikke funnet signifikante sammenhenger med grad av fornøydhets hos barn eller foreldre (Barber et al., 2006; Biering, 2010; Garland, Aarons, et al., 2000; Martin et al., 2003; Young et al., 1995). I en studie ble det imidlertid funnet at eldre ungdommer var mer fornøyde enn yngre (Turchik et al., 2010). Flere studier har også undersøkt sammenhengen mellom fornøydhets og mengde eller type psykiske vansker. En litteraturgjennomgang fant at vanskene var relatert til grad av fornøydhets i noen studier, men at andre studier ikke viste dette (Biering, 2010). Flere har imidlertid funnet at større vansker ved behandlingens begynnelse ga lavere grad av fornøydhets. Barn med større emosjonelle og atferdsmessige vansker (Garland, Aarons, et al., 2000), større totale vansker (Barber et al., 2006) eller mer symptomer og dårligere fungering (Turchik et al., 2010) er funnet å være mindre fornøyde. I en studie av 345 norske ungdommer under behandling i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ble det funnet at grad av fornøydhets var negativt korrelert med symptomtrykk ved behandlingsstart (Solberg et al., 2015).

Som med behandling av voksne har det vært interesse for å se på om fornøydhets henger sammen med bedring i terapi med barn. Tidligere har det imidlertid vært få studier som har sett på disse sammenhengene (Young et al., 1995). I dag er det stor variasjon i hva studier som ser på relasjonen mellom fornøydhets og endring i fungering og symptomer, har funnet, og det er foreløpig vanskelig å trekke konklusjoner (Biering, 2010). I noen studier ser bedring og fornøydhets ut til å overlappe hverandre i liten grad. Det er funnet at symptomendring forklarer lite av fornøydhets (Turchik et al., 2010) og at grad av fornøydhets og nedgang i patologi ikke er korrelert (Lambert, Salzer, & Bickman, 1998). I den nylige studien gjort ved norske BUPer fant Solberg og medarbeidere (2015) ingen forskjell i grad av fornøydhets mellom dem som ble bedre etter behandling og dem som ikke ble det. Andre studier har funnet komplekse sammenhenger mellom endring i utfallsmål og foreldre eller barns fornøydhets. I en metaanalyse ble det funnet at positive endringer i global fungering og behandleres vurdering av oppnådde terapimål korrelerte med grad av fornøydhets (Young et al., 1995). I en studie ble det funnet at barns fornøydhets var signifikant korrelert med foreldrerapportert nedgang i symptomer, og det ble funnet en signifikant korrelasjon mellom bedring i fungering og ungdommens og foreldrenes fornøydhets (Garland et al., 2007). Foreldrenes fornøydhets var signifikant, men kun svakt relatert til foreldrerapportert bedring i en studie av barn som hadde vært innlagt på døgnpst (Kaplan et al., 2001). Garland (2003) fant at ungdommens selvrapporterte symptomendring var assosiert med grad av fornøydhets,

men at ungdommens fornøydhetsnivå var lite assosiert med foreldre- og behandler-rapportert endring i symptomer og fungering.

### **3.3.2 Forskjeller i fornøydhetsnivå mellom barn og foreldre**

Innenfor fornøydhetsfeltet er det blitt lite diskutert hvem som egner seg best som informanter når det kommer til fornøydhetsnivå. Det kan imidlertid trekkes likheter til en diskusjon innenfor pediatri, der mange tidligere mente at helserelatert livskvalitet best ble målt ved å spørre foreldrene (Eiser & Varni, 2013). Etter hvert som studier viste at barn og foreldres rapportering skilte seg fra hverandre, ble disse forskjellene tenkt å skyldes metodiske feil. Det er imidlertid funnet at barn valid og reliabelt kan rapportere sin helserelaterte livskvalitet allerede fra fem års alder (Varni, Limbers, & Burwinkle, 2007). I dag mener mange at barn og foreldres rapportering av helserelatert livskvalitet viser to ulike perspektiver som begge er viktige (Eiser & Varni, 2013). Dette er overførbart til det ikke så ulike fenomenet fornøydhetsnivå. Noe av årsaken til at både barn og foreldres fornøydhetsnivå er målt i denne delstudien, er at begge disse perspektivene vurderes som viktige til tross for at de kan skille seg fra hverandre. I måling av fornøydhetsnivå har barnet et unikt perspektiv som det kan være svært nyttig for fagpersoner å få del i, hevdet Young og medarbeidere (1995). Lambert og medarbeidere (1998) mente det er viktige forskjeller i hvilket utfall foreldre, barn og behandlere rapporterer, og at dette kan være et argument for å ikke bare spørre foreldrene om hvor fornøyde de er, men også å spørre barna.

Flere studier har sett på sammenhengen mellom barn og foreldres fornøydhetsnivå. Biering (2010) konkluderte med at foreldre vanligvis er mer fornøyde enn barna, og at korrelasjonen mellom barn og foreldres fornøydhetsnivå er svak til moderat. Et interessant funn er at foreldres fornøydhetsnivå her så ut til i større grad å være knyttet til terapiutfall enn det barnets fornøydhetsnivå var. Andre har funnet det samme: at foreldre er mer fornøyde enn barna (Barber et al., 2006; Turchik et al., 2010). Korrelasjonene mellom barn og foreldres fornøydhetsnivå er funnet å være lave (Garland et al., 2007) til moderate (Copeland et al., 2004; Solberg et al., 2015).

## **3.4 Fornøydhetsnivå som utfallsmål**

For å måle om en terapi har hatt ønsket effekt eller ikke, må det velges utfallsmål som samsvarer med det som ønskes oppnådd i terapien. Tradisjonelt sett har psykoterapiforskning brukt symptomkartleggingsskjemaer for å måle effekt, både i randomiserte, kontrollerte

studier og i studier gjort i vanlige klinikker (Lambert & Barley, 2002). Et annet utfallsmål som gjerne blir brukt i psykoterapiforskning handler om hvorvidt klientene oppfyller kriteriene for en diagnose eller ikke. Dette utfallsmålet blir også et indirekte mål på symptomnivå.

Det er blitt argumentert for å bruke andre utfallsmål enn symptomer og diagnose. For eksempel skrev Frisch og medarbeidere (1992) at livsfornøydhets er en naturlig del av begrepet «mental helse» i tillegg til fravær av symptomer, og de argumenterte med at symptomsmål ikke i stor nok grad fanger opp positive endringer i psykoterapi. I den klassiske metaanalysen fra 1977 der Smith og Glass undersøkte effekten av psykoterapi, så de på effektstørrelsen på et bredt spekter av utfallsmål: frykt og angst, selvtillit, tilpasning, jobb/skole-fungering, personlighetstrekk, sosial atferd, emosjonell/somatisk lidelse og fysiologisk stress. Effektstørrelsene ble funnet å være størst for frykt-/angstreduksjon og selvtillit, mens tilpasning og jobb- og skoleprestasjoner hadde lavere effektstørrelser og lot seg kanskje ikke like lett endre gjennom terapi (Smith & Glass, 1977). I senere forskning er også et bredt spekter av utfallsmål blitt brukt for å måle hva som er god terapi, bl. a. relasjonell fungering, fungering i jobb/skole, globalt velvære og fornøydhets (Lambert & Barley, 2002). Det kan argumenteres for at endring i symptomsmål blir en for smal indikator på effektiv behandling.

I American Psychological Association (APA) sin prinsipperklæring er evidensbasert psykologisk praksis definert slik: «Evidensbasert praksis i psykologi (EBPP) er integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser» (Levant, 2005, s. 5). Pasientens opplevelse av behandlingen får her en viktig plass. I denne sammenheng kan fornøydhets som utfallsmål fange opp om behandlingen har vært i tråd med pasientens preferanser. Vuori (1991) påpekte at hvis pasienten er misfornøyd, har ikke behandlerne nådd målet sitt. Det samme vektla Verbeek og medarbeidere (2001) når de poengterte at måling av fornøydhets er en måte å finne ut hva ved behandlingen som bør forbedres. Fornøydhets er også blitt trukket frem som et tegn på kvalitet i behandlingen, og også av denne grunn et ønsket utfall i seg selv (Williams, 1994). Er fornøydhets i seg selv et ønsket utfall av behandlingen, må behandler forsøke å gjøre pasientene fornøyde. Da er det nettopp naturlig å spørre pasientene om de fornøyde (Vuori, 1991). Åpne spørsmål kan i denne sammenheng være et viktig supplement til spørreskjemaer for å få mer innsikt i hva ved behandlingen som pasientene opplever som nyttig og viktig. I denne delstudien har pasientene fått åpne spørsmål om behandlingen, og dermed kan det gis et tydeligere bilde av *hva* de er fornøyde med eller hva de ikke er fornøyde med.

## 4 Forskningsspørsmål og hypoteser

Denne delstudien har som mål å bidra til større forståelse av fenomenet behandlingsfornøydheth. Med utgangspunkt i datamaterialet fra ATACA-studien er det spesielt relasjonen mellom symptomendring og behandlingsfornøydheth som skal belyses.

Først vil datamaterialet på fornøydheth analyseres deskriptivt. Problemstilling 1 er: Hva er pasientene fornøyde med? Dette vil besvares basert på kvalitative data. Rundt dette spørsmålet foreligger lite tidligere forskning, og hypotesen er åpen. Problemstilling 2 er: Hvor fornøyde er barn og foreldre med behandlingen, og er det forskjeller i fornøydheth mellom informantene? Her vil det undersøkes om det er signifikante forskjeller mellom barn og foreldres grad av fornøydheth og mellom de to behandlingsbetingelsene. Basert på tilgjengelig forskning er hypotesen at barn og foreldre generelt rapporterer høy grad av fornøydheth, og at foreldre er noe mer fornøyde enn barna. Det er ikke tilstrekkelig grunnlag for å ha hypoteser knyttet til forskjeller mellom gruppe- og individualbetingelsene.

Problemstilling 3 er: Er det en sammenheng mellom fornøydheth og endring i symptomer og diagnose underveis i behandlingen? Det er ønskelig å finne ut om det er forskjell i grad av fornøydheth hos dem som mistet angstdiagnosene i løpet av behandlingen og dem som ikke gjorde det, og om nedgang i angst- og depresjonssymptomer fra begynnelse til avslutning av behandlingen henger sammen med grad av fornøydheth etter behandling. Tidligere forskning har ikke påvist robuste sammenhenger, men majoriteten av studier har funnet at det er visse sammenhenger mellom endring og fornøydheth. Hypotesen er derfor at det vil fremkomme forskjeller i fornøydheth basert på symptomendring eller tap av diagnose.

I tillegg til disse spørsmålene er det et ønske at denne delstudien skal belyse problemstilling 4: Henger fornøydheth etter behandling sammen med symptom- og diagnoseendring over tid? Dette er et spørsmål som etter min kunnskap ikke er undersøkt tidligere. Eventuelle sammenhenger mellom barn og foreldres fornøydheth og symptomendring hos barnet innen oppfølging ett og 3.9 år etter behandling, kan gi mer kunnskap om hva fornøydheth sier om utbytte av terapien. Da dette spørsmålet ikke tidligere er blitt undersøkt, er hypotesen åpen.



# 5 Metode

## 5.1 Deltagere

Datamaterialet til denne delstudien ble hentet fra den delen av ATACA-studien (Wergeland et al., 2014) som ble utført ved sju offentlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Vest-Norge. I studien deltok 182 barn i aldersgruppen 8-15 år (GJ = 11.5 år, SA = 2.1; 53.0% jenter). Av disse var 90.7% etnisk norske, mens etnisitet var ikke oppgitt for de resterende 9.3%. Deltagerne ble rekruttert gjennom henvisninger til poliklinikkene mellom 2008 og 2010. Foreldre til barn som ble henvist med angstsymptomer ble invitert til å delta i studien. Barna som møtte kriteriene i DSM-IV (American Psychological Association, 1994) for minst én av de tre diagnosene separasjonsangstlidelse (SAD), sosial angstlidelse (SOP) og generalisert angstlidelse (GAD) ble inkludert (se Tabell 2 for deltagerens diagnoser ved inklusjon). Eksklusjonskriteriene var gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, psykoselidelser og/eller psykisk utviklingshemming. Av 258 barn og foreldre som fikk tilbudet, ble 182 barn med foreldre deltagere i studien (se Figur 1 for deltakerflyt). Det ble hentet inn informert skriftlig samtykke fra alle foreldre samt ungdommer over 12 år.

Tabell 2. Oversikt over angstlidelser før behandling

	Primærdiagnose <sup>1</sup>	Sekundærdiagnose <sup>2</sup>	Tertiærdiagnose <sup>3</sup>
SAD	32.4%	22.6%	32.1%
SOP	46.9%	28.2%	20.8%
GAD	20.7%	49.2%	47.2%

Note. SAD = separasjonsangstlidelse. SOP = sosial fobi. GAD = generalisert angstlidelse. N<sup>1</sup>=182. N<sup>2</sup>=124. N<sup>3</sup>=53.

## 5.2 Prosedyre

### 5.2.1 Terapeuter

Sytten terapeuter deltok i studien (GJ alder = 48.2 år, SA = 11.0, spenn 30-63, 94.0% kvinner). Terapeutene hadde i gjennomsnitt 10.8 år med klinisk erfaring (SA = 6.3, spenn 3-

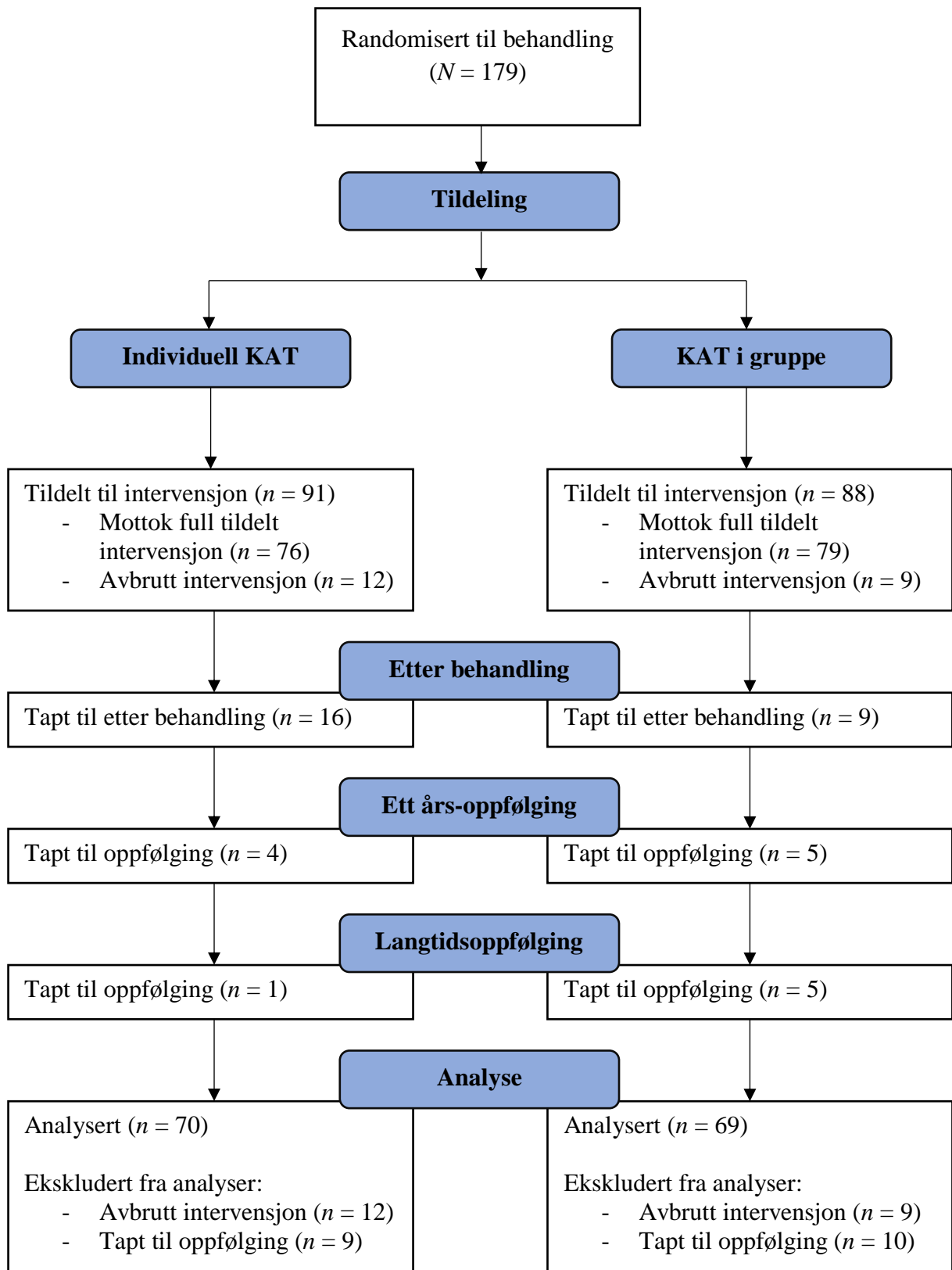
27 år). De var ansatt ved poliklinikkene og hadde ulik faglig bakgrunn: ti psykologer, seks kliniske pedagoger og én klinisk sosionom. Fem terapeuter hadde en toårig videreutdanning i KAT, mens de øvrige terapeutene hadde lite eller ingen formell utdanning i KAT. Før studiens begynnelse deltok alle terapeutene på et to-dagers kurs om KAT og angstlidelser hos barn samt et to-dagers kurs om FRIENDS. I tillegg gjennomførte terapeutene to pilotbehandlinger. Disse behandlingene ble godkjent av veiledere som var offisielt sertifisert i FRIENDS-programmet av programmets forfatter. Mens studien pågikk, deltok terapeutene på fire to-dagers kurs som omhandlet temaer relatert til angstlidelser hos barn, og underveis mottok alle veiledning fra en av de sertifiserte FRIENDS-veilederne.

### **5.2.2 Behandlingsbetingelsene**

Gjennom blokkrandomisering ble grupper på seks barn randomisert til individuell KAT (IKAT), KAT i gruppe (GKAT) eller en ventelistebetingelse. De familiene som hadde en ventelisteperiode, mottok ikke behandling ved BUP i denne perioden. Etter ventelisteperioden, som hadde en gjennomsnittlig varighet på 10 uker, ble ytterligere 35 barn randomisert til de to behandlingsbetingelsene. Slik ble det totale antallet barn som ble randomisert til behandling 91 for IKAT og 88 for GKAT. Kodal og medarbeidere (2018, se Figur 1) valgte å ekskludere deltakere ved T<sup>3.9</sup> år som ikke hadde deltatt ved T<sup>post</sup> eller T<sup>1</sup> år, mens i denne delstudien er alle som deltok ved T<sup>3.9</sup> år inkludert for å få størst mulig grunnlag for analysene.

### **5.2.3 Behandlingsprogrammet**

FRIENDS for Life-manualen (4. utgave) ble oversatt fra engelsk til norsk av et forskningsteam i samarbeid med manualforfatteren Paula Barrett. Det ble gjort små endringer for å tilpasse manualen til bruk med norske familier, og endringene ble godkjent av Barrett. Manualen ble brukt både ved IKAT og GKAT. Terapeutene ble instruert i å gjennomføre de samme oppgavene i begge betingelser, blant annet å lage en eksponeringsplan og å gjennomføre denne. Barnevervsjonen av FRIENDS-manualen ble brukt for barna på 8-12 år, mens ungdomsversjonen ble brukt for ungdommer på 12-15 år. Ungdommene på 12 år kunne randomiseres til begge grupper og mottok barnevervsjonen (N = 34) eller ungdomsversjonen (N = 5) basert på en klinikers vurdering av barnets modenhet. Innholdet i FRIENDS-programmet er beskrevet mer i detalj i introduksjonen (se kapittel 2.3.2). Etter de ti ukentlige sesjonene hadde barna to ekstra sesjoner etter én og tre måneder.



Figur 1. Flytskjema for deltakere i ATACA-studien. Hentet fra Kodal et al, 2018, og oversatt til norsk.

## 5.3 Utfallsmål

### 5.3.1 Uavhengige mål

#### Fornøydhet

For å måle fornøydhet, ble instrumentet Client Satisfaction Scale (CSS) brukt. Instrumentet er basert på et evalueringsskjema i en studie der FRIENDS-programmet ble brukt i behandling (Barrett, Shortt, et al., 2001). CSS ble tilpasset og oversatt til norsk av ATACA-gruppen, og oversettelsen tilbake til engelsk ble godkjent av forfatterne av instrumentet. Spørreskjemaet består av ti spørsmål eller påstander (f.eks. «Jeg ville anbefalt FRIENDS-programmet til andre med lignende problemer.») som besvares på en skala fra én til fem. Skjemaet ble besvart umiddelbart etter behandlingens avslutning ( $T^{\text{post}}$ ), det vil si etter den siste av 10 behandlingstimer. Foreldreversjonen av skjemaet ble besvart av mødre ( $n = 121$ ; intern konsistens  $\alpha = .93$ ) og fedre ( $n = 43$ ; intern konsistens  $\alpha = .89$ ). Barnevervsjonen ble besvart av barnet ( $n = 120$ ; intern konsistens  $\alpha = .79$ ). I tillegg til de kvantitative spørsmålene inneholdt spørreskjemaet også to åpne spørsmål som omhandlet hva som var viktigst ved FRIENDS-programmet, samt et åpent felt for generelle kommentarer.

### 5.3.2 Avhengige mål

#### Angstdiagnoser

Ett av utfallsmålene som ble brukt i ATACA-studien, var tap av angstdiagnoser basert på The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Silverman & Albano, 1996). Både barnevervsjonen (ADIS-C) og foreldreversjonen (ADIS-P) har vist utmerket inter-rater-reliabilitet, test-retest-reliabilitet og samtidig validitet (Lyneham, Abbott, & Rapee, 2007; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). Målingene ble gjennomført før ( $T^{\text{pre}}$ ) og etter behandling ( $T^{\text{post}}$ ), samt ved ett års- ( $T^{1\text{år}}$ ) og flere års-oppfølging ( $T^{3.9\text{år}}$ ). Foreldre og barn ble intervjuet separat, og basert på den kombinerte foreldre- og barnerapporteringen ble diagnoser og Clinician Severity Ratings (CSR, skala 0-8) satt. Diagnoser ble gitt når minst én informant rapporterte dem, mens CSR over 4 ble krevd for inklusjon. Når kriteriene for flere inklusjonsdiagnoser var oppfylt, fikk diagnosen som ga størst forstyrrelser forrang. Eventuelle øvrige angstdiagnoser ble registrert som sekundær- og tertiærdiagnoser.

Utfallsmålet ble operasjonalisert som tap av diagnose (enten primærdiagnose eller alle diagnoser) i henhold til ADIS-C/P, slik at et positivt utfall ble definert som tap av den primære eller alle angstlidelser. Alle diagnostiske intervjuer ble tatt opp på video, og et tilfeldig utvalg på 20% av dem ble vurdert av ekspertbedømmere som ikke kjente til intervjuers bedømmelse. Den generelle enigheten om diagnose mellom bedømmere estimert med kappa (k) var for disse 0.84 (ADIS-C) og 0.86 (ADIS-P) for tilstedeværelsen av en inklusjonsdiagnose. For den kombinerte barne- og foreldre rapporteringen av de spesifikke angstlidelsene var kappa (k): SAD = 0.86, SOP = 0.83 og GAD = 0.86 (Wergeland et al., 2014).

### **Angstsymptomer**

Angstsymptomer hos barnet ble målt med barne- og foreldreversjonen av Spence Children's Anxiety Scale (SCAS, Spence, 1998). SCAS består av 38 ledd som rangeres på en 4-punkts skala (0 = aldri, 1 = noen ganger, 2 = ofte, 3 = alltid) som gir en maksimal skåre på 114. Spence (1998) har rapportert en seks måneders test-retest-reliabilitet på .60 for SCAS. Det er også funnet signifikante korrelasjoner på  $r = 0.71-0.75$  mellom totale SCAS-skårer og Revised Children's Manifest Anxiety Scale som er en annen mye anvendt angstskala for barn (Spence, 1998; Spence, Barrett, & Turner, 2003). I ATACA-studiens utvalg var den interne konsistensen i SCAS god til utmerket (foreldre  $\alpha = .85$ , barn  $\alpha = .91$ ). SCAS ble fylt ut av barn og foreldre både før ( $T^{pre}$ ) og etter behandling ( $T^{post}$ ) samt etter ett års ( $T^{1\text{år}}$ ) og flere års oppfølging ( $T^{3.9\text{år}}$ ).

### **Depresjonssymptomer**

Barnets depresjonssymptomer ble målt med foreldre- og barneverjonen av Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ, Angold, Costello, Messer, & Pickles, 1995). Spørreskjemaet består av 13 ledd som besvares i en 3-punkts skala (0 = ikke sant, 1 = noen ganger sant, 2 = sant), som samlet gir en maksimal skåre på 26. Det er funnet en test-retest-reliabilitet over to uker på 0.66 for rapportering fra barn og 0.88 for rapportering fra foreldre (Kuo, Stoep, & Stewart, 2005). SMFQ er vist å diskriminere godt mellom psykiatriske og ikke-psykiatriske pasienter (Angold et al., 1995; Kuo et al., 2005). I ATACA-studiens utvalg var den interne konsistensen til SMFQ god (foreldre  $\alpha = .86$ , barn  $\alpha = .88$ ). Også SMFQ ble fylt ut av barn og foreldre ved alle fire måletidspunkter, både  $T^{pre}$ ,  $T^{post}$ ,  $T^{1\text{år}}$  og  $T^{3.9\text{år}}$ .

## 5.4 Etiske vurderinger

I studier med mindreårige er det visse utfordringer med informert samtykke. Det er ofte foreldrene som tar dem med i behandling, og det åpner for muligheten for at barn deltar i studien mot sin vilje. I ATACA-studien ble det innhentet eksplisitt samtykke fra deltagere over 12 år, mens det for barn i aldersgruppen 8-12 år kun ble innhentet samtykke fra foreldrene. Det er derfor mulig at barna ikke forsto hva de deltok i, eller at de ikke ønsket å delta i studien selv om foreldrene deres ønsket det. I ATACA-studien ble denne etiske problemstillingen forsøkt minsket ved å gi barnet informasjon som var tilpasset til deres kognitive nivå i tillegg til å informere foreldrene.

Datamaterialet fra studien er oppbevart konfidensielt. I analysene ble deltagerne kun behandlet med ID-nummer og ikke med navn. I den grad det var personlig identifiserbare svar på de åpne leddene i CSS, ville det blitt anonymisert i resultatfremstillingen. Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (Prosjektnummer 2011/1004).

## 5.5 Statistiske analyser

Basert på vurderingen fra forfatteren av denne oppgaven og veilederen, ble det bedømt hvor mange av kjernekomponentene deltagerne nevnte i sine responser på de åpne spørsmålene. Disse responsene ble av forfatteren av denne oppgaven også kodet ut i fra hvorvidt de inneholdt andre relevante aspekter. Veileder i denne delstudien kodet også responsene etter disse kategoriene, og den gjennomsnittlige enigheten mellom koderne var tilfredsstillende ( $k = .73$ ). Grunnet at det var for få kodinger av negative aspekter, ble enigheten for denne kategorien ikke inkludert i gjennomsnittet. T-tester for uavhengige utvalg (tohaledede) ble foretatt for å undersøke forskjeller i disse kategoriene mellom foreldre og barn samt på tvers av betingelser.

Inspeksjon av skjevhets- og kurtoseverdier indikerte at CSS for alle informanter var normalfordelt (ingen skjevhetsverdier  $> 0.94$ , ingen kurtoseverdier  $> 0.91$ ). CSS ble også undersøkt for å finne fordeling, varians og gjennomsnitt. T-tester for uavhengige utvalg (tohaledede) ble utført for å sammenligne CSS mellom foreldre og barn samt mellom gruppe- og individualbetingelsene. Effektstørrelsen på forskjellen i CSS mellom foreldre og barn ble kalkulert med formelen for Hedges'  $g$  (Hedges, 1981). En korrelasjonsanalyse ble også gjort

av CSS for foreldre og barn. For å måle tap av diagnose mot CSS ble det gjort t-tester for uavhengige utvalg (tohaledede). Det ble også laget egne variabler for tap av primærdiagnose eller alle diagnoser mellom  $T^{\text{pre}}$  og  $T^{\text{post}}$  til oppfølgingstidspunktene  $T^{1\text{ år}}$  og  $T^{3.9\text{ år}}$ . Videre ble CSS analysert opp mot andre utfallsmål. Det ble laget variabler for hvor stor endring det har vært i SMFQ og SCAS mellom ulike tidspunkter for måling:  $T^{\text{pre}} - T^{\text{post}}$ ,  $T^{\text{pre}} - T^{1\text{ år}}$ ,  $T^{\text{post}} - T^{1\text{ år}}$ ,  $T^{\text{pre}} - T^{3.9\text{ år}}$  og  $T^{\text{post}} - T^{3.9\text{ år}}$ . Korrelasjonsanalyser ble gjort mellom disse variablene for endring i angst- og depresjonssymptomer og CSS. Endring i SCAS og SMFQ  $T^{\text{pre}} - T^{\text{post}}$  ble også brukt som prediktorer i en regresjonsmodell for CSS på  $T^{\text{post}}$ . CSS ble i videre regresjonsanalyser brukt som prediktor for endring i SCAS og SMFQ  $T^{\text{pre}} - T^{1\text{ år}}$ ,  $T^{\text{post}} - T^{1\text{ år}}$ ,  $T^{\text{pre}} - T^{3.9\text{ år}}$  og  $T^{\text{post}} - T^{3.9\text{ år}}$ . Datamaterialet ble analysert med IBM SPSS 25.0.

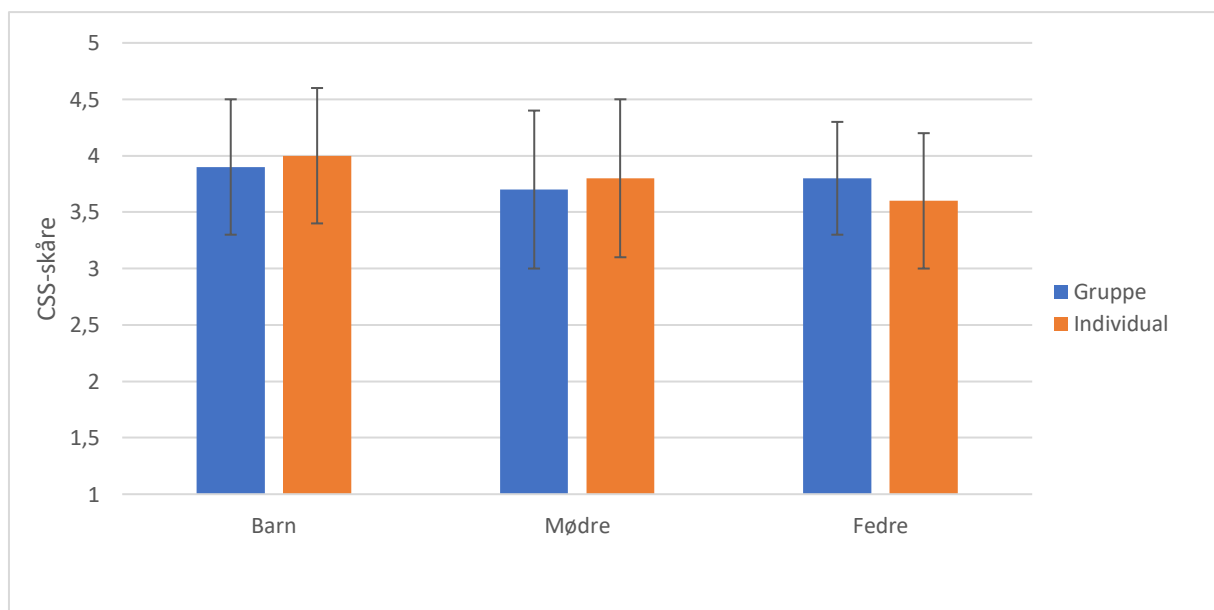
## 6 Resultater

### 6.1 Hva var pasientene fornøyde med?

På et åpent spørsmål rapporterte deltagerne og deres foreldre det de syntes var det viktigste med programmet. Tabell 3 viser andelen deltakere som nevner ulike aspekter ved programmet som viktig. Det ble analysert om det var forskjeller i foreldrene og barnas responser som handlet om kjernekomponentene tanker, følelser og eksponering. En t-test viste ingen signifikant forskjell i hvor mange av disse kjernekomponentene foreldre og barn nevnte.

### 6.2 Behandlingsfornøydhethet

I t-tester kom det ikke fram signifikante forskjeller mellom gruppe- og individualbetingelsene verken i barns ( $p=.358$ ) eller foreldres ( $p=.645$ ) fornøydhethet, og de to betingelsene ble derfor behandlet som én gruppe i videre analyser. Generelt rapporterte både barn, mødre og fedre en grad av fornøydhethet som ligger over midten av skalaen som gikk fra 1 til 5 (se Figur 2). Gjennomsnittene lå i områder som tilsvarer responser rundt ankeret «Enig» på påstander om at programmet har hjulpet barnet og «Uenig» på de reverserte leddene.



Figur 2. Behandlingsfornøydhethet rapportert av barn, mødre og fedre. Feilfelt representerer standardavvik.



Tabell 3. Svar på åpne spørsmål, andeler som nevner ulike aspekter

Kategori	Andel barn	Andel foreldre	Eksempelsitater fra barn	Eksempelsitater fra foreldre
Tanker	35.3%	46.6%	“Prøve å tenke indre hjelpsomme tanker”	“Han blir oppmerksom på positive og negative tanker. ”
Følelser	44.0%	40.5%	“At jeg lærte og slappe av mer.”	“Merksemda på å roe ned og kjenne etter. ”
Eksponering	61.2%	56.5%	“Dette prosjektet har fått meg til å innse at jeg ikke skal unngå situasjoner.”	“Trappetrinnsplan-et supert hjelpemiddel!”
Sosiale aspekter	11.2%	46.6%	“At det var barn på min alder med problemer og”	“At barnet mitt får se at det er andre med samme problem.”
Forhold ved terapeuten	9.5%	17.6%	“Flink og snill behandler”	“Entusiastiske behandlere”
Belønning	2.6%	3.1%	“Belønne seg selv”	“Kjekt system med belønning”
Hjemmearbeid	1.7%	2.3%	“Lekser”	“Gjennom hjemmeoppgaver måtte hele familien engasjere seg”
Morsomme aspekter	8.6%	3.1%	“Fikk nye venner og hadde det gøy”	“Barnet gledet seg til å gå på FRIENDS-møtene”
Negative aspekter	0.9%	13.7%	“Likte ikke leksene”	“Kunne trengt mye mer tid til oss som foreldre”

Note. Foreldre: n=131. Barn: n=116. Valide prosentandeler er rapportert.

Korrelasjonen mellom fornøydhets hos barn og hos foreldre var moderat ( $r = .41$ ;  $p = .000$ ). En t-test viste at barn var signifikant mer fornøyde enn foreldre (se Tabell 4). Effektstørrelsen var imidlertid liten ( $d = 0.24$ ).

Tabell 4. T-test for uavhengige utvalg (tohalet) for CSS mellom barn og foreldre

	n	Gj. snitt	SA	t	df	p
Barn	131	3.91	0.60	1.981	264	.049
Foreldre	135	3.76	0.66			

Note. Gj.snitt = gjennomsnittlig CSS-skåre. SA = Standardavvik. df = frihetsgrader.

### 6.3 Sammenheng mellom behandlingsfornøydhets og endring etter behandling

Sammenhenger mellom fornøydhets og ulike utfallsmål ble undersøkt på flere måter. Fornøydhets ble sett i sammenheng med tap av diagnoser samt endring i angst- og depresjonssymptomer.

Når det gjelder tap av diagnoser, ble analysene gjort for både tap av primærdiagnose og for tap av alle angstdiagnoser, men for å gjøre resultatfremstillingen enklere er her kun tap av alle angstdiagnoser presentert. Tap av alle angstdiagnoser er et mer reelt mål på barnets fungering, og dessuten er korrelasjonen mellom de to variablene i utgangspunktet svært høy (for  $T^{pre}T^{post}$  var  $r = .97$ ). Analysene viste i de fleste tilfeller at de samme forskjellene var signifikante når tap av primærdiagnose eller tap av alle diagnoser ble brukt som variabel. I de tilfellene det ga ulike resultater, vil det poengteres. Ved bruk av t-tester ble det analysert om barn som hadde mistet alle angstdiagnoser i løpet av behandlingen, var mer fornøyde enn barn som ikke hadde mistet diagnosene. De samme analysene ble gjort for foreldres fornøydhets. Det ble funnet signifikante forskjeller i grad av fornøydhets både for barn, fedre, mødre og samlet for foreldre hos barn som hadde mistet diagnosene innen  $T^{post}$  (se Tabell 5). Der barnet hadde mistet diagnosene i løpet av behandlingen, var både barn og foreldre mer fornøyde.

Tabell 5. *T*-tester for uavhengige utvalg (tohalet) for fornøydhets i ulike grupper og tap av diagnoser ved  $T^{post}$ .

	Mistet alle diagnoser			Ikke mistet alle diagnoser			t-verdi	p
	n	Gj.snitt	SA	n	Gj.snitt	SA		
Fornøydhets - barn	31	4.13	0.53	99	3.85	0.61	2.30	.023
Fornøydhets - fedre	8	4.12	0.38	38	3.65	0.56	2.30	.026
Fornøydhets - mødre	28	4.22	0.45	94	3.63	0.68	4.32	.000
Fornøydhets - foreldre	31	4.21	0.45	103	3.63	0.65	4.66	.000

Note. SA = Standardavvik.

### 6.3.1 Predikerer endring i angst- og depresjonssymptomer fornøydhets?

Gjennom regresjonsanalyser ble det undersøkt i hvilken grad endring i foreldre- og selvrapporterte angst- og depresjonssymptomer mellom  $T^{pre}$  og  $T^{post}$  predikerte grad av fornøydhets hos barnet og foreldrene. Tabell 6 viser regresjonsmodeller for barns og foreldres fornøydhets predikert ut fra angst- og depresjonssymptomer. Alle modellene viser at fornøydhets var høyere når det hadde skjedd en større nedgang i rapporterte symptomer i løpet av behandlingen. I tillegg til regresjonsanalyser med foreldres fornøydhets, ble også gjort regresjonsanalyser der fedres og mødres fornøydhets ble undersøkt separat.

Regresjonsmodellen med fedres fornøydhets var ikke signifikant ( $p = .102$ ). Samme modell med mødres fornøydhets var signifikant ( $p = .000$ ) og ga en forklart varians på 31.1%. Det er usikkert om forskjellen mellom regresjonsmodellene for fedres og mødres fornøydhets skyldes faktiske forskjeller i prediksjonsverdi eller om det skyldes at få fedre svarte, men på bakgrunn av dette ble det samlede målet for foreldres fornøydhets brukt.

### 6.3.2 Predikerer fornøydhets endring i utfallsmål ett år etter behandling?

*T*-tester viste signifikante forskjeller i fedres fornøydhets ved  $T^{post}$  mellom de som hadde mistet alle angstdiagnoser og de som ikke hadde mistet dem mellom  $T^{pre}$  og  $T^{1\text{år}}$  (se Tabell 7). For tap av primærdiagnose i dette tidsrommet var effekten i tillegg signifikant for barns

fornøydhet. T-tester viste ingen øvrige signifikante forskjeller i grad av fornøydhet for verken mødre eller foreldre. Det ble også undersøkt om det var forskjeller i grad av fornøydhet ved  $T^{post}$  basert på tap av diagnose(r) i perioden  $T^{post}$ - $T^{1\text{år}}$ . Det var ingen tendens til at barna som hadde tapt diagnosen(e) gjennom det første året etter behandlingen, hadde vært mer fornøyde etter behandlingen, eller at de hadde hatt mer fornøyde foreldre. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i grad av fornøydhet mellom barn på bakgrunn av hva som hadde skjedd med angstdiagnosene mellom  $T^{post}$  og  $T^{1\text{år}}$ .

Tabell 6. Regresjonsmodeller for fornøydhet ut fra symptomendring fra  $T^{pre}$  til  $T^{post}$ .

Avhengig variabel	Prediktorer/endring i rapporterte symptomer $T^{pre}$ - $T^{post}$	$\beta$	p	Forklart varians
<u>Modell 1</u>				14.1% **
Fornøydhet – barn	Angst – foreldre	.32	.003	
	Angst – barn	-.07	.464	
	Depresjon – foreldre	.02	.818	
	Depresjon – barn	.21	.034	
<u>Modell 2</u>				30.0% **
Fornøydhet – foreldre	Angst – foreldre	.35	.000	
	Angst – barn	-.06	.491	
	Depresjon – foreldre	.24	.011	
	Depresjon – barn	.17	.056	

Note. Angst – foreldre = endring i barnets angstsymptomer, rapportert av foreldre. Depresjon – foreldre = endring i barnets depresjonssymptomer, rapportert av foreldre. \*=signifikant på .05-nivå. \*\*=signifikant på .01-nivå.

Tabell 7. *T*-tester for uavhengige utvalg (tohalet) for fornøydhets i ulike grupper og tap av diagnoser ved  $T^{1\text{år}}$

	Mistet alle diagnoser			Ikke mistet alle diagnoser			t-verdi	p
	n	Snitt	SA	n	Snitt	SA		
Fornøydhets - barn	56	4.01	.52	65	3.86	.60	1.45	.149
Fornøydhets - fedre	18	4.02	.32	24	3.56	.54	3.17	.003
Fornøydhets - mødre	49	3.91	.67	64	3.70	.61	1.77	.080
Fornøydhets - foreldre	54	3.91	.65	70	3.70	.59	1.88	.062

Note. SA = Standardavvik. Fornøydhets er målt med CSS.

Når det gjelder korrelasjonsanalysene mellom grad av fornøydhets og symptomendring fra  $T^{\text{pre}}$  til  $T^{1\text{år}}$ , ble det funnet svake til moderate korrelasjoner. Det var signifikante korrelasjoner mellom barns fornøydhets og endring i foreldrerapporterte angstsymptomer ( $r = -.39$ ) og depresjonssymptomer ( $r = -.20$ ). For foreldres fornøydhets var det signifikante korrelasjoner med endring i foreldrerapporterte angstsymptomer ( $r = -.37$ ), og både i barnerapporterte ( $r = -.30$ ) og foreldrerapporterte depresjonssymptomer ( $r = -.35$ ). Det var altså en rekke signifikante sammenhenger mellom grad av fornøydhets og endring i tiden fra behandlingsstart til 1 års-oppfølgningen.

Det ble også funnet at endring i foreldrerapporterte depresjonssymptomer fra  $T^{\text{post}}$  til  $T^{1\text{år}}$  var svakt negativt korrelert ( $-.20$ ) med foreldres fornøydhets på  $T^{\text{post}}$  ( $p=.031$ ). Det betyr at foreldre som var mer fornøyde etter behandlingen, rapporterte at barnet hadde større nedgang i depresjonssymptomer det første året etter behandling. Ellers var det ingen signifikante korrelasjoner mellom grad av fornøydhets etter behandling og symptomendring fra  $T^{\text{post}}$  til  $T^{1\text{år}}$ .

Det ble gjort regresjonsanalyser for å undersøke om grad av fornøydhets ved  $T^{\text{post}}$  predikerte symptomreduksjon fra  $T^{\text{pre}}$  til  $T^{1\text{år}}$  og fra  $T^{\text{post}}$  til  $T^{1\text{år}}$ . For  $T^{\text{pre}}$  til  $T^{1\text{år}}$  var endring i både foreldrerapporterte angst- og depresjonssymptomer samt barnerapporterte

depresjonssymptomer signifikant predikert av barns og foreldres fornøydhets (se Tabell 8). Regresjonsmodellene viste ingen signifikante sammenhenger fra  $T^{post}$  til  $T^{1\text{år}}$  (se Tabell 9).

Tabell 8. Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra  $T^{pre}$  til  $T^{1\text{år}}$

Avhengig variabel/symptomendring	Prediktorer	$\beta$	p	Forklart varians
<hr/>				
$T^{pre}$ til $T^{1\text{år}}$				
<hr/>				
<u>Modell 1</u>				1.5%
Angst – barn	Fornøydhets – barn	.01	.938	
	Fornøydhets – foreldre	.18	.098	
				20.7% **
<u>Modell 2</u>	Fornøydhets – barn	.27	.006	
	Fornøydhets – foreldre	.28	.004	
				7.5% **
<u>Modell 3</u>	Fornøydhets – barn	-.04	.710	
	Fornøydhets – foreldre	.32	.003	
				13.8% **
<u>Modell 4</u>	Fornøydhets – barn	.05	.650	
	Fornøydhets – foreldre	.37	.000	

*Note.* Angst – foreldre = endring i barnets angstsymptomer, rapportert av foreldre. Depresjon – foreldre = endring i barnets depresjonssymptomer, rapportert av foreldre. \* = signifikant på .05-nivå. \*\* = signifikant på .01-nivå.

Tabell 9. Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra  $T^{post}$  til  $T^{1\text{år}}$

Avhengig variabel/symptomendring	Prediktorer	$\beta$	p	Forklart varians
$T^{post}$ til $T^{1\text{år}}$				
<u>Modell 1</u>				0.4%
Angst – barn	Fornøydhet – barn	-.11	.308	
	Fornøydhet – foreldre	.16	.131	
<u>Modell 2</u>				1.3%
Angst – foreldre	Fornøydhet – barn	.13	.221	
	Fornøydhet – foreldre	-.19	.071	
<u>Modell 3</u>				1.6%
Depresjon – barn	Fornøydhet – barn	-.18	.093	
	Fornøydhet – foreldre	.17	.108	
<u>Modell 4</u>				0.7%
Depresjon – foreldre	Fornøydhet – barn	.01	.926	
	Fornøydhet – foreldre	-.16	.124	

*Note.* Angst – foreldre = endring i barnets angstsymptomer, rapportert av foreldre. Depresjon – foreldre = endring i barnets depresjonssymptomer, rapportert av foreldre. \*=signifikant på .05-nivå. \*\*=signifikant på .01-nivå.

### 6.3.3 Predikerer fornøydhetsendring i utfallsmål 3.9 år etter behandling?

T-tester viste signifikante forskjeller i barns, mødres og foreldres fornøydhetsendring ved  $T^{\text{post}}$  mellom de som mistet alle diagnoser og de som ikke mistet dem mellom  $T^{\text{pre}}$  og  $T^{3.9\text{år}}$  (se Tabell 10). Effekten var ikke signifikant for fedres fornøydhetsendring.

Tabell 10. T-tester for uavhengige utvalg (tohalet) for fornøydhetsendring i ulike grupper og tap av diagnoser ved  $T^{3.9\text{år}}$

	Mistet alle diagnoser			Ikke mistet alle diagnoser			t-verdi	p
	n	Snitt	SA	n	Snitt	SA		
Fornøydhetsendring - barn	62	4.08	.51	56	3.76	.64	.3.09	.003
Fornøydhetsendring - fedre	13	3.80	.60	24	3.69	.57	.57	.576
Fornøydhetsendring - mødre	60	3.96	.59	50	3.50	.73	3.64	.000
Fornøydhetsendring - foreldre	62	3.93	.60	58	3.54	.69	3.35	.000

Note. SA = Standardavvik. Fornøydhetsendring er målt med CSS.

Når det gjelder tap av diagnose i tiden etter behandling, var funnene tilnærmet like for  $T^{\text{post}}$ - $T^{3.9\text{år}}$  som de nevnte funnene ved  $T^{\text{post}}$ - $T^1\text{år}$ . Heller ikke her var det noe som tydet på at barna som hadde mistet diagnosen(e) i løpet av de 3.9 årene etter behandling, hadde hatt høyere grad av fornøydhetsendring ved  $T^{\text{post}}$ . Ved nærmere undersøkelse av kun de barna som fortsatt oppfylte kriteriene for minst én angstdiagnose ved  $T^{\text{post}}$ , er det imidlertid interessante forskjeller. Blant disse hadde barna som hadde mistet diagnosen(e) innen  $T^{3.9\text{år}}$ , vært signifikant mer fornøyde ved  $T^{\text{post}}$  enn de som fortsatt hadde diagnose ved  $T^{3.9\text{år}}$  ( $p < .01$ ). Det samme gjaldt foreldrene ( $p < .01$ ). Blant pasientene som ikke mistet diagnosene i løpet av behandlingen, var det altså de som var mest fornøyde som opplevde størst bedring i tiden etter behandling, men forskjellen var ikke tilstede ved ett års oppfølging.



Tabell 11. Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra  $T^{pre}$  til  $T^{3.9\text{år}}$

Avhengig variabel/symptomendring	Prediktorer	$\beta$	p	Forklart varians
<u>Modell 1</u>				1.8%
Angst - barn	Fornøydhet – barn	-.02	.879	
	Fornøydhet – foreldre	-.05	.675	
<u>Modell 2</u>				15.5% **
Angst - foreldre	Fornøydhet – barn	-.32	.002	
	Fornøydhet – foreldre	-.18	.085	
<u>Modell 3</u>				5.5% *
Depresjon - barn	Fornøydhet – barn	.09	.427	
	Fornøydhet – foreldre	-.30	.008	
<u>Modell 4</u>				6.4% *
Depresjon - foreldre	Fornøydhet – barn	-.01	.934	
	Fornøydhet – foreldre	-.29	.009	

*Note.* Angst – foreldre = endring i barnets angstsymptomer, rapportert av foreldre. Depresjon – foreldre = endring i barnets depresjonssymptomer, rapportert av foreldre. \*=signifikant på .05-nivå. \*\*=signifikant på .01-nivå.

En korrelasjonsanalyse viste signifikante sammenhenger mellom barns og foreldres fornøydhet og endringer i visse utfallsmål. Barns fornøydhet var signifikant korrelert med foreldrerapportert endring i angstsymptomer fra  $T^{pre}$  til  $T^{3.9\text{år}}$  ( $r = -.38$ ). Det samme var foreldres fornøydhet, men korrelasjonen var noe svakere ( $r = -.28$ ). Foreldres fornøydhet var også signifikant korrelert med endring i barnerapporterte ( $r = -.28$ ) og foreldrerapporterte ( $r =$

-.26) depresjonssymptomer. Når det gjelder endring fra  $T^{post}$  til  $T^{3.9\text{år}}$ , var det én signifikant korrelasjon, der foreldres fornøydhet korrelerte med endring i foreldrerapporterte depresjonssymptomer ( $r = .22$ ). Totalt sett var det altså flere sammenhenger mellom grad av fornøydhet og symptomendring når endringen som skjedde underveis i behandlingsperioden ble inkludert.

Tabell 12. Regresjonsmodeller som predikerer symptomendring fra  $T^{post}$  til  $T^{3.9\text{år}}$

Avhengig variabel/symptomendring	Prediktorer	$\beta$	p	Forklart varians
$T^{post}$ $T^{3.9\text{år}}$				
<u>Modell 1</u>				
Angst - barn	Fornøydhet – barn	.07	.540	
	Fornøydhet – foreldre	-.00	.996	1.7%
<u>Modell 2</u>				
Angst - foreldre	Fornøydhet – barn	-.10	.464	
	Fornøydhet – foreldre	-.09	.406	0.2%
<u>Modell 3</u>				
Depresjon - barn	Fornøydhet – barn	.26	.016	
	Fornøydhet – foreldre	-.19	.086	4.3%*
<u>Modell 4</u>				
Depresjon - foreldre	Fornøydhet – barn	.09	.431	
	Fornøydhet – foreldre	.11	.308	0.5%

Note. Angst – foreldre = endring i barnets angstsymptomer, rapportert av foreldre. Depresjon – foreldre = endring i barnets depresjonssymptomer, rapportert av foreldre. \*=signifikant på .05-nivå. \*\*=signifikant på .01-nivå.

Det ble også gjort regresjonsanalyser for å undersøke om grad av fornøydhet ved T<sup>post</sup> predikerte symptomreduksjon fra T<sup>pre</sup> til T<sup>3.9år</sup> og T<sup>post</sup> til T<sup>3.9år</sup>. For endring fra T<sup>pre</sup> til T<sup>3.9år</sup> ble modellen som brukte grad av fornøydhet som prediktor for forelder rapporterte angstsymptomer, funnet å være signifikant. Det samme gjaldt regresjonsmodellene for endring i både foreldre- og barnerapporterte depresjonssymptomer (se Tabell 11). Når det gjaldt grad av fornøydhet som prediktor for endring fra T<sup>post</sup> til T<sup>3.9år</sup>, der symptomendringen underveis i behandlingen altså var ekskludert, var modellen for barnerapporterte depresjonssymptomer eneste signifikante regresjonsmodell (se Tabell 12).

# 7 Diskusjon

## 7.1 Oppsummering av funn

Formålet med denne delstudien var å bidra til forskningsfeltet fornøydhets ved først og fremst å undersøke sammenhengen mellom symptomendring og grad av fornøydhets hos foreldre og barn. Problemstilling 1 var: Hva er pasientene fornøyde med? Mange barn og foreldre nevnte kjernekomponentene i programmet, terapeuten og det sosiale aspektet. Dette gir retning for hva fornøydhets innebærer. Problemstilling 2 var: Hvor fornøyde er barn og foreldre med behandlingen, og er det forskjeller i fornøydhets mellom informantene? Det ble funnet at gjennomsnittlig fornøydhets var over middels, og at barna var mer fornøyde enn foreldrene. Det var ingen forskjell mellom gruppe- og individualterapietingelsene.

Denne delstudien ga spesielt interessante funn knyttet til problemstilling 3: Er det en sammenheng mellom fornøydhets og endring i symptomer og diagnose underveis i behandlingen? Funnene tyder på at det finnes en slik sammenheng. Barn som mistet angstdiagnosene i løpet av behandlingen var signifikant mer fornøyde enn barn som ikke hadde mistet diagnosene. Det samme gjaldt foreldrene deres. Nedgang i angst- og depresjonssymptomer i løpet av behandlingen predikerte også høyere grad av fornøydhets hos barna og spesielt foreldrene. Dette er viktige funn for alle som benytter seg av fornøydhets skjemaer. Funnene viser at grad av fornøydhets henger sammen med effekt, men at fornøydhets og behandlingsutfall ikke er helt overlappende.

Problemstilling 4 var: Henger fornøydhets etter behandling sammen med symptom- og diagnoseendring over tid? Det ble funnet at barn og foreldres fornøydhets til en viss grad kunne predikere endring etter behandlingsslutt. Et spesielt interessant funn var at grad av fornøydhets hang sammen med endring i depresjonssymptomer de første fire årene etter behandlingsslutt. Blant barna som fortsatt hadde en angstlidelse etter behandlingsslutt, hadde de som mistet diagnosen innen 3.9 års-oppfølgingen vært mer fornøyde enn de som ikke hadde mistet den. Disse unike funnene har viktige implikasjoner for bruk av fornøydhets som utfallsmål.

I diskusjonen av delstudiens funn vil først funnene diskuteres opp mot tidligere forskning på dette feltet. Deretter vil begrensninger ved delstudien diskuteres, før det foreslås hvilke implikasjoner funnene har for klinisk praksis og videre forskning.

## **7.2 Hvordan forstå sammenhengen mellom fornøydhets og endring?**

### **7.2.1 Fornøydhets og symptomendring underveis i behandlingen**

I denne delstudien ble det funnet sammenhenger mellom fornøydhets og utfall av behandling, selv om sammenhengene ikke var konsistente for alle utfallsmål og måletidspunkt. Omtrent en tredjedel av foreldrerapportert fornøydhets ble forklart av barne- og foreldrerapporterte endringer i angst- og depresjonssymptomer i løpet av behandlingen. Flere tidligere studier har i tråd med denne funnet at det er en sammenheng mellom grad av fornøydhets og bedring i terapi (Garland et al., 2003; Garland et al., 2007; Kaplan et al., 2001; Turchik et al., 2010; Young et al., 1995). Denne delstudien avviker imidlertid fra blant annet en nylig norsk studie som ikke fant slike sammenhenger (Solberg et al., 2015). Ulike behandlingsmetoder kan være en forklaring på at Solberg og medarbeidere (2015), i motsetning til denne delstudien, ikke fant noen sammenheng mellom symptomendring og fornøydhets. Solberg og medarbeidere undersøkte behandling av barn uavhengig av behandlingsform, mens i denne delstudien har barna fått KAT. Det er mulig at KAT i større grad enn flere andre behandlingsformer tematiserer symptomnivå, noe som gjør at fornøydhets med behandlingen naturlig henger mer sammen med symptomendring. En del av forklaringen kan også være at det er brukt ulike måleinstrumenter. CSS har ledd som er tett knyttet opp mot symptomer og funksjon (eks: «Etter å ha deltatt i FRIENDS-programmet, unngår mitt barn nå situasjoner ikke i det hele tatt/litt/en hel del/mye/veldig mye»), noe som kan forklare at sammenhengene med symptomendring er større enn når andre skalaer er brukt.

Foreldres fornøydhets var sterkere forbundet med utfall enn barns fornøydhets, og dette er i tråd med tidligere funn (Biering, 2010). Garland og medarbeidere (2003) fant at barns fornøydhets kun predikerte barnerapportert symptomendring, mens det i denne delstudien fremkommer sammenhenger også mellom barns fornøydhets og foreldrerapportert symptomendring. I motsetning til i Garlands studie har foreldrene i ATACA-studien vært direkte involvert i

behandlingen, noe som kan forklare at barnas og foreldrenes rapportering var mer i tråd med hverandre.

## **7.2.2 Fornøydhet og endring i tiden etter behandling**

### **Symptomendring i tiden etter behandling**

Fornøydhet ble i denne studien undersøkt opp mot langtidseffekter av behandlingen. Et interessant funn var her at barnerapporterte depresjonssymptomer fra behandlingsslutt og til 3.9 års oppfølging ble predikert av fornøydhet. Barns fornøydhet var den eneste signifikante prediktoren i modellen som forklarte like under 5% av variansen i barnerapporterte depresjonssymptomer. Etter min erfaring er disse sammenhengene ikke blitt undersøkt tidligere, og tolkning av funnene må derfor skje uten støtte fra andre studier. Det er mulig å tenke seg ulike forklaringer på dette funnet. Det kan tenkes at barna som var mest fornøyde etter behandlingen hadde fått noen verktøy som senere hjalp dem å mestre depresjonssymptomer. Grunnen til at dette sees kun ved 3.9 års oppfølging kan være at disse effektene kan ha tatt lengre tid enn mestring av angstsymptomer. Uten annen evidens er det imidlertid usikkert hvor mye tyngde disse resultatene kan tillegges, spesielt med tanke på at grad av fornøydhet ikke predikerte endringer etter behandling verken i barnerapporterte angstsymptomer eller foreldrerapporterte angst- og depresjonssymptomer.

Når det kommer til langtidseffekter, ble det funnet at fornøydhet forklarer en del av den totale symptomendringen som skjedde fra behandlingsstart til oppfølging etter ett og 3.9 år. Heller ikke dette er etter min erfaring undersøkt tidligere. I årene mellom behandlingsstart og langtidsoppfølging er det mange faktorer som spiller inn på hvordan et barns angst- og depresjonssymptomer utvikler seg. Behandlingen er kun én av mange faktorer som påvirker. Likevel viser behandlingsfornøydhet seg som en viktig faktor som forklarer opp mot 15.5% av symptomendringen som skjedde over dette tidsrommet. Dette sier noe om betydningen av behandlingen, men også om betydningen av behandlingsfornøydhet. Samtidig er det viktig å merke seg at både korrelasjons- og regresjonsanalysene viste at sammenhengene med fornøydhet ble mindre eller forsvant helt når symptomendring som skjedde underveis i behandlingen ikke ble inkludert. Det var signifikante regresjonsmodeller for oppfølging etter ett og 3.9 år, men disse viste at den forklarte variansen sank jo lengre tid det hadde gått etter behandling. Det kan derfor se ut til at den forklarte variansen i symptomendring fra

behandlingsstart kun var en rest av sammenhengen mellom grad av fornøydhet og symptomendring som skjedde underveis i behandlingen. Den samme tendensen kan ses i tap av diagnose, der det kun var signifikante forskjeller i fornøydhet basert på tap av diagnose fra behandlingsstart til oppfølging.

### **Endring i diagnose i tiden etter behandling**

Tap av diagnose etter behandling så ikke ut til å ha noen sammenheng med fornøydhet. Unntaket var et funn hos barna som fortsatt hadde en angstdiagnose etter behandlingsslutt. Blant disse var de som ved oppfølging 3.9 år senere ikke lenger hadde noen diagnose signifikant mer fornøyde og hadde mer fornøyde foreldre. Disse forskjellene fremkom ikke ved ett års oppfølging. Grad av fornøydhet ble altså funnet å være sterkere relatert til flere års oppfølging enn ett års oppfølging. Dette er et funn som er verdt å merke seg fordi det kan forklare mer av hva fornøydhet dreier seg om. Årsaken til at fornøydhet var mer relatert til flere års- enn ett års-oppfølging, kan for eksempel være at de som var mer fornøyde tok lærdommen fra FRIENDS-programmet mer i bruk over tid. En annen mulighet er at det var trekk ved pasientene som både predikerte grad av fornøydhet og langsiktig endring, som positivitet, mestringsforventninger eller relasjonelle ferdigheter. Tyngden i funnene er begrenset da det etter min kunnskap ikke finnes lignende studier som har sett på det samme. Disse sammenhengene bør derfor utforskes nærmere i videre forskning.

## **7.3 Barn og foreldres fornøydhet**

Denne delstudien fant at barn var noe mer fornøyde enn foreldre, imidlertid med en liten effektstørrelse. Dette funnet er ikke i tråd med majoriteten av studier som har vist at foreldre var mer fornøyde enn barna (Barber et al., 2006; Biering, 2010; Turchik et al., 2010). Det er usikkert hvorfor denne delstudien viser motsatt tendens. Det er mulig at barna var mer påvirket av kognitiv dissonans etter å ha investert mer tid i terapien enn det foreldrene hadde gjort, noe som førte til at de rapporterte å være mer fornøyde for å rettferdiggjøre deltakelsen sin. Denne effekten kan ha hatt større innvirkning i denne studien fordi effekten av behandlingen var dårligere enn i flere andre angstbehandlingsstudier. Foreldrene kan ha vært mer skeptiske fordi flere har sett lite bedring i angstsymptomer. Dette kan passe med funnet om at sammenhengen mellom symptomendring og grad av fornøydhet var større for foreldrene enn for barna. Det er også sannsynlig at metodiske forskjeller, for eksempel i type

fornøydhetsmål og måletidspunkt, kan være en forklaring på at studien viser motsatt tendens enn andre studier. Til tross for at forskjellen mellom barn og foreldre var signifikant, kan den også ha begrenset praktisk betydning med tanke på at begge grupper var fornøyde og at effektstørrelsen på forskjellen mellom barn og foreldre var liten.

## 7.4 Begrensninger ved delstudien

Som tidligere fornøydhetsstudier har også denne klare utfordringer når det kommer til metode. Spesielt er det utfordringer med fornøydhet målet Client Satisfaction Scale (CSS), som er et lite utprøvd måleinstrument. Reliabiliteten er i denne delstudien tilfredsstillende, men validiteten er mer uklar. Dette henger sammen med at fornøydhet ikke har en klar definisjon eller modell som ligger til grunn for å vurdere innholds- og begrepsvaliditet. Det blir derfor svært vanskelig å vurdere validiteten til CSS. CSS er også angstspesifikk og har flere ledd som tematiserer redsel og engstelse. Det er derfor grunnlag for å si at skalaen i større grad måler fornøydhet etter angstbehandling enn generell behandlingsfornøydhet. Dette gjør sammenligning med generelle behandlingsfornøydhetsskalaer problematisk. Modeller for fornøydhet har inkludert faktorer som tilgjengelighet og organisering av behandlingstilbudet (Biering, 2010; Brannan et al., 1996), men CSS har ingen ledd som dreier seg om dette. CSS fremstår derfor som en skala for å måle hvor fornøyd barnet eller forelder er med behandlingens påvirkning på barnets angst. Leddene i instrumentet er tydelig knyttet opp mot behandlingens effekt på pasientens symptomer og funksjon, noe som kan ha gjort at CSS viste større sammenheng med symptomskalaer enn det andre måleinstrumenter, som for eksempel spør mer om praktiske forhold, gjør. Disse forskjellene gjør det vanskelig å sammenligne andre studier med denne delstudien. Biering (2010) har trukket frem at det er en generell utfordring i fornøydhetsforskningen å sammenligne studier, fordi måleinstrumentene skiller seg fra hverandre. Dette er altså aktuelt også for denne delstudien.

I tråd med tidligere fornøydhetsforskning, har som nevnt variasjonen i CSS en svak negativ skjevhet. Dette kan ha gitt svakere effekter enn om fornøydhet målet fanget opp variasjonen i utvalget bedre. Det er vanskelig å si om skjevheten kom av en takeffekt i måleinstrumentet som kunne vært unngått, eller om det er fornøydhet som fenomen som vanskelig måles uten en negativ skjevhet. Sosial ønskevridningsbias kan ha påvirket dette, samtidig som det er forsøkt å begrense effekten av denne biasen ved at deltagere ble opplyst om at behandler ikke skulle se deres svar på CSS. Det er også mulig å tenke seg at kognitiv dissonans kan ha gjort



at barn og foreldre rapporterte høyere grad av fornøydhet etter at de hadde investert tid og krefter i behandlingen. CSS er fylt ut samtidig som symptomskalaene etter behandling, og dette kan ha gjort at skåringen av disse har påvirket hverandre. Slik kan det ha blitt funnet sterkere sammenhenger med symptomendring enn om symptomnivå og fornøydhet var målt på ulike tidspunkter.

Det er også andre metodiske svakheter ved denne delstudien. Det er sammenlignet med antall mødre svært få fedre som har deltatt i studien, noe som kan ha påvirket resultatene. Det er mulig å tenke seg at fedre har et annet perspektiv og ville svart annerledes enn mødrene. Fedres perspektiv blir i liten grad representert i denne delstudien. Her er det også gjort mange statistiske tester uten at det er korrigert for, ved for eksempel Bonferroni-metoden. På grunnlag av at dette er en utforskende studie, ble korreksjon likevel ikke brukt. Denne korreksjonen ville gitt et strengere signifikanskrav som hadde gjort at endringer fra  $T^{\text{pre}}$  til  $T^{3.9\text{år}}$  i barne- og fedrerapporterte depresjonssymptomer ikke lenger signifikant predikerte fornøydhet. Signifikante effekter ville også forsvunnet fra regresjonsmodellen for endringer fra  $T^{\text{post}}$  til  $T^{3.9\text{år}}$  i barnerapporterte depresjonssymptomer, forskjellen mellom barn og foreldres fornøydhet samt forskjellen i barne- og fedrerapportert fornøydhet mellom de som hadde mistet og ikke mistet angstdiagnosene i løpet av behandlingen. Alle de signifikante effektene i regresjonsmodeller for fornøydhet og symptomendringer  $T^{\text{pre}}-T^{\text{post}}$ ,  $T^{\text{pre}}-T^{1\text{år}}$  og  $T^{\text{pre}}-T^{3.9\text{år}}$  ville imidlertid fortsatt være signifikante. Det samme gjelder øvrige t-tester.

En annen begrensning ved studien er at nesting ikke ble tatt høyde for, til tross for at gruppebetingelsen ble nestet på flere nivå og at alle ble nestet på terapeut- og klinikknivå. Studien er også begrenset med tanke på at den kun omfattet barn med angstdiagnoser i spesifikk behandling mot angst. Det er for eksempel mulig å tenke seg at grad av fornøydhet var påvirket av at det sentrale angstbehandlingselementet eksponering krevde mye innsats, eller av at hjemmearbeidet ble vanskelig å gjennomføre. Andre behandlingsformer og annen problematikk kunne gitt andre funn når det kommer til fornøydhet.

## 7.5 Implikasjoner for klinisk praksis

Barn som opplever at behandlingen har gjort dem mindre engstelige, var i denne delstudien mer fornøyde. Det samme gjaldt deres foreldre. Dette har praktiske konsekvenser utover at behandlere bør etterstrebe å gi behandling med best mulig effekt. Interessant i denne

sammenheng er den resterende variansen i fornøydhhet, altså den delen av fornøydhhet som ikke ble forklart av symptomendring. Selv om modellene ga stor forklart varians, ble 70% av variasjonen i foreldres fornøydhhet og mer enn 85% av variasjonen i barns fornøydhhet *ikke* forklart av symptomendring. Dette ble funnet til tross for at leddene i CSS i stor grad handlet om opplevd symptomendring. Garland og medarbeidere (2003) har bemerket at studier tyder på at måling av fornøydhhet er en lite nyttig metode for å finne ut om behandlingen gir symptomlette, og denne delstudien kan underbygge dette. Turchik og medarbeidere (2010) påpekte likevel at den tilsynelatende svake sammenheng med endring i symptomer gjør konstruktet fornøydhhet enda mer interessant å utforske videre. Det er usikkert hva fornøydhhetsskåren faktisk gjenspeiler, og da bør det undersøkes hvilke andre faktorer som kan tenkes å påvirke fornøydhhet. Noen er allerede funnet å ha sammenheng med grad av fornøydhhet, som symptom- eller funksjonsnivå ved behandlingsstart (Barber et al., 2006; Garland, Aarons, et al., 2000; Solberg et al., 2015; Turchik et al., 2010). Andre relevante faktorerens påvirkning på grad av fornøydhhet er det foreløpig få studier på. For eksempel er det mulig å tenke seg at personlige egenskaper ved klienten påvirker rapportert fornøydhhet, som klientens selvkonsept, attribusjonsstil eller relasjonelle stil.

Om klientens egenskaper forklarer mye av fornøydhheten, sier fornøydhhetsskalaene lite om kvaliteten eller nytten av behandlingen, men mye om hvem klienten er. Hvis dette er tilfellet, vil den opprinnelige hensikten med fornøydhhetsskjemaer falle bort. Dette ville fått implikasjoner for alle som bruker slike skjemaer i klinisk praksis. Det kan også være at klientens egenskaper ikke forklarer en så stor del av fornøydhheten, men at det er andre faktorer ved behandlingen som er viktige for at klienter blir fornøyde. Symptomendring fanger ikke nødvendigvis opp all endring som har betydning for klienten. Det kan være andre hendelser, prosesser eller opplevelser underveis i behandlingen som kan gjøre at klienten blir fornøyd, uten at disse henger tett sammen med symptomendring. I vårt utvalg var det for eksempel en betydelig andel barn og voksne som nevnte terapeuten som viktig for behandlingen. Nettopp denne relasjonen kan tenkes å bidra til fornøydhhet selv om symptomene endrer seg i liten grad.

Det er mulig at det vil bli funnet sterkere sammenhenger mellom grad av fornøydhhet og utfall når forskningsfeltet blir sterkere metodisk. Foreløpig tyder studier imidlertid på at de fornøydhhetsskjemaene som er tilgjengelige i liten grad sier hvilken effekt behandlingen har hatt på symptomer og diagnose. Garland og medarbeidere (2007) brukte både klinisk utfall,

faktorer før behandlingen og faktorer ved selve behandlingen i en regresjonsmodell for fornøydhetsnivå, men forklart varians av fornøydhetsnivå var fortsatt liten. Når kunnskapen om hva som måles er så begrenset, kreves det en bevissthet i behandlerens tolkning av disse skjemaene.

### 7.5.1 Hva er god terapi?

Fornøydhetsforskning kan gi et viktig bidrag til diskusjonen om hvordan man måler om en behandling har vært god. Om det er slik at fornøydhetsskjemaer sier lite om symptomendring, vil mange hevde at det likevel er gode grunner til å måle fornøydhetsnivå. Et av argumentene er at symptomkartlegging som nevnt ikke nødvendigvis fanger opp all betydningsfull endring i terapi. En fornøyd klient er ikke nødvendigvis en klient som er blitt kvitt sin diagnose, men det kan likevel være en klient som fungerer bedre etter andre parametre som klienten kan oppleve som viktige. Et alternativt utfallsmål kan for eksempel være livsfornøydhetsnivå, som Frisch og medarbeidere (1992) argumenterte for. Et annet og relatert argument til å måle fornøydhetsnivå, er at det i seg selv er et tegn på god behandling. Flere forskere har poengtert at det er en del av målet at klienten skal bli fornøyd (Vuori, 1991; Williams, 1994) og at det å måle fornøydhetsnivå gir en mulighet til å se hva ved behandlingen som bør bli bedre (Verbeek et al., 2001).

Barn og foreldre oppga totalt sett stor grad av fornøydhetsnivå etter at barnet gjennom ATACA-studien hadde fått manualbasert behandling. I de åpne svarene var det ingen barn som trakk frem bruk av manual som noe negativt. Hele 13.7% av foreldrene trakk imidlertid frem ulike negative aspekter ved behandlingen. Noen foreldre trakk frem negative aspekter som potensielt kunne vært unngått hvis behandlingen ikke var manualbasert, som at behandlingen var for generell eller for «barnslig» for deres barn. Dette kan imidlertid ha vært foreldre til barn som fikk gruppebehandling, i og med at disse negative aspektene også kan sees som følger av at språket og formen tilpasses en hel gruppe. Flere foreldre trakk frem at de fikk for lite tid med terapeuten. Disse innvendingene kan være i tråd med typisk kritikk mot manualbasert behandling om at den blir for lite individualisert (Pagano et al., 2017). Samtidig var det store andeler både av barn og foreldre som trakk frem kjernekomponentene i manualen som viktige, i tillegg til andre sentrale deler av programmet som hjemmeoppgaver og bruk av belønning. Også terapeuten ble av mange trukket frem som noe positivt, noe som ikke er i tråd med bekymringen om at alliansen blir svakere ved bruk av manualbasert behandlingsformer (Seligman & Ollendick, 2011). Denne delstudien har imidlertid ikke

undersøkt fornøydhet ved behandlinger som *ikke* er manualbaserte. Det er mulig å tenke seg at barn og foreldre ville vært like eller mer fornøyde med slik behandling. Kanskje ville de i enda større grad trukket frem terapeuten som viktig, eller de ville hatt færre negative kommentarer. Basert på at både barn og foreldre rapporterte høy grad av fornøydhet, impliserer imidlertid denne studien at manualbasert behandling kan brukes om fornøydhet er et mål for behandlingen.

## 7.5.2 Å lytte til klienten

Det er et etisk aspekt i å lytte til hvordan klienten opplever behandlingen. Dette etiske aspektet er blitt stadig mer omtalt, ettersom det er blitt et større fokus på klienters rettigheter. I APAs definisjon på evidensbasert psykologisk praksis, som tidligere er sitert, er det nevnt spesifikt at behandlingen skal skje i henhold til klientens preferanser (Levant, 2005). Fornøydhetsskjemaer kan på en unik måte gi et bilde av om behandlingen har vært i tråd med klientens preferanser. Dette bildet forsvinner om symptomkartlegging er den eneste måten behandlingen blir vurdert på bakgrunn av. Ungdommer ved Forandringsfabrikken som har førstehånds erfaring med barne- og ungdomspsykiatrien, skrev i et nylig innlegg i Tidsskrift for Norsk psykologforening:

Forandringsfabrikkens kartlegging av unges erfaringer i psykisk helsevern forteller at hele fire av fem unge ikke hadde snakket om det de opplevde som viktigst, om det som gjør vondt lengst inne. En av hovedgrunnene til dette var psykisk helseverns fokus på symptomer. Når de som skal hjelpe, ikke når inn til det som gjør mest vondt, kan hjelpen fort bli lite nyttig og også gjøre tilstanden verre. (Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2018, s. 125)

Mange unge opplevde altså symptomfokuset i psykisk helsevern som lite nyttig, og det er tydelig at behandlingen ikke hadde foregått slik de ønsket. En naturlig tanke etter å ha lest om Forandringsfabrikkens erfaringer, er at det skulle vært fanget opp tidligere at ungdommene ikke snakket om det som betydde mest. Inntrykket er at de opplevde at symptomfokuset ble vektlagt i for stor grad. Det er ingen enkle svar på hvordan det som betydde mest for ungdommene kunne blitt fanget opp, men det er nærliggende å tenke at måling av fornøydhet i hvert fall i større grad enn symptomkartlegging kunne bidratt til dette. Her ville også åpne spørsmål om hva ved terapien som er viktig kunne være nyttig. I denne delstudien svarte mange barn og foreldre som nevnt at kjernekomponentene i KAT var viktige, men mange

trakk også frem andre aspekter, som at det var gøy, eller de skrev hva de var misfornøyde med. Disse funnene, sammen med APAs retningslinjer og Forandringsfabrikkens erfaringer, viser at det også er et etisk aspekt i å måle fornøydhets.

Når det handler om behandling av barn som gjerne kommer i behandling etter foreldrenes ønske og ikke nødvendigvis ønsker det samme som foreldrene, blir det kanskje ekstra viktig å ta klientens perspektiv. Barnets unike perspektiv er, som nevnt, blitt fremhevet av flere forskere (Lambert et al., 1998; Young et al., 1995). Denne studien har funnet forskjeller mellom barn og foreldres fornøydhets. Det ble også funnet at barn og foreldre nevnte ulike aspekter som viktige i behandlingen, som for eksempel at barn oftere kommenterte at opplegget var morsomt. Når vi ser at barn tenker annerledes enn foreldrene sine, bør vi lytte til dem, hevder Biering (2010). Forskjellene som ble funnet i denne delstudien, viser at det ikke kan antas at barn er fornøyde selv om foreldrene er det, eller motsatt. Det blir derfor etisk problematisk hvis behandlere ikke lytter til hva barna opplever som viktig eller får tak i hvor fornøyde de er med behandlingen. I denne studien ble det også funnet at symptomendring underveis i behandlingen forklarte mer av foreldrenes enn av barnas fornøydhets. Dette kan ha flere grunner, men en av dem kan være at barns fornøydhets i større grad påvirkes av andre faktorer enn symptomnedgang. Igjen peker dette mot at barns opplevelse av behandlingen bør tas på alvor. Dette bør få konsekvenser både for videre studier på fornøydhets og for behandlere som vil måle fornøydhets ved behandling av barn.

## 7.6 Implikasjoner for videre forskning

Til tross for at flere de siste årene har forsøkt å finne hva som forklarer hvor fornøyd en klient rapporterer å være med behandlingen, er det fortsatt mange ubesvarte spørsmål i fornøydhetsforskningen. Lebow (1982) var kritisk til betydningen av å måle fornøydhets så lenge de metodiske utfordringene var så store, men han var likevel optimistisk for fremtiden og mente at validiteten kunne bli bedre med mer forskning. Validiteten i nyere studier kan sies å ha blitt bedre, men det er fortsatt en vei å gå. Dette vil derfor være et viktig fokus for videre forskning på fornøydhets. For å sammenligne forskningsfunn er det behov for å utvikle gode måleinstrumenter med tilfredsstillende reliabilitet og validitet, som igjen avhenger av en klar definisjon av fornøydhets. Hvis fornøydhetsskjemaer skal være nyttige, er det viktig å vite hva de måler. Videre er det derfor et sterkt behov for mer forskning på hva som bestemmer hvor fornøyde klienter blir med behandlingen, og på hvor stor påvirkning det som skjer i

behandlingen har på fornøydhhet. Spesielt er det behov for å se hva klientens egenskaper har å si for fornøydhhet. Funn som tyder på at klientens egenskaper i stor grad påvirker grad av fornøydhhet, vil kunne gi store implikasjoner for bruken av fornøydhhetsskjemaer.

Bedre måleinstrumenter ville også gitt et bedre grunnlag for å utforske sammenhengen mellom grad av fornøydhhet og endring i tiden etter terapi. Slike studier kan vise om de som er mest fornøyde også er de som tar med seg mest fra terapien, bruker det de har lært i større grad eller får en mer robust endring. Noen av funnene i denne delstudien tyder på det, men her trengs det flere studier. Denne delstudien er utført i offentlige poliklinikker og har et høyt deltagerantall, som gjør den relativt unik i fornøydhhetsforskningen. Flere studier som denne ville utvidet forståelsen av begrepet fornøydhhet og styrket denne studiens funn. Delstudien er begrenset til angstdiagnoser og KAT som behandlingsform, så det ville også vært interessant å se fremtidige studier ta for seg andre lidelser og behandlingsformer.

## 7.7 Konklusjon

Denne delstudiens funn kan bidra til å se hva det er viktig å være bevisst på når man måler fornøydhhet etter behandling, og hva som er fordelene og utfordringene med dette. For det første er det funnet at endring i symptomer underveis i behandlingen er relatert til fornøydhhet. Samtidig tyder funnene på at det må være andre ting enn symptomendring som forklarer hvor fornøyde klientene rapporterer å være. Dette betyr at de som bruker fornøydhhetsskjemaer ikke kan anta at de er gode indikatorer på endring i behandling, og de bør være bevisste på at det kan være andre faktorer som i realiteten måles. Fornøydhhet kan kanskje forklare noe av endringen som skjer etter behandling, men her må det flere studier til.

For det andre er feltet i mangel av etablerte måleskalaer som gjenspeiler en klar definisjon av fornøydhhet, og det gjør funn på dette feltet usikre. Flere studier og modeller er nødvendig for å få større forståelse for hva fornøydhhet er og hvordan vi på best mulig måte kan måle det.

Et tredje aspekt å være bevisst på, er at det å måle fornøydhhet kan bidra til å undersøke om klientens preferanser er blitt fulgt. Spesielt er dette viktig i møte med barn. På flere områder svarer foreldre og barn i denne delstudien ulikt når de blir spurt om hvor fornøyde de er og hva som var viktig for dem. Det etiske aspektet om å lytte til barn som kanskje ikke frivillig er kommet i behandling bør allerede være et fokus for behandlere som har barn i terapi, men disse funnene viser enda tydeligere viktigheten av dette fokuset.

# Litteraturliste

- Addis, M. E., Cardemil, E. V., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2006). Does Manualization Improve Therapy Outcomes? *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. (pp. 131-160). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 430-441. doi:<https://doi.org/10.1093/clipsy.6.4.430>
- Ahlen, J., Breitholtz, E., Barrett, P. M., & Gallegos, J. (2012). School-based prevention of anxiety and depression: A pilot study in Sweden. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5(4), 246-257. doi:<https://doi.org/10.1080/1754730X.2012.730352>
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International review of psychiatry*, 14(2), 129-134. doi:<https://doi.org/10.1080/09540260220132644>
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC.
- 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.
- Ankuta, G. Y., & Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 70. doi:<https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.1.70>
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and program planning*, 5(3), 233-237. doi:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-X](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-X)
- 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. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2014.10.002>
- Barrett, P. (1995). Group coping koala workbook. *Unpublished manuscript, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia*.
- Barrett, P., Dadds, M., & Rapee, R. (1991). Coping koala workbook. *Unpublished manuscript, School of Applied Psychology, Griffith University, Nathan, Australia*.
- Barrett, P., & Ryan, S. (2004). *Friends for life: For children*: Australian Academic Press.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459-468. doi:[https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2704\\_10](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2704_10)
- Barrett, P. M. (2008). *FRIENDS for life (in Norwegian)*. Bergen: Innovest AS.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.333>
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(1), 135. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.1.135>

- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(3), 403-411.  
doi:[https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_5)
- 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. doi:<https://doi.org/10.1375/bech.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. doi:<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. doi:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(96\)00004-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(96)00004-3)
- Copeland, V. C., Koeske, G., & Greeno, C. G. (2004). Child and mother client satisfaction questionnaire scores regarding mental health services: Race, age, and gender correlates. *Research on Social Work Practice*, 14(6), 434-442.  
doi:<https://doi.org/10.1177%2F1049731504265839>
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 145.  
doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.145>
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 151-162.  
doi:<https://doi.org/10.1080/15374410903532585>
- Eiser, C., & Varni, J. W. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: similarities and differences between children and their parents. *European Journal of Pediatrics*, 172(10), 1299-1304. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2049-9>  
doi:<https://doi.org/10.1007/s00431-013-2049-9>
- Essau, C. A., & Gabbidon, J. (2013). Epidemiology, comorbidity and mental health services utilization. I C. A. Essau & T. H. Ollendick (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety* (1 ed., pp. 23-42). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2): Stanford university press.
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of consumer research*, 20(2), 303-315. doi:<https://doi.org/10.1086/209351>
- Flannery-Schroeder, E., Choudhury, M. S., & Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 253-259. doi:<https://doi.org/10.1007/s10608-005-3168-z>
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251-278.  
doi:<https://doi.org/10.1023/A:1005500219286>
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological assessment*, 4(1), 92.  
doi:<https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.92>



- 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.  
doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1544>
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D., & Kruse, M. I. (2000). Correlates of adolescents' satisfaction with mental health services. *Mental Health Services Research, 2*(3), 127-139. doi:<https://doi.org/10.1023/A:1010137725958>
- 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. doi:<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2006.10.003>
- Garland, A. F., Saltzman, M. D., & Aarons, G. A. (2000). Adolescent satisfaction with mental health services: Development of a multidimensional scale. *Evaluation and program planning, 23*(2), 165-175. doi:[https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(00\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(00)00009-4)
- Gaston, L., & Sabourin, S. (1992). Client satisfaction and social desirability in psychotherapy. *Evaluation and program planning, 15*(3), 227-231. doi:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(92\)90085-9](https://doi.org/10.1016/0149-7189(92)90085-9)
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of abnormal child psychology, 26*(3), 175-185.  
doi:<https://doi.org/10.1023/A:1022668101048>
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., & Kessler, R. C. (2001). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health, 2001*(1), 186-187. doi:<https://doi.org/10.4088/JCP.v60n0702>
- Hamilton, J. D., Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(9), 987-993. doi:<https://doi.org/10.1097/CHI.ObO13e31817eed2f>
- Haugland, B. S. M. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*, 5-11.
- Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics, 6*(2), 107-128.  
doi:<https://doi.org/10.3102%2F10769986006002107>
- Helsedirektoratet. (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/252/Psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker-IS-1570.pdf>
- Iizuka, C. A., Barrett, P., & Morris, K. (2013). Anxiety prevention in school children and adolescents: The FRIENDS program. I C. A. Essau & T. H. Ollendick (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety* (pp. 519-543). West Sussex: John Wiley & Sons.
- 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.  
doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.2.202>
- Kendall, P. C. (1990). Coping cat manual. *Ardmore, PA: Workbook*.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 62*(1), 100.  
doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.62.1.100>
- Kendall, P. C., & Choudhury, M. S. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: Some past efforts and current advances, and the challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research, 27*(1), 89-104.  
doi:<https://doi.org/10.1023/A:1022542814822>

- Kendall, P. C., Martinsen, K., & Neumer, S. (2006a). *Mestringskatten: Kognitiv atferdsterapi for barn med angst terapeutmanual*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D., & Neumer, S. P. (2006b). *Mestringskatten. Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Arbeidsbok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). CBT for Adolescents with anxiety: mature yet still developing. *American Journal of Psychiatry*, 172(6), 519-530. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14081061>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T., & Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations for implementing cognitive-behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 263. doi:<https://search.proquest.com/docview/89071199?accountid=14699>
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L.-G., Bjaastad, J. F., . . . Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 53, 58-67. doi:<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. doi:<https://doi.org/10.1177%2F1073191105279984>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Outcome Measures. I M. Hersen & W. H. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (Vol. 2).
- Lambert, W., Salzer, M. S., & Bickman, L. (1998). Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 270. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.270>
- Langer, D. A., McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2011). Do treatment manuals undermine youth-therapist alliance in community clinical practice? *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 427. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0023821>
- Lebow, J. L. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological bulletin*, 91(2), 244. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.91.2.244>
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 211-236. doi:[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90003-4](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90003-4)
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Washington: American Psychological Association.
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J., Gastel, W. V., & Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 886-893. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x>
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 20(1), 25-43. doi:<https://doi.org/10.1375/bech.20.1.25.24843>
- 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. doi:<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180465a09>

- Maggin, D. M., & Johnson, A. H. (2014). A meta-analytic evaluation of the FRIENDS program for preventing anxiety in student populations. *Education and Treatment of Children, 37*(2), 277-306. doi:<https://doi.org/https://doi.org/10.1353/etc.2014.0018>
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Barrett, P. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(6), 1163. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0036969>
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., . . . Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1423-1430. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00013>
- Martin, J. S., Petr, C. G., & Kapp, S. A. (2003). Consumer satisfaction with children's mental health services. *Child and Adolescent Social Work Journal, 20*(3), 211-226. doi:<https://doi.org/10.1023/A:1023609912797>
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2*(2), 101. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Pagano, J., Kyle, B. N., Johnson, T. L., & Saeed, S. A. (2017). Training Psychiatry Residents in Psychotherapy: The Role of Manualized Treatments. *Psychiatric Quarterly, 88*(2), 285-294. doi:<https://doi.org/10.1007/s11126-016-9476-5>
- Peterson, R. A., & Wilson, W. R. (1992). Measuring customer satisfaction: fact and artifact. *Journal of the academy of marketing science, 20*(1), 61. doi:<https://doi.org/10.1007/BF02723476>
- Piacentini, J., & Bergman, R. L. (2001). Developmental issues in cognitive therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(3), 165. <https://search.proquest.com/docview/89070672?accountid=14699>
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 32*(4), 251-262. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>
- Sanetti, L. M. H., Collier-Meek, M. A., & Fallon, L. M. (2016). Fidelity with flexibility: Treatment acceptability and individualized adaptations of evidence-supported treatments. I S. Maltzman (Ed.), *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary biopsychosocial approach* (pp. 289-308). New York: Oxford University Press.
- Sauter, F. M., Heyne, D., & Westenberg, P. M. (2009). Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: Developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*(4), 310-335. doi:<https://doi.org/10.1007/s10567-009-0058-z>
- Seligman, L. D., & Gahr, J. L. (2013). Course and outcome of child and adolescent anxiety. I C. A. Essau & T. H. Ollendick (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety* (pp. 43-67). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 20*(2), 217-238. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.003>
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(4), 525-535. doi:[https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004\\_09](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_09)

- Silverman, W., & Albano, A. (1996). The anxiety disorders interview schedule for children (ADIS-C/P). *San Antonio, TX: Psychological Corporation.*
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(6), 995. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.67.6.995>
- 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. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016>
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care, 11*(4), 319-328. doi:<https://doi.org/10.1093/intqhc/11.4.319>
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*(9), 752. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- 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. doi:<https://doi.org/10.3109/08039488.2014.971869>
- Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., Chu, B. C., McLeod, B. D., Gordis, E. B., & Connor-Smith, J. K. (2010). Does Cognitive Behavioral Therapy for Youth Anxiety Outperform Usual Care in Community Clinics? An Initial Effectiveness Test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 1043-1052. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.06.009>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545-566. doi:[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. doi:[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00236-0)
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., & Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme. *European child & adolescent psychiatry, 17*(5), 283-289. doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-007-0665-5>
- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Öst, L.-G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy, 43*(3), 185-200. doi:<https://doi.org/10.1080/16506073.2014.923928>
- Tidsskrift for Norsk Psykologforening. (2018). Vi er mer enn symptomer og diagnoser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 55*(2).
- Tucker, M., & Oei, T. P. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*(1), 77-91. doi:<https://doi.org/10.1017/S1352465806003134>
- 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. doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-010-9293-5>
- Varni, J. W., Limbers, C. A., & Burwinkle, T. M. (2007). How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 5*(1), 1. doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-1>



- 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. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/oem.58.4.272>
- Vuori, H. (1991). Patient satisfaction—does it matter? *International Journal for Quality in Health Care*, 3(3), 183-189. doi:<https://doi.org/10.1093/intqhc/3.3.183>
- Walczak, M., Esbjörn, B. H., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2017). Parental involvement in cognitive behavior therapy for children with anxiety disorders: 3-year follow-up. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(3), 444-454. doi:<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0671-2>
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 82-94. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.82>
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: a meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61(7), 671. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.7.671>
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Bjelland, I., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., . . . Havik, O. E. (2016). Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.001>
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S.-M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., . . . 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. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007>
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social science & medicine*, 38(4), 509-516. doi:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 295-314. doi:[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00084-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00084-4)
- Wilson, G. T. (2007). Manual-based treatment: Evolution and evaluation. I T. A. Treat, R. R. Bootzin & T. B. Baker (Eds.), *Psychological clinical science: Papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 105-132). New York: Routledge.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31(3), 335-342. doi:[https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103\\_05](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_05)
- World Health Organization. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report. In C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Eds.). Geneva.
- Young, S. C., Nicholson, J., & Davis, M. (1995). An overview of issues in research on consumer satisfaction with child and adolescent mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 4(2), 219-238. doi:<https://doi.org/10.1007/BF02234097>